

CAS CLINIQUE MONT SAINT MICHEL

05/09/2019

Dr Anne MAILLARD (Virologue)

Dr Faouzi SOUALA (Infectiologue)

CAS CLINIQUE : Mme T.MARTA.

✂ Antécédents :

✂ MÉDICAUX : 0

✂ CHIRURGICAUX : CÉSARIENNE EN 2015

✂ IMC : 155 CM POUR 56 KG AU 18/10/2016 (23,3)

✂ TABAC, ALCOOL, TOXIQUES : 0

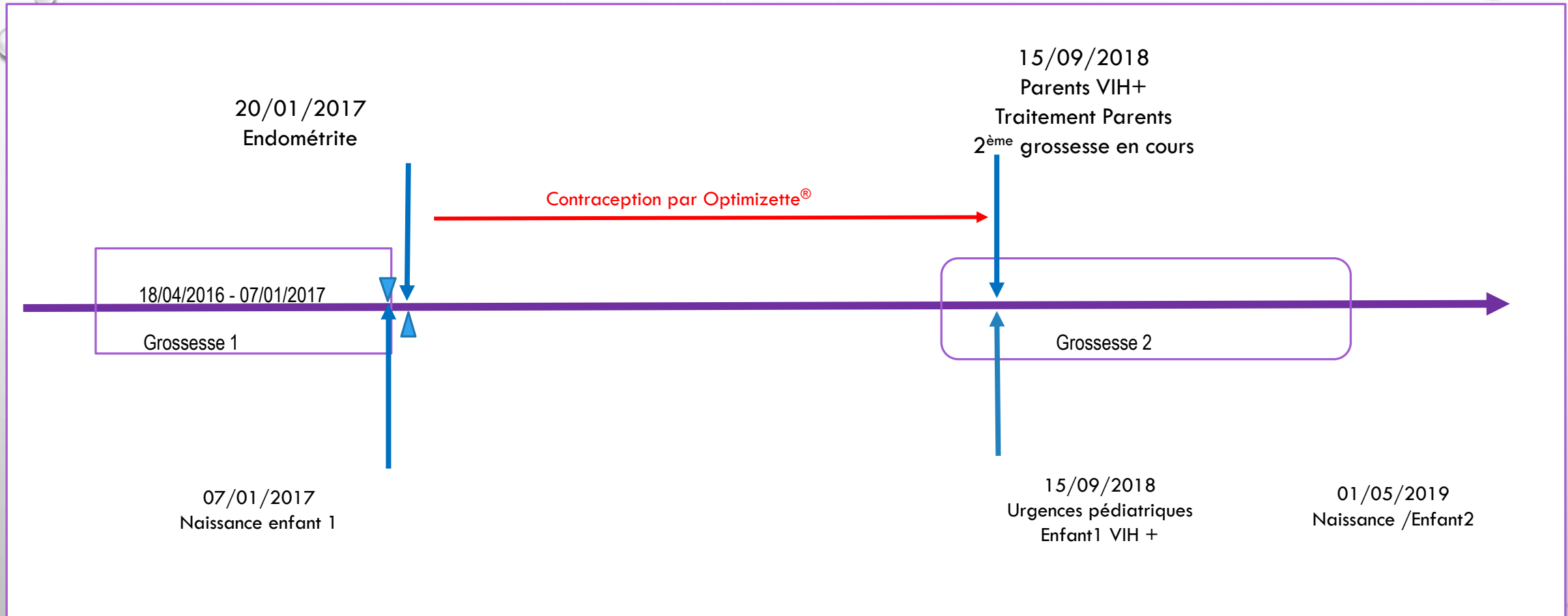
✂ Conditions de vie :

✂ En couple, nationalité érythréenne, situation sociale précaire, arrivée en France depuis 4 ans

✂ Epoux éthiopien: couple stable exclusif

✂ Anglophone, Arabe, parle peu le français

Chronologie globale



1^{ère} GROSSESSE (EN DETAILS)

18/10/2016
CS Urgence

CS en urgence pour vomissements à 28 SA + 1 J

- Examen clinique en faveur d'une RGO
- Examen général et obstétrical normaux
- Biologie : découverte plaquettes 108 000
- Bilan sup prescrit : RAI; AgHBs ; HVC ; HIV et plaquettes
- Mise sous IPP

Ouverture dossier DX CARE

30/11/2016
Cs 8^{ème} mois

CS programmée 8^{ème} mois à 34 SA + 3 J

- Examen général et obstétrical : RAS
- Echo T3 : céphalique, PNBI, eutrophie
- Prescription contrôle plaquettes
- Poursuite TTT IPP

30/12/2016
CS 9^{ème} mois

CS 9^{ème} mois :

- Examen général et obstétrical : Normaux
- Poursuite des IPP

22/12/2016
CS anesthésie

02/12/2016
Avis Obstétrical

Avis obstétrical : Accord voie basse
34sem et 05 j

07/01/2017
Naissance
Enfant 1

19/10/2016
Biologie

Biologie à 28SA + 2 J
RAI, AgHBs, HVC, VIH :
Négatifs

25/10/2016
Contrôle plaquettes

Contrôle des plaquettes
108 000 (stable)

13/12/2016
Biologie

Contrôle des plaquettes
117 000

- Rupture des membranes avec LAT
- Direction du travail par ocytocine et péridurale
- Plaquettes : 121 000 , Hb 12.4
- Apparition d'anomalie de l'ercf à 3 cm, surveillance par lactates au scalp
- A dilatation complète lactates à 5.2 à 17h58, décision de césarienne, code orange, AG complémentaire avec intubation difficile
- Naissance à 18h44, garçon 3 548 g, Apgar 3-5-6-7
- pH 6.87, lactate 10.3 contrôlés à H1 =7,32 puis 6,0

SUITE DE COUCHES et

07/01/2017
Naissance
Enfant 1

7 au 12/01/2017 suites de couches

- Allaitement maternel
- Correction : thrombopénie
 - 8/01 : 106 000
 - 9/01 : 120 000
 - 12/01 : 210 000=> Thrombopénie gestationnelle
- Contraception par optimizette®
- Mise sous HBPM
- Lien et suivi PMI
- Cs Post natale prévue

15/09/2018
Urgences pédiatriques

CS Urgences pédiatriques Enfant 1

- Ganglions cervicaux/Anomalies broncho-pulmonaires
- **AES lors des prélèvements**
- Contrôle sérologique sur AES : séropositivité sur le VIH
- Contrôle sérologie des parents : positivité sur les 2
- Pour madame : découverte en même temps d'une grossesse en cours

24/02/2017
CS Post natale

CS Post natale

- Examen clinique et gynécologique : normaux
- Projet de contraception par nexplanon
- Info faite : pas de grossesse avant 1 an

23/10/2018
Début suivi 2^{ème} grossesse

12/01/2017
CS

20/01/2017
Urgences gynéco

CS Urgences gynéco :
Endométrite du post partum à
E. Coli traitée par Augmentin

22/10/2017
Urgences gynéco

CS Urgences gynéco :

- Allaitement mixte en cours
- Clinique et bio normales
- Diagnostic de gastro-entérite

VIROLOGIE

RÉSULTATS TESTS SÉROLOGIQUES ET MOLÉCULAIRES

	Enfant M...T	Mère T... M	Père M... K
TROD (Vikia)	+		
Test dépistage 1 (seuil=1)	+ =103/0,28	+ =75,6/0,27	+ =102/0,28
Test dépistage 2 (seuil=1)	+=1059	+=259	+=177
Test confirmation (WB)	HIV-1 complet	HIV-1 complet	HIV-1 complet
ARN VIH-1	374 800 (5,57)	60600 (4,78)	32030 (4,50)
Génotype résistance (Prot+RT+INT)	Sauvage	Sauvage	Sauvage
Sous type Viral	C	C	C
CD4 /mm ³ (%, ratio CD4/CD8)	1187 (25%; 0,89)	362 (26%; 0,58)	373 (30%; 0,71)

Évolution de Madame T. Marta (1)

- ❑ Infection VIH, sous type viral C
- ❑ Sous contraception /Optimizette® (pilule faiblement dosée progestative) => aménorrhée
- ❑ Test de grossesse en systématique positif : BHGC => 9 814 UI
- ❑ Biométrie de datation de la grossesse (écho obstétricale)
 - + 10 SA + 5 Jours
 - + Grossesse mono embryonnaire
 - + Pas d'anomalie fœtale
- ❑ Traitement ARV : 21/09/2019 = Prézista® + Norvir® + Truvada®
- ❑ Intolérance cutanée = Emtricitabine => Prézista®/ Norvir® + Tenofovir® + Lamuvidine®

Évolution de Madame T. Marta (2)

Intolérance digestive +++ (vomissements +++)

Traitement ARV ?

Grossesse ?

=> Vogalène® + Donormyl®

Evolution virologique et immunologique

	29/09/2018	24/10/2018	16/11/2018	20/03/2019	20/04/2019
Cv /VIH	60 595 Copies/m L (4.78 log)	734 Copies/m L (2.87 log)	126 Copies/m L (2.10 log)	< 35 Copies/m L (< 1.54 log)	< 35 Copies/m L (<1.54 log)
LT4	270 (26 %)	484 (44 %)	NF	535 (33 %)	464 (36 %)

Accouchement voie césarienne le 30/04/2018

Evolution enfant 2 (M.Tagem)

❑ Traitement préventif Rétrovir[®] 30/04/19 au 30/05/19

❑ M₃ : 30 août 2019

❑ Charge virale < 35 copies / m L

⇒ Absence de contamination materno foetale

* En attente M₆ et M₂₄ : disparition des anticorps anti VIH

Evolution enfant 1 (M. T)

❑ CV = 374 760 Copies / m L

❑ LT4 = 1 187

❑ R = 0.89

=> TRAITEMENT : LAMIVUDINE[®] + ZIAGEN[®] + KALETRA[®]

CV ACTUELLE < 35 Copies / m L

Evolution du père (M. Kebede)

▪ C V = 4.5 log copies/ m L LT4 = 373 R = 0.71

▪ Traitement ARV : GENVOYA[®]

▪ **M1 -----> à ce jour CV < 35 Copies / m L**

Evolution puéricultrice /AES

=> Exposée :

Accident professionnel

Piqure par aiguille creuse : épicrânienne

Interposition des gants

Lavage soigneux eau + savon < 5 minutes

=> Source : VIH + Découverte fortuite lors du bilan AES

⇒ CV Forte 5.57 log Copies / m L

=> Début du traitement 12 H après AES

⇒ EVIPLERA® (28 Jours)

⇒ Bonne tolérance

⇒ Suivi biologique

⇒ Bilan de fin de suivi en décembre 2018

↳ Absence de contamination / VIH

AU TOTAL (1)

- ☞ Transmission mère – enfant / VIH :
 - ☞ Fin de grossesse ?
 - ☞ Post partum (allaitement) ?
- ☞ Contrôle de VIH à 28 SA négatif
- ☞ Que faire de plus après ???? =>
- ☞ Dépistage des futurs pères!!!!

Chez le futur père et partenaire de la femme enceinte

Le dépistage du VIH doit lui être proposé (avant la grossesse et / ou au cours de l'examen du 4^e mois), car en cas d'infection méconnue, une primo-infection maternelle peut survenir pendant la grossesse, entraînant un risque élevé de transmission du virus à l'enfant. En effet, parmi les enfants nés en France infectés par le VIH, la principale cause est la survenue d'une infection par le VIH chez la mère en cours de grossesse (ou d'allaitement) alors qu'elle était séronégative en début de grossesse (23).

- ☞ Comment et moment opportun ?

AU TOTAL (2)

- ✓ Respect des règles de précautions STANDARD
 - ✓ **MAIS NÉGLIGENCE /FAUTE ?**
- ✓ Acheminement des prélèvements de la personne source : intervalle entre prélèvement et arrivée au laboratoire 6h30 (23h – 5h30)
- ✓ Impossibilité de joindre La PDE=> repos (poste de travail de nuit) :
 - ✓ messenger à domicile => Arrivée Cs SMIRM à 11H
- ✓ Début du traitement préventif à 11h30 soit 12h30 après AES



MERCI !