

De la mononucléose au lymphome : la charge virale est-elle indispensable au clinicien ?

Jean-Marie Seigneurin & Patrice Morand



ou comment interpréter une charge virale EBV ?

La charge virale : comment ?

**Population normale = infection ancienne = sujet séropositif sain
(95 à 98 %)**

**génomme viral (ADN) détectable dans les tissus lymphoïdes et
dans le sang (Ly B) dans $\sim 1/10^5$ Ly B**

donc : PCR quantitative (= charge virale) : sinon rien !

La charge virale : où ?

1. dans le sang, pour suivre une évolution (sang total, parfois plasma/sérum)
2. dans la salive, dans le LCR, etc
3. dans des tissus/organes (biopsies, etc.)

|| toujours comparer la CV d'un tissu/organe vascularisé avec celle du sang périphérique

donc : **sang total au-dessus de tout**

La charge virale : pour qui ?

1. Mononucléose infectieuse

NON en général,

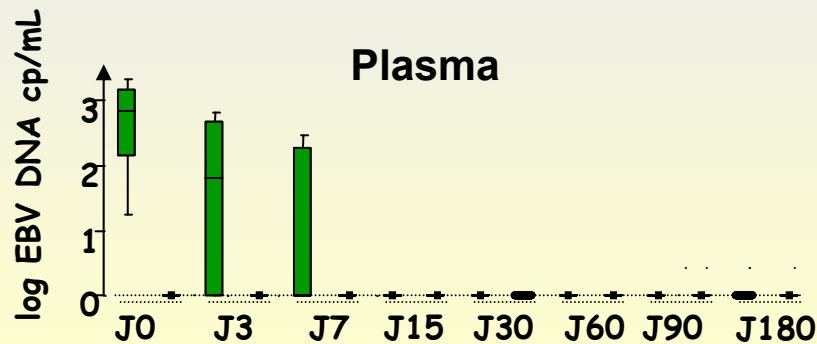
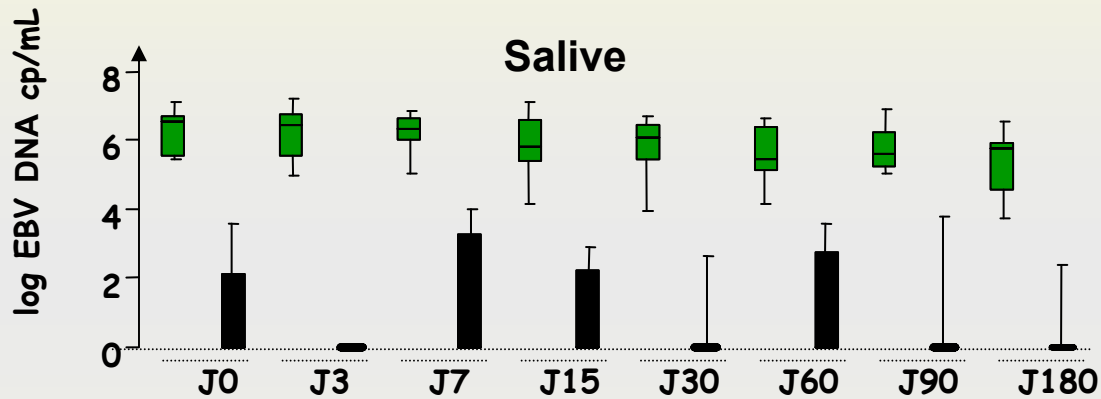
mais aide au diagnostic si :

profil sérologique ininterprétable (par ex. IgM anti-VCA douteux avec IgG anti-VCA positifs ou négatifs et IgG anti-EBNA négatifs, Ac hétérophiles -)

- a) CV dans la salive +++, mais difficile d'obtenir un prélèvement après coup
- b) CV dans le sérum (le même que celui de la sérologie)

MNI et charge virale EBV

étude prospective de 23 MNI chez les étudiants de Grenoble



■ Patients MNI
■ Contrôles

Signification proposée de la charge virale dans le sang total

CV : faible* moyenne élevée très élevée
 indétectable 500 1000 10 000 100 000 >

Porteur sain

MNI classique

MNI sévère

Réactivation

Lymphome

* détectable
non quantifiable

en copies/mL

→ un nombre absolu de copies n'a pas toujours une signification définitive

La charge virale : pour qui ?

2. Lymphome post-transplantation

a) Ce que l'on sait :

OUI : la CV est utile

chez les greffés de rein, foie, poumon, moelle osseuse ... :

- différences considérées comme significatives à partir d'1 log
- il est préférable de suivre un patient avec la même technique dans le même laboratoire

Il faut apprécier des variations de la CV

- avant la lymphoprolifération : une augmentation ou une tendance à l'augmentation peut signifier un risque de lymphome
- lors d'un lymphome traité : une diminution signifie souvent que la thérapeutique est efficace

Propositions pour la pratique

b) Ce que l'on ne sait pas bien :

- * avant la greffe : donneur : dépistage sérologique
receveur : sérologie + CV le jour de la greffe ?**

- * après la greffe (chez le receveur) :**
 - la périodicité, à discuter selon l'âge, le statut sérologique, le type de greffe, le traitement ...**
 - 1 CV par semaine, 1 toutes les 2 semaines, puis 1 par mois, etc ?**
 - donc souvent à adapter à chaque situation, surtout pour les greffes de moelle**

 - le traitement : anticipé, ou curatif ?**

La charge virale : pour qui ?

3. HIV-sida

NON : le suivi de la CV est inutile

mais importance d'études pour comprendre l'histoire naturelle de la maladie

étude multicentrique transversale HIV-EBV (ANRS)

582 patients HIV+ de 12 CHU

PCR EBV sang total : 65,5 % + CV sang total : 3,54 log
(> 200 CD4 : 3,41 log
< 200 CD4 : 3,69 log)

PCR EBV plasma : 4,8 % + CV 2,57 log

corrélation entre CV EBV sang total/plasma et CV HIV ARN plasma

3 lymphomes malins non hodgkiniens :

sang total CV 4,84 log (vs 2,93 pour les autres)
plasma 1 sur 3 positif

En conclusion

MNI =

sérologie EBV

+ Ac hétérophiles

+ PCR

sur 1 prélèvement

sérum sanguin

PTLD =

PCR quantitative

sur des prélèvements répétés

sang total

oOo