

**ASPECTS  
RHUMATOLOGIQUES  
ET OSSEUX  
ET V.I.H.**

# LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES ET PERIARTICULAIRES

- 1 LES ARTHRALGIES
- 2 LES ARTHRITES SPECIFIQUES
- 3 AUTRES ARTHRITES ASEPTIQUES
- 4 SPONDYLARTHROPATHIES
- 5 ARTHRITES SEPTIQUES
- 6 SPONDYLODISCITES
- 7 MANIFESTATIONS  
PERIARTICULAIRES

# 1 LES ARTHRALGIES

- ON PEUT LES SEPARER EN 2 CATEGORIES:

## 1 Les arthralgies contemporaines de la primo-infection

- Ce sont des arthralgies/myalgies.
- 60 % des primo-infections
- Pfs dans un contexte de syndrome fébrile aigue mononucléosique.
- EXAMEN:ADP, rash érythémateux  
hépatosplénomégalie ou syn neuro.

BIO:syn mononucléosique,thrombopénie

ac VIH absent

# 1 LES ARTHRALGIES

- On peut les séparer en 2 catégories:

## 2 Les arthralgies chez les patients séropositifs.

- Il s'agit le plus souvent d'oligo ou polyarthralgies symétriques (90 %) de type inflammatoire ou mixte
- La majorité de ces patients ont un déficit immunitaire important.

# 1 LES ARTHRALGIES

- MECANISME: il est mal connu
- Rôle direct du VIH ?
- Rôle indirect: par infection par un germe arthritogène

rôle arthritogène de  
certaines perturbations du système  
immunitaire

ou par atteinte vasculaire  
endothéliale

# 1 LES ARTHRALGIES

- Traitement:
- AINS efficace dans >80 % en qq jours sans rechute
- Antalgiques traitement d'appoint  
moins efficace

## 2 LES ARTHITES SPECIFIQUES

- IL EXISTE PEUT ETRE DES ARTHRITES COMPARABLE A DES ARTHRITES VIRALES
- IL S'AGIT D'OLIGOARTHrites AIGUES DES GROSSES ARTICULATIONS DES MEMBRES INFERIEURS ( genoux, chevilles) DE DEBUT BRUTAL ET D'ÉVOLUTION BENIGNE SOUS AINS ET/OU INFILTRATIONS DE CTC
- LEUR FREQUENCE DIMINURAIT PARALLELEMENT A L'UTILISATION DES ANTIVIRAUX.
- MECANISME MAL CONNU

# 3 AUTRES ARTHRITES ASEPTIQUES

- Exceptionnelles
- Citons les arthrites microcristallines (goutte) et les rhumatismes post-streptococciques
- Leur relation avec l'infection VIH n'est toujours pas établie

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

- Présentation la plus fréquente des manifestations rhumatologiques chez les patients infectés par le VIH
- Il s'agit de **rhumatisme psoriasique (RP)** et surtout des **SPA indifférenciées**
- Les **syndromes de FLR** sont très rares du moins dans les formes complètes.

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

Les arthrites réactionnelles sont plus sévères avec des signes articulaires, des enthésopathies et des lésions cutanées et unguéales souvent importantes;

L'évolution peut être continue ou entrecoupées de rémissions.

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

Les arthrites touchent surtout les **chevilles et les pieds**

Elles sont volontiers associés à des enthésopathies achilléennes et/ou plantaires et des ténosynovites tibiales.

Les atteintes des mains et poignets sont aussi fréquentes.

Les atteintes axiales sont en revanche rares

L'évolution vers une **authentique SPA** sont **exceptionnelles.**

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

Des lésions cutanées analogues à celles du FLR classique peuvent être observés.

En revanche les conjonctivites et les uvéites sont rares.

# 4 SPONDYLARTHOPATHIES

Le RP, tout comme le psoriasis, est plus fréquent chez les sujets séro+

Ces SPA, en particulier les FLR, semblent associées au B 27

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

Mécanisme: ces SPA pourraient être liées à la conjonction de plusieurs facteurs.

La fréquence des infections génitales sexuellement transmissibles (mycoplasma et/ou chlamydiae trachomatis)

Déficit en LT CD4

Dérégulation immunitaire pouvant faciliter le développement d'une synovite.

# 4 SPONDYLARTHROPATHIES

Le traitement:

Il repose essentiellement sur les AINS et les traitements locaux.

Éviter le méthotrexate (infection opportuniste, Kaposi ou lymphomes)

La salazopyrine s'est avérée efficace dans certaines observations.

# 5 ARTHRITES SEPTIQUES

- La fréquence réelle est difficile à établir (0,3 à 3,6 %)
- Les germes responsables sont essentiellement les **bactéries pyogènes**
- Les arthrites non gonococciques constituent la 1ere cause d'arthrite septique au cours de l'infection VIH

# 5 ARTHRITES SEPTIQUES

- Le mode d'inoculation est **hématogène**
- Le tableau clinique est *évocateur* avec:  
fièvre, arthrite aiguë et liquide articulaire purulent.
- L'évolution est le plus souvent favorable sous **antibiotiques**

# 5 ARTHRITES SEPTIQUES

- **Stapylococcus aureus**: le plus fréquent, souvent chez les toxicomanes victimes de septicémies.
- **Streptococcus pneumoniae**: le second par ordre de fréquence (hémophiles et Africains).
- **Gonocoque**: rôle du vagabondage sexuel

# 5 ARTHRITES SEPTIQUES

- Seules qq dizaines de cas d'arthrites mycobactériennes ont été rapportées;le + souvent lors de déficit immunitaires importants.
- Arthrites fongiques:le plus souvent ce sont des arthrites à CANDIDA ALBICANS;ce sont surtout des toxicomanes

Essentiellement les **costosternoclaviculaires**

Déficit immunitaire profond et de mauvais pronostic

# 5 ARTHRITES SEPTIQUES

- Le type d'agents infectieux diffère selon le terrain:
- Chez les toxicomanes: staphylococcus aureus et candida albicans
  - articulations
  - costosternoclaviculaires et sacro-iliaques
- Chez les hémophiles: pyogènes non gonococciques
  - Attention aux hémarthroses

# 6 SPONDYLODISCITES

Localisation septique *assez rare*.

Les germes en causes sont les germes pyogènes classiques, mais il y a qq observations à mycobactéries.

# 7 MANIFESTATIONS PERIARTICULAIRES

- BURSITES INFECTIEUSES: à signaler  
hygroma du coude  
et certaines bursites à staphylocoque doré  
qui n'ont pas une évolution favorable sous  
antibiotiques
- TENOSYNOVITES
- OSTEOARTHROPATHIE (hippocratisme  
digital)

# LES MANIFESTATIONS OSSEUSES

- 1 LES OSTEOMYELITES
- 2 LES OSTEONECROSES ASEPTIQUES
- 3 OSTEOPATHIES FRAGILISANTES
- 4 LESIONS TUMORALES

# 1 LES OSTEOMYELITES

- Elles semblent de moins en moins fréquentes.
- Le tableau clinique n'a **pas de spécificité**.
- Il s'agit d'**ostéomyélites aiguës ou chroniques** touchant des patients avec un déficit immunitaires souvent profond.

# 1 LES OSTEOMYELITES

Quelques particularités:

- Ces infections sont favorisées par la toxicomanie IV, l'hémophilie ou les traumatismes directs.
- La diversité des localisations.
- Les germes les plus fréquents sont des germes pyogènes classiques.
- Elles sont de mauvais pronostic

# 1 LES OSTEOMYELITES

Le diagnostic repose sur une **biopsie osseuse** parfois radioguidée

Le traitement : **antibiothérapie prolongée.**

# 2 LES OSTEONECROSES ASEPTIQUES

- Il s'agit le plus souvent de **formes classiques** touchant les têtes fémorales et humérales, rarement de formes multifocales.
- Le rôle de complications liées à l'infection par le VIH semble écarté. La plupart de ces ONA semblent liées à des **facteurs de risque classiques (CTC, éthylisme)**
- Le rôle des **antirétroviraux** (modifications lipidiques) a été évoqué

# 3 OSTEOPATHIES FRAGILISANTES

- Quelques observations d'ostéopathies fracturaires ont été rapportées.
- Facteurs évoqués: réduction de l'activité, modifications nutritionnelles, libération de cytokines déminéralisante (TNF alpha et IL 6) et rôle des antiviraux.
- Nécessité de la **DENSITOMETRIE OSSEUSE**.
- Traitement classique si nécessaire.

# 4 LESIONS TUMORALES OSSEUSES

Difficile à apprécier

- Atteinte osseuse plus diffuse au cours de lymphome
- Prolifération plasmocytaire type myélome ou plasmocytome
- Très rarement d'autres lésions osseuses malignes (sarcome de Kaposi).

# LES MANIFESTATIONS MUSCULAIRES

- 1 LES MYOSITES LIEES AU VIH
- 2 LES MANIFESTATIONS MUSCULAIRES INFECTIEUSES
- 3 MYOPATHIES ENDOCRINOMETABOLIQUES
- 4 FIBROMYALGIE

# LES MANIFESTATIONS MUSCULAIRES

- LA PREVALENCE REELLE EST  
DIFFICILE A EVALUER (2 à 10 %) MAIS  
IL SEMBLE S'AGIR D'UN MOTIF DE  
CONSULTATION **ASSEZ FREQUENT**

# 1 LES MYOSITES LIEES AU VIH

- Rares <1 %
- Tableau:début insidieux,
- *atteinte musculaire proximale* parfois douloureuse et déficitaire
- dans 50 % des cas révélatrice
- plus rarement ces signes s'associent à des signes généraux et à des lésions cutanées
- Les anomalies **biologiques et électriques** ne sont pas spécifiques.
- Le diagnostic repose sur la **BIOPSIE MUSCULAIRE**

# 2 LES MANIFESTATIONS MUSCULAIRES INFECTIEUSES

- La **PYOMYOSITE**
- Survient sur un sujet au stade de SIDA
- Il existe des formes aiguës caractérisées par des douleurs musculaires localisées extrêmement violentes
- mais surtout des formes chroniques évoluant insidieusement. L'atteinte est plus localisée touchant surtout la cuisse ,le mollet ou la fesse mais d'autres localisations sont possibles (psoas, grand dorsal, pectoraux)



# **2 LES MANIFESTATIONS MUSCULAIRES INFECTIEUSES**

- **Autres infections musculaires**
- Très exceptionnellement infections virales ou mycosiques.
- Surtout parasitaires( toxoplasmose)

# 3 MYOPATHIES ENDOCRINOMETABOLIQUES

- Les douleurs musculaires liées à des troubles ioniques (hypokaliémie, ..) et hypothyroïdies n'ont rien de spécifiques mais doivent être évoquées

# 4 FIBROMYALGIE

PRUDENCE AVANT DE RETENIR CE  
DIAGNOSTIC

# COMPLICATIONS IATROGENES

- 1 MUSCULAIRES
- 2 CAPSULITES RETRACTILES
- 3 ONA
- 4 CANAUX CARPIENS

# 1 EFFETS INDESIRABLES DES ANTIRETROVIRAUX

- A ***COMPLICATIONS MUSCULAIRES***
- La plus connue avec l'azidothymidine(AZT) zidovudine

Cette myopathie se traduit par myalgies, déficit musculaire surtout proximal et anomalies biologiques et électriques non spécifiques.

Toxicité mitochondriale

Arrêt du traitement en général suffisant

# 1 EFFETS INDESIRABLES DES ANTIRETROVIRAUX

- A ***COMPLICATIONS MUSCULAIRES***
- A un moindre degré les autres **inhibiteurs nucléosidiques** (IN) peuvent être responsables de toxicité musculaire. Il faut citer l'abacavir (ziagan) qui peut être responsable d'une véritable rhabomyolyse
- Les **inhibiteurs des protéases** sont aussi potentiellement des agents toxiques pour le muscle

# 1 EFFETS INDESIRABLES DES ANTIRETROVIRAUX

- B *CAPSULITES RETRACTILES*

Des capsulites rétractiles de l'épaule ont été observées sous IP (indinavir:crixivan)

L'évolution est favorable en 7 mois en moyenne malgré la poursuite du traitement

# 1 EFFETS INDESIRABLES DES ANTIRETROVIRAUX

- C *ONA*
- D *CANAUX CARPIENS*

Origine plurifactorielles

# 2 effets indésirables rhumatologiques des prophylaxies anti-infectieuses

- Il faut signaler les arthralgies sous rifabutine

# **THERAPEUTIQUES RHUMATOLOGIQUES ET INFECTION PAR LE V.I.H**

- INTERACTIONS DES MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX AVEC LES TRAITEMENTS RHUMATOLOGIQUES
- ACTION DES TRAITEMENTS RHUMATOLOGIQUES SUR L'INFECTION PAR LE VIH

# 1 *interactions des médicaments antirétroviraux avec les traitements rhumatologiques*

- Les INN et les IP modifient les concentrations de nombreux médicaments (cytochrome P 450)
- Les IN interagissent avec la **morphine**, la **codéine** et les **AINS**

## ***2 action des traitements rhumatologiques sur l'infection par le VIH***

- L'***indométacine*** inhibe la réplication du VIH aux doses thérapeutiques.
- Le ***plaquenil*** aussi
- La ***salazopyrine*** possède un effet antirétroviral.
- Par contre les ***immunosuppresseurs*** (ctc, méthotrexate) aggravent le déficit immunitaire.