



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



SÉRIE « POUMON ET VIH »

Coordonnée par F.-X. Blanc, J. Cadranel et L.-J. Couderc

Le poumon du VIH de 1982 à 2013



HIV in the lung from 1982 to 2013

C. Mayaud*, J. Cadranel

Service de pneumologie et réanimation, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, université Paris 6, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75970 Paris, France

Reçu le 11 septembre 2012 ; accepté le 11 juillet 2013

Disponible sur Internet le 16 octobre 2013

MOTS CLÉS

VIH ;
Sida ;
Poumon ;
Pneumocystose ;
Trithérapie

KEYWORDS

HIV;
AIDS;
Lung;
Pneumocystis
pneumonia;
TritheraPy

Résumé Tout au long des 30 dernières années, l'atteinte pulmonaire a joué un rôle de premier plan dans l'histoire de l'infection par le VIH. Initialement, la survenue inexplicable de pneumocystoses a révélé l'émergence du sida et fait suspecter son origine africaine. Avant l'ère des trithérapies, l'histoire naturelle du sida a été dominée par la survenue d'infections pulmonaires itératives et le pneumologue a été en première ligne pour leur diagnostic, leur traitement et leur prophylaxie. Avec la mise à disposition des traitements antirétroviraux, l'histoire naturelle du sida a été transformée chez les patients pouvant en bénéficier. À côté de cas de réactions paradoxales observés à l'introduction des trithérapies, le pneumologue est confronté, à un stade chronique mais contrôlé de l'infection par le VIH, à des manifestations inattendues dont l'incidence croît avec le temps : hypertension artérielle pulmonaire et cancer du poumon, certainement, BPCO et fibrose, peut-être... mais cette histoire reste encore à écrire.

© 2013 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary During the last 30 years pulmonary involvement has played a major role in the history of HIV infection. Initially, the unexplained occurrence of pneumocystis revealed the emergence of AIDS and the suspicion of its African origin. Before the era of triple therapy the natural history of AIDS was dominated by the occurrence of repeated lung infections and respiratory physicians were at the forefront of their diagnosis, treatment and prophylaxis. With the provision of antiretroviral therapy (ART), the natural history of AIDS has been transformed in those patients who benefit from it. In addition to paradoxical reactions observed following the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charles.mayaud@tnn.aphp.fr (C. Mayaud).

introduction of ART, the pulmonologist is also facing a chronic stage of controlled HIV infection, and unexpected events, the incidence of which increases with time: pulmonary arterial hypertension and lung cancer certainly, COPD and fibrosis perhaps... but this story remains to be written.

© 2013 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Même si en 2010 le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde était encore estimé à 34 millions, les raisons d'espérer ne manquent pas. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est passé de 300 000 en 2002 à 6 650 000 en 2010. Parallèlement, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida se serait abaissé de 2,2 millions en 2005 à 1,8 million en 2010. Enfin, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde se serait également abaissé de 3,1 millions en 2002 à 2,7 millions en 2010 [1].

Ceci étant, l'infection par le VIH est encore bien présente. Même en France, le nombre de personnes contaminées par le VIH mais non diagnostiquées reste estimé entre 15 000 et 30 000 pour une prévalence de 150 000 personnes. En 2011, 10 517 sérologies VIH ont été confirmées positives [2]. Entre 2003 et 2010, 2632 pneumocystoses et 2534 tuberculoses ont inauguré de nouveaux cas de sida [3]. En 2010, chez les patients infectés par le VIH, la pneumocystose restait la 2^e cause de décès « sida » et le cancer bronchopulmonaire était la 1^{ère} cause de décès par « cancer non-sida » [4].

Ainsi les pneumologues français restent concernés par « le poumon du VIH » tout comme leurs collègues francophones qui travaillent en Europe, en Amérique, en Afrique ou en Asie.

L'atteinte pulmonaire, révélatrice de l'épidémie de sida

C'est la survenue rapprochée (juillet 1979–avril 1981), groupée (aire de New York) et inexplicable de pneumocystoses chez 11 patients homosexuels et/ou toxicomanes IV qui a révélé en 1981 l'émergence d'un déficit immunitaire épidémique ou sida [5]. C'est également la survenue inexplicable en juillet 1981 d'une pneumocystose chez un patient homosexuel qui a montré que cette épidémie n'épargnait pas la France [6].

C'est le souvenir de trois cas sporadiques et inexplicables de pneumocystoses diagnostiquées entre 1976 et 1981, dans l'unité de réanimation respiratoire de l'hôpital Tenon, chez une femme et deux hommes ayant respectivement séjourné au Zaïre, au Mozambique et en Haïti [7,8] qui a d'emblée fait suspecter l'origine africaine de l'épidémie et démontré sa possible survenue en dehors des communautés homosexuelles ou toxicomanes.

L'atteinte pulmonaire, cible privilégiée chez les patients infectés par le VIH, avant l'ère des traitements antirétroviraux

Une fois suspecté, un rétrovirus à l'origine du sida, et démontré, un déficit lymphocytaire TCD4+ à l'origine de ses manifestations cliniques, il était prévisible que le poumon soit la cible privilégiée d'infections de novo mais aussi de réactivation d'infections latentes.

Pendant que Montagnier et Barre-Sinoussi identifiaient le rétrovirus en cause, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [9], et que d'autres disséquaient les mécanismes immunopathologiques de l'infection par le VIH [10], les pneumologues et les infectiologues dressaient l'inventaire des atteintes pulmonaires et codifiaient leur prise en charge diagnostique et thérapeutique.

L'inventaire des atteintes respiratoires

Les infections « opportunistes »

Directement liées au déficit lymphocytaire TCD4+, et donc antérieurement décrites chez les greffés d'organes, elles ont occupé la vedette dans un premier temps [11].

À côté de la pneumocystose dont l'incidence restait, et de loin, la plus élevée, d'autres infections pulmonaires opportunistes étaient rapportées dans les pays du Nord : tuberculose [12,13], cryptococcose [14,15], toxoplasmoses [16], histoplasmoses [17], mycobactérioses *kansasii* et *xenopi* [18,19]. Simultanément, du cytomégalovirus et des cryptosporidies étaient fréquemment retrouvés au niveau de prélèvements respiratoires sans que leur pathogénicité pulmonaire soit clairement établie [20–22]. Comme pour *Mycobacterium avium complex* (MAC) leur présence semblait refléter avant tout une infection disséminée, à un stade avancé d'immunodépression [23]. Enfin des aspergilloses invasives étaient observées chez les patients cumulant une lymphopénie profonde et d'autres facteurs de risque, neutropénie et/ou corticothérapie essentiellement [24].

Rapidement, dans les pays du Nord, dès que l'on a disposé en routine de la mesure du taux de lymphocytes TCD4+ circulants, il est apparu que l'incidence des différentes pneumonies opportunistes était fonction du degré d'immunodépression [25]. Les seuils respectifs d'apparition étaient de 200 CD4/mm³ pour la pneumocystose [26], de 100 CD4/mm³ pour la cryptococcose et la toxoplasmoses [14,16], de 75 CD4/mm³ pour l'infection à MAC [23] et de 50 CD4/mm³ pour l'aspergillose invasive [24]. Ce sont d'ailleurs ces seuils qui devaient être retenus pour initier les différentes prophylaxies chez

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2714342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2714342>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)