

MALADIE DE KAPOSI DISSÉMINÉE ASSOCIÉE À UNE RECHUTE DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ UN PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH-1.

DIÈYE A¹, CISSE-DIALLO V.M.P¹, KA D¹, LAKHE N.A¹, DIALLO-MBAYE K¹, MASSALY A¹, DIOP M¹, FALL N.M.¹, BADIANE A.S.¹, THIOUB D¹, FORTES-DÉGUÉNONVO L¹, NDOUR C.T¹, SOUMARÉ M¹, SEYDI M¹.

RESUME

L'association d'une tuberculose pulmonaire et d'une maladie de Kaposi a rarement été décrite dans la littérature chez les patients immunodéprimés. L'infection à VIH/Sida constitue un facteur qui peut rendre favorable cette association. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 34 ans infecté par le VIH-1 en échec de traitement présentant une rechute de tuberculose pulmonaire associée à une maladie de Kaposi disséminée avec localisation broncho-pulmonaire et cutanéomuqueuse. Le diagnostic de cette association a été facilité par la réalisation de la fibroscopie bronchique. À travers ce cas, les auteurs montrent l'importance de rechercher systématiquement une localisation broncho-pulmonaire de la maladie de Kaposi même en cas de tuberculose pulmonaire surtout en présence de signes cutanés de Kaposi évidents au cours de l'infection à VIH.

Mots clés : Tuberculose pulmonaire, Maladie de Kaposi, VIH.

INTRODUCTION

L'association Tuberculose/VIH constitue un véritable problème de santé. En effet la tuberculose constitue une infection opportuniste très fréquente et représente la première cause de ces affections au cours de l'infection à VIH [3]. Chez les patients profondément immunodéprimés par le VIH, la tuberculose pulmonaire peut être associée avec d'autres affections opportunistes rarement diagnostiquées [2]. Nous rapportons le cas d'un patient infecté par le VIH-1 en échec de traitement antirétroviral de première ligne ayant présenté une rechute de tuberculose pulmonaire associée à une maladie de Kaposi disséminée.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 34 ans, non tabagique, hospitalisé au service des Maladies infectieuses et Tropicales du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann le 13/10/2016 pour une toux chronique, une douleur thoracique et une fièvre vespéro-nocturne. Le début de la symptomatologie

ABSTRACT

DISSEMINATED KAPOSI SARCOMA ASSOCIATED WITH RECURRENCE OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-1 PATIENT.

Pulmonary tuberculosis associated pulmonary Kaposi's sarcoma has rarely been described in the literature in immunocompromised patients. HIV / AIDS infection is a factor that can make this association work. We report a case of a 34-year-old patient with pulmonary tuberculosis recurrence associated with Kaposi sarcoma with pulmonary and cutaneous localization in a patient infected with HIV-1 in first-line antiretroviral treatment failure. Through this case, the authors show the importance of systematically searching for a pulmonary localization of Kaposi disease even in the case of pulmonary tuberculosis diagnosed especially in the presence of obvious cutaneous signs during the HIV infection

Keywords: Pulmonary tuberculosis, Kaposi sarcoma, HIV

remonterait à deux (02) mois avant son hospitalisation marquée par l'installation d'une toux quinteuse, productive ramenant des expectorations blanchâtres non striées de sang parfois émétisantes sans horaire précise, sans facteurs déclenchant, accompagnée de douleur thoracique siégeant aux bases, intense, déclenchée et aggravée par la toux, à type de piqûre sans notion de dyspnée. Ces symptômes évoluaient dans un contexte de fièvre vespéro-nocturne, avec des sueurs nocturnes sans frissons, d'asthénie physique, d'anorexie non sélective et d'un amaigrissement progressif non chiffré. Deux jours après son hospitalisation, le patient a présenté des épisodes d'hémoptysies de moyenne abondance sans retentissement sur le plan hémodynamique. Notre patient était infecté par le VIH-1 sous traitement antirétroviral depuis 2012 associant Combivir (1 comprimé×2/jour)-Éfavirenz (1 comprimé/jour le soir) avec une mauvaise observance thérapeutique. Dans ses antécédents on notait une tuberculose pulmonaire bacillifère en 2012 traitée et déclarée guérie. À son admission, l'examen physique retrouvait un syndrome de réponse inflammatoire systémique associant une

1. Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Sénégal. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. BP: 5035 Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Alassane Dièye, Tel : 00221772150037; Email : vieuxdieye87@yahoo.fr

fièvre à 39°C, une tachycardie à 99 battements/mn, une fréquence respiratoire à 27 cycles /mn, un syndrome d'immunodépression clinique (candidose buccale et d'une altération de l'état général), une pâleur des muqueuses, des œdèmes du dos des pieds ne prenant pas le godet. L'examen pleuro-pulmonaire révélait un syndrome de condensation pulmonaire bilatérale. Par ailleurs il présentait des papules et des nodules cutanés angiomateux, durs, indolores, hyperchromiques, non prurigineux, localisés au dos et à la paupière supérieure gauche, de 1 à 2 cm de grand diamètre, ne s'effaçant pas à la vitropression [Image 1].



Image 1: Nodules et papules angiomateux, hyperchromiques, localisés au niveau du dos (a et c) et au niveau oculaire (b).

Sur le plan paraclinique, la radiographie thoracique de face mettait en évidence des opacités nodulaires confluentes disséminées aux deux champs pulmonaires [Image 2].



Image 2: Radiographie du thorax de face mettant en évidence des opacités nodulaires confluentes disséminées aux deux champs pulmonaires.

La recherche de BAAR au niveau des crachats était

positive et le genexpert des crachats était positif au *Mycobacterium tuberculosis* sans résistance à la rifampicine. La fibroscopie bronchique avait mis en évidence des lésions vasculaires diffuses saignant facilement au contact au niveau du pharynx, du larynx, des cordes vocales, de la trachée, de l'arbre bronchique droit et gauche, évoquant une maladie de Kaposi broncho-pulmonaire [Image 3].

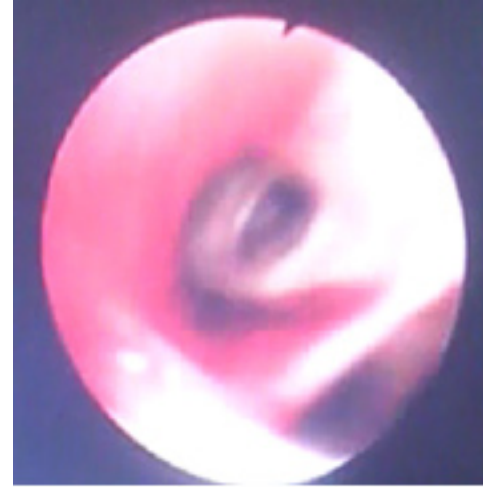


Image 3: Fibroscopie bronchique montrant des lésions vasculaires diffuses saignant facilement au contact.

La recherche de bactérie, de parasites et de champignons dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire était négative. La biopsie n'a pas été réalisée. La numération formule sanguine avait objectivé une anémie à 3,7 g/dl normochrome normocytaire et des leucocytes normaux. La protéine C- réactive était positive à 71,15mg/l. Le taux de lymphocytes TCD4+ était égal à 04/mm³. La fonction rénale et hépatique était normale. Le dosage de l'antigène HBs, de l'antigénémie cryptococcique et de la sérologie syphilitique était négatif. Le diagnostic d'une maladie de Kaposi disséminée avec localisation cutanéomuqueuse et broncho-pulmonaire associée à une rechute de tuberculose pulmonaire a été retenu.

Sur le plan thérapeutique le traitement antituberculeux a été initié avec l'association fixe Rifampicine-Isoniazide-Ethambutol-Pyrazinamide à raison de 4 comprimés/jour et de streptomycine : 1g/jour. Quinze jours après l'introduction de la quadrithérapie antituberculeuse, le traitement antirétroviral a été modifié avec instauration d'une trithérapie associant Ténofovir-Lamivudine (1comprimé/jour le soir)-Atazanavir/ritonavir (1 comprimé/jour le soir) du fait de l'échec de la première ligne. Une chimioprophylaxie au Cotrimoxazole fort (1comprimé/jour) a été également instituée. Devant l'anémie mal tolérée, le patient a également bénéficié d'une transfusion sanguine. L'évolution a été initialement favorable avec arrêt des hémoptysies, une apyrexie stable, une disparition de la pâleur des muqueuses avec un taux d'hémoglobine de contrôle égal à 13,9 g/L. Le patient était sorti après une hospitalisation de 30 jours. Il poursuivait

son traitement avec un suivi en ambulatoire. L'évolution, après deux mois de traitement, était marquée par une amélioration clinique initiale puis aggravation progressive et décès dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë.

DISCUSSION

L'association tuberculose pulmonaire (TB) et maladie de Kaposi (MK) pulmonaire est peu décrite dans la littérature [2]. L'immunodépression profonde favorise la survenue d'infections opportunistes associés qui peuvent poser une difficulté diagnostique. La maladie de Kaposi survient en général chez des patients sévèrement immunodéprimés [9]. En outre le risque de développer une TB augmente significativement au cours de l'infection VIH avec la déplétion sanguine profonde en lymphocyte TCD4 [10]. La tuberculose constitue la première infection opportuniste à localisation pulmonaire retrouvée au cours l'infection à VIH dans nos pays et doit être recherchée activement chez tout patient vivant avec le VIH présentant des signes respiratoires en zone d'endémie [3]. Dans notre cas le diagnostic de certitude a été facilité par la réalisation des crachats BAAR et du GeneXpert des crachats qui a isolé *Mycobacterium tuberculosis*. La maladie de Kaposi est l'une des premières maladies opportunistes reconnues du sida. Il s'agit d'une affection tumorale due au virus de l'Herpès virus humain de type-8 (HHV-8) caractérisée par une double prolifération endothéliale et fibroblastique anarchique impliquée dans la genèse de cette affection [7]. La maladie de Kaposi associée au sida survient préférentiellement chez l'adulte jeune avec une moyenne d'âge de 35 ans, de sexe masculin [5]. Ce qui a été le cas chez notre patient qui était âgé de 34 ans. Dans sa localisation pulmonaire elle est précédée dans la plupart des cas par une atteinte cutanéomuqueuse ou viscérale en particulier gastro-intestinale [7]. La MK pulmonaire est retrouvée chez près de 45% des patients atteints de MK cutanée. La présence d'une atteinte pulmonaire est associée dans 85 à 95% des cas à une localisation cutanéomuqueuse [9]. Ainsi du fait de l'atteinte cutanée nous avons recherché activement une localisation pulmonaire chez notre patient.

La radiographie thoracique de face mettait en évidence des opacités nodulaires confluentes disséminées aux deux champs pulmonaires qui n'avaient aucune spécificité pour la tuberculose ou la maladie de Kaposi.

Le diagnostic de la maladie de Kaposi broncho-pulmonaire se fait par la fibroscopie bronchique avec mise en évidence de lésions sous forme de plaques ou de nodules rouges violines non friables entourées d'un halo hémorragique caractéristique. Ces lésions sont de répartition irrégulière et siègent surtout au niveau de la trachée, des troncs bronchiques et des

orifices segmentaires [1]. Ces lésions endoscopiques fortement évocatrices de la localisation broncho-pulmonaire de la MK étaient retrouvées chez notre patient. Cependant la certitude diagnostique résulte théoriquement des biopsies bronchiques ou pulmonaires qui ne sont pas toujours effectuées du fait du risque hémorragique [7].

Concernant la prise en charge de la maladie de Kaposi la chimiothérapie n'a pas été instaurée chez notre patient. En effet cette mono ou poly chimiothérapie administrée par voie systémique à base d'Adriamycine, de Bléomycine et de Vincristine, est palliative permettant une régression rapide et une diminution des symptômes [9]. Même si cette chimiothérapie peut être bénéfique, les effets secondaires chez les patients vivant avec le VIH ne sont pas rares. Des études ont montré qu'elle était plus efficace au cours de la MK non associée au VIH [8;11]. Dans cette forme de Kaposi survenant au cours du VIH, il est démontré que la trithérapie antirétrovirale comportant un inhibiteur de protéase pouvait améliorer le pronostic des patients [6]. Notre patient avait reçu un traitement ARV de deuxième ligne avec comme schéma Ténofovir-Lamivudine-Atazanavir/ritonavir. Malgré le traitement antituberculeux et antirétroviral de deuxième ligne instauré, l'évolution était fatale avec la survenue du décès. En effet, la maladie de Kaposi broncho-pulmonaire constitue la localisation la plus grave de cette affection au cours du Sida et la survie après le diagnostic est courte (2 à 10 mois) malgré les thérapeutiques agressives [4]. Donc l'association d'une tuberculose pulmonaire et une maladie de Kaposi pulmonaire grèverait fortement le pronostic des patients.

CONCLUSION

L'association tuberculose pulmonaire et maladie de Kaposi à localisation pulmonaire et cutanée est souvent fatale chez les patients très fortement immunodéprimé par le VIH. La fibroscopie bronchique doit être réalisée de façon systématique chez tous les patients présentant des lésions de Kaposi cutanées afin de faciliter le diagnostic.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Chakib A, Hliwa W, Marih L, Himmich H. Maladie de kaposi au cours de l'infection par le VIH au Maroc: à propos de 50 cas. Bull Soc Pathol Exot 2003; 96 (2): 86-89.
2. Diatta A, Touré NA, Dia Y et al. Kaposi systémique avec localisation cutanée, oculaire et broncho-pulmonaire. Rev Pneumol Trop 2009; 11: 7-10.

3. Fortes Déguénonvo L, Manga NM, Diop SA et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). Bull Soc Pathol Exot 2011; 104: 366-70.
4. Gill J, Bourboulia D, Wilkinson J et al. Prospective study of the effects of antiretroviral therapy on Kaposi sarcoma-associated herpes virus infection in patients with and without Kaposi sarcoma. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 31: 384-390.
5. Kirova YM, Belembaogo E, Frikha H et al. Sarcome de Kaposi. Cancer Radiother 1997; 1 (4): 277-82.
6. Kowalkowski MA, Kramer JR, Richardson PR, Suteria I, Chiao EY. Use of Boosted Protease Inhibitors Reduces Kaposi Sarcoma Incidence Among Male Veterans With HIV Infection. Clin Infect Dis 2015; 60(9):1405-14.
7. Ouedraogo M, Ouedraogo SM, Zoubga ZA et al. Kaposi broncho-pulmonaire au cours du SIDA en zone de forte prévalence tuberculeuse/VIH: à propos de deux cas. Rev Pneumol Clin 2002; 58 (3): 163-7.
8. Saka B, Kombaté K, Mouhari-Toure A et al. Évaluation du traitement de la maladie de Kaposi par la vinblastine au Togo : étude de 23 cas. Bull Soc Pathol Exot 2011; 104: 339-341.
9. Sebbar A, Zaghba N, Benjelloun H, Bakhatar A, Yassine N. Maladie de Kaposi à localisation broncho-pulmonaire révélant une infection VIH. Pan Afr Med J 2015; 22:279.
10. Sonnenberg P, Glynn JR, Fielding K, Murray J, Godfrey-Faussett P and Shearer S. How Soon after Infection with HIV Does the Risk of Tuberculosis Start to Increase ? A Retrospective Cohort Study in South African Gold Miners. JID 2005; 191:150-8.
11. Stein ME, Lachter J, Spencer D, Bezwoda WR. Chemotherapy for AIDS-related and endemic African Kaposi's sarcoma in southern Africa. Int J Dermatol 1995; 34(10):729-32.