

Thématique n°18. CC n°1

Détresse respiratoire inaugurale

PART ET CONSÉQUENCES DU DIAGNOSTIC TARDIF DE L'INFECTION PAR LE VIH AUX ANTILLES FRANÇAISES

// PROPORTION AND CONSEQUENCES OF LATE HIV DIAGNOSIS IN FRENCH WEST INDIES

Lise Cuzin^{1,2} (lise.cuzin@chu-martinique.fr), Bruno Hoen³, Pascal Pugliese⁴, Sylvie Abel¹, Sandrine Pierre-François¹, Thomas Jovelin⁵, Cyrille Delpierre², André Cabié^{1,6,7}, et le groupe Dat'AIDS*

Caractéristiques des patients au moment du diagnostic d'infection par le VIH, aux Antilles et en France métropolitaine, 2014-2015

Lieu du dépistage		Population totale			Patients diagnostiqués à un stade avancé		
		Antilles N=254	Métropole N=2 343	p	Antilles N=93	Métropole N=675	p
Dépistage stade avancé – N (%)		93 (36,6%)	675 (28,8%)	0,009			
Dont sida dans les 3 premiers mois – N (%)		39 (15,4%)	237 (10,1%)	0,03			
Sexe – N (% de femmes)		74 (29,1%)	587 (25,1%)	0,15	27 (29%)	214 (31,7%)	0,60
Motif du dépistage	Signes liés au VIH – N (%)	101 (39,8%)	393 (16,8%)		58 (62,4%)	177 (26,2%)	
	Routine – N (%)	107 (42,1%)	638 (27,2%)		18 (19,4%)	124 (18,4%)	
	Grossesse – N (%)	15 (5,9%)	66 (2,8%)		2 (2,2%)	16 (2,4%)	
	Autre IST – N (%)	16 (6,3%)	79 (3,4%)		6 (6,5%)	12 (1,8%)	
	Contrôle – N (%)	0	14 (0,6%)		0	6 (0,9%)	
	Information manquante – N (%)	15 (5,9%)	1 153 (49,2%)		9 (9,7%)	340 (50,4%)	

Un blot incomplet n'est pas toujours synonyme de primo-infection

- Un Western Blot < 3 bandes définit la primo-infection
- En phase tardive d'infection VIH, les réponses B sont altérées et les anticorps diminuent
- En cas de traitement au cours de la primo-infection, le Western Blot peut ne pas se compléter
- Par rapport au Western blot, les tests immunoblot et dot-blot :
 - sont plus spécifiques du VIH-2
 - sont mieux standardisés
 - détectent moins d'anticorps différents (bandes)
 - sont moins sensibles pour certaines bandes
 - **et sont donc moins spécifiques du diagnostic de primo-infection en cas de blot incomplet**

Validité diagnostique de la PCR *Pneumocystis*

- Excellente sensibilité:
 - Expectorations induites: 95-100%
 - LBA: 100%
- Spécificité médiocre: ne distingue pas colonisation et infection; on peut s'aider de la PCR quantitative (Ct < 35 ???, technique non standardisée)
- Son intérêt principal paraît donc son **excellente VPN (100%), y compris chez VIH- et y compris dans les expectorations induites**
- En cas de positivité, à interpréter en fonction:
 - du contexte : immunodépression
 - de la présentation clinique: dyspnée fébrile subaiguë
 - de l'aspect en imagerie: verre dépoli, microkystes
 - de l'absence de diagnostic différentiel
 - des résultats des autres tests ? (bêta-glucane élevé augmente la spécificité mais cut-off difficile à déterminer et examen peu adapté à l'urgence)
- **HAS (09/17): indiquée si examen direct négatif et forte suspicion diagnostique**

Initiation des ARV

En cas de
primo-
infection, le
plus tôt
possible

En cas d'IO: au
plus tard à J15

- Sauf TB et
cryptococcose
neuroméningées

En
réanimation,
le plus tôt
possible

Chez M. J., à
J6 après le LBA
négatif pour la
PCP

Maladie de Kaposi pulmonaire

- Localisation la plus grave de la maladie
- Présence de lésions cutanées et muqueuses dans 95% des cas
- Aspect TDM:
 - Nodules parenchymateux sous-pleuraux = aspect le plus fréquent
 - Infiltrats péribronchovasculaires
 - Autres anomalies associées: images linéaires septales, épanchement pleural
- Arguments en faveur:
 - Lésions de la muqueuse bronchique
 - Présence de sidérophages au LBA
 - PCR HHV8 dans le liquide pleural
- Seul diagnostic de certitude = histologie bronchique ou pulmonaire

Pneumopathie interstitielle lymphoïde

- Surtout dans les populations d'origine africaine et chez les enfants
- Association fréquente à une hyperlymphocytose CD8 sanguine et à d'autres infiltrations CD8 (système réticulo-endothélial,
- LBA: hyperlymphocytose CD8
- Histologie: infiltrats lymphocytaires interstitiels et péribronchovasculaires
- Traitement:
 - ARV
 - Corticoïdes dans les formes symptomatiques

Evolution de M. J.

- Contrôle rapide de l'ARN VIH sous ténofovir/emtricitabine/darunavir/r mais restauration immunitaire lente (CD4: 190/mm³ en décembre 2018)
- Chimiothérapie par doxorubicine liposomale à fortes doses puis paclitaxel (RCP OncoVIH) depuis juin 2018 devant un échappement (majoration des lésions cutanées et hépatiques, apparition de lésions osseuses HHV8+, majoration des lésions pulmonaires et de la dyspnée)
- Discussions sur la corticothérapie qui n'est finalement pas réintroduite avant septembre 2018:
 - Aggravation initiale sous prednisone
 - Risque d'aggravation d'un Kaposi difficile à maîtriser
- M. J. a finalement pu être extubé le 31 mars 2017 mais garde une fibrose pulmonaire sévère qui ne s'améliore pas franchement sous corticoïdes; en décembre 2018 :
 - Pa O₂ en air ambiant: 55 mmHg; Pa CO₂: 44 mmHg
 - VEMS: 0,89 litre
 - CV: 26%