



Revue critique
de l'actualité scientifique internationale
sur le VIH
et les virus des hépatites

n°106 - janvier-mars 03

VIH - PREVENTION

TME : résultats encourageants en Thaïlande, inquiétants au Kenya

Isabelle Heard

unité d'immunologie clinique, Hôpital européen Georges Pompidou (Paris)

The effect of Short course therapy rapid HIV-1 with zidovudine plus testing on lamivudine for uptake of prevention of mother-perinatal to-child transmission of HIV-1 in Thailand interventions
: a randomized clinical trial
Malonza A., Vanprapar N., Sirimai K., Chearskul I.M., Sutthent R., Opartkiattikul N. Richardson B.A., Kreiss J.K., Bwayo J.J., Stewart G.C.
Clinical Infectious Diseases, 2002, 35, 1405-13
AIDS, 2003, 17, 113-8

Alors qu'une étude réalisée en Thaïlande permet de rajouter à la liste des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH un nouveau protocole efficace, une enquête menée au Kenya pointe les carences du counselling post-test : seules 15% des femmes enceintes testées séropositives pour le VIH dans cette étude ont suivi le traitement.

Une étude de prévention de la transmission mère-enfant utilisant la même bithérapie (zidovudine + lamivudine) que l'essai présenté par Gonzague Jourdain dans ce numéro a été réalisée de février 1999 à novembre 2000 à Bangkok, en Thaïlande. Il s'agissait d'une étude prospective, non randomisée, ouverte. Les mères recevaient l'association zidovudine + lamivudine à partir de 34 semaines et pendant le travail, et les enfants étaient traités par la zidovudine pendant un mois et sous allaitement artificiel.

Ce schéma correspond au groupe A de l'essai Petra avec les modifications suivantes : deux semaines supplémentaires de traitement chez la mère, trois semaines supplémentaires de traitement chez l'enfant (mais en monothérapie zidovudine) et, surtout, pas d'allaitement au sein. Le taux de transmission a été de 2,83% (IC à 95% : 1-8). Chez les mères, ces six semaines de bithérapie avaient permis une diminution moyenne de la charge virale de 1,55 log copies/ml et un gain moyen de 93 CD4/mm³.

Dans le groupe A de l'étude Petra, le taux de transmission à six semaines était deux fois plus élevé (5,7%), et ceci probablement du fait d'infections précoces des enfants par l'allaitement au sein¹. Le taux d'infection chez les enfants était au contraire très semblable dans l'étude française ANRS 075 (1,6% ; IC : 0,7-3,3), dont le schéma thérapeutique était proche². Les auteurs rapportent que le taux de transmission dans un groupe de mère-enfants thaïlandais qui n'ont reçu que de la zidovudine mais selon le même déroulement est beaucoup plus élevé (11,67% ; IC : 5,8-22,2), ce qui serait en faveur de la prise d'une bithérapie pour la prophylaxie de la transmission.

Si cette association thérapeutique s'était révélée bénéfique sur le taux de transmission materno-foetale du VIH dans l'étude française, l'importance des effets secondaires et la fréquence des mutations de résistance étaient venu tempérer l'enthousiasme (cf. *Transcriptase* n° 93, p. 22-23). L'absence presque totale d'effets secondaires observés chez les enfants thaïlandais plaide en faveur d'une prescription plus courte de la zidovudine pendant la grossesse.

Cette publication permet de rajouter à la liste des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH un nouveau protocole efficace. A côté des obstacles soulignés par G. Jourdain (lire son article dans ce numéro) pour une réelle efficacité dans cette lutte contre l'infection des enfants, demeure un problème pour lequel nous n'avons toujours pas

de solution, celui du refus ou de l'impossibilité de femmes enceintes qui ont accepté le test et le counselling de prendre le traitement.

Dans une étude réalisée au Kenya et publiée début 2003 dans *AIDS*, 97% des femmes enceintes acceptaient d'être testées. Parmi les femmes séropositives pour le VIH, 60% acceptaient d'être prises en charge pour prévenir la contamination de l'enfant. Cependant, seulement 15% ont effectivement pris le traitement.

Si le counselling pré-test semble bien maîtrisé, le counselling post-test doit être considérablement amélioré. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre pourquoi ces femmes ne veulent ou ne peuvent pas prendre ce traitement. Est-ce à cause de la stigmatisation, du coût des transports vers les maternités équipées, de la peur des médicaments, du grand nombre d'accouchements à la maison, ou encore de l'impossibilité d'annoncer la séropositivité aux proches ou au mari ?

Tous ces facteurs sont probablement mêlés. Une information donnée en amont de la grossesse permettrait peut-être une meilleure acceptation de cette prophylaxie, qui pourrait alors faire partie de la prise en charge de la grossesse au même titre que d'autres actes obstétricaux.

1 - The Petra study team

"Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study) : a randomised, double-blind, placebo-controlled trial"

Lancet, 2002, 359, 1178 - 86

2 - Mandelbrot L et al.

"Lamivudine-zidovudine combination for prevention of materno-infant transmission of HIV-1"

JAMA, 2001, 285, 2083-93