

CAS CLINIQUE 2

Dr. L. Ammari

Formation sur les anti-viraux, Sousse 13 Mars 2009

Collège des maladies infectieuses

- ❑ Enfant faouz ,née le 12/10/1996 , présente une infection par le VIH découverte en 2002 au stade A2 (CD4 : 1107/mm³, CV : 46700 copies/ml)

- ❑ Elle est admise le 14 Avril 2005 pour **symptomatologie** évoluant depuis 2 mois:
 - toux + douleurs basi-thoraciques
 - contexte fébrile + altération de l'état général.

- ❑ **ttt** reçu : amoxicilline+acide clavulanique 2g/jx 4j sans

amélioration

□ L'examen physique :

- Fièvre à 38,7°C,
- Candidose buccale
- examen pulmonaire : polypneique (RR: 20/mn)
râles crépitants aux 2 bases pulmonaires.
- Pâleur conjonctivale.
- L'examen neurologique : normal
- l'examen cutané : normal

- **NFS** : GB : 18300/mm³ à PNN (15000/mm³)
anémie hypochrome microcytaire à 5,4 g/dl
Plaquettes : 276000/mm³
- **CRP** : 138 mg/l , **VS** : 80mm 1^{ère} heure
- **Tests hépatiques** : ALAT : 8 UI/l , ALAT : 42 UI/l,
PA : 218 UI/l
γGT: 18 UI/l
- **Hémocultures** : négatives
- **La recherche de BAAR** : négative à l'examen direct,
culture en cours
- **IDR à la tuberculine** : négative

- Radiographie de thorax



- Quel est votre diagnostic ?

- Broncho-pneumopathie à pyogènes
- Tuberculose pulmonaire

❑ Diagnostic évoqué initialement :
broncho-pneumopathie

❑ Traitement :

Amoxicilline + acide clavulanique 2g/j

❑ Réévaluation à 72h : persistance de la fièvre,
Aggravation des signes respiratoires

⇒ Tuberculose pulmonaire est fortement suspectée

□ Traitement anti-tuberculeux : le 29 Avril 2005 :

INH (50mg/j)

+ Rifampicine (300 mg/j)

+ Ethambutol(600 mg/j)

+ Pyrazinamide (750 mg/j)

Évolution clinique :

- apyrexie à J4 de traitement, disparition de la toux(J10)

Évolution biologique et radiologique :

- **NFS** : GB: 4300/mm³, Hb: 6,4g/dl, Plaq :321000/mm³
- **CRP** : 4mg/l , VS : 34 mm 1^{ère} heure
- **Tests hépatiques** (J10) :
ALAT : 13 UI/l, ASAT: 24 UI/l,
PA : 519 UI/l et γ GT: 105 UI/l
- **Radio.Thorax** : Régression partielle des opacités alvéolaires après 2 mois de traitement

- *M. tuberculosis* : Culture des expectorations

Ministère de la Santé Publique
HOPITAL LA RABTA
Laboratoire de Microbiologie
Pr C. FENDRI

RECHERCHE DE BK

3788

Date de réception 20.4.2005 N° d'Ordre 3853 + 3764
Nom - Prénom *Abbas Faouzi*
Matricule 7295 Service *EX* Nature du pvt. *Culture*

RESULTAT

Examen direct : Négatif Positif Nombre de croix :
Culture : Négative Positive Contaminée

Identification : M. tuberculosis M. atypique

Antibiogramme : Isoniazide : *10* Ethionamide : *S* Rifampicine : *S*
0.2
0.2

Pyrazinamide : *S* Ethambutol : *S* Streptomycine : *S*

Amoxicilline S

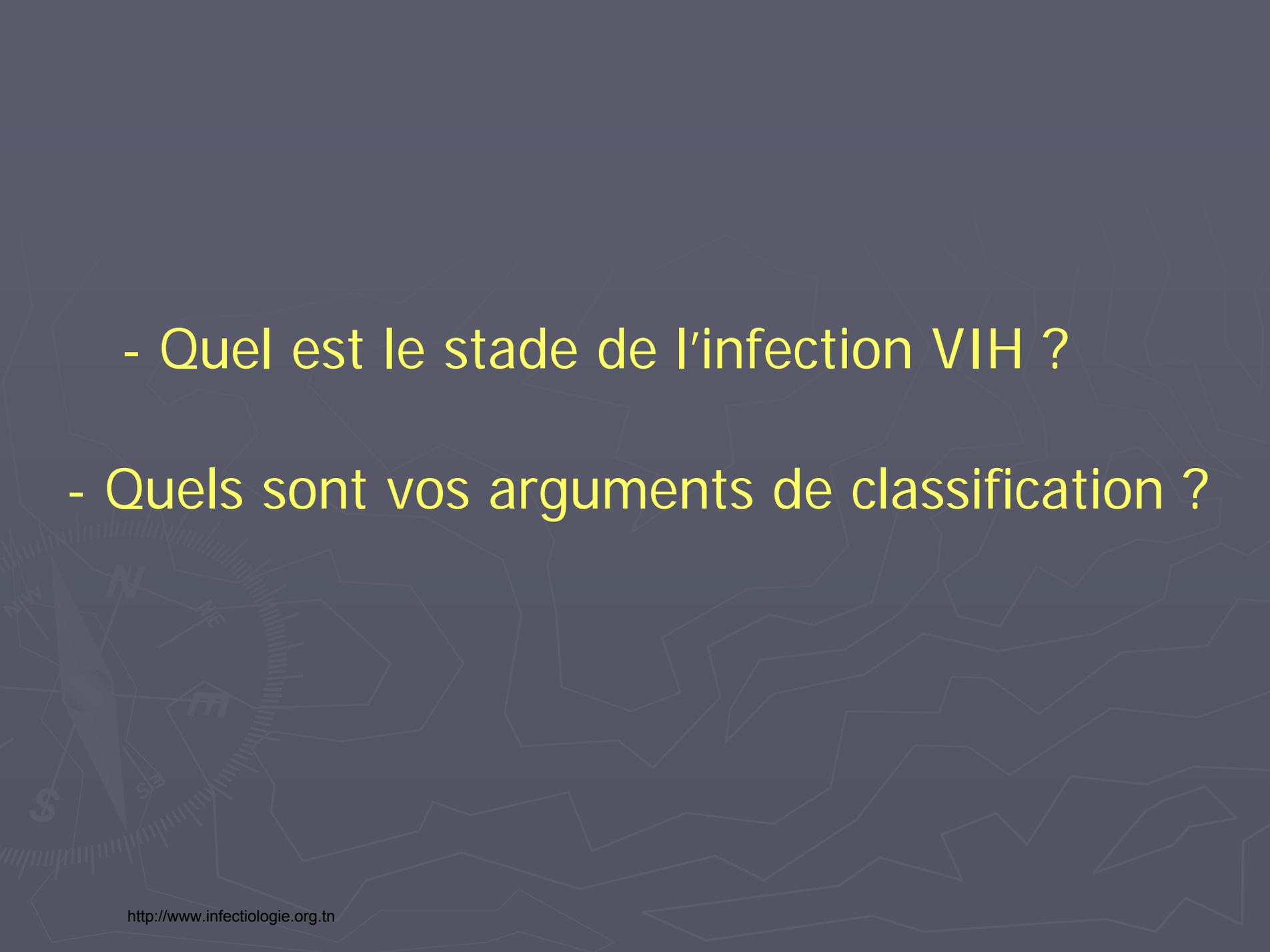
Ciprofloxacine S

Tunis le 12.7.2005

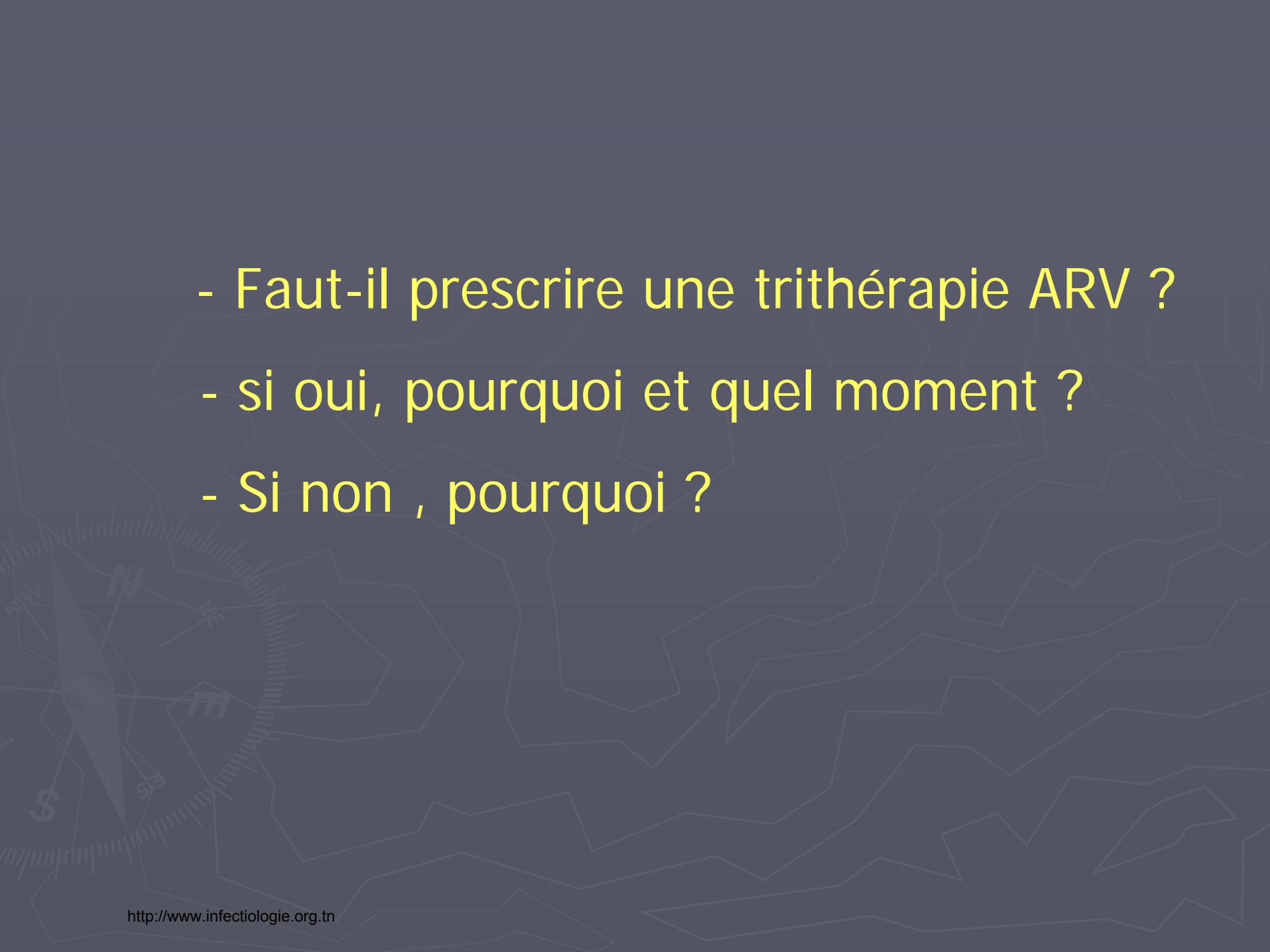
[Signature] Le Chef de Service

Infection par le VIH :

- 14 Avril 2005 : CD4 : 16 c/ml ,
Charge virale : 172 000 copies/ml
- Sérologie hépatites virales B et C : négative
- Sérologie toxoplasmose : négative

- 
- Quel est le stade de l'infection VIH ?
 - Quels sont vos arguments de classification ?

- C'est une infection par le VIH au stade C3

- 
- Faut-il prescrire une trithérapie ARV ?
 - si oui, pourquoi et quel moment ?
 - Si non , pourquoi ?

- La trithérapie ARV:

indiquée : stade C3

Priorité pour le ttt des infections opportunistes

ttt ARV : 6 à 8 semaines après celui de la tuberculose

Syndrome de reconstitution immunitaire (IRIS)

- Patient infecté par le VIH : **Trithérapie anti-rétrovirale**



Reconstitution immune



Réponse inflammatoire



**Progression de
lésions préexistantes**

**Apparition de
nouvelles lésions**



- Quelles molécules prescrire ?

- Argumentez votre choix

- Le protocole thérapeutique :

2 INTI + 1 INNTI

2 INTI + 1 IP, éviter l'indinavir

éviter l'AZT car anémie à 6,4 g/dl

□ Elle consulte à 25 Août 2005 soit 3 M et 3 S du ttt
antituberculeux :

ictère fébrile sans hépatomégalie

ALAT : 371 UI/l, ASAT : 464 UI/l,

PA : 1092 UI/l

γGT: 293 UI/l, bilirubinémie : 37 mg/l (BC : 21mg/l)

□ Bilan immuno-virologique de contrôle 5m après :

CD4 : 8 c/ml

Charge virale : 350 000 copies/ml

- ▶ Quel est votre dg ?
- ▶ Quelle sera votre conduite à tenir ?

Une hépatite virale a été évoquée :

- sérologie de l'hépatite A : négative,
- sérologie des hépatites B et C : négative
- Sérologie CMV : Ig G : 74 UA/ml, Ig M: négative

Échographie abdominale :

adénopathies profondes,

le foie est de taille normale et d'écho structure
homogène

Une hépatite médicamenteuse

□ CAT :

Arrêt rifampicine et Isoniazide,

⇒ éthambutol et streptomycine

□ Evolution :

Disparition de l'ictère et de la fièvre après 5 jours

NFS : GB : 7000/mm³, HB : 10g/dl,

Plaquettes : 341000/mm³

Bilan hépatique 22 jours après l'arrêt :

Pas de cytolyse ALAT : 31 UI/l, ASAT : 50 UI/l,

Cholestase anictérique : PA : 507 UI/l , γ GT: 92 UI/l

Le 22/Septembre/2005 :

- Zona dorsal D10 - D12 traité par aciclovir
- elle a reçu 5mois de ttt anti-tuberculeux

► Peut on initier une trithérapie ARV chez cet enfant ?

❑ Le 22 Octobre 2005 (6 mois + 3 sem de ttt anti-tuberculeux)

ttt ARV : AZT : 400mg/j (360 -480 m² SC/j)

Epivir : 8mg/kg/j en 2 fois (300mg/j),

efavirenz 400 mg/j (Poids à 30 kg)

❑ Cytolyse hépatique et cholestase anictérique

(après 1 mois de la trithérapie)

ALAT : 116 UI/l, ASAT : 82 UI/l,

PA : 691 UI/l, γ GT: 182 UI/l, bilirubinémie : 5 mg/l

❑ Réponse immunovirologique (1 mois de ttt)

- CD4 : 51 μ /ml ,

- Charge virale : 10 000 copies/ml

- ▶ Quelle est votre conduite à tenir devant cette toxicité hépatique médicamenteuse ?

- ▶ Arrêt du traitement anti-tuberculeux
- ▶ Contrôle des transaminases
- ▶ Persistance de la cytololyse :
 - toxicité des ARV
 - syndrome de reconstitution immunitaire

Le 15/Décembre/2005 :

- arrêt de l'efavirenz \Rightarrow lopinavir/ritonavir

- bilan hépatique 1 mois après l'arrêt de l'efavirenz

ALAT : 45 UI/l, ASAT : 46 UI/l,

PA : 295 UI/l

γ GT: 36 UI/l, bilirubinémie : 5 mg/l