



**M. Rougemont  
A. Calmy**

Drs Mathieu Rougemont  
et Alexandra Calmy  
Service des maladies infectieuses  
Département des spécialités de  
médecine  
HUG, 1211 Genève 14  
mathieu.rougemont@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2015; 11: 280

**PRÉSENTATION CLINIQUE**

Une femme de 42 ans en bonne santé habituelle, inquiète en raison d'un ancien partenaire dépisté récemment VIH positif, vient à votre cabinet avec un auto-test oral VIH (figure 1) positif. Vous confirmez ce résultat par des tests de dépistage 4<sup>e</sup> génération et un Western Blot. Vous complétez son bilan de base : son nombre de lymphocytes CD4 est 550 cellules/ml et son niveau de charge virale est de 67 000 copies/ml. Vous l'adressez à un confrère infectiologue, mais n'obtenez un rendez-vous que pour le mois suivant. Avant de la quitter, vous vous demandez si la patiente devrait être traitée rapidement avec des antirétroviraux, et si une prophylaxie antibiotique contre les infections opportunistes est nécessaire.

**COMMENTAIRE**

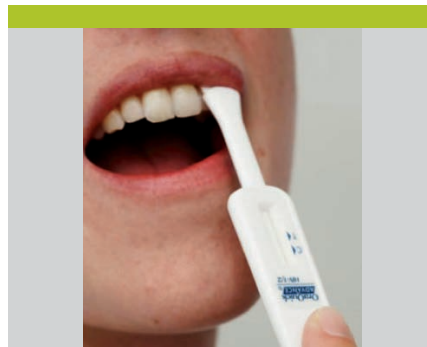
Les Etats-Unis ont récemment autorisé la mise en vente libre de tests de dépistage du VIH oraux auto-administrés, dont la sensibilité varie selon les études: le test OraQuick FA par exemple<sup>1</sup> a montré une sensibilité de 86 à 97%, dépendant notamment de la personne qui l'administrait (patient vs soignant). Bien que ces nouveaux tests permettent en théorie d'élargir la population dépistée, ils n'offrent pas une sensibilité aussi bonne que celle des tests rapides capillaires de 4<sup>e</sup> génération. Par ailleurs, la phase de conseil, habituelle dans la pratique médicale en Suisse avant d'effectuer un test VIH, n'a pas lieu lors d'un test auto-administré. Ces tests oraux,

# Prise en charge du VIH/sida en 2015

**Tableau 1. Indications à débuter un traitement antirétroviral chez les patients VIH asymptomatiques, en fonction du taux de lymphocytes CD4, d'après 4 séries récentes de recommandations d'expert**

Recommandations	Taux de lymphocytes CD4/mm <sup>3</sup>			
	< 200	200-350	350-500	> 500
<b>Américaines 2013<sup>5</sup></b>	Indiqué	Indiqué	Indiqué	Indiqué
<b>Européennes 2013<sup>6</sup></b>	Indiqué	Indiqué	Indiqué	Envisagé
<b>OMS 2013<sup>7</sup></b>	Indiqué	Indiqué	Indiqué	Différé <sup>a</sup>
<b>Françaises 2013<sup>8</sup></b>	Indiqué	Indiqué	Indiqué	Indiqué

<sup>a</sup> Début du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes, les patients co-infectés par le VHB ou le VHC ou présentant une co-infection par la tuberculose, les couples sérodiscordants.



**Figure 1. Exemple d'un test de dépistage VIH oral auto-administré**

La plupart des recommandations récentes élargissent les indications à débuter une trithérapie antirétrovirale (tableau 1), le justifiant par un bénéfice individuel, une réduction des comorbidités infectieuses et non infectieuses, mais aussi par un bénéfice collectif grâce à la réduction de la transmission du VIH lorsque les patients sont sous traitement efficace.<sup>2</sup>

**Controverse**

Le bénéfice clinique à débuter un traitement antirétroviral à un taux de CD4 supérieurs à 500/mm<sup>3</sup> reste débattu. Les résultats très attendus des études internationales START<sup>3</sup> et TEMPRANO<sup>4</sup> permettront d'élucider cette question.

dont certains sont approuvés par la FDA (Food and Drug Administration), ne sont pas disponibles en Suisse, mais sont commercialisés en ligne sur le web.

**Implications pratiques**

- ▶ Le médecin de premier recours devrait proposer le test VIH systématiquement à toutes les femmes enceintes, à toute personne qui présenterait des signes cliniques compatibles ou, simplement, à tous ceux qui le demandent
- ▶ Les tests rapides capillaires de 4<sup>e</sup> génération combinant Ag p24 et anticorps sont les tests de dépistage utilisés dans les VCT (Voluntary Counselling and Testing – Conseil et dépistage volontaire du VIH/des IST) en Suisse
- ▶ Le traitement antirétroviral peut être proposé à tous les patients séropositifs pour le VIH, même en l'absence d'une immunosuppression
- ▶ Le choix initial du traitement, qui intègre la présence des mutations de résistance et les caractéristiques individuelles du patient, comprend toujours une combinaison de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un troisième agent: un inhibiteur non nucléosidique, un inhibiteur de l'intégrase ou une antiprotéase boostée

**Bibliographie**

1 Pavie J, et al. Sensitivity of five rapid HIV tests on oral fluid or finger-stick whole blood: A real-time comparison in a healthcare setting. PLoS One 2010;5:e11581.  
 2 Hoen B and 2013 French HIV expert group. French 2013 guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection in adults. J Int AIDS Soc 2014;17:19034.  
 3 Babiker AG and INSIGHT START Study Group. Con-

siderations in the rationale, design and methods of the Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study. Clin Trials 2013;10(1 Suppl):S5-S36.  
 4 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00495651>  
 5 [http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult\\_andadolescentgl.pdf](http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_andadolescentgl.pdf)  
 6 [www.eacsociety.org/files/eacs\\_guidelines\\_french\\_7\\_01.pdf](http://www.eacsociety.org/files/eacs_guidelines_french_7_01.pdf)

7 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/101196/1/9789242505726\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/101196/1/9789242505726_fre.pdf?ua=1)  
 8 [www.afef.asso.fr/rc/org/afef/nws/News/2014/20141117-220745-369/src/nws\\_fullText/fr/experts-vih\\_actuels2014.pdf](http://www.afef.asso.fr/rc/org/afef/nws/News/2014/20141117-220745-369/src/nws_fullText/fr/experts-vih_actuels2014.pdf)