

## DOSSIER N°: 233

### ENONCE

Un homme d'origine caucasienne, âgé de 27 ans, célibataire, en désinsertion familiale, vivant dans un squat, est amené par les pompiers aux Urgences de l'Hôpital. Cet ancien toxicomane se sait séropositif pour le V.I.H depuis plus de 10 ans. Il dit avoir reçu une bithérapie anti-rétrovirale dans les années 90 puis avoir perdu tout contact avec l'équipe qui le suivait. Il n'aurait présenté comme infection notable qu'un zona ophtalmique en automne 2003. A cette occasion, il a repris contact avec une équipe soignante "Médecins du monde". Son taux de lymphocytes CD4+ circulants était à 48/mm<sup>3</sup>. Il n'a accepté comme traitement que de la méthadone et du Bactrim Forte® (triméthoprime-sulfaméthoxazole) 1 cp/j qu'il dit prendre régulièrement. Depuis 4 mois, il se plaint d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement sans que celui-ci soit chiffrable, ainsi que de toux, d'expectoration qu'il qualifie de purulente, et d'épisodes hémoptoïques. Il se dit dyspnéique. Sa température est à 39°C. Il est cachectique avec un poids de 38 kg pour 1m70. L'auscultation pulmonaire trouve des râles crépitants bilatéraux chez ce patient polypnéique.

---

### QUESTION n°: 1

Quels signes de gravité immédiate de cette pneumopathie recherchez-vous aux Urgences dans les 5 premières minutes?

### REPONSES n°: 1

Cyanose Fréquence respiratoire > 30/mn Fréquence cardiaque > 120/mn Pression artérielle systolique < 90 mmHg  
Troubles de la conscience Saturation en O<sub>2</sub> < 90 % en air ambiant

---

### QUESTION n°: 2

Après la mise en route du traitement symptomatique adéquat, une radiographie thoracique est effectuée (ci-joint). Quelles anomalies relevez-vous sur ce cliché?

### REPONSES n°: 2

Opacités alvéolaires - Bilatérales - Non systématisées - Prédominant dans les 2/3 supérieurs des champs pulmonaires -  
Nodules disséminés -

---

### QUESTION n°: 3

Quelles sont les deux hypothèses étiologiques que vous émettez prioritairement en dehors d'une pneumopathie à pneumocoque ou d'une légionellose? Sur quels arguments?

### REPONSES n°: 3

- 1) La tuberculose : patient SIDA début progressif , cachexie , hémoptysies aspect radiologique : opacités alvéolaires extensives et possibles nodules
- 2) La pneumocystose : taux de CD4 < 200 ; aspect radiologique : opacité diffuses observance douteuse du traitement par Bactrim : toxicomanie , absence de traitement par antirétroviraux . **Points négatifs possibles si catalogue d'étiologies**

---

### QUESTION n°: 4

Le patient a une polypnée à 34 /min avec tirage intercostal et sus-claviculaire. Les gaz du sang, sous 3L/min d'oxygène nasal, montrent : pH = 7,40 ; PaO<sub>2</sub> = 39 mmHg et PaCO<sub>2</sub> = 51 mmHg. Quel(s) traitement(s) symptomatique(s) instaurez-vous?

### REPONSES n°: 4

Oxygénothérapie à haut débit (ou haute concentration) par masque avec réservoir En cas d'échec, ventilation non invasive au masque

---

### QUESTION n°: 5

Quels médicaments prescrivez-vous pour chacune des deux hypothèses diagnostiques?

### REPONSES n°: 5

Hypothèse 1 : tuberculose – Rifampicine – Isoniazide – Pyrazinamide - Ethambutol  
Hypothèse 2 : pneumocystose - Triméthoprime - sulfaméthoxazole (Bactrim©) - Corticoïdes

---

### QUESTION n°: 6

Après échec du traitement symptomatique que vous avez mis en route, le patient épuisé doit être intubé. L'évolution est marquée par la découverte, à l'échographie, d'un épanchement péricardique circonferentiel modéré. Sur quels éléments, cliniques et paracliniques, surveillez-vous cet épanchement?

### REPONSES n°: 6

- Surveillance clinique : - Signes d'insuffisance cardiaque droite (débord hépatique sensible ; turgescence jugulaire ; OMI
- Surveillance échographique régulière (volume de l'épanchement ; tolérance

---

### QUESTION n°: 7

Le patient s'est amélioré progressivement. Compte tenu d'une charge virale à 115507 copies/mL et d'un taux de CD4+ circulants à 8/mm<sup>3</sup>, la mise sous anti-rétroviraux est évoquée. Quel(s) est (sont) le(s) argument(s) en faveur d'une mise

*immédiate sous anti-rétroviraux? Quel(s) est (sont) l'(es) argument(s) en faveur d'une mise différée sous anti-rétroviraux?*

**REPONSES n°: 7**

- Argument pour une mise en route immédiate : diminuer le risque de survenue d'une autre infection opportuniste -  
Argument pour une mise en route différée : éviter le risque d'interférences médicamenteuses (effets secondaires, taux plasmatiques inadéquats) et diminuer le risque d'aggravation clinique du fait d'un syndrome de restauration immunitaire .

---

**QUESTION n°: 8**

*Quelles démarches de santé publique allez-vous mettre en oeuvre?*

**REPONSES n°: 8**

1. Vérification de la déclaration obligatoire du SIDA sous forme anonymisée . 2. En cas de Tuberculose : Déclaration obligatoire avec signalement nominatif .

Radiographie thoracique



***Complications pulmonaires chez un homme de 27 ans, séropositif pour le VIH***

ITEM N° 85 : Infection à VIH – Savoir reconnaître les principales infections opportunistes

ITEM N° 198 : Dyspnées aiguë et chronique

ITEM N° 75 : Epidémiologie et prévention des maladies transmissibles – Déclarer une maladie transmissible