

# VIH et GROSSESSE : Quoi de neuf dans les recommandations 2024?

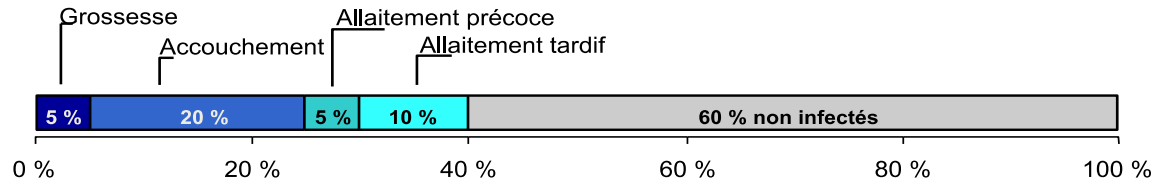
Dr Isabelle LAMAURY  
PH Infectiologue CHU Guadeloupe  
Présidente COREVIH Guadeloupe St Martin St Barth

Objectif 2030  
Vers une Guadeloupe  
sans Sida  
Gwada san Sida



# En PREAMBULE

## Transmission mère-enfant du VIH en l'absence d'intervention



## 3 objectifs :

- Maintenir la santé à long terme de la personne (AI)
- Supprimer la transmission dans le couple, TasP (AI)
- Supprimer la transmission mère-enfant (AI)

## Actualités épidémiologiques des grossesses chez les FVVIH et de la transmission mère-enfant (TME) en France

- ✓ Le nombre de grossesses évolutives chez des PVVIH est estimé à environ **1400 /an**
  - Conception naturelle +++
  - ≈ 4% recours AMP (2020 = 222 tentatives AMP chez FVVIH → 26 enfants): plus de circuit spécifique « risque viral »
- ✓ Selon les données de l'Enquête Périnatale Française :
  - > 70% des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) débutent une grossesse sous ARV
  - > 80% d'entre elles ont un traitement avant la fin du 1er trimestre
  - > 90% ont une charge virale < 50cp/ml à l'accouchement (> 95% avec CV < 400cp/ml)
- ✓ Le taux de transmission dans la cohorte EPF de 2011 à 2020 est évalué à « **0,2%** », et les registres de déclaration obligatoire rapportent entre 0 et 4 cas/an chez des enfants nés en France infectés par TME depuis 2015





Reco françaises  
2017-18 ....

RECOMMANDER  
LES BONNES PRATIQUES

Pr Pierre DELOBEL  
Infectiologue Chercheur  
CHU Toulouse

RECOMMANDATION

## Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère- enfant

*Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien,  
AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes  
Pilote du groupe Grossesse VIH*

Validé par le Collège le 25 avril 2024

- ✓ FICHE de SYNTHÈSE pour Prof. de santé
- ✓ RBP (texte « court » : 65 p)
- ✓ ARGUMENTAIRE (texte « long » : 250 p)

*Et Trois Fiches Patients « questions/réponses pratiques »:*

- Questions « Dépistage et Grossesse »
- Questions « à propos du bébé »
- Questions « spécial Allaitement »

Principales questions :

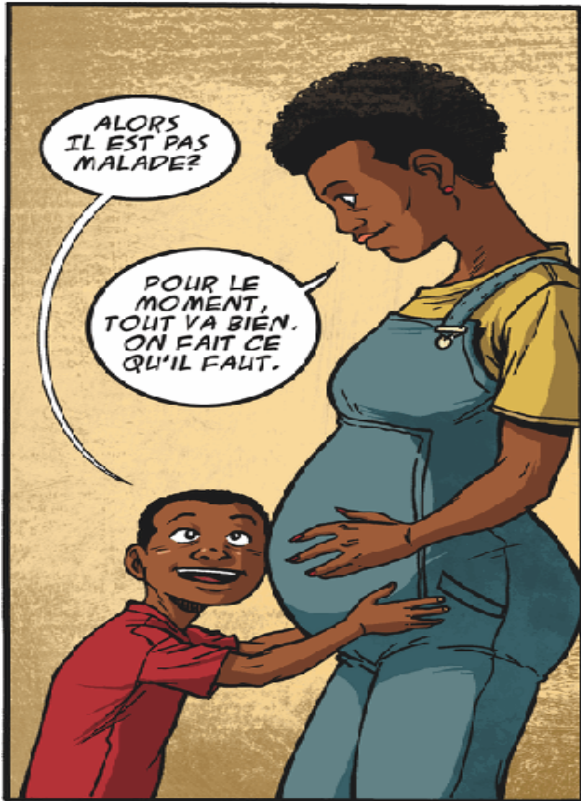
- Santé reproductive et désir d'enfant : quelles spécificités dans le contexte de l'infection VIH ?
- Quand dépister et comment prévenir l'infection par le VIH dans le contexte de la grossesse ?
- Quelle est la prise en charge thérapeutique pour la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-1 ?
- Quelle est la prise en charge thérapeutique pour la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-2 ?
- Quel est le parcours de soins d'une femme vivant avec le VIH pendant la grossesse ?
- Quelle est la prise en charge obstétricale d'une femme enceinte vivant avec le VIH ?
- Quelle est la prise en charge du nouveau-né et du nourrisson d'une mère vivant avec le VIH ?
- **Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour choisir les modalités d'allaitement et prévenir le risque de transmission ?**

Mises en ligne le 31 MAI 2024



# Parcours de soins d'une femme vivant avec le VIH (FVVIH) pendant la grossesse:

## GROSSESSE à RISQUE



- En raison de l'infection VIH et des traitements antirétroviraux (TAR), la grossesse est à risque et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire par des équipes entraînées.
- Apporter une attention particulière à la confidentialité concernant le statut VIH, parfois non connu de l'entourage, y compris du père.
- TAR à poursuivre (à ajuster au besoin) ou initier le plus tôt possible (sauf si VIH2, E. contrôleur)
- La prévention TME nécessite une surveillance accrue de l'efficacité et tolérance du TAR
  - Suivi clinico-biologique gynéco-obs « usuel » (Supplémentation en acide folique, VIT D...)
  - + Consult référent infectiologue et contrôle CV-VIH plus rapprochés : **1 fois par mois à partir de T2**
- Risque d'accouchement prématuré élevé (15%). Pas de prévention spécifique
- Contexte de précarité affective et/ou socio-économique à prendre en compte ++





# ACCOUCHEMENT

- Le rôle protecteur de la césarienne programmée a été établi avant l'ère des multithérapies.
- **Le risque de TME en situation de succès virologique n'est pas lié au mode d'accouchement**
- La césarienne non-programmée n'est pas associée à une réduction de la TME



## Césarienne programmée: décision selon CV à 36 SA

- ✓ CV <50 copies/ml => voie basse
- ✓ CV >400 copies/ml => césarienne programmée à 38 SA
- ✓ 50 < CV < 400 copies/ml: décision en RCP

Selon cinétique CV et contexte

Intensification + contrôle rapproché ou césarienne programmée

**Perfusion de ZDV per partum: si dernière CV >50 copies/ml**

Et uniquement en fct CV (~~Prématurité, complications obstétricales~~)

### Césarienne programmée:

- Si indication retenue, à réaliser à 38 SA, avant le travail et avant rupture membrane
- Pas de seuil établi pour CV (USA : 1 000cp/ml)
- Balance Bénéfice / Risque

### Césarienne non-programmée

- Ne pas faire de césarienne en cas de travail actif dans le seul but de prévenir la TME
- En l'absence de TAR pendant la grossesse ou en cas de CV > 1 000 copies/ml, réaliser une césarienne en cas de rupture des membranes à terme avant ou en tout début du travail.



# Quelle est la prise en charge obstétricale d'une FVVIH en situation de contrôle virologique ?

- *En situation de succès virologique, aucune pratique obstétricale n'est associée à un risque documenté de TME*
- *Sécurité meilleure avec un succès prolongé > 6 mois dans le cas d'une CV devenue récemment indétectable*

- Ne pas réaliser une césarienne pour motif d'infection VIH lorsque la charge virale maternelle est <50 cp/mL
- Ne pas réaliser de perfusion de ZDV lorsque la charge virale maternelle est <50 cp/mL
- **Ne pas faire de césarienne ni de perfusion de ZDV pour co-infection VHC ou VHB, ni dans les situations d'accouchement prématuré, de chorioamniotite ou d'hémorragie avant/pendant le travail lorsque CV <50 cp/mL**
- **Lorsque CV <50 cp/mL, suivre les indications et bonnes pratiques usuelles comme chez la femme non infectée par le VIH** pour la réalisation d'une amniocentèse, d'une biopsie de trophoblaste, d'un cerclage, d'une version par manœuvres externes, de même que pour les RPM, le déclenchement du travail quelle que soit la méthode utilisée, les manœuvres obstétricales
- **Éviter les prélèvements et capteurs au scalp** ; toutefois, en cas de réalisation, chez la femme en succès virologique, cela ne nécessite pas un renforcement de la prophylaxie post exposition chez le nouveau-né.



# Prophylaxie Post-Natale du Nouveau-Né (NN) de FVVIH-1



## Niveaux de Risque\*:

\*Grade A

### ➤ Scénario optimal

CV <50 cp/mL avant et pendant toute la grossesse ou au moins depuis 6 mois

### ➤ Faible Risque

CV >50 cp/mL dans les 6 derniers mois mais <50cp/ml dans les 4 semaines avant accouchement

### ➤ Risque intermédiaire

CV entre 50 et 400 cp/mL dans les 4 semaines avant accouchement

### ➤ Haut Risque :

Pas de TARV pendant la grossesse ou CV >400 cp/mL dans les 4 semaines avant accouchement



# Quels sont les premiers soins à donner au NN en salle de naissance ?



- **Scénario optimal ou en situation de faible risque d'infection:**
  - Les soins en salle de naissance doivent être les mêmes qu'en pop. Générale
- **Risque intermédiaire ou élevé d'infection VIH:**
  - Bain de 1 à 2 minutes avec adjonction d'un antiseptique virucide, tel que l'hypochlorite de sodium à 0,06 p.100 diluée au 1/2 est conseillé.
- *La désinfection oculaire par collyre antibiotique en salle de travail est recommandée seulement en cas d'autre IST pendant la grossesse ou l'accouchement.*
- *En cas de liquide amniotique clair et de bon état néonatal, **il n'est plus recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration naso-pharyngée ni de vérifier systématiquement la perméabilité des choanes ou de l'œsophage.** Si ces aspirations devaient être réalisées, elles doivent être le moins traumatiques possible, surtout en cas de situation à haut risque d'infection*





# Quelles sont les indications et dans quel délai doit être introduit une prophylaxie postnatale (TPE) chez le NN de mère VVIH-1 ?

- Un TPE doit être débutée **chez tous les NN quel que soit le risque de transmission**
- Ce traitement doit **débuter le plus tôt possible**
- Les modalités de ce traitement **doivent être anticipées** au cours de RCP, tracées et réadaptées le jour de l'accouchement si besoin



## « TPE NN » scénario OPTIMAL:

Sirop NEVIRAPINE en 1<sup>ère</sup> intention, une prise/j en fct du poids et de l'âge gestationnel pour une durée de **DEUX SEMAINES**

Tableau 3 . Modalités de la prophylaxie postnatale initiale chez le nouveau-né de mère VVIH en fonction du risque de transmission mère-enfant (en l'absence d'allaitement au sein)

	Traitement ARV à proposer
<b>Nouveau-né &gt; 34 SA</b>	
<b>Scénario optimal ou faible risque</b>	NVP 2 semaines <sup>1,2</sup> 3TC 2 semaines <sup>2,3</sup> Alternative ZDV 2 semaines <sup>4,5</sup>



Flacon de 240ml



# Choix des modalités d'allaitement : *un grand pas en avant (largement attendu) !*

## 👉 Souhait de certaines FVVIH

- Bénéfices nutritionnels et immunologiques/mortalité infantile surtout dans pays à faible niveau de vie
- Enjeux individuels, familiaux, « communautaires »

## 👉 Risques potentiels ?

Exposition du nourrisson aux ARV : toxicité ??

- Exposition faible, pas de risque établi

Transmission virale?

- Risque élevé en l'absence de contrôle virologique maternel
- Risque très faible en situation de suppression virologique prolongée



Conseiller en lactation ,  
soutien des pairs,  
consultation pédiatrique prénatale +++

L'allaitement maternel est désormais une option à discuter en RCP, conduisant à une « **décision partagée** » avec la future maman +/- co-parent

**À anticiper**



# Choix Modalités ALLAITEMENT: Choix anticipé et partagé

## Transmission par l'allaitement ≠ transmission sexuelle

**U=U**  
UNDETECTABLE  
viral load means HIV IS  
UNTRANSMITTABLE



- Volume important de lait ingéré de façon pluriquotidienne  
≠  
Exposition ponctuelle à quelques ml de sécrétions génitales
- Vulnérabilité immunologique de la muqueuse digestive du nourrisson
- Transmission cellulaire possible par les lymphocytes dans le lait

Quelques cas de transmission par l'allaitement malgré un contrôle virologique maternel  
⇒ risque très faible mais U=U ne peut pas être affirmé pour l'allaitement

Les conditions optimales pour l'allaitement maternel sont :

## SCENARIO OPTIMAL

- TAR débuté avant conception ou au 1<sup>er</sup> T de grossesse
- CV maternelle <50cp/ml de façon stable mensuellement à partir de la fin du 1<sup>er</sup> T de la grossesse, soit 6 mois de contrôle virologique.
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au TAR et aux visites
- Engagement de suivi renforcé pdt toute la durée de l'allaitement au sein
- Capacité de l'équipe à réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

*Lorsque la mère a débuté le TAR pendant sa grossesse, le risque de transmission post-natale chez les enfants à 0,2% par mois d'allaitement (0,16% par mois d'allaitement si le traitement était initié avant la grossesse).*

*Le risque potentiel reste similaire du début à la fin de l'allaitement au sein. En multipliant par le nombre de mois d'allaitement, cela pourrait aboutir à un risque de 2% à un an ?*



# ALLAITEMENT MATERNEL au SEIN

## Allaitement fortement déconseillé si conditions maternelles non optimales

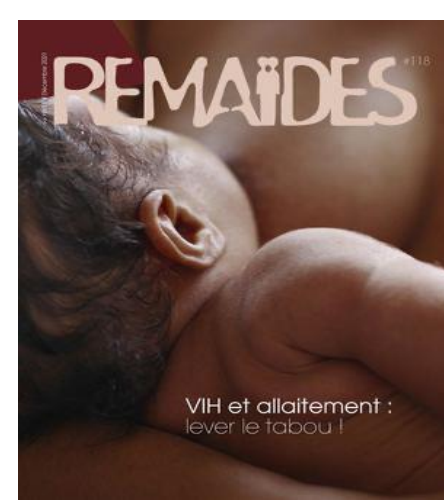
- CV non contrôlée
- Début tardif des ARV après le 1<sup>er</sup> trimestre
- Contexte défavorable pour la bonne compréhension/application du suivi médical

En pratique, l'équipe médicale peut se retrouver dans la nécessité de définir une approche de réduction de risques individualisée si la mère décide d'allaiter au sein contre l'avis médical.

## Si allaitement: décision partagée, validée en RCP

L'allaitement au sein ne modifie pas le choix des ARV chez la mère.

- Il est recommandé de limiter la durée d'allaitement et de ne pas dépasser 6 mois
- Allaitement exclusif conseillé si possible
- Surveillance renforcée de la mère et de l'enfant



# ALLAITEMENT MATERNEL au SEIN

## Prophylaxie prolongée chez le nourrisson allaité : « PrEP »

pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 15 jours après son arrêt définitif

⇒ NVP

ou

⇒ 3TC en alternative si ATCD de mutations de résistance aux NNRTI

## ⇒ Sécuriser tout risque de transmission par l'allaitement :

- ✓ Risque résiduel même en situation de contrôle virologique maternel optimal
- ✓ Complications de l'allaitement (mastite, abcès...)
- ✓ **Périodes d'inobservance relativement fréquentes en post-partum**

Expérience UK (n=96) : 25% non respect du suivi, 6% d'échec virologique maternel





# ALLAITEMENT MATERNEL au SEIN

Suivi plus rapproché pour la mère et « renforcé » pour l'enfant

## Chez la mère

- CV plasmatique mensuelle pendant toute la durée de l'allaitement

*Puis CV tous les deux mois si allaitement prolongé au-delà de 6 mois*

## Chez l'enfant

- ARN et ADN VIH à M0, M1, M3, M6 et jusqu'à 3 mois après le sevrage complet



# Quelles sont les modalités de suivi de la mère en cas d'allaitement au sein ?

- En cas d'allaitement au sein, le **suivi postnatal doit être renforcé avec des contrôles mensuels de la charge virale maternelle pendant la durée de l'allaitement.**
- Il n'est **pas recommandé de réaliser des mesures de la charge virale VIH dans le lait maternel.**
- Dans les quelques cas d'allaitement au sein prolongé au-delà des 6 mois recommandés, chez des mères ayant une CV contrôlée de façon stable, un espacement du rythme des CV pourra se discuter au cas par cas.
- Une **visite postnatale avec l'obstétricien** est recommandée **1 mois ½ à 2 mois** après l'accouchement, conformément au suivi usuel.
- Une **consultation avec l'infectiologue** est recommandée à **1 mois** en cas d'allaitement **puis au minimum tous les 3 mois** pendant l'allaitement.
- **Si échappement virologique (CV >50cp/ml)** : suspendre allaitement au sein, et si CV >400 intensifier TPE avec remplacement NVP par trithérapie (NVP dose renforcée pdt 2 semaines + ZDV/3TC pdt 4 semaines) puis faire un contrôle rapproché de la CV; en fct de ce contrôle désescalade TPE +/- reprise allaitement au sein ou pas.
- **Interrompre transitoirement l'allaitement** (en tirant son lait sans le donner à l'enfant) **en cas de complications notamment infectieuses.**
- Rassurer en cas de crevasses, de candidose buccale du nourrisson...



# Comment accompagner les mères VVIH en cas d'allaitement au sein ?

- Remettre à la mère avant sa sortie de maternité toutes les prescriptions et consignes pour le suivi pendant l'allaitement
- Proposer à la mère d'utiliser le document d'information concernant la **décision partagée d'allaitement au sein** auprès de professionnels qu'elle ou l'enfant seraient amenés à consulter
- Lorsqu'une décision d'allaitement au sein a été prise, il est recommandé de **mettre en place un protocole de suivi** (modèle à adapter dans chaque centre)



# Modalités de suivi et d'évaluation de ces nouvelles recommandations

Il est nécessaire d'évaluer la sécurité de l'allaitement au sein en contexte de VIH, ce qui est prévu dans un **observatoire national (LACTAVIH), et/ou par l'inclusion dans la cohorte nationale VIROPREG.**

Mise en place en cours...

## Scientifique : cohorte VIROPREG

- Permet de réaliser le suivi des couples mère vivant avec le VIH - enfant
- Peu de centres, mais données exhaustives
- Toute grossesse chez femme VIH+, indépendamment des modalités d'allaitement

## Pragmatique : Observatoire LACTAVIH

- Concerne toutes les femmes vivant avec le VIH qui allaitent
- Déclaration à une base centralisée
- Données "basiques"

**Une personne séropositive, suivant un traitement antirétroviral (TAR) et avec une virémie indétectable, ne transmet pas le VIH, par voie sexuelle**

Validité de l'affirmation:

- 1) TAR appliqué "à la lettre" et suivi régulier par un médecin;
- 2) Charge virale en dessous du seuil de détection ≥ 6mois (< 40 cp/ml);
- 3) Aucune autre maladie sexuellement transmissible (urétrite, syphilis...)

Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M, No 5/2008, www.saez.ch

**2008**



**Depuis 2016 : plus de TPE-NN si CV- ACC mère < 50 cp/ml**

Recommandations suisses 2019 de prévention de la TME du VIH. Les modifications par rapport à 2009 sont surlignées (en jaune), les modifications majeures sont en caractères gras.

Mesures de prévention	Scénario optimal	Scénario suboptimal
1. TARc pendant la grossesse	Principale mesure de prévention, très vivement recommandée pour toutes les patientes séropositives <sup>1</sup>	
2. Mode d'accouchement	Par voie basse, s'il n'y aucune contre-indication d'ordre obstétrical <sup>2</sup>	Par césarienne, si possible avant la RM (= CP) <sup>3</sup>
3. PPE néonatale	<b>Aucune</b>	TARc néonatale <sup>4</sup>
4. Allaitement	<b>Décision concertée<sup>5</sup></b>	Contre-indiqué

CPv = charge virale plasmatique maternelle, TARc = thérapie antirétrovirale combinée, PPE néonatale = prophylaxie néonatale postexpositionnelle, CP = césarienne primaire, RM = rupture des membranes

<sup>1</sup> Posologie TARc standard, de préférence avec des substances ayant fait leurs preuves chez les femmes enceintes.

<sup>2</sup> La co-infection à l'hépatite C n'est PLUS une contre-indication.

<sup>3</sup> Envisager l'AZT par intraveineuse si la CPv maternelle est supérieure à 1000 copies/ml et si la TARc néonatale n'est pas disponible (cf. 5.3.4).

<sup>4</sup> Trithérapie administrée quotidiennement, pour le dosage, cf. 4.3.2.

<sup>5</sup> Cf. tableaux 2 et 3 pour accompagner la prise de décision et déterminer le suivi.



# MERCI aux « Rédacteurs et Contributeurs »

## Groupe de travail

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes - pilote du groupe Grossesse VIH

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Cécile Brunet-Cartier, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Mme Hélène Pollard, association Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr Jeanne Sibiude, gynécologue-obstétricienne, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Mme Aminata Sinon, anthropologue, association Ikambere

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM, Hôpital de la Timone, Marseille

Mme Eva Sommerlatte, association Comité des familles, TRT-5 CHV

Mme Nadine Trocme, psychologue, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

ET merci au Dr DOLLFUS  
pour le partage du  
diaporama présenté au  
congrès de la SFLS  
(12/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris - pilote du groupe Traitement ARV de l'enfant

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Camille Brehin, pédiatre, CHU de Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Mme Hélène Pollard, association Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr Véronique Reliquet, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Camille Runel-Belliard, pédiatre CHU de Bordeaux

Mme Nadine Trocme, psychologue, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris



# SE FORMER SANTÉ SEXUELLE GRATUITEMENT

CONTRACEPTION IST ADDICTIONS VIH  
SEXO RÉSEAU VACCINATION TPE HANDI  
IDENTITÉ IVG PrEP

#JeSuisProfessionneldeSanté  
<https://www.formasantesexuelle.fr>

Merci pour votre attention  
*Et que l'année 2025 soit une année  
bienveillante et bienfaisante  
dans le domaine de la santé, et  
notamment de la santé sexuelle et  
reproductive !*

FORMA SantéSexuelle

FORMATION EN LIGNE GRATUITE

Des parcours de formation à la carte

- Santé sexuelle
- IST et prévention
- Santé reproductive
- Réseau

Des parcours métiers pour chaque professionnel

- Médecin
- Pharmacien
- Infirmier
- Sage-femme

<https://www.formasantesexuelle.fr>

Créé par SFLS  
Accompagné par CMG  
Soutenu par MINISTÈRE DU TRAVAIL DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

# INDÉTECTABLE = INTRANSMISSIBLE

UNE PERSONNE SÉROPOSITIVE SOUS TRAITEMENT NE TRANSMET PAS LE VIH

IL EST TEMPS QUE CELA SE SACHE

Guadeloupe  
ARS

ARS

# Appel à candidatures

FUTUR CoReSS : 15/03/2025  
Appel à candidature  
Gynécologue, Sage-femmes / Urologues /  
Sexologues / pédiatres ...

mon test

IST

QUI DIT SEXE, DIT TEST.

VIH TEST