

Cas clinique

Vascularite de type purpura rhumatoïde révélant une séropositivité pour le VIH

Henoch-Schönlein purpura-like vasculitis revealing HIV infection

C. Isnard^{a,*}, L. Fardet^{b,c}, P. Duriez^d, C. Morin^e, S. Rivière^e, J.-L. Meynard^f, L. Surgers^f

^a Service de dermatologie, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Service de dermatologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, 94000 Créteil, France

^c UPEC université Paris 12, 94000 Créteil, France

^d Service d'anatomopathologie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75012 Paris, France

^e Service de médecine interne, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75012 Paris, France

^f Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75012 Paris, France

Reçu le 12 janvier 2016 ; reçu sous la forme révisée le 10 février 2016 ; accepté le 17 février 2016

Disponible sur Internet le 30 mars 2016

Mots clés : Purpura rhumatoïde ; Vascularite ; VIH

Keywords: Henoch-Schönlein purpura; Vasculitis; HIV

1. Introduction

Le purpura rhumatoïde est une vascularite systémique des petits vaisseaux beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Son incidence annuelle est estimée à environ 1 par million d'adultes et 200 par million d'enfants. La maladie est caractérisée par l'association variable de signes cutanés, digestifs et articulaires survenant par poussées avec une atteinte rénale possible. Les vascularites de type purpura rhumatoïde sont parfois précédées d'une infection de la sphère ORL ou respiratoire, elles peuvent également être associées à des infections virales « systémiques » telles que l'EBV, le CMV ou le parvovirus B19. Les cas de vascularite de type purpura rhumatoïde révélant une séropositivité pour le VIH sont exceptionnels [1–8].

Nous présentons ici deux observations cliniques de sujets adultes chez qui une première poussée de vascularite de type purpura rhumatoïde a été révélatrice d'une séropositivité pour le VIH.

2. Cas 1

Un homme de 56 ans consultait pour des lésions purpuriques déclives des membres inférieurs d'apparition brutale. Il décrivait 3 poussées successives similaires le mois précédent. Il avait pour antécédents notables un diabète de type 2 et un zona auriculaire et intercostal survenu 2 ans auparavant. L'examen clinique retrouvait des lésions purpuriques profuses, infiltrées, des membres inférieurs et de la face externe des avant-bras (Fig. 1). Il existait des arthralgies inflammatoires des chevilles et une arthrite du genou droit. L'examen abdominal était normal bien que le patient rapportait des épisodes de diarrhée d'apparition récente associés à quelques épisodes de rectorragies de faible abondance. Il n'existait pas d'anomalie de la numération en dehors d'une lymphopénie à 1250/mm³. Il existait un syndrome inflammatoire avec CRP à 82 mg/L, fibrinogène à 5,4 g/L. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. L'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP) ne mettait pas en évidence d'hypergammaglobulinémie polyclonale. Les taux d'IgG et d'IgM étaient normaux. Le taux d'IgA était en revanche augmenté à 5,62 g/L (normale < 4). Le bilan immunologique (complément, facteurs antinucléaires, anticorps anti-ECT, ANCA, cryoglobulinémie) était négatif ainsi que les coprocultures et examens parasitologiques des

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.m.isnard@gmail.com (C. Isnard).



Fig. 1. Purpura diffus et infiltré des membres inférieurs.
Infiltrated and diffuse purpura of the legs.

selles. L'ECBU retrouvait une hématurie microscopique avec 41 hématies par mm^3 ($N < 10$). Il était retrouvé une légère protéinurie à 0,22 g/L. Les sérologies virales (EBV, CMV, VHB, VHC) étaient négatives ou montraient des profils d'infection ancienne. La sérologie VIH, réalisée en raison de la séropositivité de son compagnon, était en revanche positive avec sur le *western blot* un profil d'infection ancienne. Le typage lymphocytaire montrait un taux de CD4 à $232/\text{mm}^3$ (20 %) et un taux de CD8 à $585/\text{mm}^3$ (51 %). La charge virale VIH était à 188 900 copies/ mm^3 (5,3 log). La rectosigmoïdoscopie était sans particularité. La biopsie cutanée retrouvait une vascularite leucocytoclasique sans dépôts associés d'immunoglobulines. Le repos et l'instauration rapide d'un traitement antirétroviral permettaient une disparition des lésions purpuriques, de l'épanchement articulaire et des troubles digestifs.

3. Cas 2

Un homme de 38 ans était hospitalisé pour une éruption purpurique des membres inférieurs. L'examen retrouvait de façon isolée un purpura infiltré déclive touchant les membres inférieurs. L'examen digestif était normal. Le patient se plaignait de douleurs articulaires de rythme inflammatoire, notamment au niveau du genou droit, avec arthrite locale. Sur le plan biologique, on notait une leucopénie à $3820/\text{mm}^3$ avec lymphopénie à $1160/\text{mm}^3$. Les taux d'hémoglobine et de plaquettes étaient normaux. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. L'ECBU retrouvait une hématurie microscopique avec

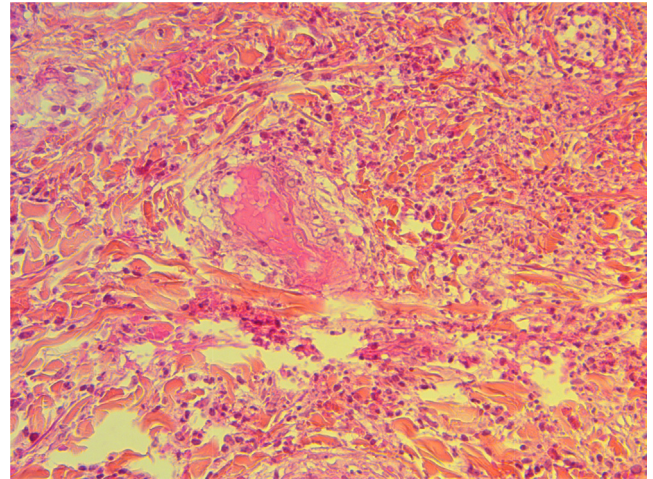


Fig. 2. Vascularite leucocytoclasique d'un capillaire du derme superficiel, grossissement $\times 200$, coloration hémalum-éosine-safran.
Leukocytoclastic vasculitis of a capillary of the superficial dermis, $\times 200$ magnification, hematoxylin-eosin-saffron staining.

46 hématies par mm^3 ($N < 10$). Il n'y avait pas de protéinurie. L'EPP mettait en évidence une hypergammaglobulinémie polyclonale (IgG 20,6 g/L) et un taux élevé d'IgA (9,31 g/L pour une normale < 4). Le bilan immunologique était négatif. Les sérologies virales (EBV, CMV, VHB, VHC) étaient négatives ou montraient des profils d'infection ancienne. La sérologie VIH prélevée en raison de relations sexuelles non protégées était, en revanche, positive. Une antigénémie p24 était élevée (42 pg/mL) et le *western blot* était incomplet, ce qui orientait vers une primo-infection. La charge virale VIH était élevée à 157 700 copies/mL (5,2 log). Le typage lymphocytaire mettait en évidence un taux de CD4 diminué à $148/\text{mm}^3$ (14 %) un taux de CD8 à $577/\text{mm}^3$ (58 %). La biopsie cutanée révélait une vascularite leucocytoclasique à l'examen direct avec dépôts de C1q et de C3 dans les capillaires du derme superficiel en immunofluorescence (Fig. 2). L'introduction d'une trithérapie (primo-infection symptomatique) permettait un bon contrôle du VIH avec une charge virale à indétectable et taux de CD4 à $320/\text{mm}^3$ à 6 mois de traitement. Le patient ne présentait pas de nouvelle poussée de purpura par la suite (recul de 8 mois).

4. Discussion

Les patients décrits présentaient tous deux une vascularite de type purpura rhumatoïde répondant aux critères diagnostiques énoncés par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1990 savoir, 2 items parmi les 4 suivants pour poser le diagnostic avec une sensibilité de 87,1 % et une spécificité de 87,7 % : âge inférieur ou égal à 20 ans, purpura infiltré, douleurs abdominales aiguës, vascularite leucocytoclasique à la biopsie cutanée.

La présence de dépôts cutanés d'IgA est un critère parfois requis (conférence de Chapel Hill, 2013), parfois souhaité, parfois non nécessaire [9]. Il existe des faux-négatifs liés aux méthodes de prélèvements biopsiques, la périphérie d'une lésion récente devant être prélevée pour examen par immunofluorescence directe plus que le cœur d'une lésion ancienne. En ce qui

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3412248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3412248>

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