Item 165 – VIH

Virus		
<ul style="list-style-type: none"> Famille des rétroviridae VIH1 +++++, VIH2 		
Physiopathologie		
<ol style="list-style-type: none"> Reconnaissance gp120 par récepteur CD4 Fixation corécepteurs CXCR4 ou CCR5 Fusion puis décapsidation Rétrotranscription grâce transcriptase virale Intégration au génome grâce intégrase virale Production de nouvelles particules virales grâce protéase virale 		
Outils virologiques et marqueurs du VIH		
<ul style="list-style-type: none"> Marqueurs : Ag p24 (J15), ARN VIH (J10), Ac anti-VIH (J20) Test de dépistage : ELISA ou TROD Test de confirmation : Western-Blot Attention chez l'enfant < 2 ans : on recherchera seulement l'ARN plasmatique, pas de test sérologique 		
Prévention à base d'antirétroviraux		
<ul style="list-style-type: none"> Traitement des personnes vivant avec le VIH Traitement post-exposition (TPE) pour réduire le risque d'infection Prophylaxie pré-exposition (PrEP) : ténofovir + emtricitabine avant la prise de risque Prévention transmission mère-enfant : Tt antirétroviral chez la mère infectée ; sérologie VIH à toute femme enceinte à T1 +/- M6 ; Tt prophylactique du bébé par névirapine pendant 2 premières semaines ; proscrire allaitement maternel 		
Histoire naturelle		
Primo-infection (J10-J15)	Phase chronique (pls années)	Phase SIDA
Fièvre, sd pseudo-grippal, asthénie, polyADP, pharyngite, éruption maculo-papuleuse, ulcérations génitales ou buccales, candidose orale, signes digestifs (diarrhée, N/V, douleurs abdo), signes neuro (méningite, trb encéphaliques, mononévrite, polyradiculonévrite), signes pulmonaires (pneumopathie interstitielle)	<ul style="list-style-type: none"> Manifestations cutané-muqueuses AEG Diarrhée chronique 	<ul style="list-style-type: none"> Infections opportunistes
<ul style="list-style-type: none"> Thrombopénie Leucopénie Lymphopénie ou hyperlymphocytose + sd MNI Cytolyse hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> Leuconéutropénie Thrombopénie Anémie Hyperγglobulinémie polyclonale 	

Traitements antirétroviraux			
Molécules	Précautions d'emploi	Effets secondaires court terme	Interactions médocs
Inhibiteurs transcriptase inverse (INTI ou INNI)			
Nucléosidiques	LAMIVUDINE EMTRICITABINE	Adapter selon fonction rénale	Troubles digestifs /
	ABACAVIR	Sd hypersensibilité si HLAB5701	
	TENOFOVIR	Néphrotoxicité	
Non nucléosidiques	NEVIRAPINE ETA VIRINE RILPIVIRINE	Hépatite cytolytique Pris pdt repas Interaction avec IPP => CI	Rash cutané (Névirapine ++) Sont inducteurs du CYP450
Inhibiteurs protéase (IP)			
ATAZANAVIR/ RITONAVIR	<ul style="list-style-type: none"> Hyperbilirubinémie libre Lithiase rénale Interaction avec IPP => CI 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles digestifs Troubles métaboliques Hépatite médicamenteuse 	Entraînent induction ou inhibition enzymatique
DARUNAVIR / RITONAVIR	Rash cutané		
Inhibiteurs intégrase (II)			
RALTEGRAVIR DOLUTEGRAVIR ELVITEGRAVIR	/ Inhibition CYP450	/	<ul style="list-style-type: none"> Attention rifampicine Attention cobicistat (utilisé avec Elvitegravir) => inhibiteur CYP450
Inhibiteurs du corécepteur CCR5			
MARAVIROC			
Toxicité à long terme :			
<ul style="list-style-type: none"> Lipodystrophie-cytopathie mitochondriale Toxicités : cardiovasculaire, rénale, osseuse, métabolique 			

Pathologie	Agents infectieux	Seuil CD4	Clinique	Diagnostic	Prévention		Traitement
					Primaire	Secondaire	
INFECTIONS NON OPPORTUNISTES							
Pneumonies bactériennes	◇ Streptococcus pneumoniae ◇ Haemophilus influenzae	/	Cf chap	Cf chap	Vaccination anti-pneumococcique		Cf chap
Infections digestives	◇ Salmonella non typhiques ◇ Campylobacter spp	/	Cf chap	Cf chap	Pas de prévention spécifique : hygiène alimentaire		Cf chap
Grippe saisonnière	Virus influenza	/	Cf chap	Manifestations cliniques prolongées Complications ++	Vaccin anti-grippal, Tt prophylactique post-exposition ou Tt curatif par inhibiteur de la neuraminidase		Cf chap
IST	◇ Syphilis ◇ Gonococcies ◇ LGV rectale (Chlamydia trachomatis) ◇ Condylomatoses anogénitales (HPV)	/	Cf chap	Cf chap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préservatif ▪ Dépistage ▪ Dépistage proctologique des infections à HPV et Chlamydia trachomatis 		Cf chap
Co-infections par VHB et VHC	◇ VHB ◇ VHC	/	Cf chap	Cf chap	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccination anti-VHA, VHB ▪ Recherche des Ac anti-delta chez les porteurs Ag HBs 		Cf chap
INFECTIONS OPPORTUNISTES							
Tuberculose	Mycobactérium tuberculosis	/	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte extra-pulmonaire ++ ▪ Rx normale quand CD4 bas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en évidence du BK ▪ Histologie : granulome + nécrose caséuse 	Dépistage ITL + Tt des ITL le cas échéant		Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol
Candidose oesophagienne	Candida spp	< 200	Candidose orale + dysphagie +/- douleurs rétrosternales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique ▪ Endoscopie : dépôts blanchâtres, muqueuse érythémateuse 	/	Sauf si multirécidive : fluconazole	Fluconazole 14j
Pneumocystose pulmonaire	Pneumocystis jirovecii	< 200	Toux sèche, fièvre, dyspnée + anomalies auscultatoires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en évidence du champignon ▪ Rx : sd alvéolo-interstitiel 	Si CD4 < 200/mm3 : Cotrimoxazole	Cotrimoxazole	Cotrimoxazole 3sem + Corticoïde si hypoxémie
Toxoplasmose cérébrale	Toxoplasma gondii	< 200	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit neurologique focal ▪ Fièvre +/- ▪ rares formes extra-cérébrales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDM ou IRM en urgence : aspect en cocarde ▪ Sérologie ▪ PCR dans LCS 	Cotrimoxazole si IgG+ et CD4 < 100	Cf Traitement mais mi-dose	Pyriméthamine + sulfadiazine + acide folinique Ou Clindamycine si allergie Si trb conscience : cotrimoxazole IV

Cryptococcose	Cryptococcus neoformans	< 100	<ul style="list-style-type: none"> Méningite ou méningo-encéphalite Céphalées, fièvre +/-, sd méningé, HTIC +/- atteinte disséminée 	<ul style="list-style-type: none"> LCS : cellularité faible, hyperprotéinorachie et hypoglycorachie inconstantes Coloration encre de Chine Ag cryptococcique 	/	Fluconazole	Tt d'attaque : amphotéricine B + 5-fluorocytosine > 2 semaines Tt de consolidation : fluconazole 6 semaines
LEMP	Polyomavirus : virus JC	< 100	<ul style="list-style-type: none"> Affection démyélinisante de la substance blanche Trb neuro progressifs Déficit moteur/sensitif Trb comportement, trb cognitifs Sd cérébelleux Pas céphalée, pas fièvre, pas HTIC 	<ul style="list-style-type: none"> IRM : hypo T1, hyper T2 PCR dans LCR +/- biopsie cérébrale 	/	/	/
Infections à CMV	Cytomégalovirus	< 100	<ul style="list-style-type: none"> Rétinite : nécrose hémorragique de la rétine Atteintes digestives (oesophagite, gastroduodénite, colite, cholangite), neurologiques (encéphalite, ventriculite, myéloradiculite, névrite, méningite) 	<ul style="list-style-type: none"> PCR Rétinite : FO +/- angiographie Digestif : endoscopies Neurologique : CMV dans LCR 	Surveillance PCR CMV	Rétinite : valganciclovir	Ganciclovir ou foscarnet IV Si forme non sévère : valganciclovir
Mycobactéries atypiques	Mycobacterium avium intracellulaire	< 100	<ul style="list-style-type: none"> Infection disséminée Fièvre, AEG, sueurs nocturnes Cytopénies 	<ul style="list-style-type: none"> HC LBA Biopsie Granulomatose 	Surveillance + ARV	/	Clarithromycine + éthambutol
CANCERS CLASSANT SIDA							
Lymphomes malins non Hodgkiniens	EBV	> 200	<ul style="list-style-type: none"> Type Burkitt Ganglionnaires AEG fébrile Sd tumoral 		Examen clinique régulier		
		< 100	<ul style="list-style-type: none"> Type immunoblastique Extraganglionnaires : tube digestif + cerveau 				
Maladie de Kaposi	HHV8	< 500	<ul style="list-style-type: none"> Nodules infiltrés, violacés Lésions cutanéomuqueuses 		Examen clinique régulier		
Cancers du col utérin			<ul style="list-style-type: none"> Dysplasie du col de l'utérus 		Frottis cervical Coloscopie si anomalie		
CANCERS NON CLASSANT SIDA							
Maladie de Hodgkin, cancer bronchique, cancer du canal anal, hépatocarcinome							