

AFFECTIONS CUTANEO-MUQUEUSES AU COURS DE L'INFECTION A VIH/SIDA

AUTEURS : M.J Lando*, J.N Mboua**, M .Tardy**, N.Noumsi**, V. Nzeuseu**,
C. Kouanfack**.

* Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

** Hôpital Central de Yaoundé service hôpital du jour

RESUME

Les affections dermatologiques sont fréquentes au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous avons réalisé une étude prospective de janvier à décembre 2003 au service de l'hôpital du jour afin de répertorier les affections cutanées et muqueuses associées à l'infection par le VIH dans notre milieu. Sur les 2209 patients reçus en consultations de dermatologie, 451(20, 47%) étaient VIH positifs et porteurs de dermatoses déterminées sur les bases clinique et para cliniques. Ces sujets étaient âgés de 15 à 70 ans avec les tranches d'âge les plus affectées se situant entre 20 ans et 45 ans. Le sex ratio était d'un homme sur deux femmes.

Les affections dermatologiques couramment rencontrées étaient le Prurigo (23,72%) ; le sarcome de Kaposi (15,07%) ; la dermatophytie (8,64%) ; les pyodermites (9,53%); et la dermite séborrhéique (4,87%). Ces affections semblent constituer des dermatoses d'alerte au cours de cette affection. Nous avons aussi noté une association d'autres viroses telles que le HSV (4,66%), le HPV (4,25%) le HZV (2,15%), et le Pox virus (0,45%)

Au fur et à mesure que le taux des lymphocytes T (C D4) baisse, les patients développent des dermatoses atypiques et sévères, ce qui rend la prise en charge difficile. Les troubles cutanés et muqueux associés à l'infection par le VIH sont variés. Ce sont des dermatoses courantes qui deviennent beaucoup plus inesthétiques et constituent un problème majeur de santé publique auquel il faudrait faire face. /-

SUMMARY

Skin diseases are common during HIV infection. We conducted a prospective study from January to December 2003 at the day hospital service to identify the skin and mucous diseases associated with HIV infection in our milieu. Of the 2209 patients consulted for skin diseases 451 (that is 20,47%) were HIV positive and had developed skin diseases diagnosed clinically and para-clinically. The patient's ages ranged between 15 and 70, the most affected age bracket being 20 to 45. The sex ratio was one male to two females.

The most common skin diseases were Prurigo (23,72%), Kaposi's sarcoma (15.07%), Dermatophytosis (8.64%), Pyodermatitis (9.53%) and Seborrhoeic dermatitis (4.87%), These skin diseases seem to act as warning signs during infection. We also observed an association of other viruses such as HSV (4.66%), HPV (4.25%), HZV (2.15%), pox-virus (0.45%).

As the T cells (CD4) decrease the patients develop atypical and severe dermatoses making management difficult. Skin and mucous diseases associated with HIV infection are varied. They are common skin diseases that become far more anaesthetic and constitute a major public health skin that needs to be addressed.

MOTS CLES:

SIDA, Affection, Peau, Muqueuses.

INTRODUCTION

Les troubles cutanés sont parmi les manifestations cliniques les plus visibles de l'infection à VIH/SIDA, car survenant sur l'enveloppe externe de la peau. La peau est une importante barrière contre les infections. Cependant, les infections opportunistes virale, bactérienne, mucosique et parasitaire atteignent le plus souvent les patients dont le système de défense immunitaire a été altéré par le VIH. Ils sont souvent révélateurs de cette infection.

On estime que 90% des patients hébergeant le VIH ont développé, développent ou développeront une ou plusieurs dermatoses [1].

Il est important à la famille aux personnels médicaux de reconnaître et de faire le diagnostic du VIH et des dermatoses liées au VIH.

Dans tous les cas, une infection à VIH/SIDA doit être suspectée si :

- le patient a une maladie de Kaposi ;
- le patient a un facteur de risque au VIH comme IST ulcérate récidivante supérieure à six fois par ans ;
- le patient a une éruption floride, atypique [3]
- les troubles cutanés résistent à une thérapeutique conventionnelle bien codifiée ;
- le patient a une dermatose récidivante telle que le zona ophtalmique et la teigne tondante chez l'adulte ;
- le patient a une lymphadénopathie généralisée et une candidose orale.

Nous avons donc entrepris cette étude afin de répertorier les troubles cutanéomuqueux et de donner quelques éléments de diagnostic précoce au cours de l'infection à VIH/SIDA.

METHODOLOGIE

- Type d'étude : Transversale descriptive
- Période d'étude : de Janvier à décembre 2003
- Lieu : Hôpital Central de Yaoundé, Service Hôpital du Jour
- Critère d'inclusion : tout patient séropositif connu ou dépisté dans le service, qui consulte pour la première fois en dermatologie et présente une dermatose ou une IST.
- Critère d'exclusion : tout patient séronégatif qui consulte en dermatologie
- Population de l'étude : nous avons retenu 451 patients séropositifs porteurs d'une dermatose ou IST
- Le diagnostic a été posé sur des bases cliniques et para cliniques.

RESULTATS

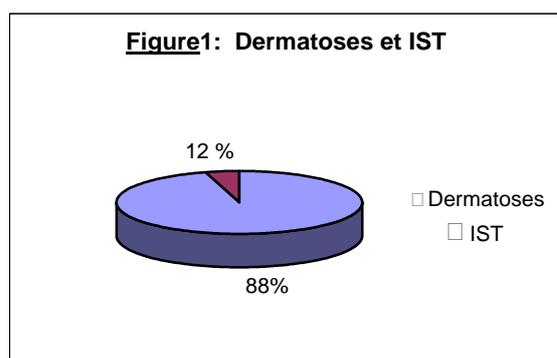
1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

a) Fréquence globale

Tableau I: Nombre de consultants en dermato-vénérologie

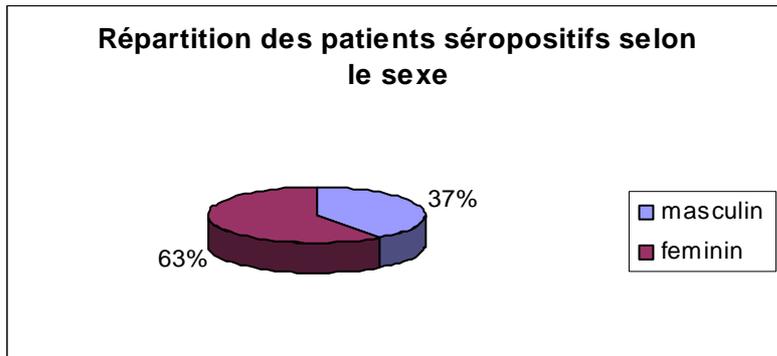
Patients	Effectif	%
séronégatifs	1758	79,58
séropositifs	451	20,42
Total	2209	100

En un an, 20,42% des patients ayant consulté en dermatologie sont séropositifs au VIH



88% des patients qui hébergent le VIH ont développé une ou plusieurs dermatoses.

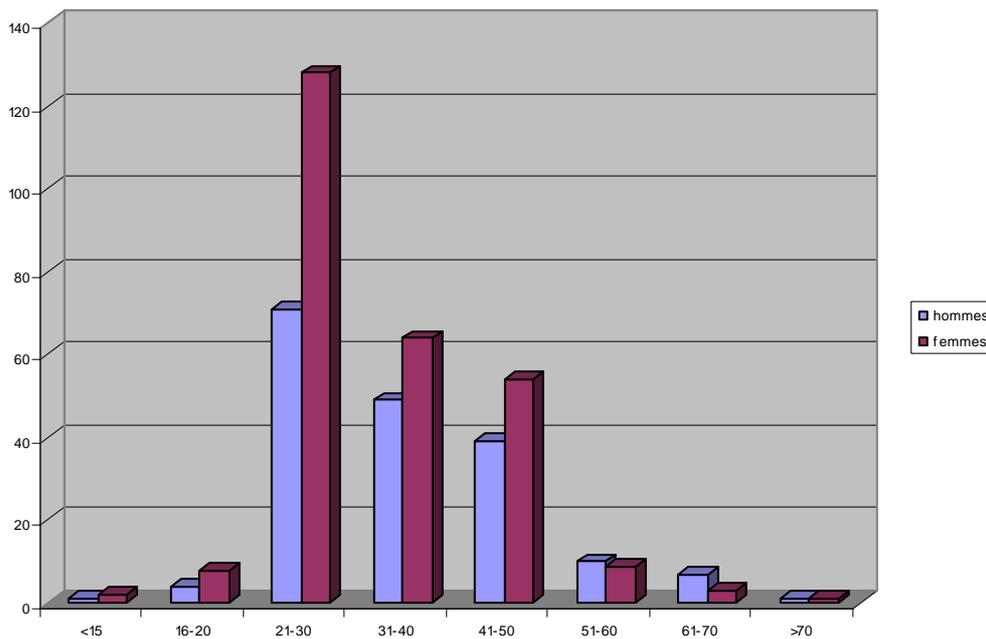
b). *Caractéristiques épidémiologiques*



Sex-ratio : 2 hommes pour 3 femmes

Quelle que soit la tranche d'âge les femmes sont les plus représentées. Ceci serait dû au fait qu'elles sont les plus nombreuses à fréquenter les formations sanitaires. Et les statistiques nationales montrent qu'elles sont les plus exposées.

c) *Répartition des patients séropositifs selon l'âge et sexe*



Les tranches d'âges les plus représentées sont celles de 21 ans à 50 ans avec un pic entre 21 et 30 ans.

2 DONNEES CLINIQUES

a) Prévalence des principales dermatoses

Tableau II : Principales dermatoses chez les patients

Désignation	Effectif	%
Prurigo	107	22,5
Kaposi	68	16,2
Pyodermite	56	13,4
Dermatophyte + onyxis	45	10,7
Dermite séborrhéique	45	10,7
zona	21	5,01
Eczéma - xérose	18	4,3
Toxidermie	9	2,1
Scabiose	9	2,1
Pigmentation plantaire	8	1,9
Candidose orale	7	1,7
Epidermodysplasie verruciforme	5	1,2
Verrues vulgaires	5	1,2
Autres troubles phanériens	4	0,9
Acné polymorphe	4	0,9
Psoriasis	2	0,47
Varicelle	2	0,47
Histoplasmose	2	0,47
Molluscum C	2	0,47
Total	419	100

Prurigo, maladie de Kaposi, Pyodermites, dermite séborrhéique, dermatophytie sont les dermatoses les plus fréquentes.

Tableau III: Répartition des dermatoses fréquentes selon le sexe

Désignation	Nombre de cas	Sexe	
		Masculin	Féminin
Prurigo	107	11	96
Sarcome de Kaposi	68	48	20
Pyodermite	56	22	24
Dematotyphyte	45	29	16
Dermite séborrhéique	45	13	32

Les affections cutanées chez les femmes infectées par le VIH versus hommes ne sont pas très différentes hormis quelques cas.

Tableau IV : VIH et Dermatoses associées

Désignation	Effectif
Prurigo -folliculite	10
Folliculite – dermatophytie	9
Prurigo – dermatophytie	8
Prurigo – Kaposi	7
Prurigo – Vaginite à candida	6
Kaposi – syphilis II	5
Folliculite – condylome acuminé	5
Scabiose – teigne tondante trichophytique	5
Dermatophytie – condylome acuminé	5
Zona intercostal – prurigo – dermites	3
Kaposi – condylome – folliculite	3
Folliculite – Eczéma – dermites	2
Folliculite – dermatophytie	2
Verrues – EDVLL	3
Total	73

73 Patients ont présentés au moins deux dermatoses (17,4%)

b) Prévalence des principales IST

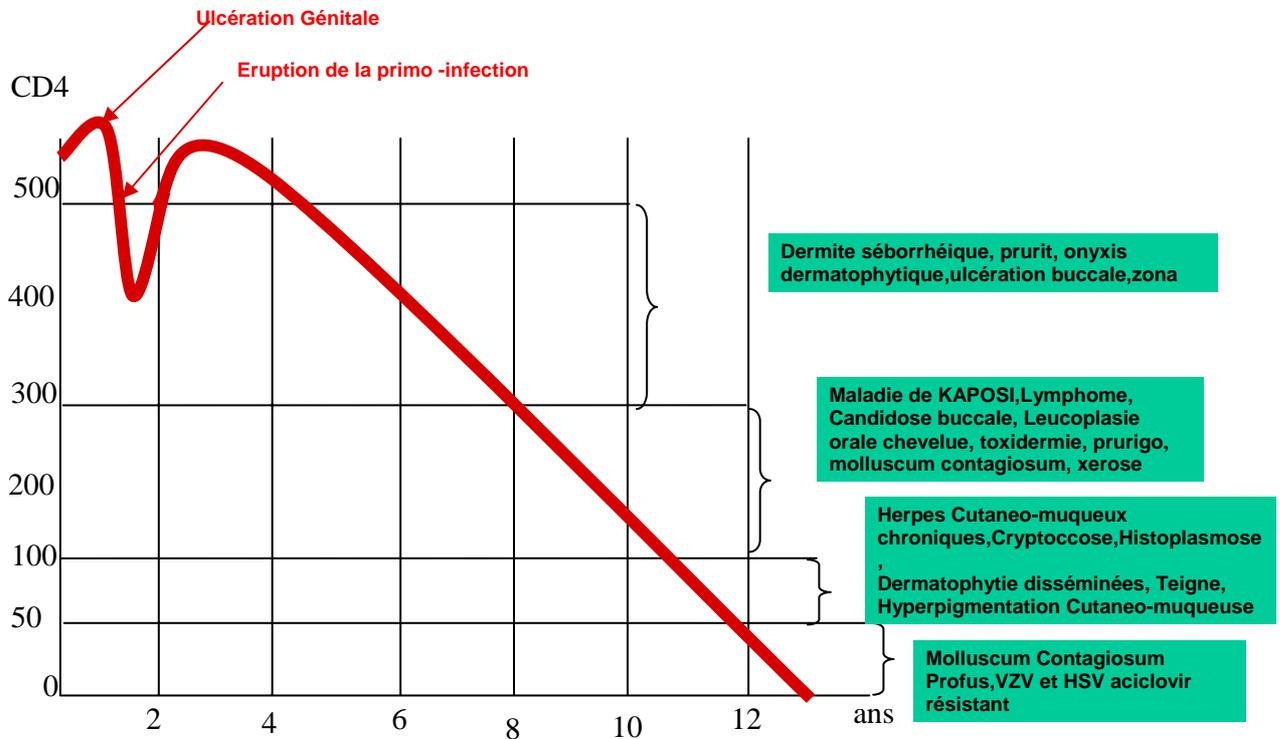
Tableau V : Principales IST chez les patients

Désignation	Effectif	%
Vaginite à candida	27	44,3
Herpès génital	13	21,3
Condylome acuminé	10	16,4
Syphilis secondaire et cicatrice sérologique	3	4,9
Chlamydiae	2	3,3
Mycoplasme	2	3,3
Fenestration du gland	1	1,6
gonococcie	1	1,6
Hépatite virale B	1	1,6
Trichomonase	1	1,6
Total	61	100

Hormis l'infection à candida (44%) les infections à HPV et HSV représentent 38% des IST.

III - DONNEES PARA-CLINIQUES (selon le taux CD4)

PRINCIPALES DERMATOSES EN FONCTION DE L'INTENSITE DU DEFICIT IMMUNITAIRE MESURE PAR LE NOMBRE DE CD4 (E. Caumes)



A. Affections de la séroconversion (taux CD4 >500 cellules / mm³)

Deux à six semaines après un contact infectant par VIH, 50-70 % des patients peuvent avoir un syndrome aigu, et 25% des ces patients ont des symptômes sévères pouvant attirer l'attention médicale.

Ces symptômes non spécifiques sont : fièvre, arthralgie, malaise, céphalée, lymphadénopathies, le plus souvent attribués à une virose aiguë.

Chez 25% des patients on retrouve un exanthème dans la phase aiguë de l'infection à VIH caractérisé par un érythème maculo-papulaire de topographie plantaire. Cet exanthème peut se présenter sous forme d'une petite érosion ou pétéchie du palais. Ces signes et symptômes se résolvent en 2-3 semaines.

Il a été constaté que les sujets présentant une séroconversion symptomatique courent un risque élevé d'accélérer la maladie [8]

B. Troubles cutanés au stade précoce de l'infection à VIH / SIDA (taux CD4 200 – 500 cellules / mm³)

- Prurigo,
- dermite séborrhéique,
- zona,
- scabiose,
- épidermodysplasie verruciforme,
- xérose cutanée.

C. Troubles cutanés au stade (avancé de l'infection à VIH / SIDA taux CD4 < 200 cellules /mm³)

- candidose orale,
- vaginites à candida albicans,
- folliculites,
- herpès génital géant,
- molluscum contagiosum et
- dermatoses associées chez le même patient.

D. Troubles cutanés à n'importe quel stade de l'infection à VIH / SIDA

- Maladie de kaposi,
- Syphilis,
- Histoplasmosse Duboisier,
- Toxidermie (EPF Exanthème maculo papuleux)
- changement dermatologique.

E. Changement dermatologique

Lorsque le niveau de l'immunocompétence décroît les cheveux deviennent fins, cassants, et frisés. Au stade très avancé de l'infection ; l'alopecie s'installe, il apparaît une accentuation des plis des paupières supérieures, les ongles peuvent devenir fragiles, jaunâtres, avec des stries longitudinales ou bien ils s'aplatissent se pigmentent de façon diffuse ou partielle, et enfin ils peuvent prendre une forme en bande transversale.

DISCUSSION

Fréquentation de service :

Sur 4000 patients ayant consulté à l'hôpital de jour au cours de la période allant de janvier à décembre 2003, le service de dermatologie en a reçu 2209, soit 55,2%. Sur 2209 patients, 451 soit (20,42%) étaient séropositifs au VIH: cette prévalence supérieure à la moyenne nationale (12%) (CNLS) s'expliquerait par l'association qui existe habituellement entre les dermatoses et le VIH.

Age des patients

L'âge de nos patients variait de 9 à 71 ans avec une médiane de 40 ; les tranches d'âge les plus représentées sont celles de 20 à 50 ans avec un pic entre 21 et 30 ans. Ce résultat est superposable aux données nationales. Ceci s'explique par le fait que nous nous situons dans la tranche d'âge la plus sexuellement active.

Les dermatoses liées au VIH / SIDA

Dans cette cohorte, les adultes femmes sont les plus touchées avec un pic compris entre 21 à 30 ans. Elle est la plus vulnérable car le sexe ratio est de trois femmes pour deux hommes, ceci pourrait s'expliquer par la dépendance de la femme au foyer, les pressions sexuelles qu'elles subissent et la pauvreté. Par ailleurs les femmes ont, actuellement leurs premiers rapports sexuels avant la maturité. Les organes génitaux étant immatures facilitent la pénétration du virus.

Les résultats obtenus dans notre série classent le prurigo, le sarcome de kaposi les pyodermes, la dermatophytie + onyxis et la dermite séborrhéique parmi les cinq dermatoses les plus fréquentes.

Selon CALLEN et KHOPKAR, le prurigo, la dermite séborrhéique, les pyodermes et la dermatophytie sont les dermatoses les plus fréquentes au cours de l'infection à VIH. Toutefois, il ressort de notre étude que c'est le sarcome de Kaposi qui vient en deuxième position des affections qui touchent nos patients. Celui-ci pose un double problème d'esthétique et de prise en charge du malade. La généralisation conduit le plus

souvent à des suites fatales alors que les sujets qui en sont atteints présentent parfois un taux de CD4 normal. Le Sarcome de Kaposi semble être le signe d'un mauvais pronostic dans notre série. Ce qui justifie la mise immédiate de ces patients sous ARV quel que soit le stade de l'infection.

Sur 451 patients, 88% ont développé une ou plusieurs dermatoses au cours de l'infection, pourcentage compatible avec les résultats de l'étude de [2,8]. et 25% ont présenté des dermatoses associées et le prurigo semble accompagner fréquemment cette association. Ceci s'expliquerait par le fait que les cellules de LANGERRHANS (APC cutané) sont les premières à être atteintes par le VIH. Couplé à la déplétion des lymphocytes T4 helper, plusieurs infections et néoplasmes de la peau apparaissent chez ces patients [5].

Nous avons aussi noté qu'à un stade avancé de l'infection, les changements cutanés (pilaire et phanérien) deviennent considérables. Cette évolution concorde avec la littérature [6,9].

Parmi nos sujets ; le spectre de la prévalence des dermatoses chez les femmes infectées par le VIH versus homme est différent. Sarcome de Kaposi, dermatophytie, oxychomycose sont plus fréquents chez les hommes ; par contre, le prurigo, la dermite séborrhéique et les infections gynécologiques incluant les candidoses semblent plus récurrents chez les femmes.

La prise en charge thérapeutique récente dans notre contexte pose des problèmes d'un nouvel ordre notamment : Les toxidermies (prurit, urticaire, érythème pigmenté fixe, érythème polymorphe pouvant aller jusqu'au syndrome de Steven JONHSON ou de LYELL.)

Les troubles de la pigmentation, les photos dermatoses, les troubles phanériens (alopécies, striation des ongles).

IST ET VIH

Dans la littérature, les co-infections sont fréquentes ; les IST ulcéraives étant très souvent considérées comme des facteurs de risques de transmission du VIH. De même, l'infection à VIH aggrave les signes cliniques des IST et complique leur traitement. Chez nos sujets, nous avons retrouvé une fréquence des infections des vaginites à candida (44,3%), d'Herpes génital (21,3%) et de condylome acuminé (16, %). Ils ont en commun leur mode de transmission et de prévention.

CONCLUSIONS

- Les manifestations cutanées associées à l'infection à VIH sont nombreuses et variées.
- Ce sont des dermatoses courantes.
- Prurigo, maladie de Kaposi, pyodermite, dermatophytie, dermite séborrhéique, et zona sont des marqueurs cliniques assez spécifiques de l'infection à VIH/SIDA chez nos patients.
- La prise en charge thérapeutique, qu'elle soit celle des affections opportunistes ou par les ARV induit de nouvelles affections dermatologiques.

VARICELLE

Figure 1



Vésicules

Figure 2



Sémi vésicules
pustules diffuses

HERPES SIMPLEX

Figure 3



Figure 5



Figure 4



Figure 3 : Vésicules regroupées au niveau labial

Figure 4 : Bouquet de vésicules sur la fesse

Figure 5 : Erosions du pli interfessier et périanales

ZONA

Figure 6



Vésicules du flanc

Figure 7



Vésicules multimétamériques unilatérales du dos

Figure 8



Figure 8

Impétiginisé plus maladie de Kaposi

Figure 9



Impétiginisé ulcéré

Figure 10



Dermatophytie en culotte

SYPHILIS

Figure 11



Papuloses

Figure 12



Uceration génitale

Figure 13



Gale Impétiginisée

Figure 14



Prurigo

Figure 15



**Exanthème Diffu (PRG)
Plus Nodule de Kaposi**

Figure 16



Dystrophie Capillaire

MALADIE DE KAPOSI

Figure 17



Nodules Hyperpigmentés

Lymphoedeme bilatérale des pieds
siège d'une infiltration Kaposienne

Figure 18



Lymphoedeme bilatérale
Onychodystrophie
Pemphigus

REFERENCES

1. Callen JP and Cockerel CJ. Dermatological Diseases. In: AIDS Therapy, Doling R, Masur and saag MS, Eds. Churchill LIVINGSTONE 1999, p 639.
2. CME 2000; 18(4): 321 –6.
3. Khopkar U.A synopsis of HIV infection and AIDS In India 2000;18(4):421-61
4. Eric Caumes Principales Dermatoses du VIH/SIDA dans Nouvel Dermatologie 1996 ; 15 (suppl. 1) 40-2
5. Emel Calikoglu in Cutaneous Manifestations of HIV Diseases April 14 , 2003.
6. Eric Caumes VIH édition 2001 PM GIRARD, CH. KATLAMA, G. PIALOUX
7. SCHWATS RA: Kaposi sarcoma advances and perspectives in Am Acad. Dermatol 1996; 34; 804-14.
8. <http://www.healthfirst.ca.za>