

Infection par HTLV

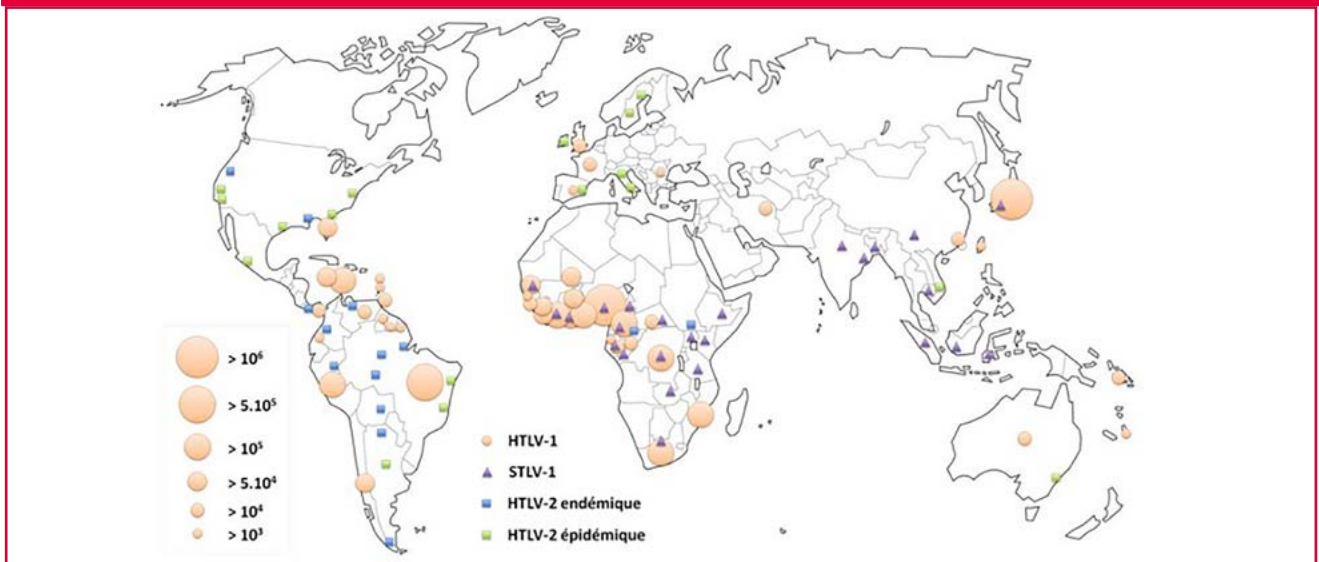
1. Épidémiologie

Les virus « human T-lymphotropic virus » sont des [rétrovirus](#) appartenant à la sous-famille des oncovirus.

On estime entre 10 à 20 millions le nombre de personnes infectées par le virus HTLV-1. Ce virus est fréquent dans l'extrême Sud du Japon, les Caraïbes, les Antilles Françaises, le Moyen-Orient, l'Australie, la Papouasie - Nouvelle Guinée et en Afrique. On observe un gradient de séropositivité HTLV-I du nord de l'Afrique à l'Afrique centrale allant de 0,1 à 0,5 % à plus de 5 % dans la population générale adulte des zones de forêt du Cameroun, du Gabon ou du Congo.

Les principales caractéristiques épidémiologiques de ce virus sont sa répartition en foyer (familial et/ou villageois) et l'augmentation régulière de la séroprévalence en fonction de l'âge et une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes au sein de ces foyers. La transmission se fait de la mère à l'enfant, le lait jouant un rôle majeur (taux de transmission de l'ordre de 20 % qui passe à 2 % en cas d'allaitement artificiel). La transmission sexuelle est possible et l'homme contamine plus souvent la femme, expliquant la plus forte prévalence chez les femmes. Le HTLV-1 se transmet aussi par voie parentérale : [toxicomanie](#), [transfusion](#). Le dépistage systématique chez les donneurs de sang est pratiqué aux États-Unis, au Japon et depuis 1992 en France métropolitaine et aux Antilles Françaises depuis 1989. Le HTLV-2, très voisin du HTLV-1, est endémique chez les Amérindiens et chez certains Pygmées d'Afrique Centrale ; il infecte les toxicomanes (UDIV) aux États-Unis et en Europe. L'origine du HTLV-1 est simienne et le STLV-I est retrouvé un peu partout dans le monde (figure 1).

Figure 1. Prévalence mondiale des HTLV et du STLV (A. Gessain et al. HAL Open Science)
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03208253> Mai 2021



2. Physiopathologie

Le virus HTLV-1 est responsable de deux entités cliniques : une maladie neurologique : la paraparésie spastique tropicale (PST), une forme particulière de lymphome/leucémie T de l'adulte, et de quelques tableaux plus rares.

3. Clinique

L'incubation est très longue et les manifestations cliniques sont rares, si bien que la très grande majorité des séropositifs sont asymptomatiques. Environ un séropositif sur cent, voire mille, développe une pathologie 20 à 30 ans après la contamination.

Le spectre clinique est largement dominé par deux entités cliniques.

3.1. Leucémie à cellule T de l'adulte (voir le chapitre « Infections tropicales et cancers »)

L'ATLL ou Adult T-cell Leukemia/lymphoma est une forme agressive de lymphome non Hodgkinien chimio-résistant et de pronostic très péjoratif se manifestant par :

- une leucémie et/ou lymphome comportant une infiltration médullaire, des lymphadénopathies, des lésions cutanées et une hépatosplénomégalie ;
- une hypercalcémie et des lésions osseuses lytiques ;
- une immunodépression entraînant des infections opportunistes et à pyogènes.

La médiane de survie est inférieure à un an.

3.2. Myélopathie/paraparésie spastique tropicale

Elle se traduit par l'apparition progressive d'une faiblesse et d'une spasticité des membres inférieurs associées à une hyperréflexie et un signe de Babinski. Les signes sensitifs sont mineurs.

L'association avec une alvéolite à lymphocyte T8 est possible. L'évolution se fait après plusieurs années vers l'incontinence urinaire et fécale et la paralysie des membres inférieurs. Les anticorps anti-HTLV-I sont mis en évidence dans le LCR.

3.3. Autres manifestations cliniques

Immunodéficience se révélant par un tableau de syndrome d'hyperinfection strongyloïdienne avec charge parasitaire majeure, intestinale et/ou extra-intestinale (poumons, SNC...).

Dermatite infectieuse : très rare, elle n'est décrite que chez les enfants vivant en zone d'endémie.

D'autres atteintes à composante inflammatoire ou infectieuse ont été décrites telles que : uvéites récurrentes, paralysie faciale, polymyosite, etc.

4. Diagnostic

Il repose sur la détection immuno-enzymatique (ELISA) des Ac anti-HTLV, confirmée par Western blot ou par PCR-ADN permettant de différencier le HTLV-1 du HTLV-2. Un ADN proviral élevé est un marqueur de pronostic péjoratif des myélopathies.

5. Traitement

La leucémie/lymphome T de l'adulte est d'un très mauvais pronostic à court terme. Elle nécessite le traitement de l'hypercalcémie souvent cause de décès. La chimiothérapie est relativement peu efficace et ne se conçoit qu'en centre spécialisé. Pour la paraparésie spastique tropicale, des traitements par les corticoïdes ont été proposés après déparasitage couvrant l'anguillulose et recherche systématique d'une tuberculose associée. Les antirétroviraux n'ont pas d'intérêt.

6. Prévention

Elle repose sur la contre indication de l'allaitement maternel, sur la sécurité transfusionnelle par le dépistage des anticorps anti-HTLV dans les zones endémiques et sur le traitement précoce de l'anguillulose sur ce terrain.

Sites web recommandés (accès libre) concernant le chapitre :

<http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/htlv-i>

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021234.htm>