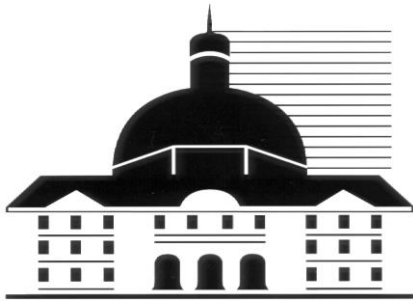




Grossesse et VIH: Prévention de la transmission périnatale du VIH, vers une élimination ?



Dr Roland Tubiana
SMIT Hôpital Pitié Salpêtrière Paris
6è congrès de la Société Algérienne d'infectiologie
Samedi 22 Novembre 2025



Accompagnement et programmation des grossesses + traitement/surveillance du VIH adaptés



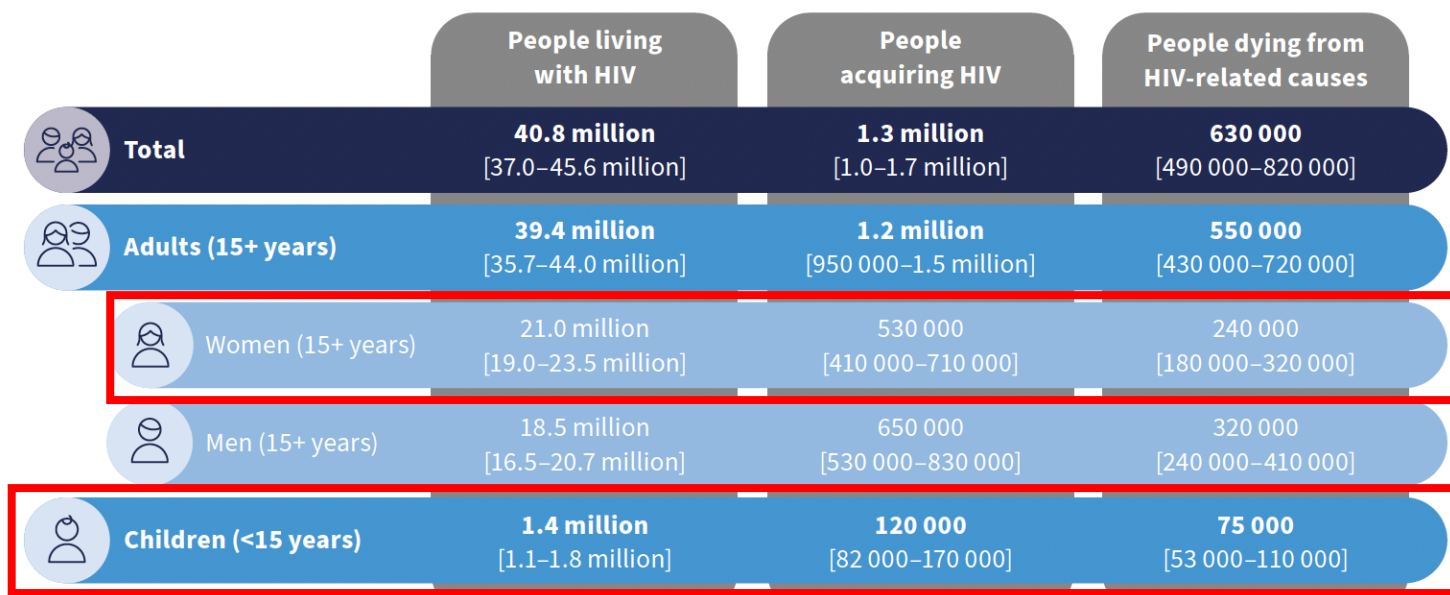
**Les femmes enceintes
doivent pouvoir bénéficier de
soins adaptés au bon moment**

English 中文 Español



95-95-95 : Le point 2025

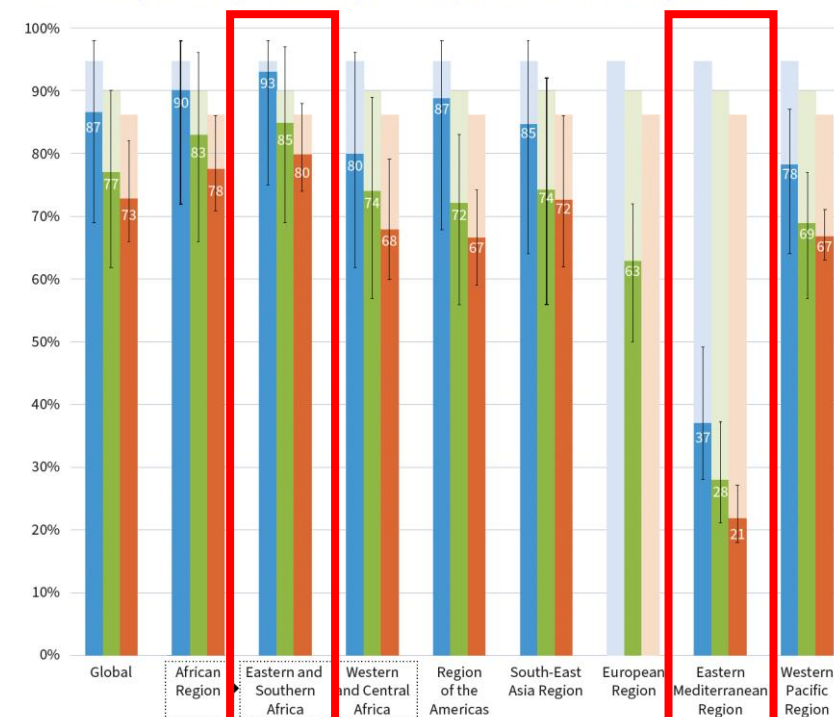
Fig 1. Summary of the global HIV epidemic, 2024



HIV statistics, globally and by WHO region, 2025

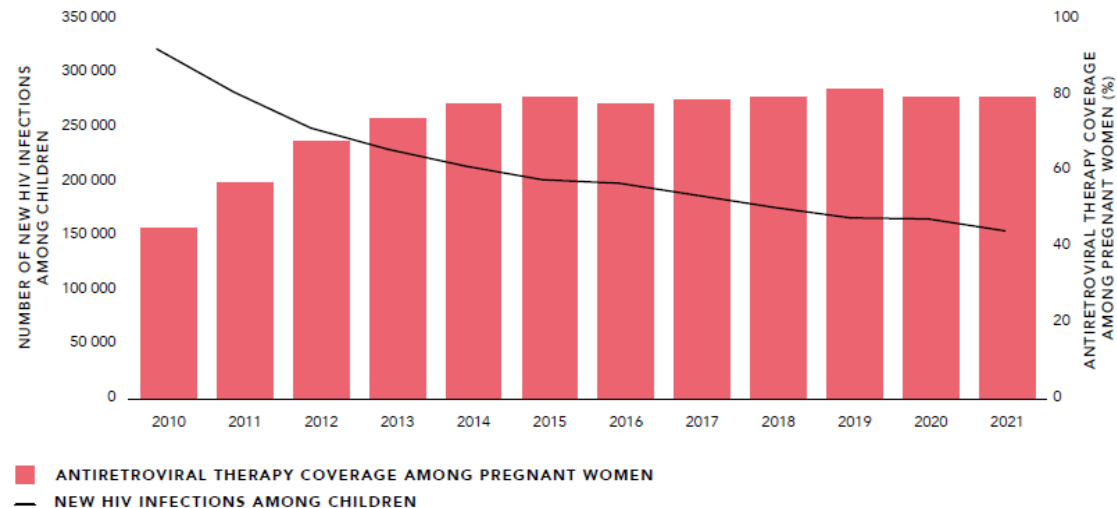
- Percentage of people who know their status among people living with HIV
- Percentage of people on ART among people living with HIV
- Percentage of people with suppressed viral load among people living with HIV

Fig 3. Progress towards achieving the HIV testing, treatment and viral load suppression cascades targets among people living with HIV, globally and by WHO region, 2024



Rappel épidémiologique 2022

- **1.3 millions de femmes identifiées infectées par le VIH enceintes/an**
- 91% résident en Afrique sub/Saharienne ,
- 80% ont accès aux ARV(60% à la conception)
- 40% des accouchements on lieu hors de structures de soin
- **130.000 (90.000- 210.000) enfants infectés VIH dépistés (1 enfant exposé/ sur 9)**
- Dont 80.000 au cours de l'allaitement



Grossesse + VIH = grossesse à risques

- **Décès maternels** : aOR 21.52 (95%CI : 12.96–35.72) (*Arab et al. Obstet Gynecol 2016*)
- **Accouchement prématuré** : augmentation retrouvée dans de nombreuses cohortes et dans un essai randomisé (trithérapie vs monothérapie AZT, *Fowler IMPAACT, NEJM 2016*)
- **En France taux de prématurité sous ARV = 15%** (*Sibiude et al, CID 2014, Warszawski et al, IAS 2017*)
- **Y a-t-il des moyens de prévention spécifiques ?**
 - Prématurité spontanée ou médicalement induite ? (*Mirochnick M. Antiretroviral Therapy and Adverse Pregnancy Outcomes in People Living with HIV. NEJM January 26, 2023*)
 - Progestérone 17aOH IM : pas de réduction de prématurité (*Price JT, Lancet HIV. 2021*)
 - Progestérone vaginale = essai en cours

Protéger les enfants des infections VIH/VHB/SYPHILIS

= Prévenir, dépister et traiter en amont de la grossesse les infections de la future

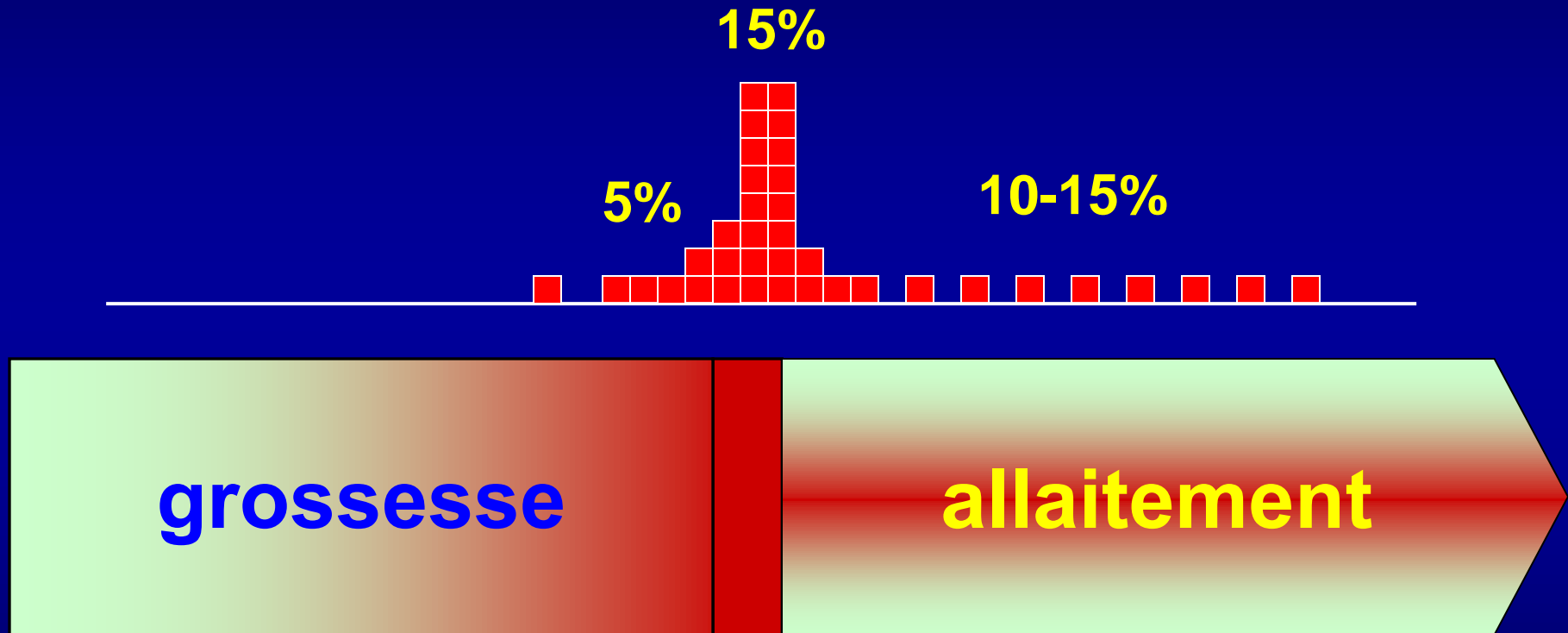
Mère et :

prévenir les grossesses non désirées

- Favoriser l'accès précoce aux consultations prénatales
- Dépister la femme et le conjoint (partenaire)
- Prep possible si VIH négative (Qs vulnérabilité)
- Evaluation/accompagnement et Traitement ARV immédiat si VIH positive
- Vacciner VHB si négative
- Traiter les IST si positive
- Dépister/traiter HPV et pathologies associés (condylomes et cancers)
- Expliquer la PEC en santé sexuelle globale , la grossesse est un bon moment pour débiter *les informations/ dépistages/traitements/ contraception etc ..*



Moments de la Transmission VIH (total 30 à 35% sans traitement)



Contexte Actuel/ Traitement des PVVIH et contrôle de la charge virale

1.1. Quels sont les objectifs du traitement antirétroviral dans le contexte d'un désir d'enfant et d'une grossesse ?

Le traitement antirétroviral (ARV) permet de réaliser trois objectifs dans le contexte d'un désir d'enfant et d'une grossesse :

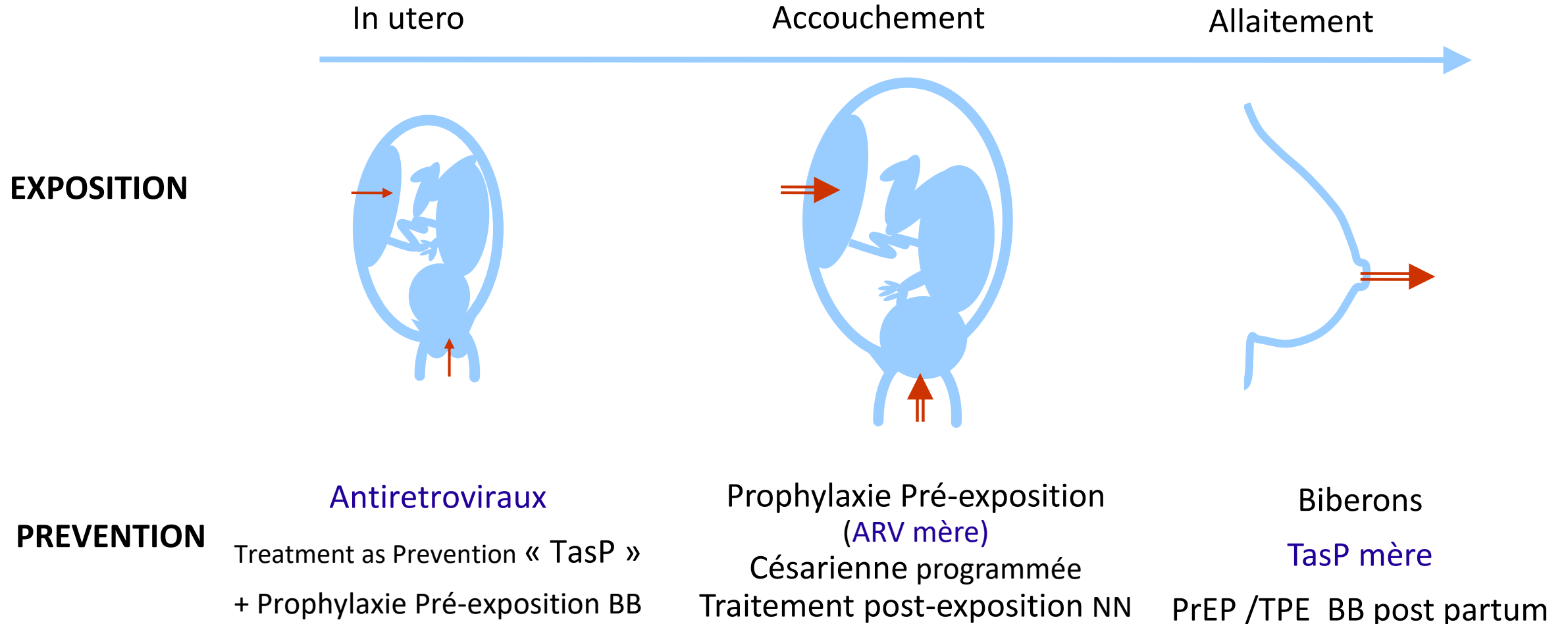
- Préserver la santé de la PVVIH. (Grade A)
- Supprimer le risque transmission sexuelle dans le couple. (Grade A)
- Supprimer le risque de transmission mère-enfant (TME). (Grade A)

4 objectifs :

- la santé à long terme de la femme (AI)
- la prévention de la transmission dans le couple ou TasP (AI)
- Apaisement de la sexualité
- la réduction optimale du risque de TME



Lignes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH



Prise en charge obstétricale

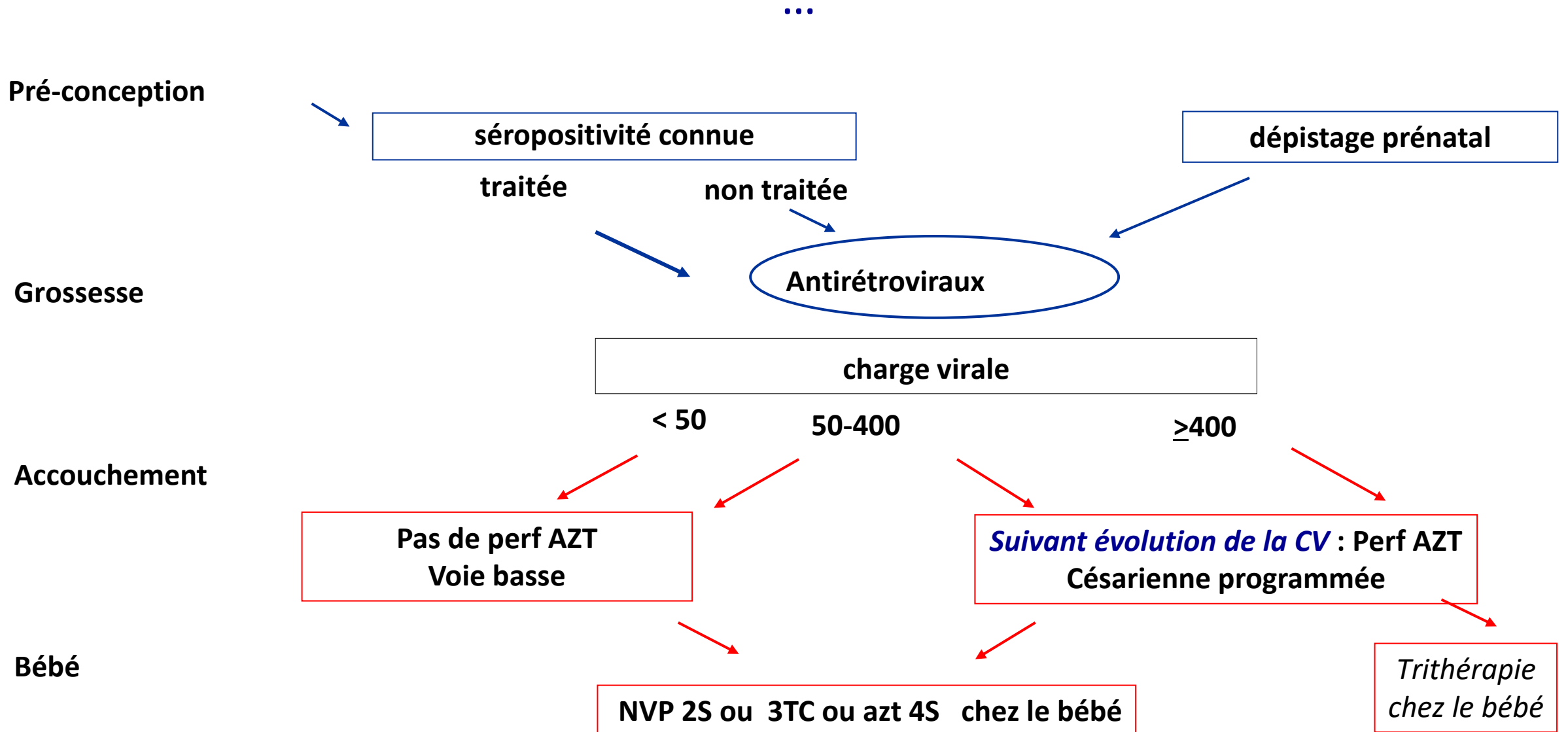
- Situation optimale : patiente traitée avant la grossesse et CV maintenue < 50 copies/mL : **prise en charge identique à la population générale +**

- Lorsque la charge virale maternelle est <50 copies/mL, suivre les indications hors-VIH pour la réalisation d'une amniocentèse, biopsie de trophoblaste, cerclage, version par manœuvres externes, pour les ruptures prématurées des membranes, le déclenchement du travail et les manœuvres obstétricales
- Éviter les prélèvements et capteurs au scalp.

- La voie d'accouchement dépend de la CV réalisée vers 36 SA
 - CV < 50 copies/mL → voie basse.
 - CV > 400 copies/mL → césarienne programmée à 38 SA
 - CV entre 50 et 400 copies : décision au cas par cas, idéalement en RCP
 - Et en cas de CV non contrôlée et de travail spontané avant 38 SA ?
 - Travail avancé : pas de césarienne ; → Rupture des membranes sans travail : césarienne

- Perfusion de ZDV ? Simplification !
 - Seule indication : CV > 50 copies à l'accouchement

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH: *Recos HAS 2024*



Zéro transmission en succès virologique cohorte périnatale française 2000-2017 (Sibiude et al CID 2022)

ARV avant la conception + succès
virologique à l'accouchement, sans
allaitement : **transmission 0 / 5482**

> Clin Infect Dis. 2022 Aug 29;ciac703. doi: 10.1093/cid/ciac703. Online ahead of print.

Update of Perinatal HIV-1 Transmission in France: zero transmission for 5482 mothers on continuous ART from conception and with undetectable viral load at delivery

Jeanne Sibiude¹, Jérôme Le Chenadec², Laurent Mandelbrot¹, Alexandre Hoctin²,
Catherine Dollfus³, Albert Faye⁴, Eida Bui⁵, Emmanuelle Pannier⁶, Jade Ghosn⁷,
Valerie Garrait⁸, Véronique Avettand-Fenoel⁹, Pierre Frange¹⁰, Josiane Warszawski¹¹,
Roland Tubiana¹²

Mères Non traitée : 192

taux de transmission = 16/192 = 8.33%

Viral load near delivery (cp/mL)	All time periods N=6316	
	Perinatal transmission rate	
	% (95% CI)	n/N
< 50	0.00 (0.00 - 0.07)	(0/5247)
<lower limit of quantification	0.00 (0.00 - 1.56)	(0/235)
50 - 399	0.20 (0.01 - 1.10)	(1 / 504)
>= 400	2.42 (1.05 - 4.72)	(8 / 330)



U=U
Undetectable = Untransmittable

?

Effets bénéfiques et protecteurs de l'allaitement indiscutables Vs risque de transmission du VIH

Caractéristiques biologiques et épidémiologiques du VIH-1 transmis par l'allaitement maternel

Événement	Caractéristique virale et facteurs de risque
Mode d'excrétion du virus dans le lait	Cellules infectées et particules virales libres
Taux de portage dans le lait maternel (PCR)	ADN viral: >60 % ARN viral détectable en présence de TARV maternel (au moins 1 échantillon à >50 copies/ml à un moment quelconque de l'allaitement): 73% (ref 10)
Taux de transmission à l'enfant par allaitement maternel	En absence de prévention : 0,74 à 1,25 % par mois d'allaitement (ref 8) En cas de TARV maternel suppressif : 0,2 % par mois d'allaitement (ref 11) En cas de PrEP administré à l'enfant : 0,06-0,13% par mois d'allaitement (ref 14)
Facteurs de risque pour la transmission par l'allaitement maternel, en l'absence de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Durée d'allaitement - Sévérité de l'immunodéficience maternelle - Introduction précoce d'un aliment de sevrage (allaitement mixte) - Charge virale (ARN VIH) dans le lait et le plasma maternel - Charge provirale (ADN viral total) dans le lait - Absence d'IgM et/ou de sIgA spécifique du VIH-1 dans le lait - Absence de lymphocytes T cytotoxiques spécifiques du VIH-1 dans le lait - Inflammation mammaire (mastite clinique et sub-clinique, engorgement, abcès mammaire)

D'après / Pr Philippe Van De Perre

Allaitement maternel et risque de transmission

- Transmission en cas de charge virale plasmatique < 50 copies/mL

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

Maternal Antiretroviral Therapy for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 Infection: A Randomized Controlled Trial

Marina Giuliano^{1*}, Mauro Andreotti²,
Maulidi⁵, Sandro Mancinelli^{2,3}, Ersi
Susanna Ceffa^{1,3}, Stefano Vella¹, L



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

N=2

JAIDS
JOURNAL OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME

Antiretroviral Therapy and Breastfeeding in Rural Tanzania

Authors: R.L. Shapiro, M
Moffat, M.B., Ch.B., M.P.
Affiliations
Published June 17, 2010

”
Cite

<
Share

★

N=2

THE LANCET
HIV

This jour
N=1

CLINICAL S

Assoc
Perin
in the
72 weeks post-part
pregnancy (DolPHI
Flynn, Patr
Thokozile R Malaba, MPH^b · Ir
Helen Reynolds, MPhilⁱ · et al.

JAIDS
JOURNAL OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME

Articles & Iss
N=0

For Authors
Journal Info

”
Cite

<
Share

★

CLINICAL SCIENCE

**Brief Report: No HIV Transmission From Virally
Suppressed Mothers During Breastfeeding in Rural
Tanzania**

Luoga, Ezekiel MD^{*}; Vanobberghen, Fiona PhD^{†‡}; Bircher, Rahel MD^{†‡}; Nyuri, Amina BSc^{*}; Ntamatungiro, Alex J.

- Pays du nord : aucun cas de transmission mais seulement 100-200 cas de femmes allaitantes (Crisinel Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2023 Levison CID 2023. Prestileo Infect Dis Rep 2022 Bansaccal Front Pediatr 2020 Weiss JAIDS 2022. Francis JAIDS 2022)

Conditions pour l'allaitement maternel (HAS 2024)

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1^{er} trimestre de grossesse
- Historique de suivi régulier, d'observance optimale au traitement ARV et aux visites
- Charge virale maternelle <50 copies/mL avec au moins 6 mois de contrôle virologique
- Engagement de suivi renforcé pendant toute la durée de l'allaitement au sein
- Capacité de l'équipe de réaliser l'accompagnement de la mère et de l'enfant.

En pratique, avant la naissance :

- Aborder la question dès le début du suivi, y compris chez les femmes pour qui l'allaitement sera déconseillé
- Revoir avec la patiente l'allaitement des autres enfants : découverte d'allaitement caché
- **Expliquer à plusieurs reprises** au cours des consultations de suivi :
 - Les données rassurantes qui existent sur l'allaitement dans les conditions optimales
 - Le concept du « zéro transmission » démontré uniquement en l'absence d'allaitement
 - Les contraintes associées au choix de l'allaitement maternel
- Consultation avec le pédiatre qui suivra l'enfant après la naissance
- **Tracer la décision dans le dossier**

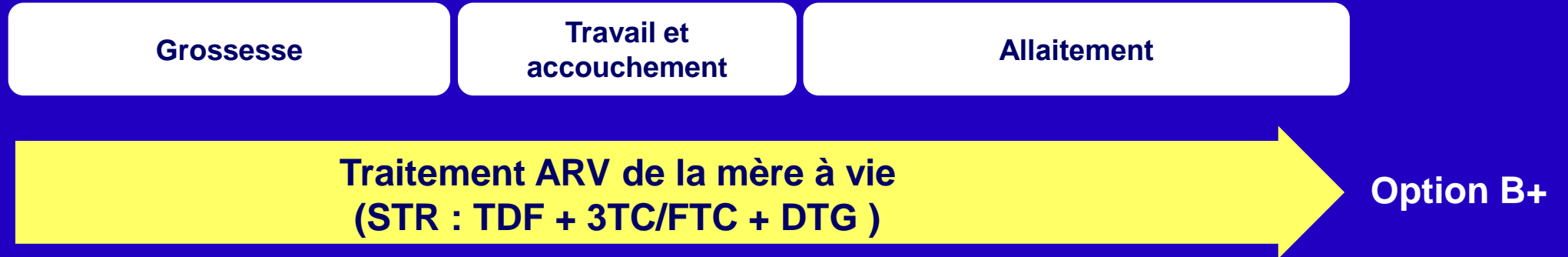
Prise en charge en cas d'allaitement maternel

Traitement prophylactique chez le nourrisson en cas d'allaitement au sein

- Il est proposé de poursuivre la prophylaxie du nourrisson pendant toute la durée de l'allaitement et jusqu'à 15 jours après son arrêt définitif
 - La NVP est à utiliser en 1^{re} intention chez l'enfant de mère vivant avec le VIH-1.
-
- Charge virale plasmatique mensuelle chez la mère, en précisant le lieu des prélèvements et les coordonnées de l'infectiologue et du pédiatre auxquels envoyer les résultats
 - Suivi postnatal renforcé avec PCR ARN et ADN VIH de l'enfant à M1, M3, M6, puis tous les 3 mois jusqu'à 3 mois après le sevrage complet
 - En cas de mastite ou d'abcès, traiter la complication, tirer le lait et le jeter jusqu'à guérison. L'allaitement reste possible avec le sein non atteint
 - Suspendre l'allaitement maternel immédiatement en cas d'ascension de la charge virale plasmatique >50 copies/mL (>40 copies/ml pour VIH-2) ; Contrôler sans délai pour discuter de l'éventuelle reprise de l'allaitement maternel selon les résultats
 - Limiter la durée de l'allaitement et ne pas dépasser 6 mois
 - Allaitement exclusif conseillé dans les premiers mois, avec prescription de compléments de lait artificiel possibles si nécessaire ; diversification alimentaire à partir de 6 mois

PTME :

Qu'est-ce que l'option OMS B+ ?



- Dans l'option B, un traitement ARV suppressif est proposé à la mère pendant la grossesse et poursuivi jusqu'à la fin de l'allaitement
- Dans l'option B +, ce traitement n'est jamais arrêté et il est recommandé d'utiliser un schéma en 1 cp par jour avec efavirenz initialement **Et maintenant avec Dolu/Teno/Lam**
- Gros progrès depuis 2014 (plus de 35 Pays) mais nécessite dépistage efficace et suivi des mères et des enfants avec Charges virales pour évaluer les traitements et leurs effets

Recommandations OMS 2016-2019 pour le traitement universel du VIH1 (puis ok grossesse en 2021)

Dolutégravir de première intention, même chez les femmes susceptibles de débuter une grossesse

Table 1. Preferred and alternative first-line ART regimens

Population	Preferred first-line regimen	Alternative first-line regimen	Special circumstances
Adults and adolescents	TDF + 3TC (or FTC) + DTG ^a	TDF + 3TC + EFV 400 mg ^b	TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg ^b AZT + 3TC + EFV 600 mg ^b TDF + 3TC (or FTC) + PI/r ^b TDF + 3TC (or FTC) + RAL TAF ^c + 3TC (or FTC) + DTG ABC + 3TC + DTG ^a

ARV et grossesse : recommandations comparées 2024/2025

	France HAS <u>2024</u>	USA Janvier 2024	British HIV 2020	EACS <u>Nov 2023</u>
NRTI systématiques	TDF/FTC ABC/3TC TAF/FTC	TDF/FTC TAF/FTC ABC/3TC	TDF <u>ou</u> ABC + FTC <u>ou</u> 3TC	TDF/FTC TAF/FTC <u>ou alt</u> ABC/3TC
Association préférée	DTG ou DRV/r (600/100x2)	DTG, DRV/r (600/100x2)	EFV, ATV/r	DTG RAL 400x2 DRV/r 600/100x2
Alternatives	RAL (400x2) RPV ATV/r	BIC RAL EFV ou RPV ATV/r	RPV, RAL 400x2 DRV/r 600/100x2, DTG (+ <u>ac</u> folique)	RPV, EFV ATV/r
Données insuffisantes, à éviter	BIC CAB DOR LEN <u>Maraviroc</u>	DOR CAB-LA RPV –LA IBA et LEN	EVG/c TAF au 1e trimestre	DOR BIC CAB
Déconseillés	COB triple NRTI	COB, EVG/c, ATV/c, DRV/c LPV/r <u>Etravirine, Maraviroc, T-20</u>	COB <u>IP monothérapie</u> (<u>ZDV monothérapie</u> + césarienne possible)	COB, EVG/c RAL 1200 mg <u>qd</u> LPV/r AZT
Contre-indiqués	EFV au 1e trimestre EVG/C	DDI, D4T, triple NRTI, NVP en initiation	DDI, D4T, triple NRTI, NVP en initiation	DDI, D4T, triple NRTI, NVP en initiation

Antirétroviraux à éviter pendant la grossesse...

Evolutif suivant les nouvelles données (HAS 2024)

- ARV pour lesquels il n'existe pas à ce jour de données de sécurité suffisantes pour la grossesse : Bictegravir, cabotegravir, doravirine, etravirine, fostemsavir, lenacapavir, ainsi que toute molécule en attente d'AMM
- ARV pour lesquels il existe des signaux indiquant un risque de toxicité pour l'enfant : Efavirenz, zidovudine (sauf perfusion à l'accouchement)
- ARV exposant à un sous-dosage pendant la grossesse sans possibilité d'adaptation de posologie : Elvitegravir/cobicistat ou toute autre utilisation du cobicistat
- ARV injectables faute de données pharmacologiques et en l'absence de données de sécurité concernant le cabotegravir.

- **Comment adapter le traitement chez une femme déjà traitée ?**

- Adapter le traitement ARV en **pré-conceptionnel** de préférence
- En cas de grossesse chez une femme déjà traitée, **poursuivre le traitement, sauf s'il comporte des ARV déconseillés** pendant la grossesse, auquel cas discuter l'option de modifier le traitement, sans l'interrompre

3.8. Quelle est la conduite à tenir en cas d'échec virologique pendant la grossesse ?

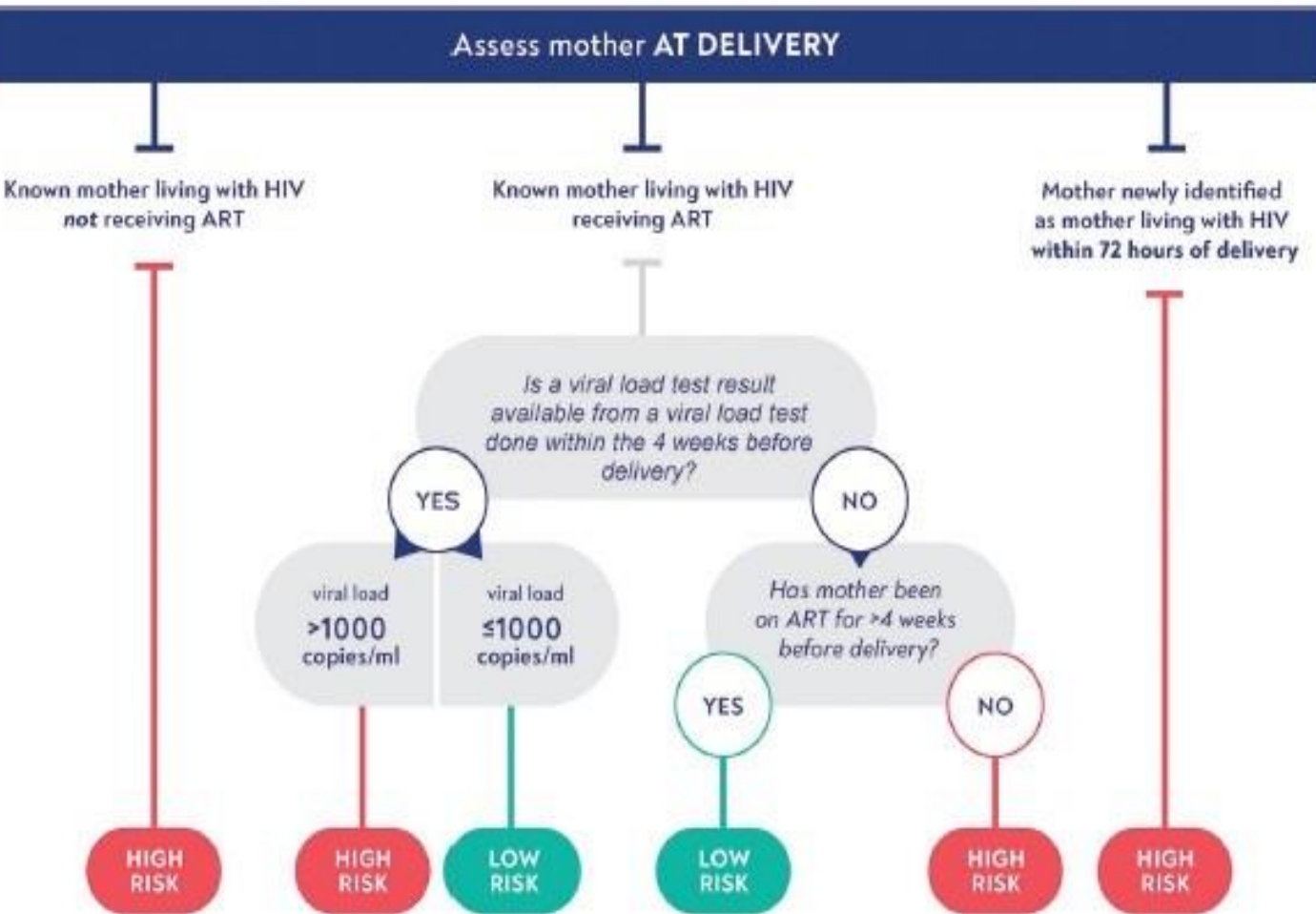
L'échec virologique comporte un risque de transmission mère-enfant, donc une attitude active est nécessaire en cas de découverte d'une charge virale maternelle >50 copies/mL:

- Un contrôle de l'ARN VIH plasmatique doit être réalisé au plus tard dans les 2 semaines pour différencier un échec virologique d'un simple blip. (AE)
- Les causes d'échec virologique doivent être analysées avec la patiente, comme en dehors de la grossesse : observance, tolérance, génotypage de résistance, dosages pharmacologiques (interactions médicamenteuses, supplémentation en minéraux, kaolin). (AE)
- Si le traitement doit être intensifié, tous les ARV peuvent être utilisés, la priorité étant le contrôle virologique. La décision doit être prise en RCP. (AE)

- La surveillance doit être rapprochée, d'autant plus que le terme de la grossesse est proche. (AE)
- Une surveillance à domicile ou une hospitalisation peuvent être envisagées. (AE)

Quelle(s) stratégie(s) pour les nouveaux nés.

Stratégie OMS actuelle



High-risk infants
=
12 semaines de
prophylaxie NVP si
VIH1

Low risk = 6 semaines
De prophylaxie NVP si VIH1

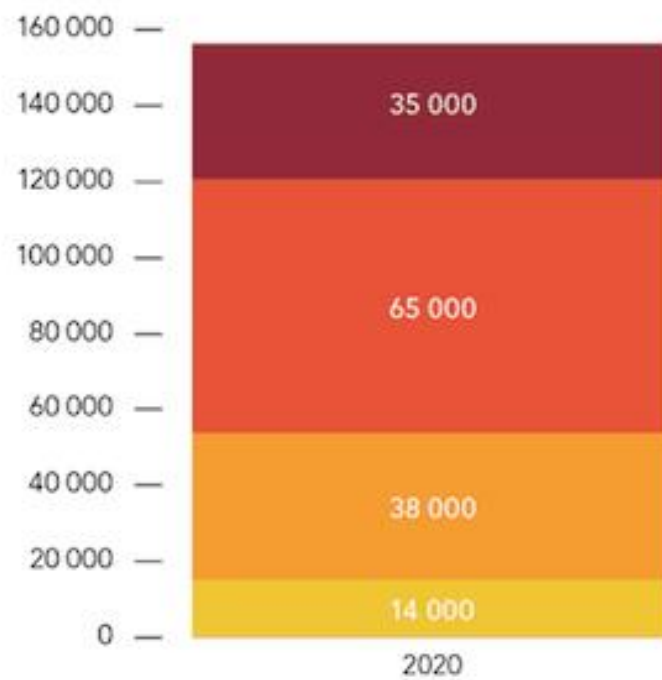
7.3. Quelles sont les indications et dans quel délai doit être introduit une prophylaxie postnatale chez le nouveau-né de mère VVIH-1 ?

- Une prophylaxie postnatale doit être débutée chez tous les nouveau-nés de mères VVIH-1 quel que soit le risque de transmission. (Grade A)
- Ce traitement doit débuter le plus tôt possible. (Grade A)
- Les modalités de ce traitement doivent être anticipées au cours de réunions pluridisciplinaires pendant la grossesse et réadaptées le jour de l'accouchement si besoin. (AE)

7.4. Quelle prophylaxie postnatale choisir chez le nouveau-né à terme dans le scénario optimal ou à faible risque d'infection VIH-1 ?

- Chez le nouveau-né à terme dans le scénario optimal ou en situation de faible risque d'infection VIH-1, il est recommandé d'utiliser la NVP en première intention (voir Tableau 3). (Grade B)
- Dans le scénario optimal, un antécédent de mutation de résistance du virus maternel ne justifie pas de modifier le choix de la NVP. (AE)
- Dans les situations à faible risque, un antécédent de mutation de résistance du virus maternel aux INNTI justifie d'envisager un choix alternatif, en premier lieu la 3TC (en l'absence de mutation de résistance M184V) ou la ZDV. (AE) En cas de multirésistance du virus maternel, une discussion multidisciplinaire avec un centre expert devra être proposée. (AE)

Nouvelles infections verticales au VIH par cause de transmission, dans le monde, en 2020



- La mère a contracté le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement
- La mère n'a pas reçu de thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'allaitement
- La mère n'a pas poursuivi sa thérapie pendant la grossesse ou l'allaitement
- La mère suivait une thérapie antirétrovirale, mais sa charge virale n'était pas indétectable

Source : estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Les causes évitables de transmission Périnatale du VIH en 2020 (n= 150.000)

ETME VIH : On sait ce qu'il faut faire ...

C'est l'application sur tous les lieux de PEC qui est le challenge mondial

1. Dépister le plus tôt possible et optimiser le traitement et la prise en charge des nourrissons, enfants et ados
2. Combler l'écart de traitement pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH afin d'éliminer la transmission verticale
3. Prévenir les nouvelles infections au VIH chez les adolescentes et les femmes enceintes et allaitantes
4. Lutter pour les droits, l'égalité des sexes et la suppression des obstacles sociaux et structurels qui entravent l'accès aux services.

Tribune

Médecine et Santé Tropicales 2012 ; 22 : 238-245

Passer de la prévention de la transmission
mère-enfant du VIH à son élimination
avant 2015 : un objectif irréaliste ?
Enjeux sociaux au Sénégal

*Moving from Prevention to Elimination of Mother-to-Child transmission of
HIV before 2015, an unrealistic objective? Social stakes in Senegal*

Desclaux A.¹, Sow K.², Mbaye N.³, Signaté Sy H.⁴

¹ Institut de recherche pour le développement, unité TransVIHMI, BP 1386, Dakar, Sénégal

² Institut de recherche pour le développement, unité TransVIHMI, université Aix-Marseille, France

³ Association Synergie pour l'enfance, Pikine, Sénégal

⁴ Centre hospitalier pour enfants Albert-Royer, université Cheikh-Anta-Diop, Dakar, Sénégal

***La meilleure prévention pour le BB serait
d'éviter l'infection de la future Mère !***

RESEARCH

Open Access



Adherence to option B + antiretroviral therapy and associated factors in pregnant and breastfeeding women in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis

Lucesse Corine Fassinou^{1,2*}, Diane Songwa Nkeunang², Thérèse Delvaux³, Nicolas Nagot⁴ and Fati Kirakoya-Samadoulougou²

72.3% = insuffisant pour ETME VIH
61% en post partum!
Poids de: secret et isolement

- .42 études , 15 pays,n= 15158 et 2012/2022
- .Observance poolée **72,3%**
- .75.7% pdt grossesse et **61% pdt allaitement !**

. Facteurs associés Adhésion/rétention B+ (OR) = Cible des interventions à mener

- Support dans le soin (3.19) (ex: Mothers mentor programs)
- Counselling (3.97)
- Connaissance sur TME VIH (2.7)
- ARV débuté tôt/stade VIH (2.22)
- Niveau éducation (2.25)
- Partage du diagnostic partenaire et famille (1.74)
- Milieu Urbain vs rural (1.75)

CONTACT

UNAIDS

Charlotte Sector

sectorc@unaids.org

CONTACT

The Global Fund

Ann Vaessen

ann.vaessen@theglobalfund.org

CONTACT

UNICEF

Sara Alhattab

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Des leaders africains s'unissent et s'engagent à mettre fin au sida pédiatrique

DAR ES-SALAAM, le 1er février 2023— Des ministres et des émissaires de douze pays africains ont pris des engagements et ont présenté leurs stratégies pour mettre fin au sida chez l'enfant d'ici 2030. Des partenaires internationaux ont expliqué la manière dont ils aideront ces pays à mettre en œuvre leurs programmes. Ces derniers ont été publiés lors de la première rencontre ministérielle de l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants.

Cette conférence organisée par la République unie de Tanzanie est un pas en avant en vue de garantir l'accès à un traitement vital pour tous les enfants séropositifs, mais aussi pour que les bébés nés de mères séropositives ne soient pas contaminés par le VIH. L'Alliance s'efforcera d'encourager les progrès au cours des sept prochaines années, afin de respecter l'objectif 2030 en matière de VIH.

- 1) Accès au dépistage
- 2) Traitement ARV optimisé pour les enfants exposés au VIH
- 3) Amélioration de la qualité des soins incluant :
 - un monitoring de la Charge virale
 - Un traitement ARV optimisé pour les femmes enceintes et allaitantes infectées par le VIH

[The Lancet HIV. Declaration commits to ending AIDS in children. Lancet HIV 2023; 10: e209.](#)

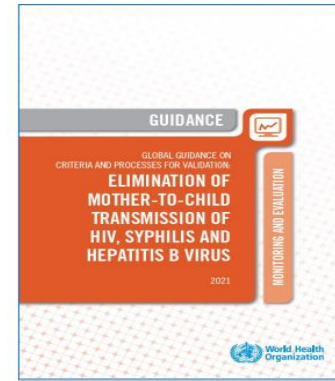
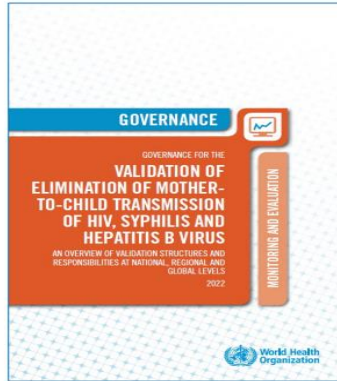
THE GLOBAL ALLIANCE TO END AIDS IN CHILDREN



Propositions

- Dépistage : **Apaisé** (pour protéger l'enfant) , par équipes **formées et motivées** , à tout moment de la grossesse et de l'allaitement (+ VHB et syphilis)
- Aide de l'entourage et des communautés : **Stigmatisation, Secret, Isolement** .
- Dépistage futurs **Pères**
- ARV : **délégation de taches**
- **Organisation** claire des parcours pour Mère/Enfant et équipes de soin
- Accessibilité des Traitements ARV simplifiés recommandés
- Accessibilité à l'évaluation virologique en temps réel (Point of care)
- Allaitement protégé ARV mère et enfants ou artificiel exclusif

Triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis



- 150 000 enfants naissent avec le VIH dont près d'un tiers en Afrique de l'Ouest et du Centre.
- La syphilis est responsable de plus de 600 000 syphilis congénitales et de nombreuses complications (143 000 décès fœtaux précoces et mort-nés, 61 000 décès néonataux, 41 000 naissances prématurées ou d'un poids insuffisant).
- L'hépatite B est responsable de 820 000 décès. Les régions d'Afrique et d'Asie du Sud-Est représentent 83% des nouvelles infections par VHB. L'infection des nouveau-nés est la cause principale des infections chroniques à l'origine de cirrhoses et de Carcinomes Hépato-Cellulaires.

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021.

Triple élimination de TME du VIH, hépatite B et syphilis (1/3)

- Initiative de l'OMS qui vise à réduire le nombre de nouvelles infections du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis (indicateurs pour valider l'élimination de la TME du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis)
- Approche intégrée qui combine des interventions de prévention primaire, secondaire, traitement, soins et soutien pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles
- Cible sont les femmes enceintes, les mères et les enfants exposés ou infectés par le VIH, l'hépatite B ou la syphilis

Services essentiels de la triple eTME

- Dépistage du VIH, de la syphilis et du VHB
- Interventions pour traiter les femmes dont le test est positif et pour prévenir la transmission des 3 maladies à leur enfant
- Suivi des nourrissons exposés (la dose de vaccin contre le VHB à la naissance)
- Alimentation optimale du nourrisson
- Traitement et des soins à vie pour les mères vivant avec le VIH ou éligibles à un traitement contre le VHB ou la syphilis

Défis pour l'attente de l'élimination des 3 maladies

- . Améliorer la qualité de la prise en charge maternelle avec une approche globale (horizontale) et non verticale
- . Améliorer la qualité des services de santé de la reproduction
- . Renforcer la prévention primaire
 - . Sensibilisation
 - . Accès aux méthodes de prévention
 - . Approche plus préventive que médicale (ARV, Vaccins)
- . Continuer le plaidoyer : plus de ressources humaines, financières et logistiques

Take Home message...

- Nous avons un **modèle efficace** de contrôle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Il utilise les Concepts de TASP, PREP et PEP et option B+ (Mère et enfant) Au Nord comme au Sud
- Il implique un dépistage VIH de toutes les femmes et de leurs partenaires
- **Ses limites sont celles des traitements ARV** :, Accès aux soins, aux traitements, à l'éducation , à la surveillance de la mère et de son enfant ..
- Les soins préconceptionnels et pré-nataux sont fondamentaux ainsi que la PEC des autres infections par TME (ex: triple élimination..)
- La suppression virale au long cours nécessite une surveillance de l'observance , la tolérance et de l'efficacité par un suivi de la charge virale (POC)
- **Une prise en charge multidisciplinaire** de la mère et l'enfant est nécessaire pour optimiser les résultats



Merci à *la Société Algérienne d'infectiologie*
Merci à *toutes et tous*
Il reste du chemin mais cela vaut la peine...

Comment évaluer les risques associés aux ARV ?

- **Prématurité : risque établi – multithérapies, début avant la conception, LPV/r** (Fowler CROI 2015, Powis AIDS 2016, Eke NEJM 2023, Sexton HIV Med 2023)
- **Toxicité hépatique réversible – IP** (Sibiude JAIDS 2019)
- **HTA gravidique et diabète gestationnel : études contradictoires** (Mandelbrot AIDS 2023)

- **Passage transplacentaire** (Else Antivir Ther 2017, Pencole AIDS 2020)
- **Tératogénicité : données plutôt rassurantes – EFV** (Sibiude PloS Med 2014, Zash JAIDS 2020) **et DTG** (Zash NEJM 2018, Zash IAS 2021)
- **Petit poids de naissance : non retrouvé en France** (Briand AIDS 2009), **mais décrit dans d'autres cohortes** (Sofeu Plos One 2014, Portwood AIDS 2023)

- **Perturbations biologiques à la naissance : anémie – ZDV** (Dollfus PIDJ 2022) ; **surrénales – LPV/r** (Simon JAMA 2011); **densité osseuse – TDF** (Siberry CID 2015)
- **Perturbation à long terme : Dysfonction myocardique – AZT** (Sibiude CID 2015, Lipschultz JACC 2011); **risque de cancer – DDI** (Hleyhel Environ Mol Mut 2019)
- **Troubles du comportement, problématique neuro-cognitive : résultats contradictoires, plutôt EFV et DDI** (Williams Lancet 2020, Crowell AIDS 2020) **mais DTG aussi sous surveillance** (Foster Pharmaceuticals 2022)

Suivi de grossesse

Suivi clinique

- Suivi obstétrical mensuel/ suivi infectio à adapter
- Suivi de grossesse à risque (prématurité) mais pas de traitement préventif
- Evaluation de l'observance thérapeutique
- Evaluation sociale
- Conjoint : Informé ? (statut?)
- Evaluation psychologique
- Confidentialité du statut VIH
- Proposer associations de patientes
- **Hospitalisation non systématique** mais peut être un moyen d'optimiser la prise en charge de ces différents paramètres

Suivi biologique – Bilan initial

- Bilan de de grossesse identique à la population générale
- GAJ et HGPO si traitement par INI ou IP/r
- Bilan pré-thérapeutique (cf CAT hors grossesse)

Suivi mensuel

- Charge virale ARN VIH plasmatique
- NFS plaquettes
- ASAT, ALAT

Situation particulière

- Dosage plasmatique des ARV si vomissements, ascension CV
- systématique pour certains ARV (INI, RPV, DOR, toute bithérapie, grossesse survenant sous CAB LP + RPV LP)

Réunion de concertation pluridisciplinaires

- Associant obstétriciens, sage-femmes, infectiologues, virologues, pédiatres, assistantes sociales, psychologues...
- Permettent de tracer dans le dossier les décisions multidisciplinaires concernant la voie d'accouchement et les mesures associées, le traitement de la mère et de l'enfant, le mode d'allaitement

Nouvelles recommandations HAS 2024

Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - LABEL - Mis en ligne le 31 mai 2024



- **Objectif : Réactualisation des recommandations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) concernant la contraception, le désir d'enfant, la grossesse et la prévention de la transmission mère-enfant**
- Groupe multidisciplinaire
- Evaluation de la qualité de la preuve
- Travail jusqu'à obtention d'un consensus du groupe

Auteurs

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes - pilote du groupe Grossesse VIH

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Cécile Brunet-Cartier, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Mme Hélène Pollard, association Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr Jeanne Sibuide, gynécologue-obstétricienne, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Mme Aminata Sinon, anthropologue, association Ikambere

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone, Marseille

Mme Eva Sommerlatte, association Comité des familles, TRT-5 CHV

Mme Nadine Trocme, psychologue, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris - pilote du groupe Traitement ARV de l'enfant

Dr Fanny Alby-Laurent, Pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Camille Brehin, Pédiatre, CHU de Toulouse

Dr Catherine Dollfus, Pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Mme Hélène Pollard, association Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr Véronique Reliquet, infectiologue, CHU de Nantes

Dr Camille Runel-Belliard, pédiatre, CHU de Bordeaux

Mme Nadine Trocme, psychologue, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris