

Maladie de Kaposi : à propos d'une localisation ganglionnaire isolée chez un adulte à sérologie VIH inconnue

V. Koffi-Aka*, I. P. Gbery**, E. K. Koffi***,
M. Hondé***, F. Ehouo*

Résumé

Les auteurs rapportent un cas de localisation ganglionnaire de la maladie de Kaposi chez un adulte dont le statut sérologique n'a pu être précisé.

Ils rappellent la rareté de l'affection chez l'adulte et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans leurs conditions de travail.

Mots-clés : maladie de Kaposi, adénopathies cervicales chroniques, étiologies, VIH.

Kaposi's disease : a lymphatic location in an adult HIV unknown, one case report

Abstract

The authors report a case of Kaposi's disease in an adult which HIV serologic test is un known. They remind the rarity of this affection in adults and the difficulties of diagnosis and treatment in their daily working.

Keywords: Kaposi's disease, chronic cervical nodes, etiology, HIV.

Introduction

L'infection à VIH a redonné une actualité nouvelle à la maladie de Kaposi, actuellement considérée comme une néoplasie opportuniste et multifocale probablement viroinduite.

Ce regain d'intérêt explique l'existence de nombreuses publications se rapportant à ce sujet. Notre cas clinique se singularise par le diagnostic d'une maladie de Kaposi ganglionnaire isolée chez un adulte dont la sérologie VIH n'a pu être établie.

Observation

Monsieur N. G., 37 ans, cuisinier dans une clinique privée de la place, est admis en consultation ORL en juillet 1997 pour polyadénopathie cervicale chronique évoluant depuis 2 mois, persistant malgré une antibiothérapie en cours à base de macrolides. Il ne signale pas d'antécédents

* Service d'ORL. CHU de Treichville.

** Centre de Dermatologie. CHU de Treichville.

*** Laboratoire d'Anatomo-Cyto Pathologie. CHU de Treichville, 01 BP V 03 Abidjan 01. Côte d'Ivoire.

pathologiques particuliers. L'examen clinique objective une polyadénopathie intéressant la chaîne jugulo-carotidienne gauche, indolore, plus ou moins mobile aux plans profonds et superficiels, de taille variable. Le plus volumineux ganglion est de siège sous angulo-maxillaire gauche et mesure 3 cm de grand diamètre. La peau en regard est saine. Le reste de l'examen est sans particularité notamment la nasofibroskopie qui retrouve une muqueuse rhinopharyngienne lisse sans tumeur ni saignement. Le pharynx et les sinus piriformes sont sains. Le bilan paraclinique met en évidence une séropositivité à la toxoplasmose. La NFS est normale avec un taux de globules blancs à 5500 éléments/mm³ et de plaquettes à 197 000/mm³. La radiographie pulmonaire est normale. L'examen anatomopathologique d'un ganglion superficiel révèle une localisation ganglionnaire de la maladie de Kaposi. Le patient, ayant refusé d'effectuer le test sérologique VIH, s'est opposé à tout autre prélèvement sanguin après le résultat histologique. Estimant le coût du traitement proposé (Introna*) trop onéreux, il décida de consulter les tradipraticiens. Nous apprendrons son décès survenant 1 an environ après le diagnostic histologique.

Discussion

Avant la pandémie de l'infection à VIH, la maladie de Kaposi (MK) s'observait selon 3 formes épidémiologiques : la forme classique européenne, la forme endémique africaine et la forme épidémique associée aux états d'immunodépression. Depuis 1981, les formes épidémiques prédominent avec apparition de lésions inhabituelles et/ou graves. Les localisations extra cutanées, rares dans les formes classiques (DEBRIE *et al.*, 1991 ; LAFEUILLADE *et al.*, 1994), deviennent plus courantes, dominées par les atteintes viscérales. Rarement isolées, elles sont pratiquement toujours associées à l'atteinte cutanée (DARIE *et al.*, 1991 ; DEBRIE *et al.*, 1991 ; MARRAKCHI *et al.*, 1994 ; TCHANGAI-WALLA *et al.*, 1994). La localisation ganglionnaire classiquement, apanage de l'enfant, se rencontre de plus en plus chez l'adulte (DEBRIE *et al.*, 1991). Mais sa fréquence reste faible vue les cas rapportés. Ainsi, LAFEUILLADE *et al.*, 1994 ne rapportent que 3 cas sur une série de 24 patients ne présentant que des lésions extra cutanées. HONDE *et al.*, 1997 identifient un seul cas au cours d'une étude histopathologique de 178 pièces de biopsies d'adénopathies cervicales chroniques. Ailleurs, il s'agit d'une découverte fortuite, confortée par la séropositivité VIH (LAFEUILLADE *et al.*, 1994 ; TCHANGAI-WALLA *et al.*, 1994), la MK apparaissant dans 30 à 40 % des cas aux différents stades de l'infection par le VIH. Depuis l'avènement de cette pandémie (DIEBOLD *et al.*, 1986 ; KOFFI-AKA *et al.*, 1999), les adénopathies cervicales chroniques y sont systématiquement rattachées parfois au détriment d'étiologies plus rares car elles sont fréquentes chez 60 % des sujets séropositifs. La tuberculose et les adénopathies malignes, notamment métastatiques des affections ORL, se disputent les secondes places (DIOMBANA *et al.*, 1998 ; KOMET, 1980 ; TCHANGAI-WALLA *et al.*, 1994). Ainsi, le résultat histologique de notre patient a été une révélation surprenante, dans la mesure où le contexte clinique était peu évocateur. L'ignorance du statut sérologique du patient rend la discussion difficile. S'il est vrai que 42 % des sujets, porteurs d'adénopathies cervicales chroniques sont séropositifs (KOFFI-AKA *et al.*, 1999) et que les formes extra cutanées de la maladie de Kaposi sont une manifestation tardive du Sida (LAFEUILLADE *et al.*, 1994), des cas de séronégativité ont été également rapportés (TCHANGAI-WALLA *et al.*, 1994). Cette situation

fait évoquer l'existence d'un troisième virus (TCHANGAÏ-WALLA *et al.*, 1994). L'absence d'autres signes classiques du Sida (fièvre au long cours, diarrhée, amaigrissement) (DIEBOLD *et al.*, 1986) milite en faveur de cette hypothèse. L'évolution fatale peut relever de l'affection elle-même (DEBRIE *et al.*, 1991, LAFEUILLADE *et al.*, 1994) en l'absence de traitement spécifique mais probablement aussi de la toxicité des traitements.

Conclusion

Ce cas clinique rend compte d'une pathologie rare chez l'adulte : la localisation ganglionnaire de la maladie de Kaposi et des difficultés de prise en charge en milieu africain. □

Références bibliographiques

- DARIE H., GILLES B., 1991. Sarcome de Kaposi au cours d'un Sida post-transfusionnel chez un enfant africain. *Nouv. Dermatol.*, 10 : 762 – 764.
- DEBRIE J. C., CONESSA C., TOMASI M., CHARPENTIER P., VERDALLE P. B., SALGAS P., 1991. Aspects ORL du sarcome de Kaposi en Afrique. *Cah. ORL*, 26, 9 : 497-504.
- DIEBOLD J., AUDOUIN J., MARCHE C., LE TOURNEAU A., 1986. Aspects histopathologiques des adénopathies dans le syndrome des adénopathies persistantes (LAS) et les syndromes associés au Sida (ARC). *Ann. Pathol.* 6, (4 -5), 266-270.
- DIOMBANA M. L., AG MOUHAMED A., BAYO S., BAH KEITA, PENNEAU M., 1998. Infection mycobactérienne dans les adénopathies superficielles au service de Stomatologie de l'hôpital de Kati (Rép. du Mali) : 50 biopsies. *Méd. Afr. noire*, 45, (8-9), 516-519.
- HONDE M., EFFI A.B., KOFFI K., ETE-DIENG F., DIOP M. Y., LOMPO O. M., KOFFI B., 1997. Etiologies des adénopathies cervicales. Études histopathologiques de 178 cas. *Rev. Col. Odonto. Stomatol. Chir. Maxillo. Fac. Afr.* 4, (3) : 11 – 14.
- KOFFI-AKA V., YOTIO A., KACOUCHIA N., EHOUE F., 1999. La maladie de griffes de chat à Abidjan : rare ou sous estimée. *Méd. tropicale*, 59, 2 : 206-207.
- KOMET D., 1980. Contribution à l'étude des adénopathies cervicales aiguës et chroniques. À propos de 100 cas observés en ORL (CHU de Treichville) Thèse méd. Abidjan, 288.
- LAFFEUILLADE A., POIZOT-MARTIN I., BOULAT O., ALLEGRE T., DE JAURE GUIBERRY J.P., 1994. Le sarcome de Kaposi de présentation extra cutanée au cours du Sida : 24 observations, *Méd. Mal. Infect.*, 24 : 92-95.
- MARRAKCHI H., SOUSSI R., ZAKROUI H., KOURDA M., MARRAK H., DOSS N., 1994. Sarcome de Kaposi et syndrome hyperéosinophilique. *Ann. Dermatol. Vénérol.*, 123, 183-185.
- TCHANGAÏ-WALLA K., PITCHE P., KOMBATE K., 1994. Maladie de Kaposi extensive d'évolution fatale chez un jeune togolais à sérologie VIH négative. *Ann. Dermatol. Vénérol.*, 121 : 175-177.