
Infections opportunistes

Cas cliniques / infirmier(e)s

**DIU de Prise en charge de PvVIH
au Burundi et dans la région des Grands Lacs**

**M. Gousseff
24/11/2015**

Objectif général

Savoir diagnostiquer et prendre en charge les principales infections opportunistes

Objectifs spécifiques (1)

Connaitre

- les bases sémiologiques de l'examen clinique
 - les principes de l'approche syndromique
 - les principales causes chez les PvVIH
 - De toux / douleur thoracique
 - De diarrhées aiguës / chroniques
 - De céphalées / signes neurologiques
 - De fièvre isolée
 - De lésions cutanées ou génitale
-

Objectifs spécifiques (2)

- Savoir dépister et traiter
 - une candidose œsophagienne,
 - une infection à HSV
 - Connaitre les modalités thérapeutiques des autres IO
 - Savoir quand introduire un TARV en cas d'IO / connaître l'IRIS (rappels)
-

Abbréviations

- AEG : altération de l'état général
- DOT : directly observed therapy
- EFV : efavirenz
- IP : inhibiteur de protéase
- N : normal(e)
- NVP : nevirapine
- PvVIH : personne vivant avec le VIH
- TARV : traitement anti-rétroviral
- TTT : traitement

Rappels de sémiologie

Signes cliniques → quelles questions se poser ?

Rappels de sémiologie

- Gravité ?
 - Chez qui ?
 - Avec qui ?
 - Depuis quand ?
 - Avec quoi ?
 - Comment ?
-

Rappels de sémiologie

- **Gravité ?** → paramètres vitaux, dysfonction d'organe
 - **Chez qui ?** → Terrain, CD4
 - **Avec qui ?** → Entourage, contagé
 - **Depuis quand ?** → Aigue, subaigu, chronique
 - **Avec quoi ?** → Fièvre, AEG, signes d'accompagnement
 - **Comment ?** → mode d'installation, caractéristiques des douleurs, des sécrétions (expectorations, diarrhées...), de la fièvre...
-

Rappels de sémiologie

- Signes de gravité
 - Définitions :
 - céphalées
 - hémiparésie
 - tétraparésie
 - paraparésie
 - défense
 - contracture
 - dyspnée
 - prurit
 - purpura
 - ictère
-

Expliquer le principe d'une
approche syndromique

Elaborer un algorithme décisionnel

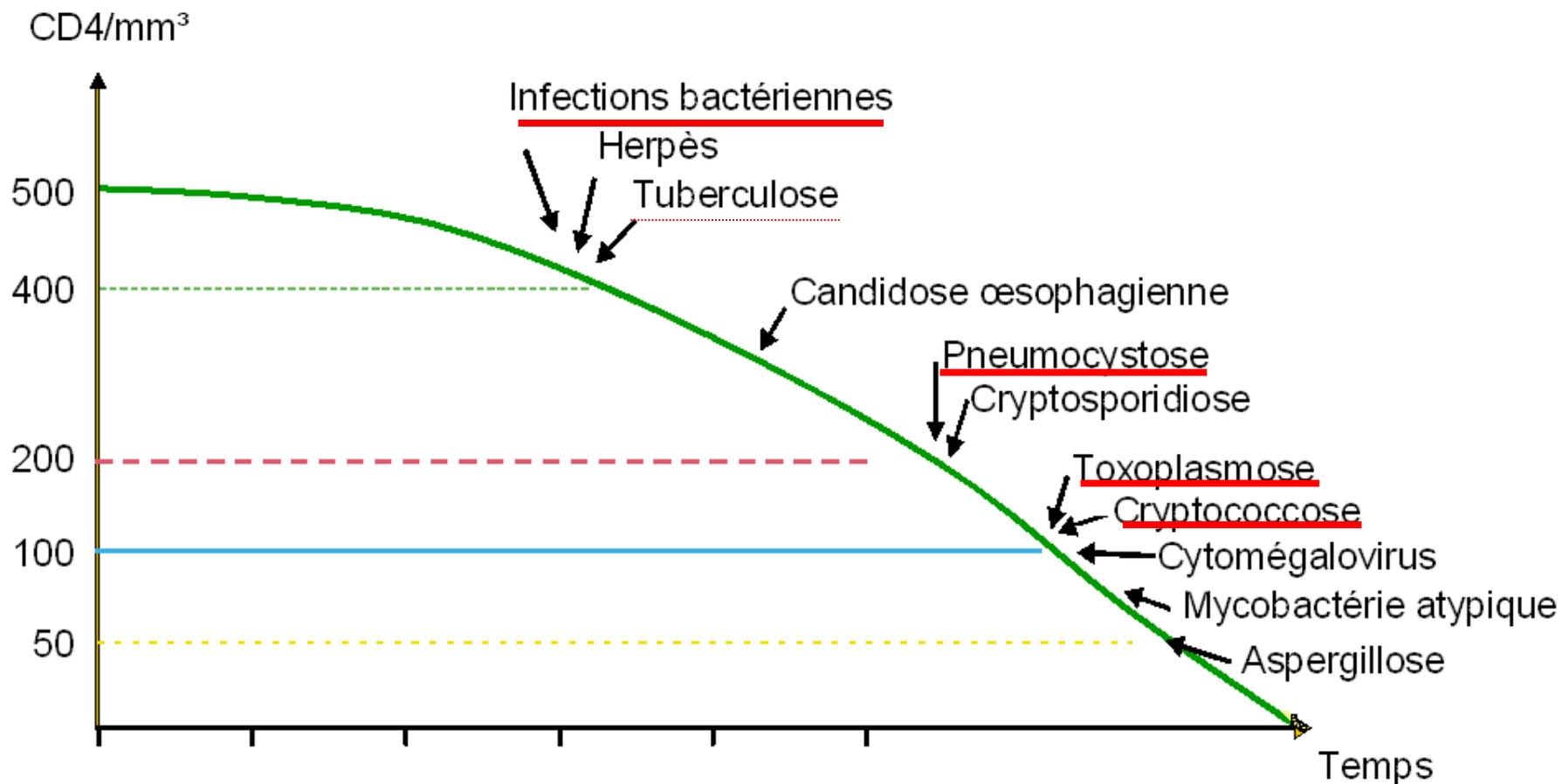
Approche syndromique

- La maladie est-elle PROBABLE ?
 - Sémiologie
 - CD4
 - Epidémiologie locale et actuelle
 - La maladie est-elle TRAITABLE ?
 - La maladie est-elle GRAVE ?
 - Existe-t-il un TEST DIAGNOSTIC ?
-

Approche syndromique

- « utiliser au mieux des moyens limités pour le maximum de patients »
- **Diagnostic UTILE**
- « compromis »
 - Probabilité de la maladie
 - Possibilité diagnostique
 - Possibilité thérapeutique (médicament **réellement** disponible)
 - + urgence diagnostique
- Algorithme par élimination / simplification

Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



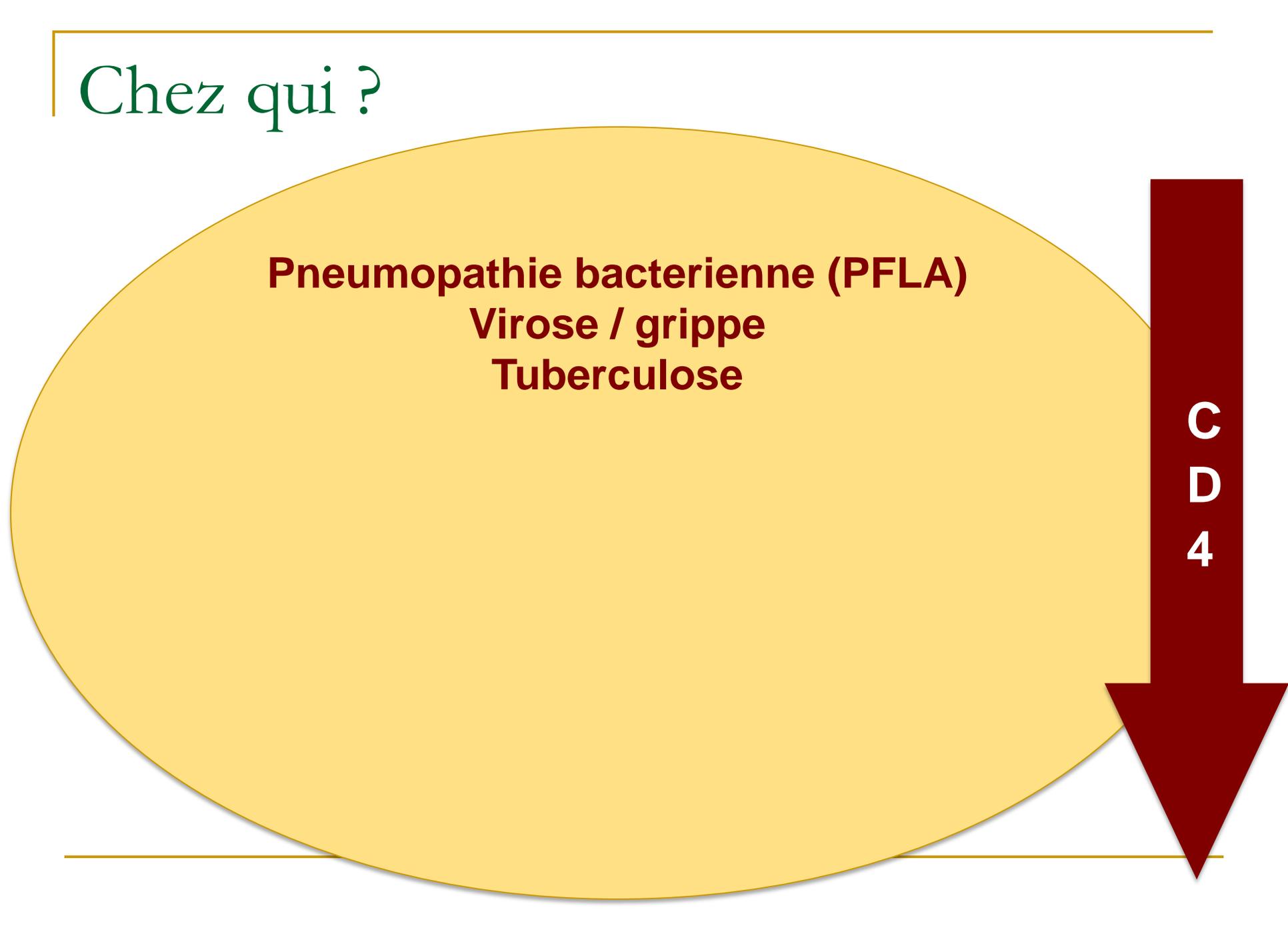
3 principales causes de mortalité : TB, Toxoplasmose, septicémie Gram-
(Lucas AIDS, 1993: Côte d'Ivoire)

Toux chez une PvVIH

Chez qui ?

Pneumopathie bactérienne (PFLA)
Virose / grippe
Tuberculose

C
D
4

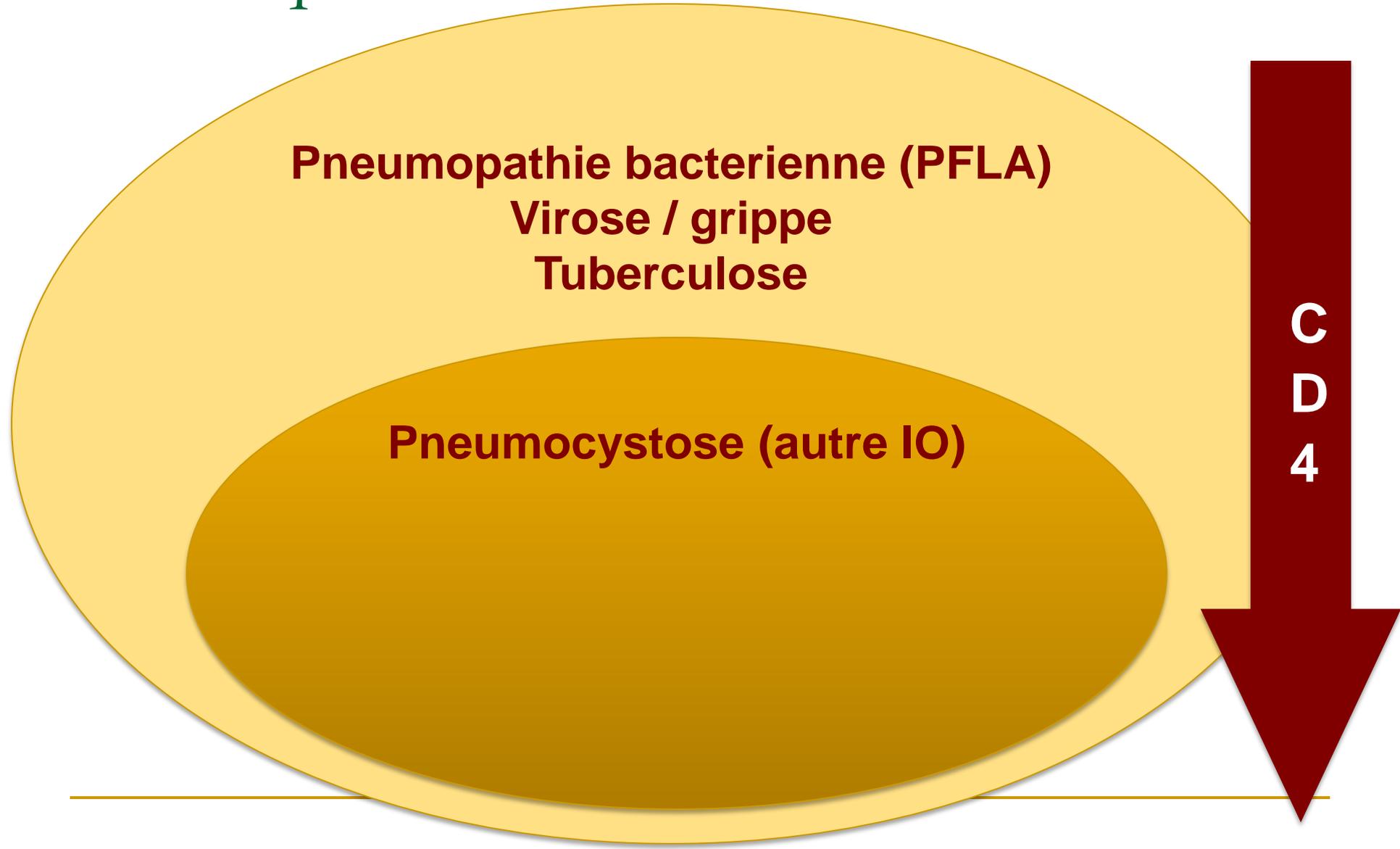


Chez qui ?

Pneumopathie bacterienne (PFLA)
Virose / grippe
Tuberculose

Pneumocystose (autre IO)

C
D
4



Chez qui ?

**Pneumopathie bactérienne (PFLA)
Virose / grippe
Tuberculose (histoplasmosse)**

Pneumocystose (autre IO)

**CMV
Cryptococcose
Aspergillose**

**C
D
4**

Avec qui ?

- Contexte épidémique, contagage ?
 - Cas isolé ?
-

Avec qui ?

- Contexte épidémique, contagage
 - Virose/grippe
 - TB
 - Cas isolé
 - PFLA
 - TB
 - PCP
 - Autre (paludisme)
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Brutal (1)

- ❑ frissons, douleur thoracique,
- ❑ crachats purulents +/- rouillés (+/- ictère),
- ❑ foyer lobaire +/- épanchement



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Brutal (1)

- frissons, douleur thoracique,
- crachats purulents +/- rouillés (+/- ictère),
- foyer lobaire +/- épanchement
 - → PFLA (pneumocoque)
 - Rechercher sepsis sévère
 - +/- référer, hospitalisation
 - Amoxicilline 1g*3/j, 7 j
 - Revoir à J2-J7



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Brutal (2)

- Céphalées, myalgies,
 - Rhinorrhée, conjonctivite, odynophagie,
 - Auscultation normale
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Brutal (2)

- Céphalées, myalgies,
- Rhinorrhée, conjonctivite, odynophagie,
- Auscultation normale
 - → virose / grippe
 - TTT symptomatique,
 - Revoir à J2 (+/-J7)

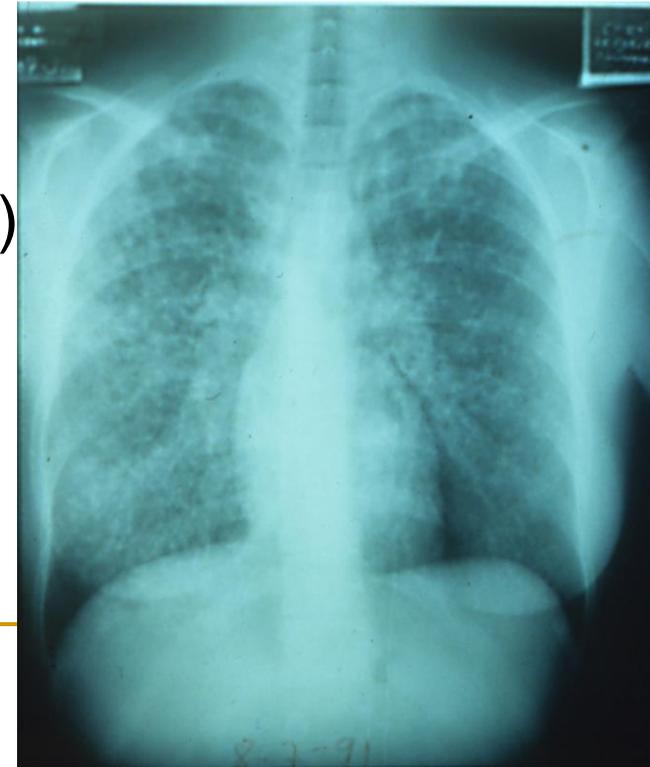
Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Sub aigu (1)
 - AEG modérée, dyspnée croissante,
 - Auscultation N ou crépitants fins diffus



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Sub aigu (1)
 - AEG modérée, dyspnée croissante,
 - Auscultation N ou crépitants fins diffus
 - → Pneumocystose (rare Burundi)
 - Cotrimoxazole F 2 cp*3 21j
 - +/- référer et CT si sévère (hypoxie)
 - Prophylaxie II cotrimoxazole F 1/j
 - (miliaire TB)



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Sub aigu (2) à chronique (> 15 jours)
 - Evolution > 15j, AEG importante, sueurs nocturnes, fièvre vespérale, peu dyspnéique,
 - Auscultation N, ou crépitants, ou souffle tubaire,
 - +/- hémoptysie



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Sub aigu (2) à chronique (> 15 jours)
 - Evolution > 15j, AEG importante, sueurs nocturnes, fièvre vespérale, peu dyspnéique,
 - Auscultation N, ou crépitants, ou souffle tubaire,
 - +/- hémoptysie
 - → TB
 - (histoplasmosse)



Prise en charge initiale d'une tuberculose

- Isolement respiratoire / dépistage entourage
 - Recherche localisation extra pulmonaire
 - Recherche de BAAR
 - crachats*3/j
 - +/- autres sites (ponction abcès, ganglions)
 - n'élimine pas le diagnostic si négative
 - Amoxicilline en attendant BK
-

Prise en charge spécifique d'une tuberculose

Prise en charge spécifique d'une tuberculose

- HRZE (IREP) 2 mois, HR 4 mois (+ long si osseuse ou neurologique)
 - DOT
 - TARV après min > J15 (plus si $CD4 > 50/mm^3$)
 - → EFV
 - Pas de NVP ni IP
 - surveillance NFS, créatinine, transaminases
 - Contrôle BK crachats M2-M5-M6,
-

Diarrhée chez une PvVIH

Chez qui ?

Salmonella, Campylobacter, Shigella
***E. coli* invasif ou toxinog, *Staph.* (TIAC)**
Virose
Paludisme, giardiose, helminthose

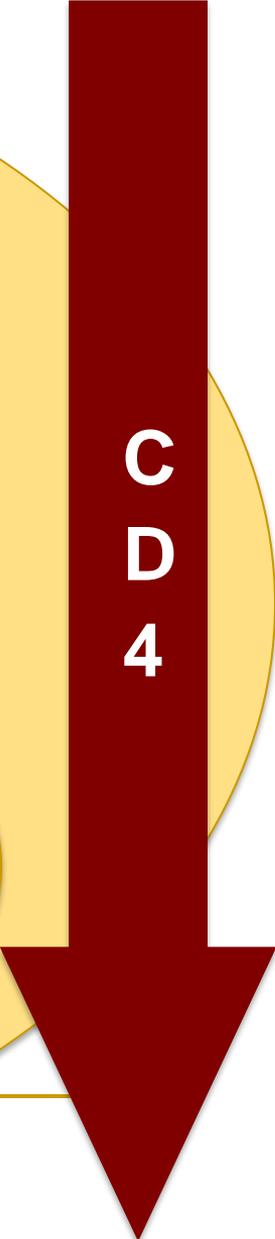
**C
D
4**

Chez qui ?

Salmonella, Campylobacter, Shigella
***E. coli* invasif ou toxinog, *Staph.* (TIAC)**
Virose
Paludisme, giardiose, helminthose

Cryptosporidiose,
isosoporose,
microsporidiose
(CMV)

C
D
4



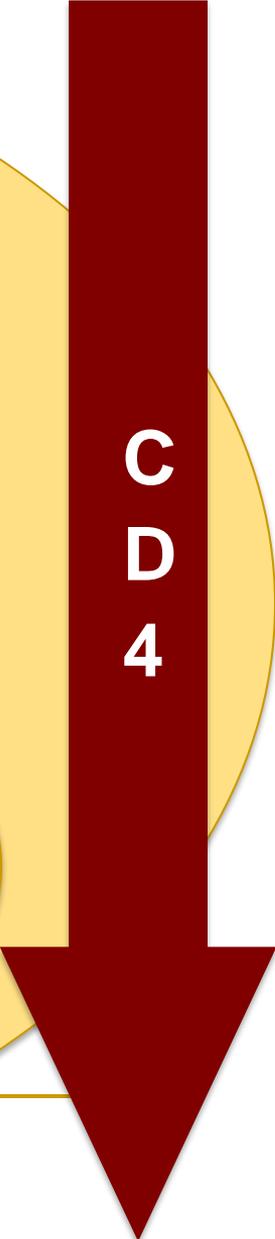
Chez qui ?

Salmonella, Campylobacter, Shigella
***E. coli* invasif ou toxinog, *Staph.* (TIAC)**
Virose
Paludisme, giardiose, helminthose

Cryptosporidiose,
isosporose,
microsporidiose
(CMV)

(Mycobacteries
atypiques)

C
D
4



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Aigue

- Glairo-sanglantes,
 - Douleurs abdo, fièvre,
 - +/- sepsis sévère
 - Aqueuses, non sanglantes,
 - +/- fébriles
 - Aspécifique
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Aigue

- Glairo-sanglantes,
- Douleurs abdo, fièvre,
- +/- sepsis sévère
 - → bactéries invasives
- Aqueuses, non sanglantes,
- +/- fébriles
 - → virose ou bactéries toxigènes
- Aspécifique
 - paludisme

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Aigue

- Glairo-sanglantes,
- Douleurs abdo, fièvre,
- +/- sepsis sévère
 - → bactéries invasives
 - Hémocultures, (coproculture)
 - Antibiothérapie (ciprofloxacine, ceftriaxone)
 - +/- référer
- Aqueuses, non sanglantes,
- +/- fébriles
 - → virose ou bactéries toxigènes
 - Traitement symptomatique
- Aspécifique
 - paludisme
 - Traitement anti paludique

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Sub aiguës

- Sanglantes,
 - Douleurs abdominales (colite) ?
 - Dysphagie (oesophagite) sans candidose buccale ?
 - Peu douloureuses
 - Transit variable
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Sub aigues

- Sanglantes,
 - douleurs abdominales (colite)
 - dysphagie (oesophagite)
 - → CMV
 - Peu douloureuses
 - transit variable
 - Parasitoses
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

■ Sub aigues

- Sanglantes,
- douleurs abdominales (colite)
- dysphagie (oesophagite)
 - → CMV
 - Autres localisations ? (œil, foie, poumon)
 - (endoscopies + biopsies)
 - TTT symptomatique (ganciclovir)
- Peu douloureuses
- transit variable
 - Parasitoses

-
- TARV

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Chroniques : référer si sévère
 - Abondantes, AEG, deshydratation, dénutrition
 - Phases transit N
 - Peu ou pas de fièvre ni douleurs abdominales
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment ?

- Chroniques : référer si sévère
 - Abondantes, AEG, deshydratation, dénutrition
 - Phases transit N
 - Peu ou pas de fièvre ni douleurs abdominales,
 - → Parasitoses : cryptosporidiose, isosporose, microsporidiose, giardiose
 - (EPS)
 - (Mycobacterioses atypiques)
-

Prise en charge de la diarrhée chronique

Prise en charge de la diarrhée chronique

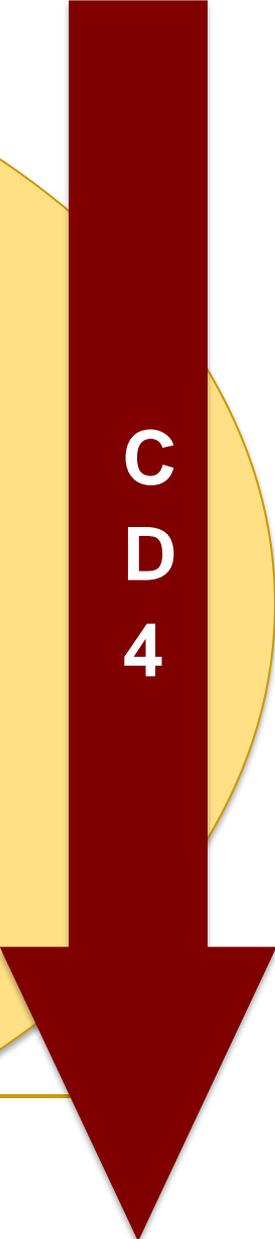
- Traitement symptomatique
hydratation + renutrition
 - Traitement étiologique probabiliste :
cotrimoxazole F 1 cp*3/j , 10-15j
+ metronidazole 500 mg*3/j, 7 j
 - Puis bactrim F 1/j jusqu'à restauration immunitaire
 - +/- si échec : albendazole 400 mg1-2/j, 15j
-

Céphalées et / ou signes
neurologiques chez une
P_vVIH

Chez qui ?

Méningite à pneumocoque
Tuberculose
Méningo-encéphalite herpétique

C
D
4

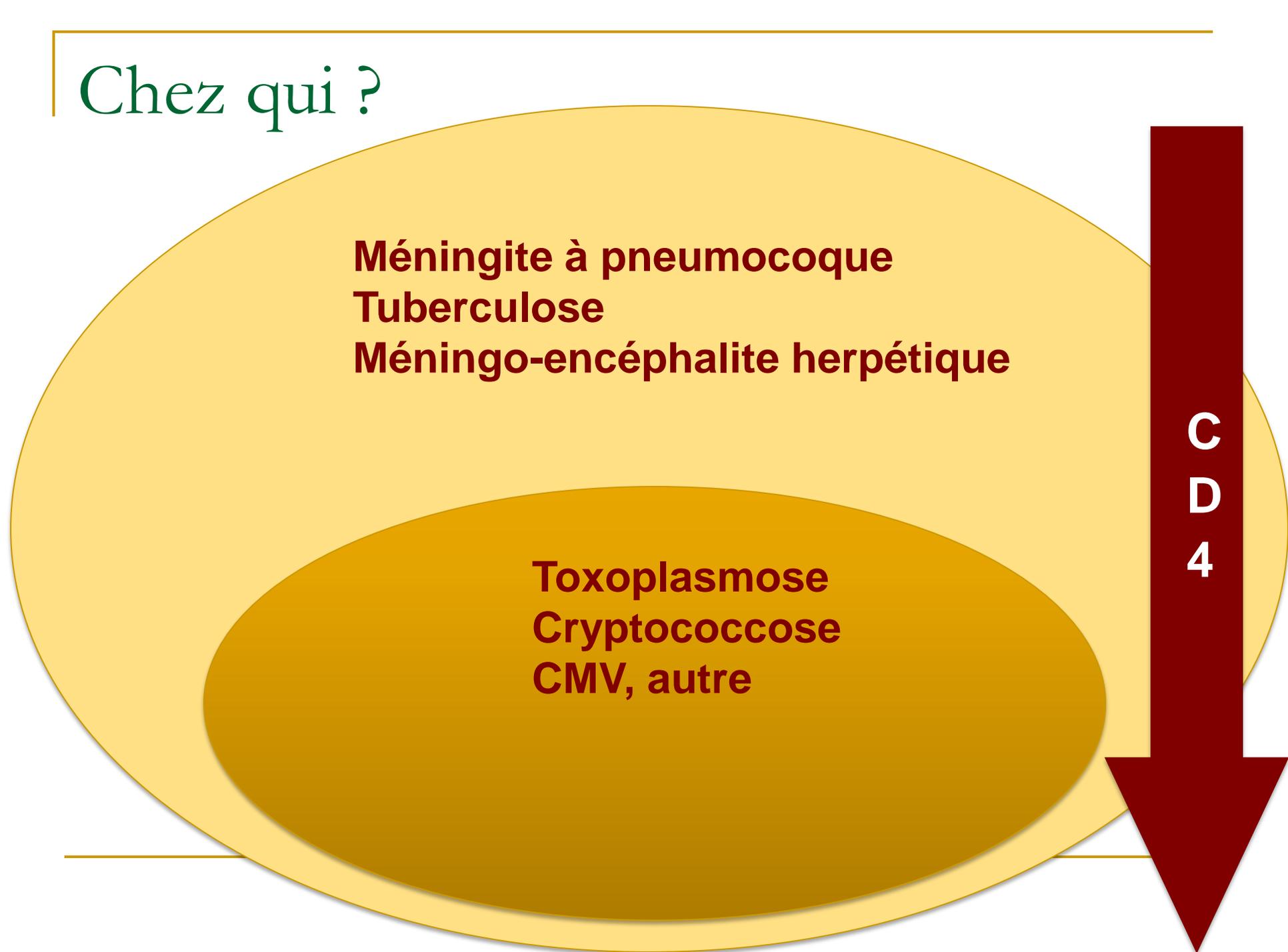


Chez qui ?

Méningite à pneumocoque
Tuberculose
Méningo-encéphalite herpétique

Toxoplasmose
Cryptococcose
CMV, autre

C
D
4



Chez qui ?

Méningite à pneumocoque
Tuberculose
Méningo-encéphalite herpétique

Toxoplasmose
Cryptococcose
CMV, autre

LEMP
VIH

C
D
4

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

Aigu, signes neurologiques +

Aigu, signes neuro -

- Sd méningé, **pas de signe de localisation**
 - +/- altération vigilance, sepsis
- Signes encéphalitiques, pas de signe de sepsis sévère,

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

Aigu, signes neurologiques +

- Sd méningé, **pas de signe de localisation**
 - +/- altération vigilance, sepsis
 - → **Méningite à pneumocoque**
- Signes encéphalitiques, pas de signe de sepsis sévère,
 - (→ **Viral, HSV**)

Aigu, signes neuro -

- Migraine (+/- aura)
- Sinusite
- Abscès dentaire
- HTA

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

Aigu, signes neurologiques +

- Sd méningé, **pas de signe de localisation**
 - +/- altération vigilance, sepsis
 - → Méningite à pneumocoque
 - PL (avec glycémie avant)
 - Amoxicilline ou cephalosporine forte dose (référer)
- Signes encéphalitiques, pas de signe de sepsis sévère,
 - → Viral, HSV
 - (Aciclovir IV, référer)

Aigu, signes neuro -

- Migraine (+/- aura)
- Sinusite
- Abscess dentaire
- HTA

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

- Sub aigu (1)
 - **Signes de localisation**, convulsions +/- fièvre



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

- Sub aigu (1)
 - **Signes de localisation**, convulsions +/- fièvre
 - → **toxoplasmose +++**
 - Tuberculose
 - (lymphome)
 - (cryptococcose évoluée)

Prise en charge de la toxoplasmose

Prise en charge de la toxoplasmose

- Diagnostic de présomption clinique
- (TDM)
- Cotrimoxazole F 2 cp*2-3/j ou 8-12 ampoules/j, 6 semaines
 - (2è intention: sulfadiazine-pyriméthamine-acide folinique)
 - +/- corticoïdes si signes d'HTIC
- Réévaluation J15 +/- référer
- TARV après > 15j
- Prévention secondaire cotrimoxazole F 1/j

Tout déficit moteur en contexte
fébrile et VIH+ doit faire évoquer
une toxoplasmose

Traitement

Référent si non amélioration



Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

- Sub aigu (2)
 - Sd méningé ou céphalées isolées et/ou fièvre
 - +/- troubles de conscience +/- paralysie VI (HTIC)
 - Conduite à tenir ?
-

Depuis quand ? Avec quoi ? Comment?

■ Sub aigu (2)

- Sd méningé ou céphalées isolées et/ou fièvre
- +/- troubles de conscience +/- paralysie VI (HTIC)
- PL +++
 - (encre de chine, pression, BAAR)
 - (Ag crypto sang/LCS)

Céphalées sub aiguës +/- sd méningé +/- HTIC

- Cryptococcose neuro-méningée ++
 - Tuberculose neuro-méningée
 - Dans les 2 cas, le syndrome méningé peut être absent
 - (paludisme)
-

Comment confirmez-vous le diagnostic?

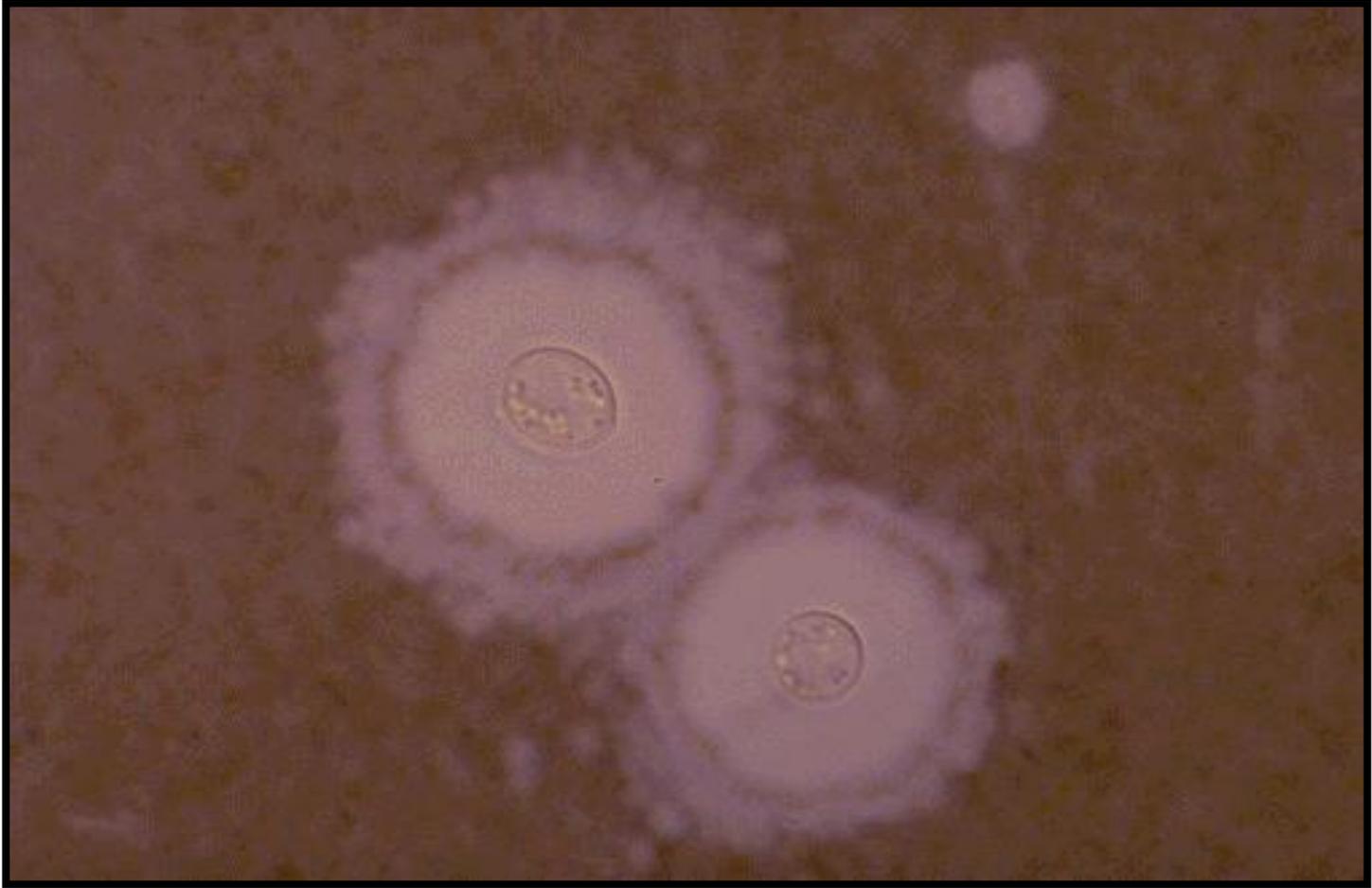
- ❑ Ponction lombaire:
 - ❑ recherche de cryptocoques par encre de chine
 - ❑ Cellularité / prot / glyc : peuvent être N

 - ❑ cryptococcose cutanée ?

 - ❑ Argument pour le BK
 - ❑ méningite à lymphocytes
 - ❑ Hyperprotéinorachie
 - ❑ Hypoglycorachie
 - ❑ **Encre chine négative**
 - TDR ou GE
-

Prise en charge cryptococcose neuro-méningée

- TTT **attaque** : fluconazole 1200 mg 15j
 - puis **maintenance** : 400 mg, 8-10 semaines
 - puis **entretien** : 200 mg/j jusqu'à CD4 > 200/mm³
 - PL itératives évacuatrices
 - +/- référer
 - **TARV > 4-6 semaines**
-



Fièvre chez une PvVIH

Interrogatoire et examen clinique

- Mode d'installation

 - Symptômes et signes associés
 - Pulmonaires
 - Neurologiques
 - Digestifs
 - Gynécologique
 - Cutanés...
-

Interrogatoire et examen clinique

- Mode d'installation

- Aigu : bactérien, viral, paludisme
- Sub aigu, chronique : cryptococcose, TB, CMV, (MAC, parasitose)

- Symptômes et signes associés

- Pulmonaires
 - Neurologiques
 - Digestifs
 - Gynécologique
 - Cutanés...
-

Bilan complémentaire

- ?

Bilan complémentaire

- NFS-ionogramme-BH
 - Hémoculture, ECBU, coprologie,
 - PL si prolongée
 - BK crachats
 - Test rapide paludisme
 - parasitologie des selles
 - Radiographie thoracique
 - Référer si sévère
-

Toute fièvre nue ou céphalées
prolongées doivent faire évoquer
une cryptococcose NM

→ PL

Traitement probabiliste d'une fièvre

- Symptomatique selon signes : anti pyrétique, hydratation
 - Antipaludique
 - Antibiotique selon point d'appel ou ciprofloxacine
 - Discuter de référer si sévère ou persistance
-

Lésions cutanées ou muqueuses

Lésion élémentaire

PRINCIPALES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES

LÉSIONS PLANES OU EN RELIEF, SOLIDES	MACULE (TACHE)	PAPULE	NODULE
DÉFINITION	Simple modification de couleur de la peau ou des muqueuses	Élévure circonscrite solide Diamètre < 1 cm	Élévure globuleuse ovoïde Diamètre > 1 cm
LÉSIONS À CONTENU LIQUIDIEN	VÉSICULE	PUSTULE	BULLE (OU PHLYCTÈNE OU CLOQUE)
DÉFINITION	Soulèvement épidermique contenant un liquide clair Diamètre : 1 à 3 mm	Vésicule contenant du pus	Soulèvement épidermique contenant un liquide clair, séro-purulent, ou hémorragique Diamètre : 1-3 cm

Éléments d'orientation

- Lésions élémentaire
 - Localisation, extension
 - Fièvre
 - Frissons
 - AEG
 - Introduction médicamenteuse > 3 semaines
-

Lésions vesiculo-ulcero-croûteuses

- Peri orificielles, +/- récurrentes ou persistantes



Lésions vesiculo-ulcero-croûteuses

- Peri orificielles, +/- récurrentes ou persistantes
 - → Herpes
 - Aciclovir 200 mg*5/J, 7-10j
 - Entretien 200*4/j 1 mois



Lésions vesiculo-ulcero-croûteuses

- Métamérique



Lésions vesiculo-ulcero-croûteuses

- Métamérique

- → zona

- Aciclovir 10mg/kg*3/j, 10j si visage ou âgé



Lésions pustulo-croûteuses

- En plaque (visage) : **impetigo**
 - Isolées ou en bouquets : **furoncle, anthrax**
 - Disséminées, folliculaires : **furonculose**
-
- Antiseptiques locaux
 - +/- Antibiotiques anti staphylococcique (amoxicilline-acide clavulanique)
 - +/- référer selon évolution
-

Placards érythémateux +/- bulleux

- Dermo hypodermite → amoxicilline 4g/j, 15j
 - Allergie sévère → référer
-

Eruption papulo-nodulaires

- Localisées



Eruption papulo-nodulaires

- Localisées
 - furoncle débutant
 - **Kaposi** (violacées)



Eruption papulo-nodulaires

- Disséminées
 - Ombiliquées



Eruption papulo-nodulaires

- Disséminées

- Ombiliquées

- Molluscum contagiosum

- Visage, peri génital

- Ablation à la curette



- Cryptococcomes

- AEG

- (CD4 < 100/mm³)

- PL

- fluconazole forte dose



Eruption papulo-nodulaires

■ Disséminées

□ Prurigineuses

■ Prurigo ++

- zones accessibles au prurit
- rechercher autres causes de prurit que VIH
- → TTT cause, antiseptiques, +/- CT

■ Gale

- interdigital, poignet, ombilic, OGE,
- recrudescence nocturne
- → ivermectine + TTT environnement et linge

Eruption papulo-nodulaires

- Disséminées

- Erythémato-violacées

- Kaposi

- Cutané, muqueux, viscéral (pulmonaire, digestif)

- ARV, (chimiothérapie)

- (Erythème noueux)

- déclive : MI ++

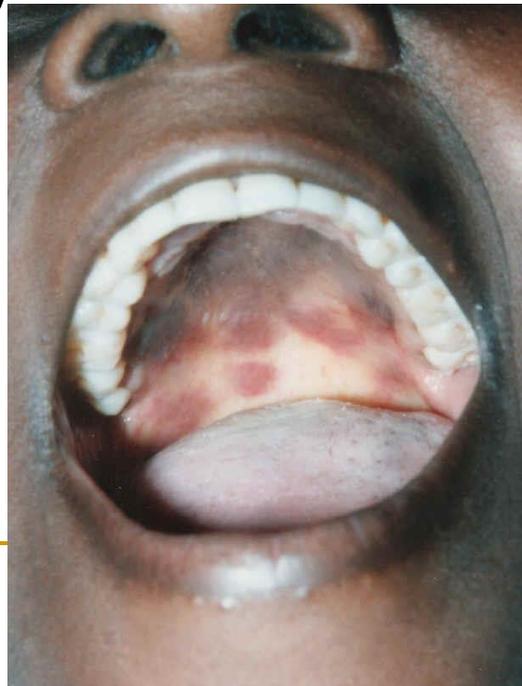
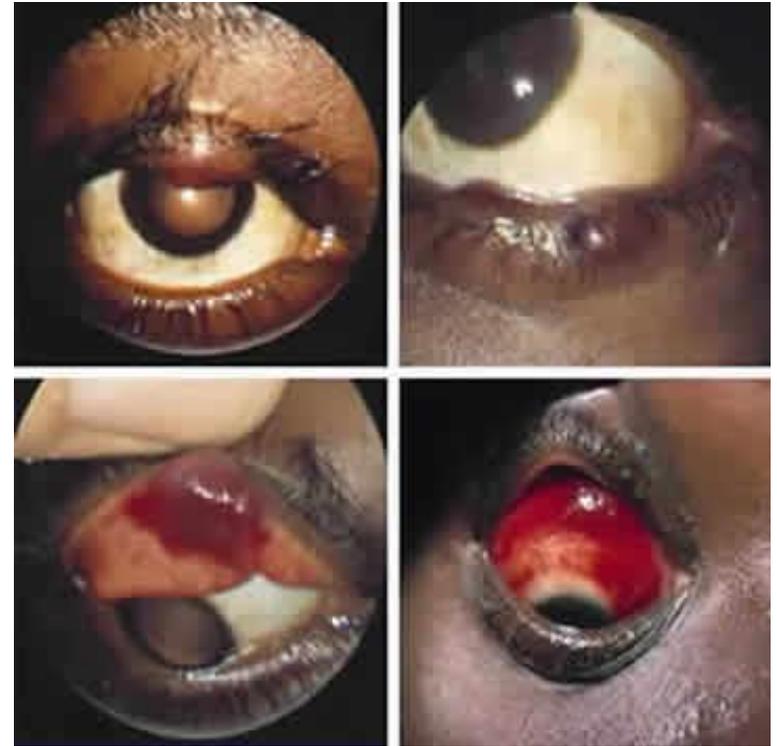
- TB?

Eruption maculeuses, plaque, érythème

- Localisées (1)

- Kaposi

- violacée, hémorragique
 - →TARV



Eruption maculeuses, plaque, érythème

■ Localisées (2)

□ Dermatophytose

- papulo squameux en périphérie, centre clair
- → azolé local, 15j

□ Dermite seborrhéique

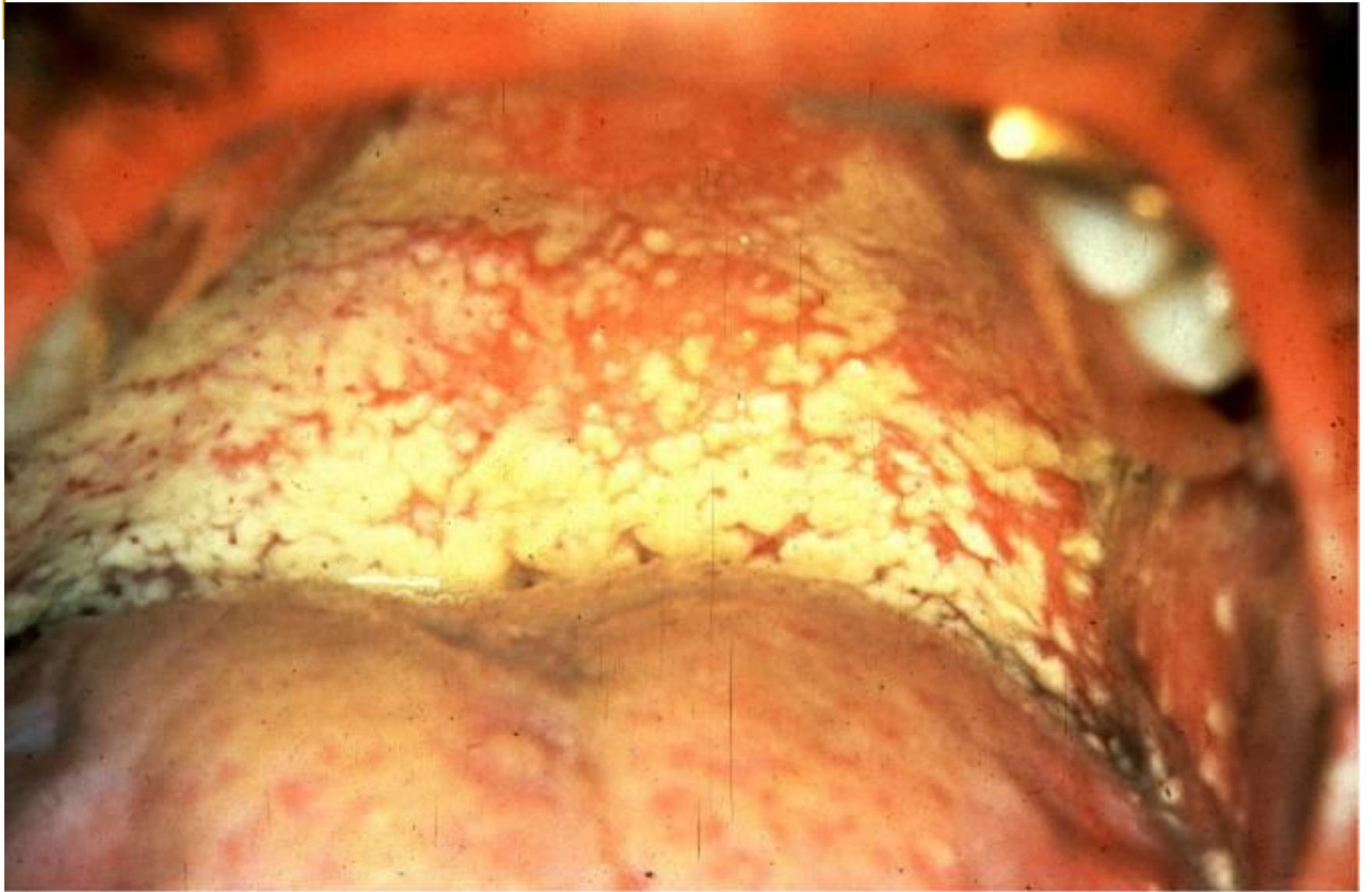
- erythémato-squameux,
- plis visage, cuir chevelu
- → ketoconazole gel



Eruption maculeuses, plaque, érythème

- Disséminées
 - Virose
 - Allergie





Plaques blanchâtres adhérentes

- **Candidose** → TTT local + fluconazole
 - Oropharyngée
 - Dysgueusie
 - Bains de bouche ammphoB, fluconazole 100 puis 50 mg
 - œsophagienne
 - Ddysphagie
 - Bains de bouche à avaler + fluconazole 200 puis 100 mg 15 j
 - Génitale
 - prurit, leucorrhées

- Ovules azolés +/- fluconazole 100 puis 50 mg

Fièvre persistante ou rechute fébrile

- Echec de traitement
 - Réinfection (prévention secondaire?)
 - Autre IO
 - Infection non opportuniste
 - IRIS
 - Autre cause :
 - Allergie,
 - Thrombose veineuse profonde
 - Arthrite microcristalline,...
-

Exercice personnel

A partir des diapositives du cours,
concevoir un arbre décisionnel pour chaque
syndrome

Classification OMS

- Stades 1 et 2 : activité normale
- I : asymptomatique ou poly adénopathies
- II : atteintes minimales
 - AEG <10% poids
 - Atteintes cutanées minimales
 - **Zona < 5 ans**
 - Infections récurrentes voies aériennes supérieures
- III : manifestations cliniques modérées
- IV : manifestations cliniques sévères / SIDA

Classification OMS

- III : manifestations cliniques modérées
 - AEG > **10%** poids sans cachexie
 - Diarrhée ou fièvre inexplicées > 1 mois
 - **Candidose buccale** non œsophagienne
 - Leucoplasie chevelue
 - **TB pulmonaire** <1 an
 - Infection bactérienne grave
- IV : manifestations cliniques sévères / SIDA

Classification OMS

- IV : manifestations cliniques sévères / SIDA
 - ❑ TB extra pulmonaire, mycobactériose atypique généralisée
 - ❑ Candidose œsophagienne
 - ❑ Sd cachectisant du VIH
 - ❑ Pneumocystose
 - ❑ Toxoplasmose
 - ❑ Cryptococcose extra pulmonaire
 - ❑ Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois
 - ❑ Infection CMV (sauf foie/rate/ganglions)
 - ❑ Herpes cutanéomuqueux chronique > 1 mois ou viscéral
 - ❑ LEMP / Encéphalopathie VIH
 - ❑ Mycose endémique généralisée
 - ❑ Septicémie à salmonella non typiques
 - ❑ Lymphome
-
- ❑ Kaposi
 - ❑ Et /ou alitement > 50% de la journée dans le dernier mois

Messages clés

- Dépistage et prise en charge **TB ↔ VIH**
- Céphalées
 - **Signe focal → toxoplasmose, TB**
 - **Pas de signe focal → PL +++ → cryptocoque, TB**
- Fièvre isolée → PL +++ → cryptocoque, salmonelle (sepsis à BGN)
- Décaler l'introduction des ARV en cas d'IO (risque IRIS), 2 à 8 semaines selon cas