



# *CAS CLINIQUE*

*Tunis, le 9. 1. 2013*

- Mr M. T âgé de 26 ans
- Pas d'antécédents pathologiques notables
- Rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples
- Usager de drogue par voie intraveineuse
- Consulte pour un amaigrissement de 8 kg + asthénie
- A l'examen physique,
  - Apyrétique
  - Poids à 53 kg
  - Adénopathies cervicales de taille variable fermes et mobiles

- Une sérologie VIH a été demandée: positive
- Bilan immuno-virologique:
- CD4 = 280/mm<sup>3</sup>
- CVP = 120000/ml

• Chez ce malade, le traitement antirétroviral:

A- Est indiqué car présence des adénopathies.

B- Est indiqué car il y a une perte de poids.

C- N'est pas indiqué.

D- Est indiqué car  $CD4 < 350/mm^3$ .

E- Est indiqué car  $CVP > 100000/ml$ .

• Chez ce malade, le traitement antirétroviral:

A- Est indiqué car présence des adénopathies.

B- Est indiqué car il y a une perte de poids.

C- N'est pas indiqué.

D- Est indiqué car  $CD4 < 350/mm^3$ .

E- Est indiqué car  $CVP > 100000/ml$ .

## Recommandations pour l'initiation du traitement ARV chez les patients infectés par le VIH naïfs pour le traitement.

<p>Patients symptomatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Infection opportuniste</li><li>* Néoplasie</li><li>* Affection liée au VIH classant en catégorie C (classification CDC 1993)</li><li>* Symptômes récidivants de la catégorie B quelque soit le taux des lymphocytes CD4</li><li>* Néphropathie liée au VIH</li><li>* Autre atteinte spécifique d'un organe liée au VIH</li><li>* Cancer non lié au VIH</li><li>* Coinfection VHB</li></ul>
<p>Patients asymptomatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>* <math>CD4 &lt; 350 /mm^3</math></li><li>* Taux de <math>CD4 &gt; 350/mm^3</math> et CVP <math>&gt; 100.000</math> copies/ml et/ou diminution du taux <math>CD4 &gt; 50-100/mm^3/an</math> ou âge <math>&gt; 50</math> ans ou risque cardio-vasculaire élevé</li></ul>

- Le bilan initial a pratiquer avant le début de la trithérapie comporte:

A- Sérologie de la syphilis.

B- ECG.

C- IDR à la tuberculine.

D- Radiographie de thorax.

E- Bilan hépatique.

- Le bilan initial a pratiquer avant le début de la trithérapie comporte:

A- Sérologie de la syphilis.

B- ECG.

C- IDR à la tuberculine.

D- Radiographie de thorax.

E- Bilan hépatique.

## Bilan initial recommandé chez un sujet infecté par le VIH.

Examens immuno-virologiques	Numération des lymphocytes CD4 et CVP (ARN VIH).
Examens biologiques	NFS avec plaquettes, transaminases, phosphatases alcalines, $\gamma$ GT, créatininémie, glycémie à jeun, bilan lipidique (cholestérol, triglycérides à jeun).
Examens sérologiques	Marqueurs de l'hépatite virale B (Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc), sérologie de l'hépatite virale C, sérologie CMV, sérologie de la syphilis (TPHA, VDRL), sérologie de toxoplasmose.
Autres examens	Radiographie pulmonaire, IDR à la tuberculine, FO si troubles visuels ou taux de CD4 < 50/mm <sup>3</sup> , ECG si risque cardio-vasculaire, consultation gynécologique avec réalisation d'un frottis cervical chez la femme, examen proctologique chez les MSM.

- Bilan biologique:

NFS: Hb = 6,5 g/dl ; VGM = 75 ; TCMH = 24 pg.

GB = 4500/mm<sup>3</sup> (PNN= 1700/mm<sup>3</sup>,  
lymphocytes= 1200/mm<sup>3</sup>)

plaquettes = 145000/mm<sup>3</sup>

ALAT/ASAT = 49/65

Creat = 80 µmol/l

Acide urique = 250 µmol/l

- Radiographie de thorax: normale

- Le traitement antirétroviral de première intention repose sur:

A- AZT + 3TC + Lop/r.

B- AZT + 3TC + Efavirenz.

C- TDF + 3TC + Efavirenz.

D- TDF + 3TC + Lop/r.

E- ABC + 3TC + Lop/r.

- Le traitement antirétroviral de première intention repose sur:

A- AZT + 3TC + Lop/r.

B- AZT + 3TC + Efavirenz.

C- TDF + 3TC + Efavirenz.

D- TDF + 3TC + Lop/r.

E- ABC + 3TC + Lop/r.

- Choix de la trithérapie de première intention:

**2 INTI + 1 IP/r ou 2 INTI + 1 INNTI**

Trithérapie antirétrovirale		
Zidovudine ou Ténofovir ou Abacavir ou Didanosine	+ Lamivudine Ou Emtricitabine	+ Efavirenz ou Lopinavir/r ou Atazanavir/r <sup>d</sup>

- En cas d'encéphalite à VIH, préférer une trithérapie à base de AZT + 3TC + IDV/r.
- En cas d'anémie, préférer le TDF en première intention au lieu d'AZT.
- En cas de risque cardiovasculaire élevé et de CVP > 100.000 copies/ml, éviter l'ABC.
- Préférer ATZ/r en cas de risque cardiovasculaire élevé, en raison d'un meilleur profil lipidique.

- Le malade avait reçu TDF + 3TC + Efavirenz.
- Bonne tolérance clinique et biologique.
- CVP indétectable à 6 mois, CD4 = 350/mm<sup>3</sup>.
- Puis perdu de vue.
- Après 2 ans, la malade consultait de nouveau, il n'avait aucune plainte somatique.
- L'examen est normal.
- CVP = 70000/ml, CD4= 180/mm<sup>3</sup> (contrôlés à 3 mois d'intervalle).

• Cette situation correspond à un:

A- Echec clinique.

B- Echec immunologique secondaire.

C- Echec virologique primaire.

D- Echec virologique secondaire.

E- Blips.

• Cette situation correspond à un:

A- Echec clinique.

B- Echec immunologique secondaire.

C- Echec virologique primaire.

D- Echec virologique secondaire.

E- Blips.

# 1- L'échec virologique :

- L'échec primaire : persistance d'une CVP détectable (> 500 copies/ml) 6 mois après l'instauration du premier traitement (confirmée à deux reprises).
- L'échec secondaire : rebond de la CVP > 500 copies/ml après une période de succès virologique, (2 prélèvements consécutifs : 2 à 3 mois d'intervalle).
- Les « blips »: valeur détectable suivie d'un retour à l'indétectabilité sans aucune intervention thérapeutique.

## **2- L'échec immunologique :**

- L'échec primaire : absence d'ascension des CD4 malgré un traitement antirétroviral virologiquement efficace depuis au moins 6 mois.
- L'échec secondaire : chute de plus de 50% du taux des CD4 par rapport au pic de la valeur maximale atteinte sous traitement ou au retour au taux initial des CD4 avant traitement.

## **3- L'échec Clinique :**

survenue de manifestations cliniques, témoignant de la progression de la maladie (symptômes liés au VIH, nouvelle infection opportuniste, rechute d'une infection préexistante, survenue de tumeurs).

• La conduite à tenir est:

A- Garder le même traitement avec éducation.

B- Ajouter seulement le bactrim.

C- Modifier le traitement antirétroviral.

D- Faire un génotypage.

E- Eduquer le malade.

- La conduite à tenir est:

A- Garder le même traitement avec éducation.

B- Ajouter seulement le bactrim.

C- Modifier le traitement antirétroviral.

D- Faire un génotypage.

E- Eduquer le malade.

- Le traitement de 2<sup>ème</sup> intention chez ce malade repose sur:

A- AZT + 3TC + Lop/r.

B- AZT + 3TC + Efavirenz.

C- TDF + 3TC + Lop/r.

D- ABC + 3TC + Lop/r.

E- ABC + 3TC + Efavirenz.

- Le traitement de 2<sup>ème</sup> intention chez ce malade repose sur:

A- AZT + 3TC + Lop/r.

B- AZT + 3TC + Efavirenz.

C- TDF + 3TC + Lop/r.

D- ABC + 3TC + Lop/r.

E- ABC + 3TC + Efavirenz.

- Le traitement de seconde ligne recommandé :

**2 INTI + 1 IP/r (ATZ/r ou LPV/r) ou EFZ**

- Utiliser au moins 2 molécules dont l'activité est certaine.

- Si d4T ou AZT ont été utilisés en 1ère intention : choisir TDF+3TC ou TDF+FTC comme INRT.
- Si TDF a été utilisé en première intention : utiliser AZT + 3TC.

- Utiliser ddl et ABC : en cas de nécessité.

- A six mois, le patient garde une CVP détectable. La conduite à tenir dans ce cas est:

A- Modifier le traitement de nouveau.

B- Faire un génotypage.

C- Faire un dosage des antirétroviraux.

D- Contrôler la CVP après 6 mois.

E- Renforcer l'observance.

- A six mois, le patient garde une CVP détectable. La conduite à tenir dans ce cas:

A- Modifier le traitement de nouveau.

B- Faire un génotypage.

C- Faire un dosage des antirétroviraux.

D- Contrôler la CVP après 6 mois.

E- Renforcer l'observance.

- Le traitement de troisième ligne :
  - Utiliser au moins un IP boosté (Darunavir/r) + une molécule d'une nouvelle classe thérapeutique ou une molécule non utilisée en première ou deuxième ligne.
    - ✓ INNTI : Etravirine
    - ✓ Inhibiteurs de l'intégrase : Raltégravir
    - ✓ Inhibiteurs de fusion : Enfuvirtide
    - ✓ Inhibiteurs du CCR5 : Maraviroc

A blurred background of a bowling alley. Several bowling balls are visible, some in the foreground and some further back. The bowling pins are also visible, scattered across the lane. The overall scene is out of focus, creating a soft, bokeh effect.

*MERCI*