



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/mm³
- 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">* Infection opportuniste* Néoplasie* Affection liée au VIH classant en catégorie C (classification CDC 1993)* Symptômes récidivants de la catégorie B quelque soit le taux des lymphocytes CD4* Néphropathie liée au VIH* Autre atteinte spécifique d'un organe liée au VIH* Cancer non lié au VIH* Coinfection VHB |
| <p>Patients asymptomatiques</p> | <ul style="list-style-type: none">* $CD4 < 350 /mm^3$* Taux de $CD4 > 350/mm^3$ et CVP > 100.000 copies/ml et/ou diminution du taux $CD4 > 50-100/mm^3/an$ ou âge > 50 ans ou risque cardio-vasculaire élevé |

- 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, γ 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 ³ , 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/mm³ (PNN= 1700/mm³,
lymphocytes= 1200/mm³)

plaquettes = 145000/mm³

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 ^d |

- 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/mm³.
- 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/mm³ (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^{ème} 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^{ème} 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 background image of a bowling ball striking pins, with the word 'MERCI' overlaid in red cursive script.

MERCI