

Suivre un patient HIV au cabinet : c'est possible!

Drs J.F. Balavoine, Drs C. Corre-Ghose,
V. Schiffer, M. H. Crevoisier,
E. Boffi, A. Calmy, M. Dominicé Dao,
N. Junod-Perron, J. Sommer

- **Les problèmes médicaux courants chez le patient séropositif**

Drs J.F. Balavoine, E. Boffi,
N. Junod-Perron, J. Sommer

Objectifs:

- Suivre le patient séropositif en tant que généraliste lors de problèmes médicaux courants
- Connaître les indications à référer au spécialiste

Situation clinique 1

- Employé de banque, 33 ans, marié, 2 enfants, ancien toxicomane
- HIV diagnostiqué en 2003, traité par trithérapie trizivir 2x1cp/j
- Virémie indétectable depuis le traitement
- Consulte pour un état fébrile 38,6 depuis 3j avec toux et expectorations
- Fils: IVRS il y a une semaine

Status

- T°38,6, fréqu.resp 24/min, toux grasse
- Auscultation de râles grossiers base d
- Rx thorax: foyer de condensation base d silhouettant la coupole d

Laboratoire

- CRP 82
- Leucocytes 8500 gl.blancs avec dév g 22%

Dernier labo (il y a 2 mois)

-CD4/mm 1828 (38%)

-Virémie HIV quantitatif: $<4.0^{E1}$

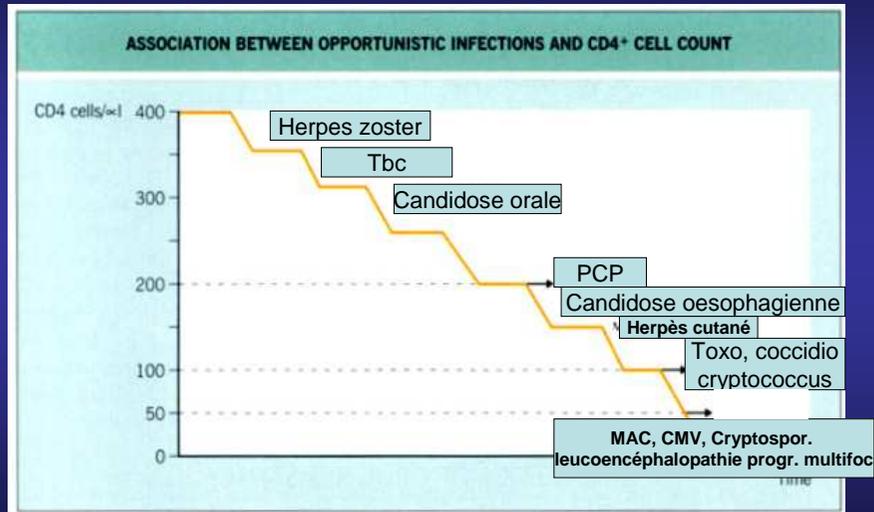
Questions

- Quels germes peuvent-ils être responsables de cette pneumonie?
- Quel traitement proposez-vous à ce patient?
- A quelles interactions médicamenteuses faut-il être attentif?
- Quels sont les critères d'alarme pour l'envoyer en milieu spécialisé/hospitalier?

Avant tout situer le patient dans le stade de son infection:

- séroconversion aiguë (attention: immunodépression transitoire?)
- $>300\text{CD4}$: période dite asymptomatique?
- entre 300 et 200CD4 : immunité compromise?
- aux environ de 200 CD4 : risque des infections opportunistes?
- $<$ de 50 CD4: vulnérable à des germes particuliers (CMV; MAC par ex.), à des présentations cliniques atypiques ou à de multiples infections?

Les infections les plus fréquentes en fonction de l'immunité



N.B: Les CD4 sont utiles au diagnostic d'infections; la virémie pas

• Eléments à explorer dans l'anamnèse:

- Statut vaccinal: en particulier de la vaccination antipneumococcique (très cost-effective) et de la grippe.
- Tabac: très grande proportion de fumeurs chez les patients VIH et de l'incidence augmentée de cancers pulmonaires.

Les Bactéries
Les plus
fréquentes

Streptococcus pneumoniae
Haemophilus influenzae
Staphylococcus aureus
Chlamydia pneumoniae
Moraxella catarrhalis
Klebsiella pneumoniae

Mais aussi

Pseudomonas aeruginosa
Legionella species
Mycoplasma pneumoniae
Rhodococcus equi

Toux aiguë avec râles à la base G

CD4	Germes incriminés	Examens complémentaires
> 350	Bactéries, tbc	Rx, +/--expectos CT si pas de réponse au tt
200-350	Bactéries, tbc, PCP?	Rx, CT?
< 200	Bactéries, tbc, PCP, viral?	Rx, CT, Broncho
< 50	PCP, CMV, MAC	Rx, CT, Broncho

Signes cliniques et images radiologiques

Rx	< De 24 heures, quelques jours	Chronique
Consolidation	Bactéries (Pneumocoque)	Champignons Nocardia Cancer
Interstitielle	PCP, bact (HH), virus, ARDS	PCP, TB, Cancer, Pneum.lymph.
Nodulaire	Bact, Aspergillose	Cancer, KS, Nocardiose, Champ
Adénopathies		TB, lymphomes, Cancer KS
Epanchement Pneumothorax	Bact, TB PCP	Lymphome, KS, TB

Chez ce patient...

- Bronchopneumonie à germe probablement banal
- Tt classique
- Avec trizivir pas d'interactions graves

Situation : variante

Le patient est tabagique et a 220 CD4
avec une virémie à $>1.0^{E7}$

Sous trithérapie (adhérence douteuse):

Stocrin 1 cp/j, Truvada 1 cp/j

- Quels germes peuvent être responsables de cette pneumonie?
- Quelle prise en charge proposez-vous, dans quel milieu et avec quel degré d'urgence?

Status

- T°38,6, fréq.resp 24/min, toux grasse
- Auscultation de râles grossiers diffus

Examens

- CRP 120
- Leucos 6000/mm³ dont 12% dév g
- Rx: infiltrat interstitiel

Questions

- Quelle prise en charge proposez-vous?
- Dans quel milieu?
- Avec quel degré d'urgence?

Critères d'hospitalisation ou d'investigations urgentes

Critères de gravité:

- CD4 <200 (immunosuppression)
- Tachypnée
- Doute diagnostique nécessitant une bronchoscopie +/- CT (tabagique)
- Risque de désaturation en ambulatoire

Et si les CD 4 n'étaient pas connus

- À considérer comme potentiellement immunosupprimé

Situation clinique 2

- Patient de 47 ans, homosexuel séropositif depuis 2005, comportements à risque et tr. de la personnalité
- Pas traité car CD4 à 400 lors dernier contrôle (-1 mois) et asymptomatique
- Consulte pour diarrhées glaireuses avec qqs filets de sang depuis 8 jours (voyage au Caire)

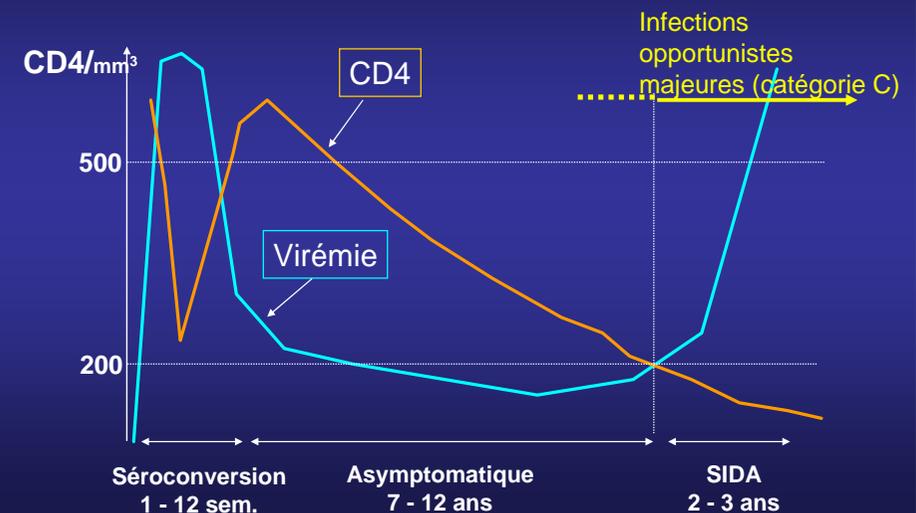
Status

- T°38, BEG
- SD: bruits augmentés en fréquence et en tonalité, pas de masse ni HSM, pas de défense ni détente mais sensible au niveau cadre colique

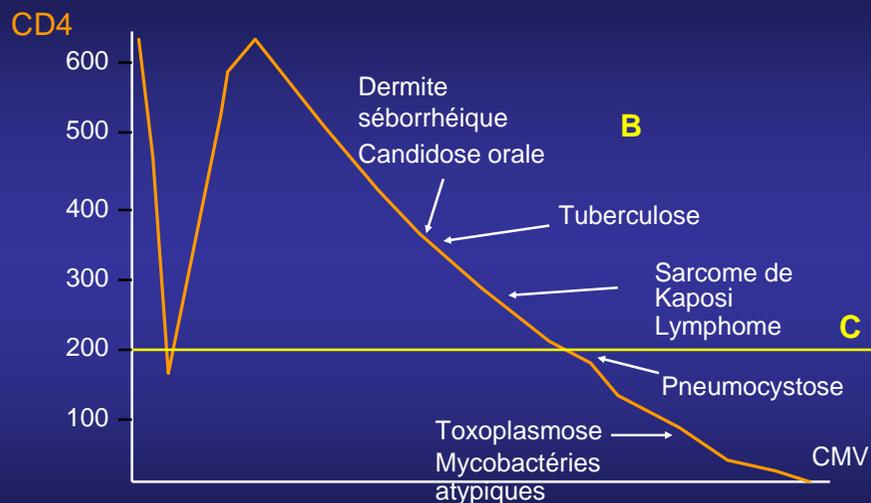
Questions:

- Quels sont les germes possiblement incriminés?
- Quel bilan faire ?
- Faut-il référer à un milieu spécialisé?
- Quelle prise en charge et traitement proposer?

Evolution naturelle de l'infection



Evénements mineurs (B) et majeurs (C)



Diarrhées infectieuses dans la population générale

- 1. **Virus:** Norovirus, Rotavirus, Adenovirus
- 2. **Bactéries:** Salmonella, Shigella, Campylobacter.
Mais aussi: E coli, C Difficile, Yersinia, (V. cholerae)
Et entérotoxine produite par Staphylocoque doré (intoxication alim.)
- 3. **Parasites:** Amibe, Giardia, Isospora belli

Propositions de traitement

- En principe pas d'exams ni tt chez immunocompétent
- Si persistance des symptômes >7j ad culture et exams selles
- envisager tt ciprofloxacine et métronidazole selon résultats

Interactions médicamenteuses

- Toujours y penser avec:
efavirenz (stocrin)
névirapine (viramune)
antiprotéases (pex kaletra)
- Interactions au niveau des cytochromes P450:
Induction
Inhibition
- **CAVE avec les antibiotiques et antifongiques:** clarithromycine, érythromycine, (metronidazole), imidazolés; caspofungine, rifabutine, rifampicine.

Interactions médicamenteuses

- Consulter: <http://www.hiv-druginteractions.org>

Situation 2: variante

- Si la patiente était traitée depuis 3 ans par trithérapie (truvada et kaletra) avec une observance irrégulière et derniers contrôles
 - CD4 170/mm³
 - virémie: 2×10^5

Questions

- Quels germes peuvent être incriminés?
- Quel bilan faut-il demander?

- Faut-il référer à un milieu spécialisé?
- Quelle prise en charge et traitement proposer?
- A quelles interactions médicamenteuses faut-il faire attention?

Diarrhées infectieuses chez le patient HIV positif et immunosupprimé (généralement <200 CD4)

- 1. **Bactérie**: Salmonella avec risque +++ de maladie systémique; Mycobacterium avium complex (< 50 CD4)
- 2. **Parasite**: Cryptosporidies, Microsporidies, Isospora belli, Giardia (épidémies chez « **MenSexMen** »)
- 3. **Virus**: CMV (réactivation colique; < 50 CD4)

Diarrhées infectieuses chez le patient HIV positif et immunosupprimé (généralement <200 CD4)

- 1. Hémocultures, cultures de selles
- 2. Recherche de parasites dans les selles
- 3. Virémie, CMV, coloscopie (rectosigmoidoscopie)
- 4. CT abdominal

Autres troubles digestifs possibles

- 1. Oesophagite à candida / virus herpes
=>Investigation: OGD
- 2. Lymphome digestif; cancer anal (HPV)
=>Investigations CT, coloscopie
- 3. Proctite/ anite
(Chlamydia; Gonocoque, Syphilis, Herpes, abcès)
=>Investigation: anoscopie

Investigations

- Patient septique: hospitalisation
- Patient immunosupprimé:
référer au spécialiste
- Patient non immunosupprimé:
investigations en fonction de la clinique