Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 11, n°3, 2009, pp. 18-20
© EDUCI 2009

MALADIE DE KAPOSI DIGESTIVE CHEZ LES PATIENTS VIH POSITIFS EN AFRIQUE.

KADJO K[1], OUATTARA B[1], KRA O[2], NIAMKEY EK[3]

1-Maître de conférences agrégé. Service de Médecine Interne.
CHU de Treichville. 01 BP V 13 Abidjan 01
2-Maître de conférences agrégé. Service de Maladies Infectieuses et Tropicales.
CHU de Treichville. 01 BP V 13 Abidjan 01
3-Chef de service. Service de Médecine Interne.
CHU de Treichville. 01 BP V 13 Abidjan 01

Correspondance : Pr. KADJO Kouamé Alphonse
Mobile : (225) 07 11 10 01
E mail : kadjokouame@yahoo.fr

RESUME

Contexte : la localisation digestive de la maladie de Kaposi chez les sujets VIH+ est grave car elle survient à un stade du SIDA.

Objectifs **:** Préciser la prévalence de la maladie de kaposi œsogastroduodénale et d'en rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients.

Patients et méthodes **:** Il s'agissait d'une étude prospective réalisée du 2 avril 1991 au 31 mars 2004 dans l'unité d'endoscopie digestive du CHU de Treichville. Elle a porté sur 74 cas de maladie de kaposi histologiquement confirmés explorés par la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD).

Résultats **:** la prévalence de la maladie de kaposi était de 0,67%. L'âge moyen des patients était de 32 ans (extrêmes 26 et 65 ans) et le sex-ratio était égal à 5. Dans la majorité des cas (55,4%), la maladie de Kaposi a été de découverte fortuite dans le cadre du bilan d'extension. Au plan sérologique, le VIH-1 était dominant (71,6 %). Le taux moyen de CD4 était de 150 el/ml (extrêmes 25 et 350 el/ml). L'estomac seul était atteint dans 86 % des cas avec des lésions maculaires, papulaires ou nodulaires très souvent associées (92%) et de coloration rouge violacée (76%). Le type angiomateux était dominant (58%) avec coloration de Perls positive (76%).

Conclusion **:** La maladie de Kaposi connaît une recrudescence chez l'homme jeune du fait de la pandémie du SIDA. Ce constat devrait inciter à la pratique à la pratique de fibroscopie chez le patient VIH positif.

Mots-clés : Kaposi – VIH/SIDA - Gastroscopie

SUMMARY

Background: Location of gastrointestinal Kaposi's sarcoma among HIV + is serious because it comes at a stage of AIDS.

Objective: To clarify the epidemiologic, clinic and paraclinic aspects of patients.

Methods: This was a prospective study conducted over 13 years in the digestive endoscopy unit of the University Hospital of Treichville. It focused on HIV + patients suffering of digestive Kaposi's sarcoma.

Results: The prevalence of Kaposi's sarcoma was 0.67%. The average age of patients was 32 years (26 – 65 years). Sex ratio was 5. In 55.4% of cases, Kaposi's sarcoma was be fortuitous discovered at gastroscopy. HIV-1 was dominant(71.6% of cases. The immune deficiency was significant with an average CD4 count of 150 el / ml (25- 350). At endoscopy, the stomach was achieved in only 86% of cases. The elementary lesions were macular, papular or nodular. Angiomatous lesion was noted in 58% of cases.

Conclusion: Kaposi's sarcoma is frequent in young adult male because of the AIDS pandemic. The high race of the digestive location encourages the practice of fibroscopy among HIV positive patients.

Key words: Kaposi sarcoma - HIV / AIDS - gastroscopy

INTRODUCTION

La maladie de kaposi est une maladie angio-mésenchymateuse multifocale d'origine infectieuse rattachée au virus herpès humain type 8 depuis 1994 par Chang[1,2,4]. La forme classique décrite pour la première fois en 1872 par Moritz Kaposi touchait surtout le sujet d'âge mur et se localisait préférentiellement aux extrémités[7,9,14]. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution était lente et incertaine. Sa survenue chez les sujets infectés par le VIH concerne des patients jeunes[3,13]. Elle prend alors une forme systémique d'évolution rapidement mortelle en l'absence de traitement lui conférant un regain d'actualité. En Afrique subsaharienne, peu de travaux ont été consacrés à sa localisation digestive. Dans cette étude, il nous a paru intéressant de décrire les profils épidémiologique, clinique, sérologique ainsi que les aspects endoscopiques et histologiques de cette localisation.

I- PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée du 2 avril 1991 au 31 mars 2004 dans l'unité d'endoscopie digestive du CHU de Treichville d'Abidjan. Elle a porté sur des patients infectés par le VIH et atteints de la maladie de Kaposi digestive histologiquement confirmée, explorés par la fibroscopie œsogastroduodénale.

Pour chaque patient, nous avons recueilli l' âge, le sexe, le motif d'examen, le type d'infection VIH, taux de CD4 ainsi que les aspects endoscopiques et histologiques des lésions.

II-RESULTATS

Données épidémiologiques

Pendant la période d'étude sur 10987 patients examinés, 74 d'entre eux avaient une maladie de Kaposi digestive soit dans 0,67% des cas. Le sex-ratio était égal à 5 et l'âge moyen des patients de 32 ans avec des extrêmes de 26 et 65 ans.

Le motif d'examen

La FOGD a été réalisée dans le cadre d'un bilan d'extension de la maladie de Kaposi cutané dans 33 cas (44,5%). Dans 44 cas (55,5%), la maladie a été découverte de façon fortuite dans le cadre d'un bilan d'extension d'une mycose buccale ou d'un bilan étiologique d'une épigastralgie.

Données sérologiques

La sérologie VIH était positive pour le VIH-1 dans 53 cas (71,6%), pour le VIH-2 dans 5 cas (6,8%) et pour le VIH-1 et 2 dans 16 cas (21,6%). Le phénotypage lymphocytaire fait chez 48 patients a montré un taux moyen de CD4 à 150 el/ml avec des extrêmes de 25 et 350 el/ml.

Données endoscopiques

Le siège des lésions considérées sur l'ensemble du tractus oesogastroduodénal est noté dans le tableau n° I. La distribution des lésions variait selon la portion de l'estomac. Elle concernait le corps gastrique dans 64% des cas, l'antre dans 25,3% des cas, et la grosse tubérosité dans 13,3% des cas. Les lésions élémentaires observées étaient des macules, des papules et des nodules de coloration rouge-violacée. Elles étaient multiples dans 68 cas (92%) et de coloration rouge violacée dans 56 cas (76%).

Tableau n°I : Siège des lésions

Siège	Effectif	%
Estomac seul	64	86,5
Œsophage + Estomac	5	6,8
Œsophage +Estomac duodénum	3	4
Estomac + duodénum	2	2,7
Total	74	100

Données histologiques

Les lésions histologiques étaient dans 43 cas (58 %) de type angiomateux et dans 31 cas (42%) de type angiofibroblastique. La coloration de Perls était positive dans 65 cas (87,8%).

DISCUSSION

La prévalence de la maladie de Kaposi dans notre étude était de 0, 67%. Ce taux confirme ainsi la rareté de cette maladie rapportée dans la littérature[5,6,12]. Toutefois dans une étude antérieure menée par Kadjo et coll en 1997 dans la même unité d'endoscopie digestive, la prévalence était de 0,38%[9].

En 13 ans, la fréquence a ainsi pratiquement doublé dans notre service. Cette recrudescence de la maladie est à rattacher à la progression de la pandémie du siècle, terrain propice des affections opportunistes dont fait partie la maladie de Kaposi[6,8-10]. L'âge moyen des patients était de 32 ans. Plusieurs auteurs sont unanimes pour le jeune âge de la population atteinte par la maladie de Kaposi[4,8,15]. Le sex-ratio était de 5. La surmorbidité masculine notée est rapportée par la plupart des auteurs notamment Kadjo et coll[9], Vagamon et coll[14] et Yassibanda et coll[15] qui trouvent respectivement un sex-ratio de 3, 9 et 4. La FOGD a été sollicitée dans le cadre du bilan de la maladie de Kaposi cutanée dans

44,5 % des cas. Dans la majorité des cas (54,5 %) des cas, la maladie a été découverte de façon fortuite dans le cadre du bilan d'extension d'une mycose buccale ou du bilan étiologique d'une épigastralgie. Ces constats montrent bien la place de l'endoscopie digestive dans la prise en charge des patients VIH positif. Dans notre étude, elle nous a permis de classer l'infection à VIH au stade 4 de l'OMS 1990 révisé en 2004[11]. La majorité des patients étaient infectés par le VIH 1 (71,6%). Ce taux est conforme à la répartition du VIH / SIDA en Afrique occidentale[11]. Le taux moyen de CD4 réalisé chez 48 patients était de 150 el/ml. Si la survenue de la maladie de Kaposi n'est pas liée au degré d'immunodépression, nous constatons comme Vagamon et coll[14] et Compel et coll[4] que sa localisation digestive est l'expression d'une immunodéficience profonde.

Dans notre étude, l'atteinte gastrique seule représentait 86,5%. Il s'agissait également de la localisation préférentielle rapportée par Kadjo et coll[9] et Yassibanda et coll[15]. Qui ont trouvé respectivement 100% et 61,3 %. La localisation oesophagienne et duodénale était peu fréquente. Ce constat a été fait par la plupart des auteurs[9,14,15]. Toutes les lésions élémentaires ont été observées. Il s'agissait de macule, de papule et de nodule. Ces lésions sont le plus souvent associées (92%) et de coloration rouge violacée (76%).

D'une manière générale, la découverte de lésions de couleur rouge violacée isolées ou associées au cours d'une FOGD chez des patients infectés par le VIH est quasi pathognomonique de la maladie de Kaposi[9].

Nous avons noté les deux types histologiques de la maladie de Kaposi décrits dans la littérature à savoir le type angiomateux (58%) et le type angiofibroblastique (42%) avec une coloration de Perls positive dans 76% des cas. Selon Vagamon et coll[14], le type angiomateux est la forme de début de la maladie avec la possibilité dans l'évolution ultérieure soit de garder la même structure histologique soit de devenir angiofibroblastique.

CONCLUSION

La maladie de Kaposi digestive représente 0,67% des cas et atteint surtout l'homme jeune avec un sex ratio de 5. Dans la majorité des cas (55,4%), la maladie de Kaposi a été de découverte fortuite dans le cadre du bilan d'extension. Ce constat devrait inciter à la pratique de fibroscopie chez le patient VIH positif. Les lésions d'aspect maculaire, papulaire ou nodulaire isolées ou associées de coloration rouge violacée sont assez évocatrices de cette maladie dont la confirmation se fait à l'étude histologique.

REFERENCES

1-Chang, Cesarman E, Pessin MS. Identification of herpes virus like DNA sequences in AIDS associated Kaposi's sarcoma. Sci 1994; 266: 1865-69.

2-De-the G, Bestetti G, Van-Beveren M, Gessain A. Prevalence of human herpes virus 8 infection before the aquired immuno-deficiency disease syndrome related epidemic of Kaposi's Sarcoma in East Africa. J Natl cancer Inst 1999; 91: 1888-9.

3-Friendman-Kien AE, Saltman BR. Clinical manifestations classical, endemic African and epidemic AIDS-associated Kaposi's Sarcoma. J.Am. Acad. Dermatol 1990; 22: 1237-1250.

4-Gompel UA, Kasolo FC, HHV-8 serology and Kaposi's sarcoma. Lancet 1996; 348: 1587-1588.

5-Grant AD, Djomand G, Smets P, Kadio A, Coulibaly M et Al. Profound immunosuppression across the spectrum of opportunistic disease among hospitalized HIV infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire. AIDS 1997; 11: 1357-64

6-Guillot B, Meinadier J. la maladie d Kaposi. Encyclo. Méd. Chir. Paris, Dermatologie 1986, 12790 A10.

7-Heroin P, Kanga JM, Djeha D, Yapo P, Aka B. La maladie de Kaposi. Pub Med Afr 1989 : 162-165.

8-Janier M. Maladie de Kaposi au cours du SIDA. Revue Eur. Dermatol. MST 1991 ; 3 : 50-59.

9- Kadjo K, Niamkey K, Ouattara B, Sayegh M, Honde M et al. Endoscopie digestive haute et maladie de Kaposi. Med. Afr. Noire 1998 ; 45 : 294-296.

10- Lebbe C. La maladie de Kaposi. Rev prat 1999 ; 49 : 843-46.

11- ONUSIDA. Le point sur l'épidémie du SIDA en 2006.

12-Risum S, Orholm MX. Gastroscopic findings in VIH Positive Patients. Ugeskr laeger 1997; 13; 593: 284-7.

13-Sissolak G, Mayaud P, AIDS-related Kaposi's sarcoma: epidemiological, diagnostic, treatment and control aspects in Sub-Saharan Africa. Health 2005; 10: 981-992.

14-Vagamon B, Kaloga M, Aka BR, Gbery IP, Yoboue-Yao P, Kanga JM. Aspect clinique, histologique et endoscopique de la maladie de Kaposi au cours du SIDA : à propos de 100 cas chez le Noir Africain. Guinée med 2007 ; 57 : 48-51.

15-Yassibanda S, Camengo Police SM, Koffi B, Ignaleamoko A, Akelelo N, Kobangue L, Vohito MD. Apport de l'endoscopie digestive dans la maladie de Kaposi à l'hôpital de l'amitié de Bangui. Med. Afr. Noire 2002 ; 49 : 244-246.

© EDUCI 2009