

Voie d'accouchement pour les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine

Ces directives cliniques ont été revues par le Comité sur les maladies infectieuses et approuvées par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

AUTEUR PRINCIPAL

Marc Boucher, MD, FRCSC, DABOG (MFM), Montréal (Qc)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Marc Boucher, MD, FRCSC, DABOG (MFM), Montréal (Qc) (Président)

Howard R. Cohen, MDCM, FRCSC, Toronto (Ont.)

Andrée Gruslin, MD, RDMS, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Deborah M. Money, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, CCFP, FCFPC, Montréal (Qc)

Tom Wong, MD, MPH, CCFP, Ottawa (Ont.)

Résumé

Objectif : de récentes publications sur le rôle de la césarienne électorale comme facteur indépendant de réduction de la transmission du VIH à l'enfant par la mère au moment de l'accouchement soulèvent beaucoup de questions et donnent lieu à beaucoup de malentendus parmi les professionnels de la santé aussi bien que chez les patientes. L'objectif principal de ces directives cliniques est de transmettre une information exacte et mise à jour sur la bonne façon d'interpréter ces données pour les Canadiennes VIH positives.

Résultat attendu : la mise en pratique de ces directives cliniques devrait faciliter la prise de décision quant à la voie d'accouchement la plus indiquée, face à des patientes VIH positives, tout en tenant compte de la médication reçue et du niveau de suppression virale.

Évidence : les membres du Comité sur les maladies infectieuses de la SOGC ont passé en revue les publications après une recherche sur MEDLINE. Le niveau d'évidence a été déterminé en utilisant les critères décrits par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique.

Avantages, préjudices et coûts : une mise en pratique de ces directives cliniques devrait éviter à un nombre important de femmes VIH positives d'avoir à subir une intervention chirurgicale qui n'est pas nécessaire (lorsque la césarienne est envisagée uniquement en raison de la présence du VIH). Le fait de ne pas pratiquer de césarienne inutile devrait réduire le risque d'infection postopératoire et d'hémorragie qu'elle entraîne et permettre un séjour hospi-

talier plus court et des dépenses réduites, par voie de conséquence.

Recommandations : l'évidence existante sur le rôle prophylactique de la césarienne ne porte que sur les femmes qui n'ont pas suivi un traitement antirétroviral optimal. La possibilité d'une césarienne électorale (à la 38^e semaine de gestation) devrait être offerte aux femmes VIH positives dans les cas précis suivants :

- Les femmes qui n'ont pas suivi une thérapie antirétrovirale, quelle que soit la charge virale en présence avant l'accouchement. Ces patientes devraient pouvoir suivre une thérapie appropriée aussitôt le VIH détecté. (I)
- Les femmes qui suivent une monothérapie antirétrovirale, quelle que soit la charge virale. Si le temps le permet, il faut intensifier le traitement. (II-2)
- Les patientes ayant une charge virale décelable, quelle que soit la thérapie reçue. (II-2) Jusqu'à récemment, le seuil de détection du VIH par mesure de la charge virale était de 500 copies d'ARN par ml. Les tests actuellement utilisés permettent de réduire ce seuil à 40 ou 50 copies d'ARN par ml. L'évidence actuelle indique que les chances de transmission sont minimales quand la charge virale est de moins de 500 copies d'ARN par ml.
- Les femmes pour qui la charge virale n'est pas connue parce que le résultat n'est pas disponible ou que le prélèvement n'a pas été effectué. (II-2)
- Les femmes dont on ne connaît pas les antécédents de soins prénatals. (I)

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME D'APPRENTISSAGE AUTOGÉRÉ, CF. PAGE 355.

CONTEXTE

En Amérique du Nord, on sait maintenant que les femmes porteuses de VIH ont un risque d'environ 25 pour cent de transmettre le VIH à leur nouveau-né en l'absence de mesures prophylactiques complètes. En 1994, la publication des résultats de l'étude ACTG-076 (*AIDS Clinical Trial Group 076*) ont confirmé le rôle important joué par l'administration de zidovudine (AZT ou ZDV) à la mère pendant la grossesse, le travail et chez le nouveau-né durant la période néonatale. Un tel traitement prophylactique a réduit le taux de transmission de 25 pour cent à presque huit pour cent.¹ Dans plusieurs centres canadiens, le même traitement à la zidovudine a permis une réduction du taux de transmission de l'ordre de 90 pour cent.²⁻³

Depuis 1998, le traitement des femmes enceintes VIH positives a été modifié de manière à tirer partie des traitements combinés aux agents antirétroviraux multiples qui comprennent le plus souvent la zidovudine. Dans la majorité des cas, on a constaté que cette thérapie double ou triple plus intense réduisait les taux de transmission maternelle au fœtus à moins d'un pour cent.²⁻⁵ Un autre avantage associé à l'efficacité des traitements combinés est la possibilité de mesurer la charge virale du VIH (ARN viral) dans la circulation maternelle et, par conséquent, de permettre un ajustement plus précis de la thérapie antirétrovirale donnée à la mère.

Au moins quatre études récentes ont conclu qu'il y avait un rôle supplémentaire indépendant pour la césarienne élective dans la prévention de la transmission du VIH de la mère

à l'enfant (Tableau 1).⁶⁻⁹ Pratiquement toutes les femmes participant à ces études ont, soit reçu un traitement à la zidovudine seule, soit été sans traitement antirétroviral et elles n'avaient pu bénéficier de mesure de la charge virale avant l'accouchement. Il n'y a pas encore de résultats publiés d'études à grande échelle quant à l'influence de la voie d'accouchement sur la transmission verticale pour des femmes enceintes VIH positives sous thérapie multiple. Toutefois, des résultats préliminaires provenant de centres nord-américains, utilisant une thérapie antirétrovirale multiple adaptée en fonction de la charge virale, indiquent que l'accouchement vaginal pourrait être aussi sécuritaire que la césarienne dans certains cas précis démontrant une suppression virale optimale. De plus, certains groupes de cliniciens ont constaté que la réduction de la charge virale est en rapport direct avec le risque de transmission, indépendamment de la voie d'accouchement.⁴⁻⁵

RECOMMANDATIONS

Pour ces raisons, le Comité sur les maladies infectieuses de la SOGC considère que l'évidence actuelle ayant trait au rôle prophylactique de la césarienne ne s'applique qu'aux femmes qui n'ont pas reçu une thérapie antirétrovirale optimale. De plus, cette évidence fait ressortir l'obligation qu'ont les médecins de s'assurer que leurs patientes reçoivent la meilleure thérapie antirétrovirale possible et qu'ils prennent les mesures nécessaires pour que la thérapie soit observée. Nonobstant quoi, la césarienne élective (à la 38^e semaine de gestation) a un rôle important

Période	Type d'étude	Thérapie antirétrovirale (TAR) et nombre de patientes	Transmission de la mère à l'enfant selon la voie d'accouchement n (%)		Thérapies multiples	Charge virale
			Césarienne élective	Césarienne élective exclue		
1985-96	Étude de cohorte prospective ⁶	Zidovudine n = 902	1/133 (0,8 %)	54/769 (7,0 %)	30 (3,3 %)	Non
		Sans TAR n = 1917	17/97 (17,5 %)	310/1780 (17,4 %)		
1986-96	Étude de cohorte prospective ⁷	Zidovudine Toutes n = 76	0/31 (0 %)	4/24 (17,0 %)	1 avec 3TC	Non
		3 phases n = 45 Sans TAR n = 357	7/86 (8,0 %)	55/271 (20,0 %)		
1993-98	Essai prospectif, randomisé et contrôlé ⁸	Zidovudine n = 259	3/141 (2,1 %)	3/92 (3,3 %)	Non	Non
		Sans TAR n = 147	4/59 (6,8 %)	(accouchement vaginal) 14/74 (18,9 %) (accouchement vaginal)		
1986-97	Méta-analyses de 15 cohortes ⁹	Zidovudine 3 phases n = 1424	4/191 (2,1 %)	90/1233 (7,3 %)	Non	Non
		Sans TAR n = 5571	56/537 (10,4 %)	962/5034 (19,1 %)		

à jouer pour les femmes enceintes VIH positives et elle doit être offerte aux femmes dans les circonstances précises suivantes :

- Les femmes qui n'ont pas suivi une thérapie antirétrovirale, quelle que soit la charge virale en présence avant l'accouchement. Ces patientes devraient pouvoir suivre une thérapie appropriée aussitôt le VIH détecté. (I)
- Les femmes qui suivent une monothérapie antirétrovirale, quelle que soit la charge virale. Si le temps le permet, il faut intensifier le traitement. (II-2)
- Les patientes ayant une charge virale décelable, quelle que soit la thérapie reçue. Jusqu'à récemment, le seuil de détection du VIH par mesure de la charge virale était de 500 copies d'ARN par ml. Les tests actuellement utilisés ont réduit ce seuil à 40 ou 50 copies d'ARN par ml. L'évidence actuelle indique que les chances de transmission sont minimales quand la charge virale est de moins de 500 copies d'ARN par ml.²⁻⁵ (II-2)
- Les femmes pour qui la charge virale n'est pas connue parce que le résultat n'est pas disponible ou que le prélèvement n'a pas été effectué. (II-2)
- Les femmes dont on ne connaît pas les antécédents de soins prénatals. (I)

CONCLUSION

Le Comité sur les maladies infectieuses de la SOGC conclut qu'il n'y a pas encore assez d'évidence pour recommander une césarienne élective pour les patientes qui reçoivent une thérapie multiple et qui ont une réduction importante de la charge virale. Si la patiente demande une césarienne élective, on ne devrait acquiescer que sur la base de son infection par le VIH. (III) Dans des cas compliqués où il y a lieu de craindre les effets d'un travail prolongé ou un accouchement nécessitant l'utilisation d'instruments ou risquant de créer un traumatisme, on peut considérer la césarienne comme indiquée. Toutes les considérations précédentes doivent faire l'objet d'une discussion franche et honnête avec la patiente tout en gardant à l'esprit son droit de choisir le traitement souhaité.

J Soc Obstet Gynaecol Can 2001;23(4):352-4

RÉFÉRENCES

1. Connors EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
2. Boucher M, Samson J, Lapointe N. Evolution of intervention during pregnancy for the prevention of HIV transmission. *Can J Infect Dis* 1999;10(Suppl.B):29B (B234).
3. Money DM, Meneilly GP, Remple GP, et al. Obstetrical complications, maternal/fetal toxicities, and vertical transmission in anti-retroviral-treated pregnant women. *Can J Infect Dis* 2000;11(Suppl.B):40B (228).
4. Mofenson LM, Lambert JS, et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. *N Engl J Med* 1999;341:385-93.
5. Garcia PM, Leslie MPH, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N Engl J Med* 1999; 341:394-402.
6. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *J Am Med Assoc* 1998;280:55-60.
7. Kind C, Rudin C, Siegrist CA, et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. Swiss Neonatal HIV Study Group. *AIDS* 1998;12:205-10.
8. European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet* 1999;353:1035-9.
9. The International Perinatal HIV Group. Mode of delivery and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from fifteen prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999;340:977-87.