



COMPTE RENDU « JOURNEES NATIONALES D'INFECTIOLOGIE »

TOURS , LES 13, et 15 JUIN 2012

Par B.Ledoux

CHLCF St Martin

Traiter tôt

La virémie résiduelle

Plus le traitement ARV est commencé tôt, mieux c'est : deux intérêts majeurs :

- Eviter l'archivage de mutations
- Les réservoirs se constituent très tôt, au début de l'infection : un intérêt de plus, pour traiter tôt. Ne jamais perdre de vue que plus de 3 ans avec des CD4 > 500 augmente l'espérance de vie, et la qualité de vie des patients

Transmission maternofoetale (TMF) : accouchement par voie basse, si aucune contre-indication obstétricale, et CV < à 20 copies. Le plus important chez la femme enceinte, c'est de traiter le plus longtemps possible.

Modifications de traitements : Zone grise entre 20 et 200 copies/ml ; par contre pas de doute si CV < 20, on peut modifier pour simplifier. Si non indétectable, on peut s'interroger sur la virémie résiduelle

Les patients sous névirapine ont un risque accru de virémie résiduelle

Les blips : pas d'impact en terme de résistances

D'une manière générale, une augmentation des CD8 doit faire penser à une virémie résiduelle. Ceci étant, il semble que la virémie résiduelle soit inévitable. Même à 20 copies, il existe une réplication dans les réservoirs.

Dépistage + traitement = outils de prévention (Gilles PIALLOUX)

96% de diminution du risque de transmission quand la charge virale est < 400 copies (le traitement ARV est une arme de prévention de transmission sexuelle)

TASP : traitement as prevention

PREP : prophylaxie pré exposition

HIV controlers : < 1% des VIH+

Charge virale indétectable sans traitement

Il s'agirait de virus atténué, non actif

Plusieurs hypothèses :

- susceptibilité génétique : implication du système HLA (immunité innée).
- immunité innée avec susceptibilité réduite des CD4 et fabrication ++ d'interféron par les cellules dendritiques plasmacytoïdes (rôle de médiation essentielle dans la réponse immunitaire contre les cellules infectées par le Virus de l'Immunodéficience). Les HIV controlers infectés VHC contrôlent mieux cette co-infection.

Etude VISCONTI :

L'étude s'intéresse à des patients traités très précocement, dans les 10 semaines suivant l'infection, et qui présentent, près de six ans après l'arrêt du traitement, la particularité de contrôler parfaitement l'infection par le VIH.

Dans ce travail nous ont été présentés les caractéristiques du réservoir viral cellulaire des patients de l'étude VISCONTI. Chez ces patients, le niveau d'ADN proviral est plus élevé dans les cellules CD4 activées que dans les cellules latentes. Le réservoir viral est principalement présent dans les cellules transitionnelles mémoires (56 %). Le réservoir viral des patients possède les mêmes caractéristiques en terme de taille et de distribution que celui des patients « *Elite Controlers* ».

Ces données sont très intéressantes et participent à la meilleure compréhension du mécanisme du contrôle de la virémie chez ces patients traités précocement.

Inflammation chronique

En dehors du rôle inflammatoire du VIH lui-même, il existe des facteurs d'activation importants (facteurs personnels, tabac, alcool, vieillissement, activité intestinale, les vaccins, les bactériémies...). Cette inflammation proviendrait de l'activation immune (cf marqueurs : CRP, IL6, DDimer...) même chez des patients contrôlés

Résistances

Problème ++ chez les patients qui répliquent, même à bas bruit, depuis des années. Une étude ANRS va débiter sur le sujet, car on s'aperçoit, que même en intensifiant les traitements, ça ne marche pas obligatoirement.

Médecine du voyage

- Dengue : peut être fatale, quand prises en charge tardive des patients à risques (drépano, enfants, diabétiques, personnes âgées, Etc). Le diagnostic différentiel entre la dengue et le palu peut être difficile, si non orienté (cibler les recherches)

- Paludisme d'importation : 4600 cas d'importation, dont 20 à 30 décès par an en France. Le neuro palu reste fréquent et sévère. La prise en charge doit être rapide et ciblée. Examens : IRM (montre une augmentation du volume cérébral) Scanner (peut montrer ischémie, œdème, hémorragie...). L'imagerie va permettre une prise en charge orientée et améliorer la neuro surveillance. Bilan sang : sérologie et valeur prédictive des bicarbonates. Traitement IV par artésunate. Séquelles possibles au niveau œil et cervelet. Le « Falciparum » est responsable des neuro palu, extrêmement rare avec le « Vivax »

Comment établir le diagnostic du « vivax » : sur les 4600 cas d'importation en France, 6.3% sont du « vivax ». Le délai moyen de survenue est de 60 jours, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois (à la différence du « falciparum ») Pas de faux positif, si utilisation des TDR. La thrombopénie et la PCR sont d'excellentes valeurs prédictives

La chimio-prophylaxie paludéenne doit être discutée avec le patient, en fonction de la durée éventuelle d'exposition, car les effets secondaires du traitement peuvent être importants.

Zoonoses

Il s'agit de transmissions de l'homme à l'animal et vis versa

Ex : de la brucellose, de la tuberculose, des mycobactéries atypiques, du SRAS (coronavirus → chauve-souris), de la rage

Actuellement :

- boreliose de Lyme,
- fièvre Q (incubation de 1 à 3 semaines, pas de contagé direct avec la viande),
- mycobactéries bovines,
- leptospiroses à cause des iguanes et des rats

Tuberculose

ETP et Tuberculose

Expérience intéressante d'un sanatorium de l'Essonne dans un parc de 85 hectares

Ce centre rassemble tout type de tuberculose, beaucoup de multirésistantes des pays de l'Est, 90% de l'île de France.

DMS : 70 jours, moyenne d'âge : 40 ans, 90% de dossiers sans couverture sociale.

ETP (Education thérapeutique du patient) :

- A l'accueil, avec signature d'une fiche de consentement, et remise d'un livret sur la tuberculose (un écrit et un en images)
- Ordonnance individuelle, avec support visuel des comprimés
- DOT (Daily Observe Therapy), chaque matin, à 10h

Evaluation

- Baisse des récidive
- Augmentation de la compréhension
- Intérêt coût/efficacité
- DMS augmentée en cas de tuberculose multirésistante

Brochures à disposition sur demande au 0142720597

Email : contact@lesouffle.org (Dr Franck Robert)

Isolement des tuberculoses bacillifères (à Bichat)

Etude suite à un constat : retard d'isolement quand arrivée via les urgences
Crachats positifs à l'arrivée : 17% de retard d'isolement
Les patients VIH + seraient moins bacillifères

Exposition à une tuberculose pulmonaire

- caractère nosocomial ++
- la contagiosité peut remonter à > 3 mois
- après contagé : Cs médicale n°1 avec RP, IDR, et Quantiféron selon les centres (voir scanner pulm.)
Surveillance médicale à M3, M12, M18
- Discussion du traitement post exposition, selon résultats + traitement ITL ??

VACCINATIONS

IDE et vaccinations

Expérience de Delphine LECLERC, infirmière à l'hôpital d'Avicennes.

Elle met en avant le fait que cette consultation a pu voir le jour, grâce à la confiance que le médecin, responsable de l'unité, a accordé à l'infirmière.

Important : des vaccins inactivés peuvent être faits le même jour, alors que des vaccins activés des jours différents.

Cf : guide des vaccinations édition 2012.pdf + BEH 14, 15, 2012.pdf

Vaccination pneumococcique

Pour l'instant, le vaccin Prevenar 13® n'est pas recommandé en France chez les personnes âgées de 50 ans et plus ; alors qu'il montre une supériorité de la réponse immunologique, si comparé au pneumo23, même si il contient moins de valences. En effet, l'immunogénicité du pneumo 23 est variable en fonction des sérotypes et son efficacité est limitée (50 à 70% vis-à-vis des bactériémies).

Maladie de Chagas

Il s'agit d'une maladie dûe à un parasite. Les vecteurs sont les réduves (grosses punaises). Les réservoirs sont les animaux domestiques et sauvages. Maladie tropicale de la pauvreté.

Autres modes de transmission (autre que vectoriel)

- orale (Amazonie, le plus, Guyane, Caracas)
- transplacentaire
- transfusion sanguine
- transplantation organes (Espagne, Suisse)
- accident de laboratoire

Le foyer historique se situe en Bolivie (urbanisation de la maladie)

USA : 300 000 infectés, où migration latino-américaine importante

Europe : le pays le plus touché est l'Espagne

France : groupes à risques originaires d'Amérique Latine, légaux ou non

Dépistage congénital : non fait systématique en France, alors que systématique en Espagne (prévalence 10%)

Attention : TMF négative, peut devenir positif dans les 5 ans

Prise en charge

- lutte anti-vectorielle ++
 - la phase aiguë peut être symptomatique, avec des endocardites ou des encéphalites... ou asymptomatique. Le problème est qu'il est impossible de savoir quand le patient va passer en phase symptomatique.
 - le parasite va rester dans les tissus
 - cardio, et peut engendrer des troubles du rythme (ECG, écho cardio)
 - digestif (donc coloscopie)
 - neuro , et peut provoquer des AVC, des abcès cérébraux (diagnostic différentiel : toxoplasmose, donc faire une sérologie)
 - traitements : benznidazole et Nifurtimox
- Pas de traitement pendant la grossesse (test diagnostic à la naissance).
- les bébés à la naissance : test sanguin et/ou test à 9 mois. Si positif, traitement d'emblée de benznidazole

Séroconversion toxo chez la femme enceinte

- risques ++ avec 24% de transmission maternofoetale
- Aucun consensus sur l'amniocentèse
- contexte anxiogène ++ de la mère
- risques ++ quand survenue au 2^e trimestre de la grossesse (24% de transmission foetale)
- Il existe deux périodes :
 - avant 92 : traitement par rovamycine, et suivi mensuel
 - après 92 : avec instauration de la PCR en 95 et traitement avec adiazine et malocide selon les centres (diminution des séquelles cliniques) + acide folinique
- 22% d'enfants porteurs avant l'apparition des signes : les atteintes oculaires au premier plan, avec les chorioretinites non décelées à la naissance. Ces enfants nés de mères ayant fait une séroconversion au cours de la grossesse, doivent faire l'objet d'un suivi jusqu'à l'âge de 10 ans. Le plus souvent, les lésions oculaires se développent ultérieurement. Il arrive même qu'une fille née dans ces conditions, récidive à son tour un problème oculaire, pendant sa propre grossesse.

La pneumocystose

C'est la pathologie inaugurale la plus fréquente en France pour le VIH, dûe à un champignon et non un protozoaire.

Transmission aérienne interhumaine.

Type d'isolement : gouttelette.

Peut rester jusqu'à 3 mois dans les chambres , et 8 mois dans les couloirs

Il s'agit du *Pneumocystis jirovecii*, fréquemment appelé pneumosystis carinii

Rougeole et coqueluche

Pour la rougeole, 50% du personnel a reçu deux doses vaccinale.

Pour la coqueluche, seulement 11% du personnel est à jour des rappels.

La **rougeole** se transmet très facilement d'une personne à une autre par des gouttelettes aéroportées (la toux ou les éternuements ou même simple discussion) ou par contact direct avec les

sécrétions du nez ou de la gorge de personnes infectées. Pendant une heure le virus éjecté peut se maintenir dans l'air et rester dangereux. Il survit peu de temps sur les objets et les surfaces.

L'éruption cutanée apparaît en moyenne 14 jours plus tard

La période d'incubation peut durer jusqu'à 21 jours

Une personne infectée peut répandre l'infection quatre jours avant et jusqu'à quatre jours après l'apparition de l'éruption cutanée.

Pour la **coqueluche**, c'est identique, le catarrhe oculo-nasale apparaît 10 jours avant l'apparition des signes de toux

Précaution ++ autour d'un cas : même si un soignant a déjà fait une rougeole, ou une coqueluche il peut les réactiver

Pour la coqueluche : antibiothérapie ; pour la rougeole : vaccin + immuno-globulines jusqu'à 72h après le contact (90% d'efficacité)