

**DES-C 28 janvier 2019 Thématique n°18 - VIH
Posttests**

1– Quel(s) test(s) réaliser pour éliminer une infection VIH avant de prescrire la PrEP à une personne à risque ?

- A- Autotest VIH
- B- Test VIH de 4^{ème} génération pour la détection d'antigène/anticorps
- C- Test rapide VIH
- D- Détection de l'ARN VIH dans le plasma

2- A quelle fréquence la surveillance des tests sérologiques du VIH devra être réalisée après l'initiation d'une PrEP ?

- A- Tous les mois
- B- A 1 mois et tous les 3 mois
- C- Tous les 3 mois
- D- Tous les 6 mois

3. Chez le patient VIH, quels sont les facteurs spécifiques au VIH qui augmentent le risque cardio-vasculaire et qui doivent être comptabilisés, lorsque au moins l'un est présent, comme 1 FDR à prendre en compte ?

- A. CV détectable
- B. CD4 < 200/mm³
- C. CD8 > 800/mm³
- D. Exposition cumulée > 10 ans aux IP
- E. Infection évoluant depuis plus de 20 ans

4. Une discordance de charge virale plasma (indétectable)-LCS (détectable) ?

- A. est une situation fréquente chez les patients avec nadir de CD4 < 200/mm³
- B. est plus fréquente en cas de traitement par IP boosté
- C. Nécessite de compléter le bilan par une évaluation neuro-cognitive clinique
- D. Nécessite de compléter le bilan par une IRM
- E. nécessite une optimisation du traitement antirétroviral par ajout de 1 ou plusieurs ARV au traitement en cours

5. Concernant la prise en charge thérapeutique des cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?

- A- Le ténofovir présente un risque de toxicité par interaction médicamenteuse avec le cisplatine
- B- La prophylaxie par cotrimoxazole est systématique selon les recommandations françaises du groupe d'expert
- C- Les anti-intégrases présentent le profil le plus neutre des antirétroviraux par rapport aux risques d'interactions avec les cytotoxiques antinéoplasiques
- D- Il faut différencier toxicité additive et toxicité par interaction
- E- En général, les indications de cytotoxiques antinéoplasiques sont identiques à la population générale

6. Concernant les immunomodulateurs utilisés dans les cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?
- A- Ils pourraient avoir un effet bénéfique sur le contrôle de la charge virale VIH
 - B- Il existe moins d'effets secondaires spécifiques aux PVVIH de ces molécules en raison de l'immunodépression sous-jacente
 - C- Les PVVIH ont été exclues des études princeps en population générale
 - D- Ces traitements s'accompagnent paradoxalement d'une augmentation d'incidence des infections opportunistes
 - E- Le nadir CD4 < 200/mm³ est une contre-indication à leur utilisation
7. Concernant l'épidémiologie des cancers non classant SIDA, quelles sont les réponses exactes ?
- A- L'incidence de la maladie de Hodgkin devrait augmenter avec le vieillissement de la population des PVVIH
 - B- Le ratio d'incidence standardisé du cancer de la prostate est diminué chez les PVVIH par rapport à la population générale
 - C- Le cancer de la prostate sera le premier cancer en nombre chez les PVVIH d'ici une quinzaine d'année
 - D- Le ratio d'incidence standardisé du cancer pulmonaire est en diminution en France chez les PVVIH par rapport à la population générale
 - E- Le traitement antirétroviral précoce est une stratégie de lutte contre l'incidence de la plupart de ces cancers
8. Concernant les troubles neurocognitifs (TNC) et les infections opportunistes du SNC chez les PVVIH :
- A- Le score CPE (CNS Effectiveness Score) est essentiel à la prise en charge des infections opportunistes du SNC
 - B- Le risque établi de la monothérapie par inhibiteur de protéase est l'aggravation des TNC avec le temps
 - C- Le score CPE est la pierre angulaire de la prise en charge des TNC des PVVIH sous traitement antirétroviral efficace
 - D- La charge virale du LCS dépend principalement de la valeur de la charge virale plasmatique
 - E- En cas d'observance imparfaite, il existe des cas d'échappement virologique du LCS avec charge virale plasmatique indétectable

«Femme et VIH : suivi gynécologique et proctologique, contraception, adaptation des antirétroviraux aux projets de conception»

Post-test

- 9 : Lister, parmi les suivantes, la ou les proposition(s) exacte(s) en matière de traitement antirétroviral chez les femmes vivant avec le VIH ayant un projet de procréation
- A. Un traitement antirétroviral au long cours, débuté le plus tôt possible est recommandé
 - B. Le choix de première intention est une trithérapie de 2 INTI et de darunavir boosté par le ritonavir

- C. Une trithérapie de 2 INTI et raltégravir est une alternative possible
- D. L'etravirine et la rilpivirine peuvent être prescrites en première intention
- E. La posologie recommandée du darunavir boosté par le ritonavir est de 600/100 mg 2 fois par jour au 3e trimestre de grossesse

10 : Lister la ou les proposition(s) exacte(s) en matière de suivi gynécologique des femmes vivant avec le VIH

- A. Un dépistage de cancer du col par cytologie cervico-utérine est recommandé tous les 3 ans chez les femmes après des cytologies annuelles normales pendant 3 ans consécutifs, sous réserve d'une charge VIH contrôlée et d'un nombre de CD4 > 500/mm³
- B. En cas de cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), ou de haut grade (HSIL), une colposcopie doit être systématiquement réalisée
- C. Le premier contrôle de lésions histologiques malpighiennes intraépithéliales de haut grade (par cytologie + colposcopie + biopsies dirigées ou curetage endocervical) est recommandé à 12 mois
- D. En cas d'atypies cellulaires de signification indéterminée (ASC-US) à la cytologie cervico-utérine, une colposcopie est recommandée d'emblée
- E. En cas de lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de bas grade la surveillance recommandée comporte cytologie et colposcopie tous les 6 mois avec biopsie au moins annuelle