



ALLAITEMENT ET VIH: L'ÉQUATION DIFFICILE...

Aux difficultés liées au traitement des femmes enceintes s'ajoutent les questions concernant la grossesse et l'allaitement. Le Dr Dimitri van der Linden a fait le point sur la question.

Si les contaminations des femmes par le VIH concernent, en Europe, principalement les travailleuses du sexe, ce n'est pas toujours le cas. ONUSida montre dans son dernier rapport que les femmes subissant des violences domestiques présentent 1,5 fois plus de risques que les femmes indemnes de ces violences.

RISQUE AUGMENTÉ

Le risque de transmission de la mère à l'enfant est de 15 à 35%, a rappelé Dimitri van der Linden (Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles), sans intervention médicale. Le plus souvent, cette transmission survient au moment de l'accouchement, mais aussi in utero au cours des deuxième et troisième trimestres. Par ailleurs, l'allaitement augmente ce risque de 10%. Or, des études ont montré que, sous traitement, le taux de transmission après 16 mois d'allaitement est de 0,57% avec une survie sans charge virale de plus de 97%. L'OMS recommande aux femmes, dans les régions aux faibles ressources, d'allaiter leur enfant jusqu'à 6 mois sous traitement antirétroviral et jusqu'à 12 mois avec d'autres sources alimentaires. Cette recommandation est bien comprise dans ces pays, mais les ressortissantes vivant chez nous ne comprennent pas pourquoi elles ne peuvent pas faire de même. C'est d'autant plus compliqué que les pressions sociales et culturelles peuvent peser sur leur vie quotidienne et un refus d'allaitement peut être stigmatisant.

ENCORE DES QUESTIONS

Cependant, comme l'explique le spécialiste bruxellois, l'EACS s'est prononcée contre l'allaitement des mères vivant avec le VIH. L'organisation reconnaît que c'est toutefois possible avec la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour cette maman. Par

ailleurs, les mamans avec une charge virale >50copies/mL devraient arrêter l'allaitement. Les arguments pour l'allaitement sont bien connus. Parmi les arguments contre, on ne sait pas quelle sera la conséquence pour l'enfant d'une exposition à long terme aux antirétroviraux avec potentiellement l'apparition de résistances du virus à ces médicaments. Par ailleurs, on ne connaît pas encore suffisamment le risque lié aux cellules associées au virus et qui pourraient constituer un réservoir du virus dans le lait maternel.

U=U?

Si l'équation femme et VIH est complexe, la démonstration U=U (Undetectable=Untransmissible) vaut-elle pour la mère et l'enfant. Une étude suisse a été menée en 2019-2020 sur 41 femmes vivant avec le VIH dont 20 ont décidé d'allaiter leur enfant. Toutes les femmes bénéficiaient d'une charge virale indétectable. Le taux moyen de CD4 était de 649/mm³. Sur l'ensemble, 75% des mamans ont allaité jusqu'à 3 mois et 45% jusqu'à 6 mois. Aucun des nouveau-nés n'a reçu de prophylaxie post-exposition. Sur base de leur expérience, les spécialistes de Saint-Luc ont décidé de mettre en œuvre des critères d'éligibilité comme un suivi régulier dans un centre de référence, présenter une charge virale indétectable pour plus de 6 mois, être suivies par une équipe pluridisciplinaire et signer un formulaire de consentement. «*Bien que l'allaitement ne soit pas recommandé en raison de notre manque de connaissance sur la non-transmission verticale d'une maman avec une charge virale non détectable par l'allaitement*», précise le Dr Dimitri van der Linden. «*Même si les recommandations sont ce qu'elles sont, il est également important de laisser une place pour le dialogue et la compréhension de la nécessité pour une maman d'allaiter son enfant*», conclut-il. ▶

P.DW.

GROSSESSE ET VIH

Selon les dernières statistiques d'ONUSida, 53% des PVVIH sont des femmes ou des filles. En 2020, 1,3 million de femmes vivant avec le VIH (FVVIH) ont été enceintes. La Dr Deborah Konopnicki (CHU Saint-Pierre, Bruxelles) a fait le point sur les traitements disponibles pour ces femmes.

De nouvelles recommandations de l'EACS ont été publiées cet automne concernant le sujet. Ainsi pour les FVVIH naïves de tout traitement et enceintes, le dolutégravir (DTG) constitue la première ligne de traitement; actuellement, les résultats avec le raltégravir se font encore attendre.

SMARTT menée aux USA qui a suivi sur 4 ans des enfants ayant été exposés in utero à EFV ou DTG. Les auteurs ont conclu que l'exposition à EFV est associée à une augmentation de risque de malformation de 50%. (5)

ECOUTER LES FVVIH

Pour les FVVIH envisageant une grossesse, la spécialiste de Saint-Pierre rappelle que le changement de thérapeutique doit se reposer sur une discussion et une individualisation au sujet du traitement pour chaque femme: cela concerne tant leur préférence que la tolérance, la compliance et l'observance espérée. Par ailleurs un certain nombre de molécules doivent être évitées (voir EACS Guideline, <https://eacs.sanfordguide.com/>).

L'EACS recommande aussi de monitorer la patiente tous les mois ou tous les deux mois en fonction de l'adhérence et de la charge virale. Si celle-ci est supérieure à 50 copies/mL à 34-36 semaines, il est important de planifier une césarienne à 38 semaines, de traiter la maman durant le travail et la délivrance par zidovudine et de pourvoir une prophylaxie post-exposition à l'enfant selon les recommandations locales. ▶

P.DW.

DTG VS EFV

Deux études supportent ces recommandations. L'étude DolPHIN-2 (3) comparant le dolutégravir à l'efavirenz (EFV) est une étude ouverte, randomisée, ayant eu lieu en Ouganda et en Afrique du Sud. Elle a inclus 268 FVVIH enceintes ayant débuté soit un traitement par DTG soit par EFV après 28 semaines de grossesse. La proportion de patientes avec une charge virale inférieure à 50 copies/mL a atteint 74% sous DTG et 43% sous EFV après 55 jours. L'autre étude (4) concerne la comparaison entre 3 stratégies thérapeutiques TDF/FTC+DTG, TAF/FTC+DTG ou TDF/FTC+EFV quant à leur efficacité et leur sécurité d'emploi chez des FVVIH enceintes. Les traitements contenant le DTG se sont montrés supérieurs à EFV permettant à 98% des patientes de présenter une charge virale <200 contre 91% pour EFV (p=0,0052) et <50 à la naissance pour 95% pour le DTG contre 80% pour EFV soit une différence de 15,5 (p<0,0001). Le taux d'effets secondaires était similaire, mais avec un taux plus important de décès néonataux dans le groupe EFV. Concernant la sécurité d'emploi pour le fœtus, Deborah Konopnicki a fait mention de l'étude

3. Kintu K et al. Lancet HIV 2020; 7 (5): E332-E339.
4. Lockman S et al. Lancet. 2021 Apr 3;397(10281):1276-1292.
5. Crowell C et al. AIDS 2020 34:1377-1387.

