



111. Infection par le VIH et grossesse

Recommandations du groupe d'experts établies en 2018

Désir d'enfant

- Adresser les personnes qui souhaitent avoir un enfant à une consultation préconceptionnelle spécialisée, pour présenter aux couples les différentes modalités de conception et leurs risques respectifs.
- Évaluer les conditions d'une procréation naturelle sur le plan :
 - virologique : traitement ARV au long cours avec bonne observance et charge virale plasmatique stable et indétectable depuis au moins 6 mois ;
 - génital : absence d'infection, d'inflammation ou de plaie génitale chez l'homme et la femme ;
 - fertilité de l'homme et la femme ;
 - repérage par le couple de la période d'ovulation afin de limiter les rapports sans préservatif à la période d'ovulation tout en augmentant les chances de procréation.
- Maintenir une charge virale indétectable chez le/la partenaire vivant avec le VIH afin de réduire au maximum le risque de transmission.
- Suivre la sérologie VIH de la personne non infectée, qu'il y ait succès ou échec des tentatives de procréation.

Dépistage

- Proposer un contrôle de la sérologie VIH en début de grossesse, à la consultation du 6^e mois, voire à l'accouchement, aux femmes séronégatives qui sont exposées à un risque particulier de transmission.
- Proposer, à l'arrivée en travail, un test rapide de dépistage à toute femme dont le statut VIH n'est pas connu.
- Proposer le test de dépistage aux futurs pères et partenaires sexuels.
- Proposer systématiquement le test de dépistage à toute femme consultant pour IVG.

Contraception et interruption volontaire de grossesse

- Rechercher systématiquement les interactions entre antirétroviraux et contraceptifs hormonaux.

- Privilégier les dispositifs intra-utérins pour les femmes infectées par le VIH, associés au préservatif masculin.
- Utiliser les œstroprogestatifs et progestatifs, en l'absence de contre-indication, chez les femmes qui prennent un traitement ne comportant pas d'inducteurs enzymatiques.

Grossesse

- Chez une femme recevant un traitement avant d'être enceinte, le poursuivre s'il est efficace et bien toléré.
- Privilégier les ARV recommandés en 1^{re} intention chez la femme enceinte.
- Réaliser un suivi multidisciplinaire, comportant une évaluation thérapeutique mensuelle, avec une ou plusieurs séances d'hospitalisation de jour selon la situation obstétricale, l'observance et les résultats immunovirologiques.
- Débuter le traitement pour la prévention de la transmission mère-enfant (TME) à partir de 14 semaines d'aménorrhée (SA) chez une femme qui ne présente pas de déficit immunitaire : si la charge virale est $< 10\,000$ copies/mL et qu'il n'y a pas de risque d'accouchement prématuré, il est possible de le différer à 24 SA pour diminuer les effets indésirables des médicaments.
- Utiliser une trithérapie associant 2 INTI et un IP associé au ritonavir à faible dose.
- Prescrire comme INTI de 1^{re} intention l'association *zidovudine + lamivudine*, ou bien *ténofovir disoproxil + emtricitabine*, l'*abacavir* ou *abacavir + lamivudine* pouvant être utilisé en l'absence d'allèle HLA-B5*701.
- Prescrire un IP/r, en privilégiant le *darunavir* ou comme alternative le *lopinavir* ou l'*atazanavir*.
- Ne réaliser une césarienne prophylactique à 38 semaines d'aménorrhée que lorsque la charge virale en fin de grossesse est > 400 copies/mL à 36 SA. Une co-infection par le VHC ou le VHB n'est pas une indication de césarienne.
- En cas de perfusion de zidovudine, la posologie est de 1 mg/kg en dose de charge puis de 0,5 mg/kg en dose d'entretien.
- En cas de rupture prématurée des membranes :

- à terme (après 34 SA), déclencher sans attendre ou césariser en cas de haut risque de TME (charge virale $< 1\ 000$ copies/mL) ;
- avant 34 SA, si la femme est traitée par ARV et surtout si sa charge virale est indétectable, privilégier la corticothérapie maturative sous antibioprofylaxie et éviter une naissance très prématurée.
- Ne recommander la perfusion de *zidovudine* pendant l'accouchement uniquement si la dernière charge virale maternelle est > 50 copies/mL ou en cas de complication obstétricale.
- Poursuivre le traitement antirétroviral (ARV) après l'accouchement, y compris si les CD4 sont $> 500/\text{mm}^3$, pour le bénéfice à long terme de la femme et pour diminuer le risque de transmission sexuelle au sein du couple.
- Maintenir la contre-indication de l'allaitement maternel chez les femmes infectées par le VIH.

Enfant né d'une mère infectée par le VIH

- Proposer un traitement postnatal prophylactique par la *zidovudine* pendant 4 semaines ou la *névirapine* pendant 2 semaines.
- Renforcer le traitement postnatal dès la naissance dans les cas suivants :
 - charge virale maternelle $> 1\ 000$ copies/mL à l'accouchement ;
 - traitement maternel de durée insuffisante ($< 4-6$ semaines).
- En cas de renforcement du traitement prophylactique :
 - utiliser chez le nouveau-né à terme l'association *zidovudine* + *lamivudine* pendant 4 semaines en combinaison avec la *névirapine* pendant 2 semaines ;
 - abaisser à 400 copies/mL le seuil de charge virale maternelle à l'accouchement pour renforcer le traitement du prématuré de moins de 33 SA. Les options de renforcement sont les mêmes que pour le nouveau-né à terme. Si la voie orale est impossible, il faut débiter par la *zidovudine* intraveineuse à H0, H48 et J6, et passer à la *zidovudine* par voie orale dès que possible pour un total de 4 semaines.
- N'utiliser le *lopinavir/r* chez le nouveau-né à terme que dans des situations exceptionnelles (nécessité de renforcement du traitement prophylactique ou virus résistant à la *névirapine*).
- Mettre en place le calendrier vaccinal, excepté le BCG qui doit être reporté après la confirmation de l'absence d'infection par le VIH.