

Item165-Infections à VIH.

Objectifs CNCI

- Informer et conseiller en matière de prévention de la transmission du VIH.
- Connaître les situations justifiant la prescription d'une sérologie VIH.
- Interpréter les résultats d'une sérologie VIH et en annoncer le résultat.
- Reconnaître une primo infection par le VIH.
- Prévenir et reconnaître les principales complications infectieuses associées au VIH.
- Connaître et savoir dépister les principales complications non infectieuses associées au VIH.
- Connaître les grands principes du traitement antirétroviral, de son suivi et de son observance.
- Dépister une infection à VIH au cours de la grossesse et en organiser la prise en charge.

Recommandations

Mots-clés / Tiroirs

NPO / A savoir !

<p>- Groupe des experts « prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » / YENI / 2010</p> <p>- Guide ALD: HAS 07</p> <p>- Dépistage de l'infection par le VIH en France / HAS / 2008</p> <p>- Polycopié national: Infection à VIH - Pilly 2010</p>	<p>- VIH: phases: PI / latence / SIDA</p> <p>- Dépistage: ELISA +/- WB sur 2nd plt</p> <p>- Consultation d'annonce spécifique</p> <p>- PI: polyADP / PG / mononucléosique</p> <p>- ARN (J10) / p24 (J15-30) / Ac (J30)</p> <p>- Lymphadénopathie persistante g. (3)</p> <p>- Addictions / socio-éco / vaccinations</p> <p>- Pesée / ADP-HSMG / buccal / OGE</p> <p>- WB / CD4 / charge virale / génotype</p> <p>- co-inf.-M.opp (6) / bilan préARV (6)</p> <p>- ES des ARV = FdR CV → MCV ++</p> <p>- Sd infl. de restauration immunitaire</p> <p>- 2 INTI + 1 IP/r (Truvada-Kalétra)</p> <p>- CD4 < 200 = prophylaxie: Bactrim</p> <p>- Vaccination / ALD 100% / socio-psy</p> <p>- Pneumocystose: toute dyspnée fébrile</p> <p>- GDS / RTx: interstitiel / fibro-LBA</p> <p>- Bactrim forte PO 3S puis relais P° II</p> <p>- Toxoplasmose: dvt tout signe neuro</p> <p>- TDM: abcès en cocarde suffit au traitement</p> <p>- Malocide + Adiazine 6S puis relais P°</p> <p>- Rétinite à CMV: FO et PCR suffisent</p> <p>- Gancyclovir IV 3S / valgancyclovir</p>	<p>- Consentement du patient</p> <p>- Dépistage sujets contacts</p> <p>- Déclaration à la DDASS</p> <p>- Globale et pluridisciplinaire</p> <p>- CD4 < 500/mm³ = traitement ARV</p> <p>- Education: observance +++</p> <p>- Prise en charge des FdR CV</p> <p>- Port du préservatif</p> <p>- Bactrim/PS = ac. folinique</p> <p>- Contre-indication du BCG</p>
--	--	--

A. INFECTION À VIH

Généralités

Epidémiologie

- Pandémie: 35 M de personnes infectées dans le monde ; 2/3 en Afrique
- En France: 100 000 séropositifs (!! 1/3 l'ignorent) / 7000 cas/an

Physiopathologie

- **VIH**
 - Rétrovirus à ARN / 2 types: VIH 1 (mondial) et VIH 2 (Afrique de l'Ouest)
 - Enveloppe (gp120 / gp41) / capsid (p24) / protéines (RT / intégrase / protéase)
- **Cycle de réplication**
 - 1. fixation sur CD4 (par gp120 sur R-CD4) / fusion (par gp41) / décapsidation
 - 2. réplication: reverse transcriptase (RT): ARN → ADN mono puis bicaténaire

- 3. intégration de l'ADN viral (intégrase) / transcription puis protéines (protéase)
- → nouveaux virions: bourgeonnent puis infectent d'autres LT CD4 +++
- **Histoire naturelle**
 - **Primo-infection**: réponse humorale (Ac anti-gp120) et cellulaire (LT CD8)
 - **Phase de latence**: contrôle partiel de l'infection / réservoir VIH lymphoïde
 - **Phase SIDA**: CD4 infectés détruits (par CD8): ID et infections opportunistes

Modes de transmission

- **Transmission sexuelle (90%)**
 - Facteurs de risque: anal > vaginal / réceptif > insertif / trauma ou règles / CV ↑
 - Varie de 0.03% (rapport vaginal non traumatique) à 3% (anal réceptif)
 - **Prévention** = préservatif (**A savoir !**) / 95% d'efficacité si bien utilisé
- **Transmission sanguine**
 - Toxicomanie IV +++ / tatouage-piercing / transfusion (avant 1985) / AES
 - **Prévention**: PCR pour tout don du sang / seringues à usage unique
- **Transmission materno-foetale** (cf **Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation**)
 - Fin de grossesse et per-partum ++ / risque sans traitement = 20% (avec: 2%..)
 - !! transmission possible par allaitement: contre-indication (cf **Allaitement maternel**)
 - **Prévention**: dépistage à proposer (1ère Cs) / traitement ARV en PP +/- césarienne

Diagnostic

Dépistage sérologique

- **Indications**
 - Après information et **accord** éclairé du patient (**A savoir !**)
 - Dans le cadre d'un bilan IST: associer [VDRL-TPHA / VHB / VHC]
 - **Systématique si**: IST / lymphome / tuberculose / zona / infections récidivantes
 - Proposer si: 1ère Cs de grossesse / examen prénuptial / FdR (homosexuel, toxico..)
- **Modalités**
 - **Test de dépistage**: ELISA combiné: Ag p24 VIH 1 + Ac anti-VIH 1-2
 - **Tests de confirmation si positif**:
 - Western Blot sur le même prélèvement
 - ELISA simple sur second prélèvement: AC anti-VIH
 - **Si négatif**: nouveau ELISA combiné à 6 semaines si contage récent
 - **Remarque**: tests rapides disponibles (contexte d'urgence ou d'AES)
- **Annonce du résultat** (cf)
 - **Modalités**: par médecin prescripteur / après certitude diagnostique / empathie / confidentialité / respect du secret médical, etc.
 - **Information sur**: préservatif ++ / évolution / traitement / déclaration obligatoire
 - !! NPO dépistage des **contacts** et **déclaration** anonyme obligatoire (**A savoir !**)

Stades et modalités du diagnostic initial

(catégorie CDC, 93)

- **Primo-infection (cat. A)**
 - **Examen clinique**
 - Asymptomatique ++ (50%) / incubation: 15J / durée ~ 15J en général
 - **Signes généraux**: fièvre / syndrome pseudo-grippal (myalgies, asthénie)
 - **Polyadénopathie**: S2 / Gg < 1cm / mobiles / indolores / cervicaux ++
 - **Cutanéo-muqueux**: exanthème maculo-papuleux / angine-pharyngite ++
 - **Autres**: diarrhée / toux / douleur abdominale / méningite lymphocytaire, etc.
 - **Examens complémentaires**
 - **NFS-frottis**: thrombopénie (S1) / Sd mononucléosique +++ (cf **Syndrome mononucléosique**) ou lymphopénie
 - **PCR ARN VIH**: à partir de **J10** / pic à S6 / plateau pendant 6M
 - **Antigénémie p24**: à partir de **J15** / !! n'est positif que jusqu'à **J30**
 - **Sérologie VIH**: ELISA positif à partir de **J21** (fenêtre sérologique)
- **Phase de latence**
 - **Lymphadénopathie persistante généralisée (cat. A)**
 - adénopathies symétriques supra-centimétriques
 - dans ≥ 2 territoires extra-inguinaux non contigus
 - pendant ≥ **3 mois** en dehors de toute autre pathologie
 - **Formes symptomatiques (cat. B)**
 - candidose (oro-génitale) / zona récurrent / folliculite / fièvre prolongée
 - leucoplasie chevelue de la langue / dermite séborrhéique de la face

- prurigo / verrues / condylomes / PTI / neuropathie périphérique, etc.
- Examens complémentaires
 - **Sérologie**: ELISA confirmé par western blot
 - **PCR ARN VIH**: évaluation de la charge virale
- Phase SIDA (cat. C)
 - Infections opportunistes classantes
 - pneumocystose / toxoplasmose cérébrale / **tuberculose** / rétinite à CMV / infection herpétique (ulcération cutanée chronique > 1 mois)
 - M. de Kaposi / infection à mycobactérie / pneumopathies récidivantes
 - candidose (oesophage) / lymphome (Burkitt, cérébral) / LEMP, etc.
 - Examens complémentaires
 - **PCR VIH**: charge virale élevée (non indispensable)
 - **Numération CD4**: CD4 < 250/mm³ (non indispensable)

Bilan au décours du diagnostic initial

(!! et Dépistage de l'infection par le VIH en France / HAS / 2008)

- Bilan clinique (≥ 10)
 - Interrogatoire
 - ATCD : **IST** / Hépatites / **FdRCV** / Calendrier **vaccinal** (VHB ++)
 - **Terrain psychiatrique** / **Addictions**: tabac / alcool / drogues
 - Conduites à risque: sexuelles (homosexuel / multiples / sans préservatif) / toxico IV
 - Mode de vie et situation **socio-économique** : entourage / couverture sociale / ressources
 - Signes fonctionnels: respiratoires / digestifs / neurologiques
 - Examen physique
 - Constantes: **poids** +++ / PA / mesure du TT-TH
 - Recherche **adénopathies** / hépato ou splénomégalie (!! schéma)
 - Examen de la peau (Kaposi) / cavité bucale (candidose, leucoplasie)
 - Examen des organes génitaux (**OGE**) (condylome, herpès, syphilis)
 - Information et évaluation psychologique
 - NPO d'informer le patient sur: le traitement / les ES / l'évolution / le pronostic
 - Evaluer le terrain psychologique (+/- psychiatrique) / proposer soutien
- Bilan paraclinique
 - !! NPO dépistage +/- bilan du partenaire (mais c'est le patient qui doit le prévenir)
 - Diagnostic positif: examens immuno-virologiques (4)
 - Confirmation: **Western Blot** / 2nd prélèvement avec ELISA (**A savoir !**)
 - Typage lymphocytaire: taux de CD4 et rapport CD4/CD8
 - Charge virale: ARN VIH plasmatique (PCR ou autre technique)
 - **Test génotypique de résistance** du VIH / Recherche de du groupage HLA-B*5701
 - Recherche de co-infections et maladies opportunistes
 - **de façon systématique (7 + 2)**
 - Sérologies VHB / VHC / VHA / VDRL-TPHA / CMV / Toxoplasmose
 - Test immunologique de la tuberculose : quantiféron
 - Examen gynéco + frottis cervico-vaginal (**FCV**) si femme
 - Examen proctologique si pratiques sexuelles anales ou atcd de condylome
 - **selon contexte et/ou taux CD4**
 - Si CD4 < 200/mm³ ou en provenance d'une zone d'endémie tuberculeuse : radio thorax
 - Si CD4 < 100/mm³ : PCR CMV + FO (rétinite)
 - Si CD4 < 50/mm³ : hémocultures mycobactéries atypiques
 - Bilan pré-thérapeutique: pré-ARV (10)
 - NFS-P / TP-TCA / créatininémie / phosphorémie / **BHC** (TA-GGT-PAL-bilirubine)
 - ECG / Glycémie à jeun / **EAL** (CT-LDL-HDL-TG) / lipase / BU
 - +/- Ostéodensitométrie (facile)

Evolution

Evolution naturelle/pronostic

- Espérance de vie: **quasi-normale** sous réserve d'une observance parfaite
- !! mortalité: maladies cardio-vasculaires > cancer > infections opportunistes

Complications des anti-rétroviraux

- **ES à l'instauration du traitement**
 - Allergie-hypersensibilité / asthénie / céphalée..
 - Digestifs (nausées-vomissement / diarrhée)

- **ES chroniques**
 - **Lipodystrophie**: anomalies de la répartition des graisses
 - **Syndrome métabolique**: dyslipidémie / insulino-résistance +/- diabète
 - → risque cardio-vasculaire augmenté: à prendre en charge +++
 - Autres: ostéoporose / neuropathie périphérique..

Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (IRIS)

- Réaction inflammatoire survenant à la suite de l'instauration des ARV
- Reconstitution immunitaire → aggravation ou révélation d'une infection
- Plus fréquente avec le BK et la cryptococcose
- !! Ne pas démarrer les ARV avant d'avoir traité l'infection opportuniste +++
- !! Si IRIS → corticoïdes (ne pas arrêter les ARV)

Traitement

Prise en charge

- Prise en charge **globale** (médico-psycho-sociale) et **pluridisciplinaire**
- Au long cours en ambulatoire hors complications / avec médecin traitant

Education du patient

- **Observance** du **1er** traitement ARV = principal facteur pronostique (**A savoir !**)
- Consultations dédiées d'éducation thérapeutique et d'observance
- Information sur les effets secondaires / modalités de suivi / évolution

Mesures hygiéno-diététiques

- Prise en charge des **FdR CV**: tabac / dyslipidémie / diabète (**A savoir !**)
- Prise en charge nutritionnelle / exercice physique
- !! Arrêt des conduites à risque: **préservatifs** (**A savoir !**)

Traitement anti-rétroviral (ARV)

- **Objectifs(4)**
 - **Contrôle de la réplication**: charge virale indétectable (< 50 copies/mL) à +M6
 - **Restauration immunitaire**: maintenir le taux de CD4 > 500/mm³
 - **Obtenir l'adhésion au traitement**: qualité de vie et observance +++
 - **Diminuer le risque d'infections opportunistes** (ECN 2010)
- **Indications** ()
 - **Systematique** chez tout patient VIH+ quel que soit le nombre de CD4 (**A savoir !**)
 - A débiter **sans délai** dans la plupart des cas
 - ARV différés après le début du traitement de l'IO en prévention de l'IRIS:
 - ≤ 2S si pneumocystose, CMV, toxoplasmose ou tuberculose sans localisation méningée
 - 2-4S si tuberculose sans localisation méningée mais avec CD4 < 50/mm³
 - ≥ 4S si tuberculose ou cryptococcose neuroméningée
- **Molécules**
 - **Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)**
 - Ex: zidovudine (AZT) / abacavir (ABC) / lamivudine (3TC)
 - Association: AZT + 3TC (Combivir®) / ABC + 3TC (Kivexa®)
 - Le plus courant désormais: ténofovir + emtricitabine (Truvada®)
 - **Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)**
 - Ex: éfavirenz (EFV, Sustiva®) / névirapine (NVP, Viramune®)
 - **Inhibiteurs de la protéase (IP)**
 - Ex: Lopinavir (LPV/r: Kalétra®) / sasquinavir / indinavir
 - !! toujours « boostés » par le ritonavir (inhibiteur enzymatique)
- **Modalités**
 - En 1ère intention: **2 INTI + [1 IP boosté** (++) ou 1 INNTI] / prise quotidienne PO
 - Exemple: ténofovir + emtricitabine (Truvada®) + lopinavir/ritonavir (Kalétra®)
 - Tout traitement ARV est **A VIE**: ne jamais arrêter +++ (**A savoir !**)

Prophylaxie des infections opportunistes

- !! La meilleure prévention reste la restauration immunitaire par les ARV
- **Indications**: **CD4 < 200/mm³** (prophylaxie I) ou prophylaxie II (+++)
- **Modalités**: cotrimoxazole (TMP/STX): **Bactrim®** faible 1cp/j PO
- **En cas d'allergie**: pyriméthamine + dapsone + acide folinique
- **Arrêt**: si CD4 > 200/mm³ pendant ≥ 6 mois et charge virale indétectable

Mesures associées

- **Déclaration obligatoire du VIH** à l'ARS et déclaration anonyme du stade SIDA à l'InVS (**A savoir !**)
- Prise en charge à **100%** au titre des ALD
- **Vaccinations** (**A savoir !**)

- A faire que si CD4 > 200/mm³: attendre qu'ils remontent si taux bas
- **Recommandés**: **VHB-VHA** / grippe / pneumocoque / DTP si non fait
- **Contre-indiqués**: vaccins vivants: BCG (!! réactivation: BK) / ROR
- **Prise en charge socio-psychologique**
 - Suivi avec **assistante sociale** (couverture: demande de CMU..)
 - Prise en charge **addictologique** si tabac-alcool-drogues
 - Soutien psychologique / proposer adhésion à une association
- **Contraception (A savoir !)**
 - Conseiller **PMA** (prévention transmission) et surtout ne pas attendre (lutte contre l'infertilité)

Surveillance +++

- **A l'initiation**
 - Cs à J15, M1 puis 1x/3M jusqu'à charge virale indétectable
 - Clinique (observance; ES) / CD4 et PCR CV / NFS-BHC-créatinine
- **Clinique**
 - Au long cours: **1x/3 mois** (MT) et 1x/an (bilan hospitalier)
 - Poids / PA / FdR **CV** (tabac) / **observance** +++ / ES du traitement
- **Paraclinique**
 - **Fréquence**: 1x/6M si CD4 > 500 ; 1x/3M si CD4 < 500
 - **Efficacité**: typage CD4/CD8 / charge virale VIH
 - **Tolérance**: NFS / BHC / créatinine / CPK +/- EAL / glycémie
 - **Sérologies**: VHB-VHC-CMV-toxo-syphilis **1x/an si négatives**

B. MALADIES OPPORTUNISTES / ASSOCIÉES AU VIH

NB : quand diagnostic d'infection opportuniste toujours dire "**classant en stade SIDA**"

Pneumocystose

Généralités

- Germe = champignon (!): pneumocystis jiroveci (ex-p.carinii)
- !! Infection opportuniste grave la plus fréquente chez le VIH
- → toute dyspnée fébrile chez un ID est une pneumocystose JPDC même si prophylaxie (**A savoir !**)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain**: CD4 < 200/mm³ / pas de prophylaxie
 - **Anamnèse**: évolution subaiguë (3 semaines à 3 mois)
 - **Signes fonctionnels**
 - Fièvre: inconstante / modérée mais parfois élevée > 39°C
 - Dyspnée: d'effort puis de repos / aggravation progressive
 - Toux: sèche / traînante (mais pas de sueurs: ≠ BK)
 - **Examen physique**
 - Auscultation pauvre: crépitants aux bases inconstants
 - Signes de gravité: détresse respiratoire / signes de choc
- **Examens complémentaires**
 - **Crachats induits (ECBC)**
 - Recherche de kystes de p. jiroveci par IF ou coloration de Gomori-Grocott
 - **Radiographie de thorax**
 - Syndrome interstitiel (ou alvéolo-interstitiel) marqué :
 - Opacités diffuses bilatérales non systématisées +/- PTx
 - **Gaz du sang**
 - Hypoxémie parfois sévère (SdG: corticoïdes si PaO₂ < 75mmHg)
 - Hyperventilation compensatrice: hypocapnie / alcalose
 - **Fibroscopie avec LBA (A savoir !)**
 - **APRES** avoir débuté le Bactrim IV si forte suspicion ou gravité
 - Recherche p. jiroveci par IF ou coloration de Gomori-Grocott
 - !! NPO bactériologie pour rechercher BK et pneumocoque ++
 - **Pour rechercher un diagnostic différentiel +++**
 - BK / pneumocoque / légionnellose / MB atypique / cryptococcose
 - → ECBC / hémocultures / antigénurie légionnelle-pneumocoque

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation en urgence / en médecine ou REA si SdG
 - Bactrim à débiter en urgence: **avant** la fibroscopie-LBA (**A savoir !**)
- **Traitement symptomatique**
 - **Oxygénothérapie**: lunette ou masque / pour SpO2 ≥ 95%
 - **Corticothérapie**: si PaO2 < 75mmHg / 1mg/kg/j PO / ↓ sur 5-10j
- **Traitement curatif = ABT**
 - **Bactrim®**: triméthoprime + sulfaméthoxazole = cotrimoxazole
 - Traitement d'attaque: Bactrim® forte IV (si SdG) puis PO pendant **35** (puis relais P°)
 - !! **NPO acide folinique** (hématotoxicité): Lederfoline 5mg/j PO
 - Si allergie au Bactrim: pentamidine (Pentacarinat®) IV ou atovaquone
- **Mesures associées**
 - Anti-rétroviraux: poursuivre si en cours / instaurer au relais à **J21** sinon
 - Prophylaxie II: Bactrim® faible 1cp/j PO au décours du traitement d'attaque (J21)
 - Déclaration anonyme du stade SIDA (catégorie C) à l'ARS +++
- **Surveillance**
 - **Clinique**: constantes / signes respiratoires / tolérance du Bactrim (allergie)
 - **Paraclinique**: efficacité (RTx-GDS) / tolérance (NFS-TA-iono: K+)

Toxoplasmose cérébrale

Généralités

- Germe = parasite: Toxoplasma Gondii / réactivation de kystes latents
- Fréquent: cf 80% de la population générale séropositive pour la toxoplasmose
- !! Tout signe neurologique chez un VIH est une toxoplasmose JPDC (**A savoir !**)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain**: CD4 < 200/mm3 / pas de prophylaxie
 - **Anamnèse**: signes neurologiques rapidement progressifs (jours)
 - **Signes fonctionnels**
 - signes généraux: fièvre modérée (< 38.5°C) / inconstante (!)
 - **HTIC**: céphalée / nausée-vomissement / troubles visuels
 - **Examen physique**
 - Examen neuro: rechercher signe focal: déficit sensitivo-moteur, etc.
 - !! **Rechercher une localisation extra-neurologique (10%)**
 - **Chorio-rétinite**: non hémorragique au FO / ponction de CA si doute
 - **Pulmonaire**: pneumopathie interstitielle (toux / dyspnée fébrile)
 - **Autres**: cardiaque (péricardite), hépatique, musculaire, etc.
- **Examens complémentaires**
 - **Sérologie toxoplasmose**
 - Elimine le diagnostic si négative mais insuffisante si positive
 - **TDM cérébrale sans et avec injection +++ (A savoir !)**
 - Abcès = « image en cocarde »: hypodensité centrale / réhaussement périphérique
 - Localisation hémisphérique ++ / unique ou multiple / complications (HTIC..)
 - !! abcès au TDM chez patient VIH = suffit pour débiter un traitement d'épreuve +++
 - !! **Remarque: autres examens**
 - IRM seulement en 2nde intention si TDM négative
 - Biopsie stéréotaxique: à discuter si échec du traitement d'épreuve
 - PL: !! CI si HTIC (**A savoir !**) / aspécifique / PCR LCR possible
- **Diagnostics différentiels +++**
 - **Toujours (4): lymphome** / tuberculomes / abcès à pyogènes / métastases
 - **Plus rare**: ME herpétique / ME listériose / cryptococcose / LEMP (pas d'HTIC, pas de dépilepsie, pas de fièvre)

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation / en urgence / médecin ou REA
- **Traitement symptomatique**
 - BZD +/- **anti-épileptique** si crise ou risque de comitialité
 - Mannitol +/- IOT si HTIC avec troubles de la conscience
- **Traitement curatif**
 - **Pyriméthamine** (Malocide®) + **sulfadiazine** (Adiazine®) PO
 - Traitement d'attaque **6 semaines** puis relais à 1/2 dose prophylaxie II (traitement d'entretien)

- !! NPO **acide folinique** (Léderfoline®) pour prévention hématotoxicité (**A savoir !**)
- **Si allergie aux sulfamides (adiazine)**
 - remplacer par clindamycine (Dalacine®) en bIT avec pyriméthamine
 - !! pas de Bactrim au décours: prévention I par pentamidine (aérosols)
 - Déclaration à la pharmacovigilance
- **Mesures associées**
 - Anti-rétroviraux: poursuivre si en cours / instaurer au relais à S6 sinon
 - Prophylaxie II: même bithérapie à 1/2 dose jusqu'à CD4 > 200 pendant ≥ 6 mois
 - !! NPO d'associer prophylaxie I de la pneumocystose par **Bactrim®** faible
 - **Déclaration** anonyme du stade SIDA (catégorie C) à l'ARS ++++
- **Surveillance**
 - **Clinique:** examen neuro / GCS / tolérance (allergie immédiate ou retardée)
 - **Paraclinique:** **TDM** à 3 et à 6 semaines (fin traitement d'attaque) pour efficacité

Infection à CMV

Généralités

- CMV = cytomégalovirus / réactivation d'une infection ancienne
- !! Signe une immuno-dépression sévère: **CD4 < 50/mm3**

Diagnostic

- **Atteinte classique = rétinite à CMV (80% des cas)**
 - **Examen clinique**
 - Signes fonctionnels: BAV avec flou visuel ou amputation du CV
 - Fond d'oeil (**FO**): hémorragies + exsudats (« ketchup/mayonnaise »)
 - → centrifuge à l'échelle de la lésion / centripète à l'échelle de la rétine
 - **Examens complémentaires**
 - **PCR CMV ++++**: fait le diagnostic avec FO si sérologie antérieure négative
 - **Angiographie:** hyperfluorescence à la fluorescéine / non indispensable
 - **Ponction de CA:** pour PCR CMV ssi doute (avec chorio-rétinite à toxo ++)
 - !! **CD4 < 100:** faire Ag cryptococcose / hémocultures à mycobactéries (**A savoir !**)
- **Autres atteintes du CMV**
 - **Digestive ++** : colite (diarrhée, douleur..) / ulcération anale / diagnostic par coloscopie + biopsie
 - **Neurologique:** encéphalite ou méningo-encéphalite / IRM et PL: PCR dans LCR
 - **Pulmonaire:** pneumopathie interstitielle / diagnostic: fibroscopie et PCR sur LBA
- !! **Remarque: patient CD4 < 50/mm3**
 - FO et PCR CMV en urgence systématique / valganciclovir si FO(-)/PCR(+)
 - Sinon surveillance par FO 1x/M et PCR 1x/3M tant que CD4 < 100/mm3

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation en urgence / bilan initial du stade SIDA
- **Traitement curatif = antiviral**
 - Traitement d'attaque: ganciclovir 21J en IV (alternative: foscarnet: toxicité muqueuse ++ et rénale)
 - Traitement d'entretien: valganciclovir 1/2 dose PO jusqu'à CD4 > 200/mm3 pendant ≥ 6M
- **Mesures associées**
 - Anti-rétroviraux: poursuivre si en cours / instaurer au relais à J21 sinon
 - Déclaration anonyme du stade SIDA (catégorie C) à l'ARS +++
- **Surveillance**
 - **Clinique:** examen ophtalmo (AV) / tolérance (hématotoxique ++)
 - **Paraclinique:** efficacité: FO / tolérance: NFS-P

Tuberculose

Généralités

- !! 1/3 des patients VIH dans le monde sont co-infectés par BK
- Formes résistantes de BK fréquentes: ABG indispensable +++

Diagnostic

cf [Tuberculose de l'adulte et de l'enfant](#).

- A évoquer devant toute dyspnée / fièvre / toux / AEG..
- Formes extra-pulmonaires et miliaire plus fréquentes chez VIH
- Radio thorax: Sd interstitiel réticulo-nodulaire +/- cavernes ou miliaire

- ECBC avec coloration Ziehl-Nielsen et culture sur Lowenstein + **ABG**

Traitement

- **Traitement curatif anti-tuberculeux**
 - Quadrithérapie 2M: [INH-PZA-EMB-RMP] (rifabutine si ritonavir)
 - Puis bithérapie: INH + RMP (!! NPO Vit. B6 avec isoniazide: cf NP)
 - Durée totale: 6M si forme pulmonaire / 12M si disséminée ou pluriGg
- **Prophylaxie**
 - INH (+B6) pendant 12M si CD4 < 200 et contact avec sujet contagieux
- **Mesures associées**
 - Anti-rétroviraux: introduction différée (2-3M) sinon risque de SIFI
 - !! Interactions médicamenteuses: RMP = inducteur et IP = inhibiteur
 - !! Vaccination par BCG formellement contre-indiquée: bécégite (**A savoir !**)
 - !! Déclaration obligatoire nominative à l'ARS

Cancers associés au VIH

Maladie (sarcome) de Kaposi

- **Généralités**
 - Tumeur maligne la plus fréquente chez les patients VIH
 - Liée à l'infection par HHV8 (human herpes virus) / Afrique ++
- **Diagnostic = clinique +++**
 - Atteinte cutanée avec macules érythémateuses violacées +/- infiltrées
 - Associée à: nodules lymphangiectasiques, ADP satellites, muqueuses
 - Atteinte pulmonaire: RTx systématique: infiltrats péri-bronchiques
 - → TDM + fibroscopie/biopsie pour diagnostic histologique si doute
- **Traitement = celui du VIH**
 - Régression par restauration immunitaire grâce aux anti-rétroviraux
 - Chimiothérapie à discuter si forme résistante (protocole ABVD)

Lymphome non hodgkinien

(cf **Lymphomes malins**)

- LNH de type B (lié à EBV) ou des séreuses (lié à HHV8) sont classants
- !! RR de LNH si VIH(+): x200: sérologie systématique dans bilan (**A savoir !**)

Cancers invasifs du col

(cf **Tumeurs du col utérin**)

- RR x5-15 chez le séropositif / cf cancer lié à HPV (16/18 et 31/33/35)
- Dépistage par FCV et ex. gynéco annuel chez femme séropositive +++

Maladie de Castleman

- = hyperplasie lymphoïde angiofolliculaire / liée à HHV8
- PolyADP +/- HSMG / s. associés: Sd POEMS, gammopathie, etc
- Diagnostic histologique (biopsie ganglionnaire) / traitement: polychimiothérapie

Co-infections VIH-hépatites

Généralités

- Problème fréquent: 25% des VIH co-infectés par VHC / 7% par VHB
- Aggravation réciproque: cirrhose accélérée et hépatotoxicité des ARV ↑

Traitement

- **Co-infection VIH-VHC**
 - Ne pas retarder le traitement si indiqué: traitement standard anti-VHC (cf **Hépatites virales.**)
 - → IFN-pegylé + ribavirine pendant **48S** (!! tous génotypes)
- **Co-infection VIH-VHB**
 - Si pas de traitement anti-rétroviral: adéfovir / éviter les INTI du VIH
 - Sinon choix d'ARV actifs sur VHB: lamivudine, ténofovir..

Vaccinations +++

- Vaccination anti-VHB et VHA systématique chez VIH (si CD4 > 200)

Synthèse pour questions fermées

3 causes de dyspnée fébrile chez le VIH ?

- Pneumopathie à germes communautaires
- Pneumocystose
- BK

7 causes de pancytopenie chez le VIH

- Envahissement médullaire tumoral : LNH / MdH / Métastase de cancer solide
- Carence en B12/B9
- Toxicité médicamenteuse (AZT)
- Tuberculose hématopoïétique
- Mycobactéries atypiques
- CMV
- Dysmyélopoïese du VIH

2 FdR spécifiques d'ostéoporose chez le VIH

- Traitement antirétroviral
- CD4 < 200/mm³ (ou SIDA)