

VIH et Procréation

***C Jacomet
2011***

Options pour les couples avec infection VIH ayant un désir d'enfant

Quelles options ?

- ❖ Procréation médicalement assistée
- ❖ Procréation naturelle
- ❖ Adoption

Risques à considérer :

- ❖ Pour l'enfant : transmission mère-enfant, toxicité médicaments
- ❖ Pour le partenaire : transmission sexuelle

Quelque soit le scénario :

- Homme VIH+ / femme VIH -
- Femme VIH+ / Homme VIH -
- Les deux VIH +

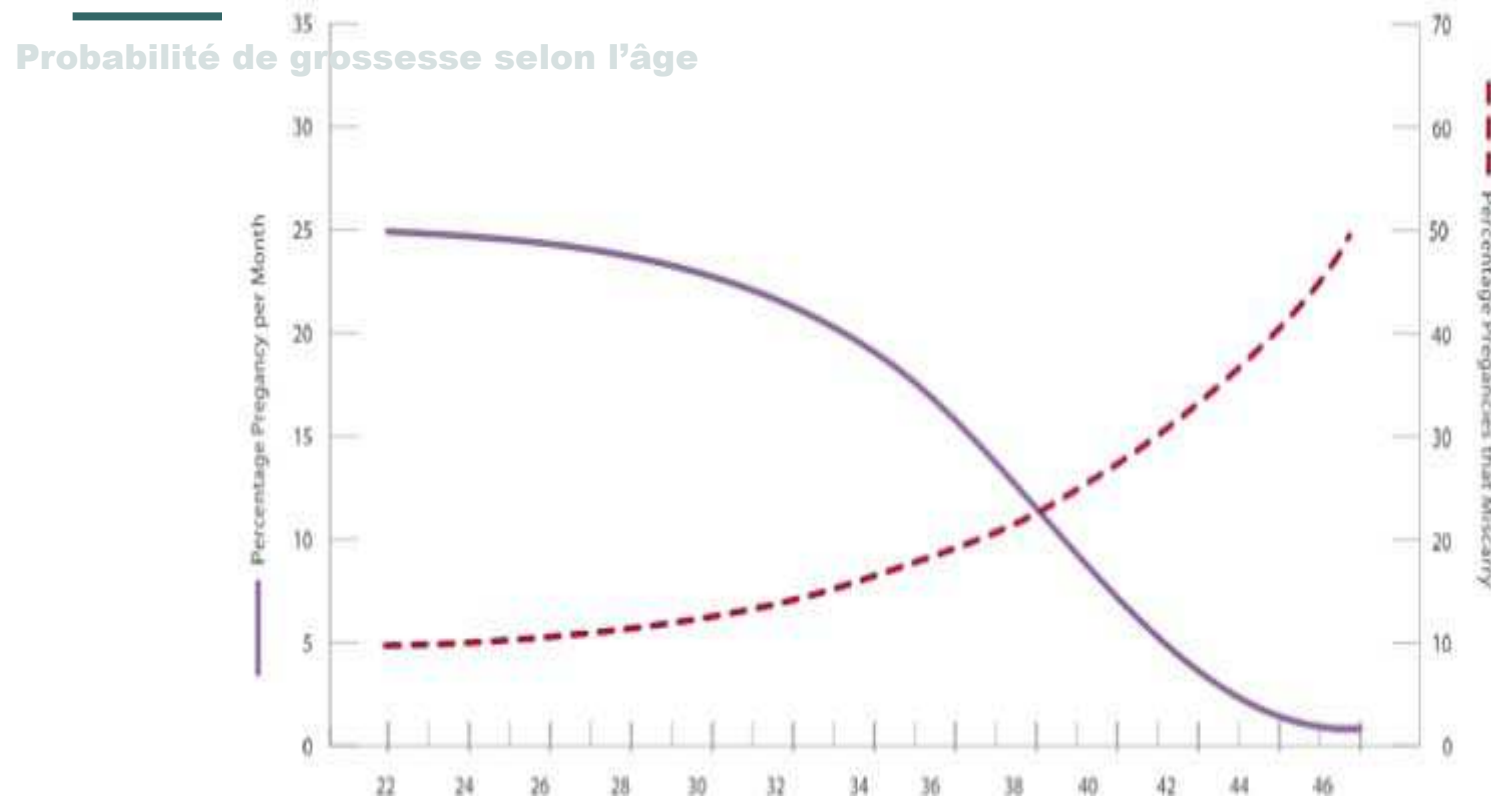
- **Aborder le désir d'enfant**

- Adresser les personnes qui souhaitent procréer à une consultation pré-conceptionnelle spécialisée avec **bilan de fertilité**

Place de l'évaluation de la fertilité

Taux de
grossesse/ mois

Taux de
fausse- couche



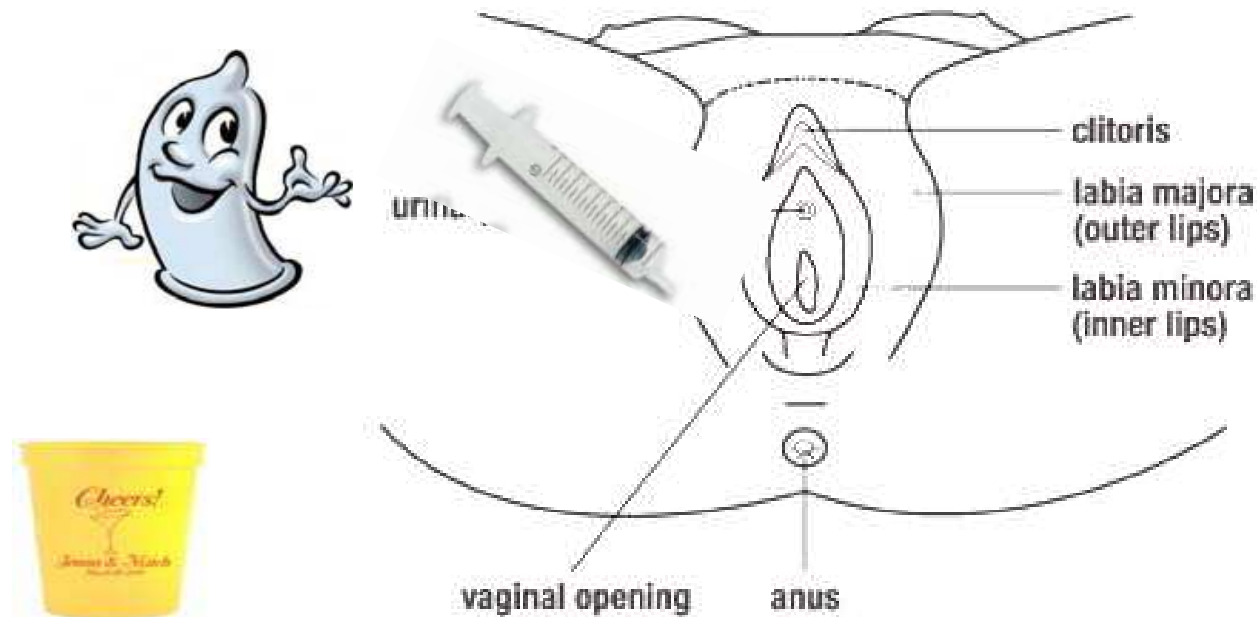
Explorer d'autant plus qu'il y a antécédents ou âge > 35 ans

Homme VIH + / femme VIH –

- **Aide médicale à la procréation**
 - **Lavage de sperme**
 - Insémination intra-utérine (IIU)
 - Fécondation in vitro (FIV)
 - Injection intra-cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI)

Femme VIH + / Homme VIH -

Auto- insémination



NB : Choisir les antirétroviraux compatibles avec une grossesse lorsqu'une femme infectée a un projet d'enfant

● **Autres options :**

- PMA en cas d'infertilité

Homme et femme VIH+

Risque de réinfection ?

Conception naturelle acceptable
("risque négligeable") avec précautions :

- Charge virale indétectable sous ART chez les 2 conjoints.....
- Pas d'inflammation génitale....

NB : Choisir les antirétroviraux compatibles avec une grossesse lorsqu'une femme infectée a un projet d'enfant

Conception naturelle

Approche la plus fréquente, dans la réalité

Cas de transmission décrits avant l'arrivée des traitements antirétroviraux

Pas de cas de transmission décrits depuis les cART:

- Les cART diminuent l'excrétion virale dans le sperme (*Vernazza AIDS 2000*)
- Mais classiquement 3-5% présentent une excrétion virale persistante
- Réplication dans le compartiment génital ?

Les HAART diminuent l'infectivité du sperme : données virologiques

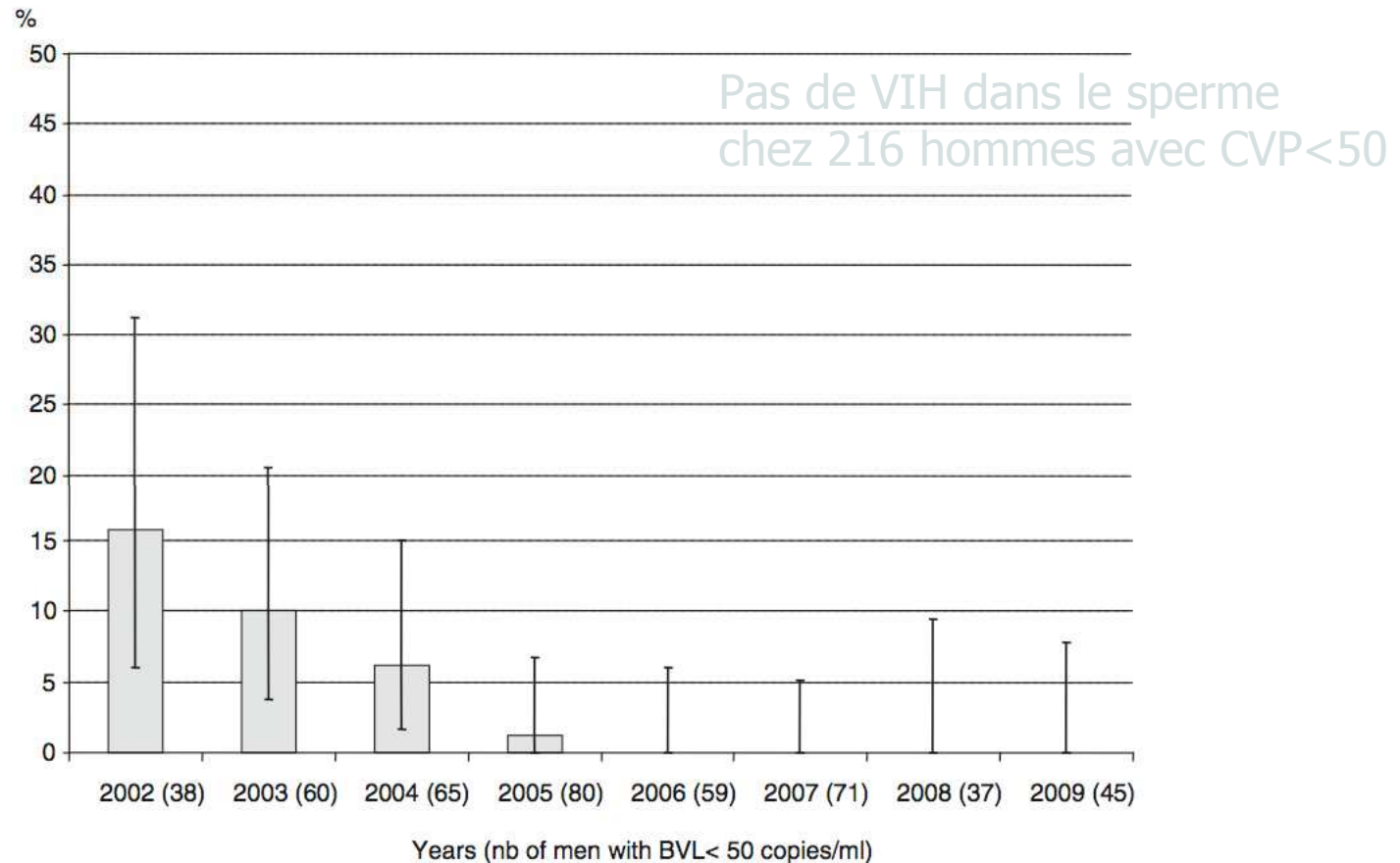


Fig. 1. Annual prevalence of men with discordant positive seminal viral load from 2002 to 2009. Columns represent the observed percentages of men with positive seminal viral load among the men with blood viral load (BVL) less than 50 HIV1-RNA copies/ml tested each year. Bars represent the 95% confidence intervals.

Procréation naturelle

- L'option fait partie des recommandations
 - o Risque résiduel
 - o Jusqu'où médicaliser ?
- Préoccupation principale = relâchement de la prévention, menant à des **rapports sans préservatifs dans des situations à haut risque**
- Le risque peut augmenter du fait de l'absence de traitement, observance insuffisante, pathologie génitale, manque d'information

Procréation naturelle : recommandations

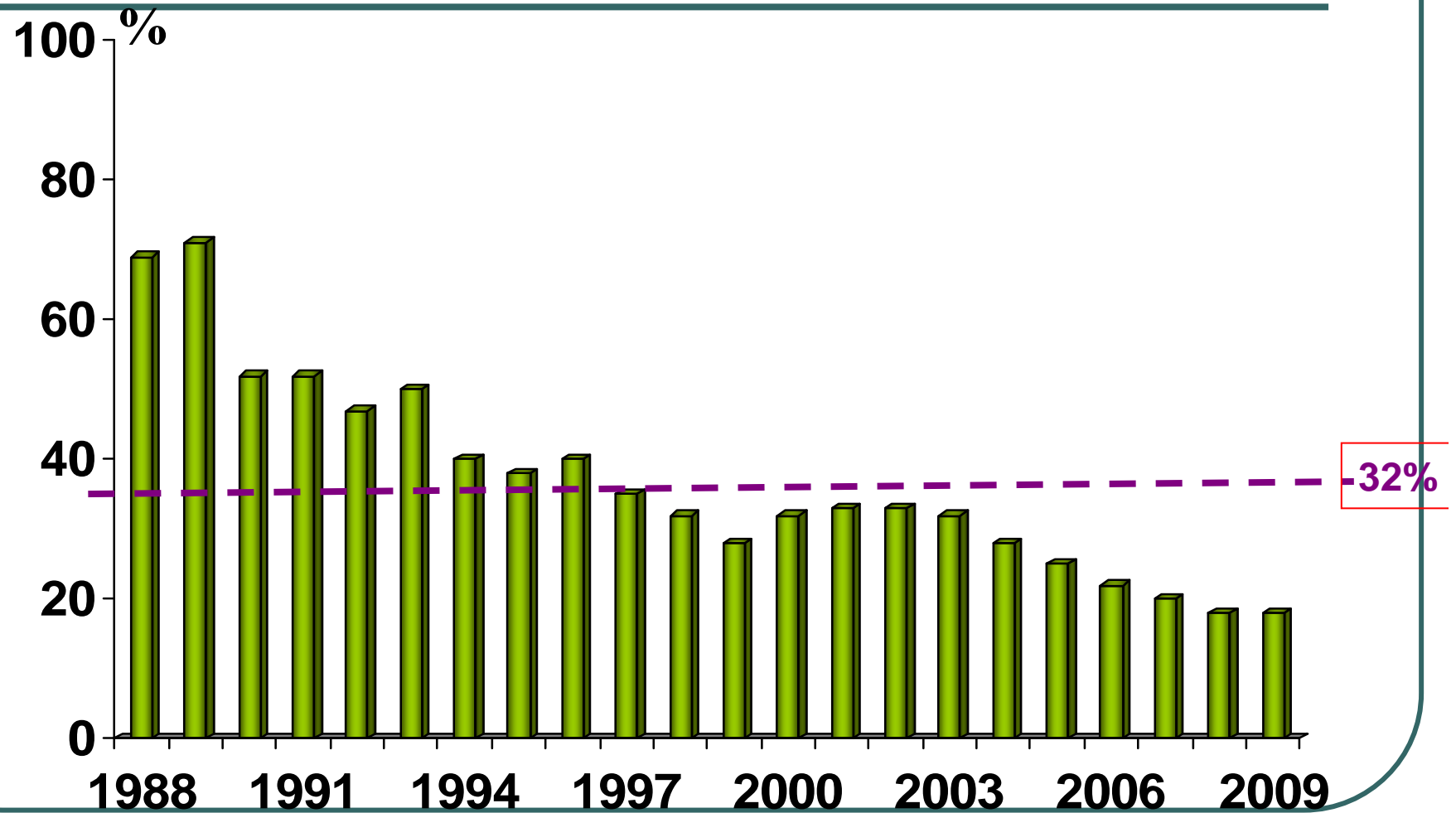
- Evaluer la situation de ces couples pour :
 - **les conditions virologiques** : traitement antirétroviral au long cours (plus de 6-12 mois) avec bonne observance et charge virale plasmatique indétectable
 - **les conditions locales** : absence d'infection, inflammation ou plaie génitale chez l'homme ou chez la femme (vérifiée au besoin avec l'aide de prélèvements microbiologiques ou/et spermiologiques)
 - **la fertilité de l'homme et de la femme** : les explorations sont à adapter selon l'âge et les antécédents
- Aider le couple à repérer la période d'ovulation pour **limiter les rapports non protégés** à la période de l'ovulation
- **Suivre la sérologie VIH chez la femme**, qu'il y ait succès ou échec des tentatives .

Grossesse

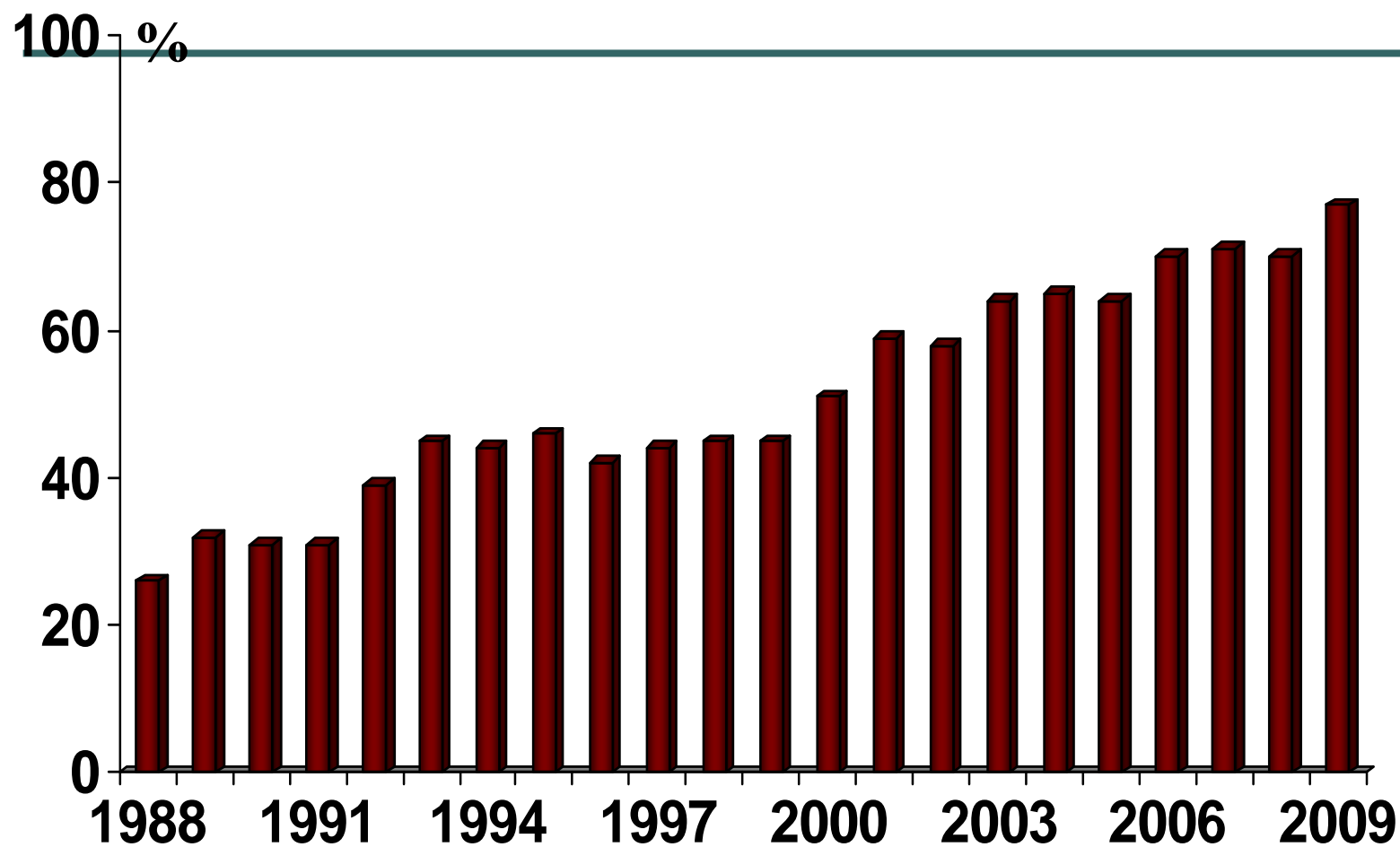
- **En France**

- 1500 grossesses par an environ
Naissance de 1000 enfants par an
- 20% des femmes VIH + découvrent leur infection au cours de la grossesse
Plus de 80% d'entre elles sont originaires d'Afrique Noire
- Grossesse à risque : vulnérabilité sociale

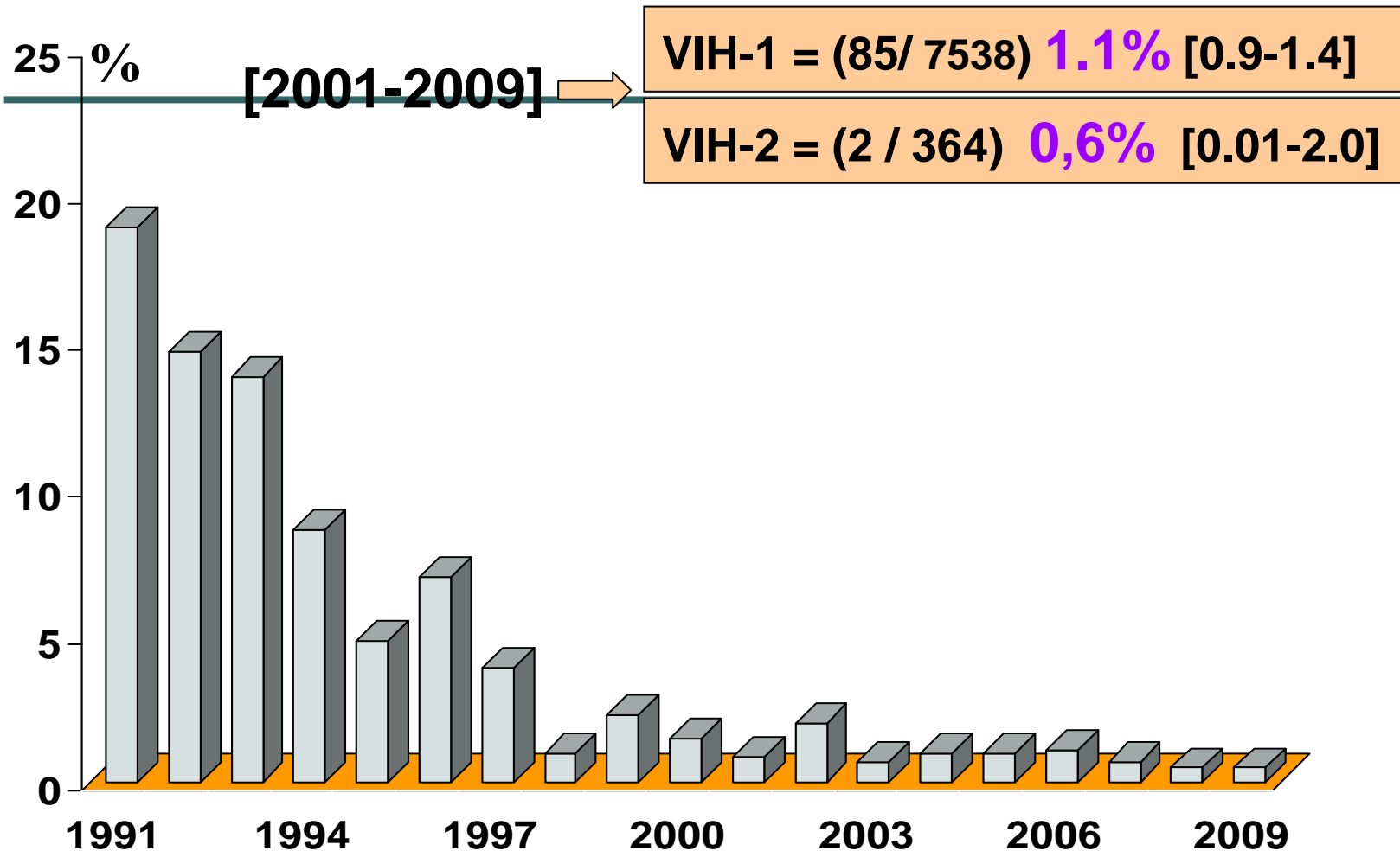
Découverte du VIH pendant la grossesse



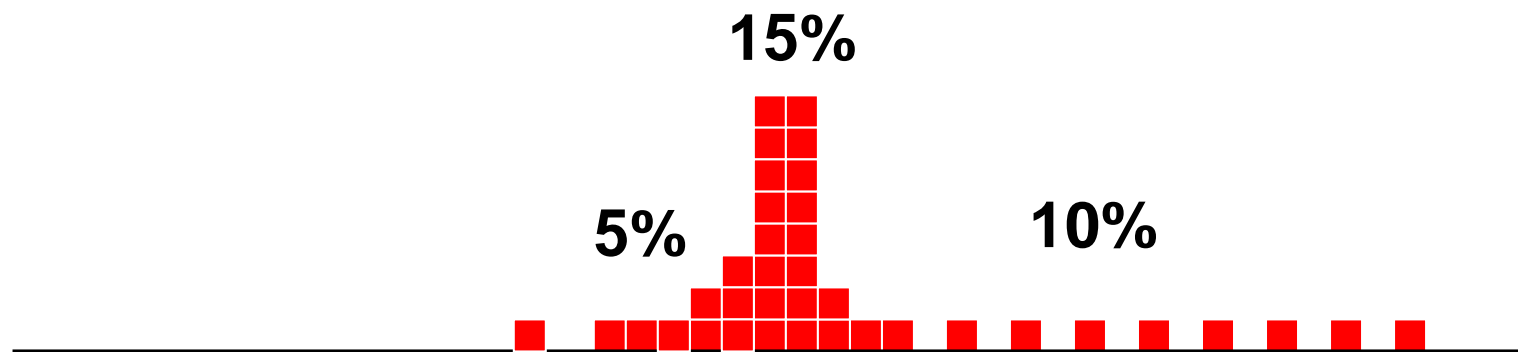
Femmes originaires d'Afrique subsaharienne



Taux de transmission du VIH



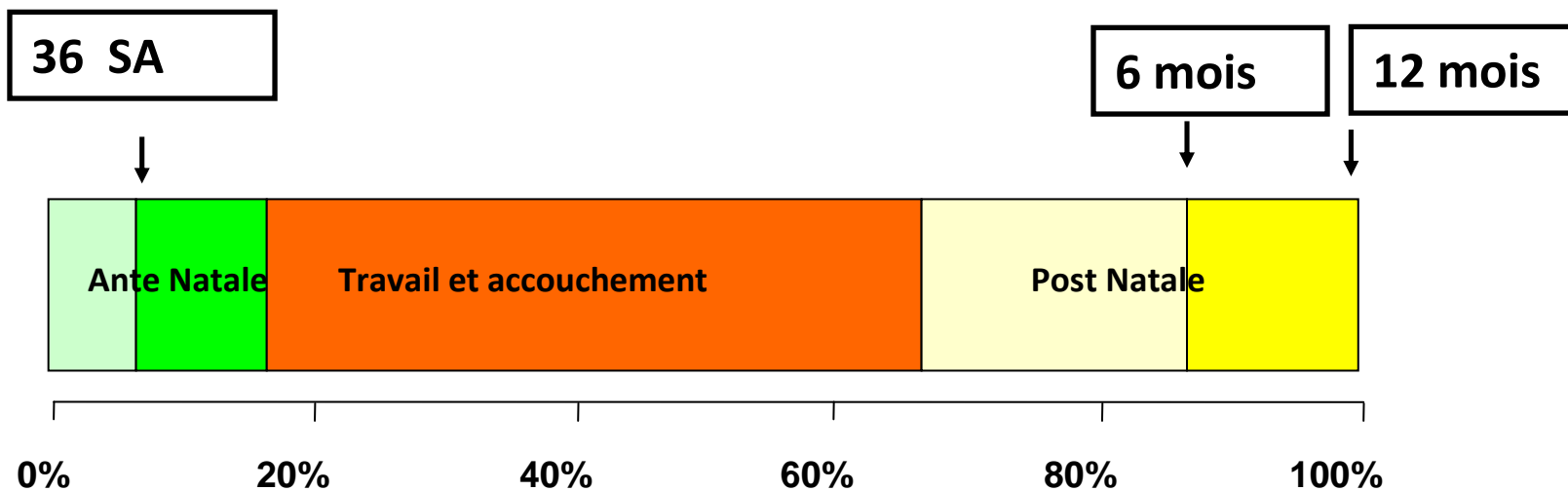
Moments de la Transmission VIH



grossesse

allaitement

Moment de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

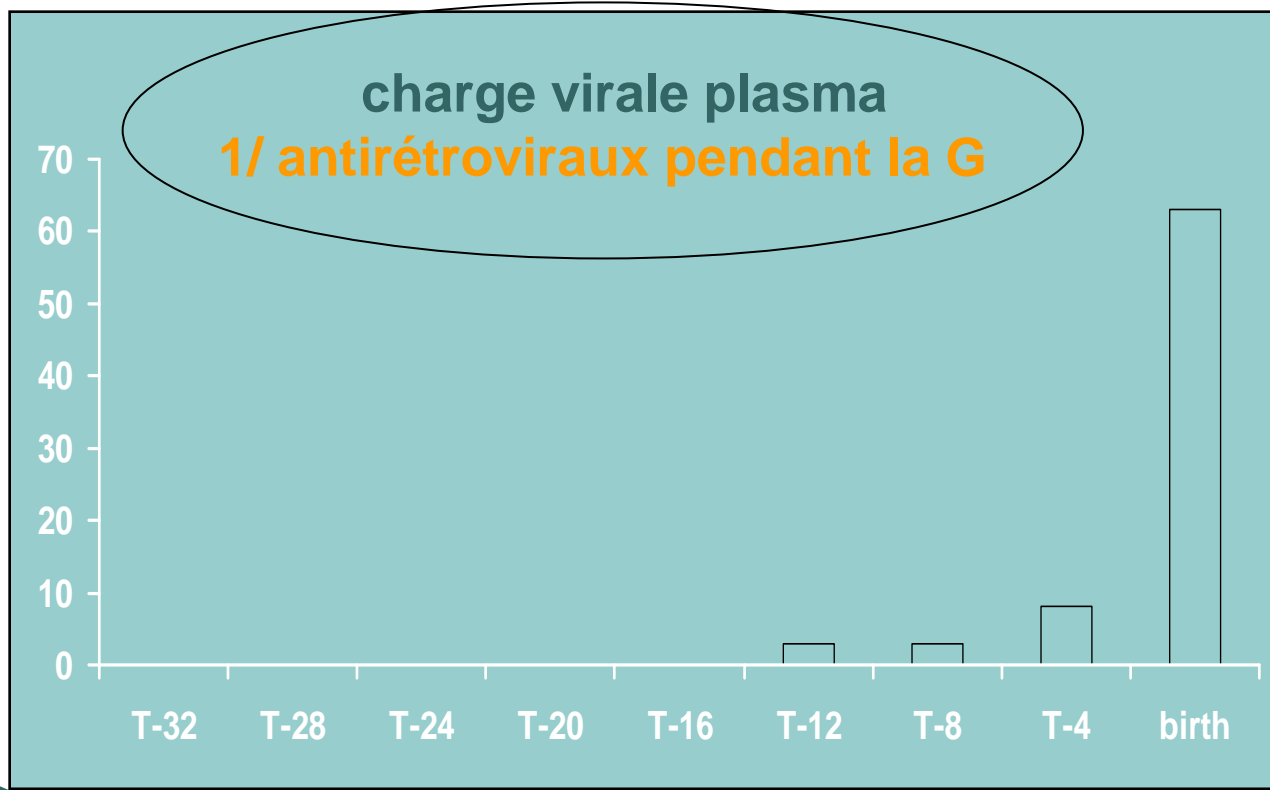


Au moins 1/3 (jusqu'à 45%) des infections sont en rapport avec l'allaitement maternel

Moyens de prévention

exposition à l'accouchement

1 bis/ césarienne ou ARV puissants



Prophylaxie post exposition

2/ Traitement antirétroviral

3/ Allaitement artificiel

Moments de la transmission mère-enfant

La PTME s'organise :

avant la contamination

après la contamination



T1

Eviter la contamination

- Prévention Primaire

- Planning familial

T2

In utéro

T3

Per partum

T4

Post partum

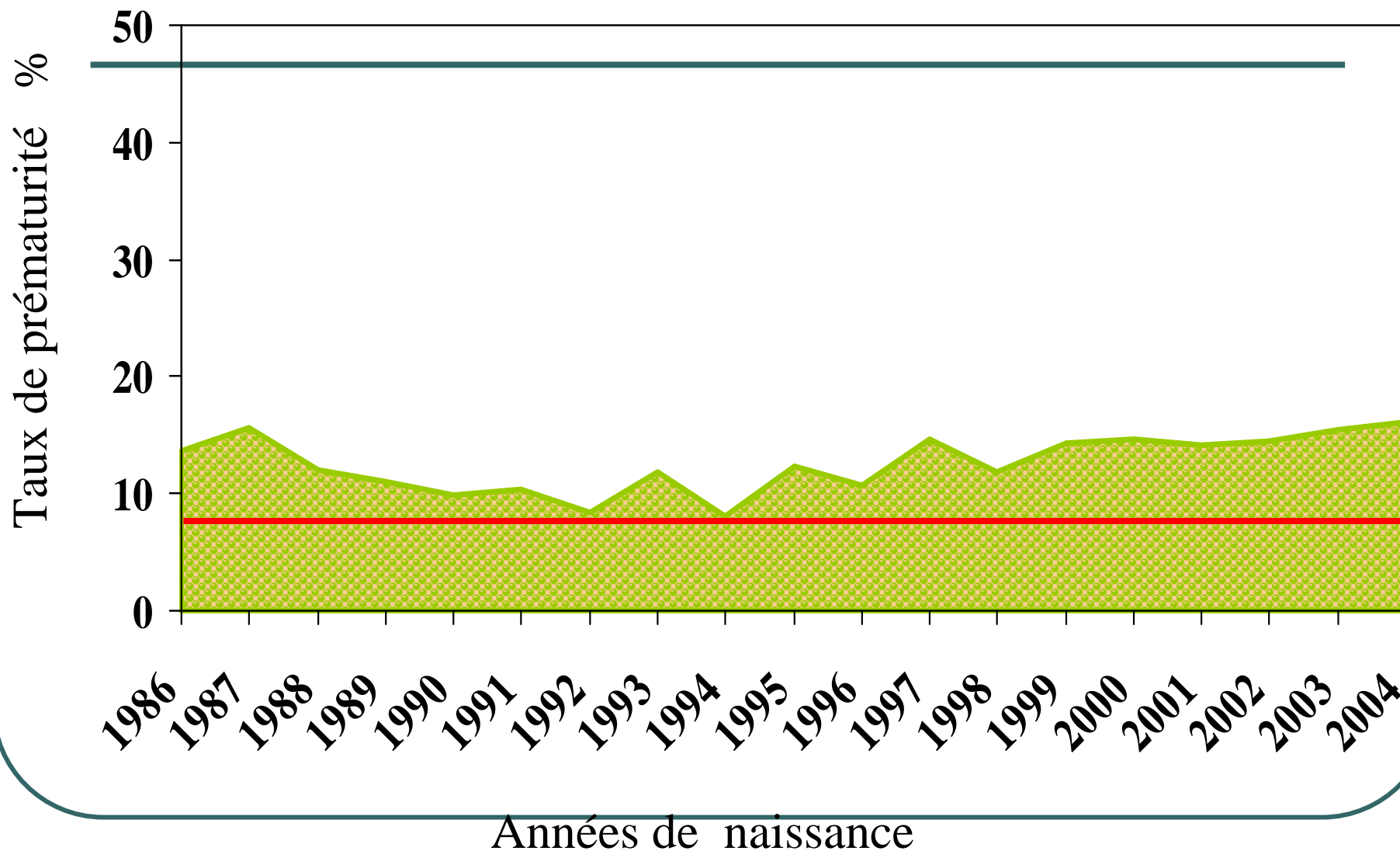
Principaux paramètres influençant la transmission mère-enfant du VIH

- **Maternels** : CD4 et CV
- **Viraux** : $VIH_2 < VIH_1$
- **Obstétricaux** : durée rupture poche, prématurité, chorio-amnionite, mode accouchement (césarienne à membranes intactes avant début du travail)
- **Allaitement**
- **Le traitement ARV+++**

Prévention de la TME

- **Le contrôle de la charge virale plasmatique est déterminant**
- Chez les femmes recevant un traitement antirétroviral, le taux de TME dans l'EPF est de
 - 0,3 % pour une CV VIH-1 à l'accouchement < 50 copies/mL
 - 0,6 % lorsqu'elle est < 1000 copies/mL,
 - 1,5 % lorsqu'elle est de 1000 à 10 000,
 - 7,3 % lorsqu'elle est > 10 000 copies/mL.
- **Les femmes traitées avant la conception sans interruption jusqu'à l'accouchement ont les taux de transmission les plus faibles : 0 et 0,1 % respectivement dans deux études récentes**

EVOLUTION DU TAUX DE PREMATURITE



Toxicités pendant grossesse

- **Chez la mère**

- Diabète: IP , DDI
- Hypersensibilité: NVP
- Anémie: AZT
- Acidose lactique: D4T, association D4T+DDI contre-indiquée
- Hyperlipidémie, troubles du métabolisme glucidique: IP

- **Chez l'enfant**

- efavirenz (sustiva®) : tératogène
- ddl et anomalies congénitales
- AZT : anémies, anomalies mitochondriales (symptômes neurologiques avec retard cognitif, dysfonct. moteur, comitialité, nystagmus, malaises sévères ; Hyperlactatémie persistante; Anomalies de la substance blanche à l'IRM; Anomalies histo. et ultrastructurales)

Prise en charge

1/ Dépistage

- dans de bonnes conditions...

2/ Trithérapie

- La charge virale VIH plasmatique doit être inférieure au seuil à 30 SA +++

3/ Définir les modalités d'accouchement

- césarienne ou non
- traitement de l'enfant

DEPISTAGE

- **Contexte particulier :**
 - **le plus précoce possible**
 - **Confidentialité (entourage + conjoint)**
 - **Angoisse + incertitude**
 - **Annonce du résultat**

- **Au sein des équipes dans chaque discipline**
 - **Formation des personnels**
 - **Référents**
 - **Réseau formel ou informel**
 - **Communication inter et intra équipes**

Fragilité de la femme infectée par le VIH

- Insertion sociale
- Problème de couple
- Précarité
- Immaturité
- Isolement (soutien familial ?)
- Carences

Risque pour l'enfant
= accompagnement social

Chaque intervenant aborde le problème à sa façon
→ Faire une synthèse

Recommandations Françaises

Patiente non traitée

Patiente traitée

2NUCS

AZT+3TC(combivir^o)

FTC+tenofovir(Truvada^o)

+

IP

ATV/r (Reyataz^o)

LPV/r (Kaletra^o)

Adaptation du traitement ARV

CV VIH à 30 SA

CV VIH détectable :
Césarienne à 38 SA

=

CV VIH indétectable :
Voie basse

+
Trt ARV de l'enfant
Et absence d'allaitement

Suivi multidisciplinaire : Grossesse à risque

- Evaluation la plus précoce possible
 - CD4
 - CV
 - Histoire thérapeutique
 - + génotype
 - observance
- Suivi clinique mensuel
- Bilans CV VIH/CD4 tous les mois jusqu'à l'obtention d'une CV indétectable
- Surveillance : tolérance, toxicité, observance
- Situations familiales, sociales
- ➔ Dernière CV à 30 semaines décisive pour définir le mode d'accouchement

Prise en charge tardive

- Importance du dépistage et de l'information aux parents
- Tenir compte de la précarité et des problèmes psychologiques fréquents dans ces situations

- **PEC > 8mois et avant travail:**
 - 2IN+IP/r + césarienne programmée
 - si CV > 1000 : NVP en une prise à la mère
 - renforcer le traitement préventif du nouveau né.

- **PEC pendant le travail :**
 - perfusion d'AZT
 - NVP en une prise à la mère
 - Renforcer le traitement préventif du nouveau né

Modalités d'accouchement

- **Voie basse : dès le début du travail :**
 - Attention : s'assurer que la CV s'accompagne d'une bonne tolérance et observance prévisible jusqu'à l'accouchement et si le travail est long que la femme poursuit son traitement!
 - Perfusion d'AZT 2mg/kg 1ere heure, puis 1mg/kg jusqu'au clampage du cordon

- **Césarienne programmée** : date : 38-39 semaines
 - si indication obstétricale
 - Si CV > 1000 à 30 SA ou détectable à 36 SA
 - Perfusion d'AZT 2mg/kg 1ere heure, puis 1mg/kg jusqu'au clampage du cordon

Le nouveau né : recommandations

- **Bain à la naissance**
- **Rappeler le respect de l'allaitement artificiel**
 - Si impossible (Afrique) : traitement ARV de la mère maintenu jusqu'à la fin de l'allaitement.
- **Traitement préventif VIH**
 - AZT monothérapie 4mg/kg toutes les 12 heures. **pendant 4 semaines.**
 - Si doute/absence de traitement de la mère : renforcement du traitement:
 - bi thérapie : AZT + 3TC (2mg/kg 2fois par jour) 4 semaines
 - trithérapie : AZT + ATC 4 semaines+ Viramune 14 jours (150mg/m² 1fois par jour).
- **Bilans de surveillance :**
 - Equivalence PCR ADN proviral et charge virale dans le diagnostic précoce
 - Naissance, 1, 3 et 6 mois
 - Non contamination = 2 prlvt négatifs en dehors de la période de prophylaxie
 - **Sérologie VIH Elisa à 18 mois**

Organisation des suites de couches

- **Du suivi gynécologique et de l' Allaitement artificiel**
- **Traitement enfant**
- **Surveillance de l'enfant jusqu'à 2 ans**
- **Participation du père (?)**
- **Soutien de la mère**
- **Poursuite ou interruption du traitement de la mère**
- **contraception**

Tout se passe mieux si prévu et multidisciplinaire

Contraception en post partum

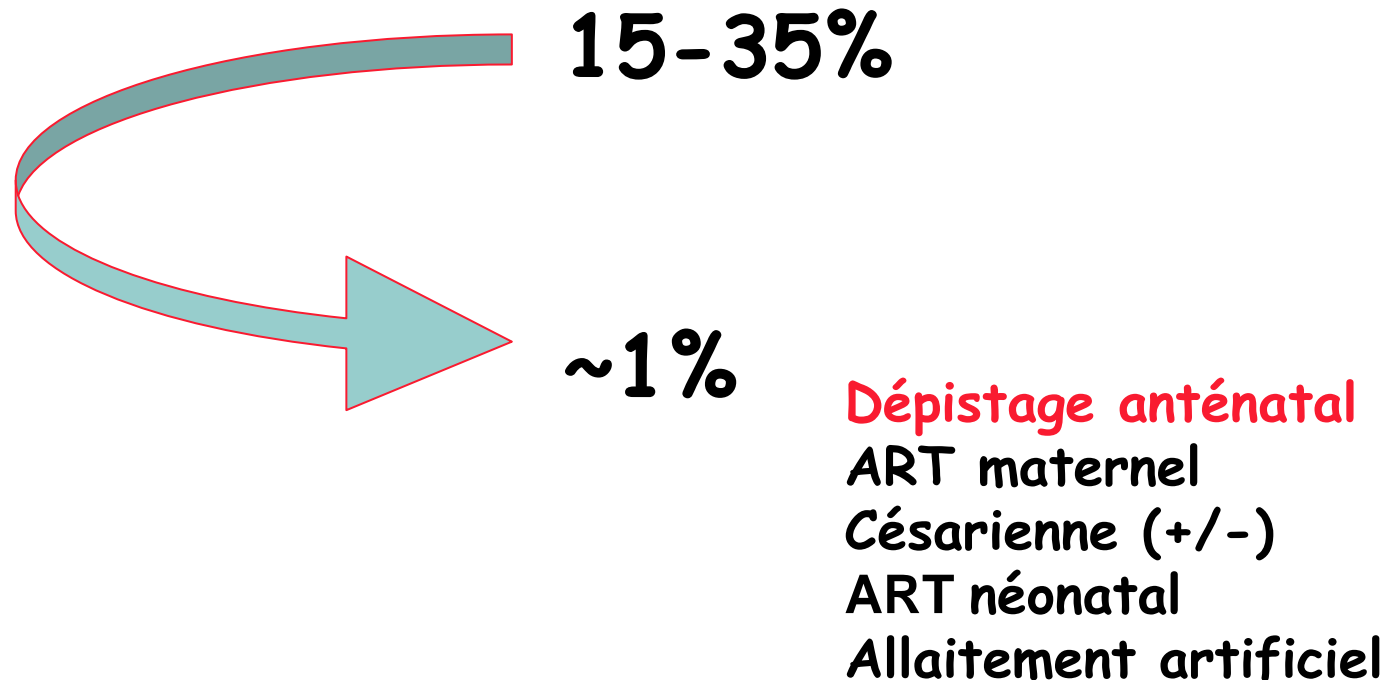
Problème du choix d'une contraception associée aux ARV

- Utilisation systématique de **préservatifs** (masculins ou féminins dont le taux d'échec dans la contraception est élevé)
- **Le stérilet** (risque infectieux)
- **Contraception hormonale** :
 - **Oestro-progestatifs** : (interactions médicamenteuse)
 - **Progestatifs**

la PTME : messages clés

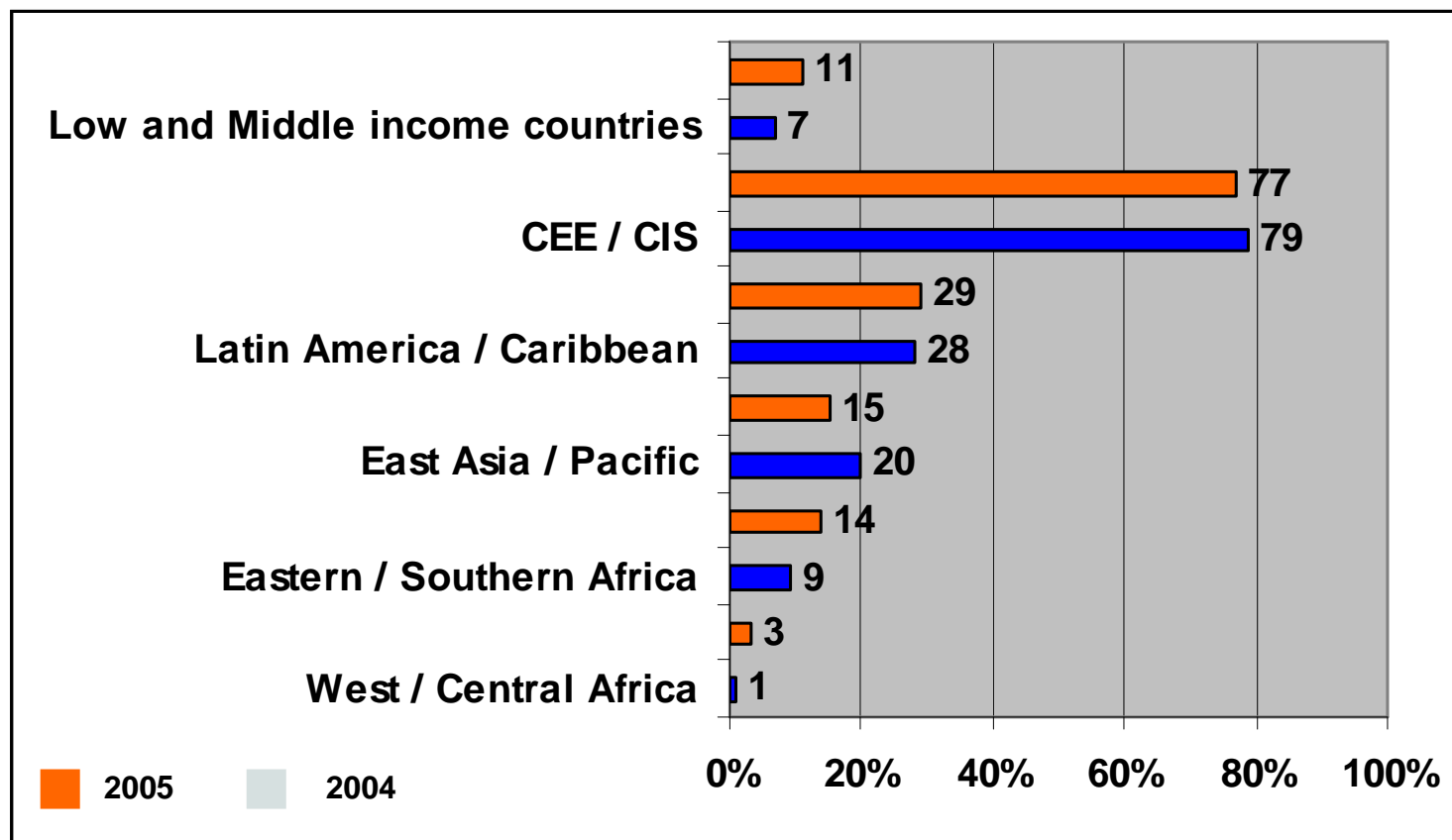
- 1/ la PTME ne se termine qu'avec la **connaissance du statut infectieux de l'enfant**
- 2/ Aussi longtemps que **le placenta et les membranes sont intacts** le VIH ne passe pas de la mère à l'enfant
- 3/ La **PTME dépend avant tout de la charge virale** : son objectif principal est de rendre la charge virale indétectable.

Transmission Mère-Enfant du VIH-1 en France :



-
- Autres données

Pourcentage des femmes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie ARV pour la PTME par région OMS, 2005



Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont besoin d'ARV et qui les reçoivent par région OMS, 2006

