

## 2-1- Modalités de la trithérapie antirétrovirale chez la femme enceinte

### 2-1-1- Objectif du traitement

L'objectif du traitement antirétroviral est l'obtention d'une CVP indétectable à 36 SA (Forte recommandation, grade A). La durée minimale pour atteindre l'objectif d'une CVP indétectable à l'accouchement est de 12 semaines.

### 2-1-2- Critères de choix des ARV

- Il faut toujours préférer l'association de 2 INTI + 1 IP/r (Forte recommandation, grade B).
- L'EFV est contre-indiquée pendant le premier trimestre de grossesse, mais peut être utilisée, en cas de besoin, à partir du deuxième trimestre (Forte recommandation, grade C).
- La ddI ne doit plus faire partie d'une trithérapie antirétrovirale pendant la grossesse (Forte recommandation, grade B).

**Tableau IX :** Indications de la trithérapie antirétrovirale en fonction des différentes situations

Situations	Modalités préventives
<b>Femme débutant une grossesse sous traitement antirétroviral</b>	
- CVP indétectable	- Poursuivre le même traitement.
- CVP détectable	- Vérifier l'observance, refaire la CVP avant de procéder éventuellement à une modification du traitement initial.
- Dans les deux situations Arrêter ou éviter la prescription :	Arrêter ou éviter la prescription : - de l'EFV au cours du premier trimestre, - des associations : d4T+ddI et d4T+3TC.
<b>Femme débutant une grossesse en l'absence de traitement antirétroviral</b>	
- En présence d'indication maternelle des ARV	- Trithérapie dès que l'indication est établie. - Trithérapie à partir de 14 SA ou dès que
- En l'absence d'indication maternelle des ARV	possible chez les femmes qui consultent tard au cours de la grossesse.

<b>Femme enceinte non suivie et non traitée et/ou dont le diagnostic d'infection par le VIH a été tardif</b>	
- Diagnostic très tardif, pendant le travail - Femme présentant une co-infection VHB	- Initiation rapide d'une trithérapie antirétrovirale. - Césarienne programmée. - Renforcement du traitement du nouveau-né.
- Diagnostic très tardif, pendant le travail	- Perfusion d'AZT + dose unique de NVP + AZT/3TC pendant une semaine. - Accouchement par voie basse. - Césarienne non recommandée après la rupture de la poche des eaux. - Traitement intensif du nouveau-né.
<b>Situations particulières</b>	
- Femme présentant une co-infection VHB	- Ténofovir + 3TC ou FTC + IP/r - Sérovaccination du nouveau-né à la naissance
- Femme présentant une co-infection VHC.	- Respecter un intervalle de 4 mois (si traitement de la femme) ou 7 mois (si traitement de l'homme) entre l'arrêt de la ribavirine et la conception. - Césarienne programmée si charge virale VHC positive.
- Femme recevant un traitement antituberculeux	- Contre-indication des IP en association avec la rifampicine. - Eviter l'EFV, si indication formelle au-delà du 1er trimestre, prescrire une posologie de 800 mg/jour

- L'association de 3 INTI est à éviter au cours de la grossesse, en raison du risque additif de toxicité mitochondriale chez le fœtus (Forte recommandation, grade C).
- L'AZT et le 3TC doivent faire partie de la trithérapie, chaque fois que cela est possible (Forte recommandation, grade B).
- L'IP/r de choix est le lopinavir/r. L'atazanavir/r reste une alternative. (Forte recommandation, grade B).

### 2-1-3-Indication

Si la femme enceinte présente une indication aux ARV, la trithérapie anti-rétrovirale doit être initiée le plus tôt possible, dès le diagnostic de grossesse. Les indications et les modalités de la trithérapie antirétrovirale au cours de la grossesse figurent dans le tableau IX.

### 2-2-Suivi clinique et biologique d'une femme enceinte sous trithérapie antirétrovirale

**Tableau X : Suivi clinique et biologique d'une femme enceinte infectée par le VIH.**

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Suivi clinique de l'infection à VIH	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Suivi obstétrical	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Echographie fœtale	+ (12 SA)			+ (22 SA)			+ (32 SA)		
Numération des CD4	+			+			+		
Mesure de la CVP							+	+	+
+(36SA)									
Bilan biologique habituel	Lipase, bicarbonates, lactates et transaminases + si suspicion de signes de cytopathie mitochondriale.								
Bilan biologique en fonction de la situation	Examens selon la molécule prescrite : dosage des CPK et surveillance plus attentive de la NFS (AZT) ; amylasémie (si prise de ddI), triglycérides, créatininémie, glycémie à jeun et post-prandiale (IP), bilan hépatique (IP ou NVP).								
Dépistage du diabète	A 24 SA glycémie à jeun et post-prandiale. A chaque trimestre en cas de traitement incluant IP								
Antigénémie PP 65 ou PCR CMV	Si femme séropositive pour le CMV et taux des CD4 < 50/mm <sup>3</sup>								
Fond d'œil	Si femme séropositive pour le CMV et taux des CD4 < 50/mm <sup>3</sup>								
Dosage des IP	Uniquement en situation d'échec virologique.								
Test génotypique de résistance	Situation d'échec virologique avec réplication virale résiduelle sous ARV.								

## **2-3- Choix du mode d'accouchement**

---

Il repose sur la CVP maternelle réalisée à 36 SA. Lorsqu'elle est indétectable à 36 SA, l'accouchement par voie basse est recommandé, en l'absence de contre-indication obstétricale (Forte recommandation, grade B). Lorsqu'elle est détectable à 36 SA, le recours à une césarienne programmée à 38 SA est recommandé (Forte recommandation, grade B). Les indications de la césarienne au cours de l'infection à VIH sont :

- Indications obstétricales.
- Monothérapie par la zidovudine.
- CVP maternelle détectable à 36 SA.
- Prise en charge tardive.
- Co-infection VIH-VHC si charge virale VHC positive.

## **2-4- Prophylaxie pendant le travail**

---

La perfusion intraveineuse d'AZT est recommandée lorsque la CVP maternelle est détectable (Forte recommandation, grade B). La posologie préconisée comporte une dose de charge de 2 mg/kg en 1 heure dès le début du travail, puis une dose d'entretien de 1 mg/kg/h jusqu'au clampage du cordon pendant toute la durée du travail ou de la césarienne. Lorsque la CVP maternelle est indétectable, le bénéfice d'une perfusion intraveineuse d'AZT n'est pas démontré.

## **2-5- Réduction du risque de transmission mère-enfant**

---

Afin de réduire le risque de TME du VIH, il est recommandé de :

- Dépister et traiter les infections génitales et les IST,
- Rechercher et prévenir les facteurs de risque de l'accouchement prématuré,
- Éviter la rupture des membranes de routine,
- Proscrire au cours de la grossesse certains gestes associés à un risque accru de transmission du VIH (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie, décollement des membranes au doigt, mise de ballonnet, prostaglandines intra-cervicaux). En revanche, le forceps et l'épisiotomie ne modifient pas les taux de transmission du VIH. L'OMS recommande d'éviter le recours au forceps chez les femmes séropositives.
- Prendre certaines précautions lors d'un accouchement par voie basse comme la toilette vulvo-périnéale avant le premier toucher vaginal et le badigeonnage vaginal à la bétadine gynécologique avant chaque toucher et geste invasif.

## **2-6- Choix du mode d'allaitement**

---

L'allaitement maternel et l'allaitement mixte sont contre-indiqués. L'allaitement artificiel est recommandé dès la naissance (Forte recommandation, grade A). Pour les femmes issues de milieux défavorisés ou à faibles ressources, le lait artificiel est fourni gratuitement dans le cadre du programme national de PTME.