

## Ménopause et VIH

Les données de la littérature concernant la ménopause chez les femmes infectées sont rares [16-19]. Certaines études suggèrent que la survenue de la ménopause est plus précoce (âge de la ménopause dans la population générale, 51 ans). En cas de toxicomanie active ou substituée, les dosages hormonaux (FSH et éthinyloestradiol) peuvent être perturbés et rendre difficile la détermination du statut ménopausique.

Le syndrome dépressif observé à la ménopause est parfois important chez les femmes. Cependant, la prescription d'un traitement hormonal substitutif est réservée aux femmes présentant des troubles sévères ou perçus comme très gênants, en l'absence de contre-indication métabolique ou cardiovasculaire, comme dans la population générale. De même, l'indication de l'ostéodensitométrie répond aux conditions précisées dans la population générale.

## Personnes transgenres

Le terme « transgenre » désigne toute personne dont l'identité de genre, l'expression ou le comportement est en inadéquation avec son sexe biologique. L'identité de genre diffère donc du sexe de naissance et cela peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, par l'utilisation d'hormones ou, enfin, par des chirurgies de réassignation sexuelle. D'autres termes sont couramment utilisés comme transsexuel, trans-identitaires, travestis, etc. [20].

Les risques de contamination VIH/IST dans cette population ont été décrits dans la littérature depuis les années 1990. L'exclusion économique et/ou sociale, le manque d'estime de soi, l'ignorance des modes de transmission des IST, la multitude de partenaires sexuels ainsi que l'utilisation aléatoire de préservatifs, notamment lors de rapports anaux, sont les principaux facteurs de la prévalence élevée de ces infections surtout chez les transgenres M → F [20, 21]. Cinq études indiquent un moindre risque de transmission VIH chez les transgenres F → M [22].

Le traitement hormonal « croisé » des personnes opérées pour réassignation sexuelle est complexe et comporte des risques potentiels [23, 24]. Ainsi les études de Gooren et al. [25, 26] montrent-elles que l'éthinyloestradiol, ne doit plus être employé dans cette indication du fait du risque accru d'accidents thrombo-emboliques [27]. Les anti-androgènes stéroïdiens (acétate de cyprotérone surtout et accessoirement spironolactone), associés aux oestrogènes par voie orale ou transdermique sont prescrits aux transgenres M → F. Cette hormonothérapie est poursuivie après chirurgie de réassignation sexuelle avec un éventuel remplacement des anti-androgènes par la progestérone naturelle. Dans le cas des transgenres F → M, les androgènes sont administrés par voie intramusculaire, orale ou transdermique, et sont poursuivis en post-opératoire [28].

Un grand nombre de transgenres ne souhaitant pas ou ne pouvant pas bénéficier d'une réassignation sexuelle ont aussi recours à des hormones obtenues hors parcours médical. Les effets indésirables sont alors majorés par l'automédication de différentes formes galéniques de ces hormones, souvent surdosées, mais dont il faut tenir compte de facto dans le suivi. L'objectif médical, outre la féminisation ou la masculinisation du patient, est le maintien d'une thérapeutique antirétrovirale efficace, la prévention à court terme des accidents thrombo-emboliques et, à long terme, des risques cardiovasculaires [29]. Chez les transgenres M → F, des insuffisances surrénaliennes, des prolactinomes [24], des méningiomes [30] ainsi que des cancers du sein [31] liés à la prise d'hormones féminisantes sont décrits. Dans ce dernier cas, l'intérêt de la réalisation d'IRM mammaires pour le dépistage, plus adaptées qu'une mammographie en présence de silicone, reste à déterminer.

Chez les personnes transgenres infectées par le VIH, il existe un risque d'interactions entre les traitements hormonaux et les médicaments liés au VIH, notamment par cumul des effets métaboliques délétères (insulino-résistance, diabète sucré et hyperlipidémies mixtes).

Il y a peu de données concernant ces interactions, mais il existe des risques de variations des taux hormonaux selon l'effet inducteur ou inhibiteur enzymatiques du CYP450 des anti-rétroviraux, ce qui justifie d'avoir recours au dosage de l'œstradiol plasmatique avec pour objectif un taux compris entre 60 et 80 pg/ml [28]. La voie transcutanée, prescrite par un endocrinologue habilité, est à privilégier. Des études cliniques, analysant les interactions entre différents antirétroviraux et hormones féminisantes seraient nécessaires.

Les implants de silicone au niveau des joues, de la poitrine, des hanches et des fesses sont généralement effectués par un personnel non habilité, utilisant des produits en grand volume et souvent non purifiés. Ils peuvent engendrer localement, ou à distance du point d'injection, des réactions inflammatoires granulomateuses non spécifiques à type de réaction à corps étranger, les « siliconomes ». Ces derniers entraînent parfois des nécroses ou surinfections à type d'érysipèle, de cellulite, de fasciite, imposant un suivi dermatologique et/ou une orientation en chirurgie plastique en cas de nécessité d'exérèse des tissus compromis [32, 33]. Des phénomènes emboliques pulmonaires à court et moyen terme, similaires à l'embolie graisseuse, ainsi que des chocs septiques peuvent avoir une évolution létale [34, 35].

Ainsi les patients transgenres infectés par le VIH doivent-ils être pris en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Pour les transgenres M → F, réassignés ou non, un suivi urologique, pour une surveillance prostatique [24] et proctologique, pour la prévention des cancers du canal anal liés à l'HPV, est également indispensable. Un soutien psychologique et une évaluation psychiatrique sont à proposer en cas de besoin ou de demande.

Les transgenres étant confrontés à des discriminations et à des difficultés, d'ordre médical, social, économique et psychologique, il est nécessaire de pouvoir proposer, en collaboration avec les associations concernées, des lieux d'accueil spécifiques, afin de favoriser un meilleur accompagnement global, permettre une meilleure observance et mieux cerner les comportements à risque face aux IST/VIH.

## SEXUALITÉ ET PRÉVENTION

### Constats récents

Les données épidémiologiques récentes confirment les évolutions constatées dans le précédent rapport : il est noté une augmentation des rapports sexuels non protégés des homosexuels masculins infectés par le VIH [36]. Dans cette même population, on note une augmentation significative de l'incidence des infections sexuellement transmissibles [36]. Dans l'enquête VESPA, la fréquence de rapports sexuels non systématiquement protégés au sein des couples sérodifférents était relativement élevée : 16 p. 100 chez les couples homosexuels [37] et 29 p. 100 chez les couples hétérosexuels [38]. Le traitement post-exposition, qui pourrait être utile pour un(e) éventuel(e) partenaire sérodifférent(e), restait méconnu par un tiers des patients [39]. Des facteurs spécifiques ont été démontrés comme étant associés à la non-utilisation systématique du préservatif, en particulier des expériences antérieures de discrimination par l'entourage, une perception élevée d'effets indésirables liés au traitement, une qualité de vie altérée et la difficulté à aborder la question du VIH dans le couple [37, 38, 40, 41]. Ces facteurs s'ajoutent à ceux qui concernent les personnes non infectées par le VIH [42], comme les difficultés psychologiques, le manque de confiance dans ses capacités à négocier le risque, une attitude compulsive face à la sexualité, les états émotionnels tels que l'anxiété, la dépression, les sentiments de solitude, la consommation de produits qui abaissent la vigilance (alcool, drogue, psychotropes, etc.) [43]. De plus, des données récentes ont mis en évidence une transmission sexuelle du VHC chez des homosexuels masculins ayant des rapports anaux non protégés [44]. De même,