

HIV ET GROSSESSE

Date de la diffusion : 4 mars 2008
Version : 1

Rédaction : Pr Cravello, Dr Col, Dr Leclair
Validation: Conseil Scientifique du 15/01/2008

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. OBJECTIF

- Assurer une prise en charge globale et un suivi régulier des femmes enceintes VIH+.
- Prévenir la transmission materno-fœtale du VIH par l'application d'une stratégie adaptée.

L'efficacité de ces mesures est confirmée par les taux de transmission voisins ou inférieurs à 1% observés en France ces dernières années.

Préalable absolu :

- identifier le plus tôt possible les patientes VIH+ : Pour toute femme enceinte, la sérologie VIH doit être proposée systématiquement lors de la 1^{ère} consultation prénatale.
- Attention aux patientes connues et sans suivi, ou aux patientes masquant leur contamination : toujours penser à vérifier les sérologies.
- Un test Elisa doit être confirmé par un test Western-Blot sur un 2^{ème} prélèvement.
- En cas de diagnostic d'une séroconversion, la patiente doit être adressée sans tarder dans un service spécialisé (infectiologie, hématologie, médecine interne selon le lieu d'exercice) pour le bilan initial pré-thérapeutique de la maladie.

2. PROTOCOLE

Principes généraux du suivi :

1 consultation mensuelle en obstétrique et en service spécialisé VIH

Surveillance régulière des CD4 et de la charge virale (CV)

Surveillance gynécologique / HPV (frottis, condylomes...)

Traitement anti-rétro-viral (ARV) systématique

Conduite à tenir obstétricale au cas par cas

Suivi échographique : pas de particularité (idem patientes VIH-)

Sérologies et examens sanguins : dépistage systématique de **l'hépatite C, contrôle systématique de la toxoplasmose** même si immunité ancienne connue (risque de réactivation asymptomatique)

Dépistage de la trisomie 21 : pas de particularité (idem patientes VIH-)

Amniocentèse et VIH :

- L'amniocentèse est un geste invasif, qui présente un caractère iatrogène théorique chez la patiente VIH (risque de contamination par le VIH d'un fœtus sain au moment de la ponction). Ce risque a été diversement estimé selon les époques (risque relatif = 2,4 en dehors de tout traitement). Il semble bien plus faible sous ARV avec CV négative, mais il est impossible d'affirmer l'innocuité totale des amniocentèses.
- Dans tous les cas, s'il existe une indication formelle, faire le geste sous ARV, avec si possible un bon contrôle de la CV. **Le traitement par ARV doit encadrer le geste.**

Toujours mettre en balance le risque de l'amniocentèse avec le bénéfice attendu de l'examen (probabilité théorique d'obtenir un résultat anormal du caryotype).

Traitement ARV : l'objectif fondamental du traitement est de parvenir à une CV indétectable au moment de l'accouchement.

1- *CHEZ LES PATIENTES DEJA SOUS TRAITEMENT EN DEBUT DE GROSSESSE*

- Eliminer les molécules suspectes de tératogénicité : Sustiva, Hivid (arrêt de commercialisation) ou de toxicité : Viracept (retrait provisoire ? en 2007)
- Si traitement efficace, 2 options :
 - Fenêtre thérapeutique jusqu'au 2^{ème} trimestre :
 - inconvénients : risque de rebond important de la CV, induction de résistances pouvant compliquer le traitement ultérieur
 - avantages : réduire le risque de maladies mitochondriales (?) du nouveau-né
 - Poursuite du traitement à l'identique
 - Si traitement inefficace : vérifier l'observance (dosages plasmatiques des ARV si besoin) et l'efficacité (test de résistances aux ARV si besoin)

2- *CHEZ LES PATIENTES NON TRAITÉES EN DEBUT DE GROSSESSE*

La conduite à tenir va dépendre des résultats du bilan initial :

- Bilan maternel d'emblée défavorable (CD4 < 350 et/ou CV > 30 000) : **introduction immédiate du traitement.**

- Bilan maternel favorable : le traitement ARV a pour objectif la prophylaxie de la transmission materno-fœtale.

Le traitement recommandé est l'association Combivir – Kaletra (trithérapie), et la date d'introduction 26-28 SA. Une introduction plus précoce (20-22 SA) permet d'éviter l'absence de couverture par ARV en cas d'accouchement très prématuré inopiné. En cas de risque accru d'accouchement prématuré il faut commencer une trithérapie dès le début du 2^o trimestre

Le traitement doit être surveillé régulièrement, de façon beaucoup plus rapprochée qu'en dehors de la grossesse : tolérance (clinique – éruptions, vomissements, douleurs abdominales, fatigue, dyspnée, et biologique – hémogramme, transaminases, lipase, ionogramme, glycémies à jeûn et post-prandiale)), observance, efficacité (**CD4 et CV 1 fois par mois**)

3- *EN CAS DE DIAGNOSTIC TARDIF PENDANT LA GROSSESSE*

donner le traitement très rapidement et discuter avec le spécialiste d'une tri- voire une quadri-thérapie

Pathologie obstétricale, risque de prématurité :

Il n'y a pas d'indication de transfert materno-fœtal pour le seul motif de la séropositivité :

les indications de transfert sont les mêmes que pour les patientes HIV-

En cas d'indication de corticothérapie ante-natale, celle-ci doit être réalisée

VIH2

Cette contamination est exceptionnelle

Conduite à tenir idem que pour VIH1

L'accouchement :

Bilan virologique favorable : CV indétectable (ou très faible, jusqu'à 400 copies ?). La césarienne ne présente aucun avantage statistiquement significatif pour diminuer le taux de transmission materno-fœtale. **Un accouchement par voie basse est autorisé**, sous réserve que les conditions obstétricales s'y prêtent.

Précautions à observer :

- éviter une rupture des membranes prolongée
- éviter un travail long et dystocique
- éviter (si possible) les situations à risque (extraction instrumentale, épisiotomie)
- pas d'électrode fœtale ni de pH au scalp

Charge virale détectable (ou > 400 copies ?) : proposer une **césarienne prophylactique**.

En cas d'indication de déclenchement de l'accouchement et de conditions défavorables pour une prise en charge par syntocinon, préférer la réalisation d'une césarienne

La perfusion d'AZT lors de l'accouchement :

Son action dans la prévention de la transmission est plus difficile à définir à l'heure actuelle (trithérapies systématiques) par rapport à l'époque de la monothérapie. Elle reste malgré tout présente dans les recommandations :

En cas de césarienne réglée : 2 mg/kg IV sur 1h jusqu'à l'extraction

Si mise en travail : 2 mg/kg IV sur 1 h, puis 1 mg/kg/h jusqu'à l'accouchement

En cas de situation à haut risque : charge virale élevée, complications obstétricales, femme non suivie ou non traitée, diagnostic tardif, on peut associer la névirapine (200 mg chez la mère en début de travail)

Dans ces situations à risque élevé (absence de prophylaxie du 3^e trimestre, pas de résultat de charge virale...) : privilégier une attitude classique validée : AZT +/- névirapine et césarienne prophylactique

Pour le personnel : protection conforme au risque viral

Après l'accouchement :

Allaitement artificiel systématique

Pour le nouveau-né :

Il est recommandé d'utiliser l'amukine* qui a l'avantage de pouvoir être mis au contact des muqueuses (yeux, narines, conduit auditif...).

Traitement post-exposition du nouveau-né : AZT pendant 4 semaines, 1 prise toutes les 6h à débiter 6h après le flash per-partum.

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : prescription des antirétroviraux chez la femme enceinte : les recommandations françaises actuelles .
Laurent Mandelbrot, Revue du praticien, 2006,56, 2-3.

4. GLOSSAIRE

CV : charge virale
HPV : human papilloma virus
ARV : anti-rétro-viraux

5. DIFFUSION

Tous les professionnels des maternités du réseau, la cellule de régulation, l'infirmier du réseau, les Samu.