

VIH et procréation

Rapport Yeni 2010

Modifications par rapport à 2008

COREVIH, 27 septembre 2010

Données sur la transmission sexuelle

- Epidémiologiques : absence de transmission sexuelle quand partenaire traité, observance parfaite, CV indétectable. Méta analyse (Attia 2009) 291 personnes-années de suivi : aucun cas de contamination lorsque le patient traité a CV < 400 cop/ml.
- Virologiques
 - Pas d'infection des spermatozoïdes par le VIH
 - VIH sous formes de particules libres ds liquide séminal et sous forme d'ADN proviral dans les leucocytes
 - ARN VIH présent ds liquide séminal 90% sujets non traités
 - Le traitement ARV réduit la CV séminale de façon drastique
 - Pénétration des ARV dans le sperme bonne (inh de la RT)
 - Etude Necker Cochin : aucun échantillon de sperme VIH+ chez patient à CV sanguine < 50 cop/ml (après 2006)

Place de la procréation naturelle

- *Amenée à évoluer du fait des progrès des traitements ARV et des données sur les risques de transmission*
- *Pas de situation dans laquelle le risque de transmission est nul; l'AMP est le moyen le plus sûr d'éviter la contamination du partenaire*
- Femme infectée, homme non : auto-insémination
- Homme infecté, femme non : *la procréation naturelle est devenue en 2010 une alternative envisageable à l'AMP*

Accompagnement de la procréation naturelle

- ***Lorsque les 2 membres du couple sont infectés par le VIH, reçoivent chacun un traitement ARV au long cours et ont une CV indétectable, les risques de surcontamination lors de rapports non protégés est négligeable.***
- ***Dans les couples stables sérodifférents dont l'homme est infecté VIH, le risque de transmission par un rapport non protégé est estimé < à 1 p 10 000 si charge virale indétectable depuis plus de 6 mois sous multithérapie et en l'absence d'autres infections sexuellement transmissibles ou d'inflammation du tractus génital.***
- **Recommandations du groupe d'experts :**
- ***Proposer une information et évaluation aux couples envisageant procréation naturelle***
- ***Evaluation : conditions virologiques, locales, fertilité, aide à repérer la période d'ovulation, suivi de la sérologie de la femme.***

Prévention de la TME

- Environ 1500 accouchements par an, séroprévalence: 2 p 1000
- Taux de transmission : 1 à 2%.
 - 0.3% si CV < 50cop/ml, 0.6% si <1000 cop/ml, 7.3% si > 10 000 cop/ml
 - Pas de seuil pour risque nul
 - Echecs dûs aux défauts de prise en charge, d'observance, à la prématurité
- Le type de traitement (nombre et classes des molécules) ne paraît influencer cette efficacité du moment que l'objectif virologique est atteint.(PRIMEVA en cours)
- Les femmes traitées avant la conception sans interruption jusqu'à l'accouchement ont les taux de transmission les plus faibles
- La durée du contrôle virologique est associée à une moindre transmission résiduelle (EPF)

Recommandations 2010

- Obtenir charge virale indécélable avec trithérapie.
Si non, renforcer la prophylaxie à l'accouchement et chez le nouveau-né.
- Suivi pluri-disciplinaire, accompagnement thérapeutique
- Molécules
 - **2 INTI : en 1^{ère} intention AZT 3TC, mais ténofovir devient possible bien que données insuffisantes, et abacavir après recherche HLAB57.**
 - **+ 1IP : lopi, saqui ou indi (?). Possibilité ataza, daru, fos-ampre et tipra du fait des données de tolérance chez l'adulte.**
 - **Contre-indiqué : 3 INTI, efavirenz.**

Quand débiter ? les différentes situations

- Femme déjà sous traitement : ne pas interrompre. Vérifier les molécules et contrôler l'efficacité.
- Femme non traitée
 - **Si indication pour elle-même : débiter le plus tôt possible (14SA)**
 - **Si indication PTME : commencer à 14 ou 26SA sauf si risque accouchement prématuré ou CV maternelle élevée (14SA).**

Cas particuliers

- **Lorsque CV vérifiée très faible voire indécélable** : (1% des patientes de la cohorte) : monothérapie par zidovudine ou autre (pas de consensus) (la césarienne a disparu)
- **Lorsque prise en charge à l'approche du terme** : débiter rapidement la trithérapie en y associant éventuellement enfuvirtide ou raltegravir (cas par cas). Césarienne programmée à 38SA.
- Prise en charge pendant le travail : + névirapine monodose
- **Co-infection hépatite B** : on n'arrête pas le ténofovir chez les femmes qui le recevaient avant la grossesse. Attention à l'introduction du 3TC chez les femmes non traitées.

Accouchement et post partum

- **Perfusion d'AZT à l'accouchement** : sa nécessité mérite d'être rediscutée à la lumière des données actuelles : le groupe d'experts propose de surseoir à la perfusion chez femmes ayant un contrôle virologique optimal, après discussion multi-disciplinaire.
- **Césarienne programmée** : recommandée lorsque la charge virale n'est pas contrôlée (> 400 copies/ml en France). Si refus, intensifier le traitement maternel et du NN
- **Allaitement** : contre-indiqué en France. Allaitement « sécurisé » en cours d'évaluation en Afrique.

Nouveau-né

- Faible risque de transmission : durée AZT ramenée de 6 à 4 semaines
- Risque élevé :
 - renforcement du traitement chez le NN, à débiter avant 48-72h de vie
 - AZT 3TC lopi 4semaines
 - AZT 3TC 4semaines + NVP prise unique naissance
 - AZT 3TC 4semaines + NVP 15 jours
 - Niveau des reco : Ala si mère non traitée, Bllb si prise en charge tardive ou CV > 1000 à l'accouchement
 - Prématuré :
 - prématuré : schémas 2 ou 3 et si voie orale contre-indiquée : AZT IV + NVP dose unique
- VIH-2
 - AZT 4 semaines (CIII)

- Le seul ARV disposant d'une AMM chez la femme enceinte et la prophylaxie du nné est la zidovudine, le seul CID est l'efavirenz.
- Toxicité chez l'enfant
 - Cas de cytopathies mitochondriales rapportés aux USA (dysfonction mitochondriale chez 0.3 à 1% des enfants de l'EPF ayant reçu AZT ou AZT 3TC).
 - Cancers : incidence globale non augmentée mais didanosine et tumeurs cérébrales
- Toxicité du Kaletra chez le prématuré