

Diagnostic biologique de l'infection par le VIH chez l'adulte

Généralités

Le dépistage de l'infection par le VIH peut être réalisé dans tous les laboratoires de biologie clinique. Afin de permettre un diagnostic plus précoce, le dépistage du VIH doit être effectué en utilisant des tests de 4^e génération (détection combinée des anticorps et de l'antigène p24) ou des tests de 3^e génération (détection des anticorps) en combinaison avec un test complémentaire qui détecte la présence de l'antigène p24. Les tests de 3^e et de 4^e génération détectent les anticorps dirigés contre les souches VIH-1 des groupes M and O, ainsi que vis-à-vis des souches VIH-2. La sensibilité et la spécificité de ces tests sont excellentes (99,2 – 99,8 %). Cependant, leur valeur prédictive positive n'est que de 50 % en raison de la faible prévalence de l'infection VIH en Belgique.

Tout prélèvement présentant un résultat positif ou douteux lors d'un test de dépistage doit être envoyé dans un des laboratoires de référence sida de Belgique (LRS) pour la confirmation ou l'exclusion d'une infection par le VIH ainsi que pour le typage de l'infection (VIH-1, VIH-2, VIH-1 et -2)

Le Western blot, le test de l'immunoblot ou un test immunochromatographique sont utilisés par les LRS pour la confirmation les deux derniers étant le plus fréquemment réalisés. Les résultats de ces tests sont interprétés selon des critères bien définis.

Durant la phase de séroconversion/primo-infection, le profil du test de confirmation peut être encore incomplet. Pour cette raison, lors de la primo-infection, il est nécessaire de procéder à un test complémentaire visant à mettre en évidence les composants du virus (antigène p24 et/ou ARN). Il est recommandé de suivre l'apparition des anticorps sur les prélèvements ultérieurs.

En conclusion au niveau des LRS, des tests immunologiques de confirmation et/ou de détection de l'antigène p-24 et/ou de détection d'ARN viral plasmatique sont utilisés pour confirmer ou exclure une infection par le VIH et pour en typer le virus en cause (VIH-1 et/ou VIH-2).

Recommandations

- Tout échantillon présentant un résultat positif ou douteux lors d'un test de dépistage doit être envoyé à l'un des LRS.
- Suite à un résultat initial du LRS, un échantillon ultérieur doit être envoyé, pour suivi, dans les situations suivantes :
 - lorsqu'une infection par le VIH est confirmée, afin d'exclure des erreurs d'échantillonnage, d'identification ou de contamination qui sont toujours possibles ;
 - après une infection aiguë, pour suivre l'évolution de l'apparition des anticorps ;
 - lorsque le résultat n'est pas concluant (dans cette situation, une PCR ADN VIH peut être réalisée à partir de sang prélevé sur EDTA).
- Lorsqu'une infection par le VIH est confirmée, il est recommandé de référer le patient à un centre de référence sida pour le traitement et le suivi de l'infection.
- Dans le cas d'un contact à haut risque, un test peut être réalisé à partir de 3 semaines après le contact. Mais, le degré de certitude n'étant pas maximal après 3 semaines, il est recommandé, en présence de résultat négatif, de répéter le test 6 à 8 semaines après le contact ou, lorsqu'une prophylaxie (PEP) a été instaurée, 3 semaines après l'arrêt du traitement. Un contrôle à 6 mois peut être considéré.
- Si une primo-infection est suspectée sur base de signes cliniques (syndrome grippal...), il est recommandé de réaliser un test de dépistage immédiatement et également une mesure de l'ARN viral plasmatique (sang complet prélevé sur EDTA). Il est très important que le médecin prescripteur communique au LRS toute information contributive au diagnostic (notion de prise de risque, existence de signes cliniques, etc.).

Mise à jour mai 2017