



## Clinical Case

## Évolution Paradoxale de la Maladie de la Kaposi après Instauration du Traitement (ARV-Doxorubicine)

### *Paradoxical evolution of Kaposi Disease after initiation of medical treatment (HAART-Doxorubicine)*

Diabaté Almamy<sup>1</sup>, Gbandama Koffi Kouamé Pacôme, Gué Irénée, Kouabenan Amond Anderson Stephen, Vagamon Bamba, Aka Boussou Romain

1-Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

2- Service de PPH, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

3- Service de Dermatologie, CHU de Treichville, Abidjan. Côte d'Ivoire

**Correspondance** : Dr Diabaté Almamy, +22507985142

Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire, Email : docalmamy@yahoo.fr

**Mots clés** : kaposi, cutanée, ARV-antimitotique, poumon.

**Key words**: kaposi, cutaneous, ARV-antimitotic, lung.

#### RÉSUMÉ

La maladie de Kaposi pulmonaire est rare en Cote d'ivoire. Dans les formes épidémiques, l'évolution est d'abord cutanée puis viscérale sans traitement. Nous rapportons un cas d'évolution paradoxale chez un instituteur de 40 ans diagnostiqué VIH positif sous traitement.

#### ABSTRACT

Kaposi pulmonary disease is rare in Ivory Coast. In epidemic forms, the evolution is initially cutaneous and then visceral without treatment. We report a case of paradoxical evolution in a 40 years old teacher who was found HIV positive while being treated.

#### INTRODUCTION

La maladie de kaposi(MK) est une infection due au HHV8, se manifestant sous forme néoplasique. Elle est fréquente chez les patients VIH positif dans (5% à 40%) avec un taux de CD4 < 200 [1]. Les atteintes cutanées et pulmonaires coexistent dans 95% des cas [1,2]. La MK pulmonaire engage le pronostic vital [3] sans traitement. Nous rapportons un cas d'évolution paradoxale de cette maladie.

#### OBSERVATION

Un patient de 40 ans, instituteur, dépisté le 25 mai 2009, avec un bilan initial d'un taux de CD4 = 240 cellules / mm<sup>3</sup>, classé stade A2, non éligible au TARV (R.C.N 2006) [4] sous cotrimoxazole un comprimé par jour. Il revient consulté le 17 octobre 2018 pour éruption cutanée. L'examen a retrouvé des nodules infiltrés angiomateux disséminés, faisant suspecter une maladie de Kaposi (figure 1).

L'histologie réalisée a montré une double prolifération vasculaire et cellulaire avec coloration de PERLS positive. Ainsi la maladie de Kaposi cutanée a été diagnostiquée classer stade c (CDC 93).

Le bilan pré thérapeutique relevait une radiographie pulmonaire de face normale, taux de leucocyte à 4200,

CD4=305 cellules / mm<sup>3</sup>, une anémie hypochrome microcytaire (Hémoglobine =9.5g/dl),



**Figure 1** : multiple nodules angiomateux

L'ionogramme sanguin, le bilan rénal, la glycémie, les transaminases et l'électrocardiogramme étaient normales. Le traitement entrepris ARV (TDF+FTC+LPV/R) associé à une chimiothérapie (50 mg de doxorubicine tous les 21 Jours) était bien suivie et bien toléré. Quatre mois plus tard, il revient pour une toux grasse avec

expectoration séromuqueuse évoluant depuis une semaine. L'examen relevait une fièvre à 38°, une asthénie, des vertiges, une anorexie et une dyspnée d'effort avec fréquence respiratoire 38 cycles par minute, Pâleur conjonctivale, nodules cutanées angiomeux, syndrome de condensation pulmonaire bilatérale. Nous avons évoqué IRIS (syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire), Tuberculose pulmonaire et MK pulmonaire. Les examens paracliniques donnaient une anémie normochrome normocytaire à 5,5g/dl, une bacilloscopie négative, intradermoréaction à la tuberculine était anergique et la radiologie pulmonaire de face mettait en évidence un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral (figure 2).



**Figure 2** : Radiographie pulmonaire de face montrant le syndrome alvéolo-interstitiel

Le Taux de CD4 de contrôle à 212 cellules / mm<sup>3</sup>, (ce taux a baissé par rapport au début du traitement ARV) donc pas IRIS. La fibroscopie bronchique montrait des nodules rouges, de taille variable non friable dont l'histologie mettait en évidence double prolifération vasculaire et cellulaire avec coloration de PERLS des fragments biopsies. Pourquoi une localisation pulmonaire ? ; S'agit-il d'un rebond de la Maladie de Kaposi ? Le patient a reçu la dexaméthasone et une transfusion de sang iso groupe iso rhésus, et la thérapie antirétrovirale (TDF+FTC+LPV/R) associé à la chimiothérapie a été poursuivie. La dyspnée a été résolue après une semaine d'hospitalisation. Et la rémission des signes cliniques et biologiques a été constatée après quatre autres mois de traitement. L'évolution clinique a été favorable avec reprise du travail deux mois plus tard.

## DISCUSSION

Dans cette observation, nous rapportons un cas kaposi pulmonaire chez un patient de 40 ans dépisté au départ VIH1 avec un taux de CD4 à 240 cellules / mm<sup>3</sup> non éligible aux traitements ARV selon les recommandations nationales de la prise en charge de personnes vivant avec le VIH de 2006 [4], dont l'éligibilité aux traitements ARV était taux de CD4 < 200. Cette recommandation montre ses limites à travers ce cas rapporté avec la survenue cette affection opportuniste. D'où la révision en

2010, le taux de CD4 est passé 350 pour le début du TARV. Le risque relatif sans ARV est multiplié par 239 contre 25,3 pour le patient en traitement [5]. Or notre patient n'était sous ARV. L'atteinte pulmonaire survient dans 6 à 32% des patients atteints du VIH qui ont des manifestations cutanées de sarcome de Kaposi sans traitement [1]. Certains auteurs parlent de l'évolution normale de la maladie de Kaposi sans traitement et aussi l'atteinte pulmonaire est précédée de l'atteinte cutanée ou l'atteinte pulmonaire d'emblée [2, 5,7,8]. Dans notre observation notre patient avait une maladie de kaposi cutané en cours de traitement et la manifestation pulmonaire est apparue par la suite d'ou la particularité de cette observation. L'amélioration clinique des signes sous doxorubicine associé aux ARV dans la MK épidémique a été décrite dans la littérature. [9,10,11]. Mais ce Protocole n'est pas codifié.

## CONCLUSION

La MK Pulmonaire est une étiologie à évoquer devant toute pathologie respiratoire chez le sujet VIH positif. Il faut préconiser l'instauration des ARV dès le dépistage du VIH.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## RÉFÉRENCES

1. É. Arruda, A. Andrade, A.L.C.C. Toscano, A.A. Silvestrini, A.S. B. Régo, E.G. Wiermann, et coll ; Erratum on "Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases and Brazilian Society of Clinical Oncology on the management and treatment of Kaposi's sarcoma" [Braz. J. Infect. Dis. 18 (3) (2014) 315–326]
2. Ascoli V I , Minelli G , Kanieff M , R Cialesi , Frova L , S Conti. Cause-specific mortality in classic Kaposi's sarcoma: a population-based study in Italy (1995-2002). . Br J Cancer 2009 6 octobre; 101 (7): 1085-1090. doi: 10.1038 / sj.bjc.6605265. Epub 2009 25 août.
3. C. Kim , D. Shu ,Le sarcome de Kaposi du poumon JAMC. 1 juillet 2008; 179 (1): 107.
4. Guide de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA de l'adulte et de l'enfant ; EMSP/PNPEC Edition 2006.
5. Lin CY1, Chen MY, Hsieh SM, Sheng WH, Sun HY, Lo YC, et coll.Kaposi's sarcoma in patients with human immunodeficiency virus infection in Taiwan. J.Microbiol Immunol Infect. 2009 Jun;42(3):227-33.
6. young AC, Mazzullo JM, Simon AR, Skolnik PR. Case report: Kaposi's sarcoma: an unusual presentation Med Gen Med. 28 septembre 2001; 3 (4): 8.
7. Sumedh S. Hoskote, Vishal P. Patel, Pulmonary Kaposi sarcoma in AIDS, Indian Journal of Dermatology, Octobre 2012 Volume 87, Numéro 10, page E77
8. R.F. Cabral, E. Marchiori, T.C.Takayasu, F.C. Cabral, R.R.Batista and G.Zanetti. Pulmonary Kaposi sarcoma in a human immunodeficiency virus – infected woman: a case report Cases Journal 2009, 2:5 doi:10.1186/1757-1626-2-5
9. Hoskote SS, Patel VP. Pulmonary Kaposi sarcoma in AIDS. Mayo Clin Proc. 2012 Oct;87(10)
10. Holkova, B., Takeshita, K., Cheng, DM et al. Effet du traitement antirétroviral hautement actif sur la survie chez les patients atteints pulmonaire associée au SIDA sarcome de Kaposi traités par chimiothérapie. J Clin Oncol. 2001 ; 19 : 3848-3851
11. Northfelt DW, Dezube BJ, JA Thommes, BJ Miller, Fischl MA, Friedman-Kien A, et al . Pégylé-doxorubicine liposomale par rapport à la doxorubicine, la bléomycine, la vincristine et dans le traitement du sarcome de Kaposi associé au SIDA: Résultats d'un essai clinique III randomisée de phase. J Clin Oncol 1998; 16: 2445-51.