



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Fait clinique

Succès d'une thérapie ciblée par agents anti-TNF α dans l'arthrite associée au virus de l'immunodéficience humaine. Étude de trois cas en Arabie Saoudite[☆]

Hani Almoallim^{a,b,c,*}, Ibtisam Jali^b, Ghassan Wali^{a,b}

^a Service de médecine, faculté de médecine, université Umm Alqura, La Mecque, Arabie saoudite

^b Service de médecine, hôpital spécialisé King Faisal, Jeddah, Arabie saoudite

^c Unité de recherche Alzaidi en rhumatologie, université Umm Alqura, La Mecque, Arabie saoudite

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 7 janvier 2013

Disponible sur Internet le 12 avril 2013

Mots clés :

Arthrite associée au VIH

Infection à VIH

Traitement ciblé

Polyarthrite

Méthotrexate

Anti-TNF-alpha

RÉSUMÉ

Les arthralgies avec atteintes rhumatologiques sont souvent observées chez les patients infectés par le VIH. Les traitements disponibles pour les rhumatismes associés au VIH sont des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour la douleur, des traitements de fonds (le méthotrexate par exemple), et des agents anti-TNF α . Le traitement de l'arthrite associée au VIH peut cependant être complexe, en particulier chez les patients présentant une co-infection, notamment avec les virus des hépatites. De ce fait, les stratégies thérapeutiques ne sont pas bien définies. Nous présentons ici trois cas de patients traités par agent anti-TNF alpha pour une arthrite associée à une infection par le VIH. Tous les patients étaient sous traitement antirétroviral intense, présentaient des charges virales du VIH et des taux de CD4+ stables. Le traitement de l'arthrite inflammatoire correspondait à de l'etanercept puis de l'adalimumab pendant cinq mois pour le cas 1, et 12 mois d'etanercept pour le cas 2. Dans le cas 3, l'arthrite réactive était traitée par etanercept pendant cinq mois, puis adalimumab. Une amélioration significative ou une résolution de l'arthrite étaient observées dans les trois cas après traitement par des agents anti-TNF. Cette étude démontre l'innocuité et l'efficacité des agents anti-TNF chez les patients infectés par le VIH et co-infectés par le virus de l'hépatite B et/ou C. Nos résultats indiquent que les anticorps anti-TNF peuvent être utilisés avec succès chez les patients présentant des charges de VIH et taux de lymphocytes CD4+ stables.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

Les patients atteints du VIH peuvent être affectés par divers rhumatismes, y compris des arthralgies [1]. La physiopathologie de l'arthrite associée au VIH est mal connue, mais ses mécanismes sous-jacents semblent être complexes et multifactoriels [2]. Les symptômes rhumatismaux associés au VIH peuvent être induits directement par l'infection elle-même, ou par des mécanismes indirects impliquant d'autres infections ou des réponses impliquant l'immunité adaptative. La classification des arthrites associées au VIH est difficile, en partie parce que les marqueurs immunologiques spécifiques des arthrites sont généralement négatifs chez les patients VIH.

Nous présentons ici trois cas de patients atteints d'arthrite associée au VIH, avec deux cas de co-infection par le VHB et/ou le VHC, et

tous traités par des agents anti-TNF. Nos résultats suggèrent que les thérapies ciblées telles que l'etanercept et l'adalimumab peuvent être utilisées en toute sécurité et avec efficacité chez des patients présentant des charges de VIH et taux de lymphocytes CD4+ stables.

2. Résultats

2.1. Cas 1

Une femme de 33 ans avec une infection à VIH détectée en février 2009 était suivie par la clinique du VIH dans le service des maladies infectieuses et bénéficiait d'un traitement antirétroviral hautement actif (HAART): Atripla[®] (éfavirenz/emtricitabine/ténofovir). Elle avait été adressée au service de rhumatologie en novembre 2011 pour des douleurs articulaires. La consultation révélait des douleurs et un gonflement des deux poignets, ainsi que des petites articulations des mains, avec une raideur matinale de 15 minutes et de faibles répercussions sur ses activités quotidiennes. Les symptômes avaient persisté pendant deux mois et les symptômes n'avaient pas été améliorés par un traitement avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Elle n'avait pas signalé d'épisodes antérieurs de douleurs articulaires. Elle n'avait pas d'antécédent d'infection virale et pas de signe de

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.01.002>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant. Department of Medicine, Medical College, Umm Alqura University, PO Box 1821, Jeddah 21441, Saudi Arabia.

Adresse e-mail : hani.almoallim@hotmail.com (H. Almoallim).

maladie du tissu conjonctif ou de psoriasis, malgré un cas familial de psoriasis (le père).

Un gonflement du poignet et une sensibilité des deux mains, en impliquant les troisième et quatrième articulations metacarpophalangiennes (MCP) et les deuxième et troisième interphalangiennes proximales (IPP). Elle ne présentait pas de petites taches sur les ongles ni d'onycholyse. Un épanchement dans les articulations douloureuses était mis en évidence par échographie, mais sans érosion ni hyperhémie. L'examen des deux mains par radiographie était normal. La numération formule sanguine (NFS), les fonctions rénale et hépatique, la vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C-réactive (CRP) étaient normales aussi. Les tests biologiques pour les anticorps antinucléaires (ANA), le facteur rhumatoïde, les anticorps antiprotéine citrullinée (ACPA), HLA-B27, les IgM antiparvovirus et la sérologie hépatite B/C (VHB et VHC) étaient négatifs.

La charge du VIH était indétectable, et le taux de CD4+ lymphocytes était de 672. Le traitement de l'arthrite inflammatoire séronégative chronique et symétrique était initié par du méthotrexate (10 mg par voie orale, une fois par semaine) et de l'acide folique (5 mg par voie orale, une fois par semaine). Le taux de CRP était de 30 mg/L en décembre 2011, puis la patiente a ensuite été perdue de vue et n'a pas poursuivi le traitement par méthotrexate. Elle est revenue en mars 2012 avec des signes pathologiques similaires. L'échographie révélait un épanchement dans les mêmes articulations que précédemment observé, mais sans érosion ni hyperhémie. La charge du VIH était indétectable et le taux de CD4+ était de 710. Le méthotrexate était alors administré à une dose plus élevée (12,5 mg par voie orale, une fois par semaine).

En mai 2012, ni la sensibilité ni le nombre d'articulations gonflées n'avaient favorablement évolué, et l'épanchement détecté par échographie était toujours présent, sans érosion ni hyperhémie. La charge du VIH était indétectable et le taux de CD4+ était de 871. Un traitement de l'arthrite inflammatoire par agent anti-TNF (50 mg d'etanercept par voie sous-cutanée, une fois par semaine) était alors initié chez la patiente qui était négative pour les PPD et avait une radiographie thoracique normale.

En septembre 2012, il n'y avait pas d'amélioration. La patiente éprouvait des douleurs, une raideur matinale et des gênes dans ses activités quotidiennes de ce fait limitées. L'examen échographique révélait un épanchement dans les mêmes articulations, sans érosion ni hyperhémie. Les taux de CD4+ étaient stables, et la charge virale indétectable. De l'adalimumab (40 mg par voie sous-cutanée, deux fois par mois) lui a alors été administré.

Deux mois plus tard, la patiente estimait à environ 70% l'amélioration de ses symptômes, aucune raideur matinale, et pas de limitations dans les activités quotidiennes. L'épanchement articulaire, révélé par échographie, était modéré dans les articulations des poignets et sans hyperhémie. La CRP était normale, les taux de CD4+ stables, et la charge virale toujours indétectable. Le traitement par adalimumab était poursuivi.

2.2. Cas 2

Un homme de 60 ans présentant un diabète de type II et une co-infection par VIH/VHB était suivi à la clinique du VIH dans le service des maladies infectieuses. En mars 2010, une multithérapie par de l'atazanavir (300 mg par voie orale une fois par jour), du Trudava® (emtricitabine/fumarate de ténofovir ; 200–300 mg par voie orale une fois par jour) et du ritonavir (100 mg par voie orale une fois par jour) avait été initiée chez ce patient. En décembre 2010, il avait été adressé au service de rhumatologie pour des douleurs bilatérales des coudes, des poignets et des petites articulations des mains depuis un mois, accompagnées d'une raideur matinale de dix minutes et d'une limitation des activités quotidiennes.

Ce patient n'avait jamais eu d'épisodes antérieurs de douleurs articulaires. Il n'avait pas, en plus de sa séropositivité pour VIH et

VHB, d'infection virale antérieure ni d'antécédents personnels ou familiaux de psoriasis ou de maladie du tissu conjonctif. L'examen révélait une sensibilité et un gonflement bilatéraux des poignets, ainsi que des troisième et quatrième IPP, mais aucune anomalie du coude. Il n'y avait pas d'atteintes des ongles ni d'éruptions cutanées. Enfin, ce patient avait reçu des AINS, mais avait ensuite été perdu de vue.

En juin 2011, il s'était présenté avec une gêne articulaire semblable, qui n'avait pas répondu aux AINS. Les examens physique et échographique ressemblaient aux précédents. Les analyses de sang révélait une NFS, une VS et des taux de CRP, de créatinine et de transaminases normaux. Les tests de dépistage des ANA, d'ACPA, et HLA-B27 étaient négatifs. Le facteur rhumatoïde était de 16 (supérieur à la normale). La charge de VIH était de 451 copies/mL et le taux de CD4+ de 256. La charge du VHB était inférieure à 12 UI/mL. Un traitement de l'arthrite inflammatoire avait alors été initié (hydroxychloroquine, 200 mg par voie orale, deux fois par jour ; prednisolone, 10 mg par voie orale une fois par jour pendant deux semaines).

Après trois mois, il n'avait aucune amélioration des symptômes qui restaient comparables après examen clinique et échographique. Après examen négatif pour les PPD et une radiographie thoracique normale, un traitement par etanercept (50 mg par voie sous-cutanée, une fois par semaine) était initié.

En mai 2012, les examens clinique et échographique montraient une nette amélioration. Seuls subsistaient une douleur et un gonflement du poignet gauche, traités avec succès par Depo-Medrol® (méthylprednisolone, 20 mg injection intra-articulaire). La VS, la CRP, et les transaminases étaient normales. La charge du VHB était négative, et les taux de CD4+ ainsi que la charge du VIH étaient restés stables. Le patient était pour finir reçu en septembre 2012 et une amélioration significative sans aucun signe de synovite étaient constatées. Le patient a demandé à interrompre son traitement par etanercept, mais il lui a été recommandé de maintenir le traitement jusqu'à un suivi ultérieur.

2.3. Cas 3

Un homme de 55 ans était adressé au service de rhumatologie en mars 2011. Il était infecté par le VIH, avec une cirrhose compensée secondaire à des infections par le VHB et le VHC, et en phase terminale de maladie rénale sous hémodialyse régulière. Il recevait une multithérapie composée de Truvada® (emtricitabine/fumarate de ténofovir ; 200–300 mg par voie orale, une fois par semaine après l'hémodialyse), d'etavirine (200 mg par voie orale, deux fois par jour), et de raltegravir (400 mg par voie orale, deux fois par jour), ainsi que du carbonate de calcium (600 mg par voie orale, deux fois par jour) et du calcitriol (0,5 mg par voie orale une fois par jour). Il s'était présenté avec une douleur et un gonflement du genou depuis un mois, sans antécédent de traumatisme, de fièvre, d'éruptions cutanées, de maux de dos, d'autres douleurs articulaires, d'infection, de maladie du tissu conjonctif, ou d'épisodes similaires. Le genou gauche était chaud, avec épanchement, et une mobilité réduite. Des crépitations dans les deux genoux étaient notées, mais les autres articulations étaient normales.

Les analyses de sang ont révélé une lymphopénie, une anémie et une thrombopénie modérée. Les valeurs de la VS, de la CRP, des AST et ALT, de l'albumine étaient normaux. La charge du VIH était de 358 copies/mL et le nombre de CD4+ de 130. La charge du VHB était inférieure à 15 UI/mL et la charge du VHC était de 7 566 496 copies/mL. Les taux de bêta-2-microglobuline étaient élevés. Les recherches d'ANA, de facteur rhumatoïde, d'ACPA, d'anticorps anticytoplasme des neutrophiles, et de cryoglobuline étaient négatives. Les taux sériques d'acide urique étaient normaux. La cytologie et la culture du liquide synovial étaient négatives, et sans cristaux. Une radiographie bilatérale du genou

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387530>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387530>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)