

# Infection à VIH et grossesse

*Pr. Ludovic CRAVELLO*

*Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de  
La Conception, 147 Bd Baille, 13005 Marseille*

Marseille, 1er décembre 2011

# Généralités

- **La prise en charge des grossesses chez les femmes infectées par le VIH est un problème à la fois complexe et « très simple » ... en 2011 ... en France**
- **Car informations disponibles ++ et progrès constants**
- **Objectif majeur : empêcher la TME du virus**
- **Enquête Périnatale Française (ANRS - INSERM)**
  - ◆ **1ère base de donnée mondiale**
  - ◆ **Volume, multiplicité des champs d'investigation, qualité du suivi et importance du recul, niveau des publications scientifiques**

# Généralités

- La découverte de la séropositivité à l'occasion de la grossesse concerne 20 à 40% des patientes selon les maternités
  - ◆ Rappel : proposition obligatoire du test de dépistage à toutes les femmes enceintes lors de la 1ère consultation prénatale
- Taux de prématurité < 37 SA voisin de 15% (> moyenne générale)
- Taux de transmission pour le VIH1 en France :
  - ◆ Compris entre 0,5 et 1% ces dernières années (versus 16-25% en spontané, + 7-15% si allaitement maternel)
  - ◆ Moyenne sur les années 2000-2005 = 1,1%
- La contamination par le VIH2 reste marginale (< 500 cas, TME < 0,4%)
- Les indications d'IMG pour VIH sont exceptionnellissimes en 2011

- Les facteurs de risques résiduels de TMF pour un taux global entre 0,5 et 1%
  - ◆ Uniquement 3 facteurs restent identifiables
    - 1- La charge virale + en fin de grossesse, avec seuil très significatif au-delà de 10 000 copies/ml
    - 2- L'âge gestationnel à l'accouchement : TMF de 6,6% avant 33 SA, contre 1,2% entre 33 et 36 SA, et 1,1% à terme
    - 3- La durée d'exposition aux ARV pendant la grossesse, l'absence de traitement étant le facteur de risque majeur

## ■ Objectifs

- ◆ Réduire un des ces 3 facteurs de risque si présent
- ◆ Pas d'impact de la voie d'accouchement (pas d'indication de césarienne systématique)
- ◆ Pas d'impact de la composition du traitement  
**ARV**

# Amniocentèse et VIH

## Bibliographie

### ■ Avant 1999

- ◆ Pas de traitement pendant la grossesse : TMF 34% (OR = 2,4 / grossesses sans amniocentèse)

### ■ 1999-2001

- ◆ Patientes le plus souvent AZT en monothérapie pendant la grossesse : TMF 8% (idem / grossesses sans amniocentèse)

### ■ > 2001

- ◆ Séries de patientes sous trithérapie
- ◆ Pas de cas de contamination décrit après amniocentèse

### ■ Mais prudence car peu de dossiers publiés (200 à 250 cas seulement)

- **Amniocentèses possibles mais réfléchir aux indications ++**
- **Faire la ponction chez les femmes sous traitement, si possible avec une CV-**

# Principes du suivi

- Suivi de grossesse
- **Surveillance identique / autres patientes**
  - ◆ Echographies
  - ◆ Dépistage de la trisomie 21
  - ◆ Sérologies
- **Infection par le VIH**
  - ◆ 1 consultation / mois avec CV - T4 - biologie complète
  - ◆ Si besoin : test de résistance - dosage plasmatique ARV
- **S'assurer de l'observance / tolérance / efficacité**
- **Patientes déjà traitées : maintenir le Tt (pas de Sustiva)**
- **Patientes non traitées : introduire Combivir - Kalétra (vers 20 SA ou avant si bilan maternel très altéré)**

- L'accouchement

- CV -

- ◆ Conditions obstétricales favorables : voie basse (surveillance particulière du travail)
- ◆ Indication obstétricale de césarienne : césarienne

- CV + (seuil ?)

- ◆ Césarienne recommandée (en dehors du travail + membranes intactes)

# L'avenir : essai Primeva

- Principes
- Essai randomisé multi-centrique de phase II pour étudier une monothérapie par Kalétra versus traitement de référence actuel (Combivir-Kalétra)
- Moins de toxicité attendue / Tt simplifié (2 cp/j)
  
- 2 bras, 150 patientes sur 2 ans
- Randomisation à 25 SA, début du traitement à 26 SA
- Bras 1 : Kalétra seul (100 patientes)
- Bras 2 : Combivir - Kalétra (50 patientes)

- **Objectif principal** : succès virologique à S8 = charge virale négative à 34 SA
- **Modifications du traitement en fonction du résultat de la CV**
  - ◆ Pas de modification dans la gestion de l'accouchement
  - ◆ Maintien de l'AZT (perfusion pendant le travail, puis chez l'enfant)
- **Objectif « secondaire »** : évaluation de la TMF
  
- **Résultats en attente (inclusions < rythme prévu)**