

# Infection VIH: update 2009

## pour les médecins de premier recours<sup>1</sup>

### 1<sup>re</sup> partie

Philip Tarr<sup>a</sup>, Stefan Erb<sup>a</sup>, Patrick Schmid<sup>b</sup>, Luigia Elzi<sup>c</sup>, Christoph Fux<sup>d</sup>,  
Frédéric Tissot<sup>e</sup>, Cathy Voide<sup>e</sup>, Matthias Cavassini<sup>e</sup>



#### Quintessence

- En Suisse >750 infections VIH sont nouvellement diagnostiquées chaque année.
- Le nombre de lymphocytes CD4 est le mieux corrélé au degré d'immunosuppression. Le risque d'infections opportunistes est plus important lorsque les CD4 sont <200/μl.
- Grâce à l'ART, de nombreux patients infectés par le VIH devraient bénéficier d'une espérance de vie quasi normale en Suisse.
- Un ART est indiqué actuellement lorsque les CD4 sont <350/μl.
- Le diagnostic de VIH est souvent posé tardivement, même en Suisse. Les médecins de premier recours jouent un rôle capital dans le dépistage précoce de l'infection (compte tenu des nombreuses opportunités de pratiquer un test VIH).
- Tout patient infecté par le VIH doit être adressé à un centre spécialisé pour bénéficier d'une prise en charge adaptée.

#### Introduction

Depuis notre dernière mise au point dans Swiss Medical Forum en 2004 [1], il y a eu d'importantes nouveautés dans le domaine du VIH. Le médecin de premier recours continue à jouer un rôle clé dans le dépistage de l'infection VIH. En effet, il est important de diagnostiquer précocement une infection VIH et de traiter le patient avant le développement de complications opportunistes. L'ART consiste toujours en 2009 en une association de trois médicaments. Comme le traitement de l'infection s'inscrit dans la durée, le VIH est devenu une maladie chronique, traitée en ambulatoire et la plupart du temps asymptomatique, avec une espérance de vie considérée comme pratiquement normale. Les médecins généralistes jouent un rôle central dans l'accompagnement et la motivation des patients à prendre leur ART jour après jour et sans interruption. De nos jours, l'ART permet aux patients infectés de mener une vie normale: s'intégrer dans la société, travailler, avoir une vie sexuelle et même avoir des enfants avec un partenaire séronégatif [2, 3].



Matthias Cavassini



Philip Tarr

#### Quelle est la situation épidémiologique actuelle de l'infection VIH dans le monde et en Suisse?

Selon les Nations Unies [4], env. 2,5 millions de personnes ont contracté le VIH en 2007 dans le monde entier, et 2,1 millions sont mortes du sida – plus des 2/3 en Afrique

subsaharienne. Le VIH continue d'avoir des conséquences catastrophiques dans de très nombreux pays subsahariens. La progression dramatique des infections VIH en Asie centrale et en Europe de l'Est (surtout Ukraine, Russie) résulte entre autres du manque flagrant de prise en charge médicale et de l'exclusion des toxicomanes. Mais il y a aussi de bonnes nouvelles: la stabilisation des personnes vivant avec leur infection à VIH, l'augmentation impressionnante de celles sous traitement antirétroviral et pour la première fois la diminution des morts du sida. L'effet cumulé des différentes mesures («prévention combinée») contribuent à freiner l'épidémie du VIH: safer sex, distribution d'aiguilles stériles, information plus intensive, dépistage VIH plus important et ART plus accessible et débuté plus précocement.

Chaque année en Suisse [4], plus de 750 personnes sont diagnostiquées. Depuis le début de l'épidémie du VIH en 1981, env. 30000 personnes ont été contaminées. Env. 0,6% de la population (15–49 ans) est actuellement infecté, comme aux Etats-Unis, mais nettement plus qu'en Allemagne (0,1%). Nous observons depuis quelques années une augmentation des comportements sexuels à risque qui semblent liés au fait que le VIH/sida fasse moins peur depuis l'avènement de traitements efficaces. Depuis 2003, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les HSH a doublé. Cette tendance est expliquée par un relâchement des mesures de précaution, notamment une augmentation du nombre de rapports sexuels non protégés. Certains HSH sont bisexuels et vivent en couple avec des femmes et de fait permettent au virus de circuler entre les communautés homosexuelle et hétérosexuelle.

#### Abréviations

ART	traitement antirétroviral
CDC	Centers for Disease Control
HSH	hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
PCR	Polymerase Chain Reaction
IST	infections sexuellement transmissibles

<sup>1</sup> La seconde partie de cet article paraîtra dans le n° 46/2009.

<sup>a</sup> Infektiologie und Spitalhygiene, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital, Bruderholz

<sup>b</sup> Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen

<sup>c</sup> Infektiologie, Universitätsspital Basel

<sup>d</sup> Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern

<sup>e</sup> Service des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 805 ou sur Internet sous [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch).

### Qui s'infecte avec le VIH?

Le risque de contamination par le VIH est estimé à 1:250–1:2500 en cas de rapport sexuel vaginal avec une partenaire infectée par le VIH [5]. Si le rapport sexuel a lieu pendant la primo-

infection VIH (virémie très élevée!), ce risque est nettement plus élevé. Chez les HSH, le risque est aussi plus élevé, notamment en

cas de rapport sexuel anal réceptif où il atteint environ 1,7%. Le risque d'infection par une transfusion sanguine est pratiquement exclu en Suisse de nos jours.

Le but premier de l'ART est de traiter la personne infectée. Un bénéfice supplémentaire est aussi de diminuer le risque de transmission du VIH à des partenaires sexuels séronégatifs. La recommandation de la Commission fédérale pour les questions liées au sida [6] a fait les grands titres dans la presse internationale en 2008, en affirmant que les patients infectés par le VIH traités efficacement depuis plus de 6 mois avec une virémie indétectable, en l'absence d'autres IST, n'étaient plus contagieux sexuellement. Ce message s'adresse avant tout aux couples sérodiscordants qui connaissent mutuellement leur status VIH.

### Comment l'infection évolue-t-elle après la mise en route du traitement antirétroviral?

La virulence du VIH est liée au fait qu'il attaque des cellules essentielles du système immunitaire (surtout les lymphocytes T CD4+, anciennement appelés «cellules auxiliaires») en provoquant une immunosuppression progressive [2, 3]. Le nombre de cellules CD4 (normalement >env. 600/μl) est le mieux corrélé au degré d'immunodéficience: en-dessous de 200/μl, le risque d'infections opportunistes augmente considérablement. Ce seuil n'est pas absolu: 3–5% des pneumonies à *Pneumocystis* se déclarent avec des CD4 >200/μl et une tuberculose peut se développer quel que soit le nombre de CD4. La baisse annuelle des CD4 en Suisse est en moyenne de 50–60 cellules/μl, mais la variabilité est très importante d'un patient à l'autre, raison pour laquelle ils doivent être dosés régulièrement. L'ART est généralement indiqué lorsque les CD4 approchent ou sont inférieurs à 350/μl, même chez un patient asymptomatique. Chez les femmes enceintes, le traitement est indiqué, quel que soit le nombre de CD4. L'ART est aussi recommandé dans certaines situations même si les CD4 sont >350/μl: en cas de co-infection par une hépatite B ou C [7], en cas de complication opportuniste (par ex. lymphome) [3]. L'ART entraîne en quelques mois un renforcement du système immunitaire («reconstitution immunitaire») et diminue très nettement le risque d'infections opportunistes. Une suppression complète de la virémie est censée être obtenue en moins de 6 mois et les CD4 doivent augmenter de >150/μl la première année. Les patients jeunes et ceux ayant une virémie VIH élevée avant la mise en route de l'ART montrent pour la plupart de bonnes remontées des CD4. Il est important de bien


préciser qu'aucune résistance du VIH n'apparaît en cas de suppression virale. Le pronostic à long terme est excellent chez la plupart des patients dont les CD4 remontent à plus de 350/μl.

### Sérologie VIH: chez qui la demander et avec quelle stratégie?

Malgré des traitements efficaces, des patients meurent toujours du sida en Suisse à l'heure actuelle. Un problème important est celui des diagnostics dits «tardifs», avec des CD4 <200/μl au moment du diagnostic. Durant la période de 1998 à 2007, on a dénombré une proportion de 31% de diagnostics tardifs au sein de la Cohorte VIH Suisse. Un des facteurs associés aux diagnostics tardifs était un âge avancé (diminution des CD4 de 63 cell/mm<sup>3</sup> par tranches de 10 ans au-delà de 40 ans), le patient âgé étant généralement considéré à tort comme moins à risque pour une infection VIH par son médecin. Une primo-infection peut aussi passer inaperçue ou être diagnostiquée à tort comme infection à EBV, CMV ou à un autre virus.

Jusqu'en 2007, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a suivi la stratégie du dépistage du VIH sur demande du patient, ou VCT (voluntary counseling and testing). La nouvelle stratégie adoptée depuis est la proposition d'un test VIH par le médecin de premier recours, si les signes et symptômes cliniques suggèrent une éventuelle infection à VIH (provider-initiated counseling and testing [PICT]). Les situations médicales pour lesquelles un dépistage VIH devrait être proposé sont

**Le test VIH devrait être proposé systématiquement en cas de syndrome de type mononucléose (penser à une primo-infection VIH) ou lors de situations médicales suggestives d'une infection VIH**

résumées dans le tableau 1 . Tout médecin généraliste demandant une sérologie pour mononucléose devrait également penser à faire un test VIH, car 40–90% des nouvelles infections VIH se manifestent 2–4 semaines

après la contamination par un syndrome de type mononucléose.

Les tests doivent absolument être proposés plus fréquemment. Selon les «Centers for Disease Control» (CDC) américains, le VCT et le PICT ont échoué surtout en raison du nombre trop important de diagnostics tardifs de VIH. C'est pourquoi les CDC recommandent depuis 2006 aux Etats-Unis la stratégie de l'«opt out» [8], qui consiste à dépister systématiquement le VIH, éventuellement par tests rapides (résultat dans les 15 minutes), chez toutes les personnes de 13 à 64 ans lors de leur admission à l'hôpital – quel que soit le motif d'admission – sauf en cas de refus du test par le patient. Des études ont en effet montré que de nombreux patients récemment diagnostiqués avaient été traités dans les 12–24 mois précédents dans un cabinet médical ou un service d'urgences, sans qu'un test VIH leur ait été proposé. Ces «occasions manquées» ont poussé les CDC à changer leur stratégie. En termes de dépistage, l'infection VIH est donc mise sur le même pied d'égalité

**Tableau 1. Indications à un test VIH.**

<b>Patient asymptomatique</b>	Demande du patient
	Demande de check-up
	Comportement à risque (drogues, HSH, partenaires sexuels multiples)
	Hépatite B ou C
	Provenance d'un pays à haute prévalence
	Grossesse
	Exposition à risque dans le secteur de la santé (soins dans un pays à haute prévalence)
	Rapport sexuel non protégé avec partenaire de status VIH inconnu ou VIH+
<b>Symptômes et maladies pouvant témoigner d'une infection à VIH</b>	Toute infection sexuellement transmissible
	Tuberculose active, pneumonie à Pneumocystis, lymphome
	Toute infection rare, toute maladie prolongée chez des patients «par ailleurs en bonne santé»
	Zona, toujours chez des personnes de <50 ans ou si plusieurs dermatomes touchés, ou récidivant
	Candidose orale sans antibiothérapie ni corticothérapie précédente
	Pneumonie bactérienne ou infection à pneumocoque récidivantes
	Manifestation d'une maladie de peau nouvelle ou à évolution atypique
	Perte de poids ou diarrhée d'étiologie indéterminée
	Fièvre persistante
	Lymphadénopathies persistantes
	Thrombopénie, leucopénie, anémie d'étiologie indéterminée
Démence, neuropathie périphérique d'étiologie indéterminée	
<b>Syndrome viral «aigu» compatible avec une primo-infection à VIH</b>	Toute infection «virale» grave ou prolongée
	Syndrome de type mononucléose aiguë (évt avec fièvre, exanthème, mal de gorge, myalgies, lymphadénopathies, ulcères buccaux, méningite aseptique)

**Tableau 2. Marche à suivre après nouveau diagnostic de VIH.****Anamnèse**

Anamnèse actuelle: symptômes en faveur de complications opportunistes

Expositions: pays d'origine, voyages, contagé avec une personne tuberculeuse, anamnèse sexuelle dans le but d'identifier la source de l'infection et également de dépister les partenaires stables

Habitus: consommation de drogues

**Examen physique ciblé**

Général: poids, TA, lymphadénopathies

Auscultation cardiaque et pulmonaire

Digestif: hépatosplénomégalie

Peau: dermatite séborrhéique, Kaposi

ORL: muguet buccal

Neurologique: polyneuropathie périphérique

**Examens de laboratoire**

Dosage des lymphocytes CD4, virémie VIH

Test génétique de résistance du VIH

Typisation HLA-B5701 (si positive, abacavir contre-indiqué)

Sérologies hépatites A, B, C

Sérologie toxoplasmose, CMV, syphilis

Test de Mantoux ou Interferon Gamma Release Assay

Formule sanguine, INR, glucose, créatinine, sédiment urinaire, tests hépatiques, profil lipidique, tests pancréatiques

**Autres examens**

Evt ECG (surtout chez toxicomanes, âge >50 ans) et radiographie du thorax

Examen gynécologique avec cytologie cervicale

Examen ophtalmologique (si CD4 <100/μl; exclure une rétinite à CMV, etc.)

aux Etats-Unis que d'autres maladies, comme le cancer du sein par exemple.

Les opposants à cette stratégie de l'«opt out» redoutent la disparition de la discussion entre le médecin et son patient autour du test VIH, la stigmatisation des personnes diagnostiquées VIH positives et mettent en avant le nombre déjà important de tests effectués en Suisse (300 000/an selon l'OFSP) et leur rapport coût-bénéfice douteux. Nous pensons cependant qu'une généralisation du dépistage du VIH (stratégie de l'«opt out») pourrait être cohérente aussi en Suisse, car la politique de dépistage pratiquée jusqu'ici, axée sur le conseil et l'information, n'est manifestement pas suffisante (taux trop élevé de diagnostics tardifs). Le test VIH est semblable aux autres tests de dépistages comme le frottis cervical ou la colonoscopie: la rentabilité du dépistage est plus importante chez les individus à risque. Toutefois, le problème spécifique du VIH est l'absence de facteur de risque rapporté par de nombreuses personnes nouvellement diagnostiquées, qui sont de ce fait infectés par leur partenaire stable. En Suisse, plus de 60% des femmes identifient leurs partenaires stables comme source de l'infection [9]. En cas de suspicion clinique d'infection VIH, il faut informer le patient qu'un test VIH est effectué même en l'absence de facteurs de risque pour une infection VIH.

### Nouveau diagnostic VIH: que faire?

Comme la prise en charge de l'infection VIH est un domaine de plus en plus complexe, chaque patient nouvellement diagnostiqué doit être adressé à un spécialiste. Il s'agit tout d'abord de préciser le stade de l'infec-

tion (nombre de CD4, complications opportunistes) et d'effectuer un test génétique de résistance du VIH. Ce dernier permet de prédire avec une grande probabilité la réponse virale aux médicaments antirétroviraux. Il est en outre important de documenter par sérologie toute infection latente pouvant se réactiver sous immunosuppression (par ex. toxoplasmose, CMV, tuberculose) de même que les co-infections par des pathogènes transmis par voie sexuelle ou sanguine (par ex. hépatite B et C, syphilis) (tab. 2 ↩).

---

Comme la prise en charge de l'infection VIH est de plus en plus complexe, chaque patient nouvellement diagnostiqué doit être adressé à un spécialiste

---

### Remerciements

Les auteurs remercient les collègues ci-dessous d'avoir lu le manuscrit et de nous avoir fait part de leurs précieuses critiques et suggestions: Dr Céleste Joly Schwartz, Département de Médecine Interne, CHUV, Lausanne; Dr Anja Zyska Cherix, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne; Dr. Markus Hosch, Innere Medizin FMH, Allschwil; Dr. Peter E. Schlageter, Innere Medizin FMH, Reinach/BL.

#### Correspondance:

Dr Matthias Cavassini  
Médecin associé  
Service des maladies infectieuses  
CHUV  
CH-1011 Lausanne  
[matthias.cavassini@chuv.ch](mailto:matthias.cavassini@chuv.ch)

#### Références recommandées

- HIV-Epidemiologie: Welt: [www.unaids.org](http://www.unaids.org) Schweiz: [www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/)
- Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*. 2008;300:555-70.
- Boily MC, Baggaley RF, Wang L, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:118-29.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## HIV-Infektion: Update 2009 für Hausärzte, Teil 1 / Platzhalter für Haupttitel zweite Zeile

### Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Khonkarly MB, Merlani GM, Halfon P, Bellini C, Pellet A, Kazadi K, et al. HIV-Infektion: praktisches Update für Hausärzte in 10 Punkten. *Schweiz Med Forum*. 2004;4:1058–67. [[http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_d/2004/2004-42/2004-42-209.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2004/2004-42/2004-42-209.PDF)]
- 2 Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. *Lancet*. 2006;368:489–504.
- 3 Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*. 2008;300:555–70.
- 4 HIV-Epidemiologie: Welt: [www.unaids.org](http://www.unaids.org) Schweiz: [www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/)
- 5 Boily MC, Baggaley RF, Wang L, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:118–29.
- 6 Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2008;89(5):165-9.
- 7 Hepatitis B and C Koinfektion. 2008 Europäische Guidelines: [www.europeanidsclinicalociety.org/guidelines.asp](http://www.europeanidsclinicalociety.org/guidelines.asp)
- 8 Bartlett JG, Branson BM, Fenton K, Hauschild BC, Miller V, Mayer KH. Opt-out testing for human immunodeficiency virus in the United States: progress and challenges. *JAMA*. 2008;300:945–51.
- 9 Daneel S, Schüpbach J, Gebhardt M, Werner M, Staub R, Vernazza P. A prospective evaluation of the feasibility and utility of additional tools to obtain information from recently diagnosed HIV infected patients. *Swiss Med Wkly*. 2008;138(31–32):453–8.