

COLLÈGUE DES MALADIES INFECTIEUSES, DE MICROBIOLOGIE

ET DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

CAS CLINIQUE

Dr Rym ABID
Tunis le 9/1/2013

- Patient de 43 ans, célibataire
- VIH+ depuis 2002
- bilans juillet 2012
 - taux de CD4= 425/mm³
 - CV VIH= 5450 cp/ml



Y'A-T-IL UNE INDICATION À LA
TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ?



NON

- Pas d'infection opportuniste
- $CD4 > 350$
- CV basse



- Il consulte en janvier 2013 pour un magma d'adénopathies sous mandibulaires à droite, apparu depuis Novembre 2012



EXAMEN CLINIQUE

- État général altéré
- Candidose buccale
- Fébrile à 38°C
- Adénopathies sous mandibulaires droite
 - non douloureuse
 - non fistulisées
 - de 6 cm de grand axe
- Le reste de l'examen est normal



QUELS DIAGNOSTIC(S) ÉVOQUER?



- Maladie des griffes du chat
- Tuberculose ganglionnaire
- Néoplasie de la sphère ORL
- Lymphome
- Toxoplasmose



QUELLES EXPLORATIONS DEMANDER?



BIOLOGIE

○ NFS

- GB= 2800 /mm³ (lympho= 800 /mm³)
- Hb= 11 g/ dl
- Plq= 455000/ mm³

○ VS = 70 mm à h1 ; CRP = 68 mg/l

○ Infection rétrovirale

- taux de CD4= 110/mm³
- CV-HIV= 120000 cp/ml



- IDR négative
- Recherche de BAAR dans crachats négative
- Scanner thoraco-abominal: ADP médiastinales
necrosées sans atteinte parenchymateuse
pulmonaire
- Biopsie gg : inflammation granulomateuse avec
nécrose caséuse



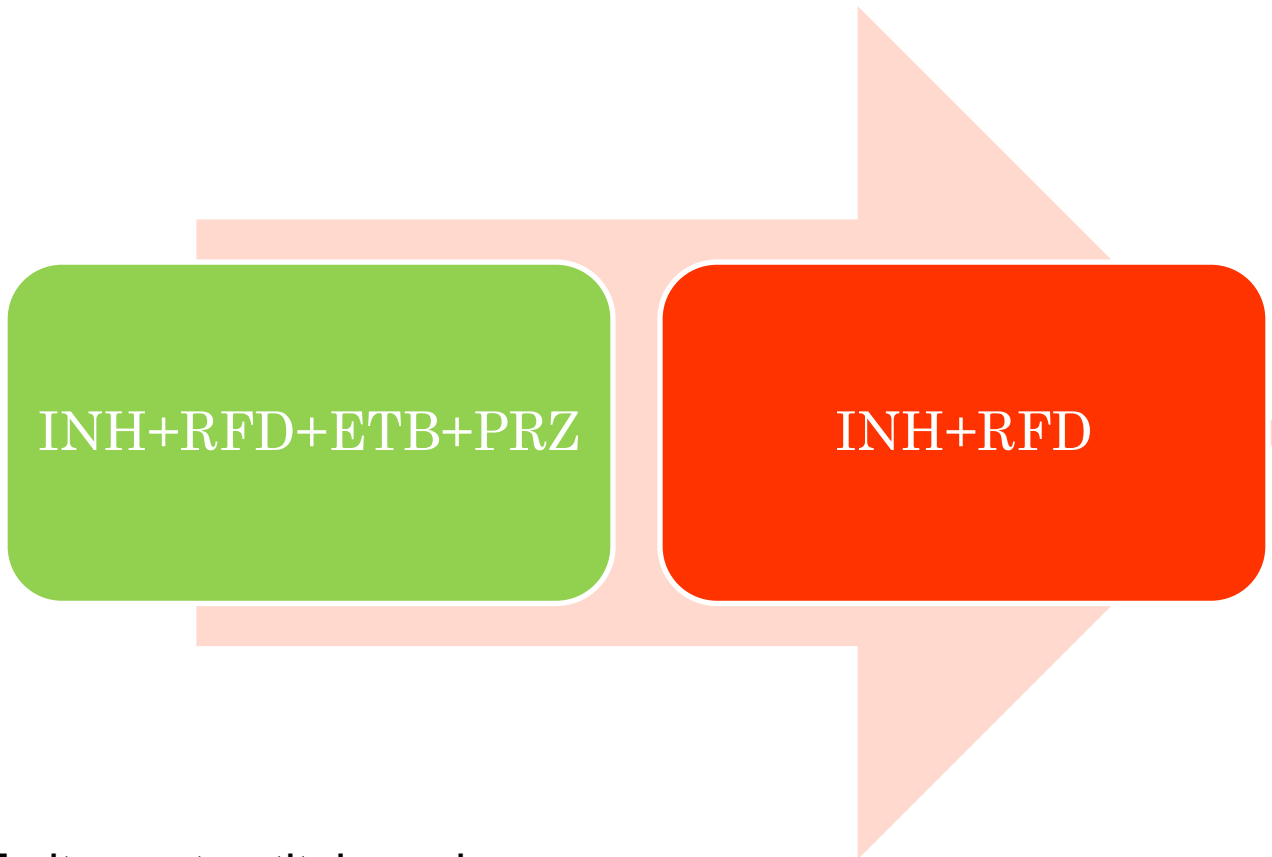
Tuberculose ganglionnaire chez un patient VIH +

Sans autres localisations
tuberculeuses



QUEL TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX VOUS PROPOSEZ?





Traitement antituberculeux

- en urgence
- conventionnel



ET LA TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE?



1. Pas d'indication
2. en urgence avant le ttt antituberculeux
3. À commencer immédiatement avec ttt antituberculeux
4. À commencer après le début du ttt antituberculeux
5. À commencer après le ttt antituberculeux



1. Pas d'indication
2. en urgence avant le ttt antituberculeux
3. À commencer immédiatement avec ttt antituberculeux
4. **À commencer après le début du ttt antituberculeux**
5. À commencer après le ttt antituberculeux

Délai à
attendre: 6-8
semaines

QUELLE TRITHERAPIE CHOISIR ? PROPOSITIONS? ARGUMENTEZ



ANTIRÉTROVIRAUX DISPONIBLES

INTI

AZT Rétrovir®

3TC Epivir®

D4T Zérit®

DDI Videx®

INNTI

Efavirenz
Stocrin®

IP

Indinavir
Crixivan®

Lopinavir
Kaletra®

- AZT+epivir+efavirenz 600mg
- AZT+ epivir+ efavirenz 800mg
- AZT+ videx + efavirenz 800mg
- Combivir+ efavirenz 800mg
- Videx+epivir+ indinavir
- Videx+epivir+ lopinavir
- Videx+epivir+ efavirenz 800mg



- AZT+epivir+efavirenz 600mg
- AZT+ epivir+ efavirenz 800mg
- AZT+ videx + efavirenz 800mg
- Combivir+ efavirenz 800mg
- Videx+epivir+ indinavir
- Videx+epivir+ lopinavir
- Videx+epivir+ efavirenz 800mg



2 INTI + 1 INNTI

- Eviter les IP car rifampicine inducteur enzymatique

→ Intérêt de la rifabutine en cas de prescription de IP:

moins inductrice+++



- 1 mois après l'instauration de la trithérapie antirétrovirale → augmentation de la taille des ADP cervicales avec fièvre
 - S'agit-il d'un échec thérapeutique?
 - Quelle est la conduite à tenir



- Il s'agit d' un **syndrome de reconstruction immunitaire IRIS**
- **CAT:** maintenir le traitement de la TBC et des ARV
+/- ajouter des corticostéroïdes



- Le patient a été mis sous:
 - AZT (300mg): 1cp x2/j
 - Epivir (150mg) 2cp/j en une seule prise
 - Stocrin: 800mg: le soir au coucher (Stocrin 600 mg + Stocrin 200 mg)



- À 3 mois de traitement antituberculeux/ 1 mois de trithérapie antirétrovirale:
 - Hb=6.5g/dl, VGM=95
 - ALAT/ASAT=166/142
- Interprétez? Que faire ?



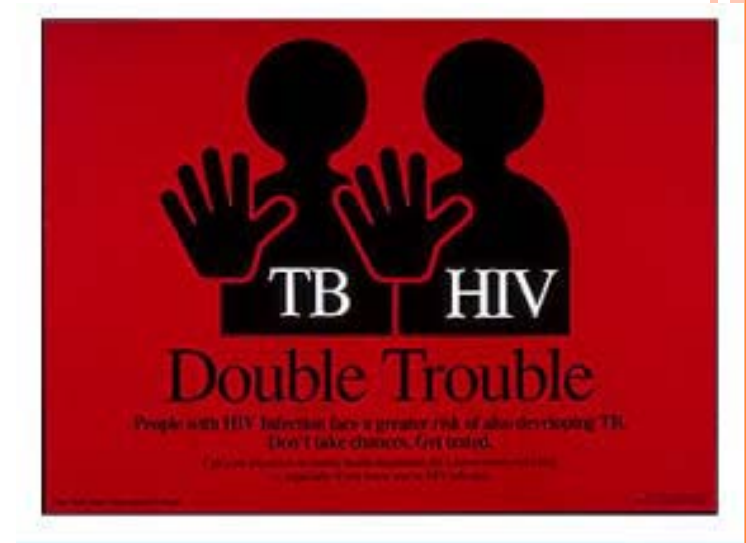
- Anémie macrocytaire: AZT+++
 - → Arrêt AZT
 - introduire un autre INTI (Zerit)

- Cytolyse hépatique: Stocrin, INH+++
 - test d'acétylation pour ajuster la dose d'INH
 - diminuer la dose de Stocrin à 600 mg
 - Si persistance de cytolysse remplacer Stocrin par un
3^{ème} INTI



RETENIR

- Chez les sujets VIH, la tuberculose est :
 - + fréquente
 - + grave
 - + difficile à diagnostiquer
 - + difficile à traiter



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**

