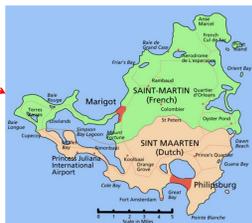


10 ans de suivi d'une cohorte de femmes enceintes infectées par le VIH au Centre Hospitalier de Saint-Martin (Antilles Françaises)

V. Walter¹, C. Clavel-Osorio¹, J. Biabiany¹, B. Tressières², A. Codjo¹, C. Bocquet¹, F. Cazassus¹, J. Reltien¹, B. Ledoux¹, I. Bailly¹, L. Lacroix¹, S. Stegmann-Plancharde¹

¹Centre Hospitalier Louis constant Fleming, Saint-Martin (Antilles Françaises), ²CHU de Pointe à Pitre, Guadeloupe

Contexte



- Saint-Martin/Sint Maarten est une île franco-néerlandaise de 90 km² située au nord de l'arc antillais, dans la Caraïbe. Elle est peuplée de 90 000 habitants et traversée par une frontière virtuelle permettant la libre circulation des personnes. 80 nationalités différentes sont représentées sur l'île.
- La prévalence du VIH y est estimée à **1,6%** dans un contexte de récession économique, de flux migratoire, d'explosion démographique et de grande précarité sociale.
- Deux systèmes de soins différents coexistent. Il n'y a actuellement pas de politique commune de prise en charge du VIH entre la partie française et la partie hollandaise.
- Ancienne commune de Guadeloupe, Saint-Martin est devenue une Collectivité d'Outre Mer (COM) en 2007.
- L'essentiel de l'économie du tourisme (2 millions de visiteurs/an dont 70% de croisiéristes) est concentrée sur la partie hollandaise, la partie française vivant elle une forte récession économique.



Saint-Martin, La « friendly island »... Mais une problématique particulière

Pas d'accès aux soins sans assurance santé du côté hollandais...

... et un seul hôpital public français de 80 lits qui accueille en pratique les patients sans couverture sociale de toute l'île



Des difficultés de prise en charge

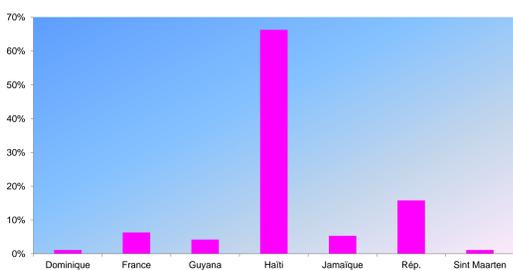
Méthode

- Cette étude rétrospective vise à décrire les caractéristiques socio-démographiques et médicales des femmes enceintes infectées par le VIH suivies dans l'unique hôpital située sur la partie française de l'île de 2002 à 2012.
- Le recueil des données a été effectué à partir des dossiers médicaux (obstétricaux, infectieux, pédiatriques) et sociaux, ainsi qu'à l'aide du dossier médical informatisé (logiciel Nadis®).

Résultats

Données socio-démographiques

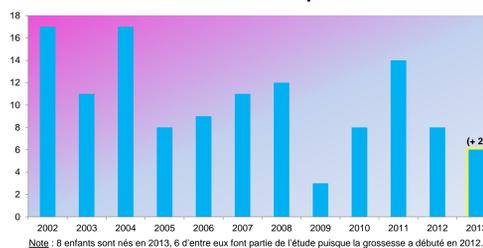
- 95 femmes enceintes recensées (avec début de grossesse et/ou accouchement entre le 01/01/2002 et le 31/12/2012)
- Moyenne d'âge : 31 ans (min 18 ans, max 45 ans)
- Statut marital : 45 % célibataire, 55% en couple
- Situation sociale : 55 % sans couverture sociale, 50 % sans titre de séjour
- Lieu de résidence : 95 % ont déclaré avoir une adresse en partie française
- Date d'entrée sur le territoire : 53,4 % entre 2000 et 2005 (mais 22 non renseigné)



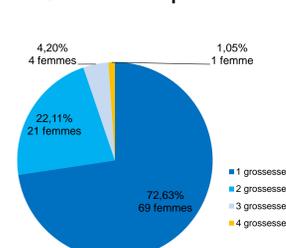
Données obstétricales

- 127 suivis de grossesses / 124 issues de grossesses
- 125 naissances vivantes (1 grossesse gémellaire)
- 3 MFIU (mort fœtale in utero)
- 6 transferts vers la Guadeloupe en pré-partum pour pathologie maternelle
- 8% des grossesses (11 femmes) n'ont pas eu de suivi médical hospitalier
- Soit une moyenne de 12 naissances de mères VIH pour 900 accouchements/an (1,3%)

Nombre d'accouchements par année



Grossesses répétées



VIH

Dépistage

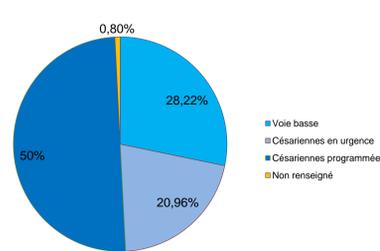


- **55 femmes (58%) ont découvert le VIH pendant la grossesse**
- 23 (24%) au cours du 1^{er} trimestre
- 18 (19%) au cours du 2^{ème} trimestre
- 14 (15%) au cours du 3^{ème} trimestre

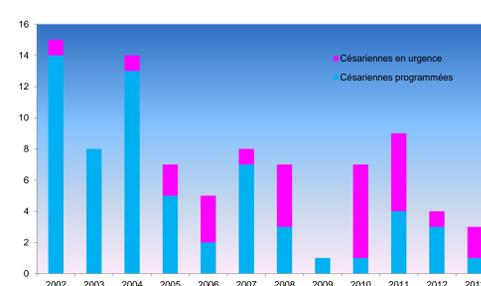
- 29 femmes (30%) n'avaient pas encore d'enfant lors de la découverte du VIH
- 66 femmes (70%) avaient déjà au moins 1 enfant

- Médiane de CD4 : 388/mm³ [238;618]
- Médiane de CV : 6480 copies [2115;19869]
- Primo-infection : 1

Mode d'accouchement



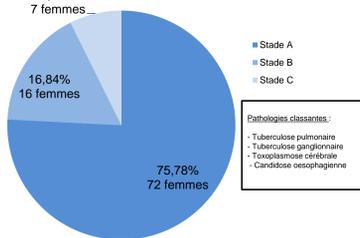
Répartition des césariennes par année



Co-infections et Comorbidités

- VHB : 1
- HTLV-1 : 5
- Hémoglobinopathies : 8
- HTA : 1
- Diabète : 1
- Antécédents de dysplasie du col : 11

Stade



Données pédiatriques

- Terme moyen à l'accouchement: 38 SA (min 29 SA, max 41 SA)
- Nombre d'enfants nés vivants: 125 enfants
- Sexe du nouveau-né : garçon 53 % / fille 47 %
- Poids moyen : 2970 g (min 1400 g, max 4250 g)
- **Taux de prématurité (< 37 SA) : 15,2 %** (19 enfants) dont 6 naissances prématurées < 35 SA
- Transferts vers un service de Néonatalogie de Guadeloupe : 2 nouveau-nés

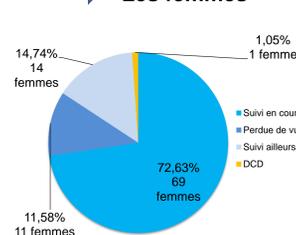
Transmission du VIH : 1 seul enfant a été infecté sur cette période de 10 ans

Traitements antirétroviraux

➔ 93% des grossesses ont reçu un traitement antirétroviral	25% des traitements ARV ont été débutés avant la grossesse						
➔ 7% des grossesses n'ont pas été traitées (9 femmes)	75% des traitements ARV ont été débutés pendant la grossesse						
➔ A l'accouchement	77% des CV étaient < 400 copies						
	23% des CV étaient > 400 copies avec une médiane de 1192 copies [547;12900]						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Avant 2005</th> <th>Après 2005</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Introduction tardive (>28SA) dans 68% des cas (médiane 30SA)</td> <td>Introduction du traitement plus tôt (médiane 26SA)</td> </tr> <tr> <td>Médiane de 5121 copies</td> <td>Médiane de 588 copies</td> </tr> </tbody> </table>	Avant 2005	Après 2005	Introduction tardive (>28SA) dans 68% des cas (médiane 30SA)	Introduction du traitement plus tôt (médiane 26SA)	Médiane de 5121 copies	Médiane de 588 copies
Avant 2005	Après 2005						
Introduction tardive (>28SA) dans 68% des cas (médiane 30SA)	Introduction du traitement plus tôt (médiane 26SA)						
Médiane de 5121 copies	Médiane de 588 copies						

Situation au 31 décembre 2012

Les femmes



Les enfants

- A l'exception de 2 enfants perdus de vue après leur naissance, tous les autres enfants nés pendant la période ont bénéficié d'un suivi médical soit par le pédiatre du C.H. Louis Constant Fleming soit par un médecin de ville.
- Tous les enfants sont inclus dans l'Observatoire National des enfants nés de mère séropositive VIH (Protocole ANRS CO11)
- 1 enfant est décédé à 2 mois de vie (cause inconnue)

Discussion

Les patientes prises en charge dans notre centre vivent dans des conditions précaires et évoluent pour certaines en périphérie des systèmes de soins. Ce contexte crée des conditions de dépistages souvent tardifs, y compris chez les femmes enceintes. Le pourcentage de femmes enceintes dépistées pour le VIH après 28 SA semble supérieur à la moyenne nationale (15% versus 1,1%¹); toutefois compte tenu du faible effectif de notre cohorte, il est difficile de mettre en évidence une évolution de cette tendance dans le temps et de faire une comparaison objective avec la cohorte nationale.

Le taux de prématurité est le même qu'en métropole. A l'exception du seul enfant infecté en 2002, tous les autres nouveau-nés ont pu bénéficier d'un traitement prophylactique post-natal par monothérapie d'AZT (ou bithérapie voire multithérapie selon le contexte) au cours des six premières semaines de vie. Le décès du bébé à 2 mois de vie n'a pas été élucidé; toutefois la recherche d'ADN proviral du VIH1 (PCR) était négative à la naissance et à 1 mois (sous traitement ARV).

Malgré les difficultés du circuit de soins, un seul enfant a été infecté durant cette période parmi les femmes enceintes prises en charge à l'hôpital français.

Conclusion

- Le taux de contrôle virologique optimal à l'accouchement est inférieur au taux national (77% versus 89 à 94%¹) sur la même période ; toutefois, la CV médiane à l'accouchement semble diminuer depuis 2005.
- Le taux de transmission est cependant faible (0,8%).
- Le recours à la césarienne semble diminuer depuis 2007 (meilleur contrôle virologique, évolution des pratiques).
- Le dépistage précoce chez les femmes enceintes reste un enjeu majeur dans ce contexte social et territorial complexe (nombre élevé de découvertes tardives et de grossesses non suivies).

Correspondance :
v.walter@chsaintmartin.fr Tél. +590 590 52 27 22

Remerciements : Marie-Danielle COCKS, Marie-Lyne CHRISTOPHE

Référence :

1. Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multithérapies : des recommandations aux pratiques, Thèse de Doctorat présentée par Carine JASSERON, Novembre 2012, Université Paris Sud