

Communication brève — Korte mededeling — Short communication

**SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE
CHEZ TROIS PATIENTS DU ZAIRE**

par

H. Taelman, J. Dasnoy, E. Van Marck & L. Eyckmans
*Clinique Léopold II & Laboratoire d'Anatomo-Pathologie,
Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold,
Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique*

Selon les Centers for Disease Control (CDC, 1982) des Etats-Unis, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (*) peut être défini comme un syndrome groupant diverses affections se développant à la faveur d'un effondrement du système immunitaire cellulaire de l'hôte, inexpliqué par les causes habituelles responsables de cet état (cancers, immunodéficiences primaires, collagénoses, traitement immuno-suppresseur).

Ce syndrome englobe ainsi les formes viscérales et généralisées du sarcome de Kaposi, toutes les infections opportunistes : pneumonie à *Pneumocystis carinii*; toute pneumonie, méningite ou encéphalite causée par un ou plusieurs des agents suivants : *Aspergillus*, *Candida*, *Cryptococcus*, *Cytomégalovirus* (CMV), *Nocardia*, *Strongyloïdes*, *Toxoplasma*, *Zygomycetes*, *Mycobactéries* atypiques (*M. tuberculosis* et *M. leprae* exclues); l'œsophagite à *Candida*, CMV, virus herpétique; la leucoencéphalite multifocale progressive; l'entérocolite chronique (> 4 semaines) à *Cryptosporidium*; la maladie herpétique mucocutanée évoluant depuis plus de cinq semaines. Depuis juin 1981, le SIDA a été rapporté avec une fréquence croissante aux Etats-Unis (1 à 2 nouveaux cas par jour) et sporadiquement en Europe.

Quatre groupes de population à risque ont été identifiés : 1) des jeunes hommes homosexuels antérieurement en bonne santé, 2) des hommes et des femmes utilisant des drogues IV, 3) des immigrants Haïtiens résidant aux Etats-Unis, 4) des hémophiles ayant subi des transfusions répétées.

Jusqu'à ce jour, aucune mention n'a été faite à notre connaissance d'un SIDA chez des sujets africains ou ayant résidé en Afrique.

Au cours des années 1981-1982, nous avons eu l'occasion d'observer 3 patients, 2 zaïrois et 1 grec, transférés en Belgique pour mise au point d'un syndrome présent depuis plusieurs mois, associant sur le plan clinique une grande asthénie, une perte de poids importante, une fièvre persistante, une diarrhée chronique et des adénopathies, et sur le plan biologique une

(*) En anglais : acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

anémie, lymphopénie, VS élevée, hypergammaglobulinémie. Ces patients, 1 femme et 2 hommes dont l'âge variait entre 23 et 44 ans, qui n'étaient ni des homosexuels ni des drogués et n'avaient jamais été traités par des drogues immuno-suppressives, sont tous décédés de cryptococcose généralisée, associée dans 2 des cas à une pneumonie à *Pneumocystis carinii*.

Aucune affection sous-jacente ne fut découverte à l'autopsie.

Bien que des investigations immunologiques poussées n'aient pu être pratiquées chez ces patients, ceux-ci répondent en tous points à la définition du SIDA.

Nous pensons dès lors que les Africains ou les sujets ayant séjourné longtemps en Afrique pourraient constituer un nouveau groupe de population à risque.

Des études épidémiologiques sont nécessaires pour corroborer et préciser le déficit immunitaire et pour évaluer l'importance du syndrome en Afrique et plus précisément au Zaïre.

Récemment en effet, 15 cas de cryptococcose méningée (Lamey & Melameka, 1982) associés chez 5 cas à une tuberculose et chez 3 cas à une amibiase intestinale, ont été rapportés à Kinshasa. Il est fort probable qu'il s'agissait de sujets atteints de SIDA.

Dans cette communication préliminaire, nous aimerions attirer l'attention des médecins exerçant en Afrique sur la survenue d'infections opportunistes résultant d'un SIDA et sur la nécessité d'évoquer celles-ci dans la discussion du diagnostic différentiel de processus infectieux d'étiologie indéterminée et ou ne répondant pas au traitement.

Au cours de l'année 1982, le trouble immunitaire à la base du syndrome a pu être déterminé de façon précise par plusieurs auteurs : il s'agit d'un déficit absolu de la sous-population lymphocytaire T helper (OKT₄) et d'une inversion du rapport T helper/T suppressor (Fauci, 1982).

La pathogénèse du SIDA reste jusqu'à présent obscure.

L'infection à CMV connue pour ses effets déprimants sur l'immunité cellulaire a été impliquée (un de nos patients avait présenté une infection aiguë à CMV).

En Afrique, au moins 2 autres affections à forte prévalence sont susceptibles d'induire une immunodépression : la malaria et la trypanosomiase (Clayton, 1978).

Des études immunologiques devraient pouvoir évaluer l'impact réel des parasitoses couramment observées en Afrique sur l'immunité à médiation cellulaire.

Reçu pour publication le 15 mars 1983.

REFERENCES

- C. D. C. (1982) : Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *M. M. W. R.*, **31**, 507-508, 513-514.
- Clayton, C. E. (1978) : Immunosuppression in trypanosomiasis and malaria. *in* The Role of the Spleen in the Immunology of Parasitic Diseases. Proceedings of the UNDP/World Bank/WHO Meeting held in Geneva 12-14 June 1978. Basel, Schwabe, p. 97-119.
- Fauci A. S. (1982) : The syndrome of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections; an epidemiologically restricted disorder of immunoregulation. *Ann. Int. Med.*, **96**, 777-779.
- Lamey, B. & Melameka, N. (1982) : Aspects cliniques et épidémiologiques de cryptococcose à Kinshasa, *Méd. Trop.*, **42**, 507-511.