

LE VIH CHEZ L'ENFANT DE LA NAISSANCE A L'ADOLESCENCE

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MATERNOFOETALE

C.DOLLFUS

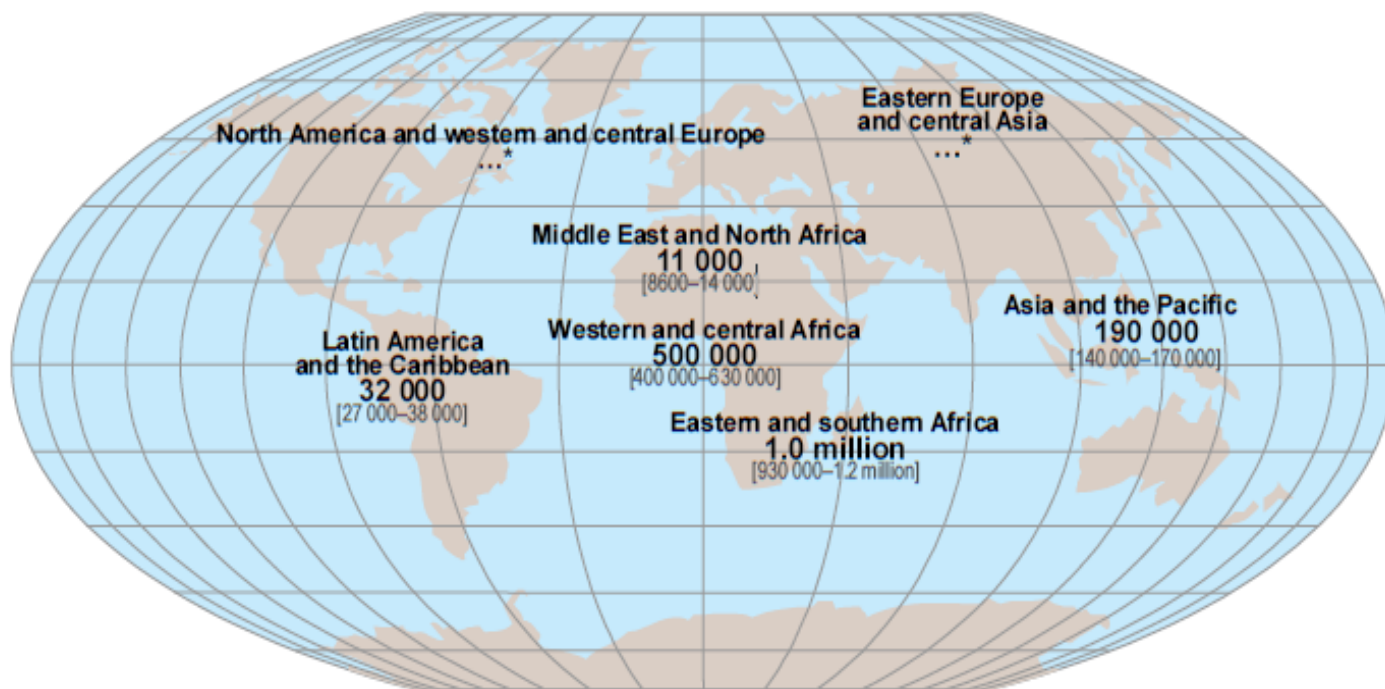
Service d'Héмато-Immuno-Oncologie Pédiatrique

Hôpital d' Enfants Armand Trousseau, 2025

Transmission périnatale

- L'infection par le VIH de l'enfant résulte principalement de la transmission « **verticale** », c'est à dire de la mère à l'enfant
- **3 temps** à risque de cette transmission périnatale: pre-partum (dernier trimestre de grossesse), l'accouchement, l'allaitement
- Premiers protocoles de PTME en France en **1994 (AZT)**, en Afrique en **1999 (NVP)**; amélioration des taux de transmission avec l'accès « universel » au traitement antirétroviral (quelque soit le taux de CD4)
- Protocoles basés sur **l'optimisation du contrôle virologique** en anténatal, la prévention per-natale, la **prophylaxie post-exposition** du nouveau-né, la **contre-indication ou sécurisation de l'allaitement**
- **Freins** principaux à l'éradication: l'accès au dépistage et au traitement, la **séroconversion maternelle** pendant la grossesse ou l'allaitement

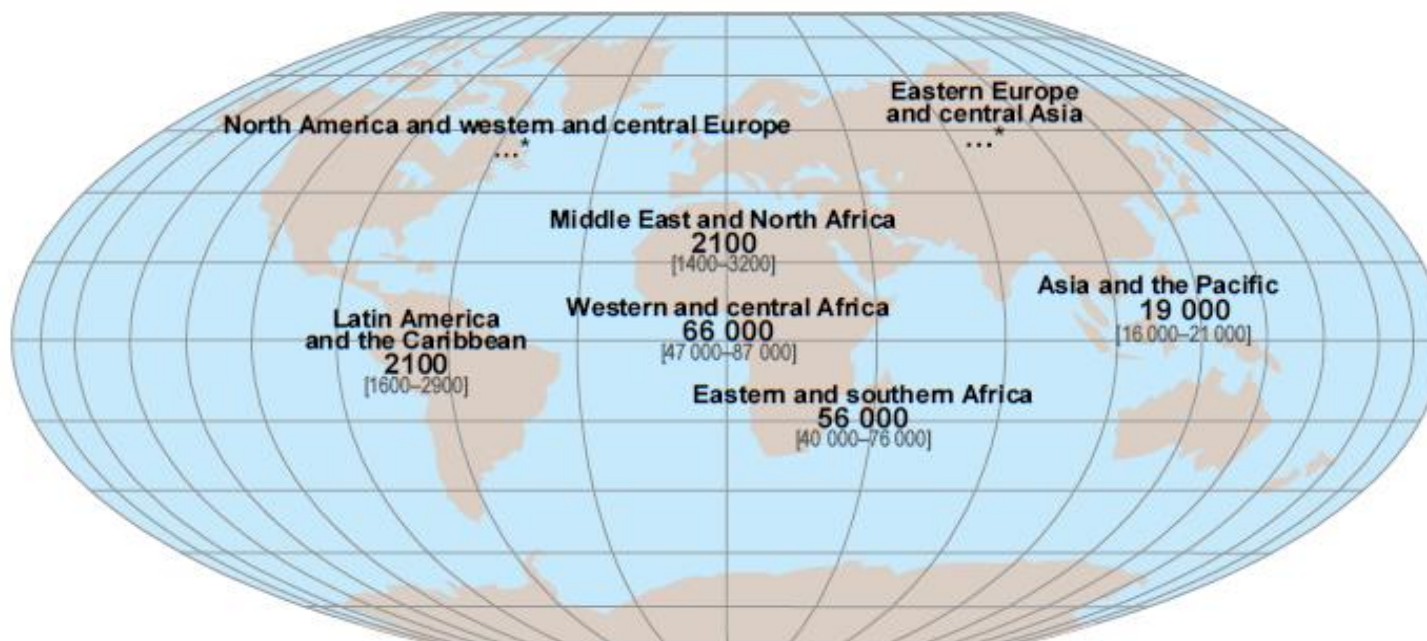
Children (<15 years) estimated to be living with HIV | 2015



Total: 1.8 million [1.5 million–2.0 million]

* Estimates were unavailable at the time of publication.

Estimated number of children (<15 years) newly infected with HIV | 2015



Total: 150 000 [110 000-190 000]

* Estimates were unavailable at the time of publication.



SITUATION GENERALE

Epidémiologie VIH pédiatrique en France

TME : 0,2% (sur environ 1200 grossesses /an); **aucun** cas enregistré dans la cohorte nationale **après 2015**

Les quelques cas de contaminations résultent de prises en charge **tardives** (migrants) mais parfois de **séroconversion en cours de grossesse ou allaitement**, plus rarement d'**échecs** de dépistage ou de problèmes d'**observance** maternels.

Les nouveaux cas pédiatriques sont essentiellement des enfants **nés hors de France**, souvent déjà diagnostiqués et traités dans leurs pays d'origine. Environ 500-1000 enfants/adolescents -jeunes adultes suivis.

Situation dans le monde

80-85% des femmes **enceintes** séropositives ont accès à un traitement
Seulement **la moitié des enfants infectés a accès aux traitements** antirétroviraux TARV
La contamination précoce par voie sexuelle des **jeunes filles (RR X 3) pose la question de la PREP chez les JF en pays à forte prévalence** (intérêt du Lenacapavir)

1/ PTME, SUIVI DES BEBES DE MERES SEROPOSITIVES

2/ PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INFECTES

3/ SPECIFICITES DES ADOLESCENTS

1/ LE BEBE NE DE MERE SEROPOSITIVE : QUEL (S) TRAITEMENT (S), QUEL SUIVI ?

1. Phase prénatale : Anticipation de la prise en charge post-natale basée sur l'évaluation du risque de transmission .Définir le protocole de prévention (modalités d'accouchement, allaitement possible ou non, déterminer le traitement prophylactique)
2. Surveiller la tolérance à court terme du traitement
3. Diagnostiquer l'éventuelle contamination
4. Dépister et prévenir d'autres infections associées
5. Soutien psycho social
6. Pédiatrie courante – vaccins

1. Adapter la stratégie de PTME

Passer par des **staffs(RCP) pluridisciplinaires**

- Optimisation du **traitement** ARV maternel et suivi des CV maternelles mensuelles
- Choix de la **voie d'accouchement** :césarienne si absence de contrôle virologique ou itérative
- Décision sur **perfusion AZT** pendant le travail (oui si CV détectable, parfois si aléas d'observance pendant la grossesse)
- Choix du traitement **prophylactique de l'enfant**
- Décision concernant le mode **d'allaitement**

Définir le niveau de risque

- **Scénario optimal**: mère sous TARV avant conception ou en tout début de grossesse, avec une CV < 50 c/ml toute la grossesse (> 6mois indétectabilité au moment de l'accouchement)

Allaitement possible si souhaité, NVP ok quels que soient les atcd de résistance

- **Faible risque**: mère sous TARV avant conception ou pendant grossesse, ayant eu une CV > 50 c/ml pendant la grossesse, mais < 50 c/ml dans les 4 dernières semaines, confirmée à l'accouchement

Pas d'allaitement, monothérapie adaptée au profil de résistances

- **Risque intermédiaire** : CV entre > 50 et < 400 c/ml dans les 4 semaines précédant l'accouchement

Pas d'allaitement, contrôler CV maternelle à l'accouchement en urgence

débuter trithérapie d'intensification, rétrograder à monothérapie si CV <50

- **Haut risque**: Pas de TARV ou CV > 400 c/ml dans les 4 dernières semaines précédant l'accouchement ou à l'accouchement

Allaitement formellement contre-indiqué, prophylaxie intensifiée

Adapter la stratégie de PTME (prophylaxie bb)

Situation favorable, faible risque de transmission

La mère a été dépistée séropositive avant la grossesse ou au 1^{er} trimestre de grossesse Elle bénéficie d'un traitement antirétroviral bien pris, la charge virale est contrôlée, avec une durée suffisante . L'accouchement s'est passé sans complications.

La prophylaxie ARV de l'enfant préconisée aujourd'hui en 1^e intention si **VIH1** et **pas de résistance** connue (mais également ok si **contrôle virologique optimal** pdt la grossesse) est:

Névirapine (Viramune^o solution à 1 ml=10 mg) PO: 2 à 5 mg/kg/j, en **1** prise /j, pendant **2 semaines**, soit **1,5 ml /j** si PN > 2,5 Kg, **1 ml /j** si PN 2-2,5Kg , **2 mg/Kg/j** si PN <2 kg et > 34 SA, **2 mg/kg à J0 J2 J6** si terme <34 SA

Alternatives (hors scénario optimal si atcd de resistance à la nevirapine, ou nécessité de voie IV)

Zidovudine (Rétrovir[®] solution à 1 ml = 10 mg) PO: en **2 prises/j**, pendant **2 semaines**, soit **2 mg/kg (0,2 ml/kg) x 2/j** ; réduction de 25% des doses si voie IV

Lamivudine (Eпивir^o, solution 1 ml=10 mg) PO: **2 mg/Kg x2/j** pendant 2 semaines peut être proposé , notamment pour le VIH2

Attention: ne pas confondre ml et mg ++++++

Situation à haut risque de transmission

- ✿ Le diagnostic de VIH a été porté tardivement, voire en salle de travail
- ✿ Le traitement maternel a été mal pris, ou a été de courte durée (< 1 mois)
- ✿ La charge virale avant accouchement est élevée (> 400 c/ml)
- ✿ Il y a eu des complications obstétricales (hémorragie, infections, RPDM etc...) en situation virologique non optimale

Il est alors justifié d'**intensifier** le traitement préventif de l'enfant par l'**association** de plusieurs molécules (généralement trithérapie). La complexité du traitement préventif ainsi que les conditions responsables de cette situation à haut risque justifient le maintien en **hospitalisation** du nouveau-né au moins les 2 premières semaines.

- **AZT** zidovudine (Rétrovir[®]) 2- 4 mg / kg x 2 /jour, 4 semaines

- **3TC** lamivudine (Epivir[®]) 2 mg / kg x 2 /jour , 4 semaines

- **Névirapine** (Viramune[®]) 2 à 5 mg / kg x 1 /jour, 2 semaines ; des doses plus élevées sont discutées en cas de risque élevé ++ (6mg/kg x2/j); modalités particulières en 3 doses chez le prématuré <34 SA (J0, J2, J6)

En cas de résistance du virus maternel à la névirapine ,chez un enfant **à terme** , on peut utiliser le **Kaletra** (lopinavir/ritonavir) ou le **Raltégravir** (galénique possible mais prescription complexe) . En protocoles de recherche, les anticorps neutralisants...

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel étant **vecteur de transmission du VIH** (1% par mois d'allaitement sans PTME ; 0,2% sous PTME) par virus libres ou intracellulaires, il a été jusqu'à 2024 **contre indiqué**, pour autant qu'existent des alternatives sûres et accessibles : accès au lait artificiel, à de l'eau propre et des conditions d'hygiène acceptables.

Si ces conditions ne sont pas remplies, notamment dans les pays à ressources limitées on recommande **l'allaitement dit « protégé »**: allaitement **exclusif, mère poursuivant une trithérapie antirétrovirale** pendant toute la durée de l'allaitement, parfois associé à un **traitement préventif quotidien de l'enfant** (névirapine ou lamivudine) tant qu'il reste exposé au lait maternel.

Aujourd'hui en France les **nouvelles recommandations nationales (2024)** autorisent l'allaitement maternel pour les femmes qui le souhaitent si elles sont dans une situation de **contrôle virologique optimal au long cours**, sous réserve d'un suivi **virologique rapproché** maintenu pendant la durée de l'allaitement (restreint à une durée de 6 mois) et sous couvert de la poursuite d'un **traitement préventif quotidien du nourrisson** par Névirapine.

2. SURVEILLER LA TOLERANCE A COURT TERME CHEZ L'ENFANT du traitement ARV (de la mère et de l'enfant)

La **tolérance clinique** est généralement bonne; **pas de sur-risque malformatif** observé (alerte Dolutegravir/ malformations SNC, maintenant récusée : dernières estimations 0,098% vs 0,08%)

Effets à long terme ? Importance du suivi du neurodéveloppement

Le profil de **toxicité** dépend **du traitement maternel** /et de celui de **l'enfant**

- **Rétrovir**: Chez le prématuré de mère VIH exposé à l'AZT, il a été rapporté un risque majoré d'**entérocolite** ulcéronécrosante avec un rôle possible de l'osmolarité de la solution, d'où dilution systématique chez le nouveau-né de moins de 37 semaines. Le principal effet secondaire est l'**anémie**, réversible à l'arrêt du traitement, plus fréquent quand les mères recevaient de l'AZT. Plus rare, la **toxicité mitochondriale** justifie une surveillance clinique (neuro, cardio) et biologique (CPK, LDH, Lactates)

- **Atazanavir, raltegravir**: **hyperbilirubinémie libre**

- **Ténofovir**: **métabolisme phosphocalcique, densité osseuse...**

- **Efavirenz** : microcéphalie relative

3. DIAGNOSTIQUER L'EVENTUELLE CONTAMINATION

- ✿ **Virologie : Diagnostic biologique** apporté par la **PCR** ARN +/- ADN
 - Prélèvements effectués à **M0, M1, M3**, si **bas risque** ;
Si allaitement ,contrôle /3 mois jusqu'à M3 après la fin de celui-ci
Prélèvements à M0, M1, **M2,M3**, si **haut risque**
 - Contamination = 2 résultats positifs sur des prélèvements distincts
 - Non contamination = 2 prélèvements négatifs après la fin du traitement prophylactique.
 - Attention: pour **VIH2** demander une **PCR spécifique** (Hôpital Bichat)
- ✿ **Sérologie** : Tout enfant né de mère séropositive est porteur des **anticorps maternels**, la sérologie **ne peut pas** être une technique adaptée au diagnostic précoce . **Négativisation du Western Blot en 15-24 mois.**
- ✿ **Examen clinique** : les signes cliniques d'une infection chez le nourrisson sont une poly adénopathie, hépato-splénomégalie, des troubles digestifs récidivants, un muguet persistant, mauvaise prise de poids, des anomalies neurologiques avec régression des acquisitions psychomotrices.

4. DEPISTER ET PREVENIR D'AUTRES INFECTIONS ASSOCIEES

✿ Hépatite B

Si mère porteuse Ag HBS, sérovaccination de l'enfant préconisée
Efficacité du traitement maternel par ténofovir- lamivudine sur les 2 virus

✿ Hépatite C

Transmission majorée pour les mères PCR VHC+ quand co-infection VIH-VHC .Le risque diminue quand la mère reçoit une trithérapie efficace sur le VIH.Pas d'effet net du mode d'accouchement. Diagnostic par PCR à M3, sérologie M18. TME = 4%, Possibilité de clearance spontanée

✿ CMV

Recherche CMV salivaire à la naissance; risque plus élevé de forme sévère en cas de coinfection VIH – CMV ; justifie si positive un suivi sensoriel (vision / audition),et PCR sang total. Un traitement par valganciclovir peut être envisagé après bilan :OPH, ETF, CV

✿ Pneumocystose

Risque particulièrement élevé entre 1 et 6 mois si enfant **VIH+** .En l'absence de disponibilité de suivi rapproché en PCR ,contexte de pays à faibles niveaux de ressources, prescrire Bactrim[®] sirop dès l'âge de 1 mois (20 mg /kg /j de Sulfaméthoxazole) à poursuivre jusqu'à 1 an ou confirmation du statut négatif de l'enfant .

✿ Risque **infectieux** majoré chez les bébés de mère séropositive, notamment vis-à-vis du **streptocoque B** (RR =20)

5. SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

- ✿ Traumatisme de l'annonce (<20% nouveaux diagnostics)
- ✿ Difficultés de l'annonce au partenaire (20% secret certain, 25% père certainement informé)
- ✿ Inquiétude pour l'enfant
- ✿ Renoncement à l'allaitement
- ✿ Difficultés matérielles
- ✿ Sécurité Sociale 100% (liste ALD) jusqu'aux 2 ans de l'enfant non infecté

6. PEDIATRIE COURANTE - VACCINS

Problème du **secret et de la confidentialité**.

Information et autorité parentale

Attention : ce qui apparaît dans le **carnet de santé** ne doit pas être préjudiciable à l'enfant ou sa mère.

Choix des interlocuteurs informés / à informer au niveau du suivi de l'enfant (pédiatre, généraliste, PMI ...). Secret partagé avec qui?

Vaccinations :

- S'abstenir du **BCG** tant que le statut vis-à-vis du VIH n'est pas connu en cas de **situation à risque intermédiaire ou élevé de transmission**.
- Autres vaccins non contre indiqués, voire souhaitables (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio, Hémophilus B, Hépatite B, Pneumocoque, Rougeole, Méningocoque ...).
- Proposition de **schéma vaccinal renforcé** (M 2,3,4,11) , dose supplémentaire de Prévenar à M3

Cas clinique

- Mme S. a été suivie dans le service pour une précédente grossesse dans un contexte très traumatique (parcours migratoire, décès de sa fille pendant le trajet, séparation du conjoint...)
- Nécessité de soutiens multiples pluridisciplinaires et associatifs. Suivi satisfaisant de l'enfant qui n'est pas contaminée, suivi thérapeutique ok de la mère avec une CV qui se maintient indétectable au décours de la grossesse, mais une mère toujours sur la défensive ayant très peur que son statut soit divulgué.
- Nouvelle grossesse (même père que les 2 autres enfants, non informé du statut maternel). CV VIH indétectable, Mme S cette fois souhaite allaiter.
- Vue en entretien prénatal, suivi expliqué, pas de CI objective à l'allaitement. Projet allaitement maternel sous couvert de prophylaxie de l'enfant par monothérapie de Névirapine.
- Arrive pour accoucher à terme; mise en route du projet prévu mais la CV à l'accouchement est à 160 c/ml, recontrôlé...

Et donc...

- Tout le programme se retrouve bouleversé
- L'allaitement est contre-indiqué
- L'enfant est mise sous trithérapie prophylactique et gardée en hospitalisation
- Messages contradictoires dans l'équipe et auprès de la patiente
- Quelle information donner au père?

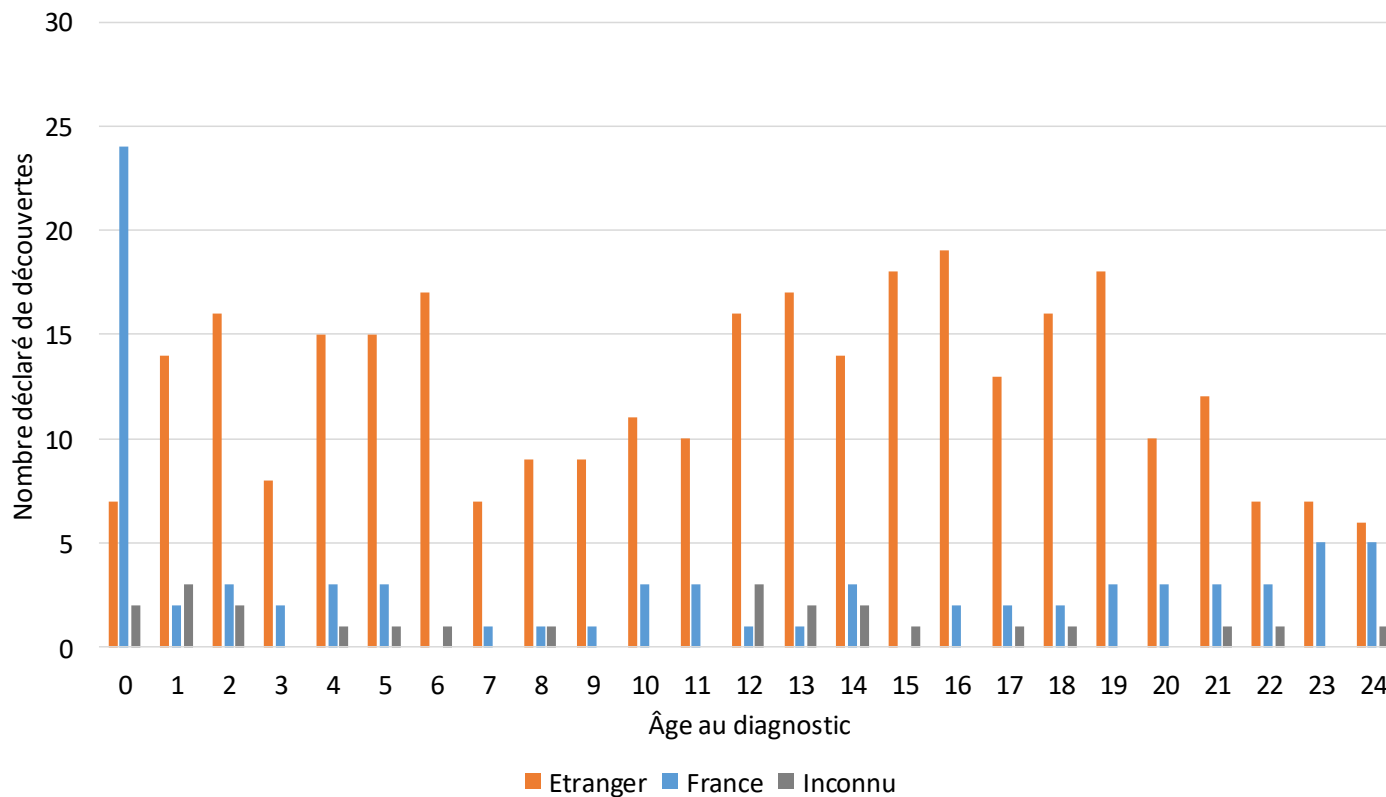
2/ Prise en charge de l'enfant infecté

DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT

3 CONTEXTES PRINCIPAUX

- 1) Suivi prospectif de **PTME**
- 2) Dépistage des enfants quand la **mère (ou le père) est dépistée** séropositive (29% des enfants inclus hors PTME dans la cohorte EPF)
Souvent asymptomatiques, des études africaines retrouvent jusqu'à 20% d'enfants infectés lorsque les enfants d'adultes infectés sont testés
- 3) **Anomalies cliniques / complications** inaugurales : **SAVOIR Y PENSER**
Jusqu'à 18 ans, voire au-delà, il peut s'agir d'une transmission materno-foetale méconnue

Age au diagnostic de l'infection à VIH chez les jeunes de 0 à 24 ans (France, 2012-2022) contaminés par transmission materno-fœtale



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2023 brutes non corrigées pour la sous-déclaration

MANIFESTATIONS INAUGURALES CHEZ LE NOURRISSON

- ✿ Tableau respiratoire aigu sévère
 - Pneumocystose (+/- CMV, aspergillose, candidose...)
- ✿ Évoquer le diagnostic, **même si mère testée négative** pendant la grossesse (possibilité de primo infection).
Intérêt éventuel d'un **test rapide** chez la mère
- ✿ Diarrhée chronique, candidose buccale , retard de croissance, perte de poids
- ✿ Troubles neurologiques : spasticité, perte des acquisitions

MANIFESTATIONS INAUGURALES CHEZ L'ENFANT PLUS GRAND

- ✿ Pathologie infectieuse : tuberculose, zona, candidose
- ✿ Parotidite bilatérale indolore, lymphadénopathies
- ✿ Anomalies hématologiques
- ✿ Problèmes pulmonaires (pneumopathie interstitielle lymphoïde)
- ✿ Troubles Digestifs: Oesophagite, diarrhée, dénutrition
- ✿ Retard de croissance staturopondérale
- ✿ 🖐️ signes indirects, notamment l'**hyperprotidémie** quasiment pathognomonique

DEPISTAGE CHEZ L'ENFANT

Outils : Avant 18 mois : sérologie positive = **exposé**
PCR positive = **infecté**

Après 18 mois : **sérologie ELISA** comme adultes,
confirmé par Western Blot

Parents **informés** lors de la prescription que ce test est nécessaire car un déficit immunitaire tel que l'infection à VIH pourrait expliquer pourquoi l'enfant présente cette pathologie.

Lors de la **confirmation**, essayer d'avoir un entretien avec les **deux** parents.

CD4 ET AGE DE L'ENFANT

Immunosuppression \ Age	< 1 an	1 - 5 ans	6 ans
Pas d'immunosuppression	≥ 25 % (1500)	≥ 25 % (1000)	≥ 25 % (500)
Immunosuppression modérée	15-24 % (750-1499)	15-24 % (500-999)	15-25 % (200-499)
Immunosuppression Sévère	< 15 % (<750)	< 15 % (<500)	< 15 % (<200)

Prise en charge de l'enfant infecté: Particularités concernant le traitement de l'enfant

- Les principes de base sont les mêmes; bénéfice ++ apporté par les **anti-intégrases** ; DTG possible à partir de 4 semaines de vie
- Retard aux AMM pédiatriques vs adultes (ados en situation intermédiaires), d'où choix plus limités
- Intérêt d'un bon passage **neuroméningé** chez le nourrisson; clearance augmentée chez les enfants petits (bénéfice de l'administration du traitement en une fois vs 2/j à discuter)
- Importance de **galénique adaptée**(sirops, comprimés dispersibles...)
- Chaque molécule doit être **adaptée régulièrement au poids** et à la croissance, ce qui rend difficile l'équilibre thérapeutique au sein de formes combinées ; accès très récent en France à ces **formes combinées** : comprimés dispersibles pour triumeq et biktarvy

ACCOMPAGNER LE TRAITEMENT

Compréhension du diagnostic par le/les parents, ou l'enfant (âge)

Acceptation du diagnostic

Partage d'information/secret: Autre personne au courant ?

Connaissance du diagnostic par le père? Stockage du traitement au domicile , conditions de vie

Adaptation de la **galénique** aux capacités de l'enfant (sirop/cp),et réadaptation régulière à la **croissance** pondérale

Explication du traitement et modalités de prise

Anticipation / accompagnement d'éventuels effets secondaires

Intégration dans la vie quotidienne

Rythme de consultation /3-4 mois en l'absence de problème ou de modification thérapeutique

DETERMINANTS PEDIATRIQUES D'UNE MAUVAISE OBSERVANCE

- ✿ Mauvaise **information** sur les modalités du traitement (prises, horaires ...)
- ✿ Formes **galéniques** difficiles à prendre par l'enfant
- ✿ Effets indésirables
- ✿ **Ignorance de l'enfant** sur sa séropositivité, explications erronées données pour justifier ce traitement au long cours
- ✿ Nécessité de se **cacher** pour prendre ou donner le traitement (stigmatisation)
- ✿ Difficultés de communication avec l'enfant et implication inadaptée (insuffisante ou excessive) des parents.
- ✿ **Fragilités parentales** au plan psychique, déni, ambivalence, mauvaise observance personnelle

SUIVI CLINIQUE

Un enfant doit grandir et se développer jusqu'à l'âge adulte, avec une espérance de vie potentiellement normale. Importance de l'attention à :

- ✿ Croissance staturo-pondérale
- ✿ Développement neuro-cognitif
- ✿ Maturation immunitaire
- ✿ Développement pubertaire

TOLERANCE CLINIQUE

La tolérance aux antirétroviraux est meilleure chez l'enfant que chez l'adulte

- ✿ digestive
- ✿ cutanée
- ✿ neuropsychique
- ✿ métabolique , osseuse , rénale, lipodystrophie

SPECIFICITES PROPRES A L'ADOLESCENCE

- ✿ Connaissance / acceptation de son diagnostic
- ✿ Observance thérapeutique
- ✿ Entrée dans la sexualité
- ✿ Préparer l'autonomisation en vue de la transition vers un suivi adulte

EXAMENS BIOLOGIQUES

Utiles pour l'évaluation de la sévérité de l'infection , et suivre l'évolution.

EFFICACITE THERAPEUTIQUE

- ✿ NFS / Lymphocytes CD4
- ✿ Charge Virale (mesure de la virémie plasmatique)
- ✿ +/- Dosage des médicaments antirétroviraux
- ✿ +/- Génotype viral (recherche de mutations de résistance)

TOLERANCE

- ✿ NFS Plaquettes
- ✿ Bilan hépatique (bilirubine, transaminases)
- ✿ Fonction rénale (créatinine, Ca, P, rapport proteine/créat urinaire)
- ✿ Métabolique (glycémie, cholestérol, triglycérides)

EVOLUTION CLINIQUE



Before



2 mo



12 mo



18 mo

Puthanakit, Toronto WESY0102

QUESTIONS PSYCHOSOCIALES

- 1/ Maladie **familiale** :
Dépendance de l'enfant vis-à-vis de l'attitude parentale
Ambivalence maternelle
Information/ présence, place du père
- 2/ **Information de l'enfant** vis-à-vis de son diagnostic
- 3/ L'école - les autres - la **collectivité** (loi de 1992)
- 4/ Les enfants non infectés mais **exposés**/concernés par le VIH ,
La fratrie

3/ spécificités des adolescents

Modes de contamination

Question des contaminations à l'adolescence

Difficultés spécifiques, questions prioritaires:

Diagnostic (information, acceptation, intégration),

Observance

Sexualité , Orientation scolaire et professionnelle

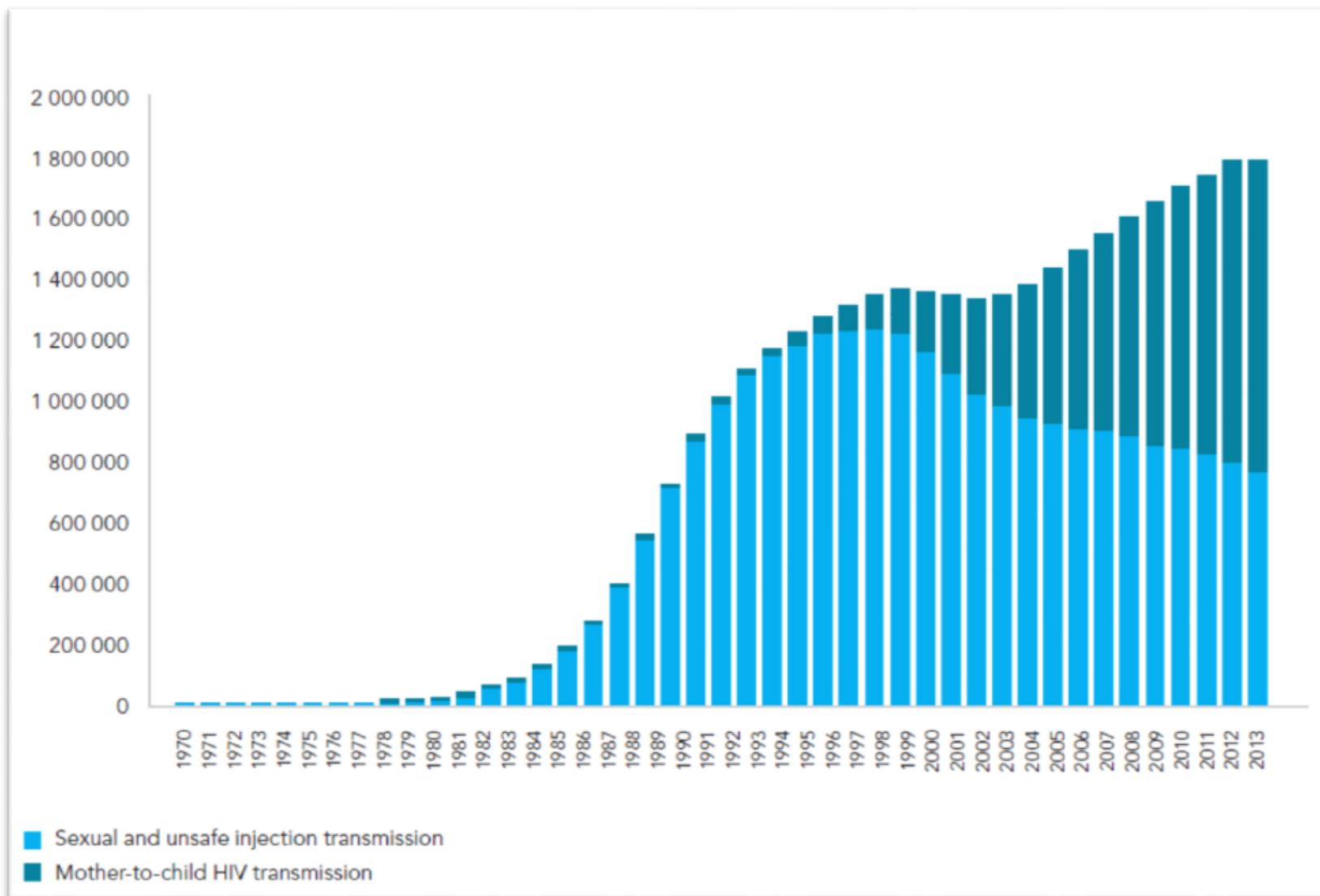
Santé Mentale

Importance ++ de l'accompagnement psychologique et social,
rôle des pairs, associations etc....

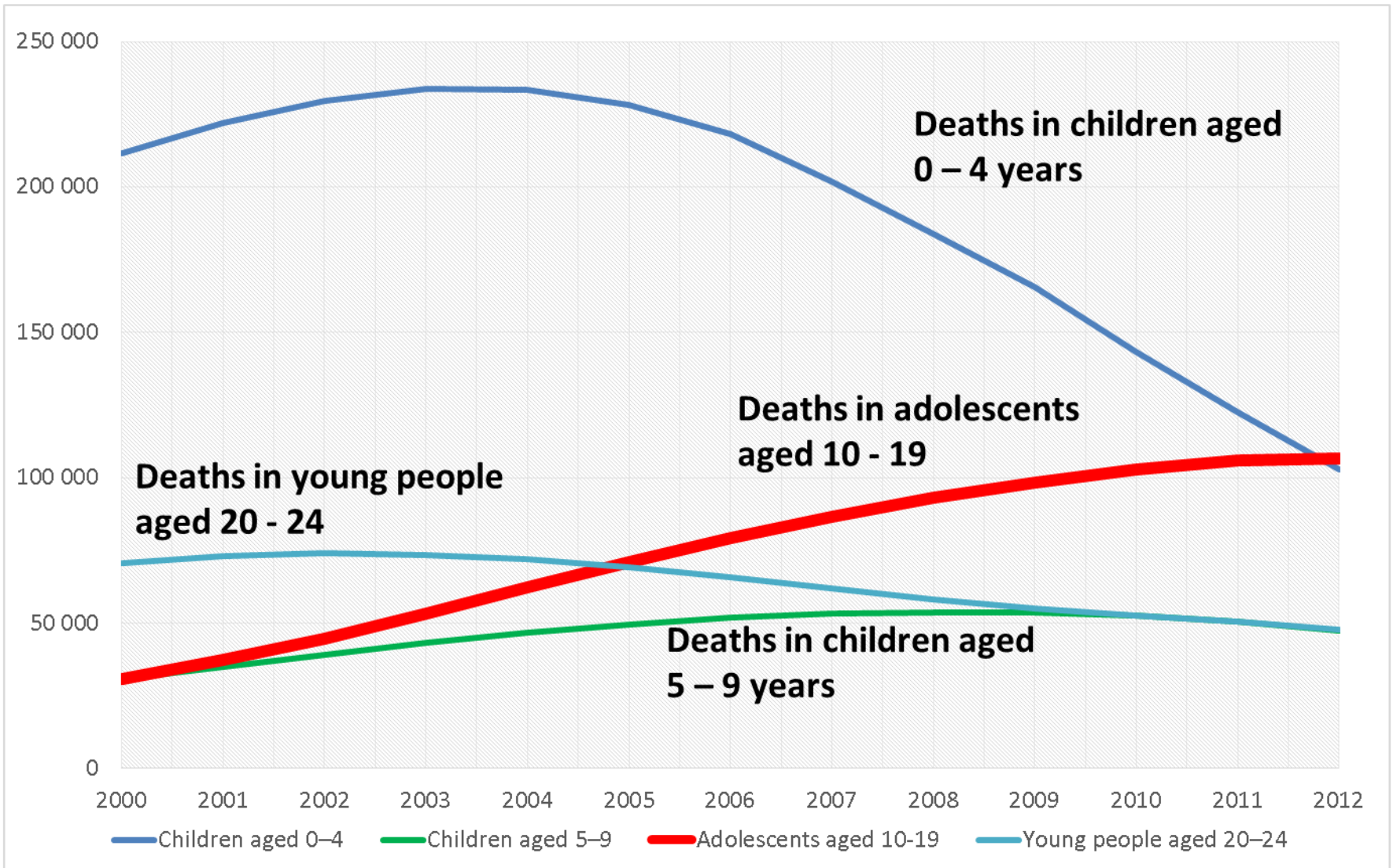
Transition:

Préparation et accompagnement du passage en service adulte

Number of adolescents by mode of infection, 25 countries

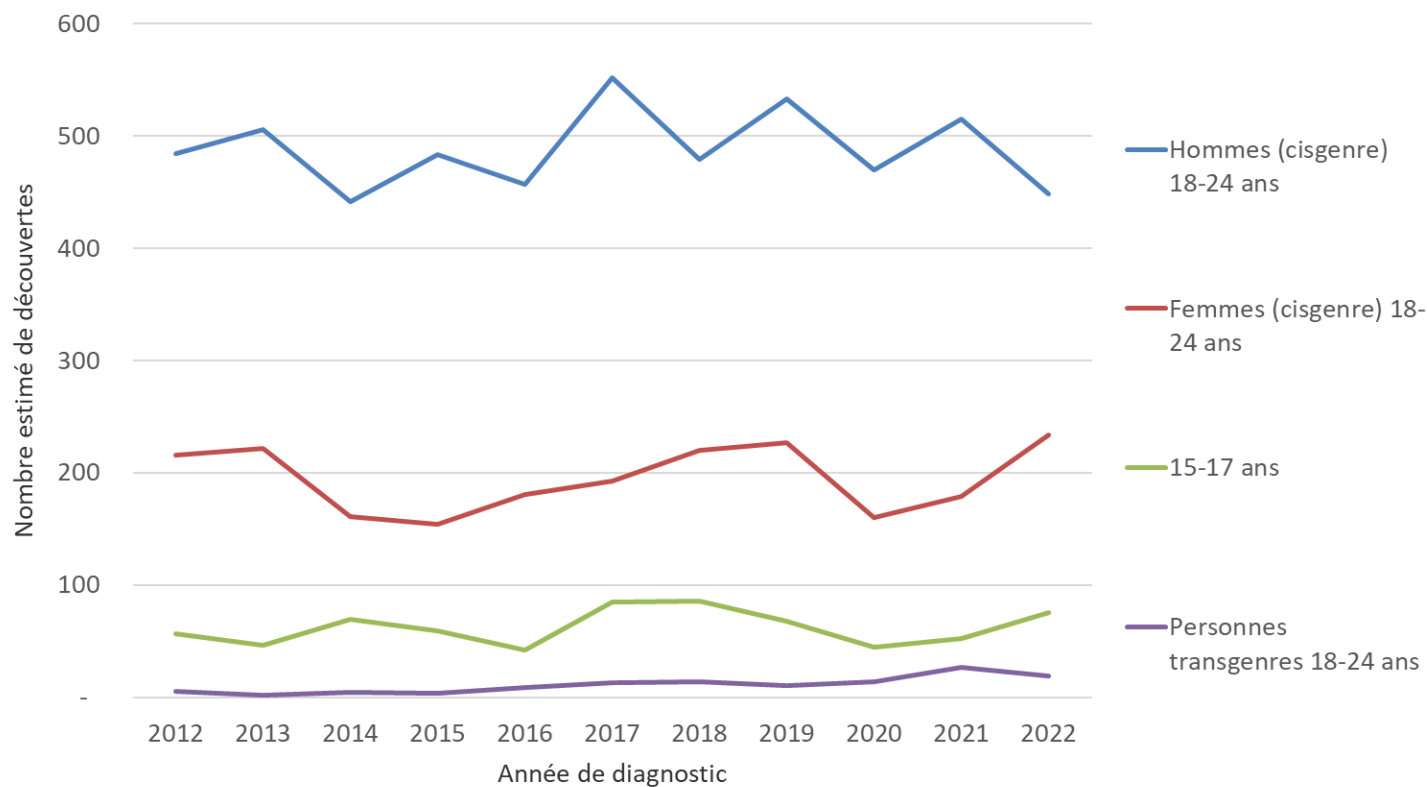


Unacceptable inequality: AIDS deaths rising among adolescents



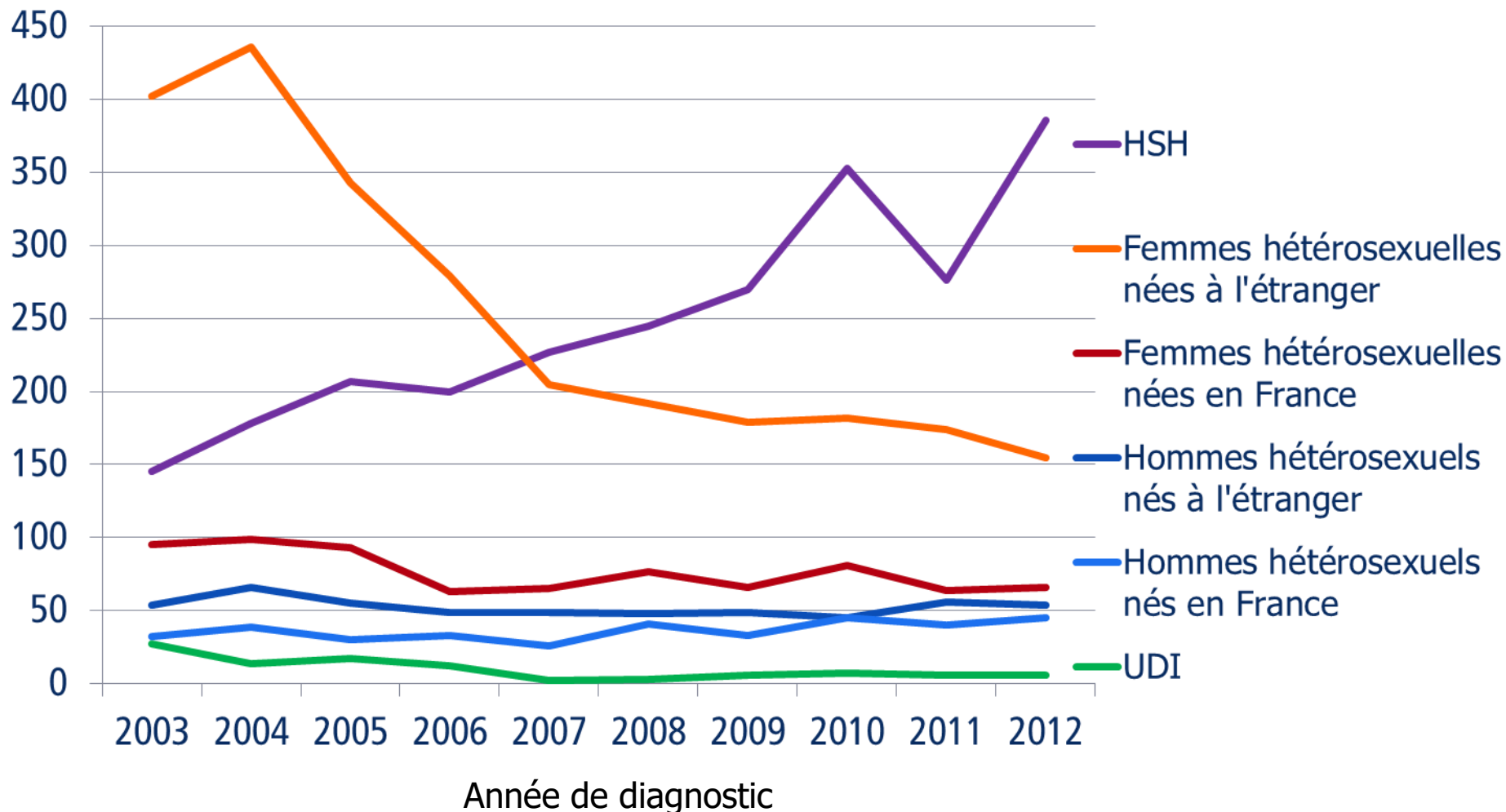
Source: UNAIDS 2012 HIV and AIDS estimates

Nombre de **jeunes de 15 à 24 ans** découvrant chaque année leur séropositivité VIH, par genre et classe d'âge (France, 2012-2022)



Source : Santé publique France, données DO VIH au 30/06/2023 corrigées pour la sous déclaration et les délais de déclaration

Mode de contamination des jeunes (15-24 ans) découvrant leur séropositivité VIH en France



L'ADOLESCENT ET L'OBSERVANCE

- ✿ Privilégier des **stratégies « robustes »** (éviter molécules à barrière génétique faible)
- ✿ **En cas d'observance globalement bonne :**
 - être attentif aux adaptations nécessaires : horaires, vacances, simplification galénique
 - détecter et prévenir les besoins d'affirmation et d'autonomie
- ✿ **ATTENTION aux changements de traitements :**
 - **ne pas modifier fréquemment le traitement si charge virale non strictement indétectable**
- ✿ **En cas de mauvaise observance avérée et prolongée :**
 - reprendre les explications utiles concernant la maladie, le virus, le traitement
 - **ne pas interrompre la prescription d'un traitement antirétroviral**
 - **Bactrim (Sulfaméthoxazole-Triméthoprime) si les CD4 sont < 200/mm³**
 - identifier une carence affective ou une révolte par rapport à la maladie
 - assurer une écoute : psychothérapie individuelle, travail avec les associations, thérapie de groupe et/ou groupes de parole pour l'adolescent et sa famille
 - envisager des mesures administratives et/ou judiciaires, internats, centres médicalisés dans les cas complexes ou la vie du mineur est mise en danger.

ADOLESCENT ET SEXUALITE

✿ Aborder les questions de sexualité et de prévention

Comment en parler au « partenaire »;

Protéger l'autre mais aussi, se protéger

- conduite à tenir si oubli ou rupture de préservatif (PPE)
- bénéfique d'un traitement antirétroviral efficace sur la diminution du risque de transmission sexuelle $U=U$
- Intérêt éventuel de PREP du/de la partenaire
- absence d'impact notable du VIH sur la fertilité et sur la capacité de procréation le moment voulu

✿ Consultation gynécologique, vaccins HBV, HPV

LA TRANSITION

- ✿ Passage difficile ,à **risque de rupture de suivi** , à effectuer lors d'une étape symbolique (scolaire, entrée dans la vie active...) avec un soutien psychologique. Cette période à risque, même quand elle est préparée , dure **plusieurs années (avant et après le début de la PEC adulte)**
- ✿ **Pour le pédiatre :**
 - **anticiper et préparer** l'adolescent à ce passage
 - choisir le médecin d'adultes (différent de celui des parents) en concertation avec lui +/- ses parents ;transmettre au jeune sa confiance vis-à-vis de ce médecin d'adulte
 - Élaborer un **document de synthèse du parcours pédiatrique**; génotypes cumulés
 - Faire ce transfert de suivi de préférence en situation stable sur le plan immuno-virologique
- ✿ **Pour le médecin d'adultes :**
 - être **disponible** et accueillant
 - **relancer** l'adolescent si le rendez-vous prévu n'a pas eu lieu
 - ne pas s'inquiéter du mutisme fréquemment rencontré initialement; ;questionner l'adolescent sur son histoire personnelle et refaire le point sur ses connaissances.
- ✿ Mise en place **d'un lien fort** entre les équipes de pédiatrie et d'adultes (rôle des médecins eux-mêmes, **staffs transition pédiatrie-adultes**).
- ✿ Réfléchir à la place que gardent les parents
- ✿ **Pas d' AAH systématique**

Transition et devenir des Jeunes Nés avec le VIH (JNVIH)

Seang S.^{1, 4, 6}, Bollens D.², Canestri A.^{1, 3}, Zarka L.⁴, Vincensini J-P.⁴, Gay S.⁵, Beniken D.^{1, 4, 6}, Tubiana R.^{1, 6}, Tabone M-D⁵, Dollfus C.⁵

1 Hôpital Pitié Salpêtrière, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France

2 Hôpital Saint Antoine, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France.

3 Hôpital Tenon, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France.

4 Maison Médicale Chemin Vert, Paris, France.

5 Hôpital Trousseau, Service d'hémato-oncologie pédiatrique, Paris, France.

6 Sorbonne Université, INSERM, UMR 1136, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (iPLESP), Paris, France.

contact : sophie.seang@aphp.fr

Poster présenté à la SFLS 8/12/2023

Caractéristiques des JNVIH lors de la transition

n=67

Femmes % (n) 64 (43)

VIH-1 % (n) ; (2 VIH2) 97 (65)

Coinfection , % (n)

VHB (AgHBs +) 0 (0)

VHC guérie (anti VHC+) 4 (3)

Durée de suivi en pédiatrie à Trousseau en années, médiane(IQR) 15 (11-19)

Caractéristiques lors de la transition Pd-Ad

Délai entre le passage Pd-Ad , médiane en mois (IQR) 5 (2-10)

Age lors de la transition soins Ad ,médiane en années (IQR) 21 (20-23)

Taux de CD4 médian, en N/mm³ (IQR) 580 (343-678)

CV VIH « indétectable » (< 50 c/mL VIH-1/ < 40c/mL VIH-2), % (n) 62 (42)

Paramètres au dernier suivi adulte (sept 2023)

n=67

Durée de suivi médiane en Services Adultes, N années (IQR) 7 (4-10)

Structure de suivi (n=62), % (n)

- Hôpital 48 (30)
- Ville 48 (30)
- Mixte (ville et hôpital) 4 (2)

Rétention dans le soin , % (n) 94 (63)

Survenue infections opportunistes, % (n) 4 (3)

Mycobacterie atypique (1), pneumocystose et Kaposi (1), tuberculose (n1)

TARV, % (n):

- Trithérapie 78 (49)
- Bithérapie 19 (12)

Paramètres immuno-virologiques (n=63)

Taux de CD4 médian en N /mm³, médiane (IQR) 552 (358-725)

% CV « indétectable » (VIH1 < 50 c/mL/VIH2 < 40 c/mL), % (n) 84 (53)

Parmi les 25 JNVIH en échec virologique (> 50 c/mL) au moment de la transition, 19 (76%) ont évolué vers une CV indétectable.

merci

questions?