

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 8 avril 2025**

### ***Prise en charge du nouveau-né avec exposition verticale au VIH***

Orateur : Dr Yves Fougère, Unité d'infectiologie pédiatrique, CHUV

Peu de pédiatres sont confrontés à ce problème, qui est devenu moins fréquent. La prise en charge dans le monde est hétérogène.

Dans le monde, 88 millions de personnes ont été infectées, 40 millions le sont actuellement. Il y a 1,3 millions de nouveaux cas par an. Le taux varie beaucoup selon les régions du monde.

Actuellement, on observe une baisse des cas, mais il n'est pas garanti que cela se poursuive.

Aux États-Unis, le président Bush avait développé le plan PEPFAR avec le but d'éradiquer la maladie. Mais en 2025, le président Trump a gelé le programme.

En Suisse, environ 17 500 personnes sont infectées, avec environ 400 nouveaux cas par année. La plupart sont sous traitement supprimeur efficace.

Mais l'OFSP est un parent pauvre du budget et les sommes allouées à la prévention ont diminué.

Dans le monde, il y a environ 1,4 millions d'enfants infectés. Il y a environ 1,3 millions de femmes enceintes, avec environ 10 % d'infection verticale.

En Suisse, il existe une cohorte multicentrique (MOCHIV).

L'infection HIV est à déclaration obligatoire.

Naturellement, l'infection HIV peut être contractée in utéro, lors de l'accouchement, et lors de l'allaitement.

Le traitement par zidovudine (AZT) durant la grossesse, le traitement par AZT et la césarienne électorale lors de l'accouchement, le traitement par AZT pendant six semaines lors d'allaitement, ou éviter l'allaitement, ont déjà permis de réduire le taux de transmission.

Le traitement antirétroviral par la trithérapie efficace, avec virémie indétectable, réduit le risque de transmission à moins de 1 %. En Suisse, l'AZT n'est pas nécessaire pour l'enfant, la césarienne non plus.

Qu'en est-il de la prophylaxie postnatale ? Par exemple, une mère d'origine africaine, HIV depuis 20 ans, sous trithérapie avec un traitement indétectable, a un enfant. En Suisse, on ne recommande pas de traitement antirétroviral à la naissance, mais dans d'autres pays, un traitement d'AZT est recommandé pour une durée de deux à six semaines selon les pays. Il n'existe pas d'étude randomisée, en particulier quant à l'attitude à avoir pour les mères avec virémie indétectable. En Suisse, on ne donne pas de prophylaxie postnatale. Certains pays comme la Lituanie, certains centres en Italie et Allemagne, partagent cette politique.

La thérapie reste utile s'il y a un risque, lors de virémie maternelle détectable.

Chez l'adulte, la trithérapie est de règle, notamment en cas d'exposition. Pour le nouveau-né, des schémas de bi ou trithérapie ont été démontrés plus efficaces que la monothérapie. Si un traitement doit être appliqué en Suisse, une trithérapie est recommandée.

Qu'en est-il de l'allaitement chez une mère avec virémie indétectable ?

À la naissance, en Suisse, il n'y a pas de prophylaxie.

L'OMS recommande l'allaitement sans prophylaxie, les avantages étant supérieurs aux risques.

En Suisse, l'allaitement est possible sans prophylaxie.

Dans le reste du monde, la plupart des pays recommandent une prophylaxie de deux à six semaines.

En Suisse, si une virémie devient détectable à plus que 50, l'allaitement doit être stoppé. Il faut noter que le lait maternel contient des cellules CD 4 pouvant potentiellement contenir un virus HIV dormant.

À Lausanne, il existe une consultation multidisciplinaire entre obstétriciens, sage-femme, infectiologue adulte et pédiatrique. Le risque est expliqué, les effets secondaires du traitement également, dans le but d'une décision partagée. Dans d'autres continents comme l'Afrique, la virémie n'est pas toujours facile à doser. Les études ont montré chez des mères sous trithérapie un risque de 0,3 % après six mois d'allaitement, de 0,6 % après 12 mois, mais probablement certaines mères avaient des charges virales détectables, et le scénario n'était pas optimal.

Dans les pays à haut revenu, il existe peu de données, et le faible nombre de cas ne permet pas d'avoir une statistique significative. Donc, certains pays continuent la prophylaxie.

Les médicaments de trithérapie passent dans le lait maternel. L'exposition exacte est difficile à définir. Elle est à mettre en balance avec les bénéfices et intérêts de l'allaitement chez l'enfant et chez la mère.

À Lausanne, un suivi plus rapproché est recommandé en cas d'allaitement maternel, avec un dosage de virémies plus fréquent chez la mère, et des contrôles cliniques plus réguliers chez l'enfant. Sur 98 accouchements, neuf allaitements ont été interdits, deux allaitements stoppés, 54 ont allaité.

Certains pays restreignent la durée d'allaitement. Beaucoup continuent de donner la prophylaxie.

Lors d'allaitement, il y a un risque de transmission possible. L'attitude de la Suisse est donc discutable. Il faut noter aussi qu'il y a une évolution des traitements de trithérapie, par exemple la possibilité de donner une injection tous les deux mois au lieu d'une prise de plusieurs pilules chaque jour. Il faut toujours peser les risques entre avantages de l'allaitement et risque de transmission.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)