

LA MALADIE DE KAPOSI GANGLIONNAIRE CHEZ L'IMMUNODEPRIME : REFLEXION A PROPOS DE 2 CAS

BINAN Y.¹, SANGARE A.², KALOGA M.³, KONAN M.⁴, TOUTOU T.⁵

1- Assistant Chef de Clinique, Service de Médecine Interne, CHU Treichville

2- Maître Assistant, Service de Dermatologie, CHU Treichville

3- Assistant Chef de Clinique, Service de Dermatologie, CHU Treichville

4- Interne des hôpitaux, Service de Médecine Interne, CHU Treichville

5- Professeur Titulaire, Service de Médecine Interne, CHU Treichville

Correspondance : Dr Yves BINAN

Assistant chef de clinique, Service de Médecine Interne, CHU de Treichville
BP V 3 Abidjan-Côte d'Ivoire Tel : 00 33 6 26 72 56 09 E mail : yvesbinan@hotmail.com

RESUME

Les auteurs rapportent 2 cas de maladie de KAPOSI ganglionnaire diagnostiqués chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Outre la rareté de cette localisation, ces observations insistent sur le diagnostic histologique et sur la mise en route de la thérapie antirétrovirale dans un premier temps puis l'initiation de la chimiothérapie anticancéreuse dans un second temps .

MOTS-CLÉS : KAPOSI, GANGLIONNAIRE, VIH.

SUMMARY

The authors report 2 cases of ganglionic KAPOSI'S sarcoma diagnosed in patients infected by human immunodeficiency virus (HIV).

This localisation is rare and these observations insist on the histological diagnosis and the initiation of anti-retroviral therapy in the first time then the anticancer chemotherapy in a second time.

KEY WORDS : KAPOSI, GANGLIONIC, HIV.

INTRODUCTION

La maladie de Kaposi décrite à la fin du XIX^{ème} siècle par un dermatologue viennois, Moritz Kaposi Kohn, est une maladie angiomésenchymateuse multifocale d'origine infectieuse due à l'herpes humain type 8^[4,6,8] considérée comme rare à cette époque, connaît une recrudescence depuis l'avènement de la pandémie du VIH/SIDA^[12]. Quatre formes cliniques de la maladie de Kaposi ont été décrites jusqu'à ce jour : la forme classique, la forme endémique, la forme post-transplantation et enfin, celle qui a trait au SIDA qui concerne les sujets jeunes^[12]. Plusieurs études consacrées à la maladie de Kaposi ont été réalisées chez le sujet infecté par le VIH^[7,15]. Les formes cutanées sont le plus souvent décrites mais les formes ganglionnaires ont rarement fait l'objet de publication. C'est pourquoi, nous proposons cette réflexion sur l'atteinte ganglionnaire exclusive de la maladie de Kaposi survenant dans un contexte de fièvre au long cours.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1

M. X. Y., 22 ans, planteur à Daloa est adressé par le CHR de Daloa pour la prise en charge d'une fièvre au long cours, des adénopathies cervicales et axillaires chroniques. Les antécédents pathologiques étaient sans particularités. L'examen clinique objectivait une altération de l'état général marqué par un amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel. L'indice de KARNOFSKY était estimé à 60 %. Des adénopathies de 1 à 1,5 cm de diamètre mobiles par rapport aux deux plans étaient notées, rénitentes bilatérales axillaires et cervicales. Par ailleurs, on notait une pâleur cutanéomuqueuse modérée. La biopsie ganglionnaire avait objectivé une prolifération de cellules fusiformes, des néovaisseaux mais surtout un infiltrat inflammatoire. La coloration de PERLS était positive. La sérologie VIH1 a été confirmée par deux tests ELISA et WESTERN-BLOT après l'obtention du consentement éclairé du patient. La sérologie pour le virus humain herpes n° 8 n'a pu être réalisée. Le taux de CD4 était de 162/mm³. Sur le plan thérapeutique, la trithérapie antirétrovirale a été instaurée après un bilan initial, permettant une amélioration de l'état général et un gain de CD4 de 65 %. Secondairement, une chimiothérapie à base de Doxorubicine a été entreprise avec la régression notable du tableau de lymphadénopathie généralisée.

OBSERVATION N° 2

Madame X. Y., âgée de 46 ans, femme au foyer résident à Abengourou est adressée dans le service pour dyspnée au stade III selon la NYHA, lymphadénopathie

généralisée et une fièvre au long cours. Les antécédents pathologiques étaient marqués par l'asthme et la prise d'un traitement antituberculeux avant l'admission dans notre service. L'examen clinique objectivait une altération de l'état général marqué par un amaigrissement estimé à 12 % du poids corporel et une fièvre en plateau à 38,5°C. La conscience était normale. On notait également des oedèmes des membres inférieures indolores mous et prenant le godet, une splénomégalie de type III selon la classification de HACKET et une hépatomégalie mesurée à 18 cm sur la ligne médioclaviculaire. L'examen a révélé aussi de volumineuses adénopathies cervicales bilatérales asymétriques qui déformaient le cou et même le visage. Par ailleurs, la patiente présentait des adénopathies axillaires bilatérales de 2 cm de diamètre mobiles par rapport aux deux plans, de consistance rénitente. On ne notait pas de lésion cutanée. Les examens complémentaires ont montré une anémie modérée avec 8,7 g/dl d'hémoglobine de type microcytaire hypochrome. Au plan échographique, une hépatosplénomégalie avec des adénopathies abdominales profondes. Au plan histologique, une prolifération de cellules fusiformes formant des faisceaux entremêlés autour desquels on observait des fentes vasculaires. La coloration de PERLS était positive. La sérologie VIH1 a été confirmée par deux tests ELISA et WESTERN BLOT après un consentement éclairé de la patiente. Le taux de CD4 était de 48/mm³. Sur le plan thérapeutique, notre patiente a bénéficié de la trithérapie antirétrovirale avec un gain de plus de 50 % de CD4, au bout de 45 jours. Une nette amélioration de l'état général avant la mise en route de la Doxorubicine a été constatée.

DISCUSSION

La maladie de Kaposi ganglionnaire est une affection rare dans notre service. Nous avons observé 2 cas en 16 ans. Les premières descriptions de la maladie de Kaposi ont rapporté qu'elle touchait le sujet âgé de plus de 60 ans et était le plus souvent localisée. Avec l'avènement de la pandémie du VIH/SIDA, les sujets jeunes sont de plus en plus touchés^[12]. Les deux observations concernaient des adultes de 22 et 46 ans. Les femmes sont rarement affectées par le Sarcome de Kaposi^[8] alors que nous avons observé 2 cas dont 1 chez un homme et 1 chez une femme. Nous n'avons pas retrouvé dans les antécédents de nos 2 patients la pratique de l'homosexualité ; comme il est décrit dans la maladie de Kaposi lié au VIH/SIDA^[13, 15]. Il est rapporté par ailleurs que les femmes atteintes de Sarcome de Kaposi sont exclusivement hétérosexuelles^[11]. Ces deux observations montrent que la maladie de Kaposi à localisation ganglionnaire peut s'observer et que c'est la biopsie ganglionnaire

qui permet de poser le diagnostic [5]. C'est le cas de Dominguez [5] qui pose le diagnostic de Maladie de Kaposi ganglionnaire chez un sujet séropositif pour le VIH1 présentant un tableau de lymphadénopathie généralisée avec hépatosplénomégalie. Le tableau de lymphadénopathie généralisé chez un patient à l'état général altéré simule une tuberculose ganglionnaire. Nous n'avons pas dosé le taux des anticorps anti-herpès virus 8 humain qui sembleraient nécessaires mais pas suffisants au déclenchement de la maladie de Kaposi [14]. D'ailleurs, le risque de survenue de sarcome de Kaposi peut être significativement bas chez les sidéens ayant reçu une thérapie anti-herpès virus [14].

Dans notre deuxième observation, devant la fièvre au long cours et la polyadénopathie, la malade a été mise au départ sous traitement antituberculeux. Le diagnostic a été fait seulement après la biopsie ganglionnaire devant l'altération de l'état général malgré un traitement antituberculeux bien conduit au bout de deux mois. C'est montrer l'importance de la biopsie ganglionnaire qui met en évidence les deux types histologiques décrits dans la littérature [12]. Nous insistons sur la réalisation de biopsie ganglionnaire qui guide la démarche thérapeutique car cette polyadénopathie peut faire évoquer un autre diagnostic. D'autres diagnostics sont aussi à évoquer chez les patients infectés par le VIH notamment un lymphome qui est le plus souvent à grandes cellules [2]. Le phénotypage lymphocytaire indique un taux inférieur à 200 CD4/ml témoin d'une immunodépression profonde [3,12]. Sur le plan thérapeutique nous avons noté une amélioration notable de l'état général un mois après l'instauration de la trithérapie antirétrovirale; avant même l'initiation de la chimiothérapie. Ceci est également attesté par Navarro [10] et Biggar [1] qui rapportent l'efficacité de la trithérapie antirétrovirale chez les malades avant l'adjonction de la chimiothérapie anticancéreuse. Selon Martin [9], la réponse clinique est meilleure quand il associe la Doxorubicine à la trithérapie antirétrovirale plutôt qu'en utilisant la thérapie anti-rétrovirale uniquement chez les patients infectés par le VIH présentant un Kaposi.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'évoquer la localisation ganglionnaire de la maladie de Kaposi chez deux patients infectés par le VIH. Cette atteinte ganglionnaire survient chez les malades ayant un déficit immunitaire. Le diagnostic repose essentiellement sur l'étude histologique de la biopsie ganglionnaire. Le traitement consiste avant tout à la restitution du déficit immunitaire et enfin à la chimiothérapie anticancéreuse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BIGGAR RJ, KIRBY KA, ATKINSON J, MC NEEL TS, ENGELS E. Cancer risk in elderly persons with hiv/aids. *J. acquir immune detic syndr* 2004, jul 1; 36 (3) : 861-8.
- 2- CARBONE A, GLOGHINI A. AIDS - related lymphomas : from pathogenesis to pathology. *Br J Haematol* 2005 sep ; 130 (5) : 662 - 70
- 3- DEDICOAT M, NEWTON R. Review of the distribution of Kaposi's sarcoma associated herpes virus in Africa's inrelation to the incidence of Kaposi's sarcoma. *British journalof cancer*, 2003; 88 (13).
- 4- 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.
- 5- DOMINGUEZ F, RIERA JR, JUNCO P, SAMPEDRO A, CARCABA V. Generalized lymphadenopathy with morphologic findings of multicentric angiofollicular ganglionic hyperplasia in a patient with aids. *Rev Clin Esp.* 1993 oct; 193 (6) : 229 - 302
- 6- GOMPEL UA, KASOLO FC. HHV-8 serology and Kaposi's sarcoma. *Lancet* 1996 ; 348 : 1587-1588.
- 7- HEROIN P, KANGA JM, DJEHA D, YAPO P, GBERY IP, MORLAIN B et Al. La maladie de Kaposi à Abidjan. *Pub Med Afr* : 3, 20-22, 1985
- 8- KEMPF W, CATHOMAS G, BURG G, TRUEB RM. Micronodular Kaposi's Sarcoma - a new variant of classic-sporadic kaposi's sarcoma, *Dermatology*, 2004 ; 208 (3) : 255, 8
- 9- MARTIN - CARBONERO L, BARRIOS A, SABAUS P, SIERERA G and coll. Pegylated liposomal doxorubicin plus highly active antiretroviral therapy versus highly active antiretroviral therapy alone in hiv patients with kaposi's sarcoma. *AIDS.* 2004 aug 20 ; 18 (12) : 1737 - 40.
- 10- NAVARRO WH, KAPLAN LD. AIDS - Related lymphoproliferative disease. *Blood* 2006 Jan 1 ; 107 (1) : 13 - 20 EPUB 2005 AUG 11.
- 11- NNORUKA EN. Epidemic kaposi' sarcoma in west African women. *Int J Dermatol.* 2003 Oct ; 42 (10) : 794 - 9.
- 12- OUATTARA B, KADJO K, KRA O, BAMBA V, KONE S, YAPO C, DEROU K, NIAMKEY EK. Maladie de Kaposi buccale chez les patients infectés par le VIH au CHU de Teeichville. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.*, 2009, 16 (2) : 11-13
- 13- REYNERS AK, SPRENGER HG, SUURMEIJER AJ, VAN DER GRAAF WT. Diagnosis and treatment of HIV -Related Kaposi's sarcoma. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2006 Mar 18; 150 (11) ; 589 - 93.
- 14- SCHWARTZ RA. Kaposi's sarcoma : an update. *J Surg Oncol.* 2004 sep 1 ; 87 (3) : 146 - 51.
- 15- 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 médicale* ; 2007; 57 : 48-51