

# AHAI AU COURS DE L'INFECTION PAR LE VIH

---

Clément Gourguechon, Médecine Interne, CHU Amiens

Lionel Galicier, Immunopathologie Clinique, Paris (Saint Louis)

# Rationnel

- Anémie fréquente au cours de l'infection par le VIH :
  - Prévalence 1 à 95 % selon les séries
  - Facteurs de risque : Stade SIDA, Sexe féminin, Grossesse, Age
  - Corrélée à la sévérité de l'infection indépendamment des CD4 et de la CV
  - Facteur pronostique
- TDA positif chez 18 à 43 % des patients VIH
- Rarement rapportée au cours de l'infection par le VIH
  - 38 cas retrouvés chez l'adulte dans la littérature
  - Prévalence de 3 % dans une cohorte nigérienne de 98 patients (Olayemi et al, Ann Afr Med. 2008)

Objectif : décrire les caractéristiques clinico-biologiques, les pathologies associées et la prise en charge des AHAI au cours de l'infection par le VIH

- Etude rétrospective monocentrique incluant des patients adultes
  - Suivis pour une infection par le VIH
  - Service d'Immunopathologie Clinique, Pathologies Infectieuses et Tropicales, Réanimation médicale
  - Entre le 1<sup>er</sup> janvier 1994 et le 31 juillet 2015
- Constituée à partir de :
  - Codages PMSI diagnostic principal ou associé d'Anémie Hémolytique (D55-D59)
  - Patients issus d'une cohorte prospective de cytopénies auto-immunes
  - Patients issus d'une cohorte prospective de Maladie de Castleman multicentrique

## Critères d'inclusions et évaluation de la réponse

Infection par le VIH



AHAI

**Anémie**

**$\geq 2$  marqueurs d'hémolyse**

**TDA positif**

**$\pm$  signes de régénération médullaire**

## Définition de la réponse thérapeutique

**Réponse complète** : Hb  $> 12$  g/dl sans hémolyse ni transfusion

**Réponse partielle** : Hb  $\geq 10$  g/dl avec augmentation de plus de 2 g/dl par rapport au nadir ou Hb  $> 12$  g/dl et persistance d'une hémolyse

**Non répondeur** : Hb  $< 10$  g/dl avec persistance d'une hémolyse ou transfusion

# Résultats

20 hommes / 8 femmes

Age moyen :  $42,2 \pm 10,4$  ans

Durée d'évolution de l'infection par le VIH :  $6,8 \pm 7,8$  ans

AHAI révélatrice : 17,9 %

Premier motif de recours aux soins : 78,6 %

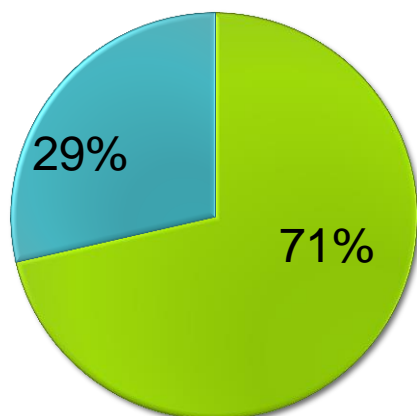
Caractéristiques	Valeurs
Taux de CD4/mm <sup>3</sup> (%)	$292 \pm 227$
> 200 /mm <sup>3</sup>	17 (60,7)
CV Détectable	15/27 (55,5)
Traitement Antirétroviral	19 (67,9)
Stade sida	15 (53,6)

# Résultats

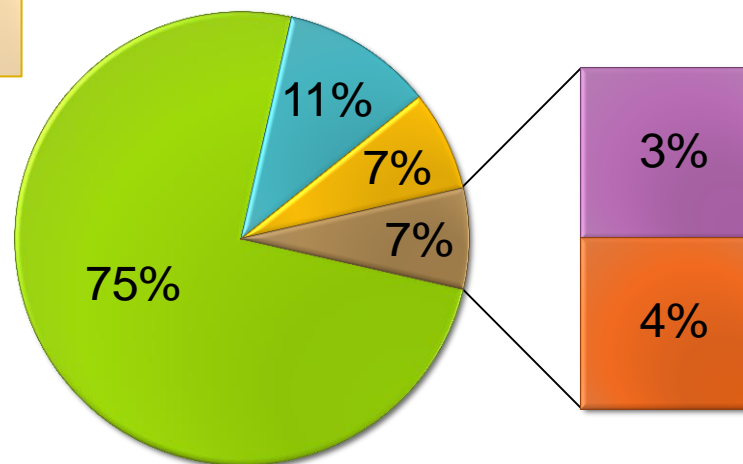
## Pathologies associées au diagnostic d'AHAI

Taux moyen d'hémoglobine  
 $4,8 \pm 1,8$  g/dl

### Test Direct à l'Antiglobuline



■ IgG + C3  
■ IgG

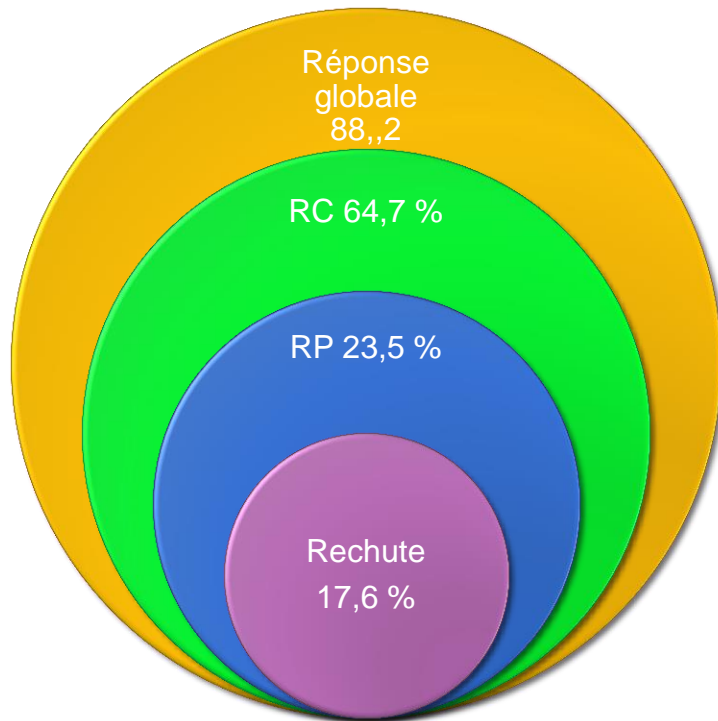


■ Maladie de Castleman  
■ Lymphomes  
■ Maladies auto-immunes

# Traitements

CORTICOTHERAPIE = 23 (82,1 %)

Aggravation/apparition d'une maladie de Kaposi = 3



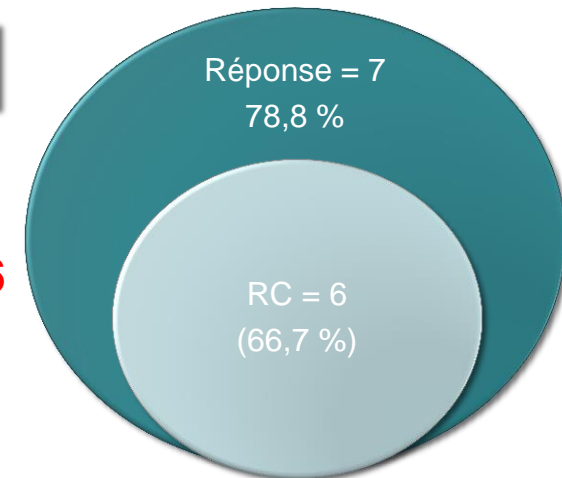
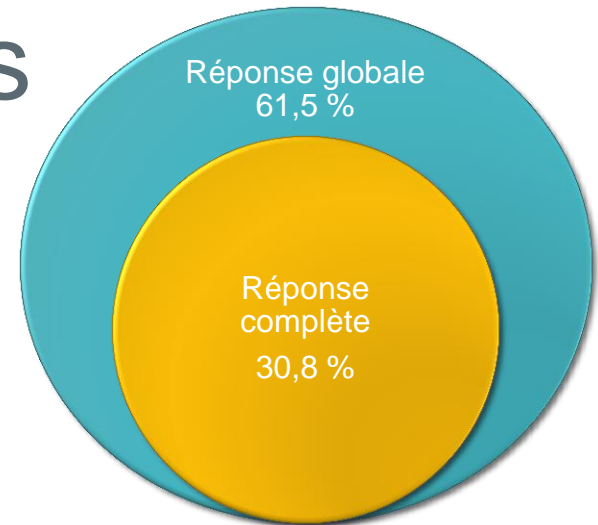
RITUXIMAB = 15 patients/17 traitements

Réponse à un deuxième traitement dans 2 cas

SPLENECTOMIE = 9

Pour Kaposi actif sous corticothérapie = 4

Sevrage corticothérapie = 6



# Evolution

Durée d'hospitalisation :  $26,1 \pm 23,7$  jours

Séjour en réanimation/soins intensifs : 12 (42,9 %)

Motif = AHAI : 8 (66 %)

Rechute : 8 (28,6 %)

Décès : 8 (28,6 %)

Infection = 5 (dont 2 infections opportunistes)

Castleman = 1, Lymphome = 1, Inconnu = 1



# Différences Castleman vs non Castleman ?

Caractéristiques	Maladie de Castleman n = 21	Non Castleman n= 7	<i>p</i>
Adénopathies	18 (85,7)	3 (42,9)	<b>0,023</b>
PCR HHV8 positive	19 (90,5)	2 (28,6)	<b>0,004</b>
Etoposide	19 (90,5)	2 (28,6)	<b>0,004</b>
Nombre moyen de lignes thérapeutiques	1,9 ± 0,7	1 ± 0,6	<b>0,005</b>
Réponse en fin de suivi	21 (100)	5 (71,4)	<b>0,056</b>
Réponse Complète	20 (95,2)	3 (42,9)	<b>0,007</b>
Réponse Partielle	1 (4,8)	2 (28,6)	-
Non Réponse	0 (0)	2 (28,6)	-
Durée d'hospitalisation	21,3 ± 21,1	40 ± 26,7	<b>0,071</b>

# Discussion

- Plus grande série descriptive
- Comparaison AHAI non VIH Roumier et al, Am J Hematol. 2014
  - **Etiologie associée chez tous les patients**
  - Utilisation moins fréquente et plus courte de la corticothérapie
  - Recours plus fréquent aux traitements de 2<sup>e</sup> ligne
  - Meilleure réponse initiale et à long terme
  - Aucun cas de thrombose rapporté
  - Mortalité plus élevée : 28,6 % contre 8 %

# Conclusion

- Evènement rare mais..
- Sérologie VIH devrait être systématique devant la découverte d'une AHAI
- Pas de phénotype particulier de l'infection par le VIH
- Toujours une étiologie associée
- **Association avec la Maladie de Castleman : PCR HHV8**
- Efficacité et tolérance des traitements standards
- Importance du traitement étiologique

# Appel à observation

- Objectifs :
  - Cohorte nationale multicentrique
  - Augmenter la représentativité
- Critères d'inclusion :
  - AHAI à TDA positif
  - Infection par le VIH

Docteur Clément Gourguechon,  
Médecine Interne  
Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens  
Hôpital Nord  
Place Victor Pauchet, 80054 Amiens Cedex 1  
[gourguechon.clement@chu-amiens.fr](mailto:gourguechon.clement@chu-amiens.fr)

Docteur Lionel Galicier,  
Immunopathologie Clinique  
Centre Hospitalier Saint Louis  
Assistance Publique Hôpitaux de Paris  
1, Avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris  
[lionel.galicier@aphp.fr](mailto:lionel.galicier@aphp.fr)

