

## La Maladie de Kaposi au cours du VIH/Sida en milieu hospitalier de Bamako

### AIDS related Kaposi's disease in Hospital area in Bamako

Cissé H<sup>1\*</sup>, Dao S<sup>1</sup>, Oumar AA<sup>2</sup>, Dembele JP<sup>1</sup>, Cissé I A<sup>3</sup>, Traore C B<sup>4-</sup>, Fongoro <sup>5</sup>

1-Service des Maladies infectieuses, Hôpital du Point G, Bamako, Mali ; 2 -Centre National des oeuvres universitaires Bamako, Mali ;3-Service de Rhumatologie, Hôpital du Point G ; 4- Laboratoire d'anatomie pathologie Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako ;5-Service de Néphrologie, Hôpital du Point G,

Correspondance : Dr Hamsatou Cissé Service des Maladies Infectieuses, Hôpital du Point G, Ba mako Mali, BP 333 Tel+2232225002 [E-mail:hamsatouc@yahoo.fr](mailto:hamsatouc@yahoo.fr)

#### RESUME

Le but de ce travail prospectif était de décrire les aspects clinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Kaposi associée au VIH/SIDA au service des Maladies Infectieuses du 1<sup>er</sup> octobre 2004 au 30 septembre 2005. Le diagnostic de l'infection par le VIH était basé sur la positivité de la sérologie à 2 tests rapides. Celui de la maladie de Kaposi était basé sur l'aspect clinique et /ou histologique des lésions. Sur ces 2189 patients, 37 ont présenté la maladie de Kaposi soit une prévalence de 1,6%. Il s'agissait de 17 hommes et 20 femmes d'âge moyen de 39,5 ans et hétérosexuels dans 97,30 % des cas. La localisation cutanéomuqueuse était la plus fréquente (48,65 %) suivie de la localisation cutanée (43,24 %) et muqueuse (8,11%). L'aspect clinique le plus prédominant a été papulonodulaire dans 54,05 % des cas. Le taux de CD4 moyen était de 76 cellules/mm<sup>3</sup> avec des extrêmes allant de 1 à 512 cellules/mm<sup>3</sup>. Elle a été favorable chez 14 (43,75%) des 32 patients ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral. La maladie de Kaposi au cours du VIH/SIDA est relativement fréquente au service des Maladies Infectieuses et le pronostic reste sévère. Toutefois les anti-rétroviraux peuvent améliorer le pronostic des formes localisées à la peau.

**Mots clés** : Prévalence, Maladie Kaposi, VIH/SIDA, Mali .

#### ABSTRACT :

The goal of this prospective work were to describe the clinical, therapeutic and evolutionary aspects of Kaposi's disease occurring during AIDS in the infectious diseases service from October 1, 2004 to September 30, 2005. The diagnosis of the infection by the HIV was based on the positivity of serology with 2 fast tests. That of the Kaposi's disease was based on the clinical aspect and /or histological of the lesions. On these 2189 patients, 37 presented the Kaposi's disease that means a prevalence of 1.6%. They were 17 men and 20 women average age 39.5 years and heterosexuals in 97.30 % of the cases. Kaposi's disease limited on the skin and mucous were most represented within (48.65 %), followed by the skin limited (43.24 %) and mucous localization (8.11%). Papulo-nodulare feature was the major clinical founded to the physical examination in 54.05 %. The rate of average CD4 was 76 cellules/mm<sup>3</sup> with the extreme one going from 1 to 512 cellules/mm<sup>3</sup>. It was favorable at 14 (43.75%) of the 32 patients having profited from antiretroviral treatment. The Kaposi's disease during the AIDS is relatively frequent with the service of the infectious diseases and the prognosis remains severe. However the antiretroviral therapy can improve the prognosis of the skin limited forms.

**Key words**: Prevalence, Kaposi Disease, HIV, Mali.

#### INTRODUCTION

La Maladie de Kaposi est une néoplasie cutanéomuqueuse et ou viscérale. Elle connaît un regain d'intérêt avec la pandémie du VIH/SIDA. Certaines formes cliniques notamment disséminées sont mortelles malgré le traitement. [1,2]. En Occident la prévalence de la Maladie de Kaposi a été évaluée à 6,8-16,6%. En Afrique, elle a une prévalence de 4 à 24% selon les pays [3,4,6] : (Bangui en 1983 16%, Côte d'Ivoire 3%.Sénégal 1%). Au Mali, cette pathologie n'a pas fait l'objet d'étude spécifique. Le but de ce travail était de déterminer la fréquence de la Maladie de Kaposi au Service des Maladies Infectieuses de l'hôpital du Point G

et d'en décrire les aspects cliniques.

#### MALADES ET METHODES

Cette étude a porté sur l'ensemble des malades hospitalisées pour VIH/SIDA au Service des Maladies Infectieuses de l'hôpital du Point G. Au total 37 patients séropositifs au VIH et atteints de Maladie de Kaposi ont été inclus dans cette étude. Les autres lésions dermatologiques non Kaposienne ont été exclues de l'étude après avis du dermatologue et ou après l'examen anatomopathologique. Il s'agissait d'une étude prospective du 1<sup>er</sup> octobre 2004 au 30 septembre 2005. Ce service est la référence nationale pour la prise en charge des

hospitalisations de patients atteints du VIH/SIDA. La sérologie VIH a été confirmée par au moins 2 tests rapides (le Génie II et l'Immunocomb II). Le diagnostic de la Maladie de Kaposi a été clinique : présence de lésions maculopapuleuses violacées localisées ou disséminées sur la peau et ou les muqueuses. Les premiers cas ont été histologiquement confirmés. La radiographie du thorax, la fibroscopie digestive haute, l'échographie abdominale, ont été demandées pour chaque patient à la recherche d'atteintes viscérales éventuellement associées aux lésions cutanéomuqueuses. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête qui permettait de recenser les différentes variables. La saisie et l'analyse des données ont été saisies et analysées sur les logiciels Epi info version 6.0 et SPSS.

## RESULTATS

### Fréquence

Sur 12 mois (du 1<sup>er</sup> octobre 2004 au 30 septembre 2005) nous avons mené une étude prospective, descriptive portant sur 2189 patients séropositifs au VIH. Sur ces 2189 patients, 37 ont présenté une Maladie de KAPOSI soit une fréquence de 1,6%. Le sex-ratio était de 1,17 en faveur des femmes (20 femmes et 17 hommes). Les malades âgés de 30 à 39 ans suivis de ceux de 40-49 ont été les plus représentés. L'âge a varié entre 20 à 65 ans avec une moyenne de 39,5 ans et un écart type de 9,56. (Tableau I).

#### Aspects cliniques

L'aspect nodulaire a été le plus représenté, suivi de l'aspect en placards et les macules (Tableau II) Les localisations cutanéomuqueuses et cutanées ont été les plus représentées avec 43,24%. (Tableau III). La candidose a été l'affection opportuniste la plus fréquente 67,57%. Un patient sur deux a eu une localisation viscérale de la maladie de Kaposi soit 59,46%. Les localisations pulmonaires et digestives ont été prédominantes respectivement avec 50% et 46,43%. La majorité était infectée par le VIH1 soit 94,59%. Deux cas de coinfection VIH1-VIH2 ont été retrouvés soit 5,41%. 30 patients ont moins de 200 cellules T CD4<sup>+</sup>/mm<sup>3</sup>. Par contre 22 (60%) ont un taux de T CD4<sup>+</sup><50/mm<sup>3</sup>. Le taux a varié entre 1 et 512 avec une moyenne de 76 cellules/mm<sup>3</sup>. Nos malades ont été classés pour la plupart au stade C3, (91,08%). Une biopsie cutanée a été faite chez 25 patients et la forme typique (fibroblastique et angiomateux) a été la plus représentée soit 76 %.

#### Aspects thérapeutiques

On note une prédominance de l'association de 2INRT + 1INNRT chez nos patients (62,16%). Seulement 5 patients ont reçu une

chimiothérapie anti-cancéreuse pour la maladie de Kaposi, Elle n'a été favorable que chez 2 patients (5,41%). Elle a été favorable chez 43,75% des 32 patients ayant bénéficié d'un traitement antirétroviral. (Tableau V). Un taux de mortalité de 37,50 % a été constaté.

## DISCUSSIONS

D'octobre 2004 à septembre 2005, 2189 patients infectés par le VIH/SIDA ont été suivis au service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G dont 37 cas de maladie de KAPOSI recrutés durant cette période d'étude (1,7%). Ce chiffre qui est relativement au dessous des 2,5% rapporté par BANDAS en Bangui [5] et les 7% rapporté par CHAKIB au Maroc [4]. Cette divergence de la fréquence s'expliquera par la durée plus brève de l'étude. Notre étude montre une prédominance du sexe féminin dans 54% des cas soit un sex-ratio de 1,17 en faveur des femmes. Ce résultat est contraire, à celui rapporté par des auteurs, qui affirme la prédominance masculine de la maladie de KAPOSI : BANDAS en Bangui [5], KADJO et coll à Abidjan [7], CHAKIB au Maroc [4]. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la fréquentation féminine plus élevée des patients dans le service. La tranche d'âge de 30-39ans a été plus représentée. L'âge a varié de 20 à 65 ans avec une moyenne de 39,5. Cette jeunesse de la population s'explique par le fait qu'elle reste la population la plus active et par conséquent la plus infectée par le VIH. Ce constat a été fait par certains auteurs [4, 5,8]. Par contre elle est contraire aux études européennes et tunisiennes où ils retrouvent un âge moyen de 61,5 ans et 62 ans [9]. La majorité des patients était hétérosexuelle dans 97,30% des cas, chiffre qui est au dessus de celui rapporté par CHAKIB [4], par BANDAS [5].

### Fréquence selon les types de lésions

Le type nodulaire a été plus rencontré dans notre série de 37 patients soit 54,05% des cas. Ce résultat se rapproche de celui de Bandas en Bangui [5] : 59,3 %. L'apparition de l'aspect nodulaire pourrait s'expliquer par l'évolution des lésions et le retard dans le diagnostic.

#### Fréquence selon la localisation des lésions

Les localisations Kaposiennes sont cutanéomuqueuses dans 48,65% ; ce chiffre qui est au dessous des 56% rapporté par Chakib au Maroc [4] et contraire à celui rapporté par certains auteurs comme Bandas en Bangui [5] qui retrouve l'atteinte cutanée au premier. Cette prédominance apparaît dans notre série comme étant la conséquence d'une évolution tardive de la maladie ce qui entraînerait une dissémination de la maladie avec atteinte des muqueuses mettant ainsi le pronostic vital en jeu. C'est ainsi nous remarquons que 83,33% des patients qui ont eu une atteinte cutanéomuqueuse ont un taux de lymphocytes T CD4<sup>+</sup><50/mm<sup>3</sup>. La

douleur la dyspnée et l'œdème ont été les signes cliniques les plus représentés. Ces signes sont rapportés par BANDAS en Bangui [5].

#### Relation avec le VIH

Tous nos patients sont séropositifs avec une fréquence plus élevée du type 1 soit 94,59%. Ce chiffre est comparable avec celui rapporté par Bandas en Bangui [5] soit 88,9%, par contre il est au dessus des 43,3% rapporté par Pitche P et coll. [10] au Togo. La majorité de nos patients sont au stade C. C'est ainsi que 81,08% des patients étaient au stade C3 et 18,92% au stade C2. Ce constat a été fait par Bandas en Bangui [5] qui rapporte 85,2% des patients au stade C3 et 14,8% au stade C2. Ce qui s'explique par le fait que la maladie en générale survient chez les malades du sida avec un taux de lymphocytes TCD4 <200/mm<sup>3</sup>.

#### Selon l'aspect histologique

Dans notre série de 25 patients (bénéficiant de la biopsie). La forme typique était prédominante soit 76%. Ce chiffre est contraire supérieur à celui retrouvé par Bandas en Bangui (27,8%) [5].

#### Aspects thérapeutiques

Sur nos 37 patients, 32 patients (86,5%) ont été traités par les antirétroviraux avec les combinaisons suivantes : 62,16% ont reçu la combinaison 2Inhibiteurs Nucleosidiques(INRT) et d'un inhibiteur non nucleosidique(I1NNRT) et 24,32% par 2INRT+I1P(Inhibiteur de protéase). Ce qui contraste avec l'étude de Chakib [4] où seulement 8% de ces patients ont été traités par les antirétroviraux. Nous expliquons cet état de fait par l'hypothèse que les ARV reste notre seule alternative thérapeutique : leur gratuité, et du coût élevé de la chimiothérapie. Parmi ces 32 patients, seulement 5 ont eu une chimiothérapie anticancéreuse soit 15,6%, taux qui est faible par rapport à celui rapporté par Chakib au Maroc soit 66% [4]. La thérapeutique antirétrovirale a pour but d'améliorer l'état immunitaire des patients entraînant par conséquent la disparition des lésions.

#### Aspect évolutifs et pronostic

Nous avons eu une évolution favorable dans 14/32 soit 43,75%. Le taux de létalité était de 37,5% chez les patients qui ont reçu le traitement antirétroviral. Sur ces 37,5% de décès, 31,25% ont eu une localisation cutanéomuqueuse. Ce taux de mortalité est estimé à 46% dans l'étude de Chakib [4]. Les infections opportunistes et l'atteinte viscérale ont été la cause majeure de décès. Ce constat a été fait par Chakib A et coll. au Maroc [4], Bangas Y et coll. A Bangui [5] et Pitche P et coll. au Togo [10].

#### CONCLUSION

La maladie de KAPOSI est une pathologie relativement fréquente au service des Maladies Infectieuses de l'hôpital du Point G notamment chez les malades à une phase très avancée d'immunodépression. L'aspect clinique est

polymorphe avec l'association fréquente de comorbidité. La létalité demeure élevée malgré le traitement antirétroviral et la chimiothérapie anticancéreuse.

#### REFERENCES

1. GARAIT V; MOLINA JM. Infection par le VIH. Rev Prat 2000; 60 :1003-10
2. GUILLOT B ET MEYNADIER J. Maladie de Kaposi. *Encycl Med chir. (Dermatologie paris, France 12790 A, 4-1986 : 8p.*
3. Plancoulaine S, Gessain A. Aspects épidémiologiques de l'herpesvirus humain 8 (HHV-8) et du sarcome de Kaposi. *Med Mal infect, 2005, 35 (5) :314-321.*
4. CHAKIB A, HLIMA W, MARIH L, HIMMICH H. Maladie de Kaposi au cours de l'infection par le VIH au Maroc. *Bull Soc Path Exot, 2003; 96: 86- 89.*
5. YASSIBANDA S, KOFFI B, BOBOSSI SG, FOSSI M. Maladie de Kaposi à Bangui : aspect épidémiologique, anatomo-clinique et étiopathogénique, relation avec HHV8. *Med Afr Noire, 2002; 49: 455-9.*
6. GRANT A, Natural history and spectrum of disease with HIV/AIDS, *AIDS 1997. 226-34.*
7. KADJO K, OUATTARA B, NIAMKEY N. Endoscopie digestive haute et maladie de Kaposi. *Med Afr Noire 1988: 45-50.*
8. GIRARD PM, KATLAMA CH, PI ALOU G. VIH. *Paris: Doin, 2004:177-85.*
9. KASSIM B-EL, BENCHEMSI N, MIKOU O, OUZZANI T EL, LAKHDAR H. Maladie de Kaposi et anticorps anti Herpes Humain Virus 8(HHV8). *Méd et Mal Infect, 2003; 33:226-8.*
10. PITCHE P, TCHANGAI -WALLA K. Incidences et aspects évolutifs de la maladie de Kaposi dans le service de Dermato- Vénérologie du CHU- Tokoin- Lomé, *Méd Afri Noire 1996 ; 43 (12) : 664-6.*
11. ANTMAN K, CHANG Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med 2000, 342: 1027-38.*
12. MZABI REGAYA S, REGAYA MA, KRATTECH A, et MAKNI MK. Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques et histo-génétiques du sarcome de Kaposi. *Tunisie Med, 1993; 71:151-8.*

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage
20-29	5	13.51
<b>30-39</b>	<b>14</b>	<b>37.84</b>
40-49	12	32.43
50-59	5	13.51
> ou = 60	1	2.7
Total	37	100

TABLEAU II : Répartition des patients en fonction de l'aspect des lésions de la maladie de Kaposi.

Aspects des lésions	Effectif N/37	Pourcentage
<b>Nodules</b>	<b>20</b>	<b>54.05</b>
Placards	13	35.14
Macules	12	32.43
Papules	9	24.32
Végétantes ou ulcérovégétantes	5	13.51

TABLEAU III : Répartition de 37 patients infectés par le VIH/SIDA atteints de la maladie de Kaposi en fonction de la localisation des lésions.

Localisation	Effectif	Pourcentage
<b>Cutanéo-muqueuse</b>	<b>18</b>	<b>48.65</b>
Cutanée	16	43.24
Muqueuse	3	8.11
Total	37	100

TABLEAU IV : Répartition selon le type de lésions histologiques

Lésions histologiques	Effectif	pourcentage
<b>Typique</b>	<b>19</b>	<b>76</b>
Monomorphe	6	24
Total	25	100

TABLEAU V : Evolution sous traitement ARV

Evolution sous traitement ARV	Pourcentages
<b>Favorable</b>	<b>43,75</b>
Décès	37,5
Stationnaire	15,63
Aggravation	3,13