



### Difficile diagnostic

L'étude montre que le diagnostic correct de primo-infection à VIH est établi dans 27% des cas seulement à la première visite médicale. Le constat concorde avec d'autres informations qui prouvent à l'échelon international que le diagnostic de l'infection à VIH est souvent manqué durant la phase aiguë. Ce faible pourcentage s'explique en partie par la difficulté, aujourd'hui encore, de diagnostiquer la primo-infection à VIH. L'infection aiguë à VIH s'accompagne généralement d'une série de symptômes très peu spécifiques regroupés sous l'appellation de «syndrome rétroviral aigu». Les symptômes précoces de l'infection aiguë à VIH comme la fièvre, la fatigue, la diarrhée et l'adénopathie lymphatique ressemblent beaucoup à ceux d'autres infections virales ou bactériennes (la grippe p. ex.) et donnent donc souvent lieu à des diagnostics erronés. Chaque diagnostic d'infection à VIH manqué est une chance ratée de contrôler la voie de transmission du VIH et de proposer une thérapie appropriée à la personne séropositive.

### Recommandations de l'étude

Pour tirer profit de cette chance de diagnostic précoce, l'étude recommande un certain nombre de mesures, car le VIH est encore trop peu souvent suspecté en cas de troubles diffus. Comme le syndrome rétroviral aigu n'est pas spécifique, il est essentiel de faire une anamnèse sexuelle chez les personnes sexuellement actives (orientation sexuelle, nombre de partenaires, comportement à risque éventuellement, etc.). Par ailleurs, il convient de proposer un test initial de dépistage au patient et de l'effectuer au cabinet médical.

En bref: le médecin doit penser à la possibilité d'infection à VIH et aborder la question avec le patient. Il n'existe pas de séropositif «typique». L'infection ne se voit pas. Toutes les couches sociales et toutes les classes d'âge sexuellement actives peuvent contracter une infection à VIH. C'est pourquoi l'anamnèse sexuelle effectuée par le médecin revêt une grande importance, et elle doit se compléter par un test de dépistage en cas de doute. Il convient, à

cette occasion, de respecter le principe de consentement éclairé – le patient doit être informé des conséquences éventuelles d'un résultat positif. Il faut savoir que la thérapie antirétrovirale, la poursuite des efforts de prévention (règles de safer sex et de safer use) sont les principaux instruments pour endiguer l'infection à VIH. *hw*

*Aceto, L., et al. (2005): Die akute HIV-1-Infektion in Zürich: 2002–2004, PRAXIS, 94, S. 1199–1205.*

Par chance, l'étude a suscité l'intérêt du public et la rédaction a reçu diverses questions sur le sujet. Quelques-unes reposent toutefois sur un malentendu qu'il convient d'éclaircir.

Certains craignaient d'une certaine manière que l'étude n'ait mis en évidence le manque de fiabilité des tests de dépistage impliquant que seule une infection à VIH sur quatre est diagnostiquée correctement. Ce n'est pas exact: l'étude a prouvé que seule une infection sur quatre était détectée comme telle par le médecin à la première visite médicale. Le test de dépistage n'a pas été effectué immédiatement faute de diagnostic initial de l'infection à VIH. C'est plus tard seulement qu'un test a été réalisé. Il n'en demeure pas moins que seuls des tests effectués dans les règles (trois mois après la possible exposition au risque) peut valablement permettre d'établir ou d'exclure l'infection. En outre, tout résultat positif doit faire l'objet d'un second test dit de confirmation.

En conséquence, l'infection à VIH aurait été diagnostiquée si un test de dépistage avait été effectué sur les sujets de l'étude. C'est pourquoi l'étude préconise l'emploi du test au moindre soupçon chez les patients présentant des syndromes viraux diffus.