

# Dépistage ciblé HTLV1 des couples demandant une AMP

## Targeted screening for HTLV-1 in couples requesting medically assisted reproduction

S. Epelboin

Reçu le 16 novembre 2010 ; accepté le 5 avril 2010  
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

**Résumé** La pratique du dépistage ciblé HTLV1 des couples demandant une assistance médicale à la procréation (AMP) ne répond à l'heure actuelle à aucune recommandation. Celles-ci ne peuvent émerger que de façon pluridisciplinaire, à l'aulne de la connaissance des spécialistes de la quantification du risque parmi les populations ciblées consultant pour désir d'enfant en métropole et aux Antilles-Guyane.

Dans les consultations d'AMP, le dépistage ciblé, qui déterminerait une prise en charge spécifique, pose des problèmes paradoxaux d'exhaustivité et de non-discrimination. Si le dépistage devait être organisé avant prise en charge en AMP, les bonnes pratiques actuelles définies et mises en œuvre pour le VIH sont un modèle de référence applicable. Il reste à en déterminer le bénéfice attendu dans un domaine de la médecine déjà fort encadré au motif de la responsabilité médicale dans les conceptions assistées. Toutes mesures encadrant l'AMP impliqueraient, par ailleurs, l'établissement de recommandations pour la procréation naturelle dans ce même contexte. *Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot.* □□□ (□□□□).

**Mots clés** Assistance Médicale à la Procréation · HTLV · AMP à risque viral

**Abstract** Currently there are no guidelines for the targeting of HTLV-1 screening of couples requesting inclusion in an assisted fertility programme. These can be drawn up only if there is a multidisciplinary input allowing for specialist advice on the quantification of risk in the target populations offered help with fertility both in mainland France and the Antilles or French Guyana.

In units offering Assisted Reproductive Technics (ART) targeted screening which might reveal a requirement for

specific medical management, presents the opposing problems of the need for exhaustive questioning of the couple and that of non-discrimination. If screening is arranged to take place before the couple is taken on for assisted reproduction, then the good practice which is currently recommended and applied for HIV, is a suitable reference model. It remains to define the expected benefits in this branch of medicine where medical responsibility in assisted conception is already highly regulated. Moreover, if any measures are applied in the context of assisted reproduction, this would suggest that similar guidelines should be established for natural conception. *To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot.* □□□ (□□□□).

**Keywords** Assisted Reproductive Technology (ART) · HTLV · Medically assisted reproduction with risk from viruses

### Introduction

Le problème du dépistage en procréation assistée est particulier en ce sens que les techniques d'AMP engagent un tiers médical qui joue un rôle d'acteur dans la genèse de la grossesse, avec les responsabilités qui en découlent, ce qui implique une différence fondamentale avec les pratiques médicales et obstétricales habituelles fondées sur la réactivité à une situation établie. En AMP, par ailleurs, le désir d'enfant peut être abordé précocement, et des décisions prises pour limiter les risques identifiés liés à la conception ou à la grossesse [3].

Le recours à l'AMP pour les couples infertiles est strictement encadré par les lois de bioéthique. Ainsi, le guide des bonnes pratiques en AMP établit-il précisément les règles de prise en charge des couples en cas d'infection de l'homme et/ou de la femme par le VIH ou les hépatites B et C. Il n'existe pas de recommandations concernant le HTLV. La question de l'intérêt du dépistage en vue d'une prise en charge spécifique émerge parmi les praticiens.

S. Epelboin (✉)  
Centre d'AMP (assistance à la maternité programmée)  
du groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard,  
46, rue Henri-Huchard,  
F-75877 Paris cedex 18, France  
e-mail : sylvie.epelboin@bch.aphp.fr

La réflexion embryonnaire actuelle est issue des données publiées [1,4], que ce soit sur la connaissance des zones à risque (Caraïbes, Afrique intertropicale), la responsabilité de l'infection par le rétrovirus HTLV1 dans certaines pathologies graves à l'âge adulte (leucémie, neuromyélopathie), son association à d'autres maladies (uvéites, dermatites infectieuses myosites), les taux considérés de développement d'une maladie chez les personnes infectées (5–10 %) et les modes de transmission de l'HTLV1 par l'intermédiaire de cellules infectées (principalement les lymphocytes CD4+), d'une part de la mère à l'enfant, surtout lors d'un allaitement prolongé, d'autre part sexuellement, surtout de l'homme vers la femme et enfin lors de transfusions sanguines.

Il n'existe aucune recommandation émanant de la Haute Autorité de santé (HAS) ou du Collège national de gynécologie et obstétrique (CNGOF) concernant le dépistage ou la spécificité de prise en charge de femmes infectées enceintes (ou projetant de l'être). La conclusion des travaux connus concernant la prévalence de l'infection par le rétrovirus HTLV1 dans l'ouest de la Guyane française incite au dépistage pendant la grossesse chez les femmes issues des populations à risque, afin de les informer des risques de transmission et de les inciter à l'allaitement artificiel [1].

L'intérêt du dépistage parmi la population infertile ayant recours à l'AMP en France se décline en fonction du risque en termes de santé reproductive rapporté à l'impact économique. Les données transmises par l'Institut Pasteur indiquent une absence d'enquête de prévalence de l'HTLV1 en population générale en France, et une prévalence chez les nouveaux donneurs de sang de 0,23 à 0,74 pour 10 000 depuis 1992, mais il s'agit d'une population sélectionnée, notamment vis-à-vis du risque infectieux. Les études indiquent que la moitié des nouveaux donneurs de sang sont originaires de zones d'endémie [5]. Peu d'équipes d'AMP effectuent un dépistage visant des populations ciblées, on ne connaît donc pas la prévalence de l'infection dans les populations consultant en AMP.

### **Sur quels critères un éventuel dépistage s'opérerait-il ?**

Dans les centres d'AMP de France métropolitaine, les personnes concernées sont surtout originaires d'Antilles–Guyane et d'Afrique centrale, peu d'Amérique du Sud ou du Japon. Un dépistage systématique comme requis pour la syphilis, le VIH, les hépatites B et C ne semble pas avoir de sens. Il semble par ailleurs difficile, dans une consultation médicale de couple, de déterminer les bonnes questions pour cibler les populations à dépister, avec exhaustivité et sans démarche discriminante (personnes issues de zones d'endémie, y ayant séjourné ou non, mais aussi personnes y ayant eu un partenaire... information à faire préciser en

présence du conjoint actuel !). Chez les femmes, faudrait-il prendre en compte la gestité, la parité, les antécédents d'avortement ou de fausses couches, de césarienne ou d'un facteur rhésus négatif, décrits comme facteurs de risque ? Ces conditions de dépistage seraient fondamentales à préciser, afin d'avoir la garantie d'un recueil homogène et informatif.

### **Quels devraient être le rythme du contrôle sérologique et son délai par rapport à la tentative d'AMP ?**

Les exigences actuelles pour les autres infections sont d'un contrôle annuel, et d'un délai de six mois maximum pour une première tentative. L'arrêté du 11 avril 2008, détaillé dans le rapport Yeni 2010 [6], fixe les conditions particulières d'accès pour une AMP à risque viral chez l'homme ou la femme infectés par le VIH, telles que la régularité du suivi, l'absence de pathologie grave évolutive, la charge virale et le taux de lymphocytes CD4 sériques, l'indéteçtabilité virale dans la fraction séminale finale chez l'homme, et la séronégativité de la femme dans les 15 jours précédant la tentative chez les couples sérodifférents, et dans tous les cas un engagement du couple à une sexualité protégée. Le modèle d'infection par VIH serait-il pertinent ? Cela reste à définir.

### **Quelles mesures pratiques seraient-elles issues du dépistage ?**

#### **Pour la personne infectée**

Y aurait-il un impact thérapeutique dans la prévention du risque de développer durant sa vie une maladie ? Rien ne l'indique dans le contexte actuel. S'il s'agit de la femme, y a-t-il un risque surajouté de développer la maladie dans le contexte des stimulations hormonales en vue de FIV ou pendant la grossesse ? Aucune information n'est disponible à ce sujet.

#### **Prévention de la transmission sexuelle au sein du couple**

Il n'existe pas actuellement de vaccin à proposer au conjoint.

En cas de séropositivité de l'homme pour HTLV1, la recherche de particules virales dans le liquide séminal et leur éventuelle détection permettrait des mesures de réduction du risque de transmission à la conjointe par préparation des spermatozoïdes visant à éliminer ces particules du plasma séminal, en vue d'insémination ou de fécondation in vitro (FIV) [2].

En cas de séropositivité de la femme, les spécialistes doivent se prononcer, au regard de l'évaluation du risque, sur la nécessité de proposer des auto-inséminations (technique qui consiste à récupérer le sperme dans un préservatif sans spermicide après un rapport protégé, prélevé dans une seringue et déposé au fond du vagin).

### Prévention de la transmission mère–enfant

Si dans les pays endémiques, on estime que 15 à 20 % environ des enfants de mère infectée développent une infection, la survenue de celle-ci est majoritairement décrite lors d'un allaitement prolongé, et la contamination au cours de la vie fœtale n'est pas chiffrée. Quoi qu'il en soit, le risque de transmission majoré par les techniques de laboratoire présidant à la conception reste à préciser. Il diffère des conceptions naturelles par les préoccupations éthiques concernant l'intérêt de l'enfant médicalement conçu.

### Prévention du risque de transmission au laboratoire

Le risque nosocomial concerne le personnel, la contamination des paillasses, hottes ou étuves contenant les embryons d'autres couples cultivés simultanément. Ce risque est lié à la présence éventuelle de virus dans le sperme ou le liquide folliculaire. Les conditions de réalisation spécifique de l'AMP définies pour le VIH et les virus de l'hépatite sont parfaitement applicables dans ce contexte si les experts retiennent le risque.

### Conclusion

La problématique du dépistage ciblé HTLV1 des couples demandant une AMP soulève à l'heure actuelle plus de questions de la part des praticiens de l'AMP qu'elle ne propose de réponses. Celles-ci ne peuvent émerger que de façon plu-

ridisciplinaire, à l'aulne de la connaissance des spécialistes de la réalité du risque parmi les populations ciblées consultant pour désir d'enfant en métropole et aux Antilles–Guyane, et de sa transmission. Le dépistage ciblé pose des problèmes paradoxaux d'exhaustivité et de non-discrimination, il détermine une éventuelle prise en charge spécifique des individus infectés. Si l'infection par HTLV1 était dans l'avenir considérée comme un risque viral à prendre en considération en AMP, les bonnes pratiques actuelles définies et mises en œuvre pour le VIH sont un modèle de référence applicable.

Il reste à déterminer la quantification du risque et le bénéfice attendu de la mise en œuvre de mesures supplémentaires et coûteuses dans un domaine de la médecine déjà fort encadré au motif de la responsabilité médicale à l'origine des conceptions assistées. Toutes mesures encadrant l'AMP impliqueraient, par ailleurs, l'établissement de recommandations pour la procréation naturelle dans ce même contexte.

### Références

1. Carles G, Tortevoye P, Tuppin P, et al (2004) Infection par le rétrovirus HTLV1 et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 33(1-c1):14–20
2. Dulioust E, Leruez-Ville M, Guibert J, et al (2010) No detection of HIV 1-RNA in semen of men on efficient HAART in the past 4 years of a 2002–2009 survey. *AIDS* 24(10):1595–8
3. Epelboin S (2003) Quand la recherche s'imisce dans l'histoire de la petite graine. In: Duclert V, Chatriot A (eds) *Quel avenir pour la recherche ?* 349 p. Flammarion, Paris, pp 112–26
4. Gessain A, Mahieux R (2000) Épidémiologie, origine et diversité génétique des rétrovirus HTLV1 et des rétrovirus simiens apparentés à STL1. *Bull Soc Pathol Exot* 93(3):163–71 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T93-3-2155-RIP4.pdf>]
5. Institut Pasteur (2009) HTLV1. <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0h9/htlv>
6. Yeni P (2010) Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, 417 p, chapitre Procréation. *La documentation française*, Paris, pp 147–85