

Maladie de Kaposi en consultation de dermatologie au CHU Gabriel TOURE : étude de 36 cas.**Disease of Kaposi in consultation of dermatology in the University hospital Gabriel TOURE: study of 36 cases.**Karabinta Y^{2,3}, Faye O^{2,3}, Traoré Z¹, Touré S¹, Dicko A^{2,3}, Konaté I^{2,4}, Dao S^{2,4}, Konare HD^{1,2}

1- Service de Dermatologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Gabriel TOURE

2- Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

3- Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Bamako, Mali.

4- Service des Maladies Infectieuses du CHU Point G.

Auteur correspondant : Dr KARABINTA Yamoussa, Assistant, FMOS/USTTB, BP : 251, Bamako/Mali, Email : ykarabinta@yahoo.com**Introduction**

La Maladie de Kaposi est une prolifération maligne multifocale, induite par des facteurs de croissance viraux, notamment l'interleukine 6 de l'herpès virus humain type 8 (HHV8) [1]. Quatre formes de maladie de Kaposi sont identifiées : une forme classique méditerranéenne décrite en 1872 par Kaposi à Vienne en Autriche, maladie cutanée maligne, rare, atteignant surtout l'homme âgé ; une forme endémique décrite en 1950 en Afrique centrale et de l'Est, autour des Grands Lacs, maladie de l'homme adulte jeune et de l'enfant ; une forme dite post transplant liée à une immunodépression acquise iatrogène, décrite en 1970 chez des patients greffés traités par immunosuppresseurs, une forme épidémique liée au sida, décrite en 1981, chez les personnes infectées par le VIH [2, 3]. C'est une des affections opportunistes les plus fréquentes et le premier cancer chez les sidéens [3]. La Maladie de Kaposi pose en Afrique de l'Est et centrale un véritable problème de santé publique où elle représente dans certaines régions 20 à 50% de tous les cancers diagnostiqués [3, 4]. Elle est actuellement considérée comme le premier cancer chez les patients infectés par le VIH et le premier cancer cutané en Afrique subsaharienne devant les carcinomes cutanés et le mélanome [5-7]. Cliniquement, elle se présente sous forme de plaque,

papule ou de nodule violine, angiomateux ou pigmentée [7]. L'incidence de la MK est fonction de l'origine géographique variant de 0,4 à 0,5% dans les pays occidentaux, à 1,5% dans le Nord d'Italie, 3% dans le Sud et 4,1% en Arabie Saoudite [3]. Au Mali en 2007, une étude avait trouvé une prévalence de 1,6% [8]. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, la MK est devenue fréquente [5]. La fréquence de la MK chez les séropositifs aux Etats Unis d'Amérique, en Europe, Australie et en Afrique se situe respectivement entre 30 à 35%, 6,8 à 16,6%, 27,8%, et entre 4 à 24% [3, 4]. Très peu d'études ont été réalisées sur la maladie de Kaposi en 2007 au CHU du Point G, qui était de 1,6% et au-dessus des 0,38% à Abidjan [8, 9]. Une étude togolaise menée en 2013 par Saka *et al.*, a révélé une prévalence de 0,65% de maladie de Kaposi chez les patients séropositifs au VIH [7]. **Cadre et méthode d'étude** : Pour décrire le profil épidémiologique et clinique des cas de maladie de Kaposi observés dans le service de dermatologie du CHU Gabriel TOURE, nous avons mené une étude transversale à visé descriptive de tous les cas de la maladie de Kaposi (MK) dans ledit service durant la période du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2009, soit 4 ans. **Résultats** : Nous avons colligé 36 cas de MK sur 5765 patients examinés soit une fréquence de 0,68%. La moyenne d'âge de nos patients était de 33,5 ans. Le sex-ratio était 1. La tranche d'âge de 31-

40 a représenté 37,50% et celle de 21-30 a représenté 25% des cas. L'ethnie Bambara, Malinké et Peulh ont représenté respectivement 25%, 25%, 16,66%. Dans 70,84% des cas, nos patients avaient une localisation multifocale et dans 20,83% des cas, les lésions étaient localisées au niveau des Membres inférieurs. Les nodules (58,33%), les macules (25%), et les ulcérations (16,67%) constituaient les lésions élémentaires les plus observées. Dans 70,84% des cas, nos patients avaient une sérologie HIV positive (Tableau I). **Discussion :** Notre étude a montré une parfaite équité entre homme et femme avec un sex-ratio égal à 1. Le même constat a été fait par Saka *et al.* en 2013 au Togo avec un sex-ratio de 1,1 [7] et Onyango *et al.*, au Kenya qui ont observé un sex-ratio de 1,02 [10]. Ce sex-ratio était de 1,7 en faveur des femmes selon l'étude réalisée en 2007 [8]. Cette égalité de sexe est contraire à celle décrite dans la littérature où la Maladie de Kaposi serait très fréquente chez les hommes avec un rapport de 15/1. Cette équité homme/femme a commencé à être observée dès l'avènement de l'infection à VIH qui a modifié les données sur la MK [6]. L'âge a varié entre 2 à 65 ans avec une moyenne d'âge de 33,5 ans. Cette prédominance de la population jeune a aussi été observée par d'autres auteurs comme Saka *et al.* au Togo, Asuquo *et al.*, au Nigéria et Onyango *et al.*, au Kenya ont rapporté respectivement une moyenne d'âge de 36,7, 39,5 ans et 38,5 ans [6, 9, 10]. Cette fréquence élevée d'atteinte juvénile pourrait s'expliquer par le fait que la jeunesse constitue une population sexuellement plus active donc plus exposée aux infections sexuellement transmissibles. Cliniquement, nous avons noté une fréquence élevée des lésions nodulaires suivies des macules violacées. Ce constat diffère de celui de la littérature qui affirme

que la lésion élémentaire la plus fréquente est une macule qui évolue vers les nodules et les placards [8]. La localisation cutanée isolée a été la plus représentée dans notre étude, suivie de la forme cutanéomuqueuse ; ce constat est différent de celui fait en 2007 au Mali [8] qui avait trouvé une prédominance de la localisation cutanéomuqueuse. Dans notre étude, une seule personne avait présenté des lésions muqueuses isolées, ce chiffre est inférieur à celui du Mali en 2007 [8] qui a rapporté 3 cas d'atteinte muqueuse isolée. La localisation buccale a été la localisation muqueuse la plus fréquente de notre étude, ce résultat est similaire à celui obtenu au Nigeria en 2008 [6]. La localisation multifocale a été observée dans 76,4% des cas surtout chez les patients séropositifs, ce résultat confirme la littérature selon laquelle la MK est une néoplasie multifocale [1]. Dans notre série, plus de la majorité des patients était séropositive au VIH soit 66,67 %, ce chiffre est inférieur à celui de l'étude faite en 2007 au Mali qui avait trouvé 100% [8] des séropositifs et cela s'explique par le fait que cette étude a été réalisée chez les patients séropositifs. Une étude Togolaise publiée en 2013 a trouvé une prédominance de la MK épidémique dans 89,6% des cas [7]. Cela s'explique par le changement de comportements des populations. Notre étude a porté sur l'aspect épidémiologique et clinique de la maladie de Kaposi. Elle a montré une fréquence élevée chez les jeunes avec un âge moyen de 33,5 ans. Les deux sexes étaient à égalité. Il est nécessaire de renforcer les mesures de prévention contre les infections sexuellement transmissibles à travers l'information, l'éducation et la communication afin de réduire la fréquence de la maladie de Kaposi.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

1. Morand JJ, Lightburn E, Simon F, Potte JH. Actualités sur la Maladie de Kaposi. *Med. Trop.*, 2007, 67:123-30.
2. Camparo P, Gessain A, Arborio M. Sarcome de Kaposi et virus herpes humain type 8 : Acquisitions récentes. *Med. Trop.*, 1996, 56 :231-7.
3. Lebbé C. Maladie de Kaposi. *Rev. Prat.* 1999, 49 :843-6.
4. Pantanowitz L, Dezube BJ. Advances in the pathobiology and treatment of Kaposi sarcoma. *Curr Opin Oncol. Rev.* 2004 Sep; 16 (5):443-9.
5. Engels EA, Pfeiffer RM, Goedert JJ *et al.* Trends in cancer risk among people with AIDS in the United States 1980-2002. *AIDS* 2006; 20 :1645-54
6. Asuquo ME, Ebughé G. Cutaneous cancers in calabar, Southern Nigeria. *Dermatol online J* 2009 ; 15 :11
7. Saka B, Mouhari-Touré A, Wateba I.M *et al.* Maladie de Kaposi associée au VIH : 103 observations en dermatologie à Lomé (Togo) *Med et sante trop* ; 23 (1) : 109-11
8. Cissé H, Dao S, Oumar AA *et al.* La maladie de Kaposi au cours du VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako. *Mali Med* 2007:29-32.
9. Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast: first results from the cancer registry, 1995-1997. *Cancer* 2000; 89 :653-63.
10. Onyango JF, Njiru A. Kaposi's sarcoma in Nairobi hospital. *East Afr Med J* 2004; p364

Tableau I : Données Cliniques et sérologiques des patients atteints de maladie de Kaposi

Lésion élémentaire	Effectif	Pourcentage
Nodule	21	58,33
Macule	9	25
Ulcération	6	16,67
Localisation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	3	8,33
Multifocales	25	70,84
Membre inférieur	8	20,84
Sérologie VIH	Effectif	Pourcentage
Positif	26	70,84
Négatif	4	12,50
Méconnu	6	16,66
Type de MK	Effectif	Pourcentage
MK associée au VIH	25	70,84
MK classique	6	16,66
MK non associée au VIH	5	12,50