

**Sonia Baumard et Christophe Strady.
Groupe Courlancy. 51100 Reims.**



**Mme M., 76 ans, hospitalisée pour une lésion
du pied droit via les urgences**

Originaire de Mayotte, en visite chez sa fille

Pas d'antécédents notables par ailleurs (prolapsus génital)

**Lésion évoluant depuis plus de 1 an avec aggravation
et extension progressive**

Odeur nauséabonde, sans notion de syndrome septique



Quel diagnostic évoquez vous ?

1. Chromomycose

2. Mycétome

3. Surinfection bactérienne

4. Kaposi endémique du pied

1. Chromomycose

2. Mycétome

3. Surinfection bactérienne

4. Kaposi endémique du pied

Quels examens faites vous?

1. Biopsie cutanée
2. Sérologie VIH
3. Prélèvements microbiologiques locaux
4. Radiographies du pied
5. Radiographie pulmonaire
6. Bilan biologique standard
7. PCR HHV8

1. Biopsie cutanée

2. Sérologie VIH

3. Prélèvements microbiologiques locaux

4. Radiographies du pied

5. Radiographie pulmonaire

6. Bilan biologique standard

7. PCR HHV8

Résultats

NFS : anémie, hypergammopathie polyclonale, CRP : 27

Biopsie : nécrose et accumulation de cellules fusiformes disposées de façon anarchique ou organisée avec des ébauches de fascicules et des agencements autour de la lumière vasculaire. Les immunomarquages confirment la présence d'une néoangiogénèse (CD 31+) et d'HHV8

Prélèvement microbiologique local : cocci Gram +

PCR HHV8 : positive

Radiographie du pied : normale

Sérologie VIH : négative

Quel traitement proposez vous ?

- 1. Antibiothérapie par voie générale**
- 2. Chimiothérapie (Taxotere®)**
- 3. Traitement antifongique (Sporanox®)**
- 4. Amputation du pied**

1. Antibiothérapie par voie générale

2. Chimiothérapie (Taxotere®)

3. Traitement antifongique (Sporanox®)

4. Amputation du pied

Finalemment...

Après une antibiothérapie (Claventin® puis Augmentin®) et 9 cures de Taxotere® à 3 semaines d'intervalle, l'évolution est favorable



Maladie de Kaposi

- Prolifération mésenchymateuse d'origine virale (HHV-8) entourées de "spindle cells"
- 4 formes :
 - Kaposi classique, rare, homme > 50 ans du pourtour méditerranéen
 - Kaposi endémique : en Afrique essentiellement
 - Kaposi lié au Sida, risque plus élevé (× 20 000 r/r population générale)
 - Kaposi par immunodépression acquise (iatrogène)

Principales caractéristiques

Maladie de Kaposi	Kaposi classique	Kaposi endémique	Kaposi de l'immuno-dépression acquise iatrogène	Kaposi-sida
Géographie	<ul style="list-style-type: none"> Europe centrale Pourtour méditerranéen 	<ul style="list-style-type: none"> Afrique centrale et de l'est +/- Amérique du Sud 	<ul style="list-style-type: none"> Surtout Europe, Amérique du Nord Moyen-orient 	<ul style="list-style-type: none"> Mondiale
Ethnie	Juive	-	-	-
Age	50-80	<ul style="list-style-type: none"> 25-40 Enfant /forme ganglionnaire 	10-80	Surtout adulte
Sexe ratio	15 H / 1 F	H >>> F	2H/1F	50 H / 1 F
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> Association à un syndrome lympho-prolifératif Lymphopénie CD4 idiopathique 	?	<ul style="list-style-type: none"> Greffe Traitement immuno-suppresseur Risque x 500 	<ul style="list-style-type: none"> Homo ou bisexuels Hétérosexuels et enfants en Afrique
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Macules, placards Papulo-nodules angiomeux Plaques parfois verruqueuses Evolution pigmentaire Localisation acrale Lymphoedème 	<ul style="list-style-type: none"> Idem / forme nodulaire 25%, forme floride 40% forme infiltrante /MI 15% forme ganglionnaire/enfant 20% 	<ul style="list-style-type: none"> Expression clinique intermédiaire fonction du déficit immunitaire Extrémités Atteinte visage et tronc possible 	<ul style="list-style-type: none"> Macules, papules nodules, plaques plus diffuses et notamment faciales et génitales Ulcération
Atteinte muqueuse	Rare	Rare	Plus fréquente	Fréquente
Adénopathie	Rare	<ul style="list-style-type: none"> Surtout si forme floride Constante si forme ganglionnaire 	Occasionnelle	Fréquente
Localisation viscérale	Rare : digestive, osseuse	Rare	Occasionnelle	Respiratoire, digestive ORL, médullaire, uro-gynécologique
Evolution	Lente	Variable selon forme	Localisée	Rapidement progressive
Pronostic	Survie 10-15 ans	1 à 10 ans	Amélioration après restauration immune	Rémission sous trithérapie

Traitement

Monochimiothérapie :

- bléomycine (5 mg×3 IM/ 14 jours)
- vincristine (2 mg/m² IV/ 7jours)
- epirubicine (90 mg/m²/ 21j IV)
- etoposide (25mg/m² × 2/jour 7 jours/ 14 J)
- anthracyclines liposomales : doxorubicine (20 mg/m²/ 15 j IV) ou daunorubicine (40 mg/m² IV/14jours)
- taxane : paclitaxel (100 mg/m² IV/14 jours), docetaxel

Interferon alpha pégylé (3 Mui×3 /semaine)

Thalidomide (100 mg/jour)