

SWISS AIDS NEWS
MÉDECINE

■ THÉRAPIE

VIH et grossesse souhaitée

Au milieu des années 90, la combinaison de trois médicaments actifs contre le VIH a constitué une grande avancée pour les traitements: les options thérapeutiques ont depuis grandement amélioré la qualité et l'espérance de vie des personnes séropositives ❶.

Elles ont redonné un espoir depuis longtemps perdu, et la meilleure qualité de vie a donné naissance au souhait d'avoir un enfant.

Sachant que la part du nombre d'infections contractées lors de relations hétérosexuelles en Suisse est supérieure à 50% depuis 1997 et que la plupart des infections à VIH (85%) sont diagnostiquées dans la classe d'âge de 20 à 44 ans ❷, il n'est guère étonnant de constater que plus d'un couple séropositif réfléchisse à la possibilité d'avoir un enfant. Un sondage récemment effectué en Suisse ❸ a montré que 47,5% des femmes séropositives et 38% des hommes séropositifs souhaitaient avoir un enfant ❹.

Le souhait d'avoir un enfant chez les couples sérodiscordants (un seul des deux est séropositif dans ce cas) est contrebalancé par le risque d'infection encouru par le partenaire séronégatif et par l'enfant désiré. La décision pour ou contre une grossesse n'est pas facile à prendre.

La médecine reproductive a cependant des solutions pour les couples séropositifs conscients de leurs responsabilités.

Dans tous les cas, le couple doit consulter un service spécialisé dans l'information sur le VIH pour savoir si le souhait semble raisonnable et réalisable selon la situation et le risque encouru. Si le couple décide d'avoir un enfant en définitive, des conseils sont indiqués avant la conception (examen de fertilité et diagnostic d'infectiologie).

Homme séropositif
Femme séronégative

Les rapports sexuels non protégés sont le principal mode de transmission du VIH. Il faut donc prendre toutes les précautions nécessaires pour que la partenaire en bonne santé ne soit pas infectée par le liquide séminal lors de la conception. Bien qu'un traitement anti-VIH adéquat réduise la charge virale séminale ❶, le VIH reste détectable dans le liquide séminal de certains hommes séropositifs – même si le virus est passé en dessous du seuil de détection dans le plasma sanguin. Ces cas sont néanmoins rares. En règle générale, la suppression de la charge virale dans le sang va de pair avec une suppression de la virémie séminale ❷.

Le liquide séminal se compose pour l'essentiel de spermatozoïdes, de plasma séminal et d'autres cellules associées (neutrophiles, lymphocytes et macrophages). Le VIH (ou son ADN proviral dans la cellule infectée) est détecté il est vrai dans le plasma séminal, dans les cellules associées et parfois dans des spermatozoïdes immobiles. Les spermatozoïdes mobiles toutefois ne peuvent guère transporter le virus, dans la mesure où ils ne présentent pas, sur leur surface cellulaire, les récepteurs CD4+ et CCR5 dont aurait besoin le virus pour infecter la cellule ❸. Des techniques standardisées tirent profit de cette situation: un processus de centrifugation, de lavage et de filtrage permet de séparer les spermatozoïdes mobiles du reste. Un éventuel test ultérieur très sensible de dépistage du VIH sur les spermatozoïdes mobiles (PCR p. ex.) écarte avec une grande part de certitude toute contamination virale. Une fois prélevés et testés, les spermatozoïdes mobiles peuvent s'utiliser pour une insémination assistée. Les procédés suivants sont disponibles pour les couples sérodiscordants:

■ L'insémination intra-utérine (IUI)

Au moment de l'ovulation, les spermatozoïdes nettoyés sont introduits dans l'utérus et

❶ Sterne JAC, Hernan MA, Ledergerber B, Tilling K, Weber R, Sendi P, Rickenbach M, Robins JM, Egger M, and the Swiss HIV Cohort Study: «Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study», Lancet 2005, 366: 378–384.

❷ Depuis 2002 les tests VIH positifs demeurent à un niveau élevé: Epidémiologie du VIH en Suisse, Bulletin OFSP 2004; no 49: 916–922.
www.bag.admin.ch/infekt/publ/bulletin/f/hiv_tests_bu4904.pdf

❸ Panozzo L, Battegay M, Friedl A, Vernazza PL, and the Swiss HIV Cohort Study: «High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner – two challenging issues», Swiss Med Wkly 2003; 133: 124–127.

❹ Une étude plus ancienne effectuée aux Etats-Unis a établi que 28 à 29% des femmes et des hommes séropositifs qui suivaient un traitement souhaitaient avoir des enfants un jour: Chen JL, Phillips KA, Kanouse DE, Collins RL, Miu A: «Fertility Desires and Intentions of HIV-Positive Men and Women», Family Planning Perspectives, 2001, 33(4): 144–152 and 165.

dans la trompe. Le taux de réussite s'élève à quelque 10% par cycle de traitement; il faut donc répéter l'opération plusieurs fois.

■ Fécondation in vitro (IVF)

Des ovules sont prélevés sur la femme après une stimulation hormonale. La fécondation à l'aide des spermatozoïdes préparés se fait à l'extérieur du corps. Ensuite, l'ovule fécondé est replacé dans l'utérus.

■ Injection intracytoplasmique de sperme (ICSI)

Un unique spermatozoïde est injecté à l'intérieur d'un ovule. La fécondation se fait à l'extérieur du corps. Ensuite, l'ovule fécondé est replacé dans l'utérus. Le taux moyen de réussite du procédé s'élève à 30% environ.

Le choix de la méthode se fonde sur le diagnostic gynécologique et andrologique et sur les souhaits spécifiques du couple. Celui-ci doit être informé qu'une infection de la partenaire en bonne santé n'est pas totalement exclue malgré la procédure perfectionnée. Il en va de même pour l'enfant souhaité. Contrairement au risque de transmission lors de rapports sexuels non protégés, le risque résiduel relève ici plutôt de l'hypothèse et n'est plus chiffrable. Aucun cas d'infection de la partenaire en bonne santé n'a été constaté à ce jour à la suite de cette procédure ③.

Femme séropositive Homme séronégatif

Rien n'indique qu'une grossesse puisse accélérer l'infection à VIH chez la femme (réduction du nombre de cellules CD4 et augmentation de la charge virale). A l'opposé, certaines études montrent qu'une infection à VIH peut entraîner des naissances prématurées avec des nouveau-nés présentant un déficit pondéral. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de tirer de conclusions. Il faut attendre des études et des observations complémentaires ④. Lorsque la femme séropositive souhaite un enfant de son partenaire en bonne santé, le liquide séminal peut être placé dans le vagin par auto-insémination pour éviter toute infection. Pour cela, il faut introduire dans le vagin le préservatif retourné (exempt de spermicide) au moment de

l'ovulation. Le liquide séminal peut aussi s'introduire au moyen d'une seringue (sans aiguille) ou d'une calotte placée dans le col de l'utérus.

Par-delà la protection du partenaire en bonne santé, il faut penser à la protection de l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement. La probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 25% environ sans traitement antirétroviral, c'est-à-dire qu'un enfant sur quatre de mère séropositive ne suivant pas de traitement spécifique contracte l'infection. On estime qu'aujourd'hui, lorsque le traitement est optimal, qu'une césarienne est pratiquée avant la perte des eaux et les premières contractions, que la mère renonce à allaiter et qu'une prophylaxie est administrée pour éviter la transmission au nouveau-né, le risque pour l'enfant se limite à moins de 2%.

Le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse dépend entre autres de la charge virale dans le sang et la sécrétion vaginale. Une faible charge virale, inférieure à 1000 copies/ml si possible, ainsi qu'une concentration stable des CD4 les six mois antérieurs, sont considérés comme des conditions favorables pour limiter le risque d'infection. Dans ces circonstances, il est indiqué d'administrer à la future mère un traitement contre le VIH. Il reste toutefois un certain nombre de questions sur la sécurité et la tolérance aux médicaments durant la grossesse, principalement durant le premier trimestre. C'est les trois premiers mois que les organes de l'embryon se forment. Les dommages potentiels sont donc plus élevés durant cette période.

En principe, une trithérapie est aussi administrée pendant la grossesse – en général deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (NRTI) et un antiprotéase (PI) ⑤ (un test de résistance pour les femmes enceintes avant le début d'une thérapie antirétrovirale ou un échec thérapeutique est recommandé). En raison des résistances, les monothérapies et les bithérapies ont été définitivement abandonnées.

③ Vernazza, PL, Gilliam BL, Flepp M, Dyer JR, Franc AC, Fiscus SA, Cohen MS, Eron JJ: «Effect of antiviral treatment on shedding of HIV in semen», *Aids* 1997; 11: 1249–1254.

④ Certaines cellules du sperme contiennent de l'ADN proviral même en cas de suppression virale dans le sang. Il n'est toutefois établi si ces cellules peuvent transmettre d'infection. A ce jour, aucune transmission sexuelle n'a été constatée lorsque le partenaire infecté présentait une suppression virale avérée.

⑤ Cusick L, Rhodes T: «Sustaining sexual safety in relationships: HIV positive people and their sexual partners», *Cult Health Sex.* 2000, 2: 473–487.

⑥ Thornton AC, Romanelli F, Collins JD: «Review: Reproduction Decision Making for Couples Affected by HIV: A Review of the Literature», *International Aids Society-USA Topics in HIV Medicine* 2004, 12(2): 61–67.

⑦ L'étude suivante fait état d'une réduction possible de la fertilité chez les femmes séropositives: Ross A, Van der Paal L, Lubega R, Mayanja BN, Shafer LA, Whitworth J: «HIV-1 disease progression and fertility: the incidence of recognized pregnancy and pregnancy outcome in Uganda», *Aids* 2004, 18(5): 799–804.

⑧ Grossesses et VIH: recommandations de la CCT pour la prévention de la transmission verticale du VIH: Recommandations en cas de grossesses pour éviter la transmission VIH à l'enfant, *Bulletin OFSP* 2004; no 53: 1008–1011. www.suchtund aids. bag.admin.ch/imperia/md/content/aids/86.pdf

Les femmes séropositives qui suivent un traitement combiné dès le commencement de la grossesse doivent faire l'objet de tests pour établir si la combinaison médicamenteuse est tolérée par la mère et l'embryon, ou si elle doit être adaptée le cas échéant. Dans tous les cas, il vaut mieux éviter de leur administrer les médicaments contre le VIH dont les effets toxiques sont connus, ou d'en changer avant la grossesse!

Pour les femmes séropositives qui ne suivent aucun traitement combiné parce que leur état immunitaire est satisfaisant, il est généralement recommandé d'entamer un traitement médicamenteux limité dans le temps. Habituellement, le traitement anti-VIH est entamé, selon la charge virale, de sorte que celle-ci ne soit plus décelable vers la fin de la grossesse (<40 copies d'ARN viral/ml de plasma sanguin). En plus du traitement combiné durant la grossesse, les femmes séropositives reçoivent en Suisse une perfusion de zidovudine pendant l'accouchement (AZT, Retrovir®), et le nouveau-né est traité au moyen de 1 à 3 médicaments pendant les quatre semaines qui suivent la naissance. Lorsque la charge virale apparaît indétectable à plusieurs reprises, qu'aucune raison d'ordre obstétrique ne s'y oppose et que la mère le souhaite expressément, une naissance par voie vaginale peut être envisagée. Dans tous les autres cas (p. ex. >40 copies d'ARN/ml sang ou coinfection aiguë à hépatite C), la naissance doit avoir lieu par césarienne. Il est en outre déconseillé aux mères séropositives d'allaiter, car le VIH peut se transmettre par le lait maternel. Si les recommandations sur la prévention de la transmission verticale du VIH, le risque d'infection du nouveau-né peut se limiter à moins de 2%.

Femme séropositive Homme séropositif

Pour les couples sérodiscordants, des rapports sexuels non protégés peuvent être envisagés uniquement pendant l'ovulation (**timed ovulatory intercourse**) et dans certaines conditions: thérapie antirétrovirale efficace avec suppression totale de la charge virale dans le sang. La discussion sur ce sujet controversée n'est pas encore close en raison de la transmission possible

entre partenaires de virus résistant aux médicaments.

Comme la fécondation avec des cellules séminales du partenaire et la prophylaxie de la transmission verticale demandent beaucoup de travail et coûtent très cher, la question d'une fécondation avec du sperme d'un **donneur** peut se poser en guise d'option substitutive. **L'adoption** est une autre possibilité. Les conditions pour une adoption ne sont pas toujours faciles à réunir et peuvent varier d'un canton à l'autre.

Femmes enceintes avec statut sérologique inconnu

Durant les conseils de grossesse, il convient d'attirer l'attention de chaque femme sur les possibilités de prévenir une transmission verticale du VIH et d'autres agents pathogènes de maladies infectieuses et de recommander un test. En principe, tout examen d'infectiologie doit se faire avec le consentement préalable de la femme enceinte ④.

A l'ère de la trithérapie efficace, le diagnostic de VIH n'exclut pas une grossesse: si la procédure optimale est suivie (thérapie antirétrovirale, césarienne, renoncement à l'allaitement et prophylaxie contre la transmission au nouveau-né), le risque de transmission de la mère à l'enfant peut se limiter à moins de 2%. Les personnes séropositives ont le même droit que les autres de mener la vie de leur choix. Elles doivent elles-mêmes peser le pour et le contre de la grossesse et de la parenté, en s'appuyant toutefois sur les conseils de spécialistes – médecins, obstétriciennes et pédiatres, p. ex. – au sujet des risques et des chances, pour mieux prendre la décision qui convient. *hw*

Complément juridique à l'article

Selon la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée, la procréation médicalement assistée n'est autorisée que si le risque de transmission d'une maladie grave et incurable aux descendants ne peut être écarté d'une autre manière. Pour le bien de l'enfant, la procréation médicalement assistée est réservée aux couples qui, en considération de leur âge et de leur situation

④ Test VIH pendant la grossesse:

Recommandations de la Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida (FKT), Bulletin OFSP 2003; no 9: 152/153. www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/aids/19.pdf

personnelle, paraissent être à même d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité. Pour les personnes séropositives en bonne santé, cette condition ne pose généralement pas de problème. L'insémination a déjà été pratiquée avec succès à plusieurs reprises.

Seuls les couples mariés peuvent recourir au don de sperme (insémination hétérologue). Cette exigence n'est pas valable pour l'insémination homologue (avec le sperme du partenaire).

Les caisses maladie prennent en charge les coûts d'une insémination intra-utérine pour les trois premiers cycles de traitement, mais ne remboursent pas les coûts d'une fertilisation in vitro et de l'injection intracytoplasmique de sperme.

Les conditions d'une adoption varient d'un canton à un autre, si ce n'est d'une commune à une autre, car l'adoption ressortit aux autorités de tutelle. *cs*

RENCONTRES

Chat+ Chatroom pour personnes vivant avec le VIH/sida

L'Aide Suisse contre le Sida a mis sur pied sur son site Internet un espace de discussion exclusivement réservé aux personnes vivant avec le VIH et le sida: Chat+. Il est accessible anonymement 24 heures sur 24, mais les premiers contacts se font en principe de 17 à 21 heures... (à chaque heure pile). Le chatroom vous appartient pour partager vos idées, vos craintes, vos moments de bonheur...

Vous entrez dans Chat+ à l'adresse www.chat.aids.ch.
