

	<b>Prise en charge d'un nouveau-né de mère HIV+</b>		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	<a href="http://www.rp2s.fr">www.rp2s.fr</a> Protocoles	Mise à Jour du <b>29/09/2016</b>
Validation : Comité scientifique RP2S 29 sept 2016			

**Sources :**

Rapport Morlat 2013 + actualisation 2015.

Lien : <http://cns.sante.fr/dossiers/groupe-dexperts-pour-la-prise-en-charge-des-pvvh-actualisation-2015-2/>

**Objet :**

Ce document décrit le traitement prophylactique à instaurer et les prélèvements diagnostiques à effectuer pour les nouveau-nés de mère HIV+ en distinguant les mères au bénéfice d'un traitement optimal et celles avec un risque de transmission augmenté.

**Services concernés :**

Bloc obstétrical, Suites de couches, Néonatalogie, Laboratoire de Virologie, Service des Maladies Infectieuses.

### En anténatal

Prévenir le pédiatre en charge de la maternité, afin d'établir les prescriptions anticipées (bilans et traitement en fonction du poids).

Faire le lien avec l'infectiologue qui suit la patiente.

### En salle de naissance

Le pédiatre sera informé sans urgence.

- Le pédiatre procèdera à un examen clinique complet dans les premières 24h : rechercher une hépato ou splénomégalie.
- Le traitement pourra être débuté avant l'examen du pédiatre (prescription préparée en anténatal).

Pour la sage-femme (SF) :

1. Informer le pédiatre d'éventuelles addictions associées, de la prise récente éventuelle de toxiques, et des sérologies.
2. Le liquide gastrique (bactériologie) ne doit pas être prélevé de manière systématique : en cas de risque infectieux associé, le prélèvement s'effectue avec précautions pour éviter les traumatismes muqueux.
3. **Informez la mère que l'allaitement maternel reste contre-indiqué.**
4. Bain antiseptique inutile

Bilan sanguin en salle de naissance non nécessaire :

- Cas particulier : dosage bilirubine recommandé si traitement maternel par Atazanavir et/ou Raltégravir

### TRAITEMENT NEONATAL

#### Débuter le traitement du nouveau-né au plus vite dans les 12 première heures (au mieux < H6)

Pas de nécessité de passage en néonatalogie systématique.

Dans tous les cas :

- Durée de traitement : 30 jours
- Dosage de Zidovudine (Retrovir®) à J4 chez tous les prématurés ou si poids de naissance < 1000g pour adaptation des doses
- Dilution au 1/10<sup>ème</sup> de la Zidovudine PO dans le lait chez tous les prématurés (risque : augmentation de la fréquence des entérocolites ulcéronécrosantes).

#### Adaptation des posologies :

- posologies basées sur le poids de naissance sans augmentation des doses ultérieurement.
- chez prématurés et PN < 1000 gr : adaptation de la posologie Zidovudine en fonction du résultat du dosage à J4

## 1. Situations à faible risque de transmission

Traitement prophylactique maternel et charge virale <400 copies/ml à l'accouchement et accouchement eutocique.

	AG ≥ 37 SA	AG < 37 SA	
		Et ≥ 1000 g	Et < 1000g
<b>Zidovudine = Retrovir®</b> Solution buvable 10 mg/ml (Dilution 1/10 <sup>ème</sup> voir ci-dessus)	2 mg/kg/12h = 0,2 ml/kg/12h (avant dilution) J0 à J15 Puis 4 mg/kg/12h = 0,4 ml/kg/12h (avant dilution) J15 à J30		0.5 mg/kg/12h J0 à J30
<b>Si voie orale impossible</b> <b>Zidovudine = Retrovir®</b> Solution injectable 10 mg/ml	1.5 mg/kg/12h J0 à J15 Puis 3 mg/kg/12h J15 à J30		0.3 mg/kg/12h J0 à J30

Ou **UNIQUEMENT** chez le nouveau-né ≥ 37SA, alternative par Névirapine\* en une seule prise quotidienne pendant 2 semaines :

<b>Névirapine = Viramune®</b> Suspension buvable 10 mg/ml	<u>De J0 à J15 :</u>  <b>Poids ≥ 2,5 kg = 15 mg/24h</b> <b>2 ≤ poids &lt; 2,5 kg = 10 mg/24h</b> <b>Poids &lt; 2 kg = 2 mg/kg/24h</b>
--	---

\* En 2015, le groupe d'expert considère qu'il y a suffisamment d'arguments pour que la névirapine soit proposée en prophylaxie au même titre que la Zidovudine chez le nouveau-né à faible risque d'infection.

## 2. Situations à risque élevé de transmission

### Circonstances :

- Pas de traitement maternel ou prise en charge maternelle tardive ou charge virale ≥ 400 copies/ml à l'accouchement).
- A discuter, en cas de facteur de risque concernant les conditions d'accouchement : rupture prolongée de la poche des eaux > 12h, chorioamniotite, hémorragie, blessure du nouveau-né durant l'extraction

### Traitement renforcé :

**A mettre en œuvre le plus rapidement possible dans les 2 premières heures de vie (impérativement avant 48-72 h de vie), en associant Zidovudine + Lamivudine + Névirapine.**

	AG ≥ 37 SA	AG < 37 SA	
		Et ≥ 1000 g	Et < 1000g
<b>Zidovudine = Retrovir®</b> Solution buvable 10 mg/ml	2 mg/kg/12h = 0,2 ml/kg/12h J0 à J15 Puis 4 mg/kg/12h = 0,4 ml/kg/12h J15-J30		0.5 mg/kg/12h J0 à J30
<b>Si voie orale impossible</b> <b>Zidovudine = Retrovir®</b> Solution injectable 10 mg/ml	1.5 mg/kg/12h J0 à J15 Puis 3 mg/kg/12h J15 à J30		0.3 mg/kg/12h J0 à J30
<b>Lamivudine = Epivir®</b> Suspension buvable 10 mg/ml		2 mg/kg/12h J0 à J30	
<b>Névirapine = Viramune®</b> Suspension buvable 10 mg/ml		<b>De J0 à J15 *:</b> <b>Poids ≥ 2,5 kg = 15 mg/24h (quel que soit le poids)</b> <b>2 ≤ poids &lt; 2,5 kg = 10 mg/24h (quel que soit le poids)</b> <b>Poids &lt; 2 kg = 2 mg/kg/24h</b>	

**\* En cas de risque élevé d'entéropathie chez le prématuré :**

- Administrer initialement la **Zidovudine** IV
- L'associer à 3 doses de **Névirapine** à H0, H48, J6 (2mg/Kg/dose). Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> doses de Névirapine seront administrées seulement si l'état digestif de l'enfant le permet.
- Diluer la **Névirapine** PO au 1/10<sup>ème</sup>
- Pas d'**Epivir**
- Dès que la voie orale est possible, la Zidovudine peut être passée par voie orale selon les modalités évoquées précédemment (dilution au 1/10<sup>ème</sup>), pour une durée totale de 4 semaines.

**Surveillance et suivi du nouveau-né:**

**• Examens proposés pour le suivi des nourrissons de mères infectées par le VIH :**

Examens	Naissance	J0-J3	J8-J15	M1	M3	M6	M12	M18 (à M24)
Examen clinique		x	x	x	x	x	x	x
NFP		x	x	x	x	x	x	x
ASAT, ALAT		x	x	x	x	x	x	x
CPK, LDH			x	x	x	X*		X*
Lipase		x	x	x	x			x
Lactates			x	x	x	X*		X*
Iono, urée, créat, Ca Ph		x		x	x			x
PCR-ARN VIH et/ou ADN VIH***		x		x	x	x		
Sérologie VIH								x
Bilirubine **	x	x						

\* Si anomalies sous traitement ou symptômes cliniques

\*\* Si traitement maternel par Atazanavir et/ou Raltégravir

\*\*\* La recherche du virus peut se faire par PCR ADN-VIH-1 à partir des cellules sanguines, ou par PCR ARN-VIH-1 plasmatique. La sensibilité diagnostique de ces deux marqueurs est équivalente (en dehors du traitement).

**• Discuter l'arrêt de la Zidovudine :**

- Hb < 8.5 g/l ou < 8 g/l
- PNN < 750/mm<sup>3</sup> ou < 0.75G/l.
- Plaquettes < 50 G/L
- ASAT et/ou ALAT à 5 fois la valeur supérieure de la norme.
- Hyperlactatémie vérifiée dans de bonnes conditions de prélèvement (surtout dans un contexte de risque quasi nul de transmission).

**• Suivi PCR-ARN VIH et/ou ADN VIH :**

- Avant J5 : Objectif = savoir si transmission mère enfant in utero : facteur pronostic++ pour la suite.
- La recherche du virus doit être effectuée à la naissance (J0-J3), à 1, 3 et 6 mois (Cf : tableau). Un résultat positif doit être immédiatement contrôlé sans attendre l'échéance suivante.
- **Nouveau-né infecté** si deux prélèvements positifs, quels que soient la technique utilisée et le moment des prélèvements.
- Affirmer **absence d'infection** :
  - o Traitement prophylactique simple : Absence d'infection si deux prélèvements négatifs après l'âge d'un mois dont l'un réalisé au moins un mois après arrêt du traitement prophylactique.
  - o Traitement prophylactique renforcé en multi thérapie : sensibilité des tests diagnostiques moins bonne sous traitement. Il faut deux prélèvements négatifs **après** la période de traitement pour considérer définitivement un enfant comme non infecté, quelle que soit la méthode utilisée.

### • **Calendrier vaccinal :**

- Risque accru infections sévères germes encapsulés chez l'enfant né de mère VIH+ (dont Bordetella)
  - o Application sans retard du calendrier vaccinal renforcé par 1 injection supplémentaire à 3 mois de vaccin anti-pneumococcique conjugué (schéma de vaccination de type 3+1 à 2, 3, 4 et 11 mois).
  - o Vaccination cocooning Coqueluche entourage ++
- Vaccins vivants atténués (BCG, ROR, fièvre jaune) : à décaler après le diagnostic de non-infection.
- Hépatite B : prise en charge séro vaccinale habituelle selon le statut HVB de la mère.

### • **Sérologie HIV finale :**

- Le diagnostic de l'absence d'infection peut habituellement être affirmé à M6. La sérologie de l'enfant non infecté se négative tardivement, après 12 mois.
- Sérologie entre 18 et 24 mois reste justifiée pour identifier les très rares cas de contamination postnatale.

### • **Aspects sociaux :**

- Les nourrissons nés de mères séropositives bénéficient d'une **prise en charge à 100%** à initier à la naissance, qui se poursuit jusqu'à l'âge de 2 ans.
- Le  **carnet de santé**  ne doit pas faire mention du traitement reçu par l'enfant, ni de l'infection maternelle par le VIH. Jusqu'au diagnostic de non-contamination, la mention de contre indication temporaire du BCG doit apparaître (au crayon) et doit être effacée après ce diagnostic.
- Solliciter accord des parents pour **informer le médecin** de PMI et le médecin traitant, à la fois pour le bon déroulement du suivi, des vaccinations mais aussi pour l'éventuel repérage à long terme d'évènements cliniques inhabituels.
- Situation dans laquelle **le père n'est pas informé de la séropositivité de la mère** : approche au cas par cas discutée au mieux en réunion multidisciplinaire. Le pédiatre au même titre que l'infectiologue de la mère doit s'employer à obtenir l'accord de celle-ci pour informer le père sur le suivi de l'enfant. Le soutien médico-psycho-social de la mère sera particulièrement renforcé dans cette situation. Toutefois, la mère doit être avertie que le pédiatre ne peut cacher à un père disposant de l'autorité parentale les informations médicales concernant son enfant.
- Mettre en place précocement un **accompagnement** psychologique destiné à rassurer les parents, avec l'objectif principal qu'une bonne relation mère-enfant s'établisse en dépit du contexte angoissant de l'attente du diagnostic d'infection.

## **Variant ou VIH-2**

Seules les techniques de détection d'ADN-VIH-2 (laboratoires spécialisés) sont recommandées car la mesure de l'ARN-VIH-2 plasmatique n'a pas été évaluée dans le contexte du diagnostic de l'enfant.

Les prélèvements seront à adresser au labo de référence indiqué par l'infectiologue.

Contactez le laboratoire de virologie, bien noter VIH-2 sur l'ordonnance.

## **Référents (à compléter le cas échéant par chaque équipe)**

Laboratoire de virologie :

Nom : ..... Tel : .....

A contacter notamment : En cas de problème de prélèvement - Si mère infectée par variant ou VIH-2

Infectiologues :

### **Equipe de Chambéry, poste 1684**

(équipe du Dr Olivier ROGEAUX) 04 79 96 51 72 [infectio@ch-metropole-savoie.fr](mailto:infectio@ch-metropole-savoie.fr)

### **Equipe du CHANGE, Annecy**

(équipe du Dr Jacques GAILLAT, Dr Cécile JANSSEN, Dr Virginie VITRAT)

Secrétariat : 04 50 63 66 02. Construction des adresses mail avec première lettre prénom suivie du nom : pnom@ch-annecygenevois.fr

### **Equipe du CHU de Grenoble**

Dr Bost-Bru, infectiologie pédiatrique : 04 76 76 87 88

### **Equipe du CHU de Necker (Paris)**

Dr Frange : 01 71 19 63 13

A contacter notamment :

- Si mère sans traitement optimal anténatal ou à risque de transmission augmenté.
- En cas de bilan positif chez l'enfant.