

Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins: recommandations pour les patients adultes

Le *Provider induced counselling and testing* (PICT) désigne le dépistage du VIH effectué sur l'initiative du médecin, dans les cas où celui-ci estime possible que le patient soit infecté par le VIH.

Les présentes recommandations ont trois objectifs: elles doivent permettre au médecin a) de ne pas rater une primo-infection VIH, b) de penser à une infection VIH avancée en cas de symptômes ou de tableau clinique peu clairs et c) de mener un entretien-conseil préventif avec le patient et de lui proposer un dépistage du VIH s'il pense que celui-ci peut avoir eu des comportements sexuels à risque.

Souvent, les infections VIH sont diagnostiquées trop tard, notamment parce que les médecins ne pensent pas à une infection VIH en tant que cause de la pathologie ou en tant que maladie concomitante lorsqu'ils sont confrontés à l'une des pathologies suivantes:

Tableaux cliniques similaires à la mononucléose, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, tableaux cliniques neurologiques, lymphome hodgkinien et zona s'il s'agit de jeunes adultes (< 40 ans).

Ne pas procéder systématiquement à un dépistage du VIH dans les cas précités, comme c'est par exemple le cas lors d'une grossesse ou d'un don d'organe, est une erreur.

INTRODUCTION

En Suisse, 30% des infections VIH sont diagnostiquées à un stade avancé de déficience immunitaire (taux de cellules CD4 inférieur à 200/ μ l) [1]. Il en résulte une morbidité plus élevée des patients concernés et une multiplication des nouvelles infections. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission d'experts clinique et thérapie VIH/Sida (CCT) ont donc publié, en mai 2007, des recommandations destinées à augmenter le nombre d'entretiens-conseil et de dépistages du VIH sur initiative des médecins, une procédure appelée *provider induced counselling and testing* (PICT) [2, 3]. Par PICT on entend la réalisation de dépistages du VIH et d'entretiens-conseil avec les patients sur l'initiative des médecins lorsqu'un tel dépistage s'avère

indiqué pour des raisons médicales. Dans les cas où le tableau clinique et/ou les résultats du laboratoire laissent supposer qu'une infection VIH pourrait être la cause de la pathologie ou d'une maladie concomitante, le médecin doit informer le patient de la nécessité de réaliser un dépistage du VIH. Cette mesure, permettant de confirmer ou d'infirmer l'existence d'une infection VIH, fait partie d'un examen médical rationnel. Il en va de même si les informations à disposition laissent à penser que le patient pourrait avoir eu un comportement sexuel à risque.

Les présentes recommandations concernent explicitement les adultes. Bien évidemment, il existe également chez les enfants des tableaux et des états cliniques spécifiques en présence desquels il faudrait procéder de la même manière.

Mais ils diffèrent toutefois considérablement de ceux des adultes.

A) PRIMO-INFECTION VIH

Les avantages du dépistage précoce

Au cours de la première phase (primo-infection), l'infection VIH est particulièrement contagieuse [4]. Or, pour conseiller la personne concernée quant à la manière de protéger ses partenaires sexuels, encore faut-il que cette primo-infection ait été diagnostiquée. Les bénéfices d'un changement de comportement (comportement de protection contre le VIH) sont maximaux durant la phase de primo-infection; plus le diagnostic est établi tardivement, plus ces bénéfices sont limités.

Les traitements antirétroviraux (TAR) peuvent en outre être indiqués durant la phase de primo-infection. Cette procédure fait d'ailleurs l'objet de travaux de recherche [5 à 9]. Il convient toutefois de discuter des conditions avec un spécialiste du VIH.

Que faire en cas de suspicion de primo-infection?

En présence des symptômes correspondants (cf. tableau 1), le médecin explique au patient qu'un dépistage du VIH s'avère indiqué. Il l'informe également de la contagiosité élevée de l'infection au stade de la primo-infection et le conseille quant au comportement de protection à adopter contre le VIH. Cette indication se fonde sur le tableau clinique et ce, même si le patient ne pense pas avoir eu un comportement à risque.

Les symptômes de la primo-infection VIH

Les symptômes d'une primo-infection sont similaires à ceux d'une mononucléose (cf. tableau 1).

B) DÉPISTAGE DU VIH DANS LE CADRE D'UNE PROCÉDURE DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans la pratique, il y a des cas où le dépistage du VIH est effectué, non pas en fonction de l'anamnèse du risque, mais de manière systéma-

Tableau 1

Les symptômes et les résultats d'examen indiquant une primo-infection

Les principaux symptômes et résultats d'examen sont:

- Fièvre
- Fatigue
- Lymphadénopathie disséminée
- Pharyngite érythémateuse
- Eruption cutanée
- Maux de tête
- Méningite aseptique
- Lymphocytes réactifs

Les symptômes moins fréquents sont:

- Myalgie et arthralgie
- Diarrhées aiguës
- Nausées et vomissements
- Ulcère oral ou génital

Les symptômes et les résultats d'examen rares sont:

- Hépatospénomégalie
- Méningite aseptique et autres manifestations neurologiques

tique. On peut ainsi citer la grossesse [10], le don de sang, d'organe et de sperme ainsi que les cas où l'on suspecte une infection VIH d'être à l'origine d'une pathologie sur la base du tableau clinique et/ou des résultats de laboratoire (tableaux 2a à c). Le dépistage permet ici de confirmer ou d'infirmer l'existence d'une infection VIH et fait donc partie d'un examen médical rationnel. Dans la plupart des cas, il est recommandé d'informer le patient. Le médecin informe le patient du fait qu'un dépistage du VIH va être effectué dans le cadre de la procédure de diagnostic. Si le patient n'accepte pas ce dépistage, il doit s'y opposer de manière claire. En résumé lorsque le VIH fait partie du diagnostic différentiel, le médecin procède à tous les examens médicaux nécessaires sauf si le patient les refuse.

Situations dans lesquelles un dépistage du VIH s'avère systématiquement indiqué

Dans les cas suivants, il convient de procéder systématiquement à un dépistage du VIH: cf. tableaux 2a à c.

Situations dans lesquelles il convient d'envisager un dépistage du VIH

En cas de symptômes B n'ayant donné lieu à aucun diagnostic malgré des examens approfondis, en

cas de diarrhées chroniques, de néphropathie ou d'hypertension artérielle pulmonaire, en cas d'anomalie d'analyse de laboratoire (thrombocytopénie, lymphopénie ou hypergammaglobulinémie, par exemple), l'explication peut parfois être une infection VIH. Une infection VIH non traitée augmente par ailleurs le risque de développer une pathologie cardiovasculaire [11, 12]. Il convient donc également de penser à une infection VIH en cas d'infarctus du myocarde, d'événements cérébrovasculaires, en cas d'impuissance d'origine vasculaire et autres

pathologies occlusives artérielles périphériques. Dans les cas précités, le médecin doit informer le patient qu'il va réaliser un dépistage du VIH et, le cas échéant, évaluer un éventuel comportement à risque avec lui.

C) COMPORTEMENT SEXUEL À RISQUE ET VCT (VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING)

Généralistes et spécialistes doivent également proposer à leur patient un entretien-conseil et un dépistage

Tableau 2a

Indications cliniques d'un dépistage du VIH

- Tableau clinique similaire à celui d'une mononucléose (cf. tableau 1)
- Infection sexuellement transmissible (syphilis, gonorrhée, chlamydia, lymphogranulome vénérien, herpès génital, condylomes acuminés, hépatite A, B et C)
- Tableau clinique neurologique (démence, méningite, encéphalite, paralysie faciale, polyneuropathie)
- Lymphome hodgkinien
- Lésions muco-cutanées à *Candida albicans*, *zona* chez les moins de 40 ans, dermatite séborrhéique, leucoplasie orale chevelue, exanthème inexpliqué; lymphadénopathie périphérique généralisée, carcinome anal, dysplasie du col de l'utérus
- Syndrome de cachexie
- Grossesse
- Don d'organe, de sang et de sperme
- Pathologies pathognomoniques du sida (cf. tableau 2c)

Tableau 2b

Prescriptions d'examens de laboratoire concernant des adultes et pour lesquelles il est indiqué de demander également un dépistage du VIH

- Sérologie du virus Epstein-Barr
- Sérologie du cytomégalovirus
- Sérologie de la Toxoplasmose sur indication clinique
- Dépistage de la syphilis
- Dépistage des virus de l'hépatite B ou C
- Sérologie de la rougeole, rubéole, etc. (exanthème inexpliqué chez un adulte ayant de la fièvre)

Tableau 2c

Pathologies pathognomoniques du sida

- Tuberculose
- Candidose œsophagienne
- *Pneumonie à Pneumocystis jiroveci* (anciennement *P. carinii*)
- Pneumonies bactériennes récidivantes
- Lésions Herpes simplex chroniques
- Sarcome de Kaposi
- Carcinome du col utérin
- Diarrhées chroniques causées par des cryptosporidies ou *Isospora belli*
- Leucoencéphalite multifocale progressive
- Toxoplasmose du SNC
- Lymphome primaire du SNC
- Lymphome non hodgkinien
- Méningite cryptococcique
- Atteinte rétinienne, de l'œsophage ou du colon à CMV
- Infections disséminées dues à des mycobactéries atypiques
- Histoplasmose extrapulmonaire ou coccidioïdomycose

Tableau 3

Les indications pour le dépistage du VIH et le conseil sur proposition du médecin

- a) Le patient appartient à un groupe présentant une prévalence élevée: hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes s'injectant de la drogue par injection, personnes issues d'un pays avec une forte prévalence du VIH (région subsaharienne).
- b) Le patient évoque un comportement sexuel à risque avec une personne connue comme étant séropositive ou dans un environnement avec une forte prévalence du VIH (cf. a).
- c) Une personne sexuellement active souhaite être dépistée.
- d) Une personne revenant de voyage souhaite être dépistée.

du VIH lorsqu'ils pensent que ce dernier pourrait avoir eu un comportement sexuel à risque ou que des informations le laissent supposer. Ici, c'est la règle du consentement éclairé qui s'applique: après avoir établi l'anamnèse sexuelle du patient et avoir mené un entretien-conseil avec son patient, ce dernier accepte explicitement un dépistage du VIH et autres dépistages ad hoc. Aucun dépistage n'est réalisé sans l'accord du patient. Le tableau 3 liste les indications pour ce type de procédure.

DES CHECK-LISTS POUR LA PRATIQUE

Pour pouvoir intégrer une primo-infection VIH, une maladie opportuniste ou une infection VIH dans les facteurs de risque, le médecin doit «y penser».

C'est la raison pour laquelle la commission recommande la mise au point de check-lists destinées aux services des urgences et aux cabinets privés. Lorsque certains examens sérologiques (tableau 2b) ont été prescrits, le laboratoire concerné doit par ailleurs pointer, dans ses commentaires, l'éventualité d'une infection VIH (diagnostic différentiel).

Auteurs

Markus Flepp, Matthias Cavassini, Pietro Vernazza, Hansjakob Furrer, pour la Commission d'experts clinique et thérapie VIH/Sida (CCT)

Membres de la CCT:

D^r Enos Bernasconi, PD, Lugano; D^r Matthias Cavassini, Lausanne; D^r Luigia Elzi, Bâle; D^r Markus Flepp, Zurich (président); P^r Hansjakob Furrer, Berne; P^r Bernard Hirschel, Genève; D^r Josef Jost,

Zurich; P^r Christoph Rudin, Bâle; P^r Pietro Vernazza, St-Gall; P^r Rainer Weber, Zurich; D^r Anne Witschi, Bâle ■

Office fédéral de la santé publique OFSP
Département maladies transmissibles
Section prévention et promotion
Téléphone 031 323 88 11

Bibliographie

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9: 397-405.
2. Office fédéral de la santé publique. Dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2007; 21: 371-373.
3. OMS/ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. 30 mai 2007.
4. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Inf Dis* 2007; 195, 951-959.
5. Pantazis N, Touloumi G, Vanhems P, et al. (CASCADE collaboration). The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008; 22: 2441-2450.
6. Seng R, Goujard C, Desquilbet L, et al. (ANRS PRIMO and SEROCO Study Groups). Rapid CD4+ Cell Decrease after Transient cART Initiated During Primary HIV Infection (ANRS PRIMO and SEROCO Cohorts). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 49: 251-258.
7. Hecht FM, Wang L, Collier A, et al. A multicenter observational study of the potential benefits of initiating combination antiretroviral therapy during acute HIV infection. *J Inf Dis* 2006; 194: 725-33.
8. Steingrover R, Jurriaans S, Grijzen M et al. Transient HAART during PHI prolongs total time off HAART in patients presenting with PHI: Data from the Dutch Primo SHM Cohort. *16th Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Montreal February 8-11, 2009, Abstract 70bLB.*

9. Fidler S, Fox J, Touloumi G, Pantazis N, et al. Slower CD4 cell decline following cessation of a 3 month course of HAART in primary HIV infection: findings from an observational cohort. *AIDS*. 2007 Jun 19; 21(10): 1283-91.
10. Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida de l'OFSP. Test VIH pendant la grossesse. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique*; 9: 152-153.
11. Grunfeld C, Delaney J, Wanke C, et al. HIV Infection Is and Independent Risk Factor for Atherosclerosis Similar in Magnitude to Traditional Cardiovascular Disease Risk Factors. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Montreal, Can 2009, Abstr 146.
12. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, et al. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med*. 2006 Nov 30; 355(22): 2283-96.