

MANIFESTATIONS CUTANÉES ET/OU MUQUEUSES DE L'INFECTION À VIH AU SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEREOLOGIE DE BANGUI

KOBANGUÉ L¹, DIBÉRE KAMBA LGD¹, MOSSORO KPINDE CD³, FOSSI NOAH¹, NIAMBA P.⁴

RESUME

Introduction : Les lésions cutanées observées au cours de l'infection à VIH sont fréquentes et peuvent s'observer à tous les stades de l'infection. Certaines lésions peuvent être prédictives et conduire au diagnostic sérologique. D'autres constituent des marqueurs cliniques de l'immunodépression sous-jacente. L'objectif de ce travail était de décrire les manifestations cutanées et/ou muqueuses au cours de l'infection à VIH et de les corrélérer éventuellement au stade de celle-ci dans la classification de l'OMS

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale, descriptive par analyse des dossiers des malades ayant consulté au service de dermatovénérologie de Bangui pendant la période de Janvier à décembre 2009 pour une dermatose et chez qui le test de VIH était positif.

Résultats : Avaient été inclus 203 patients. Il s'agissait 89 hommes (43,8%) et 114 femmes (56,2%) avec un sex ratio Homme/Femme égal à 0,8. L'âge moyen était de 35,7 ans. Il existait une différence statistiquement significative entre les tranches d'âge ($p=0,00$). Tous les stades cliniques de l'OMS étaient représentés ; le nombre moyen de CD4 était égal à 257,38 cellules/mm³. Le Zona, les papillomatoses et la dermatite séborrhéique survenaient plus précocement avec un taux moyen de CD4 de 582 à 316 cellules/mm³, tandis que la maladie de Kaposi, le prurigo et la candidose orale étaient plus tardifs (CD4 moyen de 186 à 71 cellules/mm³).

Notre étude nous a permis de répertorier les affections cutanées et/ou muqueuses de l'infection à VIH et de leur donner une valeur pronostique en les corrélant au stade de celle-ci dans la classification de l'OMS.

Mots-clés : Dermatoses, VIH/SIDA, Bangui

1-Service de Dermatologie-Vénérologie du CNHUB BANGUI

2-Faculté des Sciences de la Santé de Bangui ;

3-Département des Sciences Bio-cliniques de la Faculté des Sciences de la Santé de Bangui ;

4- Faculté de médecine de Ouagadougou, Burkina Faso.

Remerciement : Professeur Abdoulaye Sépou, pour ses importantes contributions

Auteur correspondant : Dr. Léon KOBANGUE,
Service de dermatologie et de vénéréologie du CNHU
Bangui ; BP 911 Bangui, Rep. Centrafricaine ;
Email: kobangleon@yahoo.fr

ABSTRACT

SKIN MANIFESTATIONS AND / OR MUCOSAL OF HIV INFECTION IN A SERVICE OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN BANGUI

Introduction: Skin lesions observed in HIV infection are common and can be observed at all stages of infection. Some lesions may be predictive and lead to serological diagnosis. Others are clinical markers of underlying immunosuppression. The aim of this study was to describe cutaneous manifestations and / or mucous membranes during HIV infection and correlate possibly stage thereof in the WHO classification

Materials and Methods : This was a retrospective study by transverse descriptive analysis of patient records who viewed service dermatovénérologie in Bangui during the period January to December 2009 for skin diseases in whom the HIV test was positive

Results: Two hundred and three patients were included . They were 89 men (43, 8%) and 114 women (56.2%) with a sex ratio Male / Female equal to 0.8. The mean age was 35.7 years. There was a statistically significant difference between age groups ($p = 0.00$). All clinical stages of WHO were represented, and the average number of CD4 cells/mm³ were equal to 257.38 . Zona , the papillomatosis and seborrheic dermatitis occurred earlier with a mean CD4 count of 582-316 cells / mm³, while Kaposi's sarcoma , prurigo and oral candidiasis were later (mean CD4 cell 186-71 / 3 mm³).

Our study allowed us to identify the skin and / or mucous membranes of HIV and give them prognostic value correlating to stage it in the WHO classification.

Keywords: Skin diseases, HIV / AIDS , Bangui

INTRODUCTION

Les lésions cutanées observées au cours de l'infection sont très fréquentes [1]. Elles peuvent s'observer à tous les stades de l'infection [2, 3,4]. Certaines lésions peuvent être évocatrices en elles mêmes et conduire au diagnostic sérologique ; d'autres, survenant alors que la sérologie est connue, constituent un marqueur clinique de l'immunodépression. Enfin, certaines lésions dermatologiques sont révélatrices d'une pathologie opportuniste déterminée [2,5]. La bonne connaissance de ces manifestations cutanéomuqueuses au cours de l'infection à VIH/SIDA a

donc une importance à la fois diagnostique, pronostique et thérapeutique. L'objectif de ce travail était de répertorier les affections cutanées et /ou muqueuses de l'infections à VIH et de les corrélés aux stades évolutifs de l'infection à VIH/SIDA dans la classification de l'OMS.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le travail avait été mené au service de dermatologie et de vénérologie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (CNHUB). Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale qui avait consisté en une analyse des dossiers cliniques couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 2009 soit une durée de 12 mois. La population était constituée de patients qui avaient consulté dans le service pendant la période d'étude. La taille de l'échantillon dépendait du nombre des malades ayant une sérologie VIH positive. Les critères d'inclusion étaient : une sérologie VIH1 ou VIH2 positive, la présence d'au moins une affection cutanée et/ou muqueuse, la connaissance du taux de lymphocytes T CD4. Était exclu tout dossier incomplet. Les examens biologiques notamment les numérations de lymphocytes T CD4 avaient été réalisés au laboratoire de l'Institut Pasteur de Bangui. Les informations étaient collectées sur une fiche individuelle comportant les variables retenues à savoir : l'identification du malade, les paramètres épidémiologiques, les données de l'examen clinique et les résultats des examens biologiques. Ces données avaient été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info version 3.1.1. Le test statistique de comparaison était le chi carré avec un seuil de significativité de 5%. Le protocole avait été accepté par le Comité Scientifique qui tient lieu de Comité Ethique dans le pays.

RÉSULTATS

Avait été inclus 203 patients séropositifs. Il s'agissait 89 hommes (43,8%) et 114 femmes (56,2%) avec un sexe ratio homme/femme égal à 0,8. Le tableau I montre la répartition des patients par tranche d'âge et par sexe.

Tableau I. Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

Ages (an)	Sexe		Total	Pourcentage
	M	F		
15-24	14	1	15	7,4
25-34	55	30	85	41,9
35-44	32	34	66	32,5
45-54	8	21	29	14,3
> 55	5	3	8	3,9
Total	114	89	203	100

L'âge moyen des sujets de la série était de 35,2 ans. Les âges extrêmes étaient 15 et 70 ans. Il existait une différence significative entre les classes d'âges (chi 2 = 7, 24. P = 0,00). Tous les stades de la classification de l'infection à VIH proposée par l'OMS étaient représentés (tableau II).

Tableau II. Répartition des patients en stades de la classification de l'OMS

Stades cliniques	Effectif	Pourcentage
Stade I	14	6,9
Stade II	63	31
Stade III	58	28,6
Stade IV	68	33,5
Total	203	100

Le tableau III présente la répartition des patients selon le nombre des lymphocytes T CD4. Le nombre moyen de CD4 était de 257,38 cellules/mm³ avec des extrêmes de 2 et 1432 cellules/mm³.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du nombre de CD4

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage
[0-100[51	25,1
[100-300[88	43,4
[300-500[39	19,2
> 500	25	12,3
Total	203	100

Moyenne CD4 = 257,38/mm³ Extrêmes = 2 et 1432/mm³

La répartition des patients en fonction des dermatoses et taux de CD4 (tableau IV) a montré que le zona, les papillomatoses et la dermite séborrhéique avec un nombre moyen de CD4 de 582 à 316 cellules/mm³ survenaient plus précocement au début de l'immunodépression. Elles étaient suivies par les pyodermes (folliculites), les toxidermies et les dermatophyties avec un taux moyen de CD4 de 274 à 211 cellules/mm³. La maladie de kaposi, le prurigo, la Candidose orale et l'herpès génital survenaient beaucoup plus tardivement avec un taux moyen de CD4 de 186 à 71 cellules/mm³. Toutefois, l'herpès ne semblait pas être lié au degré d'immunodépression (p < 0,02).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des dermatoses et au nombre de CD4

Affections	Effectif	Nbre CD4	P
Zona	23	582	< 0,001
Papillomatoses	8	368	< 0,002
Dermite séborrhéique	12	316	< 0,005
Folliculites/pyodermi-tes	11	274	< 0,002
Toxidermies	12	234	0,005
Dermatophyties	18	211	< 0,001
Maladie de kaposi	47	186	< 0,001
Prurigo	58	183	< 0,001
Candidose buccale	52	153	< 0,001
Herpes génital	5	71	< 0,002

DISCUSSION

Notre travail consistait à décrire les manifestations cutanée et/ou muqueuses de l'infection à VIH et à apprécier le degré d'immunodépression à Bangui. Le coût relativement élevé des examens para cliniques avait constitué un obstacle au recrutement des malades car certains patients ayant pourtant des dermatoses avec une sérologie VIH positive n'avaient pas bénéficié du comptage des lymphocytes T CD4. Le sex-ratio était en faveur des femmes ; ce qui est comparable aux travaux de Joséphine et al [6] à Yaoundé et de Pitché et al [7] à Lomé qui avaient retrouvé des sex ratio respectifs de 0,89 et 0,62. Cependant d'autres auteurs avaient trouvé des sex ratio plus élevés notamment Mahé et al [8] au Mali ainsi que Talla et al [9] au Cameroun avec 1,7. Pour l'âge moyen, notre résultat était proche de ceux de nombreux travaux africains [8,10,11,12, 13]. Il est montré que les femmes sont les plus exposées et les plus précocement touchées [14]. Tous les stades cliniques de l'infection à VIH proposées par l'OMS étaient représentés. Wannanukul et Thisyakorn [14] avaient quant à eux trouvé que 75% des patients de leur série étaient classés dans le stade III de la classification de CDC de 1993 tandis que Munoz-Perez et al [15] avaient noté que 39% de leurs patients étaient au stade II de cette même classification. Nos résultats seraient influencés par le fait que la majorité des affections rencontrées dans notre étude étaient des pathologies classantes entrant dans la classification de l'OMS de 1990 notamment la maladie de Kaposi. Il est connu que les manifestations cutanéomuqueuses peuvent se voir à tous les stades et s'aggravent au fur et à mesure que le déficit immunitaire se creuse [5,7]. Sur le plan biologique la majorité de nos patients (68,5%) avait une immunodépression profonde avec un nombre moyen de lymphocytes T CD4 inférieur à 300 cellules/mm³ et seulement 12,3% avaient un nombre de CD4 supérieur ou égale à 500 cellules/

mm³. Ceci serait dû à l'ignorance de la pathologie et aux conditions socio-économiques précaires qui font que les malades rentrent le plus souvent dans le système de soins à un stade avancé de la maladie. En outre, l'accès aux antirétroviraux, seul traitement permettant une restauration immunitaire, reste encore très limité en République Centrafricaine. Le zona était la seule affection associée de façon significative à un taux moyen de CD4 supérieur à 500 (582 cellule/mm³, p = 0,00). Krishnam et al [16] en Inde avaient trouvé un nombre moyen de CD4 de 447,18 cellules/mm³ avec p < 0,005. Ces résultats corroborent les constatations de Kapita [11] qui avait fait remarquer que le zona apparaissait souvent au début de l'infection à VIH et annonçait celle-ci au moment où les sujets étaient apparemment en bonne santé. De même, Lesbordes et al [17] reconnaissaient, déjà dans les années 80, le zona comme premier signe d'appel fréquent de la maladie à Bangui chez des patients ayant un excellent état général. Nous avons également noté une association statistiquement significative de la candidose buccale à un nombre de CD4 inférieur à 200 (153 cellules/mm³, p = 0,00). Cette constatation rejoint les résultats de Joséphine et al [6], Badri et al [18] et Munoz-Perez et al [15]. Les patients présentant un herpès génital avaient un nombre moyen de CD4 de 71 cellules/mm³ avec p = 0,02. Cette constatation était similaire à celle de Kaplan et coll. qui avaient remarqué que les infections à herpès simplex étaient plus fréquentes chez les malades dont le taux de CD4 tombait en dessous de 100 cellules/mm³ [3]. De même, Alessi et al [19] avaient retrouvé un nombre de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³ chez tous les patients de leur série qui avaient des lésions d'herpès chronique et/ou récidivant.

CONCLUSION

Notre travail a permis de rapporter les affections cutanées et /ou muqueuses observées chez les malades infectés par le VIH à Bangui et a également permis de donner la valeur pronostique de certaines d'entre elles en les corrélant au degré d'immunodépression

RÉFÉRENCES

- 1- Uthayakumar S, Nandwani R, Drinkwater T, Nayagam A.T, Darley CR. The prevalence of skin disease in HIV infection and its relationship to the degree of immunosuppression. *Br J Dermatol* 1997;137(4):595-598
- 2- Gentilini M, Duflo B, Davis M, Lagardère B, Richardle-noble D. Médecine Tropicale. 4^e édition, Flammarion, Paris (1986) p 435-464
- 3- Kaplan M H, Sadick N, Scott MC Nutt et coll. Dermatologic findings and manifestations of acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS). *J Am Acad. Dermatol* 1987,16 :

485-506.

4- Kelley PW, Petruccelli BP, Stehf-Grenn P, Ericson RL, Mason CL. The Susceptibility of Young Americans to Vaccine-preventable infection: A national serosurvey of US Army recruit. JAMA 1991 ; 266 : 2727-9.

5- Kernbaum S. Le praticien face au SIDA. Flammarion Médecine Sciences 1992 : 268, p 74-93.

6- Josephine M, Issaou, George A, Ngole M, Albert SE. Patterns of skin manifestations and Their relationships with CD4 counts among HIV/AIDS patients in Cameroon. Int J Dermatol 2006;45(3):280-4.

7- Pitché P, Tchangai-Walla K, Napo-Koura G et al. Prévalence des manifestations dermatologiques au cours du Sida au Centre Hospitalier Universitaire de Lomé Tokoin (Togo). Cahiers santé 1995 ;5 :349-352.

8-Mahé A, Bobin P, Coulibaly S, Tounkara A. Skin diseases disclosing Human immunodeficiency virus in Mali. Ann Dermatol Venerol 1997; 124 (2) 144-50.

9- Talla P, Dawaye O, Abdoua et al. Evolution des cas de SIDA pris en charge dans le service de Médecine de l'hôpital provincial de Germa, Jan 1989-dec. 1997. Bull liais doc OCEAC 1999 ; 32(1) :29-31

10- Caumes E. Manifestations dermatologiques de l'infection à VIH en zone tropicale. Cahiers santé 1991 ;22 :58-61.

11- Kapita B. Aspects cliniques de l'infection à VIH de l'adulte en zone tropical. In : Rosenheim M, Itoua-Ngaporo. SIDA, Infection à VIH. Aspects en zone tropicale. Ellipses, 1989. 336 P, pp 92-9.

12- Tounkar A, Doumbo O, Coulibaly K. Aspects épidémiologiques et cliniques de SIDA. A propos de 56 cas recensés à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako au Mali. Méd Afr Noire. 1992; 39 (11): 731-734.

13- Mann J M, Francis H, Quinn T et al. Surveillance for AIDS in Central african city, Kinshasa Zaïre. JAMA 1986;288 :3255-3259.

14- Wannanukul S, Thisyakorn U. Mucocutaneous manifestations of HIV infection in 91 children born to Hiv-seropositive women. Pediatric Dermatol 1999;16(5) :359-63

15- Munoz-Perz MA, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F, Colmenero MA. Dermatologic findings correlated with CD4 lymphocyte counts in a prospective 3 years study of 1161 patients with human immunodeficiency virus disease predominant by acquired through intravenous drug abuse. Br J Dermatol 1988 Jul;139(1) :33-9.

16- Krishnam PV, Raghurama R, Ramanit Vandana S. Skin disease : clinical indicator of immunodeficiency virus infection. Int J Dermatol 2005;44:646-649.

17- Lesbordes JL. Clinical aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection in Central Africa: 6 years

experience at a hospital in an endemic area. Med Trop 1988;48(4):351-357.

18- Badri M, Martins G, Woods R. Predictors and prognostic values of oral hairy leukoplakia and oral candidiasis in South-African HIV infected patients. SADJ. 2001;56(12):592-6.

19-Alessi E, Berti E, Cusini M, Zerboni R, et al. Oral Hairy leukoplakia. J Am Acad Dermatol 1990;22;79-86.