



Cas clinique Mycobactérie atypique

Pr Dominique Salmon
Université Paris Cité



Mr K 37 ans, consulte pour une douleur et boiterie de jambe gauche

Né en Côte d'Ivoire, il a vécu en Asie, en France depuis 2013- Informaticien

ANTECEDENTS

- **01/2029 : infection par le VIH découverte devant une candidose oesophagienne.**
 - Taux de CD4 : 12 /mm³ et ARN VIH > 2 millions cop/ml
 - Mise sous BIKTARVY en 01/2019
 - Mais génotype de résistance : R à tous les II et au 3TC
 - Mis sous Prezista/Norvir/Truvada
- **AC anti HBc isolés avec ADN VHB bas 100 UI/L**
- **05/2019, cryptococcose neuroméningée** avec AIT devant confusion, épilepsie, AEG
 - Taux de CD4 : 49/mm³ et ARN VIH : 19.000/mm³
 - Difficultés à gérer ses médicaments
 - Mis sous fluconazole
- **De 12/2019 à 07/2020 : IRIS grave sur cryptococcose méningée**
 - multiples lésions cérébrales de base comprimant le V4 **et de multiples adénopathies médiastinales et spléniques inexpliquées.**
 - Nécessité de corticoïdes puis dérivation ventriculaire du LCR.
 - Taux CD4 : 183/mm³, ARN VIH : 644 cop/ml- Indétectabilité jamais atteinte malgré ETP et différents changements thérapeutiques
- **Apparition d'un diabète, PCR CMV et EBV positives**

Histoire de la maladie

- 01/ 11/ 2020, traumatisme de la cheville gauche, avec mouvement d'éversion du pied endescendant les escaliers. N'a pas eu de douleurs au décours
- Apparition d'un gonflement de la cheville et de douleurs-boiterie avec réveils nocturnes SANS dérouillage matinal. Pas d'altération de l'état général.
- Bonne observance du traitement antirétroviral et antifongique à priori
- CD4 = 117/mm³ - ARN VIH: 906 cop/ml
- IRM de cheville (24/12/2020) : ostéomyélite avec abcès centro-médullaire diaphysaire distal du tibia (mycobactérie ou germe banal). Entorse latérale de cheville avec rupture du LTFA
- Décision d'une biopsie osseuse avec recherches de mycobactéries

Questions

- **Q1 : Quelles sont les mycobactéries atypiques les plus fréquentes chez l'homme ?**
- **Q2 : quelles sont les portes d'entrée des mycobactéries atypiques chez l'homme?**
- **Q3 : quel est le réservoir des mycobactéries atypiques chez l'homme?**
- **Q4 : quels sont les principaux terrains favorisant l'émergence d'une mycobactériose atypique chez l'homme?**
- **Q5 : quels sont les critères diagnostics ?**
- **Q6 : quels sont les principes du traitement ?**
- **Q7: quelle est la principale molécule efficace sur les mycobactéries et à quelle posologie?**
- **Q8 : certaines espèces de mycobactéries sont elles résistantes à cette molécule ?**

Reprise de l'histoire

- **Ponction articulaire** (29/12 /2020) : examen direct et bactériologie standard à 48 h négatifs.
- **Biopsie osseuse** (31/12/2020) : granulome AVEC culture positive pour une mycobactérie à croissance rapide identifiée comme J18 *Mycobacterium chelonae*
- **PET scan** (14/01/2020) : foyers hypermétaboliques intenses
 - du tiers inférieur de l'os tibial gauche
 - des parties molles en regard
 - atteinte ganglionnaire réactionnelle inguinale et iliaque externe gauches.
 - 2^e foyer osseux focalisé de l'extrémité supérieure du tibia gauche

Reprise de l'histoire

Traitement

- Curetage de l'abcès tibial
- Recommandations du CNR
- Changement antirétroviral pour éviter les interactions TRUVADA/INTELENCE

Quadrithérapie x 1 mois pour réduire inoculum

- **CLARITHROMYCINE 500 mgX2/j**
- **IMIPENEME 1g x2 TOBRAMYCINE 400 mg/j**
- **LINEZOLIDE 600 mg x2:j**

Puis bithérapie 6-12 mois
CLARITHROMYCINE 500 mg x 2/j , LINEZOLIDE 600 mg x 1/j

Questions

- **Q9 : quelle est la durée habituelle du traitement?**
- **Q10 : quels sont les principaux effets secondaires de ces traitements ?**

Evolution à court terme

- Cicatrisation en 2 mois de la plaie tibiale
- A 5 mois, apparition d'une névrite optique et des membres inférieurs sous LINEZOLIDE
- CD4 : 203/mm³, ARN VIH : 190/mm³
- Durée de traitement non établie pour *M chelonae* : au moins 6 mois et si possible 12 mois
- A 6 mois : cicatrice tibiale en voie de se renfermer
- IRM (17/06/2021) : réaction périostée tibiale
-
- A un an (24/01/2022) : cicatrisation complète de la plaie depuis 2 mois, arrêt du traitement LINEZOLIDE CLARITHROMYCINE
- Reprise d'un traitement ARV avec IP boostée + NNRTI
- A un an et demi de l'arrêt du traitement, va bien, évolution radiologique favorable avec séquelles osseuses non évolutives et disparition des adénopathies médiastinales.
- 05/2022 : CD4 = 379 cop/ml, ARN VIH = 143 cop/ml
-

Questions

- **Q11 : Que faire pour éviter ou en cas d'effet secondaire grave du LINEZOLIDE ?**
- Prescrire le linézolide en une fois par jour en réduisant la posologie à 600 mg/j
- Remplacement possible par TIGECYCLINE, CIRPOFLOXACINE

Evolution à moyen terme

- A un an (24/06/2022) : cicatrisation complète de la plaie depuis 2 mois, arrêt du traitement LINEZOLIDE CLARITHROMYCINE
- Reprise d'un traitement ARV avec IP boostée + NNRTI
- A 1,5 an de l'arrêt du traitement (06/2022) , va bien, évolution clinique et radiologique favorable.
- 05/2022 : CD4 = 379 cop/ml, ARN VIH = 143 cop/ml, génotype cumulé inchangé:R à tous les II et au 3TC

Conclusion

- Mycobactériose atypique à *M. chelonae* avec ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia gauche (porte d'entrée classique par inoculation)
- Facteur favorisant : infection HIV 1 insuffisamment contrôlée