

**DES-C 28 janvier 2019 Thématique n°18 - VIH
Posttests**

1- Quel(s) test(s) réaliser pour éliminer une infection VIH avant de prescrire la PrEP à une personne à risque ?

- A- Autotest VIH
- B- Test VIH de 4^{ème} génération pour la détection d'antigène/anticorps
- C- Test rapide VIH
- D- Détection de l'ARN VIH dans le plasma

Réponses : B et D

2- A quelle fréquence la surveillance des tests sérologiques du VIH devra être réalisée après l'initiation d'une PrEP ?

- A- Tous les mois
- B- A 1 mois et tous les 3 mois
- C- Tous les 3 mois
- D- Tous les 6 mois

Réponse : B

3. Chez le patient VIH, quels sont les facteurs spécifiques au VIH qui augmentent le risque cardio-vasculaire et qui doivent être comptabilisés, lorsque au moins l'un est présent, comme 1 FDR à prendre en compte ?

- A. CV détectable
- B. CD4 < 200/mm³
- C. CD8 > 800/mm³
- D. Exposition cumulée > 10 ans aux IP
- E. Infection évoluant depuis plus de 20 ans

Réponses : A,B,C,D

4. Une discordance de charge virale plasma (indétectable)-LCS (détectable) ?

- A. est une situation fréquente chez les patients avec nadir de CD4 < 200/mm³
- B. est plus fréquente en cas de traitement par IP boosté
- C. Nécessite de compléter le bilan par une évaluation neuro-cognitive clinique
- D. Nécessite de compléter le bilan par une IRM
- E. nécessite une optimisation du traitement antirétroviral par ajout de 1 ou plusieurs ARV au traitement en cours

Réponses : A-B-C

5. Concernant la prise en charge thérapeutique des cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?

- A- Le ténofovir présente un risque de toxicité par interaction médicamenteuse avec le cisplatine
- B- La prophylaxie par cotrimoxazole est systématique selon les recommandations françaises du groupe d'expert
- C- Les anti-intégrases présentent le profil le plus neutre des antirétroviraux par rapport aux risques d'interactions avec les cytotoxiques antinéoplasiques
- D- Il faut différencier toxicité additive et toxicité par interaction

E- En général, les indications de cytotoxiques antinéoplasiques sont identiques à la population générale

Réponses B-C-D-E (A toxicité additive)

6. Concernant les immunomodulateurs utilisés dans les cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?

- A- Ils pourraient avoir un effet bénéfique sur le contrôle de la charge virale VIH
- B- Il existe moins d'effets secondaires spécifiques aux PVVIH de ces molécules en raison de l'immunodépression sous-jacente
- C- Les PVVIH ont été exclues des études princeps en population générale
- D- Ces traitements s'accompagnent paradoxalement d'une augmentation d'incidence des infections opportunistes
- E- Le nadir CD4 < 200/mm³ est une contre-indication à leur utilisation

Réponses : A- C

7. Concernant l'épidémiologie des cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?

- A- L'incidence de la maladie de Hodgkin devrait augmenter avec le vieillissement de la population des PVVIH
- B- Le ratio d'incidence standardisé du cancer de la prostate est diminué chez les PVVIH par rapport à la population générale
- C- Le cancer de la prostate sera le premier cancer en nombre chez les PVVIH d'ici une quinzaine d'année
- D- Le ratio d'incidence standardisé du cancer pulmonaire est en diminution en France chez les PVVIH par rapport à la population générale
- E- Le traitement antirétroviral précoce est une stratégie de lutte contre l'incidence de la plupart de ces cancers

Réponse B- C- D- E

8. Concernant les troubles neurocognitifs (TNC) et les infections opportunistes du SNC chez les PVVIH :

- A- Le score CPE (CNS Effectiveness Score) est essentiel à la prise en charge des infections opportunistes du SNC
- B- Le risque établi de la monothérapie par inhibiteur de protéase est l'aggravation des TNC avec le temps
- C- Le score CPE est la pierre angulaire de la prise en charge des TNC des PVVIH sous traitement antirétroviral efficace
- D- La charge virale du LCS dépend principalement de la valeur de la charge virale plasmatique
- E- En cas d'observance imparfaite, il existe des cas d'échappement virologique du LCS avec charge virale plasmatique indétectable

Réponses D- E

«Femme et VIH : suivi gynécologique et proctologique, contraception, adaptation des antirétroviraux aux projets de conception»

Post-test

9 : Lister, parmi les suivantes, la ou les proposition(s) exacte(s) en matière de traitement antirétroviral chez les femmes vivant avec le VIH ayant un projet de procréation

- A. Un traitement antirétroviral au long cours, débuté le plus tôt possible est recommandé
- B. Le choix de première intention est une trithérapie de 2 INTI et de darunavir boosté par le ritonavir
- C. Une trithérapie de 2 INTI et raltégravir est une alternative possible
- D. L'etravirine et la rilpivirine peuvent être prescrites en première intention
- E. La posologie recommandée du darunavir boosté par le ritonavir est de 600/100 mg 2 fois par jour au 3e trimestre de grossesse

Réponses : A – B – C - E

10 : Lister la ou les proposition(s) exacte(s) en matière de suivi gynécologique des femmes vivant avec le VIH

- A. Un dépistage de cancer du col par cytologie cervico-utérine est recommandé tous les 3 ans chez les femmes après des cytologies annuelles normales pendant 3 ans consécutifs, sous réserve d'une charge VIH contrôlée et d'un nombre de CD4 > 500/mm³
- B. En cas de cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), ou de haut grade (HSIL), une colposcopie doit être systématiquement réalisée
- C. Le premier contrôle de lésions histologiques malpighiennes intraépithéliales de haut grade (par cytologie + colposcopie + biopsies dirigées ou curetage endocervical) est recommandé à 12 mois
- D. En cas d'atypies cellulaires de signification indéterminée (ASC-US) à la cytologie cervico-utérine, une colposcopie est recommandée d'emblée
- E. En cas de lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de bas grade la surveillance recommandée comporte cytologie et colposcopie tous les 6 mois avec biopsie au moins annuelle

Réponses : A – B - E