




2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
* Dr Hélène Isly * Pr Patrice POULAIN	* Dr Cédric Arvieux (2/10/2014) 	*	<input checked="" type="checkbox"/> Médecin – interne <input checked="" type="checkbox"/> Sage femme <input checked="" type="checkbox"/> Sage femme cadre <input checked="" type="checkbox"/> PDE

But et objet

Ce protocole est destiné à faciliter la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, lorsque la future maman est infectée par le VIH.

Actions et méthodes

DEPISTAGE ET GROSSESSE

- Proposition « obligatoire¹ » en cours de grossesse lors de la 1^{ère} Consultation.
- Proposer le dépistage du conjoint (remettre systématiquement l'ordonnance à la patiente en l'absence du conjoint)
- Répéter la sérologie au 8^{ème} mois de grossesse si on estime le terrain à haut risque².
- En l'absence de résultat de sérologie VIH disponible dans le dossier au moment de l'accouchement, ou en cas de partenaire VIH+ connu, proposer un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), qui sera confirmé par le laboratoire de virologie en cas de positivité.

DECOUVERTE EN COURS DE GROSSESSE

- Faire l'annonce à la patiente
- Organiser une consultation dans la semaine avec le service des maladies infectieuses (secrétariat poste 84 238) et contacter Cédric Arvieux (85 449 ou cedric.arvieux@chu-rennes.fr) ou en son absence la ligne des avis médicaux de maladies infectieuses (87 399) ; **En cas de découverte tardive (après 14 SA), la mise sous ARV est une urgence (à organiser avec le service de maladies infectieuses dans les 48/72h suivant la réception des résultats)**
- Gestion des anti-retroviraux³ (prescriptions, suivi clinique et biologique) : sera faite par le service des maladies infectieuses.
- Consultations mensuelles obstétricales (suivi par un même médecin si possible)
- S'assurer d'une consultation entre 32 et 35 SA dans le service des maladies infectieuses avec quantification de la charge virale (conditionne le mode d'accouchement). Les comptes-rendus de consultation de maladies infectieuses ne sont pas disponibles sur portfolio, mais tous les résultats de charge virale réalisée en maladies infectieuses sont disponibles dans le SRI.
- Consultation au 3^{ème} trimestre avec le pédiatre qui suivra l'enfant (Christelle MAREAU-DUPRE poste 67 162 ou Virginie GANDEMER 66 748)

SUIVI DE VIH CONNU

- Si possible consultation avant la grossesse dans le service des maladies infectieuses⁴ et en gynéco-obstétrique.
- Gestions des anti-rétroviraux (prescriptions, suivi clinique et biologique) : service des maladies infectieuses
- Bien informer sur les marqueurs du 1^{er} Trimestre
- Consultations obstétricales mensuelles (même médecin si possible en suivi)
- Si risque de prématurité, informer le médecin des maladies infectieuses pour prescription éventuelle plus précoce des ARV.
- Consultation au 3^{ème} trimestre avec le pédiatre qui suivra l'enfant (Christelle MAREAU-DUPRE poste 67162 ou virginie GANDEMER 66748)

HIV ET MODE D'ACCOUCHEMENT HORS INDICATIONS OBSTETRIQUES

➤ Patiente sous ARV et **charge virale < 400 copies/ml** (contrôle effectué à 34-36 SA)

- Voie basse privilégiée
- Pas de perfusion systématique de RETROVIR pour les femmes ayant eu une charge virale < 400 copies/ml en l'absence de complications obstétricales (accouchement prématuré, hémorragie ou chorio-amnionite pdt le travail).

¹ La sérologie n'est pas une obligation légale. Néanmoins, ne pas la proposer pourrait légalement être considéré comme une faute professionnelle.

² Conjoint VIH+, toxicomanie IV non sevrée, immigrée de zone d'endémie du VIH

³ **Traitement ARV dès la 14^{ème} semaine**, sauf en cas de charge virale < 10 000 cop/ml où l'on peut éventuellement attendre 24 SA (dépend fortement du contexte social et des difficultés attendues)

⁴ En 2014 en France, le taux de transmission est nul chez les patientes sous ARV avec charge virale indétectable avant et pendant la grossesse.

2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- Gants « GVIR® » (dans la réserve ou l'arsenal entre salle césar 2 et 3), blouses imperméables, bavette avec visière (ou lunettes), sur-chaussures⁵. NB : la production des gants « GVIR® » n'étant plus assurée par le constructeur, certaines tailles sont manquantes : le « double gantage » est la solution préconisée en cas de rupture de taille de gants .
 - Essayer de rompre tardivement,
 - En cas de RPM, être actif : déclenchement sans délai si très favorable sinon césarienne
 - Clampage immédiat du cordon après désinfection du cordon (Amukine)
 - Gants « GVIR® » pour recoudre l'épisiotomie, aiguilles mousses.
- **Patiente sous ARV et charge virale détectable > 400 copies/ml**
- Césarienne prophylactique
 - Perfusion de RETROVIR débutée 4 heures avant l'intervention (2mg/kg sur 30' à 1 heure puis 1mg/kg/heure jusqu'au clampage du cordon), accélération possible du débit si urgence.
- **Patiente sans ARV, charge virale inconnue mais sérologie positive**
- Nevirapine (Viramune®) monodose 200 mg dès que possible
 - Perfusion de RETROVIR débutée 4 heures avant l'intervention (2mg/kg sur 30' à 1 heure puis 1mg/kg/heure jusqu'au clampage du cordon).
 - Césarienne prophylactique
 - Immédiatement après l'accouchement, mise en place d'un traitement par Truvada - Norvir 100 – Prezista 800, un comprimé de chaque en une prise journalière au moment d'un repas, après accord de l'infectiologue (87 399).
- **Situations obstétricales particulières**
- Cerclage prophylactique : prophylaxie antirétrovirale conseillée
 - Pas de tocographie interne
 - Pas de lactate au scalp
 - Gémellaire : si 2 têtes, patiente traitée et charge virale **indétectable**, voie basse envisageable
 - Siège : VME si et seulement si CV indétectable au long cours selon localisation placentaire, sinon césarienne programmée
 - RPM après 34 SA : ne pas attendre pour déclencher ou césariser en cas de haut risque de TME (en particulier si CV > 400 copies/ml)
 - RPM avant 34 SA : décision pluridisciplinaire, si femme traitée et charge virale indétectable, privilégier la maturation fœtale par betaméthasone (célestene®) et éviter une naissance très prématurée, sauf si suspicion de chorioamniotite.

CONDITIONS PRATIQUES DE REALISATION DE LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE

- Gants « GVIR® » (dans la réserve ou l'arsenal entre salle césar 2 et 3), blouses imperméables, bavette avec visière (ou lunettes), sur-chaussures.
- **L'indication de la césarienne prophylactique est en général liée à une estimation de risque accru de transmission : dans ce cas, la prescription de la perfusion de RETROVIR lui est associée (débuter 4 heures avant l'intervention, 2mg/kg sur 30' à 1 heure puis 1mg/kg/heure jusqu'au clampage du cordon).**
- Hystérotomie extra amniotique si possible et privilégier l'hémostase avant l'ouverture de la PDE.
- Clampage immédiat du cordon après désinfection du cordon (Amukine).
- Utiliser des aiguilles mousses +++

APRES L'ACCOUCHEMENT

Poursuivre le traitement antirétroviral quel que soit le niveau de CD4

Maintien de la contre-indication absolue de l'allaitement maternel si la charge virale n'est pas indétectable à la naissance. En cas de charge virale indétectable pendant toute la grossesse et à l'accouchement, des exceptions peuvent avoir été envisagées au cas par cas (la décision est prise en multidisciplinaire dans le service de maladies infectieuses et notifiée à l'équipe obstétricale).

POUR L'ENFANT

- Traitement néonatal cf. protocole HIV pédiatre de la maternité

Documentation et renvois

Recommandations d'experts 2013 (grossesses, page 308): http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/Biblio%C3%A8que/Recommandations_experts_VIH_2013.pdf

⁵ Néanmoins le risque de transmission aux soignants est quasi-nul avec des charges virales aussi basses.