

Les infections opportunistes

Une infection opportuniste est une infection provoquée par un germe normalement présent dans l'organisme mais n'entraînant pas de maladie chez des personnes qui ne sont pas immunodéficientes.

Ces pathologies opportunistes touchent essentiellement les poumons (pneumocystose) , le cerveau (toxoplasmose), les yeux(rétinite à CMV) et le tube digestif (candidose oesophagienne);

Fréquence des infections opportunistes

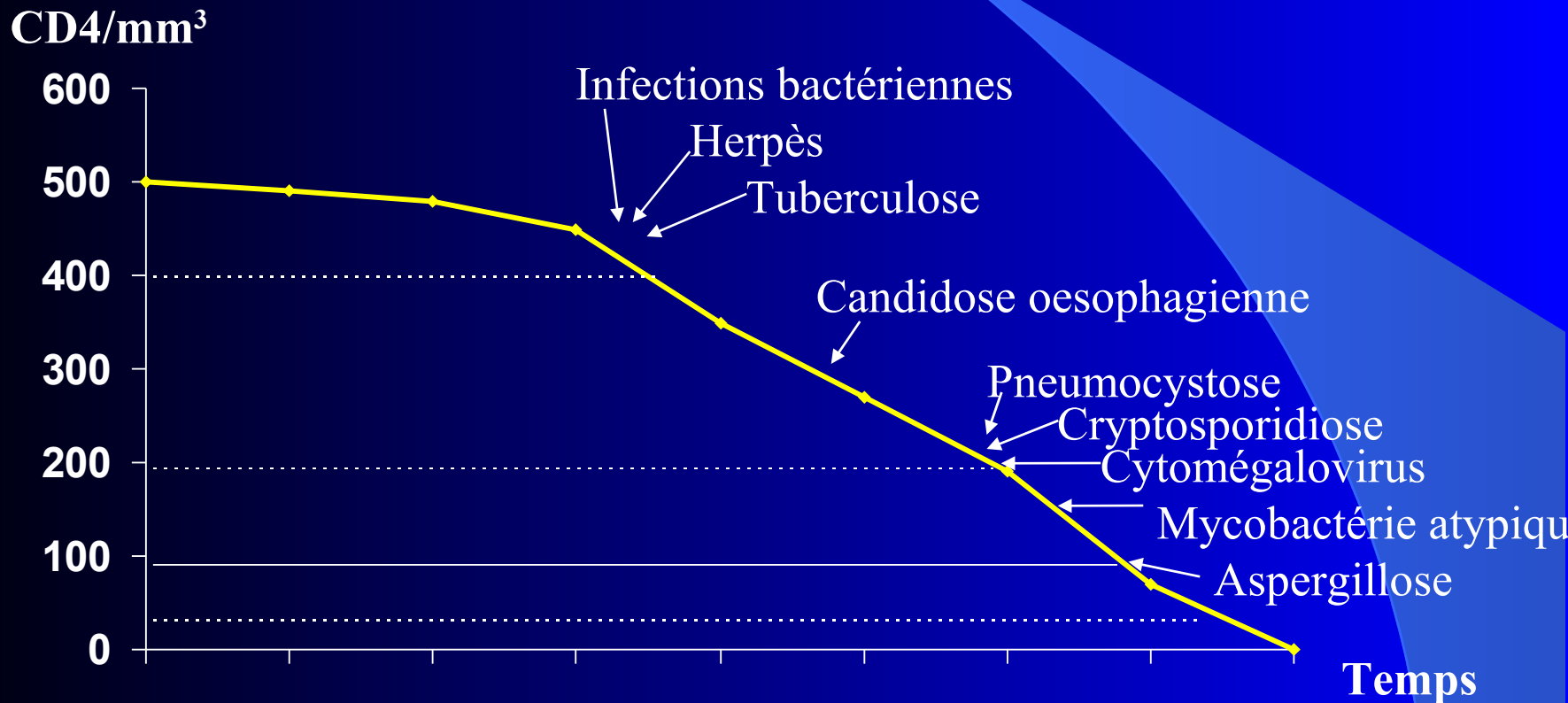
En France (2005)

- Entrée en stade sida :
 - Pneumocystose : 30%
 - Tuberculose : 18%
 - Toxoplasmose cérébrale : 15%
 - Candidose oesophagienne : 14%
 - Sarcome de Kaposi : 9%
 - Infection à CMV : 7%
 - Lymphôme : 5%
 - Encéphalite à CMV:4%

Fréquence des infections opportunistes en France (2005)

- Avec un traitement pré-sida :
 - Tuberculose : 18%
 - Pneumocystose : 17%
 - Candidose oesophagienne : 16%
 - Lymphôme : 13%
 - Sarcome de Kaposi : 8%
 - Toxoplasmose cérébrale : 7%
 - Encéphalite à VIH : 6%
 - Infection à CMV : 3 %

Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



PNEUMOCYSTOSE

C'est l'infection opportuniste la plus fréquente . Elle représente la manifestation inaugurale la plus fréquente du Sida

C'est une infection pulmonaire qui est due à un micro-organisme : le pneumocystis-carinii

En l'absence de traitement, elle évolue vers l'insuffisance respiratoire aigue et le décès du patient

Clinique

Signes pulmonaires :

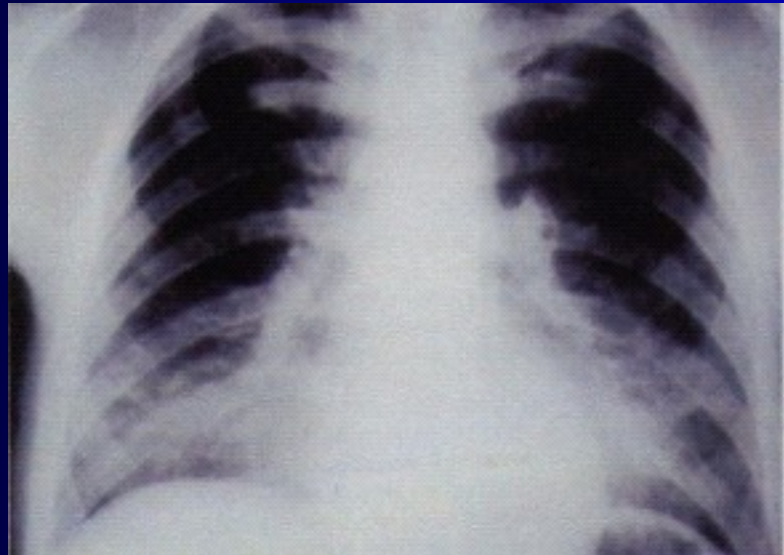
- Toux sèche
- Dyspnée d'effort puis permanente
- Hypoxie

Signes généraux :

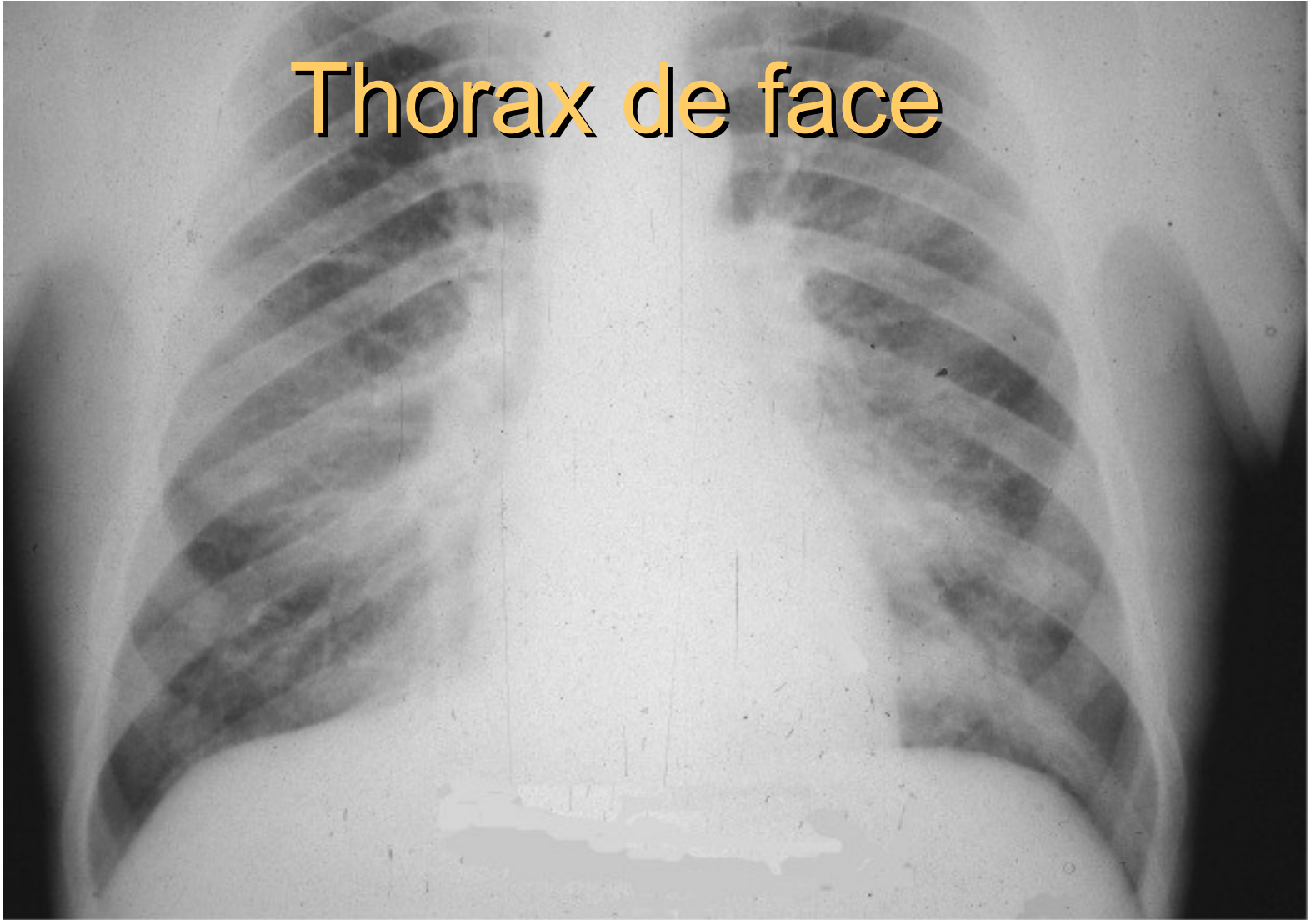
- Fièvre d'intensité variable
- Altération de l'état général : asthénie, amaigrissement

Diagnostic

- Radio pulmonaire : Syndrome intersticiel typique



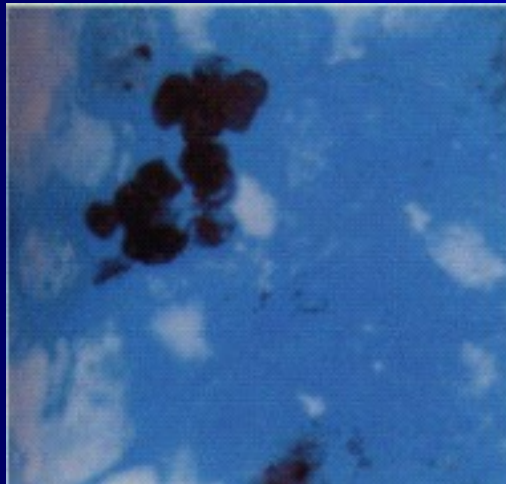
Thorax de face



Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*

Diagnostic

- Lavage broncho-alvéolaire (LBA) réalisé lors d'une fibroscopie pulmonaire et permettant une mise en évidence rapide du pneumocystis carinii (résultats dans la journée) grâce à une méthode de coloration



Traitement d'attaque:

- Traitement en intra-veineux, en milieu hospitalier pendant 21 jours :
 - Bactrim (effets secondaires : chute du taux de globules blancs)
 - Pentacarinat (surveillance importante car risque d'hypotension, d'hypoglycémie)
 - Wellvone en dose curative selon patient : 1CM x 4 par jour
- Traitement symptomatologique associé :
 - Oxygénothérapie

Traitement d'entretien

- Un traitement prophylactique secondaire doit être instauré sous peine de récurrence. Deux possibilités :
 - Bactrim : un comprimé par jour
 - Pentacarinat : un aérosol mensuel, réalisé avec un appareil spécial(respigard) permettant de respirer le produit en circuit fermé.
 - Wellvone : 1 CM x2 par jour
- Prophylaxie primaire : instaurée lorsque les CD4 chutent en dessous de 200 / mm³ elle reprend le même traitement que la prophylaxie secondaire citée ci-dessus.

CANDIDOSE

La candidose est due à une levure, le candida (le plus fréquent est le candida albicans).

elle est fréquente chez les patients VIH et survient à tous les stades de l'infection.

- La candidose buccale fait partie des infections mineures liées au VIH
- La candidose oesophagienne fait partie des infections opportunistes

Clinique

- **Candidose buccale** : Elle peut être de 4 types :
 - érythémateuse (lésions rougeâtres sur le palais et la face dorsale de la langue)
 - pseudomembraneuse (plaques blanchâtres, détachables touchant toutes les régions de la cavité buccale)
 - perlèche (érythème fissuré de la commissure labiale)
 - hyperplasique chronique (lésions blanchâtres légèrement surélevées sur les muqueuses jugales)

Clinique

- Candidose oesophagienne:

Survenue d'une dysphagie brutale
avec anorexie et amaigrissement

Diagnostic

Il repose surtout sur l'examen clinique de la bouche (mise en évidence de levures) et la fibroscopie gastrique (aspect macroscopique);

culture de prélèvements recueillis à partir des lésions (prélèvements de bouche et gargarisme)



Candidoses oro-pharyngées

Traitement

- Candidose buccale

Fungizone Sirop

Bain de bouche bicarbonaté

- Candidose oesophagienne ou buccale récidivante:
Triflucan: injectable ou per os selon la gravité des lésions pendant 10 à 21 jours

En cas d'inefficacité du triflucan il existe d'autres traitements : Amphotéricine B, Ambisome

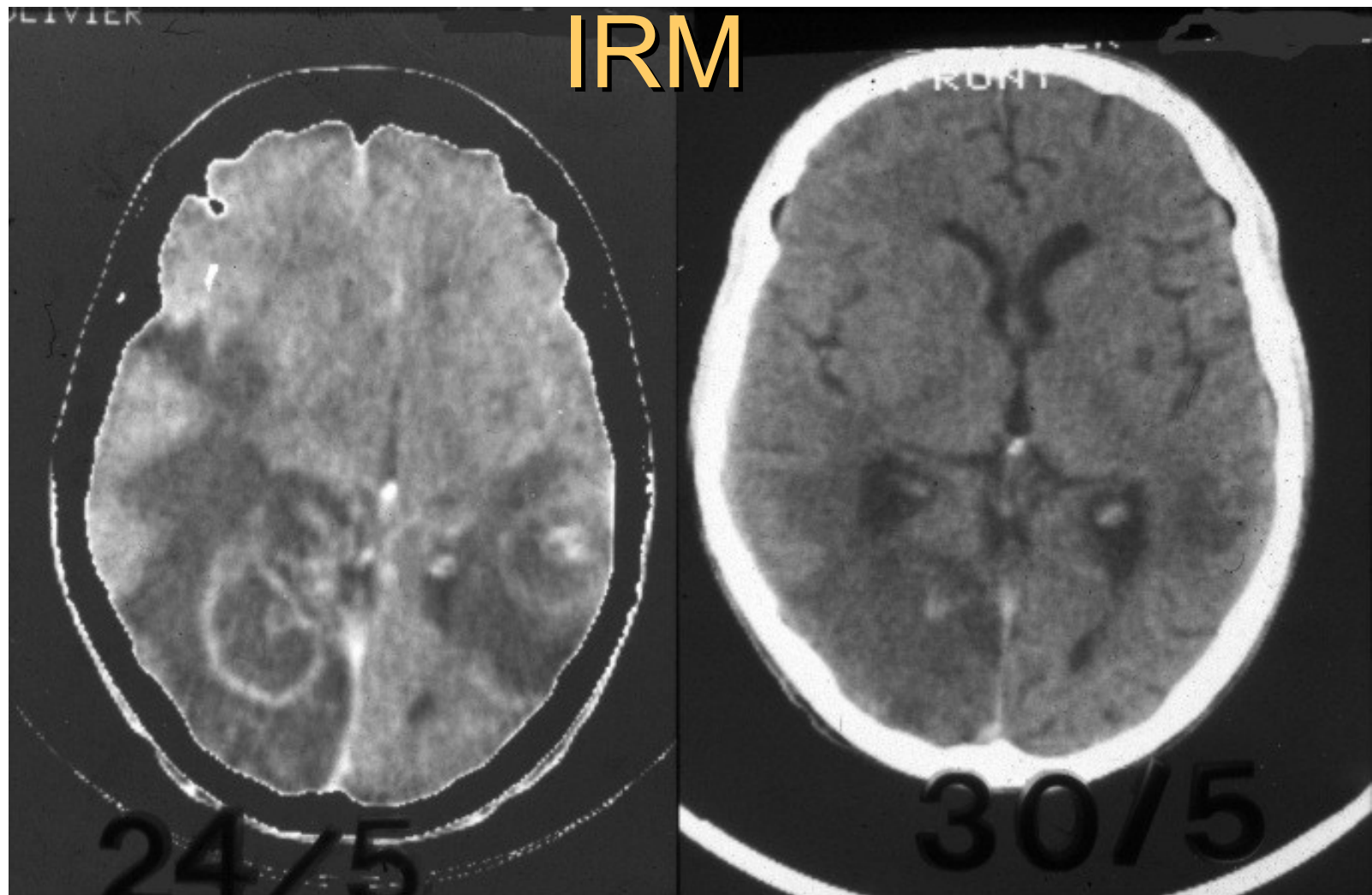
TOXOPLASMOSE

- La toxoplasmose est une infection due à un parasite : le toxoplasme (*Toxoplasma gondii*).
- C'est habituellement une infection bénigne qui touche environ 80 % de la population et passe le plus souvent inaperçue.
- Elle ne provoque des manifestations graves que chez les personnes immunodéprimées ou chez le fœtus au cours de la grossesse.
- La contamination provient de légumes ou fruits souillés par la terre, la viande mal cuite ou par contact avec les chats.

- Chez les sujets immunodéprimés, le toxoplasme peut toucher toutes les viscères (poumon, myocarde..) mais le plus fréquent est la toxoplasmose cérébrale.
- Le toxoplasme crée, au niveau cérébral, des abcès. Ces abcès entraînent la formation d'un œdème cérébral avec un fort risque de convulsions.

Clinique

- **Toxoplasmose cérébrale:**
- - Fièvre modérée, aux alentours de 38°C
- - Céphalées permanentes
- - Crises convulsives
- - Troubles de la conscience d'intensité variable, selon la localisation des abcès :
- De la simple obnubilation jusqu'au coma profond.
- - syndrome déficitaire variant selon la localisation de l'abcès :
Hémi-parésie, aphasie, hémiplégie, déficit du champ visuel
- - Troubles du comportement, agitation
- **Autres localisations :**
- Pas de signes spécifiques, ils dépendent de la localisation (ex : atteinte rétinienne : baisse de l'acuité visuelle; atteinte pulmonaire : signes d'une pneumopathie classique...)



Abcès souvent multiples (80 %) à l'inverse du lymphome

Diagnostic

- Toxoplasmose cérébrale :
- **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ou scanner :**
l'image est très évocatrice des abcès toxoplasmiques avec des zones d'hyperdensité prenant le contraste en périphérie (lésion en forme de cocarde).
- Les lésions peuvent être isolées ou multiples.
- Autres localisations :
- Rétinite à toxoplasme : **Fond d'œil.**
- Autres : **biopsie de la zone touchée.**

Traitement

- Traitement d'attaque :

- traitement anti-parasitaire pendant 6 à 8 semaines associant :

Malocide, avec une dose de charge le premier jour de 100 mg puis un comprimé de 50 mg par jour;

Adiazine 4 à 6 g par jour en 4 prises.

- Une corticothérapie (Solumédrol) ainsi qu'un traitement anti-oedémateux (Manitol) afin de diminuer l'œdème.
- Un traitement anti-convulsivant (Rivotril).
- Un traitement par acide folinique (Lederfoline) pendant toute la durée du traitement d'attaque afin de prévenir le risque de pancytopénie liée aux traitements anti-parasitaires.

- **Traitement d'entretien :**

- Un traitement d'entretien est indispensable après le traitement d'attaque. Celui-ci devra être poursuivi au long cours sous peine de récurrence.
- Ce traitement est le même que le traitement anti-parasitaire mais à doses moins fortes.

- **Prophylaxie primaire :**

- Lorsque les CD4 descendent au dessous de 200 par mm³ et que la sérologie toxo est positive, on met en route un traitement préventif. Il s'agit du Bactrim à raison d'un comprimé par jour ou Wellvone 1CM x 2 par jour.
- Si la sérologie toxo est négative, il faut adopter des règles d'hygiène strictes afin d'éviter une séroconversion et celle-ci doit être contrôlée régulièrement.

Le sarcome de KAPOSI

- C'est une tumeur touchant principalement les patients homosexuels.
- Clinique :
- Sa localisation peut être cutanée ou viscérale (pulmonaire, digestif, muqueuse buccale...)
- Lésions nodulaires violacées, bien délimitées, de taille variable (quelques millimètres à plusieurs centimètres)
- Les lésions peuvent être uniques mais sont très souvent multiples, disséminées sur l'ensemble du corps.

- Leur évolution est imprévisible : elle peut être lente sur plusieurs années ou au contraire très rapide en quelques semaines.
- Les lésions sont indolores. Elles peuvent devenir très douloureuses lorsqu'elles sont étendues et qu'elles entraînent un lymphoedème voire une surinfection.
- Selon les localisations viscérales d'autres signes peuvent être associés : douleurs abdominales, diarrhées, signes pulmonaires...



Sarcome de Kaposi

Diagnostic

- Le seul moyen de diagnostic est une biopsie de la lésion afin d'en faire une étude histologique (biopsie cutanée ou de la muqueuse touchée).

Traitement

- De nombreux traitements sont possibles, allant du traitement local jusqu'aux chimiothérapies lourdes.
- Traitements locaux :
 - - cryothérapie;
 - - laser;
 - - radiothérapie superficielle;
 - - injection in situ de chimiothérapie.

● Traitements généraux :

- surtout par les ARV
- Chimiothérapie lourde anti-tumorale.

Monothérapie ou association :

Caelyx

Bléomycine, vincristine, vinblastine...

INFECTIONS A CMV

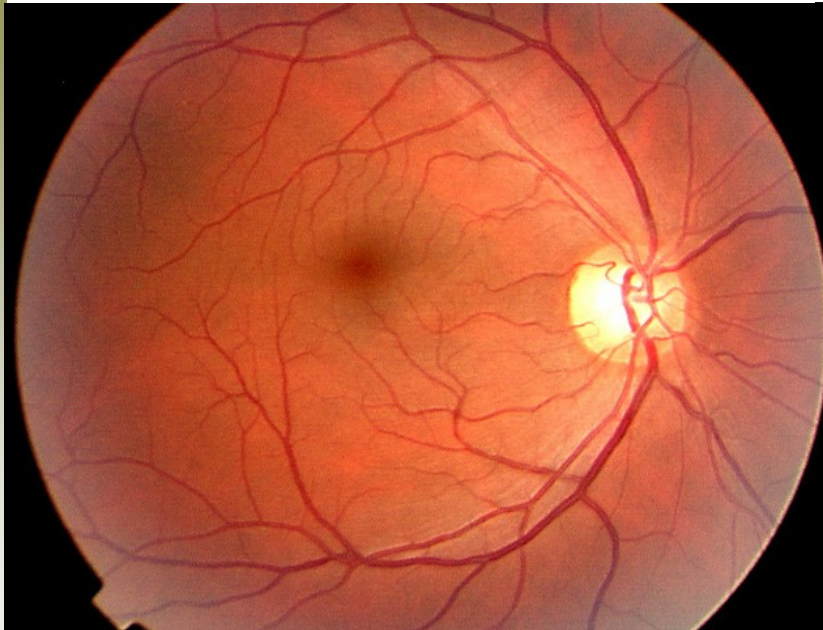
- Les infections à CytoMégaloVirus sont des infections dues à un herpès virus
- Toutes les localisations sont possibles : poumon, foie, système nerveux, système digestif...
 - mais dans 70% des cas la localisation est oculaire (Rétinite à CMV)
 - Colon ensuite

Clinique

Les signes dépendent de l'organe touché

- **Rétinite à CMV** : les signes peuvent être une simple diminution de l'acuité visuelle mais peuvent évoluer rapidement vers la cécité en l'absence de traitement
- **Colite à CMV** : elle se manifeste par des diarrhée et s'accompagne d'une altération de l'état général, de fièvre et de douleurs abdominales

- **Encéphalite à CMV** : elle peut se manifester par des troubles du comportements associés ou non à de la fièvre
- **Oesophagite à CMV** : elle se manifeste par des douleurs épigastriques, des sensations de brûlures oesophagiennes auxquelles sont associés une anorexie et un amaigrissement



Fond d'œil normal



Rétinite à CMV

Diagnostic

- **Rétinite à CMV** : Fond d'œil (présence d'un exsudat floconneux associé à des plages de nécrose hémorragique)
- **Autres localisation** : biopsie de la zone concernée (colique, pulmonaire, cérébrale...) afin de mettre en évidence le virus en culture

Traitement

Le traitement d'attaque est lourd et nécessite une hospitalisation. Il dure environ 3 semaines et n'existe que par voie injectable. Il peut nécessiter la mise en place d'un PAC (Port à Cath), chambre implantable permettant l'administration de traitement IV

On a le choix entre trois traitements :

- **CYMEVAN** : perfusion intraveineuse d'une heure, 2 fois par jour. Flacon de poudre à reconstituer en prenant des précautions (mettre sur-blouse, gants, masque et lunettes car toxicité cutanée) Effets secondaires : Toxicité hématologique (diminution du taux des globules blancs)
- **FOSCARNET** : perfusion intraveineuse d'une heure, 2 fois par jour espacées de 12 heures. Flacon tout prêt, pas de précaution particulière lors des manipulations. Nécessité d'une hydratation associée par voie IV à raison de 1 litre de sérum salé isotonique par jour car risque élimination rénale.
- Effets secondaires : insuffisance rénale, ulcérations génitales

- **CIDOFOVIR** : perfusion intraveineuse d'une heure une fois par semaine. Précautions de préparation identiques au Cymévan . Ce traitement nécessite une hospitalisation de 24 heures lors de chaque perfusion car il est nécessaire d'y associer une hydratation intraveineuse de 1 heure avant et 3 heures après l'administration du traitement ainsi que l'administration d'un traitement protecteur de vessie car élimination urinaire (vérifier la fonction rénale et l'absence de protéinurie le jour de l'administration du traitement)

● Traitement d'entretien :

Un traitement d'entretien est indispensable après le traitement d'attaque. Celui-ci devra être poursuivi **au long cours**.

Rovalcyte 1cp x2 par jour.

Et pour quelques patients, il reprend les mêmes médicaments précédemment cités à raison de


- une perfusion 1h/j pour le Foscarnet et le Cymévan
- une perfusion tous les 15 jours pour le Cidofovir avec le même protocole d'hydratation en hospitalisation 24h

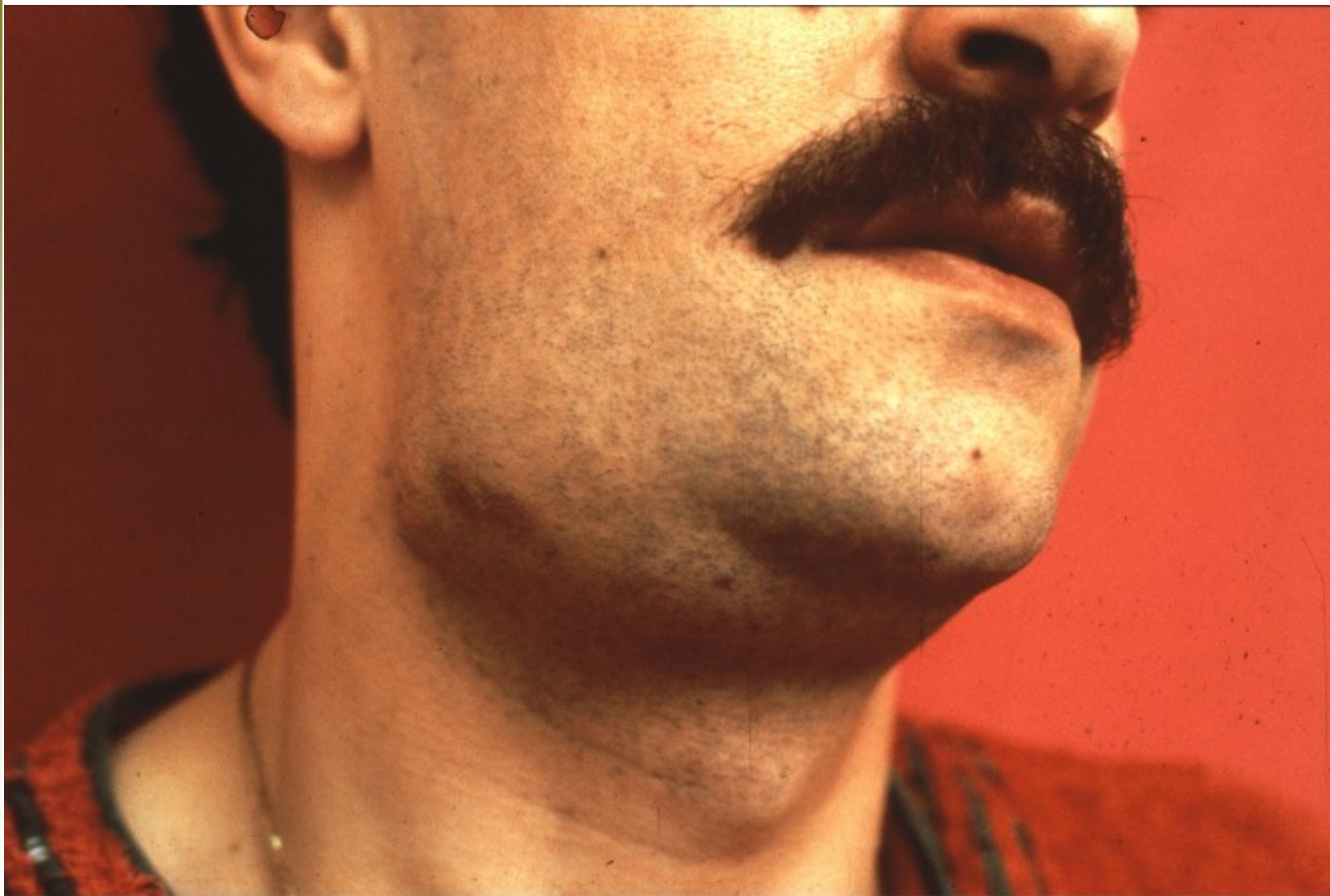
LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS

- Prévalence : 3 à 5% avec une tendance à l'augmentation
- Il y a plusieurs types histologiques dont le plus fréquent est le Burkitt
- Peut survenir à tous les stades de l'infection
- Fréquence chez le VIH : 200 à 500 fois plus élevée que dans la population générale

Présentation Clinique

- Atteintes principales :

- 1 - ganglionnaire : 
 - Superficielle
 - Profonde : lombo-aortique
(examens complémentaires comme le scanner)
- 2 - Système nerveux : tumeur (manifestation idem à la toxo ± signes neuropsychiatriques)
- 3 - Atteinte digestive :
 - Diarrhées persistantes
 - Douleurs abdominales
 - Occlusion intestinale



Lymphome

- **Le diagnostic :**



Eléments présumptifs

- Scanner

- IRM



Certitude :

Biopsie ganglionnaire

+

Biopsie médullaire (++++)

Prise en charge

- Bilan d'extension
- Traitement : multidisciplinaire
 - (Hématologue – Oncologue – Maladies Infectieuses)

La même chimiothérapie que le patient non VIH, le taux de réponse était plus faible, actuellement association d'autres traitements (Protocoles dans le service)