

Transmission mère-enfant dans les pays en développement

François Dabis

Inserm 330, Université Victor Segalen Bordeaux 2 (Bordeaux)

Philippe Msellati

Programme sida Orstom, Abidjan, Côte-d'Ivoire

Avec 1600 enfants contaminés chaque jour dans le monde par le VIH, la mortalité des moins de cinq ans est susceptible de doubler à l'horizon 2010, anihilant une bonne partie des résultats obtenus au cours des deux dernières décennies dans ce domaine, en particulier grâce à la vaccination. Or, on peut désormais prévenir la transmission mère-enfant ou transmission verticale du, du moins en partie. De manière globale, ceci suppose cependant que les formidables progrès obtenus dans les pays industrialisés entre 1994 et 1998 soient applicables et appliqués dans les pays en développement, où l'on sait que 32% des femmes n'ont pas actuellement accès aux soins prénataux et que 40% accouchent en dehors de tout système de soins (1).

De nombreuses sessions thématiques étaient consacrées à la transmission mère-enfant du VIH et à sa prévention, notamment dans les pays en développement. Plusieurs essais menés en Afrique, dont l'essai ANRS 049, ne disposeront de leurs résultats que durant le second semestre 1998. Cependant, les résultats très encourageants de l'essai mené en Thaïlande indiquant une réduction de 50% de la transmission

de la mère à l'enfant avec un régime de quatre semaines d'AZT, dessinent des perspectives dans ce domaine et ont été largement présentés (2,3). Dans cet essai thaïlandais où aucune femme n'allaitait, aucun enfant ne s'est révélé infecté après l'âge de deux mois. En revanche, l'application de ce régime au moment de l'accouchement pose des problèmes en termes d'observance en Côte d'Ivoire (4).

Des réflexions approfondies ont été menées, notamment sous l'égide de l'Onusida (5) sur le passage à d'importants programmes pilotes de mise en place de cette nouvelle mesure de prévention de la transmission mère-enfant. L'industrie pharmaceutique semble enfin accepter de jouer un rôle important et positif dans ce processus (6).

Supplémentation en vitamines

Un essai de supplémentation des femmes enceintes en multivitamines mené en Tanzanie (7) a montré une réduction de la mortalité néonatale chez les enfants nés de mère infectée par le VIH et une amélioration de nombreux paramètres obstétricaux et néonataux. Les données d'efficacité sur la réduction de la transmission mère-enfant du VIH sont encore en attente. Paradoxalement, la supplémentation maternelle en vitamine A, évaluée dans le même essai, n'a donné aucun résultat positif.

La mortalité liée à l'infection par le VIH est très importante chez les enfants hospitalisés en Afrique du Sud (8) comme en Tanzanie, où la supplémentation des enfants en vitamine A (9) s'est avérée bénéfique avec un recul de plus d'un an. Wafaie Fawzi (Harvard School of Public Health) a d'ailleurs obtenu le prix du jeune chercheur de l'International AIDS Society à la fin de la conférence pour l'ensemble de ses recherches sur les vitamines. En Gambie (10), la mortalité est très importante chez les enfants infectés par le VIH-1 en comparaison avec ceux infectés par le VIH-2. Au Kenya (11), une augmentation du risque de la transmission à l'enfant a été mise en évidence lorsque la femme infectée par le VIH présente un paludisme durant la grossesse.

Allaitement maternel

Des données nouvelles ont été présentées soulignant

l'importance de la transmission à l'enfant par l'allaitement maternel au travers d'une part, d'une méta-analyse regroupant plusieurs études menées en Afrique (12) et d'autre part, d'une cohorte importante au Malawi (13). Au delà de l'âge de deux mois et demi, le risque additionnel de transmission par le lait maternel est estimé entre 3% et 4% par année d'allaitement. Ce risque s'ajoute bien sûr au risque de transmission durant la grossesse, l'accouchement et la période d'allaitement précoce.

Des questions restent à élucider (14) : Quelle est la pharmacocinétique des antirétroviraux dans le lait? Y-a-t-il un effet rebond à l'arrêt du médicament, augmentant ainsi la transmission? Quelle serait la durée d'allaitement la plus appropriée? Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, une session entière d'un congrès mondial sur le sida était consacrée aux pratiques d'alimentation du jeune enfant (15). Elle a abordé les récentes recommandations en matière d'alternatives à l'allaitement maternel chez des enfants nés de mère infectée (16), les connaissances à approfondir sur les comportements (17) ainsi que les alternatives à mettre en place dans un contexte où le développement de l'allaitement artificiel soulève des inquiétudes en termes de santé publique (18).

Il apparaît indispensable que les femmes aient une information complète pour pouvoir choisir réellement les modalités d'alimentation de leur enfant. Des présentations ont ainsi illustré la façon dont les mères avaient géré le passage à un allaitement artificiel, tant du point de vue du pédiatre en Afrique du Sud (19) que de celui de la femme vivant avec le VIH au Zimbabwe (20).

Dépistage anonyme et gratuit

De nombreuses présentations avaient pour objet le conseil et le dépistage du VIH, soit sous forme de dépistage anonyme et gratuit soit en direction des femmes enceintes. D'après une enquête internationale, l'acceptabilité du test appliqué en période prénatale est très différente selon les pays, voire selon les villes au sein d'un même pays (21). Il est nécessaire d'approfondir les recherches sur ces variations, comme cela a été fait au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire (22). Des avancées technologiques telles que les tests rapides, dont le résultat peut être rendu en deux heures, devraient permettre

d'améliorer l'accessibilité au dépistage, mais il est nécessaire d'être prudent quant au conseil et au consentement dans ce contexte, avec une expérience intéressante en Zambie (23).

Enfin, dans le domaine de l'éthique, la polémique qui s'est développée depuis 1997 autour de la recherche sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement s'est finalement éteinte au cours de la conférence (24, 25), et un consensus semblerait s'établir autour de la notion de " standard de soins le plus élevé possible dans le contexte local pour les patients impliqués dans des projets de recherche " (26).

En conclusion, cette conférence a longuement développé les avancées mais aussi les problèmes actuels et futurs dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant et a souligné l'intérêt d'intégrer ces interventions dans l'ensemble de soins pré et post-nataux. Réduire l'écart (franchir le fossé ?) est raisonnablement possible dans ce domaine.

-
1. Mofenson L. et al., " Mother-to-child HIV transmission ", PL1.2.
 2. Shaffer N., " Randomized placebo-controlled trial of short-course oral ZDV to reduce perinatal HIV transmission, Thailand ", 30-33163.
 3. Young N.L. et al., " RNA and DNA PCR for early diagnosis of infants born to HIV-infected mothers, Thailand ", 166-42106.
 4. Ekpini E.R.A. et al., " Study drug adherence and tolerance within a randomized clinical trial to evaluate a short-course regimen of zidovudine to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire ", 31-23280.
 5. de Vincenzi I., " Programmes at country level ", C15.89.
 6. Young N.L., " Challenges to the pharmaceutical industry ", C15.87.
 7. Fawzi W., " A randomized trial of vitamin supplements in relation to pregnancy outcomes and T cell counts among HIV-infected women in Tanzania ", 42475.
 8. Zwi K. et al., " The impact of HIV-infection on in-hospital paediatric mortality at Chris Hani Baragwanath Hospital (CHBH), South Africa ", 172-12166.
 9. Fawzi W. et al., " Vitamin A supplements and mortality among HIV-positive and negative children in Tanzania ", 170-42331.
 10. Ota M. et al., " Influence of maternal HIV-1 and HIV-2 on child survival in the Gambia ", 214-12153.
 11. Nahlen B. et al., " Association between placental malaria infection and increased risk of mother-to-infant HIV transmission of HIV-1 in western Kenya ", 461-23268.
 12. Leroy V. et al., " Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1: international multicentre pooled analysis ", 456-23266.

13. Taha T. et al., " HIV infection due to breastfeeding in a cohort of babies not infected at enrollment ", 457-23270.
14. Van de Perre P., " Relevance of current trials to breast-feeding policy and practice ", C15.85.
15. " Mother-to-child HIV transmission : infant feeding ", session D25.
16. Salvage-King F., " Breastfeeding programmes and HIV questions ", 310.
17. Richter L., " Psychosocial aspects of breastfeeding ", 312.
18. Peckham C., 317.
19. Gray G., " Attitudes and behaviour of HIV-infected women on infant feeding ", 314-24124.
20. Maposhere C., " Breastfeeding in the HIV/AIDS era in Zimbabwe ", 313-44266.
21. Dabis F., " HIV testing of pregnant women and prevention of vertical transmission in Africa ", LB19-23597.
22. Cartoux M. et al., " Acceptability of voluntary HIV counselling and testing and interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV in Africa ", 23310.
23. Bhat G.J. et al., " Same day HIV voluntary counselling and testing improves overall acceptability among prenatal women in Zambia ", 33282.
24. Kahn J.G. et al., " Placebo control trials of short-course antiretroviral regimens to reduce mother-to-child HIV transmission are essential to establish standard of care in Africa ", 35-42201.
25. Lurie P.G. et al., " Additional unethical aspects of vertical transmission studies in developing countries ", 471-44123.
26. Amman A., C15.91.