

Le dépistage du VIH pendant la grossesse



HISTORIQUE

Le présent document de principes remplace celui que la Société canadienne de pédiatrie a publié en 2001 (1). Les modifications comprennent l'information sur les nouveaux tests de dépistage rapide du VIH et la mise à jour des chiffres d'incidence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes au Canada.

L'implantation d'une stratégie en vue de réduire la transmission périnatale du VIH se fait en deux étapes. La première consiste à dépister les femmes infectées par le VIH. La deuxième exige des efforts coopératifs de la part des dispensateurs de soins (DS) afin que les femmes et leurs enfants aient accès à des soins coordonnés du VIH.

- Les dispensateurs de soins obstétriques doivent dépister les femmes séropositives au VIH et leur fournir l'accès aux soins du VIH;
- Les DS qui soignent des femmes séropositives au VIH doivent participer à la prise en charge du VIH pendant la grossesse, y compris le choix de l'antivirothérapie, et donner des conseils afin de prévenir la transmission du VIH aux partenaires sexuels;
- Les DS qui dispensent les soins intra-utérins doivent fournir l'antivirothérapie intra-utérine et le counseling sur les risques de transmission du VIH au moment de choisir le mode d'accouchement;
- Les DS auprès des nouveau-nés doivent fournir l'antivirothérapie pertinente, procéder rapidement au dépistage diagnostique du VIH chez le nourrisson et surveiller l'évolution à court et à long terme de ces enfants exposés au VIH.

Cinq facteurs sont essentiels dans le cadre d'un programme de dépistage, soit :

- la sensibilité et la spécificité du test diagnostique;
- l'acceptabilité et la faisabilité du test diagnostique;
- les bienfaits du dépistage précoce;
- les inconvénients du dépistage;
- la prévalence de la maladie.

Dans le présent document de principes, les facteurs précédents sont analysés en regard du dépistage du VIH pendant la grossesse.

L'ANALYSE DES FACTEURS ESSENTIELS À UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE, APPLIQUÉS AU DÉPISTAGE DU VIH PENDANT LA GROSSESSE

La sensibilité et la spécificité du test

Le mode de diagnostic habituel de l'infection par le VIH en Amérique du Nord consiste à procéder à un dépistage sérologique par examens successifs. La première étape est un test de dépistage des anticorps du VIH au moyen d'un dosage immunoenzymatique (EIA). La sensibilité et la spécificité des EIA de dépistage de troisième génération utilisés au Canada sont excellentes. La « fenêtre sérologique » entre l'infection et l'apparition d'anticorps décelables (la séroconversion) par les EIA de troisième génération est de quatre à six semaines. L'EIA de quatrième génération en cours de développement est un dosage combiné des anticorps et des antigènes qui réduira davantage la fenêtre sérologique. Si l'EIA est réactif, l'échantillon fait l'objet d'un test de confirmation des anticorps du VIH par transfert Western (TW) ou, moins souvent par un autre procédé, tel que l'immunos dosage à paramètres multiples. Le test de confirmation par TW utilisé au Canada est homologué seulement pour dépister les anticorps du VIH-1. Un TW indéterminé peut être indicatif d'une infection précoce, d'une infection par le VIH-2 (qu'on observe surtout en Afrique de l'Ouest), de la baisse des anticorps de la mère chez le nourrisson ou d'un résultat faux-positif. Les tests qui mesurent la charge virale du VIH sont surtout utilisés pour le suivi plutôt que pour le diagnostic du VIH et peuvent donner un faux résultat faible des variantes non-B (sous-types du VIH), qu'on contracte surtout à l'extérieur de l'Amérique de Nord et de l'Europe.

Un dépistage rapide du VIH peut se définir comme un dosage permettant d'obtenir un résultat des anticorps du VIH en moins de 30 minutes. Ce dépistage n'est pas aussi facilement disponible partout au pays. Il semble avoir une sensibilité et une spécificité acceptables, mais un résultat positif obtenu à l'aide de cette technologie doit être confirmé par des tests de sérologie standard. En fin de grossesse ou pendant l'accouchement, il est avantageux de dépister les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénatals ou celles qui sont à haut risque au moyen du test rapide du VIH si le dépistage sérologique standard n'est pas rapidement accessible. Le test de dépistage rapide du VIH MedMira (MedMira Laboratories Inc., Canada) est homologué pour être utilisé seulement en laboratoire. Le test rapide aux anticorps du VIH-1 INSTI (bioLytical Laboratories Inc, Canada) a été

approuvé en 2005 à la fois pour le dépistage rapide du VIH en laboratoire et pour les tests de sang entier au point de service (clinique ou autre établissement de santé), et la demande d'homologation du test du VIH-2 à Santé Canada est en cours de traitement. Il faut implanter des protocoles et une assurance-qualité pour garantir une utilisation pertinente et uniforme en milieu périnatal.

L'acceptabilité et la faisabilité du test

Le dépistage du VIH inclut non seulement le prélèvement de l'échantillon de sang, mais également le counseling avant et après le test, au moment de la divulgation des résultats (2,3). Bien des femmes séropositives au VIH ne déclarent à leur médecin ou à leur sage-femme aucun des facteurs de risque habituellement associés à l'acquisition de l'infection par le VIH. Il est donc recommandé de procéder systématiquement au dépistage du VIH pendant la période prénatale dans toutes les provinces et tous les territoires, mais le respect de cette recommandation varie selon les régions (4). Les programmes qui fonctionnent le mieux incluent le dépistage automatique du VIH dans le cadre du bilan sanguin prénatal habituel, à moins que la femme s'y oppose catégoriquement. Très peu de femmes refusent le dépistage lorsque le conseiller le leur recommande (5). De nombreuses femmes pensent à tort avoir subi le dépistage du VIH même si elles n'en ont pas discuté avec les DS.

Les bienfaits du dépistage précoce

On constate des taux de transmission périnatale du VIH d'environ 25 % en l'absence d'interventions pendant la grossesse, l'accouchement ou la période néonatale. Certains cas de transmission se produisent pendant la période intra-utérine, mais la majorité ont lieu pendant l'accouchement, et le risque augmente lorsque le nouveau-né est allaité. Plus la femme a connaissance rapidement de sa séropositivité au VIH, plus elle a l'occasion d'optimiser son état de santé, de réduire le risque de propagation horizontale à ses partenaires sexuels et de prévenir la transmission verticale. On estime que l'incidence de transmission verticale du VIH pourrait diminuer de 65 % au Canada si 90 % des femmes enceintes subissaient le test de dépistage du VIH (6).

Les bienfaits de la monothérapie à la zidovudine (AZT) pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été démontrés dans un essai aléatoire et contrôlé contre placebo (7). Dans cette étude, le taux de transmission diminuait des deux tiers (de 25 % à 8 %) dans le cadre d'une intervention en trois phases. Depuis, plusieurs études (8,9) ont démontré que la charge virale de la mère constitue un déterminant essentiel du risque de transmission périnatale et que les femmes dont la charge virale est indétectable transmettent rarement le VIH. Le recours à une antirétrovirothérapie hautement active pendant la grossesse, associé à l'administration d'AZT à la mère pendant la période intra-utérine et au nouveau-né, est lié à une réduction supplémentaire (jusqu'à moins de 2 %) de la transmission périnatale (10), le taux s'élevant à seulement 1,2 % au Canada chez les 168 enfants nés en 2006 chez qui on avait dépisté

l'exposition au VIH avant la naissance (11). Il faut adapter le choix de l'antirétrovirothérapie à chaque femme enceinte, compte tenu de facteurs comme le statut courant du VIH, les effets secondaires (notamment ceux qui sont plus importants pendant la grossesse), l'information sur les effets de médicaments précis sur l'issue de la grossesse, les antirétrovirothérapies passées, l'intervalle prévu entre le début du traitement et l'accouchement et, si on la connaît, la susceptibilité antirétrovirale de la souche virale (6,10). Même si la plupart des nouveau-nés exposés à l'infection par le VIH pendant la période périnatale reçoivent encore seulement l'AZT pendant la période néonatale, des situations à haut risque ou des événements périnatals peuvent justifier des thérapies associatives. Il faut prendre ce type de décision en consultation avec des experts de l'infection par le VIH chez les enfants.

Selon des études internationales (12,13) et des études d'observation aux États-Unis (14), l'administration d'AZT à la mère pendant une période plus courte réduit jusqu'à un certain point la transmission périnatale du VIH, mais moins que les schémas posologiques en trois étapes, plus longs. La névirapine et diverses antirétrovirothérapies associatives entreprises pendant la période périnatale (10,15,16) ou l'administration d'AZT moins de 48 heures après l'accouchement (14), procurent certains bienfaits. Ces stratégies sont particulièrement utiles dans les milieux pauvres en ressources, mais elles comportent certains avantages pour les femmes séropositives au VIH dont on ne connaissait pas le statut de VIH en fin de grossesse ou à l'accouchement.

On sait que le VIH peut être transmis à un taux d'environ 9 % par année d'allaitement (17), le risque étant probablement plus élevé dans les six premiers mois suivant l'accouchement. Par conséquent, au Canada, où l'alimentation au moyen de préparations lactées commerciales est sécuritaire et où les produits sont faciles d'accès, il est recommandé d'éviter d'exposer au VIH contenu dans le lait maternel les bébés nés d'une mère séropositive au VIH, quelle que soit la charge virale de la mère ou l'antirétrovirothérapie qui lui est administrée.

Il est démontré qu'un accouchement par césarienne non urgente effectué avant le début du travail et la rupture des membranes réduit la transmission périnatale par les femmes infectées par le VIH qui ne prennent pas d'antirétroviraux ou qui prennent seulement de l'AZT (18,19). On possède moins de données sur l'efficacité de cette intervention chez les femmes dont la charge virale n'est pas entièrement supprimée malgré une antirétrovirothérapie associative, et les données sont insuffisantes pour qu'on puisse déterminer à quel seuil la charge virale de la mère est assez faible pour que le risque de la césarienne l'emporte sur ses bienfaits. Par consensus, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* a adopté un seuil de charge virale, mesuré par l'acide ribonucléique du VIH de 1 000 copies/mL, sous lequel les risques de césarienne sont considérés comme supérieurs aux bienfaits de la prévention de la transmission du VIH (20). Par contre, selon les lignes directrices consensuelles canadiennes (6), la

césarienne et l'accouchement vaginal peuvent convenir aux femmes dont la charge virale n'est pas totalement supprimée et demeure à moins de 1 000 copies/mL.

Les inconvénients du test

La femme qui apprend qu'elle est séropositive au VIH vit un grand stress personnel, familial et sociétal (21). Afin de faciliter une prise de décision éclairée, il est essentiel que la mère et l'enfant aient accès à des experts dans la prise en charge de l'infection par le VIH.

La toxicité attribuable à l'exposition intra-utérine aux antirétroviraux constitue une complication potentielle. À court terme, la toxicité marquée est rare, et on possède peu d'information sur la toxicité à long terme de cette exposition (6,22-24). Cependant, les bienfaits de la prophylaxie semblent l'emporter, et de loin, sur la toxicité potentielle aux médicaments.

La prévalence de la maladie

La proportion de femmes canadiennes séropositives au VIH est passée de 12 % entre 1985 et 1997 à 25 % en 2005 (4). Presque toutes ces femmes étaient en âge de procréer. Des sondages anténatals effectués en Alberta en 2000 et en Colombie-Britannique en 2003 ont révélé des incidences du VIH de 3,3 cas pour 10 000 habitants (25) et de 9,0 cas pour 10 000 habitants (4) respectivement, avec des taux considérablement plus élevés de 31,3 cas pour 10 000 habitants chez les femmes autochtones de la Colombie-Britannique entre 2000 et 2002 (4). Chaque année, au Canada, environ 185 enfants naissent d'une femme atteinte d'une infection connue par le VIH (26), et on ne sait pas combien naissent de mères non diagnostiquées ou qui ont caché leur diagnostic aux DS.

CONCLUSIONS

L'information disponible confirme la recommandation antérieure d'offrir systématiquement à toutes les femmes enceintes de subir le test de dépistage du VIH. Des données incontestables démontrent la possibilité de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de pratiquement l'éliminer grâce au dépistage du VIH pendant la grossesse, à l'utilisation d'une antirétrovirothérapie périnatale pertinente, à la réduction de l'exposition au VIH pendant l'accouchement et à l'évitement de l'allaitement.

RECOMMANDATIONS

- Il faut offrir systématiquement le dépistage du VIH à toutes les femmes le plus tôt possible pendant la grossesse et reprendre le test plus tard pendant la grossesse si on présume un exposition continue à l'infection par le VIH.
- Tous les tests de dépistage du VIH chez les femmes et les enfants doivent respecter les règles de confidentialité pertinentes et s'accompagner de counseling.
- Le dépistage du VIH pendant la période périnatale doit s'inscrire dans le cadre d'un programme qui inclut le counseling avant et après le test, un test de suivi auprès de l'enfant exposé au VIH, des soins médicaux et de soutien à la mère et à l'enfant et, s'il y a lieu, au père ainsi qu'à la fratrie.
- Les médecins qui soignent les femmes enceintes doivent s'assurer de faire connaître le statut de VIH de la mère à l'équipe qui s'occupe d'elle pendant l'accouchement. L'omission de transmettre cette information augmente considérablement le risque que le nouveau-né contracte le VIH pendant la période néonatale et l'expose parfois inutilement aux antirétroviraux (une thérapie empirique est parfois entreprise dans les situations à très haut risque, dans l'attente des résultats du test).
- Si la mère n'a pas subi de tests pendant la grossesse ou présente des facteurs de risque de contracter le VIH (consommation de drogues, partenaires sexuels multiples et partenaire sexuel séropositif au VIH) et n'a pas subi de nouveau test vers la fin de la grossesse, il faut prendre toutes les mesures pour procéder à une sérologie rapide du VIH chez la mère pendant le travail ou même après l'accouchement, après avoir obtenu son consentement éclairé. Si la mère n'est pas disponible, il faut procéder à la sérologie rapide du VIH sur le nouveau-né après avoir obtenu un consentement pertinent.
- Il faut consigner un refus de la mère de subir le test de dépistage, il faut lui offrir de nouveau de subir le test et envisager de l'aiguiller vers un thérapeute expérimenté dans le counseling du VIH. Il faut suivre le nouveau-né comme s'il était de statut de VIH inconnu, en consultation avec des experts qui peuvent recommander une antirétrovirothérapie pour le nouveau-né si la mère est dans une situation à haut risque.
- Il faut informer les femmes enceintes séropositives au VIH des facteurs qui réduisent la transmission périnatale du VIH, ce qui inclut l'antirétrovirothérapie, les diverses possibilités obstétricales et les ressources pour l'alimentation du nourrisson au moyen de préparations lactées commerciales.
- Il faut prendre en charge les femmes enceintes séropositives au VIH et leur enfant en consultation avec un ou plusieurs experts du VIH.
- Toutes les provinces et tous les territoires doivent s'assurer de posséder des programmes complets et accessibles de dépistage du VIH pendant la grossesse, qui favoriseront le dépistage éclairé des femmes et assureront un suivi pertinent et des soins aux femmes séropositives au VIH et à leur enfant. Il faut évaluer l'efficacité de ces programmes, y compris la prévention de l'infection par le VIH contractée pendant la période périnatale.

RÉFÉRENCES

- Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation [auteur principal : S King]. Le dépistage de l'infection au virus d'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) pendant la grossesse. *Paediatr Child Health* 2001;6:697-702.
- Association médicale canadienne. Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH. Ottawa : Association médicale canadienne, 1995.
- Réseau juridique canadien VIH/sida, Société canadienne du sida. Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse : Aspects médicaux et juridiques du débat d'orientation politique, Ottawa: Santé Canada, 1999.
- Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/pdf/epi06_f.pdf> (version à jour le 18 janvier 2008).
- Joo E, Carmack A, Garcia-Buñuel E, Kelly CJ. Implementation of guidelines for HIV counseling and voluntary HIV testing of pregnant women. *Am J Public Health* 2000;90:273-6. (Erratum in 2000;90:640).
- Burdge DR, Money DM, Forbes JC, Canadian HIV Trials Network Working Group on Vertical HIV Transmission. Canadian consensus guidelines for the management of pregnant HIV-positive women and their offspring. *CMAJ* 2003;168:1683-8.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R et coll. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
- Mofenson LM, Lambert JS, Stiehm ER et coll. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team. *N Engl J Med* 1999;341:385-93.
- Garcia PM, Kalish LA, Pitt J et coll. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999;341:394-402.
- Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force: Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. <<http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>> (version à jour le 18 janvier 2008).
- Samson L, Alimenti A, Forbes J et coll. Perinatal HIV transmission and demographics in Canada, 1999-2006: Data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Project (CPHSP). *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2007;SupplB:33B. (Abst)
- Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA et coll. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: A randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet* 1999;353:773-80.
- Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S et coll. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. *N Engl J Med* 2000;343:982-91.
- Wade NA, Birkhead GS, Warren BL et coll. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339:1409-14.
- Guay LA, Musoke P, Fleming T et coll. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802.
- Dao H, Mofenson LM, Ekpini R et coll. International recommendations on antiretroviral drugs for treatment of HIV-infected women and prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings: 2006 update. *Am J Obstet Gynecol* 2007;S42-55.
- Coutsoudis A, Dabis F, Fawzi W et coll; Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis* 2004;189:2154-66.
- Elective cesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: A randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet* 1999;353:1035-9. (Erratum in 1999;353:1714).
- The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med* 1999;340:977-87.
- Bartlett JG. ACOG committee opinion. "Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection" [ACOG committee opinion #219, August 1999]. *Hopkins HIV Rep* 1999;11:7.
- Koenig LJ, Moore J. Women, violence and HIV: A critical evaluation with implications for HIV services. *Matern Child Health J* 2000;4:103-9.
- Culane M, Fowler M, Lee SS et coll. Lack of long-term effects of in utero exposure to zidovudine among uninfected children born to HIV-infected women. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 219/076 Teams. *JAMA* 1999;281:151-7.
- Blanche S, Tardieu M, Rustin P et coll. Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet* 1999;354:1084-9.
- Nucleoside exposure in the children of HIV-infected women receiving antiretroviral drugs: absence of clear evidence for mitochondrial disease in children who died before 5 years of age in five United States cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:261-8.
- Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: Effect on testing rates. *CMAJ* 2003;168:679-82.
- Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2006. <www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/index-fra.html> (version à jour le 18 janvier 2008).

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

Membres : Docteurs Robert Bortolussi (président), IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Joan Louise Robinson, université de l'Alberta, Edmonton (Alberta); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy Michelle Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

Conseillère : Docteure Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteurs Upton Dilworth Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Pediatric AIDS Research Group); Scott Alan Halperin, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation); Charles PS Hui, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages); Larry Pickering, Elk Grove (Illinois) États-Unis (American Academy of Pediatrics, rédacteur en chef du Red Book et membre d'office du comité des maladies infectieuses); Marina Ines Salvadori, Children's Hospital of Western Ontario, Ottawa (Ontario) (Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)

Auteure principale : Docteure Joan Louise Robinson, université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Les recommandations du présent document ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.