

# CAS CLINIQUE

**Rouis Sana – Hazgui Olfa**

**Encadré par: Dr. N. Hannechi -Dr Z.Hattab**

***2ème Rencontres en infectiologie***

***4/3/2016***

# Cas clinique

- Patient S.H , 20 ans
- Sans ATCD pathologiques notables
- Sans profession
- Consulte en Aout 2012
- Fièvre éruptive et odynophagie depuis 2 jours

# Examen physique

- \* Température à 38.8°C
- \* Gorge **érythémateuse**
- \* présence de **trois Adénopathies** : axillaires, cervicales et inguinales de taille  $\leq 1$ cm
- \* auscultation cardio-pulmonaire normale
- \* abdomen souple, pas d'HSMG
- \* **éruption maculo-papuleuse** non prurigineuse au niveau du tronc
- \* pas de syndrome méningé

**Fièvre éruptive  
+pharyngite+adénopathies  
généralisées**

# **Quelles autres données recherchez vous par l'interrogatoire?**

1. Contact avec les animaux
2. Présence de cas similaires dans l'entourage
3. Prise médicamenteuse récente
4. Retour d'un voyage
5. Rapport sexuel non protégé

## **Réponse:**

1. Contact avec les animaux
2. Présence de cas similaires dans l'entourage
3. Prise médicamenteuse récente
4. Retour d'un voyage
5. Rapport sexuel non protégé

# **Quel bilan biologique demandez vous?**

1. NFS
2. CRP
3. Fonction rénale
4. Transaminases
5. VS

## Réponse:

1. NFS
2. CRP
3. Fonction rénale
4. Transaminases
5. VS



# CAS CLINIQUE :suite

- Hb= 14.8 g/dL
- GB= 7300/mm<sup>3</sup> (PNN= 1825/mm<sup>3</sup>, ly=5110/mm<sup>3</sup>%(70%))
- Frottis sanguin: présence de lymphocytes hyperbasophiles
- Plq= 157000/mm<sup>3</sup>
- ASAT/ALAT= 74/61 mmol/l
- PAL= 96 mmol/l    BD/BT= 0/10 mmol/l
- Créat= 75 μmol/l

## Comment interprétez vous ces résultats?

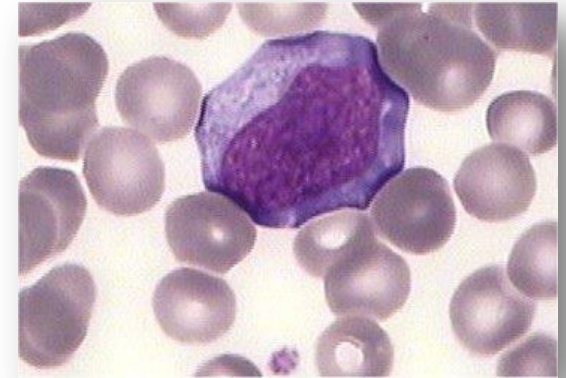
- Hb= 14.8 g/dL
- GB= 7300/mm<sup>3</sup> (PNN= 1825/mm<sup>3</sup>, ly=5110/mm<sup>3</sup> (70%))
- Frottis sanguin: présence de lymphocytes hyperbasophiles
- Pq= 157000/mm<sup>3</sup>
- ASAT/ALAT= 74/61 mmol/l
- PAL= 96 mmol/l    BD/BT= 0/10 mmol/l
- Créat= 75 μmol/l



**Syndrome mononucléosique**

# Définition du syndrome mononucléosique

- Le diagnostic est **cytologique**.
- L'hémogramme: \* **hyperleucocytose**,  
\* **lymphocytose absolue**  
\* parfois une **neutropénie**
- Il est défini par:
- Augmentation des éléments **mononucléés** du sang (monocytes et lymphocytes) **supérieur à 50%** de la lignée blanche.
- Présence **d'au moins 10%** de lymphocytes activés (**taille augmentée** et coloration **basophile**)
- Le diagnostic se fait sur un frottis sanguin coloré au Grunwald-Giemsa, lu à l'œil nu montrant des lymphocytes polymorphes.



# Etiologies du SMN

<b><i>Autres viroses</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les autres herpes virus (human herpes virus 6 (HHV-6) surtout, varicelle-zona virus (VZV, herpes simplex virus (HSV), HHV-8)</li><li>• Rubéole</li><li>• Rougeole</li><li>• Oreillons</li><li>• Hépatites (hépatite A, B et C)</li><li>• le parvovirus B19</li><li>• l'adénovirus</li><li>• les arboviroses en particulier la dengue</li></ul>
<b><i>Infections bactériennes</i></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Syphilis secondaire</li><li>• Brucellose</li><li>• Salmonellose</li><li>• Listériose</li><li>• Rickettsiose</li></ul>
<b><i>Infections parasitaires</i></b>	Paludisme (rare)

**Fièvre éruptive  
+pharyngite+adénopathies  
généralisées + sd  
mononucleosique**

# **Quels sont vos suspicions diagnostics ?**

1. Mononucléose infectieuse (infection à EBV)
2. Infection à cytomégalovirus
3. Infection VIH
4. Rickettsiose
5. Toxoplasmose

## Réponse:

1. Mononucléose infectieuse (infection à EBV)
2. Infection à cytomégalovirus
3. Infection VIH
4. Rickettsiose
5. Toxoplasmose

# Cas clinique: Résultats des sérologies demandées

- Sérologie EBV: EBNA IgG+, VCA IgM-
- Sérologie CMV: IgG + IgM -
- Sérologie VIH (Elisa 4<sup>ème</sup> génération): +
- Sérologie toxoplasmose: IgG +, IgM -



# Comment interpréter ces résultats?

- Sérologie EBV: EBNA IgG+, VCA IgM-  
→ *Infection ancienne > 3 mois*
- Sérologie CMV: IgG + IgM -  
→ *Infection ancienne >1 mois*
- Sérologie VIH (Elisa 4<sup>ième</sup> génération): +  
→ *Infection ou réactivité non spécifique*
- Sérologie toxoplasmose: IgG +, IgM -  
→ *Immunité vis-à-vis de la toxoplasmose*

# **Quels autres examens sont à demander?**

1. ELISA sur 2ème prélèvement
2. TDR
3. PCR
4. Western Blot

## Réponse:

1. ELISA sur 2ème prélèvement
2. TDR
3. PCR
4. WB

**Etude comparative : 64 patients en primo-infection ou infection VIH très récente**

Method	% Detected <sup>a</sup>
First- or second-generation IA .....	12.5
HIV-1 Western blot .....	12.5
OraQuick Advance HIV-1/2 rapid test.....	17.2
Stat-Pak HIV-1/2 rapid test.....	17.2
Multi-Spot HIV-1/2 rapid test .....	28.1
Uni-Gold HIV-1 rapid test.....	34.4
Third-generation IA .....	42.2
Fourth-generation IA.....	89.1

- Les TDR sont peu adaptés au diagnostic de la primo-infection à VIH
- Un TDR négatif n'élimine une infection à VIH que si exposition > 3mois

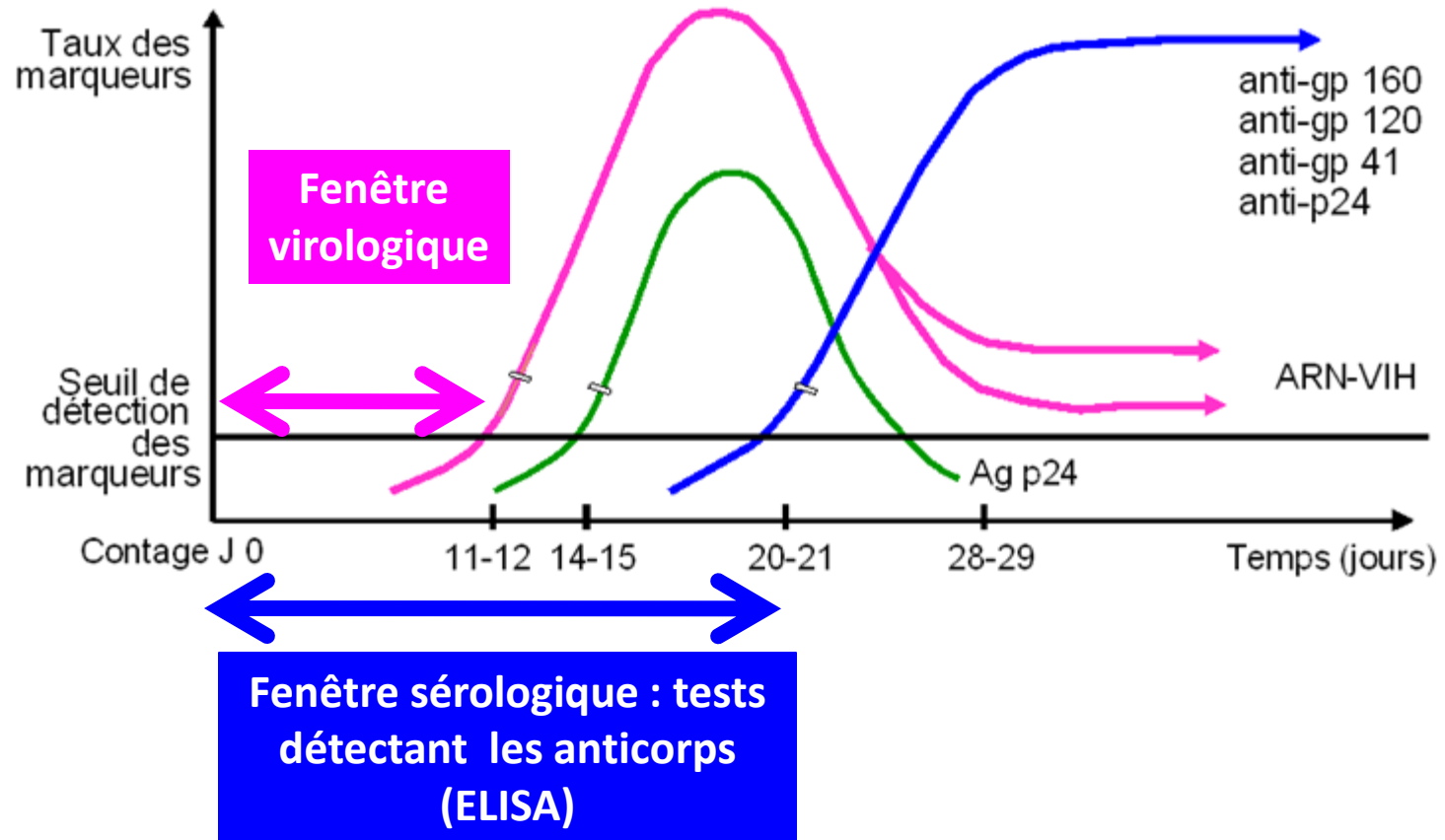
# Cas clinique: suite

- ELISA : 2ème prélèvement: positif
- WB : négatif
- PCR : non faite

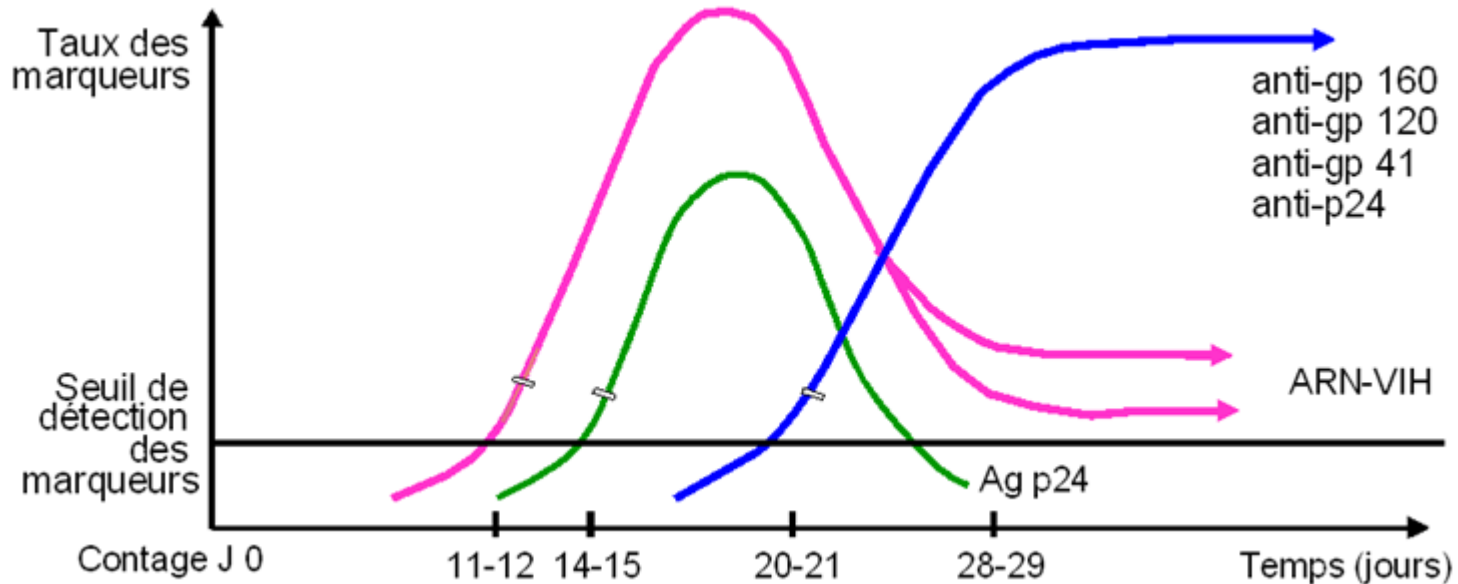
**Ce résultat permet-il d'éliminer une infection à VIH?**

**Primo-infection à VIH ou réactivité non spécifique**

# Cinétique des marqueurs virologiques



# Cinétique des marqueurs virologiques



PCR ARN viral

Tests de 4<sup>ème</sup> génération : Anticorps + Ag P24

Antigénémie P24

Tests de 4<sup>ème</sup> génération:  
→ Raccourcit la fenêtre sérologique

Tests ELISA de 3<sup>ème</sup> génération : Anticorps

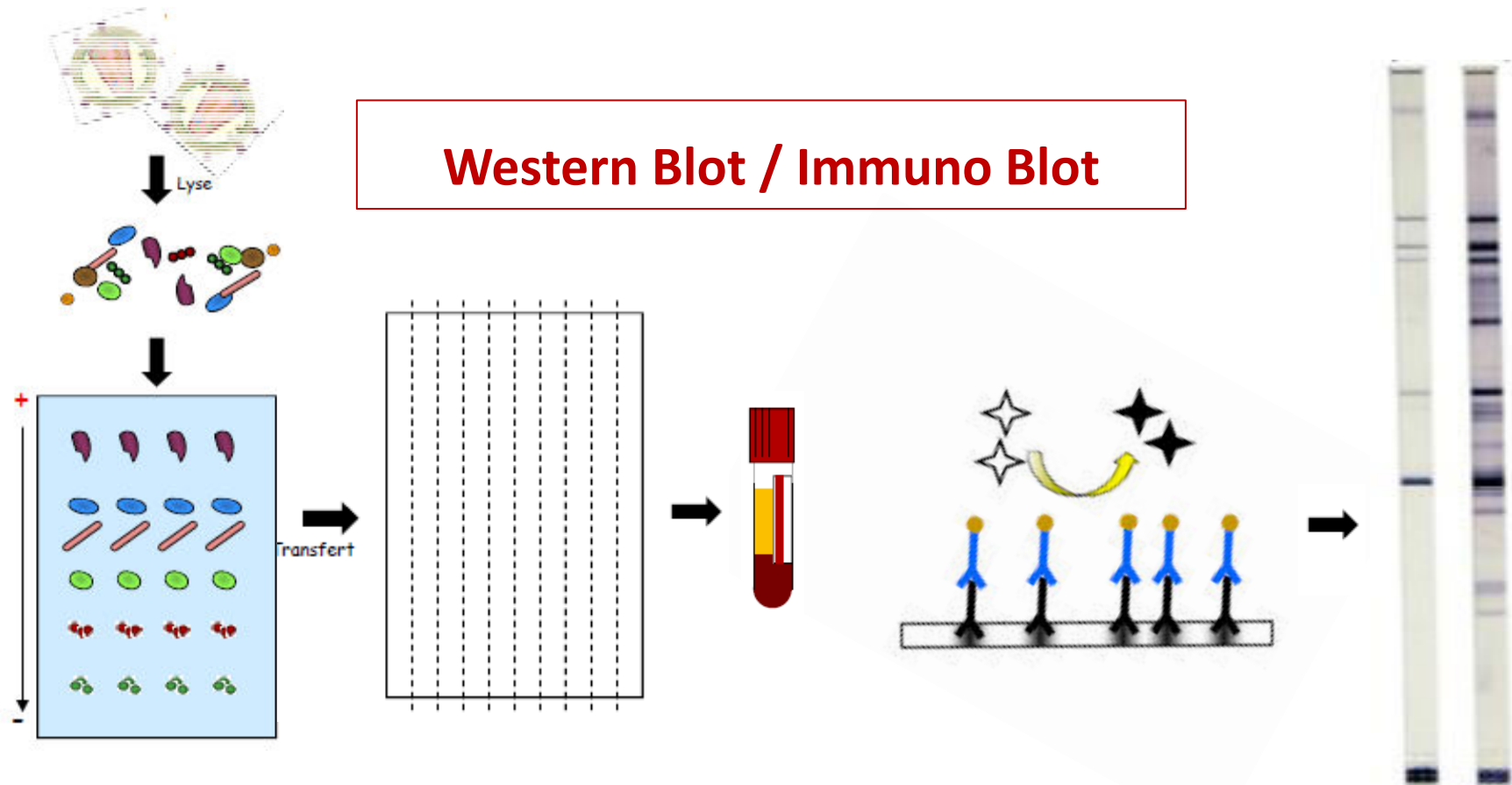
Western blot complet: Anticorps

Etude comparative : 64 patients en **primo-infection** ou infection VIH très récente

Method	% Detected <sup>a</sup>
First- or second-generation IA .....	12.5
HIV-1 Western blot .....	12.5
OraQuick Advance HIV 1/2 rapid test.....	17.2
Stat-Pak HIV-1/2 rapid test.....	17.2
Multi-Spot HIV-1/2 rapid test .....	28.1
Uni-Gold HIV-1 rapid test.....	34.4
Third-generation IA .....	42.2
Fourth-generation IA.....	89.1

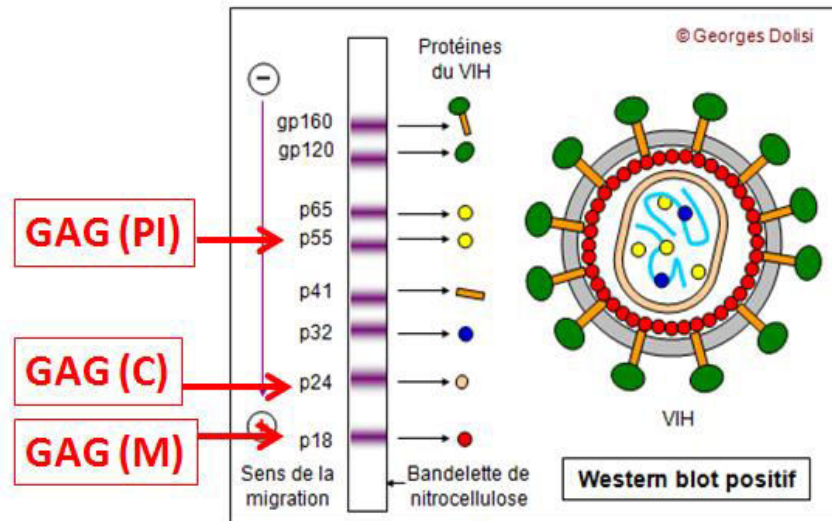
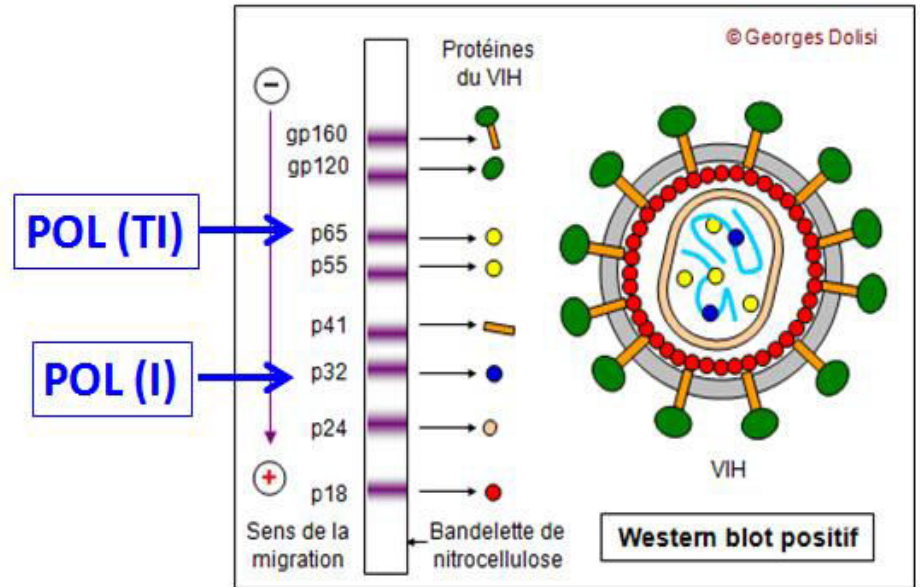
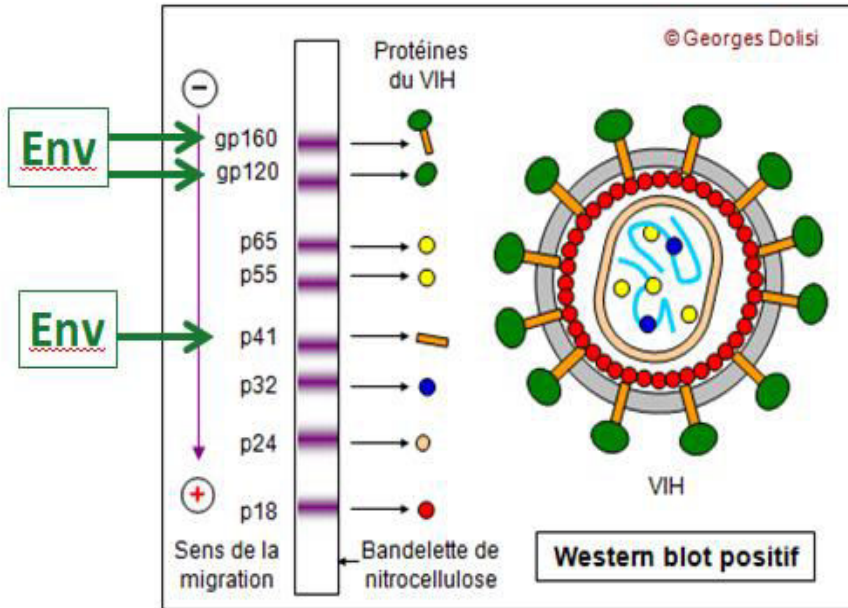


# Diagnostic virologique

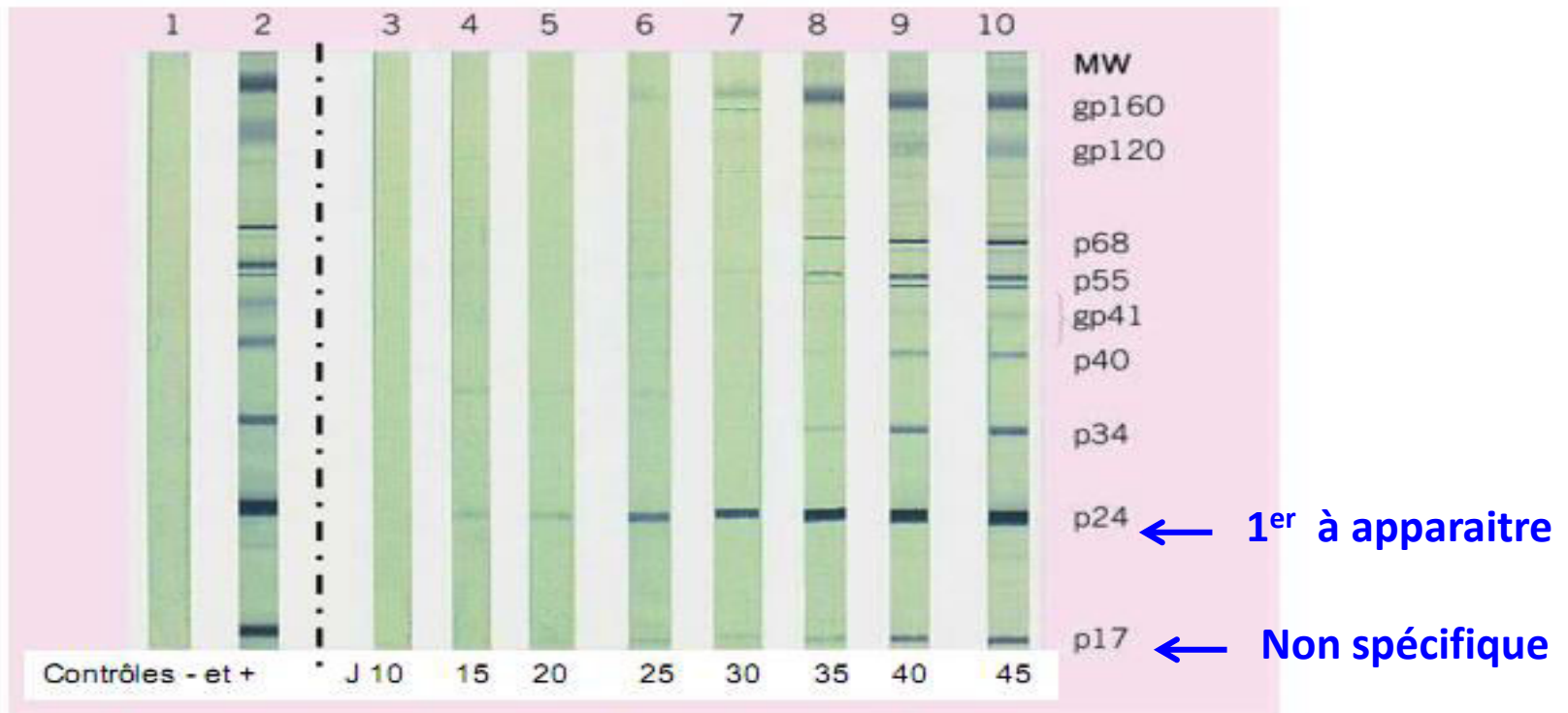


**Critère de positivité selon OMS: Présence de deux bandes *env*+ 1 bande *gag* ou *pol***

# Diagnostic virologique



## Evolution du profil Western Blot au cours d'une séroconversion VIH



**Chez l'adulte et l'enfant >18 mois:**

# Cas clinique: suite

**Un Western Blot refait pour ce patient à un mois d'intervalle est revenu POSITIF, quel est votre diagnostic?**



**Primo-infection  
VIH**

# Diagnostic direct : PCR

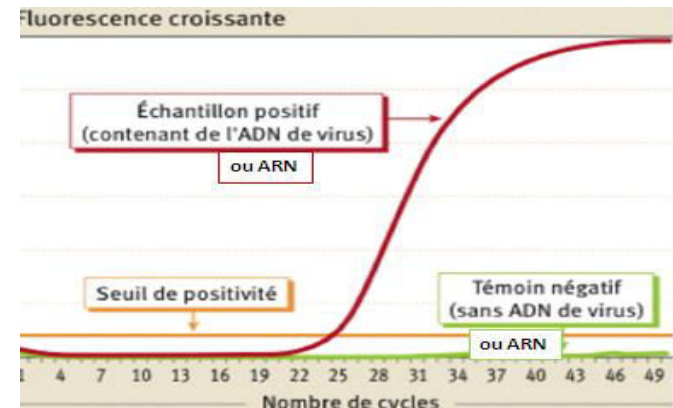
La détection du génome viral +++

PCR en temps réel+++

•Détection qualitative

1. Suspicion de primo-infection
2. Devant une sérologie, WB douteux
3. nouveau-né de mère infectée
4. atteinte neurologique (LCR)

•Détection quantitative : Charge virale → pour le suivi /Pronostic.



**peut-on appliquer le principe de l'avidité des anticorps pour le diagnostic de primo-infection du VIH ?**

- 1. OUI**
- 2. NON**

# Réponse:

**1. OUI**

**2. NON**

# Development of an avidity assay for detection of recent HIV infections

Samantha J. Shepherd<sup>a,\*</sup>, Georgina McAllister<sup>b</sup>, Joy Kean<sup>a</sup>, Lesley A. Wallace<sup>c</sup>,  
Kate E. Templeton<sup>b</sup>, David J. Goldberg<sup>c</sup>, Rory N. Gunson<sup>a</sup>, Celia Aitken<sup>a</sup>

**Table 2**

Avidity results on samples from individuals with recent (group 1) and chronic (group 2) infection.

	Group 1 (recent)	Group 2 (chronic)
Number of samples	25	292 <sup>a</sup>
Mean avidity index (%) (range)	17 (6–34)	91 (31–100)
Avidity index		
0–10	5	0
11–20	11	0
21–30	8	0
31–40 <sup>b</sup>	1	3
41–50		0
51–60		6
61–70		11
71–80		21
81–90		39
91–100		212

Recent: <6mois

Chronique : >6mois



# Development of an avidity assay for detection of recent HIV infections

Samantha J. Shepherd<sup>a,\*</sup>, Georgina McAllister<sup>b</sup>, Joy Kean<sup>a</sup>, Lesley A. Wallace<sup>c</sup>,  
Kate E. Templeton<sup>b</sup>, David J. Goldberg<sup>c</sup>, Rory N. Gunson<sup>a</sup>, Celia Aitken<sup>a</sup>

**Table 2**

Avidity results on samples from individuals with recent (group 1) and chronic (group 2) infection.

	Group 1 (recent)	Group 2 (chronic)
Number of samples	25	292 <sup>a</sup>
Mean avidity index (%) (range)	17 (6–34)	91 (31–100)
Avidity index		
0–10	5	0
11–20	11	0
21–30	8	0
31–40 <sup>b</sup>	1	3
41–50		0
51–60		6
61–70		11
71–80		21
81–90		39
91–100		212



***Primo-infection VIH***

# La primo-infection VIH

- Décrite par Cooper et al: 1985.
- la charge virale VIH devient maximale
- Difficulté diagnostic:
  - Le moment de la séroconversion.
  - asymptomatique ou pauci-symptomatique
- Symptomatique: 50 à 90% des cas.
  - un délai variant de 1 à 6 semaines, en moyenne 10 à 15 jours après la contamination
  - Syndrome pseudo-grippal, de durée moyenne de 14 jours.

Acute AIDS retrovirus infection: definition of a clinical illness associated with seroconversion. (1985). *The Lancet*, 325(8428), 537-540.

tableau : Fréquence et durée des symptômes chez 218 patients avec une infection VIH aiguë (adapté selon [1])

Symptômes par ordre décroissant de fréquence	Pourcentage de patients	Moyenne en jours (fourchette)	
<b>&gt;50 %</b>			
Fièvre ((≥38°C)	78 %	← 17	(3 à 184)
Fatigue	66 %	24	(1 à 184)
Exanthème	56 %	← 15	(1 à 73)
Myalgies	55 %	18	(2 à 184)
Céphalées	51 %	26	(2 à permanent)
<b>&gt;25 % à 50 %</b>			
Pharyngite	44 %	← 12	(1 à 51)
Lymphadénopathie cervicale	39 %	← 15	(3 à 32)
Arthralgies	31 %	23	(3 à 184)
Ulcérations de la bouche	29 %	13	(1 à 85)
Odynophagie	28 %	← 16	(2 à 48)
<b>&gt;5 %-25 %</b>			
Lymphadénopathie axillaire	24 %	← 164	(1 à permanent)
Perte de poids	24 %	29	(3 à permanent)
Nausées	24 %	18	(2 à 109)
Diarrhées	23 %	12	(1 à 39)
Sueurs nocturnes	22 %	15	(3 à 57)
Toux	22 %	18	(2 à 184)
Anorexie	21 %	15	(2 à 68)
Lymphadénopathie inguinale	20 %	← 9	(7 à 10)
Douleurs abdominales	19 %	15	(1 à 73)
Candidoses orales	17 %	10	(1 à 34)
Vomissements	12 %	10	(1 à 31)
Photophobie	12 %	11	(2 à 39)
Douleurs oculaires	11 %	13	(3 à 36)
Ulcérations génitales	7 %	14	(3 à 35)
Tonsillite	7 %	13	(1 à 41)
Dépression	6 %	23	(3 à 76)
Vertiges	5 %	11	(2 à 26)
<b>5 % ou plus rares</b>			
Lymphadénopathie occipitale, gingivite, splénomégalie, neuropathie périphérique, douleurs thoraciques, hépatomégalie, dysurie ou hématurie, douleurs dorsales, conjonctivite, oesophagite, encéphalites, ulcères anaux, psychose			

# Caractéristiques biologiques

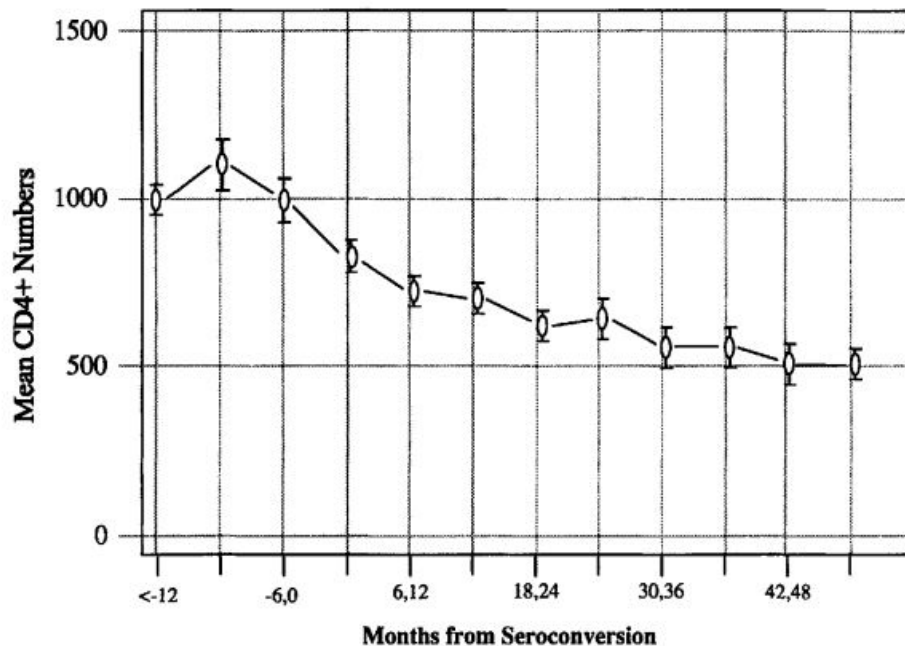
## *Current Concepts*

### **ACUTE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPE 1 INFECTION**

**JAMES O. KAHN, M.D., AND BRUCE D. WALKER, M.D.**

- Thrombopénie (45%)
- Leuconéutropénie (40%)
- Cytolyse hépatique (20%)

- Roos et al. ont rapporté que 5 sur 8 (62.5%) des patients développant une séroconversion: **lymphocytose portant sur les CD8+**.
- Stein et al. ont étudiés 318 patients homosexuels développant une séroconversion, et qui ont montré **une baisse remarquable du taux moyen de CD4+ avec un rapport CD4/CD8 <1.**



Niu, M. T., Stein, D. S., & Schnittman, S. M. (1993). Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*, 168(6), 1490-1501.

# Cas clinique: suite

Statut immuno-virologique de notre patient:

\*Taux de CD4=918 cellules/mm<sup>3</sup>

\*CV VIH=113 cp/ml

# **Y-a-t-il une indication à un traitement ARV?**

1. Oui
2. Non



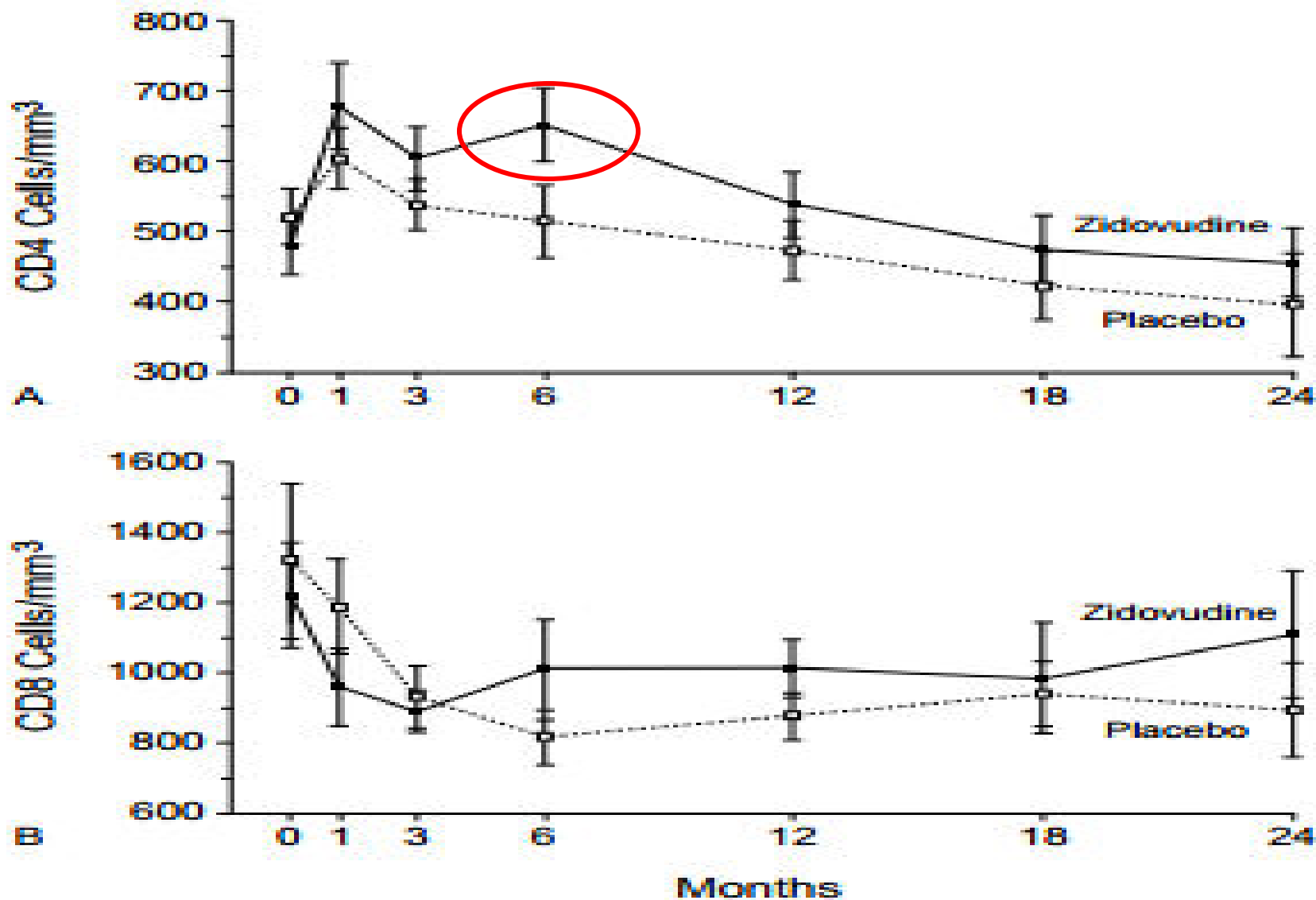
## **Réponse:**

1. Oui
2. Non

## A CONTROLLED TRIAL OF ZIDOVUDINE IN PRIMARY HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION

SABINE KINLOCH-DE LOËS, M.D., BERNARD J. HIRSCHEL, M.D., BRUNO HOEN, M.D.,  
DAVID A. COOPER, D.Sc., M.D., BRETT TINDALL, Ph.D., ANDREW CARR, M.D., JEAN-HILAIRE SAURAT, M.D.,  
NATHAN CLUMECK, M.D., ADRIANO LAZZARIN, M.D., LARS MATHIESEN, M.D., FRANÇOIS RAFFI, M.D.,  
FRANCISCO ANTUNES, M.D., JAN VON OVERBECK, M.D., RUEDI LÜTHY, M.D., MICHEL GLAUSER, M.D.,  
DAVID HAWKINS, M.D., CHRISTOPHE BAUMBERGER, Ph.D., SABINE YERLY, M.S.,  
THOMAS V. PERNEGER, M.D., Ph.D., AND LUC PERRIN, M.D.\*

77 patients présentant une primo-infection VIH, ont été inclus pour recevoir zidovudine ou placebo **pendant 6 mois** afin d'étudier l'effet de la thérapie antirétrovirale précoce.



**NO. OF PATIENTS**

Zidovudine	36	34	34	29	27	15	10
Placebo	38	31	32	30	21	15	11

**Figure 2. Mean ( $\pm$ SE) CD4 Cell Counts (Panel A) and CD8 Cell Counts (Panel B) in the Zidovudine and Placebo Groups.**

# Mais?

- Etudes peu encourageantes.
- Aucune de ces études n'a montré une réduction de la charge virale **à long terme** et une réduction de la progression vers le stade Sida.
- En attente de l'achèvement de grands essais cliniques randomisés.

Zetola, N. M., & Pilcher, C. D. (2007). Diagnosis and management of acute HIV infection. *Infect Dis Clin North America*, 21(1), 19-48.

Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? *AIDS* 2004;18(5):709–18.

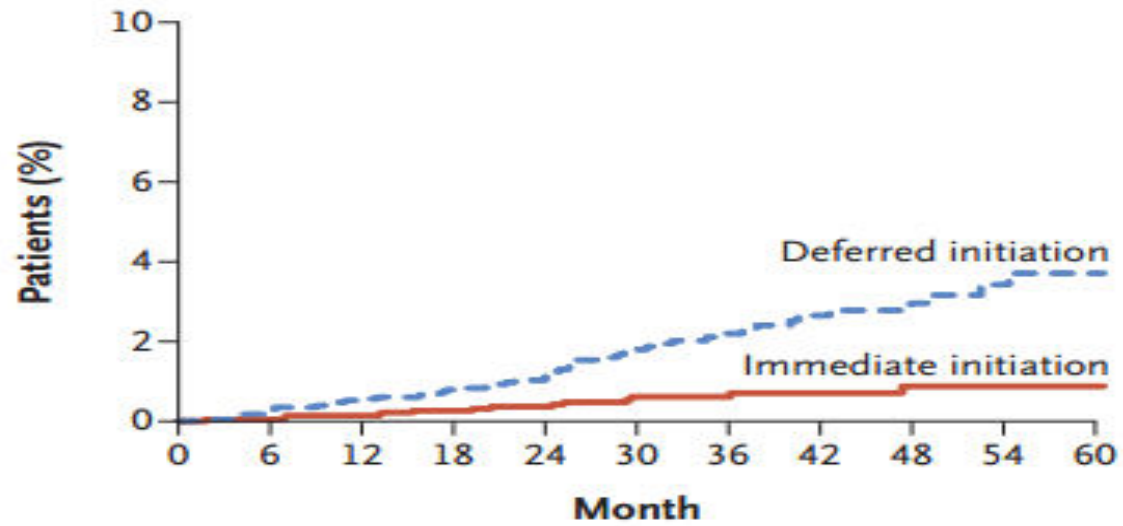
ORIGINAL ARTICLE

# Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection

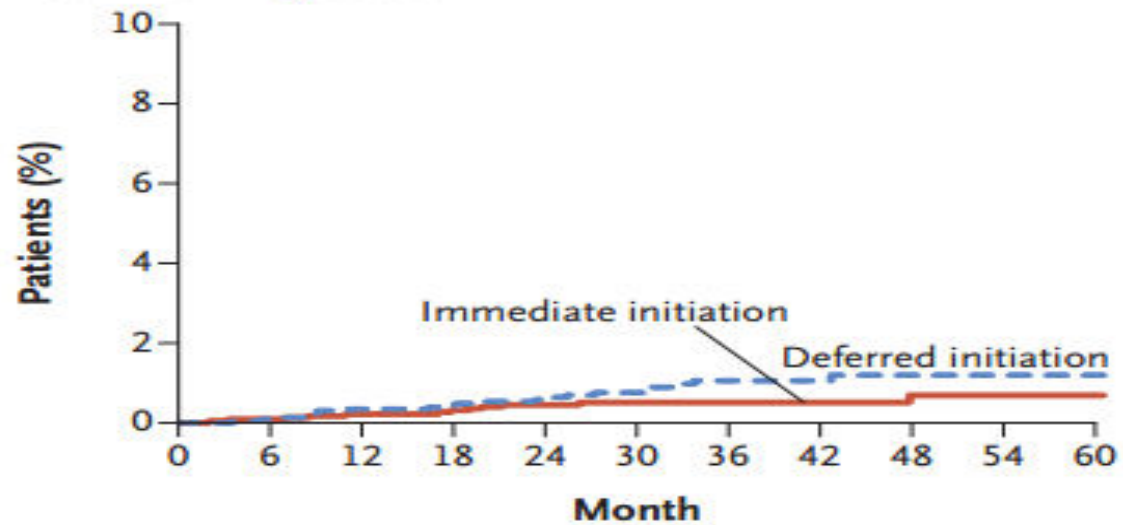
The INSIGHT START Study Group\*

**L'essai START** a recruté des patients infectés par le VIH avec le nombre de CD4 > 500 cellules / mm<sup>3</sup> et les a randomisé soit de démarrer un ART immédiatement ou de le différer jusqu'à ce que leurs taux de CD4 tombe en dessous de 350 cellules / mm<sup>3</sup> ou un événement Sida ait lieu.

### B Serious AIDS-Related Event



### D Death from Any Cause



ORIGINAL ARTICLE

A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa

The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group\*

**L'essai TEMPRANO** a démontré une **diminution du risque de décès ou de pathologies graves** liée au VIH chez les patients infectés et qui ont initié un ART avec taux de CD4 > 500 cellules / mm.

# Le réservoir VIH

- Lors de la primo-infection, le virus est essentiellement produit par les lymphocytes T CD4 infectés activés .
- Cela peut se définir comme un réservoir **actif** du virus assurant **l'amplification virale** → pour aboutir à l'établissement du réservoir dit **quiescent** (définition actuelle du réservoir).
- Définition : des cellules/tissus infectés contenant du génome viral inductible et qui sont capables de produire du virus infectieux avec une cinétique de renouvellement plus lente, et est impliqué dans la maintenance à long terme du virus dans l'organisme.
- Il constitue la cible de tout traitement ARV.



# Indications du traitement ARV

Rationel d'utilisation du ttt ARV lors de la primo-infection	Inconvénients du ttt ARV lors de la primo-infection
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduction du risque de transmission virale</li><li>• Préservation de la fonction immunitaire spécifique au VIH (la promotion de la survie des cellules CD4 )<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduction de la taille du réservoir et préservation du tissu lymphoïde intestinal</li><li>• Réduction potentielle de l'émergence de mutations virales</li></ul></li><li>• Possibilité de réduire la gravité et la durée de la maladie au cours de infection aiguë symptomatique par le VIH</li><li>• Possibilité de réduire le risque de surinfection VIH (la réinfection avec une autre souche de VIH)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Développement de résistance aux médicaments en cas d'échec de ttt par inobservance ou par suppression insuffisante de la réplication virale<ul style="list-style-type: none"><li>• Toxicité des médicaments ARV</li><li>• Engagement au ttt ARV</li></ul></li></ul>

Review article

# French 2013 guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection in adults

Bruno Hoen<sup>5,1</sup>, Fabrice Bonnet<sup>2</sup>, Constance Delaugerre<sup>3</sup>, Pierre Delobel<sup>4</sup>, Cécile Goujard<sup>5</sup>, Marianne L'Hénaff<sup>6</sup>, Renaud Persiaux<sup>7</sup>, David Rey<sup>8</sup>, Christine Rouzioux<sup>9</sup>, Anne-Marie Taburet<sup>10</sup> and Philippe Morlat<sup>2</sup> on behalf of the 2013 French HIV expert group\*

<sup>5</sup>**Corresponding author:** Bruno Hoen, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Pointe-à-Pitre, 97159 Pointe-à-Pitre Cedex, France. Tel: + 590 590 891 589. Fax: + 590 590 891 615. (bruno.hoen@chu-guadeloupe.fr)

\*Membership of the 2013 French HIV expert group [supported by the Conseil National du Sida (CNS) and the Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS)] is provided in the Acknowledgements.

*Documento de consenso / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(8):543.e1–543.e43*

## GESIDA/National AIDS Plan: Consensus document on antiretroviral therapy in adults infected by the human immunodeficiency virus (Updated January 2015)

### A B S T R A C T

**Objective:** This consensus document is an update of combined antiretroviral therapy (cART) guidelines and recommendations for HIV-1 infected adult patients.

**Methods:** To formulate these recommendations, a panel composed of members of the AIDS Study Group

# Considerations for Antiretroviral Use in Special Patient Populations

Acute and Recent (Early<sup>a</sup>) HIV Infection (Last updated January 28, 2018; last reviewed January 28, 2016)

## Panel's Recommendations

- Antiretroviral therapy (ART) is recommended for all individuals with HIV-1 infection (**AI**) including those with early<sup>a</sup> HIV-1 infection.

**Nouvelles recommandations:**

**Débuter le traitement ARV chez tous les patients quel que  
soit le taux de CD4**

# Quelles molécules utiliser?

1. 2 INTR
2. 2 INTR+ 1 IP
3. 2 INTR+ 1 INNTR
4. 1 INTR+1 IP
5. 3 INTR

## Réponse:

1. 2 INTR
2. 2 INTR+ 1 IP
3. 2 INTR+ 1 INNTR
4. 1 INTR+1 IP
5. 3 INTR

**ART similaire au régime recommandé pour l'infection  
chronique**

**Trithérapie anti-rétrovirale de première intention:  
2 INTI + 1 IP/r ou 1 INNTI**

# Choix du traitement ARV

- Les combinaisons de **ténofovir DF / emtricitabine et abacavir / lamivudine** devrait être préférés dans un ttt de première intention.
- La combinaison ténofovir DF / emtricitabine devrait être préféré si **la CV est  $\geq 5 \log \text{ cp/ mL}$** .
- Lorsque **la CV est  $< \log 5 \text{ cp / mL}$** , le choix entre abacavir / lamivudine et le ténofovir DF / emtricitabine peut être fait au cas par cas (en tenant compte de la co-infection par le VHB et de la fonction rénale).
- **Plus** un **INNTI (efavirenz ou rilpivirine)** ou **IP boosté par le ritonavir (atazanavir ou darunavir)**.



# Choix du traitement ARV

- Un régime avec deux INTI (de préférence **le ténofovir / emtricitabine**) et **un inhibiteur d' intégrase** :
  - une concentration plus élevée d'ARV dans les sécrétions génitales ,
  - Réduction de la CV plus rapide au cours des 4-8 premières semaines
  - Réduction du risque de transmission, **par comparaison aux INNTI**.
- Si test de résistance non disponible: commencer par un régime basé sur un **IP boosté par le ritonavir** (barrière génétique élevée).

# Quelle est la durée du traitement ARV?

Une fois initié, le traitement doit être poursuivi **à vie** comme conçu dans les recommandations pour les patients atteints d'une infection chronique.

# Suivi

- Vérifier la tolérance clinique, s'assurer de l'observance et de la compréhension du traitement.
- Pour contrôler l'efficacité du traitement initial, il faut mesurer la CV à:
  - \* M1 : la CV doit baisser d'au moins 2 log<sub>10</sub> copies/ml.
  - \* M3 : la CV doit être inférieure à 400 copies/ml.
  - \* M6 : la CV doit être indétectable.
- Objectifs non atteints, il faut évoquer :
  - \*une mauvaise observance
  - \*des interactions médicamenteuses ou un sous dosage.

# Suivi

- L'évaluation psychologique: un élément essentiel
- Une approche d'équipe fortement recommandée: assistants sociaux et psychologues expérimentés : Primordiale pour une meilleure adhérence au traitement.
- Rôle de l'éducation concernant l'observance au traitement pour éviter le risque de résistance+++

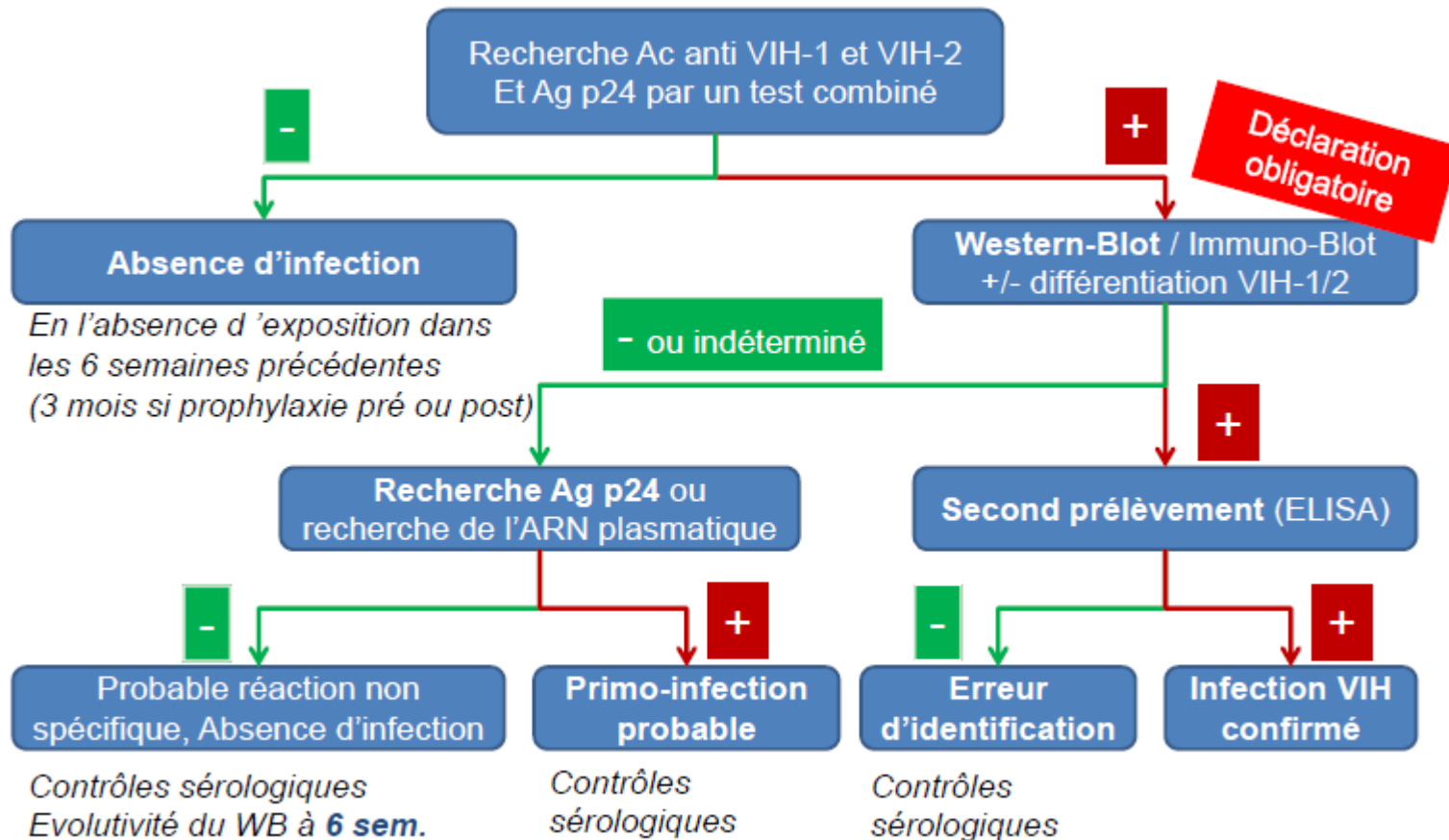
# Messages à retenir

- Devant tout SMN: penser à une primo-infection VIH
- Diagnostic virologique: il ne faut pas oublier la fenêtre sérologique et virologique lors d'une séroconversion VIH
- Le Western-Blot se positive tardivement lors d'une primo-infection VIH
- Penser toujours à faire une PCR en cas de suspicion de primo-infection VIH

# Messages à retenir

- Nouvelles recommandations: traiter tout patient quelque soit le taux de CD4 → traiter toute primo-infection VIH.
- Le traitement de la PI VIH est à vie.
- Rôle de l'éducation et de l'assistance psychologique lors de la PI VIH.
- Traiter une PI VIH aide à une meilleure gestion de la santé publique en diminuant le risque de transmission virale et en luttant contre les épidémies du VIH.

*Merci pour votre attention*





# TROD 4ème génération: Determine Combo(Ac+AgP24 (12,5 – 25 pg/mL)

Détection Ag P24 sur sérums/plasmas (10 PI, 22 infections chroniques), quantifiés EIA

Ag P24 (pg/ml)	>400	400-100	100-50	50-5
EIA Référence P24 Vidas	6	4	5	17
Determine® 4G Bande Ag24 +	4	3	1	0

Sensibilité détection Ag p24 observée ≠ celle annoncée par fabricant

Faux négatifs en Ag/Ac  
→ Complexes immuns circulants?

Discordance lecture test selon observateur → 13%

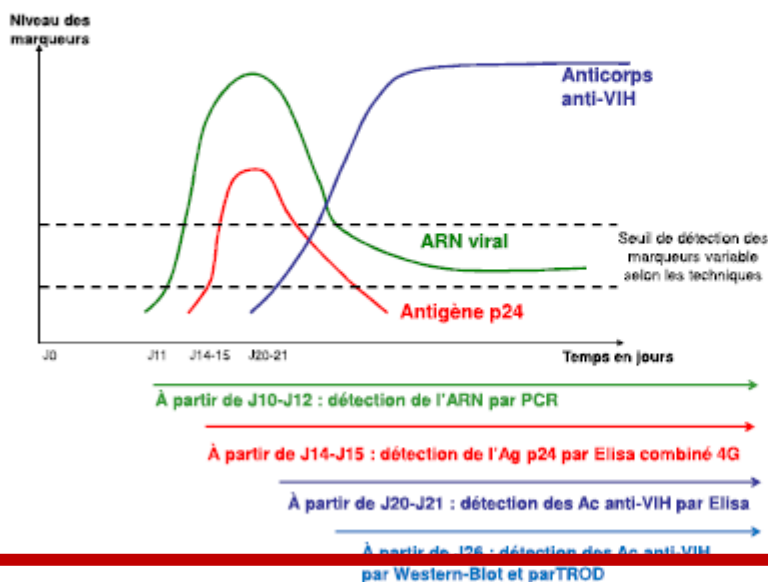
JC Tardy, JINI, Lyon 2009

# Prophylaxie post-exposition

- Trithérapie (2 IN + IP/r) à débiter le plus tôt possible **et pas au-delà de 48h.**
- *Inhibiteurs nucléosidiques:*
  - association préférentielle : ténofovir/emtricitabine,
  - alternative: zidovudine/lamivudine (si atteinte rénale pré-existante)
- *Inhibiteurs de protéase:*
  - lopinavir/r (troubles digestifs)
  - atazanavir/r (prévenir des ictères)
  - darunavir/r (peu d'expérience)
- Durée de la PEP= **28 jours**

## Dépistage – Histoire naturelle

*Evolution des marqueurs biologiques  
et délais d'apparition en fonction des différentes techniques*



*Sérologie VIH se positive  
au minimum 2-3  
semaines après  
contamination  
Conclure sur absence  
contamination 6  
semaines après risque  
(en l'absence de ré-  
exposition durant cette  
période)*

PCR (ARN) = labo spécialisé :  
fiable à J12

Elisa(Ag+Ac)=CDAG/CeGGID / labo :  
fiable à S6

TROD et autotests (Ac)  
= associations et pharmacies :  
fiable à M3

**Fenêtres sérologiques / virologiques**

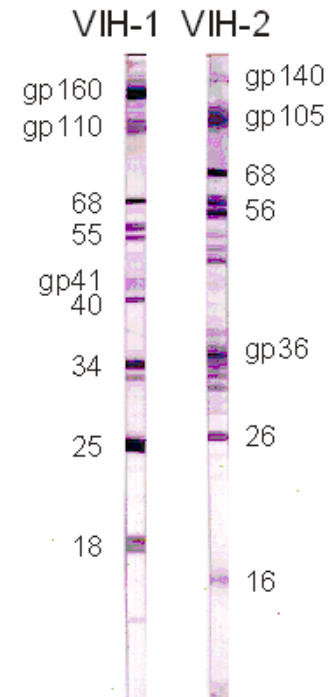
# Diagnostic sérologique de l'infection par le VIH

## 2 tests ELISA

- Très bonne sensibilité ; spécificité > 99 %
- Temps de réalisation = 2-3 heures

## Test de Western Blot = CONFIRMATION

- Positivité du test si présence d'au moins 3 anticorps dont au moins 2 anticorps anti-enveloppe
- Praticqué si test(s) ELISA positif(s)
- Moins sensible



**Diagnostic de l'infection par le VIH : présence d'anticorps anti-VIH dans 2 prélèvements successifs dépistés par ELISA et au moins sur un prélèvement par Western Blot**

# Choix du traitement ARV

- Choix des INTI :

En première intention : AZT + 3TC ou FTC

- Choix de l'IP :

En première intention : lopinavir/ritonavir (**kaletra\*** 400mg/100mg \*2/j)

- Choix de l'INNTI :

En première intention : Efavirenz (**Stocrine\*** 600mg)

- Associations combinées fixes:

zidovudine(300mg)/lamivudine(150mg) (AZT/3TC) : **Combivir**<sup>®</sup>

emtricitabine(200mg)/ténofovir(300mg) (FTC/TDF): **Truvada**<sup>®</sup>

zidovudine/lamivudine/efavirenz (AZT/3TC/EFV) : **Atripla**<sup>®</sup>