



ARV et infections opportunistes

Cas cliniques / infirmier(e)s

Partie 2

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

**M. Gousseff
11/11/2013**

Cas clinique 12

- Femme de 40 ans, séropositive depuis 7 ans, non traitée
 - Consulte pour les lésions vulvaires ulcérées évoluant depuis 5 semaines
-



- **Quel est votre diagnostic ?**
- **Quel traitement proposez-vous ?**
- **Classification OMS?**

Cas clinique 12 : herpès général chronique

- Traitement d'attaque:
 - Aciclovir jours jusqu'à disparition des lésions
 - Antalgiques
 - Traitement entretien
 - Débuter ARV car stade IV OMS
-

Cas clinique 13

- Femme de 25 ans, sans antécédents, consulte pour douleurs thoraciques et éruption depuis 48 heures
-







Cas clinique 13

- Comment décrivez-vous les lésions?
 - Quel est votre diagnostic et votre traitement?
 - Que devez-vous proposer à cette patiente et pourquoi?
-

Cas clinique 13

- Lésions vésiculeuses sur fond érythémateux, de distribution métamérique
 - Zona thoracique
 - Antalgiques
 - Sérologie VIH
-

Quelle est votre conduite à tenir si la lésion est la suivante?



-
- Atteinte oculaire avec risque de cécité
 - Aciclovir IV 10 mg/kg/8h pendant 10 jours
-

Cas clinique 14

- Homme, 26 ans
 - Début trithérapie il y a un mois par AZT + 3TC + Efavirenz
 - Se présente à la visite M1 et se plaint de diarrhées et de nausées depuis le début du traitement
-

Quelle est votre CAT?

- Interrogatoire: combien de selles par jour, type, avec sang/glaires, signes d'accompagnement (fièvre, douleurs abdominales)
 - Examen clinique: déshydratation, asthénie (hypokaliémie)
-

-
- 4 selles par jour, liquides, pas de sang ni glaires ni fièvre
 - Pas de douleurs abdominales, nausées vomissements au moment des prises médicamenteuses
 - Pas de pli cutané
 - Asthénie mineure
-

Quels examens et traitement prescrivez-vous?

- Aucun examen complémentaire
 - Probable effet secondaire mineur du TARV
 - Traitement symptomatique
-

Cas clinique 15

- Femme enceinte, 28 ans
 - Dépistage lors de la grossesse, à 28 SA
 - CD4 = 300/mm³
 - Mise sous ARV: AZT + 3TC + NVP
 - Consulte 15 jours plus tard pour éruption
-



<http://dermis.net>

Quelle est votre CAT ?

- Arrêt immédiat des ARV
 - Hospitalisation
 - Évaluation de l'étendue du décollement cutané
 - Bilan hépatique
 - Recherche des signes de déshydratation, surinfection
-

Cas clinique 16

- Une patiente a commencé un traitement par AZT-3TC-NVP il y a 7 jours.
 - Elle consulte en raison d'une éruption cutanée.
 - Quels signes devez-vous rechercher?
-

- Recherche des signes de gravité

- Fièvre?

- Arthralgies & oedèmes ?

- Phlyctènes ?

- Lésions conjonctives et muqueuses ?

- Ictère ?

-
- Voici son type d'éruption.



Rash maculeux (Grade 1)

-
- Quelle est votre CAT au vu de ces lésions et en l'absence de signes de gravité?
-

-
- prescrire un antihistaminique
 - dire au patient de continuer son traitement à la même dose (200mg par jour) jusqu'à amélioration des symptômes
 - augmenter la posologie à 200mgX2 la semaine suivante si les symptômes ont disparu
-

-
- Si l'éruption persiste ou s'étend malgré les mesures symptomatiques, mais sans apparition de signes de gravité, quelle est votre nouvelle CAT?
-



Rash maculo-papuleux +
conjonctivite (Grade 3)

-
- arrêter la névirapine en maintenant AZT+3TC
-

-
- Vous avez chez cette patiente interrompu la névirapine en raison d'une intolérance cutanée à type de rash maculo-papuleux qui ne s'améliorait pas. Ses symptômes ont disparu à l'arrêt du traitement.
 - Quel traitement antirétroviral lui prescrivez-vous? (sachant que 3TC et AZT ont été maintenus)
-

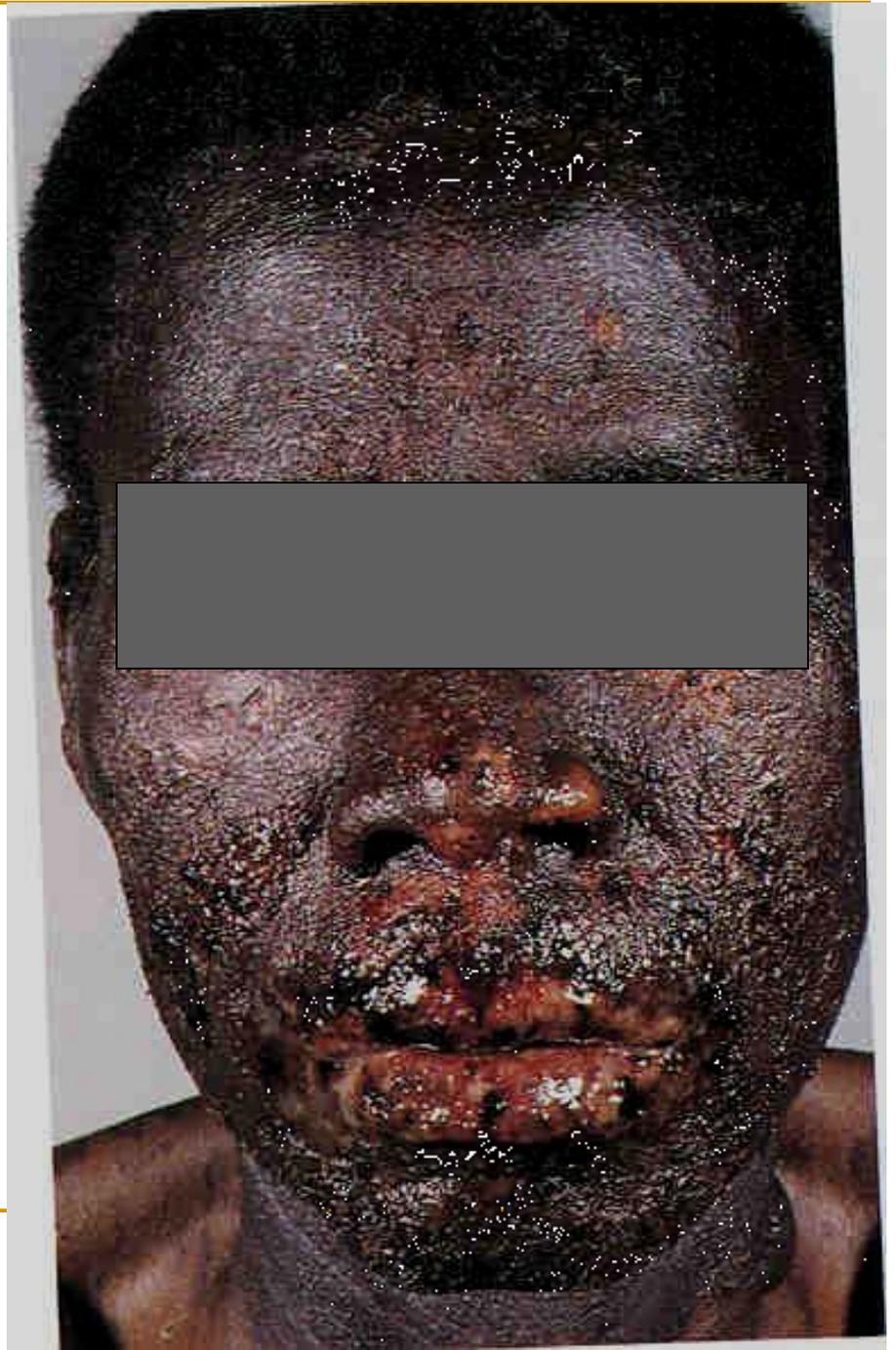
-
- **Il s'agit d'une éruption non sévère: reprise des INNTI possible:**

→ EFV+AZT+3TC

**S'il existe des signes de gravité, quelle est
votre CAT?**

-
- Stopper les ARV
 - Stopper le cotrimoxazole si introduction récente (dans les 2 à 3 dernières semaines)
 - Évaluer le besoin d'hospitalisation
 - Traitement symptomatique, corticostéroïdes inutiles
-

Syndrome de Stevens Johnson



Syndrôme de Stevens-Johnson



Chevauchement Stevens Johnson et Lyell

(décollement 10-30% surface corporelle)



Bulles 10-30% SC

maculopapules

Syndrome de Lyell

Décollement > 30% surface corporelle



Décollement très superficiel
de l'épiderme



-
- Vous avez stoppé les ARV en raison d'un syndrome de Stevens Johnson. Votre patiente est maintenant guérie.
 - Quels ARV lui prescrivez-vous?
-

-
- Eruption sévère: INNTI contre-indiquées à vie.
 - → inhibiteur de protéase (lopinavir/rito)
-

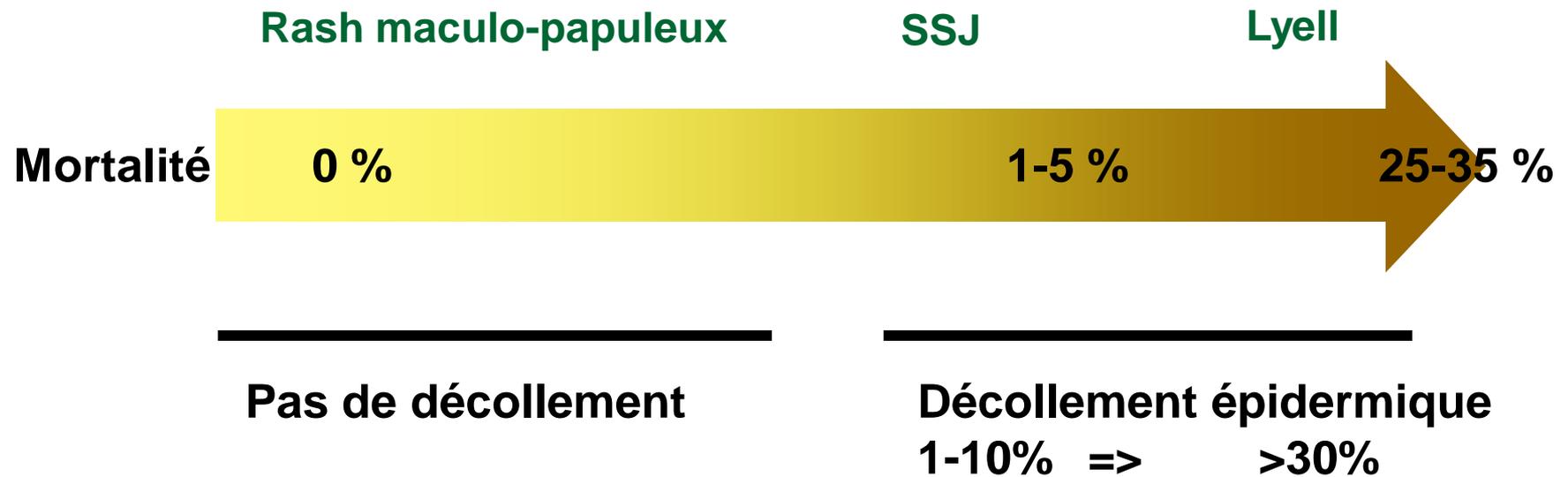
Éruption sous névirapine

- Événement fréquent : 17 % (J. Bartlett 2004)
 - Arrêt du traitement nécessaire dans 7% des cas
 - Corticostéroïdes inefficaces
 - Priorité = recherche signes de gravité
 - Dans tous les cas dosage ALAT pour recherche syndrome d'hypersensibilité +++
-

Toxidermie et syndrome d'hypersensibilité

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Rash érythémateux prurigineux	Rash érythémateux maculo-papuleux diffus	Présence de vésicules ou d'ulcération	Présence d'une atteinte muqueuse, d'un Syndrome de Stevens Johnson, d'un érythème polymorphe

Syndrome de Stevens Johnson (SSJ) et nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell)



Cas clinique 17

- Femme de 25 ans
 - Début d'ARV par AZT-3TC-NVP
 - Vous la revoyez à J14 pour augmenter la posologie de NVP à 200mg X 2. Cependant, la patiente se plaint d'un syndrome pseudo-grippal
 - Quelle est votre CAT?
-

-
- Dosage ALAT
 - Résultat = 3N
 - Quel est le diagnostic le plus probable et que dites-vous à la patiente?
-

-
- Il s'agit probablement d'un syndrome d'hypersensibilité à la névirapine, sans sévérité (ALAT<5N)
 - Continuer la névirapine en une prise de 200mg par jour.
 - Vous la reverrez dans 14 jours
 - Si le nouveau dosage des ALAT est correct, vous augmenterez la névirapine à 200mg X 2
-

-
- Si les ALAT étaient à 7N lors de la première consultation, ou si elles étaient à 3N mais si elles augmentent à la seconde consultation, quelle est votre CAT?
-

-
- Arrêt définitif de la névirapine, continuer D4T et 3TC
 - Introduire EFV dès que le bilan hépatique est normalisé
-

Syndrome d'hypersensibilité à la Névirapine

- ❑ 15% des patients, mortalité 1-3%
 - ❑ 12 premières semaines de traitement
 - ❑ La plupart sont des augmentations asymptomatiques et transitoires des ALAT
 - ❑ Symptômes généraux+++ : fièvre, malaise, fatigue, arthralgies, syndrome pseudo-grippal, éruption cutanée
 - ❑ Cholestase possible
 - ❑ Mécanisme immunologique: plus fréquent chez les patients avec un bon statut immunitaire (CD4>250)
 - ❑ Plus fréquent chez les femmes et pendant la grossesse
-

Hépatotoxicité tardive

- Au-delà des 12 premières semaines de traitement
- Plus fréquent en cas de co-infection VHB ou VHC
- Habituellement asymptomatique
- Arrêt des INNTI si symptomatique ou si ALAT > 5N

(J. Bartlett 2004)

-
- **La toxicité à la névirapine peut être mortelle**
 - **Prévenir le patient de rapporter tout nouveau symptôme pendant les premières semaines de traitement**
 - **Dosage ALAT si apparition de symptômes**
-

Hépatite sous névirapine

- > 5N: arrêt immédiat NVP
 - > 2N isolé: suivi rapproché
 - >2N + asthénie, anorexie, nausées, vomissements, ictère ou signes d'hypersensibilité: arrêt immédiat et définitif de la névirapine
-

Bon courage !!!
