



Médecin interne : Ghislaine Morawska

Superviseurs :
Dr Dos Santos Braganca Angel
Dr Schmid Thomas

Cas clinique

Patient, 36 ans, en BSH.

- EF 38C depuis 4 jours, myalgie et asthénie.

Examen physique:

ADP cervicales 1,5 cm mobiles et douloureuses à la palpation. Reste status normal.

Attitude: Antalgie/AINS

Evolution

- 72h plus tard :
EF persistant + odynophagie

Attitude:

- Centor à 4
- streptotest ++

Traitement :

- AB-thérapie P.O (10j)

Evolution

Quelques jours plus tard:

Rash maculopapuleux sur le visage, le tronc et les extrémités (paumes et plantes) ulcérations des muqueuses buccales

????



Référence : www.revmed.ch 2005

Evolution

Complément d'anamnèse:

- Retour il ya 3 mois du Cameroun
- Rapports sexuels non protégés avec plusieurs femmes lors de son séjour
- Pas de consommation de drogues par IV

DD

- CMV
- Syphilis secondaire
- HIV
- Rash cutané à la penicilline typique d'une EBV

Prise en charge du patient type: Bilan IST,labo

Sérologie anti VIH +

Plan de la présentation

- 1 - Définition de la primo infection VIH
- 2 - Epidémiologie
- 3 - Symptômes
- 4 - Diagnostic différentiel
- 5 - Diagnostic
- 6 - Classification
- 7 - Traitement
- 8 - Messages clés

1a. Définition

1-Définition

Primo infection HIV (PHIV) : Période pendant laquelle le virus diffuse à partir du site initial (vaginal,rectal ou muqueuse oral) dans différents tissus(durée env. 3 mois)

Cohen MS et al, NEJM 2011

1b. Définition

- Exposition à haut risque dans les 6 mois précédents
- et
- Virus plasmatique détectable: Ag p24 et/ou ARN VIH
- et/ou
- anticorps anti-VIH

- Symptomatique (40-90%) ou asymptomatique

EACS European AIDS clinical Society

1c. Définition

- Haute virémie et risque élevé de transmission
- Virémie précède les symptômes d'au moins 1 semaine.
- Infection aiguë (<1 mois)
- Infection récente(<6ou 12mois)

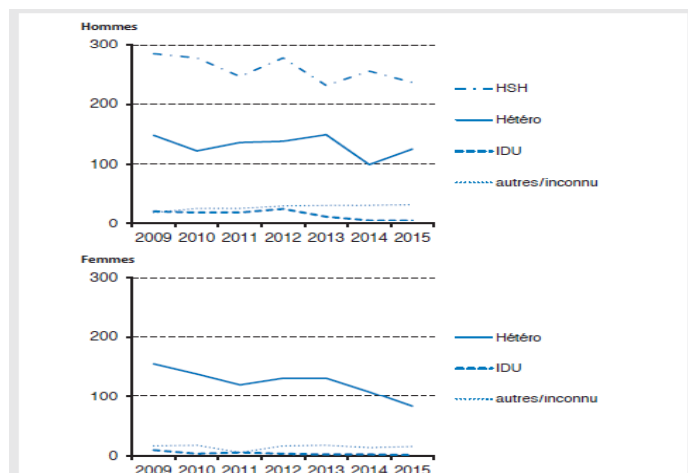
Cohen MS et al, NEJM 2011

2. Epidémiologie

- 37 millions de personnes infectées par VIH ou atteintes du sida dans le monde entier.
- entre 22 000 et 29 000 personnes infectées par VIH en Suisse.

- OFSP
26.11.2015

2. Epidemiologie en Suisse



Référence OFSP30/11/2015

3a. Symptômes

Fréquents

- EF(70-95%)
- Adénopathies(40-75%)
- Pharyngites (40-70%)
- Asthénie(70%)
- Rash(50-75%)
- Athralgie/myalgie(50%)
- Sudations nocturnes(50%)

Moins Fréquents

- Céphalées(30-50%)
- Ulcères buccaux et génitaux (<15%)
- neurologiques(<15%)
- Candidose buccale et/ou oesophagienne(<15%)

TABLEAU 2 Maladies évocatrices d'une infection VIH⁹

⁹Recommandation d'effectuer un test immédiatement si au moins 2 des symptômes ou signes suivants.

**Test recommandé expressément.

***Liste non exhaustive.

****En fonction de la prise de risque anamnestique et chez les patients ayant eu une exposition sexuelle à risque avec une personne issue de ces groupes.

HSB: population homosexuelle masculine (hommes sexe hommes); CMV: cytomégalovirus.

| Symptômes de primo-infection* | Maladies potentiellement indicatrices du VIH** | Maladies dans lesquelles la prévalence de VIH non diagnostiqué >0,5%*** | Maladies pour lesquelles la concomitance du VIH non diagnostiqué peut avoir des répercussions graves | Risque accru d'exposition au VIH**** |
|---|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • (Suspicion de) méningite aseptique • Lymphadénopathie disséminée • Pharyngite érythémateuse • Eruption cutanée • Lymphocytes réactifs | <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col de l'utérus • Lymphome non hodgkinien • Sarcome de Kaposi • Mycobacterium tuberculosis pulmonaire ou extrapulmonaire • Mycobactérie atypique (Avium/Kansasii) disséminée ou extrapulmonaire • Pneumonies récurrentes >2/an • Rétinite à CMV • Pneumonie à Pneumocystis jirovecii • Diarrhée sur cryptosporidiose (>1 mois) • Isosporidiose >1 mois • Leishmaniose disséminée • Mycoses • Candidose oesophagienne • Candidose bronchique/trachéale/pulmonaire • Cryptococcose extrapulmonaire | <ul style="list-style-type: none"> • Leucoplasie orale chevelue de la langue • Infections sexuellement transmissibles • Hépatites B et C • Neuropathie périphérique d'origine X • Dysplasie cervicale • Zona <50 ans • Leishmaniose viscérale • Candidose orale inexplicite | <ul style="list-style-type: none"> • Nécessitant un traitement immunosuppresseur agressif: <ul style="list-style-type: none"> - Cancer - Greffe • Maladies auto-immunes traitées par immunosuppresseurs: <ul style="list-style-type: none"> - Lésion cérébrale primaire envahissante - Purpura idiopathique/thrombotique thrombocytopénique | <ul style="list-style-type: none"> • HSB • Injection de drogue IV • Pays à haute prévalence (Afrique subsaharienne notamment) |

3b. Symptômes

- **Période d'incubation:**
- 14 à 21 jours après contact à risque
- **Durée des symptômes :**
- Environ 14 jours.

Sued O Miró JM et al. Enferm infecc Microbiol.Clin. 2006

3c. Symptômes



4. Diagnostic différentiel

A. Maladies infectieuses

B. Maladie autoimmune

- Syphilis secondaire
- EBV
- CMV
- Infection herpétique primaire
- Infection à parvovirus B19
- Rougeole
- Rubéole
- Toxoplasmose
- Hépatites
- Gonococcémie
- Grippe
- Pityriasis rosé de Gilbert

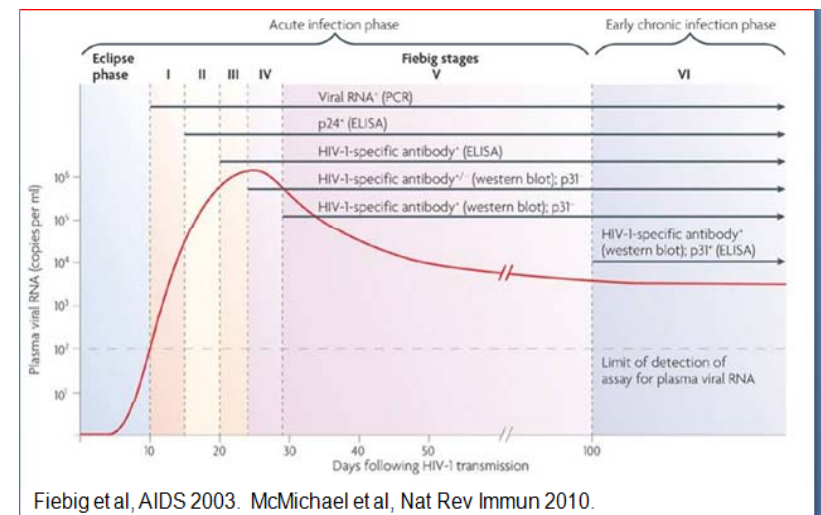
Lupus érythémateux (SLE)

5. Diagnostic

- 1-Test (Ag+Ab) Elisa 4ème Génération. Détectable 10 J après contamination
- 2- ARN VIH détectable dès J10 - après contamination
- 3-Anticorps anti VIH – détectable 22 à 26 jours après contamination
- Test de choix : PCR ARN VIH (fenêtre diagnostique jusqu'à 3 semaines)-Intervalle de J10 à J21

EACS European AIDS Clinical Society

5b. Diagnostic - cinétique



5c. Diagnostic

Thrombopénie (75% des cas)

Leucopénie(50%)

Lymphopénie

Hyperlymphocytose

Cellule Pfeiffer

Test hépatiques

6. Classification

| Nombre de CD4 | A: Asymptomatique ou primo- infection ou polyadénopathies | B: Symptomatique, sans critères A ou C | C: SIDA |
|-------------------------------------|---|--|------------|
| >500/mm ³ : > 29% | A1 | B1 | C1 |
| 200 à 499/ mm ³ : 14-28% | A2 | B2 | C2 |
| <200 /mm ³ : < 14% | A3 | B3 | C3 |

CDC Centers for Disease Control, Atlanta

7a.Traitement

TABLEAU 3

Recommandations de l'EACS 2015⁸
pour l'initiation du traitement
antirétroviral

EACS: Société européenne du sida; CDC: Centers for disease control.

| Infection VIH symptomatique (stade CDC B ou C) | Infection VIH asymptomatique | |
|---|--|--|
| Quel que soit le compte de CD4: fortement recommandé | CD4 <350/mm ³ : fortement recommandé | CD4 >350/mm ³ : recommandé |

www.revmed.ch 13.01.2016

7b. Traitement

Traitement de la primo-infection à VIH^(vi-viii)

| Circonstances | |
|----------------------------------|----|
| Symptômes sévères ou prolongés | FR |
| Troubles neurologiques | FR |
| Âge ≥ 50 | FR |
| CD4 < 350/μL | FR |
| Asymptomatique avec CD4 > 350/μL | R |

FR = Fortement recommandé

R = Recommandé

Référence: EACS recommandations 2015

7c. Traitement: BUTS

L'instauration des TARV permet:

- Diminuer la transmission
- Réduire la morbi-mortalité
- Améliorer les symptômes
- Préserver les réponses immunitaires
- Limiter la diversité virale
- Diminuer le réservoir viral

Cohen MS et al, NEJM 2011. Hocqueloux L et al, Antimicrob Chemother 2013

Ex: Truvada 300/200mg /j et Tivicay 50mg/j

A) Combinaisons recommandées (l'une d'elles doit être sélectionnée)*, **

| Combinaisons | Dosage | Contraintes alimentaires | Précautions |
|------------------------------|---|----------------------------------|--|
| 2 INTI + INI | | | |
| ABC/3TC/DTG [®] | ABC/3TC/DTG 600/300/60 mg, 1 cp qd | Aucune | Les antiacides à base de Al/Ca/Mg doivent être pris à distance du TARV (au moins 2 h avant ou 6 h après les ARV) |
| TDF/FTC [®] + DTG | TDF/FTC 300 [®] /200 mg, 1 cp qd + DTG 50 mg, 1 cp qd | Aucune | Les antiacides à base de Al/Ca/Mg doivent être pris à distance du TARV (au moins 2 h avant ou 6 h après les ARV) |
| TDF/FTC/EVG/c [®] | TDF/FTC/EVG/c 300 [®] /200/150/150 mg, 1 cp qd | Avec un repas | Les antiacides à base de Al/Ca/Mg doivent être pris à distance du TARV (au moins 2 h avant ou 6 h après les ARV) |
| TDF/FTC [®] + RAL | TDF/FTC 300 [®] /200 mg, 1 cp qd + RAL 400 mg, 1 cp bid | Aucune | Les antiacides à base de Al/Ca/Mg doivent être pris à distance du TARV (au moins 2 h avant ou 6 h après les ARV) |
| 2 INTI + 1 INNTI | | | |
| TDF/FTC/RPV [®] | TDF/FTC/RPV 300 [®] /200/25 mg, 1 cp qd | Avec un repas (minimum 360 Kcal) | Seulement si CD4 > 200 µL et CV < 100.000 copies/mL. IPP contre-indiqués ; antagonistes H2 à prendre 12 h avant ou 4 h après RPV. |
| 2 INTI + IP/r | | | |
| TDF/FTC [®] + DRV/r | TDF/FTC 300 [®] /200 mg, 1 cp qd + DRV 800 mg, 1 cp qd + RTV 100 mg, 1 cp qd | Avec un repas | À surveiller chez les personnes ayant une allergie connue à la sulfonamide |

EACS European
AIDS Clinical Society

8. Messages clés

- Symptômes peu spécifiques!
- Penser à rechercher le VIH notamment en cas de syndrome mononucléosique!

Merci pour votre attention



Bibliographie

- *Revue médicale Suisse 2005/2006/2008/2016*
- *Up to date*
- *Cohen MS et al, NEJM 2011. Hocqueloux L et al, Antimicrob Chemother 2013.*
- *Hocqueloux L et al, AIDS 2010*
- *Office Fédéral de la Santé Publique Suisse*
- *PIH Geneva 14/03/2016 Update and Perspective , Juan Ambrosioni MD PDH*
- *Aide Suisse contre le Sida – Campagne LOVE LIVE 2015*
- *EACS European AIDS Clinical Society Recommendations octobre 2015*
- *www.revmed.ch*
- *Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta; www.cdc.gov*
- *Remerciement au Dr Mathieu Rougemont: Service des maladies infectieuses HUG.*