

Cas résiduels de contaminations maternofœtales pour le VIH: facteurs associés

Traitement antiviral chez la femme enceinte

- *Rapport DORMONT 1996-1997*
 - **Etude ACTG 076/ANRS 024:1994**
 - AZT à partir de 14 SA
 - Diminution du taux de transmission de 14 à 6 % sur la période 1994-1995
 - **Etude ANRS 075 1997:**
 - AZT et 3TC à partir de 32 SA
 - Diminution du taux de contamination: de 6 à 1.6 %
 - **Autres possibilités de traitement:**
 - AZT+3TC
 - 2 INTI + IP
 - 3 INTI

- *Rapport Delfraissy 2002*
- ***Si indication de traitement pendant la grossesse: trithérapie à partir de 12 SA***
- ***Si pas d'indication maternelle:***
- ***CV < 10 000 copies: AZT à 28 SA et césarienne programmée à 38 SA ou bi-trithérapie***
- ***CV > 10 000 copies: trithérapie à partir de 28 SA***
- ***Mais:***
 - ***CV indétectable: pas de césarienne***
 - ***Si monothérapie: césarienne conseillée (contamination 1%)***

Rapport Delfraissy 2004

- *Débuter une trithérapie dès la 12^{ème} SA*
- *Si pas d'indication de tt: trithérapie à 28 SA*

Rapport Yéni 2006

- *Débuter le traitement à 28 SA en l'absence de risque d'accouchement prématuré ou de CV élevée*
- *Avant 20 SA dans les autres cas*

Rapport Yéni 2008

- *Taux de contamination stable: 1%*
- *Le niveau de la CV est le facteur prédictif majeur de contamination*
- *Nécessité de contrôle de la charge virale au cours du 3^{ème} T*
- *Intérêt de la césarienne discuté*

A la naissance

- Eviter les traumatismes
- Bain à l'Amukine
- Débuter le traitement prophylactique chez le nouveau né:
 - Classique: AZT 2 mg/kg x 4 / j p ou 4mg/kg x 2 / j: 4 à 6 semaines
 - à adapter suivant les circonstances et les facteurs de risque

adaptation du traitement chez le NN

En fonction

- De la prise en charge de la mère
- Du génotypage
- De la réponse virologique au tt

3 prises en charge déterminées par les résultats virologiques le mois précédant l'accouchement

Aucun risque surajouté : faible risque de transmission chez un nouveau né à terme

- Charge virale < 1000 copies
- traitement optimum et accouchement sans complications

Traitement: **Rétrovir**

Facteurs de risque surajoutés

- CD4 < 200/ml
- RPDE > 4 heures
- Chorioamniotite
- Infection active par le CMV
- Accouchement prématuré
- Hémorragie maternelle
- Blessure du NN
- Perfusion de Rétrovir < 2 heures pendant l'accouchement

Traitement: Rétrovir-Epivir

risque élevé de transmission

- Absence de traitement pendant la grossesse
- Durée insuffisante de traitement pour contrôler la charge virale en fin de grossesse
- Charge virale > 1000 copies à l'accouchement

traitement intensifié:

Rétrovir-Epivir-Viramune +/- Kaletra

Nouveau né prématuré

- **Précaution d'utilisation de la Zidovudine chez le prématuré de moins de 35 SA**
 - 2 mg/kg x 2 /j per os ou 1.5 mg/kg x 2 /j IV
 - < 30 SA: dose unitaire toutes les 8 h à partir de 4 semaines
 - >30 SA: dose unitaire toutes les 8 h à partir de J 15
 - Dosage à J4 (prématuré et < 1000g)
 - Diluer au 1/10ème: risque ECUN

Intensification du traitement chez le prématuré

- Risque élevé de transmission dès que la CV > 500 copies à l'accouchement pour les prématurés de moins de 33 SA
- Tt: AZT IV +/- 3TC +/- dose unique de Névirapine

Résistance du virus maternel aux antirétroviraux

- En cas de résistance à l'AZT, différentes situations:
 - $CV < 50$ copies : AZT
 - $50 < CV < 1000$ copies: discussion au cas par cas
 - Résistance à AZT + autres molécules avec $50 < CV < 1000$ copies: AZT
 - $CV > 1000$ copies, discussion au cas par cas avec experts

Nombre de grossesses suivies à TOULOUSE

- 2000 : 34 2001 : 35 2002 : 35
- 2003 : 31 2004 : 37 2005 : 30
- 2006 : 42 2007 : 33 2008 : 23
- 2009 : 34
- Nombre d'enfants contaminés : 2
- Taux de contamination : 0.6 %
- Circonstances

Transmission maternofoetale VIH malgré le traitement antiviral.

AIDS. 2008 Jan 11;22(2):289-299

A partir de l'Etude Périnatale Française

- De 1997 à 2004:

5271 mères traitées n'ayant pas allaité

taux global de transmission: 1.3%

- NN à terme: 0.4%
 - CV > 10 000 copies: 6.6%
 - CV < 400: 0.6%
 - Entre 400 et 10 000: 1.2%
- Prématurés 33-36 SA: 1.2%
- Grands prématurés: 6.6%

- Pas d'association avec le type de traitement antiviral
- Le traitement intra partum diminue par 4 la transmission en cas d'échec virologique (CV > 10 000 copies/ml)
- L'accouchement par césarienne ne réduit pas le taux de transmission si la CV est inférieure à 400 copies.

Étude EPF 1997-2005

- 18 cas:enfants infectés
- Différences significatives:
 - **Problème d'observance (33% vs 12%)**
 - **Décroissance lente de la charge virale**
 - **Infections in utero précoce: 40%**
 - **Traitement tardif pendant la grossesse**

Transmission MF résiduelle résultats de l'enquête cas-contrôles

Clin Infect Dis. 2010 Feb 15;50(4):585-96.

- **19 enfants contaminés**
- **60 enfants non contaminés**

- **Au moment de la conception: moins de mères traitées chez les enfants contaminés:**
 - **16% vs 45%**

- **Plus faible proportion de mères dont la charge virale est < 500 copies/ml**
 - **14 SA: 0% vs 38.1%**
 - **28 SA: 7.7% vs 62%**
 - **32 SA: 21.4% vs 71.1%**

- Les seuls facteurs indépendants associés à la transmission maternofoetale VIH:
 - Le taux des CD4
 - La date du début du traitement antiviral pendant la grossesse
 - La charge virale qui doit être contrôlée tout le long de la grossesse