

VIH, VHC et grossesse

Gilles Pialoux

Hôpital de l'Institut Pasteur (Paris)

La prévalence des anticorps anti-VHC peut être considérée, en Europe tout au moins, comme proche de 1,2 %. Le taux de transmission materno-fœtale est évalué selon les études entre 0 et 25 % (cf. l'article de F. Lunel et F. Denis, pages ...) avec un taux moyen que l'on peut fixer à 12 %. A l'échelle d'un pays comme la France, où 700 000 accouchements ont lieu chaque année, la transmission du virus de l'hépatite C concernerait chaque année plus de 1000 nouveau-nés.

Parmi les facteurs associés à la transmission materno-fœtale du virus de l'hépatite C figurent :

- la présence d'ARN-VHC chez la mère ;
- l'importance de la charge virale plasmatique du VIH.

Alors que d'autres facteurs (génotypes, allaitement maternel...) sont plus que discutés dans le cas de la transmission du VHC.

Le risque de transmission du VHC en cas de coinfection par le VIH serait, dans la population générale multiplié par 3 : 36 % pour un risque moyen fixé arbitrairement à 12 %.

Il semble que la transmission de ces 2 virus soit néanmoins relativement indépendante l'une de l'autre mais que le sur-risque serait directement en rapport avec l'accroissement de la charge virale VHC chez les patients co-infectés VIH/VHC. En effet, il est désormais plus ou moins bien établi que la coinfection par le VIH induit un certain nombre de changements dans l'histoire naturelle de l'infection VHC :

- élévation de la charge virale VHC et ce indépendamment du statut immunitaire en rapport avec l'infection VIH ;
- fréquence plus élevée d'infection par des quasi-espèces ;
- taux d'apparition de cirrhose plus élevé ;
- délai d'apparition de la cirrhose plus court ;
- taux de réponse durable à l'interféron moins élevé.

C'est dans un tel contexte de modification de l'histoire naturelle de l'infection à VHC sous le poids de la coinfection par le VIH que se situe l'accroissement du risque de transmission materno-fœtale.

En pratique, toute femme VIH+ doit être dépistée pour le virus de l'hépatite C, *a fortiori* si elle est enceinte. Ce dépistage doit tenir compte de certaines particularités :

- existence de faux séronégatifs, notamment avec les tests Elisa de première génération ;
- possibilité de " vrais-faux " négatifs chez les personnes immunodéprimées par le VIH.
- D'où la nécessité de demander, chez tout patient VIH+ présentant une élévation des transaminases, une recherche de PCR VHC. - Gilles Pialoux

Tableau 1

Principales études établissant l'augmentation de risque de contamination par le VHC chez les femmes co-infectées par le VIH

Etude	Nombre de femmes enceintes ARN VHC+	Enfants infectés
- Catalano, 1999 (1)	14	2
- Fischler, 1996 (2)	1	0
- Kudesia, 1996 (3)	1	0
- Maccabruni, 1995 (4)	32	14
- Manzini, 1995 (5)	8	1
- Papaevangelou, 1999 (6)	54	9
- Zanetti, 1995, 1999 (7)	18	8

1 - Catalano D, Pollio F, Ercolano S et al.

" Maternal-fetal transmission of HCV. Role of HIV as a risk factor "

Minerva Crinecol, 1999, 51, 117-9

2 - Fischler B, Lindh G, Lindgren S et al.

" Vertical transmission of hepatitis C virus infection "

Scand J Infect Dis, 1996, 28, 353-6

3 - Kudesia G, Ball G, Irwing WL

" Vertical transmission of hepatitis C "

Lancet, 1995, 345, 1122

4 - Maccabruni A, Bossi G, Caselli D et al.

" High efficiency of vertical transmission of hepatitis C virus among babies born to HIV negative women "

Pediatr Infect Dis J, 14, 921-922

5 - Manzini P, Saracco, Cerchier A et al.

" HIV infection as risk factor for mother-to-child HCV transmission : persistence of anti-HCV in children is associated with the mother's anti HCV immunoblotting pattern "

Hepatology, 1995, 21, 328-32

6 - Papaevangelou U, Pollackh, Rochfort G

" Increased transmission of vertical HCV infection to HIV-infected infants of HIV and HCV co-infected women "

J Infect Dis, 1998, 178, 1447-52

7 - Zanetti AR, Tanzi E, Paccagnini S et al.

" Mother-to-infant transmission of HCV "

Lancet, 1995, 345, 289-91