

Charge virale faible ou indétectable lors du bilan initial de séropositivité VIH : intérêt du screening sanguin d'antirétroviraux systématique

A. Chabrol¹, G. Peytavin², P. Chevojon¹, C. Mongin¹, S. Patrat-Delon¹, L. Gerard¹, N. Agher¹, C. Malbrunot³, A. Devidas¹

¹ Service Infectiologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil

² Service Toxicologie, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris

³ Service de Microbiologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil

Introduction. Lors du bilan initial de séropositivité VIH 1, la découverte d'une charge virale (CV) faible ou indétectable pose question d'un sous-type rare non amplifiable, d'un profil elite controller, ou enfin d'une prise de traitement antirétroviral. Dans notre centre, nous avons cherché à mettre en évidence la prise d'un traitement de manière systématique chez ces patients avec CV faible ou indétectable.

Matériel et Méthodes. Etude prospective monocentrique sur une période de 2 ans (2013-2014). Tous les patients avec Western blot VIH1 et CV au diagnostic < 100 cp/ml (Abbott), reprélevés en présence du médecin, étaient inclus, et un screening des ARV était réalisé (chromatographie liquide couplée à spectrométrie de masse). En cas de screening positif, le résultat était annoncé au patient (avec interprète si besoin).

Résultats. Notre file active est de 730 patients (75 % originaires d'Afrique), dont 95 nouveaux diagnostics sur la période de l'étude, parmi lesquels 12 patients avaient une CV < 100 cp/ml au diagnostic. Trois patients ont été exclus car finalement déjà traités après réinterrogatoire ou impossibilité de contrôle de CV sur place. **Neuf patients ont donc été inclus, parmi lesquels 7 ont eu un screening d'antirétroviraux (ARV) positif.** Les caractéristiques des patients et des résultats sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Pt	Motif dépistage	Sexe Age (ans)	Origine	Migrant < 1 an	CV VIH (cp/ml)	CD4 (/mm ³)	Screening ARV	Molécules et dosages (ng/ml)	Interprétation dosage	Devenir
1	Grossesse	F, 20	ASS	+	< 40	533	-	(NB : Sous-type CRF02_AG)		Suivi CHSF
2	Partenaire +	F, 34	ASS	-	< 40	1060	-	(NB : Sérotypage échec)		Suivi CHSF
3	Grossesse	F, 22	ASS	+	< 40	575	+	NVP	Taux faible *	Suivi CHSF
4	TROD	F, 43	ASS	+	< 40	382	+	TDF FTC EFV	Taux efficaces	Suivi CHSF
5	TROD	F, 24	ASS	+	< 40	692	+	EFV	Taux faibles *	Retour suivi centre habituel
6	AVC / CMD	H, 51	ASS	-	< 40	457	+	TDF FTC RAL	Taux efficaces	Décès (AVC)
7	Grossesse	F, 32	ASS	+	< 40	428	+	3TC LPV RTV	Taux faibles *	Suivi CHSF
8	TROD	H, 31	France	-	< 40	663	+	TDF FTC ELV COB	Taux efficaces	Perdu de vue
9	Grossesse	F, 19	ASS	+	79	392	+	TDF 3TC EFV	Taux efficaces	Suivi CHSF

Pt : Patient ; TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique ; ASS : Afrique SubSaharienne ; AVC / CMD : Accident Vasculaire Cérébral / Cardiomyopathie Dilatée

* Probable prise de trithérapie avec arrêt du traitement aboutissant à la persistance dans le sang uniquement des molécules à demi-vie + longue

Après annonce du résultat, deux patients (Pts 6 et 8) ont eu une réaction de déni complet, affirmant ne pas comprendre ce résultat. Seuls 5 patients ont finalement parlé d'un traitement préalable avec explications diverses :

- peur de refus de prise en charge si diagnostic déjà connu dans un autre pays, avec traitement fourni par un ami (Pt 4) ;
- prise occulte sans connaître la nature du traitement, soit achetés au marché en Afrique auprès d'un vendeur de traitement « bons pour les bébés », soit prise de traitement donné par un tiers (Pts 3 et 9, femmes enceintes) ;
- pensée magique de négativation du test VIH sous traitement avec « fausse découverte » (Pts 5 et 7).

Discussion. Notre étude est à notre connaissance la première sur le sujet.

Elle est évidemment limitée par son faible échantillon, ainsi que par le biais déclaratif. Le contrôle sur place du bilan a permis d'exclure les usurpations d'identité, source potentielle de biais.

L'intérêt pour la suite de la prise en charge des patients est probable (dépistage de molécules possiblement toxiques chez la femme enceinte, reconstitution de l'histoire thérapeutique, amélioration de la communication médecin/patient). L'inconvénient que nous avons constaté est une possible stigmatisation du patient par l'équipe soignante, facilement réversible après explications.

Conclusion. Notre étude rappelle aux cliniciens qu'une charge virale indétectable au diagnostic peut être liée à la prise non rapportée de traitements antirétroviraux. Dans notre centre, cette étude nous a permis d'affiner notre interrogatoire initial ainsi que notre discours, afin de rassurer les patients sur l'intérêt pour eux-mêmes d'évoquer une éventuelle prise en charge antérieure.

Ce screening nécessite une bonne coordination avec le laboratoire de toxicologie car la possibilité de pan-screening dépend de la méthode de dosage utilisée.

Une étude à plus large échelle, associée à une étude sociologique, permettrait de mieux analyser les raisons de ces omissions, afin de pouvoir les identifier dès l'interrogatoire initial avec plus de subtilité.