



Procédure médicale :

« PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN GUYANE FRANÇAISE »

Page 1 sur 11

 	PROPOSITION DE PROCÉDURE MÉDICALE	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N°6
Domaine d'application : hospitalier		
PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN GUYANE FRANÇAISE		
Rédigée par : REUNION DE CONSENSUS DU 28/6/2007 A SAINT LAURENT DU MARONI	Rédigée par :	Date de diffusion :
approuvé par :	approuvé par :	Version : 1
approuvé par :	Validé par : le conseil scientifique en date du 28 mai 2010	Total pages : 10

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau Périnatal Guyane. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure.

TEST VIH

-lors de la 1ère consultation

- à proposer lors de la visite du 6^{ème} mois, si facteurs de risques :
- le partenaire ou le conjoint est infecté par le VIH ;
 - débutant une prise en charge à un stade avancé de la grossesse ;
 - ayant précédemment refusé le dépistage du VIH ;
 - le partenaire ou le conjoint n'a pas effectué un test de dépistage à l'occasion de cette grossesse (voir plus loin) ;
 - ayant des partenaires multiples ;

-lors du travail, utilisation large du test rapide si risque VIH

Essayer de convaincre la mère de faire venir le père pour lui faire faire le test (ce test fait partie de l'examen du 4^{ème} mois du père, prévu par l'assurance maladie dans le cadre du suivi de grossesse)

Mot clé : HIV

Date de revision :



PRISE EN CHARGE

1/ MERE NON SUIVIE, NON TRAITEE ARRIVANT EN TRAVAIL :

1.1 POUR LA MÈRE :

Traitement

- **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h)
- 1cp 200mg de **Viramune** (nevirapine)
- **Combivir** (AZT+3TC) 1cp matin et 1 cp soir pendant 15 jours après l'accouchement afin de prévenir la survenue de résistances à la viramune.

Menace d'accouchement prématuré

Si rupture prématurée des membranes (RPM) <1h à partir de 32 SA ⇒ césarienne

Si RPM >1h protocole RPM selon le terme

(**Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) jusqu'à la fin des contractions jusqu'à la fin des contractions à partir de 28 semaines).

Si membranes intactes ⇒ tocolyse

Voie d'accouchement

- rupture membranes <1h ou col <3cm ⇒ césarienne
 - rupture membranes >1hou col >3cm ⇒ accouchement par voie basse
- NB : éviter le méthergin

Inhibition de la montée laiteuse

- Dostinex** 2 cp le lendemain de l'accouchement (si pas de contre indication)
- Contre indication absolue de l'allaitement maternel.
- S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

1.2 POUR L'ENFANT :

- bain d'hypochlorite de sodium à 0,06% dilué au 1/2 pour un bain de 1 à 2 min.
- pas d'aspiration gastrique.

Mot clé : HIV

Date de revision :

-2mg/kg de **Viramune** per os avant la 2^{ème} heure si la mère n'a pas reçu de viramune et à la 36^{ème} heure si la mère a reçu de la viramune.

-Intensification avant la 6^{ème} heure par **Rétrovir** dilué au 10^{ème} (2mg/kg/6h) + **Epivir** (2mg/kg/6h) + éventuellement une antiprotéase (en cas de cumul de facteurs de risques de transmission) pendant 6 semaines. NB: Surveiller les concentrations sériques des antirétroviraux.

-allaitement artificiel exclusif

-S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

-noter dans le carnet de santé (page du 8^{ème} jour **et** page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG.

2/ MERE ARRIVANT TARDIVEMENT MAIS N'ETANT PAS EN TRAVAIL.

2.1 POUR LA MERE :

-Sans attendre les résultats de charge virale et CD4 trithérapie par **Combivir** (AZT+3TC) 1 cp matin et 1 cp soir + **Kaletra** (2 cp matin + 2 cp soir). Une alternative au Kaletra serait **Invirase** 500 (2 matin et 2 le soir) + **Norvir** 100 (1 le matin 1 le soir).

-La voie d'accouchement est à déterminer selon la charge virale à 34 voire 36 semaines: voie basse si CV<400, si CV \square 400 césarienne programmée à la 38^{ème} semaine.

Si la charge virale n'est pas disponible à temps prévoir une césarienne programmée.

-en cas de menace d'accouchement prématuré **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) jusqu'à la fin des contractions jusqu'à la fin des contractions à partir de 28 semaines.

-dans tous les cas (césarienne, voie basse) **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) lors de l'accouchement.

NB:éviter le méthergin

Inhibition de la montée laiteuse

Dostinex 2 cp le lendemain de l'accouchement (si pas de contre indication)

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

2.2 POUR L'ENFANT :

-bain d'hypochlorite de sodium à 0,06% dilué au 1/2 pour un bain de 1 à 2 min.

-pas d'aspiration gastrique.

Mot clé : HIV

Date de revision :

-2mg/kg de **Viramune** per os avant la 2^{ème} heure si la mère n'a pas reçu de viramune et à la 36^{ème} heure si la mère a reçu de la viramune.

-Intensification avant la 6^{ème} heure par **Rétrovir** dilué au 10^{ème} (2mg/kg/6h) + **Epivir** (2mg/kg/6h) + éventuellement une antiprotéase (en cas de cumul de facteurs de risques de transmission) pendant 6 semaines. NB: Surveiller les concentrations sériques des antirétroviraux.

-allaitement artificiel exclusif

-noter dans le carnet de santé (page du 8^{ème} jour et page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG.

3/ MERE SUIVIE NON TRAITEE AVANT LA GROSSESSE CD4 > 350.

3.1 POUR LA MERE

-Trithérapie par **Combivir** (AZT+3TC) 1 cp matin et 1 cp soir + **Kaletra** (2cp matin + 2cp soir) à débiter entre 24 et 28^{ème} semaine. NB. S'il y a des facteurs de risque d'accouchement prématuré il faut commencer au début du 2^{ème} trimestre. Une alternative au Kalétra serait **Invirase** 500 (2 matin et 2 le soir) + **Norvir** 100 (1 le matin 1 le soir).

-Suivi et charge virale tout les mois.

-La voie d'accouchement est à déterminer selon la charge virale à 34 voire 36 semaines: voie basse si CV<400, si CV \square 400 césarienne programmée à la 38^{ème} semaine.

-dans tous les cas (césarienne, voie basse) **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) lors de l'accouchement.

-en cas de menace d'accouchement prématuré **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) jusqu'à la fin des contractions jusqu'à la fin des contractions à partir de 28 semaines.

NB:éviter le méthergin

Inhibition de la montée laiteuse

-**Dostinex** 2 cp le lendemain de l'accouchement (si pas de contre indication)

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

3.2 POUR L'ENFANT

Mot clé : HIV

Date de revision :



- bain d'hypochlorite de sodium à 0,06% dilué au 1/2 pour un bain de 1 à 2 min.
- pas d'aspiration gastrique.
- Si pas de facteurs de risque, **Rétrovir** chez l'enfant pendant 6 semaines (2mg/kg toutes les 6h) .
- Si facteur de risque, trithérapie cf. 2.2
- allaitement artificiel exclusif
- noter dans le carnet de santé (page du 8ème jour et page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG.

4/ MERE CD4 < 350 NON TRAITEE

4.1 POUR LA MERE

-Quelque soit la charge virale, trithérapie **Combivir** (AZT+3TC) 1 cp matin et 1 cp soir + **Kaletra** (2cp matin + 2cp soir) à partir de la 15^{ème} semaine. Une alternative au Kalétra serait **Invirase** 500 (2 matin et 2 le soir) + **Norvir** 100 (1 le matin 1 le soir).

-Suivi et charge virale tout les mois.

-La voie d'accouchement est à déterminer en fonction de la charge virale à 34 voire 36 semaines: voie basse si CV<400, si CV \square 400 césarienne programmée à la 38^{ème} semaine.

-dans tous les cas (césarienne, voie basse) **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) lors de l'accouchement.

-en cas de menace d'accouchement prématuré **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) jusqu'à la fin des contractions jusqu'à la fin des contractions à partir de 28 semaines.

NB:éviter le méthergin

Inhibition de la montée laiteuse

Dostinex 2 cp le lendemain de l'accouchement (si pas de contre indication)

-Contre indication absolue de l'allaitement.

-S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

4.2 POUR L'ENFANT

Mot clé : HIV

Date de revision :



-Pour l'enfant cf. 3.2

5/ MERE TRAITEE AVANT LA GROSSESSE

5.1 POUR LA MERE

-A proscrire Sustiva, l'association Zerit +Videx. En cas d'exposition durant le premier trimestre, surveillance de l'échographie morphologique. La décision d'interruption médicale de grossesse doit être prise au cas par cas.

S'il n'y a pas de nécessité virologique à conserver son traitement, changer pour le traitement classique **Combivir** (AZT+3TC) 1 cp matin et 1 cp soir + **Kaletra** (2cp matin + 2cp soir) à partir de la 15^{ème} semaine. Une alternative au Kalétra serait **Invirase** 500 (2 matin et 2 le soir) + **Norvir** 100 (1 le matin 1 le soir).

-Suivi et charge virale tout les mois.

-La voie d'accouchement est à déterminer en fonction de la charge virale à 34 voire 36 semaines: voie basse si CV<400, si CV \square 400 césarienne programmée à la 38^{ème} semaine.

-dans tous les cas (césarienne, voie basse) **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) lors de l'accouchement.

-en cas de menace d'accouchement prématuré **Rétrovir** (AZT) en Perfusion (dose de charge 2mg/kg en 1 heure, suivie de 1mg/kg/h) jusqu'à la fin des contractions jusqu'à la fin des contractions à partir de 28 semaines.

inhibition de la montée laiteuse

Dostinex 2 cp le lendemain de l'accouchement (si pas de contre indication)

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.

5.2 POUR L'ENFANT

-Pour l'enfant cf. 3.2.

6/SUIVI ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT CHEZ LA MERE

6.1 BILAN INITIAL

Mot clé : HIV

Date de revision :



- Si premier bilan sérologies hépatites, toxo, rubéole, CMV, HTLV1, TPHA-VDRL.
- CD4/CD8, si patiente déjà traitée charge virale à répéter au moins tous les 3 mois puis tous les mois au dernier trimestre. Si début du traitement pendant la grossesse CV tous les mois.
- test de résistance génotypique avant mise sous traitement et en cas de doute sur un échec virologique
- Consultation Observance (préparation, évaluation de la compréhension, anticipation des difficultés, explications sur le traitement pendant la grossesse, sur le traitement de l'enfant, l'allaitement artificiel)
- Consultation psychologique
- Consultation Assistante sociale
- Consultation Obstétricien
- prévenir la secrétaire qu'il s'agit d'une femme enceinte afin de le spécifier sur l'agenda des rendez vous.

6.2 EFFICACITE

- Une charge virale sera faite un mois après la mise sous traitement, et dans tous les cas **à 34 semaines**, et même après si possible.

6.3 TOLERANCE

- NFS, créatinine, CPK, transaminases, Ph. alc, Bili, LDH, lactates, lipase, ionogramme à J15, J30 et J45 du début du traitement, et tous les mois à partir de 6 mois. + Investigation « agressive » de tout symptôme.
- consultation d'observance
- 24 semaines Test d'O' Sullivan (glycémie à jeun + une heure après la prise de 50g de glucose per os). Refaire O'Sullivan ou HGPO à 32 sem ou un mois après le début de la prise du traitement.

6.4 SYSTEMATIQUEMENT

- Frottis cervico-vaginaux + Prélèvement vaginaux en début de grossesse 3^{ème} trimestre (recherche chlamydia, ureaplasma, trichomonas, gardnerella, strepto B...) .

6.5 PREVENIR LES CAUSES DE MAUVAIS SUIVI OU DE MAUVAISE COORDINATION (ADAPTER A CHAQUE HOPITAL)

Mot clé : HIV

Date de revision :



Procédure médicale :

«PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN GUYANE FRANÇAISE »

Page 8 sur 11

- si possible, coupler le même jour suivi VIH, Cs Observance, Cs psychologique, suivi Obstétrical, assistante sociale
- noter dans l'agenda des rendez vous qu'il s'agit de femmes enceintes
- contacter les femmes n'étant pas venues à leur rendez vous.
- proposition systématique VSL, Infirmière ou Sage femme à domicile
- systématiquement donner un rendez vous aux patientes
- consultation pédiatrie avant la naissance pour préparer le suivi pédiatrique
- réunions bimensuelles pour faire le point sur les femmes enceintes, présence souhaitable du réseau périnatal, médiateur de Santé publique.
- en post partum et avant la sortie s'assurer que le nouveau né a bien rendez vous en pédiatrie pour le suivi et la mère en consultation 'VIH'.
- s'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie (éducation +++ à la préparation des biberons), s'assurer aussi des conditions sociales pour l'achat du lait (donner les coordonnées des associations en faisant la distribution).
- .-pour les femmes suivies en PMI ou en centre de Santé, se mettre en rapport avec la structure.

7/ GESTES INTERDITS OU NECESSITANT DES PRECAUTIONS PARTICULIERES

Sont interdits

- amnioscopie
- mesure du PH
- version par manoeuvres externes

Doivent être réalisés avec des précautions

- Amniocentèse et cerclage sont possibles à condition d'avoir débuté une trithérapie depuis >15J et de mettre en place une perfusion d'AZT 2h avant pendant et 2 heures après le geste.

8/ TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES PREMATURES

La fréquence des administrations est réduite

Si <30 SAR **Rétrovir** dilué au 10^{ème} PO (2mg/kg/12h), ou bien IV (1.5mg/kg/12h) pendant 2 semaines. Après 4 semaines, **Rétrovir** dilué au 10^{ème} PO (2mg/kg/8heures) ou bien IV (1.5mg/kg/8h) pendant 2 sem supplémentaires (total 6 semaines).

Si >=30 et <35 **Rétrovir** dilué au 10^{ème} PO (2mg/kg/12h), ou bien IV (1.5mg/kg/12h) pendant 2 semaines. Après 2 semaines **Rétrovir** dilué au 10^{ème} PO

Mot clé : HIV

Date de revision :

(2mg/kg/8heures) ou bien IV (1.5mg/kg/8h) pendant 4 semaines supplémentaires (total 6 semaines).

9/SUIVI DU NOUVEAU NE

9.1 SURVEILLANCE DU TRAITEMENT DU NOUVEAU NE

9.1.1 NOUVEAU NE HOSPITALISE

1 fois par semaine NFS, Plt, iono créat, transaminases, amylase, CPK

9.1.2 NOUVEAU NE NON HOSPITALISE

visite à domicile par IDE ou médiateur de Santé Publique pour vérifier observance et effets secondaires.

9.2 CALENDRIER

Bilan	Tubes	Naissance	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Examen clinique(Pds, Taille, PC)		X	X	X	X	X	EXAMEN	X
NFS,	2 ml rose	X	X	X	X			X
Plaquettes CD4-CD8	2 ml rose	X	X	X	X		PSYCHO	
Amylase-lipase-iono-Créat.	2 ml vert	X	X	X	X			X
Lactates-CPK-LDH	2 ml gris	CPK-LDH	X	X	X		MOTEUR	X
Charge virale	5 ml	X	X	X	X			

Mot clé : HIV

Date de revision :



Procédure médicale :

« PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN GUYANE FRANÇAISE »

Page 10 sur 11

VIH	violet							
Charge virale	2 ml			X		X		
HVC	rose							
Sérologie HVC	2 ml							X
	rouge							
Sérologie HIV	2 ml							X
	rouge							

Calendrier de suivi de l'enfant de la naissance à 24 mois

Mot clé : HIV

Date de revision :



10/ DIVERS

-Il est recommandé d'informer la mère des bénéfices mais aussi des risques des traitements / virus.

-Cas particuliers de résistances, de dossiers compliqués à discuter au cas par cas en comité des thérapeutiques.

-Lorsque les résultats de charge virale n'ont pas été transmis, pour obtenir ces résultats :

-femmes suivies à Cayenne : appeler le laboratoire du Larivot (0594290101), ou Plenet 0594 30 50 92.

-femmes suivies au CHOG appeler Pasteur Cerba (0134402020).

-Dans les mois à venir le dossier informatisé eNADIS devrait permettre aux blocs obstétricaux des 3 hôpitaux d'avoir accès à ces informations en permanence.

-Essayer de convaincre la mère de faire venir le père pour lui faire faire le test.

-Réseau KIKIWI : 0594 39 48 12 ; 0694 41 42 26; Fax 0594 39 48 13,
email : secretariat@reseaukikiwi.net

-Réseau Matoutou 0594 34 22 80, fax: 0594 34 18 48 ; Email :
reseau_matoutou@mac.com

-Réseau Périnatal Tel: 05 94 27 16 01, fax 05 94 35 54 37 ; Email :
perinat.guyane@wanadoo.fr

Mot clé : HIV

Date de revision :