

**ÊTES-VOUS SÛR DE SAVOIR
DIAGNOSTIQUER
UNE PRIMO-INFECTION À V.I.H. ?**

RETARD AU DIAGNOSTIC DE PRIMO-INFECTION PAR LE VIH APRÈS CONSULTATION AUPRÈS DE DIFFÉRENTES STRUCTURES DE SOINS.

Weintrob, J. Giner, J. Lennox, et al. Durham et Atlanta. Etats-Unis.
9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle. 2002.

28 patients ont été enrôlés dans un essai clinique à l'Université de Caroline du Nord ou à l'université Emory d'Atlanta au décours d'une primo-infection par le VIH. Ont été recensés la date de leur première consultation, le nombre de médecins rencontrés, le nombre de diagnostics différents posés et les traitements donnés, ainsi que la qualité de la personne qui a fait le bon diagnostic et à quelle date.

24 hommes, 3 femmes étaient concernés. Seize étaient blancs, 7 noirs et 4 d'une autre race. 17 étaient homosexuels, 10 hétérosexuels. Il n'y avait pas de toxicomanes. 26 sur les 27 étaient symptomatiques.

11 patients ont consulté des services d'urgence hospitaliers, 8 des médecins généralistes et 8 des maisons médicalisées d'accueil des urgences. Plus de 50% ont consulté au moins trois fois avant que le diagnostic ne soit posé. Seulement 4 patients ont eu un diagnostic correct lors de la première consultation, parmi lesquels le patient asymptomatique dont le partenaire était séropositif. Les mauvais diagnostics étaient : infection virale non spécifique (9 patients), fièvre des Rocheuses (5), pharyngite streptococcique (3), autre MST(6).

Seulement 4 patients ont été diagnostiqués lors de la première semaine et 5 l'ont été après plus d'un mois !

> Un retard certain est observé pour dépister les primo-infections par le V.I.H.. Une meilleure formation des médecins urgentistes et des médecins généralistes est nécessaire afin de faire le bon diagnostic face à une primo-infection.

DES PRIMO-INFECTIONS PAR LE VIH-1 CONFONDUS AVEC LA FIÈVRE BOUTONNEUSE MÉDITERRANÉENNE.

F.Segura, E. Anton, B. Font et al. Barcelone, Espagne.
Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2002

Quatre patients, deux femmes et deux hommes âgés de 42 à 54 ans se sont présentés dans des services d'urgence hospitaliers pendant les mois d'été, avec de la fièvre et une éruption cutanée. Ces symptômes peuvent être ceux d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne, qui est une rickettsiose fréquente en été dans le bassin méditerranéen. Ces quatre patients ont été cliniquement pris pour des fièvres boutonneuses méditerranéennes dans les services d'urgence, mais les sérodiagnostics étaient négatifs pour cette maladie. Chez un des patients, le diagnostic de primo-infection par le VIH-1 a été fait 10 jours plus tard. Les autres patients n'ont été dépistés que des années après mais il est fort probable qu'ils avaient présenté alors une primo-infection par le VIH-1.

> Quand un patient présente de la fièvre et un rash maculo-papuleux, caractéristiques d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne, il faut évoquer la possibilité d'une primo-infection par le VIH-1.

RECONNAÎTRE LES SIGNES CLINIQUES D'UNE PRIMO-INFECTION PAR LE VIH

Trois à six semaines après la contamination, des anticorps apparaissent dans le sérum des personnes infectées. Des manifestations cliniques peuvent accompagner cette période de séroconversion. Ce syndrome de primo-infection s'observe dans 50 à 90% des cas. Le diagnostic est souvent difficile.

1. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les premiers symptômes surviennent entre 10 jours et 15 jours après la contamination (5-30 jours).

Il s'agit d'un **syndrome pseudo-grippal**.

a) Signes généraux

La fièvre est présente dans 90% des cas.

Les sueurs nocturnes doivent attirer l'attention.

On observe aussi des céphalées, des myalgies, de l'asthénie, de l'amaigrissement.

b) Signes cutanéomuqueux

La pharyngite est la plus fréquente : il s'agit d'une angine érythémateuse, érythémato-pultacée ou pseudo-membraneuse comme dans la mononucléose infectieuse.

L'éruption cutanée est de type maculo-papuleux. Elle apparaît quelques jours après le début de la fièvre. Elle touche principalement le tronc et la face. Elle persiste 10 jours en moyenne.

Les ulcérations cutanéomuqueuses sont décrites au cours des contaminations sexuelles.

c) Adénopathies superficielles

Elles apparaissent de façon retardée, au cours de la seconde semaine, lorsque le syndrome pseudo-grippal a disparu.

d) Manifestations digestives

Elles ne se voient pas dans les autres cas de syndrome mononucléosique : elles sont plus spécifiques.

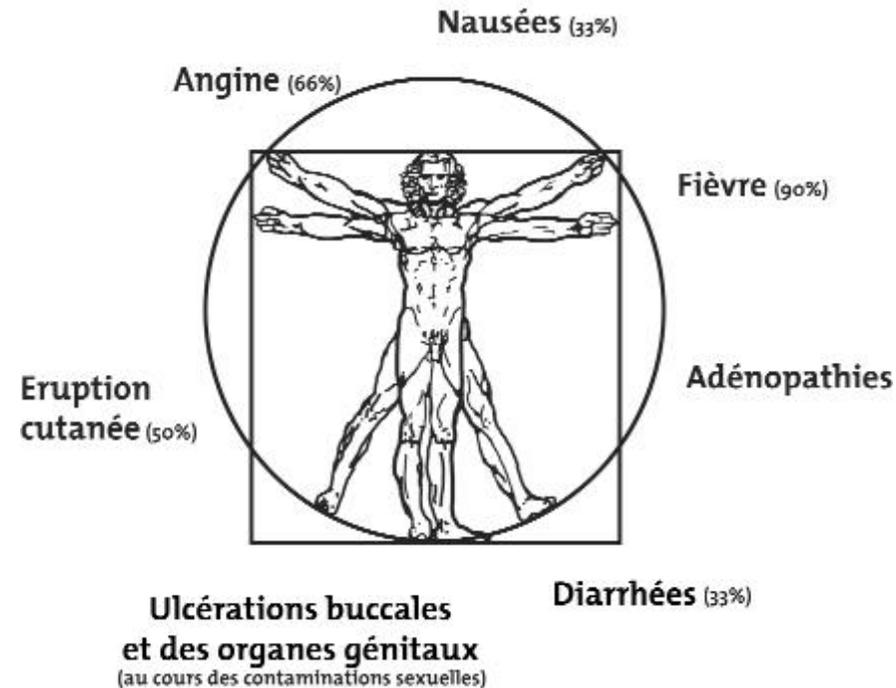
Des diarrhées avec des douleurs abdominales s'observent ainsi que des nausées.

Une candidose orale est possible.

e) Manifestations neurologiques

- Méningo-encéphalites.
- Méningites lymphocytaires isolées.
- Paralyse faciale.

Les symptômes durent en moyenne deux semaines.



2. MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES

a) Hématologiques

- Thrombopénie dans 75% des cas.
- Leucopénie dans 50% des cas associée à une neutropénie.
- Lymphopénie initiale portant sur toutes les sous-populations.
- A partir de la deuxième semaine apparaît un syndrome mononucléosique.
- Chute des CD4+.

b) Hépatiques

Hépatite aigue cytologique asymptomatique et anictérique disparaissant en quelques semaines.

INTÉRÊT CLINIQUE D'UNE TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE COMMENCÉE PRÉCOCEMENT APRÈS UNE PRIMO-INFECTION PAR LE VIH-1.

F. Lamontagne, I. Poizot-Martin, E. Rouveix et al, Paris, France.

9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle. 2002.

Les renseignements de la base de données hospitalière française sur le V.I.H.(D.M.I.2) concernant 661 personnes, dont la date d'infection est documentée, ont été analysés afin de connaître l'impact d'un traitement précoce sur l'évolution clinique. Deux cent quatre vingt personnes ont été incluses entre janvier 1990 et décembre 1994 (cohorte n°1) et 381 entre janvier 1996 et juin 1999 (cohorte n°2). Dans la première cohorte, le traitement a été clairement retardé : 1% des patients a été traité par une bithérapie au cours des six premiers mois et 54% ont été traités plus tard par bi (9%) ou trithérapie (45%). Dans la seconde cohorte, 43% ont reçu une bithérapie (3%) ou une trithérapie (40%) au cours des six premiers mois de l'infection et 45 % furent traités plus tard par bi (10%) ou trithérapie (35%).

Au cours d'un suivi de 33 mois de médiane, la cohorte traitée précocement montre une réduction significative du risque de progression vers le S.I.D.A., après un ajustement concernant l'âge, les CD4+ de départ et les facteurs de risque de transmission du V.I.H.

Bien que la différence essentielle entre les deux cohortes soit l'utilisation plus fréquente de la bi ou de la trithérapie précoce au cours de la primo-infection, le facteur traitement n'est pas significatif après ajustement sur les autres facteurs dont la période.

> Un traitement précoce peut donc améliorer l'évolution clinique des patients diagnostiqués au moment de leur primo-infection par le VIH-1 ou dans les mois qui suivent.

TRAITEMENT DES INFECTIONS AIGÜES ET PRÉCOCES PAR LE VIH PAR DES TRITHÉRAPIES COMPORTANT DES ANTIPROTÉASES.

C.Hogan, A. Hurley, B. Captan et al. New-York. Etats-Unis.

9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle. 2002.

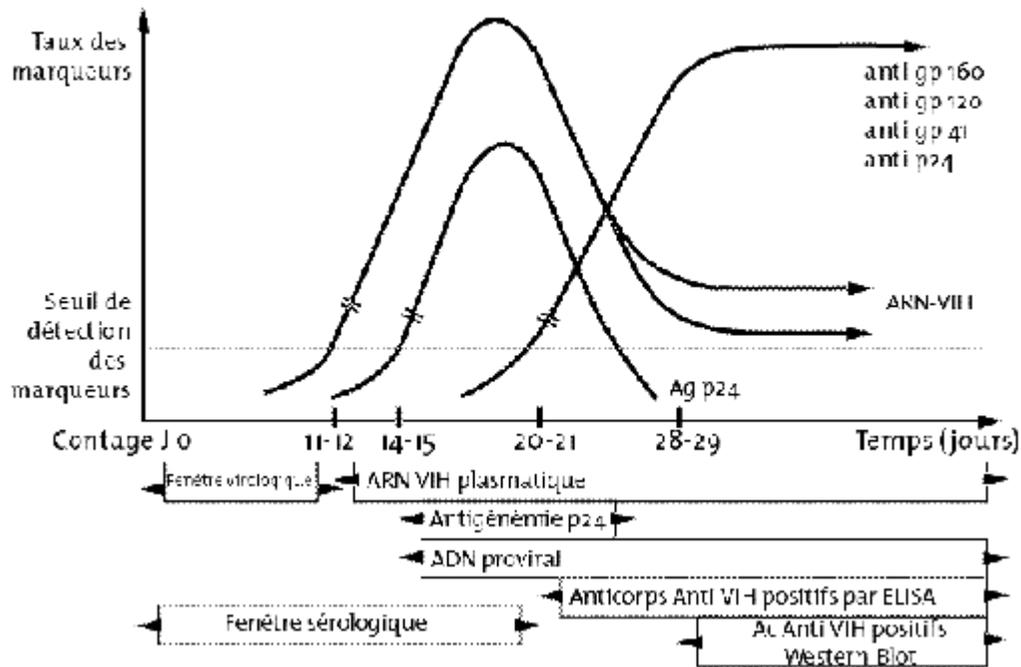
132 patients ont été traités à New-York au cours d'une primo-infection aiguë ou à son décours par une trithérapie comportant une antiprotéase dans le cadre d'un essai clinique ouvert. 129 patients avaient des symptômes cliniques. Il s'agissait principalement d'hommes blancs, d'un âge médian de 34 ans. Le facteur de risque majeur était des rapports homosexuels.

107 sur 129 patients sont arrivés à avoir une charge virale indétectable avec une médiane de suivi de 112 jours. Cependant 59 patients (44,7%) ont arrêté leur traitement du fait d'effets secondaires, de perte de vue, d'échec virologique, ou de retrait de consentement.

> Ces données montrent une efficacité importante des trithérapies comportant une antiprotéase. Cependant, il est nécessaire d'inclure les patients dans des essais cliniques comportant d'autres stratégies thérapeutiques afin d'améliorer les résultats.

LE DÉPISTAGE DE LA PRIMO-INFECTION PAR LE VIH

Représentation schématique des marqueurs virologiques au cours de la primo-infection par le VIH
(En l'absence de traitement)



1) L'ARN PLASMATIQUE DU VIH (CHARGE VIRALE)

Il est positif dès le dixième jour. Souvent la charge virale atteint plusieurs millions de copies par ml de plasma. Cependant il s'agit d'un examen coûteux et limité aux laboratoires de virologie.

La charge virale ne doit pas être utilisée en diagnostic de routine.

2) L'ANTIGÉNÉMIE P24

Cet examen est accessible en ville et il est peu coûteux. L'antigénémie est détectable dès le 15^e jour et persiste pendant une à deux semaines. Elle est systématiquement positive lors des primo-infections symptomatiques.

3) LES ANTICORPS ANTI-VIH (SÉROLOGIE VIH)

L'ELISA se positive en 3 semaines. Le Western-Blot voit apparaître des anticorps anti-enveloppe (gp 160, gp 120, gp 41) et contre l'Ag p24. Il se positive après 28 jours.

Au moindre doute il faut demander une sérologie VIH et une antigénémie p24 en URGENCE.

Au début de la primo-infection, seule l'Antigénémie p24 sera positive.

LES LIEUX

CENTRES HOSPITALIERS RÉFÉRENTS POUR LE VIH/SIDA DANS LE RHÔNE :



• **Hôpital de la Croix Rousse**
Service des maladies infectieuses et tropicales
103 Grande rue de la Croix Rousse - 69317 LYON Cedex 04
Téléphone : 04 72 07 17 48 - Fax : 04 72 07 17 50



• **Hôpital Edouard HERRIOT**
Service de médecine de la transplantation et d'immunologie clinique
5 place d'Arsonval - Pavillon P - 69437 LYON Cedex 03
Téléphone : 04 72 11 02 30 - Fax : 04 72 11 68 90



• **Hôpital de l'HÔTEL DIEU**
Service d'hépatogastro-entérologie
1 place de l'Hôpital - 69288 LYON Cedex 02
Téléphone : 04 72 41 34 44 - Fax : 04 72 41 31 40

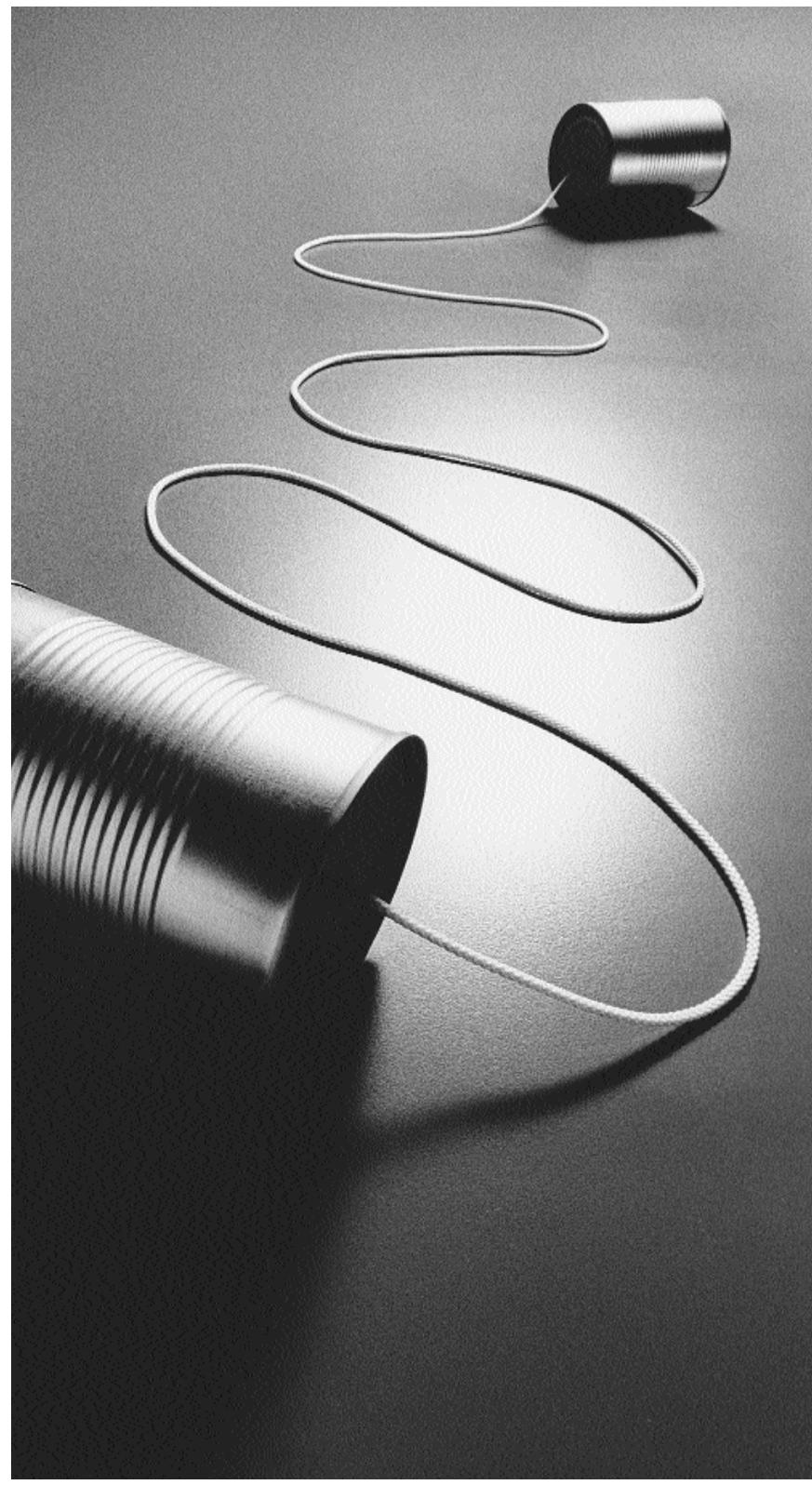
POUR VOS PATIENTS :

 **Sida Info Service**
0 800 840 800
24 h sur 24 . confidentiel, anonyme et gratuit

LA CAMPAGNE DE COMMUNICATION

[Visuel de la carte postale]





Document édité par :
ALS - Association de Lutte contre le Sida
16 rue Pizay - 69001 Lyon
Tél. 04 78 27 80 80
www.sidaweb.com

Réalisé grâce à la collaboration de :

Dr Patrick GELAS - Praticien hospitalier - Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon
Dr Jean-Michel LIVROZET - Praticien hospitalier - Hôpital Edouard Herriot, Lyon
Dr Jean-Claude TARDY - Praticien hospitalier - Laboratoire de Virologie - Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Avec le soutien financier de :

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes (DRASS)
Conseil Général du Rhône
Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon
Ville de Lyon

Nos remerciements à l'association The Center for AIDS Hope and Remembrance Project - Houston pour l'utilisation de leurs documents.

