

# Étude des affections anorectales chez les malades de Sida à Bangui

## Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques

---

S. Yassibanda\*, S. M. Camengo-Police\*, B. Koffi\*\*,  
A. Ignaleamoko\*, F. Ikoli\*\*\*\*, A. Gaudeuille\*\*\*, M. D. Vohito\*

### Résumé

Si certaines lésions des patients porteurs du VIH sont spécifiques, d'autres, par contre, paraissent peu évidentes et nécessitent des explorations. Le but de cette étude est de déterminer les principales lésions de la sphère anorectale au cours de l'infection à VIH. Il s'agit d'une étude prospective de 6 mois portant sur des sujets de 18 à 55 ans séropositifs avec ou sans symptôme anorectal. Cent soixante deux patients ont été examinés se répartissant en 76 hommes et 86 femmes avec un âge moyen de 34 ans. Les manifestations anorectales étaient représentées par des proctalgies (58,6 %), un prurit anal (48,8 %), une diarrhée chronique (53 %), une rectorragie (11,7 %). Les hémorroïdes internes (54,2 %), les inflammations anales (42,7 %) et les rectites (85,5 %) ont dominé l'exploration anorectale. Les rectites non spécifiques (72,5 %), les rectites spécifiques (17,5 %), la maladie de Kaposi (5 %), les polypes (2,5 %) et un adénome tubuleux ont été les lésions retrouvées à l'histologie.

**Mots-clés :** Sida, lésions, rectum, anus, Bangui.

### Introduction

Les manifestations cliniques de l'infection à VIH sont polymorphes. Bien que certaines lésions des patients porteurs de virus VIH paraissent spécifiques, il n'en demeure pas moins que d'autres, peu évidentes, doivent nécessiter des explorations appropriées pour une bonne prise en charge de ces patients. La sphère anorectale est insuffisamment explorée parce que les symptômes y afférents sont rarement signalés voire occultés par les patients au profit des signes buccaux, cutanés et pulmonaires.

Le but de cette étude est de déterminer les principales lésions de la sphère anorectale au cours de l'infection à VIH.

---

\* Service de Gastro-entérologie et de Médecine interne, Hôpital de l'Amitié, B.P. 48 Lakouanga, Bangui, Centrafrique  
E-mail: yassibanda@mmet.cf

\*\* Unité d'Anatomie pathologique, Laboratoire national, Bangui.

\*\*\* Service de Chirurgie, Complexe pédiatrique

\*\*\*\* Laboratoire d'Anatomie pathologique, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille.

## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective d'une durée de six mois allant de janvier à juillet 1998 menée dans les trois services de Médecine interne de l'Hôpital de l'Amitié.

Étaient inclus dans notre étude : des sujets de 18 à 55 ans séropositifs (VIH1 et VIH2) par la technique Elisa et confirmée par le Western-Blot avec ou sans symptôme anorectal. Le recrutement des malades se faisait après leur consentement éclairé.

L'étude s'est déroulée à partir d'une enquête réalisée à l'aide d'une fiche permettant de collecter les données. Pour chaque cas, les paramètres suivants ont été étudiés : âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, situation matrimoniale, motifs d'hospitalisation, antécédents, signes physiques, résultats des examens parasitologiques et bactériologiques des selles, aspects endoscopique et histologique des lésions. Le dosage des lymphocytes CD4 n'a pas été pratiqué.

L'examen anorectal se déroulait selon la technique classique de Bensaude suivi systématiquement de la biopsie de la muqueuse rectale. Le prélèvement est conservé dans du formol à 10 %. Cent soixante deux prélèvements ont été examinés dont 101 à l'Hôpital Sainte Marguerite de Marseille et 61 au Laboratoire national de Bangui.

L'analyse des données a été faite sur le logiciel Epi Info 5.0.

Cent soixante deux patients ont été examinés se répartissant en 76 hommes (47 %) et 86 femmes (53 %) soit un sex-ratio de 0,88.

L'âge moyen était de 34 ans avec les extrêmes à 18 et 55 ans. Les tranches d'âge les plus exposées à l'infection dans notre série sont comprises entre 18 et 47 ans avec un pic masculin entre 30 à 35 ans et un pic féminin entre 24 à 29 ans.

Sur le plan socioprofessionnel, les sans-emploi étaient les plus atteints avec 29 %, suivis des petits vendeurs (22 %) et des fonctionnaires (19 %). Les élèves et étudiants (5 %) et les ouvriers (6 %) sont faiblement représentés.

Les célibataires représentaient 66 % des patients.

## Résultats

**Tableau I.** Principales manifestations anorectales

Signes	Nombre	Pourcentage (%)
Proctalgie	95	58,6
Prurit anal	79	48,8
Diarrhée chronique	86	53
Rectorragie	19	11,7
Allégation d'hémorroïdes	9	5,6
Suppurations anales	2	1,25

Les symptômes sont parfois associés chez un même patient.

En dehors de ces manifestations anorectales (tableau I), on notait les autres manifestations digestives représentées ici par les douleurs abdominales (75,3 %), la candidose buccale (63 %), la dysphagie (56,2 %), les vomissements (9,3 %).

Les manifestations extra digestives regroupaient : les adénopathies (69,8 %), la toux chronique (67,9 %), le prurigo (53,1 %), le zona (12,3 %), la maladie de Kaposi (4,9 %).

**Tableau II.** Répartition des lésions anorectales selon le sexe.

Lésions	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage (%)
Marisques	12	18	30	18,51
Ulcérations anales	4	7	11	7,40
Fissure surinfectée	1	1	2	1,23
Fistule anale	1	0	1	0,61
Condylome anal	1	0	1	0,61
Hémorroïdes internes	45	45	90	55,55
Anite	35	36	71	43,20
Maladie de Kaposi	1	3	4	2,46
Rectite érosive	34	36	70	43,20
Ulcérations rectales	1	1	2	1,23
Polype	1	1	2	1,23
Tumeur maligne	0	2	2	1,23

Au plan histologique, nous avons retrouvé 72,5 % de rectites non spécifiques et 14 cas (17,5 %) de rectites spécifiques se répartissant de la manière suivante :

- 7 cas de rectite bilharzienne ;
- 2 cas de rectite à cytomégalovirus (CMV) dont l'un était associé à un granulome bilharzien ;
- 1 cas de rectite amibienne ;
- 1 cas de rectite majeure pseudo-rectocolite hémorragique ;
- 1 cas de rectite majeure à plasmocytes ;
- 2 cas de rectite à éosinophile.

Nous avons colligé un cas de polype hyperplasique et un cas de polype juvénile.

L'examen parasitologique des selles a été réalisé chez 99 patients, les résultats figurent au tableau III.

**Tableau III.** Parasites retrouvés à l'examen parasitologique des selles.

Parasites	Nombre	Pourcentage (%)
Candidas albicans	32	28,5
Entamoeba histolytica	31	27,6
Ascaris	17	15,2
Ankylostome	7	6,25
Anguillule	7	6,25
Trichomonas intestinalis	6	5,3
Oxyures	4	3,6
Blastocystis hominis	4	3,6
Schistosoma mansoni	3	2,6
Isospora belli	1	0,9
Total	112	100

La coproculture, quant à elle, était faite sur les selles de 76 patients diarrhéiques. Les bactéries ont été isolées 12 fois.

**Tableau IV.** Bactéries identifiées à la coproculture.

Bactéries	Nombre	Pourcentage (%)
Salmonelle	6	50
Shigelle	4	33,3
Eschérichia coli	2	16,7
Total	12	100

Tous les malades porteurs d'une salmonellose ou d'une shigellose avaient à l'examen de selles une candidose.

## Commentaire

La proportion des lésions anorectales dans notre série étaient de 49,4 %, elle est largement supérieure à celle rapportée dans la littérature : 16 % à 34 % des lésions proctologiques au cours du Sida dans la série de Denis (DENIS B. J. *et al.*, 1992), 30 % dans la série de Soudan (SOUDAN D. *et al.*, 1995) et 13 % dans celle de Cope sur le Sida et la pathologie anorectale (COPE R. *et al.*, 1995).

L'âge moyen de nos patients était de 34 ans. D'autres auteurs rapportent une moyenne d'âge comprise entre 30 et 40 ans. La fréquence de ces affections chez le sujet jeune suggère la relation entre l'infection VIH et l'hyperactivité sexuelle renforcée par leur statut matrimonial. Notre série compte 66 % de célibataires.

La prédominance féminine est rapportée par certains auteurs africains (CAMARA B. M. *et al.*, 1992 ; VOHITO M. D. *et al.*, 1988). Cette relative fréquence chez la femme peut s'expliquer par le fait que la femme est atteinte plus précocement que l'homme comme en témoigne notre étude et certaines études africaines.

Sur le plan clinique, tous nos patients avaient un amaigrissement, une asthénie physique et une fièvre prolongée. L'altération de l'état général reste le symptôme le plus constant au cours du Sida. Cette assertion est confirmée par des auteurs tant africains (CAMARA B. M. *et al.*, 1992 ; VOHITO M. D. *et al.*, 1988) qu'européens (MEYNARD J. L. *et al.*, 1997 ; PUY MONTBRUN T., 1995 ; RENE E., 1989 ; RENE E. *et al.*, 1985 ; VITAUX J., 1984).

La proctalgie est diversement appréciée dans la littérature. Nous avons retrouvé ce signe dans plus de la moitié des cas (58,6 %). Réginald enregistre ce symptôme chez 90 % de ses patients (REGINALD LORD, 1997).

Contrairement aux auteurs qui considèrent que la diarrhée est le premier symptôme des manifestations digestives au cours du Sida, notre série la place au second rang ceci est dû au fait que notre étude est focalisée sur la sphère anorectale et que la diarrhée chronique est connue de tous.

Sur le plan lésionnel, les hémorroïdes internes occupent la première place avec 73,7 %. Allen (ALLEN MERSH T. G. *et al.*, 1990) et Réginald (REGINALD LORD, 1997) trouvent des taux bas à 8 % et 7,9 %. Cette importante différence peut s'expliquer par la diarrhée qui prédomine dans notre série et qui constitue un facteur favorisant, d'autant que ces hémorroïdes ont été découvertes de manière fortuite.

L'anite banale isolée est retrouvée dans 29 cas (23,7 %).

La rectite a été la lésion la plus fréquemment rencontrée à la rectoscopie soit 87,5 %. Les résultats des autres séries se rapprochent de la nôtre (BOUCHAUD O., 1993 ; CAMARA B. M. *et al.*, 1992 ; CUNNINGHAM A. L., 1988 ; RIUS J., 1996 ; VOHITO M. D. *et al.*, 1988). René (RENE E. *et al.*, 1985) trouve un pourcentage bas (15,4 %).

Les proportions des polypes sont similaires à celles de Réginald (REGINALD LORD, 1997).

**Tableau comparatif** des lésions anales et périanales selon les différents auteurs.

Auteurs	Ulcérations	Suppurations	Fistules	Condylome	M. Kaposi
Notre étude	57,9 %	10,5 %	5,25 %	5,25 %	3 %
Dénis	60 %	17 %	0 %	20 %	0 %
Réginald	30,4 %	29,8 %	0 %	13 %	3,1 %
Allen Mersh	26 %	15 %	3,1 %	39,06 %	3,1 %

Dans notre série, les lésions histologiques ont été retrouvées chez 49 % des patients. Les rectites non spécifiques ont été les lésions les plus fréquentes (72,5 %). Cette fréquence est diversement appréciée dans la littérature, 58 % pour Camara (CAMARA B. M. *et al.*, 1992), 75 % pour René (RENE E., 1989) et 42,60 % pour Réginald (REGINALD LORD, 1997). Les rectites spécifiques sont dominées par les rectites parasitaires. Elles sont représentées par les cryptosporidies qui se manifestent par des diarrhées intermittentes et le diagnostic repose essentiellement sur l'examen de selles (COTTE L., 1995). Ce parasite n'a pas été retrouvé dans notre étude. L'étiologie bilharzienne occupe la première place des rectites (VITAUX J., 1984), elle

représente 10 % des lésions histologiques dans notre série. Vohito (VOHITO M D *et al.*, 1988) retrouve 5 cas de rectite bilharzienne sur 6 lésions histologiques. En revanche, aucun cas de cryptosporidie n'a été identifié chez nos patients.

Les agents pathogènes fréquemment rencontrés dans les selles des patients séropositifs sont : *cryptosporidium parvum*, *microsporidies intestinales*, *isospora belli*, *giardia intestinalis*, *cyclospora*, *blastocystis hominis*, *entamoeba histolytica*, *strongyloïdès stercoralis* (COTTE L., 1995).

La fréquence de l'entamoeba histolytica, du schistosoma mansoni, de l'anguillulose que nous avons observée dans notre étude, corrobore la plupart des travaux notamment africains (CAMARA B. M. *et al.*, 1992 ; VOHITO M. D. *et al.*, 1988).

Le blastocystis hominis, l'isospora belli ont été retrouvés dans une faible proportion. Cette constatation a été faite par Meynard (MEYNARD J. L. *et al.*, 1997). Le candida albicans a été isolé dans notre série chez 32 patients soit 28,5 %. La candidose digestive était l'affection mycosique la plus retrouvée dans notre série, mais n'a pas été mise en évidence par d'autres auteurs (CAMARA B. M. *et al.*, 1992 ; COTTE L., 1995 ; VOHITO M. D. *et al.*, 1988).

La coproculture a souvent mis en évidence les salmonelles, les shigelles et le eschérichia coli : 6 cas de salmonelles ont été identifiés dans notre étude, le plus souvent associés aux candidas albicans, Camara en a isolé 1 cas et Meynard (MEYNARD J. L. *et al.*, 1997) également 1 cas. L'étude centrafricaine menée par Vohito et coll. (VOHITO M. D. *et al.*, 1988) fait apparaître 5 cas de shigellose, soit 4,7 %, contre 4 cas dans notre étude (5,2 %).

## Conclusion

Les lésions anorectales au cours du Sida sont fréquentes en Centrafrique. Les hémorroïdes et les anorectites sont couramment rencontrées. En revanche, les tumeurs malignes et même bénignes, les fistules et le condylome sont rares, d'où la nécessité d'une exploration complète y compris l'endoscopie pour une meilleure prise en charge de ces malades. □

## Références bibliographiques

- ALLEN MERSH T. G. *et al.*, 1990. Surgical management of anorectal disease in HIV positive Int Colon Rectum dis 5, 61- 72.
- BOUCHAUD O., 1993. Atteintes digestives au cours de l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine Rev Fr. de Gastro entérologie, 288, 29, 159-168.
- CAMARA B. M. *et al.*, 1992. Manifestations digestives du Sida chez le noir africain en Côte d'Ivoire Méd. Chir. Dig., 21, 2, 79-81.
- COPE R., DEBOU J. M., 1995. Sida et pathologie anorectale. Annales de chirurgie, 49, 4, 310-316.
- COTTE L, RABODONIRINA M.,; DROUET E., 1995. Entérites parasitaires et virales au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Gastroenterol Clin Biol, 19, 130-135.
- CUNNINGHAM A. L., 1988. HIV infection of rectal mucosa Lancet, 1, 1111.
- DENIS B. J. *et al.*, 1992. Lésions anales et péri anales au cours des infections symptomatiques par le virus de l'immunodéficience humaine : étude prospective d'une série de 190 patients. Gastroenterol Clin Biol, 16, 148-154.
- KHAN A. A. *et al.*, 1989. Primary Kaposi's sarcoma simulating hemorrhoids in a patient with acquired immunodeficiency syndrome : Am J Gastroenterol, 84, 1592 - 1661
- LORENZ H. P., WILSON W., LEIGH B., 1990. Kaposi's sarcoma of the rectum in patients with acquired immunodeficiency syndrome Am. J Surg, 160, 681-682.

- MEYNARD J. L. et al., 1997.** Étude prospective des agents pathogènes isolés dans les selles des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine. *Presse Méd.*, 26, 16, 748-751.
- PUY MONTBRUN T., 1995.** Proctologie virus de l'immunodéficience humaine. *Gastroenterol Clin Biol* 19, 145-149.
- REGINALD LORD, 1997.** Anorectal surgery in patients infected with HIV (factors associated with delayed wound healing. *Annal of Surgery*, 226, 1, 92-99.
- RENE E., 1989.** Intestinal infections in patients with AIDS : a prospective study in 132 patients *Dig Dis Sci*, 34, 773-780.
- RENE E., CHEVALIER T., 1989.** Atteintes digestives du Sida. *Presse Méd.*, 18, 1657-1661.
- RENE E. et al., 1985.** Manifestations digestives du Sida : étude chez 26 patients *Gastroenterol Clin Biol.*, 9, 327-335.
- RIUS J., NOGUERAS J. J., 1996.** Anorectal diseases in patients with human immunodeficiency virus infection. *Rev Gastroenterol Mex.*, 61, 2, 139-146.
- SOUDAN D., PUY-MONTBRUN T., 1995.** Proctologie et Sida. *Nouv. Dermatol.*, 15, 118-120.
- VITAUX J., 1984.** Les manifestations digestives du Sida. *Prat Méd.*, 10, 29-30.
- VOHITO M. D. et al., 1988.** Les aspects digestifs du Sida, à propos d'une expérience de 105 cas à Bangui. *Méd d'Afrique noire*, 35, 279-284.