



Agence nationale
de recherches sur le sida

COMMUNIQUE DE PRESSE

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : Des stratégies plus efficaces pour les pays en développement

De nouveaux succès dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont présentés à Barcelone.

Près de 18 millions de femmes vivaient avec le VIH dans le monde en décembre 2001, d'après l'Onusida. Vulnérables face au virus, pour des raisons aussi bien biologiques que sociales, les femmes peuvent transmettre le VIH à leur enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement, et à travers l'allaitement. Sans prévention particulière, ce sont près de 30 % des femmes séropositives qui transmettent le VIH à leur enfant. Ainsi toujours en 2002, l'Onusida estimait que 800 000 nouveaux cas d'infection par le VIH sont survenus chez des enfants de moins de 15 ans – dont 700 000 en Afrique subsaharienne. La transmission du VIH de la mère à l'enfant explique la plupart de ces nouveaux cas d'infection.

En France, comme dans les autres pays développés, les progrès du dépistage, la généralisation des traitements, la pratique de la césarienne, et l'usage du lait artificiel ont permis de faire reculer le taux de transmission à environ 2%.

Dans les pays en développement, en revanche, le manque de traitements antirétroviraux adaptés et disponibles à large échelle et leurs difficultés d'utilisation dans des systèmes de santé fragilisés favorisent la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la propagation de l'épidémie de Sida pédiatrique. A Abidjan (Côte-d'Ivoire), le programme de l'ANRS « Ditrame Plus » (études ANRS 1201 et 1202) recherche de meilleures stratégies pour diminuer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et ainsi proposer des solutions dans le contexte des pays africains à faibles ressources.

Vers une prévention efficace en fin de grossesse

L'étude ANRS 1201, dont les premiers résultats sont présentés à Barcelone (jeudi 11 juillet), montre qu'en prescrivant en fin de grossesse, et sur une période courte, une combinaison d'AZT (Zidovudine) et de NVP (Névirapine), les taux de transmission du VIH sont considérablement abaissés. Utilisés en monothérapie, ces deux médicaments ont déjà prouvé leur efficacité. Des essais thérapeutiques menés à

Abidjan et à Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso) dans le cadre du programme « Ditrane » de l'ANRS (essai 049) avaient ainsi permis d'obtenir un taux de transmission de près de 15% à 6 semaines avec l'AZT seul, soit deux fois moins qu'en l'absence de tout traitement. Des résultats concluants avaient également été obtenus en Ouganda avec la NVP (12% dans l'essai HIVNET 012).

Comme l'expliquent les responsables de l'étude ANRS 1201, François Dabis et Valériane Leroy (INSERM U330, Université Victor Segalen, Bordeaux 2), *« l'hypothèse était qu'en combinant ces deux médicaments, les taux de transmission du VIH seraient encore abaissés »*. Depuis mars 2001, les chercheurs ont donc enrôlé à Abidjan dans une cohorte thérapeutique plus de 350 femmes enceintes, diagnostiquées séropositives et acceptant ce protocole.

Le traitement consiste à administrer à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse une dose orale quotidienne de 600 mg d'AZT en deux prises. Au moment de l'accouchement, la mère reçoit une dose supplémentaire de 600 mg d'AZT et une dose unique de 200 mg de NVP, toujours par voie orale. Puis le nouveau-né reçoit de l'AZT en sirop pendant la première semaine de vie, ainsi qu'une dose de NVP, également en sirop, à son troisième jour.

Au 31 mai 2002, 341 femmes enceintes séropositives avaient suivi cette bithérapie. 266 avaient accouché de 282 enfants. Parmi les 240 nouveaux-nés suivis pendant quatre semaines par les chercheurs, 16 ont été diagnostiqués séropositifs (diagnostic confirmé deux semaines plus tard). Le taux de transmission du VIH était donc de 7,1 %.

Cette expérience paraît « particulièrement encourageante, pour les deux chercheurs : nous faisons significativement mieux qu'avec l'AZT seul, tout en n'intervenant qu'en fin de grossesse, par voie orale et sur une courte période. Ce schéma de prévention de la transmission peri-partum semble bien adaptable au contexte africain, et plus généralement aux pays en développement » ajoutent-ils. « Elle ouvre la voie aux multithérapies courtes pour éliminer la grande majorité des cas de transmission mère-enfant et, on l'espère, à des stratégies « modulées » notamment en fonction du niveau d'immunodéficience maternelle ».

Une autre étude en cours (ANRS 1208 / NIH HD 39615), concernant près de 900 femmes en Thaïlande, va dans le même sens que les conclusions des chercheurs bordelais. Menée par Marc Lallemand (IRD, Université de Chiang Mai), elle évalue l'effet de la névirapine ajoutée au traitement prophylactique par l'AZT. On donne soit de la névirapine à la mère au début du travail et à l'enfant 48-72 heures après la naissance, soit un placebo à l'enfant et de la névirapine à la mère, soit du placebo à la mère et à l'enfant.

La première analyse intermédiaire portant sur les 629 premiers enfants vient de démontrer, quand les enfants ne sont pas allaités au sein, l'efficacité de la névirapine en complément de la prophylaxie par AZT débutant à la 28^{ème} semaine de grossesse. Ces résultats qui seront présentés à Barcelone le vendredi 12 juillet ont abouti à la recommandation d'arrêter le bras de l'étude « AZT seul ».

Vers une prévention des risques de l'allaitement maternel

Recourir à l'allaitement artificiel se heurte à de nombreux obstacles, en particulier culturels, dans les pays en développement. Les données sont contradictoires quant au devenir à long terme des enfants nourris artificiellement. Certains, en effet, observent une plus grande morbidité et mortalité chez ceux qui ont été nourris au biberon, alors que d'autres abondent en sens contraire. L'étude ANRS 1202 évalue l'acceptabilité de l'allaitement artificiel dans une mégapole telle qu'Abidjan. D'autre-part elle estime sur le long terme le devenir des enfants nourris artificiellement et des enfants nourris au sein. L'étude doit durer deux ans après la naissance et porter sur près de 1 500 femmes et leurs enfants.

Les chercheurs proposent différents modes d'alimentation aux femmes suivies dans l'étude précédente, ANRS 1201. Chaque participante peut opter pour une alimentation artificielle gratuite du nourrisson dès sa naissance, ou bien pour un allaitement maternel exclusif limité à trois ou quatre mois environ. Dans les deux cas, un apport en vitamine A est prévu pour le nourrisson. Les femmes sont toutes informées des avantages et des risques des deux modes d'alimentation avant d'exprimer leur choix et sont accompagnées dans ce choix depuis l'inclusion, en fin de grossesse et pendant toute la période postnatale.

Au 31 mai 2002, parmi les 222 mères ayant mis au monde un enfant, 52% ont accepté l'alimentation artificielle, 45% ont préféré allaiter exclusivement pendant trois mois, tandis que 3% seulement ont refusé l'une ou l'autre option en préférant d'emblée un allaitement de longue durée. Parmi les 133 femmes ayant accepté l'alimentation artificielle, 83% s'y sont tenues dans les 3 premiers mois.

Ce taux d'acceptation du lait artificiel est un encouragement, estiment les responsables de l'étude ANRS 1202, François Dabis et Valériane Leroy (INSERM U330, Université Victor Segalen de Bordeaux 2) : « *Nous missions sur un taux d'accord de 30 à 40% seulement* ».

L'étude se poursuit afin de déterminer, sur le long terme, la morbidité et la mortalité de chaque groupe d'enfants en fonction de son mode d'alimentation initial.