
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) - Label
Objectif(s)	Réactualisation des recommandations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) concernant la contraception, le désir d'enfant, la grossesse et la prévention de la transmission mère-enfant
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : PVVIH ; femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, : nouveau-nés et nourrissons de mère VVIH Professionnels concernés par le thème : infectiologues, gynécologues-obstétriciens, généralistes, internistes, pédiatres, sages femmes, centres de Protection Maternelle et Infantile. Associations de patients
Demandeur	Conseil National du SIDA et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Haute autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel (CNS, ANRS MIE), M. Alexandre Pitard (HAS)
Recherche documentaire	Dr Julie Bottero (rédactrice groupe Grossesse - VIH), Dr Fanny Alby-Laurent (rédactrice groupe Traitement ARV de l'enfant), Mr Aurélien Dancoisne (documentaliste HAS)
Auteurs	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 (jusqu'au 19/03/2024) 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
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 (jusqu'au 19/03/2024)
 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

Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du 25 avril 2024
Actualisation	
Autres formats	Les recommandations et l'argumentaire sont téléchargeables sur site www.has-sante.fr

Sommaire

Préambule	9
1. Santé reproductive et désir d'enfant : quelles spécificités dans le contexte de l'infection VIH ?	12
1.1. Quels sont les objectifs du traitement antirétroviral dans le contexte d'un désir d'enfant et d'une grossesse ?	12
1.2. Comment accompagner les couples concernés par le VIH ayant un désir d'enfant ?	12
1.2.1. Quelles sont les recommandations pour la conception ?	12
1.2.2. Quelle est la prise en charge de l'infertilité et la place de l'assistance médicale à la procréation ?	13
1.3. Quelles sont les modalités de contraception chez les PVVIH ?	14
2. Quand dépister et comment prévenir l'infection par le VIH dans le contexte de la grossesse ?	15
2.1. Quand dépister l'infection VIH dans le contexte d'un projet de grossesse ou au cours de la grossesse ?	15
2.2. Quelle est la place de la PrEP et du TPE chez une femme enceinte séronégative ?	16
3. Quelle est la conduite thérapeutique à tenir pour la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-1 ?	17
3.1. Quelles sont les risques potentiels pour l'enfant d'une exposition aux antirétroviraux pendant la grossesse ?	17
3.2. Quelles sont les combinaisons antirétrovirales à privilégier pendant la grossesse ?	18
3.3. Quelles sont les molécules antirétrovirales à éviter pendant la grossesse ?	21
3.4. Quelle adaptation de traitement réaliser pour la grossesse chez une femme déjà traitée ?	23
3.5. Quelle est la conduite thérapeutique à tenir chez une femme enceinte non encore traitée ?	23
3.5.1. Quel traitement antirétroviral initier en cas de découverte tardive au cours de la grossesse ou à l'accouchement ?	24
3.5.2. Quel traitement antirétroviral initier en cas de primo-infection au cours de la grossesse ?	24
3.5.3. Quel traitement antirétroviral et quelles prophylaxies anti-infectieuses initier en cas d'immunodépression avancée au cours de la grossesse ?	24

3.5.4.	Quel traitement utiliser en cas de co-infection avec le VHB ou le VHC pendant la grossesse ?	25
3.5.5.	Quand et quel traitement antirétroviral initier chez une femme enceinte « HIV controller » ?	25
3.6.	Quel est le suivi virologique du traitement antirétroviral pendant la grossesse ?	26
3.7.	Quel est le suivi pharmacologique du traitement antirétroviral pendant la grossesse ?	26
3.8.	Quelle est la conduite à tenir en cas d'échec virologique pendant la grossesse ?	26
3.9.	Quelle est la conduite à tenir en cas de vomissements pendant la grossesse ?	27
3.10.	Quelle est la conduite à tenir en cas de cytolyse hépatique pendant la grossesse ?	27
4.	Quelles sont les particularités du traitement pendant la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-2 ?	28
4.1.	Quand initier le traitement ARV pour le VIH-2 au cours de la grossesse ?	28
4.2.	Quel traitement ARV utiliser pour le VIH-2 au cours de la grossesse ?	28
4.3.	Quelles sont les conduites à tenir à l'accouchement et en post partum chez une femme vivant avec le VIH-2 ?	29
5.	Quel est le parcours de soins d'une femme vivant avec le VIH pendant la grossesse ?	30
5.1.	Quel est le suivi clinique pendant la grossesse ?	30
5.2.	Quel est le suivi biologique pendant la grossesse ?	31
6.	Quelles sont les conduites obstétricales à tenir chez une femme vivant avec le VIH-1 ?	33
6.1.	Quelles sont les indications de césarienne programmée en raison du VIH ?	33
6.2.	Quelle est la place de la césarienne non-programmée pour la prévention de la transmission mère-enfant ?	33
6.3.	Quelles sont les indications de perfusion de zidovudine ou d'autres traitements antirétroviraux prophylactiques à l'accouchement pour prévenir la transmission à l'enfant ?	34
6.4.	Quelle est la prise en charge obstétricale d'une femme en situation de contrôle virologique ?	34
6.5.	Quelle est la prise en charge obstétricale d'une femme en situation de non-contrôle virologique ?	35
7.	Quelle est la prise en charge du nouveau-né d'une mère vivant avec le	

VIH ?	36
7.1. Comment définir le risque d'infection chez un nouveau-né de mère VVIH-1 ?	36
7.2. Quels sont les premiers soins à donner en salle de naissance ?	36
7.3. Quelles sont les indications et dans quel délai doit être introduit une prophylaxie postnatale chez le nouveau-né de mère VVIH-1 ?	37
7.4. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né à terme dans le scénario optimal ou à faible risque d'infection VIH-1 ?	37
7.5. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né à terme à haut risque ou à risque intermédiaire d'infection VIH-1 ?	38
7.6. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né prématuré en fonction du niveau de risque d'infection à VIH ?	39
7.7. Quelle prophylaxie postnatale chez le nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH-2 ?	43
7.8. Comment faire le diagnostic d'infection et de non-infection par le VIH chez le nouveau-né et le nourrisson de mère VVIH ?	43
7.9. Quelles vaccinations et quelles prophylaxies anti-infectieuses proposer aux nourrissons non infectés de mères VVIH ?	44
7.10. Quelle surveillance post-natale proposer aux enfants exposés aux antirétroviraux pendant la grossesse ?	45
7.11. Quelle prise en charge sociale et psychologique proposer aux nourrissons et aux mères VVIH ?	47
8. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour choisir les modalités d'allaitement et prévenir le risque de transmission ?	49
8.1. Quel est le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein ?	49
8.2. Quelles sont les conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH ?	49
8.3. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour le choix des modalités d'allaitement ?	49
8.4. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH en cas d'allaitement artificiel ?	50
8.5. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH en cas d'allaitement au sein ?	50
8.5.1. Quels sont les risques pour le nourrisson liés au passage des antirétroviraux dans le lait ?	51
8.5.2. Quel traitement antirétroviral utiliser chez la mère en cas d'allaitement au sein ?	51
8.5.3. Un traitement prophylactique est-il indiqué chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein ?	52

8.5.4.	Quel traitement préventif utiliser chez le nourrisson en cas d'allaitement maternel de mère vivant avec le VIH-1 ?	52
8.5.5.	Quelle est la prophylaxie en cas d'allaitement au sein de mère vivant avec le VIH-2 ?	53
8.5.6.	Quelle est la durée recommandée d'allaitement au sein ?	53
8.5.7.	Faut-il que l'allaitement maternel soit exclusif ?	53
8.5.8.	Quelles sont les modalités de suivi de la mère en cas d'allaitement au sein ?	53
8.5.9.	Quelles sont les modalités de suivi du nourrisson en cas d'allaitement au sein ?	54
8.5.10.	Quelle est la conduite à tenir en cas de complication de l'allaitement ?	54
8.5.11.	Quelle est la conduite à tenir en cas d'échappement virologique chez la mère pendant l'allaitement ?	55
9.	Annexe : Fiches infos grossesse-VIH	56
9.1.	Questions Dépistage et Grossesse	56
9.2.	Questions à propos du bébé	59
9.3.	Questions « spécial Allaitement »	61
	Participants	65
	Abréviations et acronymes	67

Préambule

Contexte

Aujourd'hui, toute femme enceinte vivant avec le VIH (VVIH) doit bénéficier d'un traitement antirétroviral (ARV) au long cours pour sa propre santé, pour prévenir la transmission sexuelle et celle de la mère à l'enfant (TME).

Les choix des molécules à utiliser et du moment pour débiter le traitement s'intègrent dans une stratégie qui doit tenir compte des aspects virologiques, fœtaux et obstétricaux, de l'évaluation des bénéfices et risques connus des médicaments et de l'adhésion de la femme, au mieux avant la grossesse (suivi préconceptionnel). Les grossesses des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont considérées comme des grossesses à risque, qui requièrent un suivi pluridisciplinaire individualisé.

Alors que le nombre annuel d'enfants infectés par le VIH a spectaculairement diminué ces dernières années, celui des nouveau-nés et nourrissons de mère VVIH exposés et non infectés est resté relativement stable. Les modalités spécifiques de prise en charge de ces enfants doivent être accessibles et connues des nombreux professionnels de santé qui y seront confrontés dans les maternités, les services de néonatalogie ou de pédiatrie et les consultations de suivi pédiatrique sur l'ensemble du territoire.

Actualités épidémiologiques des grossesses chez les PVVIH et de la transmission mère-enfant en France

Le nombre de grossesses évolutives chez des PVVIH est estimé à environ 1400/an en France. Parmi les femmes incluses dans la cohorte ANRS « Enquête Périnatale Française, EPF » (cohorte nationale Française incluant les femmes enceintes VVIH et leurs enfants), les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne représentent plus de 70% avec une légère tendance à la diminution ; 5% sont des femmes nées avec le VIH par TME.

Plus de 75% des femmes sont déjà sous traitement ARV au moment de la conception, et cette proportion continue à augmenter.

Concernant le statut immuno-virologique des femmes enceintes, >60% des femmes incluses dans la cohorte EPF ont des CD4 >500/ μ L, et >90% ont une charge virale à l'accouchement <50 copies/mL (>95% <400 copies/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 transmission mère-enfant depuis 2015.

Enjeux

Enjeux pour les patients

- Maîtriser la procréation, avec la réalisation d'un désir d'enfant aux moments voulus, sans risque de transmission du VIH dans le couple ni à l'enfant.

- Utiliser des traitements ARV optimaux en termes d'efficacité et de tolérance dans le contexte particulier de la grossesse, pour la santé de la mère, l'issue de la grossesse et la santé de l'enfant à long terme.
- Définir pour les nouveau-nés de mères VVIH les modalités de la poursuite de la prévention de la transmission mère-enfant initiée pendant la grossesse et ce de manière adaptée au risque d'infection et à l'âge gestationnel de naissance de l'enfant et les modalités du diagnostic virologique permettant un diagnostic de non-infection.
- Définir les modalités du suivi de la toxicité potentielle des médicaments auxquels le nourrisson a été exposé en abordant les éléments de la prise en charge globale préventive, socio-familiale et psychologique des nourrissons de mères VVIH.

Enjeux de santé publique

- Supprimer les cas de transmission mère-enfant résiduels, dus à des échecs de prévention ou des échecs de dépistage.
- 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.

Patients concernés

- PVVIH
- Femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse de manière générale
- Conjoints et partenaires de PVVIH
- Nouveau-nés et nourrissons nés de mères VVIH
- Associations de patients

Professionnels concernés

Professionnels de santé : gynécologues-obstétriciens, pédiatres, infectiologues, internistes, virologues, médecins généralistes, sage-femmes, infirmiers, puéricultrices, pharmaciens, psychologues.

Centres de Protection Maternelle et Infantile

Travailleurs sociaux

Objectifs de la recommandation

Les objectifs des recommandations sont de définir dans le contexte français actuel l'attitude optimale pour les PVVIH concernant les aspects suivants :

- Soins préconceptionnels
- 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
- Proposer des fiches d'information pour les femmes PVVIH et ceux/celles qui les accompagnent

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 ?

Actualisation

Les recommandations proposées sont fondées sur les données les plus récentes sur les médicaments, issues d'une revue systématique de la littérature jusqu'au 12/08/2023, lesquelles peuvent donc différer des Résumés de Caractéristiques des Produits (RCP). Les recommandations devront être actualisée régulièrement.

1. Santé reproductive et désir d'enfant : quelles spécificités dans le contexte de l'infection VIH ?

1.1. Quels sont les objectifs du traitement antirétroviral dans le contexte d'un désir d'enfant et d'une grossesse ?

Le traitement antirétroviral (ARV) permet de réaliser trois objectifs dans le contexte d'un désir d'enfant et d'une grossesse :

- Préserver la santé de la PVVIH. (Grade A)
- Supprimer le risque transmission sexuelle dans le couple. (Grade A)
- Supprimer le risque de transmission mère-enfant (TME). (Grade A)

1.2. Comment accompagner les couples concernés par le VIH ayant un désir d'enfant ?

1.2.1. Quelles sont les recommandations pour la conception ?

La question du désir d'enfant fait partie intégrante de la santé sexuelle et reproductive et doit être abordée avec toute femme et homme vivant avec le VIH.

- Proposer une prise en charge pré-conceptionnelle aux PVVIH qui ont un projet de procréation afin de les informer sur les différentes modalités de conception et leurs risques respectifs, en fonction de leurs conditions de fertilité et de leur histoire de l'infection VIH. (AE)
- Encourager le partage de l'information concernant l'infection à VIH dans un couple avec un désir d'enfant. (AE)
- Atteindre le contrôle virologique (ARN VIH plasmatique <50 copies/mL) avant la grossesse. (Grade A)
- Choisir un traitement ARV approprié chez la PVVIH en pré-conceptionnel (schémas recommandés et cas particuliers détaillés dans la question 3). (Grade B)
- Prescrire une supplémentation en acide folique pré-conceptionnelle chez la femme, comme en population générale. (Grade A)

- Une conception naturelle est possible en cas d'ARN VIH plasmatique <50 copies/mL chez la PVVIH, sous traitement ARV depuis au moins 6 mois. (Grade A)

En cas de non-contrôle virologique :

- L'éducation thérapeutique (ETP) et l'adaptation du traitement ARV sont prioritaires. (Grade B)
- Une prophylaxie pré-exposition (PrEP) est recommandée chez le ou la partenaire séronégatif(ve) pour prévenir la transmission du VIH et permettre, si le projet de grossesse ne peut être différé jusqu'au contrôle virologique, une conception naturelle par rapports sexuels non protégés. (Grade A)
- Chez une FVVIH en non-contrôle virologique avec un partenaire séronégatif ne prenant pas de PrEP, des rapports sexuels protégés par préservatifs sont recommandés pour prévenir la transmission du VIH au partenaire (Grade A), et pour la conception, si le projet de grossesse ne peut être différé jusqu'au contrôle virologique, la pratique d'auto-inséminations vaginales est recommandée et doit être enseignée à la FVVIH. (AE)
- Chez un homme vivant avec le VIH (HVVIH) en non-contrôle virologique avec une partenaire séronégative ne prenant pas de PrEP, le lavage de sperme peut être envisagé dans le cadre d'un centre spécialisé. (AE)

1.2.2. Quelle est la prise en charge de l'infertilité et la place de l'assistance médicale à la procréation ?

- Permettre l'accès des PVVIH à l'assistance médicale à la procréation (AMP) pour traiter une éventuelle infertilité, comme en population générale. Dans cette indication, il est recommandé que l'AMP soit réalisée dans un contexte de contrôle virologique de l'infection chez la PVVIH. (Grade B)
- Proposer une évaluation du pronostic de fertilité après 6 mois de tentatives à partir de 35 ans. (Grade C)
- Permettre l'accès des PVVIH à la préservation de gamètes, comme en population générale. (AE) ; dans ces cas le contrôle virologique préalable est recommandé, mais ne doit pas être opposé en cas d'urgence (contexte oncologique par exemple). (AE)

1.3. Quelles sont les modalités de contraception chez les PVVIH ?

- Aucun moyen contraceptif n'est contre-indiqué en raison de l'infection par le VIH. Il convient de respecter les contre-indications usuelles, notamment pour les oestro-progestatifs. (Grade B)
- Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (dispositif intra-utérin au cuivre ou hormonal, implant progestatif) ont l'intérêt majeur d'éviter les échecs liés à des oublis de prise. (Grade A)
- Des interactions existent entre contraceptifs hormonaux et certains ARV, inhibiteurs de protéase boostés, efavirenz (EFV), etravirine (ETV), névirapine (NVP), elvitegravir/cobicistat (EVG/c) et le fostemsavir (consulter le site : www.hiv-druginteractions.org/prescribing_resources/hiv-ts-contraceptives). Toutefois, une diminution réelle de l'efficacité contraceptive n'a été clairement documenté que pour l'EFV. (Grade C) Il n'y a pas d'impact sur l'efficacité de la contraception avec les ARV suivants : tous les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), doravirine (DOR), rilpivrine (RPV), bictégravir (BIC), cabotégravir (CAB), dolutégravir (DTG), raltégravir (RAL), lénacapavir, maraviroc, enfuvirtide, et ibalizumab.
- En pratique, l'association d'une contraception hormonale avec l'EFV est déconseillée, et dans une moindre mesure avec NVP ou ETV. De même, une majoration des doses de contraception d'urgence est nécessaire en cas de traitement par EFV. (Grade C)

2. Quand dépister et comment prévenir l'infection par le VIH dans le contexte de la grossesse ?

2.1. Quand dépister l'infection VIH dans le contexte d'un projet de grossesse ou au cours de la grossesse ?

La proposition d'un dépistage de l'infection VIH à toute femme enceinte est une obligation légale ; ce dépistage doit s'accompagner d'une information sur le VIH et ne peut être réalisé qu'en l'absence d'opposition de sa part.

Ce test de dépistage doit si nécessaire être renouvelé en cours de grossesse en cas d'exposition. En cas de primo-infection pendant la grossesse ou l'allaitement, le risque de transmission mère-enfant est élevé.

- Prescrire le dépistage VIH pour les deux partenaires avant la grossesse, en pré-conceptionnel. (Grade A)
- Prescrire le dépistage VIH en début de grossesse et sinon, le plus tôt possible. (Grade A)
- Prescrire le dépistage VIH aux futurs pères (ou partenaires sexuels) à l'occasion de la grossesse si non réalisé en préconceptionnel, indépendamment de la sérologie VIH de la femme. (Grade B)
- Proposer un contrôle de la sérologie VIH (ainsi que l'Ag HBs au 6^e mois en l'absence d'anticorps anti-HBs) ou au 3^e trimestre aux femmes séronégatives au précédent test qui sont exposées à un risque de transmission (partenaire PVVIH dont la charge virale n'est pas indétectable ou est inconnue, multi-partenariat), à discuter en cas de partenaire de statut sérologique inconnu. (AE)
- Proposer, à l'arrivée en travail, un test de dépistage VIH par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) en urgence à toute femme dont le statut VIH n'est pas connu (de même que chez une femme exposée à un risque particulier en cours de grossesse depuis le dernier contrôle sérologique). En cas de dépistage rapide positif, il doit être annoncé immédiatement par l'obstétricien à la femme. (Grade B)
- Proposer un test de dépistage VIH chez les femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse (IVG). (Grade B)

2.2. Quelle est la place de la PrEP et du TPE chez une femme enceinte séronégative ?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le traitement post-exposition (TPE) peuvent être utilisés pour la prévention de la survenue d'une infection VIH chez une femme enceinte ou allaitante séronégative, en l'absence de traitement ARV efficace des partenaires sexuels VVIH, ou en cas d'exposition perçue comme à risque avec des partenaires de statut VIH inconnu.

- Dans les situations à haut risque d'acquisition du VIH, il est recommandé de prescrire une PrEP par TDF/FTC en schéma continu pendant la grossesse et l'allaitement éventuel (cf chapitre « Traitement préventif pré-exposition de l'infection VIH »). (Grade B)
- En cas d'accident d'exposition à un risque viral (selon l'évaluation des risques détaillée dans le chapitre « Traitement préventif post-exposition au VIH »), il est recommandé de prescrire un TPE pendant la grossesse. Dans ce cas, les principaux schémas recommandés sont TDF/FTC + DTG ou TDF/FTC + RAL. (Grade B) Le schéma TDF/3TC/DOR n'est pas recommandé en l'absence de données concernant la DOR dans le contexte de la grossesse.

3. Quelle est la conduite thérapeutique à tenir pour la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-1 ?

Le traitement ARV doit respecter les règles usuelles d'efficacité et de tolérance, tout en tenant compte des spécificités de la grossesse. On privilégiera autant que possible les médicaments pour lesquels il existe des données solides pendant la grossesse, sans transposer automatiquement l'évolution des pratiques de prescription hors grossesse.

En règle générale, le choix de traitement ARV dans le cadre de la grossesse doit faire l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, tout particulièrement dans les situations atypiques ou lorsqu'un choix est envisagé qui diffère des recommandations. La patiente doit toujours être impliquée dans les décisions et recevoir une information claire et individualisée sur les bénéfices attendus du traitement, son efficacité préventive, mais aussi sur les incertitudes concernant les effets indésirables pour le fœtus et l'enfant.

Le choix doit être anticipé autant que possible avant la grossesse (AE), permettant :

- d'éviter toute exposition à une molécule non recommandée pendant et après la conception
- d'évaluer le changement en termes de tolérance et d'efficacité avant la grossesse.

Dans tous les cas, les soins pré-conceptionnels doivent comporter la prescription d'une supplémentation en acide folique (Grade A) ainsi que les autres mesures de prévention habituelles recommandées en vue d'une grossesse (cf 1. Santé reproductive et désir d'enfant).

3.1. Quelles sont les risques potentiels pour l'enfant d'une exposition aux antirétroviraux pendant la grossesse ?

Les risques potentiels pour l'enfant d'une exposition aux ARV pendant la grossesse guident le choix du traitement ARV :

- Le risque de malformations congénitales ne paraît pas augmenté chez les enfants exposés en début de grossesse aux ARV recommandés en 3.2, qui disposent d'un recul suffisant, y compris le DTG (Grade B). Toutefois, il existe un manque de données concernant les médicaments récents (BIC, CAB, DOR, fostemsavir et lenacapavir notamment).
- Les risques pour l'enfant d'une exposition intra-utérine aux ARV ne se limitent pas aux malformations, certains effets tardifs ayant été décrits. (Grade C)

- Une évaluation, notamment neuro-développementale, doit être poursuivie sur le long terme pour les enfants ayant été exposés in utero à des ARV, particulièrement à l'EFV, ainsi qu'au DTG, et par extension au BIC ou CAB. (AE)
- Il est recommandé d'informer les PVVIH enceintes ou en désir de grossesse qu'un pictogramme, exprimant un risque pour le fœtus peut figurer sur le conditionnement de certains médicaments antirétroviraux. Ceci ne doit pas les conduire à interrompre ou ne pas débuter leur traitement sans l'avis de leur médecin. Dans la mesure où la prescription est faite selon les recommandations, il convient de souligner que les bénéfices certains l'emportent sur les risques potentiels. (AE)
- Les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir doivent pouvoir participer à certains essais thérapeutiques, cela afin d'obtenir des données rigoureuses dans un cadre éthique concernant l'utilisation de nouveaux médicaments, plutôt que de reposer sur des expositions involontaires. (AE)
- Une pharmacovigilance (telle que réalisée dans la cohorte nationale EPF et sa suite VIROPREG) est particulièrement recommandée pour les molécules récentes pour lesquelles il n'existe pas ou peu de données. En cas d'événement indésirable, une déclaration doit être faite à un centre régional de pharmacovigilance. (AE)

3.2. Quelles sont les combinaisons antirétrovirales à privilégier pendant la grossesse ?

Les recommandations concernant les combinaisons ARV à privilégier dans le contexte de la grossesse sont basées sur une appréciation du bénéfice/risque global pour la mère et l'enfant à la date d'écriture de ces recommandations (décembre 2023) :

Prescrire en choix préférentiel, aux posologies adaptées à la grossesse, une combinaison associant :

2 INTI :

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

et un 3^e agent :

- un IP : DRV/r (Grade B)
ou
- un INI : DTG (Grade B) ou RAL (Grade B)

D'autres molécules ARV peuvent être utilisées en choix alternatif comme 3^e agent dans la combinaison mais ces molécules présentent soit un bénéfice/risque moins favorable, soit un recul d'utilisation moins important :

IP :

- ATV/r (Grade B)

INNTI :

- RPV (Grade B)

Tableau 1 : Antirétroviraux utilisables pendant la grossesse

Molécules	Synthèse données littérature
Molécules préférentiellement recommandées	
Inhibiteurs Nucléosidiques de Transcriptase Inverse (INTI)	
Abacavir (ABC)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence entre ABC/3TC et TDF/FTC sur les issues de grossesse - Typage HLA B*5701 au préalable pour éviter l'hypersensibilité - S'assurer de l'absence d'hépatite B
Emtricitabine (FTC)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence entre ABC/3TC et TDF/FTC sur les issues de grossesse
Lamivudine (3TC)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence entre ABC/3TC et TDF/FTC sur les issues de grossesse
Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de sur-risque de déminéralisation osseuse chez le nouveau-né - Pas de différence de croissance ni de marqueurs osseux - Surrisque d'issues de grossesse défavorables vs ZDV dans un essai randomisé, non retrouvé dans les cohortes - Prendre avec des aliments
Ténofovir Alafénamide (TAF)	<ul style="list-style-type: none"> - Profil de sécurité favorable - Majoration de la prise de poids - Pas de différence entre TDF et TAF sur la fonction rénale gestationnelle - Non disponible en France hors associations fixes
Inhibiteurs de Protéase (IP)	
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses études observationnelles rassurantes - Diminution des concentrations totales dès le 2^e trimestre. Le groupe d'experts recommande d'adapter la posologie à 600/100 mg x2/j au 6^e mois de grossesse ou surveiller par des dosages aux 2^e et 3^e trimestre (voir argumentaire)
Inhibiteurs d'Intégrases (INI)	
Raltégravir (RAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle virologique plus rapide sous RAL vs EFV - Pas de surrisque d'issues défavorables de grossesses ou d'anomalies congénitales

	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de majoration des risques du médicament chez la mère en dehors de la prise de poids - Pas de nécessité d'adaptation posologique ni de surveillance pharmacologique systématique à la posologique de 400 mg x2/j - Administration en monoprise (2 comprimés à 600 mg x1/j) non recommandée en raison d'une exposition insuffisante - Vérifier le respect du décalage de prises (6h) en cas de supplémentation en Fer ou multivitamines ou antiacides avec minéraux (Ca, Mg, Zn, Al)
Dolutegravir (DTG)	<ul style="list-style-type: none"> - Décroissance de charge virale plus rapide sous DTG vs EFV - Pas d'accroissement du risque d'issue défavorable de grossesse - Pas de majoration des événements infantiles de grade ≥ 3 - Le suivi de grandes cohortes montre l'absence d'augmentation du taux d'anomalies de fermeture du tube neural (suspecté initialement en cas d'exposition au DTG à la conception), sous supplémentation en folates - Supplémenter en acide folique 0,4 mg/j dans les 2 mois précédent et les 2 mois suivant la conception, comme recommandé en population générale - Pas de majoration des risques du médicament chez la mère en dehors de la prise de poids - Diminution de concentrations plasmatiques au 2^e-3^e trimestre. Pas d'adaptation posologique systématique mais réaliser si possible des dosages plasmatiques - En cas de prise de suppléments de fer ou multivitamines ou antiacides avec minéraux (Ca, Mg, Zn, Al), décaler les prises (2h après ou 6h avant le DTG) - Barrière génétique de résistance du VIH élevée (moindre risque de développement de résistance en cas d'échec thérapeutique par rapport au RAL)
Molécules alternatives	
Inhibiteurs Non-Nucléosidiques de Transcriptase Inverse (INNTI)	
Nevirapine (NVP)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation en rattrapage en mono-dose à l'accouchement chez les femmes non traitées
Rilpivirine (RPV)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de majoration du risque de tératogénicité ni d'issue défavorable de grossesse connu, mais recul d'utilisation moindre que pour les molécules préférentiellement recommandées - Baisse de concentration aux 2^e et 3^e trimestre mais Cmin restant majoritairement au-dessus des cibles efficaces ; dosages recommandés au 2^e et 3^e trimestre - Prendre avec des aliments ; vérifier l'absence de prise d'IPP
Inhibiteurs de Protéase (IP)	
Atazanavir/ritonavir	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'hyperbilirubinémie néonatale

(ATV/r)

- Baisse de concentration aux 2^e et 3^e trimestre mais Cmin restant majoritairement au-dessus des cibles efficaces ; dosages recommandés au 2^e et 3^e trimestre
- Diminution supplémentaire de l'exposition à l'ATV/r avec certains médicaments, notamment TDF ou antagonistes des récepteurs H2 et IPP. Il n'est pas recommandé d'utiliser ATV/r en cas d'association au TDF et un antagoniste des récepteurs H2/IPP. Si le TDF ou anti-H2/IPP nécessaire, envisager d'augmenter la dose d'ATV/r à 400/100 mg et surveiller les dosages plasmatiques

3.3. Quelles sont les molécules antirétrovirales à éviter pendant la grossesse ?

Certains ARV sont à éviter chez une femme vivant avec le VIH ayant un projet de grossesse, ou déjà enceinte (AE) :

ARV pour lesquels il n'existe pas à ce jour de données de sécurité suffisantes concernant la grossesse :

- BIC, CAB, DOR, ETR, 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 :

- EFV : neurotoxicité potentielle
- ZDV : toxicité mitochondriale (hyperlactatémie, altération de l'hématopoïèse), génotoxicité potentielle.

ARV ayant des modifications pharmacocinétiques pendant la grossesse conduisant à un risque de sous-dosage sans possibilité d'adaptation de posologie :

- EVG/c ou toute autre utilisation du cobicistat.

Les ARV injectables sont déconseillés pendant la grossesse faute de données pharmacologiques et en l'absence de données de sécurité concernant le CAB.

Tableau 2 : Antirétroviraux déconseillés pendant la grossesse, à n'utiliser que dans des situations particulières (notamment si mutation préexistantes ou risque à modifier le traitement ARV)

Données insuffisantes	
INTI	
Islatravir (ISL)	Aucune donnée disponible pendant la grossesse
INNTI	

Doravirine (DOR)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de signal négatif dans les études précliniques - Données cliniques de tolérance et pharmacocinétiques insuffisantes
Etravirine (ETR)	<ul style="list-style-type: none"> - Données cliniques de tolérance insuffisantes - Augmentation des concentrations aux 2^e et 3^e trimestre sans nécessité d'adaptation posologique
INI	
Bictegravir (BIC)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de signal négatif dans les études précliniques - Très peu de données de sécurité. 2 anomalies congénitales du SNC observées chez 165 nouveau-nés exposés au BIC au 1^{er} trimestre versus 0/69 nouveau-nés exposés aux 2^e ou 3^e trimestres - STP recommandé au 2^e et 3^e trimestre car diminution de l'exposition au 3^e trimestre de 35 à 49% - En cas de suppléments de fer ou multivitamines ou antiacides avec minéraux (Ca, Mg, Zn, Al), décaler les prises (2h avant ou après le BIC)
Cabotegravir (CAB)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de signal négatif des études précliniques - Données cliniques très insuffisantes - Données de pharmacocinétiques insuffisantes mais a priori satisfaisante sans nécessité d'adaptation posologique
Autres	
Fostemsavir (FTR)	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de signal des études pré-cliniques - Aucune donnée clinique de tolérance ni de pharmacocinétique
Lenacapavir	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune donnée pendant la grossesse

Antirétroviraux pour lesquels il existe des signaux indiquant un risque de toxicité pour l'enfant

Ibalizumab (IBA)	<ul style="list-style-type: none"> - Étude préclinique : Risque d'immunodépression néonatale transitoire → surveillance - Pas de donnée clinique ni de données de pharmacocinétique
Efavirenz (EFV)	<ul style="list-style-type: none"> - Impact rapporté sur le neurodéveloppement néonatal et infantile - Augmentation du risque de mortalité néonatale et d'issue de grossesse défavorable sous EFV versus DTG - Pas de différence de transmission mère-enfant sous EFV versus DTG
Zidovudine (ZDV)	<ul style="list-style-type: none"> - Toxicité mitochondriale : hyperlactatémie, altération de l'hématopoïèse - Génotoxicité potentielle - Traitement historique de PTME donc le mieux étudié - Utiliser uniquement pour la perfusion à l'accouchement en cas de répllication virale

persistante et en prophylaxie néonatale si indication à un traitement renforcé

3.4. Quelle adaptation de traitement réaliser pour la grossesse chez une femme déjà traitée ?

- Adapter le traitement ARV en pré-conceptionnel en cas de projet de grossesse au profit des molécules ARV les mieux évaluées (cf 3.2.) (AE)
- En cas de découverte de la grossesse chez une femme déjà sous traitement ARV, le poursuivre s'il est efficace et bien toléré, et compatible avec la grossesse en termes de foetotoxicité et de profil pharmacologique, en privilégiant les ARV recommandés en choix préférentiel ci-dessus en première intention, ou à défaut en choix alternatif (cf. 3.2. et tableau 1). (AE)
- Modifier le traitement sans jamais l'interrompre s'il comporte des ARV déconseillés pendant la grossesse, pour des signaux de toxicité ou de profil pharmacocinétique défavorable » (cf 3.3.), voire pour manque de données si une alternative satisfaisante avec des molécules recommandées est possible. (AE)
- En cas de traitement intermittent (tel que 4 jours/7), l'intensifier en 7 jours/7. (AE)
- 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 3^e trimestre. (AE)
- En cas de traitement injectable par CAB LP + RPV LP, le relais est complexe du fait de la demi-vie prolongée, il est conseillé de relayer le traitement par des molécules orales mieux évaluées dans le contexte de la grossesse (cf 3.2.). Le traitement injectable ne doit être poursuivi qu'en cas de nécessité et après validation en RCP, en surveillant les concentrations plasmatiques. (AE) La RPV peut éventuellement être poursuivie par voie orale, associée à 2 INTI ou au DTG, mais ces schémas manquent d'évaluation pendant la grossesse. (AE)

3.5. Quelle est la conduite thérapeutique à tenir chez une femme enceinte non encore traitée ?

- Privilégier un schéma de première intention comportant 2 INTI + DTG ou RAL ou DRV/r.
- Débuter le traitement le plus précocement possible pendant la grossesse. (Grade A)
- Choisir le traitement ARV en fonction du bilan virologique et génotypique, au mieux selon les recommandations détaillées au 3.2., sauf cas particuliers détaillés ci-dessous (prise en charge tardive, immunodépression avancée). (Grade B)

3.5.1. Quel traitement antirétroviral initial en cas de découverte tardive au cours de la grossesse ou à l'accouchement ?

En cas de début tardif du traitement ARV (après 24 SA), celui-ci doit débuter sans délai et permettre la décroissance la plus rapide possible de la charge virale.

Le schéma thérapeutique recommandé dans ce contexte est une combinaison de 2 INTI (TDF/FTC ou TDF + 3TC) + 1 INI (DTG ou RAL). (Grade A)

En cas de traitement d'urgence débuté en cours de travail ou à membranes rompues, ajouter à ce schéma thérapeutique de la NVP en monodose ainsi qu'une perfusion de ZDV. (Grade A)

3.5.2. Quel traitement antirétroviral initial en cas de primo-infection au cours de la grossesse ?

En cas de primo-infection au cours de la grossesse, le traitement ARV doit être débuté sans délai et a pour objectif de permettre la décroissance la plus rapide possible de la charge virale.

Le schéma thérapeutique recommandé dans ce contexte est une combinaison de 2 INTI (TDF/FTC ou TDF + 3TC) + 1 INI (DTG ou RAL). (Grade B)

3.5.3. Quel traitement antirétroviral et quelles prophylaxies anti-infectieuses initial en cas d'immunodépression avancée au cours de la grossesse ?

En cas de d'immunodépression avancée (lymphocytes T CD4 sanguins $<200/\mu\text{L}$) au cours de la grossesse, débuter le traitement ARV sans délai pour permettre la décroissance la plus rapide possible de la charge virale.

- Chez une PVVIH naïve de traitement, le traitement de première intention est une combinaison de 2 INTI (TDF/FTC ou TDF + 3TC) + 1 INI (DTG ou RAL). (Grade B)
- Réaliser le bilan des infections opportunistes selon les recommandations usuelles hors grossesse, avec une attention particulière aux infections opportunistes potentiellement plus fréquentes et/ou sévères pendant la grossesse : CMV, tuberculose, toxoplasmose. (AE)
- Renforcer la surveillance fœtale du fait de risques pour l'issue de la grossesse et le fœtus en cas de syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (IRIS). (Grade C)

- Réaliser une prophylaxie de la pneumocystose et de la toxoplasmose en cas de lymphocytes T CD4 sanguins <200/μL ou <15%. (Grade A)
- Le cotrimoxazole peut être utilisé ; il existe un risque tératogène, donc si le traitement est nécessaire au 1^{er} trimestre pour la santé de la FVVIH, il faut supplémenter en acide folinique 5 mg/j et réaliser un suivi échographique fœtal. (AE)
- La pentamidine n'est pas recommandée. (AE)

3.5.4. Quel traitement utiliser en cas de co-infection avec le VHB ou le VHC pendant la grossesse ?

En cas de co-infection avec le VHB :

- Le traitement ARV doit comporter du tenofovir (TDF ou TAF) actif sur les 2 virus. (Grade A)
- Une sérovaccination anti-VHB du nouveau-né doit être réalisée en salle de naissance. (Grade A)

En cas de co-infection avec le VHC :

- Le traitement du VHC doit être réalisé si possible avant la grossesse, ou à défaut après, afin d'obtenir l'éradication du VHC. (Grade A)
- Si la grossesse est découverte en cours de traitement anti-VHC, la décision de la poursuite du traitement sera discutée en RCP. Le choix du traitement ARV devra prendre en compte les interactions pharmacologiques éventuelles. (AE)

En cas de perturbations du bilan hépatique ou de cirrhose associée, il faut tenir compte de l'hépatotoxicité des médicaments dans le choix des ARV. (AE)

3.5.5. Quand et quel traitement antirétroviral initier chez une femme enceinte « HIV controller » ?

Le moment d'initiation du traitement ARV chez une femme « HIV controller » doit être discuté au cas par cas, et initié au plus tard à 28 SA. (Grade C)

Le schéma thérapeutique recommandé sera discuté en RCP, avec la possibilité de demander l'avis d'un expert de la cohorte ANRS MIE CODEX, et pourra comporter :

- Soit une monothérapie DRV/r 600/100mg BID. (Grade C)
- Soit une bithérapie DTG/3TC ou DRV/r 600/100mg BID + 3TC. (AE)
- Soit une trithérapie selon les recommandations générales (cf. 3.2). (AE)

3.6. Quel est le suivi virologique du traitement antirétroviral pendant la grossesse ?

- L'ARN VIH plasmatique doit être suivi de façon mensuelle à partir du début du 2^e trimestre. (Grade C)
- La surveillance peut-être plus rapprochée en cas de début tardif du traitement ARV au 3^e trimestre ou de non-contrôle virologique en fin de grossesse. (Grade C)

3.7. Quel est le suivi pharmacologique du traitement antirétroviral pendant la grossesse ?

Un suivi thérapeutique pharmacologique du traitement ARV (STP) pendant la grossesse est recommandé dans les situations suivantes (Grade C):

- Échec virologique (indications habituelles du STP)
- Vomissements intenses ou répétés ou d'intolérance
- Traitement par RPV, DOR ou par tout INI : dosage au 3^e trimestre
- Traitement par DRV/r à la posologie de 800/100 mg si cette posologie est maintenue : dosages au 2^e et 3^e trimestre
- Traitement maintenu par une bithérapie : dosages au 3^e trimestre
- En cas de grossesse survenant sous CAB LP + RPV LP.

3.8. Quelle est la conduite à tenir en cas d'échec virologique pendant la grossesse ?

L'échec virologique comporte un risque de transmission mère-enfant, donc une attitude active est nécessaire en cas de découverte d'une charge virale maternelle >50 copies/mL:

- Un contrôle de l'ARN VIH plasmatique doit être réalisé au plus tard dans les 2 semaines pour différencier un échec virologique d'un simple blip. (AE)
- Les causes d'échec virologique doivent être analysées avec la patiente, comme en dehors de la grossesse : observance, tolérance, génotypage de résistance, dosages pharmacologiques (interactions médicamenteuses, supplémentation en minéraux, kaolin). (AE)
- Si le traitement doit être intensifié, tous les ARV peuvent être utilisés, la priorité étant le contrôle virologique. La décision doit être prise en RCP. (AE)

- La surveillance doit être rapprochée, d'autant plus que le terme de la grossesse est proche. (AE)
- Une surveillance à domicile ou une hospitalisation peuvent être envisagées. (AE)

3.9. Quelle est la conduite à tenir en cas de vomissements pendant la grossesse ?

En cas de vomissements, il faut distinguer une intolérance au traitement, de vomissements gravidiques ou d'une complication de la grossesse, d'une pathologie médicale ou chirurgicale :

- Rechercher la cause des vomissements. (AE)
- Les antiémétiques peuvent tous être utilisés, à commencer par l'association fixe doxylamine 10 mg / pyridoxine 10 mg. (Grade B)
- Vérifier les concentrations plasmatiques des ARV. (AE)
- Changer le traitement ARV si une autre cause n'est pas trouvée. (AE)

3.10. Quelle est la conduite à tenir en cas de cytolysé hépatique pendant la grossesse ?

L'élévation des transaminases peut être due à des causes obstétricales ou intercurrentes, ainsi qu'à une toxicité médicamenteuse due aux ARV ou d'autres thérapeutiques.

- Rechercher la cause : prééclampsie, cholestase gravidique, hépatite, lithiase, médicament hépatotoxique dont le paracétamol. (Grade B)
- Changer le traitement ARV seulement si une autre cause n'est pas trouvée et la cytolysé atteint ou dépasse 10x la limite supérieure. En particulier, un traitement à base d'IP/r doit être remplacé par un traitement à base d'INI. (AE)
- En cas d'insuffisance hépato-cellulaire, tout traitement devra être temporairement interrompu. (AE)

4. Quelles sont les particularités du traitement pendant la grossesse chez une femme vivant avec le VIH-2 ?

Préambule : Toutes les recommandations pour VIH-1 (cf. 3.1 à 3.10) s'appliquent pour VIH-2 hormis les spécificités ci-dessous.

4.1. Quand initier le traitement ARV pour le VIH-2 au cours de la grossesse ?

Le taux de TME du VIH-2 est plus faible que pour le VIH-1 mais une prévention de la transmission mère-enfant reste indispensable.

Les recommandations de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), de surveillance et de soins pendant la grossesse et le post-partum suivent les mêmes principes que ceux appliqués pour les infections par le VIH-1, mais en tenant compte des spécificités de l'infection VIH-2.

- S'il existe une indication de traitement pour la femme elle-même (cf. chapitre « Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte », rubrique VIH-2) en même temps que pour la PTME, celui-ci doit être débuté le plus précocement possible. (Grade A)
- En l'absence d'indication pour la femme elle-même (en cas d'infection asymptomatique avec de façon spontanée, stable et vérifiée, un nombre de CD4 >500/ μ L avec diminution de CD4 de moins de 30 cellules par an, et une charge virale VIH-2 indétectable) un traitement est toujours recommandé pour la PTME, initié au début du 3^e trimestre de grossesse (plus précocement en cas de risque d'accouchement prématuré). (Grade C)

4.2. Quel traitement ARV utiliser pour le VIH-2 au cours de la grossesse ?

- Prescrire systématiquement un traitement ARV en cas d'infection maternelle par le VIH-2. (AE)
- Le choix des ARV doit être discuté en RCP.
- Prescrire en première intention (Grade B), dès lors qu'il y a une indication de traitement pour la femme elle-même, une combinaison associant :
 - 2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B*5701 ou de co-infection VHB)
ou
- TDF/FTC ou TDF + 3TC
- et un 3^e agent :
 - un IP : DRV/r
 - ou
 - un INI : DTG ou RAL
- La ZDV peut être utilisée en alternative à l'ABC ou au TDF en cas de résistance. (Grade B)
- Le VIH-2 est naturellement résistant aux INNTI, et a une moindre sensibilité à l'ATV, qui ne doivent donc pas être utilisés en alternative. (Grade B)
- Dans le cas d'une femme n'ayant pas d'indication thérapeutique pour elle-même (cf. 4.1) une monothérapie par DRV/r est envisageable avec l'objectif de limiter l'exposition du fœtus aux analogues nucléosidiques. (Grade C)

4.3. Quelles sont les conduites à tenir à l'accouchement et en post partum chez une femme vivant avec le VIH-2 ?

- Les indications de la césarienne programmée et de la perfusion de ZDV au moment du travail sont les mêmes que pour l'infection à VIH-1 : charge virale non contrôlée en fin de grossesse (36 SA). Etant donné que la valeur de charge virale VIH-2 a la même signification qu'aurait 30 fois cette valeur pour VIH-1, une valeur de charge virale plasmatique VIH-2 supérieure au seuil de détection est en soi une indication de césarienne programmée et de perfusion de ZDV. (AE)
- Le traitement ARV peut être arrêté après l'accouchement en l'absence persistante d'indication pour la patiente elle-même, sauf en cas d'allaitement au sein (cf. section allaitement). (AE)

5. Quel est le parcours de soins d'une femme vivant avec le VIH pendant la grossesse ?

5.1. Quel est le suivi clinique pendant la grossesse ?

En raison de l'infection VIH et des traitements ARV, la grossesse est à risque et nécessite une prise en charge multidisciplinaire par des équipes entraînées.

Le risque d'accouchement prématuré est élevé (15%) chez les FVVIH. Toutefois, aucune prévention n'est à ce jour disponible spécifiquement pour les FVVIH.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH nécessite une surveillance accrue de l'efficacité et tolérance du traitement ARV.

Le contexte de précarité affective et/ou socio-économique doit être pris en compte.

Il est recommandé de :

- Réaliser une consultation préconceptionnelle. (AE)
- Initier dès le début de la grossesse la discussion avec la femme enceinte, et le père s'il est présent et informé, sur le choix du traitement ARV, le risque de TME, le suivi de la grossesse et de l'enfant, le mode d'accouchement, le choix du mode d'allaitement pour favoriser l'adhésion au projet de soin. (AE)
- Encourager et aider pour révéler le statut VIH au co-parent s'il n'est pas informé et si la FVVIH en est d'accord. (AE)
- Réaliser un suivi multidisciplinaire rapproché de grossesse à risque, comprenant le dépistage du risque d'accouchement prématuré, une évaluation régulière (clinique et biologique), ainsi que des séances d'hospitalisation de jour pendant la grossesse si la situation obstétricale, les résultats immuno-virologiques, l'observance, ou la situation sociale le justifient. (AE)
- Réaliser un suivi mensuel de l'infection VIH et obstétrical à partir du début du 2^e trimestre. (AE)
- S'assurer de la traçabilité des différentes consultations et des décisions prises par l'ensemble des intervenants dans le suivi de la grossesse.
- Discuter en RCP de la prise en charge infectiologique et obstétricale, tracer de manière immédiatement accessible dans le dossier obstétrical les décisions concernant le mode d'accouchement, le traitement de la mère et la prophylaxie de la transmission virale choisie pour l'accouchement et l'enfant. (AE)
- Organiser si possible une rencontre entre un pédiatre référent et la femme enceinte en fin de grossesse pour anticiper les soins du nourrisson. (AE)

- Apporter une attention particulière à la confidentialité concernant le statut VIH, parfois non connu de l'entourage, y compris du père. (AE)
- S'appuyer sur les intervenants psycho-sociaux et les associations de patients pour accompagner les FVVIH. (AE)

5.2. Quel est le suivi biologique pendant la grossesse ?

- Réaliser les examens usuels de la grossesse. (Grade C)
- Réaliser les examens recommandés dans le suivi d'un traitement ARV, en renforçant la surveillance de la charge virale et de la tolérance au traitement ARV pendant la grossesse. (Grade C)

Examens à prescrire dans le suivi de grossesse avec infection à VIH

Examens standards de début de grossesse : identiques à la population générale

- Groupe sanguin-Rh
- RAI
- Sérologies¹ : VHB, VHC, syphilis, toxoplasmose et rubéole en l'absence de sérologie positive antérieure (ou vaccination documentée pour la rubéole)
- Glycosurie, protéinurie
- Glycémie à jeun²
- NFS plaquettes, ferritinémie³
- TSH⁴
- Échographie du 1^{er} trimestre et dépistage de la trisomie 21 (facultatif, consentement)
- Si mère Rh-négatif, génotype RhD fœtal sur sang maternel

Bilan pré-thérapeutique : à réaliser si initiation de traitement pendant la grossesse ou à récupérer si patiente déjà suivie :

- Historique des traitements ARV reçus, des problèmes de tolérance ou d'inobservance
- Sous-populations lymphocytaires CD4/CD8, nadir de CD4
- ARN VIH plasmatique (charge virale VIH) initial et son historique
- Tests génotypiques de résistance du VIH sur plasma (transcriptase inverse, protéase, intégrase) avec détermination du sous-type viral (pour VIH-2 examens virologiques dans un laboratoire de référence). Génotypage sur ADN si échec virologique ou interruption d'INNTI dans le passé, sans documentation préalable par un génotypage ARN sur plasma.
- Recherche de l'allèle HLA B*5701 avant prescription d'abacavir

- ASAT, ALAT, bilirubine⁵, créatininémie

Suivi mensuel standard :

- ARN VIH plasmatique⁶
- NFS plaquettes
- ASAT, ALAT
- Glycosurie, protéinurie, dépistage des bactériuries
- Sérologie toxoplasmose si négative
- Sérologie rubéole jusqu'à 18 SA si négative

En fonction du contexte :

- HGPO 75g entre 24 et 28 SA²
- RAI aux 6^e et 8^e mois si Rhésus D négatif ⁷ ou si Rhésus D positif et ATCD transfusion
- Numération des lymphocytes CD4
- Mesures des concentrations plasmatiques d'ARV : en cas d'échec virologique, vomissements, doute sur l'observance ou de possibles interactions avec des traitements associés, en suivi (3^e trimestre) pour certains ARV (cf. 3.7)
- Test génotypique de résistance sur plasma en cas de CV détectable.

¹ Pour le CMV, information de prévention recommandée, dépistage envisagé et pris en charge mais pas encore recommandé en France

² Si présence d'au moins 1 des critères suivants : âge maternel ≥ 35 ans, IMC ≥ 25 kg/m², ATCD de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré, ATCD personnels de diabète gestationnel ou de macrosomie fœtale. A prescrire en cas de traitement avec IP/r ou INI

³ A titre de surveillance sous traitement ou pré-thérapeutique +/- associé à un risque de carence

⁴ sur facteur de risque d'hypothyroïdie (antécédent personnel ou familial 1^{er} degré de dysthyroïdie, maladie auto-immune, goitre, infertilité, fausses couches, âge > 35 ans, IMC ≥ 40)

⁵ Il est inutile au cours de la grossesse de réaliser un dosage des phosphatases alcalines ou un bilan lipidique à jeun car leur augmentation est physiologique (phosphatases alcalines, triglycérides) ou leur résultat ininterprétable au cours de la grossesse (cholestérol).

⁶ A rapprocher si modification de traitement, ARN VIH détectable, difficulté d'observance

⁷ Sauf si génotypage RhD négatif sur sang maternel

6. Quelles sont les conduites obstétricales à tenir chez une femme vivant avec le VIH-1 ?

6.1. Quelles sont les indications de césarienne programmée en raison du VIH ?

Le rôle protecteur de la césarienne programmée a été établi avant l'ère des multithérapies. En revanche, le risque de transmission en situation de succès virologique n'est pas lié au mode d'accouchement.

- Prévoir le mode d'accouchement selon la charge virale prélevée autour de 36 SA :
- Si elle est <50 copies/mL : voie basse. (Grade B)
- Si elle est >400 copies/mL : césarienne programmée à 38 SA. (Grade B)
- Si elle est entre 50 et 400 copies/mL, décision au cas par cas, idéalement en RCP, en tenant compte de l'évolution de la charge virale, avec optimisation du traitement ARV et un contrôle rapproché de la charge virale avant l'accouchement. (AE)
- La césarienne programmée, si son indication est retenue, est réalisée à 38 SA, avant le travail et avant rupture des membranes. (AE)

6.2. Quelle est la place de la césarienne non-programmée pour la prévention de la transmission mère-enfant ?

La césarienne non-programmée n'est pas associée à une réduction de la transmission mère-enfant. En revanche, en l'absence de traitement ARV, le risque de TME augmente avec la durée de rupture des membranes.

- Ne pas faire de césarienne en cas de travail actif dans le seul but de prévenir la transmission mère-enfant. (Grade B)
- En l'absence de traitement ARV pendant la grossesse ou de charge virale élevée (>400 copies/mL), réaliser une césarienne en cas de rupture des membranes à terme avant le travail ou en tout début de travail. (AE)

6.3. Quelles sont les indications de perfusion de zidovudine ou d'autres traitements antirétroviraux prophylactiques à l'accouchement pour prévenir la transmission à l'enfant ?

- Le traitement ARV oral ne doit pas être interrompu compris le jour de l'accouchement, même en cas de césarienne. (AE)
- Administrer une perfusion de ZDV pendant le travail ou césarienne si la dernière charge virale disponible est >50 copies/mL. (Grade A)
- Administrer une dose orale unique de NVP si la mère n'a pris aucun traitement pendant la grossesse (Grade A), associée à l'initiation sans délai d'un traitement ARV associant TDF/FTC (ou TDF + 3TC) + DTG ou RAL.

Le choix de prophylaxie néonatale est détaillé dans la section spécifique (cf. 7.4. et 7.5.).

6.4. Quelle est la prise en charge obstétricale d'une femme en situation de contrôle virologique ?

En situation de succès virologique, aucune pratique obstétricale n'est associée avec un risque documenté de TME. La sécurité est meilleure toutefois avec un succès prolongé de plus de 6 mois que dans le cas d'une charge virale devenue récemment indétectable.

- Ne pas réaliser une césarienne pour motif d'infection VIH lorsque la charge virale maternelle est <50 copies/mL. (Grade B)
- Ne pas réaliser de perfusion de ZDV lorsque la charge virale maternelle est <50 copies/mL. (Grade C)
- Ne pas faire une césarienne ni une perfusion de ZDV pour co-infection par le VHC ou le VHB, ni dans les situations d'accouchement prématuré, de chorioamniotite ou d'hémorragie avant/pendant le travail lorsque la charge virale maternelle est <50 copies/mL. (AE)
- Lorsque la charge virale maternelle est <50 copies/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 ruptures prématurées des membranes, le déclenchement du travail quelle que soit la méthode utilisée, les manœuvres obstétricales. (AE)
- 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. (AE)

6.5. Quelle est la prise en charge obstétricale d'une femme en situation de non-contrôle virologique ?

- Si la charge virale à 36 SA est >400 copies/mL, programmer une césarienne à 38-39 SA. (Grade B)
- Si la charge virale à 36 SA est entre 50 et 400 copies/mL, rechercher la raison, renforcer le traitement ARV et proposer une conduite à tenir au cas par cas en RCP. (Grade B)
- En cas de travail avancé, une césarienne en urgence n'est pas indiquée du fait de l'infection VIH en soi, même en l'absence de contrôle virologique. (Grade B)

7. Quelle est la prise en charge du nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH ?

7.1. Comment définir le risque d'infection chez un nouveau-né de mère VVIH-1 ?

On distingue 4 situations :

Scénario optimal :

- Mère sous traitement ARV avant la conception ou ayant débuté le traitement ARV en début de grossesse.
- Avec une charge virale VIH-1 <50 copies/mL tout au long de la grossesse ou au moins depuis la fin du 1^{er} trimestre soit 6 mois de contrôle virologique. (Grade A)

Faible risque d'infection :

- Mère sous traitement ARV avant la conception ou ayant débuté le traitement ARV pendant la grossesse.
- Ayant eu une charge virale VIH-1 >50 copies/mL dans les 6 derniers mois, mais qui est <50 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement et confirmée à l'accouchement. (Grade A)

Risque intermédiaire d'infection :

- Mère ayant une CV comprise entre 50 et 400 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement.

Haut risque d'infection :

- Mère n'ayant pas reçu de traitement ARV pendant la grossesse. (Grade A)
- OU mère avec une charge virale VIH-1 >400 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement ou le jour de l'accouchement. (Grade A)

7.2. Quels sont les premiers soins à donner en salle de naissance ?

- Chez les nouveau-nés dans le scénario optimal ou en situation de faible risque d'infection (cf. 7.1 et 7.7), les soins en salle de naissance doivent être les mêmes qu'en population générale. (Grade A)

- La désinfection oculaire par collyre antibiotique en salle de travail est recommandée seulement en cas d'autre IST pendant la grossesse ou l'accouchement. (Grade A)
- Chez les nouveau-nés à risque intermédiaire ou élevé d'infection VIH (cf. 7.1 et 7.7), un 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 ½ est conseillé. (AE)
- 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. (AE)

7.3. Quelles sont les indications et dans quel délai doit être introduit une prophylaxie postnatale chez le nouveau-né de mère VVIH-1 ?

- Une prophylaxie postnatale doit être débutée chez tous les nouveau-nés de mères VVIH-1 quel que soit le risque de transmission. (Grade A)
- Ce traitement doit débuter le plus tôt possible. (Grade A)
- Les modalités de ce traitement doivent être anticipées au cours de réunions pluridisciplinaires pendant la grossesse et réadaptées le jour de l'accouchement si besoin. (AE)

7.4. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né à terme dans le scénario optimal ou à faible risque d'infection VIH-1 ?

- Chez le nouveau-né à terme dans le scénario optimal ou en situation de faible risque d'infection VIH-1, il est recommandé d'utiliser la NVP en première intention (voir Tableau 3). (Grade B)
- Dans le scénario optimal, un antécédent de mutation de résistance du virus maternel ne justifie pas de modifier le choix de la NVP. (AE)
- Dans les situations à faible risque, un antécédent de mutation de résistance du virus maternel aux INNTI justifie d'envisager un choix alternatif, en premier lieu la 3TC (en l'absence de mutation de résistance M184V) ou la ZDV. (AE) En cas de multirésistance du virus maternel, une discussion multidisciplinaire avec un centre expert devra être proposée. (AE)

- La posologie doit être adaptée au poids de naissance et le traitement doit être poursuivi pendant 2 semaines (voir posologies dans le Tableau 4). (AE)
- En cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale, la ZDV pourra être utilisée par voie intraveineuse. La posologie doit être adaptée au poids de naissance et le traitement doit être poursuivi pendant 2 semaines (voir posologies dans le Tableau 4). (Grade B)

7.5. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né à terme à haut risque ou à risque intermédiaire d'infection VIH-1 ?

Chez le nouveau-né à terme à haut risque d'infection par le VIH-1, la prophylaxie postnatale doit être renforcée (voir Tableau 3) (Grade A) :

- Choix préférentiel : ZDV + 3TC pendant quatre semaines et NVP à dose renforcée pendant les deux premières semaines (selon les modalités du Tableau 3 et les posologies du Tableau 4). (Grade B) Le risque de sélection de résistance à la NVP en cas d'infection du nourrisson est limité par l'utilisation de ZDV + 3TC poursuivie au décours de l'arrêt de la NVP.
- En cas de résistance avérée ou suspectée du virus de la mère à la NVP (mère ayant ou ayant eu un épisode d'échec thérapeutique sous traitement incluant un INNTI), on proposera : ZDV + 3TC + RAL pendant quatre semaines (selon les modalités du Tableau 3 et les posologies du Tableau 4). (AE) L'administration du RAL pourra nécessiter un dosage dont le moment sera à préciser avec le laboratoire de pharmacologie.
- En cas de résistance à la ZDV et/ou à la 3TC et à la NVP une discussion multidisciplinaire avec un centre expert devra être proposée. (AE)
- De manière exceptionnelle et après avoir contacté un centre expérimenté, et en cas de notion de virus résistant à la NVP et au RAL chez la mère, un traitement par ZDV + 3TC + LPV/r pendant quatre semaines pourrait être proposé ; il faudra tenir compte des difficultés d'administration et de tolérance potentielles que peut poser le LPV/r et donc de la nécessité d'une extrême prudence lors de l'utilisation de cette molécule. (AE)
- Il est important de souligner que la mise en place d'une multithérapie chez le nouveau-né est complexe dans tous les cas, surtout dans un contexte social et/ou psychologique difficile, imposant le plus souvent une hospitalisation dans les 15 premiers jours.

Dans les situations à risque intermédiaire :

- La charge virale de la mère doit être recontrôlée en urgence.
- En attendant le résultat, le nouveau-né doit être pris en charge initialement comme un nouveau-né à haut risque d'infection. (AE)

- Cette prise en charge sera poursuivie si la CV est >400 copies/mL et pourra être rétrogradée vers un risque faible si elle est <50 copies/mL.
- Si le résultat se situe à nouveau entre 50 et 400 copies/mL, le choix du traitement doit être discutée au cas par cas en fonction du niveau de charge virale maternelle, de l'évolution de celle-ci, de l'observance, du génotype de résistance et antécédents de résistance génotypique à des ARV, et de facteurs de risque obstétricaux (saignements, rupture prolongée des membranes, chorioamniotite). En fonction de cette évaluation le nouveau-né sera considéré à faible ou haut risque d'infection pour la suite de sa prise en charge. (AE)
- En cas d'antécédent de mutation de résistance du virus maternel aux INNTI, dans les situations à risque intermédiaire, si l'évolution permet de rétrograder la prophylaxie à une monothérapie, on peut utiliser la 3TC (en l'absence de mutation de résistance M184V), ou RAL ou ZDV après discussion multidisciplinaire avec un centre expert. (AE)

7.6. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né prématuré en fonction du niveau de risque d'infection à VIH ?

Le traitement prophylactique du nouveau-né prématuré de 34 SA ou plus suit les mêmes principes que chez le nouveau-né à terme (voir Tableau 3).

En cas d'infection maternelle à VIH-1 :

Chez le prématuré de moins de 34 SA, à faible risque d'infection, il est recommandé :

- D'utiliser la NVP en première intention. La posologie par voie orale est de 2 mg/kg à J0, J2 et J6 de vie. La NVP sera diluée au 1/10^e avant de l'administrer par voie orale afin d'en limiter l'osmolarité. (Grade C)
- En cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale, la ZDV pourra être utilisée par voie intraveineuse. La posologie doit être adaptée au poids de naissance et le traitement doit être poursuivi pendant 2 semaines (selon les modalités du Tableau 4). (Grade C)

Chez le prématuré de moins de 34 SA à haut risque d'infection, il est recommandé d'utiliser :

- Si la voie orale est possible : l'association de ZDV + 3TC pendant quatre semaines + NVP à la dose de 2 mg/kg/j en une prise à J0, J2 et J6 de vie (Tableaux 3 et 4). (AE)
- Si le risque d'entéropathie est élevé et limite le recours à la voie orale : la ZDV initialement par voie IV (schéma adapté au poids, Tableau 4) associée à 3 doses de NVP orale à J0, J2 et J6 (2 mg/kg/jour en une prise). Dès que la voie orale est possible, la ZDV peut être relayée par voie orale selon les modalités évoquées précédemment pour une durée totale de 4 semaines. Dans ce cas on n'utilise pas de

3TC. Les 2^e et 3^e doses de NVP seront administrées si l'état digestif de l'enfant le permet. (AE)

- Étant donné la variabilité interindividuelle de la pharmacocinétique de la ZDV chez le nouveau-né, un dosage initial de ZDV à J4 chez le prématuré et en particulier chez le nouveau-né de poids <1 000 g est recommandé afin d'adapter les doses unitaires pour autant que les résultats soient obtenus rapidement compte-tenu de l'évolution du métabolisme enzymatique dans les premières semaines. (AE)
- En dessous de 28 SA, pour l'ensemble des molécules utilisées, il est utile de faire des dosages plasmatiques en raison de la variabilité de la pharmacocinétique des ARV à ces termes. (AE)
- Le RAL ne peut pas être recommandé en l'absence de données suffisantes et le LPV/r est formellement contre indiqué chez le prématuré.

En cas d'infection maternelle à VIH-2, les recommandations sont les mêmes, sauf que la NVP ne doit pas être utilisée. (Grade A).

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
Nouveau-né > 34 SA	
Scénario optimal ou faible risque	NVP 2 semaines ^{1,2} 3TC 2 semaines ^{2,3} Alternative ZDV 2 semaines ^{4,5}
Haut risque (ou situation intermédiaire initiale)*	ZDV + 3TC + NVP 2 semaines puis ZDV + 3TC 2 semaines ^{1,5} ZDV + 3TC + RAL 4 semaines ^{3, 5} ZDV + 3TC + LPV/r 4 semaines ^{4,5}
Nouveau-né prématuré < 34 SA	
Scénario optimal ou faible risque	NVP J0, J2 et J6 ¹ ZDV 2 semaines ⁶
Haut risque (ou situation intermédiaire initiale)*	ZDV + 3TC + NVP 4 semaines ^{1,6}

*dans l'attente de statuer sur le maintien en stratégie « haut risque » ou de rétrograder en stratégie « bas risque »

¹ la NVP ne doit pas être utilisée en cas d'infection maternelle à VIH-2

² en cas d'allaitement, à poursuivre jusqu'à 15 jours après l'arrêt complet de l'allaitement

³ en cas de virus maternel résistant à la NVP

⁴ en cas de virus maternel résistant à la NVP et à la 3TC, après avis d'un centre expérimenté

⁵ si poids de naissance ≥ 2000 g pour la ZDV

⁶ en cas d'impossibilité de prise de la ZDV par voie orale avec initiation par voie IV, notamment chez le prématuré si le risque d'entéropathie est élevé et limite le recours à la voie orale

Tableau 3 . Posologie des antirétroviraux en prophylaxie post-natale

Molécule	Formulation		Particularités	Dose /24 h
Zidovudine Rétrovir®	Solution buvable	10 mg/mL Dilution au 1/10 ^e du sirop chez le prématuré	Poids $\geq 1\ 000$ g	<i>Per os</i> : 2 mg/kg x 2/j IV : 1,5 mg/kg x 2
	Solution à diluer pour perfusion	200 mg/20 mL A diluer dans une solution isotonique glucosée	Poids < 1 000 g	<i>Per os</i> : 0,5 mg/kg x 2/j IV : 0,3 mg/kg x 2/j Dosage des concentrations plasmatiques chez le prématuré
Lamivudine Epivir®	Solution buvable	10 mg/mL		2 mg/kg x 2/j
Névirapine Viramune®	Suspension buvable	10 mg/mL Dilution au 1/10 ^e du sirop chez le prématuré	Nouveau-né à terme à risque faible d'infection	Poids $\geq 2,5$ kg : 15 mg/j Poids ≥ 2 et < 2,5 kg : 10 mg/j Poids < 2 kg : 2 mg/kg/j
			Dans le cadre d'une prophylaxie renforcée	NN ≥ 37 SA: 6 mg/kg x 2/j NN 34-<37 SA: 4 mg/kg x 2 /j pendant une semaine puis 6 mg/kg x 2/j Chez le prématuré à risque élevé d'entéropathie : schéma en 3 prises, 2 mg/kg à H0, H48 et J6. La 2 ^e et la 3 ^e dose sont administrées si l'état digestif le permet
Raltégravir Isentress®	granulés pour suspension buvable sachets de 100mg	Diluer la totalité du sachet dans 10ml d'eau -> concentration finale de la solution buvable de 10mg/ml	De la naissance à 1 semaine de vie :	2 - <3kg: 0,4ml (4mg) x 1/j 3 - <4kg: 0,5ml (5mg) x 1 /j 4 - < 5kg: 0,7ml (7mg) x 1/j NB : Si la mère a pris du RAL entre 2 et 24 h avant l'accouchement, la première dose de RAL du nouveau-né doit être retardée jusqu'à 24 à 48 h après la naissance.

			De 1 à 4 semaines de vie :	<p>2 - <3kg: 0,8ml (8mg) x 2/j</p> <p>3 - <4kg: 1ml (10mg) x 2 /j</p> <p>4- < 5kg: 1,5ml (15mg) x 2/j</p>
Lopinavir /r Kaletra®	Solution buvable	80 mg/mL de lopinavir + 20 mg/ml de ritonavir	<p>Contre-indiqué chez le prématuré</p> <p>Attention au risque de surdosage</p>	<p>Poids de 2 à 6 kg : 1 ml x 2/j (soit 80 mg dose totale par prise)</p> <p>Dosage des concentrations plasmatiques à J3 et J15</p>

7.7. Quelle prophylaxie postnatale chez le nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH-2 ?

La NVP ne doit pas être utilisée en prophylaxie postnatale en raison de la résistance naturelle de VIH-2 aux INNTI. (Grade A)

La prophylaxie quand elle est indiquée repose sur une monothérapie de 3TC en 1^{re} intention, ou de ZDV en 2^e intention, ou une combinaison de 3TC + ZDV + RAL selon le niveau de risque. (AE)

En l'absence de consensus international, et compte tenu du niveau de preuve insuffisant sur le rapport bénéfices/risques d'un traitement ARV préventif post-natal chez le nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH-2, les schémas suivants sont recommandés (AE) :

- En cas de risque très faible de transmission (traitement ARV maternel pendant au moins le dernier trimestre, avec une charge virale indétectable <40 copies/mL avec une technique spécifique du VIH-2 à 2 mesures précédant l'accouchement (effectuées à au moins 1 mois d'intervalle) et à 36 SA ou après : une prophylaxie postnatale n'est pas recommandée.
- En cas de risque faible ou intermédiaire : il est recommandé de limiter la prophylaxie postnatale, par 3TC en 1^{re} intention ou ZDV en 2^e intention, à une durée de 15 jours en informant les mères des possibles risques et bénéfices d'un tel traitement.
- En cas de risque élevé de transmission (primo-infection maternelle en fin de grossesse ou charge virale VIH-2 maternelle élevée proche de l'accouchement, en sachant qu'une valeur de charge virale plasmatique VIH-2 a la même signification qu'aurait 30 fois cette valeur pour VIH-1) : une prophylaxie postnatale renforcée par ZDV + 3TC + RAL pendant 4 semaines est recommandée.

7.8. Comment faire le diagnostic d'infection et de non-infection par le VIH chez le nouveau-né et le nourrisson de mère VVIH ?

- Pour faire le diagnostic d'infection, il est recommandé de réaliser une PCR ARN VIH dans les 3 premiers jours de vie. Chez les nouveau-nés à haut risque d'infection une PCR ADN VIH doit aussi être réalisée en même temps. (AE)
- En cas de positivité, un contrôle immédiat de la PCR doit être réalisé afin de mettre en route un traitement ARV précoce à dose thérapeutique.
- En cas de négativité, chez le nouveau-né à faible risque d'infection et non allaité, il convient de contrôler la PCR ARN VIH à l'âge de 4 à 6 semaines (2 à 4 semaines après l'arrêt de la prophylaxie post-natale), puis à l'âge de 3 mois. Chez le nouveau-né à haut risque d'infection, il est proposé de contrôler les PCR ARN et ADN VIH à l'âge de 1 mois

(fin de la prophylaxie post-natale) et 2 mois (4 semaines après l'arrêt de la prophylaxie post-natale), puis la PCR ARN VIH seule à l'âge de 3 mois. (AE)

- Pour affirmer l'absence d'infection à VIH chez le nouveau-né de mère VVIH non allaité, il est nécessaire d'avoir 2 PCR ARN VIH négatives après arrêt de la prophylaxie post-natale, dont une au moins 3 mois après la naissance. Dans ces conditions, le diagnostic de non-contamination pourra être annoncé aux parents. Une sérologie VIH devra être réalisée entre 18 mois et 2 ans pour dépister d'exceptionnelles situations de transmission tardive. (Grade A)
- Pour affirmer l'absence d'infection à VIH chez le nourrisson de mère VVIH allaité, il est recommandé d'avoir une PCR ARN VIH négative 3 mois après l'arrêt définitif de l'allaitement. (Grade A)
- En cas d'infection maternelle à VIH-2, les règles de prescription des tests diagnostiques sont les mêmes que celles décrites pour VIH-1, en soulignant la nécessité des deux prélèvements négatifs dont un à distance de l'interruption d'une éventuelle prophylaxie postnatale pour affirmer une non-infection et celle de deux prélèvements positifs pour un diagnostic d'infection. Seules les techniques de détection spécifiques d'ADN VIH-2 (laboratoires spécialisés) sont recommandées car la mesure de l'ARN VIH-2 plasmatique n'a pas été évaluée dans le contexte du diagnostic de l'enfant. (AE)

7.9. Quelles vaccinations et quelles prophylaxies anti-infectieuses proposer aux nourrissons non infectés de mères VVIH ?

- Il n'est pas recommandé de prescrire du cotrimoxazole chez les nouveau-nés de mères VVIH, sauf en cas d'infection à VIH confirmée. (Grade A)
- Il faut alerter sur la nécessité d'une vigilance accrue en cas de fièvre dans les premiers mois de vie du fait d'une possible augmentation du risque d'infection sévère (notamment vis-à-vis des infections par des bactéries encapsulées) chez les nourrissons exposés au VIH, et même si eux-mêmes ne sont pas infectés. (AE)
- Il est recommandé de dépister le CMV chez tous les nouveau-nés de mères VVIH, par PCR CMV salivaire. (AE)
- Il est recommandé d'appliquer le calendrier vaccinal en vigueur sans le retarder, en le renforçant par une injection supplémentaire à 3 mois de vaccin anti-pneumococcique conjugué (schéma de vaccination de type 3+1 à 2, 3, 4 et 11 mois) (Grade A) ; et d'attendre le diagnostic de non-infection à M3 seulement chez les nourrissons à risque intermédiaire ou élevé d'infection avant de réaliser le BCG ou tout autre vaccin vivant. (AE)
- Il est recommandé, en cas de co-infection maternelle VIH-VHB, de réaliser une sérovaccination anti-VHB à la naissance (Grade A). Une sérologie VHB devra être réalisée entre 18 mois et 2 ans de vie (soit 6 mois après le schéma vaccinal complet)

afin d'infirmier le diagnostic d'infection verticale et de s'assurer de la présence d'anticorps anti-HBs à titres protecteurs (permettant notamment de prévenir le risque d'infection horizontale). (AE)

- En cas de co-infection maternelle VIH-VHC, la recherche du VHC chez le nourrisson doit être effectuée à 3 mois par détection de l'ARN du VHC et 18 mois par sérologie. (AE)

7.10. Quelle surveillance post-natale proposer aux enfants exposés aux antirétroviraux pendant la grossesse ?

Afin de confirmer l'absence de contamination et de monitorer la toxicité liée à l'exposition des nourrissons aux traitements ARV, pendant la grossesse ou après la naissance, le calendrier suivant est recommandé :

– Chez le nouveau-né à faible risque d'infection non allaité

	J0-J3	S4-S6*	M3	M6	M12	M18-24
Examen clinique	x	x	x	x	x	x
PCR ARN VIH	x	x	x			
Sérologie VIH						x
NFS-Plaquettes	x	x	x			x
Créatinine	x		x			x
Ca, Ph	x	x	x			x
ASAT, ALAT, bilirubine	x	x	x			x
PCR CMV salivaire	x					

*2 à 4 semaines après l'arrêt de la prophylaxie post-natale

En cas d'infection, la suite de la surveillance se fera selon le calendrier de surveillance de l'enfant infecté

– Chez le nouveau-né à faible risque d'infection allaité

	J0-J3	S4-S6	M3	M6	M9	M12	M18
Examen clinique	x	x	x	x	x	x	x

PCR ARN et ADN VIH	x	x	X	x	x* (ARN seulement si allaitement stoppé à M6)	x*	x*
Sérologie VIH							x
NFS-Plaquettes	x	x	x				x
Créatinine	x		x				x
Ca, Ph	x	x	x				x
Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine)	x	x	x	x	x*	x*	x
PCR CMV salivaire	x						

En cas d'infection, la suite de la surveillance se fera selon le calendrier de surveillance de l'enfant infecté

* Si l'allaitement se prolonge au-delà de 6 mois, quelle que soit sa durée, il est nécessaire de poursuivre un suivi clinique ainsi qu'un suivi de la PCR ARN et ADN VIH et du bilan hépatique tous les 3 mois pendant l'allaitement, et la PCR ARN VIH 3 mois après l'arrêt de l'allaitement.

– Chez le nouveau-né à haut risque d'infection (non allaité)

	J0-J3	M1*	M2**	M3	M6	M12	M18-M24
Examen clinique	x	x	x	x	x	x	x
PCR ARN et ADN VIH	x	x	x	x (ARN seulement)			
Sérologie VIH							x
NFS-Plaquettes	x	x	x	x			x
Créatinine	x		x	x			
Ca, Ph	x	x	x	x			x
Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine)	x	x	x	x			

PCR salivaire	CMV	x						
---------------	-----	---	--	--	--	--	--	--

*Fin de la prophylaxie post-natale

**4 semaines après l'arrêt de la prophylaxie post-natale

En cas d'infection, la suite de la surveillance se fera selon le calendrier de surveillance de l'enfant infecté

- Les risques pour l'enfant d'une exposition intra-utérine aux ARV ne se limitent pas aux malformations ; des effets tardifs ont été décrits. (Grade C)
- Une pharmacovigilance (telle que réalisée dans la cohorte nationale EPF et sa suite VIROPREG est particulièrement recommandée pour les molécules récentes pour lesquelles il n'existe pas ou peu de données. (AE)
- Une évaluation, notamment neuro-développementale, doit être poursuivie sur le long terme pour les enfants ayant été exposés aux ARV. (AE)
- Les familles doivent être informées de l'importance de signaler un évènement clinique significatif à leur médecin traitant et/ou au centre qui a suivi l'enfant dans les premiers mois de vie. Le praticien prenant en charge la mère peut aussi avoir un rôle de dépistage au long terme d'évènements cliniques significatifs chez l'enfant par le recueil d'informations auprès de la mère.
- Tout évènement clinique inexplicé, y compris chez un enfant non infecté, doit faire l'objet d'une investigation approfondie, d'une déclaration au centre de pharmacovigilance régional ainsi qu'à la cohorte VIROPREG prochainement opérationnelle. Ces structures qui travaillent en étroite collaboration sont aussi en lien avec l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).
- Si l'enfant reste asymptomatique, le suivi est interrompu à 18-24 mois ; il doit être poursuivi autant que nécessaire en cas de symptomatologie inexplicée.
- En cas d'allaitement prolongé, le suivi devra être prolongé pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 3 mois après son arrêt définitif. (AE)

7.11. Quelle prise en charge sociale et psychologique proposer aux nourrissons et aux mères VVIH ?

- 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.

- Quel que soit le niveau de risque de transmission mère-enfant du VIH, un soutien/accompagnement psychologique et social pré et post-natal justifiant une prise en charge multidisciplinaire est recommandée chez la mère VVIH.

8. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour choisir les modalités d'allaitement et prévenir le risque de transmission ?

8.1. Quel est le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein ?

Le risque de transmission par l'allaitement maternel est élevé en l'absence de contrôle virologique chez la mère.

En situation de suppression virale prolongée, le risque de transmission par l'allaitement est très faible, sans pour autant pouvoir affirmer à ce jour la notion « indétectable = intransmissible » dans le cadre de l'allaitement maternel.

8.2. Quelles sont les conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH ?

Les conditions optimales pour l'allaitement maternel sont (Grade B) :

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1^{er} trimestre de grossesse.
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites.
- Charge virale maternelle <50 copies/mL de façon stable mensuellement à partir de la fin du 1^{er} trimestre de la grossesse, soit 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. (Grade A)

8.3. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH pour le choix des modalités d'allaitement ?

- Le sujet de l’allaitement doit être abordé systématiquement et précocement en consultation de suivi de grossesse. (AE)
- Il est conseillé d’impliquer le co-parent de l’enfant dans la discussion. Lorsque la patiente fait le choix du secret sur son statut virologique, le choix de l’allaitement ne modifie pas l’approche de l’équipe soignante. (AE)
- Après échange entre les équipes (obstétricale, d’infectiologie et pédiatrique), si tous les critères sont réunis pour le choix d’un allaitement maternel, cette option est à discuter avec la femme pendant la grossesse ; il s’agit d’une décision partagée.
- Il est recommandé de tracer la décision au cours d’une RCP autour de 36 SA. (AE)
- L’allaitement au sein est fortement déconseillé lorsque les conditions maternelles ne sont pas optimales : début du traitement tardif après le premier trimestre, charge virale non contrôlée, ainsi qu’en cas de pathologie psychiatrique susceptible de compromettre la bonne compréhension et/ou la bonne application du suivi médical au cours de l’allaitement ou de difficultés de suivi. 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. (AE)

8.4. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH en cas d’allaitement artificiel ?

Lorsqu’un allaitement artificiel est décidé (AE) :

- Proposer l’inhibition de la montée laiteuse par cabergoline (en l’absence de contre-indication, HTA ou psychose)
- Apporter si besoin une aide pour l’achat de lait
- Accompagner la femme, notamment pour répondre aux questions de l’entourage.

8.5. Comment accompagner les mères vivant avec le VIH 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. (AE)
- 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. (AE)

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). (AE)

Remettre à la mère avant sa sortie de maternité les prescriptions et consignes :

- La prescription de charge virale plasmatique mensuelle pendant la durée de l'allaitement maternel, avec les coordonnées de l'infectiologue et du pédiatre auxquels les résultats sont à envoyer.
- La précision du lieu (à l'hôpital ou en laboratoire de ville) où faire prélever les charges virales maternelles.
- Un document d'information sur l'allaitement au sein dans le contexte du VIH comprenant les conseils en cas de complications (qui pourra servir aussi auprès de professionnels qu'elle ou l'enfant seraient amenés à consulter).
- La prescription de tire-lait, de biberons, et lait de substitution en cas de nécessité de suspendre l'allaitement.
- Les coordonnées (téléphone, mail) des équipes de pédiatrie, maternité et médecine, pouvant être consultées.
- Les coordonnées de personnes ressources (consultant en lactation, sage-femme ou puéricultrice, associations) travaillant en lien avec l'équipe VIH périnatale.
- Les rendez-vous de suivi pour la mère et rendez-vous pour l'enfant (en évitant de faire mention du VIH sur ces documents afin qu'ils puissent être glissés dans le carnet de santé de l'enfant).
- Vérifier et actualiser tous les moyens de contact de la mère : téléphone, courriel et adresse.

8.5.1. Quels sont les risques pour le nourrisson liés au passage des antirétroviraux dans le lait ?

La diffusion des ARV dans le lait maternel est variable. Il n'y a pas à ce jour de données sur la toxicité potentielle des ARV chez l'enfant exposé par l'allaitement pour guider des recommandations de choix thérapeutique chez la mère, ou de surveillance particulière chez l'enfant.

Il n'est pas recommandé de réaliser des dosages en routine des concentrations des dans le lait maternel. (AE)

8.5.2. Quel traitement antirétroviral utiliser chez la mère en cas d'allaitement au sein ?

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

8.5.3. Un traitement prophylactique est-il indiqué chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein ?

- Il est proposé de poursuivre la prophylaxie ARV du nourrisson de mère vivant avec le VIH-1, dans la suite de la prophylaxie néonatale usuelle, pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 15 jours après son arrêt définitif.
- Cette décision doit être discutée en RCP et partagée avec la mère, et si possible le père/co-parent. Elle peut être ré-évaluée au cours de l'allaitement. (AE)

8.5.4. Quel traitement préventif utiliser chez le nourrisson en cas d'allaitement maternel de mère vivant avec le VIH-1 ?

- La NVP est à utiliser en 1^{re} intention chez l'enfant de mère vivant avec le VIH-1 (Grade A). La posologie sera adaptée à l'âge :
 - Avant 6 semaines : 1 ml (10 mg) x 1/j si poids <2,5kg ; 1,5 ml (15 mg) x 1/j si >2,5kg
 - De 6 semaines à 6 mois : 2 ml (20 mg) x 1/j
 - Dans les situations où l'allaitement dépasserait les 6 mois recommandés, la posologie proposée est : de 6 mois à 9 mois, 3 ml (30 mg) x 1/j ; et à partir de 9 mois, 4 ml (40 mg) x 1/j
- La 3TC peut être utilisée en alternative à la NVP (Grade B). La posologie de 7,5 mg (0,75 ml) x 2/j si poids 2-4 kg, 25 mg (2,5 ml) x 2/j si poids 4-8 kg, et 50 mg (5 ml) x 2/j si poids > 8 kg
- Le choix du traitement prophylactique doit être discuté en RCP en cours de grossesse. En cas d'antécédent de mutation de résistance du virus maternel aux INNTI, la 3TC est à privilégier (AE). Un génotype de résistances sur ADN proviral est souhaitable pour des patientes ayant des antécédents de traitement par INNTI sans surveillance disponible (patientes traitées initialement en Afrique en particulier), ou si échec virologique ou interruption d'INNTI dans le passé, sans documentation préalable par un génotypage ARN sur plasma.

8.5.5. Quelle est la prophylaxie en cas d'allaitement au sein de mère vivant avec le VIH-2 ?

En cas d'allaitement au sein dans les conditions optimales par une mère vivant avec le VIH-2 :

- Poursuivre le traitement ARV maternel ; s'il n'y a pas d'indication de traitement pour la femme, le traitement ARV maternel à visée prophylactique doit être poursuivi jusqu'au sevrage du nourrisson. (AE)
- Surveiller la virémie maternelle, l'allaitement et la PCR chez le nourrisson selon les mêmes règles qu'en cas d'infection par le VIH-1. (AE)
- Il n'est pas recommandé de prescrire chez le nourrisson un traitement prophylactique postnatal prolongé, du fait du risque faible de transmission du VIH-2 grâce au traitement ARV maternel. (AE)

8.5.6. Quelle est la durée recommandée d'allaitement au sein ?

- Il est recommandé de limiter la durée de l'allaitement au sein et de ne pas dépasser 6 mois. (AE)
- Si la mère choisit de prolonger l'allaitement maternel, le suivi doit être prolongé et la poursuite de la prophylaxie chez le nourrisson doit être discutée. (AE)

8.5.7. Faut-il que l'allaitement maternel soit exclusif ?

Il n'est pas démontré que l'allaitement mixte soit un facteur de risque de transmission en cas d'allaitement au sein en situation optimale, mais il n'est pas non plus démontré qu'il n'y ait aucun risque.

L'allaitement exclusif est conseillé dans les premiers mois, ce qui ne doit pas empêcher la prescription de compléments de lait maternisé si nécessaire, avec une diversification alimentaire à partir de six mois. (AE)

8.5.8. 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. (AE)

- Il n'est pas recommandé de réaliser des mesures de la charge virale VIH dans le lait maternel. (AE)
- Dans les quelques cas d'allaitement au sein prolongé au-delà des 6 mois recommandés, chez des mères ayant une charge virale contrôlée de façon stable, un espacement du rythme des PCR maternelles pourra se discuter au cas par cas. (AE)
- Une visite postnatale avec l'obstétricien est recommandée 1 mois ½ à 2 mois après l'accouchement, conformément au suivi usuel. (AE)
- Une consultation avec l'infectiologue est recommandée à 1 mois en cas d'allaitement puis au minimum tous les 3 mois pendant l'allaitement. (AE)
- 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.

8.5.9. Quelles sont les modalités de suivi du nourrisson en cas d'allaitement au sein ?

- En cas d'allaitement, le suivi postnatal doit être renforcé avec un suivi de la PCR VIH (ARN plasmatique et ADN) de l'enfant à M1, M3, M6, puis tous les 3 mois tant que dure l'allaitement et jusqu'à 3 mois après le sevrage complet. (AE)
- Le groupe d'experts recommande un recueil dans une cohorte des données de suivi des mères et des enfants jusqu'à 3 mois après le sevrage complet. (AE)

8.5.10. Quelle est la conduite à tenir en cas de complication de l'allaitement ?

- En cas de mastite ou d'abcès, il est recommandé de traiter la complication, de tirer le lait et de le jeter jusqu'à guérison. L'allaitement reste possible avec le sein non atteint. (AE)
- En cas de crevasses du mamelon, l'allaitement maternel peut-être poursuivi, au besoin en utilisant un tire-lait. (AE)
- En cas de candidose buccale chez le nourrisson, il est recommandé de la traiter mais l'allaitement maternel peut-être poursuivi. (AE)

8.5.11. Quelle est la conduite à tenir en cas d'échappement virologique chez la mère pendant l'allaitement ?

- suspendre l'allaitement maternel immédiatement en cas d'ascension de la charge virale plasmatique >50 copies/mL (>40 copies/ml pour VIH-2). (AE)
- Contrôler sans délai la charge virale chez la mère, éventuellement complétée d'un génotypage de résistance et de dosages plasmatiques des ARV, pour discuter de l'éventuelle reprise de l'allaitement maternel selon les résultats. (AE)
- Réaliser une mesure de charge virale (ARN et ADN) chez l'enfant sans attendre. (AE)
- En cas de rebond viral confirmé chez la mère pendant l'allaitement, outre l'arrêt de l'allaitement au sein, une prophylaxie post-exposition est recommandée chez l'enfant (Grade B). Elle correspond aux règles de la prophylaxie néonatale dans le cadre du VIH-1 (pour VIH-2 voir 7.7) :
- Si la charge virale est <400 copies/mL : poursuite de la NVP seule.
- Si la charge virale est >400 copies/mL : poursuite de la NVP, à dose majorée (cf Tableau) pendant 2 semaines, associée à ZDV + 3TC pendant 4 semaines.

9. Annexe : Fiches infos grossesse-VIH

En complément des recommandations émises par le groupe d'experts, nous proposons d'apporter des réponses simples à 21 questions très fréquemment posées par les femmes vivant avec le VIH et/ou leurs proches. Ces réponses sont également destinées à renseigner, si besoin, les équipes soignantes et associatives qui les accompagnent.

9.1. Questions Dépistage et Grossesse

Q1/ Quels tests de dépistage faut-il faire au cours de la grossesse et à quel moment ? Et si je suis dépistée positive au VIH ou à d'autres virus pendant la grossesse, quelles sont les conséquences possibles pour mon bébé ?

Le dépistage du VIH, tout comme celui des hépatites virales, de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose, est systématiquement prescrit à toutes les femmes dès leur premier examen prénatal. C'est une démarche libre que vous pouvez refuser. Dans ce cas, votre médecin ou votre sage-femme discutera avec vous pour entendre les motifs de votre réticence et vous informer sur le bénéfice attendu de ce dépistage pour votre enfant et pour vous-même.

En cas de dépistage positif pour le VIH un traitement et un suivi adaptés sont indispensables pour empêcher la transmission du virus à votre enfant mais également pour préserver votre santé et éviter la transmission du virus à tout partenaire sexuel.

Si ce premier test de dépistage est négatif mais que vous êtes exposée à un risque ultérieur de transmission du VIH, par exemple si votre conjoint est infecté par le VIH ou s'il ne s'est pas fait dépister, un nouveau test de dépistage du VIH au 6^e mois de grossesse voire au moment de votre accouchement pourra vous être prescrit pour détecter une éventuelle contamination survenue pendant votre grossesse. Cela permet de mettre en place toutes les mesures préventives nécessaires pour éviter une transmission du VIH à votre bébé et préserver votre santé.

Q2/ Faut-il proposer un dépistage à mon(mes) partenaire(s) pendant ma grossesse ?

Oui, le dépistage du VIH fait partie des bonnes pratiques au moment de la grossesse, il est conseillé de le proposer systématiquement à votre partenaire au cours de votre examen prénatal du 4^e mois. Le dépistage du VIH pour votre partenaire est donc fortement recommandé dès l'annonce de votre grossesse quel que soit votre statut pour le VIH car il est important que votre partenaire puisse bénéficier d'un traitement contre le VIH si nécessaire.

Q3/ Si mon compagnon m'accompagne à l'occasion de la consultation prénatale, risque-t-il d'apprendre ma séropositivité ?

Si vous le souhaitez. Les médecins et les équipes soignantes sont soumises au secret médical et ne révéleront pas votre séropositivité sans votre accord. Pour éviter tout malentendu, il vaut mieux les prévenir si votre compagnon ou autre personne accompagnante ignore votre séropositivité.

Sachez qu'il est toujours possible de vous faire aider par des professionnels de santé (médecin, infirmier(e) d'éducation thérapeutique, psychologue) et des représentants associatifs pour annoncer votre séropositivité à votre partenaire et/ou vos proches au cours d'une consultation.

Q4/ Comment se passera ma grossesse ?

C'est important de parler avec votre médecin de votre désir d'enfant pour choisir un traitement adapté à la grossesse, commencer à prendre de la vitamine B9 avant d'être enceinte et adopter des mesures d'hygiène et de prévention.

Dès que vous découvrez votre grossesse, il faut en informer votre médecin au plus vite car :

Si vous ne prenez pas de traitement antirétroviral, il est important d'en débiter un au plus tôt.

Si vous prenez un traitement antirétroviral, votre médecin fera un bilan de votre état de santé et vérifiera si le traitement que vous prenez est bien adapté pour votre grossesse ou s'il est préférable pour vous-même ou votre bébé de le modifier sans attendre votre prochain rendez-vous de suivi prévu.

Vous bénéficierez d'une consultation mensuelle à l'hôpital durant toute votre grossesse, avec le médecin qui vous suit pour votre infection VIH pour vérifier l'efficacité, la bonne tolérance, la prise régulière de votre traitement et pouvoir le modifier ou l'adapter si le besoin s'en fait sentir.

Vous serez aussi également suivie tous les mois par un(e) gynécologue, en particulier pour éviter le risque d'accouchement prématuré et décider du mode d'accouchement adapté à votre situation. Dans certains centres on vous proposera de rencontrer le(la) pédiatre qui suivra votre enfant. Vous pourrez également vous faire aider, si vous en ressentez le besoin par des professionnels (assistant(e) social(e), psychologue, infirmier(e) d'éducation thérapeutique), et des représentants des associations de patients spécialisées qui pourront répondre à vos questions et vous soutenir.

La découverte de l'infection VIH lors de la grossesse peut constituer un traumatisme psychique ; la survenue d'une grossesse, même désirée, chez une femme connaissant son infection est un moment de questionnements, parfois de fragilité voire de vulnérabilité. Si certaines femmes séropositives abordent cette étape de la maternité comme un moment privilégié, d'autres femmes, et elles sont nombreuses, peuvent éprouver des difficultés liées à la crainte de contaminer leur enfant. Toutes ces situations nécessitent un suivi régulier et attentif par des professionnels formés à ces questions.

Q5/ Est-ce que, malgré mes fréquents vomissements, mon traitement antirétroviral sera toujours efficace pour moi-même et pour éviter une transmission du virus à mon enfant ?

Les nausées et les vomissements répétés sont très fréquents en début de grossesse. Généralement ils s'arrêtent ou diminuent avant le 4^e mois. Les vomissements peuvent résulter d'un effet indésirable de certains médicaments. Parlez-en à votre médecin car ces vomissements peuvent diminuer l'efficacité de votre traitement contre le VIH. Si besoin le médecin vous prescrira un traitement contre les vomissements et un bilan sanguin pour faire le point sur votre infection et chercher d'autres causes possibles de vomissements. Ensuite, si nécessaire, il vous proposera d'adapter ou de changer votre traitement contre le VIH.

Q6/ Ma grossesse peut-elle avoir une répercussion sur mon infection par le VIH ? Ma charge virale indétectable peut-elle augmenter et devenir détectable durant cette période ?

D'une façon générale, lorsque votre grossesse se passe dans de bonnes conditions, c'est-à-dire si vous prenez régulièrement sans oubli et sans vomissements vos médicaments antirétroviraux, et si vous avez un bon suivi médical, elle n'aura pas de répercussion sur votre infection par le VIH. Il est très rare que la charge virale augmente si le traitement est très bien pris. Si cela se produit, le médecin peut contrôler la quantité de médicaments dans votre sang et réadapter ou changer votre traitement selon les résultats obtenus.

Q7/ Comme je suis séropositive pour le VIH, est-ce que je peux accoucher par voie naturelle ou devrai-je avoir une césarienne ?

La décision du mode d'accouchement, par voie naturelle ou par césarienne, dépend de la quantité de virus dans votre sang (votre charge virale VIH) à l'approche de l'accouchement mais aussi de raisons indépendantes du VIH (par exemple si vous avez déjà eu des césariennes ou du fait de certaines complications de la grossesse).

Si votre charge virale est indétectable, le fait d'être séropositive n'est pas une contre-indication à un accouchement par voie naturelle.

Si votre charge virale n'est pas indétectable, votre médecin vous recommandera les moyens disponibles pour éviter que votre bébé contracte le VIH pendant l'accouchement (qu'il s'agisse d'une modification de votre traitement et/ou une perfusion pendant l'accouchement et/ou une césarienne programmée).

Quoi qu'il en soit, vos médecins vous conseilleront la solution la plus adaptée à votre situation.

9.2. Questions à propos du bébé

Q8/ Les médicaments antirétroviraux que je prends pendant ma grossesse sont-ils dangereux pour mon bébé ?

Certains traitements antirétroviraux sont utilisés depuis plus de 25 ans par les femmes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés. Les bénéfices pour le bébé sont largement supérieurs aux risques. Jusqu'à présent, les enfants qui sont nés de mères séropositives traitées par des antirétroviraux pendant leur grossesse et qui ont eu un traitement après leur naissance n'ont pas rencontré plus de problèmes (tels que des malformations, cancers, retards de développement) que les enfants de mères n'ayant pas le VIH, en dehors de très rares situations ; seul le risque d'accouchement prématuré apparaît plus fréquent que chez les femmes séronégatives sans que l'on en sache à ce jour la cause. N'hésitez pas à poser toutes les questions qui vous inquiètent à votre médecin ou au pédiatre qui suivra votre enfant. Vous pouvez aussi vous rapprocher des associations spécialisées ; elles sauront vous orienter vers les bons interlocuteurs et vous mettre en relation avec des mamans qui ont déjà eu des enfants pour qu'elles partagent leurs expériences avec vous.

Q9/ Pourquoi faudra-t-il surveiller mon bébé et lui donner un traitement dès sa naissance alors que je prends bien mon traitement et que ma charge virale est indétectable ?

Le VIH peut être transmis de la mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein, même si ce risque est extrêmement faible lorsque la mère prend très bien son traitement. On donne un traitement préventif au nouveau-né pour s'assurer que ce risque reste le plus bas possible.

Actuellement, on propose un suivi médical au bébé pendant ses 2 premières années, qui comprend des consultations et des prises de sang régulières (rapprochées les premiers mois puis plus espacées) pour vérifier l'absence d'infection par le VIH et la bonne tolérance aux traitements que la maman a pris pendant la grossesse et auxquels il a été exposé.

Q10/ Mon enfant risque-t-il malgré tout d'être infecté par le VIH ? À partir de quand et après quelles vérifications serai-je complètement rassurée sur sa séronégativité pour le VIH ?

Pour vérifier que votre enfant n'a pas d'infection par le VIH, des prises de sang lui seront faites quelques jours après sa naissance, puis à 1 mois, 3 mois et 6 mois. Si les contrôles des trois premiers mois sont négatifs, et que vous ne donnez pas le sein, on pourra affirmer que votre bébé n'est pas infecté par le VIH. Un dernier contrôle à l'âge de 18 à 24 mois confirmera qu'il est séronégatif, une fois que vos propres anticorps que vous lui avez naturellement transmis auront disparu de son sang.

Si vous avez choisi, en accord avec l'équipe médicale, d'allaiter votre enfant, il est impératif, en plus de votre propre suivi et de celui de votre enfant pendant cette période d'allaitement,

de faire une prise de sang de contrôle à votre enfant 3 mois après l'arrêt de l'allaitement afin d'obtenir la confirmation que vous ne lui avez pas transmis le VIH durant cette période.

Q11/ Un enfant diagnostiqué « non infecté par le VIH » peut-il devenir séropositif pour le VIH après quelques mois ?

C'est extrêmement rare qu'un enfant chez qui les recherches de virus VIH étaient négatives par tous les tests, au moins jusqu'à ses 3 mois inclus et qui a bénéficié du suivi habituel soit diagnostiqué séropositif pour le VIH quelques mois plus tard.

Des cas de transmission du VIH après la naissance peuvent se produire en cas d'exposition au virus lors de l'allaitement au sein :

- Surtout en cas de charge virale détectable chez la mère ; le virus peut alors être présent dans le lait maternel et être transmis au bébé ; ce risque peut être augmenté du fait de complications telles qu'une inflammation des seins (mastite ou abcès) ;
- En cas d'allaitement au sein prolongé au-delà des 6 mois de l'enfant, car plus la durée d'allaitement est longue, plus le risque de contamination augmente,
- si l'enfant est allaité au sein par une autre femme infectée par le VIH que sa mère, qui n'a pas été diagnostiquée ou qui ne prend pas de traitement antirétroviral,
- en cas de pré-mastication des aliments par une personne infectée par le VIH non traitée.

Mais n'oubliez pas que les petits gestes du quotidien (câlins peau contre peau, bisous, et même le fait de tester un aliment avec la même cuillère pour en vérifier la température, etc.) sont absolument sans risque de transmission du VIH et sont parfaitement bénéfiques pour votre bébé.

Q12/ Que faire si mon enfant est infecté par le VIH ?

Si votre enfant est infecté par le VIH, il devra, comme vous, prendre un traitement antirétroviral, sans interruption et vous devrez le faire suivre très régulièrement par une équipe pédiatrique spécialisée. Il y a des traitements pour tous les âges, bien supportés et toujours adaptés au poids des enfants. Un traitement donné très régulièrement, aux doses et conditions prescrites permettra à votre enfant de grandir en bonne santé.

Q13/ Le secret de ma séropositivité sera-t-il gardé à la maternité et en pédiatrie vis-à-vis du père de mon enfant (si ce dernier n'est pas informé de mon état) tout comme vis-à-vis de mon entourage ?

Votre infection VIH est soumise au respect du secret médical par les professionnels de santé. Cependant le partage de ce « secret » peut vous apporter un grand soulagement dans votre vie personnelle et familiale. Cette annonce ne pourra se faire contre votre volonté et sans votre accord explicite. Si vous désirez garder ce secret, il est très important de prévenir les équipes médicales qui vous entourent et de ne pas laisser visibles les médicaments antirétroviraux que vous prenez. Attendez-vous également à ce que le père du bébé s'interroge sur les traitements pris par l'enfant ; il a le droit, s'il a reconnu l'enfant, d'être informé sur les examens médicaux qu'il passe et les traitements qui lui sont donnés. Car si les équipes médicales ne doivent pas

informer le père de votre enfant de votre propre séropositivité pour le VIH, elles doivent répondre aux questions qu'il posera à propos de votre enfant qui est aussi le sien. Vous pouvez demander l'aide des associations spécialisées pour préparer des réponses adaptées.

9.3. Questions « spécial Allaitement »

Q14/ Pour allaiter mon enfant, quelles sont les conditions à remplir ?

Vous ne pourrez allaiter votre enfant que si toutes les conditions suivantes sont réunies :

Votre charge virale est indétectable et de façon prolongée au cours de votre grossesse et au moment de l'accouchement.

Vous prenez très régulièrement votre traitement antirétroviral et vous le supportez bien.

Votre décision d'allaiter au sein est votre choix, validé avec les équipes pluridisciplinaires qui vous suivent pendant votre grossesse.

Vous vous êtes engagée à avoir un suivi médical et des contrôles réguliers de charge virale pour vous-même et votre bébé, durant toute la durée de l'allaitement au sein et jusqu'à 3 mois après son arrêt. Vous vous êtes engagée à arrêter l'allaitement au sein en cas de remontée de votre charge virale.

Mais vous ne devez pas allaiter votre enfant :

- Si vous ne remplissez pas toutes les conditions listées précédemment.
- Si le fait d'allaiter votre enfant vous apporte trop d'interrogations et d'inquiétudes.
- Si vous pensez que vous ne rencontrerez pas l'environnement qui vous permettra d'allaiter sereinement votre enfant. Car même si vous aviez choisi l'allaitement, vous pouvez l'arrêter et repasser au biberon.

Q15/. Que faire si je choisis d'allaiter au sein?

D'abord, il est fortement recommandé de demander que le choix du mode d'allaitement de votre enfant (au sein ou au biberon) soit inscrit dans votre dossier de suivi médical, après discussion avec l'équipe qui vous suit et vérification des conditions optimales (Q14) afin que cette décision soit connue de tous les soignants.

Le plus important est de très bien prendre votre traitement antirétroviral. Il peut être utile de vous faire accompagner pendant que vous allaitez votre enfant par une sage-femme, une consultante en lactation ou encore une association spécialisée en lien avec l'équipe hospitalière.

Vous aurez à donner un traitement préventif à votre bébé chaque jour pendant l'allaitement.

Vous devrez aussi faire des contrôles réguliers de charge virale pour vous et votre enfant pendant toute la période de l'allaitement. Si la charge virale remonte il faudra arrêter l'allaitement. Si vos seins sont irrités (mastite ou abcès) il faut soigner la complication, tirer le

lait et le jeter ou le pasteuriser jusqu'à la guérison et donner des biberons à votre enfant si besoin car l'allaitement reste possible avec le sein non atteint. En cas de crevasses du mamelon vous pouvez poursuivre l'allaitement au sein.

Q 16/ Si je n'allaiter pas mon bébé, que dire à mon entourage pour qu'il ne soupçonne pas ma séropositivité ?

La première explication que vous pouvez donner à votre entourage, la plus simple, est que vous n'avez pas suffisamment de lait, que votre bébé risque de ne pas s'alimenter suffisamment et de ne pas grandir correctement. Vous pouvez également dire que vous êtes anémiée ou que vous prenez des médicaments déconseillés par votre médecin en cas d'allaitement au sein ; si vous travaillez, que votre emploi du temps et/ou vos conditions de travail ne vous le permettent pas. Enfin n'hésitez pas à vous faire conseiller par des professionnels de santé (psychologue, infirmier(e) d'éducation thérapeutique, sage-femme) par ou par des représentants associatifs où vous aurez l'occasion de rencontrer d'autres mamans concernées ou qui vous aideront à trouver des réponses.

Q17/ Si je n'allaiter pas mon bébé, mon enfant m'aimera-t'il quand même ?

L'amour d'une mère pour son enfant et les soins nécessaires à son bien-être ne passent ni par le lait maternel ni par son alimentation. En France, beaucoup de mères séronégatives choisissent de ne pas donner le sein et cela n'entraîne pas de conséquences relationnelles entre elles et leur enfant. En fait, dans la relation qui lie un bébé à sa mère, ce n'est pas le lait qui crée le lien mais les échanges sensoriels entre eux et les petits gestes quotidiens : en tenant votre bébé tout contre vous, si possible "peau à peau", en le regardant bien dans les yeux quand vous lui donnez son biberon, et en échangeant des petits mots affectueux avec lui durant ce moment, tous ses sens (toucher, odorat, vue, ouïe) seront reliés à vous et le lien d'amour et de filiation se construira tout naturellement et tout aussi bien que si vous l'aviez nourri au sein. Ne vous inquiétez pas, c'est vraiment la qualité de la relation entre vous et votre enfant qui crée le lien de filiation !

Q18/ Quels sont les bénéfices et les risques de l'allaitement au sein pour mon bébé et moi-même ?

Les bénéfices de l'allaitement au sein pour une mère séropositive pour le VIH et son enfant sont les mêmes que pour tous les couples mère-enfant.

Pour le bébé : le lait maternel est adapté à ses besoins nutritionnels et renforce son immunité. Il le protège de certaines maladies en réduisant les risques de développer des allergies, des maladies infectieuses, un surpoids ou un diabète, etc.

Pour la mère : allaiter réduit le risque de développer un cancer du sein ou un diabète de type 2. L'allaitement au sein peut aussi être pour certaines femmes une occasion de contact apprécié avec son enfant.

Le principal risque de l'allaitement au sein est la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Même si ce risque est très faible dans le cas d'une charge virale indétectable de façon prolongée chez la mère et d'un suivi médical renforcé, nous manquons actuellement en France

de données pour affirmer que ce risque est nul. Il ne faut pas non plus passer sous silence les éventuelles complications comme les mastites et les abcès, qu'il faut soigner immédiatement dès leur apparition et qui nécessitent dans la plupart des cas l'arrêt de l'allaitement au sein.

Enfin le traitement pris par la mère se retrouve en petites quantités dans le lait maternel ; un risque de toxicité liée à l'absorption de ces médicaments présents dans le lait est peu probable mais ne peut être exclu.

Q19/ Si je choisis d'allaiter au sein mon enfant, pendant combien de mois pourrai-je le faire ? Devrais-je l'allaiter uniquement au sein ou pourrais-je également lui donner des biberons de lait en poudre pour compléter son alimentation ? Et de quel suivi pourrions-nous bénéficier tous les deux ?

Si vous le désirez et après concertation avec l'équipe médicale qui vous suit, vous pouvez allaiter votre enfant au sein à condition de remplir toutes les conditions et les précautions requises pour éviter une transmission du VIH à votre enfant par le lait maternel.

Vous devez aussi vous engager à respecter un suivi renforcé pour vous (prise de sang mensuelle) et votre enfant. On vous demandera également de donner un traitement préventif à votre bébé pendant toute la durée de l'allaitement.

Si vous avez fait le choix de l'allaitement au sein, il est recommandé de l'allaiter exclusivement au sein pendant les premiers mois en évitant l'allaitement mixte avec du lait en poudre ou autre nourriture en complément. Les muqueuses digestives d'un nouveau-né sont fragiles, l'introduction d'autres liquides ou aliments peut les fragiliser et augmenter le risque d'une transmission du VIH. Cela ne doit cependant pas empêcher la prise de compléments alimentaires s'ils sont nécessaires.

Il est recommandé de ne pas poursuivre l'allaitement au sein au-delà des 6 mois en procédant à un sevrage progressif de votre enfant au cours du 6^e mois.

Si vous souhaitez poursuivre l'allaitement au sein au-delà des 6 mois, l'équipe médicale maintiendra un suivi renforcé pour vous et votre enfant.

Q20/ Que faire si ma charge virale devient positive pendant que j'allaiter mon enfant ?

Si cela se produit, vous devez immédiatement arrêter l'allaitement et informer votre médecin et le pédiatre qui suit votre enfant. Il faudra renforcer le suivi du bébé et peut-être également son traitement antirétroviral préventif. Vous pourrez bénéficier des conseils du personnel médical pour passer au lait artificiel. Vous ne devrez en aucun cas conserver votre lait, mais le tirer et le jeter car il peut contenir du virus. Une reprise de l'allaitement au sein ne pourra être envisagée que si votre charge virale est redevenue indétectable ; ce sera à discuter avec l'équipe médicale qui vous suit.

Q21/ Comment me procurer du lait en boîte si je n'ai pas les moyens d'en acheter mais que je ne souhaite pas allaiter ?

Certaines associations proposent des aides matérielles et financières, comme une offre de lait maternisé (et de couches), soit gratuites pour les personnes sans ressources, soit avec une

participation financière symbolique (quelques euros) pendant plusieurs mois. Il ne faut pas hésiter à les contacter directement ou avec l'aide des assistantes sociales que vous rencontrerez à la maternité, au moment de votre accouchement et dans le suivi de votre enfant.

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

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 Avicennes, Bobigny

Dr Cécile Brunet-Cartier, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

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

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 (jusqu'au 19/03/2024)

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

Auditions

Pr Philippe Van de Perre, virologue, CHU de Montpellier

Dr Pierre Alexe Crisinel, pédiatre, CHUV, Lausanne, Suisse

Pr Begoña Martinez de Tejada, gynécologue obstétricienne, HUG, Genève, Suisse

Groupe de lecture

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Dr Méline Benard, pédiatre, CHU de Toulouse

Dr Edith Brazet, gynécologue-obstétricienne, CH de Lavaur

Dr Virginie Emmanuelli, gynécologue-obstétricienne, CHU de Toulouse

Dr Philippe Faucher, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Pr Pierre Frange, pédiatre, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Dr Jérôme Massardier, gynécologue-obstétricien, Hospices Civils de Lyon

Pr François Raffi, infectiologue, CHU de Nantes

Pr Philippe Van de Perre, virologue, CHU de Montpellier

Pr Norbert Winer, gynécologue-obstétricien, CHU de Nantes

Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

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

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux

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

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicennes, Bobigny

Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe

Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/204)

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

Mr Hugues Fischer, association Act-Up Paris, TRT-5 CHV

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital du Kremlin-Bicêtre

Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)

Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker et Hôpital Cochin, Paris

Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, association Arcat, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

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

Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

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

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

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

Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

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

Dr Stéphane Tuffier, médecin de Santé Publique, Copenhague, Danemark

Remerciements

Le CNS, l'ANRS-MIE et la HAS tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ABC	Abacavir
ALAT	Alanine amino-transférase
ALD 30	Affection longue durée sur liste
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANRS MIE	Agence nationale de recherche sur le SIDA, les hépatites virales et les maladies infectieuses émergentes
ARV	Antirétroviral
ASAT	Aspartate amino-transférase
ATCD	Antécédent
BIC	Bictegravir
BID	Deux fois par jour
CAB	Cabotegravir
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Conseil national du SIDA et des hépatites virales
CV	Charge virale (ARN VIH plasmatique)
DOR	Doravirine
DRV/r	Darunavir/ritonavir
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
ETP	Education thérapeutique
ETR	Etravirine
EVG/c	Elvitegravir/cobicistat
FTC	Emtricitabine
FVVIH	Femme vivant avec le VIH
HAS	Haute autorité de santé
HGPO	Hyperglycémie provoquée par voie orale
HVVIH	Homme vivant avec le VIH
IMC	Indice de masse corporelle

INI	Inhibiteur de l'intégrase
INNTI	Inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur nucléos(t)idique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de protéase
IVG	Interruption volontaire de grossesse
NFS	Numération formule sanguine
NVP	Nevirapine
PCR	Réaction de polymérase en chaîne
PrEP	Prophylaxie préexposition
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAI	Recherche d'agglutinines irrégulières
RAL	Raltegravir
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RPV	Rilpivirine
SA	Semaine d'aménorrhée
STP	Suivi thérapeutique pharmacologique
TAF	Tenofovir alafenamide
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TME	Transmission mère-enfant
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TSH	Thyréostimuline
3TC	Lamivudine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVIH	Vivant avec le VIH
ZDV	Zidovudine

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social