

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	SUIVI DE NOUVEAU-NE DE MERE VIH-1 POSITIVE	Protocole pédiatrique n°18 bis version 1 page 1/3
---	---	---

Référence : RSN/PR/REA.P/018/A	Date de 1^{ère} mise en service : 17/02/2018
---------------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Dr F. MONPOUX	Nom et fonction	Nom et fonction Dr AM MAILLOTTE	Nom et fonction : CMS
Date : 15/02/2018	Date :	Date : 24/09/2018	Date : 25/09/2018
Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>	Signature : <div style="text-align: center;">signé</div>

I-INTRODUCTION

Le suivi clinico-biologique du nouveau-né de mère VIH-1 séropositive ne pose pas de problème particulier ; il est simple et totalement codifié en France dans un rapport régulièrement actualisé accessible à tous par internet :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

Ce suivi a pour double objectif de détecter rapidement une infection verticalement transmise (moins de 0.5 % en France actuellement) et une toxicité potentielle du traitement reçu par la maman et le nouveau-né.

Nous ne reprendrons pas les recommandations concernant la prophylaxie du nouveau-né de mère VIH (cf protocole)

II-PROBLEMATIQUES

Le transfert passif des anticorps maternels (incluant les anticorps anti VIH) empêche l'utilisation des examens sérologiques chez le tout petit. Les techniques de détection virale directe sont utilisées depuis de nombreuses années et ont fait la preuve de leur fiabilité. La PCR-ARN plasmatique et la recherche virale par PCR-ADN (ADN-proviral) ont la même sensibilité et spécificité chez le nouveau-né et le jeune nourrisson. Il n'est pas nécessaire de faire pratiquer ces 2 examens coûteux et redondants. Les prélèvements nécessaires à cette analyse sont facilement transportables d'un établissement de santé à l'autre sans risque de dénaturation.

III-PROTOCOLE

1-Concernant le diagnostic :

Il consiste à réaliser 4 examens virologiques directs (PCR-ARN ou ADN pro-viral) dans le premier semestre de vie. Les experts préconisent :

- Un prélèvement peu après la naissance en excluant le sang cordonal qui peut être contaminé par le sang maternel
- Un prélèvement aux 1^{er}, 3^{ème} et 6^{ème} mois

Il est préconisé un rendu des résultats en face à face avec la famille afin d'éviter l'éventualité de rendre un résultat positif par téléphone.

Tout prélèvement positif doit être recontrôlé dans les 8 jours sans attendre l'échéance suivante. Contrairement à la surveillance du nouveau-né en statut indéterminé, le suivi de l'enfant infecté doit être réalisé dans un centre expérimenté.

2-Concernant la surveillance de la toxicité

L'utilisation croissante de la nevirapine (Viramune®) en lieu et place de l'AZT (Rétrovir®) a légèrement modifié le risque de toxicité de la prophylaxie du nouveau-né. Le suivi biologique conseillé par les experts est repris dans le tableau en annexe.

3-Conclusion

Le suivi du nouveau-né de mère VIH-1 mono infectée est actuellement simple et parfaitement codifié. Du fait du faible taux de transmission materno foetale du VIH-1 (faible nombre d'enfants infectés naissant sur notre territoire) le suivi de ces enfants peut être réalisé par un pédiatre de centre hospitalier **de proximité**. Le centre universitaire de compétence dans ce domaine assure les conseils en cas de situation particulière (co infection VIH-VHC, intensification etc..) ainsi que la confirmation et le suivi des rares enfants infectés.

Bibliographie

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Rapport 2013. Sous la direction du Pr Philippe MORLAT. La documentation française 2013. Désir d'enfant et grossesse. Chapitre 9 : 297-337

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Actualisation 2015 du rapport 2013. Sous la direction du Pr Philippe MORLAT. La documentation française 2013. Désir d'enfant et grossesse. Chapitre 9

Monpoux F, Warszawski J : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Médecine Thérapeutique pédiatrie 2016 ; 19(1) : 16-25

Burgard M, Blanche S, Jasseron C, Descamps P, Allemon MC, Ciraru-Vigneron N et al. Performance of HIV-1 DNA or HIV-1 RNA test for early diagnosis of perinatal HIV-1 infection during anti-retroviral prophylaxis. J Pediatr 2012; 160: 60-6

Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, Dollfus C, Faye A, Pannier E et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. Clin Infect Dis 2015, 61(11): 1715-25

Annexe 1

EXAMENS	CORDON	J0-J3	M1	M3	M6	M12	M18 à 24
ARN-VIH et/ou ADN-VIH		X	X	X	X		
Sérologie VIH							X
NFS – Plaquettes		X	X	X	X	X	X
ASAT, ALAT		X	X	X	X	X	X
Lipase		X	X	X			X
Ionogramme		X	X	X			X
Urée, créatinine		X	X	X			X
Calcium, phosphore		X	X	X			X
Lactates			X	X	X*		X*
CPK – LDH			X	X	X*		X*
Bilirubine**	X						

*Si anomalies sous traitement ou symptômes cliniques.

**Si traitement maternel par atazanavir.