

Prophylaxie post-natale chez le nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH-2

La NVP ne doit pas être utilisée en prophylaxie postnatale en raison de la résistance naturelle de VIH-2 aux INNTI. (Grade A)

La prophylaxie quand elle est indiquée repose sur une monothérapie de 3TC en 1^{re} intention, ou de ZDV en 2^e intention, ou une combinaison de 3TC + ZDV + RAL selon le niveau de risque. (AE)

En l'absence de consensus international, et compte tenu du niveau de preuve insuffisant sur le rapport bénéfices/risques d'un traitement ARV préventif post-natal chez le nouveau-né d'une mère vivant avec le VIH-2, les schémas suivants sont recommandés (AE) :

- En cas de risque très faible de transmission (traitement ARV maternel pendant au moins le dernier trimestre, avec une charge virale indétectable <40 copies/mL avec une technique spécifique du VIH-2 à 2 mesures précédant l'accouchement (effectuées à au moins 1 mois d'intervalle) et à 36 SA ou après : une prophylaxie postnatale n'est pas recommandée.
- En cas de risque faible ou intermédiaire : il est recommandé de limiter la prophylaxie postnatale, par 3TC en 1^{re} intention ou ZDV en 2^e intention, à une durée de 15 jours en informant les mères des possibles risques et bénéfices d'un tel traitement.
- En cas de risque élevé de transmission (primo-infection maternelle en fin de grossesse ou charge virale VIH-2 maternelle élevée proche de l'accouchement, en sachant qu'une valeur de charge virale plasmatique VIH-2 a la même signification qu'aurait 30 fois cette valeur pour VIH-1) : une prophylaxie postnatale renforcée par ZDV + 3TC + RAL pendant 4 semaines est recommandée.