

Maladies indicatrices du VIH:

Recommandations pour la mise en œuvre d'un dépistage du VIH chez les adultes dans les services de santé

Synthèse

On estime qu'un tiers des 2,3 millions environ d'individus atteints du virus du VIH en Europe ne savent pas qu'ils sont séropositifs, d'où le taux élevé de diagnostic tardif et de transmission dans l'ensemble de la région. En Europe occidentale, entre 45 et 50 % des nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués sont détectés et traités tardivement (soit avec un taux de $CD_4 < 350$ cellules/ μ L). Le diagnostic tardif est associé à un taux plus élevé de morbidité et de mortalité lié au VIH, une réponse plus faible au traitement, des coûts de santé et des taux de transmission plus élevés. Le fait de diagnostiquer la séropositivité le plus tôt possible présente donc de nombreux avantages, d'où la nécessité de mettre l'accent sur une stratégie de santé publique de diagnostic précoce. Un diagnostic précoce implique d'adopter des approches innovantes pour améliorer le dépistage parmi les personnes susceptibles d'être atteintes du virus du VIH qui viennent se soigner tardivement.

Ces recommandations visent tout particulièrement les individus qui se rendent dans les services de santé, y compris dans les services médicaux spécialisés. Dans ces services, le dépistage du VIH peut ne pas être effectué dans le cadre de soins médicaux standard chez des patients présentant certaines pathologies. Cette nouvelle approche qui consiste à proposer un *dépistage du VIH en fonction des maladies indicatrices* devrait être adoptée en complément d'une stratégie nationale globale et cohérente de dépistage du VIH. Ces recommandations sont le fruit de la collaboration d'un panel de représentants de diverses sociétés médicales spécialisées européennes avec une contribution du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Ces recommandations sont destinés à tous les prestataires de soins de santé des disciplines et établissements concernés, ainsi qu'aux responsables des programmes de dépistage du VIH. Ils s'inspirent en partie de la méthodologie mise au point dans le cadre de l'étude HIDES (HIV Indicator Diseases Across Europe Study - étude sur les maladies indicatrices du VIH en Europe) ayant documenté que des maladies indicatrices étaient associées à une prévalence du VIH non diagnostiqué supérieure à 0,1 %. De récentes études ont prouvé la faisabilité et l'acceptabilité de l'introduction d'un dépistage de routine du VIH en fonction des maladies indicatrices de l'infection à VIH dans le cadre de soins. Elles étudient également les problèmes de mise en œuvre d'un tel dépistage, problèmes que ce document cherche à résoudre.

Ces recommandations ont pour objectif de :

- Encourager et soutenir l'inclusion d'un dépistage du VIH en

fonction des maladies indicatrices dans les stratégies nationales de dépistage du VIH, en tenant compte de la prévalence locale du VIH, des programmes de dépistage en place et des services de santé locaux,

- Recommander des approches et des outils pratiques pour éduquer et former les professionnels de la santé afin de surmonter les barrières liées à la recommandation d'un test de dépistage du VIH.

Il existe trois catégories de maladies indicatrices du VIH :

1. Les maladies indicatrices de SIDA chez les personnes séropositives
2. Les maladies ou contexte médical associés à une prévalence de VIH non diagnostiqué supérieure à 0,1 %
3. Les maladies pour lesquelles la présence non diagnostiquée du virus du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient.

Des essais contrôlés randomisés ont apporté de nombreuses preuves des conséquences de l'absence de traitement des patients séropositifs atteints de maladies indicatrices du SIDA. Le fait de ne pas recommander de dépistage dans ces circonstances est considéré comme une mauvaise pratique clinique. Il a été observé qu'un dépistage de routine du VIH proposé en présence de maladies associées à une prévalence du VIH $\geq 0,1$ % présente un coût-bénéfice et peut permettre d'augmenter le taux de diagnostic précoce du virus du VIH et ainsi offrir plus précocement des possibilités de prise en charge et de traitement ;

Recommandations :

- Un **dépistage du VIH est fortement recommandé** pour toute personne (non connue séropositive) présentant les symptômes évoquant une **maladie indicatrice du SIDA**.
- Un **dépistage du VIH est fortement recommandé** pour toute personne atteinte d'une **maladie ou se trouvant dans un contexte médical associé à une prévalence du VIH non diagnostiqué supérieure à 0,1 %** (y compris lors de la grossesse car une infection non diagnostiquée chez la mère aurait des répercussions graves chez le fœtus)
- Dans le cas de maladies indicatrices pour lesquelles les **avis d'experts considèrent qu'elles sont associées à une prévalence du HIV supérieure à 0,1 %**, mais pour lesquelles toutes les preuves n'ont pas été rassemblées, il est recommandé de **proposer un dépistage**.
- Dans le cas de maladies pour lesquelles la **présence non dia-**

agnostiquée du virus du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient, un **test de dépistage doit être proposé** afin d'éviter toute immunosuppression supplémentaire pouvant avoir des conséquences graves pour le patient et d'optimiser la réponse éventuelle au traitement de la maladie indicatrice potentiellement grave.

Le présent document est disponible dans son intégralité en anglais sur le site www.hiveurope.eu.

Tableau 1 : Définitions des maladies indicatrices et recommandations de dépistage du VIH

1. Maladies indicatrices du SIDA chez les personnes séropositives*

| | |
|--------------------------------------|--|
| Fortement recommander un dépistage : | Néoplasmes : |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col de l'utérus • Lymphome non hodgkinien • Sarcome de Kaposi |
| | Infections bactériennes |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium Tuberculosis, pulmonaire ou extrapulmonaire • Complexe Mycobacterium avium (MAC) ou Mycobacterium kansasii, disséminé ou extra-pulmonaire • Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, disséminées ou extra-pulmonaires • Pneumopathie récidivante (2 occurrences ou plus en 12 mois) • Pneumonie à Pneumocystis carinii • Septicémie à Salmonella récidivante |
| | Infections virales |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Rétinite à cytomégalovirus • Cytomégalovirus, autre (à l'exception du foie, de la rate et des glandes) • Herpès simplex, ulcère(s) > 1 mois/bronchite/pneumopathie • Leucoencéphalopathie multifocale progressive |
| | Infections parasitaires |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose cérébrale • Diarrhée associée à la cryptosporidiose, > 1 mois • Isosporidiose, > 1 mois • Leishmaniose disséminée atypique • Réactivation de la maladie de Chagas (méningo-encéphalite ou myocardite) |
| | Mycoses |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie à pneumocystis carinii • Candidose de l'œsophage • Candidose des bronches / de la trachée / des poumons • Cryptococcose extra-pulmonaire • Histoplasmosse disséminée / extra-pulmonaire • Coccidioidomycose disséminée / extra-pulmonaire • Pénicilliose, disséminée |

3. Maladies pour lesquelles la présence non diagnostiquée du virus du VIH peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge clinique du patient

| | |
|------------------------|--|
| Proposer un dépistage: | <ul style="list-style-type: none"> • Maladies nécessitant un traitement immunosuppresseur agressif : <ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Greffe • Maladie auto-immune traitée par des immunosuppresseurs • Lésion du cerveau • Purpura thrombocytopénique idiopathique / thrombotique |
|------------------------|--|

2a. Maladies / contexte médical associés à une prévalence du VIH non diagnostiqué ≥ 0,1

| | |
|--------------------------------------|--|
| Fortement recommander un dépistage : | <ul style="list-style-type: none"> • Infections sexuellement transmissibles • Lymphome malin • Cancer anal / dysplasie • Dysplasie du col de l'utérus • Herpès zoster • Hépatite B ou C (aiguë ou chronique) • Syndrôme mononucléosique • Leucopénie / thrombocytopénie inexpliquée durant plus de 4 semaines • Dermate séborrhéique / exanthème • Maladie pneumococcique invasive • Fièvre inexpliquée • Candidémie • Leishmaniose viscérale • Grossesse (implications pour le fœtus) |
|--------------------------------------|--|

2b. Autres maladies susceptibles d'être associées à une prévalence du VIH non diagnostiqué > 0,1 %

| | |
|-------------------------|---|
| Proposer un dépistage : | <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du poumon primaire • Méningite lymphocytaire • Leucoplasie orale chevelue de la langue • Psoriasis grave ou atypique • Syndrome de Guillain-Barré • Mononévrite • Démence sous-corticale • Maladie de type sclérose multiple, sclérose en plaque • Neuropathie périphérique • Perte de poids inexpliquée • Lymphadénopathie inexpliquée • Candidose buccale inexpliquée • Diarrhée chronique inexpliquée • Atteinte rénale chronique inexpliquée • Hépatite A • Pneumonie extra-hospitalière • Candidose |
|-------------------------|---|

* Basé sur le système de classification du CDC et de l'OMS