

ITEM 165 : ATTEINTES NEUROLOGIQUES DU VIH

Neuropathie périphérique	- Atteinte histologique du système nerveux périphérique quasi-constante (95%) → symptomatique dans 15% des cas			
	Poly-radiculonévrite aiguë	= Possible à tous stade, principalement au stade précoce - Atteinte motrice bilatérale et symétrique, avec aréflexie diffuse - Réaction inflammatoire à la PL : hypercytose avec hyperprotéïnorachie - TTT : corticothérapie		
	Poly-neuropathie axonale	= A un stade avancé du déficit immunitaire - Atteinte sensitive distale , longueur-dépendante → Eliminer une origine médicamenteuse (antirétroviraux)		
	Mononévrite	- A un stade précoce (le plus souvent) : périphériques (nerf ulnaire, fibulaire commun, tibial) et crâniens (nerf facial) , d'évolution favorable - A un stade avancé : évolution souvent rapide et progressive		
	Poly-radiculonévrite Myéloradiculite	- Polyradiculonévrite : atteinte de la queue de cheval ++ - Myéloradiculopathie : paraplégie hyporéflexique associée à des troubles sensitifs et sphinctériens → Parfois liée à CMV : traitement antiviral en urgence , recherche d'une atteinte rétinienne		
Muscle	Myopathie	= Possible à tous stade de l'infection : lié au VIH , à l' administration d'AZT , à des infections opportunistes , à des infiltrations tumorales , à une vascularite ou par dénutrition - Polymyosite proximale : faiblesse musculaire, douleur, parfois difficultés à la marche avec chutes - Diagnostic : - ↗ CPK - Syndrome myogène à l'EMG - Biopsie musculaire		
Système nerveux central	Lié au VIH	Méningite aseptique	- Céphalées , fièvre , syndrome méningé modéré ± atteinte de nerf crânien (V, VI, VII surtout) - PL : - Méningite lymphocytaire (< 800/mm ³) - Discrète hyperprotéïnorachie (< 1 g/L) - Evolution favorable spontanée en quelques jours, possible récidence	
		Encéphalite	= Infection des cellules microgliales et astrocytes par le VIH : le plus souvent chez le patient immunodéprimé (CD4 < 200), parfois lors de la primo-infection - Début insidieux : - Syndrome dépressif , trouble mnésique , ralentissement idéo-moteur , trouble de la concentration et de l'attention - Démence sous-corticale à un stade avancé - IRM : atrophie cérébrale, hypersignaux T2 bilatéraux et symétriques, périventriculaires, prédominant dans les lobes frontaux et pariétaux - PL : normal ou légère pléiocytose mononuclée dans 20% des cas - TTT : antirétroviraux passant la barrière hémato-encéphalique	
		Myélopathie	- Myélite aiguë (rare) - Myélite chronique = myélopathie vacuolaire : dégénérescence vacuolaire de la substance blanche des cordons médullaires postérieurs et latéraux, prédominant au niveau de la moelle thoracique ± associée à une encéphalopathie à VIH	
	Infection opportuniste	Toxoplasmose cérébrale	= Parasitose à <i>Toxoplasma gondii</i> : manifestation inaugurale la plus fréquente de l'infection VIH méconnue avec la pneumocystose, généralement CD4 < 200/mm ³	
			C	Début aigu/subaigu : - Céphalée (70%) - Signe focal , crise comitiale (30%) - Fièvre (50%)
			PC	- IRM : abcès multiples prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, le plus fréquemment aux lobes frontaux et aux noyaux gris centraux - Ponction lombaire : PCR peu sensible mais très spécifique - Sérologie : apport diagnostique uniquement si négatif (VPN 95%)
		TTT	- Pyriméthamine (Malocide®) en association avec sulfadiazine (Adiazine®) ou clindamycine (Dalacine®) associé à de l' acide folinique - Durée : 3 à 6 semaines - Prophylaxie secondaire : Bactrim® jusqu'à CD4 > 200 pendant > 6 mois → En cas de résistance au traitement : évoquer un lymphome cérébral	

Système nerveux central	Infection opportuniste	Cryptococcose		= Infection à Cryptococcus neoformans : méningite chronique de la base du crâne avec parfois méningo-encéphalite, généralement CD4 < 50/mm ³ - Complication : hypertension intracrânienne (PL itératives), récidive (60%)
			C	- Début insidieux : fièvre, céphalées (isolées dans 70% des cas), syndrome méningé (40%), vertige, irritabilité, ralentissement de l'idéation, crise comitiale, paralysie d'un nerf crânien
			PC	- PL : - Méningite lymphocytaire avec hyperprotéinorachie modérée, hypoglycorrachie inconstante - Cryptocoque à l'examen direct (coloré à l'encre de Chine) ou en culture - Ag cryptococcique dans le sang ou le LCR
			TTT	- Traitement d'attaque : amphotéricine B + fluorocytosine pendant 2 semaines - Traitement d'entretien : fluconazole seul
		Encéphalite à CMV	C	- Début brutal/subaigu : fièvre, trouble de conscience, trouble du comportement , parfois signes de focalisation → Possible atteinte multiviscérale : paralysie de nerf crânien, syndrome de la queue de cheval, méningo-radiculo-myélite, atteinte rétinienne, pulmonaire, digestive
			PC	- IRM : prise de contraste méningée périventriculaire (ventriculite) ± hydrocéphalie - PL : CMV en PCR ou culture
			TTT	- Ganciclovir ou foscarnet jusqu'à restauration immunitaire
		Leuco-encéphalite multifocale progressive		= Infection à virus JC (papovavirus) , infiltrant les oligodendrocytes : généralement (mais non exclusivement) pour CD4 < 100/mm ³ → De mauvais pronostic
			C	- Encéphalite progressive sans fièvre : signe de focalisation, crise convulsive, ataxie, troubles visuels , parfois troubles cognitifs ou troubles psychiatriques
			PC	- IRM : hypersignal T2/FLAIR et hyposignal T1 de la substance blanche, sans effet de masse, ne prenant pas ou peu le contraste - PL : bio-cytologie normale dans 50% des cas, PCR positive à JC virus
			TTT	- TTT : restauration immunitaire sous antirétroviral
		Méningite		- Tuberculeuse : syndrome méningé d'apparition progressive, atteinte fréquente des nerfs crâniens, ou parfois manifestations psychiatriques, hyponatrémie - Autres méningites : listériose, syphilitique
	Néoplasie	Lymphome primitif du système nerveux central		- Début insidieux : céphalées, troubles mnésiques, confusion , puis signes de focalisation dans un second temps - IRM : lésions multiples, bilatérales, expansives, non spécifiques, à bords mal limités, prenant le contraste, avec un faible effet de masse, siégeant préférentiellement dans le corps calleux, les noyaux gris centraux, le thalamus, les régions périventriculaires et le cervelet - Diagnostic confirmé par biopsie stéréotaxique (risque de faux négatif si corticoïdes) - TTT : chimiothérapie, restauration immunitaire sous antirétroviral
Latrogène	- INTI = - Didanosine, stavudine : polyneuropathie - Zidovudine : myopathie mitochondriale réversible → Ne doivent plus être utilisés - Inhibiteur de protéase = ritonavir, amprénavir : céphalées, vertiges, paresthésies - INNTI = éfavirenz : syndrome confusionnel, crises convulsives			
Orientation	→ Céphalée/syndrome méningée : cryptococcose, tuberculose ou méningite aseptique à VIH (diagnostic d'élimination) → Syndrome neurologique focal : toxoplasmose cérébrale, lymphome primitif du système nerveux central ou LEMP, ou parfois abcès tuberculeux, encéphalite à CMV ou à HSV → Encéphalite : encéphalite à VIH, encéphalite à CMV ou LEMP → Trouble de la marche : neuropathie, polymyosite ou myélopathie vacuolaire → Troubles cognitifs progressifs : encéphalopathie à VIH			