

Dépistage du VIH

A. Dumoulin, F. Bally, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion

Malgré les efforts de prévention des 30 dernières années, ce n'est qu'en 2017 que le nombre de déclarations a passé pour la première fois en dessous de 500 nouveaux cas (statistiques OFSP 2017). Le dépistage reste donc un élément-clé pour la lutte contre cette infection. L'Office Fédéral de Santé Publique (OFSP) distingue entre le dépistage volontaire initié par la personne elle-même (p.ex. après une exposition à risque) et le dépistage initié par le médecin. La **table 1** donne la liste des indications au dépistage les plus importantes pour la médecine de premier recours. La procédure de dépistage est décrite dans un concept élaboré par l'OFSP (**figure 1**) qui vise à répondre à quatre questions :

1) Le patient est-il infecté ?

Le test de dépistage primaire du VIH repose sur la détection d'une composante du virus lui-même (antigène p24) et des anticorps produits par le patient infecté. Les tests actuels détectent ces paramètres en une fois (test combiné de 4^{ème} génération). Ils privilégient la sensibilité (pas de faux-négatifs), au prix de la spécificité. Des faux-positifs sont donc possibles. Dans tous les cas un résultat positif doit être confirmé sur un second prélèvement.

Un dépistage n'est indiqué au plus tôt que 10 à 14 jours après une situation à risque, ce qui reflète le délai minimum nécessaire pour que la charge virale atteigne un seuil suffisant pour une détection positive.

Bien que la recherche de l'antigène p24 permette de réduire le délai entre l'infection et la positivité du test, ce délai reste très variable d'un patient à l'autre. Selon les recommandations actuelles de l'OFSP, seul un test négatif trois mois après une exposition à risque permet d'exclure une infection par le VIH. Il est donc recommandé de répéter le dépistage après trois mois dans tous les cas et, lors de situation à risque récente, deux semaines après un premier résultat négatif ou à l'apparition de symptômes. Ce délai a été établi dans les années 80 avec des tests d'ancienne génération. Le test combiné de 4^{ème} génération détecte certainement plus vite les infections. Mais en absence de données récentes, il n'y a pas de consensus sur la réduction possible de ce délai. La France et l'Italie recommandent un minimum de 6 semaines. Le Royaume Uni recommande 8 semaines et l'OFSP y réfléchit. Dans tous les cas le délai pour les tests rapides (de type bandelettes ou savonnettes) doit rester de trois mois, en raison de leur moins bonne performance pour la détection de l'antigène p24.

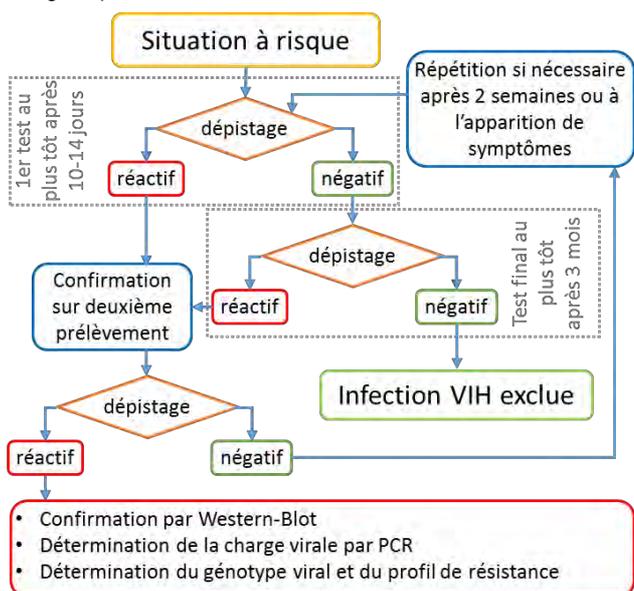


Figure 1: concept de test VIH selon l'OFSP

2) Quelles sont les propriétés du virus ?

L'analyse par Western-blot permet de reconnaître des réactions non spécifiques du test de dépistage (faux positifs) et, en cas d'infection confirmée, de préciser le type de VIH (type 1 ou 2). Cette distinction est critique, car la plupart des tests moléculaires permettant la quantification

de la charge virale par RT-PCR ne détectent que le VIH de type 1. De plus, il est essentiel de rechercher en début de prise en charge du patient d'éventuelles résistances aux antirétroviraux par analyse du génotype du virus.

Table 1 : Indication au dépistage (adapté selon OFSP-Bulletin, 21/15, 2015)

• Patient jamais testé pour le VIH
• Grossesse
• Maladies suspectes d'une primo-infection VIH (avec exposition à risque au préalable)
⇒ pathologie évoquant une mononucléose
⇒ lymphadénopathie disséminée
⇒ pharyngite érythémateuse
⇒ fièvre avec exanthème
⇒ autres
• Maladies opportunistes définissant le SIDA
⇒ Candidose orale
⇒ Tuberculose
⇒ Diarrhées (> 2 semaines)
⇒ autres
• Autres maladies pour lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est probablement supérieure à 0,5%.
⇒ Néoplasie
* Dysplasie cervicale
* carcinome anal / dysplasie
* lymphome malin
⇒ Zona
⇒ Thrombopénie
⇒ Lymphadénopathie
⇒ Psoriasis grave ou atypique; dermatite séborrhéique et autres
• Maladies pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves
⇒ Affection avec traitement immunosuppresseur agressif (greffe, maladie auto-immune)
• Groupes présentant une prévalence élevée
⇒ Toute infection sexuellement transmissible (p.ex. syphilis, gonorrhée, hépatite B et C)
⇒ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,
⇒ Personnes s'injectant des drogues par voie intraveineuse,
⇒ Personnes issues d'un pays à forte prévalence de VIH (Afrique subsaharienne).
⇒ Patient évoquant un comportement sexuel à risque avec une personne connue comme étant séropositive ou dans un environnement à forte prévalence de VIH

3) Quelle est la charge virale ?

Une fois la thérapie antirétrovirale mise en place, une charge virale indétectable, mesurée régulièrement par RT-PCR quantitative, indique que l'infection est contrôlée. Une augmentation de la charge virale sous thérapie peut indiquer la sélection d'un virus mutant résistant au traitement, ou une compliance inadéquate qui peut elle-même être à l'origine d'une résistance.

4) Quel est la proportion d'infections récentes parmi les nouvelles infections déclarées ?

Cette dernière question est d'ordre plus épidémiologique que clinique. Les informations du Western-blot (nombres d'anticorps spécifiques à des antigènes du VIH) permettent de déterminer s'il s'agit d'une infection récente ou plus ancienne. Plus l'infection sera ancienne, plus la variété des anticorps anti-VIH sera élevée. Selon l'OFSP, les infections détectées en 2016 sont plutôt récentes chez les hommes (hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes : 95% d'infections récentes ; autres hommes : 50%), tandis que ces infections sont principalement anciennes chez les femmes (infections récentes : 24%).

Références

- 1) Concept suisse de test VIH : récapitulatif actualisé, OFSP-Bulletin, 06/13, 2013
- 2) VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2016 : survol épidémiologique, OFSP-Bulletin, 43/17, 2017
- 3) Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins, OFSP-Bulletin, 21/15, 2015
- 4) Maladies infectieuses A-Z, www.bag.admin.ch

Personnes de contact

Dr Alexis Dumoulin
Dr Frank Bally

alexis.dumoulin@hopitalvs.ch
frank.bally@hopitalvs.ch