

CARE OF PREGNANT HIV-POSITIVE WOMEN: Experience of the gynecology-obstetrics department II of the Hassan II University Hospital of Fez

Iraqi Houssaini E.G, Fdili Alaoui F.Z, Belhaj.Y, Jayi.S, Chaara.H, Melhouf M.A

Abstract: *L'épidémie liée au VIH demeure un problème de santé publique mondial. Une des 4 priorités de l'OMS dans la lutte contre cette épidémie reste la prévention de la transmission mère enfant (TME). La grossesse constitue l'un des principaux modes de découverte du VIH. Le service de gynécologie obstétrique II de Fès en collaboration avec le service des maladies infectieuses de la même structure a collaboré ensemble afin d'optimiser la prise en charge de ces femmes, livrées pour la plupart du temps à elles-mêmes et affrontant une stigmatisation importante. Notre service a mené un suivi actif et ce depuis 2017 de ces femmes suivies pour VIH, et chez qui le projet de procréation fut autorisé et encouragé par les infectiologues. Notre étude a porté sur 10 cas de parturientes, admises en consultation prénatale depuis le tout début de leur grossesse, et qui ont continué, pour la plupart, à se présenter régulièrement jusqu'à l'accouchement et ce durant une période de 19 mois, s'étendant d'avril 2022, à Octobre 2023.*

PRISE EN CHARGE DES FEMMES SEROPOSITIVES ENCEINTES :

Expérience du service de gynécologie-obstétrique II du CHU Hassan II de Fès et modalités de prise en charge selon les recommandations du ministère de la santé

INTRODUCTION

L'épidémie liée au VIH demeure un problème de santé publique mondial. Une des 4 priorités de l'OMS dans la lutte contre cette épidémie reste la **prévention de la transmission mère enfant (TME)**.

En France, la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine est de 0.21%, chaque année 6000 à 7000 personnes découvrent leur séropositivité dont 42% de femmes. La grossesse constitue l'un des principaux modes de découverte du VIH. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH, au cours de la grossesse, est une maladie virale à transmission materno-fœtale comparable à la rubéole, à la toxoplasmose ou autres maladies infectieuses survenant au cours de la grossesse. Selon l'OMS, en l'absence de traitement le taux de transmission mère-enfant (TME) varie de 15 à 30% à l'accouchement et peut atteindre 45% s'il y a allaitement au sein. En cas de prise en charge adaptée, une charge virale indétectable et un traitement IV réalisé pendant l'accouchement, le taux de TME est de 0.3%. (1)

Selon l'ONUSIDA, en 2022, 21 000 adultes sont porteurs du virus de l'immunodéficience humaine au Maroc. Et le nombre d'enfants âgés entre 0 et 14 ans porteurs de ce virus étant inférieur à 1000, ce qui reflète la rigueur des protocoles nationaux et hospitaliers dans la prise en charge active de la transmission mère enfant. (2)

En collaboration avec le service d'infectiologie du CHU HASSAN II DE Fès, nous avons pu mener un suivi actif des patientes (10) cas porteuses du VIH enceintes de 2021 à 2023, sans tenir compte de leur statut viral, de leur observance, et des pathologies associées afin d'inclure toutes les parturientes de façon égale, de leur permettre un suivi anténatal adéquat, une sensibilisation sur leurs prises de traitement anti rétroviral, et surtout minimiser les risques de transmission mère enfant.

MATERIEL ET METHODES

Notre étude portant sur 10 parturientes suivies pour infection rétrovirale dans notre formation ou dont le diagnostic fut porté en anténatal.

Le suivi a pour la plupart des parturientes a été établi depuis le début de la grossesse dans l'unité de consultation prénatale de notre formation.

Nous avons utilisé à cet égard un recensement actif des dossiers CPN, en concertation avec les internistes, les endocrinologues également pour des patientes diabétiques.

Les informations concernant les nouveau nés, le traitement reçu ainsi que le statut PCR VIH fut recueilli directement en salle de naissance, et au service de réanimation néonatale du CHU HASSAN II de Fès.

Le données des parturientes ainsi que de leurs nouveau-nés ensuite furent traitées par Microsoft Excel.

RESULTATS

Notre étude a permis de recenser 10 cas de parturientes suivies au service des maladies infectieuses pour infection rétrovirale VIH.

L'âge de nos de parturientes variait entre 21 ans et 38 ans pour une moyenne d 'âge de 26.8 ans.

08 parturientes étaient d'origine marocaine soit 80%, 01 parturiente étant d'origine malienne, et une 01 guinéenne.

Pour la gestité, 03 parturientes étaient primi gestes, une seule patiente était deuxième geste, 03 parturientes étaient troisième geste, 02 parturiente quatrième geste, et une parturiente septième geste.

Pour la parité, 03 parturientes étaient nullipares, 02 parturientes étaient primi pares, 04 parturientes étaient deuxième pares, et une parturiente était troisième pare.

09 patientes étaient connues séropositives avant la grossesse soit 90% , et suivies au service des maladies infectieuses du CHU Hassan II de Fès et de l'hôpital MOHAMMED V de Meknès . la séropositivité fut diagnostiquée chez une seule patiente pendant la grossesse.

Le mode de contamination, n'a pas voulu être révélé chez la plupart de nos patientes.

Pour nos parturientes, 08 soit 80% étaient bien observantes se présentant régulièrement à leurs rendez-vous, avec prise quotidienne de leur traitement antiviral, et suivi régulier du profil sérologique, tandis que 02 d'entre elles étaient mal observantes soit 20%.

Pour le traitement antirétroviral prescrit, toutes nos patientes recevaient une trithérapie à base de TDF+ XTC+ EFV ou alternatif selon le protocole national (voir annexe).

Pour le statut sérologique, la charge virale en pré conceptionnel était connue chez 07 parturientes soit 70%, elle était indétectable chez 06 d'entre elles, et inférieure à 40 copies/ml chez une parturiente.

Dès leur admission dans notre formation , un suivi CPN régulier et renforcé fut proposé à toutes les patientes, avec counseling et prise en charge adaptée au contexte afin d'améliorer l'observance et l'adhérence aux traitements et suivi clinique, biologique et échographique. 80% de ces parturientes ont parfaitement adhéré au programme, tandis que 02 parturientes étaient indisciplinées, ne se présentant pas à leurs consultations.

80% de nos patientes ne présentaient aucune tare associée, pas de coinfections, ni de maladie chronique, une parturiente était diabétique sous régime seul bien équilibré, et une patiente avait un antécédant de tuberculose pulmonaire déclarée guérie.

La surveillance échographique standard a pu être réalisée chez 08 parturientes soit 80%, les 02 autres furent perdues de vue. Les biométries ainsi que la morphologie étaient correctes chez ces 08 parturientes. Notamment pas d'anomalies de fermeture du tube neural qui pourrait être due à la trithérapie.

Toutes les grossesses ont été menées jusqu'à terme, 08 parturientes ont accouché dans notre formation. Les 02 patientes perdues de vue ont accouché dans d'autres structures.

Pour les modalités d'accouchement, 05 parturientes ont accouché par voie basse soit 50%, 03 d'entre elles étant bien suivies, avec autorisation de la voie basse après réalisation d'une charge virale à 36SA revenant indétectable et en absence de toute contre-indication obstétricale. 02 patiente perdues de vue furent admises à dilatation complète, dans d'autres structures.

Les 05 autres patientes ont accouché par voie haute, les indications étant purement obstétricales, un état fœtal non rassurant en salle de travail, une triplement cicatriciel programmée, et trois patientes pour utérus doublement cicatriciel programmées également. À noter que la charge virale des 05 parturientes ayant accouché par voie haute était indétectable.

Les APGAR des nouveau nés accouchés dans notre structure variait entre 08/10 et 10/10 et les poids de naissance entre 2700g et 3300g. les 02 autres ayant accouché dans d'autres structures étaient eutrophes selon les patientes.

Il est important à noter, que les 02 patientes perdues de vue et qui ont accouché dans d'autres structures n'ont pas déclaré leur affection à l'équipe soignante du dit centre pour optimisation de la prise en charge et protection.

Les 08 nouveau-nés admis en salle de naissance de la maternité du CHU HASSAN II, ont bénéficié initialement d'une prise en charge standard, furent hospitalisés au service de réanimation néonatale pour administration du traitement antirétroviral

prophylactique à base d' AZT ZIDOVUDINE(4 semaines) . Aucun d'entre eux n'a reçu de lait maternel après sensibilisation active des mamans.

Les 08 nouveau-nés accouchés dans notre formation, chez qui la charge virale maternelle à 36 SA était indétectable et qui ont reçu le protocole prophylactique ont bénéficié d'une PCR VIH selon le protocole, revenant négatives pour les 08 bébés. Les 02 autres patientes ayant accouché dans d'autres formations ont été complètement perdues de vue, ne voulant pas répondre à nos questions concernant leurs enfants.

DISCUSSION

En matière de pTME du VIH, le Maroc a réalisé des progrès notables qui sont à renforcer, en effet, le nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH et les femmes sous pTME a connu une nette augmentation. (3)

La transmission verticale représente plus de 90% des facteurs de contamination de l'enfant. Le risque de TME du VIH est de 15 à 45% en l'absence d'interventions. Ce risque est maximal lors de l'accouchement (10-20%).

Cette TME est conditionnée par différents facteurs dont le principal est la charge virale de la mère.

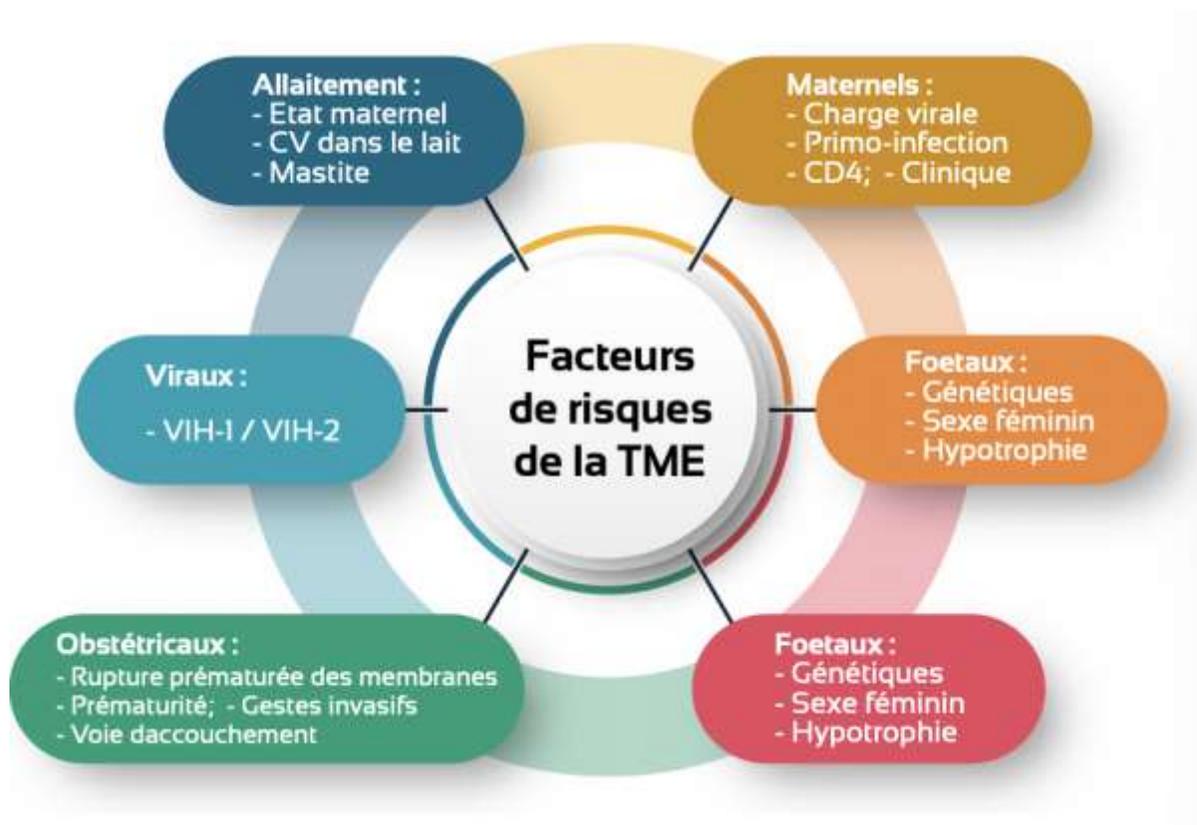


FIGURE 1 : FACTEURS CONDITIONNANT LA TME DU VIH (3)

Des mesures prises dans le cadre de la pTME peuvent ramener la transmission du VIH à <1%.

Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes conditionne l'accès de la femme à la PTME.

L'OMS recommande d'offrir le test à la femme enceinte selon l'approche du test et counseling à l'initiative du prestataire, la proposition du test doit être systématiquement le plus tôt possible au 1^{er} examen prénatal pour offrir une prise en charge précoce et réduire le risque de TME. Si non réalisé au premier trimestre, le TR doit être proposé à la femme enceinte quel que soit le terme de la gestation sinon lors de l'accouchement ou même lors du post-partum. (3)

Dans notre série, 09 parturientes étaient connues séropositives sous traitement antirétroviral (trithérapie) depuis plusieurs années, et une seule patiente, aux antécédents chargés, avait bénéficié d'un dépistage en T1 revenant positif.

Il existe différents moyens du dépistage du VIH chez la femme enceinte notamment là le test rapide de dépistage du VIH (TR) et la sérologie ELISA.

Une fois que le test VIH est positif chez la mère, le traitement anti rétroviral doit être demandé immédiatement et poursuivi à vie dans le cadre de la PEC de la mère dans le centre référent VIH. (3)

La prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH a pour but :

- De préserver la santé de la mère
- D'éviter la transmission de VIH de la mère à l'enfant et au partenaire s'il est séronégatif.
- D'établir le statut VIH de l'enfant et de préserver sa santé.
- Cette prise en charge comprend une consultation par un infectiologue adulte comprenant un examen clinique complet et un bilan pré thérapeutique et une prise en charge de la grossesse tant que grossesse à risque

Toutes nos patientes ont adhéré à ce programme, elles étaient toutes suivies au service d'infectiologie de la structure, et dès leur admission dans notre service pour prise en charge de leurs grossesses, ont bénéficié d'un suivi rigoureux avec ouverture d'un dossier « grossesse à risque » et protocole de surveillance armée clinique, biologique et échographique.

La femme enceinte séropositive bénéficie d'une trithérapie à base de 2INTI (INTI : Inhibiteur nucléotidique (ou nucléotidique) de la transcriptase inverse) + INNTI (Inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse). ou 2 INTI+ IP/r (Inhibiteur de la protéase). ou 2INTI+ inhibiteur de l'intégrase. (3)

Le suivi de l'infection au VIH et de la réponse au traitement antirétroviral sera basé sur l'évaluation clinique régulière, sur le suivi immuno- virologique et sur le bilan biologique. L'objectif du suivi chez une femme enceinte est notamment d'obtenir la suppression de la réplication virale tout au long du 3^{ème} trimestre grâce au traitement antirétroviral afin de réduire au maximum le risque de transmission mère enfant.

Les 08 parturientes suivies ont toutes adhéré au suivi, l'examen clinique n'ayant objectivé aucune anomalie, le bilan de co-infections était négatif chez les 08 patientes, bilan hépatique et rénal de surveillance correct, et une patiente a déclaré un diabète gestationnel en T1 équilibré sous régime seul.

Il est important de rappeler que les charges virales de ces 08 parturientes à 36 SA était indétectable ou inférieur à 40copies/ml chez une seule patiente, ceci grâce aux efforts des infectiologues principalement et des médecins de notre formation qui profitent de chaque consultation pour sensibiliser les parturientes sur l'importance de la prise quotidienne ponctuelle du traitement, essayer de régler les problèmes pouvant entraver leur observance, et la dotation effective en traitement efficace. À noter que toutes ces parturientes n'ont pas eu recours à une antibiothérapie prophylactique contre les infections opportunistes vu leur bon profil virologique.

| | M1 | M2 | M3 | M | M | M | M7 | M | M9 |
|---|---------|----|----|---------|---|---|-----------|---|----|
| Suivi clinique par le Médecin référent / VIH | | + | | | | + | | | + |
| Suivi obstétrical/gynécologue | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Consultation Prénatale /pédiatre | + | | | | | | | | |
| Echographie fœtale | +(12SA) | | | +(22SA) | | | +(32SA) | | |
| Groupe-Rh, RAI, sérologies toxoplasmose et rubéole (si non documentées ou négatives antérieurement) | + | | | | | | | | |
| Bilan pré thérapeutique | | | | | | | | | |
| • NFS | | | | + | | | + | | |
| • Ionogramme (avec transaminases, glycémie, urée, créatinémie, Débit de filtration glomérulaire, bilirubine, phosphatase alcaline, GGT) | | | | + | | | + | | |
| • Sérologies VHB (Ag HBs, Ac Hbs, Ac HBc), VHC (Ac HVC si + compléter par PCR) • TPHA-VDRL | | | | + | | | ** | | |
| • Recherche dans Crachat ; BK/ GeneExpert, Pneumocystis Jiroveci • Rx poumon | | | | + | | | | | |
| Charge virale (CV) * | | | | + | | | + surtout | | |
| CD4 | | | | + | | | | | |
| HGPO 75g | | | | + | | | | | |

M : mois ; SA : semaine d'aménorrhée ; HGPO : Hyperglycémie provoquée par voie orale ; NFS :

numération formule sanguine ; VHB : virus de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C ; GGT : gamma glutamyl transférase ; BK : bacille de Koch ; Rh : rhésus ; RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières.
* la CV sera réalisée avec les CD4 avant de commencer le TARV puis à 3Mois après le début du TARV. La CV de la 36eme semaine de grossesse est capitale puisqu'elle détermine le risque de TME donc le type de prophylaxie chez le NNé et les modalités d'accouchement.

** si terrain à risque d'infection (Femme ou partenaire appartenant aux populations clés (HSH, UDI, PS), migrants ou toute personne à forte mobilité, Femmes qui consultent pour des IST, Femme ayant un comportement à risque : partenaires multiples,) Femme célibataire, veuve, divorcée, séparée.

FIGURE 2 : RYTHME ET ÉLÉMENTS DU SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE DEPISTÉE SEROPOSITIVE (3)

Les modalités d'accouchement (3)

C'est la charge virale du 3^{ème} trimestre (36SA) qui conditionne les modalités de l'accouchement en dehors d'une cause obstétricale. (3)

Accouchement par voie basse : est autorisé lorsque la CV est inférieure à 400copies/ml à 36 semaines de grossesse. il n'a pas été démontré de surrisque de TME lorsque la CV est comprise entre 50 et 400 copies/ ml et si l'accouchement se fait par voie basse. L'infection par le VIH ne constitue pas une contre-indication formelle à l'induction du travail. Cependant, il est recommandé que la maturation- déclenchement soit réservée aux situation ou la CV est inférieure à 400 copies/ml depuis plusieurs semaines. En cas de rupture spontanée des membranes avant le travail : l'accouchement devra être réalisé au plus vite par voie basse. En cas prématurité une corticothérapie pour maturation pulmonaire pourra être administrée chez une patiente sous traitement antirétroviral, avec une CV inférieure à 400 copies/ml.

Accouchement par voie haute : une césarienne électorale programmée entre 38 et 39 SA est recommandée en cas de CV inconnue ou CV supérieure à 400 copies/ml.

Lors d'une séroconversion en cours de grossesse (virémie élevée).

Lorsque la durée du traitement antirétroviral est moins de 4 semaines.

Lorsqu'il y a une indication obstétricale.

Le statut virologique n'a pas fait partie des critères de choix des voies d'accouchement des patientes séropositives suivies dans notre formation jusqu'à la l'accouchement, leur charge virale était indétectable, et les indications de voie haute étaient purement obstétricales.

Les 02 patientes n'ayant pas reçu leur traitement et qui ont été perdues de vue, ont accouché par voie basse dans d'autres structures, sans avoir réalisé de charge virale au préalable. Elle ont par ailleurs par reçu de traitement antirétroviral durant l'accouchement, les patientes n'ayant pas déclaré leur affection à l'équipe soignante.

Prise en charge des femmes après l'accouchement (3)

Les patientes vivant avec le VIH sont plus à risque de morbidités du post-partum d'où l'importance d'une prise e charge adaptée. L'allaitement artificiel est fortement recommandé sauf si précarité majeure.

Un soutien psychologique pour la mère et un soutien pour l'observance du traitement antirétroviral est prodigué avant la sortie de l'établissement.

À la sortie de la maternité :

- le traitement antirétroviral devra être poursuivi sans interruption. En dehors du bénéfice individuel le traitement a aussi l'intérêt de réduire le risque de transmission sexuelle.
- La référence doit être assurée vers les services compétents notamment avec le centre référent du VIH.
- Un conseil et orientation pour une planification familiale adaptée et prévention de grossesses ultérieures non désirées.
- Des informations sur les moyens de prévention dans le couple et avec les partenaires seront fournis.
- Insister sur l'allaitement artificiel.

Les 08 parturientes ayant accouché dans notre formation ont reçu un counseling efficace concernant la prise en charge en post partum, les suites de couche en post partum immédiat étaient simples, pas de complications infectieuses, ou hémorragiques, et pas de problème de cicatrisation pour les patientes ayant accouché par voie haute. Les 08 patientes ont reçu des informations claires et simples concernant l'allaitement, et se sont vues prescrire une contraception du post-partum efficace.

Prise en charge du nouveau-né de mère VIH+ (3)

Les objectifs de cette prise en charge sont :

- la poursuite et si besoin l'adaptation de la PTME selon le risque dans sa phase postnatale par l'utilisation des ARV pendant les premières semaines de vie.
- L'établissement du statut VIH du nourrisson le plus rapidement possible
- Le dépistage à court, moyen, et long terme de la toxicité des ARV auxquels le nouveau-né a été exposé.

Cette prise en charge doit d'intégrer dans l'approche multidisciplinaire initiée pendant la grossesse. elle doit aussi prendre en compte les aspects sociaux, culturels, et psychologiques souvent complexes du suivi du couple mère-enfant.

Les traitement antirétroviral est à administrer pour tous les NNés exposés au VIH.

Le plutôt possible après la naissance, de préférence dans les 6 à 12 heures suivant l'accouchement. Au-delà de 72 heures de vie, la mise en place d'une prophylaxie n'est plus indiquée, et un simple suivi du nouveau-né doit être assuré.

Les doses doivent être adaptées à l'âge gestationnel.

Le type du traitement dépend de l'évaluation clinique du risque de TME.

| Nouveau-né | Situations | Prophylaxie de lère intention | Prophylaxie alternative |
|-----------------------------|---|---|----------------------------|
| Faible risque de TME | <ul style="list-style-type: none"> - Mère recevant un TARV pendant la grossesse - et ayant une CV indétectable proche du terme - et sans problèmes d'adhérence - et ayant un déroulement normal de l'accouchement. | AZT seul (4 sem) | NVP (6 sem) |
| Risque Accru de TME | <ul style="list-style-type: none"> - Mère n'ayant pas reçu de TARV pendant grossesse - ou mère ayant reçu le TARV uniquement pendant l'accouchement. - ou Mère ayant reçu moins de 4sem de TARV avant l'accouchement - ou CV chez la mère > 400 copies / ml dans les 4sem avant l'accouchement - ou Mère ayant été infectée par le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement (primo-infection) - ou Mère dépistée pour la 1ere fois pendant la période du post-partum, avec ou sans test VIH négatif avant la naissance. - ou des conditions d'accouchement comportant des facteurs de risque (Chorioamniotite, hémorragie, blessure du nouveau-né durant l'extraction) | AZT (6 sem) +3TC (6 sem) +NVP (2 sem) | AZT(6 sem) +NVP (6 sem) |

FIGURE 3 : TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LE NOUVEAU NÉ SELON LE RISQUE EN COURU DE TME (3)

| Poids | Dosage AZT |
|--------------|---|
| 2000g- 2499g | 10mg 2 x2jour soit 1ml de sirops 2 x/jour |
| >2500 g | 15mg 2 x2jour soit 1,5 ml de sirops 2 x/j |

* Le calcul de dose s'effectue en fonction du poids de naissance sans adaptation ultérieure lors de la prise de poids.

La zidovudine est contreindiquée lorsque le taux d'Hémoglobine est < 8g/l.

* le TARVp simple chez les NNé à base d'AZT seul est indiqué 6-12 heures après la naissance

* Le TARVp renforcé chez les NNé est indiqué (cf tableau II).

FIGURE 4 : DOSAGE SIMPLIFIÉ DE L'AZT (ZIDOVUDINE) CHEZ LE NOUVEAU NÉ A TERME (3)

Les 08 nouveau nés accouchés dans notre formation ont été considérés comme à faible risque de transmission mère enfant vu la charge virale indétectable et la prise régulière du traitement par la maman.

Ils ont tous reçu la zidovudine en salle d'accouchement ou au service de réanimation néonatale du CHU HASSAN II selon le protocole national.

CONCLUSION

Le risque de transmettre le virus à son enfant génère angoisse et troubles dépressifs qui peuvent retentir sur la qualité des relations parents-enfants.

Il est important d'aborder la question des modes de transmission du virus : beaucoup de mères n'osent pas toucher ni embrasser leur enfant de peur de le contaminer.

Les soignants doivent être à l'écoute des difficultés psychologiques : une grande précarité, la séparation avec la famille d'origine, la crainte d'être victime d'exclusion, la difficulté à préserver une intimité, fragilisent les mères.

Le partage d'information sur le VIH en dehors de l'équipe hospitalière, auprès de professionnels du secteur, n'est pas toujours souhaité par les familles et ne peut se faire qu'avec leur accord.

Le ministère de la santé, en collaboration avec plusieurs professionnels de la santé et épidémiologistes, ont élaboré un protocole national sous forme de « guide national pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de l'hépatite virale B, et de la syphilis congénitale » avec mise en place d'une feuille de route générale à respecter dans tous les centres qui s'occupent de femmes enceintes vivant avec le VIH.

Ceci explique les taux très faibles de transmission mère enfant obtenus dans notre série également.

Le souci qui se pose est surtout celui de la « dédramatisation » et du « tabou » qui poussent une bonne partie des parturientes à ne pas adhérer à cette prise en charge.