

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Tuberculose et VIH

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

MedWiki-DZ :

Tuberculose et VIH

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:tuberculose_et_vih

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:36** - Imprimé le : **2026/02/05 12:19**



Table des matières

Tuberculose et VIH	1
Tuberculose et VIH	3
1. Introduction	3
2. Intérêt	3
3. Épidémiologie	3
4. Rappels : VIH	4
5. Diagnostic de la tuberculose chez un sujet VIH+	4
5.1. Clinique	5
5.2. Imagerie	5
5.3. Bactériologie	5
5.4. Tests tuberculiniques	5
5.5. Autres	5
6. Traitement	6

Tuberculose et VIH

Objectifs pédagogiques :

- Interactions épidémiologiques et conséquences sur les programmes nationaux antituberculeux
- La tuberculose n'est un critère de SIDA-maladie, mais elle y trouve un terrain de prédilection (immunodépression)
- Rechercher la tuberculose en cas de SIDA-infection
- Rechercher une infection à VIH en cas de tuberculose particulière (de la base par exemple)

1. Introduction

- VIH $\Rightarrow$ risque accru de développer une tuberculose (immunodépression favorise multiplication du BK)
- TBK $\Rightarrow$ production de $\text{TNF}\alpha$ $\Rightarrow$ activateur de la réplication virale $\Rightarrow$ augmentation du nombre de copies virales $\Rightarrow$ aggravation de l'immunodépression

2. Intérêt

- TBK = une des premières infections opportunistes qui définissent le passage au stade SIDA-maladie
- Co-infection grave $\Rightarrow$ PEC diagnostic et thérapeutique rapide
- Thérapeutique : co-administration adaptée d'antituberculeux et d'anti-rétroviraux
- Adaptation du programme national : dépistage rapide et efficace

3. Épidémiologie

1. Dans le monde : (2015)

- VIH : 36,7 millions, dont 24,5 en Afrique
- 3 millions de décès, dont 2,9 en Afrique
- TBK : 10,4 millions (toutes formes confondues), 1,4 co-infectés par le VIH (80% en Afrique)
- 1,4 millions de décès, 0,4 TBK-VIH ; Afrique : 450.000 décès par TBK, 300.000 TBK-VIH

2. En Algérie :

- Faible prévalence VIH ; il circule peu dans des populations limitées
- Séro-prévalence du VIH 10x plus élevée chez les tuberculeux

3. Impact de l'infection VIH sur l'épidémiologie de la tuberculose : augmentation de l'incidence et de la prévalence :

- Favorise les réactivation
- Favorise le passage directe vers tuberculose maladie (PIT $\Rightarrow$ TP)
- Favorise donc la contamination et la dissémination

4. Rappels : VIH

1. Virus de l'Immunodéficience Humaine :

- Rétrovirus, enveloppé à ARN, qui s'attaque principalement
- Deux sérotypes : VIH1 et VIH2

2. Transmission :

- Sexuelles, sanguine, verticale (mère-enfant)

3. Phases de l'infection :

1. Phase aiguë ou primo-infection (quelques semaines) :

- Infecte les Lt-CD4 et s'y multiplie
- Diminution transitoire du taux de CD4 et augmentation de la charge virale
- Puis inversion des courbes et stabilisation de la charge virale (production d'Ac anti-VIH)
- Phase où le risque de transmission, notamment sexuelle, est maximal

2. Phase d'infection asymptomatique (plusieurs années) :

- Réaction immunitaire (destruction des Lt-CD4 infectés) $\Rightarrow$ maîtrise incomplète de la charge virale $\Rightarrow$ état d'équilibre entre VIH, système immunitaire, production de Lt-CD4 $\Rightarrow$ maintient d'un taux de CD4 normal $> 500/\text{mm}^3$
- Avec le temps (7 à 11 ans) : défaillance du mécanisme de remplacement des Lt-CD4 (soit intensification de la multiplication virale, ou épuisement de la production des Lt-CD4)

3. Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (quelques mois/années) :

- Infections opportunistes quand $\text{Lt-CD4} < 200/\text{mm}^3$, ne survenant normalement jamais chez un sujet sain
- Multiplication et cumul de ces infections $\Rightarrow$ décès

5. Diagnostic de la tuberculose chez un sujet VIH+

Pour des déficits immunitaires modérés ($\text{CD4} > 350/\text{mm}^3$), le tableau (clinique, radio, bactério) est similaire à celui de l'immuno-compétent. Quand l'immunodépression est

profonde ($CD4 < 200/mm^3$), on a :

5.1. Clinique

Tableau atypique

- Altération de l'état général fébrile (prolongée > 4 semaines), avec amaigrissement important au premier plan
- Atteinte la plus fréquente : pulmonaire (70%), mais rarement isolée (atteinte ganglionnaire thoracique ou disséminée, et hépatosplénique sont les plus fréquentes)
- Troubles digestifs dans 50% des cas
- Symptômes classiques (toux, hémoptysie) peu fréquents, voir absents

5.2. Imagerie

- Toutes les formes (miliaire, micro-nodules diffus ou localisés, distribution péri-bronchique, infiltrats)
- Distribution égale entre sommets et bases
- ADP médiastinales fréquentes
- Atteintes excavées exceptionnelles, épanchement rare (5%)
- Peut être normale dans 10 à 20% des cas (avec BK positifs parfois)

5.3. Bactériologie

- Difficulté majeur : négative (direct et culture) dans près de la moitié des cas

5.4. Tests tuberculiniques

- Anergie tuberculinique corrélée au degré d'immunodépression (taux de CD4)
- IDR utile surtout en phase initiale (positive dans 40% des cas)
- Sinon, intérêt du test IGRA (Interferon Gamma Release Assay)

5.5. Autres

- Leucopénie à la NFS
- Hémoculture peut être positive à *Mycobacterium tuberculosis*

6. Traitement

- Même critères, mêmes protocoles, quelque soit le stade de la maladie
- Régime de première ligne ; aucune preuve en faveur de la prolongation du traitement
- Mortalité de 20% à 1 an : souvent lié à la tuberculose elle même, mais peut aussi être lié aux autres complications de l'infection VIH
- Taux de réponse au traitement et de rechute semblables
- Adapter le traitement anti-rétroviral :
 - Inhibiteurs de la protéase : contre-indiquées (diminuent le taux sérique de Rifampicine)
 - Traitement recommandé (VIH+TBK) : Zidovudine + Stavudine (300/150 mg) + Efavirenz (600 mg)
 - À commencer dès la 3e semaine du traitement antituberculeux, et avant la 8e semaine
 - Distribué gratuitement au niveau des centres de référence du Programme National de Lutte contre le SIDA
- Ajouter Cotrimoxazole (800/160 mg/j) pour éviter les infections intercurrentes

— Résumé basé sur le cours de Dr. R. S. Benazzouz et Dr. A. Mekideche, sur le Guide Algérien de la Lutte Antituberculeuse - édition 2011 et sur De Castro N, Denis B, Molina JM. Atteintes pulmonaires au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. EMC - Pneumologie 2014;11(3):1-18 [Article 6-004-A-40].