

XIV^{ème} Journée régionale de Pathologie infectieuse
Université Lille II, Faculté de Médecine, 23 octobre 2007

Femme et VIH

Prise en charge de la femme pendant la grossesse



Pr Sophie Matheron
Hôpital Bichat – Claude Bernard

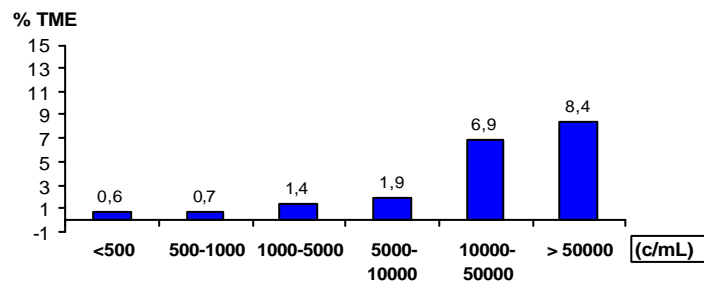
Grossesse et infection par VIH

- En France
 - ~ 1500 / an (séroprévalence ~ 2%)
 - Contamination hétérosexuelle
 - Femmes originaires d'Afrique sub-saharienne : 60%
 - Découverte VIH : 1/3
- PTME
 - Systématique (EPF : 97%)
 - ? TME : 1 à 2% (multithérapies)
 - ~ 15 enfants infectés /an
 - Valeur prédictive de l'ARNp à l'accouchement (> type de Ttt)



INSERM U822

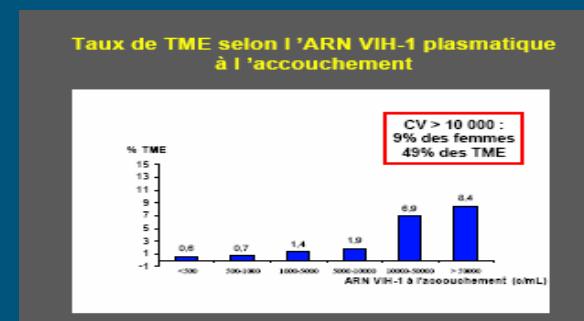
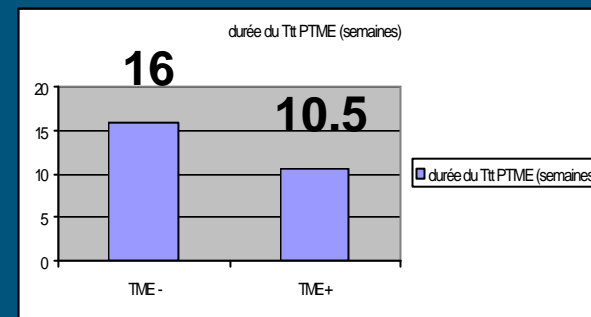
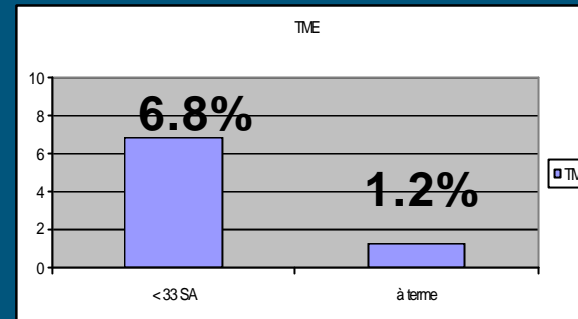
EPF 1997-2003, n=4480 femmes traitées



Pas de valeur seuil en dessous de laquelle le risque est nul
Risque 0.3% pour ARNp < 50 cp/ml

Échecs ? Situations à risque

- Refus de Ttt
- Prématurité < 33SA
- Prise en charge tardive
- Ttt tardif
- Défaut d'observance
 - ARNp > 10 000 cp/ml à l'accouchement :
 - 9 % des femmes (EPF)
 - 50 % des cas de transmission
 - indépendamment du type de traitement



anRS

INSERM U822

EPF,
L Mandelbrot

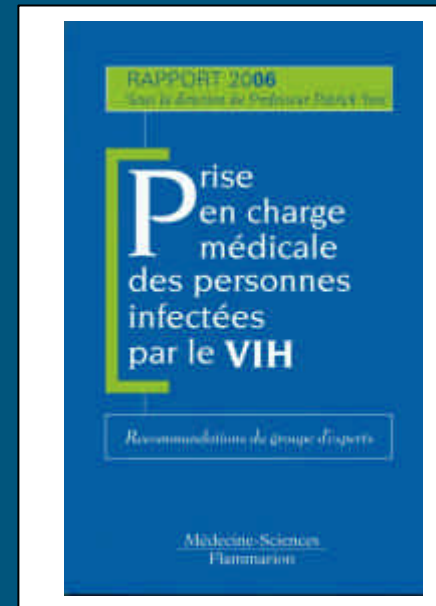
Prise en charge : recommandations 2006

- Grossesse à risque
 - Prise en charge multidisciplinaire
 - obstétricale,
 - infectiologique,
 - pédiatrique,
 - virologique,
 - pharmacologique,
 - psycho-sociale
 - Par équipes spécialisées



Prise en charge : recommandations 2006

- Traitement antirétroviral
 - Objectifs
 - Comment ?
 - Quel traitement ?
 - Quand ?
 - Différentes situations
- Mode d'accouchement
- Suivi pendant la grossesse
- Prise en charge du nouveau-né, allaitement
- Suivi en post-partum



Traitement antirétroviral

- Objectifs
 - PTME (seule indication dans 50% des cas)
 - Traitement optimal
 - Efficacité
 - Objectif charge virale < 50 cp/ml à l'accouchement
 - Tolérance
 - pour la mère
 - pour l'enfant
 - Pharmacologie
 - Limitation du risque de résistance

Traitement antirétroviral

- Comment ?
 - **Décision**
 - Collaborative
 - Pas dans l'urgence
 - **Information**
 - Bénéfices et risques du Ttt
 - Suivi, observance, mode d'accouchement, allaitement, Ttt et suivi de l'enfant,
 - des 2 parents
 - **Préparation, accompagnement ; prendre en compte**
 - les difficultés éventuelles, sociales et administratives, psychologiques ou psychiatriques,
 - la compréhension et l'adhésion à la stratégie thérapeutique

Traitement antirétroviral

- Quel traitement ?
 - **Trithérapie 2INN + 1 IP**
 - INN : AZT, 3TC
données limitées sur tenofovir,
pas de d4T/ ddl
 - IP : (nelfinavir) saquinavir/r, indinavir/r, lopinavir/r
 - **Perfusion AZT pendant le travail (ou avant césarienne programmée)**
 - **Traitement du nouveau-né**

Traitement antirétroviral

- Quand ?

Plus tôt

- **Fin 2eme trimestre = 6° mois = < 28SA**
en l'absence de risque d'accouchement prématuré (AP), d'ARN élevé
- **Début 2eme trimestre = 4° mois = < 20 SA**
si facteurs prédictifs d'AP
Grossesse gémellaire, atcd de prématurité, tabagisme, toxicomanie, conisation
- **Début 2e trimestre**
si ARNp \geq #100 000 cp/ml
- **> 12 SA si indication maternelle au Ttt (si possible)**

Traitement antirétroviral

- **Décision thérapeutique**

fonction de

- statut clinique, virologique , immunologique de la mère
- âge gestationnel
- toxicité foetale potentielle des médicaments

++++Situation évolutive +
? SURVEILLANCE

Mode d'accouchement

- **Césarienne programmée non systématique**
 - Indications :
 - Obstétricales
 - Charge virale détectable à 36 SA

Différentes situations

1. Femme déjà traitée (30%)

- **Ttt efficace (ARN < 50cp/ml) ?** **NE RIEN CHANGER SAUF RELAIS**
 - EFV par IP,
 - d4T/ddI, tenofovir, par autre(s) INTI(s),
 - 3^{eme} INTI par IP
- **Echec virologique (ARN > 50cp/ml) ?** **RE-EVALUER**
 - Observance, résistance (équipes spécialisées/ virologue)

2. Femme non traitée

- **Pas d'indication maternelle ?** **PTME dès 26 – 28 SA**
 - 2 INTI + 1 IP
 - Si ARN < 1000 cp/ml, AZT+3TC, ou AZT+césarienne programmée
- **Indication maternelle**
 - 2 INTI + 1 IP (>12 SA)

Différentes situations

3. Prise en charge tardive (8°- 9° mois)

1. Prise en charge avant début de travail

- Dépistage par test rapide (2° prélèvement, test classique)
- HAART : AZT + 3TC + Lopinavir/r
sans attendre résultats immuno-virologiques
- Césarienne programmée
- Ttt renforcé du nouveau-né

2. Pendant le travail

- Dépistage par test rapide
- AZT IV + Névirapine monodose
risque de résistance ? 2 INTI + 1 IP 2 semaines après accouchement
- Ttt renforcé du nouveau-né

Et toujours

- Allaitement artificiel
- Information des parents
- Dépistage du (des) partenaire(s)
- Surveillance des enfants exposés in utero
 - Repérage des effets à long terme
- Recherche clinique
 - Essais thérapeutiques, stratégiques
 - EPF

Cas particuliers

- VIH-2
 - Taux de TME spontané < 2%
 - R à INNTI
 - Choix du Ttt
 - Pas d'indication maternelle ? AZT
 - Indication maternelle ? 2 INTI + 1 IP
- Si atcd de toxicité, souche multirésistante
 - Avis d'experts
- Co-infection VHB
 - Risque de l'introduction puis de l'arrêt du 3TC
 - Sérovaccination à la naissance


Surveillance des femmes enceintes

- Femme séropositive
 - Vérifier absence d'indication thérapeutique
 - Traiter
 - si elle apparaît
 - et de toutes façons en fin de grossesse
- Femme séronégative
 - Vérifier absence de contamination pendant la grossesse
 - Risque de TME lié à la primo-infection

Suivi pendant la grossesse

- Obstétrical
 - Infectieux
 - Clinique
 - Immuno-virologique
 - pharmacologique
 - Psycho-social
 - Observance
 - Pédiatrique
- ✓ Détection et prévention de facteurs de risque d'AP
 - ✓ Détection et traitement des IST associées
 - ✓ Échographie trimestrielle
 - ✓ Suivi gynécologique
 - ✓ Peser les indications d'amniocentèse
 - ✓ En cas de rupture prématurée des membranes extraction recommandée après 32 SA
 - ✓ Suivi biologique : CV, CD4, NFS, Transaminases, Lipase
 - Mensuel si initiation de ttt
 - Trimestriel si ttt ancien, mensuel $\geq 6^{\circ}$ mois
 - + glycémie
 - ✓ Tests génotypiques de résistance : mêmes indications qu' en dehors de la grossesse
 - ✓ Dosages plasmatiques d'ARV

Suivi pendant le post-partum

- Préparer la suite de la prise en charge
 - Suivi de l'infection VIH
 - si seule indication PTME
 - Arrêt Ttt ARV ( névirapine, 3TC)
 - CS + bilan M 1-2
 - Si indication maternelle
 - Poursuite Ttt ARV, adapter posologies IP
 - CS + bilan M1 (dosage Cpl IP)
 - Suivi au long cours
 - Suivi gynécologique
 - Contraception
 - Prise en charge sociale

Conclusion

- Ttt préventif de TME
 - Bénéfices démontrés
 - Inconnues sur la toxicité des ARV
 - ? nécessité de poursuivre la recherche clinique
- Prise en charge multidisciplinaire
- Débuter le Ttt plus tôt
- Objectif charge virale indétectable à l'accouchement
- Suivi attentif, soutien à l'observance
- Organiser la suite de la prise en charge