

Tableau 6-II : Suivi biologique régulier d'une femme enceinte infectée par le VIH-1. A moduler selon les antécédents, co-infections, évènements cliniques médicaux et obstétricaux, ou en cas de traitement par des molécules de 2^e intention chez la femme enceinte (voir tableau 6-I). Le suivi clinique aussi bien obstétrical que médical doivent être mensuels, en comportant une évaluation de l'observance. En cas d'élévation des transaminases ou de symptômes cliniques tels que vomissements au delà du 1^e trimestre, fatigue intense ou dyspnée, évaluation clinique et biologique, comportant : ASAT/ALAT, bilirubinémie, gamma-GT, phosphatases alcalines, LDH, CPK, créatininémie, ionogramme sanguin avec bicarbonates (trou anionique), lactates, voire gaz du sang artériels. Voir le suivi spécifique, notamment pour le ténofovir et l'atazanavir.

	1^{er} trimestre	2^{ème} trimestre	3^{ème} trimestre
Traitement efficace, bien toléré	CD4/CVP(1) bilan suivi + tolérance (2) Glycémie à jeun	CD4/CVP Bilan suivi + tolérance (2) Glycémie post-charge (3) à 24 SA	Mensuel : CD4/CVP Bilan suivi + tolérance (2)
Traitement débuté ou modifié en cours de grossesse	Bilan pré-thérapeutique comportant - Bilan suivi + tolérance (2) - Glycémie à jeun - Génotypage de résistance avant début de traitement	Mensuel : - CD4/CVP - bilan suivi + tolérance (2) - glycémie post-charge (3) à 24 SA	Mensuel : CD4/CVP Bilan suivi + tolérance (2) Dosage IP (4)

(1) En cas d'échec virologique, évaluation clinique, dosages IP, test génotypique de résistance.

(2) NFS, plaquettes, transaminases ALAT, lipase.

(3) Glycémie post-charge (dépistage du diabète gestationnel selon les recommandations usuelles pour la femme enceinte) : O'Sullivan (glycémie après charge de 50 g de glucose) ou test OMS à 75 g.

(4) Le dosage d'IP peut être proposé 2 semaines après mise en route du traitement (absence de consensus à ce sujet, ainsi que sur l'éventuelle augmentation de posologie en cas de sous-dosage).

