

ACTUALITE

La conférence de Lusaka : Onzième conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique - Lusaka (Zambie) 12 - 16 septembre 1999

Christian Courpotin

Hôpital Armand-Trousseau (Paris)

En Afrique sub-saharienne, la séroprévalence du VIH est très élevée dans la population des femmes enceintes. Cette situation est aggravée par la fréquence des maladies sexuellement transmissibles associées, la précarité des soins médicaux, les problèmes nutritionnels et socio-économiques. Les situations politiques souvent instables et conflictuelles aggravent les conditions de vie des habitants et détournent les budgets des options de santé et de l'humanitaire.

Au cours d'une séance plénière (13A4), Salif Sow a mis l'accent sur la responsabilité de l'homme africain face au VIH en soulignant que l'infection de l'enfant n'est pas mère-enfant comme il est habituel de la présenter mais bien : homme... femme... enfant ; il a souligné en effet, le rôle princeps des hommes dans la contamination des jeunes filles mettant en avant le fait que de nombreux hommes âgés, souvent contaminés par le VIH, recherchent des jeunes filles vierges pour leurs rapports... Chez les 15 à 19 ans, les taux de contamination sont de 4 à 6 fois plus élevés chez les filles que chez les garçons.

Schémas courts d'antirétroviraux

Deux essais thérapeutiques étudiant l'action de schémas courts d'antirétroviraux sur la transmission verticale du VIH sont apparus importants tant par la qualité de leurs résultats que par la simplicité de leurs modalités.

L'essai HIVNET 012 (1) mené en Ouganda sur 621 femmes séropositives pour le VIH-1 (lire page...) à été présenté durant la session des "rapports de dernière minute" à Lusaka : la comparaison des groupes névirapine (NVP) et zidovudine (AZT) montrait des taux respectifs de : 8,2 % vs 10,4 % à la naissance, 11,9 % vs 21,3 % à 6-8 semaines et de 13,1 % vs 25,1 % à 14-16 semaines. Soit un taux inférieur de 47% pour le groupe névirapine comparé à celui de la zidovudine (p< 0,0006).

	NVP	AZT	p
% d'enfants infectés à 14-16 semaines	13%	25%	.0006
Effets secondaires sérieux avant 56 jours de vie	0.7%	1.4%	

Ce résultat est très important puisqu'il montre que la névirapine peut abaisser le risque de transmission de près de 50 % durant les 14-16 premières semaines de vie dans une population d'enfants allaités. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'il s'agit d'un régime de prévention simple à appliquer, peu coûteux (estimé à 4 dollars par couple mère-enfant), et bien toléré. Face à ces résultats, l'hypothèse d'une généralisation de l'utilisation de la névirapine en monodose dans les pays en développement à séroprévalence élevée pour le VIH a été soulevée. Dans une publication récente du *Lancet*, le Dr Marseille écrivait "*dans un pays à très forte prévalence pour le VIH, une prévention universelle a un sens et est coût efficace estimée à 138 dollars par cas de VIH évité dans un pays où la séroprévalence est de 30% et de 276 dollars en cas de prévalence à 15%.*"

Par ailleurs, plusieurs rapports ont concerné les résultats de l'essai DITRAME (ANRS 049a) (3,4,5) visant à démontrer l'efficacité de traitements courts de la mère par la zidovudine (à partir de 36-38 semaines AZT : 300 mg 2 fois par jour jusqu'au travail, 600 mg en début de travail et 300 mg 2 fois par jour pendant 7 jours en post partum) contre un placebo sur la transmission verticale du VIH-1 chez des enfants allaités au sein. Les résultats ont montré une réduction de 38% chez les enfants sous AZT comparés au groupe placebo ; à 6 mois, la probabilité de transmission était de 18.6% dans le groupe AZT contre 27,4 % dans le groupe placebo et à 1 an de 20,8 % contre 31,4 % ($p=0,038$). Ces résultats viennent en complément de plusieurs travaux sur des régimes courts d'AZT (dont l'essai Petra) qui montrent que des interventions à peu de coût et à peu de risques sont efficaces et que la prévention de la transmission verticale du VIH-1 doit être une des priorités des actions entreprises dans les pays en développement.

Toujours dans le cadre de l'analyse de la transmission verticale du VIH, deux travaux effectués au Kenya sur 187 enfants non infectés et 92 enfants contaminés, précisent les facteurs favorisant de cette transmission et le risque supplémentaire en rapport avec l'allaitement maternel (13ET5-1). Parmi les facteurs favorisant, les auteurs insistent sur le rôle de la baisse des CD4, de l'élévation de la charge virale, de la prématurité, de l'existence d'ulcérations génitales, de la quantité d'ADN VIH cervical et vaginal et de l'allaitement au sein. Ils insistent pour ce dernier sur le rôle aggravant de l'existence de mastite ou d'abcès du sein. Ils estiment (13ET-2) que l'allaitement au sein majore de 16,2 % le risque de transmission du VIH et que ce risque est maximum durant les 6 premiers mois.

Comparant l'allaitement maternel exclusif à l'allaitement artificiel et à l'allaitement mixte (dit alternatif), le travail de l'équipe de Durban (2), rapporté en séance plénière (15A1), souligne la diminution des risques de transmission des enfants en allaitement maternel exclusif comparé à celui encouru par ceux qui sont en allaitement mixte. Ces résultats ouvrent des perspectives importantes sur l'attitude à adopter vis-à-vis des recommandations à donner aux mères. Il apparaît en effet, sur une période d'observation de 3 mois, que l'allaitement maternel absolument exclusif n'augmente pas le risque de contamination de l'enfant comparé à l'allaitement artificiel. Sur 549 enfants suivis sur une période de 3 mois, le taux de transmission du VIH était de 18,8 % pour les 156 enfants qui n'avaient jamais reçu de lait de mère contre 21,3 % pour ceux qui étaient allaités. Parmi ceux-ci, le taux de transmission était de 14,6 % pour les 103 enfants en allaitement maternel exclusif contre 24,1 % pour ceux en allaitement mixte. Ceci peut être une donnée importante pour concilier les avantages certains de l'allaitement maternel dans les pays en développement, la sécurité des enfants et le non risque de discrimination lié à l'allaitement artificiel. Dans l'analyse de l'essai PETRA en Ouganda (16BT1-2), il apparaît en effet que 18,2 % des femmes qui refusent l'allaitement artificiel le font " parce que ne pas allaiter revient à affirmer leur séropositivité pour le VIH à leur époux ".

Prise en charge clinique de l'enfant

Si la transmission verticale a fait l'objet de plusieurs présentations, peu de temps a été consacré à la prise en charge clinique des enfants. Une fois de plus, il apparaît qu'existe un vide complet sur la situation VIH des grands enfants (contaminés en materno-fœtale ou par transmission nosocomiale). Dans une étude faite au Botswana (13ET5-4) sur la mortalité en rapport avec une pathologie pulmonaire chez 46 enfants de plus de 1 mois (médiane : 10 mois), il apparaît que 32 d'entre eux (68,1 %) sont séropositifs. Une pneumocystose était responsable de 31,2 % des décès chez les enfants VIH+ (dont 48 % chez ceux de moins de 1 an). Une tuberculose était présente chez 12,5 % des enfants VIH+ ces enfants étant plus âgés que ceux décédés de pneumocystose (36 mois vs 4 mois) et 62,5 % présentaient des lésions de pneumopathie interstitielle (CMV : 25 %, VRS 12,5 %, LIP 6,3 % et adénovirus 3,1 %). Ce travail montre l'intérêt qu'il y a à préciser l'épidémiologie de la pneumocystose en Afrique et à étendre très largement (généraliser ?) les indications du TMP-SMX, en particulier dans les régions à prévalence élevée pour le VIH et *Pneumocystis carinii*.

Il faut rapprocher de ces résultats l'effet bénéfique obtenu sur la survenue d'événements cliniques sévères et sur le statut nutritionnel d'adultes VIH+ traités précocement par le cotrimoxazole en Côte d'Ivoire (15BT-1).

Autres données

Si l'ensemble de cette conférence témoignait d'un abandon progressif de l'Afrique sub-saharienne par les pays du nord et de l'ouest et d'une démission des responsables politiques africains (pour la plupart absents), avec pour conséquence un regain du fatalisme et du fanatisme religieux et des médecines traditionnelles comme solution de survie, il faut souligner la volonté des jeunes (moins de 18 ans) de lutter contre le VIH. En séance plénière, une jeune

militante, contaminée est venue témoigner de la triple difficulté d'être femme, séropositive pour le VIH et Africaine... D'un ton ferme et posé, avec un regard grave, elle a essayé de souligner la responsabilité de chacun dans la tragédie actuelle et, en particulier, le rôle délétère de la majorité des responsables politiques africains. Dans une table ronde organisée par les jeunes (200 à 300 environ) en marge des séances officielles sur le thème du dialogue au sein de la famille et avec les éducateurs, cette volonté de ne pas accepter le VIH comme une fatalité est apparue avec clarté... Cinq congressistes officiels seulement étaient présents à leur côté ! - Christian Courpotin

1 – Guay LA et al : Lancet 1999 Sep 4 ; 354(9181) : 795- 802.

2 – Coutsoudis A et al : Lancet 1999 Aug 7 ; 354(9177) :471-6