

Z.Julia<sup>1</sup>, S.Le Gac<sup>1</sup>, A.Bourgeois-Moine<sup>2</sup>, M.Valentin<sup>2</sup>, L.Allal<sup>2</sup>, F.Michard<sup>3</sup>, V.Vivier<sup>2</sup>, S.Daumas<sup>3</sup>, F.Diamond<sup>4</sup>, G.Peytavin<sup>5</sup>, S.Matheron<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>COREVIH, <sup>2</sup>Service Maternité, <sup>3</sup>SMIT, <sup>4</sup>Laboratoire de virologie, <sup>5</sup>Laboratoire de Pharmaco-toxicologie, PARIS, France

Contact : zelie.julia@aphp.fr

## Objectif

La prise en charge optimale des femmes enceintes vivant avec le VIH (VVIH) implique une collaboration multidisciplinaire. En 2015, la séroprévalence des femmes enceintes suivies dans notre centre était de 3%. Nous rapportons l'organisation et les résultats observés sur leur suivi et leurs conditions socio-économiques dans un CHU comportant une file active de 4700 personnes VVIH et réalisant 2200 accouchements par an.

## Méthodes

Les dossiers de toutes les femmes enceintes VVIH suivies conjointement en maternité et dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) (hors celles consultant pour IVG) sont systématiquement discutés depuis 1996 en **réunion mensuelle multidisciplinaire**. Infectiologue, obstétriciens et sages-femmes, virologue, pédiatre, pharmacologue, technicien de recherche clinique y discutent le choix ou l'actualisation du traitement antirétroviral (ARV) maternel et du bébé, la voie d'accouchement, l'indication d'une perfusion d'AZT pendant le travail, et examiner les problèmes médicaux, sociaux et/ou psychologiques des femmes concernées. Les données démographiques et sociales, immuno-virologiques, thérapeutiques, obstétricales, et le statut VIH des enfants sont recueillis prospectivement pour l'analyse de la qualité de la prise en charge, et l'évaluation des pratiques professionnelles. Nous rapportons les données colligées en 2015 pour les femmes ayant accouché à l'hôpital Bichat-Claude Bernard.

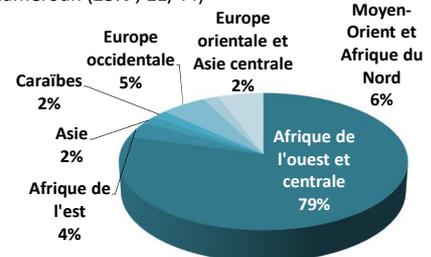
## Résultats

- En 2015, 66 Femmes enceintes VVIH ont été suivies à la maternité et dans le SMIT de l'hôpital Bichat.
- La proportion de femmes VVIH parmi l'ensemble des parturientes était de **2,98% (66/2215)**.
- Parmi les issues de ces 66 grossesses, on compte : 1 fausse couche spontanée, 1 interruption médicale de grossesse, 64 enfants nés vivants dont 53 à Bichat et 11 dans un autre hôpital. Les dossiers des 53 patientes ayant accouché à Bichat ont été analysés et les résultats sont listés ci-dessous.

## Caractéristiques des patientes

### Données démographiques

- Âge médian au diagnostic de VIH : 27 ans [18-37]
- Âge médian à l'accouchement : 35 ans [21-44]
- Délai entre diagnostic et accouchement : 8 ans [0 ; 18]
- Origine géographique** : Afrique subsaharienne (**83%** ; 44/53) dont Côte d'Ivoire (32% ; 14/44), Cameroun (25% ; 11/44)



### Situation familiale :

- 55% vivaient avec le père +/- enfants (27/49)
- 45% seule +/- enfants (22/49)

### Logement :

- 19% rapportaient des difficultés liées au logement (10/53)
  - Logement précaire : 11% (6/53)
  - Sans abri : 2% (1/53)

### Caractéristiques socio-professionnelles :

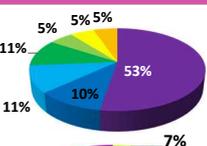
- 9% étaient sans ressource (5/53)
- 51% étaient actives et salariées (27/53)
- 39% avaient un autre revenu (RSA, AAH, indemnités chômage...) (21/53)

### Pères

- (Données recueillies essentiellement par interrogatoire des femmes) :
- 96% informés de la grossesse (48/50)
  - 70% informés de la grossesse et du statut sérologique de la mère (32/46)

### Conditions sociales

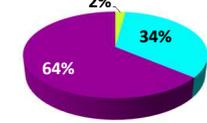
#### Niveau d'étude (N=19) :



#### Couverture sociale (N=53) :



#### Situation sur le territoire (N = 47) :



Données recueillies par l'assistante sociale et la sage-femme

## Circonstances de découverte de l'infection VIH

- Dépistage à l'occasion d'une grossesse : 53% (28/53)
  - lors d'une grossesse antérieure : 45% (24/53)
  - lors de la grossesse actuelle : 8% (4/53)
- Autres cadres de découverte :
  - Dépistage (Bilan d'infertilité, en vue d'une grossesse, partenaire séropositif, bilan systématique...) : 11% (6/53)
  - Manifestations cliniques (Zona, tuberculose, salpingite...) : 13% (7/53)
  - Non renseigné mais pas dans le cadre d'une grossesse : 23% (12/53)

## Modalités d'accouchement

Voie basse	70%	(37/53)
Césarienne	30%	(16/53)
	N = 16	N = 53
- En urgence	59%	17%
- Programmée	44%	13%

2 femmes (3,7%) ont bénéficié d'une césarienne programmée pour charge virale détectable (dont une également pour anomalie du RCF)

Indications principales de césarienne		n	%
Charge virale (CV) détectable > 50cp/mL		1/16	6%
CV détectable > 50 copies (cp)/mL + Anomalie du Rythme Cardiaque fœtal (RCF)		1/16	6%
Causes obstétricales	Utérus cicatriciel	3/16	88%
	Anomalies RCF	5/16	
	Rupture spontanée des membranes	1/16	
	Conditions locales défavorables	1/16	
	Autres raisons	4/16	

## Caractéristiques et prise en charge de l'infection VIH

### Statut immuno-virologique maternel à l'accouchement

Nombre médian de CD4 : Charge virale cp/mL : 550 /mm<sup>3</sup> [170 ; 1350]

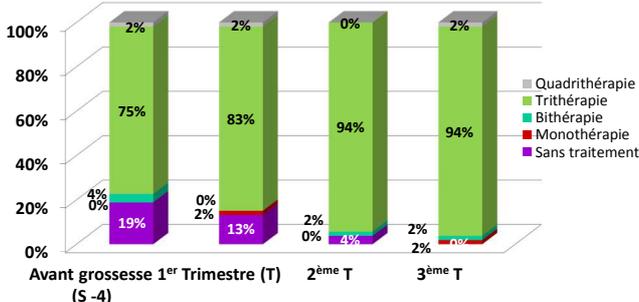
CD4 /mm <sup>3</sup>	n	%
<200	2	4
[200-350[	4	8
[350-500[	16	30
>500	31	58

CV (cp/mL)	n	%
< 20	47	89
< 50	50	94
< 400	51	96
> 400	2	4

89% des patientes avaient des CD4 ≥ 350/mm<sup>3</sup>

94% des femmes avaient une CV ≤ 50 cp/mL

### Traitement anti-retroviral pendant la grossesse



Traitement	Description
Monothérapies	- 1 IP boostée (/r)
Bithérapies	- 1 NNRTI + 1 IP/r - 1 NNRTI + 1 INI - 1 IP/r + 1 INI
Trithérapies	- 2 NRTI + 1 IP/r - 2 NRTI + 1 NNRTI - 2 NRTI + 1 IP non boostée - 2 NRTI + 1 INI
Quadrithérapies	- 2 NRTI + 1 IP/r + 1 INI

#### Au dernier trimestre :

- 83% des femmes ont reçu 2 NRTI et 1 IP/r
- 18% une autre trithérapie
- 9% une combinaison incluant 1 INI

- Traitement par AZT à l'accouchement : 51% (27/53)

## Nouveaux nés

- 35 filles et 18 garçons
- Terme médian à l'accouchement : 39 SA + 3 jours [33+0 ; 42+6]
- Taux de prématurité (< 37 SA) : 9% (n=5)

- Poids médian : 3280 g [1600 ; 4630]
- Taille médiane : 49 cm [42 ; 55]
- Périmètre crânien médian : 35 cm [31 ; 37]

Aucun cas de transmission materno-foetale du VIH

## Conclusion

La fréquente précarité des conditions de vie des femmes enceintes VIH+ originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge dans notre centre souligne l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire organisée et systématique pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.