

Restauration immunitaire induite par une pneumopathie SARS CoV 2 sur terrain d’immunodépression profonde au VIH

Stéphanie Meupeou Tiekwe, Juliette DELFORGE, Caroline Gaudefroy, Elisabeth Aslangul.
Centre coordonné de médecine interne, hôpital Louis Mourier AP-HP , Colombes, France.

Situation clinique

Femme de 45ans atteinte d’un SIDA stade 4 en rupture de suivi admise pour la prise en charge d’une pneumocystose pulmonaire sévère.

Bilan initial :

- Patiente oxygenodépendante
- Charge virale VIH à 6,11 log, CD4 à 0/mm3.
- PCR pneumocystose sur crachat induit positive CT 20
- PCR naso-pharyngée SARS CoV II positive CT à 14.
- Traitement par Cotrimoxazole et Corticothérapie pendant 21 jours puis
- Traitement antirétroviral avec RITONAVIR/ DARUNAVIR/ TENOFOVIR débuté à J15 après le traitement par Cotrimoxazole et sevrage en oxygène.
- Scanner TAP à J15 par Cotrimoxazol: quelques opacités en verre dépolies prédominant aux sommets

- A J5 post TAR, apparition d’une fièvre.
- PCR SARS CoV II positive CT 17
 - Ecouvillon nasal positif à *Haemophilus influenzae*

Aggravation clinique et apparition d’une oxygeno-requerence, malgré la mise place d’un traitement par Piperacilline/Tazobactam

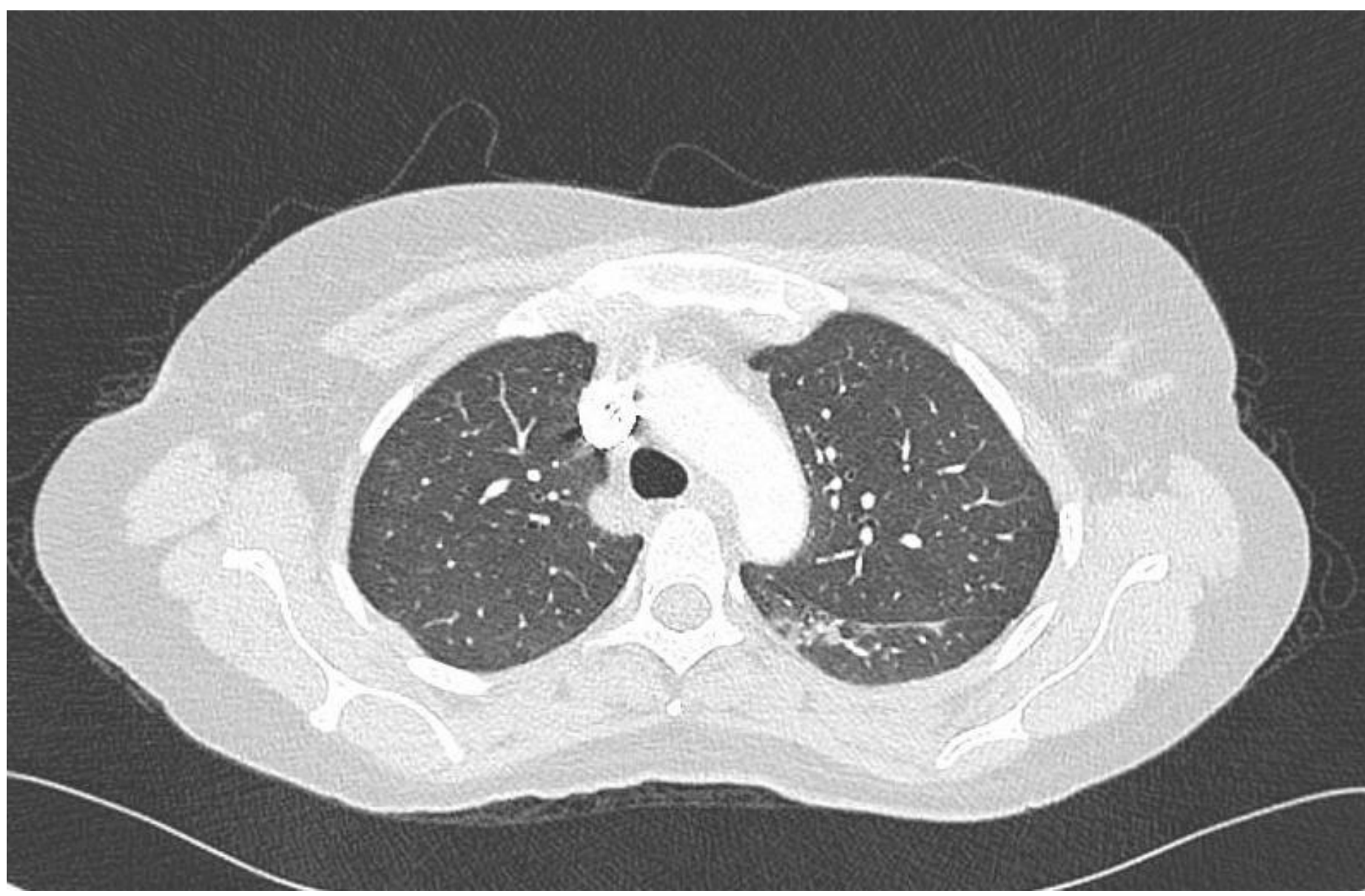
Scanner TAP du 24/11: majoration des condensations pulmonaires bilatérales en verre dépoli avec des épaississements septaux.

A J13 post TAR apparition aiguë d’une détresse respiratoire nécessitant une intubation.

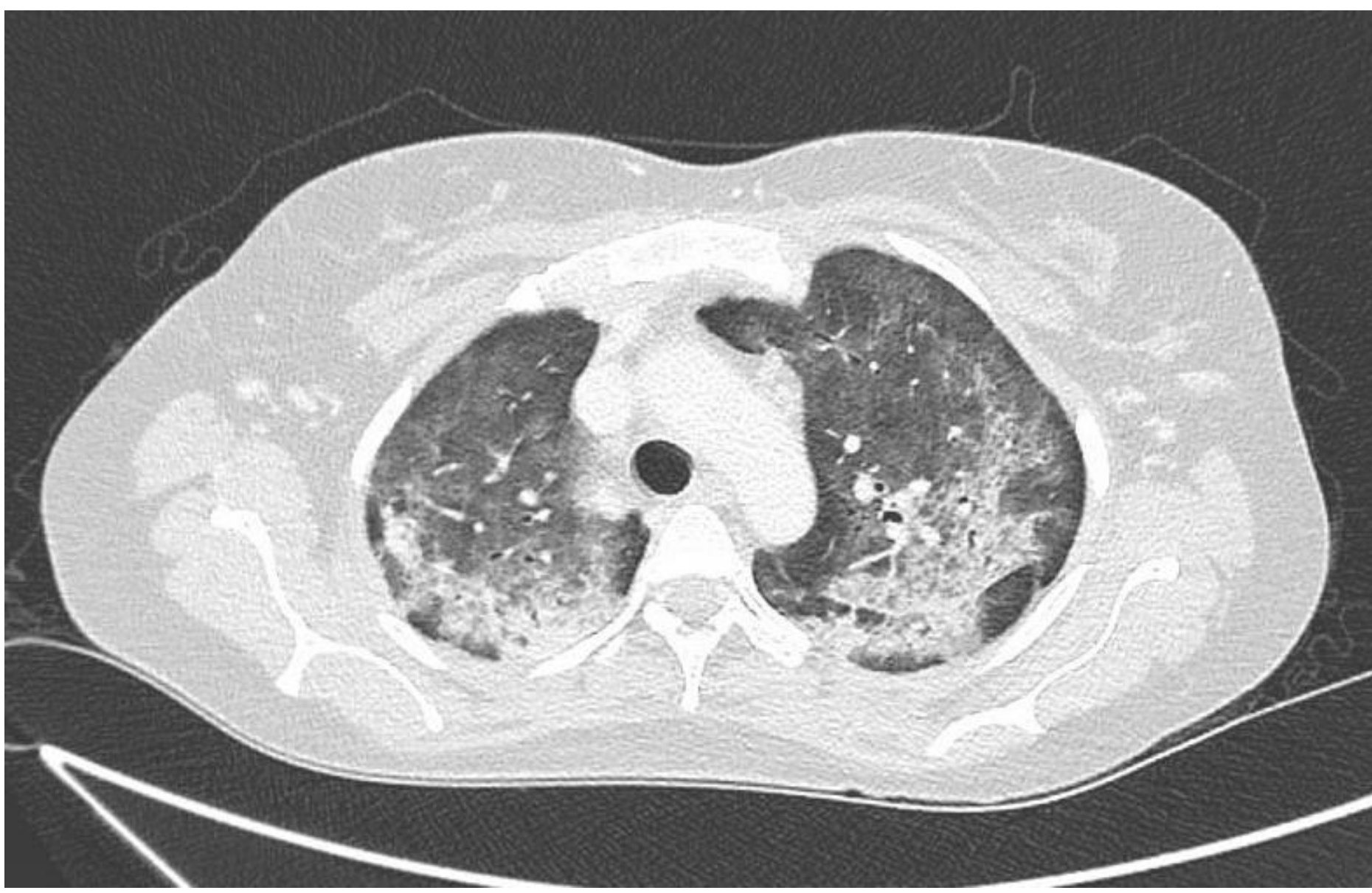
- ➡LBA est effectuée retrouvant :
- PCR pneumocystose négative
 - PCR SARS CoV II positive CT 29,6,

Traitement par tixagévimab/cilgavimab et dexaméthasone avec décroissance très progressive. Maintien des ARV.

L’évolution est favorable sur le plan respiratoire, la charge virale VIH est < 1,3 log à J46 d’hospitalisation.



Scanner du 16/11/2022



Scanner du 24/11/2022

Discussion

L’IRIS est un phénomène bien connu et décrit chez les PVVS ayant des CD4 bas après instauration du TAR (1),(2), (3),(4),(5),(6), qui apparait classiquement entre

Un seul cas rapporté en 2019 (7) :

- Survenue de l’IRIS J4 après introduction d’ARV (idem que notre patient).
- Traitement par bolus de corticoïdes puis un relais oral (6).

Dans notre cas, l’aggravation respiratoire est liée à un IRIS secondaire à l’infection par SARS COV II car scanner fortement évocateur d’infection COVID en l’absence d’autre infection opportuniste mise en évidence.

Conclusion

Des observations supplémentaires permettraient de valider notre hypothèse et, de proposer des recommandations chez les patients immunodéprimés ayant une PCR SARS CoV II positive, asymptomatique au moment de l’introduction des ARV.

Conflit d’intérêt : aucun

Costenaro P, Minotti (1) , Lee KW, Yap SF, Ngeow YF, Lye MS(2), L.Mapahla, et al (3), G. Breton(4) , A. Anwaar et al ((5), A.Y. Aldehaim, A.M.Aljaifi, S.Hussain and A. M.Alrajhi (6), E.A. Merchant, K. Flint, D.H. Barouch et al. (7).

