

Parmi les 20 patients infectés par le VIH au moment du diagnostic d'une des 26 pathologies auto-immunes, les lymphocytes CD4 étaient inférieurs à 50/mm<sup>3</sup> pour trois d'entre elles (deux AHAI, un PTI) et entre 50/mm<sup>3</sup> et 150/mm<sup>3</sup> pour cinq, le rapport CD4/CD8 était supérieur à 1 pour quatre et la charge virale VIH détectable pour 11 (dont quatre des cinq cas de vascularite).

Huit patients ont présenté une poussée de leur maladie auto-immune au cours du suivi, trois patients ont présenté deux poussées et sept patients ont présenté trois poussées. Lors de ces 35 poussées, les lymphocytes CD4 étaient inférieurs à 200/mm<sup>3</sup> pour cinq d'entre elles et inférieurs à 15% pour deux; la charge virale VIH était détectable pour sept; le rapport CD4/CD8 était supérieur à 1 pour 11.

Les traitements immunosuppresseurs administrés étaient: prednisone (19/5 en monothérapie), méthotrexate (7), méthylprednisolone (4), leflunomide (4), azathioprine (3), budésone (3), cyclophosphamide (2), salazopyrine (2), IgIV (1), étanercept (1), rituximab (1); avec comme possibles complications: pneumopathie (1), zona (1), carcinome papillaire bien différencié de la thyroïde (1).

Au dernier suivi, 17 patients étaient en rémission complète, dix en rémission partielle et six présentaient une maladie active.

**Discussion.**— Certaines pathologies (principalement les vascularites) peuvent révéler une infection par le VIH. La découverte de la MAI ou la survenue d'une poussée sont associées à un bon contrôle immunovirologique; la tolérance des traitements immunosuppresseurs est bonne.

Un état d'immunodépression avancé a été observé uniquement pour les cytopénies auto-immunes.

**Conclusion.**— L'infection par le VIH est responsable d'une dysrégulation du système immunitaire qui peut favoriser la survenue de pathologies auto-immunes, différentes selon le degré d'immunodépression. Les traitements antirétroviraux peuvent ainsi avoir un effet thérapeutique pour certaines et aggravant pour d'autres. Des études concernant des groupes plus homogènes de patients sont nécessaires.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2013.03.236>

CO013

### **Incidence et valeur prédictive positive à six mois du dépistage de la tuberculose latente par tests in vitro chez les patients infectés par le VIH naïf de tout ARV en France : résultats de l'étude STIC IGRAVIH. NCT00805272**

A. Bourgarit<sup>a</sup>, G. Baron<sup>b</sup>, G. Breton<sup>c</sup>, J. Reynes<sup>d</sup>, Y. Yasdanpanah<sup>e</sup>, P. Ravaud<sup>b</sup>, O. Lortholary<sup>f</sup>, G. Carcelain<sup>g</sup>, IGRAVIH Study Group

<sup>a</sup> Inserm Umr-945, médecine interne, diabète et maladies métaboliques, clinique médicale B, hôpital Pitié-Salpêtrière, Hus, Strasbourg, France

<sup>b</sup> Centre d'épidémiologie clinique, hôpital Hôtel-Dieu, Paris, France

<sup>c</sup> Médecine interne, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>d</sup> Smit, hôpital Gui de Chauliac, Montpellier, France

<sup>e</sup> Maladies infectieuses et tropicales, hôpital Bichat Claude-Bernard, Paris, France

<sup>f</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Necker, Paris, France

<sup>g</sup> Inserm Umr-S 945, immunologie A, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

**Introduction.**— Le dépistage et le traitement de la tuberculose latente (TBL) a montré son intérêt pour diminuer l'évolution et la mortalité liée à la tuberculose-maladie, cela est particulièrement vrai chez les patients immunodéprimés dont les patients infectés par le VIH. Ce dépistage, actuellement basé sur la mise en évidence d'une réponse immunologique mémoire antimycobactérienne (IDR ou tests in vitro), est altéré par l'infection par le VIH. Toutefois les

tests in vitro (IGRA) testant une réponse plus spécifique leur intérêt en combinaison avec l'IDR ou isolement pour le dépistage et le traitement de la tuberculose latente reste à définir, en particulier dans les pays à faible incidence de tuberculose. Nous présentons la première étude comparant les trois tests IDR, TspotTB<sup>®</sup> et QFT-TB-G-IT<sup>®</sup> chez des patients VIH naïfs de traitement dans un pays à faible incidence de TB avec un suivi de six mois, permettant d'évaluer la prévalence de TB latente en France et les valeurs prédictives de ces tests.

**Patients et méthodes.**— Étude de cohorte prospective multicentrique dans 30 centres français incluant des patients infectés par le VIH1, naïfs d'antirétroviraux et sans tuberculose-maladie testés pour le diagnostic de tuberculose latente par IDR à la tuberculine (Tubertest<sup>®</sup>) et les tests in vitro T-Spot-TB<sup>®</sup> et QFT-TB-G-IT<sup>®</sup>. Les tests étaient rendus positifs pour une IDR à 5 et 10 mm, positifs, négatifs ou indéterminés pour les IGRA selon les recommandations. L'évolution des patients (tuberculose-maladie, début d'ARV, traitement antituberculeux) était recueillie à six mois.

**Résultats.**— Quatre cent quinze patients naïfs d'ARV ont été testés pour la tuberculose latente par IGRA et IDR (âge médian 38 ans [IQR 31–45], 74,2% H, stade VIH CDC A pour 94,2% et C for 2,7%, taux médian de CD4 466/mm<sup>3</sup> [IQR 337–615], 6,4% < 150/mm<sup>3</sup>, 71,6% > 350/mm<sup>3</sup>, charge virale VIH1 médiane 4,5 log [3,6–4,9], 60,6% vaccinés par le BCG et 51,4% venant de pays à forte endémie TB). Cinquante-six (13,5%) patients avaient au moins un IGRA positif (43 [10,3%] QFT<sup>®</sup>, 34 [8,1%] Tspot<sup>®</sup>, 22 [5,3%] les deux), 66 (15,9%) avaient une IDR supérieure à 5 mm (37 [8,9%] > 10 mm) avec une faible concordance. Dix (2,4%) et 23 (5,5%) patients avaient respectivement un QFT<sup>®</sup> ou Tspot<sup>®</sup> indéterminé sans différence de fréquence selon le taux de CD4. Quatorze (25,5%) de ces 56 patients reçurent une antibioprophylaxie, 18 (32,7%) débutèrent un traitement antirétroviral dans un délai médian de 53,5 (33,0–112,0) jours après l'inclusion. Huit des 415 patients développèrent une TB dans les six mois, sept d'entre eux avaient au moins un IGRA positif (cinq avaient les deux), le dernier (CD4 114/mm<sup>3</sup>) avait un QFT<sup>®</sup> et une IDR négatifs et un T-spot<sup>®</sup> indéterminé. Le risque relatif de développer une TB à six mois était de 44,0 95% IC [5,5; 351,0] si un IGRA était positif. Quand l'IDR était négative, la VPN des IGRAs pour la survenue d'une TB maladie dans les six mois était de 100%. Les VPP des IGRAs et de l'IDR seront présentées.

**Conclusion.**— En France, le dépistage de la tuberculose latente par les IGRA chez les patients infectés par le VIH naïf d'antirétroviraux retrouve une prévalence de 13,5%, et prédit l'évolution vers une tuberculose maladie à six mois avec un RR de 44,0. Les trois tests ayant été réalisés simultanément à différents taux de CD4, une stratégie diagnostique adaptée aux CD4 et aux résultats de l'IDR sera discutée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2013.03.237>

CO014

### **Facteurs associés aux formes disséminées de tuberculose survenant sous anti-TNF alpha : étude cas-témoin nichée dans la cohorte RATIO**

F. Danion<sup>a</sup>, F. Tubach<sup>b</sup>, C. Rivoisy<sup>c</sup>, X. Mariette<sup>d</sup>, D. Salmon<sup>e</sup>, O. Lortholary<sup>f</sup>, C. Roy<sup>g</sup>, A. Bourgarit<sup>h</sup>, Groupe de travail RATIO

<sup>a</sup> Rhumatologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital de Haute-pierre, Strasbourg, France

<sup>b</sup> Épidémiologie et recherche clinique, hôpital Bichat, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France

<sup>c</sup> Médecine interne, hôpital Bicêtre, AP-HP, Paris, France

<sup>d</sup> Rhumatologie, hôpital Bicêtre, AP-HP, Paris, France

<sup>e</sup> Médecine interne, hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France

<sup>f</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Necker, AP-HP, Paris, France

<sup>g</sup> Épidémiologie et recherche clinique, hôpital Bichat, AP-HP, Paris, France