

Compte-rendu de la réunion du 25 décembre 2004
GROSSESSE ET INFECTION VIH :
PREVENTION ET TRAITEMENTS ACTUELS
Docteur Isabelle HEARD (Paris)

La conférence a permis de faire le point sur les nouvelles données du rapport Delfraissy et de mettre en évidence l'évolution rapide des pratiques et des recommandations dans la prise en charge de la grossesse chez les femmes VIH+.

1) Evolution des recommandations

1994	1995-1998	1997-2003		2004
ACTG 076 ANRS 024	ANRS 075 Rapport Dormont 96	Rapport Dormont 98 Rapports Delfraissy 99-02		Rapport Delfraissy 2004
AZT	AZT + 3TC	Césarienne à visée prophylactique, avant le début du travail	HAART à visée thérapeutique maternelle Traitement différé à usage prophylactique	HAART ++ [→ choix d'un traitement efficace même si l'état de santé de la mère ne le nécessite pas]

Selon l'enquête périnatale française (résultats connus jusqu'à 2002) :

→ augmentation très importante du nombre de grossesses chez les femmes VIH+ entre 1996 et 2002, c'est-à-dire à partir du moment où les femmes ont su qu'elles avaient une amélioration de l'espérance de vie (1000 grossesses/an en 2002)

→ corrélation inversement proportionnelle avec le risque de transmission

. **VIH-1** : < 1994 → 20-25 % - 1994 → 8 % - depuis 1998 → < 2 %

. **VIH-2** : 0,4 % (1 seul enfant contaminé sur 274 grossesses).

2) Population concernée

- Les mères

*** Quelle est la population des femmes enceintes ?**

. Au début, la plupart des femmes contaminées l'étaient par toxicomanie IV, puis on a assisté à une augmentation des femmes contaminées par voie sexuelle.

. Aujourd'hui, les patientes originaires d'Afrique Noire représentent 50 % des femmes ayant accouché en 2002.

. En 2002, la majorité des femmes enceintes était sous trithérapie (très peu sans traitement ou sous AZT monodose).

*** Etat immunitaire des mères à l'accouchement**

En 2002, ≈ 10 % des femmes avaient moins de 200 CD4.

- Les enfants

*** Pourquoi y a-t-il encore des enfants infectés ?**

→ échec virologique : traitement pas assez efficace (choix d'un traitement suboptimal - AZT)

→ complications obstétricales : hémorragies, prématurité, rupture des membranes

→ défaut de compliance : refus de traitement, refus de la césarienne (interdits liés à ce mode d'accouchement)

→ défaut de suivi prénatal, dépistage tardif

→ absence de traitement.

Le traitement pendant la grossesse diminue le risque de TMF d'un facteur 10.

- Quelles sont les femmes qui ont transmis le VIH ?

*** Moment de la prise en charge ++**

. Si la femme est prise en charge dès les 2 premiers trimestres
→ TMF = 1,2 %.

. Si la femme est prise en charge pendant le 3^{ème} trimestre
→ TMF = 3 %.

*** Charge virale plasmatique à l'accouchement ++**

Le risque est majoré si la charge virale est > 10.000 copies.

*** Proportion de grossesses commencées sous ARV**

. Beaucoup de femmes ont été enceintes auparavant et se sont déjà soumises à un dépistage, un traitement ou une prise en charge.

. En 2002, seulement 60 % des femmes se savaient séropositives → 1 à 4 femmes sur 10 découvrent leur séropositivité pendant la grossesse (africaines ++).

. 1/3 des femmes ont déjà pris des antirétroviraux.

*** Mode d'accouchement**

En 2002, la médicalisation de la grossesse était très forte : plus de la moitié des femmes ont eu une césarienne et tous les enfants ont eu un traitement après l'accouchement.

*** Facteurs de risque de transmission materno-fœtale (Margaux M.J. et al. - JAIDS - 2003)**

. refus de traitement → 34 %

. accouchement prématuré → 8 %

. diagnostic à l'accouchement → 3 %

. grossesse non suivie → 54 %

*** Qui sont les enfants infectés ?**

4.547 mères VIH → 82 enfants infectés

. 3/4 traitées pendant la grossesse → TMF = 1,4 %

. 1/4 sans traitement → TMF = 13 %

*** Nature du traitement antirétroviral**

Ce n'est pas un facteur de risque.

En revanche, la trithérapie est importante pour faire baisser la charge virale ou monter les CD4.

*** Mode d'accouchement**

La césarienne programmée ne diminue pas le risque (p non significatif).

3) Recommandations du rapport Delfraissy 2004

→ obtenir une efficacité virologique maximale afin :

- . de réduire le plus possible le risque de TMF
- . de préserver le risque de mutations de résistance et l'avenir de la mère

→ considérer la grossesse chez la femme VIH+ comme une « grossesse à risque » : nécessité d'un suivi par une équipe multidisciplinaire spécialisée (obstétricien / infectiologue / pédiatre).

* Femme ayant commencé sa grossesse sous traitement

→ poursuivre un traitement efficace et bien toléré

→ arrêter :

- . D4T + ddl car il existe un risque d'acidose lactique chez la mère
- . efavirenz en raison du risque de toxicité fœtale (aucune malformation n'a cependant été rapportée jusqu'ici).

* Femme commençant sa grossesse sans traitement

→ trithérapie avec 2 INTI + 1 IP quels que soient charge virale et taux de CD4

- . de préférence AZT + 3TC + saquinavir ou nelfinavir
- . pas de D4T ni d'efavirenz
- . 3 INTI déconseillé

. ne pas commencer la névirapine au cours de la grossesse (toxicité hépatique).

→ après 12 semaines, dans le cadre d'une indication maternelle

→ au début du 3^{ème} trimestre, dans le cadre d'une prophylaxie de la TMF (sauf cas particuliers).

→ AZT + césarienne : alternative possible au cas par cas.

* Femme non traitée ou diagnostic tardif

→ indication thérapeutique sur un test rapide après information de la patiente

→ AZT + 3TC + ritonavir/lopinavir

→ césarienne programmée

→ renforcer la prophylaxie néonatale.

. Cas de la prise en charge pendant le travail

→ perfusion d'AZT + névirapine monodose et trithérapie chez le nouveau-né jusqu'à l'âge de 6 semaines.

* Accouchement

→ ne plus pratiquer de césarienne systématique chez les femmes sous multithérapie ayant une charge virale indétectable

→ envisager une césarienne programmée si la charge virale est > 400 copies.

* Chez l'enfant

→ traitement toujours instauré dès la naissance

→ à renforcer en cas de risque élevé

(NB : ces recommandations n'indiquent pas la conduite à tenir chez le prématuré).

* Information des parents

→ informer les femmes du rapport bénéfice / risque du traitement antirétroviral préventif de la TMF (problème des cytopathies mitochondriales chez l'enfant)

→ informer les familles de l'importance de signaler tout évènement clinique significatif survenant chez l'enfant.