

Sida et grossesse

I. Introduction :

Le nombre de grossesse chez les femmes séropositives est en nette augmentation.

1/3 des femmes découvrent leur séropositivité au cours de la grossesse.

Dans la majorité des cas, la contamination est hétérosexuelle, mais aussi la toxicomanie

Dépistage systématique des femmes séropositives au cours du premier trimestre de la grossesse.

Le taux de transmission materno-fœtale est de 10 – 15%.

II. Conséquence de la grossesse sur l'infection

- En cas de séropositivité = pas d'aggravation de la maladie
- Au stade de sida avéré = aggravation de la maladie

III. Conséquence de l'infection sur la grossesse :

- Prématurité
- Malformations fœtales
- souffrance fœtale
- Les complications observées sont liées au terrain médico- social (pas de traitement préventif, manque e suivi)

IV. La transmission materno-foetale :

- Elle s'effectue par voie trans-placentaire.
- Surtout en fin de grossesse et au moment de l'accouchement
- elle serait aussi possible en post natal (allaitement)
- Le traitement anti-retro viral fait passer le risque de 15% à 2 ou 3%.
- La césarienne prophylactique avant tout début du travail (à membrane intacte) réduit le risque à 1%.

V. les facteurs de risque de transmission :

Maternel:

- ✓ Charge virale élevée
- ✓ signes cliniques de Sida
- ✓ Chute du taux de lymphocytes CD4
- ✓ Primo-infection au cours de la grossesse

Obstétricaux:

- ✓ rupture prématuré des membranes
- ✓ Accouchement prématuré
- ✓ Chorio- amniotite
- ✓ Manœuvres et gestes invasifs (version manœuvre externe et interne, amniocentèse, biopsie trophoblastique)

Allaitement

VI. Traitement antirétroviraux :

- Le fœtus est plus sensible aux antirétrovirus que chez l'adulte.
- ✓ Toxicité pour les inhibiteurs de protéases(IP)
- ✓ Mitochondriopathies avec les inhibiteurs nucléotidiques (IN), ictère, hyper bilirubinémie, calculs rénaux
- La plus part des antirétroviraux passent la barrière placentaire.
- L'AZT (lamivudine) est le seule à avoir prouvé son innocuité et son efficacité à l'heure actuelle

VII. Conduite à tenir :

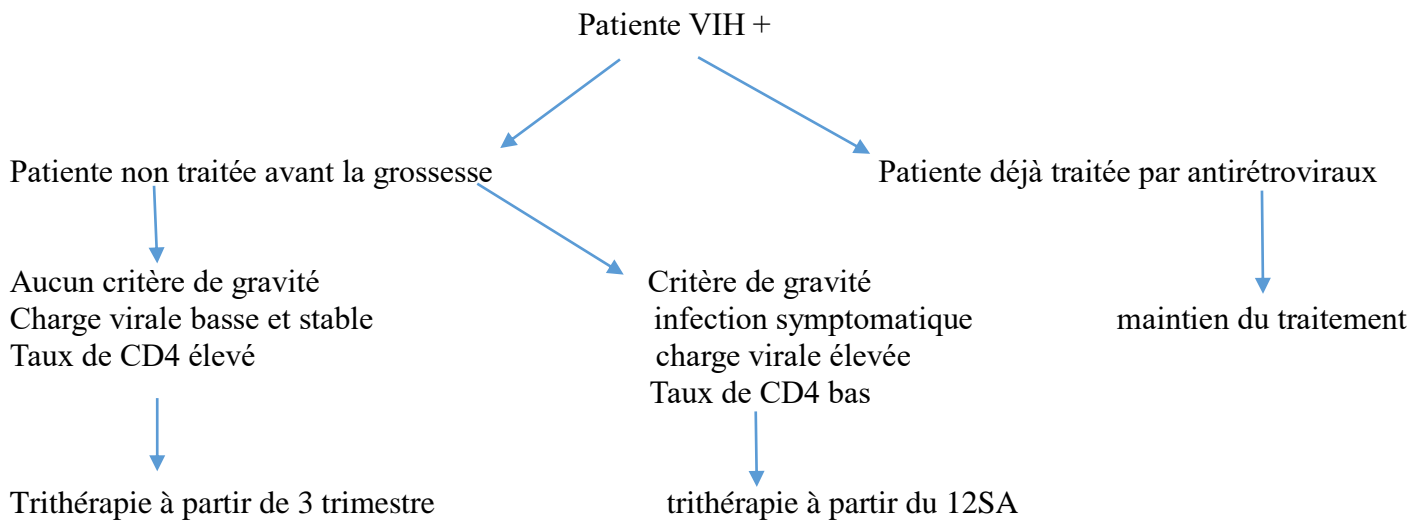
A. Dépistage et prévention :

- Dépistage= proposé systématiquement et avec l'accord de la patiente
Rechercher une co-infection: VHB et VHC, TPHA-VDRL
- Prévention= chez une femme séropositive, on évitera les geste à risque (amniocentèse, ponction du sang fœtal, version par manœuvre externe), mais s'ils sont nécessaires, on instaure un traitement a base AZT au cours du geste

B. Suivi de grossesse :

- Une équipe multidisciplinaire: infectiologue et obstétricien
- Surveillance régulière de :
 - ✓ La charge virale (dosage de l'ARN viral)
 - ✓ Du taux de lymphocyte CD4
- Surveillance régulière et dépistage des:
 - ✓ Menaces d'accouchements prématurés
 - ✓ ruptures prématurées des membranes

Le but de la prise en charge: prévenir la transmission materno-foetale.



VIII. Accouchement :

Deux situations:

- ✓ Situation favorable: CV indétectable: accouchement par voie basse sauf raison obstétricale, perfusion prophylactique de Zidovudine(Retrovir), pas de prélèvement au scalp pour PH et ou lactate.
- ✓ Situation défavorable: CD4 bas, CV élevée= Césarienne programmée a 38 SA
- Perfusion intraveineuse de ZIDOUDINE (Retrovir) = AZT démarrée 4 heures avant la césarienne
- Si travail avancé, rupture prématuré des membranes de plus de 12H= l'accouchement par voie basse

IX. Mesures associés :

- Soutien psychosocial (précarité sociale)
- Prise en charge par les services de la protection maternelle et infantile

X. Prise en charge du nouveau-né :

Traitement antirétroviral pendant 6 semaines

contre-indication de l'allaitement maternel