

Résumé de communication :

**HIV et Grossesse**  
**Dr Frédéric BASTIDES**  
**CHU de Tours**

L'histoire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a dorénavant plus de 30 ans et est indéfectiblement liée aux phénomènes de procréation. Il est important de rappeler les principales étapes parcourues pour souligner l'importance et la multitude des avancées dans ce domaine.

Le sujet « VIH et grossesse » peut, de fait, faire aborder des thèmes aussi importants et divers que le désir d'enfant, la préparation d'une grossesse (prise en charge pré-conceptionnelle), la place de l'aide médicale à la procréation, le dépistage VIH dans le cadre de la procréation, la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Ces 2 derniers points seront plus particulièrement développés en se basant sur les recommandations françaises actuelles et les données internationales publiées récemment. De nouvelles recommandations françaises seront d'ailleurs publiées dans quelques jours.

A la découverte d'une séropositivité féminine, le sujet de la procréation est abordé systématiquement dès les premières consultations. Cette prise en charge pré-conceptionnelle concerne le couple et véhicule des informations fondamentales qui se veulent rassurantes (« la grossesse n'est pas un facteur aggravant l'évolution de l'infection par le VIH ») en soulignant la nécessité d'une planification, d'une observance thérapeutique et d'un suivi médical adaptés.

La compréhension de l'histoire naturelle du VIH, de la progression des connaissances, de la technicité du suivi et de la prise en charge multidisciplinaire est importante.

Grace aux évaluations faites par l'enquête périnatale française (EPF), on estime le nombre de grossesses chez des patientes séropositives pour le VIH à plus de 1500 / an en France. Le taux de transmission verticale du VIH globalement de moins de 1% mais de fait oscille entre 0.3% (indétectabilité, < 20 copies/ml) et 7.3% ( > 10.000 copies/ml ) en fonction de la charge virale plasmatique à l'accouchement. La persistance d'une transmission verticale a été rattachée à des facteurs de risque bien identifiés telles que des complications obstétricales (prématurité), une prise en charge tardive, une introduction de trithérapie tardive, a des défauts d'observance. Ceci nous oblige à adapter notre discours et

notre prise en charge auprès des populations particulièrement à risque, notamment sub-sahariennes, qui peuvent cumuler ces facteurs de risque.

Les recommandations françaises détaillent les choix thérapeutiques possibles, les différentes stratégies de prophylaxie pendant l'accouchement, les facteurs influençant le mode d'accouchement, les modalités de suivi pendant la grossesse et le post-partum ainsi que les modalités de prise en charge des nouveau-nés. La place de la césarienne et de la perfusion d'AZT lors du travail ainsi que les variables sur la durée du traitement du nouveau-né seront abordés.

Des publications récentes dérivant ou non de l'EPF sont à même de faire évoluer dans un avenir proche les recommandations.

L'ensemble des données souligne les avancées importantes réalisées dans la PTME qui corroborent celles obtenues dans la prise en charge des personnes séropositives pour le VIH dans les pays développés, mais également la nécessité de poursuivre le dépistage chez toute femme enceinte, particulièrement dans les populations les plus vulnérables, de travailler notre communication permettant une information simple des femmes enceintes séropositives, de poursuivre davantage encore notre travail en réseau auprès de tous les professionnels de santé intervenant auprès des femmes enceintes séropositives pour le VIH .

Enfin il est important de souligner que des résultats identiques sont possibles et attendus dans les pays du Sud et que les Nations unies ont pour objectif de faire disparaître la transmission verticale sur la planète en 2015.

### **Références récentes :**

- Briand N et al. Is intrapartum intravenous Zidovudine for prevention of Mother-to-Child HIV-1 Transmission still useful in the combination antiretroviral therapy era ? Clin. Infect. Dis. 2013 Sep;57(6):903-14.

- Tubiana R et al. Lopinavir/Ritonavir Monotherapy as a nucleoside analogue-sparing strategy to prevent HIV-1 Mother-to-Child Transmission: the ANRS 135 PRIMEVA Phase 2/3 Randomized Trial. Clin. Infect. Dis. 2013 Sep;57(6):891-902.

- Briand N, et al. Cesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000-2010. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013 Jun 18. pii: S0002-9378(13)00629-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.021. [Epub ahead of print].

- Giles ML. HIV and pregnancy : how to manage conflicting recommendations from evidence-based guidelines. AIDS 2013;27:857-62.