

INFECTION HIV AU STADE SIDA RÉVÉLÉE PAR UNE SYMPTOMATOLOGIE RESPIRATOIRE

À propos de trois cas cliniques

Z.DJILI ; A.BOUTINZAR ; R.TOUAHRI ; A.KETFI

Service de Pneumologie, Phtisiologie et d'Allergologie EPH Rouiba ; ALGER

Résumé

Nous rapportons ici les cas de trois patients, hospitalisés à notre service de pneumologie pour une symptomatologie, faites de dyspnée et une toux dans un contexte infectieux, l'anamnèse qui retrouve des habitudes à risque chez deux patients, et des images radiologiques variables. Au cours du bilan biologique une lymphopénie a été objectivée, l'exploration a été complétée par une sérologie virale revenant positive associée à une lymphopénie profonde LT CD4 à la cytométrie signant le stade SIDA de la maladie. Les trois patients ont été adressés à des centres spécialisés de la prise en charge des infections VIH. Ces cas illustrent l'importance de l'anamnèse à la recherche de facteurs de risque et la sérologie virale HIV et devant toute atteinte respiratoire d'expression atypique associée à une lymphopénie.

Summary

We present the case of three patients, hospitalized in our pulmonology unit for symptoms such as: dyspnea, cough in an infectious context, risky habits were found in the anamnesis, with variable X-Ray abnormalities. In the blood tests, there was lymphopenia, exploration was completed with a viral serology, that was positive, with a

profound lymphopenia LT CD4 in the cytometry indicating the AIDS stage. The three patients were sent to a specialized unit in taking care of patients with HIV infection. These cases show the importance of searching risky behaviors and HIV infection in every case of atypical pulmonary infection with lymphopenia.

Introduction

Le virus de déficience humaine (VIH) est un virus à ARN monocaténaire de polarité positive, appartenant à la famille des Rétroviridae⁽¹⁾, il a comme cible les cellules de l'immunité en les détruisant, il se transmet par les sécrétions corporelles principalement sexuelle et sanguine⁽²⁾. L'infection au VIH constitue un problème de santé publique majeur, avec une estimation de 39 millions de personnes atteintes de par le monde dont un tiers dans la région africaine selon les dernières études épidémiologiques faites en 2022⁽³⁾.

Cas clinique 1

Le premier cas est Mr B.A âgé de 40 ans sans antécédents médico-chirurgicaux, qui présentait une détresse respiratoire d'installation aiguë, une fièvre non chiffrée dans un contexte d'altération de l'état général fait d'asthénie anorexie et amaigrissement non chiffré. L'interrogatoire à l'admission retrouve

la notion de diarrhée chronique. L'examen physique objective un patient en état général moyen avec un poids à 42kg une pâleur cutanéo-muqueuse importante, il était obnubilé répondant difficilement aux questions, tachycarde, polypnéique, une saturation en oxygène à 77% en AA, examen pleuropulmonaire sans particularité l'examen de la bouche retrouve un enduit blanchâtre atteignant le voile du palais. Le bilan biologique retrouve une lymphopénie profonde sur 2 prélèvements ; 130 et 160 ; avec une anémie normocytaire normochrome à 7,7g/dl, cytolysé hépatique à 2 fois la normale, une CRP à 97mg/l, une hypoalbuminémie, la mesure des gaz du sang objective une alcalose respiratoire décompensée avec une hypoxémie à 44 mmHg. L'angioscanner thoracique (figure 1) objective multiples plages de verre dépoli diffuses et bilatérales plus marquées en régions sous pleurales et aux lobes inférieurs, l'ensemble radioclinique évoque une pneumocystose. La sérologie virale était positive complétée par un phénotypage lymphocytaire retrouve une inversion du rapport CD4/CD8 avec un taux effondré des LTCD4 à 2 elt/mm³ confirmant le stade SIDA de la maladie ; la coproparasitologie des selles et l'examen cyto-bactériologique des urines n'ont pas mis en évidence aucun germe. A notre niveau le patient a été mis sous une bi-antibio-

thérapie probabiliste, le cotrimoxazole dose forte dès la suspicion du diagnostic, une corticothérapie, le patient a bénéficié également d'une transfusion sanguine et une supplémentation en albumine.

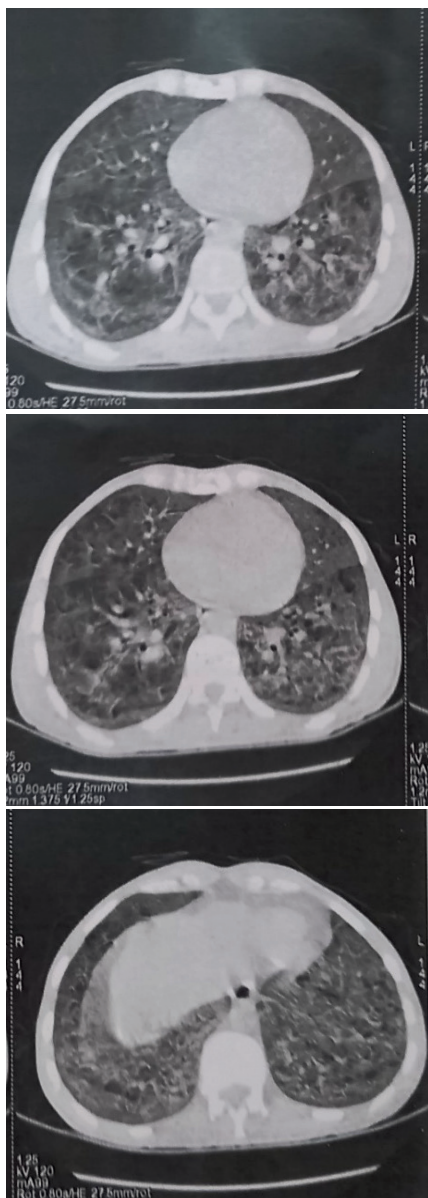


Figure 1. Coupes scannographiques parenchymateuses montrant des plages de verre dépoli

Cas clinique 2

Le deuxième malade est Mr M.H âgé de 50 célibataires, aux antécédents de schizophrénie et gastrite chronique et de toxicomanie, qui présente un infiltrat pulmonaire bilatéral associé à des adénopathies médiastinales et sous diaphragmatiques et une ascite, révélé 40 jours

de son admission par une symptomatologie faite d'asthénie, anorexie, amaigrissement de 15kg associé à des vomissements et une fébricule, l'examen clinique initial retrouve un patient conscient peu coopératif en état général moyen cachectique pesant 45kg, apyrétique avec bonnes constantes hémodynamiques, le reste de l'examen physique était sans particularité hormis une mauvaise hygiène buccodentaire. Le bilan radiologique (**figure 2**) retrouve un infiltrat pulmonaire bilatéral prédominant à gauche associé à des adénopathies médiastinales et sous diaphragmatiques non nécrosées associés à une ascite de faible abondance. Le bilan biologique retrouve une CRP à 221, une neutropénie (2,6 et 2,3 élt/ml) profonde avec une lymphopénie (686 et 550 élt/ml), une sérologie virale a été demandée revenant positive complétée par le phénotypage lymphocytaire retrouve une inversion du rapport des CD4/CD8 (0,02 élt/ml) et un taux effondré de LTCD4 à 4 élt/ml confirmant le stade SIDA de la maladie. Des séries de bascilloscopies ont été réalisées chez lui avec microscopie et culture sont revenues négatives.

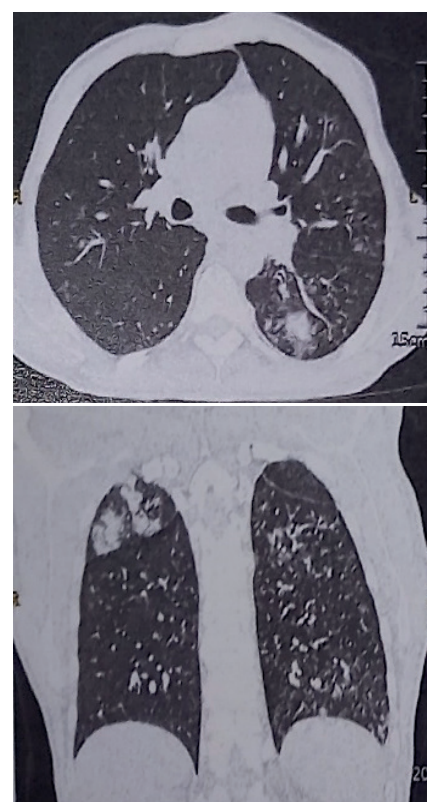
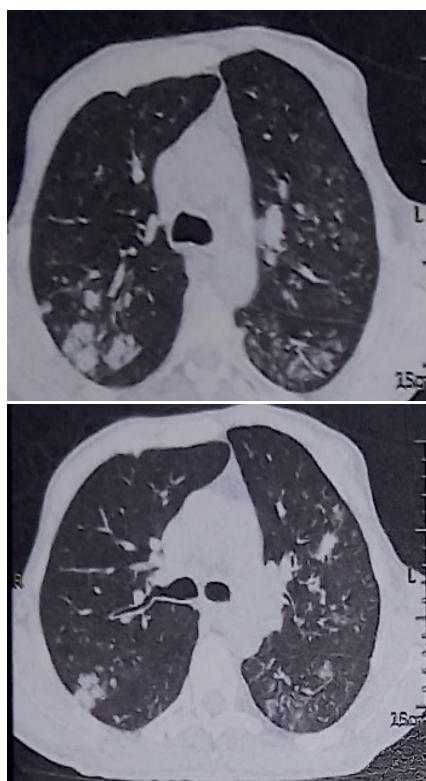


Figure 2. Coupes scannographiques parenchymateuses montrant les condensations pulmonaires

Cas clinique 3

Le troisième cas c'est Mlle G.F âgée de 41 ans célibataire, présentant une notion de rapports sexuels non protégés, aux antécédents de PTI et d'épilepsie, qui présente des condensations pulmonaires bilatérales labiles évoluant dans un contexte fébrile depuis 4 mois et de détresse respiratoire d'installation rapidement progressive.

L'examen initial objective une désaturation à 86% en air ambiant avec une tachycardie, des râles crépitants à l'auscultation et une sécheresse buccale. Une gazométrie artérielle revenant en faveur d'une hypoxémie et une hypocapnie.

Une angio-TDM (**figures 4**) a éliminé une Embolie pulmonaire avec mise en évidence d'une HTAP et des condensations pulmonaires bilatérales. 3 radiographies thoraciques ont objectivé des images alvéolaires avec labilité dans le temps.

Le bilan biologique a montré une lymphopénie à 180, une insuffisance rénale fonctionnelle corrigée après hydratation, une sérologie faite revenant positive avec absence quasi-totale des LT-CD4 à la cytométrie.

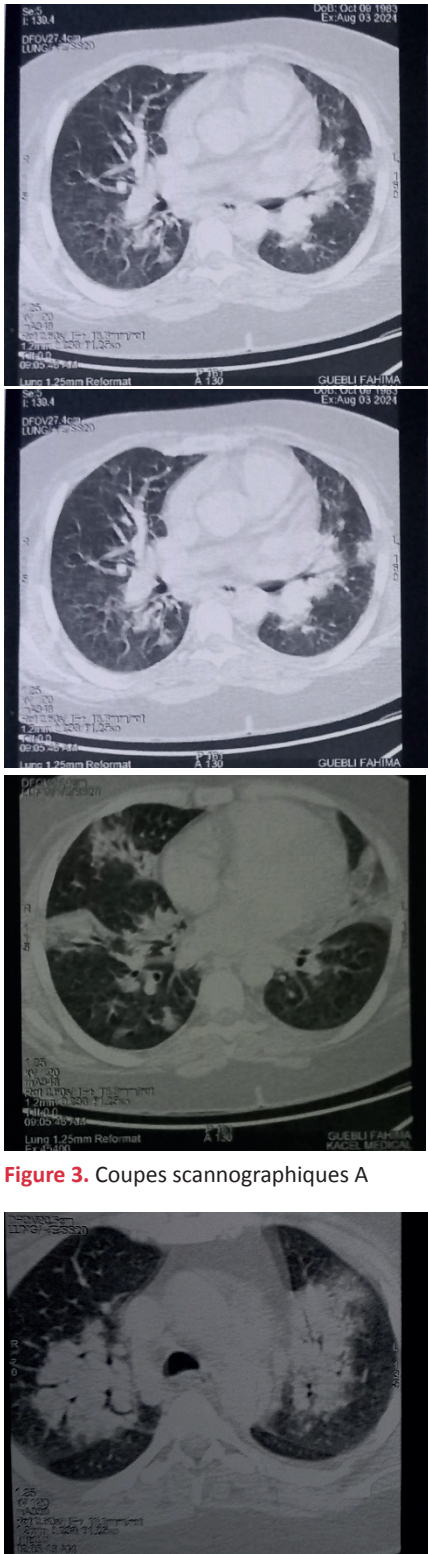


Figure 3. Coupes scannographiques A

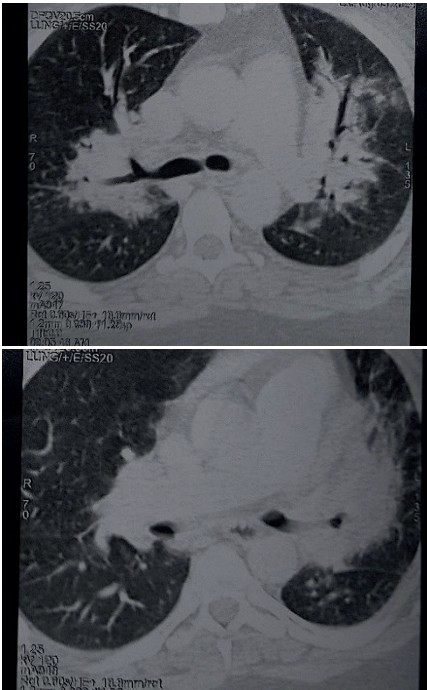
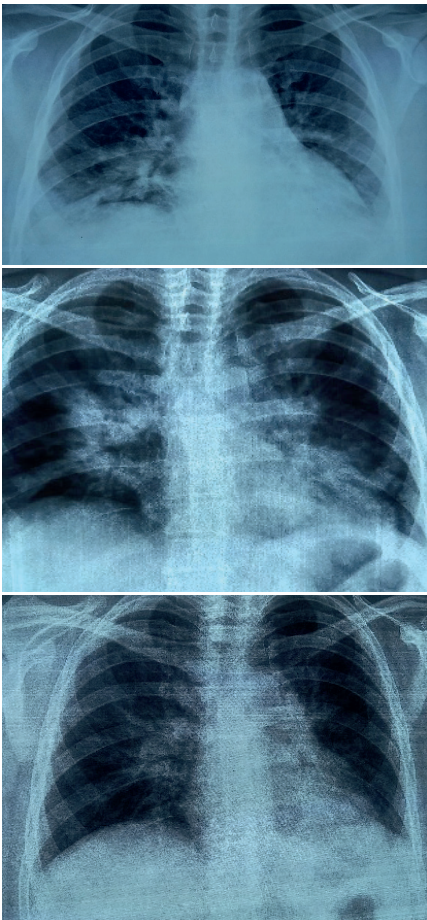


Figure 4. Coupes scannographiques B
Figures 3 et 4. Montrent la labilité des images scannographiques



Figures 5, 6, 7. Montrant la labilité des images radiologiques

Discussion :

L'infection au VIH se caractérise par son polymorphisme clinique ⁽⁴⁾ : le syndrome grippal est le plus fréquemment retrouvé, suivi par arthralgie et les adénopathies. Le plus souvent le diagnostic se fait à la phase d'immunodéficience (SIDA) où les infections opportunistes prennent le relais. Les manifestations pulmonaires sont le plus souvent infectieuses, l'association avec la tuberculose pulmonaire est fréquente d'expression atypique et sévère ⁽⁵⁾. Les infections opportunistes apparaissent si un le taux de LT-CD4<200elt ; les germes les plus fréquents sont : les pneumonies atypiques et virales, la pneumocystose est une infection mycosique qui signe le stade SIDA de la maladie ⁽⁶⁾. Chez nos patients, on constate ce polymorphisme clinique et biologique.

Chez le premier malade l'association des signes cliniques pulmonaires et extrapulmoanires d'infection opportunistes, l'analyse radiologique et la lymphopénie au bilan initial, a permet d'évoquer l'infection par VIH, confirmée par la sérologie et la cytométrie.

Chez les deux autres cas, malgré que l'analyse radiologique fût en faveur d'une infection non spécifique mais la présence de conduites à risque et la lymphopénie profonde aux bilan biologique, nous a permet de compléter l'exploration par une sérologie virale et une cytométrie, posant le diagnostic.

Tous les malades ont été adressé vers un centre spécialisé de prise en charge des patients séropositifs où le traitement anti rétroviral a été instauré.

Conclusion :

L'infection au VIH constitue un problème de santé publique dans le monde, caractérisé par son polymorphisme clinique et radiologique d'où le retard diagnostic jusqu'au

stade SIDA. L'atteinte pulmonaire est le plus souvent infectieuse. D'où l'intérêt de l'anamnèse à la recherche de facteurs de risque, et l'analyse minutieuse de la NFS à la recherche de lymphopénie devant toute symptomatologie pulmonaire atypique dans un contexte infectieux, afin de permettre un diagnostic précoce et prise en charge adéquate par le traitement anti rétroviral.

Références bibliographiques

1. Dr Véronique Avettand-Fenoel, Dr Charlotte Charpentier, Dr Benoit Visseaux. *Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Société Française de Microbiologie. Janvier 2017.
2. *Sida / VIH : symptômes, traitement, prévention*. Institut Pasteur. France. Juillet 2023.
3. *VIH et sida*. Organisation Mondiale de la Santé. 13 juillet 2023.
4. Edward R. Cachay, MD, MAS, University of California, San Diego School of Medicine. *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Manuel MSD. Révisé mai 2024.
5. Ford, N., et al., TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society* 2016, 19:20714.
6. H. Ferrand a b; F. Crockett a; J.-M. Naccache a; C. Rioux b; C. Mayaud a; Y. Yazdanpanah b; J. Cadranel a. *Manifestations pulmonaires au cours de l'infection par le VIH : démarche diagnostique*. *Revue des Maladies Respiratoires*. Volume 31, Issue 10, December 2014, Pages 903-915