



# Les lésions digestives secondaires au syndrome de l'immunodéficience acquise

## *Gastrointestinal lesions in patients with acquired immunodeficiency syndrome*

**Ghislaine Ngatcha, Nawal Kabbaj, Mouna Salihoun, Laila Amrani, Zakia Chaoui, Mohamed Acharki, Mohamed Nya, Naima Amrani**

Service EFD-Hépatogastroentérologie, Hôpital Ibn Sina, UM5S; Rabat (Maroc)  
[n\\_ghisou@hotmail.com](mailto:n_ghisou@hotmail.com)

### Résumé

*Introduction* : Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) s'accompagne souvent d'atteintes du tube digestif, tumorales ou secondaires à des infections opportunistes. Le but du travail est de déterminer les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques des atteintes digestives secondaires au SIDA et d'étudier leur corrélation.

*Patients et méthodes* : 68 patients atteints du SIDA ont été explorés au service EFD-HGE sur une période de 5 ans. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) et/ou d'une iléo-coloscopie avec une étude anatomo-pathologique des biopsies.

*Résultats* : Les lésions digestives hautes étaient: une œsophagite mycosique dans 19 cas, une gastrite congestive dans 14 cas, une gastrite ulcéralive chez un patient, une gastrite érosive chez un patient, une duodénite congestive dans 9 cas et des lésions angiomateuses très évocatrices de la maladie de Kaposi dans 6 cas. L'étude anatomo-pathologique des biopsies a conclu à des lésions digestives hautes liées au SIDA dans 27 cas (53 %). Les lésions digestives basses étaient : une colite ulcéralive dans 22 cas, des angiodysplasies dans 4 cas, une colite érosive dans 16 cas. La coloscopie totale était normale chez 2 patients. L'étude anatomo-pathologique des biopsies iléales et coliques a conclu à des lésions secondaires au SIDA dans 8 cas (18,1 %). Il existait une corrélation statistiquement significative entre les aspects endoscopiques et anatomopathologiques spécifiques au SIDA (coefficient kappa = 0,730).

*Conclusion* : Les atteintes digestives liées au SIDA sont assez fréquentes, elles étaient de 51,4 % dans cette étude dominées par les infections opportunistes. Une corrélation était retrouvée entre les lésions endoscopiques et spécifiques au SIDA.

### Mots-clés

SIDA ; Atteintes digestives ; Endoscopie

### Abstract

Background: *The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is often associated of the gastrointestinal lesions, tumor or secondary to opportunistic infections. The aim of this study is to determine the endoscopic and histopathological gastrointestinal lesions of AIDS and study their correlation.*

Patients and Method: *68 patients with AIDS were explored in our unit over a five-year period. All patients underwent an upper gastrointestinal endoscopy and/or a total colonoscopy with histopathological study of biopsies. The kappa coefficient was used to calculate the correlation between endoscopic and histopathological lesions specific to AIDS.*



Results: Upper gastrointestinal endoscopy revealed: fungal esophagitis in 19 cases, congestive gastritis in 14 cases, ulcerative gastritis in a patient, erosive gastritis in a patient, congestive duodenitis in 9 cases, and angiomatous lesions of Kaposi's sarcoma in 6 cases. Histopathological study of biopsies concluded to specific upper gastrointestinal lesions of AIDS in 27 cases (54%): *Candida albicans* in 19 patients, Kaposi's sarcoma in 6 cases, Cytomegalovirus (CMV) gastritis in 1 case, gastric cryptosporidiosis associated with Cytomegalovirus gastritis in 1 case. Colonoscopy objectified: ulcerative colitis in 22 cases, 4 cases of angiodysplasia, erosive colitis in 16 cases. Histopathological study of ileal and colonic biopsies concluded to specific lesions of AIDS in 8 cases (18.1%). Significant correlation was found between endoscopic and histopathological lesions specific of AIDS ( $\kappa = 0,730$ ).

Conclusion: Gastrointestinal lesions specific of AIDS are fairly common, they were 52.2% in this study dominated by opportunistic infections. A correlation was found between endoscopic and histopathological lesions specific of AIDS in this study.

## Keywords

AIDS; Gastrointestinal lesions; Endoscopy

## Introduction

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) représente la plus grande épidémie mortelle dans le monde. Le tractus digestif constitue le site majeur du SIDA ; l'endoscopie est l'examen diagnostique de choix des atteintes digestives liées au sida car beaucoup de ces lésions ont un aspect caractéristique à l'endoscopie, ce qui permet de réaliser des biopsies avec un examen anatomo-pathologique et dans certains contextes, un traitement empirique en attendant les résultats des biopsies [1]. La prévalence des infections opportunistes du tube digestif dépend étroitement du degré de l'immunodépression. Elles apparaissent généralement lorsque le taux de lymphocytes T CD4 < 200/mm<sup>3</sup> [2]. Le but de notre travail est de déterminer les aspects endoscopiques et anatomopathologiques des atteintes digestives secondaires au SIDA et d'étudier leur corrélation.

## Patients et méthodes

Notre étude a porté sur tous les patients atteints du SIDA présentant des troubles digestifs référés dans notre service pour une endoscopie digestive haute et/ou basse durant une période de 5 ans (janvier 2008 à mai 2013). L'endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) était réalisée à jeun avec ou sans sédation. L'iléo-coloscopie était réalisée sous sédation au propofol après un régime sans résidu de 3 jours et une préparation à base de PEG (Polyéthylène glycol) la veille de l'examen. Pour la corrélation entre les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques spécifiques au SIDA, le coefficient kappa était calculé. L'analyse statistique était faite à l'aide du logiciel SPSS version 13.0.

## Résultats

Sur les 68 patients atteints du SIDA, 24 patients ont bénéficié d'une EOGD pour une dysphagie associée à des épigastralgies ; une EOGD associée à une iléo-coloscopie a été réalisée chez 27 patients (dont 6 pour un bilan d'extension des lésions cutanées de Kaposi et 21 pour des épigastralgies associées à une diarrhée chronique), 17 patients ont bénéficié d'une iléo-coloscopie pour une diarrhée chronique associée à une fièvre au long cours (Tableau 1).



L'EOGD a objectivé : des plaques blanchâtres en faveur d'une œsophagite mycosique dans 19 cas (37,2 %) (Fig. 1), des lésions angiomateuses très évocatrices de la maladie de Kaposi dans 6 cas (11,7 %) (Fig. 2), une gastrite congestive dans 15 cas (29,4 %), une gastrite ulcéralive chez un patient (2 %) (Fig. 3), une gastrite érosive chez un patient (2 %), et une duodénite congestive dans 9 cas (17,6 %). L'iléo-coloscopie a objectivé une colite ulcéralive dans 22 cas (50 %), une colite érosive dans 16 cas (36,3%), des angiodysplasies dans 4 cas (9 %). L'iléo-coloscopie était normale chez 2 patients (4,5 %). L'étude anatomo-pathologique des biopsies a conclu à des lésions digestives hautes spécifiques au SIDA dans 27 cas (53 %) (Tableau 2) : des filaments mycéliens chez 19 patients (37,2 %), une maladie de Kaposi dans 6 cas (11,7 %), une cryptosporidiose gastrique associée à une gastrite à cytomégalo-virus (CMV) dans 1 cas (2 %), une gastrite à CMV dans 1 cas (2 %). 24 patients (47 %) avaient des lésions non spécifiques au SIDA qui sont une gastrite chronique légèrement ou modérément active non atrophique dans 15 cas (29,4 %) avec présence d'*Helicobacter pylori* dans 10 cas, et une duodénite interstitielle sans atrophie villositaire dans 9 cas (17,6 %). L'étude anatomo-pathologique des biopsies iléales et coliques a conclu à des lésions spécifiques au SIDA dans 8 cas (18,1 %) : une colite à CMV dans 5 cas (11,3 %) et une colite granulomateuse sans nécrose caséuse en faveur d'une tuberculose chez 3 patients (6,8 %) (Tableau 3). 34 patients avaient une iléo-colite interstitielle non spécifique. Il existait une corrélation significative entre les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques spécifiques au SIDA ( $Kappa=0,730$ ) (Tableau 4).

**Tableau 1. Manifestations cliniques**

Symptômes	n (%)
Dysphagie et Epigastralgies	24 (35,2)
Diarrhée chronique et Epigastralgies	21 (30,8)
Diarrhée chronique et Fièvre au long cours	17 (25)
Kaposi cutané (bilan d'extension)	6 (8,9)

**Tableau 2. Lésions digestives hautes spécifiques au SIDA retrouvées à l'étude anatomo-pathologique**

Lésions digestives hautes	n = 27 (53 %)
Filaments mycéliens	19 (37,2%)
Maladie de Kaposi	6 (11,2%)
Cryptosporidiose gastrique+Gastrite à CMV	1 (2%)
Gastrite à CMV	1 (2%)

**Tableau 3. Lésions digestives basses spécifiques au SIDA retrouvées à l'étude anatomopathologique**

Lésions digestives basses	n = 8 (18,1%)
Colite à CMV	5 (11,3%)
Colite granulomateuse (tuberculose)	3 (6,8%)



**Figure 1**  
*Œsophagite mycosique*



**Figure 3**  
*Cryptosporidiose gastrique + gastrite à CMV*



**Figure 2**  
*Sarcome de Kaposi gastrique*

**Tableau 4. Corrélation entre les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques spécifiques au SIDA**

Aspects endoscopiques	n = (51, 4%)	Aspects anatomo-pathologiques	n = (51, 4%)
Œsophagite mycosique	28	Filaments mycéliens	28
Lésions angiomeuses	8,9	Sarcome de Kaposi	8,9
Gastrite ulcérate	1,4	Cryptosporidiose gastrique+Gastrite à CMV	1,4
Gastrite érosive	1,4	Gastrite à CMV	1,4
Colite ulcérate	7,3	Colite à CMV	7,3
Colite érosive	4,4	Colite granulomateuse	4,4

*Kappa = 0,730*

## Discussion

Le tube digestif est l'un des principaux organes cibles du SIDA. Les manifestations digestives sont très fréquentes et représentent 50 à 90 % des cas selon la littérature [1, 2, 3].

Le *Candida albicans* constitue la principale cause d'infection opportuniste de l'œsophage, suivi par l'infection à CMV. Les patients développent souvent une dysphagie et une odynophagie [4]. Dans notre série, l'œsophagite mycosique est retrouvée dans



37,2 % des cas. Le diagnostic de l'œsophagite mycosique est suggéré par la présence de plaques exsudatives blanchâtres à l'endoscopie et il est confirmé par la présence de filaments mycéliens envahissant la paroi œsophagienne sur l'étude anatomo-pathologique des biopsies [5, 6], comme ce fut le cas dans notre série.

Une diminution de l'acidité gastrique a été décrite chez les patients atteints du SIDA, pouvant fournir un environnement plus propice à la colonisation pathogène [4, 7]. Bien que les ulcères ne soient pas fréquents, des gastrites ont été décrites en association avec un virus, des helminthes, des protozoaires et des champignons [8, 9]. Dans notre série, une gastrite ulcérate a été associée à la fois à une cryptosporidiose et une infection à CMV, une gastrite érosive a été associée à une infection à CMV. La gastrite à CMV est la principale infection opportuniste de l'estomac [8, 9]. A l'endoscopie, elle est souvent associée à des ulcérations, des érosions, une muqueuse érythémateuse, parfois une muqueuse saine, et confirmée à l'examen anatomo-pathologique par la présence de cellules cytomégaliennes dans les biopsies tissulaires colorées par l'hématoxyline et l'éosine [8, 9]. L'estomac est considéré comme la localisation secondaire des infections opportunistes liées aux parasites [10]. Il n'existe pas d'aspect endoscopique pathognomonique spécifique : une hyperémie gastrique, un œdème et des érosions surtout de l'antrum ont été rapportés [11, 12]. La cryptosporidiose peut également se rencontrer sur une muqueuse saine [11]. Elle était associée à une ulcération gastrique dans notre série. L'examen anatomo-pathologique montre les parasites principalement sur les cellules épithéliales recouvrant les cryptes gastriques et colorées par l'hématoxyline et l'éosine [10].

La prévalence du sarcome de Kaposi chez les patients atteints de SIDA se situe entre 11 % et 50 % selon la littérature [13-16]. Dans notre série, la fréquence était de 11,7 %, siégeant au niveau gastrique. Sur le plan endoscopique, il se présente sous forme de lésions nodulaires sessiles ou de polypes rouges vifs de quelques millimètres à 2 cm de diamètre. Ces lésions peuvent être multiples et disséminées ou uniques et dépassant 8 à 10 mm de diamètre. Elles peuvent être ombiliquées, ou angiomateuses. L'examen anatomo-pathologique des biopsies montre une prolifération tumorale à cellules fusiformes groupées en faisceaux et séparées par des fentes capillaires [3, 17, 18, 19]. Cet aspect endoscopique et histologique sus-décrit a été retrouvé dans notre étude. La diarrhée chronique est un problème clinique important chez les patients atteints du SIDA, et elle est toujours une cause de morbidité et de mortalité [20]. De rares manifestations d'infection à CMV incluent des ulcères isolés pouvant causer une perforation ou une iléite terminale mimant la maladie de Crohn [22] ; dans notre série, une colite ulcérate en faveur d'une infection à CMV a été retrouvée dans 11,3 % des cas. La tuberculose digestive est surtout localisée au niveau de l'intestin grêle et la région iléocolique chez les patients atteints du SIDA [23] ; elle peut être associée à des réactions granulomateuses qui conduisent à des ulcères, fistules et même des perforations. Sur le plan anatomo-pathologique, il ya peu de BAAR et les granulomes sont non caséux chez les patients atteints du sida [23, 24]. Dans notre série, nous avons retrouvé 6,8 % des cas de tuberculose colique. Une corrélation entre les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques spécifiques au SIDA a été retrouvée dans notre étude.

## Conclusion

Les atteintes digestives liées au SIDA sont assez fréquentes ; elles étaient de 51,4 % dans cette étude dominées par les infections opportunistes. Les œsophagites mycosiques étaient les plus fréquentes suivies par l'infection à CMV. La maladie de Kaposi était la seule néoplasie retrouvée dans notre série. Il existait une corrélation statistiquement significative entre les aspects endoscopiques et anatomo-pathologiques spécifiques au SIDA.

L'endoscopie digestive haute et basse avec des prélèvements biopsiques occupe une place importante dans la prise en charge des patients présentant des atteintes digestives liées au SIDA. Elle permet le plus souvent d'obtenir un diagnostic précis permettant d'orienter le traitement.



## Références

1. Feriyl B, Charu S, Shou-Jiang T, Dominique J. Human Immunodeficiency Virus- Associated Gastrointestinal Disease Common Endoscopic Biopsy Diagnoses Pathology Research International 2011;article ID247923,(8).
2. Vallot T. Lésions endoscopiques du SIDA, J Afr Hepato Gastroenterol 2007; Vol 1: 30-33
3. Ana L, Ivete B. Role of upper endoscopy in diagnosing opportunistic infections in human immunodeficiency virus-infected patients. WJG Gastroenterol 2009;15(9): 1050-56.
4. Alyoune M, Biadillah M. Atteintes digestives du SIDA. Médecine du Maghreb 1991; n° 25.
5. Marie Li, Tubiana R, Katlama C, et al. Long-lasting recovery in CD4 T-cell function and viral-load reduction after highly active antiretroviral therapy in advanced HIV-1 disease. Lancet 1998;351:1682-86.
6. Adams T, Upcroft P, Upcroft J. The activity of protease inhibitors against Giardia duodenalis and metronidazole resistant Trichomonas vaginalis. Int JAntimicrob Agents 2007;29:98-99.
7. Mönkemüller KE, Lazenby AJ, Lee DH, Loudon R, Wilcox CM. Occurrence of gastrointestinal opportunistic disorders in AIDS despite the use of highly active antiretroviral therapy. Dig Dis Sci 2005;50:230-6.
8. Wilcox CA, Saag DM. Gastrointestinal complications of HIV infection: changing priorities in the HAART era. Gut 2008;57:861-70.
9. Chiu HM, Wu MS, Hung CC, Shun CT, Lin JT. Low prevalence of Helicobacter pylori but high prevalence of cytomegalovirus associated peptic ulcer disease in AIDS patients: Comparative study of symptomatic subjects evaluated by endoscopy and CD4 counts. J Gastroenterol Hepatol 2004;19:423-28.
10. Chalasani N, Wilcox CM, Hunter HT, Schwartz DA. Endoscopic features of gastroduodenal cryptococcosis in AIDS. Gastrointest Endosc 1997;45:315-17.
11. Lumadue JA, Manabe YC, Moore RD, Belitsos PC, Sears CL, Clark DP. A clinicopathologic analysis of AIDS-related cryptosporidiosis. AIDS 1998; 12:2459-66.
12. Werneck-Silva AL, Prado IB. Gastroduodenal opportunistic infections and dyspepsia in HIV-infected patients in the era of Highly Active Antiretroviral Therapy. J Gastroenterol Hepatol 2009;24:135-39.
13. Rossi P, Rivasi F, Codeluppi M, Ga Catania A, Tamburrini A, Righi E, Pozio E. Gastric involvement in AIDS associated cryptosporidiosis. Gut 1998;43:476-77.
14. Ilboudo D, Bougouma A, Bonkougou P. Pathologie gastrique et syndrome d'immunodéficience acquise à l'hôpital national de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire 1996;43(1).
15. Cosnes J, Darmoni S, Evard D, Le Quintrec Y. Intérêt des explorations endoscopiques digestives au cours du syndrome d'immunodépression acquise (45cas). Ann Gastroent Hepato 1986;22(3):123-27.
16. Dworkin B, Workms GP, Rosenthal WS, et al. Gastrointestinal manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome: a review of 22 cases. Am J Gastroenterol 1985;80(10):774-78.
17. Farmand J, Lerner ME, Balthazar E, et al. Gastrointestinal Radiol 1992;17(3):802-6.
18. Menadier J. Le sarcome de kaposi au cours du Sida. Med Chir Dig 1988;534.
19. René E. Diagnostic des infections intestinales au cours du SIDA. Act Med Int Gastro-entérologie (3) 1989, p: 11-13.
20. Rozenbaum W. Affections parasitaires et fongiques au cours du SIDA. 1986;36,21 p1185-89.
21. Kearney DJ, Steuerwald M, Koch J, Cello JP. A prospective study of endoscopy in HIV-associated diarrhea. Am J Gastroenterol 1999;94:596-602.
22. Bown JW, Savides TJ, Mathews C, Isenberg J, Behling C, Lyche KD. Diagnostic yield of duodenal biopsy and aspirate in AIDS-associated diarrhea. Am J Gastroenterol 1996;91:2289-92.
23. Wajsman R, Cappell MS, Biempica L, Cho KC. Terminal ileitis associated with cytomegalovirus and the acquired immune deficiency syndrome. Am J Gastroenterol 1989;84:790-793.
24. Pratap A, Cerda SR, Varghese JC, Oviedo JA. Duodenal tuberculosis. Gastrointest Endosc 2006;64:648-9.

**Lien d'intérêt : aucun**