

Thém. n° 18 - VIH - Post-test

1. Vous avez diagnostiqué une infection VIH au stade de primo infection VIH chez un jeune HSH de 28 ans au stade de primo-infection, avec CD4 à 650/mm³. Il n'a aucune comorbidité et pratique le chemsex. Le bilan initial est normal. Vous débutez immédiatement un traitement ARV. Quel suivi lui proposez vous?

- A. Charge virale à 6 mois
- B. Charge virale à 1 mois, 3 mois et 6 mois
- C. Dépistage trimestriel des IST
- D. Bilan lipidique trimestriel
- E. Consultation de suivi semestrielle

Réponses : B, C, E

Commentaire : suivi simplifié concernant le VIH, charge virale seule suffit. Créatininémie si utilisation de ténofovir à M3 ou M6 éventuellement mais NFS inutile.

2. Vous suivez en consultation un homme de 55 ans pour une infection VIH diagnostiquée en 2000 à l'occasion d'une toxoplasmose dont il a guéri sans séquelles. Il a été traité depuis le diagnostic, avec un bon contrôle virologique et les CD4 sont actuellement à 600/mm³. Il a fumé 30 PA, sevré depuis 5 ans, son IMC est à 32 avec une lipohypertrophie abdominale. Il n'a pas d'autre comorbidité connue, en dehors de condylomes génitaux opérés il y a 15 ans . Quels examens proposez-vous dans le cadre de son bilan annuel ?

- A. Ostéodensitométrie osseuse
- B. Bilan lipidique, glycémie et hémoglobine A1C
- C. Examen proctologique
- D. Dépistage du cancer colique
- E. Radiographie pulmonaire

Réponses : B, C, D

Commentaires :

Trop tôt pour ostéodensitométrie

Recherche anomalie lipidique ou diabète indiquant un traitement hypolipémiant ou anti diabétique compte-tenu du BMI

Examen proctologique car ATCD de lésion HPV génitale.

Dépistage cancer colique si non fait, comme pop générale

Dépistage cancer poumon : scanner thoracique low dose, pas RP

3. Vous voyez en consultation une patiente originaire de Côte d'Ivoire, adressée par son médecin pour découverte d'une infection VIH à l'occasion d'un zona. En plus d'un bilan standard, il a réalisé un dosage des CD4 qui est à 150/mm³ et un dosage de l'antigène HbS qui est positif. Il vous

l'adresse pour compléter son bilan initial. Elle est asymptomatique et l'examen clinique est normal. Quel bilan proposez-vous ?

- A. Radiographie pulmonaire
- B. Antigénurie ou PCR Histoplasmosse sanguine
- C. PCR CMV et Antigène cryptocoque
- D. IGRA ou IDR
- E. Consultation gynécologique pour cytologie cervicale

Réponses : A, D, E

Commentaire : recherche tuberculose (Radio + IGRA car originaire de pays d'endémie TB); FCV pour dépister anomalies cyto liées à HPV.

PCR CMV et Ag crypto si CD4<100

Recherche systématique histoplasmosse si zone d'endémie (amériques plutôt)

4. Vous voyez en consultation un patient Brésilien, adressé par son médecin pour découverte d'une infection VIH à l'occasion d'une syphilis secondaire. En plus d'un bilan standard et du dépistage des IST bactériennes, il a réalisé un dosage des CD4 qui est à 70/mm³. Il vous l'adresse pour compléter son bilan initial. Il est asymptomatique et l'examen clinique est normal. Quel bilan proposez-vous ?

- A. Radiographie pulmonaire
- B. Antigénurie ou PCR Histoplasmosse sanguine
- C. PCR CMV et Antigène cryptocoque
- D. IGRA ou IDR
- E. Scanner thoraco-abdomino pelvien

Réponses : A, B, C, D

Commentaire : recherche tuberculose (Radio + IGRA car originaire de pays d'endémie TB)

PCR CMV et Ag crypto car CD4<100

Recherche systématique histoplasmosse car originaire de zone d'endémie

Pas de scanne systématique en absence de symptômes

5. Dans quelles situations une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) est recommandé dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?

- A. Initiation d'un 1er traitement antirétroviral
- B. Switch de DTG/RPV (JULUCA@) aux antirétroviraux injectables CAB/RPV (VOCABRIA@/REKAMBYS@)
- C. Echec virologique avec émergence de mutations de résistance
- D. Grossesse
- E. Proposition de participation à un essai clinique de switch

Réponses : C, D

6. En ce qui concerne la réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) en cancérologie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?

- A. Une RCP oncologique sans infectiologue est suffisante pour le choix de chimiothérapie
- B. Une RCP oncologique avec infectiologue, virologue et pharmacologue est recommandé
- C. Une RCP oncologique pour les PVVIH est accessible dans toute la France 2 fois par mois
- D. La prise en charge des préventions et des complications des chimiothérapies requiert une expertise particulière à discuter en RCP
- E. La réunion nationale multidisciplinaire ONCOVIH n'est pas structurée comme une RCP

Réponses : A, B, C, D

7. En ce qui concerne l'évaluation des réunions de concertation multidisciplinaire (RCP), quelles propositions sont justes ?

- A. Il existe un haut niveau de preuve de l'efficacité des RCP en cancérologie
- B. Les études suggèrent une amélioration de la qualité de vie et du taux d'admission dans des essais cliniques en cancérologie
- C. Les études démontrent une amélioration sur le taux de survie en cancérologie
- D. Il existe des variations de la qualité du processus de prise de décision suivant la qualité des informations présentées
- E. Des données suggèrent une meilleure évolution virologique des patients discutés en RCP VIH

Réponses : B, D, E

8. Chez un patient habituellement indétectable présentant soudainement une charge virale à 167 copies/ml, je fais :

- A- un génotypage d'emblée
- B- un dosage d'antirétroviraux d'emblée
- C- un contrôle de la charge virale dans le mois qui suit
- D- un interrogatoire minutieux
- E- un contrôle des CD4

Réponses vraies: B, C, D

le génotypage d'emblée a peu de chances d'être rentable. De plus il n'est pas utile de faire un génotypage pour un blip potentiel. Il sera à envisager en cas d'échec virologique confirmé

Le dosage des ARV est susceptible d'aider à diagnostiquer une inobservance ou une interaction médicamenteuse

La charge virale doit être contrôlée dans le mois pour différencier un blip ou un rebond virologique, que l'on soit en situation de réplication virale faible ou d'échec virologique avéré

9. Que feriez-vous avant de switcher un patient en succès immunovirologique d'un traitement par TAF/FTC/BIC vers CAB/RPV ?

- A- vérifier son historique thérapeutique
- B- vérifier le tropisme viral
- C- vérifier le sous-type viral
- D- vérifier seulement le dernier génotype de résistance
- E- peser le patient

Réponses vraies : A, C, E

l'historique thérapeutique et le génotypage de résistance cumulé doivent toujours être contrôlés avant tout switch ARV

Le tropisme viral n'est pas associé à la résistance à CAB/RPV

Les sous-type viraux A1 et A6 sont associés à l'échec sous CAB/RPV, de même qu'un IMC élevé.

10. Madame K à 24 ans, vous la suivez pour une infection par le VIH depuis 5 ans. Elle a une excellente réponse immunovirologique et la CV est indétectable depuis 4 ans. Elle est sous TDF/FTC/DTG en une prise. Elle vous annonce qu'elle est enceinte de 3 mois.

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont correctes ?

- A. Vous changez le traitement pour une trithérapie comprenant ABC/3TC et du DTG
- B. Vous ne changez pas le traitement
- C. Vous réalisez des dosages au 3eme trimestre de manière systématique
- D. Vous proposez l'arrêt du DTG pour un IP

Réponse : B

11. Monsieur T a 35 ans, a toujours présenté une charge virale indetectable depuis la mise en route de son traitement il y a 5 ans par TAF/FTC/BIC. Son dernier génotype date de l'initiation et ne mettait pas en évidence de mutations. Il veut changer de traitement car il a entendu parler des prises de poids sous ce traitement et il veut moins de molécules. Son poids est stable depuis 3 ans (65 Kg pour 1m67). Il ne prend pas de traitement particulier en dehors de l'ésomeprazol lorsqu'il a des épigastralgies.

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles sont correctes ?

- A. Le fait que son poids est stable n'oriente pas pour un changement de traitement sur le seul motif du risque de prise de poids
- B. Vous pouvez lui proposer un traitement injectable (CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINE)
- C. Vous pouvez proposer DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINE
- D. Vous pouvez proposer DOLUTEGRAVIR /RILPIVIRINE
- E. Vous dosez l'ADN proviral

Réponses : ABC