

URGENCES ET VIH

Eve Laporte Turpin / validé par Joëlle Tricoire

Juillet 2006

- L'essentiel de la pathologie d'urgence liée à l'infection par le VIH est d'origine **infectieuse** .
- Il s'agit le plus souvent d'**infections bactériennes**. Les infections opportunistes ne surviennent qu'en présence d'un déficit significatif de l'immunité cellulaire (CD4).
- Dès l'arrivée aux urgences, 2 points essentiels à préciser :
 - le statut immunitaire de l'enfant
 - la compliance aux éventuels traitements prophylactiques prescrits par le médecin référent (dont la prévention du *pneumocystis carini*...)
- Les situations les plus fréquentes sont :
 - Le syndrome fébrile isolé
 - Les pneumopathies
 - Les troubles digestifs
 - Les troubles neurologiques

Taux des lymphocytes CD4 et évaluation du degré de déficit immunitaire selon l'âge (classification CDC 1994 exprimé en nombre absolu selon l'âge) compte tenu de la variation physiologique de la lymphocytose avec l'âge

	Exprimé en %	Exprimé en nombre absolu		
	Quel que soit l'âge	< 12 mois	1-5 ans	6-12 ans
Pas de déficit significatif	> 25 %	> 1 500	> 1 000	> 500
Déficit modéré	15-25 %	750-1 500	500-1 000	200-500
Déficit sévère	< 15 %	< 750	< 500	< 200

Chez l'enfant de moins de 18 - 24 mois, le taux de CD4 circulants est moins prédictif de la sévérité du déficit immunitaire qu'au-delà de 24 mois : **un traitement présomptif agressif est justifié à cet âge – là.**

SYNDROME FEBRILE AIGU ISOLE

- Infections pulmonaires bactériennes : pneumocoque ++++ mycobactéries atypiques
- Infections ORL bactériennes : pneumocoque
- Infections parasitaires : paludisme si retour d'un pays tropical
- Infections virales : EBV, toxoplasmose ...

→ CONDUITE A TENIR

C3G IV au moindre doute ou signe de gravité ou de mauvaise tolérance

PNEUMOPATHIE

- Bactérienne : pneumocoque +++, hémophilus quel que soit le degré d'immunodépression
- *Pneumocystis carinii* (si déficit immunitaire sévère et taux de CD4 < 10 - 15% chez l'enfant âgé de 18- 24 mois) : tableau en général sévère avec détresse respiratoire, poumon blanc +++++

→ CONDUITE A TENIR

- Ttt ATB par C3G IV (céfotaxime 100 mg/kg/j ou ceftriaxone 50 mg/kg/j) +/- Bactrim® IV 50mg/kg/12 h selon immunodépression et sévérité du tableau clinique
- Bilan sanguin (NFS CRP hémocultures...), bactériologique et virologique des expectorations
- RP
- Lavage broncho alvéolaire à discuter

DIARRHÉE, TROUBLES DIGESTIFS

- Diarrhée bactérienne
- Diarrhée virale
- Diarrhée parasitaire dont cryptosporidiose
- Infection à *candida* (oesophagite ...)

→ CONDUITE A TENIR

- Coproculture et examen parasito des selles (préciser recherche de cryptosporidie +++)
- Bilan biologique avec bilan hépatique et amylase, lipase
- Selon la clinique : échographie abdominale, endoscopie digestive avec biopsies ...

TROUBLES NEUROLOGIQUES FEBRILES

- Infection herpétique
- Neuro toxoplasmose (abcès cérébral) : céphalées, crises convulsives , troubles de conscience, syndrome déficitaire, troubles d'allure psychiatriques...
- Méningo-encéphalite cryptococcique (si taux de CD4 < 100/mm³) mais rare car traitement prophylactique par fluconazole (Triflucan®)

→ CONDUITE A TENIR

- Scanner cérébral en urgence (à la recherche d'un abcès cérébral si neurotoxoplasmose)
- Puis PL avec en plus de la cyto chimie bactériologique habituelle demande de PCR herpès, PCR toxoplasmose, coloration à l'encre de Chine (si suspicion de méningo-encéphalite à *cryptococcus neoformans* (champignon lévuriforme))
- Traitement : ceftriaxone IV 50 à 100 mg/kg/j
- +/- acyclovir 500 mg/m²/8h IV (si suspicion de méningo-encéphalite à herpes virus)
- +/- pyriméthamine (Malocide®) et sulfadiazine (Adiazine®) (si suspicion d'abcès toxoplasmique)
- +/- fluconazole (Triflucan®) 5 mg/kg/j en 1 IV (si suspicion de cryptococcose)

En conclusion :

- Tenir compte du statut immunitaire
- Etre très prudent chez l'enfant de moins de 2 ans et donc traiter facilement de façon probabiliste