

# Prise en charge des personnes infectées par le VIH

Particularités de la prise en charge  
pédiatrique  
Françoise Mazingue  
Tourcoing 15/05/2014

# Prévention de la TME

- 3 périodes :
- la grossesse
- L'accouchement
- La période postnatale
- L'élément fondamental pour prévenir la TME est d'obtenir une **CV indétectable chez la mère durant la grossesse**

# TME

- Prise en charge du nouveau né:
- Poursuivre la prévention par l'instauration d'un **traitement anti rétroviral chez l'enfant** durant les 4 premières semaines de vie
- Préciser le **statut VIH** du bébé
- Dépister à court, moyen et long terme la **toxicité des ARV** auxquels l'enfant a été exposé

# TME: choix des ARV chez le NN

- ◉ **Zidovudine** est la molécule la plus utilisée
- ◉ Peu de connaissances sur les autres INTI chez le NN en dehors du 3TC
- ◉ **INNTI**: bonne tolérance de la NVP, utilisée en Afrique pour allaitement sécurisé
- ◉ **IP**: seules données concernent le lopi/rito
- ◉ **CI** chez le prématuré/ toxicité cardiaque, rénale, hyperK
- ◉ Interférences avec le métabolisme du cortisol(test de Guthrie)

# TME et NN

- ◉ Peu de formes sirop disponibles
- ◉ Se méfier des excipients: Propylène Glycol, Ethanol
- ◉ Hyper osmolarité et risque enterocolite nécrosante chez le prématuré

## 2 cas de figure

- **Nouveau né à terme:**
- Infection bien contrôlée chez la mère  
:CV <1000cop/ml
- **Retrovir sirop** : 2mg/kg/12h pendant les 2 premières semaines de vie
- 4mg/kg/12h pendant les 2 semaines suivantes
- Voie IV possible si impossibilité po:  
1,5mg/kg/12h puis 3mg/kg/12h

› Infection maternelle par le VIH 2:

- ⦿ Risque de TME est plus faible
- ⦿ Les modalités de prévention sont les mêmes que pour le VIH1

# Prise en charge des nouveau-nés

- En salle de travail:
- -bain du nn: hypochlorite de Na 0,06%, dilué à 50%,
- Eau+savon possible
- Jamais de Bétadine
- Désinfection oculaire
- Aspiration gastrique non traumatique



- ◉ **Allaitement demeure CI** dans les pays du Nord
- ◉ Allaitement sécurisé possible en Afrique, mère et/ou enfant sous antirétroviraux pdt toute la durée de l'allaitement

- Prophylaxie anti PCP n'est plus nécessaire, étant donné le faible taux de TME < 1%
- **Calendrier vaccinal doit être respecté** en dehors du BCG qui doit être décalé après le Dg de non infection par le VIH
- Ne pas oublié la **seroprévention** et la mise en route de la **vaccination anti VHB** si la mère est Ag HBS+

- **Diagnostic de l'infection par le VIH chez le NN**
- Techniques sérologiques inappropriées jusque 16-18 mois (présence d'Ac anti VIH transmis)
- Techniques de **biologie moléculaire** de PCR, permettent de détecter et de quantifier la présence du génome du VIH dans les cellules sanguines(ADN) ou dans le plasma( ARN)
- Pour affirmer l'absence d'infection, il faut **2 prélèvements négatifs après l'âge d'1 mois**

- ◉ **En pratique:**
- ◉ Prélèvements du NN à:
- ◉ J1-J3, pour dg précoce de contamination in utero.
- ◉ M1, M3, M6
- ◉ Si un résultat rentre +, contrôler rapidement avant échéance suivante
- ◉ **Sérologie après 18 mois** pour vérifier seroréversion complète
- ◉ En cas d'allaitement, serologie , 3 mois après arrêt allaitement
- ◉ En cas d'infection maternelle par le VIH2 seule le PCR ADN VIH2 est utilisable

- Surveillance de enfants exposés aux anti rétroviraux in utero
- BS 1, 3, 6, 12 et 18-24 mois, recherche de toxicité hépatique, pancréatique, musculaire et hématologique
- Dosage des lactates à corréler à la présence de signes cliniques d'acidose lactique avant de modifier le traitement

- La durée totale de suivi des enfants de mère sero+ pour le VIH est de 24 mois.
- Les parents doivent avertir le centre de suivi en cas d'événement clinique inhabituel au delà de 24 mois

- ◉ Aspects sociaux:
- ◉ Prise en charge à 100% jusqu'à l'âge de 2 ans
- ◉ Aucune information spécifique notée dans le carnet de santé, ou transmises à la crèche, halte garderie, as mat.
- ◉ CI temporaire au BCG notée dans le carnet de santé au crayon de bois puis effacée

- Information du MT ou du médecin de PMI, après **accord des parents**, pour bonne prise en charge des vaccinations
- En cas d'ignorance du père, concernant le statut VIH de la mère,  
pas d'information possible du père.
- Cependant, s'il a reconnu l'enfant, il a le **droit d'être informé des traitements administrés à son enfant**



- Accompagnement des parents et des nourrissons:

- Angoisse des parents/risque de transmission à l'enfant

- Repréciser les modes de transmission et rassurer la mère sur l'absence de risque dans la vie quotidienne en dehors de l'allaitement

- Favoriser le lien mère -enfant

- ◉ S'assurer que les parents ont bien compris les explications fournies lors des consultations.
- ◉ Les rassurer sur la confidentialité
- ◉ S'enquérir des conditions de vie de la famille si besoin avec l'aide du service social et de la pmi, toujours en accord avec la famille

# Prise en charge des enfants infectés par le VIH

- 1500 enfants infectés en France
- 10 à 15 nouveau nés infectés par an en France
- La majorité des nouveaux diagnostics sont faits chez des migrants originaires de zones d'endémie
- Parfois nés en France, de mères ayant échappé au dépistage
- Enfants déjà traités, porteurs de virus multi résistants

- ◉ Majorité des patients pédiatriques sont des adolescents
- ◉ Difficultés de prise en charge thérapeutique et psychologiques
- ◉ Problème de la transition vers les services d'adultes

- Le traitement anti rétroviral
- Sa prescription répond aux mêmes règles que chez l'adulte
- Evolution bimodale :
- -15% des enfants infectés présentent une forme d'évolution rapide
- -85% une forme d'évolution lente avec un risque cumulé de passage au SIDA de 4 à 5%/an

- ◉ Choix des molécules plus limité que chez l'adulte
- ◉ Aucune formulation combinée associant 2 ou 3 anti rétroviraux n'est disponible en pédiatrie, actuellement, en France
- ◉ Délai d'obtention de l'AMM chez l'adulte et son extension à l'enfant beaucoup trop long

○ Molécules ayant obtenu l'AMM pédiatrique récemment:

-Tenofovir :2ans

-Atazanavir :6ans

-Darunavir : 3 ans

-Tipranavir :2ans

-Raltégravir : 2ans

-Etravirine : 6 ans(attente)

⦿ Problèmes:

- Efficacité à long terme
- Effets secondaires à long terme de l'exposition aux ARV sur un organisme en croissance?



## Initiation du traitement anti retroviral:

- Traitement antirétroviral précoce et systématique dans la forme sévère d'évolution rapide
- au delà de l'âge de 1 an , pas d'étude permettant de mettre en évidence un bénéfice au tt précoce.
- Extrapolation des données obtenues chez l'adulte
- Qualité de la reconstitution immunitaire en cas de traitement précoce

**Traitement précoce de tous les enfants infectés**

- Mise en route du traitement demande toujours un accompagnement important, médical, social, psychologique, sous peine d'échec  
Difficultés matérielles avant 2 ans puisque le Lopi/rito ne possède pas l'AMM à cet âge

# Stratégie d'utilisation des antiretroviraux chez l'enfant

- Avant 24 mois: le traitement doit être systématiquement proposé afin d'éviter le développement d'une précoce et sévère de l'infection.
- Difficultés thérapeutiques importantes à cette période/peu d'info sur la pharmacologie et la tolérance des drogues à cet âge
- Peu de formes galéniques utilisables à cet âge

- Tenir compte des difficultés socio économiques des parents.
- Faut-il arrêter le traitement ensuite?
- Peu de données.
- Toujours bénéfique du tt précoce/tt différé
- Mise en route d'un tt avant l'âge de 1 an oblige à utiliser des molécules n'ayant pas l'AMM à cet âge

- Enfant de plus de 2 ans
- Le tt doit être systématiquement proposé avec des délais dépendant de la situation clinique et immuno virologique
  - stade du CDC
  - Taux de CD4

Actuellement, on pense que le taux de CD4, exprimé en chiffre absolu a une meilleure valeur pronostique que le taux de CD4 exprimé en pourcentage:

-CD4 < 750/mm<sup>3</sup> si âge < 3 ans

-CD4 < 500/mm<sup>3</sup> entre 3 et 5 ans

-CD4 < 200/mm<sup>3</sup> après 5 ans

→ il faut débuter le tt sans délai

Si le taux de CD4 est supérieur à ces valeurs, il faut débuter le tt dans les 3 mois

# Choix des médicaments pour le tt initial

- ◉ 2 INTI+1IP/r > 2INTI+1INNTI
- ◉ Avant 6 ans: IP = Lopi/r
- ◉ Après 6 ans : IP= ATZ/r ou Lopi/r
- ◉ Autres IP ayant AMM pédiatrique:  
Darunavir/r, fosamprenavir/r, Tipranavir/r
- ◉ L'utilisation de ces molécules n'est pas toujours facile, à cause de la coprescription du ritonavir

- Choix de l'INTI: préférer des molécules ayant une barrière génétique élevée:
- Zidovudine
- Abacavir
- Lamivudine
- Associations : Abacavir-Lamivudine=  
**Kivexa**<sup>®</sup> (monoprise) AMM 12 ans
- Zidovudine-Lamivudine=
- **Combivir**<sup>®</sup> (biprise)
- **Tenofovir** a l'AMM à partir de 2 ans



- Complications liées au traitement:
- -Abacavir et hypersensibilité: NPO recherche groupe HLA B5701
- -Efavirenz et troubles sensoriels
- -Toxicité mitochondriale surtout en cas d'utilisation de la Stavudine ou du Didanosine( non utilisés actuellement)
- Hyperlactatémie à acidose lactique et défaillance multiviscérale

- -Syndrome lipodystrophique, observé dans 20 à 30 % des cas
- \_Hyper triglycémie et/ ou hyper cholestérolémie et/ou insulino résistance : conseils hygiéno diététiques
- Toxicité osseuse et rénale sous Tenofovir
- Syndrome de restauration immunitaire

- ◉ **Simplification thérapeutique:**
- ◉ Substitution de Lopi/r par Efavirenz possible si bonne adhésion au tt et si pas de résistance à un INNTI, même ancienne (résistance archivée)
- ◉ Permet ainsi un tt mono prise, favorisant l'adhésion thérapeutique de l'enfant

- Suivi du traitement et adhésion thérapeutique
- Le suivi doit être rapproché pendant les premiers mois suivant l'initiation du traitement, afin de dépister rapidement les difficultés rencontrées par l'enfant et ses parents et de pouvoir y remédier
- Ensuite, possibilité d'espacer les consultations, à tous les 3 mois

- ◉ **Freins à l'observance:**
- ◉ -Galenique
- ◉ -Horaires de prise
- ◉ Effets indésirables/diarrhée
- ◉ -Ignorance de l'enfant/séropositivité
- ◉ - Dénier= défense psychique
- ◉ -nécessité de se cacher
- ◉ -Fragilité parentale, pb de communication

# Vaccinations usuelles et prophylaxie des infections

- Le calendrier vaccinal doit être respecté chez les enfants infectés par le VIH, en dehors du BCG
- Vaccins vivants/ ROR à réaliser sauf  $CD4 < 15\%$
- Importance de la **vaccination anti pneumococcique** : 3 prévenar 13 + 1 rappel à 1an
- Chez les enfants non vaccinés entre 2 et 5 ans: 2 prévenar 13 puis 1 pneumo 23 puis 1 pneumo 23 tous les 5 ans
- Au-delà de 5 ans : 1 prevenar 13 puis 1 pneumo 23 et 1 pneumo 23 tous les 5 ans

- ◉ Vaccination anti grippale :OK
- ◉ Vaccin anti papillomavirus : OK
- ◉ Vaccin anti Rotavirus : non recommandé en France dans la population générale
- ◉ Vaccin anti varicelleux reste CI en cas de DI modéré en France
- ◉ Vaccin anti amarile: même CI que pour la Rougeole

- Prophylaxie Pneumocystis peut être arrêtée si  $CD4 > 25\%$  depuis plus de 6 mois
- Maintient de la prophylaxie entre âge de 6 semaines et 1 an qq soit le taux de CD4



# Annnonce de la séropositivité à l'enfant

## Information de l'entourage

- Information personnalisée
- Loi du 4 mars 2002 (droits des malades et information des patients)
- Dès l'âge scolaire , précoce et graduelle
- Avec l'accord des parents
- avant 10 ans: virus non nommé , notion de défenses immunitaires importance du tt
- Après 11 ans: virus nommé
- Bien distinguer sero+ et sida, rôle des médicaments

- ◉ Aucune nécessité à informer une structure d'accueil
- ◉ Aucune mesure particulière
- ◉ **Le droit au secret doit être respecté**
- ◉ Toute information ne peut être donnée qu'en accord avec les parents et l'enfant( circulaire 92-124 du 29 juin 1992 J Lang)

# Adolescent infecté par le VIH

- ◉ Situation plus difficile / observance du traitement:
- ◉ Mauvaise observance plus fréquente
- ◉ Transgresser les limites imposées par l'adulte
- ◉ Souffrance
- ◉ Arrêt inopiné du tt
- ◉ Oublis plus fréquents . Interruptions thérapeutiques volontaires

- Préférer les tt avec barrière génétique élevée
- Pas de changements thérapeutiques fréquents
- Même si la CV n'est pas strictement indétectable
- Ne pas chercher la « simplification » à tout prix
- Ne pas hésiter à reprendre la prophylaxie de la PCP si  $CD4 < 15\%$

- ◉ Identifier carence affective
- ◉ Travail d'écoute , psychothérapie,
- ◉ Travail avec les associations, groupes de parole
- ◉ Mesures administratives et/ou judiciaires

# Passage à l'âge adulte

- ◉ Risque d'interruption dans le suivi reste important
- ◉ En parler longtemps à l'avance
- ◉ Choix du médecin d'adulte ne concertation avec le jeune adulte
- ◉ Choisir un moment où la situation médicale et virologique est stable
- ◉ Montrer qu'il existe une cohésion dans l'équipe médicale (rôle des COREVIH)

- ◉ File Active LILLE 2013
- ◉ **153** Dont 24 enfants infectés par le VIHet 129 enfants nés de mère sero+ ,pour le vih mais non infectés

# File active LILLE 2013

- **ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH** n=24
- SEXE : Féminin :14
- Masculin : 10
- AGE : - de 5 ans : 2
- - 5 à 9 ans :4
- -10 -14 ans : 9
- -15 ans et+ : 9
- STADE CLINIQUE : Stade Non Sida :20
- Stade Sida :4
- PATIENTS SOUS TRAITEMENT : 23
- TRANFÉRÉS DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE ADULTE : 4