Tous les TDR basés sur la détection d'antigènes sont approuvés pour une utilisation chez les personnes symptomatiques et donnent les résultats en 10 à 30 minutes.

Même si les études de comparaison directe sont limitées et souvent rétrospectives, les TDR basés sur la détection d'antigènes ont une sensibilité plus faible que les TDR moléculaires, par rapport à une norme de référence de tests RT-PCR en laboratoire, en particulier chez les personnes qui ont une faible charge virale ou qui sont exemptes de virus capable de se répliquer. Cependant, **les TDR basés sur la détection d'antigènes peuvent détecter l'infection à un stade précoce de la maladie (dans les cinq à sept jours suivant l'apparition des symptômes)** lorsque les charges virales sont élevées (c'est-à-dire, un faible seuil de cycle RT-PCR). Ces charges virales élevées sont responsables de la plupart des transmissions.

Des études ont montré des degrés variables de précision clinique (sensibilité : 36 à 82 %; spécificité : environ 98 à 100 %) lorsque divers TDR basés sur la détection d'antigènes sont utilisés pour le dépistage chez les personnes asymptomatiques.

Les TDR à domicile permettent d'accroître l'utilisation des tests, mais il a été démontré qu'ils sont plus précis lorsqu'ils sont effectués par des prestataires de soins de santé formés que par des personnes non formées. Les personnes qui effectuent des tests à domicile doivent suivre attentivement les instructions indiquées dans la trousse de test.

L'interprétation appropriée des TDR pour la détection et le dépistage du SRAS-CoV-2 dépend de l'indication clinique et de la probabilité d'infection avant le test. Chez les personnes pour qui cette probabilité est modérée à élevée, soit les personnes symptomatiques et les personnes asymptomatiques ayant eu un contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19, un TDR positif indique une infection confirmée par le SRAS-CoV-2. Toutefois, les TDR peuvent donner des résultats faussement négatifs, et il faut envisager de répéter le test en cas de forte suspicion clinique ou d'aggravation des symptômes et lors du dépistage en série des personnes asymptomatiques. Un deuxième TDR négatif deux jours après le test initial ou un TAAN négatif en laboratoire aiderait à écarter l'infection par le SRAS-CoV-2.

Chez les personnes exposées au SRAS-CoV-2, les tests ne sont généralement pas utiles dans les 48 heures suivant l'exposition, car le virus n'aura pas atteint une charge virale suffisante. La période la plus appropriée pour le dépistage est généralement considérée comme étant de cinq à sept jours après l'exposition, ce qui correspond au pic moyen des symptômes et de la charge virale. Pour une stratégie à un seul test, les personnes asymptomatiques exposées pourraient donc utiliser un TDR cinq à sept jours après l'exposition. Pour une stratégie à deux tests, qui est l'indication approuvée par la FDA pour la plupart des TDR dans le dépistage asymptomatique, un deuxième TDR devrait être effectué deux jours après un test négatif. Toutes les personnes symptomatiques doivent être testées dès l'apparition des symptômes. En cas de résultats négatifs, il faut envisager de répéter le test si la suspicion clinique demeure élevée ou que les symptômes s'aggravent. Chez les personnes dont la probabilité d'infection est faible avant le test mais qui obtiennent un résultat positif, un test de confirmation doit être effectué rapidement.

La bonne réponse est 3.

Référence : Drain PK. Rapid Diagnostic Testing for SARS-CoV-2. *N Engl J Med*. Le 20 janv. 2022;386(3):264-272.

Dans : https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp2117115?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

PMID : 34995029