

LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE MÈRE-ENFANT EN CAS DE VIH

MATERNE C (1), MASSON V (2), PIROTTE B (3), RIGO V (4), UURLINGS F (5), SCHMITZ V (1)

RÉSUMÉ : En 2023, le BREACH («Belgium Research on AIDS and HIV Consortium») a présenté les nouvelles recommandations belges pour la prise en charge périnatale en cas de mère séropositive au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Cet article a pour but de les mettre en lumière. Nous aborderons la prise en charge maternelle, en discutant l'importance des antirétroviraux durant la grossesse ainsi que le suivi recommandé et le mode d'accouchement à privilégier. Nous évoquerons également les particularités pédiatriques comme la prise en charge recommandée à la naissance, la prophylaxie post-exposition, les nouveautés concernant l'allaitement maternel et le suivi préconisé.

MOTS-CLÉS : *VIH - Périnatalité - Transmission mère-enfant - Prophylaxie post-exposition - Allaitement maternel*

NEW RECOMMENDATIONS FOR MATERNAL-INFANT CARE IN HIV

SUMMARY : In 2023, BREACH («Belgium Research on AIDS and HIV Consortium») presented new Belgian consensus guidelines for perinatal management of HIV-positive mothers. This article aims to highlight them. We review maternal management, discussing the importance of antiretroviral agents during pregnancy, the recommended follow-up and the preferred mode of delivery. The specificities for the infant will be addressed and include management at birth, post-exposure prophylaxis, new developments regarding breast-feeding and necessary follow-up.

KEYWORDS : *HIV - Perinatal care - Mother-to-child transmission - Post-exposure prophylaxis - Breastfeeding*

INTRODUCTION

Selon les derniers chiffres du programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), 39,9 millions de personnes vivaient en 2023 avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), dont 1,4 millions d'enfants de moins de 15 ans (1). Un peu plus de la moitié (53 %) des personnes infectées étaient de sexe féminin (1). En 2023, 30,7 millions de personnes infectées avaient accès à un traitement antirétroviral contre 7,7 millions en 2010 (1). Cette avancée est considérable quand on sait que I = I (Indétectable = Intransmissible). En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'absence de transmission sexuelle du VIH en cas de charge virale indétectable (2, 3).

La transmission mère-enfant (TME) est la première cause d'infection par le VIH chez l'enfant (4). Cependant, en 2023, seulement 84 % des

femmes enceintes séropositives dans le monde ont eu accès à un traitement antirétroviral dans le but de prévenir la TME (1). Pour rappel, cette dernière est notamment possible en période :

- *Anténatale*, par transmission transplacentaire, avec un risque majoré au cours du dernier trimestre.
- *Périnatale*, soit par exposition directe (contact avec le sang ou les sécrétions vagino-cervicales), soit par échanges sanguins fœto-maternels.
- *Post-natale*, par le biais de l'allaitement maternel. En effet, le virus peut être présent dans le lait maternel soit sous forme libre, soit sous forme provirale intégrée aux lymphocytes CD4 infectés (5).

Le but de cet article est de mettre en lumière les nouvelles recommandations belges de prise en charge périnatale en cas de séropositivité maternelle. Ces dernières ont, notamment, été présentées en novembre 2023 par le BREACH («Belgium Research on AIDS and HIV Consortium») et sont actuellement disponibles en ligne (<https://breach-hiv.be>) (6).

LA PRISE EN CHARGE DE LA MÈRE

En 2023, dans le monde, seules 86 % des personnes infectées par le VIH connaissaient leur statut sérologique (1). Il est donc primordial que toute femme enceinte se voit offrir l'opportunité d'un dépistage de l'infection à VIH. Rappelons, toutefois, que ce test doit s'accompagner

(1) Service de Pédiatrie, CHU-Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU-Citadelle, Liège, Belgique.

(3) Service de Médecine Interne, Maladies infectieuses, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

(4) Service de Néonatalogie, CHU-Citadelle, Liège, Belgique.

(5) Centre de Référence HIV, CHU Liège, Belgique.

d'une information claire sur le dépistage du VIH et peut être refusé par la patiente.

Toute femme enceinte infectée par le HIV mérite une prise en charge multidisciplinaire (gynécologue-obstétricien, infectiologue, pédiatre, médecin généraliste, psychologue, conseillère en lactation, ...). Un examen clinique minutieux à la recherche de signes cliniques évocateurs d'une immunodéficience sera réalisé. Par ailleurs, il convient d'évaluer le niveau d'infection par un bilan biologique comprenant un hémogramme, un dosage du taux de CD4, un typage HLA, une charge virale et un génotypage viral. Dans le but de rechercher une co-infection associée, des sérologies hépatite B, hépatite C, syphilis, toxoplasmose et cytomégalovirus (CMV) devront être réalisées. De la même manière, il est important d'effectuer une PCR chlamydia/gonocoque sur un frottis cervico-vaginal. Le bilan infectieux de base tend également à exclure une potentielle tuberculose par la réalisation d'un Quantiféron.

QUEL TRAITEMENT POUR LA FEMME ENCEINTE HIV POSITIVE ?

Sans traitement adéquat, l'infection par le VIH augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré et d'hypotrophie fœtale, tout particulièrement dans les pays en voie de développement (7). Une potentielle immunodéficience en lien avec l'infection, ajoutée à l'état relatif d'immunodéficience lié à la grossesse, entraîne également une majoration du risque de complications infectieuses. Sans thérapie antirétrovirale, le risque de TME avoisine les 30 % (7).

Pour toutes ces raisons, en cas de découverte de séropositivité pendant la grossesse, il est crucial d'instaurer, dès le diagnostic, un traitement antirétroviral visant à obtenir, le plus rapidement possible, une charge virale indétectable.

En période péri-conceptionnelle ou durant la grossesse, le traitement antirétroviral maternel doit parfois être adapté en raison d'un risque de tératogénicité ou d'un manque de données en termes de sécurité et/ou pharmacocinétique de certains antirétroviraux (8) (**Tableaux I et II**).

QUEL SUIVI POUR LA FEMME ENCEINTE HIV POSITIVE ?

Lorsque la patiente est déjà traitée pour son infection et que la charge virale est indétectable c'est-à-dire inférieure à 50 cp/ml (copies/ml), le suivi biologique comprend un bilan de base (hémogramme, enzymes hépa-

tiques, ionogramme, fonction rénale), un dosage de la charge virale et du taux de CD4 une fois par trimestre, à 36 semaines d'aménorrhée et le jour de l'accouchement. En fonction des résultats biologiques ou de la situation clinique de la patiente, ce suivi pourra être renforcé.

Si la patiente est traitée mais que sa charge virale reste détectable, la première étape consiste à vérifier l'observance médicamenteuse qui peut être impactée par l'existence d'effets secondaires (exemple : fatigue, céphalées, nausées, vomissements, diarrhées, ...) ou par des conditions de vie difficiles ou particulières (grossesse non désirée, lieux de vie communautaires, ...). Il est également important d'exclure des interactions médicamenteuses (exemple : les inhibiteurs de la pompe à protons diminuent le taux de rilpivirine) ou l'apparition d'une résistance du virus en réalisant un génotypage. Une adaptation thérapeutique est nécessaire au plus vite, toujours dans le but d'obtenir le plus rapidement possible une charge virale indétectable. Pour ce qui est du suivi biologique, on dosera la charge virale tous les mois si on est au premier ou au deuxième trimestre et toutes les deux semaines au troisième trimestre et ce, jusqu'à l'obtention d'une charge virale indétectable avant la reprise d'un suivi classique.

Si la patiente n'est pas traitée, un génotypage doit être réalisé et un traitement antirétroviral instauré de toute urgence. La tolérance et l'adhérence seront étroitement surveillées. La charge virale sera contrôlée un mois après l'instauration du traitement, puis une fois tous les un à deux mois puis à la 36^{ème} semaine et à l'accouchement.

Une attention particulière sera apportée aux premières consultations prénatales en faisant sortir le futur papa quelques minutes au vu de la nécessité d'un rapport singulier avec la patiente. Le temps de la grossesse est un temps précieux pour aider la femme enceinte séropositive à clarifier sa situation vis-à-vis du partenaire. Si la femme enceinte séropositive le souhaite, le gynécologue et/ou l'infectiologue peuvent aider à l'annonce du diagnostic, avec test immédiat du partenaire et explications sécurisantes en un temps. Les expériences vécues se sont très souvent révélées porteuses d'apaisement au sein des couples. Par ailleurs, le père s'avère souvent être un allié pour maximiser l'observance médicamenteuse des futures mamans.

Cependant, si la mère ne souhaite pas informer son partenaire de son statut VIH, elle doit être consciente des limites de la confidentialité après l'accouchement. Si le couple est marié ou que le père reconnaît sa paternité, ce dernier

Tableau I. Antirétroviraux (ARV) avant la grossesse (recommandations 2024)

Données insuffisantes : - Sécurité - Pharmacocinétique - Bithérapie en opposition au dogme de la trithérapie	Doravirine Raltegravir 1200 mg QD Cabotegravir/Rilpivirine Dolutegravir 50 mg/Lamivudine 300 mg Dolutegravir/Rilpivirine	Discussion avec la patiente pour l'informer. Décision partagée : - Charge virale < 50 cp/ml et la patiente souhaite continuer son traitement : continuer en monitorant fréquemment la charge virale (à la fin du T1, T2 et tous les mois au T3) - Charge virale > 50 cp/ml ou si la patiente souhaite un traitement plus étudié en cas de grossesse, proposer une alternative (Cf. EACS guidelines)
Non recommandé : - Pharmacocinétique - Risque de rebond viral	Elvitegravir Cobicistat (diminution significative des concentrations plasmatiques au 3 ^{ème} trimestre) Atazanavir (risque d'hyperbilirubinémie maternelle, risque de réplication virale)	Discussion avec la patiente pour l'informer. Décision partagée et basée sur une évaluation au cas par cas : - Il est préférable de proposer une alternative - Si le traitement est poursuivi (en cas de bonne tolérance et de charge virale < 50 cp/ml), il faut monitorer fréquemment la charge virale (à la fin du T1, T2 et tous les mois au T3)
Non recommandé	Éfavirenz	Proposer de changer d'antirétroviral avant le début de la grossesse
Médications autorisées :	Dolutegravir 50 mg/Abacavir 600 mg/Lamivudine 300 mg Dolutegravir 50 mg+Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg Bictegravir 50 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir alafénamide 25 mg Raltegravir 400 mg 2X/J + Emtricitabine 200 mg 1X/J/Tenofovir 245 mg 1X/J Darunavir 800 mg/Ritonavir 100 mg + Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg Rilpivirine 25 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg (Remarque : association non active sur HIV-2) Rilpivirine 25 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir alafénamide 25 mg (Remarque : association non active sur HIV-2) Nevirapine en trithérapie (Non recommandé par l'EACS) Remarque : - L'utilisation d'Abacavir est contre-indiquée en cas de HLA B5701 positif - En cas d'utilisation d'Abacavir ou de Lamivudine, il convient de vérifier l'absence de co-infection HBV	

Tableau II. Antirétroviraux (ARV) durant la grossesse (recommandations 2024)

Données insuffisantes : - Sécurité - Pharmacocinétique - Bithérapie en opposition au dogme de la trithérapie	Raltegravir 1200 mg QD Cabotegravir/Rilpivirine Dolutegravir/Lamivudine Dolutegravir/Rilpivirine	Discussion avec la patiente pour l'informer. Décision partagée : - Charge virale < 50 cp/ml et la patiente souhaite continuer son traitement : continuer en monitorant fréquemment la charge virale (à la fin du T1, T2 et tous les mois au T3). - Charge virale > 50 cp/ml ou si la patiente souhaite un traitement plus étudié en cas de grossesse, proposer une alternative (Cf. EACS guidelines)
Non recommandé : - Pharmacocinétique - Risque de rebond viral	Elvitegravir Cobicistat Atazanavir (risque d'hyper bilirubinémie, risque de réplication virale) Doravirine (diminution significative des concentrations plasmatiques au 3 ^{ème} trimestre)	Discussion avec la patiente pour l'informer. Décision partagée et basée sur une évaluation au cas par cas : - Il est préférable de proposer une alternative avant le troisième trimestre - Si le traitement est poursuivi (en cas de bonne tolérance et de charge virale < 50 cp/ml), il faut monitorer fréquemment la charge virale (à la fin du T1, T2 et tous les mois au T3).
Non recommandé	Éfavirenz	Proposer de changer d'antirétroviral le plus rapidement possible au début du premier trimestre (maximum avant la fin du premier trimestre)
Médications autorisées	En cas d'instauration d'un traitement : Dolutegravir 50 mg+Emtricitabine 200 mg/tenofovir 245 mg Dolutegravir 50 mg /Abacavir 600 mg/ Lamivudine 300 mg Bictegravir 50mg/Emtricitabine 200 mg/ Tenofovir alafénamide 25 mg Remarque : Si association avec Abacavir : Vérifier HLA B5701, surveillance risque d'hypersensibilité. Si le test retarde l'instauration du traitement, envisager un autre traitement. Vérifier absence de co-infection par HBV	En cas de traitement en cours : Dolutegravir 50 mg + Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg Dolutegravir 50 mg/Abacavir 600 mg/Lamivudine 300 mg Bictegravir 50 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir alafénamide 25 mg Raltegravir 400 BID+ Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg QD Darunavir 800 mg/Ritonavir 100 mg+Emtricitabine 200 mg/ Tenofovir 245 mg Rilpivirine 25 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir alafénamide 25 mg Rilpivirine 25 mg/Emtricitabine 200 mg/Tenofovir 245 mg Nevirapine en trithérapie (Non recommandé par l'EACS)

aura droit à connaître toutes les informations médicales concernant son enfant et donc, *de facto*, le statut de la mère.

Le gynécologue n'oubliera pas d'adresser la femme enceinte séropositive auprès du pédiatre infectiologue au début du 3^{ème} trimestre afin de recevoir des informations complètes sur la prise en charge néonatale et l'éventuel allaitement maternel sécurisé.

QUELLE PRISE EN CHARGE LORS DE L'ACCOUCHEMENT ?

MODE D'ACCOUCHEMENT

Que ce soit pour un nouveau-né à terme ou prématuré (c'est-à-dire né avant 37 semaines d'âge gestationnel), la prise en charge est similaire. Le mode d'accouchement est influencé par la charge virale. En cas de charge virale :

- *Inférieure à 50 cp/ml*, le risque de TME étant très faible, un accouchement par voie basse est autorisé, sauf raison obstétricale.
- *Supérieure à 1000 cp/ml*, il est conseillé d'opter pour une césarienne
- *Comprise entre 50 copies/ml et 1000 copies/ml*, le risque de transmission verticale est de 1 à 3 %. La réalisation d'une césarienne plutôt qu'une voie basse permet de réduire ce risque à maximum 1 %, mais la morbi-mortalité materno-fœtale d'une césarienne électorale est supérieure à 1 %. En étudiant la balance risque-bénéfice, il est proposé d'accoucher par voie basse les patientes dont la charge virale est comprise entre 50 et 400 cp/ml et de césariser celles dont la charge virale est supérieure à 400 cp/ml (6).

En cas de naissance par voie basse, certaines précautions restent d'usage comme, par exemple, rompre les membranes le plus tardivement possible, ne pas poser d'électrodes internes, éviter l'instrumentation et l'épisiotomie, sauf en cas d'urgence materno-fœtale.

THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE DURANT LE TRAVAIL

La thérapie antirétrovirale maternelle ne doit en aucun cas être arrêtée durant le travail ou à l'accouchement.

Jusqu'il y a quelques années, toute femme enceinte séropositive, indépendamment de sa charge virale, recevait une perfusion d'AZT (zidovudine - Rétrovir®) du début du travail jusqu'à la délivrance. Les nouvelles recommandations pondèrent ce traitement en fonction de la charge virale :

- *Indétectable* : pas de perfusion d'AZT durant le travail ou l'accouchement
- *Détectable ou inconnue* : maintien d'une perfusion d'AZT durant le travail et jusqu'au clampage du cordon.
 - *Voie basse* : dose de charge d'AZT de 1 mg/kg en une heure, puis entretien à raison de 0,5 mg/kg/h jusqu'au clampage du cordon
 - *Césarienne*, dose de charge d'AZT de 1 mg/kg idéalement une heure avant l'incision, puis entretien à raison de 0,5 mg/kg/h jusqu'au clampage du cordon.

LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

Si la charge virale est indétectable, le clampage tardif est autorisé, mais la traite du cordon (milking) est déconseillée. En cas de nécessité d'aspiration des voies aériennes supérieures, il faudra veiller à être le moins traumatique possible. Le nouveau-né devra recevoir un premier bain précoce au savon doux et à l'eau et non plus au savon antiseptique, tout en veillant particulièrement au maintien de sa température corporelle.

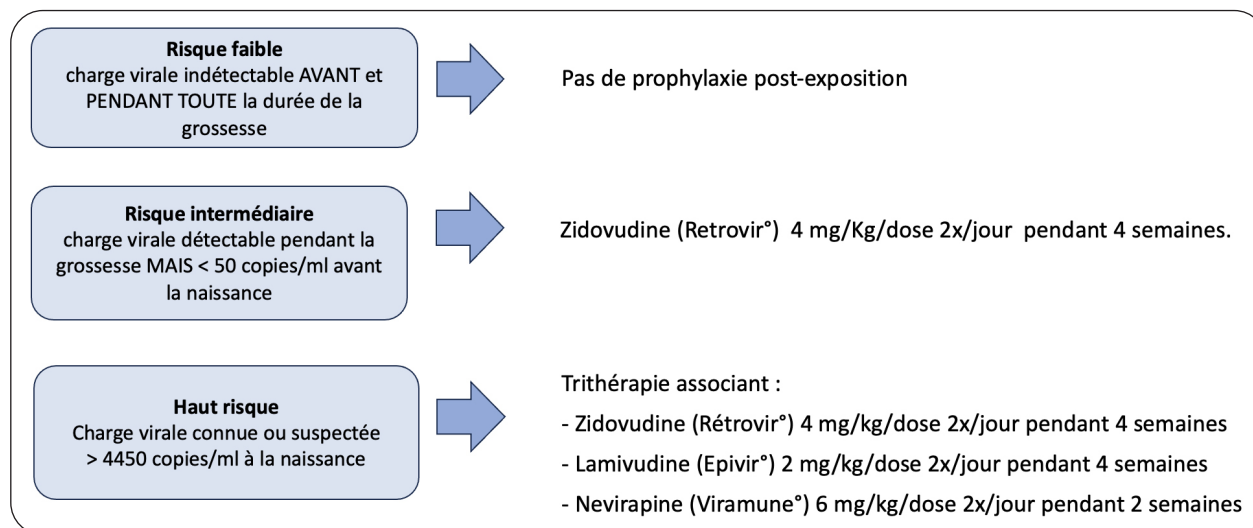
QUELLE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION POUR LE NOUVEAU-NÉ ?

Actuellement, la prophylaxie du nouveau-né va être décidée en fonction du risque de TME. Les enfants sont catégorisés selon leur niveau de risque (Figure 1) :

- *À faible risque*, les nouveau-nés de mères ayant une charge virale indétectable avant et pendant toute la durée de la grossesse.
- *À risque intermédiaire*, les nouveau-nés de mères ayant eu une charge virale détectable durant la grossesse, mais devenue indétectable avant la naissance.
- *À risque élevé*, les nouveau-nés de mères ayant une charge virale connue ou suspectée supérieure à 50 cp/ml à la naissance.

Auparavant, tous les nouveau-nés de mères séropositives recevaient une prophylaxie post-exposition (PPE) à la naissance. Parmi les changements majeurs, il est maintenant recommandé de ne plus proposer de PPE aux nouveau-nés considérés comme à faible risque de transmission. Toutefois, si des parents ayant déjà eu des enfants traités à la naissance en font la demande explicite, la prophylaxie peut encore être administrée selon les modalités d'administration du groupe à risque intermédiaire.

Figure 1. Quelle prophylaxie post-exposition chez le nouveau-né à terme



Pour les nouveau-nés à risque intermédiaire, une PPE par AZT reste recommandée. Le dosage est de 4 mg/kg/dose 2 x/jour durant 4 semaines. La prophylaxie doit être débutée rapidement, avant les 4 premières heures de vie.

Pour le groupe à haut risque, une trithérapie restera nécessaire. Cette dernière associe :

- Zidovudine (Rétrovir®) 4 mg/kg/dose 2 x/jour pendant 4 semaines et
- Lamivudine (Epivir®) 2 mg/kg/dose 2 x/jour pendant 4 semaines et
- Névirapine (Viramune®) 6 mg/kg/dose 2 x/jour pendant 2 semaines.

Pour le nouveau-né prématuré, le schéma est identique, mais la posologie des différents antirétroviraux doit être adaptée à l'âge gestationnel (Figure 2).

L'ALLAITEMENT MATERNEL

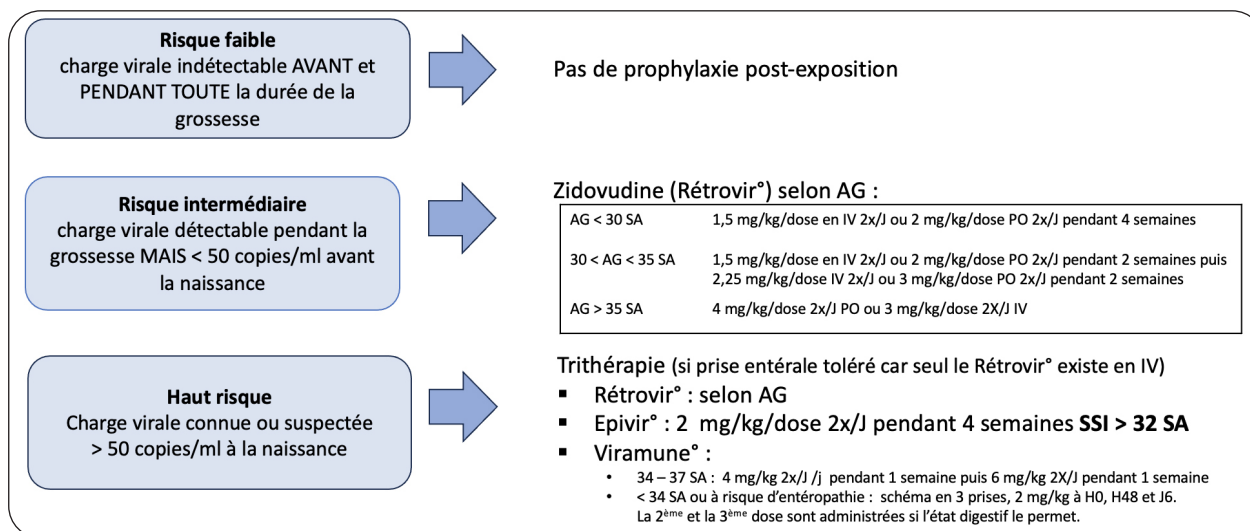
Les bénéfices de l'allaitement maternel, tant pour le nouveau-né que pour la mère, sont indéniables (protection contre l'infection, amélioration du développement neurologique, réduction du risque d'obésité, diminution du risque de leucémie chez l'enfant, diminution des cancers du sein et de l'ovaire chez la mère, ...). Toutefois, en cas de séropositivité, plusieurs éléments négatifs sont à prendre en considération. Bien que la formule 1 = 1 ait été démontrée concernant la transmission sexuelle du VIH, cette formule ne peut pas être complètement appliquée

pour l'allaitement maternel. L'étude PROMISE a montré que la transmission verticale du VIH était de 0,3 % à 6 mois (intervalle de confiance [IC] 95 % 0,1-0,6), de 0,5 % à 9 mois (IC 95 % 0,2-0,8), de 0,6 % à 12 mois (IC 95 % 0,4-1,1) et de 0,9 % à 24 mois (IC 95 % 0,6-1,5) chez 2.416 nourrissons allaités dont les mères recevaient un traitement antirétroviral (9). Par ailleurs, plusieurs cas de transmission post-natale, dont un en lien avec l'allaitement maternel, ont été décrits chez des enfants de mère ayant une charge virale indétectable (10-12).

Dans les pays en voie de développement, le risque de TME par l'intermédiaire de l'allaitement maternel, sans traitement antirétroviral, est estimé entre 25 % et 48 % (13). Puisque le postpartum est reconnu comme une période à risque de moindre observance thérapeutique, le risque de TME est donc probablement plus marqué qu'en période anténatale (14, 15).

Les antirétroviraux maternels passent, de manière inégale, dans le lait maternel. Le nouveau-né allaité pourrait donc subir une toxicité potentielle de ces antirétroviraux et développer une résistance médicamenteuse qui compliquerait la prise en charge thérapeutique en cas d'infection verticale avérée.

Comme souligné par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans les pays en voie de développement, la balance bénéfice-risque de l'allaitement maternel en cas de séropositivité est en faveur de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois. Dans ces pays, l'accès à

Figure 2. Quelle prophylaxie post-exposition chez le nouveau-né prématuré

l'eau potable ou à des préparations de lait infantile sûres et durables n'est pas toujours assuré.

Par contre, dans les pays industrialisés, la balance bénéfice-risque reste toujours en défaveur de l'allaitement maternel, et celui-ci n'est actuellement pas recommandé.

Toutefois, une femme enceinte séropositive pourrait manifester son envie d'allaiter pour des raisons personnelles (lien avec l'enfant, allaitement maternel des aînés...), économiques (coût élevé des laits infantiles), sociales (peur de la pression familiale ou communautaire, ...) ou culturelles (16). En cas de refus strict, elle pourrait se sentir stigmatisée et pourrait, tout de même, à l'insu des équipes médicales, décider d'allaiter son enfant. Cette situation inadéquate pourrait entraîner, de manière contre-productive, une augmentation du risque de TME. Par contre, un encadrement médical et paramédical spécifique permettrait une meilleure observance et, donc, une diminution du risque de TME. Plusieurs nations comme la Suisse, le Royaume-Uni, les États-Unis en sont arrivées aux mêmes conclusions et ont décidé, tout en déconseillant l'allaitement maternel en cas de séropositivité, d'autoriser un allaitement sécurisé. La Belgique a, elle aussi, emboîté le pas : l'allaitement maternel n'est pas recommandé activement, mais certains allaitements dans des situations sécurisées peuvent être acceptés et soutenus. Cet allaitement sécurisé ne doit en aucun cas devenir la règle. L'allaitement sécurisé est exclusivement réservé aux nouveau-nés

à terme. Il est réservé au groupe de patientes au plus faible risque de TME (pour rappel : charge virale indétectable avant et pendant toute la durée de la grossesse) et ne présentant pas de co-infections associées (hépatite B chronique active, hépatite C charge virale positive). Cet allaitement sécurisé ne doit être envisagé que si la future mère manifeste le souhait d'un allaitement maternel exclusif. En effet, l'alimentation mixte, maternelle et artificielle, augmenterait le risque de transmission du VIH par des processus inflammatoires et mécaniques rendant l'intestin plus sensible au passage du virus au niveau transmuqueux.

Quand l'allaitement sécurisé est discuté avec une patiente, les risques de TME en cas d'allaitement maternel doivent lui être expliqués correctement afin qu'elle puisse choisir d'allaiter ou non de manière éclairée. Une consultation multidisciplinaire (infectiologues adulte et pédiatrique, gynécologue, pédiatre, conseillère en lactation et, si possible, la sage-femme du domicile) est vivement conseillée pour anticiper et préparer au mieux l'allaitement.

Étant donné que plus la durée de l'allaitement est longue, plus le risque de TME augmente, la durée préconisée de l'allaitement sécurisé est de maximum 6 mois (8).

Certaines affections favoriseraient le risque de TME en cas d'allaitement maternel. Par exemple, en cas de gastro-entérite chez le bébé, l'intégrité de la muqueuse intestinale étant potentiellement compromise, le risque de

passage transmuqueux du VIH du lait maternel à l'enfant augmente. Dans ce cas, il est conseillé d'arrêter l'allaitement maternel de manière précoce.

De la même manière, la présence d'une mastite maternelle augmenterait le risque de passage du VIH au niveau des canaux galactophores via l'afflux de cellules inflammatoires potentiellement infectées et, donc, augmenterait la quantité de virus à laquelle l'enfant est exposé. Pour plus de sécurité, en cas de mastite, de crevasse ou de candidose, il est recommandé de tirer et de jeter le lait provenant du sein malade, tout en continuant l'allaitement via le sein controlatéral. En cas d'atteinte bilatérale, un relais par du lait maternel préalablement tiré et congelé est préconisé le temps de la cicatrisation complète.

QUEL SUIVI ADOPTER ?

Chez tous les nouveau-nés, qu'ils reçoivent ou non une prophylaxie, il convient de réaliser un dosage de la charge virale VIH-DNA et une PCR VIH-DNA avant 48 heures de vie (prélèvement veineux, pas sur sang de cordon), à 6 semaines de vie et à 12 semaines de vie.

En cas de prophylaxie par AZT, un suivi de la formule sanguine permettra d'identifier l'apparition d'une leuco-neutropénie ou d'une anémie. En cas de trithérapie, la fonction hépatique sera également surveillée.

Chez l'enfant à haut risque, on veillera à ajouter un dosage supplémentaire à 2 semaines de vie et un autre à 6 mois de vie. Pour rappel, la quantité de sang nécessaire à la réalisation de ces analyses est de 3 ml (tube EDTA).

Auparavant, les sérologies étaient dosées à 18 mois. Étant donné que les anticorps maternels passifs transmis persistent jusqu'à 15 -18 mois (17) et que les tests de dépistage sont devenus de plus en plus sensibles, il demeurerait un nombre important de faux positifs à 18 mois. Le moment du dépistage des sérologies a donc été adapté à 20 mois.

En cas d'allaitement maternel, en plus du suivi général, on organisera un suivi clinique et biologique pédiatrique (PCR HIV-DNA et charge virale HIV-DNA) toutes les 6 semaines jusqu'à trois mois après le sevrage de l'allaitement maternel. La mère bénéficiera également d'un suivi renforcé, comprenant la réalisation d'un dosage de la charge virale toutes les 6 semaines, un suivi régulier en infectiologie et une inspection rigoureuse de la poitrine, du moins dans les premiers jours de vie, par une sage-femme expérimentée.

CONCLUSION

Toute femme enceinte doit se voir proposer un dépistage VIH. En cas de séropositivité, il est important d'instaurer immédiatement un traitement antirétroviral dans le but d'obtenir le plus rapidement possible une charge virale négative. La grossesse d'une femme séropositive doit être considérée comme une grossesse à risque et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire avec un suivi clinique et biologique spécifique. Le mode d'accouchement sera déterminé en fonction de la charge virale. La PPE n'est plus recommandée chez les nouveau-nés à faible risque de TME, mais demeure indiquée dans toutes les autres situations : AZT chez l'enfant à risque intermédiaire de TME et trithérapie chez l'enfant à haut risque. L'allaitement maternel n'est pas activement recommandé, mais si une mère à faible risque de TME en manifeste le souhait après une information adéquate et qu'elle remplit les critères d'éligibilité, il convient de respecter ce choix éclairé et d'organiser un allaitement dit sécurisé. L'équipe soignante adoptera une position non moralisatrice et se verra soutenante pour la famille. Certaines conditions maternelles ou néonatales contre-indiquent l'allaitement sécurisé. Le suivi pédiatrique doit être organisé et sera encore renforcé si l'enfant est allaité.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNAIDS 2024 epidemiological estimates. UNAIDS financial estimates, July 2024. Consulté le 06/02/25. Disponible sur: <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016;**375**:830-9.
3. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER) : final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* 2019;**393**:2428-38.
4. Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, et al. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;**2009**:CD006734.
5. van de Perre Ph, Lepage Ph, Homsy J, Dabis F. Rôle de l'allaitement maternel dans la transmission du VIH : innocent ou coupable ? *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 1991;**1**:400-5.
6. BREACH. Management of pregnancy in WLWH : Belgian guidelines – update november 2024. Consulté en ligne le 06/02/2025. Disponible sur: <https://breach-hiv.be>.
7. Collège Royal des gynécologues de Langue Française de Belgique. Grossesse et HIV. Editeur responsable CRGOLFB. Dernière mise à jour juin 2024. Consulté en ligne le 06/02/2025. Disponible sur: <http://www.crgolfb.be>
8. EACS HIV Guidelines 2024, v12.1. Consulté en ligne le 06/02/2025. Disponible sur: <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>

9. Luoga E, Vanobberghen F, Bircher R, et al. No HIV transmission from virally suppressed mothers during breastfeeding in rural Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2018;**79**:e17-e20.
10. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A, et al. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med* 2010;**362**:2282-94.
11. Giuliano M, Andreotti M, Liotta G, et al. Maternal antiretroviral therapy for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Malawi: maternal and infant outcomes two years after delivery. *PLoS One* 2013;**8**:e68950.
12. Malaba TR, Nakatudde I, Kintu K, et al. 72 weeks post-partum follow-up of dolutegravir versus efavirenz initiated in late pregnancy (DolPHIN-2): an open-label, randomised controlled study. *Lancet HIV* 2022;**9**:e534-e43.
13. Keane A, Lyons F, Aebi-Popp K, et al. Guidelines and practice of breastfeeding in women living with HIV—Results from the European INSURE survey. *HIV Med* 2024;**25**:391-7.
14. Nachega JB, Uthman OA, Anderson J, et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middleincome, and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2012;**26**:2039-52.
15. Patel K, Karalius B, Powis K, et al. Trends in postpartum viral load among women living with perinatal HIV infection in the United States: a prospective cohort study. *Lancet HIV* 2020;**7**:e184-e92.
16. Tariq S, Elford J, Tookey P, et al. It pains me because as a woman you have to breastfeed your baby : decision making about infant feeding among African women living with HIV in the UK. *Sex Transm Infect* 2016;**92**:331-6.
17. Blanche S. Mother to child HIV transmission. *Bull Acad Natl Med* 2016;**200**:91-7.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Materne C, service de Pédiatrie, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

Email : materne.charlene@gmail.com