

	<u>Proposition de procédure médicale</u>	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE NEONAT N°3
	« Prise en charge des nouveau-nés de mère séropositive pour le VIH »	
Rédigée par : Dr ELENGA, Pédiatre CISIH CHAR	Rédigée par :	Date de diffusion :
approuvé par : Dr FAVRE chef de service néonatal CHAR	Version : 1	Validé par le conseil scientifique en date du 26 janvier 2012
approuvé par :	Modifié le :	Total pages : 5 + annexe

Pour toute parturiente se présentant sans statut sérologique connu pour le virus HIV, **proposer un dépistage rapide du VIH** qui sera confirmé secondairement par un ELISA WESTERN-BLOT. **Si le résultat est positif informer la patiente et débiter le traitement**

Le bénéfice de commencer quand même un traitement avec retard est maintenu pendant 24-48 h pour l'AZT, et 3-4 jours pour les associations.

### 1. Posologies en fonction du terme et/ou poids :

D'une manière générale, c'est la fréquence des administrations qui est réduite.

Si indiqué, il est d'usage de proposer la dose unique de :

**NEVIRAPINE (VIRAMUNE) : 2 mg/kg per os**

L'indication des autres traitements sera évaluée en fonction du bénéfice/risque pour l'enfant à priori aux mêmes posologies que chez l'enfant à terme.

**Tableau 1 : posologie AZT**

	<b>Po : sirop à diluer au 10 ème 2 mg/kg/6h ou 4 mg/Kg/12 h</b>	<b>IVL de 1 heure dilué dans du G5% 1.5 mg/kg/6h</b>
<b>A terme</b>		
35-37 SA :	pendant les 2 premières semaines de vie : 2 mg/kg/12 h puis : 2 mg/kg/6h	pendant les 2 premières semaines de vie : 1.5 mg/kg/12h puis : 1.5 mg/kg/6h
30 SA-35 Sa	pendant les 2 premières semaines de vie : 2 mg/kg/12 h puis : 2 mg/kg/8 h	pendant les 2 premières semaines de vie : 1.5 mg/kg/12h puis : 1.5 mg/kg/8h
< 30 SA	pendant les 4 premières semaines de vie : 2 mg/kg/12 h puis : 2 mg/kg/8 h	pendant les 4 premières semaines de vie : 1.5 mg/kg/12h puis : 1.5 mg/kg/8h
	<b>Durée totale : 4 semaines</b>	
Surveillance	<b>NFS, transaminase J0, J5, M1</b>	

**Tableau 2 : posologie Kalétra.**

<b>Recommandations posologiques pour le Lopinavir 80 mg/ml <u>CI chez le prématuré</u></b>	
Poids du nouveau-né	Posologie : 20 mg/Kg 2 fois par jour
2 à 2.5 Kg	0,5 ml toutes les 12 heures
2.5 à 3 Kg	0,7 ml toutes les 12 heures
3 à 3,5 Kg	0,9 ml toutes les 12 heures
3,5 à 4 Kg	1 ml toutes les 12 heures
4 à 4,5 Kg	1,1 ml toutes les 12 heures 1,1
4,5 à 5 Kg	1,25 ml toutes les 12 heures
5 à 5,5 Kg	1,4 ml toutes les 12 heures
5,5 à 6 Kg	1,5 ml toutes les 12 heures

**2. Pour tous les enfants :**

- à la naissance : **bain avec l'hypochlorite de sodium** (DAKIN\*) à 0,06% dilué au 1/2 pendant de 1 à 2 minutes.
- **pas d'aspiration** gastrique. Si une aspiration est nécessaire, elle doit être la moins traumatique possible.
- **allaitement artificiel exclusif** : S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.
- **noter au crayon dans le carnet de santé** (page du 8ème jour **et** page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG

Prendre en compte dans le traitement du nouveau-né des éventuelles résistances du virus maternel. Les dossiers compliqués ou de résistances sont discutés au cas par cas en **comité des thérapeutiques**.

**Informez la mère** des modalités, des bénéfices mais aussi des risques des traitements/virus.

**\* Facteurs de risque de transmission mis en évidence par l'enquête périnatale**

- Complications obstétricales : rupture prolongée de la poche des eaux, chorioamniotite, hémorragie, blessure du nouveau-né durant l'extraction
- accouchement prématuré < 33 SA
- prise en charge tardive au 3<sup>ème</sup> trimestre ;
- traitement débuté tardivement et/ou durée du traitement inférieure à 8 semaines
- défauts d'observance
- dernière charge virale détectable

**3. Mère non suivie, non traitée, arrivant en travail :**

**NEVIRAPINE (VIRAMUNE) : 2 mg/kg per os**

à H36 si la mère a reçu pendant le travail, avant H2 sinon

Intensification avant la 6<sup>ème</sup> heure et pendant 6 semaines :

**ZIDOVIDUNE-AZT (RETROVIR) : 2 mg/kg/6h ou 4 mg/Kg/12 heures cf tableau 1**

(dilué au 1/10 si per os)

**LAMIVUDINE-3TC (EPIVIR) : 2 mg/kg/6h ou 4 mg/Kg/12 heures**

**LOPINAVIR (KALETRA) : en cas de ≥ 3 facteurs de risque cf tableau 2**

Hospitaliser le nouveau-né en maternité puis en Néonatalogie ou aux Nourrissons selon les possibilités de place ou de surveillance.

**Effets secondaires :**

- Cliniques : pâleur, ictère, éruption cutanée, ballonnement, vomissement, diarrhée
- Biologiques : anémie, neutropénie, élévation de la bili, transaminase, lipase, LDH, CPK, lactates

**Surveiller les concentrations sériques des antirétroviraux : labo CERBA**

Pic : AZT : H1, Kaletra : H5, Epivir : H1  
bien noter l'heure de la prise sur le bon de labo

**4. Mère suivie, traitée ou non avant la grossesse avec charge virale > 1000 copies si accouchement à terme ou > 500 copies si terme <33 SA :**

**NEVIRAPINE (VIRAMUNE) : 2 mg/kg per os**

à H36 si la mère a reçu pendant le travail, avant H2 sinon

Intensification avant la 6<sup>ème</sup> heure et pendant 6 semaines :

**ZIDOVIDUNE-AZT (RETROVIR) : 2 mg/kg/6h ou 4 mg/Kg/12 heures cf tableau 1**

(dilué au 1/10 si per os)

**LAMIVUDINE-3TC (EPIVIR) : 2 mg/kg/6h ou 4 mg/Kg/12 heures**

**LOPINAVIR (KALETRA) : en cas de ≥ 3 facteurs de risque cf tableau 2**

Hospitaliser le nouveau-né en maternité puis en Néonatalogie ou aux Nourrissons selon les possibilités de place ou de surveillance.

**5. Mère suivie, correctement traitée avant la grossesse avec charge virale < 1000 copies si accouchement à terme ou < 500 copies si terme <33 SA :**

si pas de facteur de risque\* :

**ZIDOVIDUNE-AZT (RETROVIR) : cf tableau 1**

si facteur de risque\* : **cf ci-avant 4.**

**6. Suivi du nouveau-né :**

- **allaitement artificiel exclusif** : S'assurer que la mère a saisi les modalités de l'allaitement artificiel à sa sortie.
- **noter au crayon dans le carnet de santé** (page du 8ème jour **et** page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG
- **signaler la naissance** de l'enfant à l'hôpital de jour pédiatrique et au médecin référent COREVIH

#### 5.1. Nouveau né hospitalisé :

- **NFS pl, ionogramme créatinine, transaminases, amylase, CPK, CRP / semaine**

#### 5.2. Nouveau-né non hospitalisé :

- Visites à domicile par IDE pour vérifier observance et effets secondaires.

#### 5.3. Calendrier de suivi :

Bilan	Tubes	Naissance	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Ex.clinique (Pds, T, PC)		X	X	X	X	X	<b>EXAMEN</b>	X
NFS, Plaquettes	2 ml rose	X	X	X	X			
CD4-CD8	2 ml rose	X	X	X	X		<b>PSYCHO</b>	
Amylase-lipase-iono-Créat	2 ml vert	X	X	X	X			
Lactates-CPK-LDH	2 ml gris	<b>CPK-LDH</b>	X	X	X		<b>MOTEUR</b>	X
Charge virale VIH	5 ml violet		X	X	X			
Charge virale HVC***	2 ml rose			X		X		
Sérologie HVC	2 ml rouge							X
Sérologie HIV	2 ml rouge							X

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

\*\*\* si charge virale indétectable à 6 mois, lever la CI au BCG.

**Le vaccin atténué anti-rougeole, rubéole, oreillon est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire (CD4<25%). Il en est de même du vaccin contre la fièvre jaune.**

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

- Femmes suivies à Cayenne : appeler le laboratoire de l'institut Pasteur de Cayenne (05 94 29 26 05 ou 05 34 29 58 17), Larivot (05 94 29 01 01), ou Plenet 05 94 30 50 92.
- Femmes suivies au CHOG appeler le laboratoire de l'institut Pasteur de Cayenne (05 94 29 26 05 ou 05 34 29 58 17) ou Dr Peneau (05 94 27 93 80)

Le dossier informatisé eNADIS permet(tra) 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 27 06 01 ; Fax 0594 35 54 37,  
email : issa.sang@gmail.com

Réseau KIKIWI CHOG Anne Jolivet Médecin de santé publique  
Coordnatrice du réseau Kikiwi dans l'Ouest Guyanais  
Tel : 05 94 34 89 12 / 06 94 42 26 50

Réseau Périnat Tel : 05 94 27 16 01 ; Fax 0594 35 54 37  
email : [reseaperinatguyane@gmail.com](mailto:reseaperinatguyane@gmail.com)

Références bibliographiques : **rapport Yéni 2010. pp 173-180 ; J .Pediatr 2003;142:47-52**  
Annexe : protocole femme enceinte VIH

## ANNEXE 1

### PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN GUYANE FRANÇAISE REUNION DE CONSENSUS DU 28/6/2007 A SAINT LAURENT DU MARONI

#### Test VIH

- lors de la 1<sup>ère</sup> consultation
- à proposer lors de la visite du 6<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> mois du père, prévu par l'assurance maladie dans le cadre du suivi de grossesse)

#### Prise en Charge

##### 1/ Mère non suivie, non traitée 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 >1h ou 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 indications )
- Contre indication absolue de l'allaitement maternel.
- S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions matérielles, sanitaires, compréhension).

##### 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. Si une aspiration est nécessaire elle doit être la moins traumatique possible.
- 2mg/kg de **Viramune** per os avant la 2<sup>ème</sup> heure si la mère n'a pas reçu de viramune et à la 36<sup>ème</sup> heure si la mère a reçu de la viramune.
- Intensification avant la 6<sup>ème</sup> heure par **Rétrovir** dilué au 10<sup>ème</sup> (2mg/kg/6h)+ **Epivir** (2mg/kg/6h) + éventuellement une antiprotéase (en cas de cumul de facteurs de risques de transmission<sup>1</sup>) pendant 6 semaines. NB: Hospitaliser le nouveau né. 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 au crayon dans le carnet de santé (page du 8ème jour **et** page BCG ) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG.

## 2/ Mère arrivant tardivement mais n'étant pas en travail.

### 2.1 Pour la mère :

-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 Kalétra 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<sup>ème</sup> 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 indications )

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions matérielles, sanitaires, compréhension).

### 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. Si une aspiration est nécessaire elle doit être la moins traumatique possible.

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

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

-allaitement artificiel exclusif

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

## 3/ Mère suivie non traitée avant la grossesse CD4 > 350.

### 3.1 Pour la Mère

-Trithérapie par **Combivir** (AZT+3TC) 1 cp matin et 1 cp soir + **Kaletra** (2cp matin + 2cp soir) à débiter entre 24 et 28<sup>ème</sup> semaine. NB. S'il y a des facteurs de risque d'accouchement prématuré il faut commencer au début du 2ème 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<sup>ème</sup> 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 indications )

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions

matérielles, sanitaires, compréhension).

### 3.2 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. Si une aspiration est nécessaire elle doit être la moins traumatique possible.
- Si pas de facteurs de risque<sup>1</sup>, **Rétrovir** chez l'enfant pendant 6 semaines (2mg/kg toutes les 6h).
- Si facteur de risque<sup>1</sup>, trithérapie cf. 2.2
- allaitement artificiel exclusif
- noter au crayon dans le carnet de santé (page du 8ème jour **et** page BCG) qu'il existe une contre indication temporaire au BCG.

## 4/ Mère CD4 < 350 non traitée

### 4.1 Pour la mère

- 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 contraction 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 indications )

- Contre indication absolue de l'allaitement.
- S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions matérielles, sanitaires, compréhension).

### 4.2 Pour l'enfant

- Pour l'enfant cf. 3.2

## 5/ Mère traitée avant la grossesse

### 5.1 Pour la mère

-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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 contraction 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 indications )

-Contre indication absolue de l'allaitement maternel.

-S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions matérielles, sanitaires, compréhension).

## **5.2 Pour l'enfant**

-Pour l'enfant cf. 3.2.

## **6/suivi et surveillance du traitement chez la mère**

### **6.1 Bilan initial**

-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 Efficacité**

-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 Tolérance**

-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 symptômes.

-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 Systématiquement**

-Frottis cervico-vaginaux + Prélèvement vaginaux en début de grossesse □ 3<sup>ème</sup> trimestre (recherche chlamydia, ureaplasma, trichomonas, gardnerella, strepto B...) .

### **6.5 Prévenir les causes de mauvais suivi ou de mauvaise coordination (adapter à chaque hôpital)**

-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 venue 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

-réunion 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'.

-hospitalisation systématique du nouveau né si multithérapie. Cependant, si le médecin juge que les conditions sont réunies (compréhension, motivation, contexte socioéconomique, possibilité d'une IDE à domicile...), le traitement peut être donné à domicile.

-S'assurer que la mère est en mesure d'assurer un allaitement artificiel à sa sortie (conditions matérielles, sanitaires, compréhension ⇔ 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 nécessitant des précautions particulières

*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 Prématurés

La fréquence des administrations est réduite

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

## 9/Suivi du nouveau né

### 9.1 surveillance du traitement du nouveau né

#### 9.1.1 Nouveau né hospitalisé

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

#### 9.1.2 Nouveau né non hospitalisé

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	<b>EXAMEN</b>	X
NFS, Plaquettes	2 ml rose	X	X	X	X			X
CD4-CD8	2 ml rose	X	X	X	X		<b>PSYCHO</b>	
Amylase-lipase-iono-Créat	2 ml vert	X	X	X	X			X
Lactates-CPK-LDH	2 ml gris	<b>CPK-LDH</b>	X	X	X		<b>MOTEUR</b>	X
Charge virale VIH	5 ml violet	X	X	X	X			
Charge virale HVC	2 ml rose			X		X		
Sérologie HVC	2 ml rouge							X
Sérologie HIV	2 ml rouge							X

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

## 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 27 16 01 Fax 0594 35 54 37,

Email : issa.sang@gmail.com

-Réseau KIKIWI CHOG Anne Jolivet Médecin de santé publique

Coordinatrice du réseau Kikiwi dans l'Ouest Guyanais

Tel : 05 94 34 89 12 / 06 94 42 26 50

-Réseau Périnat Tel : 05 94 27 16 01 ; Fax 0594 35 54 37, email : [reseauperinatguyane@gmail.com](mailto:reseauperinatguyane@gmail.com)

Références bibliographiques : **rapport Yéni 2010. pp160-180 ; J Pediatr 2003;142:47-52**

---

<sup>i</sup> **Facteurs de risque de transmission** mis en évidence par l'enquête périnatale: complications obstétricales, notamment accouchement prématuré ; prise en charge tardive au 3<sup>ème</sup> trimestre ; traitement débuté tardivement ; défauts d'observance ; dernière charge virale détectable.