

Désir d'enfant

Avoir un enfant en 2012 en étant séropositif(ve)

Merci au Pr. Laurent Mandelbrodt et aux autres contributeurs dont j'ai pu utiliser certains éléments de présentations réalisées au cours de réunions antérieures

Objectifs

- Savoir conseiller un patient, une patiente ou un couple séropositif s'interrogeant sur la procréation
- Savoir orienter les personnes concernées vers les bons interlocuteurs
- Connaître les différentes techniques de procréation (« assistée » ou non)
- Bien intégrer les spécificités de la population concernée et les contraintes qu'elle supporte.
- Comprendre l'organisation particulière de l'AMP « à risque viral ».

Evolution de l'approche médicale à la procréation et VIH

- Années 1980-début 1990 : interdit
- Après 1994
 - Traitements anti-VIH pour les parents
 - Diminution du risque de transmission à l'enfant (ACTG/ANRS 076)
 - Grossesses « acceptées »
 - mais pas d'intervention médicale active pour procréer
- Années 2000 : AMP
 - programmes d'aide médicale à la procréation : réduire le risque viral **pour la mère**
- **Années 2010 - ...**
 - **Retour vers la la procréation naturelle ?**

Caractéristiques de la procréation en contexte de risque viral

- Un parcours compliqué dès que la conception est envisagée
 - Enjeux liés au risque de transmission
 - Enjeux liés à la « survie »
 - Manque d'interlocuteurs « compétents »
 - Eloignement des centres spécialisés
- Une population particulière
 - Des parcours singuliers...
 - Du temps avant de se décider...
 - Proportion de migrantes/migrants

Des situations particulières liées à la population migrante

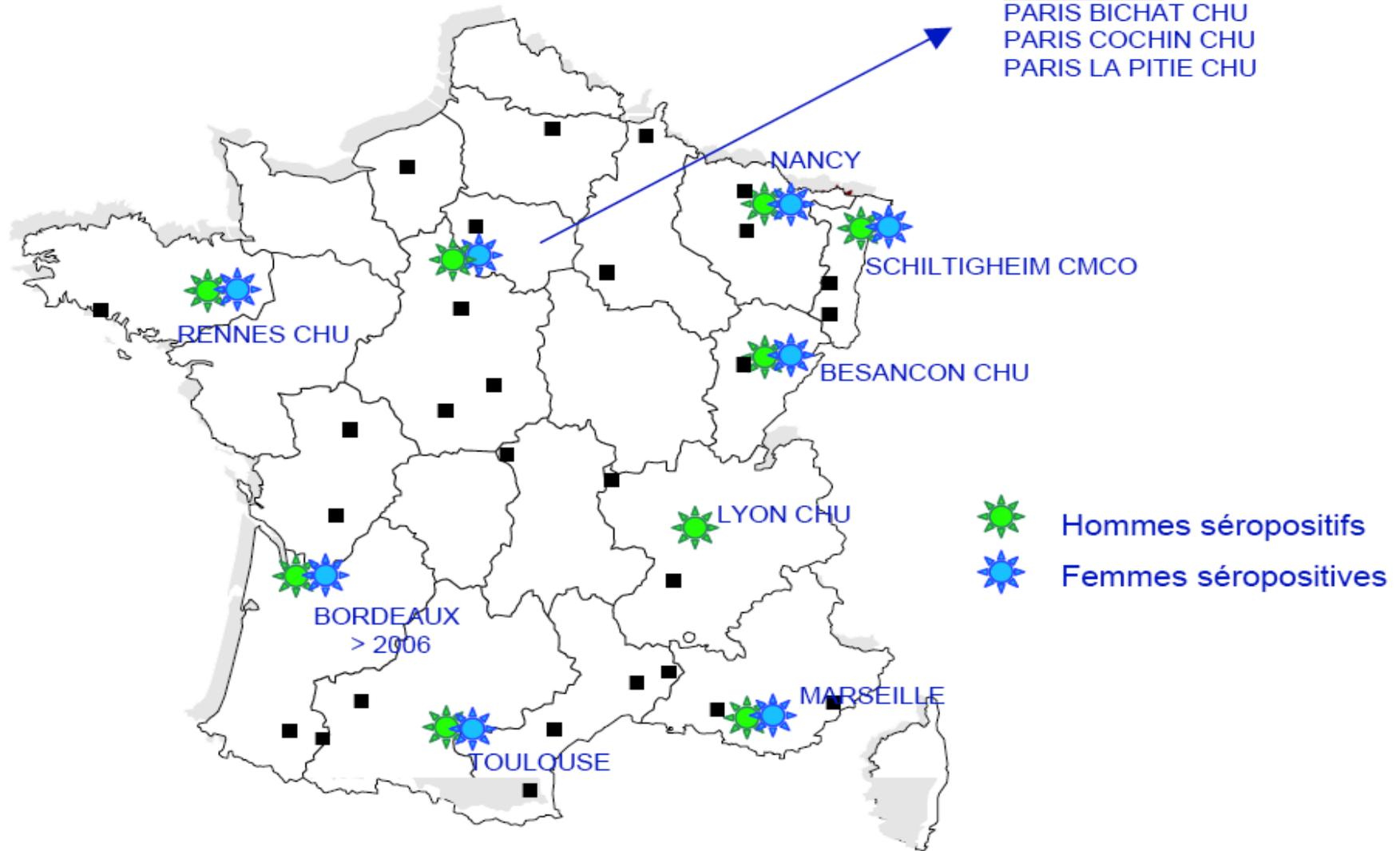
- Découverte de la séropositivité au moment d'un bilan d'infertilité
- Des modalités de rencontre parfois inhabituelles...
 - Circuit « Le chasseur français »
 - ...
- Une très grande différence d'âge au sein de certains couples
- Des enfants restés « au pays »
- Des rencontres parfois récentes
- Des situations socio économiques difficiles
- Des enjeux parfois invisibles en première approche
- ...et toujours la stigmatisation.

Il faut donc...

- Prendre en compte une appartenance culturelle différente
- Se départir de certains préjugés
- Bien intégrer les volets sociaux et psychologiques
- Savoir motiver et encadrer les réponses « négatives »

Centres agréés pour la prise en charge des couples ayant un risque viral

Ile de France
PARIS BICHAT CHU
PARIS COCHIN CHU
PARIS LA PITIE CHU



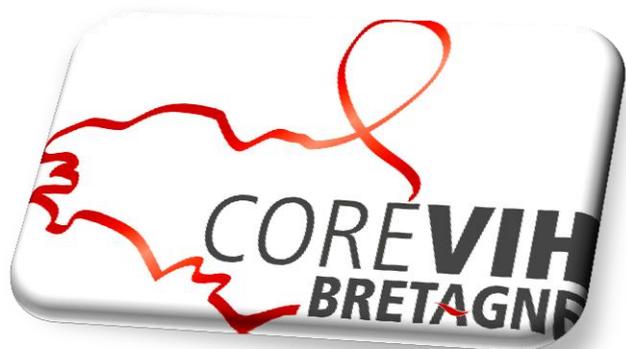


Les scénariis

Situations

- Homme VIH+ / femme VIH -
- Femme VIH+ / Homme VIH -
- Femme VIH+ / Homme VIH +





Les techniques

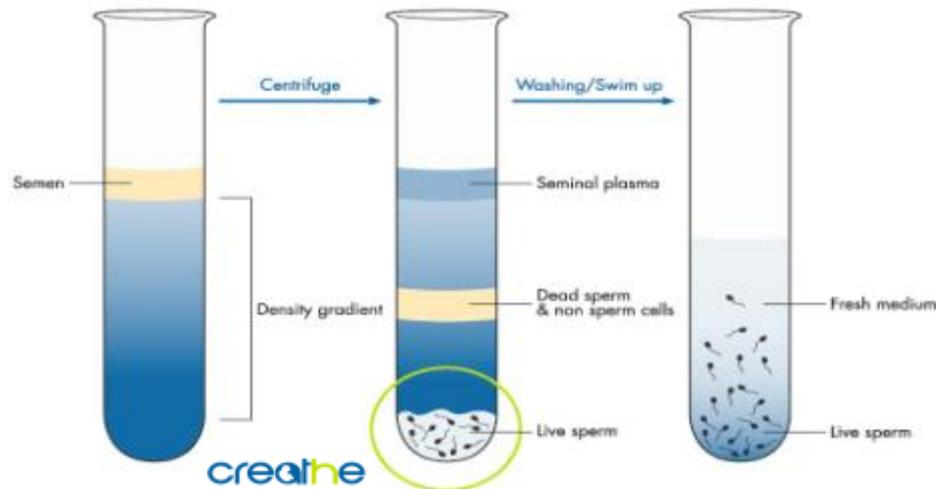
Lavage de sperme



Homme VIH + / femme VIH – Aide médicale à la procréation

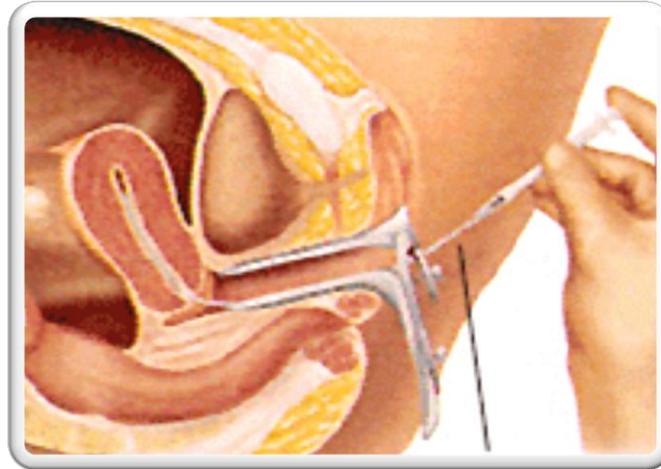


« Lavage de sperme »



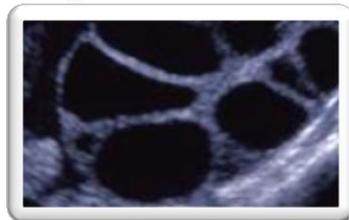
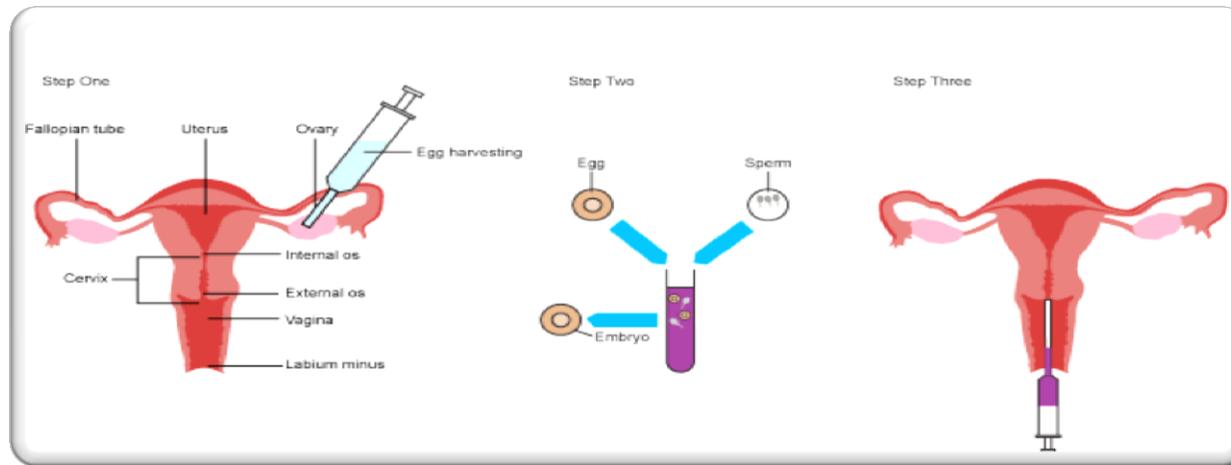
- Insémination (IIU)
- Fécondation in vitro (FIV)
- ICSI

Insémination intra-utérine IIU



- Trompes normales
- Nombre suffisant de spermatozoïdes (>1M)
- Stimulation légère de l'ovulation
- Grossesse
 - 15% par cycle
 - 6 cycles: grossesse pour 2/3 des couples

Fécondation in vitro FIV



- Problèmes de trompes, échecs d'IUI
- Stimulation forte, ponction d'ovules, remplacement des embryons
- Grossesses 20-30% par cycle
- Sécurité sociale 100% : 4 FIV maximum

Injection intra-cytoplasmique ICSI



- Pathologie spermatique
- Déroulement identique à la FIV

Conception naturelle

- Approche la plus fréquente dans la réalité
- Cas de transmission décrits avant l'arrivée des ARV
- Pas de cas de transmission décrits avec multithérapies
- Débats intenses depuis les déclarations suisses de 2007

Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle

Pietro Vernazza*,
Bernard Hirschel*,
Enos Bernasconi*,
Markus Flepp[†]

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS), Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida de l'Office fédéral de la santé publique (OFSPO)

Après avoir pris connaissance des faits scientifiques, à la demande de la Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida (CCT) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSPO) et après avoir longuement délibéré, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS) arrive à la conclusion suivante:

Une personne séropositive ne souffrant

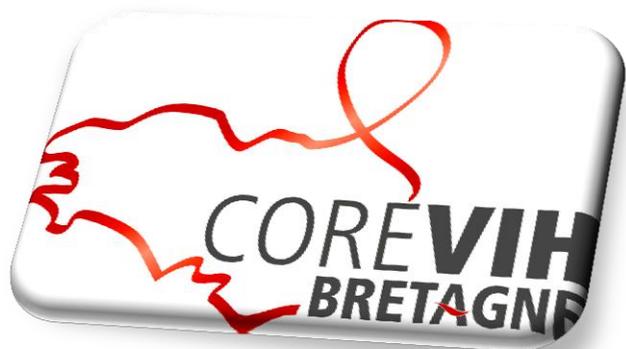
prouvent pas qu'un TAR efficace *empêche* toute infection au VIH (en effet, il n'est pas possible de prouver la non-survenance d'un événement certes improbable, mais théoriquement envisageable). Reste que du point de vue de la CFS et des organisations concernées, les informations disponibles à ce jour sont suffisantes pour justifier ce message. La situation est comparable à celle de

Accompagnement de la procréation naturelle : recommandations Yéni 2010

Proposer une information et une évaluation aux couples qui envisagent une procréation naturelle (BIIb)

Evaluer la situation pour :

- conditions virologiques : traitement antirétroviral au long cours (plus de 6-12 mois) avec bonne observance et charge virale plasmatique indétectable (AII)
- conditions locales : absence d'infection, inflammation ou plaie génitale chez l'homme ou chez la femme (vérifiée au besoin avec l'aide de prélèvements microbiologiques ou/et spermioles) (AII) ;
- fertilité de l'homme et de la femme : explorations à adapter selon l'âge et les antécédents (CIII).
- Aider le couple à repérer la période d'ovulation pour limiter les rapports non protégés à la période de l'ovulation (BIIb)
- Suivre la sérologie VIH chez la femme, qu'il y ait succès ou échec (BIIa).



Le parcours

Options pour les couples avec infection VIH ayant un désir d'enfant

Quelles options ?

- Procréation médicalement assistée
- Procréation naturelle
- Adoption

Risques à considérer :

- Pour l'enfant : transmission mère-enfant, toxicité médics
- Pour le partenaire : transmission sexuelle
- Il n'existe pas de transmission père-enfant



En cas d'indication d'AMP

Parcours du patient VIH

- Les critères de prise en charge
 - Couple stable (marié ou 2 ans de vie commune)
 - Age de la conjointe < 43ans, FSH < 12 mUI/ml
- ET
- Infection « contrôlée »
 - CV stable > 3 mois
 - pas nécessairement indétectable
 - CD4 >200/mm³
 - sauf exception justifiée
 - Suivi trimestriel
- Engagement du couple à avoir des rapports sexuels protégés pendant et après l'AMP, y compris pendant la grossesse et l'allaitement (quid avec nouvelles recommandations experts 2010 ?)

Parcours du patient VIH

- Consultation gynécologue:
 - Bilan couple/ Examen gynécologique / Explication thérapeutiques/ Information risques TME
- Consultation biologiste
 - Bilan masculin / Explication des techniques/ Consentement
- Consultation infectiologue ± hépatologue
 - Bilan VIH / Examen clinique/ Information risques transmission et exposition de l'enfant aux ARV
- Consultation psychologue
 - Evaluation contexte psycho-social du couple

Parcours du patient VIH

- Consultations
- Bilans

 Réunion multi disciplinaire Risque Viral
avec les différents intervenants

Accord

 Réunion multidisciplinaire AMP
pour modalités (insémination, FIV etc...)

Les documents

Le CHU de Rennes
vous informe sur

**La consultation d'aide médicale
à la procréation à risque viral**



© J. C. Cox et al. - gynécologie - CHU Rennes - 022206 - mai 2008 - l'espérance la vie

**CHU
rennes**

La présence d'une infection virale nécessite la mise en place de précautions pour pouvoir réaliser une aide médicale à la procréation (AMP) en toute sécurité.

La démarche d'aide médicale à la procréation se fait en trois étapes

■ Apprécier la possibilité d'aide médicale à la procréation. En effet, dans certains cas, il peut exister des contre-indications qui ne vont pas permettre d'entreprendre cette démarche. Ces contre-indications peuvent être liées à la maladie virale, à des problèmes psychologiques ou des problèmes immunitaires.

■ S'il n'y a pas de contre-indication à l'aide médicale à la procréation, il est ensuite nécessaire d'envisager la faisabilité. Parfois, des problèmes de fertilité (que ce soit pour l'homme ou pour la femme) peuvent rendre cette aide impossible à mettre en place.

■ Si l'aide à la procréation est possible et faisable, les différentes consultations et examens réalisés vont permettre de choisir les meilleures modalités.

En pratique, plusieurs consultations vont être nécessaires

■ **CECOS** : un médecin vous donnera des informations sur les différentes techniques d'AMP. Un premier spermogramme sera réalisé pour évaluer la fertilité de monsieur. En cas de séropositivité (VIH ou Hépatite C) pour monsieur, un second prélèvement, avec traitement du sperme et congélation, permettra la détection de la charge virale dans le sperme.

■ **Gynécologie** : cette consultation a pour but d'évaluer la fertilité du couple et de mettre en place les différents examens nécessaires à la réalisation de l'AMP. Il vous sera donné toutes les informations sur le déroulement des traitements et des techniques.



En cas de fécondation in vitro, vous aurez également une consultation d'anesthésie (pour la ponction des ovaires) qui a lieu sur le même site et dont le rendez-vous se prend au secrétariat de gynécologie.

■ **Psychologie** : la consultation avec la psychologue est un moment pendant lequel le couple peut faire le point (ensemble ou individuellement) sur son désir d'enfant, en lien avec les interrogations sur le risque viral.

C'est un temps de réflexion où l'histoire de la maladie est réactualisée par ce projet de parentalité.

Plusieurs rencontres peuvent avoir lieu à distance de la première consultation et au cours de l'assistance médicale à la procréation.

■ **Infectiologie** : en cas d'infection par le VIH, vous rencontrerez un médecin infectiologue qui rediscutera avec vous du risque viral lié à la procréation, d'éventuelles adaptations de traitement. Vous referez le point avec lui sur votre état immunitaire.

■ **Hépatologie** : en cas de co-infection par le virus de l'hépatite B ou par le virus de l'hépatite C, vous pourrez être vu en consultation par un hépatologue qui vous conseillera au plan thérapeutique en tenant compte des contraintes de la procréation médicalement assistée. En effet, certains médicaments ne peuvent pas être administrés lors de la grossesse et au cours de la procédure d'AMP.

Vous trouverez ci-dessous la liste des référents pour cette consultation multidisciplinaire d'aide médicale à la procréation à risque viral, ainsi que leurs coordonnées. Sur le plan, au verso, sont indiqués les différents lieux de consultation. Pour fixer les rendez-vous nécessaires, appelez le secrétariat du service des maladies infectieuses au 02 99 28 42 38.

Lorsque vous viendrez en consultations, pensez à prendre les documents médicaux qui sont en votre possession et demandez au médecin qui vous suit pour votre pathologie virale de faire un résumé de votre histoire médicale.

Infectiologie

Dr Cédric Arvieux

Service des maladies infectieuses et réanimation médicale

Secrétariat : 02 99 28 42 38

Lieux de consultation : **hôpital Pontchaillou**, 2 rue Henri Le Guilloux

• Bâtiment des urgences, 2^e étage, le mardi matin

• Hôpital de jour des maladies infectieuses, pavillon Claude Bernard, le jeudi soir.

Hépatologie

Pr Dominique Guyader

Service des maladies du foie

Secrétariat : 02 99 28 42 98

Lieu de consultation : **hôpital Pontchaillou**, 2 rue Henri Le Guilloux - pavillon Laënnec.

Psychologie

• **Mme Élisabeth Bazantay**

Service des maladies infectieuses et réanimation médicale

Secrétariat : 02 99 28 42 38

Lieu de consultation : **hôpital Pontchaillou**, 2 rue Henri Le Guilloux - hôpital de jour des maladies infectieuses, pavillon Claude Bernard ;

• **Mme Sylvie Bagot**

Unité de médecine et biologie de la reproduction-CECOS

Secrétariat : 02 99 26 59 11

Lieu de consultation : **hôpital Sud**, 16 bd de Bulgarie.

Gynécologie et aide médicale à la procréation

Dr Marie-Christine Laurent

Unité de médecine et biologie de la reproduction-CECOS

Secrétariat : 02 99 26 67 09

Lieu de consultation : **hôpital-Sud**, 16 bd de Bulgarie.

CECOS

Pr Dominique Le Lannou

Unité de médecine et biologie de la reproduction-CECOS

Secrétariat : 02 99 26 59 11

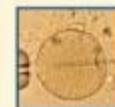
Lieu de consultation : **hôpital Sud**, 16 bd de Bulgarie.

Virologie

Dr Annick Ruffaut

Dr Anne Maillard

Unité de rétrovirologie.





Comment évolue la demande au fil des ans

L'exemple du centre d'AMP à risque viral
du CHU de Rennes



Quelques situations cliniques

Couple P consultant pour désir d'enfant

- Mr P, 38 ans, pas d'enfant, VIH+ traité depuis 8 ans, CV<20 copies/ml
- Mme P, 36 ans, VIH-, nulligeste sans antécédent
- Mariés depuis 3 mois
- Rapports toujours protégés (5 ans)
- Ils envisagent d'avoir un enfant
 - Que leur dites-vous ?

Conditions de prise en charge en AMP (selon le Guide de Bonnes Pratiques de l'Agence de la Biomédecine, Arrêté du 11 avril 2008)

A) Conditions habituelles d'accès à l'AMP

- ✓ couple stable, marié ou ayant une vie commune depuis >2 ans
- ✓ les 2 membres du couple vivants et en âge de procréer (femme < 43 ans)

B) Conditions particulières d'accès pour une AMP à risque viral

- ✓ information sur les alternatives « sans risque » (adoption, sperme de donneur)
- ✓ sexualité protégée
- ✓ prise en charge par une équipe multidisciplinaire habilitée

Homme infecté par le VIH-1

- ✓ suivi régulier VIH, traité ou non, sans pathologie grave évolutive
- ✓ CD4 > 200/mm³, sauf exception médicalement justifiée,
- ✓ chez le sujet traité, ARN-VIH plasmatique stable dans les 6 mois avant AMP
- ✓ charge virale du liquide séminal < 100 000 copies/ml
- ✓ si charge virale détectable dans le liquide séminal, absence de détection de VIH dans la fraction finale de spermatozoïdes
- ✓ femme séronégative pour le VIH dans les 15 jours précédant l'AMP
- ✓ suivi sérologique 1-3-6 mois après l'AMP et si grossesse en période périnatale

AMP-VIH : résultats européens CREAThE (1989-2003)

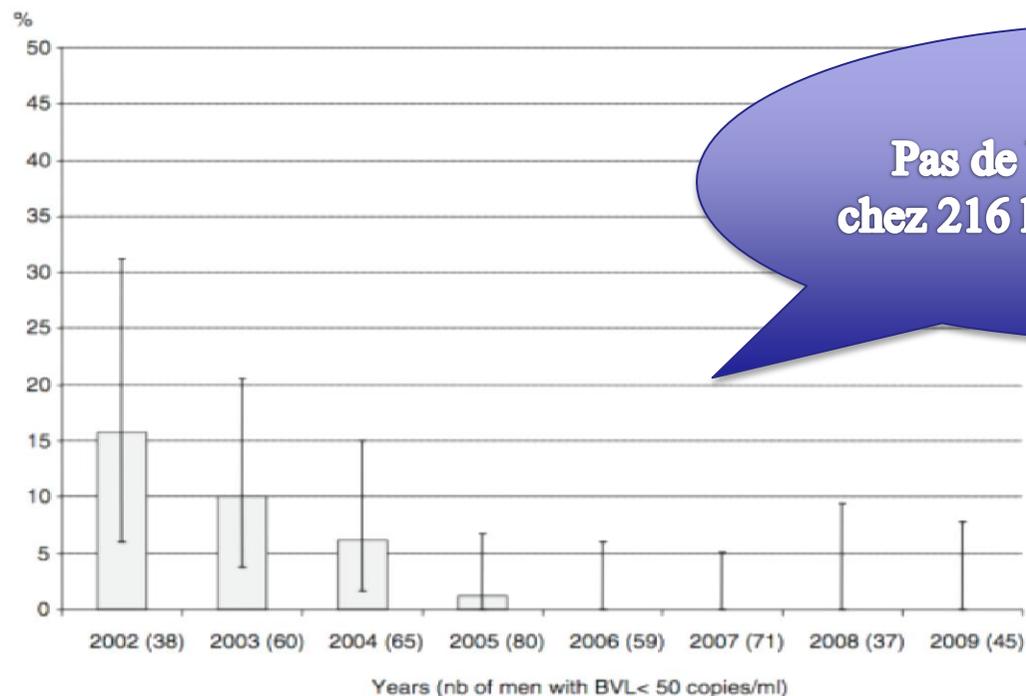
	IIU	ICSI	FIV	TEC	Total	p
Couples	853	262	76	40	1231	
Cycles	2840	394	107	49	3390	
Taux de grossesse /cycle %	15.1	30.6	29	20.4	17.5	< 0.001
Accouchement/cycle %	11.5	15.8	20.8	14.3	12.3	< 0.05
Grossesse par couple %	42.5	43.1	38.2	25	41.9	> 0.05
Accouchement/couple %	35.1	21	26.3	17.5	30.9	< 0.01

Risque de contamination : 0 (IC 95% : 0 - 0.09%)

Couple P consultant pour désir d'enfant

- AMP après « lavage de sperme » = sécurité
- Couple à priori éligible
- Limites :
 - Taux d'échec
 - Lourdeur des procédures
 - Grossesses multiples (20%)
- Alternative : procréation naturelle
 - Décision « de couple » +++
- **Bilan pré-AMP à faire dans tous les cas**

Les HAART diminuent l'infectivité du sperme : données virologiques



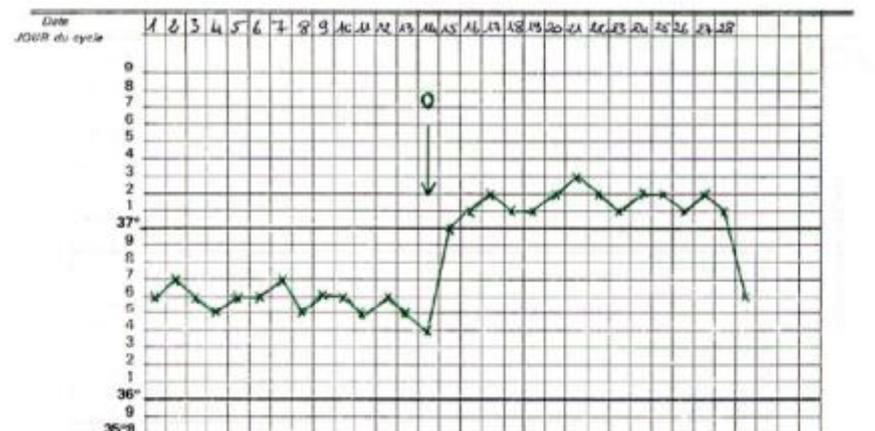
Pas de VIH dans le sperme
chez 216 hommes avec CVP<50

Fig. 1. Annual prevalence of men with discordant positive seminal viral load from 2002 to 2009. Columns represent the observed percentages of men with positive seminal viral load among the men with blood viral load (BVL) less than 50 HIV1-RNA copies/ml tested each year. Bars represent the 95% confidence intervals.

Quelle exploration de la fertilité ?

Réserve ovarienne

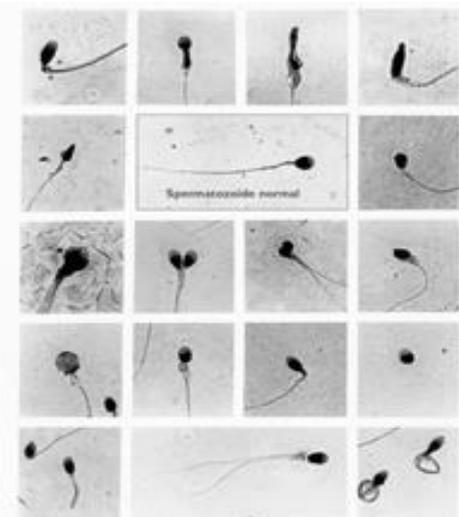
- Dosages 2 ou 3^{ème} jour du cycle : FSH/E2, AMH (Inhibine B)
- Échographie endovaginale : compte des follicules antraux
- Ne pas oublier la clinique : cycles, glaire ++



Spermocytogramme

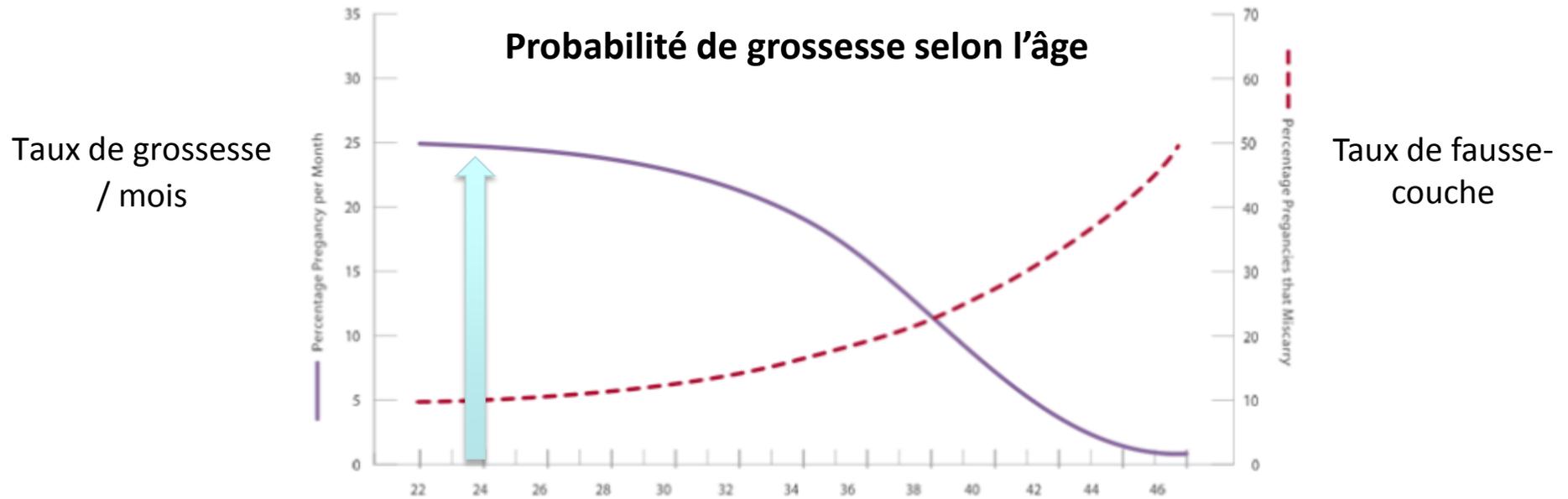


Paramètres normaux du sperme



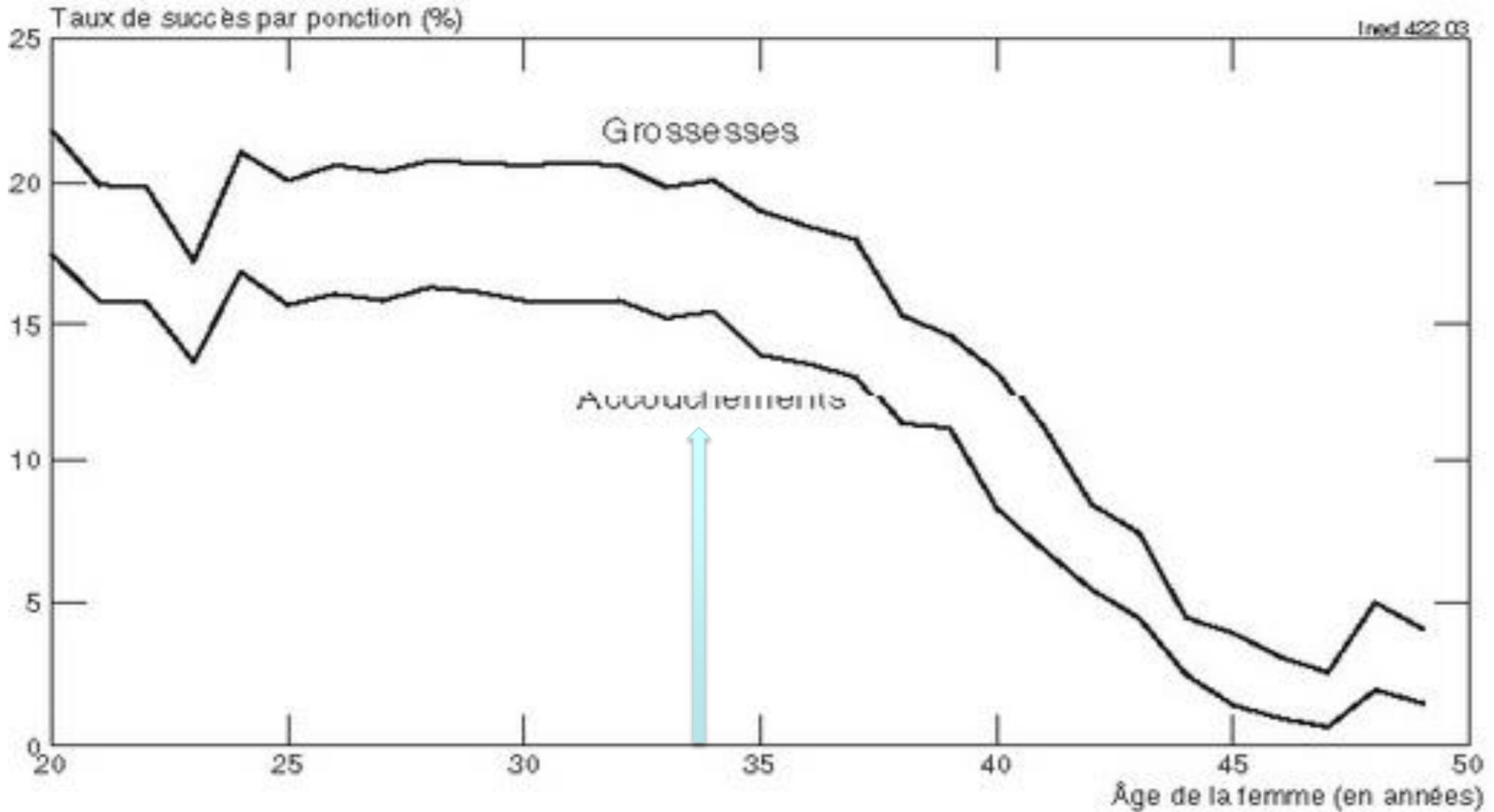
Volume	> 2 ml
pH	7,2 - 8
Nombre	> 20 millions / ml
Mobilité	> 50% de mobilité progressive
Morphologie	> 30% de formes normales
Vitalité	> 75% de formes vivantes
Agglutinats	Absence
Globules blancs	< 1 million/ml

Place de l'évaluation de la fertilité



- Intérêt des rapports ciblés : repérer la période pré-ovulatoire
- Explorer d'autant plus qu'il y a antécédents ou âge > 35 ans
- Dans les cas où l'AMP est récusée pour le motif d'insuffisance ovarienne, les couples ne devraient pas se tourner par découragement vers la procréation naturelle, pour une chance minime de grossesse.

Taux de grossesses en FIV selon l'âge de la femme (données FIVNAT 1990-1991 et 1997)



Facteurs de risque de transmission sexuelle du VIH

Liés au virus

- HIV-1 (vs HIV-2)

Liés aux partenaires

- **CV élevée**, CD4 bas (↗)
- Menstruation (↗)
- Inflammation génitale (↗)
- Génétique (Δ32 CCR5...) (↘)
- Inflammation génitale (↗)
- Circoncision (↘ risque chez l'♂)
- Ectropion (↗ le risque d'acquisition du VIH chez la ♀)
- Pénétration anale (↗)

Nombre de rapports ??



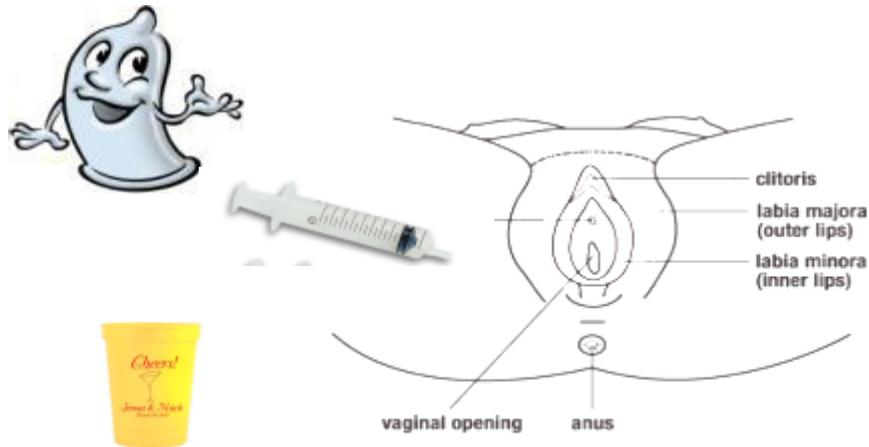
Mme A : désir de grossesse

- 31 ans, une IVG
- Infection VIH₁ connue depuis 3 ans, traitée par Atripla
- Contraception orale
- Tolérance et observance bonnes
 - CV < 20 copies/ml, CD4 = 420/mm³ (24%)
- Vit en couple depuis 2 ans
 - Compagnon VIH-
 - Rappports protégés

Ils veulent un enfant : que proposez vous ?

Femme VIH + / Homme VIH –

Point fort : « lorsque la femme est infectée par le VIH, la procréation naturelle est possible par auto-insémination »



Autres options :

- PMA en cas d'infertilité
- Rapports ciblés

Mme A

1. Modifier traitement
2. Arrêter la contraception
3. Bilan de fertilité
 - Poursuite rapports non protégés ou inséminations à domicile
 - Ou AMP

Mme A suite

- Atripla remplacé par 2IN + IP/R
- Examen gynéco RAS, courbe T, dosages hormonaux, écho : normaux
- Spermogramme normal
- Test post-coïtal (Hühner) normal

Hystérosalpingographie



Hydrosalpinx gauche

Conditions de prise en charge en AMP (selon le Guide de Bonnes Pratiques de l'Agence de la Biomédecine, Arrêté du 11 avril 2008)

A) Conditions habituelles d'accès à l'AMP

- ✓ couple stable, marié ou ayant une vie commune depuis >2 ans
- ✓ les 2 membres du couple vivants et en âge de procréer (femme < 43 ans)

B) Conditions particulières d'accès pour une AMP à risque viral

- ✓ information sur les alternatives sans risque (adoption, sperme de donneur)
- ✓ sexualité protégée
- ✓ prise en charge par une équipe multidisciplinaire habilitée

Femme infectée par le VIH-1

- ✓ suivi trimestriel VIH, traitée ou non, sans pathologie grave évolutive
- ✓ CD4 > 200/mm³, sauf exception médicalement justifiée
- ✓ si traitée, ARN-VIH plasmatique stable dans les 6 mois avant AMP
- ✓ homme séronégatif pour le VIH dans les 15 jours précédant l'AMP
- ✓ suivi obstétrical et prise en charge de l'enfant

AMP à risque VIH en France

Tableau AMP5 : Prise en charge des patients VIH+ (avec ou sans co-infection avec d'autres virus) en 2009

	Homme VIH+	Femme VIH+	Homme et femme VIH+
Tentatives ^a	650	299	95
Grossesses évolutives	102	31	10
Accouchements	86	23	9
Enfants nés vivants	96	25	10

* Inséminations, ponctions ou décongélations.

- Données de l'Agence de la Biomédecine
 - Augmentation de la proportion de femmes VIH+ (38%)
 - Taux de succès faibles : 10 %
 - Augmentation de la part de l'infertilité « classique »
- AMP : 2,4 % des enfants nés en France
- Femme séropositives dans ANRS-EPF (2005-2009)
 - 4 % des grossesses obtenues après traitement d'infertilité
- **Le risque viral représente moins de 1% des AMP**

Mme B

- 36 ans, suivie pour infection VIH depuis 3 ans
- Traitée par TDF/ABC/ATV/r : CV < 20 copies/ml, CD4 à 460/mm³ (22%)
- N'a jamais eu de grossesse, porte un stérilet, suivi gynécologique normal
- Vit avec un homme depuis un an, rapports avec préservatifs depuis le début de la relation, mais ne lui a jamais parlé du VIH

Elle vous demande de l'aide : que proposez vous ?

Situations hors des critères de l'AMP en France

- Conjoint non informé de l'infection VIH
- Pas de conjoint stable (en France)
- Femmes trop âgées (> 42 ans)
- Pathologie chronique évolutive (hépatite, cancer ..)
- Absence de couverture sociale (y compris AME)

Mme et M. M'B...

- Couple, tous deux infectés par le VIH
- Mme, 40 ans
 - traitée par ABC/3TC/NVP : CV 12500 c/ml, CD4 520
- Mr, 46 ans
 - Traité par TDF/FTC/EFV, CV < 20 copies/ml
- Rappports non protégés
 - pas de grossesse depuis 4 ans
- Très fort désir d'enfant exprimé
- **Que leur proposer ?**

Homme et femme VIH+

Reco (Yéni 2010) conception naturelle acceptable (“risque négligeable” de surinfection)

avec précautions :

- Charge virale indétectable sous traitement chez les 2 conjoints
- Pas d’inflammation génitale
- Rapports non traumatiques

Conclusion (1)

- ✓ La procréation naturelle fait maintenant partie des recommandations
- ✓ Le risque de transmission au conjoint peut augmenter
 - ✓ Absence de traitement
 - ✓ Observance insuffisante
 - ✓ Pathologie génitale
 - ✓ Manque d'information, manque de concertation des soignants
- ✓ Prendre en compte le « poids » de l'infection par le VIH
- ✓ Prendre en compte le « poids » de l'éloignement du centre de prise en charge
- ✓ **La meilleure prévention est probablement le soutien aux personnes concernées par le VIH qui souhaitent concevoir un enfant**

Conclusion 2

- En 2011, « l'aide médicale à la procréation » à risque viral passe par un conseil préconceptionnel +++ avant d'envisager les aspects « techniques » de la la prise en charge.
- La question de la procréation doit être envisagée **très tôt** dans le parcours des personnes séropositives

Merci !

Les diapos : <http://www.corevih-bretagne.fr>

COREVIH BRETAGNE Favoriser la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Accueil Présentation Actualités Bulletin d'info Réunions Commissions VIH en Bretagne Coopération internationale Contacts Liens

Le COREVIH Bretagne

Qu'est ce que le COREVIH ?

Créé en 2007, le COREVIH est une instance de santé qui tend à faciliter la prise en charge globale des personnes concernées par l'infection à VIH.

Vous pouvez télécharger la [plaquette de présentation du Corevih Bretagne](#)

Rubriques

- Présentation
- Composition
- Commission et groupes de travail
- Réunions du COREVIH
- Réunions scientifiques
- Diaporamas**
- Le VIH en Bretagne
- Coopération internationale
- Boîte à outils de la SFLS
- Les coordonnées du COREVIH

CONTACT :

BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

L'offre de soins en milieu carcéral vis-à-vis de l'infection par le VIH et les hépatites, a été étudiée dans l'enquête Prévacar, menée en 2010 par la Direction générale de la santé avec la collaboration scientifique de l'Institut de veille sanitaire. Un questionnaire sur l'offre de soins a été adressé à l'ensemble des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) présentes dans les établissements pénitentiaires en France métropolitaine et les départements d'outre-mer : les résultats de cette étude sont publiés dans le [Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire du 6 mars 2012](#)

Petites annonces de femmes Cameroun



perle africaine 36 ans
Célibataire
Enfants: 2
Cameroun yaoundé
Parle: Français
Profil certifié

Petite annonce:
Je recherche un homme doux,sincere,fidele et honnete qui pourra avancer avec moi,main dans la main,et construire à deux dans une union basée sur le respect mutuel,,J ai beaucoup à donner et à apprendre.La solitude n est pas une compagne et la vie nous réserve encore plein de moments de bonheur.



debby9 27 ans
Célibataire
Enfants: Aucun
Cameroun yaounde
Parle: Français

Petite annonce:
je suis kelkun de vrai ki veux donner de lamour de la tendresse a un coeur a prendre .je deteste la jalousie .je desire par le port de ce site trouver un homme croyant aimant la nature les sorties cokines de race blanche europeens ou canadienne .le vrai amour ne se vente pas dorgueil ne cherche pas ses propres interets endure tout crois to...



Christel 25 ans
Célibataire
Enfants: Aucun
Cameroun Douala
Parle: Français
Profil certifié

Petite annonce:
Bonjour
Je suis une jeune étudiante camerounaise,attentionnée ,sympa,respectueuse,calme et très serviable.agée de 25 ans,aimant les ballade,le sport,resto,cinema et la lecture,je suis à la recherche d'un homme,serieux,fidel,attentionnérespectueux,honnete et romantique avec qui je pourrai parler...



letitia 21 ans
Célibataire
Enfants: Aucun
Cameroun Douala
Parle: Français

Petite annonce:
Vous le saurez plus tard.



adrienne 27 ans
Célibataire
Enfants: Aucun
Cameroun yaounde
Parle: Français
Profil certifié

Petite annonce:
salut j'aimerais rencontrer ici un homme serieux avec qui je ferais ma vie je suis une femme douce et attentionnee. merci au plaisir de te lire.

[1](#) - [2](#) - [3](#) - [4](#) - [5](#) - [6](#) - [7](#) - [8](#) - [9](#) - [10](#) - [11](#) - [12](#) - [13](#) - [14](#) - [15](#) - [16](#) - [17](#) - [18](#) - [19](#) - [20](#) - [21](#) - [22](#) - [23](#) - [24](#) - [25](#) - [26](#) - [27](#) - [28](#) - [29](#) - [30](#) - [31](#) - [32](#) - [33](#) - [34](#) - [35](#) - [36](#) - [37](#) - [38](#) - [39](#) - [40](#) - [41](#) - [42](#) - [43](#) - [44](#) - [45](#) - [46](#) - [47](#) - [48](#) - [49](#) - [50](#) - [51](#) - [52](#) - [53](#) - [54](#) - [55](#) - [56](#) - [57](#) - [58](#) - [59](#) - [60](#) - [61](#) - [62](#) - [63](#) - [64](#) - [65](#) - [66](#) - [67](#) - [68](#) - [69](#) - [70](#) - [71](#) - [72](#) - [73](#) - [74](#) - [75](#) - [76](#) - [77](#) - [78](#) - [79](#) - [80](#) - [81](#) - [82](#) - [83](#) - [84](#) - [85](#) - [86](#) - [87](#) - [88](#) - [89](#) - [90](#) - [91](#) - [92](#) - [93](#) - [94](#) - [95](#) - [96](#) - [97](#) - [98](#) - [99](#) - [100](#) - [101](#) - [102](#) - [103](#) - [104](#) - [105](#) - [106](#) - [107](#) - [108](#) - [109](#) - [110](#) - [111](#) - [112](#) - [113](#) - [114](#) - [115](#) - [116](#) - [117](#) - [118](#) - [119](#) - [120](#) - [121](#) - [122](#) - [123](#) - [124](#) - [125](#) - [126](#) - [127](#) - [128](#) - [129](#) - [130](#) - [131](#) - [132](#) - [133](#) - [134](#) - [135](#) - [136](#) - [137](#) - [138](#) - [139](#) - [140](#) - [141](#) - [142](#) - [143](#) - [144](#) - [145](#) - [146](#) - [147](#) - [148](#) - [149](#) - [150](#) - [151](#) - [152](#) - [153](#) - [154](#) - [155](#) - [156](#) - [157](#) - [158](#) - [159](#) - [160](#) - [161](#) - [162](#) - [163](#) - [164](#) - [165](#) - [166](#) - [167](#) - [168](#) - [169](#) - [170](#) - [171](#) - [172](#) - [173](#) - [174](#) - [175](#) - [176](#) - [177](#) - [178](#) - [179](#) - [180](#) - [181](#) - [182](#) - [183](#) - [184](#) - [185](#) - [186](#) - [187](#)

[181](#) - [182](#) - [183](#) - [184](#) - [185](#) - [186](#) - [187](#) - [188](#) - [189](#) - [190](#) - [191](#) - [192](#) - [193](#) - [194](#) - [195](#) - [196](#) - [197](#) - [198](#) - [199](#) - [200](#) - [201](#) - [202](#) - [203](#) - [204](#) - [205](#) - [206](#) - [207](#) - [208](#) - [209](#) - [210](#) - [211](#) - [212](#) - [213](#) - [214](#) - [215](#) - [216](#) - [217](#) - [218](#) - [219](#) - [220](#) - [221](#) - [222](#) - [223](#) - [224](#) - [225](#) - [226](#) - [227](#) - [228](#) - [229](#) - [230](#) - [231](#) - [232](#) - [233](#) - [234](#) - [235](#) - [236](#) - [237](#) - [238](#) - [239](#) - [240](#) - [241](#) - [242](#) - [243](#) - [244](#) - [245](#) - [246](#) - [247](#) - [248](#) - [249](#) - [250](#) - [251](#) - [252](#) - [253](#) - [254](#) - [255](#) - [256](#) - [257](#) - [258](#) - [259](#) - [260](#) - [261](#) - [262](#) - [263](#) - [264](#) - [265](#) - [266](#) - [267](#) - [268](#) - [269](#) - [270](#) - [271](#) - [272](#) - [273](#) - [274](#) - [275](#) - [276](#) - [277](#) - [278](#) - [279](#) - [280](#) - [281](#) - [282](#) - [283](#) - [284](#) - [285](#) - [286](#) - [287](#) - [288](#) - [289](#) - [290](#) - [291](#) - [292](#) - [293](#) - [294](#) - [295](#) - [296](#) - [297](#) - [298](#) - [299](#) - [300](#)

