

Cas Clinique

Dr. Sameh AISSA

Le 31/10/2012

COLLEGE DES MALADIES INFECTIEUSE

Service des maladies infectieuses, Hôpital La RABTA de Tunis

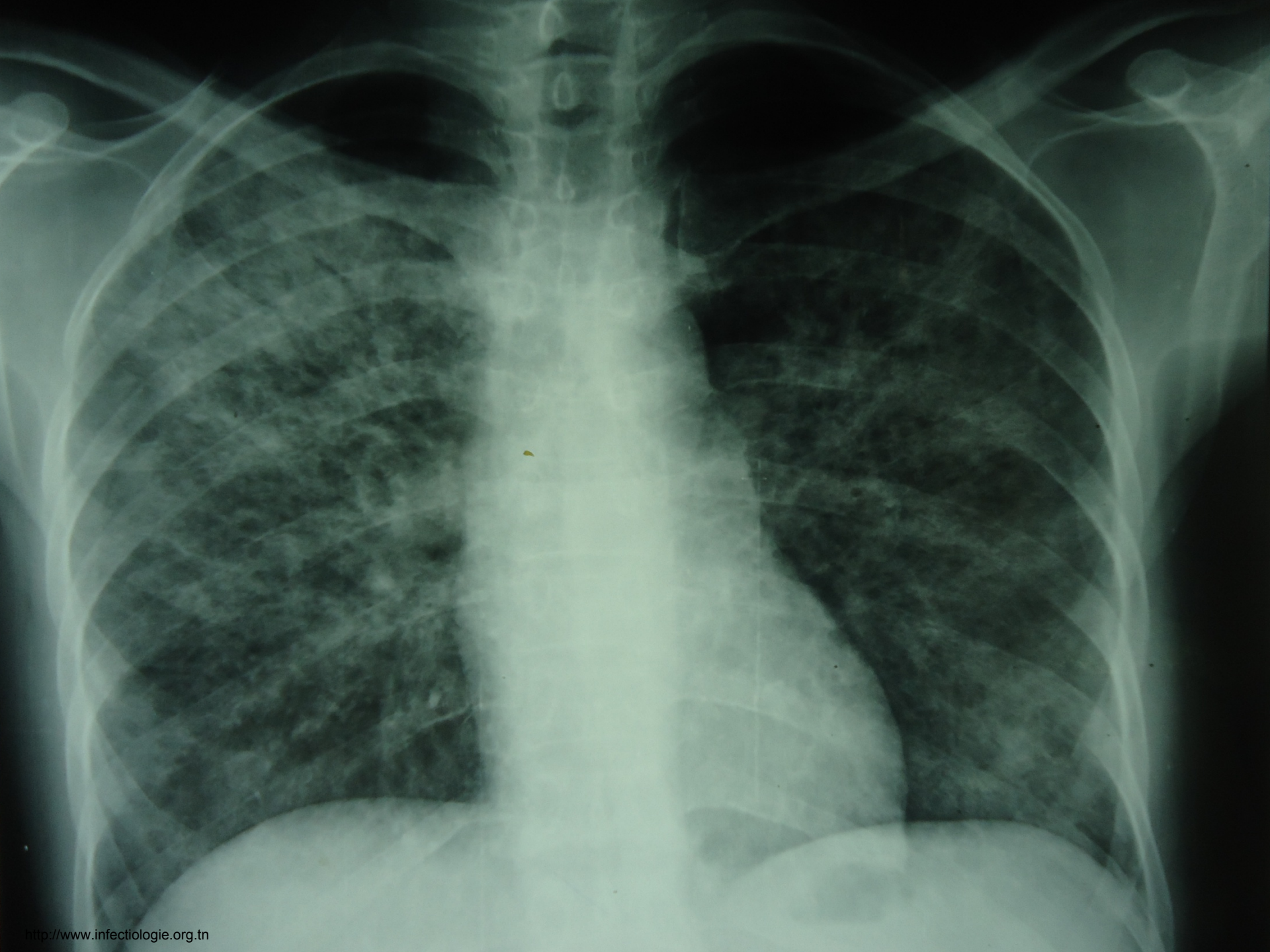
- Patiente de 45 ans
- ATCD= 0
- Son mari: UDIV
- Admise le **20 Aout 2011**
- Le **12 Aout**: Fièvre chiffrée à 38°, dyspnée d'aggravation progressive et **toux non productive** dans un contexte d' **AEG** évoluant **depuis le mois de Mai 2011** et fait d'anorexie, amaigrissement de 12Kg, asthénie.

Examen physique

- Patiente cachectique, poids 40 kg
- Fébrile à 38°C
- Candidose oro-pharyngée
- Polypnée à 24 cycles/min
- Pas de cyanose, ni de signes de lutte
- Auscultation pulmonaire: râles crépitants aux 2CP
- Palpation abdominale: Sensibilité diffuse
- Pas d'hépto-splénomégalie
- Pas d'adénopathies

Les examen complémentaires

- NFS : Leucocytes: 4600/ mm³:
PNN: 4100/mm³
Lym:300/mm³
- CRP: 12 mg/l
- ASAT/ALAT: 14/20 UI/l
- gGT: 160 UI/l
- BT: 11mg/l
- GDS: PH= 7,47 PaO₂=64 mmHg PCO₂=34 mmHg
HCO₃⁻=22mmol/l SaO₂=89%



- Une sérologie VIH a été demandée
- Quels sont les éléments de l'observation qui justifient la demande de la sérologie VIH ?

- Le comportement à risque pour l'infection à VIH de son conjoint
- L'altération progressive de l'état générale: cachexie
- La candidose oropharyngée
- La lymphopénie

- Sérologie VIH : positive
- CD4 : 17 $\mu\text{g}/\text{mm}^3$
- CV : 26 000 copies d'ARN/ml

➔ Quel est le stade de sa maladie?

Stade SIDA

- Il s'agit d'une symptomatologie respiratoire chez une patiente infectée par le VIH au stade SIDA
- Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A. Embolie pulmonaire
- B. Candidose trachéo-bronchique
- C. Pneumonie à germes banals
- D. Pneumocystose pulmonaire
- E. Pneumopathie à mycobactéries atypiques
- F. Pneumopathie à CMV
- G. Tuberculose pulmonaire
- H. Pneumopathie à germes atypiques
- I. Aspergillose pulmonaire
- J. Maladie de Kaposi pulmonaire

- A. Embolie pulmonaire
- B. Candidose trachéo-bronchique
- C. Pneumonie à germes banals
- D. Pneumocystose pulmonaire
- E. Pneumopathie à mycobactéries atypiques
- F. Pneumopathie à CMV
- G. Tuberculose pulmonaire
- H. Pneumopathie à germes atypiques
- I. Aspergillose pulmonaire
- J. Maladie de Kaposi pulmonaire

- Quels sont les examens complémentaires à demander afin d'étayer le diagnostic étiologique?

- IDR
- Fibroscopie bronchique
- LBA avec étude microbiologique et anatomopathologique
- Prélèvement de langue pour examen mycologique
- Hémocultures
- Sérologie et Antigénémie aspergillaire
- Scanner thoracique

- Quelle est votre conduite thérapeutique initiale ?

- Oxygénothérapie
- Antibiothérapie non spécifique
- Traitement antituberculeux
- Corticothérapie
- Cotrimoxazole
- Ganciclovir
- Héparinothérapie
- Fluconazole

- Oxygénothérapie
- Antibiothérapie non spécifique
- Traitement antituberculeux
- Corticothérapie
- Cotrimoxazole
- Ganciclovir
- Héparinothérapie
- Fluconazole

Notre conduite

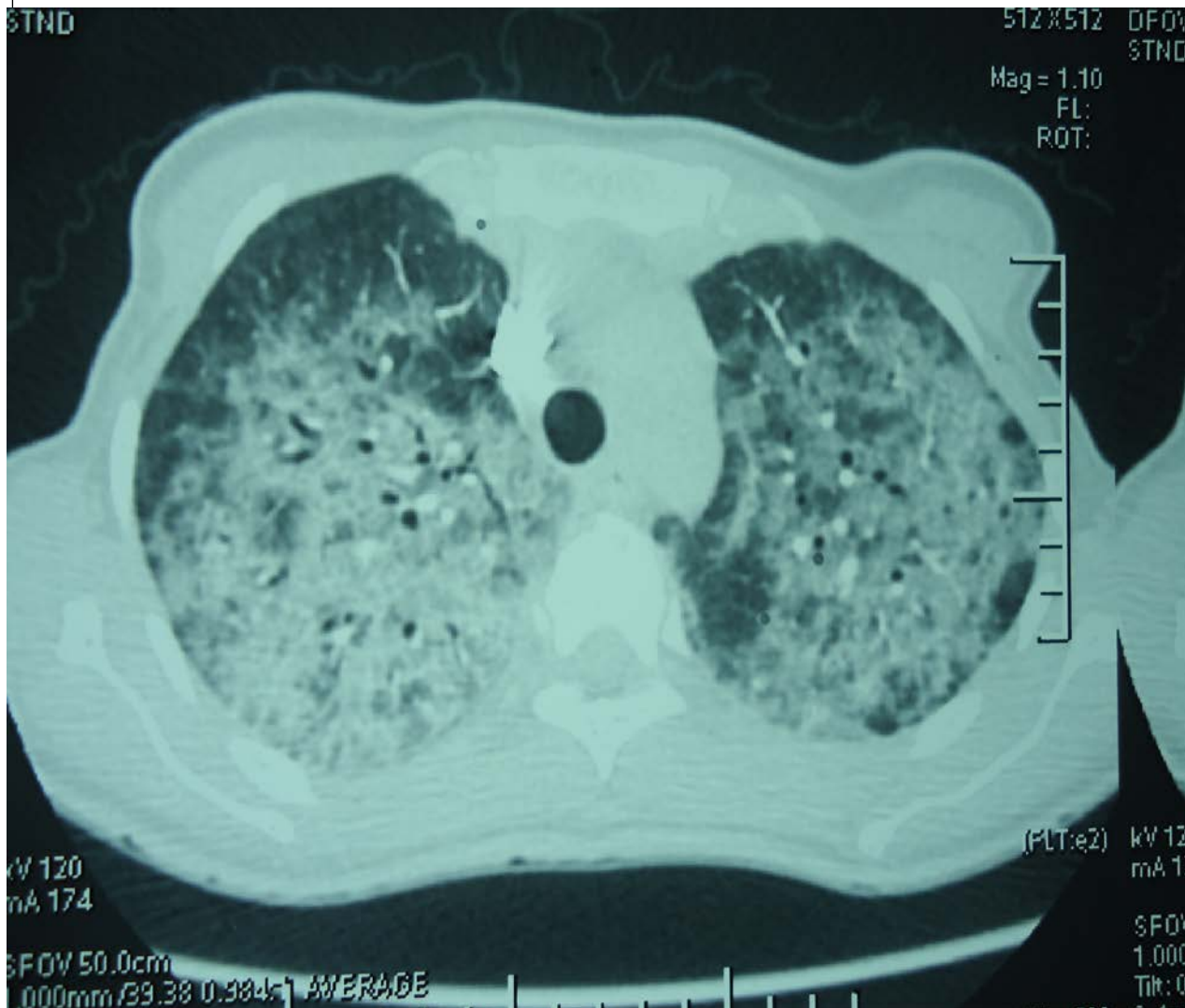
- Oxygénothérapie: O₂ = 8l/min
- Céfotaxime: 1g * 3 / jour
- Fluconazole 100 mg/ jour (candidose orale)
- Traitement antituberculeux quadruple
- prednisone 1mg/kg/jour
- Cotrimoxazole 4 cp *3 /jour:

Trimethoprime (15mg/kg/j)+ Sulfamethoxazole(75mg/kg/j

- La fibro bronchique: arbre trachéo-bronchique sans anomalies
- Etude microbiologique du liquide de LBA est négative
 - germes non spécifiques,
 - BAAR,
 - *Pneumocystis jiroveci*,
 - levures, *Aspergillus* et antigène aspergillaire
- L'étude histologique n'a pas été réalisée: prélèvement perdu
- Les hémocultures sont négatives
- L'IDR est négative

Evolution

- J 8 d'hospitalisation
- Persistance de la fièvre
- Aggravation progressive de l'état respiratoire
- Majoration de l'hypoxie sous oxygène: $\text{PaO}_2 = 50 \text{ mmHg}$
- Apparition d'un flou visuel à droite



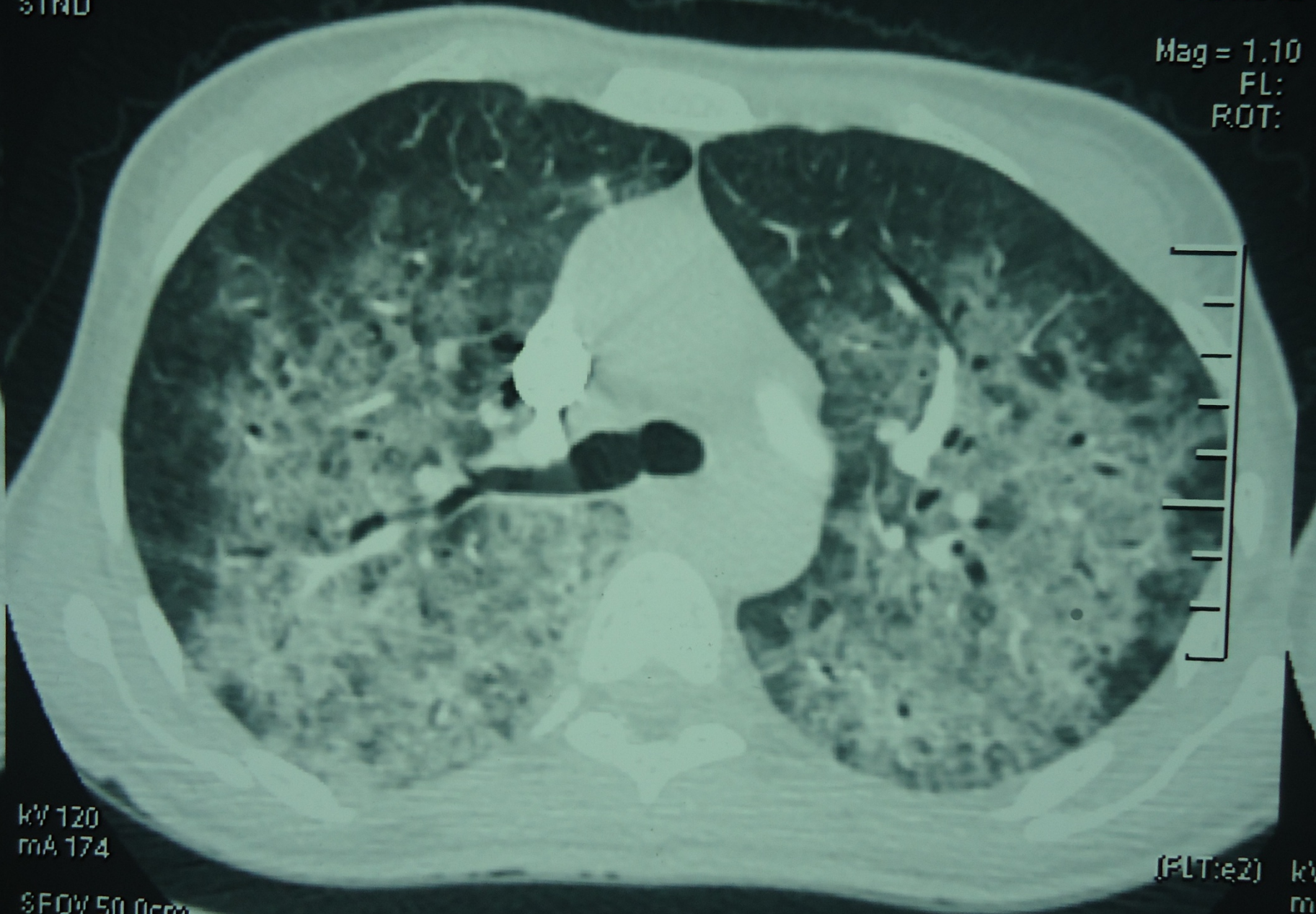
Angio scanner thoracique

- absence de signes en faveur d'EP
- Hyperdensités en verre dépoli bilatérales
- Épaississement septal
- Micronodules diffus

M SN Ax 126.3 (coi)
12 DFOV 26.1cm
10 STND

01:52:39 PM
512 X 512

Mag = 1.10
FL:
ROT:



2) kV 120
mA 174

SFOV 50.0cm
1.000mm/39.38 0.984s1 AVERAGE
Th: 0.0

(FLT:e2) kV 1
mA 1

Quelle est votre conduite à tenir?

- A. Arrêter la corticothérapie
- B. Associer l'ofloxacine et la clarithromycine
- C. Arrêter le traitement antituberculeux
- D. Prescrire le ganciclovir
- E. Arrêter le céfotaxime
- F. Arrêter le cotrimoxazole
- G. Démarrer la trithérapie antirétrovirale

- A. Arrêter la corticothérapie
- B. Associer l'ofloxacine et la clarithromycine
- C. Arrêter le traitement antituberculeux
- D. Prescrire le ganciclovir
- E. Arrêter le céfotaxime
- F. Arrêter le cotrimoxazole
- G. Démarrer la trithérapie antirétrovirale

- Pour l'atteinte oculaire

➔ Examen ophtalmologique: FO

- OD: foyer maculaire blanchâtre mal limité avec décollement séreux rétinien (DSR) + foyers minimes d'hémorragie rétinienne
- OG : normal

➔ Il s'agit d'une **chorio-rétinite** d'aspect nécrosant et hémorragique oriente vers le CMV

- Après 10 j de traitement par ganciclovir :
- Amélioration de l'état respiratoire
- PaO₂ = 71 mmHg à l'air ambiant
- Diminution du flou visuel

→ Quel est le diagnostic le plus probable et quels sont les examens à demander pour confirmer ce diagnostic ?

Maladie à CMV :

Pneumopathie et rétinite à CMV

- A. Sérologie CMV
- B. Angiographie rétinienne
- C. Biopsie pulmonaire
- D. Antigénémie pp65
- E. Charge virale plasmatique du CMV
- F. Charge virale dans le liquide de LBA
- G. Examen anatomopathologique du Liquide de LBA

- A. Sérologie CMV
- B. Angiographie rétinienne
- C. Biopsie pulmonaire
- D. Antigénémie pp65
- E. Charge virale plasmatique du CMV
- F. Charge virale dans le liquide de LBA
- G. Examen anatomopathologique du Liquide de LBA

La sérologie

- Place dans la primo-infection: séroconversion
 - La présence d'IgM:
 - une réactivation,
 - manquer chez l'immunodéprimé
 - persister jusqu'à une année chez certains patients
- ➔ L'ensemble de ces facteurs limite considérablement son intérêt

Mesure de la charge virale CMV

- Antigénémie pp65
 - ADNémie leucocytaire (PCR)
 - ADNémie plasmatique (PCR)
- ➔ La quantification du génome aide à différencier les excréctions virales asymptomatiques de la maladie à CMV

- La sérologie CMV: IgM + IgG+
- Charge virale plasmatique CMV: 170 000 copies
d'ADN/ml

- En dehors de la rétinite à CMV, les infections dues à ce virus ne peuvent être diagnostiquées sur une présentation clinique isolée

- La symptomatologie clinique est aspécifique
- L'association à d'autres pathogènes est fréquente chez le sujet VIH+
- L'isolement du virus ne suffit pas à poser le diagnostic

- En l'absence de l'histologie qui représente le gold standard du diagnostic de la maladie à CMV chez le sujet VIH+

➔ le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments:

- **Epidémiologique**: immunodépression avancée: $CD4 < 50$ cel/ μ l
- **Clinique**: fièvre, hypoxie, atteinte pulmonaire interstitielle
- Virémie locale (LBA) et systémique (sang) élevée
- Absence d'autre pathogène
- Présence d'autres localisations de l'infection à CMV

Traitement et évolution

- Le traitement antituberculeux a été arrêté
- La trithérapie antirétrovirale a été instaurée
- La patiente a reçu 3 Semaines de traitement curatif par ganciclovir 10 mg/kg/j en 2 injections en IV
- Un traitement prophylactique secondaire a été prévu: ganciclovir 5mg/kg/j jusqu' a augmentation des CD4 > 100 cel/ μ l mais refusé par la patiente
- L'évolution était favorable
- Le recul est de 1an et la patiente n'a pas présenté de rechute