

# 2.5 - Processus inflammatoires et infectieux

## VIH Partie 2

**Dr Sandrine ROUX**

**CCA Maladies Infectieuses et Tropicales  
Hôpital de la Croix Rousse  
Hospices Civils de Lyon  
Université Claude Bernard Lyon 1**

# OBJECTIFS

- Expliquer la physiopathologie
- Décrire les signes cliniques, les risques, les complications
- Différencier les thérapeutiques médicamenteuses,
- Définir les examens spécifiques.

## **PARTIE 1.**

**Epidémiologie, Virologie, Diagnostic biologique**

## **PARTIE 2.**

**Manifestations cliniques**

## **PARTIE 3.**

**Prise en charge**

# 1. Évolution de la maladie - Manifestations cliniques

# LE VIRUS : CONSÉQUENCES

Liées au VIH

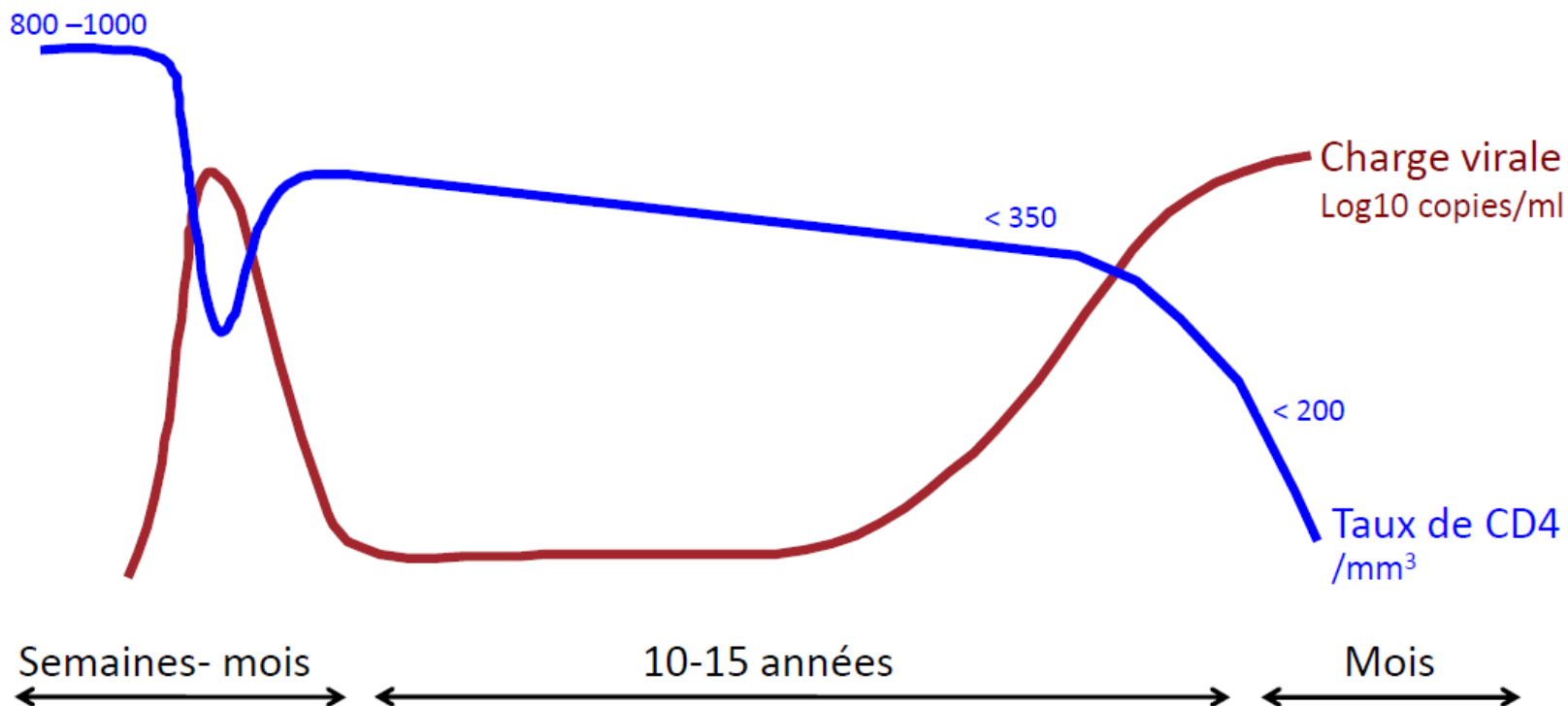
Immunodépression

1<sup>ère</sup> phase  
primo-infection  
séroconversion

2<sup>ème</sup> phase  
asymptomatique

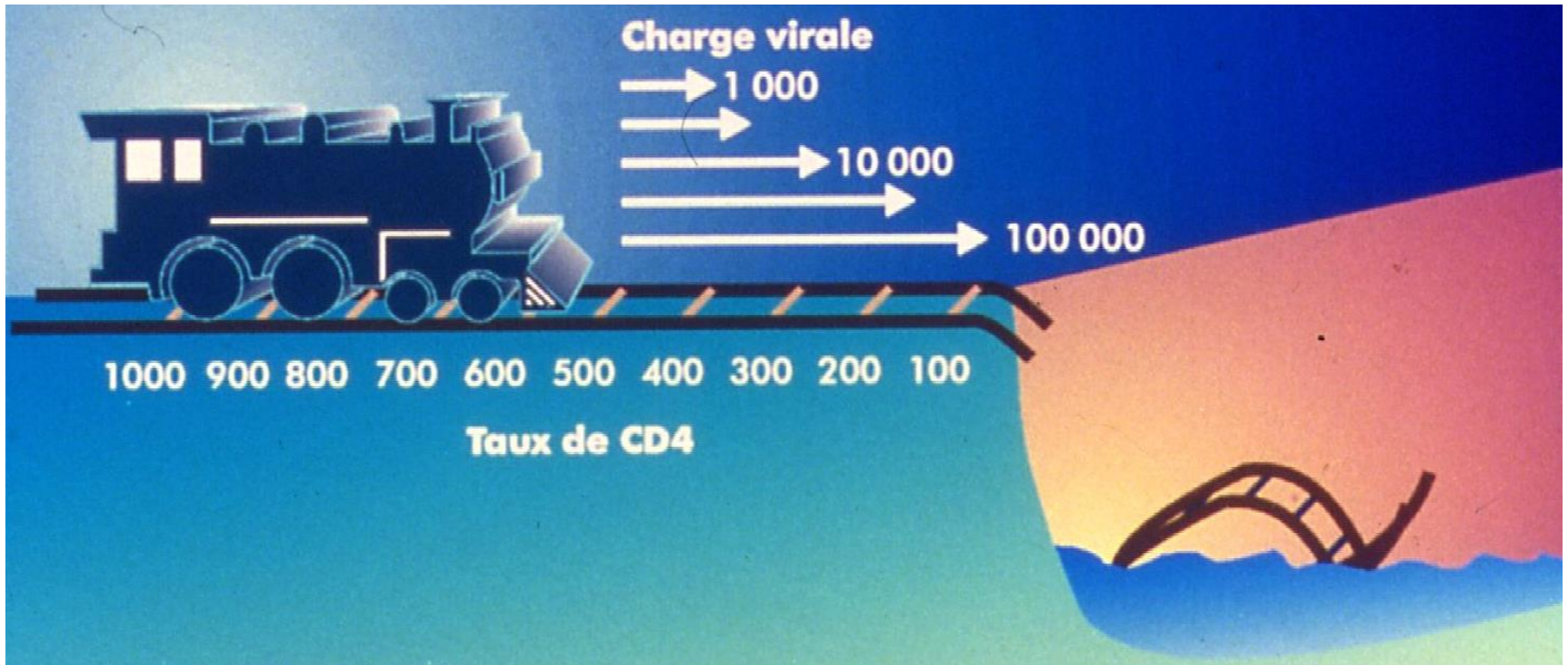
3<sup>ème</sup> phase  
progression

4<sup>ème</sup> phase  
SIDA



# LE VIRUS: CONSÉQUENCES

Taux de CD4 }  
Charge virale VIH plasmatique } 2 facteurs pronostiques indépendants



# CLASSIFICATION CLINIQUE (CDC 1993)

## STADE A

- Infection asymptomatique
- Primo-infection
- Lymphadénopathie persistante généralisée

## STADE B

- Infection symptomatique sans critère A ou C

## STADE C

- SIDA

**1** CD4 > 500/mm<sup>3</sup>

**2** CD4 200-500/mm<sup>3</sup>

**3** CD4 < 200/mm<sup>3</sup>

# PRIMO-INFECTION

2 à 6 semaines après la contamination

**ASYMPTOMATIQUE +++ 40%**



**OU SIGNES PEU SPECIFIQUES +++**



## **SIGNES CLINIQUES**

- Sd pseudo-grippal : fièvre, myalgies, céphalées
- Éruption cutanée
- Ulcérations génitales
- Pharyngite, ulcérations bucales
- Polyadénopathie
- Signes neurologiques

## **SIGNES BIOLOGIQUES**

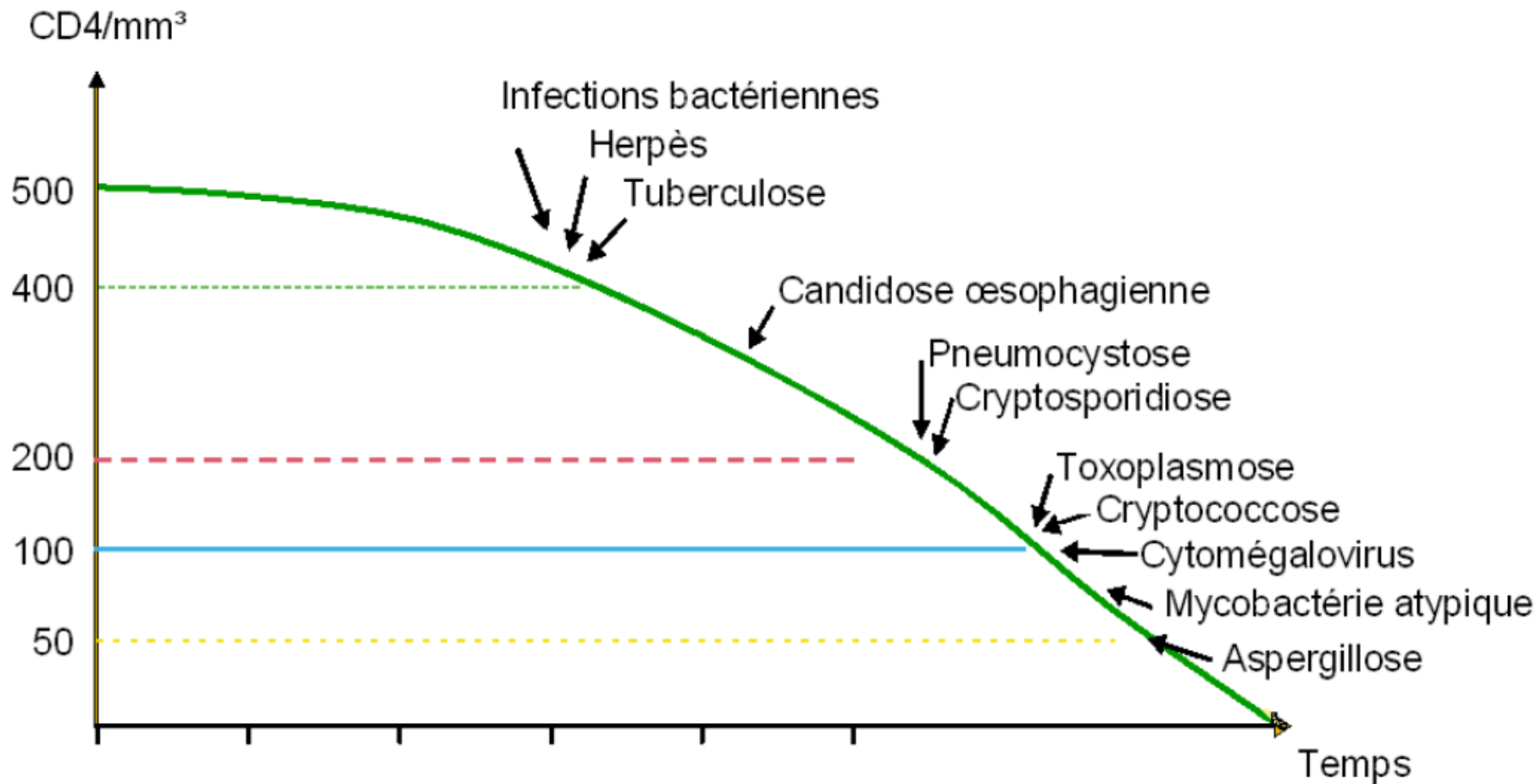
- Leuconeutropénie
- Lymphopénie
- Thrombopénie
- Cytolyse hépatique



# PHASE CHRONIQUE – STADE B

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

## INFECTIONS OPPORTUNISTES



# FOCUS : PNEUMOCYSTOSE

**Agent responsable** : *Pneumocystis jirovecii*

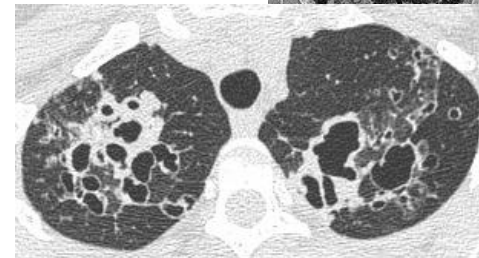
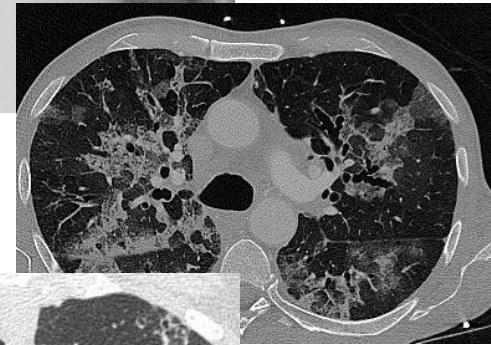
## CLINIQUE

Début progressif  
Fièvre, toux sèche

## BIOLOGIE

GDSA +++ : hypoxie  
LBA +++

## RADIOLOGIE



# FOCUS : PNEUMOCYSTOSE

Agent responsable : *Pneumocystis jirovecii*

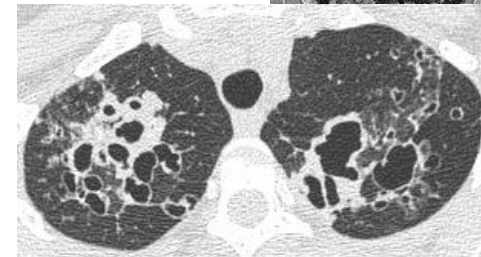
## CLINIQUE

Début progressif  
Fièvre, toux sèche

## BIOLOGIE

GDSA +++ : hypoxie  
LBA +++

## RADIOLOGIE



## TRAITEMENT CURATIF

**Cotrimoxazole 21 jours**  
*IV (formes graves) ou per os*

Corticothérapie  
*si PaO<sub>2</sub> < 70 mmHg*

Atovaquone (sirop)  
*Formes non graves*

Pentamidine (IV)  
*Formes sévères*

## PREVENTION

**Cotrimoxazole**

Arrêt : CD4 > 200/mm<sup>3</sup> et  
> 15% pendant > 3 mois

Atovaquone (sirop)

Pentamidine  
(aérosols)

1<sup>er</sup> LIGNE

PLAN B

# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes

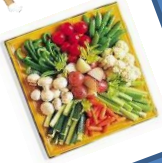
Asymptomatique +++ (80%)

Fièvre, ADP, chorioretinite

Sd mononucléosique, HEO

**Primo-infestation**

40-50% de la  
population générale



# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes

Asymptomatique +++ (80%)

Fièvre, ADP, chorioretinite

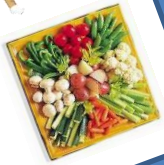
Sd mononucléosique, HEO

**Primo-infestation**

40-50% de la  
population générale

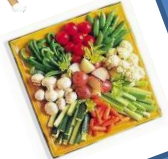


**Toxoplasmose congénitale**



# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes



Asymptomatique +++ (80%)

Fièvre, ADP, chorioretinite

Sd mononucléosique, HEO



**Toxoplasmose congénitale**

**Primo-infestation**

40-50% de la population générale

**Latence**

Kystes musculaires et cérébraux

# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes



Asymptomatique +++ (80%)

Fièvre, ADP, chorioretinite

Sd mononucléosique, HEO



Toxoplasmose congénitale

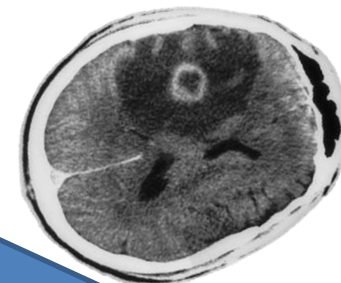
**Primo-infestation**

40-50% de la population générale

**Latence**

Kystes musculaires et cérébraux

Neuro +++



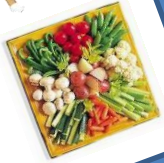
Multiviscéral

**Réactivation**



# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes



Asymptomatique +++ (80%)

Fièvre, ADP, chorioretinite

Sd mononucléosique, HEO



Toxoplasmose congénitale

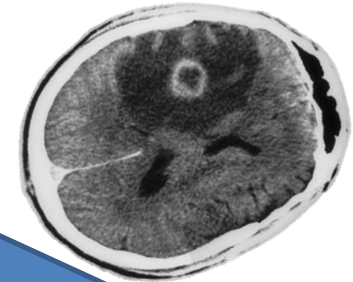
**Primo-infestation**

40-50% de la population générale

**Latence**

Kystes musculaires et cérébraux

Neuro +++



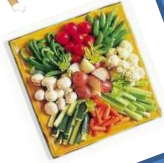
Multiviscéral

**Réactivation**

**Diagnostic : sérologie ? PCR ... traitement d'épreuve !**

# FOCUS : TOXOPLASMOSE

*Toxoplasma gondii* – Réactivation endogène de kystes



Asymptomatique +++ (80%)  
Fièvre, ADP, chorioretinite  
Sd mononucléosique, HEO

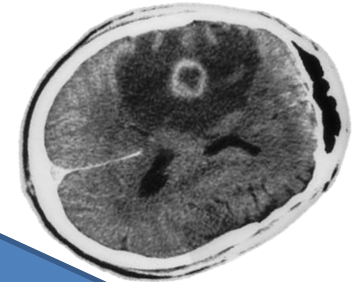


Toxoplasmose congénitale

**Primo-infestation**  
40-50% de la  
population générale

**Latence**  
Kystes musculaires  
et cérébraux

Neuro +++



Multiviscéral

**Réactivation**

## TRAITEMENT

Pyriméthamine  
+ sulfadiazine 6 sem  
+ acide folinique

## PREVENTION

**PRIMAIRE (IgG+ et CD4 < 100) : CTX**  
**SECONDAIRE : idem curatif / 2**  
Arrêt : CD4 > 200/mm<sup>3</sup> et > 15% > 3 mois

# FOCUS : VIH ET ATTEINTE NEUROLOGIQUE

## INFECTIONS OPORTUNISTES

- **Toxoplasmose** +++
- LEMP (JC virus)
- Cryptococcose
- CMV, HSV, VZV
- Tuberculose

# FOCUS : VIH ET ATTEINTE NEUROLOGIQUE

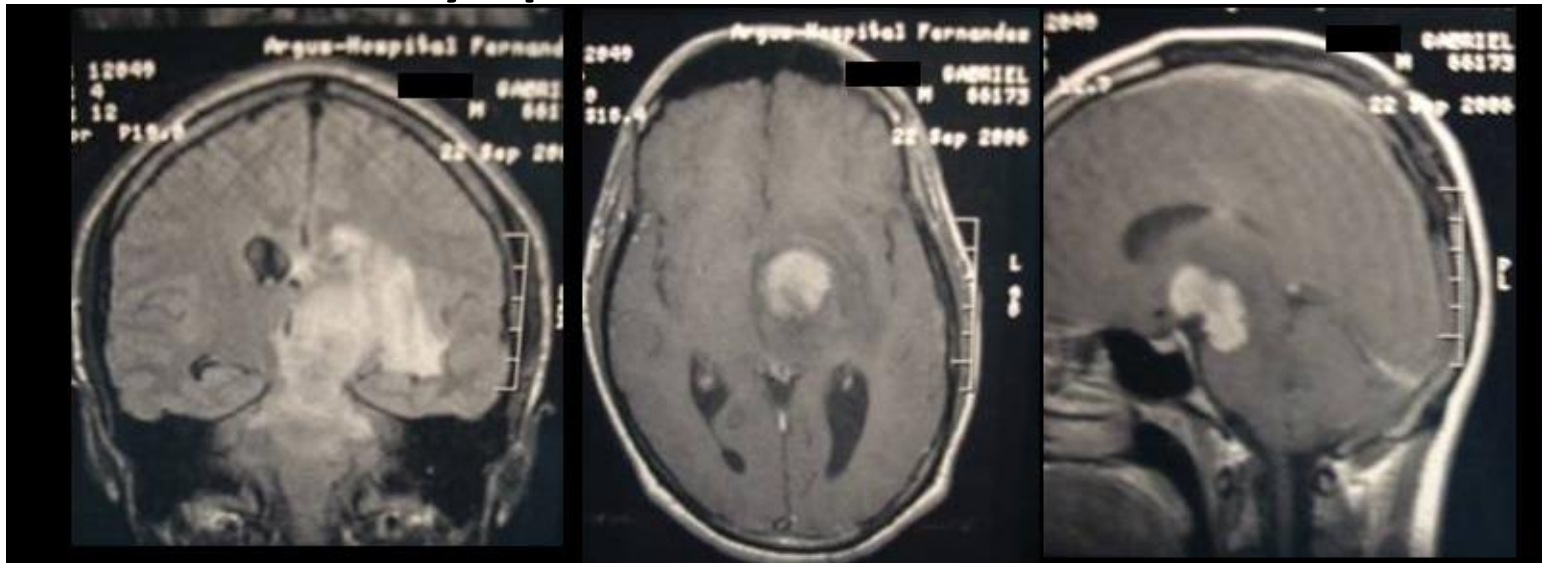
## INFECTIONS OPORTUNISTES

- **Toxoplasmose** +++
- LEMP (JC virus)
- Cryptococcose
- CMV, HSV, VZV
- Tuberculose

## PATHOLOGIES TUMORALES

- Lymphome cérébral primitif
- Métastases de carcinomes (col, canal anal, poumon ...)
- Kaposi

### Lymphome cérébral



# FOCUS : VIH ET ATTEINTE NEUROLOGIQUE

## INFECTIONS OPORTUNISTES

- **Toxoplasmose** +++
- LEMP (JC virus)
- Cryptococcose
- CMV, HSV, VZV
- Tuberculose

## ATTEINTES LIEES AU VIH

Neurotropisme du VIH

- **Primoinfection** (10%)

*Méningite, encéphalite, myélite*

- **Neuropathie périphérique**

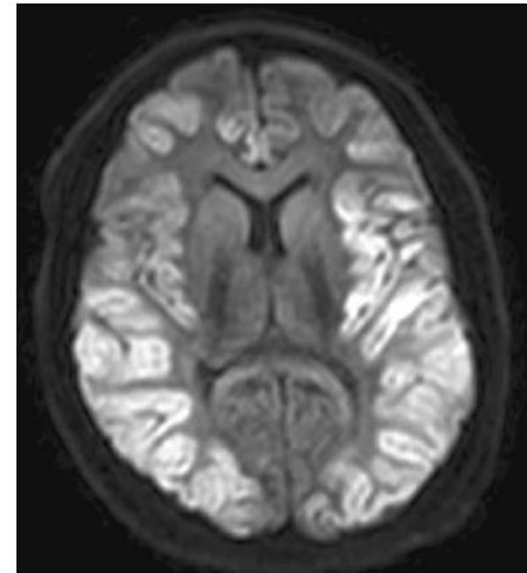
- **Encéphalite lymphocytaire à VIH**

... et **troubles cognitifs**

(30-50% des patients, précoces)

## PATHOLOGIES TUMORALES

- Lymphome cérébral primitif
- Métastases de carcinomes (col, canal anal, poumon ...)
- Kaposi



Fatal brain necrosis in primary HIV infection



# FOCUS : VIH ET TROUBLES DIGESTIFS

- **Œsophagite candidosique +++**



*Candida*

- **CMV , HSV**

- Diarrhées bactériennes, parasitaires (*Cryptosporidiose, microsporidiose, isosporidiose*)
- *Sarcome de Kaposi digestif*
- *Diarrhées idiopathiques ou aux ARV*



Colite CMV

# FOCUS : VIH ET MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

## PRIMO-INFECTION

- Exanthème
- Angine





# FOCUS : VIH ET MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

## PRIMO-INFECTION

- Exanthème
- Angine



## SIGNES NON SPECIFIQUES

- Dermite séborrhéique
- Aphtes, gingivite
- Prurit, prurigo
- SYPHILIS !!





# FOCUS : VIH ET MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

## PRIMO-INFECTION

- Exanthème
- Angine

## SIGNES NON SPECIFIQUES

- Dermite séborrhéique
- Prurit, prurigo
- Aphtes, gingivite
- SYPHILIS !!

## INFECTIONS OPORTUNISTES

- Candidoses



- Leucoplasie chevelue (EBV)



- Herpes, zona



# FOCUS : VIH ET MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

## PRIMO-INFECTION

- Exanthème
- Angine

## SIGNES NON SPECIFIQUES

- Dermite séborrhéique
- Prurit, prurigo
- Aphtes, gingivite
- SYPHILIS !!

## INFECTIONS OPORTUNISTES

- Candidoses



- Leucoplasie chevelue (EBV)
- Kaposi (HHV8)
- Papilloma virus



- Herpes, zona



# FOCUS : VIH ET MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

## PRIMO-INFECTION

- Exanthème
- Angine

## SIGNES NON SPECIFIQUES

- Dermite séborrhéique
- Prurit, prurigo
- Aphtes, gingivite
- SYPHILIS !!

## INFECTIONS OPORTUNISTES

- Candidoses



- Leucoplasie chevelue (EBV)
- Kaposi (HHV8)
- Papilloma virus

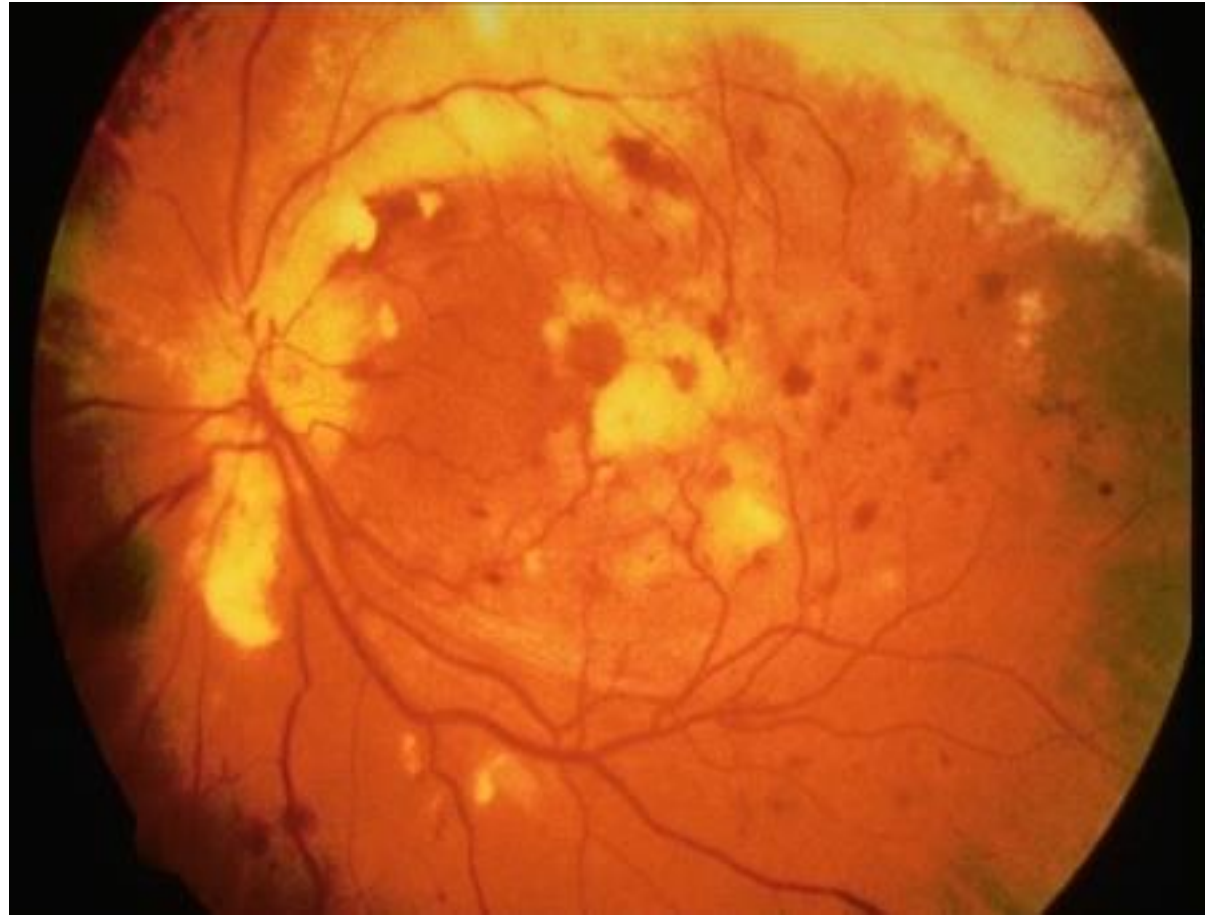
- Herpes, zona





## FOCUS : VIH ET ATTEINTES OCULAIRES

- 25% des patients
- **CMV** +++, VZV
- Toxoplasmose
- Tuberculose
- VIH



**Rétinite à CMV**

# FOCUS : VIH ET TUBERCULOSE

2<sup>e</sup> infection opportuniste après la pneumocystose +++

1<sup>e</sup> infection opportuniste en zone d'endémie +++

**La tuberculose peut survenir quelque soit le taux de CD4 !**

**TB → STADE C / SIDA**

- 1. Sérologie VIH systématique chez tout patient tuberculeux**
- 2. Dépistage de la tuberculose systématique au diagnostic de tout VIH (RP + IGRA)**
- 3. Traitement de toute ITL chez le sujet VIH+**

# FOCUS : VIH ET CANCER

## Cancers classant SIDA

- Lymphome non hodgkinien
- Maladie de Kaposi
- Cancers col/canal anal lié à HPV

## Cancers non classant SIDA

Incidence x 2-3 par rapport à la population générale, non modifiée par les ARV

- Hépatites virales B et C
- Tabac



- **Âge jeune (50 versus 66 ans)**
- **Non modifié par les ARV**
- **Moins bon pronostic**

### → **IMPORTANTANCE DE LA PREVENTION !**

- Lutte contre le tabagisme
- Bilan gynécologique / proctologique annuel
- Dépistage des hépatites virales B et C

# Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**  
Soutien financier : **Région Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**

