

Cas clinique

Ostéomyélite, arthrite septique et abcès de la fesse  
à mycobactérie atypique chez une patiente infectée par le VIH-1

Osteomyelitis, septic arthritis, and buttock atypical mycobacterium  
abscess in an HIV-1 infected female patient

S. Tchamgoué <sup>a,\*</sup>, J.F. Viillard <sup>a</sup>, J. Texier <sup>b</sup>, M. Moinard <sup>c</sup>, C. Cipriano <sup>a</sup>, J.L. Pellegrin <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine interne et maladies infectieuses, hôpital Haut-Lévêque, centre hospitalier universitaire de Bordeaux,  
avenue Magellan, 33604 Pessac, France

<sup>b</sup> Laboratoire de bactériologie, hôpital Haut-Lévêque, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, avenue Magellan, 33604 Pessac, France

<sup>c</sup> Service d'imagerie médicale, hôpital Pellegrin, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France

Reçu le 4 juin 2003 ; accepté le 6 octobre 2003

*Mots clés* : Ostéomyélite ; Arthrite ; Mycobactéries atypiques ; VIH

*Keywords* : Osteomyelitis; Arthritis; Atypical mycobacteria; HIV

Les ostéoarthrites et les myosites d'origine infectieuse sont rares au cours de l'infection à VIH-1 car leur prévalence varie de 0 à 4 % [1]. La survenue d'une infection ostéoarticulaire à mycobactérie non tuberculeuse (MNT) est exceptionnelle chez les sujets infectés par le VIH-1 [2]. Les cas rapportés dans la littérature concernaient essentiellement des patients très immunodéprimés (lymphocytes CD4 < 50/mm<sup>3</sup>). Nous rapportons l'observation d'une patiente qui a présenté successivement une ostéomyélite de la rotule droite, puis de la cheville droite, ainsi qu'un abcès de la fesse dus à un bacille acido-alcool-résistant (BAAR).

Mme T., âgée de 37 ans, éducatrice spécialisée, sans antécédent médical particulier, a été hospitalisée en urgence en réanimation le 22 novembre 2000 pour un tableau de détresse respiratoire aiguë fébrile associée à une altération de l'état général en rapport avec une pneumocystose pulmonaire révélatrice d'une infection par le VIH-1 au stade C. Le taux de lymphocytes CD4 était de 2/mm<sup>3</sup> et la charge virale plasmatique à 150 400 copies/ml. L'évolution clinique avait été rapidement favorable sous Bactrim\* administré pendant 21 jours. Le 15 décembre 2000, un traitement antirétroviral associant zidovudine, lamivudine, abacavir, saquinavir et ritonavir était débuté.

Trois semaines plus tard, Mme T. était à nouveau hospitalisée pour une douleur du genou droit, d'horaires inflammatoires évoluant depuis 48 heures. À l'admission, la température était à 39,1 °C. L'examen physique objectivait un gros genou droit rouge, chaud et extrêmement douloureux, rendant toute mobilisation impossible. Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire (CRP 117 mg/l, fibrinogène 8,2 g/l). La ponction du genou droit ramenait un liquide trouble, contenant 200 éléments/mm<sup>3</sup> dont 95 % de polynucléaires neutrophiles, 5 % de lymphocytes. L'examen direct avec coloration de Gram et coloration de Ziehl-Neelsen était négative ainsi que la recherche de cristaux. La radiographie du genou droit était normale, mais l'imagerie par résonance magnétique (IRM) révélait un volumineux épanchement dans le cul-de-sac sous-quadriceps associé à un œdème des muscles vaste intermédiaire et vaste latéral droits. En raison de la persistance de la fièvre et la négativité des examens à visée bactériologique, une biopsie de la rotule droite réalisée le 26 janvier objectivait des lésions d'ostéite et de synovite nécrotique. Il y avait des bacilles acido-alcool-résistants (10 BAAR par champ) à l'examen direct mais la culture restait négative et ne permettait donc pas d'identifier la mycobactérie. Un traitement associant rifabutine, clarithromycine et myambutol était débuté le 31 janvier. Le taux de lymphocytes CD4 était de 85/mm<sup>3</sup> (16 %) et la charge virale plasmatique était à 2507 copies/ml.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [tchamgou@club-internet.fr](mailto:tchamgou@club-internet.fr) (S. Tchamgoué).