

CHUCaen



VIH et grossesse
Mise à jour de la prise en charge dans
le réseau périnatal bas-normand

Gaël BEUCHER, Renaud VERDON

Vendredi 25 janvier 2013

Rapport YENI 2010 : les points forts

1. Dépistage
2. Prise en charge multidisciplinaire
3. Information
4. Observance
5. Anticipation de la naissance
6. Après l'accouchement

Prise en **charge médicale** des **personnes infectées** par le **VIH**.
Recommandations du groupe d'experts

www.sante.gouv.fr

Prochain rapport en 2013 ?



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Prévention de la transmission mère-enfant (TME)

TME actuelle en France pour le VIH-1

1. Taux global 1 à 2 % (15-20 % si absence de traitement)
2. 0,3 % si CV à l'accouchement < 50 copies/ml
3. **Principales causes d'échec de la prévention :**
 - **Défaut de suivi et d'observance** : CV élevée au 3^{ème} trimestre et à l'accouchement, durée trop brève du traitement
 - **Complications obstétricales** : prématurité
 - **Ou...absence de dépistage adapté** (cas cliniques)

Dépistage du VIH au cours de la grossesse

1. A proposer **systematiquement** lors du 1^{er} examen prénatal (loi n°93-121 du 27 juillet 1993)
2. Encourager le **dépistage du conjoint** (fait partie de l'examen du 4^{ème} mois, remboursé par l'assurance maladie)
3. Proposer de **renouveler le dépistage au 6^{ème} mois en cas de situation « jugée à risque »**
4. En l'absence de sérologie le jour de l'accouchement proposer d'effectuer un **dépistage rapide du VIH** en salle de naissances

SUIVI DE LA GROSSESSE

- 1. Prise en charge multidisciplinaire** : infectiologue, obstétricien, pédiatre
- 2. Dès le diagnostic** (de grossesse et/ou de VIH) : consultation avec médecin infectiologue (bilan et traitement)
- 3. Fiche thérapeutique individuelle mère-enfant**
- 4. Soutien à l'observance, suivi psychologique et social**
- 5. Loi sur l'autorité parentale partagée** (4 mars 2002) :
« droit du père autant que celui de la mère de connaître et de consentir aux traitements et aux soins apportés à l'enfant, dès lors qu'il a été reconnu »

Traitement antirétroviral

Objectifs

1. Obtenir une CV maternelle **indéfectable** au 3^{ème} trimestre, au plus tard à 36 SA
2. Et limiter les risques de **toxicité foeto-maternelle** et d'émergence de **résistances virales**

Principes

1. 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), habituellement zidovudine et lamivudine (Combivir[®]) + 1 inhibiteur de protéase (IP) optimisé par le ritonavir (Kaletra[®])
2. Compréhension, observance, tolérance clinique et biologique

Indications du traitement antirétroviral

- 1. Indications maternelles de traitement** : si signes cliniques ou $CD4 < 350/mm^3$ = trithérapie, dès que possible
- 2. Traitement préventif de la TME** : trithérapie, commencé habituellement entre 14 et 20 SA
- 3. Facteurs de risque d'accouchement prématuré ou CV élevée** (> 100000 copies/ml), début à 14 SA

Lieu de suivi de la grossesse et de l'accouchement

1. Possibilités de **respect strict du protocole de prise en charge de la mère puis de l'enfant**
2. En *partenariat étroit* avec les équipes d'obstétrique, infectiologie et pédiatrie du CHU
3. Sinon, suivi impératif et précoce au CHU
4. Consultation prénatale **pédiatrique Pr Brouard**
5. **Bilan 36 SA** : charge virale, sérologies CMV, TPHA, VDRL, VHC et Ag HBs
6. **Au 9^{ème} mois au plus tard** :
 - **Décision du mode d'accouchement,**
 - **Organisation des soins pour l'accouchement** : commande du Rétrovir[®] pour la mère et l'enfant

MODE D'ACCOUCHEMENT

Tentative de voie basse

1. **SI** absence de contre-indication obstétricale (conditions favorables)
2. **ET** CV < 400 copies/ml à 36 SA **SOUS** traitement, idéalement indétectable (< 40 copies/ml)

Césarienne avant travail à 38-39SA

1. **SI CV non contrôlée** (CV > 400 copies/ml à 36 SA)
2. ou **prise en charge tardive** au 8^{ème} - 9^{ème} mois, après traitement virologique intensif (anti-intégrase)

Traitement poursuivi le jour de l'accouchement

Prophylaxie pendant le travail

1. Application **stricte** du protocole établi dans la **fiche thérapeutique personnelle** de la patiente
2. Zidovudine (Rétrovir[®]) commandée et disponible dans la pharmacie de la SDT
3. Perfusion débutée **dès l'entrée en travail**
4. **En cas de RPM, quels que soient le terme, le lieu et le mode d'accouchement programmé : Dès l'admission ou le diagnostic, mise en place du Rétrovir[®]**
5. **Pour l'enfant : à débiter dès la naissance, traitement en fonction risque de TME (faible ou élevé)**

Prophylaxie pendant le travail

Si absence de prise en charge préalable

- absence de fiche thérapeutique
 - patiente non suivie
 - découverte tardive > 36 SA)
-
- Perfusion immédiate du Rétrovir[®] + névirapine (Viramune[®]) monodose
 - Césarienne sans délai (sauf accouchement imminent)
 - Traitement intensifié du nouveau-né
 - Contacter médecin infectiologue et pédiatre

En conclusion

- 1. Prise en charge multidisciplinaire**
- 2. Lieu de suivi** : cahier des charges à remplir
- 3. Observance, surveillance** clinique et biologique
- 4. Anticipation de la naissance** : organisation précoce des modalités de l'accouchement
- 5. Rencontre anténatale avec pédiatre**
- 6. Après l'accouchement** : poursuite du suivi de la mère et de l'enfant