



L'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH

Une question complexe



Cas d'étude

Mouna, 21 ans, est enceinte de 4 mois. Il y a quelques jours, elle a appris qu'elle était infectée par le VIH. Mouna a entendu dire que les mères vivant avec le VIH ne devaient pas allaiter leur enfant. Elle vous demande conseil.

Que lui répondez-vous ?



Les déterminants de la transmission du VIH pendant l'allaitement maternel

Le taux additionnel de transmission du VIH de la mère à l'enfant, pendant l'allaitement maternel est estimé entre 15% et 20%. Ce taux dépend de facteurs propres à la mère (sévérité du déficit immunitaire, importance de la charge virale, état nutritionnel) et des modalités d'allaitement de l'enfant (durée de l'allaitement, présence de crevasses ou de mastites, association d'autres aliments à l'allaitement maternel). Le risque de transmission du VIH est plus important en cas d'allaitement mixte : la prise d'aliments autres que le lait maternel fragilise les parois digestives du nourrisson, qui peuvent alors constituer de nouvelles portes d'entrée pour une contamination par le VIH. De la même façon, si l'enfant présente des lésions inflammatoires de la bouche, comme une candidose orale rendant la paroi buccale plus « perméable », le risque de transmission est augmenté.

Recommandations 2006 et critères AFADS, de fausses bonnes options

Les deux principales options recommandées en 2006 pour l'alimentation des nourrissons exposés au VIH étaient l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et rapide ou l'alimentation de remplacement par les substituts du lait maternel (SLM). Dans ce cas, des critères (AFADS pour Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûre) avaient été proposés pour guider un choix éclairé que les parents devaient faire. Ces recommandations étaient toutes les deux sources de difficultés pratiques : l'allaitement exclusif reste difficile à appliquer en Afrique (contraintes culturelles) et le sevrage précoce a

entraîné une morbidité et une mortalité importantes (malnutrition) ; l'alimentation par les SLM, en dehors d'expériences ponctuelles menées avec succès par des équipes expérimentées, a lui aussi été souvent délétère (fréquence élevée des diarrhées et des décès).

L'allaitement maternel protégé par les ARV, première option à proposer

Fin 2009, l'OMS a proposé de nouvelles recommandations, sur la base de l'expérience antérieure et de nouvelles recherches cliniques. Ces nouvelles lignes directrices préconisent un allaitement maternel protégé par un traitement ARV. Le principe est de diminuer au maximum la charge virale dans le lait maternel, afin de réduire considérablement le risque de transmission du VIH. En pratique, on propose aux mères d'allaiter tout en prenant une trithérapie ARV pendant toute la durée de l'allaitement. Si cette option est impossible, c'est le nourrisson qui prendra un traitement préventif ARV (Névirapine) pour prévenir la contamination par le VIH.

Le maintien de l'allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois

Même dans le cas de l'allaitement protégé par les ARV, il reste conseillé de pratiquer un allaitement exclusif – sans tisanes, ni aliments – pendant les 6 premiers mois de vie. Cette pratique diminue les risques de transmission du VIH mais aussi les risques de diarrhée. Il est impossible d'imposer aux mères ce comportement, mais il est prouvé qu'un counselling adapté et étroit permet d'obtenir de très bons résultats.

Un sevrage de l'allaitement maternel conseillé vers 12 mois

La protection par les ARV permet d'allonger la période d'allaitement maternel jusqu'à 12 mois, et donc d'introduire l'alimentation complémentaire après 6 mois dans de meilleures conditions. Vers le 11^{ème} mois, le sevrage du sein est réalisé progressivement, sur un mois (sauf si l'infection est prouvée chez l'enfant). Idéalement, le lait maternel sera remplacé par du lait de vache (entre 250 et 500ml par jour) en complément de l'alimentation diversifiée, afin de maintenir des apports corrects en calcium.

Les Substituts du Lait Maternel gardent-ils une indication ?

Cette option reste proposée par l'OMS, sous réserve que la famille ait accès à l'eau potable, puisse financer les boîtes de lait en quantité suffisante, sache préparer le lait de façon hygiénique, soit soutenue par l'entourage, et puisse se référer à un centre de santé compétent. Ces conditions de sécurité remplacent les anciens critères AFADS. En pratique, il est probable que les praticiens sur le terrain seront confrontés à des situations complexes : refus catégorique de certaines mères d'allaiter leur enfant, contre-indication à un allaitement maternel (abcès des seins), survenue d'une malnutrition sévère sous allaitement exclusif, mères présentant une immunodépression sévère avec charge virale très élevée, etc. Devant ces situations, les praticiens devront évaluer quel est le meilleur choix pour prévenir l'infection chez l'enfant tout en assurant une alimentation permettant de garantir un état de santé optimal.

L'accompagnement des mères est essentiel

Quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson, le suivi mensuel du couple mère-enfant reste primordial. Pour les enfants recevant un allaitement protégé, l'observance stricte du TARV est fondamentale, ce qui implique une absence de rupture d'approvisionnement des centres en ARV et des consultations d'observance répétées. Pour les nourrissons (minoritaires) qui recevront des SLM, un appui devra être assuré pour maintenir en permanence les conditions de sécurité (ex-AFADS). Dans tous les cas, la surveillance des paramètres anthropométriques doit devenir systématique, la période de l'introduction de l'alimentation complémentaire être bien encadrée, le diagnostic virologique réalisé dès que possible, le traitement préventif par Cotrimoxazole débuté à 6 semaines et l'accès aux traitements des infections banales facilité.

En savoir plus

> **Recommandations de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH** (en anglais uniquement)
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html

Chez l'enfant dont l'infection à VIH est confirmée, continuer l'allaitement maternel

Pour les nourrissons pour lesquels une infection par le VIH est confirmée (PCR positive), l'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à 24 mois ou plus.

La mise en place de ces recommandations implique un gros travail de sensibilisation

Ces recommandations sont logiques, d'un point de vue santé publique et faciliteront probablement le passage à l'échelle de la prise en charge des nourrissons exposés au VIH dans les centres secondaires. Par contre, dans les sites expérimentés, qui proposent le choix éclairé aux parents depuis plusieurs années et dans lesquels la maîtrise de l'alimentation par les SLM est effective, la mise à niveau des équipes devra être réalisée. En effet, l'argumentaire à développer auprès des parents devra être solide pour qu'ils adhèrent à cette nouvelle conduite, alors qu'ils ont, pour bon nombre d'entre eux, entendu pendant des années, un discours très différent.

Mouna

On doit exposer à Mouna les avantages de l'allaitement protégé par les ARV : alimentation adaptée, protectrice, toujours disponible, gratuite, et très peu contaminante si l'observance au TARV est bonne. A ce terme de la grossesse, il faut réaliser un bilan pré-thérapeutique et débiter les ARV. Un suivi régulier est indispensable, l'orientation vers un groupe de femmes est très souhaitable dans ce contexte de découverte récente de son infection.

A retenir

- Le taux de TME du VIH pendant l'allaitement maternel est estimé entre 15 et 20%, mais il diminue à moins de 2% avec l'allaitement protégé.
- On préconise désormais un allaitement protégé pendant 12 mois, exclusif les 6 premiers mois, avec introduction de l'alimentation complémentaire après 6 mois.
- L'alimentation par les SLM reste une option possible, sous réserve de réunir les conditions de sécurité matérielle, financière, technique et d'acceptation sociale.
- Ces nouvelles recommandations nécessitent la mise à niveau des équipes avant d'être mises en pratique.