

Confirmation VIH : données biologiques et épidémiologiques des 3 dernières années dans un laboratoire de biologie spécialisée

Introduction - Objectif de l'étude

Le dépistage, enjeu majeur de la lutte contre l'infection à VIH repose à 76 % en France sur les laboratoires de ville en 2015 selon le dernier rapport du BEH. (1)
Notre objectif a été d'étudier sur trois années consécutives (2014 à 2016) les demandes de

confirmation de dépistages positifs transmis par les laboratoires et de comparer nos résultats aux données épidémiologiques disponibles. Notre étude s'est focalisée en particulier sur les caractéristiques des patients au stade de primo-infection récente.

Matériels et méthodes

- Test de confirmation par western-blot : New Lav blot I et New Lav blot II (Bio-Rad)
- Recherche d'Ag p24 : réactif Core Ag HIV EIA automate Cobas® 6000 (Roche)
- Neutralisation et quantification de l'Ag p24 : réactif Vidas bioMérieux HIV p24II

Résultats

Activité du laboratoire : ensemble des confirmations

Si le nombre de confirmations réalisées est en augmentation, le nombre de western-blot VIH rendus positifs est stable entre 2015 et 2016 ce qui est en accord avec le dernier point épidémiologique (2).

Les laboratoires de ville sont à l'origine de 36 % des sérologies positives en 2015, soit une estimation à 10 667 (1) : notre laboratoire contribue ainsi au diagnostic de 16 % des estimations de sérologies VIH confirmées positives en 2015.



Graph 1 : Confirmations réalisées au cours des 3 dernières années

Positivité VIH1/VIH2



Graph 2 : distinction VIH1/VIH2

La contamination VIH2 reste très minoritaire : on note une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) entre 2013 et 2015.

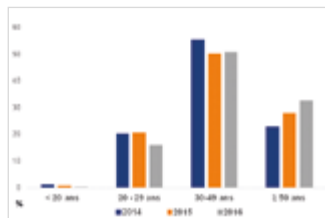
Sex-ratio (SR)

	2014	2015	2016
WB positifs	1470	1669	1646
Hommes %	62,9	62,6	64,1
Femmes %	35,9	36,5	35,4
SR	1,81	1,73	1,81

Tableau 1 : sex-ratio (SR) total des demandes / WB positifs

La majorité des contaminations concerne des hommes (63%) et la proportion de femmes est stable au cours des trois années étudiées : 35 % dans notre étude, 30 % dans le rapport (2).

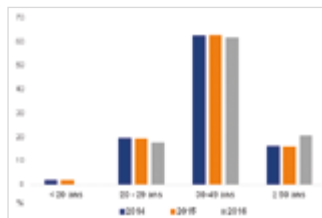
Âge des hommes



Graph 3 : répartition des hommes par tranches d'âge

De façon stable, la majorité des hommes (environ 50 %) appartiennent à la tranche d'âge 30-50 ans. Si la proportion des moins de 30 ans (21 %) est restée la même au cours des années 2014 et 2015, l'année 2016 voit une diminution de la catégorie des moins de 30 ans (16 %) au profit des plus de 50 ans (33 %), $p < 0,05$.

Âge des femmes



Graph 4 : répartition des femmes par tranches d'âge

Les femmes appartiennent à une très grande majorité (> 62 %) à la tranche d'âge 30-50 ans.

Lieu de résidence

La répartition géographique confirme les données de cartographie régionale de l'épidémie (3) : 1/3 des confirmations positives réalisées proviennent de la région Ile-de-France, puis des régions PACA et Auvergne-Rhône-Alpes pour 10 % chacune.

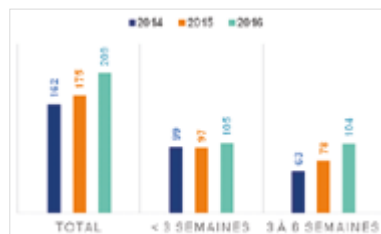
Etude des confirmations de primo-infections récentes

Les études épidémiologiques utilisent les **tests d'infection récente** combinant critères cliniques et épidémiologiques afin de distinguer le caractère précoce ou tardif du diagnostic : par ce test, un délai estimé précoce correspond à une **contamination de moins de 6 mois en moyenne** (2).

Notre étude permet, par les seuls critères des résultats du diagnostic de confirmation d'affiner cette analyse et de caractériser les infections très récentes ITR (< à 3 semaines) et les infections récentes IR (3 à 6 semaines) :

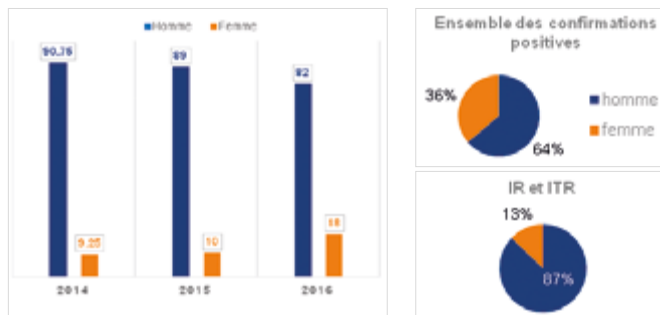
Résultat test de confirmation	Contamination
Présence isolée d'Ag p24	ITR : < 3 semaines
Western-blot incomplet +/- Ag p24	IR: 3 à 6 semaines

Tableau 2 : critères de la sérologie de confirmation indicateurs de primo-infection récente



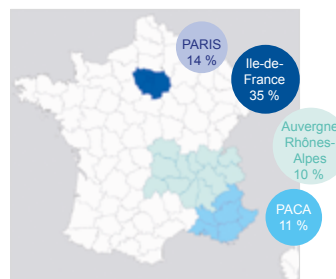
Graph 5 : ITR (< 3 semaines) et IR (3 à 6 semaines), années 2014 à 2016

La proportion des primo-infections représente près de 4 % du nombre de confirmations réalisées et est stable sur les 3 années étudiées. Si en 2014, la mise en évidence d'un Ag p24 seul représentait 61 % de nos cas de primo-infections récentes, celle-ci est à 50 % pour l'année 2016 ($p < 0,05$).



Graph 6 : proportion H/F en % pour les primo-infections récentes (IR et ITR)

Les primo-infections récentes identifiées concernent en très grande majorité les hommes (moyenne sur les 3 années : 87,25 %), et ce chiffre est en accord avec le rapport BEH 2016 (4). On note une baisse statistiquement significative de ce pourcentage entre 2014 (90,75 %) et 2016 (82 %).



Graph 7 : Lieu de résidence des patients en ITR et IR

L'Ile-de-France concentre la proportion la plus importante des primo-infections récentes (35 %), suivie des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (11%) et Auvergne Rhône-Alpes (10 %). Au niveau départemental, c'est Paris qui concentre le grand nombre d'ITR avec 14 % des cas détectés dans notre étude.

Conclusion

Notre activité sur les années 2014 à 2016 reflète les données disponibles à ce jour et indique l'importance de la confirmation biologique, étape indispensable pour

identifier rapidement une primo-infection très récente permettant une prise en charge précoce des patients.

Références :
1. Cazain F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Pillonel J, et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. BEH 2016 (41-42) :745-8.
2. Santé Publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de SIDA en 2015. Point épidémiologique 23 mars 2017.

3. VIH en France : première cartographie régionale de l'épidémie -ANRS 2016.
4. Capsec J, Brand D, Chaillon A, Le Vu S, Moreau A, Cazain F et al. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration obligatoire, France 2012-2014. BEH 2016 (41-42) :755-62.