



semaine prochaine. Je me répète que ça ne sert à rien. Je me convaincs que ce n'est pas à moi de le faire. Moi, je veux donner du courage, contribuer à des solutions pour tout de suite. Je souhaite apporter de la

légèreté à chaque fois que c'est possible. Je veux protéger la visite prochaine de la famille qui vit éloignée, les promesses d'un descendant direct qui va naître à la fin de l'été. Malgré la flambée métastatique, je n'ose

pas troubler l'espoir lié à la prochaine immunothérapie. Je me persuade qu'il(elle) est de toute façon trop fatigué(e), trop énervé(e), ou qu'il(elle) ne comprendrait pas. Et de toute façon, de quoi faudrait-il prévenir? Du fait qu'il est l'heure des comptes? Qu'il convient de se parler tant qu'il est encore possible de le faire et de pouvoir se comprendre? Lui dire « Tu vas partir en voyage », « Tu n'auras plus mal »?

Je déteste le pathos et les grands au revoir sur les quais de gare. Je me déteste aussi lorsque je me sens soulagé d'entendre que les besoins sont désormais identifiés et parfaitement couverts par d'autres personnes... et qu'il n'est d'ailleurs pas nécessaire que je me détourne aussi souvent en venant faire des visites. La tristesse s'atténue en surface,

mais c'est l'excitation et la susceptibilité qui se manifestent. La susceptibilité comme une gomme à mâcher. Je la sens, cette boule dans la gorge. J'ai de la peine à respirer. J'aimerais ouvrir la fenêtre mais c'est comme ouvrir la porte d'un four !

Qu'est-ce qui est plus lourd, un kilo de tristesse ou un kilo de crispation? Et si ce qui tuait, c'était aussi tout ça? Les maladies bien sûr, mais aussi la désinvolture et l'énervement? Le fait de ne pas oser aborder des sujets de fond parce qu'on veut croire que c'est déjà en ordre pour l'autre? Le fait de ne pas savoir dire en quoi une personne est irremplaçable malgré le train de la vie qui continue? Le fait de ne pas prendre le temps de s'occuper de ceux qui s'en vont comme de vraies personnes?

ZOOM

Au-delà de l'ombre du VIH: la lymphopénie CD4+ idiopathique

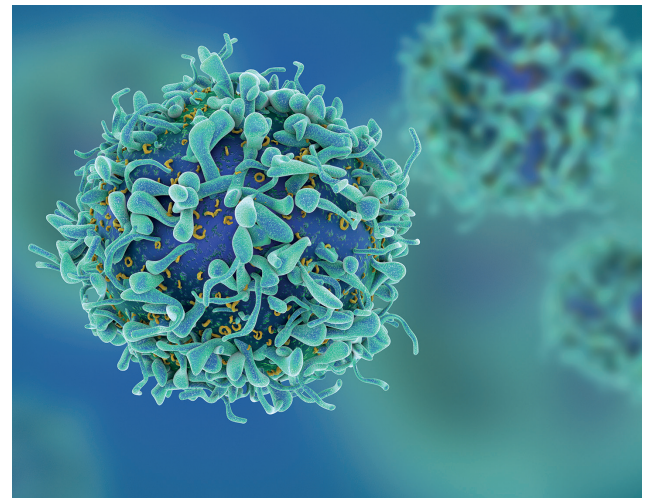
La lymphopénie CD4+ idiopathique (ICL) est un syndrome clinique rare, caractérisé par un taux de lymphocytes T CD4+ bas, sans réactivité aux tests VIH. Malgré une première description remontant à plus de 30 ans, l'ICL demeure une entité mal connue. Cette étude vise à approfondir la compréhension de l'ICL et à étudier ses implications cliniques.

Méthode: étude prospective observationnelle menée entre 2009 et 2020. Inclusion: patient-e-s de > 18 ans avec lymphopénie T CD4+ < 300 cellules/mm³ ou < 20% des lymphocytes T totaux sur deux prélèvements espacés de > 6 mois. Exclusion: infection VIH ou HTLV, syndrome d'immuno-déficience autre, cancer évolutif, médicaments immunosuppresseurs. Intervention: analyse génétique et évaluations longitudinales (suivi annuel) avec numérations lymphocytaires (T CD4+, T CD8+, B et NK), analyses sérologiques infectieuses, suivi annuel et analyse des différentes complications infectieuses, auto-immunes et néoplasiques.

Résultats: après exclusion des causes génétiques et acquises de lymphopénie CD4, inclusion de 91 patients atteints d'une ICL sur une période de suivi de 374 années-personnes. Taux médian de lympho-

cytes T CD4+ de 80 cellules/mm³. Infections opportunistes les plus fréquentes: papillomavirus humain (29%), cryptococcose (24%), *molluscum contagiosum* (9%) et maladies dues à des mycobactéries non tuberculeuses (5%). Un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³ était associé à un risque plus élevé d'infection opportuniste et de cancer invasif, mais à un risque plus faible d'auto-immunité. La mortalité globale des patients de l'étude était comparable à celle de la population générale.

Discussion et interprétation: étude observationnelle monocentrique et non contrôlée qui décrit les complications des patients présentant une ICL. Le spectre particulier des infections opportunistes chez ces patients suggère une pathogénie distincte par rapport à celle de l'infection VIH non traitée. L'étude souligne



également les défis rencontrés pour comprendre la pathogénie de l'ICL, avec seulement 7% de patients présentant un diagnostic génétique spécifique.

Conclusion: un taux de lymphocytes T CD4+ < 300 cellules/mm³, sans cause secondaire, nécessite un nouveau dosage des CD4+ à 6 mois. En cas de persistance, un diagnostic d'ICL doit être évoqué. Ces patients présentent un risque accru d'infections opportunistes et de cancers, nécessitant une

surveillance et une stratégie individualisée pour la prophylaxie.

Dr Denis Comte

Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Lisco A, et al. Reappraisal of Idiopathic CD4 Lymphocytopenia at 30 Years. *N Engl J Med.* 2023 May 4;388(18):1680-91. DOI: 10.1056/NEJMoa2202348