



Arthrite associée au virus (VIH) d'immunodéficience humaine

Human immunodeficiency virus (HIV) associated arthritis

فيروس نقص المناعة المكتسبة المرتبطة بالتهاب المفاصل

S. Rabhi, H. Khibri, Z. Khammar, R. Berrady, L. Lamchachi, M. Ouazzani, W. Bono

الملخص : مقدمة : فيروس نقص المناعة البشرية قد (الإيدز) عدوى تترافق مع أنواع مختلفة من التهاب المفاصل. والمرضية هي الأكثر شيوعا. التهاب المفاصل المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية هو أقل شيوعا ، وكشف عن عدوى فيروس نادرا ما يحدث.

المواد والأساليب : نحن التقرير الحالات التي توضح هذه العلاقة مع استعراض للأدب.

النتائج : نقدم هذه القضية 38 سنة ، ثم لمتلازمة خلل التنسج النقوي التهاب الركبتين يتميز باضطراب وظيفي. وأظهرت الصورة الإشعاعية للمفاصل الركبة تورم الأنسجة اللينة دون تآكل العظام. وكشف تحليل السائل الاحتقاني العقيمة مع غلبة لمفاوي. وكان عامل الروماتويد، بانتظار المزيد من إبداعك وهلا B27 سلبية. كان معدل الترسيب الدراسة كشفت عن وجود الخلايا الليمفاوية، 70 ملم، وفيروس نقص المناعة البشرية الأمصال كان ايجابيا. وكان عدد كلوستر mm3/128، فإن الحمل الفيروسي من 400,000 نسخة / مل. وقد صنف والمريض والمرضى وجيم مرحلة لم تلق عزت 3 ح + أيفافيرانس، الكيتوبروفين والباراسيتامول. وتحسين وقع بعد 4 أسابيع.

والخلاصة : إن دور فيروس نقص المناعة البشرية في إنتاج مجموعة متنوعة من مظاهر مشتركة ويعرف على نحو أفضل. ويمكن العثور على أكثر الأحداث ألم مفصلي، وطيف المرضية بما في ذلك متلازمة رايتز، والتهاب المفاصل والصدفية.

الكلمات الأساسية : فيروس نقص المناعة البشرية المرتبطة بالتهاب المفاصل، خليط عقاقير هارت، والتهاب المفاصل جرتية.

Résumé : Introduction : L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) peut être associée à différents types d'arthropathies. L'oligoarthrite reliée au virus d'immunodéficience acquise est moins fréquente, rarement révélatrice de l'infection rétrovirale.

Matériels et méthodes : Nous rapportons une observation illustrant cette association avec une revue de la littérature.

Résultat : Patient âgé de 38 ans, suivi pour syndrome myélodysplasique, qui a développé une oligoarthrite subaiguë des deux genoux caractérisée par une impotence fonctionnelle. La radiographie des deux genoux était normale. La ponction articulaire a montré liquide exsudatif stérile avec prédominance lymphocytaire. Le facteur rhumatoïde, les anticorps antinucléaires et l'HLA B27 sont négatifs. Une lymphopénie importante a été découverte, motivant la réalisation de la sérologie du virus d'immunodéficience acquise de type 1 qui est revenue positive. Le taux de CD4 était à 128/mm3, la charge virale à 4 millions de copies / ml. Le patient a été classé au stade C de la maladie et a été mis sous AZT +3TC + Efavirenz, kétoprofène et paracétamol, avec disparition de l'oligoarthrite après 4 semaines.

Discussion : Les arthrites aseptiques peuvent survenir à n'importe quelle phase de l'infection à VIH, décrite plus fréquemment à un stade avancé de la maladie. Elles sont retrouvées dans 7,8% des cas et sont rarement révélatrices comme c'est le cas de notre patient, caractérisées par une impotence fonctionnelle et une bonne réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Conclusion : Le test de dépistage sérologique doit être systématique dans le bilan étiologique d'une oligoarthrite.

Mots clés : arthrite virus d'immunodéficience humaine.

Abstract : Introduction : Infection with human immunodeficiency virus (HIV) may be associated with different types of arthritis. The oligoarthritis related to human immunodeficiency virus is less frequent, rarely revealing the retrovirus.

Materials and methods : We report a case illustrating this association with a review of the literature.

Results : Patients aged 38 years, followed for myelodysplastic syndrome who developed a subacute oligoarthritis of the knees characterized by functional impairment. The radiograph of both knees were normal. The joint aspiration revealed sterile exudative fluid with lymphocytic predominance. Rheumatoid factor, antinuclear antibodies and HLA B27 were negative. A significant lymphopenia was found, justifying the implementation of serology for human immunodeficiency virus type 1, which returned positive. The CD4 count was à 128/mm3, the viral load of 4,000,000 copies / ml. The patient was classified as stage C disease and has been received AZT +3 TC + Efavirenz, ketoprofen and paracetamol, with disappearance of oligoarthritis after 4 weeks.

Discussion : aseptic arthritis can occur at any stage of HIV infection, most frequently described in an advanced stage of disease.

Discussion : They are found in 7.8% of cases and are rarely revealing as is the case with our patient, characterized by functional impairment and bone response to anti-inflammatory drugs.

Conclusion : The serological testing must be systematic in an etiologic oligoarthritis.

Key Words : Human immunodeficiency virus arthritis, .

Tiré à part : S. Rabhi : Service de médecine interne hôpital Hassan II CHU de Fès - Maroc.

Introduction

Depuis la description du premier cas d'infection par le virus d'immunodéficience humaine, il ya 26 ans, l'épidémiologie et le type des manifestations cliniques ont changé depuis l'avènement de la trithérapie antirétrovirale, par la réduction de la prévalence des décès. En conséquence, la morbidité relative aux maladies chroniques a augmenté [1]. Depuis la première description de l'atteinte articulaire par Winchester et al en 1987, d'un syndrome de Reiter associé à l'infection par le virus d'immunodéficience humaine, le spectre d'affections rhumatismales associées a évolué [2]. Les principales manifestations musculosquelettiques décrites au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine sont des polyarthrites, des oligo-arthrites, des arthrites réactionnelles, des arthrites septiques, des spondylodiscites, des myosites, des arthralgies, des spondylarthropathies. Ces manifestations surviennent souvent à un stade évolué de la maladie mais sont rarement révélatrices [2]. Nous rapportons une observation d'une oligoarthritis révélant l'infection rétrovirale au stade C chez un patient de sexe masculin avec une revue de la littérature.

Observation

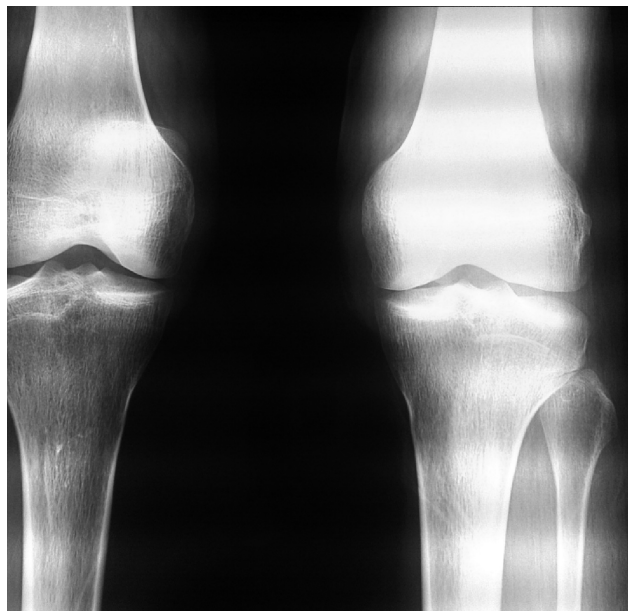
Monsieur A. âgé de 38 ans, sans antécédents notables, fellah de profession, suivi dans notre formation depuis 18 mois pour anémie normocytaire normochrome arégénérative rentrant dans le cadre d'un syndrome myélodysplasique. Le myélogramme avait montré des signes de dysgranulopoïèse associée à une érythroblastopénie. Le bilan étiologique s'est révélé négatif y compris les sérologies virales (immunodéficience acquise, hépatites virales B et C). La recherche d'anticorps anti-parvovirus B19 était négative. Le caryotype médullaire était indiqué mais non réalisé par non disponibilité. Le score pronostic IPSS était intermédiaire 1 sous réserve de la présence d'une éventuelle anomalie chromosomique. Le dosage de l'érythropoïétine était augmenté. Le traitement était basé sur le support transfusionnel à la demande, en surveillant la survenue d'une éventuelle hémochromatose secondaire.

Après 15 mois de suivi, Mr A. a été hospitalisé pour une gonarthrite bilatérale qui évoluait un mois auparavant et s'aggravait progressivement aboutissant à une impotence fonctionnelle. L'interrogatoire a révélé la notion de rapports sexuels non protégés, avec absence de manifestations digestives ou urinaires. L'examen clinique a retrouvé que les articulations des genoux étaient œdématisées rougeâtres et douloureuses à la mobilisation avec un choc rotulien positif (figure 1). Le reste de l'examen clinique était sans

Figure 1 : Gonarthrite bilatérale



anomalie notamment absence de syndrome tumoral ou de manifestations systémiques. L'examen des autres articulations était normal avec absence d'enthésopathies. Les radiographies des 2 genoux étaient sans particularités, ne montrant pas de déminéralisation, ni d'érosions ou de géodes (figure 2). Une ponction articulaire a retrouvé un liquide jaune citrin, signe de fil positif, exsudatif (45g/l), contenant 4900 leucocytes/mm³ à prédominance lymphocytaire (88%), sans germes, ni microcristaux. La culture était négative. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire avec une VS à 70 mm et une lymphopénie à 800 éléments/mm³ qui n'existait pas sur l'ancienne numération et formule sanguine (NFS). Le test rapide (Determine) était positif, complété par une sérologie du virus d'immunodéficience acquise de type 1 (ELISA

Figure 2: Radiographie des deux genoux,

Montrant l'absence d'érosion ou de pincement articulaire

et Western Blot) est positive. Le taux de CD4 était à 128 éléments/mm³ et la charge virale était à 4 millions copies/ml. Le reste du bilan biologique avait montré l'absence de coinfections. Par ailleurs, les radiographies du bassin, du rachis dorsal et lombaire et thoracique étaient normales. Les anticorps antinucléaires, le facteur rhumatoïde et l'HLA B27 sont négatifs. La recherche de bacille de Koch dans les expectorations était négative. Les sérologies Yersinia, Chlamydia trachomatis et Campylobacter jejuni étaient négatives. La coproculture et la parasitologie des selles étaient négatives également. L'échographie abdominale et pelvienne était normale. Le patient est classé au stade C de l'infection rétrovirale. Il est mis sous anti-inflammatoires à base de paracétamol et de kétoprofène et un traitement antirétroviral à base de AZT+3TC+ Efavirenz. L'évolution a été marquée par la disparition de l'arthrite après 4 semaines et une baisse de la charge virale devenant à 172 copies/ml. Curieusement, nous avons noté la disparition de l'anémie sur les différentes NFS avec un taux d'hémoglobine actuel à 14 g/dl sous traitement antirétroviral.

Discussion

Les manifestations rhumatologiques sont retrouvées chez 97,3 % des sujets infectés par le virus de l'immuno-

déficience acquise, dominées par les arthrites aseptiques et les infections [3]. Le rôle de l'infection par ce rétrovirus dans la production d'une variété de manifestations articulaires est de plus en plus connu. Les manifestations les plus retrouvées sont les arthralgies, le spectre des spondylarthropathies incluant le syndrome de Reiter, l'arthrite psoriasique, les spondylarthropathies indifférenciées, les myosites et les infections [4] (tableau 1).

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes manifestations articulaires au cours de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine

Type de l'arthropathie	Distribution	Caractères des douleurs	Durée	Caractéristiques spécifiques	Traitement
Arthralgies	Oligo articulaire Grosses articulations	Intermittente et modérée	4-6 semaines	Manifestation fréquente de la phase aigue de l'infection	Anti-inflammatoires non stéroïdiens efficaces
Syndrome de Reiter	Oligo ou polyarthrite asymétrique des membres inférieurs	Plus sévères que chez les patients séronégatifs	Evolution chronique avec exacerbations aiguës	Urétrite, conjonctivite, keratodermie, psoriasis	Faible réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens
Spondylarthropathies indifférenciées	Lombalgies, douleurs chevilles et épaules	Variable	Chronique	Esthésies, spondylites	Bonne réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens
Arthrite associée au VIH	Oligoarthrite genoux et chevilles	Impotence fonctionnelle	1-6 semaines	Découverte du virus dans le tissu synovial	Bonne réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens
Polyarthrite rhumatoïde	Arthrite symétrique des petites articulations	Aigue, intermittente	En poussées	Déformation osseuses	Indométacine, hydroxychloroquine

Les arthrites aseptiques peuvent survenir à n'importe quelle phase de l'infection à VIH, décrite plus fréquemment à un stade avancé de la maladie (B ou C), mais elles sont rarement révélatrices de la maladie, comme c'est le cas de notre patient [5]. L'oligoarthrite subaigüe ou arthrite associée au VIH a été décrite initialement par Rynes et al [6], caractérisée par une impotence fonctionnelle, intéressant essentiellement les genoux et les chevilles. Berman et al [7], ont rapporté 270 cas de patients VIH positifs, dont 7,8% avaient une arthrite associée au VIH. L'intensité des symptômes articulaires a été rapportée entre une à six semaines d'évolution, quatre semaines dans notre observation. Les manifestations cutané-muqueuses, oculaires, génito-urinaires sont absentes dans ce type d'atteintes articulaires. Par ailleurs, le facteur rhumatoïde,

les anticorps antinucléaires et l'HLA B27 sont négatifs. La radiographie articulaire est normale notamment absence d'érosion ou de pincement articulaire. Le rôle du virus VIH dans la pathogénie des atteintes articulaires associées est mis en évidence par la découverte de l'ADN du virus VIH dans des cellules dendritiques isolées à partir de la synoviale et du sang périphérique de trois patients VIH atteints d'arthrite. Plusieurs antigènes du virus VIH comprenant p-24, gp-41 et gp-120 ont été détectés par analyse immunohistochimique et microscopie électronique dans le tissu synovial [8,9]. La biopsie synoviale d'un patient infecté par le VIH a permis d'observer des structures tubulo-réticulaires à l'intérieur des cellules endothéliales, la présence d'inclusions ayant la forme de cristaux dans le cytoplasme des cellules, ainsi que des particules virus-like autour des fragments de synoviocytes [10]. Les manifestations articulaires régressent lentement sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en 4 à 8 semaines. L'infiltration articulaire par corticoïdes n'est pas recommandée par exacerbation de l'infection à VIH. Le méthotrexate et les immunosuppresseurs augmentent le risque d'infections opportunistes et la progression vers

le stade de sida maladie [3,11]. Le traitement antirétroviral est bénéfique chez ces patients permettant d'accélérer la guérison en évitant ceux ayant des effets secondaires musculo-squelettiques tel que l'Indinavir [2]. Notre patient a été mis sous AINS et une trithérapie associant AZT+ 3TC+ Effavirenz avec disparition de la gonarthrite, ainsi que l'amélioration de l'anémie secondaire au syndrome myélodysplasique. La sérologie VIH était négative initialement, mais l'antigène p24 n'a pas été demandée. S'agit-il d'une manifestation secondaire au VIH avant la séroconversion, ou d'une autre infection virale non détectée par les tests sérologiques disponibles dans notre formation, qui serait sensible au traitement antirétroviral.

Conclusion

Les manifestations rhumatologiques au cours de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine sont de plus en plus fréquentes, mais rarement révélatrice, auquel cas, le test sérologique de dépistage doit être demandé systématiquement, car il s'agirait le plus souvent d'un stade avancé de l'infection.

Références

1. Maganti R M, John D Reveille J D, Frances M W. Therapy Insight: the changing spectrum of rheumatic disease in HIV infection. *Nature clinical practice Rheumatology* 2008; 4: 428- 438.
2. Allroggen A, Frese A, Rahmann A, Gaubitz M, Husstedt WI, Evers E. HIV associated arthritis: case report and review of the litterature . *Eur J Med Res* 2005; 10: 305-308.
3. Chinniah K, Mody GM, Bhimma R, Adhikari M. Arthritis in association with human immunodeficiency virus infection in black african children. Causal or coincidental? *Rheumatol* 2005; 44:915–920.
4. Ntsiba H, Ngandeu-Singwé M, C. Makita-Bagam-boula C, Yala F. Les arthrites liées au virus de l'immunodéficience humaine au Congo Brazzaville. *Médecine et maladies infectieuses* 2007; 37: 758–761.
5. Azeroual A, Harmouche H, Benjilali L, Tazi Mezalek Z, Adnaoui M, Aouni M, Maaouni A. Rheumatoid arthritis associated to HIV infection. *European Journal of Internal Medicine* 2008; 19: e34–e35.
6. Rynes RI, Goldenberg DL, Digiacomo R, Olson R, Hussain M, Veazey J. Acquired immunodeficiency syndrome associated arthritis. *Am J Med* 1988; 84: 810-816.
7. Berman A, Cahn P, Perez H, Spindler A, Lucero E, Paz S et al. Human immunodeficiency virus infection associated arthritis: clinical characteristics. *J Rheumatol* 1999; 26: 1158-1162.
8. Njobvu PD, McGill PE. Is HIV the culprit? Spondyloarthropathy in the Third World. *J Rheumatol* 1999; 26: 2074–2075.
9. Casado E, Olive A, Holgado S, Perez-Andres R, Romeu J, Lorenzo JC, et al. Musculoskeletal manifestations in patients positive for human immunodeficiency virus: correlation with CD4 count. *Rheumatol* 2001; 28: 802–804.
10. Hughes RA, Macatonia SE, Rowe JF. The detection of human immunodeficiency virus DNA in dendritic cells from the joints of patients with aseptic arthritis. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 166.
11. Ntsiba H, Lamini N. Is inflammatory joint disease in HIV-infected patients a form of spondylo-arthritis. *Joint Bone Spine* 2004; 71: 584-587.