

30175

WHO/GPA/ESR/89.3  
Original: Anglais  
Distr.: Générale

---

PROGRAMME  
MONDIAL DE LUTTE  
CONTRE LE **SIDA**

---

RAPPORT DE LA REUNION SUR  
LE DIAGNOSTIC DU VIH-2 ET LES DOMAINES  
PRIORITAIRES DE LA RECHERCHE  
EPIDEMIOLOGIQUE SUR LE VIH-2

GENEVE  
14 -16 FEVRIER 1989



ORGANISATION  
MONDIALE  
DE LA SANTE



RAPPORT DE LA REUNION SUR LE DIAGNOSTIC DU VIH-2 ET  
LES DOMAINES PRIORITAIRES DE LA RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LE VIH-2

Genève, 14-16 février 1989

Table des matières

	<u>Page</u>
1. Introduction .....	1
2. Répartition géographique et épidémiologie du VIH-2 .....	2
2.1 Etat actuel des connaissances .....	2
2.2 Priorités de la recherche .....	3
2.2.1 Séroprévalence et surveillance du VIH-2 .....	3
2.2.2 Transmission du VIH-2 .....	3
2.3 Histoire naturelle de l'infection à VIH-2 .....	4
3. Aspects cliniques de l'infection à VIH-2 .....	4
3.1 Etat actuel des connaissances .....	4
3.2 Priorités de la recherche .....	5
3.2.1 Aspects cliniques de l'infection à VIH-2 .....	5
3.2.2 Interactions cliniques entre le VIH-2 et d'autres infections .....	5
3.2.3 Evaluation de l'état immunitaire des sujets infectés par le VIH-2 .....	5
3.2.4 Interactions entre le VIH-2 et les maladies et la vaccination systématique de l'enfant .....	5
3.2.5 Manifestations cliniques chez les sujets à sérum doublement réactif au VIH-1 et au VIH-2 .....	5
4. Diagnostic du VIH-2 au laboratoire .....	6
4.1 Etat actuel des connaissances .....	6
4.2 Priorités de la recherche .....	6
4.2.1 Définition de la séropositivité pour le VIH-2 .....	6
4.2.2 Sérothèques .....	7
4.2.3 Exigences pour les épreuves .....	7
4.2.4 Centres de référence pour le diagnostic du VIH-2 au laboratoire .....	7
5. Recommandations .....	7
5.1 Répartition géographique et épidémiologie du VIH-2 .....	7
5.2 Aspects cliniques de l'infection à VIH-2 .....	8
5.3 Diagnostic du VIH-2 au laboratoire .....	8
Annexe 1. Liste des participants .....	9
Annexe 2. Tableaux de données épidémiologiques sur le VIH-2 .....	11

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

## 1. INTRODUCTION

Depuis le premier rapport décrivant le virus VIH-2 en 1986, l'infection a été signalée en Afrique, dans les Amériques et en Europe. L'épidémiologie de l'infection à VIH-2 est étudiée dans plusieurs pays et l'histoire naturelle de l'infection a fait l'objet de rapports contradictoires; en outre une certaine confusion règne quant à l'interprétation du dépistage en laboratoire et quant aux résultats des épreuves de confirmation.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu sa première réunion sur les virus liés au VIH nouvellement identifiés en 1987<sup>1</sup>. Pour faire le point de la recherche sur le VIH-2, une réunion informelle des chercheurs s'intéressant au VIH en laboratoire et dans les domaines clinique et épidémiologique a été organisée par le Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) à Arusha (Tanzanie), en septembre 1988 pendant la Troisième Conférence internationale sur le SIDA et les cancers associés au SIDA en Afrique. A cette réunion, les objectifs des études en cours sur le VIH-2 et les résultats préliminaires ont été examinés. Le groupe s'est déclaré préoccupé par l'interprétation des résultats obtenus en laboratoire et a conclu à la nécessité de coordonner, de standardiser et de faciliter les recherches épidémiologiques sur le VIH-2 dans les domaines ci-après :

- standardisation des critères de surveillance/notification;
- mise au point et évaluation de meilleures méthodes de diagnostic;
- standardisation des réactifs;
- détermination de priorités et de méthodologies de recherche sur le VIH-2;
- mise au point de protocoles, formation et financement concernant la recherche épidémiologique sur le VIH-2;
- appui aux pays apparemment touchés par le VIH-2 qui n'ont pas entrepris de recherches.

Le groupe a estimé que GPA pouvait jouer un rôle important à l'appui de ces activités. GPA a donc organisé une réunion sur le diagnostic du VIH-2 et les domaines prioritaires de la recherche épidémiologique sur le VIH-2 qui a eu lieu à Genève du 14 au 16 février 1989. La réunion a rassemblé au total 27 participants de 20 pays, notamment des experts de laboratoire, des spécialistes cliniques et des épidémiologistes de terrain. Une liste des participants est jointe à l'Annexe 1.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

- 1) établir une liste de priorités et préparer des plans pour la standardisation des réactifs pour le VIH-2 et des diagnostics du VIH-2;
- 2) établir une liste de priorités et préparer des plans pour la promotion et la coordination de la recherche épidémiologique prioritaire, notamment la sérosurveillance du VIH-2, l'histoire naturelle de la maladie et les études de transmission;
- 3) établir une liste de priorités et préparer des plans pour la promotion et la coordination de la recherche clinique prioritaire;

---

<sup>1</sup>Report of the meeting on newly identified HIV-related retroviruses (1987).  
Document non publié OMS WHO/SPA/RED/87.1 (en anglais seulement).

- 4) s'entendre sur la nécessité de coordonner la recherche sur le VIH-2 afin d'assurer la mise au point de moyens de lutte efficaces;
- 5) aboutir à un consensus sur un mécanisme institutionnel pour promouvoir la coordination de la recherche sur le VIH-2.

La réunion a été ouverte par le Dr D. Heymann, Chef par intérim de l'unité Appui et Recherches épidémiologiques de GPA et par le Dr J. Esparza, Chef par intérim de l'unité Recherche biomédicale de GPA. Le Dr S. M'Boup (Sénégal) et le Dr F. Brun-Vezinet (France) ont coprésidé la réunion. Le Dr G. Van der Groen (Belgique) et le Dr M. O'Shaughnessy (Canada) étaient les rapporteurs.

Afin de donner une vue d'ensemble de l'éventail des infections à VIH-2 dans le monde, des exposés de pays ont été présentés sur la répartition géographique et le profil épidémiologique de l'infection à VIH-2. Des évaluations en laboratoire et sur le terrain du diagnostic du VIH-2 ont ensuite été présentées. On a décrit l'histoire naturelle de l'infection à VIH-2, l'épidémiologie du VIH-2 et l'interaction entre le VIH-2 et les autres rétrovirus. Enfin, une discussion a eu lieu sur la récente enquête de l'OMS concernant les projets de recherche liés au SIDA en Afrique et trois groupes de travail ont été mis sur pied pour examiner des questions spécifiques et présenter des recommandations sur le VIH-2. Le premier groupe (présidé par le Dr R. Soudre) a été chargé des études et des approches cliniques, le deuxième (présidé par le Dr P. Kanki) des études et des approches épidémiologiques et le troisième (présidé par le Dr Gershy-Damet) des méthodes de diagnostic. Les discussions ont été résumées pendant la réunion et des recommandations ont été soumises à l'OMS.

## 2. REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIE DU VIH-2

### 2.1 Etat actuel des connaissances

Des exposés sur le nombre de sujets porteurs d'anticorps anti-VIH-2 ou d'anticorps anti-VIH-1 ou dont le sérum est doublement réactif au VIH-1 et au VIH-2 ont été présentés par des chercheurs des pays suivants :

#### Afrique

Burkina Faso  
Côte d'Ivoire  
Gambie  
Guinée  
Guinée-Bissau  
Mali  
Mozambique  
République centrafricaine  
Sénégal

#### Europe

Allemagne, République fédérale d'  
France  
Italie  
Portugal

#### Amériques

Brésil  
Canada  
Cuba

Les participants d'Angola et du Cap-Vert qui avaient été invités à présenter des données concernant leur pays n'ont pu assister à la réunion. Les tableaux de l'Annexe 2 indiquent la séroprévalence dans divers groupes de la plupart des pays représentés et précisent le lieu de l'étude et les épreuves utilisées pour le dépistage et la confirmation.

L'infection à VIH-2 a été confirmée dans trois Régions de l'OMS - Afrique, Amériques et Europe -, mais la plupart des cas dans les Amériques et en Europe semblent avoir été importés. Dans certains pays présentant des cas d'infection à VIH-2, la prévalence de l'infection à VIH-1 est très faible; ailleurs on signalait les deux infections dans des proportions qui variaient. La fréquence de la réactivité sérologique croisée dans différentes régions géographiques est inégale. Les sérums réagissant à la fois au VIH-1 et au VIH-2 ainsi que les sérums indéterminés posent un problème pour le diagnostic du type de VIH, ce qui constitue un défi pour les études cliniques et épidémiologiques.

## 2.2 Priorités de la recherche

### 2.2.1 Séroprévalence et surveillance du VIH-2

La nécessité de surveiller le VIH-2 et d'entreprendre des recherches n'est pas la même selon les régions. Si l'on reprend la terminologie appliquée aux profils épidémiologiques du VIH-1, l'Afrique de l'ouest et l'Afrique australe constituent des régions du profil II pour l'infection à VIH-2, la transmission étant principalement le fait de contacts hétérosexuels; en revanche, la plus grande partie du reste du monde appartient au profil III, le VIH-2 ayant été récemment introduit et tous les modes de transmission étant signalés. Dans les régions appartenant au profil III pour l'infection à VIH-2, le dépistage systématique de groupes choisis tels que les donneurs de sang a peu de chances d'être un moyen de surveillance utile en raison de la faible prévalence de l'infection à VIH-2. Si l'infection à VIH-2 est introduite dans ces pays, on ne peut admettre a priori qu'elle affectera les mêmes groupes à risque que l'infection à VIH-1, à moins que de nouvelles recherches ne viennent le confirmer. Dans les pays du profil III, on peut envisager la recherche de cas individuels en tenant compte des considérations d'ordre éthique qui s'imposent.

Dans les régions du profil II, les données varient beaucoup d'un pays à l'autre. Il convient de noter qu'on ne sait rien ou très peu de choses de la prévalence du VIH-1 et du VIH-2 dans certains pays africains. Il faut remédier à cette situation. On a également besoin de données sur la présence de l'infection à VIH-2 en Amérique latine.

### 2.2.2 Transmission du VIH-2

On pense que les modes de transmission du VIH-2 sont les mêmes que ceux du VIH-1 mais la question n'a guère été étudiée.

a) Des études virologiques s'imposent pour montrer où dans l'organisme et dans quels liquides organiques on peut trouver le VIH-2 et pour établir une comparaison avec les données concernant le VIH-1.

b) Le contact sexuel est présumé constituer le principal mode de transmission du VIH-2. Parmi les questions qui se posent figurent notamment les suivantes :

i) Quelle est l'efficacité relative de la transmission du VIH-2 de l'homme à la femme et de la femme à l'homme ?

ii) Quels sont l'incidence et le risque d'infection à VIH-2 dans des groupes à risque particuliers (par exemple les prostituées et leurs clients) ?

iii) Les maladies sexuellement transmissibles (MST), et notamment les ulcères génitaux, constituent-elles un facteur de risque pour contracter et/ou transmettre l'infection à VIH-2 ?

c) En raison d'un certain nombre d'infections concordantes chez la mère et l'enfant, on estime que la transmission périnatale du VIH-2 existe. Parmi les questions épidémiologiques qui se posent à cet égard figurent notamment les suivantes :

- i) Quel est le taux de transmission périnatale de l'infection à VIH-2 ?
- ii) Quels facteurs (par exemple, état de santé de la mère) affectent le taux de transmission périnatale de l'infection à VIH-2 ?
- iii) Comment l'infection à VIH-2 peut-elle être diagnostiquée chez le nourrisson ?
- iv) Quelle est la cinétique des anticorps maternels anti-VIH-2 chez le nourrisson ?
- v) Quelle est l'évolution sérologique de l'infection à VIH-2 chez le nourrisson ?
- vi) Quel est le rôle des techniques nouvelles (par exemple, la réaction en chaîne de la polymérase, la mise en évidence des IgA salivaires) pour le diagnostic d'une infection périnatale à VIH-2 ?
- vii) Quelle est l'issue d'une infection périnatale à VIH-2 ?

d) La transmission du VIH-2 à l'occasion d'une transfusion ou par exposition des muqueuses ou exposition percutanée au sang pose deux questions distinctes :

- i) celle de la surveillance des cas liés à la transfusion dans les pays du profil III; et
- ii) celle de la transfusion sanguine et de l'exposition au sang comme moyens de transmission dans les pays du profil II.

### 2.3 Histoire naturelle de l'infection à VIH-2

Parmi les questions à poser figurent notamment les suivantes :

- i) Quel est le pouvoir pathogène du VIH-2 comparativement à celui du VIH-1 ?
- ii) Quelle est la période de latence du VIH-2 comparativement à celle du VIH-1 ?
- iii) Quelles sont les manifestations cliniques de la maladie due au VIH-2 chez l'adulte et l'enfant ? Sont-elles les mêmes que dans le cas de la maladie due au VIH-1 ?
- iv) L'infection à VIH-2 est-elle associée à d'autres maladies, par exemple la tuberculose ?
- v) Quelle est la signification des sérums doublement réactifs (au VIH-1 et au VIH-2) et quelle est l'histoire naturelle des infections mixtes à VIH-1 et VIH-2 ?

## 3. ASPECTS CLINIQUES DE L'INFECTION A VIH-2

### 3.1 Etat actuel des connaissances

Les études de l'histoire naturelle des infections à VIH-2 laissent penser que la période de latence du VIH-2 est plus longue que celle du VIH-1 et que, dans certains cas, la survie des sidéens à VIH-2 est plus longue que celle des sidéens à VIH-1.

Une première analyse d'un petit nombre de sujets infectés par le VIH-2 laisse penser que le syndrome clinique et les infections opportunistes associées à la maladie à VIH-2 sont les mêmes que dans le cas du VIH-1.

Les définitions des cas cliniques utilisés par les pays pour décrire le SIDA à VIH-2 ont une spécificité et une utilité variables.

Le traitement des infections opportunistes chez les sujets ayant une infection confirmée à VIH-2 s'est fondé sur les mêmes médicaments que celui des sujets infectés par le VIH-1, mais sans qu'on ait procédé à des essais thérapeutiques spécifiques sur l'efficacité de ces substances chez les sujets infectés par le VIH-2. En outre, des sidéens à VIH-2 ont reçu de la zidovudine (AZT), mais sans essais standardisés préalables.

Les interactions cliniques du VIH-2 avec d'autres agents pathogènes ont fait l'objet d'études transversales, mais de nouvelles études s'imposent. Enfin, la signification clinique des sérums doublement réactifs au VIH-1 et au VIH-2 mérite d'être approfondie.

### 3.2 Priorités de la recherche

#### 3.2.1 Aspects cliniques de l'infection à VIH-2

On doit étudier plus en détail les manifestations cliniques de l'infection à VIH-2 dans des cohortes contaminées par ce virus en mettant plus spécialement l'accent sur les groupes d'âge, le mode de transmission, les infections opportunistes associées et la mortalité. Dès qu'on disposera d'une large base de données sur les manifestations cliniques, il sera possible de donner une définition clinique du cas de SIDA à VIH-2.

#### 3.2.2 Interactions cliniques entre le VIH-2 et d'autres infections

L'interaction clinique avec d'autres germes infectieux et parasites, notamment les mycobactéries, les salmonelles, le tréponème pâle, *H. ducreyi*, HBV, VIH-1, HSV, HTLV-I, et *P. falciparum*, exige de nouvelles recherches qu'on entreprendra dans le cadre d'études prospectives et d'études de cas-témoins minutieusement préparées.

#### 3.2.3 Évaluation de l'état immunitaire des sujets infectés par le VIH-2

L'évaluation de l'état immunitaire des sujets infectés par le VIH-2, y compris ceux qui présentent des manifestations cliniques, doit être effectuée sur des cohortes de sujets infectés par le VIH-2 ainsi que sur des témoins séronégatifs.

#### 3.2.4 Interactions entre le VIH-2 et les maladies et la vaccination systématique de l'enfant

La gravité des maladies de l'enfance telles que la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose en cas d'infection à VIH-2 et l'innocuité et l'efficacité de la vaccination des enfants contaminés par le VIH-2 doivent être étudiées, avec un groupe témoin approprié.

#### 3.2.5 Manifestations cliniques chez les sujets à sérum doublement réactif au VIH-1 et au VIH-2

La recherche suggérée plus haut concernant les sujets infectés par le VIH-2 doit être complétée par des études de sujets à sérum doublement réactif au VIH-1 et au VIH-2. Les résultats de ces études pourront alors être comparés aux résultats des études portant sur des cohortes contaminées par le VIH-1 et le VIH-2 dont le sérum réagit à l'un des deux virus.

## 4. DIAGNOSTIC DU VIH-2 EN LABORATOIRE

4.1 Etat actuel des connaissances

Des exposés ont été présentés sur les épreuves concernant le VIH, sur le programme de GPA concernant l'évaluation comparative des méthodes diagnostiques pour le VIH,<sup>2</sup> et sur l'expérience pratique de l'emploi des épreuves de laboratoire pour les pays en développement et les pays développés. A l'heure actuelle, on utilise des épreuves de dépistage individuelles pour le VIH-1 et le VIH-2 mais la réactivité croisée est fréquente. Le groupe a envisagé la nécessité d'utiliser l'immunotransfert pour la confirmation du VIH-2 et la possibilité d'avoir recours à de nouvelles épreuves de confirmation fondées soit sur les protéines obtenues par recombinaison, soit sur les peptides de synthèse. Il a aussi envisagé le cas des résultats qui varient dans le temps, le sujet ne présentant pas au moment de la séroconversion les mêmes résultats qu'à un stade ultérieur de l'infection. On s'est également préoccupé des contraintes de coût qu'entraînent les épreuves de confirmation, notamment pour les pays en développement, et de la recherche sur l'application des épreuves concernant le dépistage des anticorps dirigés contre des épitopes spécifiques du VIH-1 et du VIH-2.

4.2 Priorités de la recherche

## 4.2.1 Définition de la séropositivité pour le VIH-2

Le groupe a approuvé les critères de séropositivité pour le VIH-2 en immunotransfert énoncés dans le rapport de la réunion de l'OMS sur les critères d'évaluation et de standardisation des matériels de dépistage des anticorps anti-VIH qui a eu lieu à Stockholm les 7 et 8 décembre 1987 (WHO/GPA/BMR/88.1). Ces critères étaient les suivants :

Positifs : sérums contenant des anticorps qui reconnaissent l'une des associations suivantes de produits géniques :

env + gag + pol  
 env + gag  
 env + pol  
 env seul (avec au minimum deux antigènes env reconnus)

Négatifs : absence d'anticorps dirigés contre les trois classes d'antigènes (env gag pol)

Indéterminés : présence d'anticorps dirigés contre l'une des (à soumettre associations suivantes de produits géniques : gag + pol, à un nouveau gag ou pol seuls. test)

On peut observer ces réactions au début d'une infection à VIH-2 et elles peuvent représenter des réactions croisées avec le VIH-1 ou être non spécifiques. Le recours complémentaire à la radioimmunoprécipitation (RIPA) donne généralement des résultats concluants. Si on ne dispose pas de RIPA, on soumet les prélèvements à une nouvelle épreuve après un certain temps, ce qui peut donner un complément d'information utile.

---

<sup>2</sup>Report of the WHO meeting on criteria for the evaluation and standardization of diagnostic tests for the detection of HIV antibody (1987). Document non publié de l'OMS WHO/GPA/BMR/88.1 (en anglais seulement).

Le groupe a noté en outre qu'un sérum qui se révèle positif sur la base des critères susmentionnés à la fois pour le VIH-1 et le VIH-2 doit être défini comme un sérum doublement réactif. Une réaction double peut être le fait d'une réaction croisée, d'une infection mixte, d'une double exposition ou de la présence d'un variant. Des épreuves sur les sérums doublement réactifs par des méthodes fondées sur des antigènes peptidiques de synthèse spécifiques du VIH-1 ou du VIH-2 pourraient contribuer à distinguer l'infection à VIH-1 de l'infection à VIH-2.

#### 4.2.2 Sérothèques

Il convient de disposer d'urgence de sérothèques contenant des sérums positifs pour le VIH-2 bien caractérisés ainsi que des sérums négatifs de différentes zones d'endémie du VIH-2. Une sérothèque doit également comprendre des sérums de sujets en début de séroconversion ainsi que de sujets infectés asymptomatiques et de sujets présentant différents degrés d'immunodéficience. Un effort coordonné de GPA dans cette direction est en cours.

#### 4.2.3 Exigences pour les épreuves

a) Une bonne évaluation du matériel de dépistage des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 est cruciale.

b) A long terme il s'agit de remplacer l'immunotransfert qui utilise un lysat de virus par des méthodes de confirmation fondées soit sur les protéines de recombinaison, soit sur des peptides de synthèse. L'utilisation consécutive de différentes méthodes de dépistage des anticorps (également fondée sur l'utilisation des protéines de recombinaison ou de peptides de synthèse) pour confirmer la séropositivité doit également être envisagée comme solution moins coûteuse que les méthodes de confirmation actuellement disponibles. Il faut aussi vouer une attention particulière à la sensibilité de ces épreuves pour le dépistage précoce de la séroconversion.

c) La signification de la double réactivité au VIH-1 et au VIH-2 doit également être approfondie.

#### 4.2.4 Centres de référence pour le diagnostic du VIH-2 en laboratoire

On a besoin de centres de référence pour le VIH-2 en Afrique, l'un dans une zone à forte prévalence de VIH-2, et l'autre dans une zone à forte prévalence de VIH-1 et de VIH-2. Ces centres devront collaborer avec les autres centres de référence compétents dans le domaine du VIH-2.

### 5. RECOMMANDATIONS

#### 5.1 Répartition géographique et épidémiologie du VIH-2

5.1.1 Les questions concernant la transmission du VIH-2 figurant dans la section 2.2.2 doivent faire l'objet d'études spécifiques.

5.1.2 La méthodologie des séro-enquêtes épidémiologiques doit être compatible afin de donner davantage de sens aux comparaisons géographiques. L'utilité des enquêtes de séroprévalence randomisées dans la population par opposition à des enquêtes sur des groupes sentinelles (par exemple les donneurs de sang et les femmes enceintes) est un sujet de discussion. Dans certains cas, les études portant sur les groupes sentinelles pourront indiquer qu'il est nécessaire d'entreprendre des études de séroprévalence dans la population. Les tendances de la prévalence de l'infection à VIH-2 peuvent être examinées par des études périodiques transversales de la séroprévalence.

5.1.3 Pour résoudre certains problèmes concernant la transmission périnatale, il convient d'envisager deux plans d'étude : i) une approche de cas et témoins portant sur l'infection maternelle à VIH-2 comme facteur de risque pour l'infection de l'enfant; et ii) des études longitudinales de cohortes de mères séropositives et séronégatives avec suivi des nourrissons.

5.1.4 En étudiant la question de la transfusion comme facteur de risque d'infection à VIH-2 dans des groupes choisis tels que les drépanocytaires en Afrique de l'Ouest, il faut envisager l'approche cas-témoins.

5.1.5 Des études sur l'infection à VIH-1 et à VIH-2 doivent être effectuées chez les malades et les agents de santé afin de déterminer la possibilité d'une transmission nosocomiale.

5.1.6 Des études transversales peuvent être envisagées pour comparer le degré de l'association entre certains symptômes et signes de la maladie et la séroréactivité vis-à-vis du VIH-2, mais il faudra aussi entreprendre des études prospectives définitives.

5.1.7 Les périodes d'incubation du VIH-1 et du VIH-2 peuvent être étudiées chez l'enfant victime d'une infection périnatale, mais les résultats obtenus ne seront peut-être pas directement applicables aux adultes.

5.1.8 S'il peut être difficile de définir la durée de l'infection à VIH-2, il faut néanmoins entreprendre des études de cohortes chez les adultes pour déterminer cette durée.

## 5.2 Aspects cliniques de l'infection à VIH-2

5.2.1 Des études de cas-témoins et des études transversales et prospectives doivent être entreprises chez des sujets infectés par le VIH-2 et des sujets doublement réactifs au VIH-1 et au VIH-2 afin de définir les tableaux cliniques de l'infection et les interactions avec d'autres agents infectieux.

5.2.2 Il convient de donner la priorité aux études effectuées en collaboration ou aux études indépendantes chez l'enfant ou l'adulte.

## 5.3 Diagnostic du VIH-2 en laboratoire

5.3.1 GPA doit accorder un rang de priorité élevé à la création de sérothèques.

5.3.2 L'évaluation initiale du matériel de dépistage doit être assurée dans les centres collaborateurs de l'OMS sur le SIDA et des évaluations de terrain doivent être entreprises par la suite dans des régions présentant différents taux de séropositivité pour le VIH-1 et le VIH-2.

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr F. Barin, Professeur assistant, Université F. Rabelais, Tours, France
- Dr J. Barreto, Chef du Département de la recherche, Institut national de Santé, Laboratoire de référence sur le SIDA, Maputo, Mozambique
- Dr G. Biberfeld, Professeur, Département d'Immunologie, Laboratoire bactériologique national, S-1-521 Stockholm, Suède
- Dr G. Blandin de Thé, Directeur de Recherches au CNRS, Faculté de Médecine A. Carrel, 69372 Lyon Cédex 8, France
- Dr F. Brun-Vezinet, Professeur d'Université, Laboratoire de Virologie, Hôpital Claude Bernard, F - 750018 Paris, France
- Dr W. Canas Ferreira, Professeur de Virologie, Institut d'Hygiène et de Médecine tropicale, 1300 Lisbonne, Portugal
- Dr T. Corrah, Senior Clinician, Medical Research Council Laboratories, Fajara, Gambie
- Dr K. DeCock, Directeur, Centers for Disease Control, Projet IMV, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Dr J. Eberle, Assistant scientifique, Institut Max von Pettenkofer, D-8000 Munich 2, République fédérale d'Allemagne
- Dr B. Galvao-Castro, Centre collaborateur OMS sur le SIDA (Fundação Oswaldo Cruz), Rio de Janeiro, Brésil
- Dr A. Georges, Directeur, Institut Pasteur, Bangui, République centrafricaine
- Dr G. Gershy-Damet, Chef de laboratoire, Institut Pasteur, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Dr P. Kanki, Assistant Professor of Pathobiology, Department of Cancer Biology, Harvard School of Public Health, Boston, MA 02115, Etats-Unis d'Amérique
- Dr K. Kourouma, Chef du programme sur le SIDA, Ministère de la Santé publique, Conakry, Guinée
- Dr J. Machado Lahera, Chercheur, Groupe de génétique VIH de CIGB, La Havane, Cuba
- Dr Y. Maiga, Biologiste, INRSP, Bamako, Mali
- Dr S. M'Boup, Professeur, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
- Dr M. Menezes, Directeur, Hôpital national Simao Mendes, Guinée-Bissau
- Dr M. O'Shaughnessy, Directeur, Bureau de Laboratoires et Recherches, Centre fédéral sur le SIDA, Edifice Virus, Parc Tunney, Ottawa K1A 0L2, Canada
- Dr S. A. Ouattara, Chercheur, Institut Pasteur, Abidjan, Côte d'Ivoire

Dr V. Pokrovsky, Chef de la recherche spéciale, Laboratoire pour l'Epidémiologie et la Prévention du SIDA, Institut central d'Epidémiologie, 111123 Moscou, Union des Républiques socialistes soviétiques

Dr R. Martin, Directeur adjoint, Laboratoire de Recherche sur le SIDA, La Havane, Cuba

Dr J. Schwalbach, Directeur, Institut national de la Santé, Maputo, Mozambique

Dr R. Soudre, Professeur, Programme sur le SIDA, Ouagadougou, Burkina Faso

Dr G. Van der Groen, Institut de Médecine tropicale, 2000 Anvers, Belgique

Dr O. Varnier, Chef, Laboratoire de Rétrovirologie humaine, Institut de Microbiologie, Ecole de Médecine, 16132 Gênes, Italie

Dr J. Vohito, Directeur, Centre national de Biologie de Santé publique, Bangui, République centrafricaine

Secrétariat de l'OMS

Dr D. Heymann, Chef par intérim, Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr M. Karam (Secrétaire), Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr N. Koinuma, Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr J. Esparza, Chef par intérim, Recherche biomédicale, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr H. Tamashiro, Recherche biomédicale, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Dr P. Sizaret, Produits biologiques, Division de la Gestion et des Politiques pharmaceutiques, OMS, Genève

Dr A. Tsirkin, Bureau régional OMS de l'Afrique, Brazzaville, Congo

## TABLEAUX DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

1. Burkina Faso : Ouagadougou
2. République centrafricaine : ensemble du pays (principalement Bangui)
3. Côte d'Ivoire : Abidjan
4. Côte d'Ivoire : CHU Cocody, Abidjan
5. Côte d'Ivoire : Hôpital protestant, Dabou
6. Cuba : ensemble du pays
7. Gambie : Banjul, Fajara
8. Guinée : Conakry
9. Guinée-Bissau : Laboratoire national de Santé publique et Hôpital national Simao Mendes, Bissau
10. Italie : Gênes, Padoue, Milan, Rome
11. Mali : ensemble du pays
12. Mozambique : ensemble du pays
13. Portugal : Lisbonne
14. Sénégal : sept régions

Séroprévalence

- 15a) Séroprévalence du VIH-2 au Brésil
- 15b) Séroprévalence du VIH-2 au Brésil, 1988, Galvao-Castro et al., Centre collaborateur OMS sur le SIDA, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
16. Cap-Vert - Séroprévalence du VIH-1 et du VIH-2 dans des groupes choisis
17. Praia - Santiago - Séropositivité pour le VIH-2 chez les tuberculeux

Annexe 2

Tableau I  
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2  
PAYS : Burkina Faso LIEU : Ouagadougou  
ENQUETEUR PRINCIPAL : Soudre, B. R.

GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test	387		2 064					
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	77		142					
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	8		24					
Nombre de sujets doublement réactifs	148		65					
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs	154							

Antigènes utilisés :  
 1 : Elavia 1 & 2  
 4 : .....  
 2 : Lavblot 1 & 2  
 5 : .....  
 3 : .....  
 6 : .....



Annexe 2

Tableau 3  
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2  
PAYS : Côte d'Ivoire LIEU : Abidjan  
ENQUETEUR PRINCIPAL : De Cock, K. M.

GROUPES VISES

	Sidéens*	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés**	Prostituées	Détenus	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test	265				1 236			
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	133							
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	12							
Nombre de sujets doublement réactifs	120							
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs								

Antigènes utilisés :

- 1 : Genetic system HIV-1 and HIV-2
- 2 : WB Biorad/Dupont HIV-1
- 3 : Lavblot II

4 : ..... 5 : ..... 6 : .....

\* Définition du cas de SIDA utilisée : sujets positifs par la méthode immuno-enzymatique et par immunotransfert répondant à la définition de l'OMS ou des CDC.

\*\* Les sujets de la première colonne (Sidéens) ne sont pas inclus dans ce total.

Tableau 4

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Côte d'Ivoire LIEU : CHU Cocody

ENQUETEUR PRINCIPAL : Gershy-Damet Guy Michel

## GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes (ville de Man)	Sujets hospitalisés	Prostituées	Personnel hôtelier	Autres (spécifier) Tuberculose
Nombre de sujets soumis à un test	92	300	58	344	80	127	296	
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	28	15	0	27	7	13	35	
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	0	8	2	15	2	2	13	
Nombre de sujets doublement réactifs	16	5	0	52	0	4	27	
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérolo- giquement négatifs							40	

Antigènes utilisés :

1 : Abbott recom. HIV-1

4 : Lavblot 2

2 : Elavia 2

5 : RIPA

3 : MB Biorad 1

6 : Peptide synthétique Pasteur (Peptilav)

Annexe 2

Tableau 5

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Côte d'Ivoire LIEU : Hôpital protestant de Dabou

ENQUETEUR PRINCIPAL : Quattara A. S.

GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test	212	109	471	246		210		
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	128	18	36	6		29		
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	15	2	13	2		16		
Nombre de sujets doublement réactifs	61	5	9	1		27		
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs								8

Antigènes utilisés :

- 1 : Elavia 1
- 2 : Elavia 2
- 3 : WB Dupont HIV-1
- 4 : Lavlot 2
- 5 : Peptides LAV 1 & 2
- 6 : .....

Tableau 6

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Cuba LIEU : Ensemble du pays

ENQUETEUR PRINCIPAL : Regina Zonia Martin

GROUPES VISES

	Sidéens MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Ressortissants cubains de retour d'Afrique
--	-------------	------------------	------------------	---------------------	-------------	---------	--

Nombre de sujets soumis à un test

7 604

Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert

Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert

1

Nombre de sujets doublement réactifs

Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs

Antigènes utilisés :

1 : Elavia 2

4 : .....

2 : Lavlot 2

5 : .....

3 : .....

6 : .....

Annexe 2

Tableau 7  
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2  
PAYS : Gambie  
LIEU : Banjul, Fajara  
ENQUETEUR PRINCIPAL : Greenwood, B. M. Njie Hatib

GROUPES VISES

	Sidéens		MST		Donneurs de sang		Femmes enceintes		Sujets hospitalisés		Prostituées		Détenus		Séro-enquête		
	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	NF	
Nombre de sujets soumis à un test																	
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	24	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3						6
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	38	10	19	0	0	0	0	0	17	64							88
Nombre de sujets doublement réactifs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2						
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs																	

Antigènes utilisés :  
1 : Wellcozyme 1  
2 : Wellcozyme 2  
3 : Fujirebio gel agglutination  
4 : Elavia 2  
5 : WB Dupont  
6 : .....  
NF : Non fourni.

Tableau 8

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Guinée

LIEU : Conakry

ENQUETEUR PRINCIPAL : Kourouma, K.

## GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test	32		3 855	130	123			
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	15		7	0	2			
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	7		9	0	2			
Nombre de sujets doublement réactifs	5		1	0	0			
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs	5							

Antigènes utilisés :  
 1 : Elavia 1 & 2  
 4 : .....

2 : Lav blot 1 & 2  
 5 : .....

3 : Peptilav 1 & 2  
 6 : .....

Annexe 2

Tableau 9

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Guinée-Bissau LIEU : .....

ENQUETEUR PRINCIPAL : Laboratoire national de la Santé publique et Hôpital national Simao Mendes, Bissau

GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test		362 <sup>a</sup>	253 <sup>b</sup>	2 945 <sup>c</sup>				
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert			7					
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	50	59	197		179			
Nombre de sujets doublement réactifs								
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs								

Antigènes utilisés :

- 1 : ELISA HIV-2 SBL 6669
- 2 : Wellcozyme
- 3 : WB HIV-2 SBL 6669
- 4 : Elavia 2
- 5 : WB HIV-1 Dupont
- 6 : .....

<sup>a</sup> Etudes à Bissau, Bafata, Catio, Casheu et Gabu.

<sup>b</sup> Centre du Sang, Bissau.

<sup>c</sup> Etudes à Bissau, Canchungo, Farim, Bafata, Catio et Gabu.

Tableau 10

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Italie

LIEU : Gènes, Padoue, Milan, Rome

ENQUETEUR PRINCIPAL : E. Yarnier

## GROUPES VISES

	Enfants nés de mères séropositives pour le VIH-1	MST	Donneurs de sang	Hémophiles	Sujets hospitalisés	Homosexuels Toxicomanes	Autres (spécifier)
Nombre de sujets soumis à un test	73	8*	142	24	1 103		
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	73	0	84	9	796		
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	0	0	0	0	0		
Nombre de sujets doublement réactifs	0	0	0	0	0		

Nombre de sujets positifs  
selon la définition  
de l'OMS, mais sérolo-  
giquement négatifs

Antigènes utilisés :  
1 : ELISA Pasteur 1 & 2  
4 : ELISA Rec env HIV-1+  
7 : Peptilav Pasteur

2 : ELISA Dupont 1 & 2  
5 : Env. peptide HIV-2 Dupont  
8 : WB 2 Lab-made

3 : WB Pasteur  
6 : WB Dupont 1 & 2  
9 : Peptide ELISA biochrom

\* Sérums choisis sur la base de la présence d'une bande P24 seulement.

Annexe 2

Tableau 11  
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2  
PAYS : Mali  
LIEU : Ensemble du pays  
ENQUETEUR PRINCIPAL : Maiga Y. & Fofana O.

	GROUPES VISES					Autres (spécifier)	
	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés		Prostituées
Nombre de sujets soumis à un test	99						
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	25						
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	37						
Nombre de sujets doublement réactifs	20						
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérolo- giquement négatifs	154						

Antigènes utilisés :  
 1 : Elavia 1 & 2  
 4 : .....  
 2 : Lavblot 1 & 2  
 5 : .....  
 3 : .....  
 6 : .....

Tableau 12

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Mozambique

LIEU : Ensemble du pays

ENQUETEUR PRINCIPAL : Laboratoire de référence sur le SIDA, Institut national de Santé

## GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Tuberculeux
Nombre de sujets soumis à un test	27	192	2 370					50
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	11	5	18					
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	10	2						1
Nombre de sujets doublement réactifs	6							
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs								

## Antigènes utilisés :

1 : Elavia 1 & 2  
 2 : Organon orthodiagnosics  
 3 : Serodia (Eugirebio)  
 4 : WB Dupont HIV-1 & Biorad  
 5 : WB Biorad HIV-1  
 6 : Lavblot 2  
 WB Dupont HIV-2

Annexe 2

Tableau 13

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Portugal LIEU : Lisbonne

ENQUETEUR PRINCIPAL : Institut national de Santé publique

GROUPES VISES

	Européens ayant résidé en Afrique	MST	Toxicomanes enceintes	Femmes Homosexuels Prostitués	Hétérosexuels ayant eu des contacts avec des séropositifs ou des sidéens	Bisexuels
Nombre de sujets soumis à un test	287	595	1 739	572	210	238
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	7	6	113	3	60	47
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	26	3	2	3	1/104	2
Nombre de sujets doublement réactifs						16
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs						1/145
Antigènes utilisés :						
1 : Elavia 1 & 2						
4 : Dupont blot						
7 : .....						
2 : Dupont						
5 : .....						
8 : .....						
3 : Lavblot						
6 : .....						
9 : .....						

Tableau 14

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE VIH-2

PAYS : Sénégal

LIEU : Sept régions

ENQUETEUR PRINCIPAL : M'Boup, S.

## GROUPES VISES

	Sidéens	MST	Donneurs de sang	Femmes enceintes	Sujets hospitalisés	Prostituées	Détenus	Tuberculeux
Nombre de sujets soumis à un test	44	404	4 194	1 103	583	1 512	1 241	782
Nombre d'infections à VIH-1 confirmées par immunotransfert	17	6	1	1	3	12	4	7
Nombre d'infections à VIH-2 confirmées par immunotransfert	9	6	24	8	4	239	8	11
Nombre de sujets doublement réactifs	3	1	0	0	1	5	0	2
Nombre de sujets positifs selon la définition de l'OMS, mais sérologiquement négatifs	15							

Antigènes utilisés :  
 1 : WB non commercial  
 4 : .....

2 : Miniblot non commercial  
 5 : .....

3 : Combo Abbott  
 6 : .....

Tableau 15 a)

## SEROPREVALENCE DU VIH-2 AU BRESIL

1. VERONESI, R. et al. HIV-2 in Brazil (Le VIH au Brésil). *Lancet*, 2: 402 (1987)

Sérum	VIH-2	
	ELISA 11/73	Immunotransfert 4*

\* 2 VIH-1.

2. CORTES, E. et al. Seroprevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV-1 in high-risk Brazilians. IV International Conference on AIDS (Séroprévalence du VIH-1, du VIH-2 et du HTLV-1 chez les Brésiliens à haut risque. Quatrième Conférence internationale sur le SIDA) 1 5067; 331

Sujets brésiliens	VIH-1	VIH-2	HTLV-1
Sidéens	117/140 (84 %)	3/140 (2 %)	5/88 (6 %)
Hommes homosexuels	31/132 (24 %)	4/132 (3 %)	4/131 (3 %)
Prostituées	3/177 (2 %)	1/177 (1 %)	3/175 (2 %)
Donneurs de sang exclus	24/47 (51 %)	1/46 (2 %)	2/45 (4 %)
Hémophiles choisis	200/213 (94 %)	en cours	13/210 (6 %)
Epouses d'hémophiles	5/13 (38 %)	en cours	1/13 (1 %)
Américains séropositifs pour le VIH-1	69/69 (100 %)	0/69 (0 %)	3/69 (4 %)

3. Ministère brésilien de la Santé\* et CDC\*\*, 1988

Sidéens 496	ELISA	Immunotransfert	
	VIH-1 105	VIH-2 5	VIH-1+VIH-2 27

\* Programme de Lutte contre le SIDA.

\*\* Centers for Disease Control.

Tableau 15 b)

SEROPREVALENCE DU VIH-2 AU BRÉSIL, 1988, GALBAO-CASTRO ET AL.,  
CENTRE COLLABORATEUR OMS SUR LE SIDA,  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Sujets	Nombre de sérums	VIH-1		VIH-2	
		positif <sup>1</sup>	négatif	IFI <sup>2</sup>	confirmé <sup>3</sup>
Rio de Janeiro					
Mendiants	240	15	225	1	0
Prostituées	29	3	26	0	0
Donneurs de sang	432	63	369	8	0
Sidéens et parasidéens	271	139	132	11	0
Tuberculeux	387	12	375	13	0
Salvador, Bahia					
Tuberculeux	233	3	230	0	0
Sidéens et parasidéens	32	16	16	0	0
Sidéens d'autres villes	197	116	81	0	0
<b>Total</b>	<b>1 821</b>	<b>367</b>	<b>1 454</b>	<b>33</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Positivité confirmée par ELISA, immunofluorescence indirecte et immunotransfert.

<sup>2</sup> Immunofluorescence indirecte pour le VIH-2.

<sup>3</sup> Confirmé par ELISA (antigène de recombinaison du VIH-2) et immunotransfert.

Annexe 2

Tableau 16

CAP-VERT

Séroprévalence du VIH-1 et du VIH-2 dans des groupes choisis

Ile	Zone	Population estimée	Nombre de sujets soumis à un test	Nombre d'infections à VIH-2 (%)	Nombre d'infections à VIH-1 (%)
SANTIAGO	Urbaine	60 000	900	13 (1,44 %)	0
	Urbaine	86 000	900	2 (0,2 %)	0
	Urbaine	42 000	900	2 (0,2 %)	1
STO ANTAO	Semi-rurale	42 000	900		
FOGO	Semi-rurale	30 000	900	1 (0,4 %)	0
S. NICOLAU	Semi-rurale	13 000	450	1 (0,1 %)	0
SAL	Urbaine	7 000	210	0	0
BRAVA	Semi-rurale	68 000	210	1 (0,4 %)	0
MAIO	Semi-rurale	4 000	210	1 (0,4 %)	0
BOA VISTA	Semi-rurale	3 000	210	0	0
TOTAL		293 000	5 790	24	1

Antigènes utilisés : ELAVIA I, ELAVIA II, LAV Blot 1, LAV Blot 2, peptides de synthèse de Genetic Systems, RIPA GEM GEM BRU et RIPA GEN ROD.

Tableau 17

PRAIA (Santiago)

Séropositivité pour le VIH-2 chez les tuberculeux

- De novembre 1987 à novembre 1988
- N : 86 (48M, 38F)
- Age moyen : 33,7
- VIH-1 : 0/86
- VIH-2 : 8+/86 (9,3 %)
- Manifestations extrapulmonaires
  - 3/8 chez les sujets séropositifs pour le VIH-2
  - 9/78 chez les sujets séronégatifs pour le VIH-2
- Chez les sujets séropositifs pour le VIH-2, la tuberculose a été diagnostiquée au cours des douze derniers mois
- La séropositivité pour le VIH-2 est significativement plus élevée ( $p < 0,001$ ) chez les tuberculeux que dans la population générale (13/900) de Praia.

= = =