**HIV congénital**

*Neonatal secrets*

*CHUV 2014*

Facteurs de risque de transmission :

* Charge virale maternelle (>1000 copies/ml)
* Nombre de CD4 maternel : CD < 200/mm3 = risque important
* ABV si virémie HIV> 40 copies /ml

Taux de transmission mère-enfant en Europe :

* **80% à l'accouchement** et 20% in utero
* **Risque selon procédure :**
  + Absence de traitement maternel et ABV donne un risque de transmission maternel de **13-15%**
  + Traitement maternel par AZT et AVB : risque de **8%**
  + Traitement maternel par AZT+ césarienne => risque de **5%**
  + Traitement maternel par AZT+ césarienne+ charge virale maternelle basse (<1000 copies/ml) : risque de **3-4%**
* **Allaitement** avec mère HIV durant 6 mois = **15%** de transmission à l‘enfant

Labo chez l’enfant

* **1er bilan (à combiner avec le Güthrie à J4) :**
  + **FSC**
  + **Gazométrie avec glycémie et lactates (CTRL lactates veineux si > 3 mmol/L).**
  + **Bili totale, ASAT, ALAT, créatinine, CK, amylase, lipase.**
* **Bilan de suivit :**
  + **PCR HIV** **à 1 mois et 4 mois de vie** => 2 PCR négatives permettent de dire que l’enfant n’est pas infecté (< 2% de risque d’être infecté si PCR à 1 mois de vie négative et virémie maternelle indétectable) et permettent **d’arrêter le traitement d’AZT.**
  + CTRL clinique **à l’Unité de Développement à 12 mois**
  + **ELISA** : mesure les **IgG** sans distinction entre ceux de l’enfant infecté et ceux de la mère transmis par voie transplacentaires => Seront systématiquement positifs en cas de HIV maternel ad 12-18 mois => **Réaliser un contrôle sérologique HIV (+ AC anti-HBs et anti-HCV (si mère HCV positive) chez l’enfant à 24 mois et STOP CTRL sérologique s’il est négatif.**
  + **CTRL clinique pendant 5 ans 1x/an à l’Unité de Développement.**

Complications :

* Risque d'infection mortelle à P.carinii (vers 3-9 mois) => prophylaxie !
* RCIU
* Encéphalopathie

Prophylaxie du côté maternel

* Toutes les mères infectées devraient être sous trithérapie indépendamment du nombre de CD4
* AVB possible si virémie HIV < 40 copies/ml
* Césarienne si HIV > 40 copies/ml +/- perfusion continue d’AZT avant et pendant l’accouchement
* **Dépister d’autres problématiques maternelles :**
  + **Hépatite B**
  + **Syphilis**
  + **HCV**
  + **Tuberculose (risque augmenté en raison du HIV) et autres infections opportunistes.**
  + **Toxicomanie**
  + **Pb sociaux**

Prophylaxie de l’enfant

* AZT pendant 1 mois de vie ad résultat de la PCR virale HIV :
  + NNT : 2 mg/kg 4x/j PO dès 6h de vie.
  + < 34 SA : 2 mg/kg 2x/j PO ou 1.5 mg/kg 2x/j IV dès 12h de

vie puis 3x/j dès 2 sem.de vie.

* + <28SA 2 mg/kg 6x/j PO ou 1.5 mg/kg 6x/j IV dès 12h de

**Nb : le passage à l’AZT PO peut se faire dès 100 mg/kg d’alimentation entérale.**

vie

* **Vacciner contre l’hépatite B avant le 1er mois de vie (car milieu familial souvent à risque).**
* **Ne pas réaliser de vaccin vivant (BCG) tant qu’il y a un doute pour risque de HIV => pas avant 6 mois et résultat PCR et sérologies !**
* Bactrim® ad 2eme PCR à 4 mois négatifs ?

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Ne pas noter les informations HIV dans le carnet de santé mais écrire une lettre à part pour le pédiatre !**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**