



UZ
LEUVEN



Borstvoeding en HIV, een blijvend dilemma



An Eerdekens, MD, PhD, IBCLC, Neonatologie, UZ Leuven

UZ
Leuven

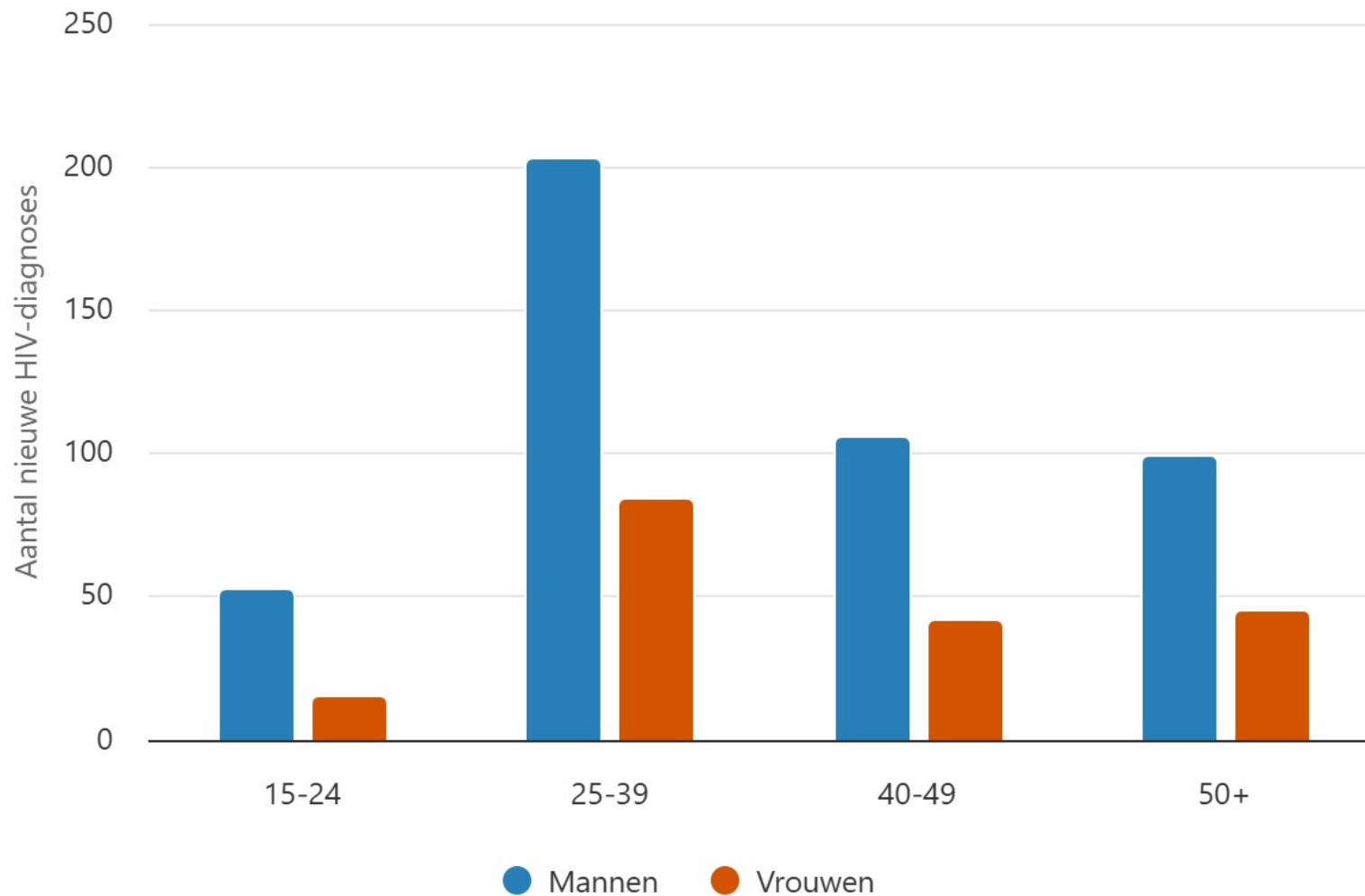
Herestraat 49
B - 3000 Leuven

www.uzleuven.be
tel. +32 16 33 22 11

UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN

- Enkele cijfers
- $U = U$?
- Borstvoeding versus kunstvoeding?
- Belgische richtlijnen
- Conclusies
- Vragen?

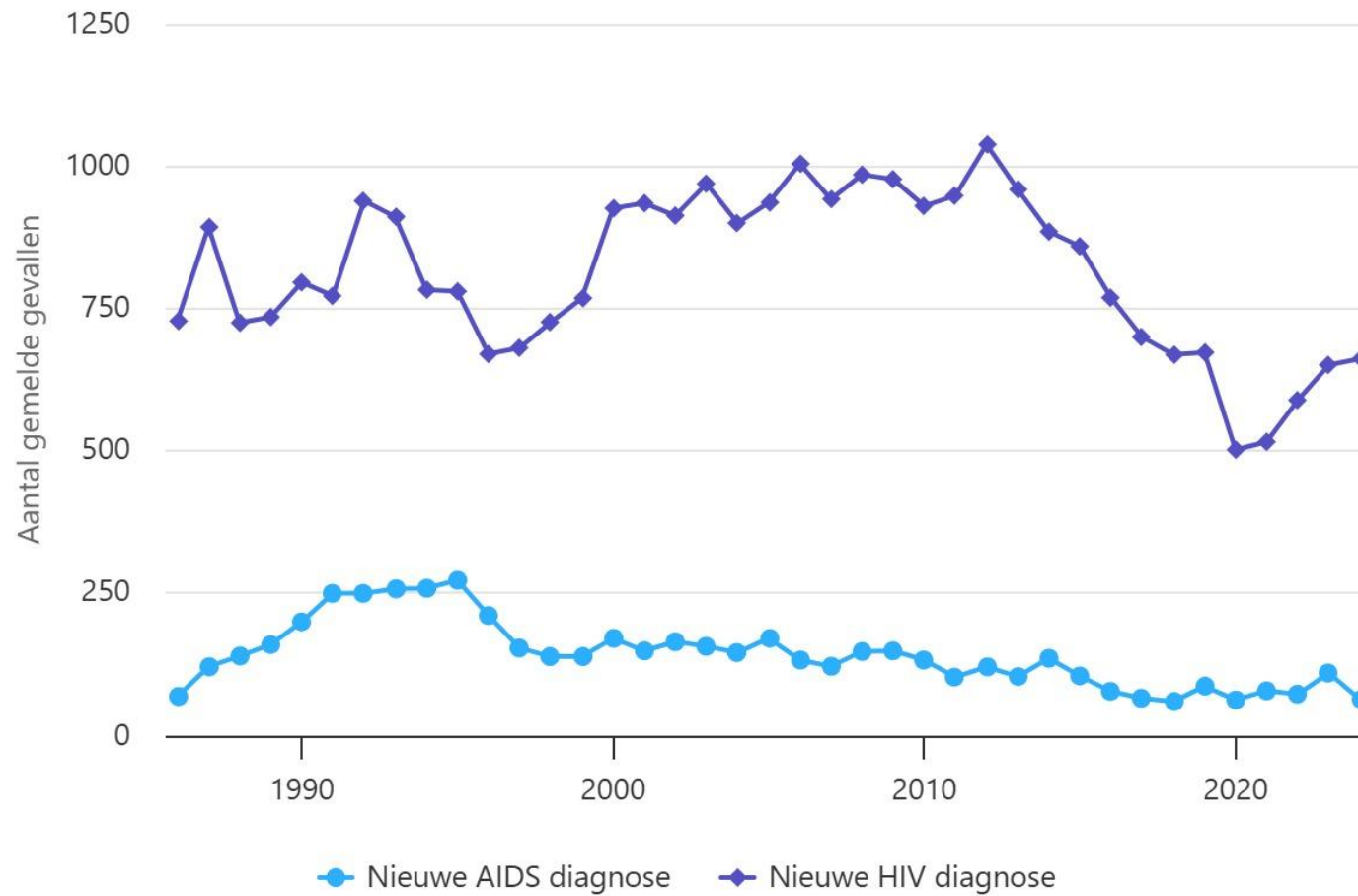
ENKELE CIJFERS



2024

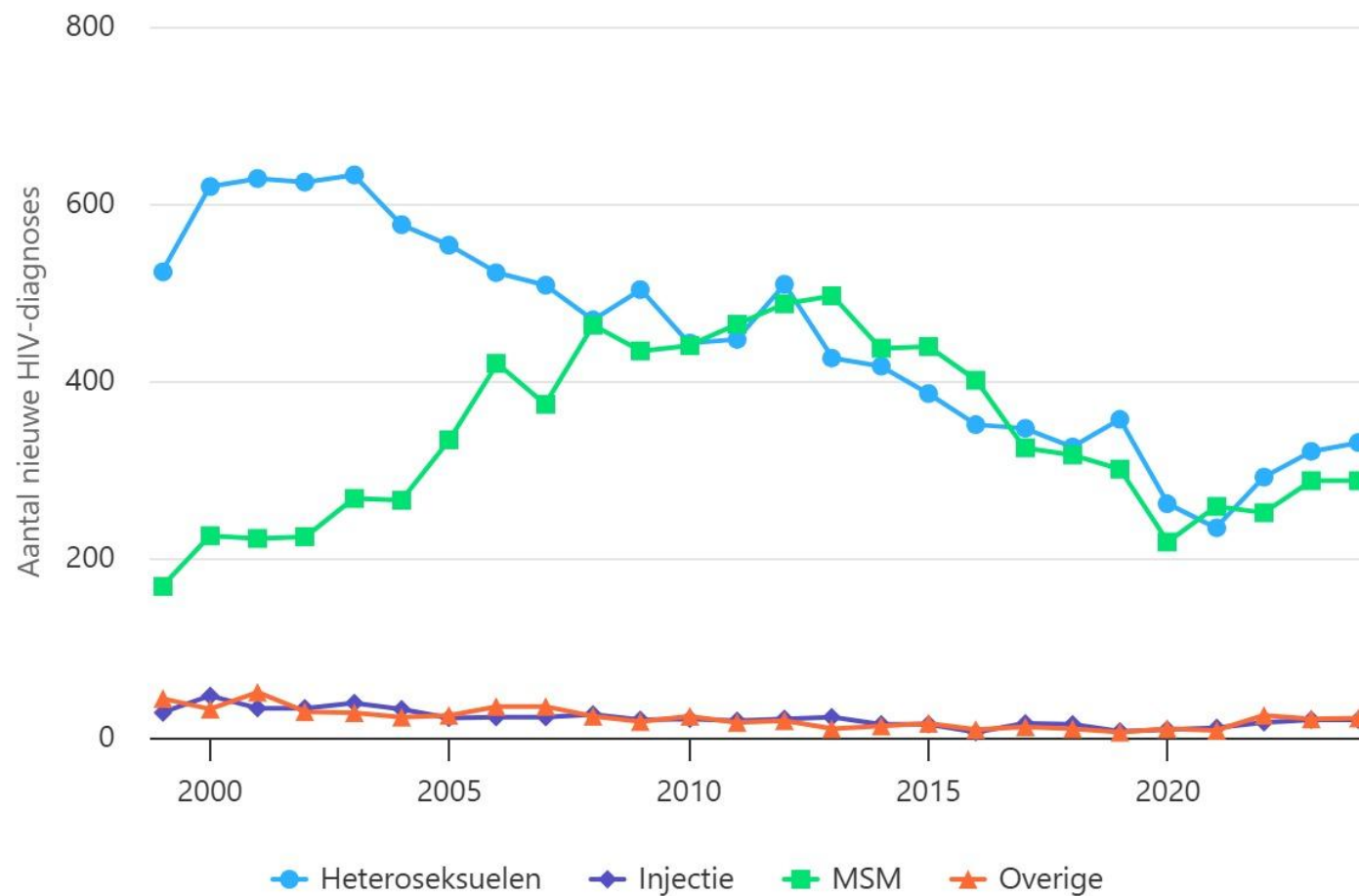
662 nieuwe diagnoses

- 5,6 /100 000 inwoners
- 1,8 /dag
- 75% tussen 20-49 jaar



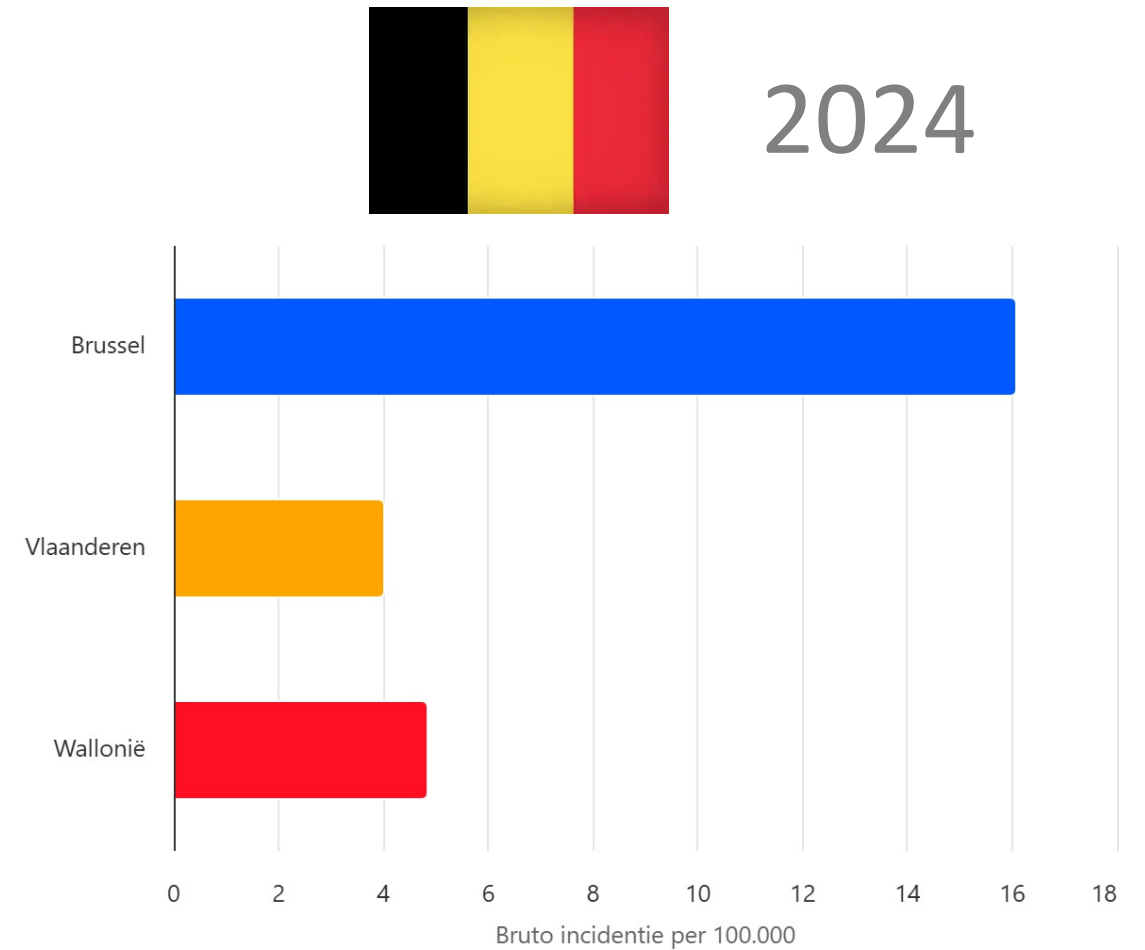
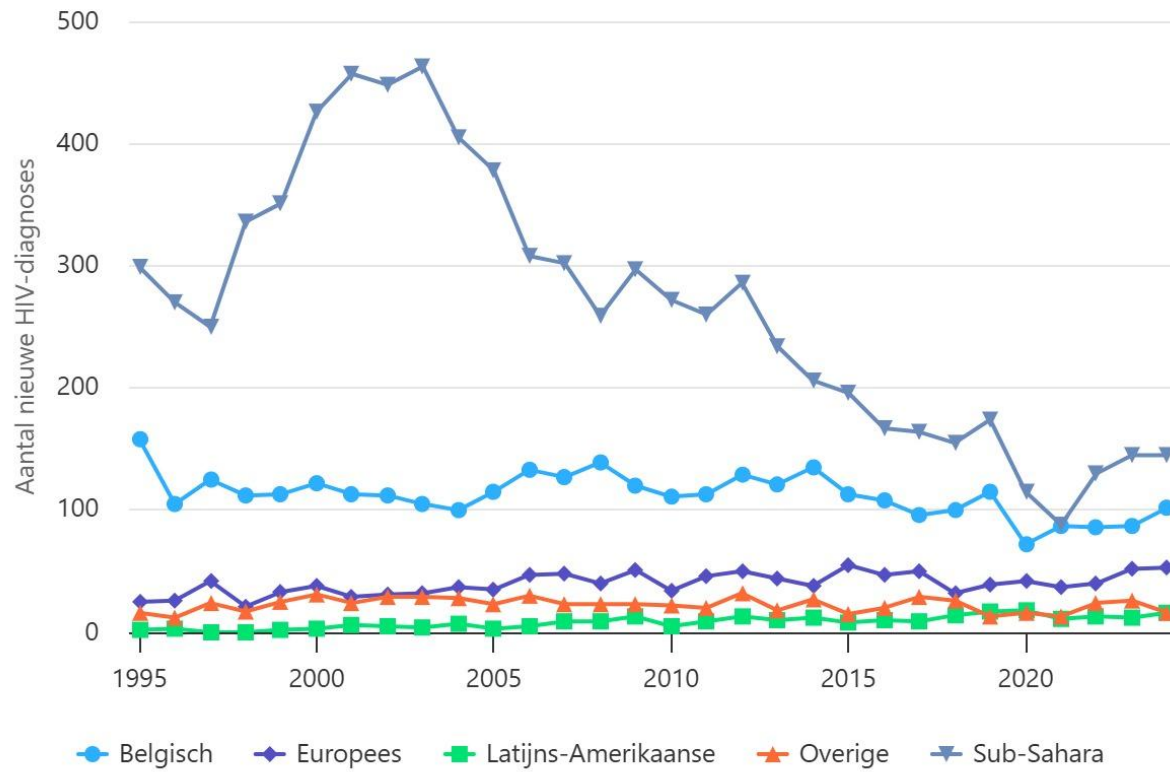
2024

Stijgende lijn sinds de COVID-pandemie



2024

Transmissieroute





2024

Bijna 20000 mensen met HIV in België
Ongeveer een 1000 mensen met een niet gediagnosticeerde
HIV-infectie

In 2023: 6% van de nieuwe diagnoses door gynaecologen.
Perinatale overdracht: zeldzaam, <1% van de nieuwe diagnoses

1,3 miljoen HIV positieve vrouwen worden zwanger
Verticale transmissie is globaal afgenomen dankzij

- Vroegtijdige maternale diagnose
- Anti Retroviral Therapy (ART)
- Post-Exposure Prophylaxis (PEP) voor zuigelingen

2022: 130 000 nieuwe pediatrische HIV infecties

Overdracht tijdens

- Zwangerschap (25-30%)
- Bevalling (70-75 %)
- Borstvoeding (schatting 0,1% per maand)

Dugdale et al. Lancet 2025



Belangrijkste risicofactoren voor verticale transmissie

- Maternaal
 - Virale lading (copies/ml): sterke vermindering van de kans op verticale transmissie bij een virale lading <1000 copies/ml
 - Ziektestadium en immunologische toestand (CD-4 T-lymfocyten aantal)
 - HIV (sur)infectie tijdens de zwangerschap door bv. onbeschermde coïtus bij seropositieve partner met hoge virale lading
 - Andere ziekten zoals SOA en chorioamnionitis
 - Roken
 - IV druggebruik
- Obstetrisch
 - Modus partus: hoger risico bij vaginale bevalling en virale lading >1000 copies/ml
 - Tijdstip breken van de vliezen: risico stijgt bij langdurig gebroken vliezen (>4u)
 - Invasieve procedures: amniocentesis, chorionvillusbiopsie
 - Contact met vaginale secreties en bloed (perineaal trauma/episio), invasieve monitoring (STAN)
- Neonataal
 - Laag geboortegewicht en prematuriteit
 - Borstvoeding: tepel aandoeningen, mastitis, borstabces
 - Gemende voeding (combinatie kunstvoeding en borstvoeding): hoger risico op transmissie

Belangrijkste risicofactoren voor verticale transmissie

- Maternaal
 - Virale lading (copies/ml)
 - ! Er is een sterke vermindering van de kans op verticale transmissie bij een virale lading <1000 copies/ml
 - Ziektestadium en immunologische toestand (CD-4 T-lymfocyten aantal)
 - HIV (sur)infectie tijdens de zwangerschap door bv. onbeschermd coïtus bij seropositieve partner met hoge virale lading
 - Andere ziekten zoals SOA en chorioamnionitis
 - Roken
 - IV druggebruik
- Obstetrisch
 - Modus partus: hoger risico bij vaginale bevalling en virale lading >1000 copies/ml
 - Tijdstip breken van de vliezen: risico stijgt bij langdurig gebroken vliezen (>4u)
 - Invasieve procedures: amniocentesis, chorionvillusbiopsie
 - Contact met vaginale secreties en bloed (perineaal trauma/episio), invasieve monitoring (STAN)
- Neonataal
 - Laag geboortegewicht en prematuriteit
 - Borstvoeding: tepel aandoeningen, mastitis, borstabces
 - Gemende voeding (combinatie kunstvoeding en borstvoeding): hoger risico op transmissie

U = U ?

Belang ART

- Undetectable = Untransmittable
- Geen risico op sexuele transmissie met duurzame virologische suppressie
- Public Health boodschap → motivatie voor therapietrouw

U = U voor verticale transmissie?

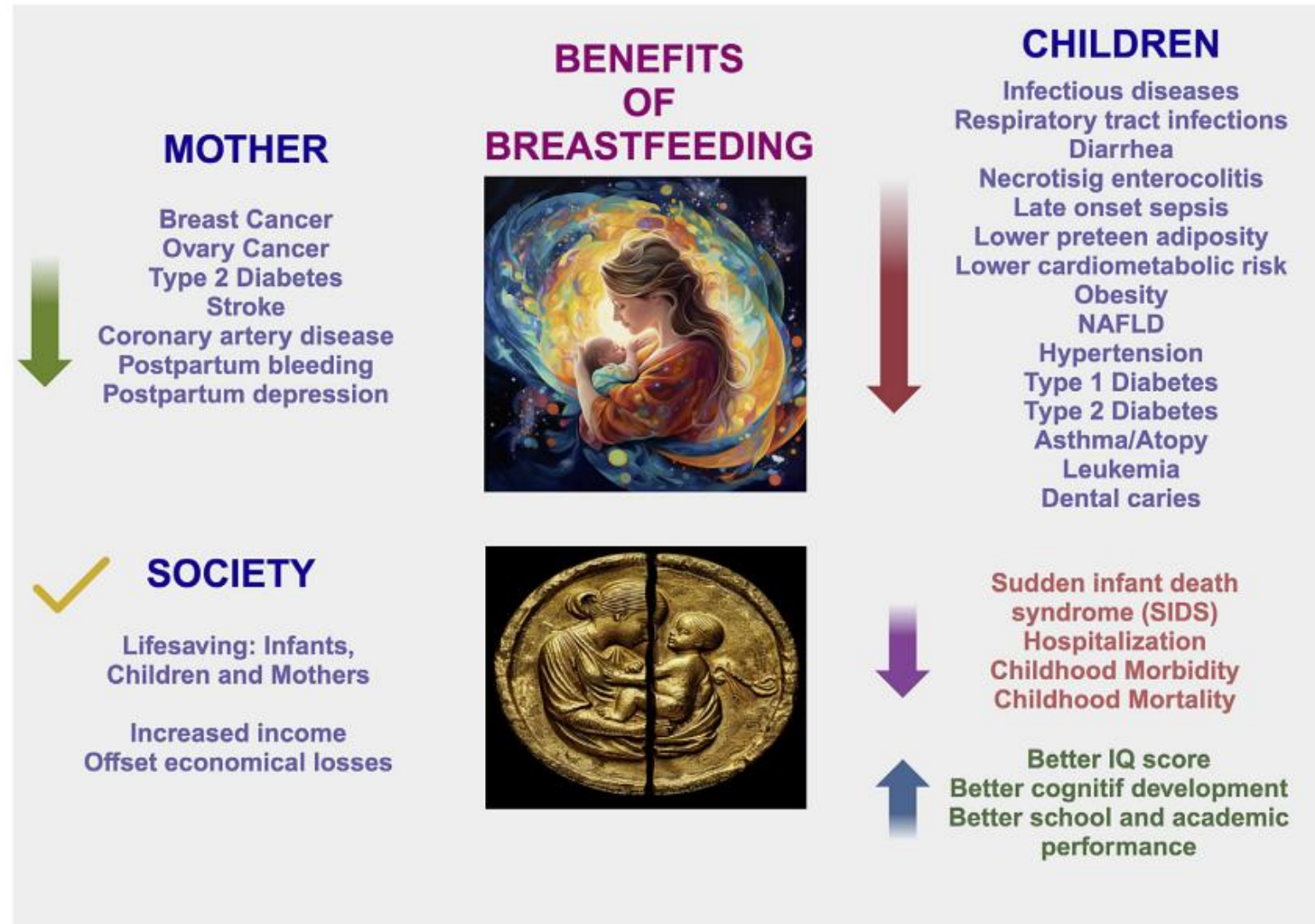
- Perinatale transmissie
 - Therapie voor zwangerschap
 - Consistente ondetecteerbare virale load
- Borstvoeding
 - $U \neq U$

Borstvoeding: $U \neq U$

- Weinig data over seriële VL en borstvoeding
- Moeilijke follow up van patiënten
- Case reports met transmissie in geval van ondetecteerbare VL
- ? Cell-geassocieerde HIV transmissie
- Schatting van een maandelijks risico van 0,1 % in geval van ondetecteerbare VL

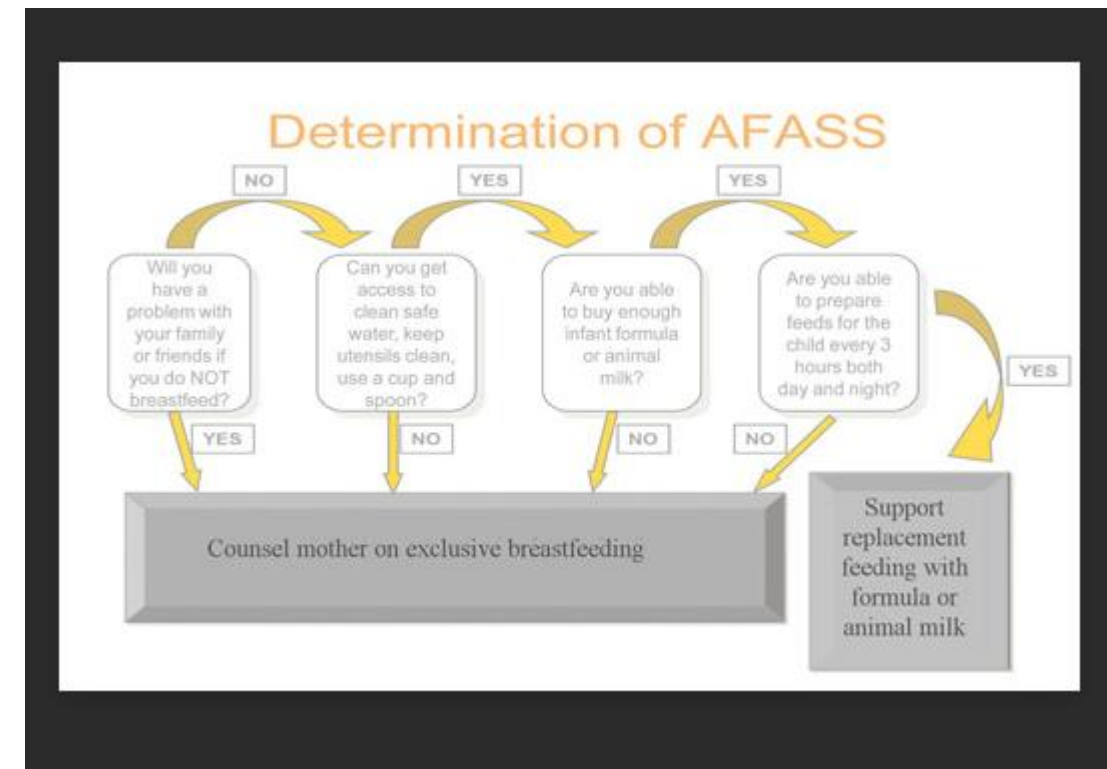
Borstvoeding versus kunstvoeding?





AFASS criteria

- Acceptable?
- Feasible?
- Affordable?
- Sustainable?
- Safe?



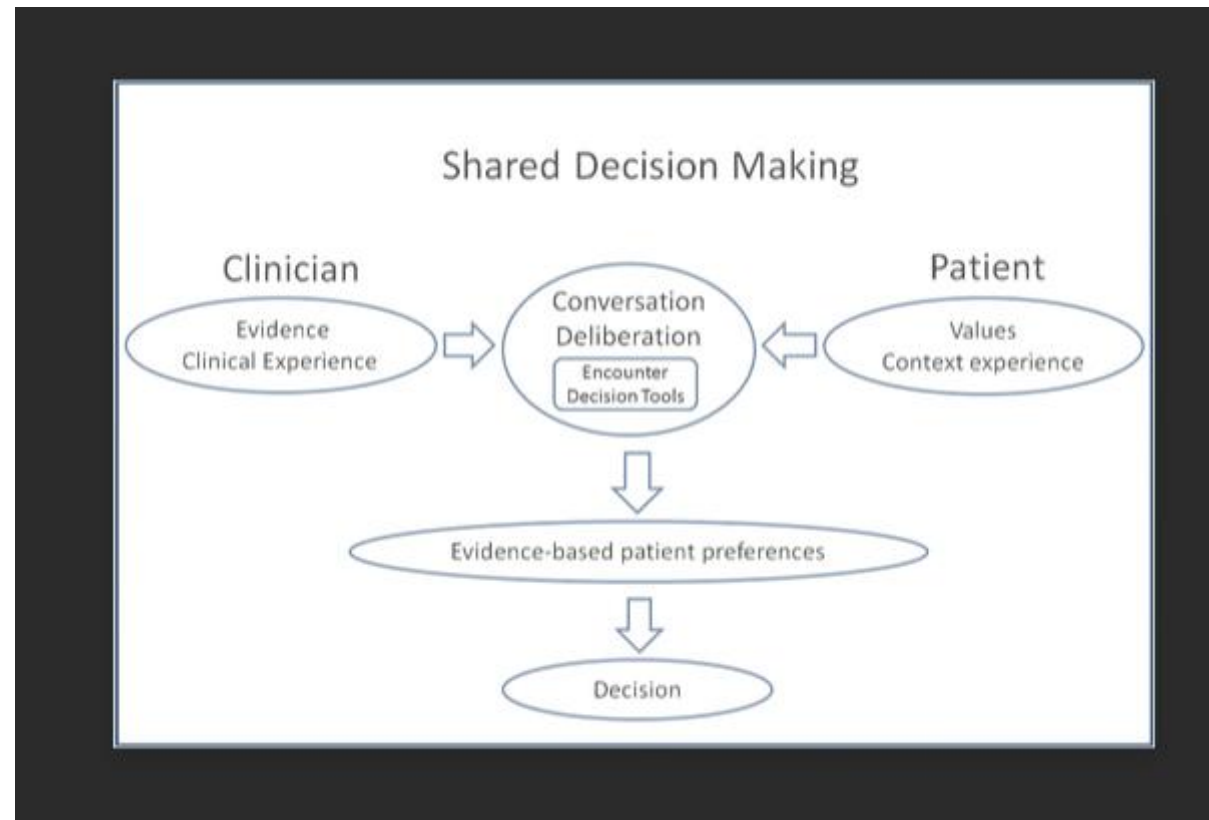


Waarom wel borstvoeding?



- Voordelen van borstvoeding
- Andere kinderen borstvoeding gegeven
- Familie uit Afrika komt op bezoek en zijn niet op de hoogte van de diagnose
- Borstvoedingservaringen in de omgeving

Patient shared decision making



Belgische richtlijnen





Management of pregnancy and **breastfeeding** in women living with HIV (WLWH)

Belgian guidance (2023)and updates (2024,2025)

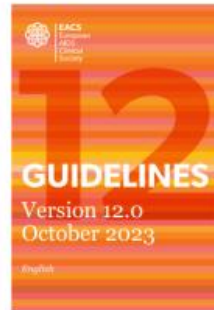
- Breastfeeding group

NOESTLINGER Christiana	VANDERSCHUEREN Patricia
WILLEMS Myriam	JEANDENANS Aline
KONOPNICKI Deborah	CARLSON Fanny
STOFFELS Karolien	DAELEMANS Siel
GILLES Christine	WILLEMSSEN Marjolein
VAN DER LINDEN Dimitri	CAMPFFERMAN Fleur
DELFORGE Marie-Luce	NAGEL Julie
AMEYE Annick	ROUSSEAU Charlotte
ADLER Catherine	
BELKHIR Leïla	
SCHMITZ Veronique	
HAINAUT Marc	
EERDEKENS An	
VERSCHELDEN Gil	



3. Management of breastfeeding in women living with HIV

3. Breastfeeding (B/F) infants born from a mother living with HIV



- Breastfeeding is not recommended routinely
- In situations where there is persistently undetectable maternal HIV viral load and very low risk of transmission, breastfeeding may be facilitated by joint decision making and with appropriate close monitoring of mother and infant. Please see the section on **General Principles of Postnatal Prophylaxis and Infant Feeding** for details, on page 157

FULL LENGTH ARTICLE | VOLUME 283, P86-89, APRIL 2023 [Download Full Issue](#)

Successful implementation of new Swiss recommendation  breastfeeding of infants born to women living with HIV

Pierre Alex Crisinel • Katharina Kusejko • Christian R Kahlert • ... Andri Rauch • Paolo Paioni • Karoline Aebi-Popp [Show all authors](#) • [Show footnotes](#)

Open Access • Published: February 14, 2023 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.02.013>



In Belgium, breastfeeding is not routinely recommended.

All pregnant women living with HIV should be informed on the potential benefits and risks of breastfeeding.

If a woman living with HIV decides to breastfeed, after having been informed, it is the duty of health care providers, as professionals, **to offer proper guidance and follow-up in a supportive environment to minimize risk of HIV transmission knowing that:**

The risk of transmission of HIV during breastfeeding is:

- high (up to 10-15%) in the absence of antiretroviral treatment and suppressed viral load
- low (<1%) if the mother has sustained undetectable viral load under antiretroviral therapy

The benefits of breastfeeding are (not exhaustive list): bonding with the child, easy and cheap way of feeding the child, transfer of antibodies to infant decreasing infection risk, reduce risks of postpartum depression and breast cancer for the mother.

Formula feeding, in high resources countries such as Belgium, is safe and healthy for the baby.

Eligibility criteria for breastfeeding

OPTIMAL SCENARIO (=LOW RISK)

- Long-term follow-up with undetectable viral load on cART
- Proof of excellent adherence

INTERMEDIATE RISK group

- discourage BF but same service/support should be offered if decision to BF

- Premature infant (<35 weeks): As there are currently no data on breastfeeding in premature infant <35 weeks, we do not recommend breastfeeding in premature infants

Prenatal preparations

- **Multidisciplinary** prenatal consultation to discuss the pros and cons.
- **Involve the partner/father** in the decision process if possible.
- An **information leaflet** must be available to the parents to help them to make a decision. This document should be signed, ideally by both parents.
- Lack of financial resources **should not be** the main motivation to breastfeed. In that case, financial/material support should be sought.
- **Propose**
 - Consultations with trained midwife to inform on both breastfeeding and formula feeding
 - Peer support

VIH (VIRUS D'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE) ET ALLAITEMENT MATERNEL



Petit guide à l'usage des parents

Post-natal follow-up (FU)

MAX 6 MONTHS EXCLUSIVE BREASTFEEDING IS RECOMMENDED

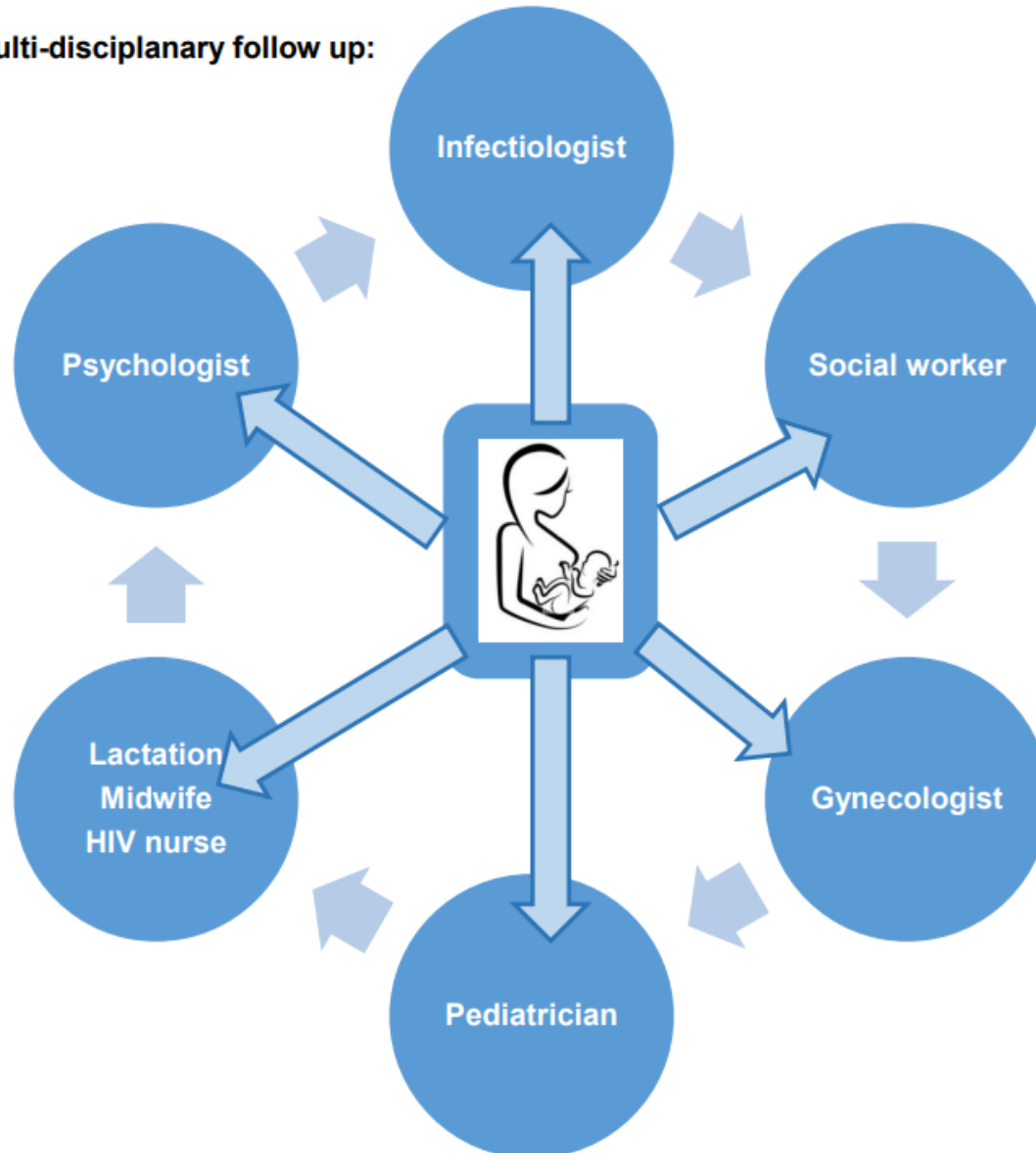
INFANT	MOTHER
• Clinical follow up and PCR test (RNA+DNA)/6 weeks until 3 months post weaning • Serology $\geq$ 20 months • AZT could be proposed to parent's request • In case of INTERMEDIATE RISK $\rightarrow$ AZT 4 weeks	• HIV RNA/6 weeks at the same time as infant • Special attention to adherence • B/feeding-nipples supervision by a specialized nurse

Exclusive breastfeeding means:

- Solid food: not allowed
- Formula feeding not allowed but exception ***if occasionally and of short duration (< 24-48 hours)**** for specific indications such establishing lactation, gastroenteritis, mastitis.
- How to avoid formula feeding in case of mastitis/cracked nipples?
 - Prevention with lactation midwife
 - Use of previously frozen breastmilk
 - Use contralateral breast if healthy (in case of)

* Keane A, Haberl L, Aho I, Bernardi S, Mărdărescu M, Markowich AH, et al. European Guidelines on HIV and breastfeeding: "Same, same, but different" - Results from a WAVE survey. HIV Medicine. oct 2025;26(10):1515-24.

Multi-disciplinary follow up:

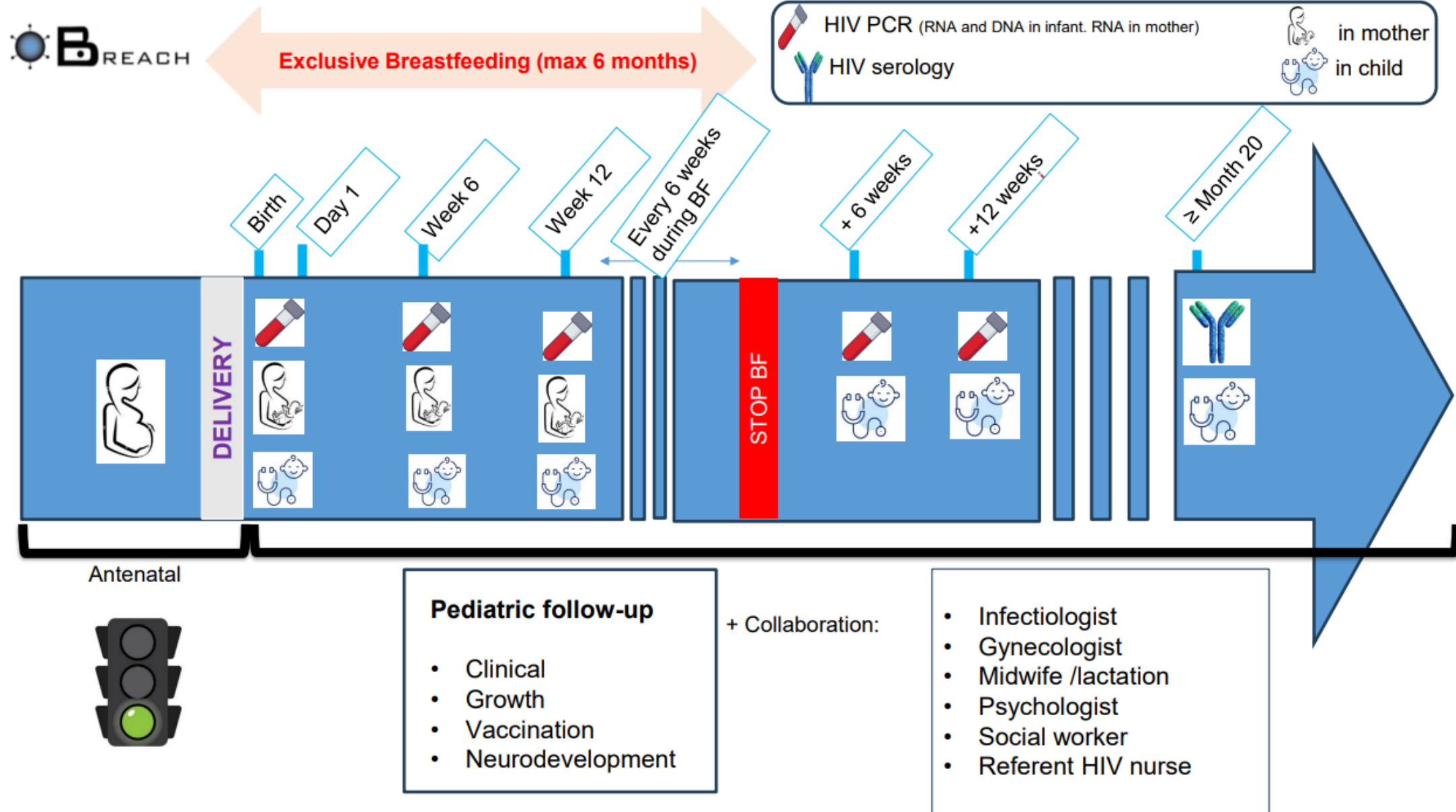


Best conditions to breastfeed if

- Maternal viral suppression during pregnancy
- Healthy breasts and nipples
- Digestive mucosal integrity of the mother/newborn

When and how to interrupt breastfeeding (BF)

1. Gastro-enteritis, severe candidiasis
2. Cracked nipples, mastitis:
 - Use contralateral breast if healthy (in case of localised mastitis/cracked nipples)
 - Use previously frozen breastmilk from the mother
 - Express milk, throw it away and restart BF when healing
3. Blip > 50 copies/ml : stop BF and discourage resuming
 - If minor blip 50-100 copies/ml and VL undetectable again a case-by-case discussion to consider resuming BF
4. When weaning : frozen breastmilk could be used to facilitate the transition.



Perspectieven

- Belgisch register
- Rol voor donormoedermelk?

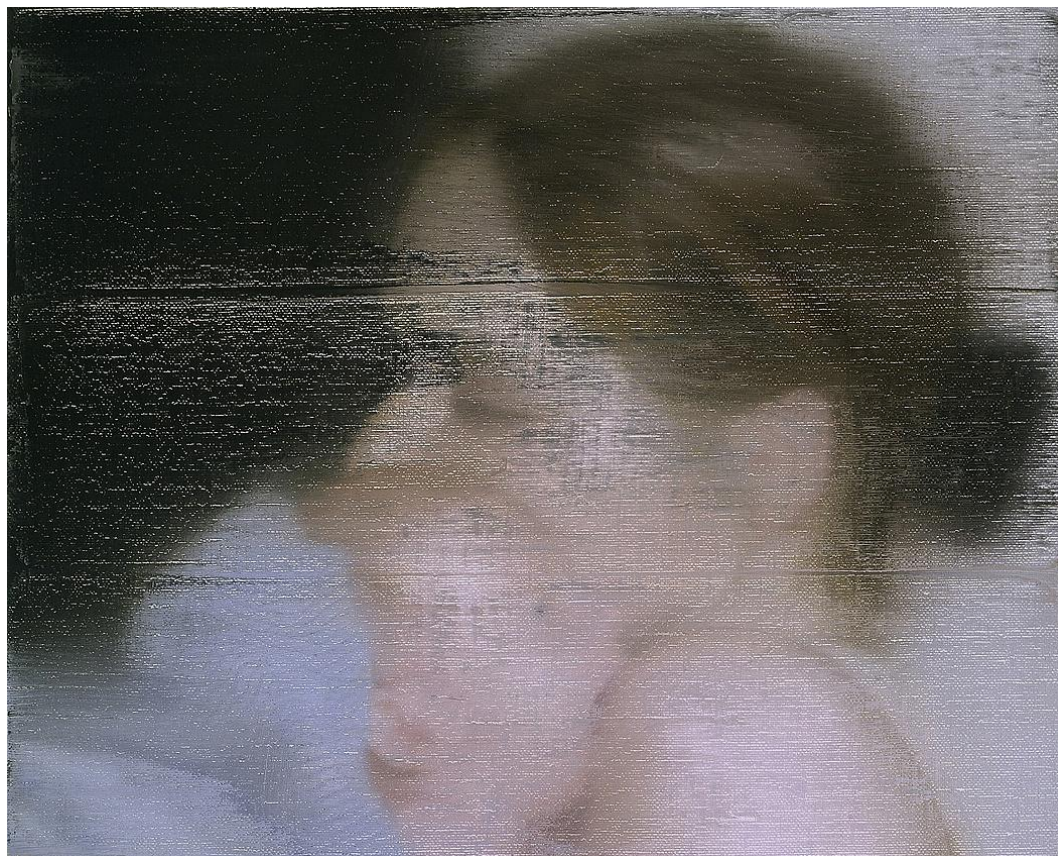
CONCLUSIES

**BORSTVOEDING EN HIV, EEN BLIJVEND
DILEMMA**

- Nood aan meer wetenschappelijke data
- $U \neq U$
- Patient shared decision making
- Multidisciplinaire benadering
- Intensieve follow-up

- Conventie.IAL@uzleuven.be
- Inge.derdelinckx@uzleuven.be
- Kristel.vancalsteren@uzleuven.be
- An.eerdekenens@uzleuven.be





?

Gerhard Richter