

# Actualisation des Recommandations Françaises de prise en charge du VIH, des Hépatites virales et des IST



**Sous la Direction du Pr Pierre DELOBEL**

- Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant
- Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH
- Dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH
- Diagnostic, suivi virologique de l'infection VIH et analyse de la résistance aux antirétroviraux

**FICHE**

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

**Validée par le Collège le 25 avril 2024**

---



# Quelles nouveautés depuis les dernières recommandations : Rapport Morla

## Traitement antirétroviral pendant la grossesse

### Traitements ARV à privilégier

Choix préférentiel, une combinaison de 3 ARV aux posologies adaptées :

2 INTI :

- ABC/3TC (en l'absence d'allèle HLA B\*5701 ou de co-infection VHB)  
ou
- TDF ou TAF\*/FTC ou TDF + 3TC (\*dans la combinaison alternative TAF/FTC/RPV)

et un 3<sup>e</sup> agent :

- un IP : DRV/r  
ou
- un INI : DTG ou RAL

Choix alternatif de 3<sup>e</sup> agent : RPV

## Antirétroviraux à éviter pendant la grossesse

- 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.
- 
- Prescrire une supplémentation en acide folique 0,4 mg/j à poursuivre jusqu'à 2 mois de grossesse chez la FVVIH

## Adaptation de traitement chez une femme déjà traitée

- En cas de traitement intermittent (tel que 4 jours/7), l'intensifier en 7 jours/7
- Une bithérapie DTG/3TC, DRV/r + 3TC, ou DTG/RPV peut être poursuivie seulement en cas de contrôle virologique soutenu préalable, aux posologies adaptées à la grossesse et en réalisant un suivi pharmacologique des concentrations au 3e trimestre.
- Mesures des concentrations plasmatiques d'ARV en cas d'échec virologique, vomissements, doute sur l'observance ou interactions médicamenteuse ; en suivi (3<sup>e</sup> trimestre) pour certains ARV (INI, RPV, DOR, toute bithérapie, grossesse survenant sous CAB LP + RPV LP)

# Conduites à tenir obstétricales

Elles sont à prévoir selon la charge virale (CV) VIH-1 autour de 36 SA

1. Mode d'accouchement :
  - CV <50 copies/mL: voie basse
  - CV >400 copies/mL : césarienne programmée à 38 SA
  - CV entre 50 et 400 copies/mL : décision au cas par cas, optimisation du traitement ARV, contrôle rapproché de la charge virale avant l'accouchement
2. Indication de perfusion de ZDV pendant le travail : CV >50 copies/mL
3. Indication de NVP dose orale unique : si la mère n'a eu aucun traitement pendant la grossesse

# Accompagnement pour choisir les modalités d'allaitement

Le sujet de l'allaitement doit être abordé pendant le suivi de grossesse.; il s'agit d'une décision partagée.

## Conditions requises pour envisager l'allaitement au sein par une mère vivant avec le VIH

- Traitement ARV débuté avant la conception ou au 1<sup>er</sup> 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.

Si l'un des critères n'est pas rempli, l'allaitement au sein est formellement déconseillé.

L'allaitement au sein ne modifie pas le choix des ARV chez la mère. La diffusion des ARV dans le lait maternel est variable. Il n'y a pas à ce jour de données sur la toxicité potentielle des ARV chez l'enfant exposé par l'allaitement pour guider des recommandations de choix thérapeutique chez la mère, ou de surveillance particulière chez l'enfant.

- ➔ Le risque de transmission par l'allaitement maternel est élevé en l'absence de contrôle virologique chez la mère. En situation de suppression virale prolongée, le risque de transmission par l'allaitement est très faible, permettant d'envisager l'allaitement sans pour autant pouvoir affirmer à ce jour la notion « indétectable = intransmissible » dans ce cadre.

## 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<sup>re</sup> intention chez l'enfant de mère vivant avec le VIH-1.

## Protocole de suivi d'allaitement au sein

- 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
- 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 maternisé possibles si nécessaire ; diversification alimentaire à partir de 6 mois

L'évaluation de la sécurité de l'allaitement au sein en contexte de VIH est prévue dans un observatoire national (LACTAVIH).

NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH:

quels changements pour la pratique clinique ?

**Webinaire de présentation**  
**5 juillet 2024 (13h-14h)**

07 juin 2024

L'ANRS Maladies infectieuses émergentes et le CNS ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Ce webinaire sera dédié à la présentation des nouvelles recommandations de dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH par le Pr Makinson (pilote du groupe de travail), suivie d'un temps d'échanges.

Vous trouverez ci-dessous le programme du webinaire et le lien de connexion. Nous vous attendons nombreux !

## PROGRAMME

13h00 : Accueil des participants

13h05 : Introduction, Pr Delobel

*Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Toulouse,  
Inserm UMR 1291 - CNRS - Université de Toulouse (Infinity)*

13h10 : Présentation des nouvelles recommandations, Pr Makinson

*PU-PH, Département des Maladies Infectieuses et Tropicales,  
CHU de Montpellier, unité Inserm U 1175, université de Montpellier*

13h40 : Questions / réponses

14h00 : Fin du webinaire

---

### **Webinaire de présentation des nouvelles recommandations de dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH**

#### **Date et heure**

Vendredi 5 juillet, 13h-14h

#### **Lien pour rejoindre le webinaire**

<https://us02web.zoom.us/j/84578848628?pwd=kNb31K7pWZk0tZp4p6lgpuCZNrfCLN.1>

#### **Numéro du webinaire**

845 7884 8628

#### **Mot de passe du webinaire**

836554

**Accédez au webinaire**