

Protocole Enfant de mère séropositive pour le VIH (septembre 2024)

Niveau de risque d'infection périnatale du NN par le VIH-1 : 4 situations

- **Scénario optimal** : Mère sous traitement ARV avant la conception ou dès le début de grossesse, avec CV < 50 copies/mL depuis au moins 6 mois
- **Faible risque d'infection** : Mère sous traitement ARV ayant eu une CV VIH-1 > 50 copies/mL dans les 6 derniers mois, mais < 50 copies dans les 4 semaines précédant l'accouchement et confirmée à l'accouchement
- **Risque intermédiaire d'infection** : Mère ayant une CV entre 50 et 400 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement
- **Haut risque d'infection** : Mère sans traitement ARV pendant la grossesse ou CV > 400 copies/mL dans les 4 semaines précédant l'accouchement

Soins en salle de naissance

En cas de scénario optimal ou faible risque : Soins idem à la population générale

En cas de risque intermédiaire ou haut : Bain de 1 à 2 min avec antiseptique virucide type Dakin 0.06% dilué de moitié

Désinfection oculaire par collyre antibiotique uniquement si IST associée pendant la grossesse et/ou pendant l'accouchement

Prise en charge de l'enfant en cas de VIH-1

Hospitalisation en unité kangourou au minimum

Bilan sanguin chez l'enfant J0-J3

- NFS, plaquettes
- Créatinine, ASAT, ALAT, Bilirubine
- Calcium, Phosphore
- PCR ARN VIH (4ml de sang sur tube EDTA, à adresser en virologie Brabois pour envoi à Paris (cf fiche prélèvement associée)
- PCR ADN VIH seulement si haut risque de transmission
- CMV salivaire

Prophylaxie post natale : à débiter le plus tôt possible

≥ 34 SA		
	En 1 ^{ère} intention	En 2 ^{nde} intention
Scénario optimal ou faible risque	Nevirapine – 2 semaines >2500grs : 15 mg/jour (1.5ml/jour) 2000-2500grs : 10 mg/jour (1 ml/jour) <2000grs : 2mg/kg/jour (0.2 ml/kg)	Si voie orale impossible Zidovudine IV – 2 semaines 1.5 mg/kg x 2/jour
Haut risque	Zidovudine – 4 semaines 2 mg/kg x 2 / jour + Lamivudine – 4 semaines 2 mg/kg x 2 / jour + Nevirapine – 2 semaines 6 mg/kg x 2 / jour	
<34 SA		
Faible risque	Nevirapine J0 – J2 et J6 2mg/kg/jour (dilution au 1/10 ^{ème})	Si voie orale impossible Zidovudine IV – 2 semaines ≥ 1000 grs 1.5 mg/kg x 2 / jour <1000grs : 0.3 mg/kg x 2 / jour Dosage concentration plasmatique J4
Haut risque	Zidovudine – 4 semaines ≥ 1000 grs 2 mg/kg x 2 / jour <1000grs 0.5 mg/kg x 2 / jour + Lamivudine – 4 semaines 2 mg/kg x 2 / jour + Nevirapine – J0, J2 et J6 2 mg/kg/jour	Si voie orale impossible ou risque ECUN trop élevé Zidovudine IV - 4 semaines ≥ 1000 grs 1.5 mg/kg x 2 / jour <1000grs : 0.3 mg/kg x 2 / jour Dosage concentration plasmatique J4 + Nevirapine J0, J2 et J6 (si possible) 2 mg/kg/jour

Situation à risque intermédiaire

- Contrôle de la CV de la mère en urgence
- Débuter traitement renforcé idem haut risque
- Si CV <50 copies : rétrograder en risque faible
- Si CV >400 copies : poursuivre traitement renforcé
- Si CV 50-400 copies : à discuter au cas par cas en fonction de la CV maternelle, de l'évolution de celle-ci, de l'observance, du génotype de résistance, des FDR obstétricaux (chorioamniotite, rupture prolongée des membranes, saignements)

Suivi de l'enfant

En cas de faible risque de transmission

	J0-J3	4-6 semaines	M3	18-24 mois
Examen clinique	x	x	x	x
PCR ARN VIH	x	x	x	
Sérologie VIH				x
NFS/plaquettes Creatinine ASAT/ALAT Calcium, Phosphore	x	x	x	
PCR CMV salivaire	x			

+Vigilance accrue sur le développement avec examen clinique pédiatrique M6 et M12

En cas de haut risque d'infection

	J0-J3	4-6 semaines	M2	M3	18-24 mois
Examen clinique	x	x	x	x	x
PCR ARN / ADN VIH	x	x	x	X (ARN seulement)	
Sérologie VIH					x
NFS/plaquettes Creatinine ASAT/ALAT Calcium, Phosphore	x	x	x	x	
PCR CMV salivaire	x				

Mesures Associées

- Renforcement du schéma vaccinal par une injection supplémentaire de vaccin anti-pneumococcique à M3 (schéma M2-M3-M4-M11)
- Si risque faible : vaccins vivants sans délai
- Si risque intermédiaire ou haut de transmission : Vaccins vivants retardés jusqu'à la confirmation d'une non infection à M3
- PEC à 100% durant les 2 premières années de sa vie (ALD30)
- Pas de notification dans le carnet de santé
- PEC psycho-sociale

Mère séropositive VIH et allaitement maternel

AM déconseillé doit rester la règle.

AM possible selon conditions strictes

- Traitement ARV maternel débuté avant la conception ou au début de grossesse
- Historique de suivi régulier, observance maximale des traitements et des visites
- CV <50 copies/mL depuis au moins 6 mois
- Engagement de suivi renforcé tout au long de l'allaitement
- Capacité de l'équipe à suivre de façon renforcée la femme et son bébé

Discussion lors d'une RCP (obstétricale, infectieuse et pédiatrique) en période prénatale

Traitement prophylactique du nouveau-né

- Névirapine en 1^{ère} intention
 - Avant 6 semaine
 - 1ml x1 / jour si <2.5kgs
 - 1.5 ml x 1 / jour si >2,5kgs
 - 6 semaines à 6 mois 2 ml x 1 / jour
- Alternative : Lamivudine
- Non indiquée si VIH-2

Il est recommandé de limiter la durée d'allaitement à 6 mois.

Modalités de suivi de la mère

- Charge virale mensuelle
- Visite post natale avec obstétricien selon usage
- Suivi infectiologue à 1 mois puis tous les 3 mois
- Observatoire national LACTAVIH

Modalités de suivi du NN

- PCR ARN ET ADN VIH à M1, M3 et M6 et 3 mois après arrêt allaitement

En cas de complications de l'AM

- Mastite/abcès : traitement, TL et jeter le lait jusqu'à guérison ; AM possible sur le sein non atteint
- Crevasse mamelon : OK poursuite AM
- Candidose buccale : traitement et AM poursuivi