

LES MYOSITES TROPICALES SIMULANT UNE ARTHRITE SEPTIQUE CHEZ LES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH (DEUX OBSERVATIONS)

A. ABOUZHAR, R. BOUCHAMA, M. AZENNAG, J.M. GARCIN

Med Trop 2004; **64** : 372-374

RÉSUMÉ • La myosite tropicale (MT) est une infection aiguë bactérienne touchant le muscle strié squelettique et évoluant rapidement vers l'abcédation. C'est une affection qui connaît un regain d'intérêt depuis l'avènement de l'infection par le VIH en raison de sa fréquence sur ce terrain et des problèmes de diagnostic différentiel qu'elle pose. D'autre part, sa survenue chez les patients séropositifs pour le VIH permet de les inclure au stade III de la classification proposée par l'OMS. Nous rapportons deux observations de MT qui simulaient respectivement une arthrite septique de la hanche et du genou chez des patientes infectées par le VIH. Nous insistons sur l'intérêt de l'imagerie médicale qui donne un diagnostic topographique très précis et sur l'intérêt des ponctions/drainages qui permettent d'écourter le séjour hospitalier et d'éviter le débridement chirurgical. Ces ponctions doivent être échoguidées ou scannoguidées.

MOTS-CLÉS • Arthrite septique - Myosite tropicale - VIH.

TROPICAL PYOMYOSITIS SIMULATING SEPTIC ARTHRITIS IN AIDS PATIENTS. TWO CASES

ABSTRACT • Tropical pyomyositis (TP) is an acute bacterial infection of skeletal muscles characterized by rapid formation of abscesses. Since the beginning of the AIDS epidemic, interest in TP has increased because of its rising incidence in association with HIV infection and of the problems that it poses for differential diagnosis. Occurrence of TP is a criterion for classification of HIV infected patients in WHO disease stage III. The purpose of this report is to describe two HIV-infected patients who presented TP simulating septic arthritis of the hip and knee respectively. Medical imaging was particularly useful in establishing accurate topographic diagnosis and needle drainage in decreasing the duration of hospitalization and avoiding the need for surgical debridement. Needle puncture must be guided by ultrasound or scan imaging.

KEY WORDS • HIV - Septic arthritis - Tropical pyomyositis.

La myosite tropicale (MT) est une infection aiguë bactérienne qui touche un ou plusieurs muscles squelettiques et qui évolue spontanément vers l'abcédation (1). C'est une urgence fréquente en zone tropicale. Elle connaît un regain d'intérêt dans les régions tempérées en raison de l'augmentation de son incidence chez les sujets infectés par le VIH (2). Sur ce terrain, l'atteinte est souvent multifocale et peut poser des problèmes de diagnostic différentiel (3). D'autre part, la survenue d'une MT chez un patient infecté par le VIH permet de l'inclure au stade III de la classification en stade clinique proposée par l'OMS en 1993 (2). Nous rapportons deux observations de MT qui simulaient respectivement une arthrite septique de la hanche et du genou chez des patientes infectées par le VIH. A la lumière des données de la littérature,

nous précisons les aspects cliniques, para-cliniques et les particularités thérapeutiques dans ce contexte d'immunodépression.

OBSERVATIONS

Cas n°1

Une patiente de 26 ans, dont la séropositivité pour le VIH est connue depuis 4 ans, non traitée, ne rapportant pas d'injection intra-musculaire, a été hospitalisée en novembre 2002 en raison d'une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, altération de l'état général et fièvre à 39°C. Par ailleurs, elle se plaignait d'une toux sèche et d'une dysphagie haute.

L'examen clinique trouvait une hanche gauche douloureuse dont la mobilisation s'avérait impossible. Il existait des râles bronchiques diffus, un muguet buccal et il n'était pas trouvé de porte d'entrée cutanée.

Biologiquement, la vitesse de sédimentation était à 120 mm la première heure, la CRP à 60 mg/L, les leucocytes à 7300/mm³ (PNN : 6400/mm³ ; lymphocytes : 400/mm³). Les hémocultures étaient négatives. Les lymphocytes CD4 étaient

• Travail du Service de médecine interne (A.A., Docteur en médecine, Assistant des hôpitaux des armées ; R.B., M.A., Docteurs en médecine, Spécialistes des hôpitaux des armées ; J.M.G., Docteur en médecine, Chef de service), Polyclinique El-Rapha, Libreville, Gabon.

• Correspondance : A. ABOUZHAR, Service de médecine interne, HIA Bégin, 69 avenue de Paris 94 160 Saint Mandé • Fax : 01 43 98 50 65 •

• Courriel : a_abouzhahir@yahoo.fr •

• Article reçu le 28/10/2003, définitivement accepté le 26/08/2004.



Figure 1 - IRM en coupe frontale postérieure séquence pondérée en spine echo T1 avec annulation de la graisse et injection de gadolinium avec passage tardif (produit de contraste dans la vessie) montrant une collection ovoidale du muscle moyen fessier se rehaussant de façon annulaire avec un centre qui reste en hyposignal.

à 28/mm³ et la charge virale supérieure à 75000 copies/ml, soit supérieure à 4.87 log₁₀.

La radiographie du bassin de face montrait une hypertrophie des parties molles en regard de la hanche. L'échographie mettait en évidence une image hypoéchogène évocatrice d'une collection rétro-trochantérienne et extra-articulaire sans épanchement articulaire. L'IRM montrait une collection en hypo-signal T1, hyper-signal T2, qui intéressait le muscle moyen fessier sans épanchement intra-articulaire (Fig. 1, 2).

La ponction écho-guidée, ramenait un pus jaunâtre sanguinolent dont la mise en culture mettait en évidence un

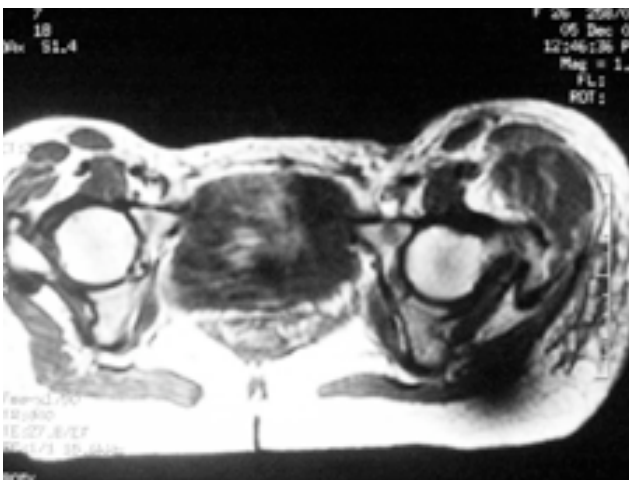


Figure 2 - IRM du pelvis en coupe axiale en spine echo T1 sans injection de gadolinium montrant la collection en hyposignal dans le muscle moyen fessier gauche et l'absence d'épanchement intra-articulaire.

Staphylococcus aureus. Par ailleurs, l'endoscopie digestive haute montrait une candidose oesophagienne.

Un drainage par ponctions itératives sous contrôle échographique a été pratiqué associé à une antibiothérapie à base d'oflaxacine et de gentamicine et à une tri thérapie anti-rétrovirale (Combivir® + Crixivan®), fluconazole et cotrimoxazole en prophylaxie. L'évolution fut favorable cliniquement, en concordance avec l'IRM de contrôle. L'oflaxacine a été poursuivie pendant 3 semaines.

Cas n°2

Une patiente de 30 ans, sans antécédent pathologique, a été hospitalisée en mars 2003 pour un gros genou gauche chaud et douloureux qui évoluait depuis une semaine dans un contexte fébrile. A l'admission, ce genou était augmenté de volume, chaud avec un choc rotulien et un point douloureux exquis à la face externe. La vitesse de sédimentation était à 40 mm la première heure, la CRP atteignait 240 mg/l. Il existait une leucocytose à 16700/mm³ avec une polymnéiose neutrophile prédominante. Il n'a pas été effectué d'hémocultures.

L'échographie mettait en évidence une collection hypoéchogène du muscle vaste externe. Le scanner en confirmait l'existence et l'association d'un minime épanchement articulaire, sans signe d'atteinte osseuse (Fig. 3). La ponction écho-guidée de celle-ci ramenait un pus sanguinolent dont l'examen bactériologique mettait en évidence un *Staphylococcus aureus*. La ponction articulaire à la face interne du genou retirait un liquide jaune citrin, de type inflammatoire avec 55 g/l de protéines ; la cytologie dénombreait 1000 leucocytes par mm³ d'aspect intact dont 50% de PNN, 20% de lymphocytes, 10% de macrophages, 5% de cellules synoviales mais aucun rago cytes. En culture, ce liquide s'est avéré stérile. Par ailleurs, la sérologie du VIH1 était positive, avec 195 lymphocytes CD4 par mm³ et une charge virale de 3560 copies/mm³, soit 3,55 log₁₀.



Figure 3 - TDM du genou en coupe axiale passant par la rotule montrant une collection du muscle vaste externe développée dans sa partie inférieure et latérale et une lame liquidienne dans le cul de sac médial de l'articulation.

L'antibiothérapie reposait sur de l'ofl oxacine et de la gentalline associées à des ponctions-drainages répétées. L'évolution fut favorable avec apyrexie en trois jours, régression de la collection et de l'épanchement articulaire. L'antibiothérapie a été poursuivie trois semaines et une thérapie antirétrovirale a été prescrite, ainsi qu'une prophylaxie primaire par cotrimoxazole.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois en 1885, la MT est une infection bactérienne du muscle strié squelettique qui touche habituellement le sujet jeune de sexe masculin mais n'épargne ni l'enfant ni le sujet âgé (1, 4). Plusieurs facteurs en favorisent la survenue : les traumatismes, les piqûres d'insectes, la malnutrition ainsi que l'immuno-dépression (1). La maladie sévit habituellement en climat tropical et sub-tropical, mais plusieurs cas ont été rapportés en zone tempérée sur des terrains immunodéprimés (2, 3).

La MT évolue en deux phases ; une phase d'invasion caractérisée par la douleur, la fièvre et l'impotence fonctionnelle. Dix à vingt jours après survient la phase suppurative caractérisée par l'apparition de multiples abcès de localisation multifocales, notamment chez le malade infecté par le VIH (1, 3, 5).

Biologiquement, l'hyperleucocytose peut être absente chez les sujets immunodéprimés. Les CD4 sont habituellement inférieurs à 100/mm³ sur ce terrain, ce qui témoigne d'un stade évolué de la maladie (2, 3). Un syndrome inflammatoire non spécifique est habituel et les hémocultures sont généralement négatives. La culture du pus met en évidence un *Staphylococcus aureus* dans plus de 98% des cas mais la porte d'entrée est rarement retrouvée (1, 5).

L'imagerie médicale est nécessaire au diagnostic. En effet, l'échographie, plus accessible dans les pays tropicaux, est très rentable puisqu'elle permet de mettre en évidence les collections, guider la ponction et suivre l'évolution (7), mais elle est moins performante dans les localisations profondes. La tomodynamométrie est utile au diagnostic différentiel (8). L'imagerie par résonance magnétique nucléaire est plus intéressante quand il s'agit de localisations multifocales (4).

Certains MT peuvent poser des problèmes diagnostiques comme dans les deux cas rapportés. C'est ainsi que dans les localisations juxta-articulaires, le diagnostic différentiel est celui d'une arthrite qui peut être la conséquence d'une atteinte par contiguïté ou le résultat d'une inoculation du germe lors d'une ponction à l'aveugle (5, 6). Dans ce cas le traitement antibiotique est plus prolongé. D'autres diagnostics différentiels à évoquer sont une phlébite, une cellulite, un hématome, une ostéomyélite ou une tumeur (1).

L'évolution de la MT non traitée peut se faire vers un sepsis grave avec état de choc et/ou des localisations septiques métastatiques, en particulier cardiaques ou pulmonaires (9). Un cas de rhabdomyolyse compliquant une MT chez un patient infecté par le VIH a été rapporté (3).

Le traitement comporte deux volets : un drainage par ponctions échographie ou scannographie-guidées, parfois itératives, préférées dans les formes localisées puisqu'elles évitent le débridement chirurgical et permettent d'écourter le séjour hospitalier (1, 3). Cependant, la mise à plat reste nécessaire quand il s'agit de formes évoluées ou réfractaires au traitement médical (1, 7). L'antibiothérapie intraveineuse fait appel à une pénicilline M, antibiotique de référence dans cette indication, ou à une fluoroquinolone associée à un aminoside. La vancomycine et l'acide fusidique constituent une alternative. La durée de cette antibiothérapie est habituellement de trois semaines, mais il peut être nécessaire de la prolonger deux voire trois mois dans les formes compliquées (1, 3).

CONCLUSION

La MT doit être évoquée devant toute tuméfaction douloureuse des parties molles, notamment chez le sujet infecté par le VIH. Elle atteste alors d'un stade évolué de la maladie (2). Chez le sujet dont le statut sérologique n'est pas connu, la survenue d'une MT implique la pratique d'une sérologie rétrovirale. L'échographie doit précéder tout geste de ponction, en particulier juxta-articulaire.

RÉFÉRENCE

- 1 - SAISSY JM, DUCOURAU JP, TCHOUA R, DIATTA B - Les myosites tropicales. *Med Trop* 1998 ; **58** :297-306.
- 2 - ANSALONI L - Tropical pyomyositis. *World J Surg* 1996 ; **20** : 613-617.
- 3 - WIDROW CA, KELLIE SM, SALTZMAN BR *et Coll* - Pyomyositis in patients with the human immunodeficiency virus : an unusual form of disseminated bacterial infection. *Am J Med* 1991 ; **91** : 129-136.
- 4 - RENWICK SE, RITTERBUSCH JF - Pyomyositis in children. *J Pediatr Orthop* 1993 ; **13** : 769-772.
- 5 - DE GENNES C, LE THI HUONG D, RAGUIN G *et Coll* - Myosite tropicale simulant une arthrite de la hanche. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990 ; **57** : 238-239.
- 6 - RABILLOUD M, BIRON F, BOIBIEUX A *et Coll* - Pyomyosite tropicale associée à une arthrite septique. *Presse Med* 1991 ; **20** : 478-479.
- 7 - BELLIL, REGGIORI A, COCOZZA E, RIBOLDI L - Ultrasound in tropical pyomyositis. *Skeletal Radiol* 1992 ; **21** : 107-109.
- 8 - PRETORIUS ES, HRUBAN RH, FISHMAN EK - Tropical pyomyositis : imaging findings and a review of the literature. *Skeletal Radiol* 1996 ; **25** : 576-579.
- 9 - ANDY JJ, EKPO EB - Cardiovascular complications of tropical pyomyositis. *Trop Geogr Med* 1987 ; **39** : 260-264.