



On veut un enfant !

Le VIH et la reproduction

Par le D^r Darrell Tan et la D^{re} Sharon Walmsley

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont souvent bombardées d'information sur les condoms et les pratiques sexuelles sans risque, le condom étant le meilleur moyen de prévenir le VIH et les autres infections transmises sexuellement (ITS), l'abstinence mise à part. Mais que faire si on veut un enfant ? Aujourd'hui, avec la multithérapie et les techniques de reproduction qui progressent sans cesse, il existe de nouvelles possibilités de reproduction à moindre risque.

L'étape la plus importante, c'est une bonne planification avec son partenaire et son professionnel de la santé. Il ne faut pas renoncer à avoir un enfant à cause du VIH ; par contre, il faut reconnaître l'existence des risques de transmission du virus au partenaire non infecté et à l'enfant. Certains pourront préférer l'adoption ou l'insémination artificielle, avec un donneur séronégatif. Quelle que soit la méthode choisie pour accueillir un enfant dans votre vie, il est important de penser à qui sera la personne capable de s'occuper de l'enfant si vous ou votre partenaire étiez dans l'impossibilité de le faire.

Contraception et prévention des ITS

Une bonne planification, ça veut dire utiliser une méthode de contraception et de protection contre les ITS et le VIH. Or, seul le condom prévient à la fois la grossesse et la transmission du VIH. La vasectomie (ligature des canaux déférents), la stérilisation de la femme et la pilule anticonceptionnelle ne protègent pas contre le VIH, le virus étant présent dans le sperme et les sécrétions vaginales. De plus, il peut y avoir interaction entre

les médicaments antirétroviraux (ARV) et la pilule anticonceptionnelle.

Bien utilisé, le condom en latex prévient la grossesse dans 97 % des cas. Il faut faire sortir l'air du bout du condom avant de l'utiliser, et seuls les lubrifiants à base d'eau sont recommandés (le latex peut se décomposer au contact de l'huile contenue dans certains produits). Et n'oubliez pas de vérifier la date de péremption du condom.

Le condom n'offre pas une protection complète contre des ITS telles que l'herpès, la gonorrhée, la syphilis et le papillomavirus (la cause des condylomes génitaux), car ces infections s'attaquent à des zones cutanées ne pouvant être complètement protégées. Les personnes ayant des lésions génitales ou des symptômes d'ITS (écoulements anormaux, brûlures, ulcères) devraient s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à ce que l'infection soit diagnostiquée et traitée. De tels problèmes augmentent le risque de transmission du VIH, même lorsqu'on utilise le condom.

Conception sans infection

Les couples dont un seul partenaire est infecté par le VIH sont dits « sérodiscordants ». Réduire le risque d'infection du partenaire séronégatif est l'enjeu le plus important pour les couples qui veulent procréer. Même si les deux partenaires ont le VIH, des relations sexuelles non protégées peuvent entraîner une « superinfection », avec transmission de la souche virale d'un partenaire à l'autre.

Le D^r Darrell Tan est chercheur post-doctoral en maladies infectieuses à l'Université de Toronto.

La D^{re} Sharon Walmsley est professeure agrégée de médecine à l'Université de Toronto et directrice de la recherche clinique sur le VIH au University Health Network, rattaché à l'Université de Toronto.

En règle générale, le risque pour un homme séropositif d'infecter une femme séronégative se situe entre 0,5 % (1 chance sur 200 rapports sexuels non protégés) et 0,05 % (1 chance sur 2 000). Pour une femme séropositive et un homme séronégatif, le risque d'infection est de 0,14 % (1 chance sur 700) à 0,03 % (1 chance sur 3 000). Ces chiffres semblent peu élevés, mais avec l'effet cumulatif de rapports sexuels multiples, surtout chez un couple qui veut concevoir, les risques grimpent rapidement. D'autres facteurs contribuent au risque, dont la charge virale de la personne infectée, le degré d'infectiosité de la souche virale, le dommage aux muqueuses pendant les rapports et la présence d'ITS chez l'un ou l'autre partenaire.

Lorsque les rapports sexuels non protégés se limitent à la période d'ovulation, les taux de transmission du VIH sont d'environ 4 %, selon les études.

Elle est séropositive, il est séronégatif

Dans les couples hétérosexuels sérodiscordants où la femme est infectée, l'insémination artificielle demeure la méthode de conception la plus simple. Les couples peuvent même s'en charger tout seuls. L'homme éjacule dans un contenant stérile et transfère le sperme à la femme au moyen d'une seringue ou d'une poire à jus. Il faut déposer le sperme loin dans le vagin, de préférence pendant la période d'ovulation pour maximiser les chances de succès. Mais d'abord, il faut s'assurer qu'il n'y a aucune autre ITS ni aucune lésion génitale.

Il est séropositif, elle est séronégative

Dans ce cas, la transmission du virus est plus risquée. Le traitement de l'homme par les ARV peut réduire le risque, et même si la charge virale est indétectable dans les échantillons sanguins (moins de 50 copies/mL, elle peut être plus élevée dans le sperme, d'où une possibilité de transmission du virus. Hélas, il n'est pas encore possible de réaliser des analyses de routine sur des échantillons de sperme pour y détecter la présence du VIH. Mais de nouvelles techniques permettent de réduire la quantité de virus dans le liquide séminal.

Lavage du sperme

Aussi bizarre que cela puisse paraître, grâce au lavage du sperme, une technique mise au point en Italie il y a une quinzaine d'années, les hommes ayant le VIH peuvent procréer avec moins de

risque de transmission. Au Canada, seule une clinique de London (Ontario) offre le service. Le virus n'infecte pas les spermatozoïdes comme tels, mais les globules blancs et le plasma contenus dans le sperme le transportent. Le lavage du sperme, qui consiste à filtrer le sperme pour le débarrasser des particules indésirables, réduit la charge virale jusqu'à 10 millions de fois. On atténue radicalement le risque de transmission, mais pas complètement. Dans certaines méthodes, l'étape de « migration ascendante » sert à recueillir les spermatozoïdes les plus actifs seulement. Cette méthode permet aussi d'éliminer le virus de l'hépatite C du plasma séminal, mais on n'a pas encore prouvé son efficacité pour l'hépatite B. Donc, la femme qui prévoit se faire inséminer après lavage du sperme devra vérifier qu'elle n'a pas l'hépatite B et se faire vacciner au besoin.

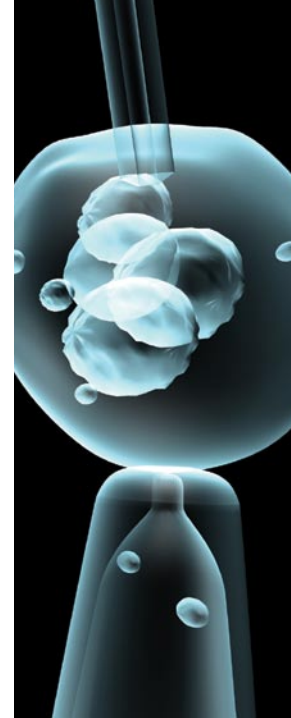
Après le lavage du sperme, on peut pratiquer l'insémination intra-utérine (dans le cas d'une femme séropositive) ou la fécondation *in vitro* (éprouvette). La seconde méthode a de meilleures chances de réussite chez les couples ayant des problèmes de fertilité, mais elle coûte beaucoup plus cher, et certaines cliniques refusent parfois de la pratiquer chez des PVVIH.

En 2004, dans le réseau européen CREATHE (centres européens d'aide à la procréation chez les couples sérodiscordants), on a recensé environ 5 000 cycles de reproduction assistée chez des couples sérodiscordants. Selon les résultats préliminaires, il n'y a eu aucun cas d'infection de l'enfant par le VIH dans les 500 grossesses menées à terme. Dans un autre rapport portant sur une méthode particulière de fécondation *in vitro*, l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde, le taux de grossesse par essai était de 38,1 %, et il n'y a eu aucun cas de transmission horizontale (le partenaire) ou verticale (l'enfant). Ces résultats sont prometteurs, mais les chercheurs ont perdu la trace de nombreux participants au cours du suivi, et ne peuvent donc se prononcer sur les résultats de ces cas.

VIH et fertilité

Certaines études laissent croire que le VIH réduirait la fertilité, mais les données sur cette question sont pour le moins limitées. En fait, les problèmes de fertilité sont très répandus dans la population en général et touchent entre 10 % et 20 % des couples hétérosexuels à un moment donné, surtout chez les femmes plus âgées.

(suite à la page 12)





(suite de la page 9)

Prévenir la transmission mère-enfant du VIH

Les femmes enceintes porteuses du VIH doivent comprendre le risque de transmettre le virus à leur enfant et connaître les mesures disponibles pour réduire ce risque. Sans traitement, la probabilité de transmission se situe entre 20 % et 30 %, mais on peut ramener cette probabilité à 1 % ou 2 % par plusieurs méthodes, dont une multithérapie pour la mère, un usage de médicaments anti-VIH additionnels au moment de l'accouchement, une césarienne planifiée et le non-allaitement du nouveau-né.

Les ARV pendant la grossesse

Au Canada, la norme de traitement des femmes enceintes infectées par le VIH est la multithérapie. Selon les résultats d'importants essais cliniques, la plupart des experts recommandent d'inclure l'AZT dans la combinaison de médicaments (voir l'encadré). La femme enceinte porteuse du VIH devrait poursuivre sa multithérapie si celle-ci est bonne pour sa propre santé. Mais lorsque les médicaments sont prescrits dans le seul but de prévenir la transmission mère-enfant, on recommande de les administrer à partir du deuxième trimestre de la grossesse, ce qui réduit l'exposition du fœtus aux médicaments.

En règle générale, la multithérapie est sans danger pendant la grossesse, mais il y a des exceptions : l'éfavirenz (Sustiva^{MD}), qu'on a associé à des malformations fœtales, et la combinaison de ddI (Videx^{MD}, didanosine) et de d4T (stavudine, Zerit^{MD}), qui peut accroître le risque de dommage au foie et d'accumulation d'acide lactique chez la mère. Pour se renseigner, on peut consulter l'excellente source d'information de l'Antiretroviral Pregnancy Registry, un projet international qui surveille la sécurité des ARV pendant la grossesse, ainsi que Motherisk (Hospital for Sick Children, à Toronto) et les services d'info-santé spécialisés d'autres villes. Dans l'ensemble, les succès de la prévention de la transmission mère-enfant indiquent que les avantages connus de la multithérapie l'emportent généralement sur les risques non démontrés.

Le but du traitement est de ramener la charge virale de la mère à des niveaux indétectables (moins de 50 copies/mL) à l'accouchement, les risques de transmission étant les plus grands au moment du travail et de la naissance. Pour y parvenir et maximiser les futures options de traitement anti-VIH, il est important de prendre les ARV chaque jour, à la même heure. Aussi, il est important de discuter de la question de la grossesse avec son médecin avant de devenir enceinte, de manière à obtenir le meilleur traitement possible. On recommande d'administrer l'AZT par intraveineuse à la mère pendant l'accou-

chement, et par voie orale au bébé après la naissance. Malheureusement, le risque de transmission verticale existe encore, probablement en raison de la présence du virus dans les voies génitales et d'autres facteurs inconnus.

D'autres mesures

Des études ont montré que l'accouchement par césarienne, prévue ou non, réduit les risques de transmission du virus au nouveau-né d'environ 50 %, probablement parce que l'intervention réduit l'exposition du bébé au canal génital et les chances de rupture prématurée des eaux de la mère. Cependant, comme les études en question ne comprenaient pas suffisamment de femmes traitées par une multithérapie efficace, on ne sait pas si la césarienne est utile lorsque la charge virale est inférieure à 50 copies par mL.

Une autre stratégie consiste à ne pas allaiter le nouveau-né, ce qui réduit nettement le risque de transmission. Au Kenya, une étude a montré que le virus était transmis par 36,2 % des femmes qui allaitaient, contre 20 % chez celles qui utilisaient du lait maternisé. **R**

Stratégies de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Administration d'AZT à la mère durant la grossesse et à l'accouchement, et au nouveau-né pendant six semaines :

Dans une importante étude publiée en 1994, cette stratégie a réduit les taux de transmission de 25,5 % à 8,3 %. Dans de nombreuses parties du monde, c'est le traitement privilégié.

Multithérapie : Les taux de transmission reculent en fonction de la quantité d'ARV pris pendant la grossesse, étant de 20,0 % sans médicament, de 10,4 % avec un médicament, de 3,8 % avec deux et de 1,2 % avec trois (Women and Infants' Transmission Study Group). La multithérapie, qui constitue la norme de traitement anti-VIH et de prévention de la transmission mère-enfant, et devrait habituellement comprendre de l'AZT.

Césarienne : Des études ont montré une réduction d'environ 57 % du taux de transmission chez les femmes enceintes qui ne suivent pas de multithérapie ou qui prennent seulement de l'AZT.

Non-allaitement : Une étude de 24 mois réalisée au Kenya a montré que le risque de transmission passait de 36,2 % chez les nouveaux-nés allaités à 20 % chez ceux qui prenaient du lait maternisé.

Motherisk (Toronto)

www.motherisk.org; 1-888-246-5840

Antiretroviral Pregnancy Registry (U.S.)

www.apregistry.com