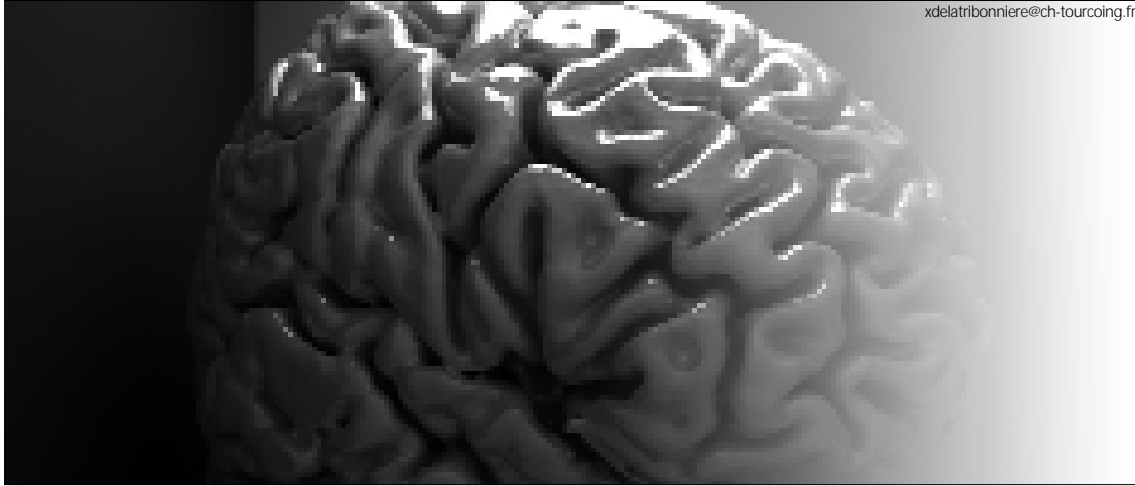


Mon cerveau de séropo...

L'atteinte du système nerveux central (c'est-à-dire du cerveau lui-même) est fréquente au cours de l'infection à VIH, principalement quand le taux de CD4 est bas. Les causes des manifestations centrales peuvent être infectieuses (parasites, virus dont le VIH lui-même, champignons...) ou tumorale (lymphome essentiellement). Nous ne parlerons pas ici des atteintes du système nerveux périphérique, comme les neuropathies, et de la moelle épinière (myélite), ni des atteintes vasculaires comme les hémiplésies ou les hémorragies cérébrales.

par **Xavier de la Tribonnière**

xdelatribonniere@ch-tourcoing.fr



Dans les pays occidentaux, l'incidence des pathologies neurologiques a diminué ces dernières années grâce à l'usage généralisé des multithérapies antirétrovirales qui amène une restauration immunitaire suffisante pour contrôler le développement de nombreux agents pathogènes ou de certaines cellules cancéreuses. Cependant, les patients souffrant de troubles neurologiques centraux ne sont pas rares actuellement en raison de la découverte parfois très tardive de l'infection à VIH, de la baisse inéluctable de l'immunité liée à une inobservance ou d'un échappement virologique par multirésistance.

Quels sont les symptômes courants faisant craindre une complication neurologique centrale infectieuse ou tumorale? Il y en a principalement deux : les maux de têtes tenaces (ou céphalées) et la fièvre. A ceux là,

peuvent être associés des déficits neurologiques focaux, moteurs, sensitifs ou sensoriels, des convulsions, des troubles des fonctions intellectuelles ou une diminution du niveau de conscience.

Devant toute évocation d'une pathologie neurologique centrale, un scanner ou une IRM cérébral prescrit en urgence orientera le diagnostic. Celui-ci sera souvent étayé voire affirmé par la réalisation, quand elle est possible, d'une ponction lombaire (PL).

La toxoplasmose cérébrale

La toxoplasmose cérébrale est la maladie opportuniste neurologique la plus fréquente en France. Elle est liée à la réactivation d'un parasite, *Toxoplasma gondii*, qu'environ 70% des français ont rencontré dans leur vie et qui reste à l'état latent dans l'organisme. Il se développe à l'occasion d'un déficit immunitaire profond ($CD4 < 100$ éléments/ mm^3 , rarement au delà). C'est pourquoi un traitement

prophylactique par Bactrim® ou Wellvone® est prescrit systématiquement lorsque le taux de CD4 est inférieur à $200/mm^3$ (protégeant également de la pneumocystose pulmonaire).

En se développant dans le cerveau, le parasite amène à la formation d'abcès. Le toxoplasme peut également diffuser localement et entraîner une inflammation engendrant alors un tableau d'encéphalite.

La présentation clinique habituelle est l'apparition relativement rapide sur quelques jours ou semaines de maux de tête résistants aux antalgiques habituels avec une fièvre modérée, cette dernière étant présente dans la moitié des cas. Parfois s'y associent un déficit neurologique localisé (comme une hémiplégie), des convulsions ou des troubles de la conscience. Toute présentation clinique de ce type chez une personne VIH+ ayant moins de $200 CD4/mm^3$, a fortiori moins de $100 CD4$, sans prophylaxie spécifique et avec une sérologie toxoplasmique positive, doit faire évoquer, jusqu'à preuve du contraire, une

Questionnaire New-Fill

Après plusieurs années de mobilisation, Le TRT-5* a obtenu le remboursement début 2005 :

- de l'acte d'injection du New Fill : à hauteur de 60 euros par séance, à raison de 5 séances par cure, renouvelable en cas d'efficacité significative mais insuffisante 2 mois après la fin de la première cure ;
- du produit New Fill : à hauteur de 295 euros le kit de 2 flacons correspondant à 1 séance.

Dans le même temps, le laboratoire commercialisant le New Fill, Sanofi-Aventis, s'est engagé à proposer des formations aux médecins souhaitant acquérir la pratique d'injection du New Fill, afin d'améliorer l'offre de soins sur tout le territoire. Malgré ces avancées, nous savons que nous devons rester vigilants, car tous les problèmes d'accès au New Fill ne seront certainement pas réglés par la seule mise en place de ces mesures.

Plusieurs inquiétudes demeurent : Y a-t-il suffisamment de médecins pratiquant des injections de New Fill ? En ville ? A l'hôpital ? Les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous sont-ils corrects ? Les soins prodigués sont-ils de qualité, respectueux de la confidentialité ? Comment sont facturées les séances d'injection ? Les personnes paient-elles plus que les 60 euros remboursés par la Sécurité sociale ? Si oui, combien ? A quel(s) prix les pharmaciens d'officine vendent-ils le kit de New Fill ? Plus généralement, y a-t-il adéquation entre les conditions de remboursement et les besoins des malades ? Pour répondre à toutes ces questions, nous avons besoin des témoignages des personnes concernées. Nous invitons donc toute personne ayant récemment (depuis mars 2005 uniquement) bénéficié des injections de New Fill à nous faire part de son expérience personnelle en remplissant, le questionnaire en ligne à cette adresse : <http://trt-5.org/newfill.html> Ce questionnaire concerne l'accès au New Fill dans le cadre de la prise en charge par la Sécurité sociale ; il ne s'adresse donc pas aux personnes ayant bénéficié gratuitement du produit dans le cadre d'un essai clinique ou d'un accès compassionnel. Les informations recueillies nous aideront à argumenter d'éventuelles nécessités d'amélioration du dispositif auprès des autorités. Nous vous remercions pour votre collaboration.

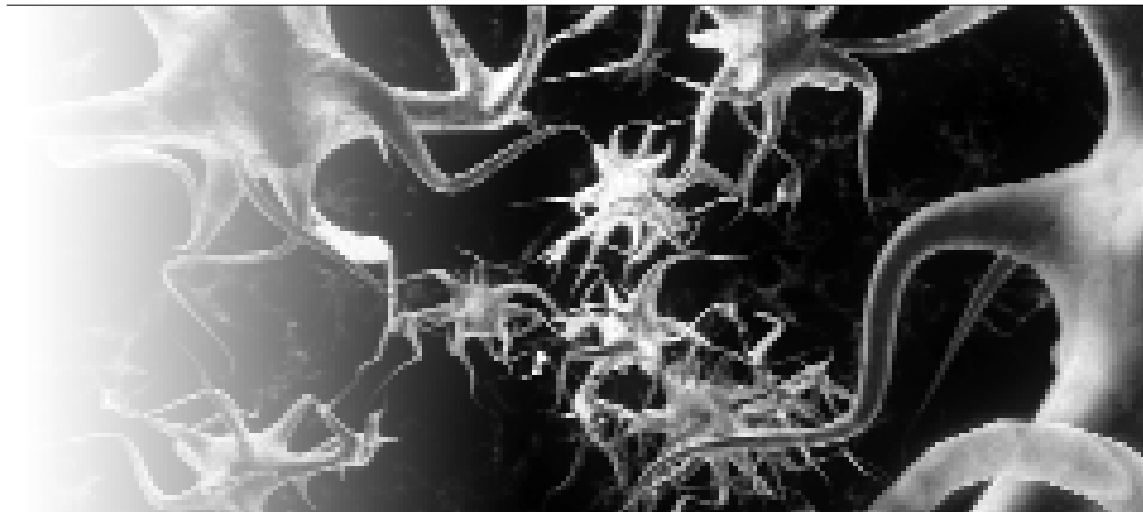
E.R.

liste e.mail

**L'information
thérapeutique en temps
réel: le forum e.mail
d'ActionsTraitements**

Il s'agit d'une liste de diffusion internet d'informations thérapeutiques sur le VIH et les hépatites venant de sources associatives, institutionnelles et industrielles du monde entier. Nous y diffusons aussi des comptes rendus des principales conférences médicales sur le sida et les hépatites. Une revue de presse scientifique hebdomadaire y est également disponible. Les textes diffusés sont soit en français, soit en anglais. Il est aussi possible pour les abonnés de contribuer à fournir des informations à la liste ou d'envoyer des demandes de renseignements auxquelles tous les abonnés sont susceptibles d'apporter des réponses. Cette liste est gratuite et ouverte à tous.

Pour s'abonner,
envoyer un message à :
atf0-owner@yahoo.com



toxoplasmose cérébrale. Un scanner ou une IRM cérébral en urgence est indiqué qui objective des images d'abcès. Un traitement d'épreuve est alors institué très rapidement, car le pronostic dépend, entre autres, de cette rapidité. Il comprend en général l'association Malocid® + Adiazine® et la durée habituelle du traitement est de 6 à 8 semaines. La surveillance de l'efficacité se fait sur la régression des signes cliniques et par la réalisation d'un scanner et d'une IRM de contrôle dans la troisième semaine du traitement. A la suite du traitement d'attaque, une prophylaxie secondaire anti-toxoplasmique sera instituée pour éviter les récurrences toujours possibles.

Leuco-encéphalite multifocale progressive

La leuco-encéphalite multifocale progressive ou LEMP, est une pathologie neurologique grave survenant chez des patients dont l'immunité est fortement déprimée (CD4 inférieurs à 100/mm³). Son incidence a peu baissé depuis l'avènement des trithérapies antirétrovirales. Cette affection est liée au développement dans le cerveau du virus JC, par ailleurs latent chez trois quarts de la population générale. L'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme, pour des raisons inconnues.

La LEMP se présente sous la forme d'une encéphalite prenant place progressivement sur quelques semaines. Les signes

Devant toute évocation d'une pathologie neurologique centrale, un scanner ou une IRM cérébral prescrit en urgence orientera le diagnostic.

cliniques se résument souvent en un déficit moteur voire sensitif ou sensoriel, et une atteinte des fonctions supérieures, c'est-à-dire un état de confusion, des troubles de la concentration ou de la mémoire voire une démence. Des troubles de l'équilibre par atteinte du cervelet sont possibles. Les maux de tête et la fièvre sont absents. Le diagnostic est affirmé sur les données d'une IRM au mieux, ou d'un scanner cérébral. On retrouve alors des lésions en plusieurs points de la substance blanche. Dans ce contexte, la mise en évidence du virus JC dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) obtenu après ponction lombaire pourra affirmer le diagnostic.

Il n'existe pas de traitement spécifique vraiment efficace (le Cidofovir® ne l'est probablement pas). Le seul espoir est de stabiliser voire de faire régresser en partie les lésions grâce à la restauration immunitaire avec remontée des CD4 induite par une multithérapie antirétrovirale instituée très rapidement.

L'évolution de la LEMP est malheureusement inéluctable avec décès dans un délai moyen de 6 mois. Cependant, une amélioration ou une stabilisation de la pathologie à plus d'un an est possible dans 10% des cas, au prix de séquelles neurologiques fréquentes et importantes.

Dans quelques cas, des récupérations quasi-totales ont été décrites sous antirétroviraux.

Lymphome cérébral primitif

C'est le principal cancer opportuniste à localisation cérébrale. Son incidence est relativement rare et a diminué depuis l'utilisation des multithérapies antirétrovirales. Il s'agit essentiellement d'un lymphome de type non hodgkinien. Il survient dans un contexte d'immunodépression profonde (CD4 inférieurs à 50/mm³).

Les premiers signes cliniques sont assez insidieux et se présentent au départ sous la forme de maux de tête, de troubles de la concentration avec parfois une légère confusion. Des convulsions sont possibles. Puis, à mesure que la tumeur grossit et comprime le tissu environnant, un déficit neurologique local moteur ou sensitif peut apparaître. Contrairement à la toxoplasmose, il n'y a en général pas de fièvre.

Un scanner cérébral permet de retrouver une lésion souvent unique et de localisation centrale. Devant une telle image, l'attitude classique est d'instituer un traitement anti-toxoplasmique d'épreuve si la sérologie toxoplasmique est positive. S'il

mon agenda

BROCANTE AU PROFIT D' ACTIONS TRAITEMENTS

Actions Traitements,
comme chaque année,
participera

A la grande brocante du
bld de Charonne,
Métro Alexandre
Dumas
de 8H à 19 h. Son stand
sera installé devant le
138 bld de Charonne.

Venez
nous rendre visite !

n'y a pas d'amélioration au bout d'une dizaine de jours, cela permet de rejeter cette hypothèse diagnostique, et si une ponction lombaire est réalisable, le diagnostic de lymphome cérébral primitif pourra être fortement évoqué par la mise en évidence du virus Epstein Barr dans le LCR. Cela dit, le diagnostic de certitude reste basé sur la biopsie cérébrale qu'il faudra savoir réaliser rapidement.

Le traitement repose sur une chimiothérapie souvent lourde avec du méthotrexate et des corticoïdes. Le pronostic s'est amélioré grâce aux antirétroviraux qui réduisent le risque de récurrence par la restauration immunitaire qu'ils induisent.

Encéphalite à VIH

Le VIH lui-même peut être toxique pour le cerveau. Il a en effet, deux cibles préférentielles dans l'organisme, le système immunitaire et le cerveau, ce dernier constituant d'ailleurs ce que l'on appelle un sanctuaire, c'est-à-dire un tissu non complètement atteignable par les traitements actuels.

On observe deux situations bien distinctes : l'atteinte neurologique au cours de la primo-infection, et l'atteinte cérébrale tardive.

Juste après la contamination, des manifestations neurologiques centrales peuvent se voir dans 10 à 15% des cas. On observe alors une méningite aiguë lymphocytaire, une encéphalopathie ou une myélite (atteinte de la moelle épinière se traduisant par des troubles moteurs ou sensitifs), qui régressent en général spontanément.

La situation la plus fréquente et la plus préoccupante correspond à l'atteinte tardive au cours de l'infection à VIH. Elle survient lorsque les CD4 sont inférieurs à 100/mm³ avec une charge virale VIH élevée (par défaut de traitement, inobservance ou inefficacité virologique en raison de multirésistances). Dans les rares cas où la charge virale plasmatique est contrôlée, on

devra évoquer une faible diffusion des antirétroviraux utilisés dans le parenchyme cérébral.

L'encéphalopathie à VIH peut prendre divers visages. A un stade précoce, l'atteinte est modérée, s'exprimant par des troubles de l'attention ou de la concentration, affectant les activités les plus élaborées de la vie quotidienne, sans maux de tête ni fièvre. Des tests psychomoteurs sont alors utiles à ce stade pour aider au diagnostic. Plus tard, les signes sont plus sévères, avec troubles cognitifs plus importants (désorientation dans le temps et dans l'espace,

Les symptômes les plus courants faisant craindre une complication neurologique centrale infectieuse ou tumorale sont principalement les maux de têtes tenaces (ou céphalées) et la fièvre.

perte de mémoire, difficulté d'élocution...) parfois associés à des troubles moteurs, des crises convulsives voire des troubles de conscience.

Le diagnostic est facilité par les notions d'atrophie cortico-sous-corticale (partie périphérique du cerveau) objectivée sur un scanner cérébral et d'une charge virale VIH souvent élevée dans le LCR.

Le traitement repose sur la mise urgente sous multithérapie antirétrovirale privilégiant quand cela est possible les molécules diffusant le plus dans le tissu cérébral (comme le Rétrovir®, l'Epivir®, la Viramune®, le Crixivan® associé au Norvir®).

Méningite à Cryptocoque

Cryptococcus neoformans est un champignon très répandu se localisant chez l'homme dans le cerveau et la prostate. Il se développe dans un contexte d'immunodépression avancée

(CD4 inférieurs à 50/mm³). La cryptococcose est beaucoup plus fréquente en Afrique que dans nos contrées.

Le tableau clinique est celui d'une méningo-encéphalite avec atteinte du reste de l'organisme puisque le pathogène diffuse rapidement ; il peut se développer en même temps dans le poumon, le sang, la moelle osseuse ou l'appareil urinaire.

Les signes cliniques sont assez modestes, à type de fièvre et de maux de tête. Quand la ponction lombaire est possible, le diagnostic est affirmé par la mise en évidence du champignon dans le LCR, après coloration à l'encre de Chine. L'antigène cryptococcique y est également retrouvé, de même que dans le sang puisque que la diffusion systémique est la règle.

Le traitement repose sur une association double d'antifongiques (Fungizone® et Ancotil®), qu'il faudra poursuivre 15 jours, puis relayer par du Triflucan® pendant au moins 8 semaines.

Encéphalite à cytomégalovirus

Le cytomégalovirus (CMV) présent chez la plupart des personnes, peut se développer à l'occasion d'une immunodépression profonde (CD4 inférieurs à 50/mm³) dans plusieurs organes, principalement l'œil (rétinite à CMV), le tube digestif (colite à CMV) et le cerveau. L'encéphalite à CMV est certes rare et revêt alors différentes formes. Le plus souvent, il existe une fièvre, une altération progressive mais relativement rapide des fonctions supérieures avec fréquents troubles de la concentration. Une atteinte des racines nerveuses périphériques est possible, avec troubles moteurs et sensitifs notamment au niveau des membres inférieurs. On retrouve sur un scanner ou une IRM cérébrale, des images de ventriculite. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de virus CMV dans le LCR. Le traitement doit être prescrit en urgence et associe le Cymévan® et le

agenda qualité de vie

Réunions d'informations organisées par Actions Traitements et Sida Info Service, avec la collaboration du Kiosque Info Sida

Réunions VIH et qualité de vie au Kiosque Info Sida 36, rue Geoffroy l'Asnier, 75004 Paris (M° Saint-Paul)

jeudi 23 juin 2005 à 19h

Sport et VIH

Quels sont les sports adaptés pour les personnes séropositives ?

Avec Yves GILLES (Kinésithérapeute)

Une bonne fatigue : comment les activités sportives peuvent se transformer en plaisir au quotidien ? Comment améliorer notre condition physique et mentale à travers le sport?

Pour tous renseignements, contacter Jeanne Kouamé au 01 43 67 20 60

Mes tripes à l'air...

Encore une fois l'intérêt du dépistage précoce...

Si les antiviraux ont permis de réduire les atteintes du cerveau, la réalité de l'encéphalite perdure.

Même si ces situations ne sont pas fréquentes, on comprend vite l'intérêt d'un dépistage précoce et d'un diagnostic à établir parmi les nombreux symptômes et signes neurologiques présentés par le patient VIH.

Or précisément l'expérience du SSIAD relatée dans ce numéro montre que les patients concernés par ce type d'affection sont le plus souvent à ces moments-là isolés dans la maladie et qu'ils éprouvent donc des difficultés à reconnaître et dire leurs troubles...

Cette situation a pour effet pervers de les éloigner des réseaux de soins au moment opportun et de retarder leur prise en charge qui intervient alors tardivement avec des séquelles à gérer !

Dans un contexte d'avancée en âge et de "vieillesse cérébrale avec le VIH", tout plaide aujourd'hui pour un dépistage précoce des troubles neurologiques précurseurs...

Mais la démarche renvoie à quelques principes qui fondent la qualité de vie et notamment l'acceptation de la maladie et une attention pour soi, une relation "médecin-patient" de proximité établie dans la confiance réciproque et le dialogue. En effet, il s'agit dans ces situations difficiles de pouvoir rebondir et bénéficier d'un réseau de soins et d'interventions coordonnées (hôpital/domicile et généraliste/spécialiste(s)).

L'ultime enseignement de ces situations c'est que l'isolement et l'observance ne font pas souvent bon ménage, mais il faut pouvoir s'en souvenir à temps surtout si l'entourage fait défaut à ces moments-là pour vous le rappeler !.

Bernard Tessier

Foscarnet®, parfois le Cidofovir. Cependant, le pronostic reste grave.

Autres atteintes cérébrales infectieuses ou toxiques

Du fait de leur rareté, nous ne ferons que citer la tuberculose cérébrale, s'exprimant sous la forme d'une méningite ou d'abcès cérébraux, les encéphalites liées au virus de l'herpès ou de la varicelle et du zona, et la neuro-syphilis dont la fréquence pourrait augmenter en raison de l'épidémie actuelle de syphilis liée à un relâchement

des pratiques de prévention. Nous évoquerons également les très rares encéphalites secondaires à la toxicité mitochondriale de certains antirétroviraux (analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse). À l'inverse, rappelons que pour non spécifiques qu'elles soient, les méningites, les méningo-encéphalites ou les abcès cérébraux secondaires à des bactéries s'observent régulièrement.

Conclusion

Malgré l'avènement des multithérapies antirétrovirales,

les pathologies neurologiques centrales sont loin d'avoir disparu. Elles surviennent dans la grande majorité des cas dans un contexte d'immunodéficience profonde secondaire à une méconnaissance de l'infection à VIH, à une inobservance des traitements antirétroviraux ou à des multirésistances avec inefficacité thérapeutique. La vigilance reste donc de mise, d'autant que le pronostic dépend souvent de la rapidité du diagnostic et de la mise sans délai sous traitement.

Petite mise à jour avant de partir en vacances...

Voyages, Voyages... et prévention

Nous avons l'an dernier à la même époque effectué un panorama assez complet sur les vaccins et consignes de voyages avec le Docteur Dominique Binet, Praticien Attachée à l'Hôpital Saint Antoine à Paris dans le Service du Professeur P.M. Girard -Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (1). En début de cette période de vacances, nous l'avons rencontrée à nouveau afin d'actualiser les informations sur ce thème.

Propos recueillis par Bernard Tessier

bernard.t@tele2.fr



La prévention des infections banales

Il peut être utile de prévoir un antibiotique à large spectre pour des infections banales (ORL, broncho-pulmonaire, cutanée) de

type amoxicilline et un autre spécifiquement intestinal de type norfloxacine, sans oublier pour les sujets à herpès récurrent

d'emmener son traitement et ne pas s'exposer trop vite et trop longtemps (surtout entre midi et 16 H) aux rayons du soleil.