

Nouvelles recommandations de la sous-commission clinique pour la prévention de la transmission verticale du VIH

Christoph Rudin, Bâle
Président de l'Etude mère&enfant VIH

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds et Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne

Correspondance:

Prof. Christoph Rudin
Leitender Arzt
Universitäts-Kinderspital beider Basel
Römergasse 8
4058 Bâle
Tél. 061 685 65 65
christoph.rudin@unibas.ch

À la fin de l'année passée la sous-commission clinique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a édité de nouvelles recommandations pour la prévention de la transmission verticale du VIH. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, la Société Suisse de Pédiatrie, le Groupe Suisse d'Infectiologie Pédiatrique (PIGS) et la Société Suisse de Néonatalogie et s'appuie donc sur une large consultation. Une version courte a été publiée dans le bulletin de l'OFSP en décembre de l'année passée (*Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 53: 1008-11, 27.12.04). Vous pouvez trouver et imprimer cette version ainsi qu'un résumé détaillé de toutes les réflexions pertinentes qui sont à la base de ces recommandations (y-compris les références) sur le site de l'OFSP (www.bag.admin.ch/_aids).

Nous ne résumons ici que les points principaux de ces nouvelles recommandations. Par analogie aux recommandations pour le traitement anti-rétroviral de l'adulte, celui-ci doit se faire aussi durant la grossesse avec une triple combinaison de substances anti-rétrovirales (en général deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse-transcriptase (NRTI) et un inhibiteur de la protéase (PI)). Le but du traitement est d'atteindre au plus tard au moment de l'accouchement une charge virale en dessous de la limite détectable (< 50 copies RNA de VIH/ml de sang). Le Retrovir® (zidovudine) ne doit plus faire obligatoirement partie du traitement anti-rétroviral. Le suivi de la grossesse doit entre autres comporter des mesures des concentrations sériques des PI, un test de résistance avant le début d'un traitement pendant la grossesse et un dosage du RNA du HIV le plus tard possible avant l'accouchement (en général au début de la 36^{ème} semaine de grossesse).

En principe une césarienne élective au cours de la 38^{ème} semaine de grossesse reste la méthode de choix concernant le mode d'accouchement. En cas de charge virale non détectable et d'accouchement par césarienne élective on peut renoncer à l'administration de Retrovir® par voie intraveineuse pendant l'accouchement.

De plus il est aujourd'hui possible, dans certaines conditions (charge virale indétectable lors de plusieurs dosages, absence de risques obstétricaux prévisibles) et tout particulièrement si la mère le souhaite, de laisser l'accouchement se faire par voie naturelle. Dans ce cas il est par contre conseillé d'administrer le Retrovir® par voie intra-veineuse durant la naissance.

En raison du risque important de développer une résistance contre les inhibiteurs non-nucléosidiques de la réserve transceiptase (NNRTI), une dose unique de névirapine (Viramune®) ne devrait être administrée à la maman qu'avec la plus grande réserve. Dans ces cas, nous recommandons l'association avec Combivir® pendant une semaine.

La prophylaxie post-expositionnelle chez le nouveau-né est maintenue, actuellement 4 semaines de traitement sont considérées comme suffisantes. Selon l'estimation des risques (consultation spécialisée) celle-ci peut consister en une monothérapie avec Retrovir® ou en une combinaison de 2 voire 3 substances. On renoncera toujours à l'allaitement maternel. L'allaitement prolongerait l'exposition de l'enfant aux substances anti-rétrovirales et augmenterait en outre considérablement le risque d'infection pour l'enfant en cas d'échec de traitement chez la mère. Les médicaments anti-rétroviraux font par ailleurs partie des médicaments des catégories B et C de la FDA, pour lesquelles l'allaitement est par principe déconseillé.