

Le suivi des enfants de mère HIV

J Brouard
Pédiatrie A CHU de Caen

Epidémiologie

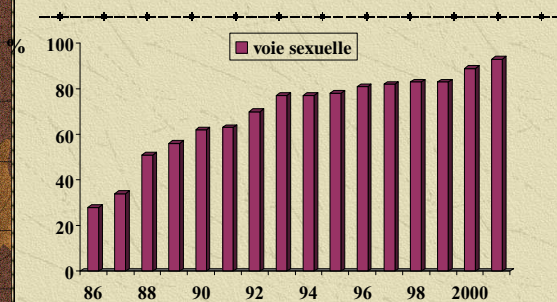
France

- ◆ 0,2% femmes enceintes infectées VIH
- ◆ 1/3 découverte séropositivité lors grossesse mais primipare subsaharienne = 60%....
- ◆ **Traitement préventif = 10 à 20 NN infectés / an en France**
- ◆ Cas particulier des enfants nés en pays à forte endémie
- ◆ Modification du mode d'infection maternelle:
 - 1985 70% toxico 30% hétéro
 - 1990 70% hétéro 30% toxico

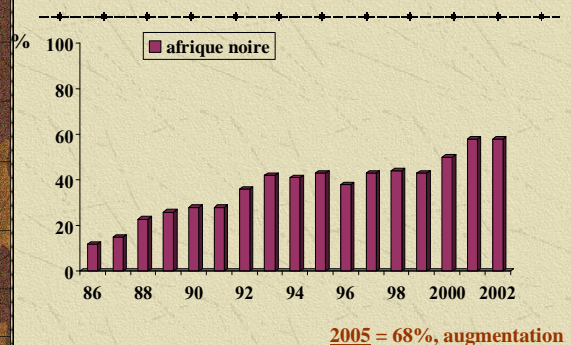
Monde

- ◆ 600 000 NN/an infectés TMF

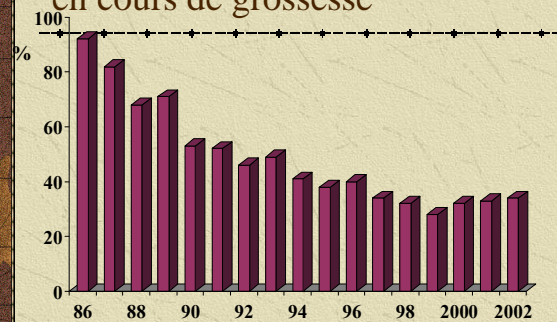
Modes de contamination des mères



Origine géographique des mères



Découverte de la séropositivité en cours de grossesse



mais chez primipare subsaharienne en 2005 = 60%....

TMF sans traitement maternel

« Historique »

Facteurs obstétricaux

1990 = environ 25%

Reconnaissance de facteurs obstétricaux

- ◆ Augmentation établie
 - 1^{er} jumeau
 - Allaitement maternel (OR 2 à 4)
- ◆ Augmentation probable
 - RPDE, chorioamniotite, infection cervico-vaginale, accouchement prématuré, hémorragie intra-amniotique, gestes invasifs
- ◆ Diminution discutée
 - Antiseptiques locaux
- ◆ Césarienne

1995 = transmission 14%

TMF sans traitement maternel

Facteurs maternels

* Charge virale maternelle (Serogest)

- ◆ <1000 / ml 12%
- ◆ 1000 à 10000 / ml 15%
- ◆ >10000 / ml 29%

* LT4 maternels (EPF)

- ◆ <200 / mm3 27%
- ◆ 200 à 500 / mm3 21%
- ◆ >500 / mm3 15%

TMF durant la grossesse

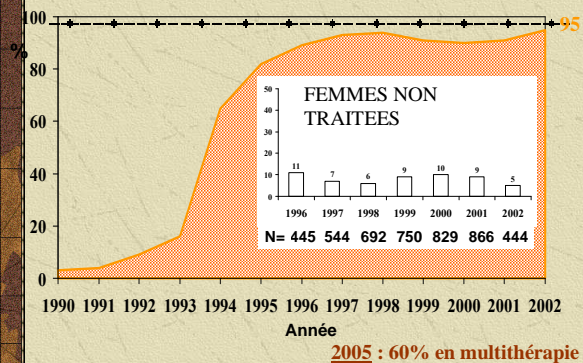
* Sans Tt ARV maternel la transmission se fait le plus souvent pendant le 3ème trimestre ou à l'accouchement (et en plus en Afrique 15% des TMF : allaitement maternel)

* La connaissance du statut maternel permet traitement prophylactique depuis 1994 +++

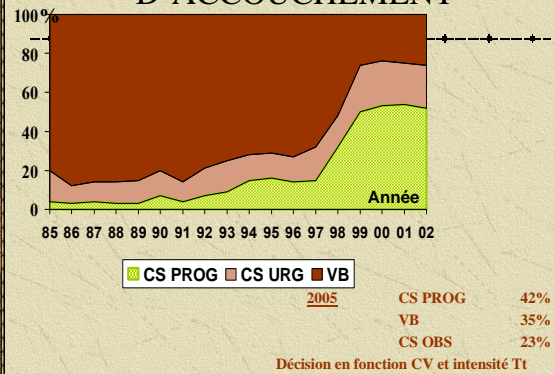
- ◆ ACTG 076 : 25,5% à 5%
- ◆ EPF : 14% à 5%

* Protocoles actuels importance de programmer une grossesse : risque ARV début grossesse, risque grossesse non traitée

PROPORTION DE FEMMES TRAITÉES PENDANT LA GROSSESSE



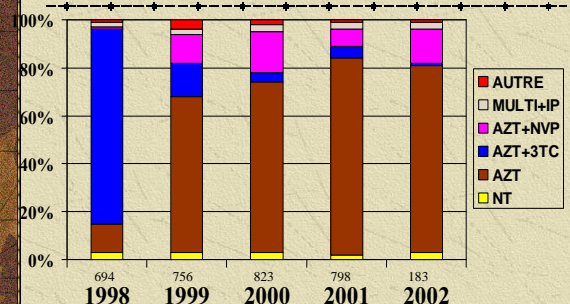
EVOLUTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT



Naissance

- * Bilan maternel
- * Bilan clinique enfant : pas de foetopathie
- * 1ère évaluation virologique, immunologique
- * CI allaitement maternel
- * CI BCG
- * ALD 100% 2 années
- * **Traitement antiretroviral systématique 6 semaines** avant connaissance statut viral de l'enfant

PROPHYLAXIE DU NOUVEAU-NE



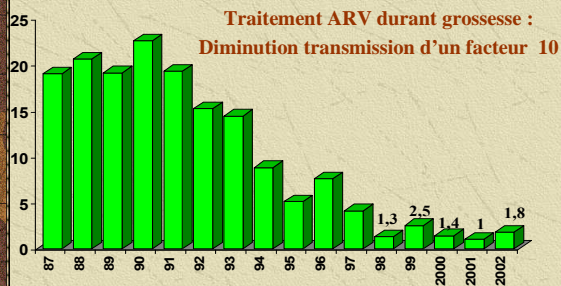
Comment affirmer TMF

- * Présence AC maternels « empêche » interprétation sérologique 15 à 18 mois
 - Double cinétique si TMF
 - Séronégativaton « gold-standard »
- * PCR-ADN cellules sanguines (« ADN proviral ») ou détection ARN-VIH plasmatique (« charge virale ») = en l'absence de traitement de l'enfant ou en monothérapie sensibilité équivalente (Se 40% J2, 94% J14). Lors de multithérapie de l'enfant ARN moins sensible.
 - Difficultés
 - Tt préventif = 15 jours arrêt
 - Allaitement maternel = 3 mois
- * Après 18 mois: idem diagnostic adulte

Recherche virale au cours des 3 premiers mois

- * I recherche positive
 - ↓
 - * Nouveau prélèvement sans délai pour confirmation
 - ↓
 - * Dg infection VIH
 - ↓
 - * CV PCR-ARN (souvent >10% ou 10⁷)
 - ↓
 - * Traitement
- * Toutes les recherches sont négatives
 - ↓
 - * Vérifier négativité après arrêt du traitement prophylactique
 - ↓
 - * Suivi sérologique 18 mois surtout si Afrique

TAUX DE TRANSMISSION VIH-1



Enfant infecté VIH

- * Évolution clinique bimodale
 - Précocement sévère = 10 à 15 %
 - Lentement évolutive = 85 à 90% (Risque cumulatif SIDA 4 à 5% / an)
- * Quel traitement?
 - Aucun argument traitement précoce ou différé, si décision = multithérapie, gestion +++, galénique
 - Prophylaxie cotrimoxazole (Bactrim) systématique même si CD4 > 15%, ceci durant toute la première année

Enfant porteur VIH

- * NN à haut risque de maladie précocement grave = en période néonatale
 - Critères

• ADP et/ou HSM	RR	2,5 (1,5-4)
• CD4 < 30%		3,0 (1,4-6,4)
• PCR + dès naissance		2,8 (1,3-6,1)
 - Multithérapie avec IP, génotype de résistance surtout si Tt maternel
- * NN asymptomatique sans FR
 - Suivi clinique, immunologique, virologique
 - Ig IV si infections à répétition, prévention vaccinal
 - Surveillance neurologique, ophtalmologique, coinfection

Point actuel TMF

- * AZT « sur le terrain » seul : 14 à 5% (1997)
- * Étude française AZT-3TC : 2,6%
 - Mais arrêt car une dizaine de cas mitochondriopathies
- * Mode d'accouchement (1998)

Césarienne prophylactique + AZT	Autre mode Accouchement + AZT
0,8 %	8 %

mais morbidité et mortalité césarienne

 - 2005 diminution des césarienne programmée grâce au multithérapie chez la mère si charge virale négative (77% des cas) + absence de déficit immunitaire maternel (92% des cas) + et de difficultés prévisibles d'accouchement

Conclusion

- * Cas résiduels TMF : étude en cours
- * Modification de l'attitude systématique de traiter systématiquement les nouveau-nés si traitement durant grossesse parfait ?
- * Modalités initiation et poursuite traitement chez NN infecté ?