

Manifestations cutanéomuqueuses de la primo-infection à VIH*

J.-P. LACOUR (Nice), P. SAIAG (Boulogne Billancourt), P. MOREL (Paris, St Louis),
Ph. BERNARD (Reims)

Objectifs

Infection à VIH :

- Diagnostiquer une infection à VIH.

Un contact contaminant avec le 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 bien connus : contact sexuel ou exposition au sang (transmission materno-fœtale, toxicomanie IV, exposition professionnelle...). Le risque de transmission lors d'un contact dépend de la charge virale du « contaminant » et de l'existence d'effractions des barrières cutanées et/ou muqueuses du « contaminé ». Les maladies 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.

La pénétration du VIH est suivie d'une phase d'incubation de 1 à quelques semaines, 2 à 3 semaines en moyenne. Pendant cette phase, si la contamination est 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 d'ARN viral sérique par 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 contre les protéines d'enveloppe et la protéine du core p24. La sérologie se positive environ 3 à 6 semaines après la contamination, en moyenne 3 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 selon les cas, en même temps qu'apparaissent des lymphocytes T cytotoxiques spécifiques du VIH. 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 CD8. Ces anomalies peuvent se réparer transitoirement pour réapparaître au cours de la progression de l'infection à VIH.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Signes généraux

Tableau d'allure grippale avec fièvre (38 à 39,5°C), sueurs, asthénie, malaise général, arthralgies et myalgies, céphalées, douleurs pharyngées, parfois signes digestifs.

Une polyadénopathie est possible.

Des signes neurologiques sont fréquents (près de 50 p. 100 des cas), avec syndrome méningé, troubles du comportement, plus rarement encéphalite, crises convulsives ou polyradiculonévrite.

Eruption cutanée

Présente dans 60 à 70 p. 100 des cas symptomatiques.

* Le Collège National des Enseignants en Dermatologie rédige spécifiquement le chapitre : « Manifestations cutanéomuqueuses de la primo-infection à VIH ».

Erythème généralisé qui apparaît entre le 1^{er} et le 5^e jour des signes généraux.

Il touche le plus souvent le tronc, la racine des membres et le cou, parfois le visage. Il est habituellement morbilliforme fait de maculo-papules de quelques millimètres à 1 cm de diamètre, arrondies ou ovalaires, bien limitées, non confluentes, non squameuses. Il peut toucher les paumes et les plantes.

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

Des formes plus rares sont possibles à type d'urticaire, d'éruption vésiculo-pustuleuse, ou d'éruption strictement palmo-plantaire.

Manifestations muqueuses

Enanthème de la muqueuse buccale. Erosions muqueuses de 5 à 10 mm de diamètre. L'atteinte bucco-pharyngée s'accompagne de douleur à la déglutition. Des ulcérations œsophagiennes sont possibles.

Des érosions ou ulcérations génitales ou anales sont également fréquentes.

Devant un tel tableau, l'interrogatoire doit rechercher des facteurs de risque de contamination par le VIH : comportement sexuel « à risque » ou toxicomanie intraveineuse.

Manifestations biologiques

Les examens biologiques montrent habituellement une lymphopénie. Un syndrome mononucléosique est possible. La numération des sous-populations lymphocytaires (non indispensable) montre une lymphopénie CD4, une diminution du rapport CD4/CD8 et une augmentation des lymphocytes CD8.

Une thrombopénie modérée est fréquente. Une cytolysé hépatique est possible. Les tests spécifiques doivent être demandés avec l'accord du malade. Le diagnostic repose sur la positivité de l'antigénémie p24. La charge virale sérique par PCR est très positive.

A ce stade les sérodiagnostics sont en général négatifs ou faiblement positifs en ELISA et négatifs ou incomplets en Western Blot. Ils doivent être répétés 3 à 4 semaines plus tard et sont alors habituellement positifs.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

C'est le diagnostic de tout érythème généralisé et fébrile de l'adulte. L'atteinte muqueuse érosive est évocatrice. Les manifestations cutanées et générales, en particulier neurologiques font évoquer une syphilis secondaire. Les autres diagnostics discutables sont ceux de primo-infection à EBV, CMV, HHV-6, parvovirus B19, de rubéole ou de rougeole, voire de toxoplasmose ou de fièvre boutonneuse méditerranéenne. Un exanthème médicamenteux peut-être discuté s'il existe une prise médicamenteuse dont la chronologie est compatible avec un tel accident. 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, pour proposer les examens biologiques permettant d'écarter ou de confirmer cette hypothèse.

ÉVOLUTION

La guérison est spontanée en 1 à 3 semaines. En cas de lymphopénie marquée, des infections opportunistes sont possibles.

La sévérité de la primo-infection est considérée comme un marqueur pronostique d'évolution de l'infection vers le SIDA, justifiant un traitement précoce.

TRAITEMENT

Il est symptomatique pour les manifestations générales.

Le malade doit être informé que la mise en route d'un traitement antirétroviral précoce est actuellement unanimement recommandée pour une durée indéfinie, sous surveillance de la charge virale plasmatique et des lymphocytes CD4. Les modalités pratiques du traitement, encore objet de débats seront choisies par l'infectiologue.

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

Points clés

1. La primo-infection à VIH est symptomatique dans environ 50 à 80 p. 100 des cas.
2. Une éruption cutanée est présente dans 60 à 70 p. 100 des cas symptomatiques.
3. La primo-infection à VIH doit être systématiquement évoquée devant un érythème généralisé fébrile de l'adulte.
4. Des érosions muqueuses, buccales, génitales ou anales sont fréquentes.
5. Les tests biologiques doivent être demandés avec l'accord du malade.
6. Le diagnostic au stade aigu repose sur l'antigénémie p24 et la charge virale sérique par PCR.
7. A ce stade, les sérodiagnostics sont en général négatifs ou douteux. Ils doivent être répétés 3 à 4 semaines plus tard.
8. La sévérité de la primo-infection est considérée comme un marqueur pronostique d'évolution de l'infection par le VIH, justifiant un traitement précoce.
9. Un traitement antirétroviral précoce est considéré comme une urgence pour diminuer le taux de charge virale résiduelle après la primo-infection et éviter la progression de l'infection vers le SIDA.



Fig. 1. Primo-infection VIH. Exanthème généralisé morbiliforme.



Fig. 3. Primo-infection VIH. Exanthème maculo-papuleux.



Fig. 2. Primo-infection VIH. Erosions buccales.