

Aspects cliniques et prise en charge de l'infection VIH



RIM ABDELMALEK
LE 19/11/2010

Introduction





- Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)
- Découverte en 1983
- Inhibiteurs de protéase en 1996
- Infection mortelle → chronique
- Recherche continue: vaccination
- Tunisie: 60-70 nouveaux cas/an



- Manifestations cliniques hétérogènes
- Absence de dépistage large échelle
- ☛ Diffusion de la maladie
- ☛ Diagnostic tardif, stade avancé
- ☛ Pronostic parfois réservé

Primo-infection



Clinique



- Fièvre
- Myalgies, arthralgies
- Eruption morbilliforme
- Odynophagie douloureuse
- Ulcérations orales ou génitales
- Polyadénopathie
- Signes de méningite ou encéphalite

Biologie



- Leucopénie
- Syndrome mononucléosique
- Cytolyse
- Ag P24+
- CV très élevée

Phase chronique



**PHASE LA PLUS LONGUE
GÉNÉRALEMENT ASYMPTOMATIQUE**

Syndrome constitutionnel



- Diarrhée chronique > 1 mois
- Fièvre prolongée, modérée
- Altération de l'état général
- Perte de poids > 10%
- Sueurs abondantes, nocturnes

Manifestations cutanéomuqueuses

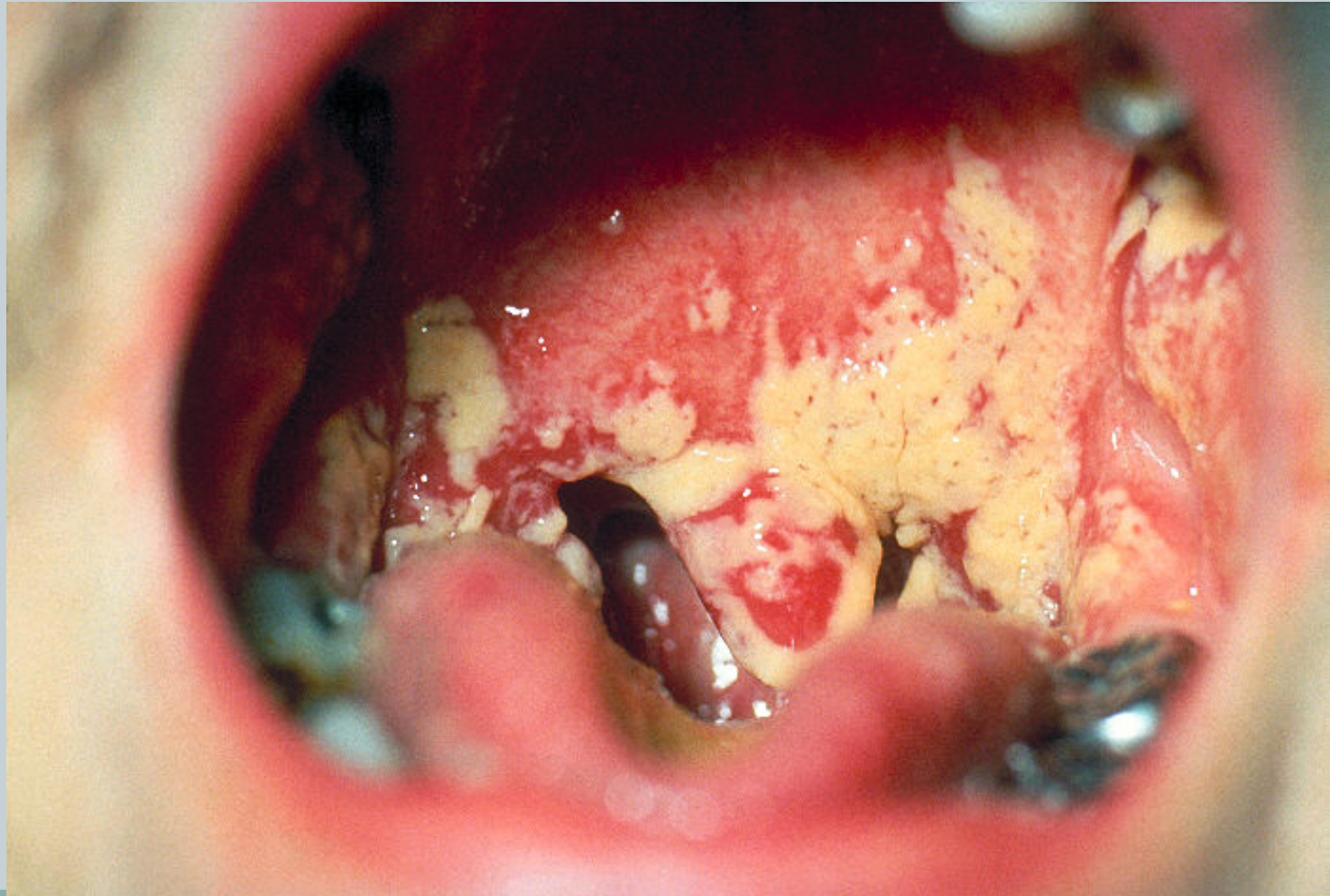


- Dermite séborrhéique
- Prurigo chronique
- Zona
- Verrues, condylomes
- Molluscum contagiosum
- Candidose orale, récidivante
- Leucoplasie chevelue de la langue

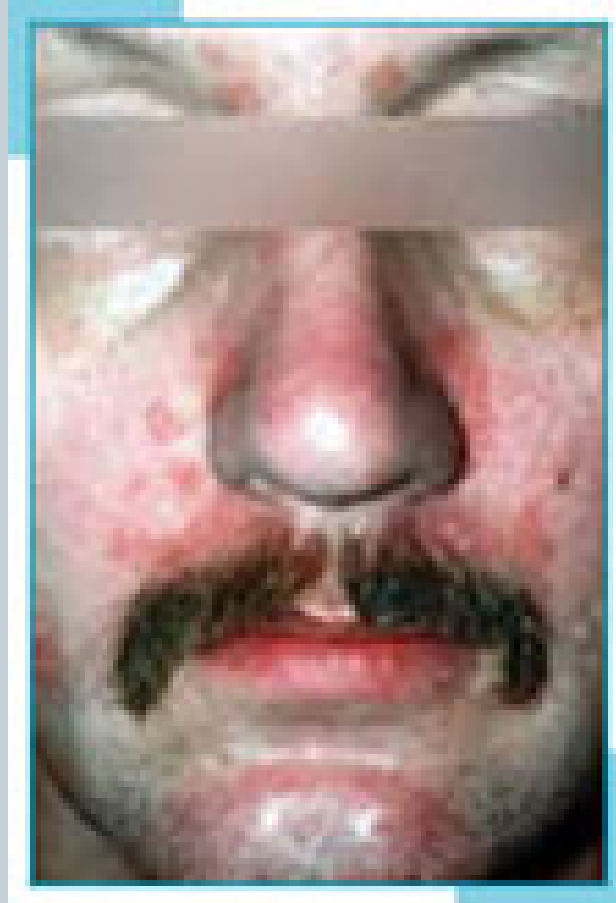
Leucoplasie chevelue de la langue



Candidose orale-oesophagienne



Dermite séborrhéique



Troubles hématologiques



- Thrombopénie
- Anémie
- Leucopénie
- Souvent asymptomatiques

Syndrome de lymphadénopathie généralisée



- 20-50%
- Symétriques, cervicales
- Inflammation non spécifique

Phase maladie ou sida



Infections bactériennes





Pneumopathies bactériennes

Récidivantes

DDB enfant





Tuberculose pulmonaire

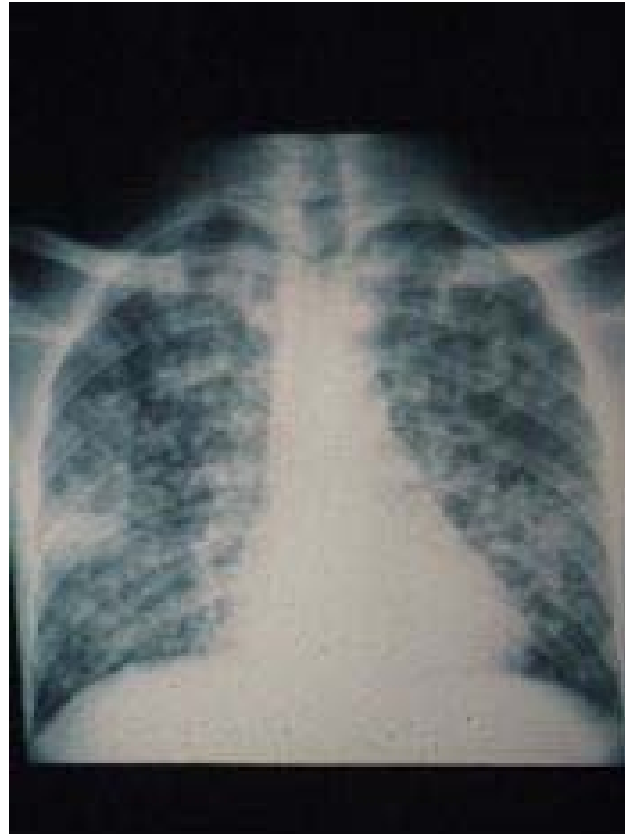
Circonstance
découverte++

Signes d'impreignation

Radio parfois normale

Patient bacillifère

Traitement usuel





Autres infections bactériennes

Angiomatose bacillaire:

nodules cutanés

Otites à répétition:

enfant

Mycobactéries

atypiques: septicémie



Infections parasitaires



Toxoplasmose cérébrale

Circonstance
découverte

Reviviscence cérébrale

HTIC

Signes déficitaires

Malocid-adiazine

6 semaines





Pneumocystose pulmonaire

P. Jirovecii

Pneumopathie
dyspnéisante

Interstitielle

Bactrim x 3 semaines

Corticoides

Oxygène



Infections digestives



- Agents responsables
 - *Cryptosporidies*
 - *Microsporidies*
 - *Isospora*
- Diarrhée chronique, liquidienne
- Résolution spontanée
- Amélioration sous trithérapie
- Traitement étiologique peu efficace

Infections virales





Infections à CMV

Rétinite

Colite

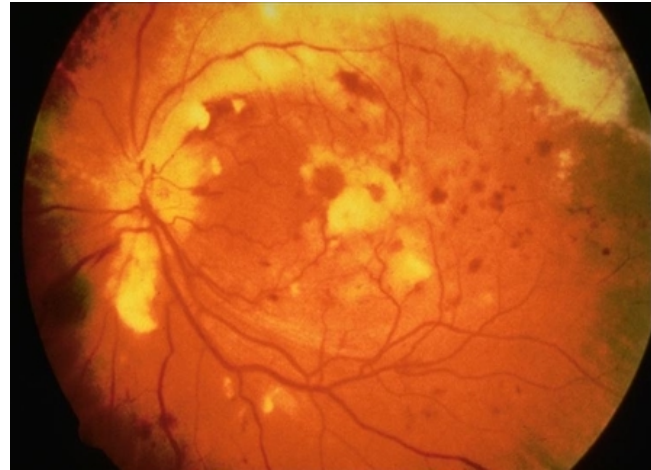
Oesophagite

Pancréatite

Pneumopathie

Myélite

encéphalite

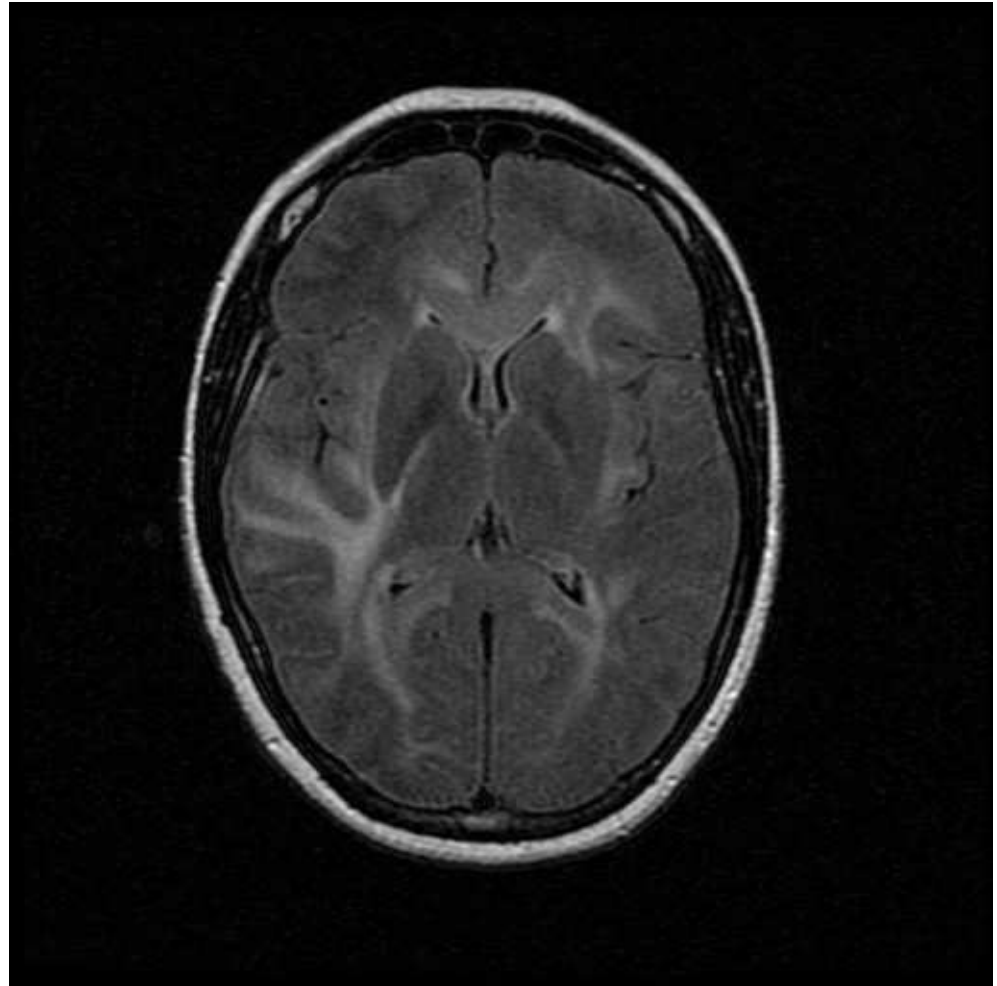




Leucoencéphalite multifocale et progressive

Virus JC40

Atteinte démyélinisante





Infections à HSV et VZV

Herpes génital
récurrent

Zona extensif, parfois
généralisé



Infections fongiques



Cryptococcose



- Neuroméningée
- Pulmonaire
- Systémique

- Traitement difficile:
 - amphotéricineB, fluconazole x 4 semaines
 - Fluconazole à vie

Manifestations tumorales





Maladie de Kaposi

Nodules cutanés

HHV8

Trithérapie

Forme viscérale: grave
chimiothérapie



Autres



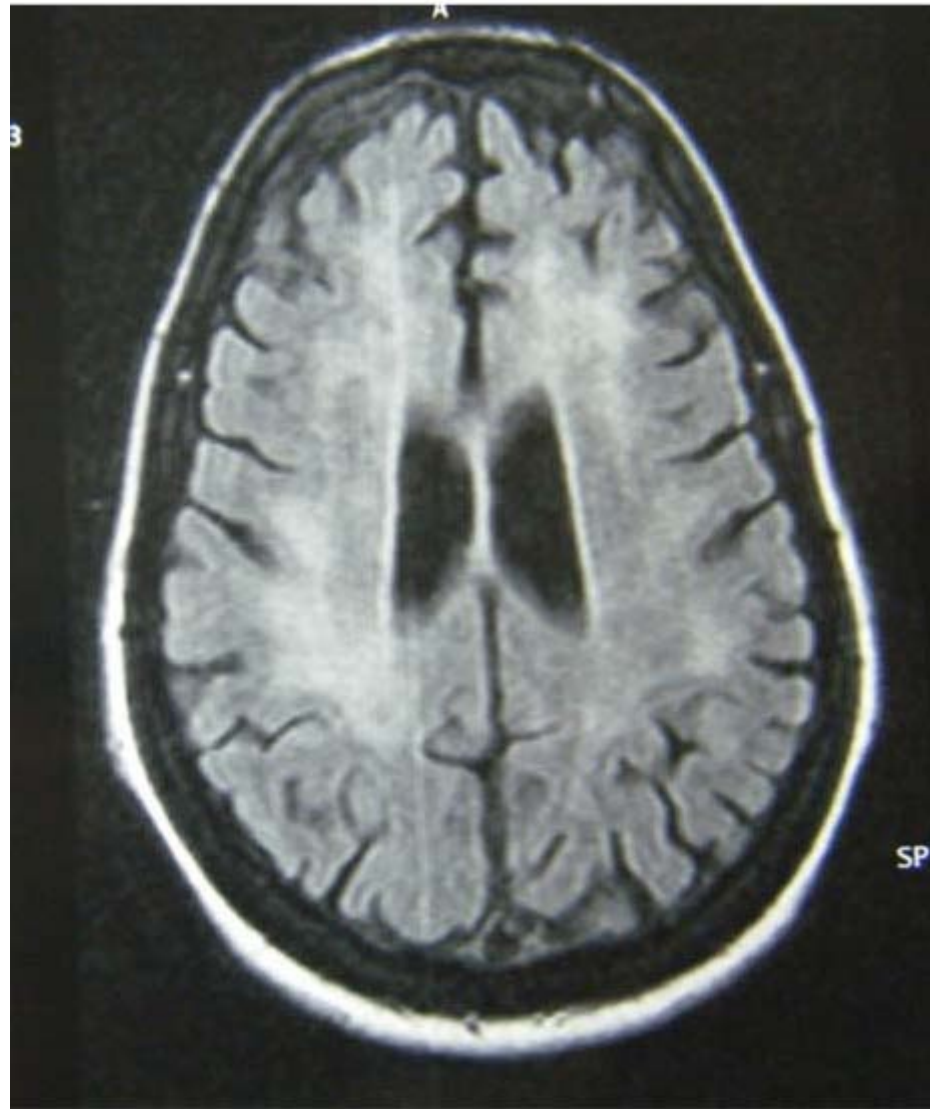
- Tumeurs liées au HHV8
 - Maladie de Castleman
 - Lymphome des séreuses
- Lymphome non hodgkiniens: 200x VIH-
- Lymphome de Hodgkin: 5-20x VIH-
- Cancer du col utérin:
 - lié au HPV
 - FCV /an

Atteintes neurologiques



Encéphalite au VIH:
démence progressive

Neuropathie
périphérique: membres
inférieurs



Prise en charge



Evaluer le patient



- Bilan métabolique
- NFS, EPP
- Sérologies des maladies associées
 - IST
 - Pathologies opportunistes
- Charge virale plasmatique
- Compte de CD4

Evaluer le patient



- IDR
- Radio thorax
- Fond d'œil
- ECG (dyslipémie, HTA, >50 ans)
- Examen gynécologique + FCV
- Examen proctologique

Classer le patient



Nombre de lymphocytes CD4	Catégories cliniques		
	A Asymptomatique Primo-infection ADP chroniques	B Symptomatique sans critères C	C Tumeurs Infections opportunistes
$\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
200-499/ mm^3	A2	B2	C2
$< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Prescrire une prophylaxie



- Anti-TBC : INH : $CD4 < 350/mm^3$
- Anti-toxoplasme : bactrim : $CD4 < 200/mm^3$
- Anti-pneumocystis : bactrim : $CD4 < 100/mm^3$

Prescrire une trithérapie



- $CD4 < 350$
- Patient symptomatique
- Si $CD4 > 350$ mais $CVP > 100.000$
- Femme enceinte
- Baisse rapide des $CD4$
- Co-infection VHB ou VHC

But de la trithérapie



- Réduction maximale et prolongée CVP
- Restaurer immunité
 - Compte CD4
 - Qualité CD4
- Limiter risque de contamination
- Améliorer qualité de vie

Molécules



INTI	INNTI	IP
Zidovudine	Efavirenz	Indinavir
Lamivudine	Névirapine	Ritonavir
Abacavir	Etravirine	Lopinavir/RTV
Didanosine		Saquinavir
stavudine		Nelfinavir
Emtricitabine		Fosamprenavir
Ténofovir		Atazanavir

Stratégie et Suivi



- 2 INTI + IP+++
- 2 INTI + INNTI
- CD4 + CV:
 - 1^{er} mois
 - 3^{ème} mois
 - / 3 mois
 - / 6 mois

Transmission materno-foetale



- Transmission péri-partum
- Spontanément : 10-40% (25%)
- Trithérapie : AZT-LMV-KLT
- Contrôle de l'infection maternelle:
 - CD4 > 500
 - CV indétectable (<25/ml)
 - ➔ transmission <1%

Transmission materno-foetale



- Accouchement voie basse: perfusion AZT
- Allaitement contre indiqué
- Prophylaxie 6 semaines nné
- PCR:
 - Naissance
 - 1 mois
 - 3 mois
 - 6 mois

conclusion





- L'infection VIH est grave
- Implications psychologiques, physiques, santé+++
- Diagnostic précoce: meilleur pronostic
- Trithérapie adaptée: transforme le pronostic
- Prévention+++
 - Maîtrise de l'infection chez VIH+
 - Mesures individuelles
 - Contrôle du sang et dérivés