

Transmission de mère à enfant

Le VIH peut être transmis d'une femme vivant avec le VIH à son enfant durant toute la grossesse ainsi que durant l'accouchement ou l'allaitement. Dans la plupart des cas, on estime que le VIH se transmet durant les dernières semaines de la grossesse ou durant l'accouchement.

Cependant, les risques de transmission de mère à enfant peuvent être réduits jusqu'à 1% au moyen de l'utilisation appropriée d'antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement ; en ayant recours à la césarienne ou à un accouchement programmé en cas de charge virale détectable et sans allaiter.

Facteurs qui augmentent le risque

Un enfant est plus susceptible de contracter le VIH de sa mère si celle-ci a une infection au VIH avancée ou bien le SIDA ; si elle a une charge virale élevée ou un faible comptage des CD4 ; si elle perd les eaux au minimum 4 heures avant l'accouchement ; si elle a un accouchement vaginal (contraire d'un accouchement programmé par césarienne) ; si l'accouchement est difficile, requérant une épisiotomie ou des forceps ; si elle a une infection génitale, par exemple au chlamydia (voir *InfoVIHtal* #37 *Chlamydia*) ; si elle consomme des drogues pendant la grossesse ou si elle allaite son enfant. Lorsqu'une mère s'infecte ou se réinfecte avec le VIH, elle augmente aussi le risque de transmission.

Donner le sein

Le risque d'infection lors de l'allaitement varie entre 9% et 29% si la charge virale est élevée, c'est pour cela qu'il est strictement recommandé de ne pas donner le sein. Dans ce cas l'option la plus sûre est de nourrir le bébé au biberon avec du lait maternisé. Voir auprès de votre centre de santé.

Traitements pour prévenir la transmission de mère à enfant

Il est fortement recommandé de toujours mettre au courant votre médecin et l'équipe de santé lors de ce processus. Il faut que vous sachiez cependant que si vous avez un bon comptage des CD4, une charge virale faible et si vous n'avez pas de troubles dus à l'infection par VIH, les protocoles thérapeutiques recommandent que vous commenciez à prendre de l'AZT (zidovudine) les trois derniers mois de votre grossesse (troisième trimestre). Vous devrez aussi recevoir une injection intraveineuse d'AZT pendant l'accouchement et celui-ci doit être par césarienne et non vaginal. Il existe une autre option consistant à prendre pendant une courte période une thérapie antirétrovirale

combinée durant les derniers mois de la grossesse pour obtenir une charge virale inférieure à 50 copies/mL. Dans ce cas vous avez l'option de programmer un accouchement vaginal et que votre bébé reçoive un traitement à l'AZT sous forme de sirop durant ses quatre premières semaines de vie.

Si vous êtes dans un bon état de santé au début de votre accouchement, mais que vous tombiez malade à cause du VIH et que vous prenez une thérapie antirétrovirale, l'objectif sera alors de maintenir votre charge virale indétectable. Il est fortement recommandé que vous continuiez le traitement après l'accouchement et que votre bébé reçoive un traitement à l'AZT.

Si le VIH a endommagé votre système immunitaire ou si vous avez une charge virale élevée, il est alors recommandé de commencer une thérapie antirétrovirale formée par deux analogues de nucléoside, de préférence AZT et 3TC (lamivudine, Epivir®) et le non analogue de nucléoside nevirapine (Viramune®) ou un inhibiteur de la protéase (IP). Pendant la grossesse, plus la charge virale est élevée, plus tôt on recommande de commencer un traitement antirétroviral. Si vous avez encore une charge virale détectable avant d'accoucher, un accouchement par césarienne est alors préférable, mais si votre charge virale est en dessous de 50 copies/mL et qu'il n'y a pas de problèmes au niveau de la grossesse, vous pourriez opter pour un accouchement vaginal programmé.

Si vous tombez enceinte alors que vous êtes sous traitement antirétroviral, il vous est recommandé de continuer votre traitement. Vous devrez réaliser un test de dépistage d'anomalies entre la dix-huitième et la vingtième semaine afin de vérifier le correct développement du fœtus.

Si vous tombez enceinte alors que vous êtes sous traitement antirétroviral mais qu'il n'arrive pas à réduire votre charge virale jusqu'à obtention d'une charge virale indétectable, on devra vous réaliser un test de résistance afin de déterminer les meilleurs traitements et d'accéder à ceux-ci. L'objectif doit être d'arriver à avoir une charge virale indétectable au moment de l'accouchement. Vous devrez faire un test de dépistage des anomalies entre la dix-huitième et la vingtième semaine pour vérifier le développement correct du fœtus. Votre enfant recevra un

traitement antirétroviral sous forme de sirop auquel votre virus ne sera pas résistant durant les quatre premières semaines de sa vie.

En cas de diagnostic d'infection par VIH lors d'un état avancé de grossesse, il faudrait alors commencer immédiatement une thérapie antirétrovirale. Une analyse de sang permettra de déterminer les résistances du virus pour choisir les médicaments les plus adéquats. Les médicaments les plus couramment utilisés dans ce cas sont l'AZT, le 3TC et la névirapine, car ces médicaments sont capables de traverser le placenta et d'atteindre le fœtus. Votre bébé recevra le même traitement sous forme de sirop durant les quatre premières semaines de sa vie.

En cas de diagnostic d'infection par VIH pendant l'accouchement ou juste après, vous devrez recevoir une dose d'AZT par injection et des doses orales de 3TC et de névirapine. Votre bébé aura besoin aussi d'une triple combinaison de médicaments durant 4 semaines.

Etant donné le risque de défauts à la naissance, il n'est pas recommandé d'utiliser l'antirétroviral (Sustiva®) pendant la grossesse ou si vous prévoyez d'être enceinte.

Accouchement par césarienne

Le risque de transmission se réduit si l'accouchement a lieu par césarienne programmée au lieu d'un accouchement vaginal. Elle est connue sous le nom de « césarienne élective » et elle est programmée pour la trente-huitième semaine ou plus tôt si l'accouchement commence avant. L'accouchement par césarienne peut comporter un certain risque pour la mère.

Si une femme est sous thérapie antirétrovirale de grande efficacité et qu'elle présente une charge virale indétectable ou très faible au moment de l'accouchement, elle aura l'option d'un accouchement vaginal programmé.

Pour plus d'informations veuillez poser vos questions aux numéros suivants :

gTt: 93 458 26 41

Creación Positiva: 93 431 45 48

Red2002: 93 458 49 60

ADHARA: 954 981 603

UNAPRO: 922 63 29 71