

# Item 85 : Infection à VIH : manifestations cutanéomuqueuses de la primo-infection à VIH

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>2</b>
<b>I Manifestations cliniques.....</b>	<b>4</b>
<b>I.1 Syndrome rétroviral aigu .....</b>	<b>4</b>
<b>I.2 Exanthème .....</b>	<b>4</b>
<b>I.3 Manifestations muqueuses .....</b>	<b>5</b>
<b>II Diagnostic différentiel .....</b>	<b>7</b>
<b>II.1 Maladies infectieuses.....</b>	<b>7</b>
<b>II.2 Toxidermie .....</b>	<b>7</b>
<b>II.3 Pityriasis rosé de Gibert .....</b>	<b>7</b>
<b>III Évolution.....</b>	<b>7</b>
<b>IV Traitement.....</b>	<b>8</b>
<b>V Manifestations dermatologiques devant faire proposer une sérologie VIH (rappel).....</b>	<b>8</b>
<b>Points Essentiels .....</b>	<b>9</b>

### OBJECTIFS

ENC :

- Informer et conseiller en matière de prévention de la transmission sanguine et sexuelle du VIH.
- Diagnostiquer une infection à VIH.
- Annoncer les résultats d'une sérologie VIH.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Savoir reconnaître les principales infections opportunistes.
- Savoir reconnaître les principales pathologies malignes associées à l'infection par VIH.

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer une infection à VIH.

Un contact contaminant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est suivi d'une primo-infection qui est symptomatique dans plus de la moitié des cas. Les symptômes, souvent discrets et peu spécifiques, ne doivent pas être interprétés à tort comme ceux d'une virose plus banale ou d'un accident médicamenteux. L'hypothèse d'une primo-infection VIH doit au contraire être systématiquement évoquée pour limiter les risques de transmission et surtout pour permettre une prise en charge précoce, actuellement considérée comme une urgence thérapeutique.

## Physiopathologie

Les modes de transmission du VIH sont : contact sexuel ou exposition au sang (transmission materno-fœtale, toxicomanie IV, exposition professionnelle...).

Le risque de transmission dépend : de la charge virale du « contaminant », de l'existence d'effractions des barrières cutanées et/ou muqueuses du « contaminé ». Les infections sexuellement transmissibles sont un facteur de risque majeur à la fois comme marqueurs d'un comportement sexuel « à risque » et comme causes d'érosions muqueuses favorisant la pénétration du VIH.

L'incubation dure de 1 à quelques semaines, 2 à 3 semaines en moyenne.

En cas de contamination muqueuse, le virus gagne les cellules de Langerhans qui le transfèrent aux lymphocytes CD4. Le virus atteint alors les premiers ganglions de drainage puis la dissémination survient (4 à 11 jours après la contamination), s'accompagnant d'une virémie. Celle-ci peut être mise en évidence par culture virale, recherche de l'antigénémie p24 et surtout détection d'ARN viral par *polymerase chain reaction* (PCR). À ce stade, le malade est contaminant, la virémie plasmatique est très élevée et la sérologie négative.

Les premiers anticorps à apparaître, mis en évidence par Western-Blot, sont les anticorps dirigés contre les protéines du core p18-p24 puis contre les glycoprotéines d'enveloppe. La sérologie se positive 3 à 6 semaines après la contamination, le plus souvent 1 à 2 semaines après le syndrome clinique de primo-infection.

Après cette phase de réplication virale active, la charge virale diminue progressivement pour atteindre un plateau d'intensité variable. Un traitement précoce permettrait de diminuer le taux de charge virale résiduelle après la primo-infection.

Cette phase aiguë s'accompagne d'une lymphopénie CD4, d'une diminution du rapport CD4/CD8 et d'une augmentation des lymphocytes T CD8 cytotoxiques.

Par la suite, on estime qu'il faut environ 6 mois après la séroconversion pour atteindre l'état d'équilibre immunovirologique.

## I MANIFESTATIONS CLINIQUES

---

### I.1 SYNDROME RETROVIRAL AIGU

Il associe, selon des modalités diverses :

- un tableau d'allure grippale (90 % des cas) avec fièvre (38 à 39,5°C), sueurs, asthénie, malaise général, arthralgies et myalgies, céphalées, douleurs pharyngées (éнанthème du palais osseux), douleurs rétro-orbitaires ;
- une polyadénopathie ferme et indolore, symétrique (75 %) ;
- des signes neurologiques (20 %), avec syndrome méningé, troubles du comportement, plus rarement encéphalite, crises convulsives ou polyradiculonévrite ;
- parfois des signes digestifs (diarrhée) et une toux (10 %).

### I.2 EXANTHEME

Il est présent dans 60 à 70 % des cas.

C'est un érythème généralisé qui :

- apparaît entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>e</sup> jour des signes généraux ;
- prédomine sur le tronc, la racine des membres et le cou, parfois le visage ;
- est habituellement morbilliforme (Figure 1), fait de maculo-papules de quelques millimètres à 1cm de diamètre, arrondies ou ovalaires, bien limitées, non confluentes, non squameuses (Figure 2) ;
- peut toucher les paumes et les plantes.

**Figure 1 : Primo-infection au VIH. Exanthème généralisé morbiliforme**



**Figure 2 : Primo-infection au VIH. Exanthème maculo-papuleux**



Le prurit est rare et modéré. La durée de l'éruption est de 5 à 10 jours.

Les autres formes sont rares : urticarienne, vésiculo-pustuleuse, topographie palmo-plantaire.

### **I.3 MANIFESTATIONS MUQUEUSES**

Il s'agit d'érythème de la muqueuse buccale et/ou d'érosions muqueuses de 5 à 10 mm de diamètre (Figure 3) responsables de douleurs à la déglutition.

**Figure 3 : Primo-infection au VIH. Érosions buccales**



Des érosions ou des ulcérations œsophagiennes, génitales (parfois étendues à la verge et au scrotum) et anales sont possibles.

### **Aller plus loin**

Diagnostic positif :

- PCR ARN viral et antigénémie p24.

Syndrome biologique :

- syndrome mononucléosique (CD8) : 50 % ;
- lymphopénie (CD4) : 40 % ;
- thrombopénie : 25 % ;
- cytolysse hépatique : 30 %.

## II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

### II.1 MALADIES INFECTIEUSES

On distingue :

- la syphilis secondaire en présence d'un syndrome cutané et systémique ;
- la primo-infection à Epstein-Barr virus, cytomégalovirus, *Human herpesvirus 6*, infection à *Parvovirus B19*, rubéole, rougeole, toxoplasmose, fièvre boutonneuse méditerranéenne.

### II.2 TOXIDERMIE

Elle peut être discutée s'il existe une prise médicamenteuse dont la chronologie est compatible.

L'infection par le VIH est un facteur d'induction de toxidermie.

### II.3 PITYRIASIS ROSE DE GIBERT

Le pityriasis rosé de Gibert ne s'accompagne pas de signes généraux.

Il est en fait capital d'évoquer la possibilité d'une primo-infection VIH devant toute éruption généralisée et fébrile de l'adulte.

## III ÉVOLUTION

---

La guérison est spontanée en 1 à 3 semaines.

En cas de lymphopénie marquée, des infections opportunistes sont possibles (candidose œsophagienne, cryptosporidiose digestive...).

La sévérité de la primo-infection est considérée comme un marqueur pronostique d'évolution de l'infection vers le syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), justifiant alors un traitement précoce.

## IV TRAITEMENT

---

Un traitement antirétroviral précoce est indiqué :

- lors d'une primo-infection symptomatique sévère (signes généraux marqués, ulcérations muqueuses, signes neurologiques) ;
- en cas de déficit immunitaire confirmé (infection opportuniste d'emblée et/ou taux bas de  $CD4 < 350/mm^3$ ).

La durée habituelle est de 12 à 18 mois.

Le malade doit être clairement informé des risques de transmission du VIH à son entourage et des mesures de prévention indispensables.

## V MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES DEVANT FAIRE PROPOSER UNE SEROLOGIE VIH (RAPPEL)

---

Outre l'exanthème de la primo-infection à VIH, une sérologie VIH doit être proposée en présence des dermatoses suivantes :

- dermatite séborrhéique (d'apparition récente, floride et/ou résistante au traitement) (item 232 : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_35/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_35/site/html/1.html))
- psoriasis (d'apparition récente, floride et/ou résistant au traitement) (item 123 : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_20/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_20/site/html/1.html))
- porphyrie cutanée tardive (surtout en cas d'association à une infection par le virus de l'hépatite C [VHC]) ;
- infection sexuellement transmissible (items 95 (1) : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_12/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_12/site/html/1.html) et (2) : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_13/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_13/site/html/1.html))
- zona de l'adulte jeune (item 84 : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_7/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_7/site/html/1.html))
- candidoses et dermatophytoses florides et/ou multirécidivantes (items 87 (1) : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_9/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_9/site/html/1.html), (2) : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_9/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_9/site/html/1.html))



[nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_10/site/html/1.html](http://nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_10/site/html/1.html) et (3) :  
[http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_11/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_11/site/html/1.html))

- maladie de Kaposi.

## POINTS ESSENTIELS

---

- La primo-infection par le VIH est symptomatique dans environ 50 à 80 % des cas.
- Une éruption cutanée est présente dans 60 à 70 % des cas symptomatiques.
- La primo-infection par le VIH doit être systématiquement évoquée en présence d'un érythème généralisé fébrile de l'adulte.
- Des érosions muqueuses, buccales, génitales ou anales sont fréquentes.
- Les tests biologiques doivent être demandés avec l'accord du malade.
- Le diagnostic au stade aigu repose sur l'antigénémie p24 et la charge virale sérique détectée par PCR.
- À ce stade, les sérodiagnostics sont en général négatifs ou douteux. Ils doivent être répétés 3 à 4 semaines plus tard.
- La sévérité de la primo-infection est considérée comme un marqueur pronostique péjoratif justifiant un traitement précoce.
- Un traitement antirétroviral précoce est recommandé dans les formes symptomatiques sévères pour diminuer le taux de charge virale résiduelle après la primo-infection et éviter la progression de l'infection vers le Sida.