

# ITEM 165 : ATTEINTES NEUROLOGIQUES DU VIH

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

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