

MALADIES AUTOIMMUNES AU COURS DE L'INFECTION PAR LE VIH: 62 OBSERVATIONS

L IORDACHE, P CACOUB, O LAUNAY, L GUILLEVIN, O BOUCHAUD, L WEISS, V JEANTILS,
C GOUJARD, F BOUE, T HANSLIK, L GALICIER, R DHOTE, R FIOR, E PILLEBOUT, A MEKINIAN,
O LAMBOTTE, O FAIN

Dr Laura IORDACHE
Service de Médecine interne Hopital Jean Verdier
Avenue du 14 Juillet 93143 Bondy Cedex
Email: laura.iordache@jvr.aphp.fr

INTRODUCTION - OBJECTIFS

Maladies autoimmunes

conséquence d'une dysrégulation
immunitaire:
synthèse d'*auto-Ac pathogènes*

Infection par le VIH Virus ~ système immunitaire

- lymphopénie CD4
- hypergammaglobulinémie polyclonale
 - *auto-Ac isolés*: 17-23% pts



Quels patients?

Quelles pathologies?

Quelle présentation
clinique?

PATIENTS ET METHODES

- Etude descriptive rétrospective multicentrique
- 14 services hospitaliers d'Ile-de-France (Médecine interne, Maladies infectieuses et tropicales, Immunologie clinique)
- Critères d'inclusion:
 - infection par le VIH **ET**
 - maladie autoimmune (MAI) ou systémique

Abbréviations: anémie hémolytique autoimmune AHAI; cirrhose biliaire primitive CBP; hépatite autoimmune HAI; polyarthrite rhumatoïde PR; périartérite noueuse PAN; purpura thrombopénique immunologique PTI; pneumopathie PNP; pseudo-polyarthrite rhizomélique PPR; réctocolite hémorragique RCH; syndrome des antiphospholipides SAPL; spondylarthrite ankylosante SPA; sclérose en plaques SEP

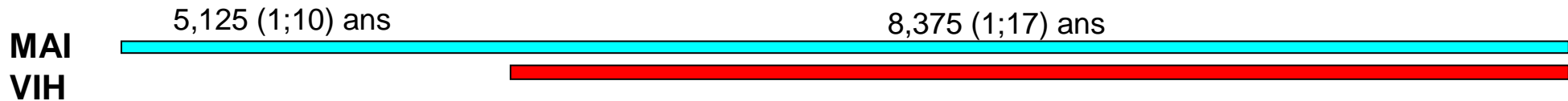
RESULTATS

Nombre de cas	62
Période de suivi	1983 à 2013
Sexe	35F / 27H
Origine africaine / asiatique / hispanique	28 / 1 / 1
Age moyen au diagnostic de la MAI / de l'infection VIH	40,6 (11;80) / 34,6 (17;64) ans
"VIH elite controller"	1
Infection VIH2	1
AgHBs+	4 : PAN, AHAI, PR, RCH
VHC+	7: PR/PTI, PR, PTI, uvéite (1/2), Still/PTI, Still, Takayashu (1/3)
Deux MAI associées: maladie de Basedow / lupus: 2 SAPL / LED: 1 cirrhose AI / cirrhose biliaire primitive: 1 maladie de Still / PTI: 1 PR / PTI: 1 Crohn / PTI: 1 sarcoidose / Crohn-SPA: 1	8

QUELLES MALADIES AUTOIMMUNES?

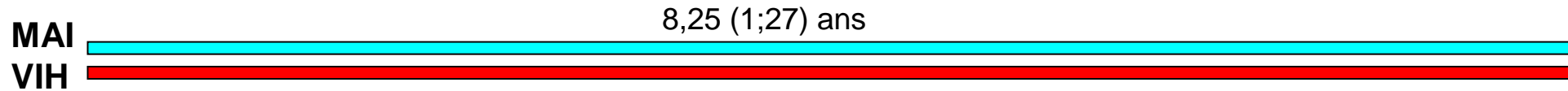
Vascularites: maladie de Takayashu (3), purpura rhumatoïde (3), PAN (2), vascularite cutanée (1), aortite (1), granulomatose avec polyangeite ("Wegener") (1)	11
Cytopénies: AHAI (2), PTI (6)	8
Lupus	7
Sarcoïdose	7
Hépatopathies: hépatite AI (4), cirrhose AI (1), cirrhose biliaire primitive (1)	6
Polyarthrite rhumatoïde	5
Maladie de Basedow	5
SAPL	4
Autres: SPA (2), maladie de Still (2), uvéite antérieure (2), maladie de Crohn (2), maladie de Behcet (1), fibrose pulmonaire (1), PNP à PNEo (1), PPR (1), RCH (1), thyroïdite de Hashimoto (1), syndrome de Sjogren (1), syndrome des anti-synthétases (1), SEP (1)	17

Quand la MAI précède l'infection à VIH: 9 patients



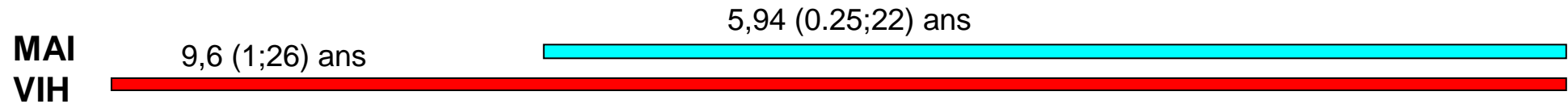
- *Quelle est l'évolution de la MAI après le diagnostic de l'infection à VIH?*
 - *Aggravation (lors des périodes de bon contrôle immunologique):* LED (1/7), PR (1/5), Sjogren (1/1), Sd des anti-synthétases (1/1), sarcoïdose (1/7), SEP(1/1)
 - *Stabilité:* SAPL+LED (1/1), maladie de Crohn (1/2)
 - *Amélioration:* Basedow (1/5)
- *Quelle est l'évolution de l'infection à VIH au dernier suivi?*
 - Dans tous les cas (sauf Basedow): sous ARV; CV indétectable
 - Tous les patients: CD4>200/mm³ et >15%

Quand la MAI et l'infection à VIH sont diagnostiquées en même temps: 16 patients



- *Quelles pathologies peuvent révéler une infection par le VIH?*
 - Vascularites (7/11)**
 - Uvéite (2/2)
 - SAPL (2/4)
 - PTI (2/6)
 - HAI (1/4); sarcoïdose (1/7); PR/lupus (1/1)
- *Quel est le bilan immunovirologique au diagnostic de l'infection par le VIH?*
 - CD4 moy /mm³= 470 (83;840); CD4 moy %=23 (11;30)**
 - CD4<50/mm³: 1 (PTI 1/6)
 - 50<CD4<200/mm³: 3 (SAPL 1/4, vascularite 2/11)
 - CD4<15%: 2 (PTI 1/6, vascularite 1/11)
 - CV< 50 000 copies/ml : 10/16**

Quand les patients infectés par le VIH développent des MAI : 40 patients



- Dans quel contexte immunovirologique les patients infectés par le VIH développent-ils des MAI?*

CD4 moy /mm³= 450 (16;900), CD4 moy %=29 (5;59)

CD4<50/mm³: 3 (AHAI 2/2, sarcoïdose 1/7)

50<CD4<200/mm³: 4 (PTI 1/6, Still 1/2, Basedow 1/5, PR 1/5)

CD4<15%: 8 (AHAI 2/2, SAPL 1/4, Basedow 1/5, vascularite 1/11, PR 1/5, sarcoïdose 1/7, PTI 1/6)

CD4/CD8>1: 8/40 (CBP 1/1, HAI 1/4, LED 1/7, PPR 1/1, sarcoïdose 2/7, PTI 2/6)

CV détectable: 9/40, <10000/ml 5/9 (PTI 3/6, vascularite 2/11, AHAI 1/2, PR 1/5, sarcoïdose 1/7, Hashimoto 1/1)

ARV: pas de ARV au diagnostic de 7 MAI

(PR 3/5, sarcoïdose 2/7, Crohn /SPA 1/2, PTI 1/6)

EVOLUTION

- **Pendant le suivi, 74 poussées de MAI**
 - une: n=21; deux: n=12; trois: n=9; quatre: n=4
- **Dans un contexte de bon contrôle immunologique :**
 - CD4>200/mm³: 68/74; CD4>15%: 68/74; CD4/CD8>1: 16/74
 - CV VIH détectable: 19/74
- **Quels traitements administrés?**
 - *Immunosuppresseurs (IS)*: prednisone (51/28 en monothérapie), méthylprednisolone (8), budésonide (5), méthotrexate (10), azathioprine (5), leflunomide (4), cyclophosphamide (4), mycophénolate mofétil (3), mésalazine (3), salazopyrine (2), p-aminosalicylate de sodium (2), tacrolimus (1)
 - *biothérapies*: étanercept (1), IgIV (4), rituximab (3)
 - *splénectomie*: 2
 - *échanges plasmatiques*: 1
 - *autres*: danazol (1), acide ursodésoxycholique (1), hydroxychloroquine (13), colchicine (2)
 - *ARV*: 10 (vascularite x5, PTI x5), dont 4 sans indication à traiter l'infection à VIH
- **Quelles complications?**
 - *(pré)-néoplasies*: CIN1 (1); CIN 2-3 (1); CIN3 (1); carcinome basocellulaire du front (1); lymphome B à grandes cellules (1); carcinome papillaire thyroïdien bien différencié (1)
 - *infections*: PNP (5); zona (4); probable BK (1); endocardite à SAMS (1); sepsis (1); réactivation CMV (1)
 - *événements classants SIDA*: Kaposi (2); candidose oesophagienne (1)

AU DERNIER SUIVI

- **MAI:**
 - *rémission complète 42/70 dont 27 sans IS; rémission partielle 22/70 dont 9 sans IS*
 - *maladie active malgré IS: 6/70*
- **VIH: très bon contrôle immunovirologique**, avec:
 - CD4 moy /mm³=634/mm³ (26;1467), CD4 moy %=30,9 (5;54); CD4/CD8>1: 20/62
 - CV détectable: 6 (dont 3 <100/ml et 1<5000/ml)
 - Sans ARV: 2 (dont le “VIH élite controller”)

CONCLUSION

La survenue d'une infection à VIH pourrait modifier l'évolution d'une MAI préexistante différemment selon le degré d'immunodépression.

Certaines pathologies (vascularites) peuvent révéler une infection par le VIH à un stade modéré d'immunodépression.

La maladie autoimmune survient le plus souvent dans un contexte de bon contrôle immunovirologique, à l'exception des anémies hémolytiques autoimmunes.

L'impact des ARV pourrait être différent selon les pathologies.
La tolérance des immunosuppresseurs est bonne.

Des études de groupes plus homogènes de patients restent nécessaires.