

Cellulite orbitaire retroseptale à Chlamydiae pneumoniae et VIH/SIDA: à propos d'un cas Orbital cellulitis due to Chlamydia pneumoniae and HIV/AIDS

PW. Atipo-Tsiba^{1,*}

¹Service d'Ophthalmologie, CHU de Brazzaville, Rep. Congo

RESUME

Introduction: L'infection à Chlamydia pneumoniae est typiquement une pneumonie ou une bronchite bénigne. La localisation de ce germe au niveau de l'œil ou d'une de ses structures annexes est exceptionnelle. Nous rapportons l'extension orbitaire d'une pneumonie due à cet agent pathogène dans un contexte de VIH/SIDA.

Méthodes : Un patient de 35 ans, infecté par le VIH1, sous anti rétroviraux depuis 3 ans, a consulté notre département pour une exophtalmie unilatérale fébrile évoluant depuis 7 jours.

Résultats : Son examen avait noté une cécité droite, une exophtalmie et une ophtalmoplégie complète homolatérales, des râles bronchiques, une fièvre à 38.5°C. La radiographie thoracique était normale, le scanner était sans particularité en dehors d'un œdème des tissus orbitaires. Le bilan biologique s'était révélé sans particularité (numération formule sanguine, intra dermoréaction à la tuberculine, examen des crachats et des sécrétions nasales à la recherche d'un germe banal ou des BAAR, hémoculture, sérologie syphilis, sérologie lyme) à l'exception d'une vitesse de sédimentation très accélérée, d'un taux de CD4 bas et d'une sérologie à chlamydiae positive. La symptomatologie pulmonaire associée était en faveur du genre pneumoniae, d'où le diagnostic d'une extension orbitaire d'un foyer de pneumonie à Chlamydia pneumoniae. Le décès était survenu au 5ème jour d'hospitalisation dans un contexte d'insuffisance hépatorenale aigüe.

Conclusion : L'expression clinique de certains agents pathogènes habituellement peu agressifs peut être totalement modifiée en cas d'infection par le VIH.

Mots-clés: SIDA - Chlamydiae pneumoniae - Cellulite orbitaire

ABSTRACT

Background: Infection due to Chlamydia pneumoniae is typically mild pneumonia or bronchitis. The location of this Pathogen in the eye or its related structures is exceptional. We report the orbital extension of pneumonia caused by this pathogen in the context of HIV/AIDS.

Methods: A 35 year-old patient, infected with HIV1, on anti retroviral drugs for 3 years, consulted our department for the unilateral exophthalmos and fever. The onset of symptoms was about 7 days.

Results: The review noted: right blindness, exophthalmos, complete homolateral ophthalmoplegia, bronchial rales, and fever at 38.5°C. The chest radiograph was normal; the scanner was unremarkable apart from edema of orbital tissues.

Laboratory tests had revealed unremarkable (blood count, intra dermoréaction to tuberculin, sputum and nasal secretions in search of a germ, blood culture, syphilis serology, Lyme serology) to the except for a very rapid sedimentation rate, a low CD4 count and a positive Chlamydia serology. Pulmonary symptoms observed in the patient supported the aetiology of an infection due to Chlamydia pneumoniae, hence the diagnosis of orbital extent of a pulmonary infection due to Chlamydia pneumoniae. The death occurred on the 5th day of hospitalization in a context of acute hepatorenal failure.

Conclusion: The Clinical expression of certain pathogens usually less aggressive can be totally changed in context of HIV/AIDS.

Keywords: AIDS - Chlamydia pneumoniae - orbital cellulitis

INTRODUCTION

L'infection à Chlamydia pneumoniae est typiquement respiratoire haute et basse. Le tableau clinique est en règle celui d'une pneumonie ou d'une bronchite peu sévère de l'adulte jeune, avec râles bronchiques et images radiologiques normales ou quelques infiltrats. La transmission est inter humaine par l'intermédiaire des sécrétions respiratoires [1]. L'incidence réelle de cette infection aux USA n'est pas connue. Chaque année on estime entre 2 à 5 millions de cas, 500.000 d'entre eux nécessitent une hospitalisation [2]. Les Chlamydiae ne vivent qu'en parasitant les cellules auxquelles elles dérobent leur énergie nécessaire à leur fonctionnement, ne possèdent pas de paroi cellulaire ni de ribosomes.

Les monocytes du sang périphérique fonctionnent comme vecteurs qui transportent les Chlamydiae vers les parois des artères, le système nerveux central et les articulations. La mise en évidence des Chlamydiae nécessite une coloration dite Gram-. Les cultures de Chlamydiae pneumoniae ne sont toujours faites dans les laboratoires courants. La mise en évidence de ce germe est basée sur la détection d'antigènes ou la recherche d'ADN de Chlamydiae pneumoniae. Cette détection ne se fait que dans les laboratoires de recherche spécialisés. On peut néanmoins doser les anticorps de Chlamydia en général mais pas spécifiquement de Chlamydiae pneumoniae. Ce qui signifie que la différence entre les trois espèces de Chlamydiae (trachomatis, psittaci, pneumoniae) n'est pas possible pour l'instant [1]. Une infection orbitaire due à Chlamydiae pneumoniae est exceptionnelle, nous n'avons trouvés aucun cas dans la littérature. Nous rapportons le cas d'une extension orbitaire d'une pneumonie à Chlamydiae pneumoniae chez un homme âgé de 35 ans

*Correspondence to: Atipo-Tsiba PW, MD
Department of Ophthalmology
CHU de Brazzaville PoBox 32 Brazzaville
Assistant to the university of Marien Ngouabi - Brazzaville
Tel: 00242055513485
E-mail: atipo.kani@gmail.com

dans un contexte de VIH/SIDA.

OBSERVATION MEDICALE

Un patient âgé de 35 ans, infecté par le VIH1 et sous anti rétroviraux depuis 3 ans avait été admis pour une exophtalmie droite évoluant depuis 7 jours. Il se plaignait également d'une discrète toux grasse. Son examen avait noté :

- œil droite : une acuité visuelle réduite au décompte des doigts à 30 cm, une ophtalmoplégie complète
- des râles bronchiques
- une rhinorrhée homolatérale mucopurulente
- un amaigrissement important (perte pondérale de plus de 10 %), une fièvre à 38.5°C

Une antibiothérapie (Ceftriaxone+Nétramycine) avait été instauré pendant 4 jours dans l'attente du bilan para clinique. Celui-ci avait donné les résultats suivants :

Biologie :

- hémoculture : stérile (milieux usuels : sang, chocolat, gélose)
- numération formule sanguine : globules rouges= 4.5 10¹²/ mm³, globules blancs= 6000/mm³, plaquettes= 200.000/mm³
- la culture sur milieux usuels des sécrétions bronchiques et nasales : stérile (culture faite pendant 3 jours)
- taux de CD4 : 200 cellules/mm³
- vitesse de sédimentation = 110 à la première heure
- intra dermoréaction à la tuberculine : anergie

Imagerie :

- radiographie thoracique : normale
- scanner orbitocérébrale : exophtalmie, œdème des tissus orbitaires, pas d'ostéolyse, les sinus para nasaux étaient libres

Devant la détérioration du tableau clinique (exophtalmie plus importante et douloureuse, fièvre à 40 °C), le bilan avait été élargis (sérologie syphilis, sérologie lyme, sérologie chlamydia, examen des crachats à la recherche des BAAR). Seule la sérologie chlamydia s'était révélée

positive (présence d'IgM spécifiques). Le diagnostic d'une infection orbitaire aiguë à Chlamydia secondaire à un foyer pulmonaire avait été retenu, la symptomatologie respiratoire militant en faveur du genre pneumoniae. La précédente antibiothérapie avait été arrêtée au profit de la Clindamycine. Le décès était survenu au 5eme jour d'hospitalisation, soit 12 jours après le début de la symptomatologie dans un contexte d'insuffisance hépatorenale aiguë (Créatininémie= 420µmol/L, Urée urinaire= 3g/L, Albuminémie= 25g/L, Taux de Prothrombine= 40%).

DISCUSSION

Parmi les manifestations oculaires liées au VIH/SIDA, la cellulite orbitaire retroseptale est rare, elle affecte moins de 1% des patients [3, 4, 5]. Les infections de l'orbite sont habituellement causées par les germes de la sphère ORL [6]. Le Chlamydiae pneumoniae est un germe d'ordinaire peu agressif, à l'origine le plus souvent des atteintes pulmonaires bénignes. Sa location au niveau de l'orbitaire est exceptionnelle, nous n'avons trouvé aucun cas dans la littérature. Au cours du VIH/SIDA certains agents pathogènes opportunistes ne faisant pas partie de l'écologie traditionnelle de l'orbite peuvent y être trouvés, généralement dans un contexte de CD4 très bas comme pour ce patient. Les plus couramment rencontrés sont les suivants : l'Aspergillus fumigatus, le Rhizopus arrhizus, le Toxoplasma gondii, le Pneumocystis carinii, le Propionibacterium acnes [3, 7, 8]. L'insuffisance hépatorenale pourrait être liée à une action directe du VIH.

CONCLUSION

L'expression clinique de certains agents pathogènes habituellement peu agressifs peut être totalement modifiée dans un contexte de VIH/SIDA. La recherche d'agents opportunistes particuliers (chlamydiae, champignons, parasites) devrait être la règle si l'antibiothérapie conventionnelle est inefficace.

REFERENCES

1. Godeau P, Herson S, Piette JC- Traité Médecine. 3e éd. Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1996, 2968p
2. Dowell SF; Peeling RW; Boman J et al. Standardizing Chlamydia pneumoniae assays: recommendations from the Center for Disease Control and Prevention (USA) and the Laboratory Center for Disease Control (Canada). Clin Infect Dis. 2001 Aug 15; 33(4): 492-503. Epub 2001 Jul 20. Review
3. Kronish JW, Johson TE, Gilberg SM, Corrent GF, McLeish WM, Scott KR. Orbital infections in patients with human immunodeficiency virus infection. Ophthalmology 1996 ; 103 : 1483-92
4. Cunningham ET, Margolis TP. Ocular manifestations of HIV infection. New Eng J Med 1998 ; 339 :236-42
5. Moraes HV. Ocular manifestations of HIV/AIDS. Curr Opin Ophthalmol 2002 ; 13 :397-403
6. Osguthorpe JD, Hochman M. Inflammatory sinus diseases affecting the orbit. Otolaryngol. Clin. North Am., 1993, 26, 657-671
7. Kok AG., Botes MD. Orbital cellulitis in acquired immunodeficiency syndrome. SA Ophthalmology journal; 2009, Vol 4 No 1, 28-29
8. Johnson TE, Casiano RR, Kronish JW, Tse DT, Meldrum M, Chang W. Sino-orbital aspergilliosis in acquired immunodeficiency syndrome. Arch Ophthalmol. 1999 Jan; 117 (1): 57-64