

PRINTEMPS 2006

ISSN 1478-7369

Les infos VIH changent rapidement -
appelez le bureau pour toute mise à jour

HIV i-Base

santé des femmes:
VIH
et
grossesse



- introduction • maman saine = bébé sain
- planifier une grossesse • soins prénataux • traitements VIH
- modes d'accouchement • après la naissance

www.i-Base.info

Aussi paru chez HIV i-Base: Introduction aux Multithérapies, Guide to Changing Treatment, Éviter et mieux gérer les effets secondaires et HIV Treatment Bulletin. Entièrement gratuits. Appelez-nous au 020 7407 8488 ou admin@i-Base.org.uk

HIV i-Base
santé des femmes:VIH et grossesse
Printemps 2006



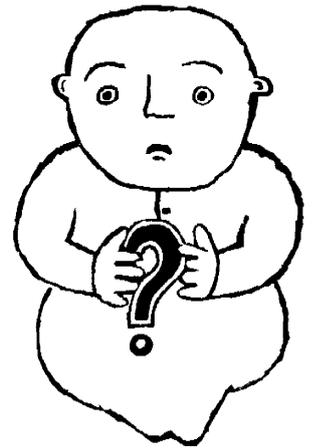
Table des matières

Introduction	3
Questions générales	3
Infos complémentaires	6
Protéger et préserver la santé de la mère	7
Planifier une grossesse	8
Soins prénataux et traitements VIH	11
Les médicaments VIH pendant la grossesse	14
Résistance, surveillance et les autres tests	17
Prévention et traitement des infections opportunistes (IO) pendant la grossesse	18
Vaccins et grossesse	18
Traitement de l'herpès génital chronique pendant la grossesse	18
VIH et hépatites	18
Médicaments VIH et santé de l'enfant	19
Modes d'accouchement	20
Après la naissance	22
Allaitement maternel : les risques	23
Conseils issus de nos autres guides	24
Organiser votre traitement : évaluation de l'adhésion au traitement	26
i-Base publications	28

Introduction

Cette brochure prend en considération et reflète les dernières recommandations en date des experts de la British HIV Association (BHIVA) pour les cas de VIH et grossesse. En particulier:

- Un avertissement contre l'utilisation de la névirapine chez les femmes avec numération CD4 élevée, y compris pour les cas de grossesse.
- Un nouveau chapitre sur les co-infections VIH/hépatites.
- Des considérations plus détaillées sur le mode d'accouchement - à savoir accouchement par voie vaginale contre accouchement par césarienne.



Questions générales

Questions générales

Le but de ce livret est de favoriser un traitement VIH optimum pour tout cas de grossesse ou de désir d'enfant.

Les informations recueillies ici se veulent utiles à tous les stades - avant, pendant et après la grossesse, que vous soyez déjà sous traitement ou pas. Ces infos couvrent votre santé et celle de votre enfant.

En cas de nouveau diagnostic de VIH...

Ce livret vous trouvera peut-être à un moment déroutant et difficile de votre vie. La nouvelle d'une grossesse ou d'une séropositivité est souvent accablante, et ce plus encore si les deux s'annoncent en même temps.

Il s'agit peut-être de votre première découverte du VIH. Vous allez rencontrer beaucoup de nouveaux mots et nous essayerons de rester le plus clair possible sur leur signification au niveau pratique.

L'optimisme est permis. Votre situation, si désespérante soit-elle à l'heure actuelle, ne va que s'améliorer avec le temps. Il faut absolument comprendre que les traitements VIH ont fait d'énormes progrès, surtout pour les cas de grossesse.

Il existe de nombreuses structures d'aide et de soutien et autres sources d'informations, dont certaines sont relevées dans la liste page 6.

Ces conseils spécialisés ne seront pas les mêmes que ceux pour la grossesse en général. Il y a des différences par rapport aux médicaments, à l'accouchement par césarienne et à l'allaitement maternel.

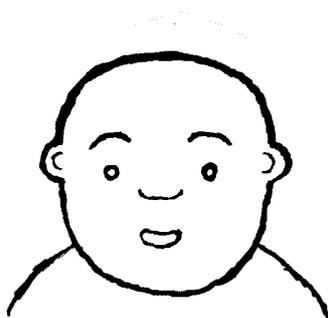
La plupart des personnes séropositives ont plus de temps pour surmonter leur diagnostic avant de prendre une décision sur leur traitement. Ceci n'est pas toujours le cas si le diagnostic survient pendant la grossesse. Il y aura parfois des décisions difficiles à prendre rapidement.

Quelle que soit votre décision, agissez toujours en connaissance de cause. Les quelques conseils suivants peuvent aider à faire un choix lorsque la situation n'est pas claire:

- Posez beaucoup de questions.
- Allez aux consultations avec votre partenaire ou un(e) ami(e).
- Discutez avec d'autres femmes qui ont vécu la même situation.

Vos choix pendant la grossesse relèvent de vous-même et sont personnels. Pour faire les meilleurs choix, informez-vous le plus possible. Le seul 'bon' choix est le vôtre. Pour faire un bon choix, il faut d'abord apprendre tout ce qu'on peut sur le VIH et la grossesse.

- *Trithérapie ou multithérapie désignent l'utilisation d'au moins trois médicaments pour traiter le VIH.*
- *Les médicaments anti-VIH ne sont pas efficaces pris isolément (monothérapie) mais réussissent très bien en association.*
- *Pour de plus amples renseignements, lisez le guide i-Base*



- La transmission du VIH est le passage du virus d'une personne à une autre. Lorsque c'est de la mère à l'enfant, on l'appelle transmission mère -enfant (TME) ou transmission verticale.
- Un enfant qui devient séropositif de cette façon devient donc un "enfant contaminé verticalement".

- La charge virale mesure la quantité de virus dans le sang en nombre de copies par millilitre.
- La charge virale est une mesure de la progression du VIH. Le but du traitement est de ramener la charge virale au niveau indétectable, c à d à moins de 50 copies par millilitre.
- Si la charge virale de la mère est indétectable au moment de l'accouchement, le risque de transmission mère-enfant est pratiquement nul.

Résistance

- Sous monothérapie (prise d'un seul médicament) ou sous multithérapie pas suffisamment forte pour obtenir une charge virale indétectable, le VIH peut devenir résistant aux médicaments.
- En cas de résistance à un médicament, celui-ci perd son efficacité, parfois complètement.
- Pour éviter les résistances, il s'agit d'utiliser au moins trois médicaments antirétroviraux en association.
- Pendant la grossesse aussi, il faut absolument éviter les cas de résistance.

Une femme séropositive peut-elle enfanter ?

Oui, avec un traitement. Les femmes utilisent les médicaments antirétroviraux sans danger dans le monde entier depuis plus de dix ans. A l'heure actuelle cela signifie la prise d'au moins trois médicaments anti-VIH, à savoir la multithérapie. Ces traitements ont transformé la vie des personnes touchées par le VIH dans tous les pays où ils sont utilisés.

Les traitements ont un effet formidable sur la santé des mamans séropositives et de leurs enfants. Cela encourage toute femme à envisager de faire (ou de refaire) un enfant.

Votre traitement VIH protège votre enfant

Ce n'est pas seulement votre propre santé qui bénéficie du traitement. Le fait de traiter votre VIH va diminuer le risque que votre enfant soit séropositif à presque zéro. Dans l'absence d'un traitement, environ 25% des enfants nés d'une maman séropositive seront positifs. Un sur quatre c'est un gros risque surtout lorsqu'on sait que les nouveaux traitements arrivent presque complètement à empêcher la contamination.

Comment le VIH se transmet à l'enfant ?

On ne connaît toujours pas la manière exacte de la transmission de la maman à l'enfant. Cependant la plupart des cas de transmission surviennent aux alentours ou pendant l'accouchement. La transmission se produit aussi lors de l'allaitement maternel.

Plusieurs facteurs de risque vont influencer le risque de transmission pendant l'accouchement. Le facteur le plus important est le résultat de la charge virale de la maman.

Comme pour toute personne sous traitement VIH, le but de la trithérapie est donc d'obtenir une charge virale indétectable, particulièrement pour l'accouchement. La durée entre la perte des eaux et la naissance, appelée rupture prolongée des eaux, est un autre facteur de risque.

Avec ou sans grossesse, toute femme doit recevoir un traitement optimal pour son infection à VIH

La naissance prématurée et l'absence de soins VIH prénataux sont aussi des facteurs de risque pour la transmission verticale.

Les points clés à ne pas oublier:

- Le statut VIH de l'enfant dépend directement de la santé de la mère.
- Le statut VIH du père n'a aucune influence sur le statut de l'enfant.
- Le statut VIH de l'enfant ne dépend pas du statut de vos autres enfants.

Est-ce que toutes les femmes enceintes vont faire le dépistage ?

Pas dans la plupart du monde. Au Royaume-Uni les professionnels de la santé doivent proposer le dépistage à toute femme enceinte depuis 1999. Il s'agit aujourd'hui d'une analyse ordinaire des soins prénataux.

L'avantage certain du dépistage pendant la grossesse est de permettre à la femme de prendre en mains son traitement, sa santé et son bien-être vont être augmenté avec la connaissance de son statut VIH. En cas de séropositivité, cela lui permet aussi d'accéder aux informations pour protéger son enfant contre le VIH.

Comment les médicaments VIH protègent l'enfant ?

La diminution du risque de contamination à l'enfant fût un des premiers succès des traitements anti-VIH. En 1994, les résultats de la fameuse étude Franco-américaine PACTG076 étaient annoncés. Ils prouvaient pour la première fois que la prise du médicament AZT protégeait l'enfant. Les mères avaient pris AZT pendant la grossesse et l'accouchement et l'enfant pendant les six premières semaines. Le risque de transmission verticale était diminué de 25% à 8%.

Après 1994, on recommanda la même stratégie pour toutes les femmes séropositives enceintes. Beaucoup de progrès suivirent, surtout depuis l'arrivée des multithérapies à la fin des années 1990. Le taux de transmission verticale sous multithérapie est aujourd'hui inférieur à 1%.

AZT reste le seul médicament avec autorisation de mise sur le marché pour utilisation pendant la grossesse. Les médecins préfèrent donc souvent de l'inclure dans le traitement des femmes enceintes. Cependant, il ne faut pas utiliser AZT si vous y êtes résistante. Certaines femmes

- Les cellules CD4 sont un type de globules blanc qui servent à combattre les infections. Ce sont les cellules que le VIH contamine et utilise pour sa reproduction et sa multiplication.
- La numération CD4 est la quantité de CD4 par millimètre cube de sang. La numération CD4 est une mesure de la progression du VIH.
- La numération CD4 est différente chez chacun mais un adulte sain se situe entre 400 et 1.400 cellules par millimètre cube. Des facteurs tels que la fatigue, la maladie et la grossesse vont causer une diminution passagère de la numération CD4.
- Une numération sous 200 cellules/mm³ est dite faible et toutes les recommandations indiquent qu'il faut commencer un traitement au plus tôt. En dessous de 200, il y a un risque accru de développer des infections.

ne vont pas non plus l'utiliser si les effets indésirables sont trop forts ou si elles sont déjà sous un traitement sans AZT qui réussit bien.

Dans tous ces cas, on peut se passer de l'AZT. Le risque de transmission est le même avec ou sans AZT. La règle d'or reste que "si c'est bon pour maman, c'est bon aussi pour bébé".

Il faut bien se rappeler que malgré les progrès énormes et le succès certain des multithérapies, leur utilisation pendant la grossesse reste relativement nouvelle. Il reste

- La période prénatale est la période avant l'accouchement, pendant laquelle le fœtus se développe dans la matrice (l'utérus).
- Les infections opportunistes (IO) peuvent causer des maladies graves chez les personnes avec une numération CD4 faible, souvent le cas chez les personnes séropositives. Ces infections ne se présentent normalement pas chez les personnes avec un système immunitaire sain. Par exemple la pneumocystose, le cytomegalovirus et les mycobactéries atypiques qui peuvent apparaître le plus souvent chez les personnes sans traitement (voir page 18).

beaucoup d'inconnues sur leur utilisation et il faudra donc discuter des avantages et des inconvénients avec votre équipe médicale, y compris des facteurs à court terme et à long terme, connus ou inconnus.

Les médicaments VIH sont-ils vraiment sans danger lors de la grossesse ?

Bien que les médicaments en général soient à éviter pendant la grossesse, ce n'est pas le cas des traitements VIH. En fait, certains médicaments VIH sont interdits pendant la grossesse, mais ceux qu'on utilise ont permis d'obtenir des bébés séronégatifs. Cette contradiction apparente s'explique d'un côté par le manque de certitude que les médicaments VIH sont absolument sans danger pendant la grossesse et de l'autre par le fait que des milliers de femmes ont déjà utilisé ces traitements sans causer de complications à l'enfant.

Lors des consultations prénatales, il s'agira de discuter avec votre médecin des avantages et des inconvénients de toute décision thérapeutique pour vous et votre enfant.

Le registre international des malformations congénitales chez les bébés exposés aux médicaments antirétroviraux ne montre pas d'augmentation de type ou de fréquence de malformations par rapport aux bébés nés de mamans sans médicaments. Voir <http://www.apregistry.com>

La grossesse aggrave-t-elle l'infection à VIH ?

La grossesse ne complique pas la santé de la femme par rapport à son VIH car elle n'accélère pas la progression de l'infection.

Par contre la grossesse peut provoquer une diminution de la numération CD4. En moyenne, la chute est de 50 cellules/mm³ avec de fortes variations entre individus. Cette chute est passagère et la numération CD4 va revenir à son niveau d'avant la grossesse rapidement après l'accouchement.

Il faut se méfier que la chute n'entraîne pas les CD4 en dessous de 200 cellules/mm³. En dessous de 200, le risque d'infections opportunistes augmente. Ces infections peuvent attaquer la femme et l'enfant et il faut traiter immédiatement si elles se présentent. En général les femmes enceintes reçoivent le même traitement que les personnes sans grossesse pour la prévention des infections opportunistes (IO). Voir page 18.

Le VIH ne change pas le cours de la grossesse chez les femmes sous traitement. Le virus n'attaque pas la santé du fœtus, sauf en cas d'infection opportuniste.

Infos complémentaires

Ce livret discute du vih pendant la grossesse. Les livrets suivants de l'organisme i-Base couvrent d'autres aspects importants des traitements et des soins VIH:

- Introduction aux Multithérapies
- Éviter et mieux gérer les effets secondaires

Ces livrets explicatifs en français vous fournissent les définitions de base pour pouvoir profiter pleinement de votre traitement. Ils contiennent les explications de nombreux termes utilisés ici tels que numération CD4, charge virale et résistance, termes qui peuvent être nouveaux ou porter à confusion.

Nous vous proposons d'utiliser ces livrets ensemble.

Vous pouvez les commander sur internet:

<http://www.i-base.info>

Numéro d'appel

i-Base vous propose aussi un service gratuit d'informations spécialisées par téléphone au 0808 800 6013. Si vous désirez vous entretenir avec quelqu'un en confiance sur les traitements VIH et la grossesse, appelez-nous, nous vous aidons. Service accessible entre 12 et 4 heures les lundi, mardi et mercredi. Pas en français.

Ces mêmes infos peuvent être obtenues par courriel à l'adresse info@i-Base.org.uk

Autres sources de renseignements (en anglais)

Body and Soul - Telephone: 020 7383 7678

<http://www.bodyandsoul.demon.co.uk>

Positively Women - Telephone: 020 7713 1020

<http://www.positivelywomen.org.uk>

International Community of Women (ICW)

<http://www.icw.org>

WORLD

<http://www.womenhiv.org>

Project Inform

<http://www.projinf.org>

British pregnancy and treatment guidelines

<http://www.bhiva.org/>

U.S. pregnancy and treatment guidelines

<http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>

Votre centre de soins aura la liste des structures de soutien au niveau local.

Protéger et préserver la santé de la mère

Votre traitement et votre santé sont les points primordiaux à considérer pour la bonne santé de l'enfant.

On ne peut le répéter suffisamment.

Parfois la recherche oublie que les femmes séropositives en grossesse doivent être soignées pour leur propre infection à VIH. C'est un point qui peut être négligé ou oublié lorsque la mère et les professionnels de la santé se concentrent sur l'enfant. Vous ne devez pas l'oublier cependant: votre santé et vos soins sont très importants.

En gros, votre traitement sera le même que sans grossesse. On parlera plus loin des cas où ce principe ne s'applique pas.

La prévention de la transmission et la santé de l'enfant dépendent directement de vos soins. Le counselling prénatal pour femmes séropositives devra toujours couvrir les points suivants :

- Conseils et discussion sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant;
- Informations sur les traitements VIH pour la mère maintenant et
- Informations sur les traitements VIH pour la mère à l'avenir.

Votre enfant voudra toujours une maman en bonne santé qui pourra le voir grandir, aller à l'école et devenir adulte.

Un médecin qui traite avec succès les femmes séropositives pendant la grossesse à l'aide des multithérapies décrit de la suite sa "philosophie de soins" :

Philosophie de soins

- La mère va prendre en main la gestion de sa grossesse, y compris choisir son propre traitement.
- Le personnel soignant va fournir les informations, les outils éducatifs et le counselling de manière impartiale, avec but de soutien et sans passer de jugement.
- Le VIH va être suivi de très près pendant la grossesse, particulièrement à l'approche de l'accouchement.
- Les infections opportunistes vont être traitées de la sorte.
- Les médicaments anti-VIH sont utilisés pour diminuer la charge virale au niveau indétectable.
- Il faut traiter les mères de façon à éviter les résistances aux médicaments VIH.
- Les mères vont décider en connaissance de cause du moment et du mode de l'accouchement.



Rien n'est plus important pour un enfant que la santé de sa maman

Planifier une grossesse

Préconception, conception, et le droit de faire un enfant

De nombreuses femmes séropositives enceintes ont déjà un diagnostic de VIH au moment de la conception. Beaucoup aussi prennent déjà les médicaments anti-VIH au moment de la conception. Si vous saviez déjà que vous êtes séropositive, vous aurez peut-être discuté du désir d'enfant lors des consultations ordinaires, même si cette grossesse n'est pas planifiée.

Si vous avez un désir d'enfant, les professionnels de la santé vont vous conseiller sur les besoins suivants :

- de prendre en compte votre état de santé général;
- de réaliser les contrôles nécessaires; et
- de traiter toute infection sexuellement transmissible.

Il s'agit aussi de recevoir les soins et traitements adéquats pour votre VIH.

Il existe encore des cas de discrimination contre les personnes séropositives qui décident d'avoir des enfants bien que la situation se soit beaucoup améliorée par rapport à avant. Pour ne pas souffrir de ces problèmes de discrimination, suivez les points ci-dessous :

- Choisissez une équipe de professionnels et un hôpital qui respecte et soutient votre choix de faire un enfant.
- Si vous manquez de soutien, adressez-vous à un médecin et une équipe qui a plus d'expérience du VIH.
- Si le centre spécialisé est hors d'atteinte, contactez-le pour obtenir conseil, soutien et prendre connaissance de vos droits.

Un partenaire séropositif et l'autre séronégatif : que faire ?

La controverse continue au sujet du meilleur conseil à donner aux couples sérodifférents (ou sérodiscordants), c'est-à-dire un partenaire séropositif et l'autre négatif.

Il n'est normalement pas prudent de faire des rapports non-protégés. Même pour les essais de conception, il reste toujours un risque que le partenaire négatif attrape le VIH.

Pour une femme séronégative, le risque de devenir séropositive lors de rapports non-protégés dépend de

plusieurs choses, y compris de la charge virale dans le sperme du partenaire masculin. (En effet, une charge virale plasmatique -dans le sang- indétectable ne signifie pas que la charge virale dans le liquide séminal est aussi indétectable.)

Pour un homme séronégatif, le risque de contamination dépend de la charge virale dans les sécrétions vaginales du partenaire féminin.

Il y a d'autres facteurs importants. Le risque peut être augmenté chez un homme non-circocis parce que les tissus cellulaires du prépuce sont plus vulnérables au VIH. De même, les rapports avec un homme séropositif non-circocis sont plus dangereux pour la femme séronégative que ceux avec un homme séropositif circocis.

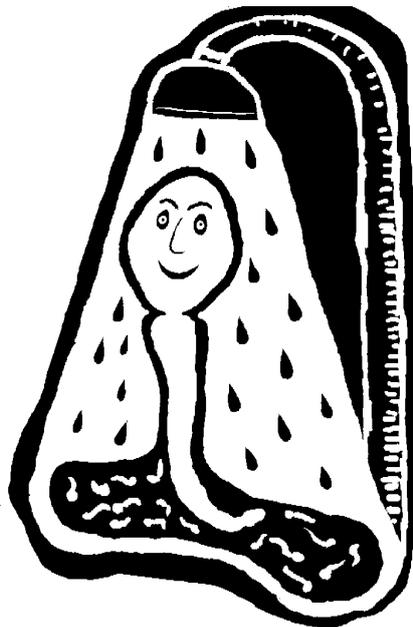
Une infection aux voies urinaires va aussi augmenter le risque de contamination du VIH par rapport sexuel. Les deux membres de tout couple sérodifférent doivent ainsi réaliser un dépistage des infections sexuellement transmissibles avant la conception, et suivre un traitement si nécessaire.

L'homme devrait faire une analyse de sperme pour exclure toute infection et vérifier que le spermogramme soit normal.

Mis à part les facteurs de risque, le VIH est un virus qui se transmet difficilement. Statistiquement, il est bien plus difficile de transmettre le VIH que d'obtenir une grossesse. D'où les essais de conception limités à la période d'ovulation (moment où la femme est féconde), présentent un risque réduit si le partenaire séropositif a une charge virale indétectable. Cependant un risque est toujours présent autant pour l'homme que pour la femme séropositifs lors de chaque rapport sexuel non-protégé. De fait, un seul épisode peut suffire pour concevoir un enfant mais aussi pour contracter le virus VIH.

Une étude sur femmes séronégatives et hommes séropositifs a montré que 4% des femmes sont devenues séropositives. Ce risque paraîtra inacceptable à presque tout le monde.

Il faut ajouter un point supplémentaire. Un nombre limité d'essais à la conception semble comporter peu de risque mais certains couples arrêtent de pratiquer les rapports protégés par la suite, avec pour conséquence



Beth Higgins

que le partenaire négatif va devenir séropositif.

Le VIH reste une maladie qui va bouleverser le reste de votre vie. Si un de vous deux est toujours négatif, ne gaspillez cette chance pour faire un enfant.

Pour le désir de grossesse, il y a d'autres solutions expliquées ci-dessous qui ne présentent pratiquement pas de risque pour le partenaire négatif.

Homme séropositif et femme séronégative

Dans cette situation, on peut recourir au procédé de lavage de sperme.

L'homme va produire un échantillon de sperme pour usage clinique. Une centrifugeuse va séparer les spermatozoïdes du liquide séminal. (Seul le liquide séminal contient des cellules contaminées par le VIH, les spermatozoïdes eux-mêmes n'en ont pas).

On contrôle ensuite la séronégativité du sperme obtenu après lavage et finalement on réalise une insémination intra-utérine. On peut aussi avoir recours à la fertilisation in vitro, surtout pour les cas de spermogramme faible chez l'homme.

Le médecin italien qui le premier a développé le processus de lavage de sperme l'a utilisé sur plus de 3000 échantillons de sperme. Il n'y a encore jamais eu de cas de contamination chez la femme avec le lavage de sperme.

Par contre on a vu la naissance de plus de 600 bébés séronégatifs. Il s'agit donc de la méthode de conception la plus sûre chez une femme négative avec un partenaire séropositif.

Un petit nombre de cliniques proposent le lavage de sperme au Royaume-Uni. L'hôpital Chelsea and Westminster Hospital à Londres est celui qui en a la plus grande expérience.

Malheureusement ce procédé n'est pas toujours réalisable dans le cadre du service de santé national (NHS), bien que récemment plusieurs personnes ont reçu ce traitement gratuitement en tant que mesure de diminution de risque.

Pour la prise en charge, il s'agit donc d'une approche de prévention ou de diminution de risque plutôt que

d'un traitement de la stérilité. L'année passée le NHS a pris en charge 10% des couples au centre Chelsea and Westminster sur base d'une politique de prévention avec l'appui d'une lettre du médecin VIH..

Il faut que ce pourcentage augmente car le coût du lavage constitue un obstacle pour beaucoup de couples. Vous pouvez appeler le service d'assistance médicale à la procréation de l'hôpital Chelsea and Westminster au 0208 746 8585.

Femme séropositive et homme séronégatif

Les possibilités sont généralement bien plus simples dans cette situation.

L'insémination artificielle par auto-insémination avec une seringue en plastique ne présente aucun risque pour l'homme. C'est le moyen le plus sûr de protéger l'homme contre le VIH.

Il s'agit d'introduire le sperme le plus haut possible dans le vagin pendant la période d'ovulation. La femme ovule en milieu de cycle, environ 14 jours avant les règles.

Les centres de soins vous proposeront différentes façons de procéder à l'auto-insémination. On peut soit faire des rapports sexuels protégés en utilisant un préservatif sans spermicide, soit éjaculer dans un container, et ensuite récolter le sperme à l'aide d'une seringue en plastique et l'inséminer dans le vagin. Le centre de soins va fournir container et seringue gratuitement et vous expliquer en détail la méthode d'insémination et le calcul de la période d'ovulation.

Deux partenaires séropositifs

Certains médecins conseillent toujours les rapports protégés même chez les couples où les deux partenaires sont positifs. Ceci pour éviter le risque de surinfection avec un type différent de VIH. Ce risque est probablement très faible mais pas nul. Le risque est encore réduit si les seuls rapports non-protégés sont limités aux tentatives de conception. Le risque de surinfection est aussi:

- relatif à la charge virale des partenaires.
- plus élevé si un partenaire est stable sous traitement alors que l'autre n'est pas traité ou une charge virale élevée.
- plus important si un partenaire a développé des résistances aux médicaments VIH.

Si vous faites d'ordinaire des rapports protégés, le conseil serait de vous limiter aux rapports non-protégés pendant la période d'ovulation. Vous pouvez aussi suivre le conseil pour couples sérodifférents.

Si vous ne faites pas normalement les rapports protégés, le risque n'est pas augmenté par les essais à la conception.

Il s'agit dans tous les cas d'une décision personnelle. Pour connaître et évaluer le risque réel, c'est aussi très personnel.

Chaque méthode de conception va présenter un certain risque, un certain coût et une certaine chance de réussite. Ces facteurs augmentent à chaque épisode.

Pour tout désir de grossesse, prenez le temps d'en discuter avec votre partenaire. Passez en revue toutes les possibilités et faites un choix qui vous convienne à tous les deux.

Est-ce qu'il existe de l'aide en cas de difficultés pour concevoir ?

Les problèmes de fertilité peuvent survenir chez tous les couples, séropositifs sérodifférents ou séronégatifs. Il y a possibilité d'intervenir, souvent avec succès, mais cela n'est pas toujours facile.

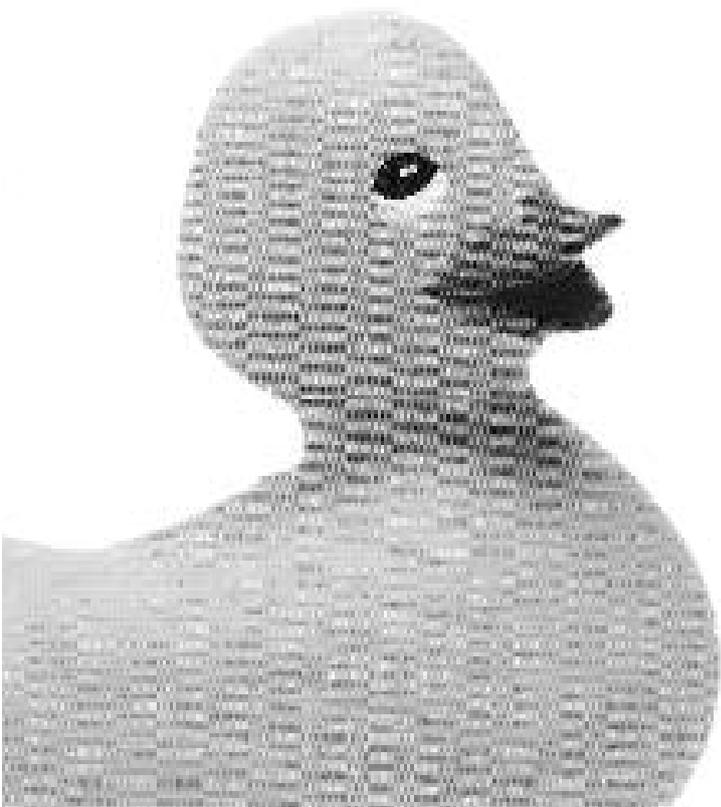
En cas de difficultés pour concevoir, demandez au médecin l'accès à l'assistance médicale à la procréation. Demandez aussi d'être reçue dans un centre pratiquant l'assistance médicale à la procréation qui a l'expérience du VIH.

Le traitement de fertilité est-il accessible aux personnes séropositives ?

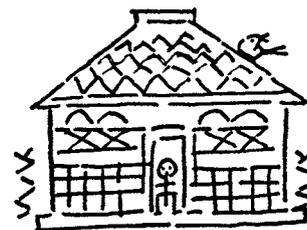
Oui. La fertilité garde la même importance pour faire un enfant, avec ou sans présence de VIH.

Le même soutien et les mêmes services doivent être offerts aux personnes séropositives qu'aux personnes séronégatives. Les mêmes critères de sélection seront appliqués et ceux-ci sont parfois très stricts. Le traitement de fertilité n'est pas toujours non plus disponible dans le cadre du service de santé national (NHS).

Si cette aide à la procréation ne vous est pas accordée, ou avec difficultés, vous avez le droit de vous plaindre et de changer de centre de soins, en choisissant un centre plus compréhensif ou avec plus d'expérience de la séropositivité.



Soins prénataux et traitements VIH



Les soins prénataux couvrent tous les soins nécessaires pendant la grossesse pour la préparation de la naissance.

Il ne s'agit pas seulement des médicaments et des examens mais aussi d'un encadrement, un counselling et des infos telles que ce livret par exemple. En plus d'un bilan général de santé et des recommandations sur l'exercice physique et sur le tabagisme.

Pour tous les soins liés au VIH, il est capital que les professionnels de la santé qui s'occupent de vous soient des spécialistes des femmes séropositives. Qu'il s'agisse du médecin obstétricien, pédiatre, de la sage-femme et de tout autre personnel soignant.

Il faut aussi que les professionnels responsables de vos soins soient au courant des développements les plus récents sur la prévention de la transmission mère-enfant et sur les soins VIH.

Est-ce qu'il faut toujours un traitement pendant la grossesse ?

Toute femme séropositive enceinte doit sérieusement considérer le traitement pendant la grossesse, ne fût-ce que pour une courte durée vers la fin de la grossesse et à arrêter immédiatement après l'accouchement. Ceci sans considération pour la numération CD4 ni la charge virale.

Le principe de base pour les soins de futures mamans séropositives est de "Traiter comme un adulte sans grossesse". Cependant les recommandations de traitement divergent un peu de celles pour les autres adultes séropositifs.

On croit souvent que le traitement une fois commencé va durer toute la vie mais ceci n'est pas vrai.

Parfois on peut utiliser un traitement pendant une certaine durée et puis arrêter, c'est souvent le cas une fois que la grossesse est finie.

'Traiter comme un adulte sans grossesse'

- Il s'agit du principe général de traiter l'infection VIH comme pendant l'absence de grossesse.
- Il y a quelques exceptions particulièrement si vous n'avez pas besoin du traitement pour vous-même et en égards à certains médicaments VIH utilisés couramment.

Et si je n'ai pas besoin du traitement pour mon propre VIH ?

Les recommandations préconisent le commencement du traitement autour d'une numération CD4 à 200. Le traitement n'est normalement pas initié au-dessus de ce niveau sauf en cas de problèmes de santé liés au VIH.

Cependant les études montrent que le traitement va réduire le risque de transmission même chez les mères dont la charge virale était inférieure à 1000 copies/ml avant de commencer ce traitement. (Le taux de transmission est inférieur à 1% chez les mères traitées aux médicaments anti-VIH contre près de 10% chez les mères sans traitement.)

Ce résultat indique la nécessité de proposer le traitement à toute future maman séropositive, même avec une numération CD4 supérieure à 200 et sans avoir jamais pris de traitement auparavant.

Les recommandations proposent un choix entre deux options pour les femmes enceintes avec une numération CD4 élevée:

1. Une trithérapie à commencer après le deuxième trimestre de la grossesse, vers 24 à 28 semaines.
2. AZT en monothérapie couplé à un accouchement par césarienne (comme dans le cadre de l'étude 076).

Les femmes se sentent mieux, leur santé s'améliore sans cesse - elles pensent à l'avenir, elles envisagent des relations à long terme et des enfants aussi

Il faut étudier les avantages et les inconvénients de ces deux choix. Discutez et réfléchissez prudemment aux points suivants pour être sûre de votre approche:

• **Avantages de la trithérapie :**

- o L'utilisation de trois médicaments diminue la charge virale au niveau indétectable et assure le taux de transmission le plus faible jusqu'à présent.
- o L'utilisation de trois médicaments réduit le risque d'apparition de résistances et préserve les choix de traitement à l'avenir.
- o Vous avez le choix du mode d'accouchement.

• **Inconvénients de la trithérapie :**

- o Le bébé est exposé à un plus grand nombre de médicaments.

• **Avantages de l'AZT/césarienne :**

- o Le risque de transmission est aussi très faible (environ 1%).
- o Un plus petit nombre de médicaments.

• **Inconvénients de l'AZT/césarienne :**

- o La césarienne est une opération lourde qui présente des risques pour la maman. (voir pages 20-21 sur l'accouchement).
- o Un petit risque d'apparition de résistance à l'AZT qui entraîne aussi des résistances à d'autres médicaments de la même famille.

Le deuxième choix n'est permis qu'aux femmes avec une numération CD4 élevée et une faible charge virale qui donc n'auront pas besoin de traitement antirétroviral avant plusieurs années.

Et si je dois suivre un traitement pour mon propre VIH ?

La nouvelle de la séropositivité va parfois survenir pendant la grossesse même. Comme on disait précédemment, cela peut constituer une période difficile au point de vue pratique et émotionnel. Demandez toute aide supplémentaire qui puisse vous soulager.

Les recommandations actuelles préconisent le traitement pour toute personne avec une numération CD4 inférieure à 200, y compris les femmes enceintes. Le traitement va aussi dépendre de la période de la grossesse à laquelle vous recevez le diagnostic.

Si vous recevez le diagnostic en début de grossesse, il s'agirait peut-être de retarder le traitement jusqu'après la fin du premier trimestre, c'est-à-dire 12 à 14 semaines après les dernières règles. Il s'agirait peut-être aussi de retarder le traitement pendant ce trimestre si vous aviez déjà un diagnostic de VIH mais que vous n'aviez pas encore commencé de traitement.

Il y a deux raisons principales pour lesquelles on va retarder le traitement. Premièrement il s'agit du fait que les organes majeurs du fœtus se développent pendant les 12 premières semaines dans la matrice. Il y a donc un risque théorique d'effets secondaires néfastes sur l'enfant causés par tout médicament, y compris les anti-VIH.

Les études ne montrent pas d'augmentation du risque chez les bébés dont la mère a utilisé les traitements VIH pendant le premier trimestre comparé aux mères qui n'ont pas utilisé de médicament pendant cette période. Cependant les mères et les médecins préfèrent parfois retarder le traitement.

La deuxième raison de retarder le traitement est que la plupart des femmes vont ressentir des malaises, des nausées en début de grossesse. Ces nausées sont normales mais peuvent ressembler aux effets indésirables qui peuvent se présenter en début de traitement VIH et il ne s'agirait pas de souffrir des deux en même temps.

Cela pourrait aussi compliquer les questions d'adhésion au traitement. Si vous ressentez des nausées à cause de la grossesse, vous n'aurez aucune envie de prendre en

plus un traitement qui va aggraver ces nausées. Et si par malchance vous avez des vomissements, vous risquez de manquer des prises de médicament.

Si les nausées persistent après le premier trimestre, il faut les prendre au sérieux car elles peuvent signaler d'autres problèmes.

Si vous souhaitez commencer le traitement immédiatement, ou que vous deviez commencer en urgence à cause des CD4, votre médecin vous le conseillera.

Et si je découvre ma séropositivité tard dans la grossesse ?

Même tard dans la grossesse, le traitement offre des bénéfices. Même après 36 semaines, le traitement peut diminuer la charge virale à un niveau très bas.

Une seule semaine de traitement sous multithérapie va rapidement diminuer la charge virale d'une grande quantité. (Voir pages 14-15 sur les médicaments.)

Et si je suis déjà sous traitement VIH au moment de la grossesse ?

Bien des femmes décident de faire un enfant or qu'elles sont déjà sous traitement. Cela en dit long sur les progrès formidables effectués en ce qui concerne médicaments

VIH. Les femmes se sentent mieux, leur santé s'améliore sans cesse, elles pensent à l'avenir, elles envisagent des relations à long terme et des enfants aussi.

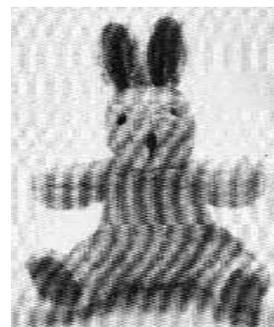
Les femmes qui conçoivent sous traitement choisissent parfois d'arrêter le traitement pendant le premier trimestre. Certains médecins vont le conseiller mais de moins en moins.

Ceci peut être un bon choix selon les cas. Il vaut mieux être stable sous traitement avec une numération CD4 convenable depuis le début. Ce choix n'est pas toujours prudent et il faut absolument surveiller de près pendant cette période.

Il est parfois difficile de revenir à une charge virale indétectable après une interruption de traitement. L'arrêt de traitement va parfois comporter un risque de résistances.

Aujourd'hui on voit de plus en plus de femmes déjà sous traitement qui continuent leur traitement pendant toute la grossesse sans interruption.

Les études ne montrent pas d'augmentation de risque chez la mère ni chez l'enfant du fait de continuer le traitement pendant toute la grossesse sans interruption.



Les médicaments VIH pendant la grossesse

Quels médicaments utiliser?

Comme toute décision relative aux traitements, il n'y a pas de règle absolue.

Le traitement doit être adapté à chaque personne selon sa santé et sa situation.

La multithérapie

On conseille en général d'inclure AZT dans l'association de médicaments parce que AZT reste le seul médicament ayant une autorisation de mise sur le marché pour utilisation pendant la grossesse. Il faudrait réaliser un test de résistance (génotype) pour s'assurer que l'AZT sera actif sur votre virus. Le résultat va aussi aider à choisir les autres médicaments.

Si vous n'avez pas besoin du traitement pour vous-même, on va souvent conseiller d'associer AZT au 3TC, du fait que ces deux médicaments sont bien connus pendant la grossesse. (Voir cadre page 15.)

Cependant les résistances au 3TC apparaissent très facilement et il faut donc ajouter un troisième médicament pour former une trithérapie.

Le troisième médicament sera probablement une anti-protéase. Le test de résistance va assurer l'efficacité des médicaments choisis. L'anti-protéase sera soit saquinavir potentialisé par ritonavir, lopinavir potentialisé par ritonavir (appelé Kaletra) ou nelfinavir.

En cas d'arrêt du traitement après la naissance, l'anti-protéase a l'avantage supplémentaire d'être éliminé rapidement par l'organisme. Associé à AZT et 3TC, vous pouvez tout arrêter en même temps sans gros risque de voir des résistances apparaître.

An autre médicament très souvent utilisé est le non-nucléosidique appelé névirapine.

Il y a un avertissement contre l'utilisation de névirapine chez les femmes avec CD4 au-dessus de 250 à cause du risque de toxicité sur le foie. Dans cette situation, plus souvent le cas chez les femmes enceintes, il faut trouver un autre médicament si possible. Il n'y a apparemment pas de risque chez les femmes avec CD4 plus faible, en dessous de 250 et l'avertissement ne concerne pas les personnes qui ont déjà utilisé névirapine avec succès.

La névirapine pénètre rapidement toutes les parties du corps et en même temps présente une longue demi-vie, ce qui signifie qu'elle reste présente dans le corps pendant un certain temps après la prise.

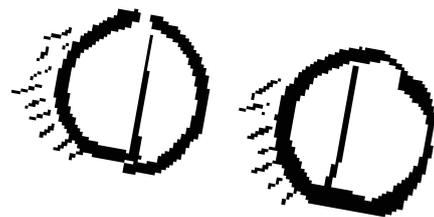
Lorsqu'on arrête la prise d'un traitement qui contient névirapine ou un autre non-nucléosidique, il faut les arrêter environ une semaine avant les autres médicaments pour diminuer le risque d'apparition de résistances. Si vous étiez déjà sous multithérapie, vous restez sous le même traitement. Si vous preniez efavirenz ou ddl en association avec d4T, il faudra arrêter ou changer ces médicaments selon les solutions de remplacement permises. Voir la partie explicative sur les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse à la page 15.

Si vous ressentez des effets secondaires ou que votre charge virale soit indétectable, le médecin va chercher une substitution du traitement.

Bien que cela reste rare, il y a eu des accouchements chez des femmes utilisant cinq médicaments ou même plus.

Finalement, en cas de découverte d'une séropositivité très tard dans la grossesse ou pendant le travail d'accouchement, un traitement adapté sera prescrit. Selon les CD4, on va utiliser névirapine qui est absorbé très rapidement et donc est la plus efficace pour éviter la transmission verticale dans ces situations.





Il faut utiliser névirapine avec deux autres médicaments à cause du risque de résistance, le plus souvent AZT et 3TC (en un comprimé appelé combivir). Pour éviter les résistances il faudra continuer cette association jusqu'à obtention d'une charge virale indétectable.

En cas d'arrêt du traitement par la suite, il faut arrêter névirapine avant les deux autres médicaments, bien qu'il soit préférable d'attendre d'avoir réalisé un bilan de santé complet.

Il faut continuer le traitement seulement à condition d'être capable de prendre toutes les doses selon la prescription.

Dans certains cas et selon le programme pour l'accouchement, AZT va être administré sous perfusion pendant l'accouchement.

Quels médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse ?

Efavirenz est contre-indiqué parce que ce médicament a causé des anomalies cérébrales au tube neural chez des bébés animaux lors d'une étude médicamenteuse. Bien qu'on ait jusqu'à présent pas rapporté d'augmentation du risque d'anomalies au tube neural chez les bébés humains, la prudence impose de chercher un traitement alternatif, surtout pendant les 12 premières semaines de grossesse.

En cas de prise d'efavirenz pendant le premier trimestre, il faut réaliser deux tests. Une échographie et un dosage de l'alpha foetoprotéine pour dépister toute anomalie du tube neural.

Après le premier trimestre, il n'y a plus de raison d'arrêter efavirenz s'il vous réussit bien. Parfois efavirenz est le médicament de choix pour le diagnostic tard avec CD4 élevés où névirapine sera déconseillée.

L'antiprotéase indinavir est déconseillée chez les femmes enceintes sans l'utilisation de ritonavir pour l'optimiser car le taux de médicament est diminué pendant la grossesse (indinavir est rarement utilisé seul de toute façon).

L'antiprotéase amprenavir en sirop est aussi déconseillée chez les femmes enceintes (et chez les enfants de moins de quatre ans) car elles ne peuvent pas métaboliser un de

ces composants, le propylène glycol. La gélule d'amprenavir ne contient pas de propylène glycol.

L'hydroxyurée est rarement utilisée contre le VIH mais ne doit jamais être utilisée pendant la grossesse, ni par l'homme autour de la conception. Il ne s'agit pas d'un médicament anti-VIH. L'hydroxyurée est utilisée pour potentialiser les anti-VIH ddl ou d4T. Les effets indésirables de ces médicaments sont aussi augmentés.

Il y a une mise en garde contre l'utilisation de ddl et d4T en association pendant la grossesse à cause d'effets secondaires fatals survenus chez certaines femmes enceintes. Le d4T n'est plus utilisé en traitement de première ligne d'après le rapport des experts.

On répète que la névirapine est contre-indiquée chez les femmes avec numération CD4 élevée.

- Les données de sécurité montrent qu'un médicament a été utilisé sans danger chez un certain nombre de personnes. D'une manière générale, plus on a d'informations sur l'utilisation d'un médicament chez un grand nombre de personnes, plus facilement on dira que ce médicament est sans danger pour cette population.

- Les analogues nucléosidiques sont la famille de médicaments antirétroviraux qui contient AZT, ddl, 3TC, abacavir et ténofovir (un nucléotidique). En général, la première multithérapie va associer deux nucléosidiques soit à un non-nucléosidique soit à une antiprotéase.

- Les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse et les antiprotéases sont deux autres familles de médicaments antirétroviraux qui agissent toutes différemment. La trithérapie va normalement rassembler deux nucléosidiques et un non-nucléosidique ou une antiprotéase.



Est-ce qu'il y a plus d'effets indésirables pendant la grossesse ?

Environ 80% des femmes enceintes vont ressentir des effets secondaires, ce qui est le même pourcentage chez toutes les personnes qui utilisent les anti-VIH.

La plupart des effets indésirables sont légers et concernent principalement des nausées, des diarrhées et la fatigue. Parfois, mais rarement, cela peut être grave. Le livret de i-Base intitulé 'Éviter et mieux gérer les effets secondaires' sera utile à toute personne qui utilise les traitements VIH. Le chapitre sur 'Vous et votre médecin' est aussi utile avec ou sans traitement.

Un avantage de la grossesse est le suivi rapproché effectué lors des visites régulières à la clinique. Cela facilite la surveillance des effets secondaires avec le médecin.

Certains effets secondaires des médicaments VIH ressemblent aux changements qui arrivent pendant la grossesse, comme les nausées, et il n'est pas toujours facile de savoir si c'est le médicament ou la grossesse qui est responsable.

Beaucoup de médicaments VIH peuvent causer des nausées et des vomissements, surtout en début de prise. Pendant la grossesse, ces effets secondaires peuvent

- *L'évaluation préclinique. Avant de tester un médicament sur les humains, on les teste en laboratoire sur des animaux. Cela n'indique pas forcément ce qui va se passer chez les hommes mais va servir de guide aux problèmes graves qui pourraient survenir.*

compliquer les nausées et l'adhésion au traitement. Des conseils pour contrer la nausée et pour faciliter l'adhésion sont présentés en pages 24 et 25.

Il faut s'attendre à être plus fatiguée surtout en début de traitement pendant la grossesse. L'anémie, qui est un effet secondaire courant de l'AZT et de la grossesse, peut causer la fatigue. Un examen sanguin simple va contrôler l'anémie et les comprimés de fer seront prescrits si nécessaire.

Pendant la grossesse, il y a toujours un risque de diabète. En théorie, le risque sera augmenté par la prise d'une antiprotéase. Il faut dès lors contrôler le taux de glucose et faire les tests du diabète, comme chez toutes les femmes enceintes. En dehors des cas de grossesse, on remarque une élévation du taux de bilirubine, un enzyme du foie, avec les antiprotéases, surtout indinavir et aussi la nouvelle antiprotéase atazanavir. Le taux de bilirubine doit être surveillé chez la maman et le bébé parce que un excès de bilirubine peut abîmer le cerveau en développement du bébé. On n'a cependant pas encore rapporté de niveau excessivement élevé de bilirubine chez les femmes enceintes sous antiprotéase ni chez leur bébé.

La grossesse est un facteur de risque supplémentaire d'une élévation du taux d'acide lactique. L'acide lactique est régulé par le foie. L'acidose lactique est un effet secondaire rare mais dangereux et parfois fatal des nucléosidiques. L'utilisation de d4T et ddl ensemble exacerbe ce risque mais cette association est contre-indiquée pour la grossesse.

Veillez consulter le livret de i-Base intitulé 'Éviter et mieux gérer les effets secondaires' pour les explications sur les symptômes et les contrôles.

Résistance, surveillance et les autres tests

Et les résistances?

Il faut se méfier des résistances pendant la grossesse.

Certaines des stratégies utilisées pour diminuer la transmission verticale vont mener rapidement à des résistances.

Les mono ou bithérapies ne sont pas conseillées dans le traitement de la séropositivité. D'où il ne faut pas les utiliser chez les femmes séropositives enceintes qui doivent traiter leur propre VIH. Chez les femmes qui n'ont pas besoin elles-mêmes du traitement, AZT seul va créer moins facilement des résistances que AZT associé à 3TC ou à névirapine.

Si vous êtes déjà sous multithérapie et que votre charge virale n'est pas indétectable, il faut examiner la situation avec l'aide d'un spécialiste par soucis pour votre santé et celle de votre enfant. Les résistances peuvent apparaître lorsque la charge virale est détectable et votre santé future va en souffrir. La charge virale au moment de l'accouchement est directement liée au risque de transmission à l'enfant.

Une interruption de traitement, si elle mal planifiée, ou le non-respect de l'horaire peuvent mener à des résistances.

On peut même transmettre une souche résistante de virus et un bébé né avec un virus VIH résistant aux médicaments est plus difficile à soigner.

Les résistances et comment les éviter ainsi que des conseils sur l'adhésion au traitement sont inclus dans le livret i-Base intitulé 'Introduction aux Multithérapies'.

Faut-il faire un test de résistance ?

Le rapport d'experts recommande un test de résistance pour tout changement de traitement, avec ou sans grossesse, et aussi pour tout nouveau diagnostic et commencement du premier traitement.

Le test de résistance est capital pour déterminer si les médicaments utilisés vont tous réussir et va aussi indiquer si vous avez été contaminée par un virus résistant.

Demandez au médecin de réaliser le test de résistance.

• Monothérapie et bithérapie

La monothérapie est l'utilisation d'un seul médicament VIH et la bithérapie l'utilisation de deux médicaments. Aucune de ces deux stratégies n'est aussi puissante que la trithérapie, cependant elles sont utilisées pour réduire la transmission mère-enfant.

Faut-il faire des examens supplémentaires ?

Il faut surveiller de près autant la grossesse que le VIH.

Pour le VIH, on surveille les CD4 et la charge virale. Parfois un test de résistance s'impose, parfois aussi un dosage sanguin des médicaments qui contrôle la bonne absorption des médicaments. Le taux de médicament peut parfois changer lors de la grossesse.

En plus des soins VIH, il s'agit de faire les dépistages des hépatites, de la syphilis et des autres infections sexuellement transmissibles et de l'anémie et la tuberculose. Les infections sexuellement transmissibles ainsi que les infections vaginales peuvent augmenter le risque de transmission du VIH.

Le dépistage de la toxoplasmose et du cytomégalo virus sont parfois nécessaires et il s'agit de les réaliser le plus tôt possible dans la grossesse car ces deux virus courants peuvent se transmettre à l'enfant. Un traitement devra être suivi si nécessaire.

Le centre de soins va aussi réaliser un examen gynécologique complet, y compris le frotti pour dépistage du cancer du col qui s'avère d'autant plus important si les CD4 se situent en-dessous de 200.

Les autres examens sont les tests de routine et varient selon le médecin. La tension artérielle, le poids, examen d'urine et analyses sanguines.

Sauf complication, vous allez probablement vous rendre au centre tous les mois et puis toutes les deux semaines en fin de grossesse.

Quels examens faut-il éviter ?

Certains examens utilisés communément pour évaluer maman et fœtus comportent un risque théorique de transmission du VIH, cependant l'augmentation du risque n'est pas prouvée par une étude chez des femmes sous multithérapie. En général, on conseille aux femmes enceintes avec VIH d'éviter autant que possible les examens suivants :

- amniocentèse
- choriocentèse ou prélèvement des viscosités choriales (PVC)
- échantillonnage du scalp foetal
- cordocentèse
- électrode de scalp (les échographies et l'enregistrement électronique du rythme cardiaque foetal ne posent aucun problème)

L'équipe de professionnels de la santé va fournir les explications sur ces termes et la raison de leur contreindication.

Prévention et traitement des infections opportunistes (IO) pendant la grossesse

Les traitements préventifs et curatifs des IO restent généralement les mêmes que pendant l'absence de grossesse, seulement certains médicaments sont déconseillés.

L'équipe soignante va faire les contrôles réguliers des IO dans le cadre des soins VIH et pendant la reconstitution immunitaire grâce à la multithérapie. Il faudra parfois traiter d'autres infections, surtout si le diagnostic est survenu pendant la grossesse.

Les traitements préventifs et curatifs de la pneumocystose, de la mycobactérie avium et de la tuberculose sont conseillées si nécessaire pendant la grossesse.

Les traitements préventifs du cytomégalovirus, de la candidose et des infections fongiques internes ne sont pas conseillés d'ordinaire à cause des toxicités médicamenteuses. Les traitements des infections graves ne doivent jamais être évités à cause d'une grossesse.

- *La prophylaxie ou traitement préventif est la prise de médicaments ayant pour but d'éviter une infection ou une surinfection avant qu'elle ne se produise.*

Vaccins et grossesse

On peut faire les vaccins de la grippe, de l'hépatite B et du pneumocoque pendant la grossesse à condition que la charge virale soit indétectable car ils provoquent une augmentation passagère de cette dernière.

Les vaccins actifs tels que ceux de la rougeole, des oreillons et de la rubéole ne peuvent pas s'utiliser pendant la grossesse.

Traitement de l'herpès génital chronique pendant la grossesse

Un grand nombre de femmes séropositives (environ 75%) souffrent aussi d'herpès génital. Les mères séropositives sont plus susceptibles de souffrir d'une crise d'herpès pendant l'accouchement. Pour diminuer ce risque, on recommande souvent un traitement préventif à l'aide d'acyclovir.

L'herpès se transmet aisément de la mère à l'enfant et même avec une charge virale sanguine indétectable et la multithérapie, les plaies d'herpès contiennent de grandes quantités de VIH. Ces virus VIH contenus dans les plaies peuvent être relâchés pendant le travail et mettre le bébé en danger de recevoir l'herpès et le VIH. Le traitement par acyclovir est sans danger pendant la grossesse.

VIH et hépatites

Quel est le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant ?

En cas de coinfection par l'hépatite C (HCV) et le VIH, le risque de transmission du HCV s'élève jusqu'à 15%. Le traitement VIH diminue le risque de transmission du HCV.

Le rapport d'experts préconise un accouchement par césarienne bien qu'aucune étude n'ait pu prouver l'avantage de la césarienne par rapport à l'accouchement vaginal chez les femmes coinfectées par les HCV/VIH.

Et l'hépatite B ?

Il est très probable que les mamans avec l'hépatite B (HBV) aiguë vont la transmettre à leur enfant, cependant la transmission va être évitée par la vaccination du bébé rapidement après la naissance, pratique courante au Royaume-Uni.

Il faudra penser à utiliser une multithérapie qui contienne des médicaments actifs contre le HBV tels que 3TC et ténofovir.

Médicaments VIH et santé de l'enfant

Un nombre de mères et de médecins trouvent l'utilisation de médicaments anti-VIH pendant la grossesse problématique par peur d'effets méconnus sur l'enfant.

Certaines études indiquent une tendance à la prématurité et à un faible poids de naissance chez les bébés nés de mères sous multithérapie, effets qui peuvent s'expliquer par les antiprotéases. D'autres études ne confirment pas toutes ces données.

Les effets à long terme sont difficiles à évaluer parce que même aujourd'hui les premiers enfants nés de mères qui ont utilisé AZT seul ont 16 ans à peine et les enfants nés de mamans sous multithérapie à peine 8 ans.

Un suivi rapproché des enfants soumis à l'AZT n'a montré aucune différence par rapport aux autres enfants. Tous les enfants nés d'une maman séropositive sont aussi suivis et les données résultantes vont fournir des renseignements essentiels à l'avenir.

En fin de compte, il semble que le plus gros risque pour un enfant né d'une maman avec le VIH est le virus lui-même. Les médicaments VIH permettent de l'éviter.

Les médicaments VIH attaquent-ils le bébé ?

On peut le craindre et malheureusement il n'y a pas de réponse définitive bien que, en gros, les médicaments semblent généralement inoffensifs.

des études ont examiné le risque de prématurité, d'anomalie congénitale et de toxicité mitochondriale sur les bébés.

Quel est le lien entre la multithérapie, les antiprotéases et la prématurité ?

Il y avait un avertissement préalable sur les antiprotéases et un lien possible avec prématurité (naissance avant 37 semaines) et faible poids de naissance. Comme stipulé ci-dessus certaines études prouvent ce lien et d'autres pas.

Les médicaments anti-VIH causent-ils des anomalies congénitales ?

Il n'y a pas de lien apparent jusqu'à présent entre anomalies congénitales et traitements VIH. Il n'y a pas non plus de différence entre les femmes qui commencent le traitement pendant le premier trimestre et celles qui commencent plus tard dans la grossesse—bien que le nombre de femmes participant à ces études reste faible.

Il n'y a pas non plus jusqu'à présent d'effet indésirable sur le développement de ces enfants.

Et la toxicité mitochondriale ?

Les mitochondries sont les 'usines à énergie' contenues au sein de nos cellules. Quelques rapports indiquent que 3TC et AZT pendant la grossesse pourraient endommager les mitochondries chez les enfants. Fort heureusement, une étude importante sur plus de 20.000 enfants séronégatifs en Amérique n'a trouvé aucune preuve de toxicité mitochondriale chez ceux exposés à ces médicaments pendant la grossesse de la mère. L'étude suivait la nouvelle que 2 enfants en France étaient morts et 6 autres souffraient de toxicité mitochondriale après exposition à AZT et 3TC.

Dans de rares cas cependant, une toxicité mitochondriale passagère peut survenir chez le nouveau-né. Un très petit nombre de bébés ont souffert d'acidose lactique et d'anémie apparemment à cause des médicaments anti-VIH. Ils sont tous guéris par suite des soins qu'ils ont reçus.

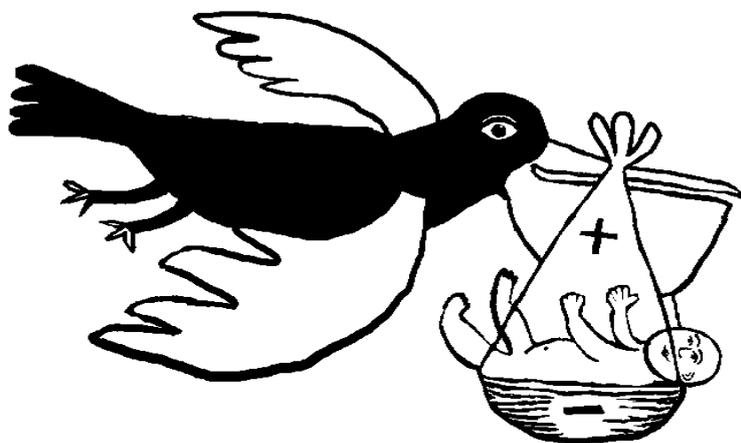
Et l'anémie ?

Il y a eu des cas d'anémie chez les bébés nés de mamans sous médicaments VIH mais cela passe rapidement et nécessite rarement une transfusion.

Surveillance des nouveaux-nés

Les enfants nés de mères séropositives sous traitement sont suivis de très près.

Modes d'accouchement



Le mode d'accouchement de l'enfant, que ce soit par voie vaginale ou par césarienne, porte à controverse. L'opération est réalisée avant le commencement du travail ou la perte des eaux et s'appelle dès lors 'césarienne programmée'.

Plusieurs études ont illustré le fait que la césarienne diminue grandement la transmission mère-enfant par rapport à l'accouchement normal mais ces études ont été réalisées avant l'utilisation des multithérapies et des tests de charge virale. On ne sait pas si la césarienne est avantageuse pour les enfants nés de maman séropositive sous multithérapie.

Faut-il faire la césarienne ?

Si vous n'avez besoin du traitement que par rapport à la grossesse et que vous prenez AZT en monothérapie, il faut faire une césarienne pour diminuer le plus possible le risque de transmission.

On répètera que les études qui démontrent une diminution du risque grâce à la césarienne ne prenaient pas en compte les bénéfices des multithérapies.

Avec une charge virale indétectable, le risque de transmission est tellement faible des deux côtés, voie vaginale ou césarienne, qu'il ne sera peut-être jamais possible de déterminer le mode d'accouchement le plus sûr.

On note avec intérêt que la transmission verticale est rare chez les femmes sous multithérapie même lorsque la charge virale se situe au-dessus de 50 copies/ml.

Quel est le conseil des experts ?

Le rapport des experts stipule que : " Il faut discuter du mode d'accouchement avec toute femme concernée et prendre ses vues en considération".

Toute femme avec une charge virale indétectable et qui est sous multithérapie aura le choix du mode d'accouchement.

Quels sont les risque de complication ?

La césarienne est une opération grave. Donc les complications, surtout des infections, sont plus courantes chez les femmes qui font la césarienne que chez celles qui ont un accouchement vaginal.

Il y aurait pour la césarienne un risque de complication légèrement plus élevé chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives, et la différence est plus marquée chez les femmes avec une infection plus avancée.

Les enfants nés par césarienne entre les 37^{ème} et 30^{ème} semaines vont être plus souvent ventilés (support à la respiration) que les enfants nés par voie normale entre la 39^{ème} et la 41^{ème} semaine.

La césarienne ne protège pas l'enfant si le travail se déclenche plus tôt que prévu ou si vous perdez les eaux avant l'opération.

La césarienne empêche-t-elle un accouchement normal plus tard ?

C'est un point très important à considérer car une césarienne aujourd'hui signifie que l'accouchement normal par la suite sera plus compliqué. Après une première césarienne, on conseille généralement à la femme d'accoucher encore par césarienne par la suite.

Il faut savoir ceci au cas où vous voudriez d'autres enfants dans un pays où la césarienne ne se fait pas ou difficilement ou avec risque.

Comment choisir ?

Le premier point à garder à l'esprit est que vous avez le droit de décider le mode d'accouchement. Le médecin et tous les professionnels doivent vous respecter et vous soutenir dans vos choix.

Avant toute décision, il faut aussi être avertie des risques associés à la césarienne. Il faut prendre le temps de discuter en détail toute question sur les deux modes d'accouchement avec l'équipe soignante.

Il faut s'assurer avec le médecin que le VIH soit bien traité et la charge virale ramenée à moins de 50, pas seulement pour le risque de transmission mais pour votre santé.

- *La césarienne est l'accouchement chirurgical de l'enfant à l'aide d'une coupure dans la paroi abdominale. Les conseils donnés ici ne seront pas les mêmes que ceux donnés par vos professionnels de santé à la clinique. Le rapport des experts recommande presque toujours une césarienne pour les femmes séropositives—bien que les tendances commencent à changer.*

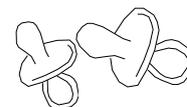
Cette préférence clinique pour la césarienne n'est pas universelle et la césarienne n'est pas sans danger. Il est essentiel de bien comprendre que lorsque le VIH est bien maîtrisé avec une charge virale indétectable, il n'y a pas plus de risque pour l'enfant lors de l'accouchement par voie vaginale.

Que préparer pour la naissance ?

On conseille souvent de préparer son sac à l'avance, surtout pour l'accouchement par voie vaginale, dont on ne peut pas prévoir la date. Il faudra y mettre des pyjamas ou robe de chambre, une brosse à dents, le nécessaire de toilette et bien entendu vos médicaments anti-VIH. N'oubliez surtout pas l'heure de vos médicaments. Il est primordial de continuer à bien les prendre tout au long du travail, ce qui ne sera pas facile si le travail se prolonge.

Demandez à votre partenaire, ami ou sage-femme de vous rappeler l'heure de vos prises de médicament et l'endroit où ils se trouvent.

Après la naissance



Que faire pour ma santé après la naissance ?

Attention à votre adhérence! C'est-à-dire observer les prises de médicament exactement selon la prescription.

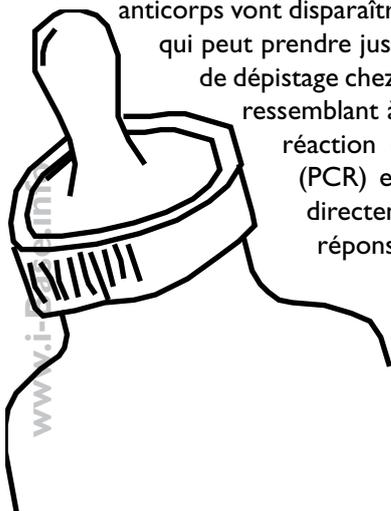
Votre adhésion au traitement après la naissance de votre bébé est cruciale. Bien souvent on adhère au traitement pendant la grossesse mais après la naissance, on oublie facilement sa propre santé. Ce n'est pas une surprise du fait des changements et du choc provoqués par la nouvelle arrivée d'un enfant. Votre horaire est dérangé et vous ne dormez pas assez. Dans les cas sérieux, on peut faire une dépression postnatale. L'aide de la famille, des amis et des professionnels va apporter un grand soutien. Les groupements associatifs peuvent aussi vous aider.

Beaucoup de femmes adaptent leur prise de médicament à celle de leur enfant pour les aider à se rappeler de les prendre. Si c'est deux prises par jour pour maman et enfant, prenez-les en même temps.

Les pages 26 et 27 vous proposent un tableau pour vous faciliter la tâche pendant les premières semaines et le livret sur les multithérapies offre des conseils sur l'adhérence.

Quand et comment savoir si mon enfant est séronégatif ?

Les enfants nés d'une mère séropositive reçoivent automatiquement les anticorps au virus. Si on fait un dépistage ordinaire après la naissance, le résultat sera positif puisqu'il s'agit des anticorps de la maman, mais ces anticorps vont disparaître si l'enfant n'a pas le virus, ce qui peut prendre jusqu'à 18 mois. Le meilleur test de dépistage chez un bébé est donc une analyse ressemblant à la charge virale qui s'appelle réaction en chaîne de la polymérase (PCR) et qui vise à dépister le virus directement dans le sang et non la réponse immunologique.



Dépistage du VIH chez l'enfant :

- La méthode PCR, ou Réaction en Chaîne de la Polymérase, est une analyse très sensible qui dépiste de minuscules fragments d'ADN VIH dans le sang.
- Le test procède par amplification, comme une multiplication, de l'ADN pour le détecter plus facilement.

La procédure à suivre est de réaliser un test à la naissance, un autre à un mois et encore un à trois mois d'âge. Si ces trois résultats sont négatifs et que vous n'allaites pas, le bébé sera négatif. A l'âge de 18 mois, on vous annoncera que votre enfant a perdu vos anticorps, moment très excitant.

Est-ce que l'enfant doit aussi prendre les médicaments ?

L'enfant prend les médicaments VIH pendant les 4 à 6 premières semaines de vie. Le plus souvent, il s'agit de l'AZT à prendre entre 2 et 4 fois par jour. Dans peu de cas, l'enfant va prendre un autre médicament ou une trithérapie si vous avez des résistances à AZT.

Comme on a dit précédemment, essayez de synchroniser vos médicaments avec ceux de l'enfant.

Dois-je utiliser la contraception après la naissance ?

Après la naissance, la sage-femme va vous parler de la contraception. Parfois on ne reprend pas la pilule contraceptive si on a commencé un traitement VIH pendant la grossesse parce que certains médicaments VIH vont diminuer l'efficacité de la pilule et vous ne serez pas protégée contre la grossesse.

Rappelez-le au médecin et renseignez-vous plus en détail.

Allaitement maternel : les risques



Le risque de transmission verticale du VIH par l'allaitement maternel s'élève jusqu'à 28%.

Les mères séropositives dans les pays industrialisés peuvent facilement éliminer ce risque en utilisant les biberons et le lait en poudre.

Les biberons et le lait en poudre sont gratuits

L'allaitement au biberon est fortement conseillé pour toutes les mamans séropositives.

Ayant suivi les mesures de prévention pendant la grossesse et l'accouchement, il ne s'agirait pas de compromettre la santé de bébé en l'allaitant.

Les biberons, le lait en poudre et le matériel de stérilisation sont chers et l'hôpital vous les donnera gratuitement pour vous permettre d'éviter de donner le sein. Les modalités varient selon les hôpitaux.

La sage-femme va organiser tout le soutien nécessaire avant la sortie d'hôpital avec votre enfant.

Le traitement médical et le lait gratuit sont toujours confidentiels. Profitez-en si vous en avez besoin. Le personnel hospitalier et de structures d'aide n'ont pas de lien avec le service d'immigration.

Est-ce qu'on ne peut jamais donner le sein ?

Il est fortement conseillé de ne jamais donner le sein. Une étude a même démontré que l'usage alterné des biberons et du sein comporte un risque de transmission plus grand que l'allaitement seul.

Les gens me demandent pourquoi je n'allaites pas

On peut avoir peur que le fait d'utiliser le lait en poudre signifie automatiquement qu'il y a un problème de VIH. C'est à vous de décider à qui vous vous confiez. Si vous ne voulez pas révéler votre séropositivité par le fait que vous utilisez les biberons, la sage-femme ou le médecin peut vous proposer d'autres excuses qui expliquent les biberons. Par exemple vous pouvez expliquer que les mamelons sont enflammés ou que vous n'avez pas de lait, deux problèmes courants. Ne pas allaiter ne vous rend pas une mauvaise mère.



Conseils issus de nos autres guides

Les conseils suivants sont extraits de nos livrets 'Introduction aux Multithérapies' et 'Éviter et mieux gérer les effets secondaires'. Ces deux guides en français sont disponibles gratuitement au 020 7407 8488.



Conseils pour aider l'adhésion au traitement

En premier lieu, rassemblez toutes les infos sur le traitement avant de le commencer :

- De combien de comprimés s'agit-il ?
- A prendre combien de fois par jour ?
- Exactement à quelle heure ?
- Avec ou sans nourriture, à garder au réfrigérateur ou pas ?
- Est-ce qu'il y a une possibilité plus facile ?

Conseils pour celles qui ont commencé le traitement :

- Servez-vous des tableaux en page 26-27 pour planifier votre horaire. Pendant la période d'adaptation, indiquez l'heure à laquelle vous avez pris chaque médicament pendant les premières semaines. Vous pouvez aussi essayer de calquer votre horaire sur celui de votre bébé.
- Préparez les prises le matin à l'aide d'un pilulier. Cela vous permet de vérifier à tout moment si vous avez raté une dose.
- Prenez quelques médicaments supplémentaires avec vous si vous partez quelques jours.
- Gardez quelques médicaments de secours dans des endroits pratiques comme la voiture, au travail ou chez un ami.
- Demandez à une amie de vous rappeler votre médicament du soir si vous sortez.
- Demandez conseil à d'autres personnes sous traitement. Comment se débrouillent-elles ? Le centre de soins va en général être à même de vous mettre en contact avec d'autres personnes sous le même traitement si cela peut vous aider.

Contactez toujours l'hôpital ou le centre de soins si les effets secondaires vous posent de sérieux problèmes. Le personnel soignant va vous aider et il est toujours possible de changer de traitement si nécessaire.

Conseils pour soulager toutes les nausées

- Mangez de plus petites quantités plus souvent au lieu de faire un gros repas.
- Mangez des nourritures neutres, évitez les épices, les plats gras et les fortes odeurs.
- Préparez quelques biscuits secs près de votre lit, à manger le matin au réveil avant de vous lever.
- Le gingembre est très bon contre la nausée, en gélule, en poudre ou frais en infusion ou dans la cuisine.
- Si les odeurs de cuisine vous dérangent, ouvrez les fenêtres pour aérer la cuisine.
Le four à micro-ondes produit un minimum d'odeurs pour une cuisson rapide. Cela vous permet de préparer un repas dès que vous avez faim. Si quelqu'un d'autre cuisine pour vous, ça peut être encore mieux.
- Ne mangez pas dans une pièce qui sent le renfermé ou les vieilles odeurs de cuisine.
- Mangez assise à table, pas couchée, ne vous couchez pas tout de suite après manger.
- Ne buvez pas en mangeant ni directement après le repas. Il vaut mieux attendre une heure et puis boire. Cependant pour ne pas vous déshydrater pendant la grossesse, buvez suffisamment entre les repas.
- Mangez froid plutôt que chaud ou laissez bien refroidir les plats chauds avant de les manger.
- La menthe soulage aussi les nausées, en gomme à mâcher ou en tisane.
- Acupression et acuponcture peuvent aider et des bandes d'acupression sont disponibles en pharmacie.



Organiser votre traitement : évaluation de l'adhésion au traitement

Horaire :

Planifiez votre horaire de médicaments avec l'aide du médecin, d'un(e) infirmier(ère) ou d'un(e) pharmacien(ne). Hachurer les cases pour indiquer les heures où il ne faut pas manger, si vous prenez ddl sans tenofovir, ou indinavir sans ritonavir, et indiquez les heures de repas obligatoire si vous prenez Kaletra, nelfinavir, ritonavir, saquinavir, atazanavir ou tenofovir.



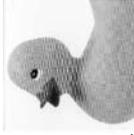
Nom du médicament	Matin						Soir						Matin									
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3

Surveillance de l'adhésion :

Après avoir établi votre horaire ci-dessus, indiquez ci-dessous l'heure à laquelle vous avez pris chaque médicament pendant les premières semaines.

Reportez le nom des médicaments et leur heure dans les cases du dessus. Un médicament par case. A chaque prise, enregistrez l'heure dans la case du jour correspondant. Photocopiez la page pour utiliser les semaines suivantes.

Ce tableau va vous permettre d'évaluer votre adhésion au traitement et sera utile lors de la consultation avec le médecin.

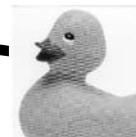


Semaine du: _____

	Médicament et heure : matin		Médicament et heure : soir	
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samdi				
Dimanche				

0808
800
6013

mon > tues > wed > 12-4pm



adherence could you do with some support?
side effects for more information about anything in this booklet
trials discuss the benefits and risks of joining a trial or study
information service specialised information based on the latest research can be found and sent out by mail or email

info@i-Base.org.uk

publications

All i-Base publications are available free. Treatment guides are written in everyday language. HTB and reports from meetings are written in more technical medical language. Please send me: (please write clearly)

• Treatment passport

This is a small plain booklet to keep a record of your HIV treatment and test results.

• Introduction to Combination Therapy (June 2004)

• Changing Treatment: Guide to Second-line & Salvage Therapy (April 2005)

• Pregnancy HIV and Women's Health - this publication (Spring 2005)

• HIV Treatment Bulletin (h-tb) – conference and medical reports (monthly)

• Avoiding and Managing Side Effects – (February 2005)

In English In Italian In Chinese



Publications in other languages are available in pdf format at www.i-Base.info

Name: _____

Address: _____

Postcode: _____

Tel: _____ Email: _____

Please post to: HIV i-Base, 3rd Floor East Thrale House, 44-46 Southwark Street, London SE1 1UN or fax to: 020 7407 8489

Not-for-profit copying is encouraged or call for additional free copies. This booklet will help you find out about your own treatment, but treatment decisions should be taken in consultation with your doctor. HIV information dates, please call to see if an up-dated edition is available. Written by Polly Clayden and Simon Collins. Edited by Jeff Hoover. Drawings by Beth Higgins. Produced by HIV i-Base.