

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

RECOMMANDATION

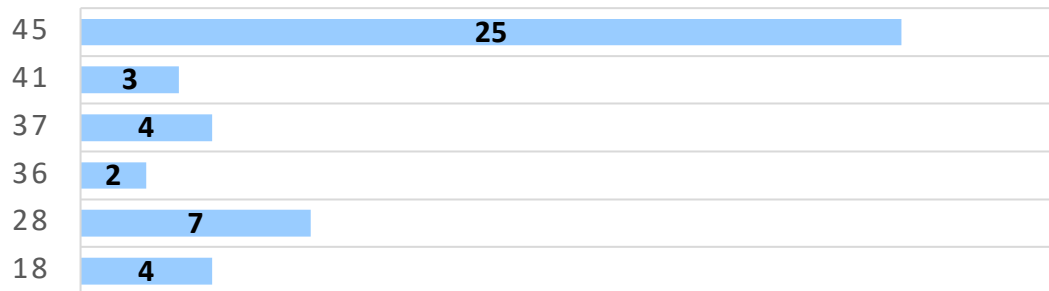
Grossesse et VIH :  
désir d'enfant, soins  
de la femme  
enceinte et  
prévention de la  
transmission mère-  
enfant

---

Validé par le Collège le 25 avril 2024

# EPIDÉMIOLOGIE

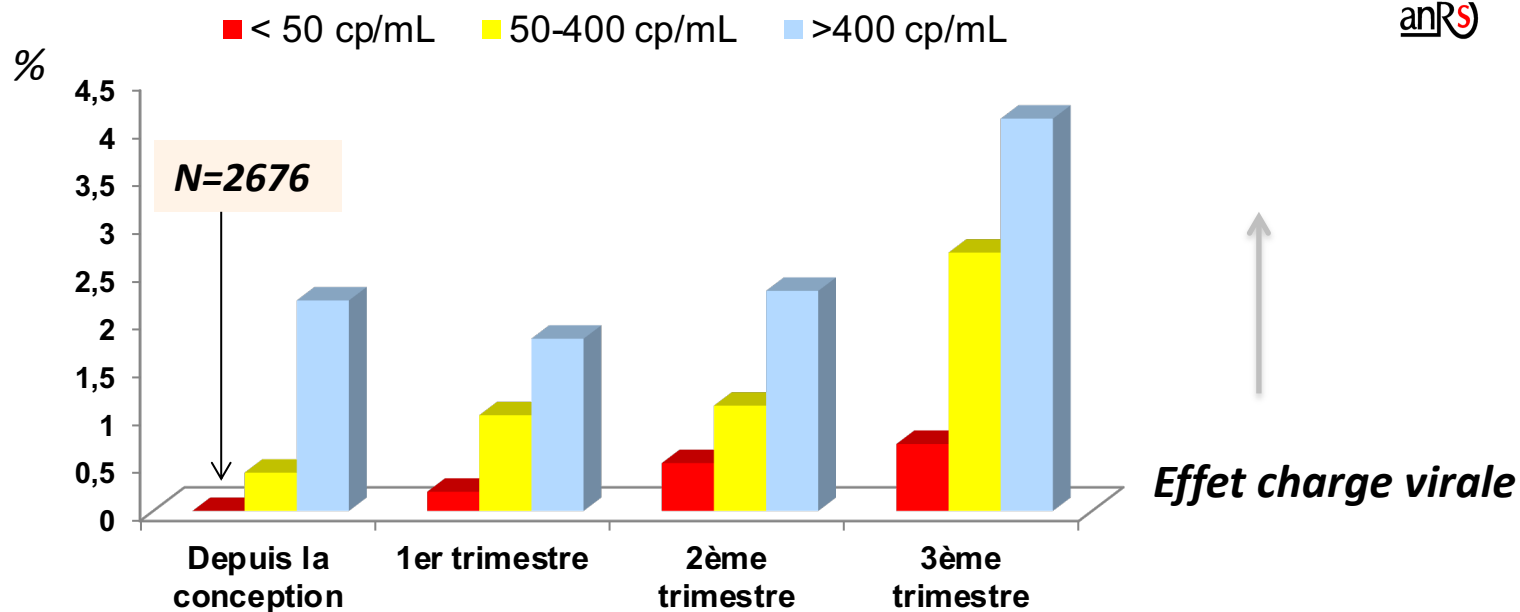
**France** : grossesses évolutives chez des PVVIH est estimé à environ 1400/an  
Région CVL 2023 : grossesses évolutives par département :



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 transmission mère-enfant depuis 2015.

# Taux de TME sous multithérapies selon le moment de début de traitement et la charge virale à l'accouchement, 2000-2010

EPF  
anRS



*Effet délai de traitement* →

ART débuté avant conception et  
CV <50 : TME = 0% [0.0 - 0.1]

# Enjeux

## Enjeux pour les patients

- Maîtriser la procréation sans risque de transmission
- Utiliser des traitements ARV optimaux en termes d'efficacité et de tolérance pour la mère et pour l'enfant à naître
- Définir le suivi pour les nouveau-nés de mères VVIH

## Enjeux de santé publique

- Supprimer les cas de transmission mère-enfant résiduels
- Préserver la santé à long terme de l'enfant à naître, qui dans la plupart des cas sera non-infecté mais exposé au VIH et aux ARV.
- Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des PVVIH.

# RECO GROSSESSES ET VIH

## 4 documents :

- Recommandations
- Fiche synthétique professionnels
- Fiche patient
- Argumentaire

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3518878/fr/grossesse-et-vih-desir-d-enfant-soins-de-la-femme-enceinte-et-prevention-de-la-transmission-mere-enfant](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3518878/fr/grossesse-et-vih-desir-d-enfant-soins-de-la-femme-enceinte-et-prevention-de-la-transmission-mere-enfant)

**Professionnels concernés** : infectiologues, gynécologues-obstétriciens, généralistes, internistes, pédiatres, sages femmes, centres de Protection Maternelle et Infantile et Associations de patients

# RECO GROSSESSES ET VIH

## Périmètre :

- Soins pré conceptionnels
- Contraception,
- Place de l'aide médicale à la procréation,
- Choix des traitements de première ligne pendant et en vue d'une grossesse selon les différentes situations rencontrées,
- Parcours de soins pendant la grossesse,
- Prise en charge obstétricale,
- Prophylaxie néonatale et soins des nouveau-nés et nourrissons de mères VVIH,
- Allaitement.

# Quand dépister le VIH dans le contexte de grossesse ?



Avant la grossesse (préconceptionnel) pour les **deux** partenaires

En début de grossesse chez toutes les femmes

Chez le futur père (ou partenaires sexuels) pendant la grossesse si non réalisé en préconceptionnel, indépendamment de la sérologie VIH de la femme

Au 3<sup>e</sup> trimestre chez les femmes séronégatives exposées (partenaire PVVIH dont la charge virale n'est pas indétectable ou est inconnue, multi-partenariat)

A l'arrivée en travail, en urgence à toute femme dont le statut VIH n'est pas connu

→ D'autre part, chez les femmes séronégatives exposées au VIH, une prophylaxie pré-exposition (PrEP) continue est indiquée.

# Soins pré conceptionnels en cas de désir d'enfant

- Encourager le partage de l'information concernant l'infection à VIH dans le couple
- Choisir un traitement ARV approprié
- Maintenir ou atteindre une charge virale <50 copies/mL avant la grossesse
- Prescrire une supplémentation en acide folique 0,4 mg/j à poursuivre jusqu'à 2 mois de grossesse chez la FVVIH
- Vaccinations si besoin (rubéole (ROR), varicelle)
- Encourager l'absence d'exposition aux toxiques
- Orienter vers une consultation spécialisée en cas de suspicion d'infertilité.

# Contraception

- Aucun moyen contraceptif n'est contre-indiqué en raison de l'infection par le VIH
- Respecter les contre-indications usuelles, notamment pour les oestro-progestatifs.
- Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action ont l'intérêt majeur d'éviter les échecs liés à des oublis de prise.
- Des interactions existent entre contraceptifs hormonaux et certains ARV

# Place de l'assistance médicale à la procréation

- En cas d'infertilité, comme en population générale (contexte de contrôle virologique de l'infection chez la PVVIH)
- Proposer une évaluation du pronostic de fertilité après 6 mois de tentatives à partir de 35 ans.
- Permettre l'accès des PVVIH à la préservation de gamètes, comme en population générale; dans ces cas le contrôle virologique préalable est recommandé, mais ne doit pas être opposé en cas d'urgence (contexte oncologique par exemple).

# Traitement antirétroviral pendant la grossesse

## Traitements ARV à privilégier

Choix préférentiel, une combinaison de 3 ARV aux posologies adaptées :

2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B\*5701 ou de co-infection VHB)
- ou
- TDF ou TAF\*/FTC ou TDF + 3TC (\*dans la combinaison alternative TAF/FTC/RPV)

et un 3e agent :

- un IP : DRV/r
- ou
- un INI : DTG ou RAL

Choix alternatif de 3e agent : RPV

## Antirétroviraux à éviter pendant la grossesse

- ARV pour lesquels il n'existe pas à ce jour de données de sécurité suffisantes pour la grossesse : Bictegravir, cabotegravir, doravirine, etravirine, fostemsavir, lenacapavir, ainsi que toute molécule en attente d'AMM
- ARV pour lesquels il existe des signaux indiquant un risque de toxicité pour l'enfant : Efavirenz, zidovudine (sauf perfusion à l'accouchement)
- ARV exposant à un sous-dosage pendant la grossesse sans possibilité d'adaptation de posologie : Elvitegravir/cobicistat ou toute autre utilisation du cobicistat
- ARV injectables faute de données pharmacologiques et en l'absence de données de sécurité concernant le cabotegravir.

# Traitement antirétroviral pendant la grossesse

## Adaptation de traitement chez une femme déjà traitée

- Adapter le traitement ARV en préconceptionnel de préférence
- En cas de grossesse chez une femme déjà traitée, poursuivre le traitement, sauf s'il comporte des ARV déconseillés pendant la grossesse, auquel cas discuter l'option de modifier le traitement, sans l'interrompre
- En cas de traitement intermittent (tel que 4 jours/7), l'intensifier en 7 jours/7
- Une bithérapie DTG/3TC, DRV/r + 3TC, ou DTG/RPV peut être poursuivie seulement en cas de contrôle virologique soutenu préalable, aux posologies adaptées à la grossesse et en réalisant un suivi pharmacologique des concentrations au 3e trimestre.

## En cas de début tardif du traitement ARV :

- Prescrire 2 INTI (TDF/FTC ou TDF + 3TC) + 1 INI (DTG ou RAL)
- En cas de traitement d'urgence débuté en cours de travail ou à membranes rompues, ajouter la NVP 200 mg et une perfusion de ZDV dose de charge de 1 mg/kg sur 1 heure, puis 0,5 mg/kg/h.

## En cas de co-infection avec le VHB :

- Le traitement ARV doit comporter du tenofovir (TDF ou TAF) actif sur les 2 virus.

# Suivi pendant la grossesse

- Suivi clinique, biologique de l'infection VIH, et obstétrical : mensuels
- Suivi obstétrical de grossesse à risque notamment d'accouchement prématuré (15%)
- Préserver la confidentialité du statut VIH, parfois non connu de l'entourage, y compris du père de l'enfant à naître, tout en encourageant et aidant la FVVIH à le lui révéler
- RCP : Discuter et tracer de manière accessible les décisions concernant
  - le mode d'accouchement
  - le traitement de la mère
  - la prophylaxie de la transmission virale choisie pour l'accouchement et l'enfant
  - le mode d'allaitement
- S'appuyer sur les intervenants psycho-sociaux et les associations de patients pour accompagner les FVVIH, notamment en cas de précarité affective et/ou socio-économique

# Suivi mensuel standard

Suivi mensuel standard :

- Charge virale ARN VIH plasmatique<sup>[6]</sup>
- NFS plaquettes
- ASAT, ALAT
- Glycosurie, protéinurie
- Sérologie toxoplasmose si négative ; sérologie rubéole jusqu'à 18 SA si négative

En fonction du contexte :

- HGPO 75g entre 24 et 28 SA<sub>2</sub>
- RAI aux 6e et 8e mois si Rhésus D négatif <sup>[7]</sup> ou ATCD de transfusion
- Numération des lymphocytes CD4
- Mesures des concentrations plasmatiques d'ARV en cas d'échec virologique, vomissements, doute sur l'observance ou interactions médicamenteuse ; en suivi (3e trimestre) pour certains ARV (INI, RPV, DOR, toute bithérapie, grossesse survenant sous CAB LP + RPV LP)

# Conduite à tenir en cas d'échec virologique pendant la grossesse

- Discuter d'intensifier le traitement en RCP +++
- Contrôler l'ARN VIH plasmatique pour différencier un échec virologique d'un blip
- Rechercher les causes avec la patiente : observance, tolérance, interactions médicamenteuses (supplémentation en minéraux, kaolin), génotypage de résistance, dosages d'ARV
- Rapprocher la surveillance, d'autant plus que le terme de la grossesse est proche
- Envisager une surveillance à domicile ou une hospitalisation.

# Conduites à tenir obstétricales

- Elles sont à prévoir **en RCP** selon la charge virale (CV) VIH-I autour de 36 SA
- Mode d'accouchement :
  - CV <50 copies/mL: voie basse
  - CV >400 copies/mL : césarienne programmée à 38 SA
  - CV entre 50 et 400 copies/mL : décision au cas par cas, optimisation du traitement ARV, contrôle rapproché de la charge virale avant l'accouchement
  - La césarienne non-programmée n'est pas associée à une réduction de la transmission mère-enfant
- Indication de perfusion de ZDV pendant le travail : CV >50 copies/mL
- Indication de NVP dose orale unique : si la mère n'a eu aucun traitement pendant la grossesse

# Prise en charge du nouveau-né

Traitement prophylactique; débutée le plus tôt possible chez tous les nouveau-nés de mères VVIH-1

On distingue 4 situations :

Scénario optimal	Mère indétectable depuis au moins 6 mois	NVP en première intention. En cas <b>d'antécédent de mutation de résistance du virus maternel</b> , le choix d'un traitement alternatif doit se faire en discussion multidisciplinaire
Faible risque d'infection	Mère détectable dans les 6 derniers mois mais indétectable depuis les 4 semaines précédant l'accouchement	
Risque intermédiaire d'infection	Mère ayant une CV entre 50 et 400 copies/mL dans les <b>4 semaines précédant l'accouchement</b>	ZDV + 3TC + NVP en première intention si pas de mutation de résistance du virus maternel au NVP
Haut risque d'infection	Mère sans traitement ARV pendant la grossesse ou CV >400 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement	

# Prise en charge du nouveau-né non allaité

## Diagnostic d'infection/non-infection

PCR ARN VIH : J3, S4 ou S6, M3, Puis sérologie VIH à 2 ans

Pour affirmer l'absence d'infection : 2 PCR ARN VIH négatives après arrêt de la prophylaxie. (soit à l'âge de 3 mois, faire le BCG ensuite)

Si le nourrisson est allaité, il faut une PCR ARN VIH négative 3 mois après la fin d'allaitement.

## Suivi de l'enfant

Tout nourrisson de mère VVIH doit bénéficier d'une prise en charge à 100% dans les 2 premières années de sa vie (ALD30)

Il est recommandé **qu'aucune information** concernant le statut sérologique de la mère ni la prévention postnatale du nouveau-né **ne soit inscrite dans le carnet de santé de l'enfant**

Un soutien/accompagnement psychologique et social pré et post-natal est recommandé

Afin de monitorer la toxicité liée à l'exposition des nourrissons aux traitements ARV, un **suivi pédiatrique clinique et biologique est recommandé jusqu'à 18-24 mois.**

Soit 5 visites 1 mois, 3 mois, 6 mois, 12 mois et 2 ans

# Accompagnement pour choisir les modalités d'allaitement

- Le sujet de l'allaitement doit être abordé pendant le suivi de grossesse
- Il s'agit d'une décision partagée
- Lorsqu'un allaitement artificiel est décidé: apporter si besoin une aide pour l'achat de lait et accompagner la femme, notamment pour la préparer à répondre aux questions de l'entourage.

## 5 Conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1er trimestre de grossesse
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites
- Charge virale maternelle <50 copies/mL avec au moins 6 mois de contrôle virologique
- Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein
- Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

Si l'un des critères n'est pas rempli, l'allaitement au sein est **formellement déconseillé**.

# Suivi du nouveau-né allaité

## Traitement prophylactique chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein

- Il est proposé de poursuivre la prophylaxie du nourrisson pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à **15 jours** après son arrêt définitif
- La NVP est à utiliser en 1<sup>re</sup> intention chez l'enfant de mère vivant avec le VIH-1 si pas de mutation du virus maternel

## Protocole de suivi d'allaitement au sein

- CV plasmatique **mensuelle chez la mère**
- Suivi postnatal renforcé avec PCR ARN **et** ADN VIH de l'enfant à M1, M3, M6, puis tous les 3 mois jusqu'à 3 mois après le sevrage complet
- En cas de mastite ou d'abcès, traiter la complication, tirer le lait et le jeter jusqu'à guérison. L'allaitement reste possible avec le sein non atteint
- Suspendre l'allaitement maternel **immédiatement** en cas d'ascension de la charge virale plasmatique >50 copies/mL; Contrôler sans délai pour discuter de l'éventuelle reprise de l'allaitement maternel selon les résultats
- Limiter la durée de l'allaitement et ne pas dépasser 6 mois
- Allaitement exclusif conseillé dans les premiers mois, avec prescription de compléments de lait artificiel possibles si nécessaire ; diversification alimentaire à partir de 6 mois
- Remettre un document d'information avec conseils en cas de complications (qui servira aussi aux professionnels consultés)
- Prescrire un tire-lait, des biberons, et du lait de substitution en cas de nécessité de suspendre l'allaitement
- Préciser les rendez-vous de suivi pour la mère et rendez-vous pour l'enfant et les coordonnées (téléphone, mail) des équipes de pédiatrie, maternité et médecine, et de personnes ressources (consultant en lactation, sage-femme ou puéricultrice, associations) travaillant en lien avec l'équipe VIH périnatale.
- L'évaluation de la sécurité de l'allaitement au sein en contexte de VIH est prévue dans un observatoire national (LACTAVIH).

# Recommandation de passage en RCP +++

- **En pré conceptionnel et/ou début de grossesse** (Choix et adaptation du traitement)
- **Au cours de la grossesse** en cas d'échec virologique
- **Autour de 36 SA :**
  - Modalités d'accouchement
  - Traitements post-accouchement de la mère et de l'enfant
  - Allaitement

RCP à Tours (CHRU Bretonneau) :  
Un mercredi sur deux de 14h à 16h, en présence  
visioconférence.  
[rcp-vih@chu-tours.fr](mailto:rcp-vih@chu-tours.fr)

RCP à Orléans (CHRU) :  
Un vendredi sur deux de 14h à 16h, en présence  
visioconférence.  
[maladies.infectieuses@chr-orleans.fr](mailto:maladies.infectieuses@chr-orleans.fr)

# Appropriation des recommandations et harmonisation des pratiques en CVL

## Actualisation du protocole interactions entre contraceptifs hormonaux et ARV

antirétroviraux		contraceptifs hormonaux			C. local hormonal	Contraception d'urgence		
spécialité	DCI	combiné oral, patch, vaginal	progestatif oral ou implant	progestatif IM: medroxyprogesterone (Depo-Provera®)	DIU levonorgestrel: Mirena®, Kyleena®, Jaydess®	levonorgestrel (Norlevo®)	ulipristal (EllaOne®)	DIU au cuivre
Sustiva®	efavirenz	déconseillé	déconseillé	déconseillé	autorisé	déconseillé ou dose x2 (soit 3 mg)	déconseillé	
Viramune®	nevirapine	déconseillé	déconseillé	autorisé				
Reyataz®	atazanavir	EE ≤ 30 µg/l						
Reyataz®/ Norvir®	atazanavir/ritonavir	déconseillé; si pas alternative: EE ≥ 30 µg/l						
Prezista®/ Norvir®	darunavir/ritonavir	déconseillé	déconseillé				précaution d'emploi: si DIU au cuivre non possible, doubler la posologie (soit 3 mg)	déconseillé
Telzir®/ Norvir®	fosamprenavir/ritonavir							
Kaletra®	lopinavir/ritonavir							
Aptivus®/ Norvir®	tipranavir/ritonavir							
Intelence®	etravirine	autorisé	autorisé	autorisé				
Edurant®	rilpivirine							
Pifeltro®	doravirine							
Ziagen®	abacavir							
Emtriva®	emtricitabine							
Epivir®	lamivudine							
Retrovir®	zidovudine							
Viread®	tenofovir disoproxil							
Tivicay®	dolutegravir							
Isentress®	raltegravir							
Celsentri®	maraviroc							
Fuzeon®	enfuvirtide							

Légende: texte: recommandations si existant (RCP, ANSM, Experts VIH)

couleur: intensité de risque estimée selon les données disponibles:  
rouge: majeur; orange: important ou manque de données; orange pâle: moyen; vert: pas de risque attendu

F. Beau-Salinas

Centre Régional de Pharmacovigilance, Tours



Avec les nouvelles données, les nouveaux ARV, les TSH...

# Appropriation des recommandations et harmonisation des pratiques en CVL

Actualisation de la plaquette Grossesse et VIH à destination des professionnels de santé de la région

## La grossesse et le VIH

Repères actualisés

à destination des professionnels

pour un meilleur accueil des patientes



# Appropriation des recommandations et harmonisation des pratiques en CVL

## Mise à jour de la fiche RCP VIH et grossesse



### FICHE RCP VIH GROSSESSE



Date : .....

#### Patiente

Nom : ..... Prénom : ..... DN : .....

Référent VIH : .....

Référent gynéco-obstétricien (Nom/Contact) : .....

#### Informations générales

Nb de présentation : ...

Présenté par : .....

Présents : .....      

#### Histoire de la maladie

\* Date de découverte VIH et stade:

\* Nadir CD4 :

\* Zénith CV :

\* Début Ttt ARV :

\* Personnes informées du VIH :      conjoint              famille              amis

\* Antécédents : .....

\* Antécédent vaccin coqueluche entre 20 et 36 SA ? .....      Date: .....

\* Antécédents obstétricaux :

Gestité:

Parité:

\* Grossesse actuelle

# Appropriation des recommandations et harmonisation des pratiques en CVL

- Création d'une plaquette Allaitement et VIH à destination des professionnels de santé
- Diffusion d'une plaquette Allaitement et VIH à destination des usagères
- Contact des maternités pour mettre à jour les protocoles de suivi de grossesse, d'accouchement et de suivi des nouveau-nés
- Harmonisation des pratiques : traitement pendant la grossesse, suivi, contraception...



GT Femmes et VIH du COREVIH

Catherine AUMOND, Frederique BEAU SALINAS, Francesca BISIO, Carine DOKOULA, Julienne EFFA, Zoha MAAKAROUN VERMESSE, Maja OGIELSKA, Nathalie TRIGNOL-VIGUIER