



**HAL**  
open science

## Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux. Etude descriptive rétrospective, du CH de Cayenne, des enfants suivis de 2013 à 2019.

Aurélien Kosc, Loïc Epelboin, Sébastien Rabier, Narcisse Elenga, Lindsay Osei, Mathieu Nacher, Aude Lucarelli

### ► To cite this version:

Aurélien Kosc, Loïc Epelboin, Sébastien Rabier, Narcisse Elenga, Lindsay Osei, et al.. Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux. Etude descriptive rétrospective, du CH de Cayenne, des enfants suivis de 2013 à 2019.. 24e Journées Nationales d'Infectiologie, Jun 2023, Grenoble, France. hal-04532951

**HAL Id: hal-04532951**

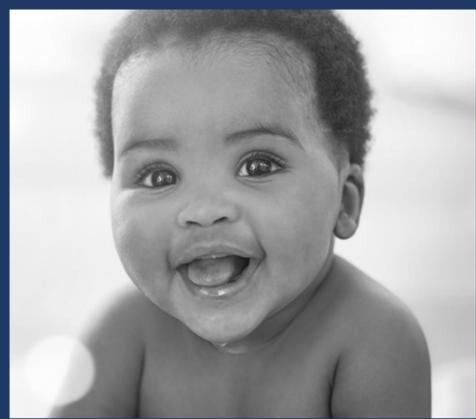
**<https://univ-guyane.hal.science/hal-04532951>**

Submitted on 4 Apr 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

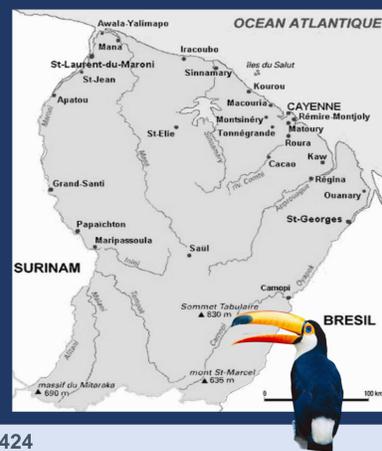
Copyright



# Etat de santé des enfants nés de patientes vivants avec le VIH après une exposition in-utero aux antirétroviraux.

## Etude descriptive rétrospective, du CH de Cayenne, des enfants suivis de 2013 à 2019

Aurélien KOSC<sup>1</sup>, Sébastien Rabier<sup>2</sup>, Loïc EPELBOIN<sup>3</sup>, Narcisse ELENGA<sup>4</sup>, Lindsay OSEI<sup>4</sup>, Mathieu NACHER<sup>2,5</sup>, Aude LUCARELLI<sup>1,2</sup>



1. Département de Médecine Générale DUMG ; 2. COREVIH Guyane, CHC ; 3. UMIT, CHC ; 4. Pédiatrie, CHC ; 5. Inserm CIC 1424

### CONTEXTE

La **prévalence** de l'infection à VIH en Guyane Française est > 1 %, à transmission hétérosexuelle, de sexe Ratio H/F = 1. <sup>1</sup>

> 1%

Le taux de **transmission mère-enfant** est < 1 % en cas de bonne observance du TAR, contre 15-20 % sans TAR. <sup>2</sup>

< 1%

**Grossesse chez les PVVIH et ARV recommandés**, en France, sur décision de groupe d'expert. <sup>2</sup>

2 INTI

IP +/-  
Booster  
INNTI  
CI Efavirenz

L'association entre une exposition ARV prénatale et les anomalies congénitales est décrite dans la littérature. <sup>3</sup> Néanmoins, un **surrisque d'anomalie congénitale** en cas d'exposition aux **inhibiteurs d'intégrase persiste** <sup>2,4</sup>, notamment un risque d'anomalie de fermeture du tube neural en cas d'exposition au **Dolutégravir** au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. <sup>2</sup>

### OBJECTIFS

#### Objectif principal :

Etudier les principaux événements cliniques pédiatriques en fonction des schémas thérapeutiques reçus au cours de la grossesse.

#### Objectifs secondaires :

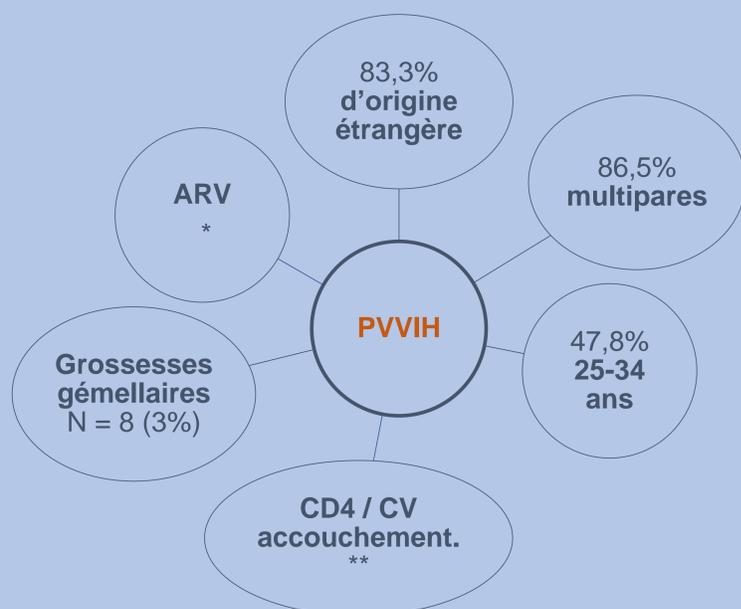
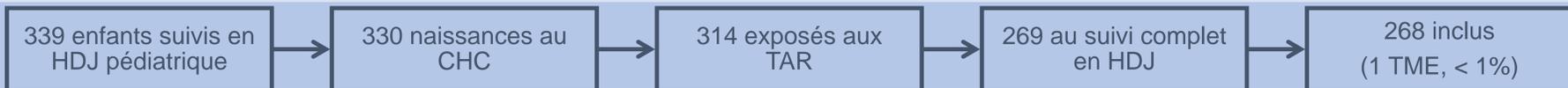
Evaluer le taux de transmission mère enfant, le taux de prématurité, la réponse immuno-virologique maternelle et proposer une description des schémas thérapeutiques reçus.

### METHODE

Population de l'étude : Enfants nés au CHC de mères vivant avec le VIH, exposés in-utero aux ARV, suivis en pédiatrie au CH.Cayenne.

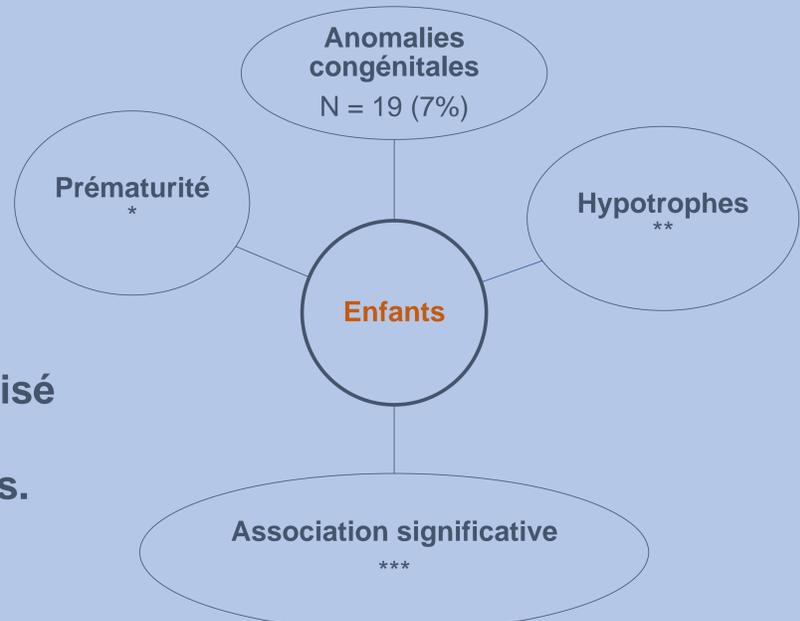
Hypotrophie dysharmonieuse : PN < 10<sup>ème</sup> pc + TN < 10<sup>ème</sup> pc + PCN normal.

Test de comparaison : test de Chi2, OR, p < 0.05 %.



### RESULTATS

Au total : **204 PVVIH ont comptabilisé 260 grossesses pour 268 naissances vivantes.**



#### \* Thérapies antirétrovirales : total N = 172 (66.1%)

- Suivants les recommandations, N = 114 (43.8%)
- Présent dès la conception, N = 90 (34.6%) ; initié au cours de la grossesse N = 82 (31.5%) dont 27 au premier trimestre (10.3%)
- Inhibiteur d'intégrase, N = 48 (18.4%) dont 33 au premier trimestre (12.7%).
- Dolutégravir, N = 17 (6.5%) dont 11 au premier trimestre (4.2%).

#### \*\* CD4 / CV accouchement (total : N.CD4 = 75% et N.CV = 87%) :

- CD4 > 500 / mm<sup>3</sup>, N = 145 (55.8%) ; Stade avancée CD4 < 200mm<sup>3</sup>, N = 8 (3%)
- CV < 50 copies / mL, N = 173 (66.5 %) ; CV > 400 copies / mL, N = 24 (9.3%) dont 8 en échec thérapeutique (3%)

\* **Prématurité** : N = 43 (15,9%) dont modérée 33-36 SA, N = 34 (12,5%)

\*\* **Hypotrophie néonatale**, N = 45 (16,7%) ; dont 32 dysharmonieux (11,9%)

\*\*\* **Association statistiquement significative entre enfants hypotrophes dysharmonieux et exposition aux inhibiteurs d'intégrase**

- En cas d'exposition générale : p 0.0037 OR 2,48 (IC 95% 1.04 – 5.81)
- En cas d'exposition au 1<sup>er</sup> trimestre : p 0.021 OR 2,45 (IC 95% 1.02 – 7.79)

### CONCLUSION

- Cette association n'est pas décrite dans la littérature.
- De trop nombreux facteurs de confusion interagissent dans la physiopathologie du retard de croissance intra-utérin. La précarité socio-économique des PVVIH en Guyane n'a pas été modélisée dans cette étude, limitant l'interprétation de nos résultats.
- La prévalence des anomalies congénitales sous multithérapie ARV dans cette étude est similaire à la littérature <sup>5</sup>. Aucune association entre les anomalies congénitales et une exposition aux antirétroviraux au cours de la grossesse (contrairement à la littérature <sup>3</sup>).
- Par ailleurs, le taux de TME sous ARV est comparable à la littérature <sup>2</sup>, tout comme le taux de prématurité sous ARV <sup>2</sup>.
- Enfin, dans la limite des données disponibles, les PVVIH sont moins couvertes par un schéma ARV en début de grossesse par rapport à la cohorte nationale (34,6% contre 76%<sup>2</sup>) et ont un moins bon contrôle virologique en fin de grossesse (CV indétectable 66%, contre 87%<sup>2</sup>).