

I.2- LA PHASE CHRONIQUE

Elle est caractérisée par **une latence clinique mais sans latence virologique.**

Le VIH se réplique activement mais à un niveau plus faible par rapport à la primo-infection, principalement dans les organes lymphoïdes.

On observe **une lente diminution du taux de lymphocytes CD4 +** en dessous des limites inférieures de la normale, entre 500 et 350/ mm³ et la personne ne présente **aucun symptôme.**

Au fil du temps, les dommages subis par le système immunitaire se multiplient et **les défenses de l'organisme s'affaiblissent.** :

- **brusque déplétion des CD4+** qui amène le taux de CD4+ à 200/mm³ en 24 à 30 mois.
- **apparition de symptômes d'une infection de longue durée** : fatigue chronique, perte de poids, problèmes de peau ou diarrhées.

I.3- LA PHASE FINALE SYMPTOMATIQUE

Pendant cette phase, existe :

- un déclin rapide des lymphocytes CD4+ circulants jusqu'à leur disparition complète
- une augmentation de la charge virale : en général > 75 000 copies/ml.

Le délai moyen entre la séroconversion et le développement du sida est de 7 à 11 ans. **La personne devient vulnérable à des infections** par rapport à une personne ayant un système immunitaire sain qui pourrait facilement maîtriser ces infections.

On qualifie ces **infections d'opportunistes** parce qu'elles profitent de l'affaiblissement du système immunitaire pour provoquer la maladie.

De nombreux facteurs accélèrent la progression jusqu'au stade sida, comme :

- **L'âge** : le taux de progression de la maladie est plus élevé au fur et à mesure que l'âge avance, à cause du vieillissement du thymus avec l'âge
- **La non accessibilité aux soins;**
- **La sévérité de la primo-infection caractérisée par :**
 - la chute du taux de CD4 au-dessous de 200/mm³
 - le syndrome de primo-infection symptomatique
 - l'existence de signes neurologiques en particulier
 - la durée du syndrome de primo-infection : plus de 2 semaines .

➤ **Des manifestations cliniques qui témoignent l'aggravation du déficit immunitaire** comme :

- la candidose buccale
- la leucoplasie chevelue de la langue
- la fièvre
- l'amaigrissement
- l'asthénie
- les sueurs nocturnes
- la diarrhée chronique
- l'existence de co infections : Tuberculose, Hépatite.

Tableau N°2 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTES PHASES DE L'EVOLUTION DE L'INFECTION VIH

	Primo infection	Phase chronique		Phase finale
		Début	Fin	
Signes cliniques	Asymptomatique 50% cas	Asymptomatique	-Signes d'infection chronique- Autres signes : zona, candidose,...	Infections opportunistes
Sérologie AC	(-)	+	+	+
Diminution CD4	+++	+	++	+++
Augmentation charge virale	+++	+	++	+++
Traitement ARV	non	Selon les cas	oui	oui

I.4- PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT

Il existe deux formes cliniques :

- La forme évolutive précoce et sévère avec encéphalopathie et décès rapide.
- La forme lentement évolutive, moins grave se rapprochant de la forme adulte.

I.4.1- La forme évolutive précoce et sévère

- 20% cas des enfants infectés avec encéphalopathie et décès rapide
- Elle est due :

- * au passage précoce du virus ou
 - * à la contamination massive ou
 - * à la forte virulence du virus.
- Le délai d'apparition du sida : 3 à 15 mois
 - 80 % des cas avec encéphalite
 - Il y a association de complications infectieuses et encéphalopathie
 - La survenue de décès s'observe avant l'âge de 4 – 5 ans
 - 10% cas seulement ont une survie à 5 ans sans traitement.

I.4.2- La forme lentement évolutive moins grave

- 80% cas des enfants infectés et due majoritairement à la contamination per partum
- Le risque d'apparition du sida est estimé à 4 à 5% par an
- Les manifestations cliniques et biologiques sont :
 - * Hépatosplénomégalie
 - * Adénopathies de siège inhabituel
 - * Parotidite
 - * Diarrhées plus fréquentes que chez l'adulte
 - * Retard de croissance et retard pubertaire
 - * Zona fréquent et sévère
 - * Thrombopénie, leucopénie.

II. LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

II.1 Définitions:

1. Ce sont des Infections dues aux germes saprophytes qui deviennent pathogènes en cas de déficit immunitaire:
Ex: Pneumocystose
2. Une localisation particulière d'une infection "banale":
Ex: Toxoplasmose cérébrale
3. Cancers opportunistes :
Ex: Sarcome de Kaposi

Ces infections sans une prise en charge correcte entraînent le décès du patient.

Ainsi, il y a corrélation entre le nombre de lymphocytes CD4 et l'apparition des infections opportunistes.

Si le déficit est peu marqué, comme au début de la maladie, les infections opportunistes sont inexistantes.

II.2. La classification des principales infections opportunistes

II.2.1- Selon le germe :

Bactéries	Parasites	champignons	Virus	Tumeurs
<ul style="list-style-type: none"> → Tuberculose → Salmonelloses non typhiques → Mycobactérioses atypiques → Shigellose → Campylobactériose → Bactériose à Clostridium Difficile 	<ul style="list-style-type: none"> → Toxoplasmose cérébrale → Isosporose → Cryptosporidiose → Pneumocystoses 	<ul style="list-style-type: none"> → Candidoses → Cryptococcose → Histoplasmose 	<ul style="list-style-type: none"> → Herpès virose → Leucoencéphalite multifocale progressive 	<ul style="list-style-type: none"> → Maladie de Kaposi → Lymphomes

Tableau N°3 : Classification des IO selon les germes

II.2.2. Selon la localisation :

- Digestive
- Dermatologique
- Pulmonaire
- Neurologique
- Ophtalmologique.

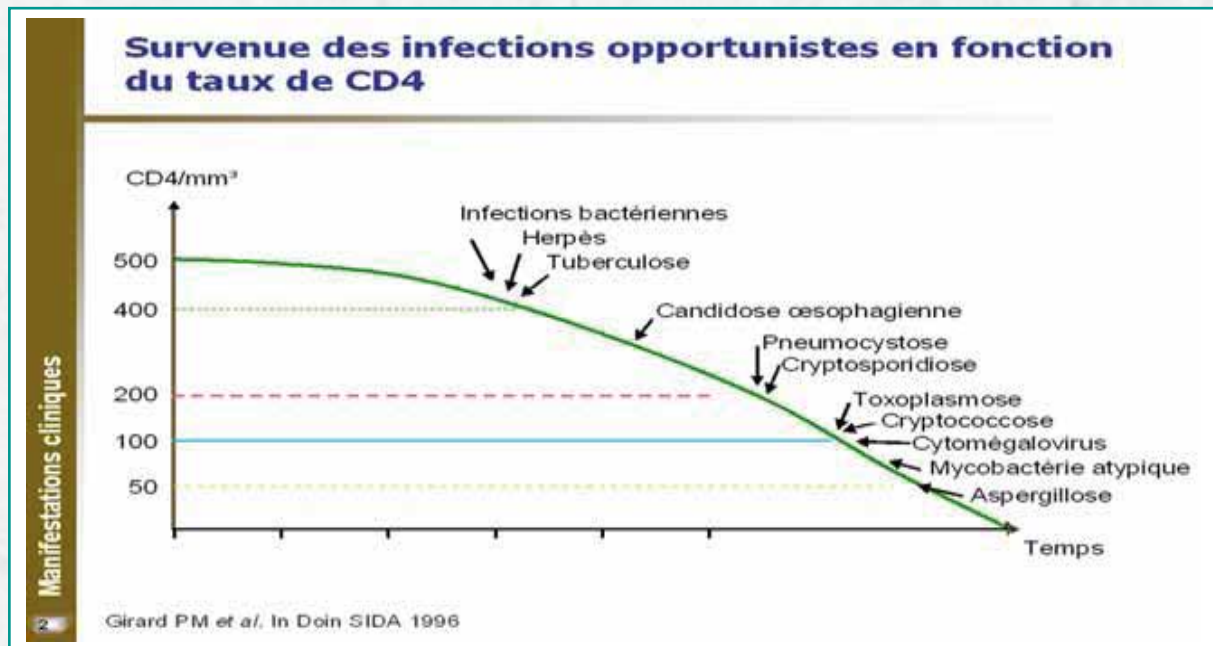


Schéma N°15 : Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4

❖ Localisations digestives

- surviennent chez un terrain immunodéprimé
- fréquentes, très diverses et souvent révélatrices de l'infection à VIH
- dominées par les diarrhées et les infections
- atteignant tous les niveaux : de la bouche à l'anus
- possibilité d'infection tumorale :

➤ **Au niveau de l'œsophage**

- **Les manifestations cliniques:**

- dysphagie
- brûlures rétro sternales
- hoquet.

- **Etiologies fréquentes** : des Champignons comme :

- les candida albicans
- Cryptococcus neoformans
- Cytomegalovirus
- Herpès simplex virus (HSV-1)
- mycobactéries (moins rare).

➤ **Au niveau de l'estomac et du duodénum:**

- **Les manifestations cliniques non spécifiques** :

- épigastralgies
- nausées
- vomissements
- intolérance alimentaire
- hématurie, méléna.

- **Les étiologies fréquentes** :

- Cytomégalovirus avec gastroduodénites peu spécifiques
- Cryptosporidies avec gastrite érythémateuse.

➤ **Au niveau de l'Intestin grêle et colon :**

- **Les Manifestations cliniques** :

- diarrhées infectieuses aiguës ou
- diarrhées chroniques, intermittentes, récidivantes cachectisantes, sans agent causal retrouvé ou d'origine parasitaire (60 à 90 % des patients séropositifs).

➤ **Au niveau de l'anus rectum colon :**

- **Les Manifestations cliniques** :

- ulcérations : infectieuses, tumorales
- rectites spécifiques, iatrogènes et non spécifiques.

➤ **Au niveau du foie et des voies biliaires :**

Les Manifestations cliniques :

- co infection par hépatite virale B ou C
- cholécystite lithiasique.

➤ **Au niveau du pancréas :**

Les Manifestations cliniques :

- pancréatites aiguës
- pancréatites chroniques.

❖ **Manifestations dermatologiques :**

Variées à type de :

- candidose orale
- maladies de kaposi agressive
- prurigo
- zona
- herpès cutané muqueux chroniques
- gale
- dermite séborrhéique
- dermatoses non infectieuses (eczéma, prurigo).

❖ **Manifestations pulmonaires :**

Surviennent à n'importe quel stade de l'infection :

- plus fréquentes au fur et à mesure que le déficit immunitaire augmente
- plus fréquentes chez l'enfant :

➤ ***Tuberculose :***

- due à une réaction endogène (si $100/\text{mm}^3 < \text{CD4} < 400/\text{mm}^3$) ou à une infection aiguë après contact
- se manifeste par une toux sèche puis productive, avec possibilité d'hémoptysie et de douleur thoracique.

➤ ***Pneumocystose :***

- due au *Pneumocystis Jiroveci*
- à manifestations inaugurales du SIDA, qui se manifeste :
 - initialement par une toux sèche, fièvre, dyspnée
 - au cours de l'évolution : insuffisance respiratoire aiguë avec un aspect de « poumons blancs »
 - à un stade avancé par des râles crépitants, dont la radiographie montre un syndrome interstitiel.

➤ **Mycobactérioses (MAC)**

- déclenchent des infections :
 - pulmonaires
 - digestives
 - systémiques disséminées (ganglions, foie, rate et moelle osseuse).

- apparaissent quand $CD4 < 50/mm^3$ avec altération de l'état général :
 - asthénie
 - anorexie
 - sueurs nocturnes
 - douleurs abdominales
 - diarrhées chroniques
 - toux
 - expectoration
 - fièvre.

❖ Manifestations neurologiques :

➤ **Toxoplasmose :**

Le germe responsable : Toxoplasma gondii avec réactivation endogène

- survient en général lorsque : $CD4 < 100/mm^3$
- révèle fréquemment l'infection à VIH.

Les manifestations cliniques :

- hypertension intracrânienne (HTIC) avec :
 - céphalées rebelles
 - nausées
 - vomissements
 - crise comitiale
 - syndrome déficitaire localisé
 - troubles psychiatriques.

Les manifestations biologiques :

- sérologie de la toxoplasmose : positive

➤ **Cryptococcose :**

- céphalées tenaces fébriles ou non, souvent avec
- altération profonde de l'état général
- survient lorsque $CD4$ bas $< 100/mm^3$

➤ **Encéphalite à VIH :**

- Au début :
 - troubles de la mémoire,
 - ralentissement intellectuel parfois avec des troubles moteurs.
- A un stade évolué :
 - déficit immunitaire
 - état démentiel.

❖ **Manifestations ophtalmologiques :**

- cécité dans les cas graves
- atteinte de toutes les tuniques, surtout la rétine:Choriorétinite à Cytomégalovirus.

Remarques :

1- Penser à prescrire une sérologie VIH devant les signes cliniques et biologiques suivants, notamment chez un sujet jeune, en cas de manifestation persistante ou mal expliquée :

– Signes Généraux :

- Amaigrissement
- Fièvre prolongée (> 1 semaine)
- Polyadénopathie persistante.

– Signes Dermatologiques :

- Zona
- Maladie de Kaposi: taches/ nodules violacés s'étendant progressivement
- Ulcération génitale persistante
- Prurit chronique, prurigo
- Condylomes génitaux (verrues)
- Toute manifestation dermatologique persistante et mal expliquée.

– Signes Digestifs / ORL :

- Diarrhée inexpliquée > 3 semaines
- Candidose buccale
- Dysphagie, surtout si candidose buccale ou amaigrissement associé.

– Pulmonaires :

- Tuberculose
- Toux avec dyspnée mal expliquée
- Infections pulmonaires à répétition.

– Neurologiques :

- Déficits neurologiques centraux
- Neuropathies périphériques et syndromes médullaires
- Syndrome confusionnel et démentiel.

– Néphrologiques :

- Insuffisance rénale, protéinurie.

– Biologiques :

- Lymphopénie
- Thrombopénie
- Neutropénie
- Anémie mal expliquée.

– Particulièrement chez l'enfant, les signes suivants doivent attirer l'attention et orienter vers l'infection à VIH :

- Syndrome de malnutrition
- Retard de croissance staturo-pondérale
- Otites à répétition.

2- la numération des lymphocytes T CD4

- permet d'évaluer l'état immunitaire chez l'enfant de moins de 5 ans
- est supérieure à celle des adultes chez le nourrisson et le jeune enfant.

3- Le pourcentage des lymphocytes reste constant même si la NFS atteint le niveau adulte entre 5 et 6 ans.