

LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA)
A KINSHASA, ZAIRE :
OBSERVATIONS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES

par

W. ODIO*, B. KAPITA, N. MBENDI, K. KAYEMBE, K. NDANGI, T. MUYEMBE,
P. MAZEBO, K. IZZIA, Z. LURHUMA, A. SANSO, D. DECLERCQ,
M. C. HENRY, M. MBONGO, J. B. McCORMICK, H. TAELEMAN & P. PIOT

*Cliniques Universitaires de Kinshasa, Zaïre,
Hôpital Mama Yemo, Kinshasa, Zaïre,
Centers for Disease Control, Atlanta, Etats-Unis,
Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen, Belgique*

Résumé — De novembre 1983 à avril 1984, 181 patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont été hospitalisés aux Cliniques Universitaires et à l'Hôpital Mama Yemo à Kinshasa. Le rapport hommes : femmes était 1.2 : 1. Soixante-huit % des hommes étaient mariés, contre 34 % parmi les femmes ($p < 0.001$). L'âge moyen des hommes était de 42.2 ans et celui des femmes de 30.3 ans ($p < 0.001$). Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés furent la promiscuité hétérosexuelle et les injections parentérales. Dans 5 cas, le patient était le conjoint d'un cas de SIDA. Les manifestations cliniques inaugurales observées furent : l'amaigrissement (100 % des sujets), la diarrhée chronique (79 %), la fièvre (66 %) et la dermatite (39 %). La moniliasie oesophagienne, l'herpes mucocutané, la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, et la cryptococcose méningée furent les infections opportunistes les plus fréquentes. Le sarcome de Kaposi (dans sa forme disséminée) ne fut observé que chez 6 % des patients. Des anticorps IgG anti-LAV/HTLV III furent détectés dans le sérum de 117 (97 %) des 121 patients testés.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; AIDS; Clinical Manifestations; Kaposi's Sarcoma; Zaïre.

Depuis la description du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Etats-Unis en 1981, plusieurs travaux ont rapporté l'incidence élevée de ce syndrome en Afrique centrale, entre autres au Zaïre (4, 9), au Rwanda (10), en Zambie (1). De plus, l'origine géographique des patients africains diagnostiqués en Europe suggère que le SIDA existe dans d'autres pays d'Afrique équatoriale (3, 5). La forme africaine du SIDA présente d'évidentes similitudes immunologiques et virologiques avec le SIDA décrit aux Etats-Unis et en Europe, mais ses caractéristiques épidémiologiques et cliniques sont différentes.

Dans ce travail nous discutons le profil clinique et épidémiologique de 181 patients observés à Kinshasa.

Patients et méthodes

Entre novembre 1983 et avril 1984, les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de 181 patients hospitalisés aux Cliniques Universitaires de Kinshasa et à l'Hôpital Mama Yemo ont été étudiées. Trois critères furent

* Adresse pour correspondance : Prof. Dr. Odio Wobin, B.P. 752, Kinshasa XI, Zaïre

retenus pour le diagnostic du SIDA : 1) présence chez un adulte de moins de 65 ans d'infections opportunistes ou d'au moins deux des signes suivants : amaigrissement supérieur à 10 % du poids corporel, diarrhée chronique (depuis au moins 2 mois), lésions cutanées prurigineuses, angiosarcome de Kaposi dans sa forme généralisée; 2) anergie cutanée à 7 antigènes (la tuberculine, les anatoxines tétaniques et diphtériques, la candidine, la trichophytine, *Proteus mirabilis* et la streptodornase (Multitest CMI, Institut Mérieux); 3) rapport lymphocytes T auxiliaires (OKT4) : lymphocytes T suppresseurs (OKT8), inférieur à 1 avec un nombre absolu de lymphocytes T auxiliaires inférieur à 400/mm³.

Les infections opportunistes bactériennes et mycotiques étaient diagnostiquées par culture. L'herpes mucocutané et le zona étaient diagnostiqués cliniquement. Le diagnostic de candidose oesophagienne a été retenu lorsqu'un muguet oropharyngé était associé à de la dysphagie. Le sarcome de Kaposi était diagnostiqué sur base d'un examen histologique positif. Les sous-populations lymphocytaires ont été typées par des anticorps monoclocaux OKT3, OKT4 et OKT8 (Ortho) et en appliquant la technique de l'immunofluorescence indirecte (9). Les anticorps IgG anti-LAV/HTLV III ont été recherchés par une méthode immuno-enzymatique (Abbot Laboratories).

Résultats

Les sujets atteints de SIDA, se répartissent en 100 hommes et 81 femmes (rapport de 1.2:1). L'âge moyen respectif était de 42.2 et de 30.3 ans ($p < 0.001$, Student's t-test). L'âge médian des hommes étaient de 38.5 ans et celui des femmes de 25.0 ans. Tandis que 68 hommes étaient mariés, 54 (67 %) femmes étaient célibataires ($X^2 = 21.69$; $p < 0.001$). A l'exception de 3 cas venus de l'intérieur du pays, tous les patients résidaient à Kinshasa depuis au moins 3 ans.

TABLEAU 1
Manifestations cliniques
chez 181 patients atteints de SIDA à Kinshasa

	Nombre de cas	%
Amaigrissement	181	100
Asthénie	164	90,6
Diarrhée chronique	144	79,6
Fièvre prolongée	120	66,3
Dermatite prurigineuse	72	39,8
Toux	65	35,9
Polyadénopathie	36	19,9
Signes méningés	11	6,1

Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont indiquées dans le Tableau 1. La durée moyenne de la maladie avant l'admission à l'hôpital était de 9 mois (entre 1 et 48 mois). Tous les patients se sont présentés avec un amaigrissement important et de l'asthénie. La diarrhée chronique et la fièvre étaient observées dans la majorité des cas, mais la polyadénopathie était plutôt exceptionnelle. Plus d'un tiers des patients présentaient des lésions cutanées caractéristiques consistant en une dermatite papulo-pustuleuse et prurigineuse. La mortalité globale a été de 50.7 % pendant l'hospitalisation.

TABLEAU 2
Infections et sarcome de Kaposi
chez 181 patients atteints de SIDA à Kinshasa

	Nombre de cas	%
Moniliase buccale et œsophagienne	54	30
Herpes mucocutané	25	14
Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire	21	12
Zona	15	8
Cryptococcose méningée	11	6
Sarcome de Kaposi	11	6
Méningite lymphocytaire	4	2

Des infections opportunistes et/ou un sarcome de Kaposi ont été identifiés chez 112 (62 %) des patients. Ils sont classés par ordre décroissant de fréquence dans le Tableau 2. Près d'un tiers des cas présentait une moniliase œsophagienne. Les lésions herpétiques étaient très étendues et le plus souvent localisées au niveau ano-génital. Bien que la tuberculose ne constitue pas une infection opportuniste *strictu sensu*, il est frappant qu'elle soit présente chez un patient sur dix. Seulement 6 % des patients étaient atteints de sarcome de Kaposi. Les parasitoses intestinales suivantes ont été trouvées chez 21 cas de SIDA avec diarrhée chronique : *Entamoeba histolytica* (9 cas; 43 %), *Isospora belli* (5 cas; 24 %), *Strongyloides stercoralis* (4 cas; 19 %), *Cryptosporidium* (2 cas) et *Blastocystis hominis* (1 cas).

Tous les malades présentaient une anergie aux sept antigènes testés ainsi qu'un nombre des lymphocytes T auxiliaires inférieur à 400/mm³. La moyenne du rapport lymphocytes T auxiliaires: T supresseurs était de 0,6 (0,0 à 0,9). Des anticorps IgG contre LAV/HTLV III ont été détectés dans le sérum de 117 (96,7 %) des 121 patients testés.

Tous les patients ont nié être homosexuels ou toxicomanes. Une histoire de polytransfusion était présente chez 3 cas, dont 2 enfants souffrant de sicklanémie, et une femme ayant subi une césarienne. Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés étaient la promiscuité hétérosexuelle et les injections. Ainsi 53 (67 %) des femmes atteintes étaient des « femmes libres », et 68 % des hommes avaient des partenaires sexuelles multiples. Dans 5 cas (1 femme et 4 hommes), l'époux était atteint ou décéda de SIDA. Le début de la maladie chez ces cas variait entre 9 mois et 5 ans après la mort de leur conjoint(e). Un de ces hommes, polygame, développe une diarrhée chronique 4 ans après la mort de sa première femme, et 2 ans après la mort de sa deuxième femme, toutes deux décédées de diarrhée chronique.

Discussion

La présente étude confirme la présence et les particularités épidémiologiques du SIDA en Afrique Centrale, déjà décrites chez un nombre plus limité de patients. Au cours d'une première étude pilote en 1983 à Kinshasa (9), la proportion presque égale d'hommes et de femmes parmi les sujets atteints, l'âge plus élevé des hommes et la proportion importante des femmes libres, avaient déjà été observés. La transmission hétérosexuelle du SIDA en Afrique centrale est de plus suggérée par le fait que deux tiers des femmes atteintes sont des « femmes libres », et par la présence du SIDA chez 5 couples. Cette

transmission peut probablement être bidirectionnelle, comme le suggère le début de la maladie chez 4 hommes longtemps après le début de celle-ci chez leur épouse. Des observations similaires ont été faites récemment au Rwanda(10). Des études épidémiologiques détaillées de familles de sujets atteints de SIDA pourraient élucider le mode exact de la transmission hétérosexuelle du SIDA en Afrique.

On pourrait s'attendre à ce qu'en Afrique les sicklanémiques prennent, en raison des nombreuses transfusions, la place occupée par les hémophiles dans le groupe des malades à haut risque en Amérique du Nord ou en Europe. La présente étude rapporte 2 cas de SIDA survenant chez des sujets sicklanémiques. Il n'a toutefois pas pu être prouvé que la transfusion constitue le facteur de transmission.

Un cas bien documenté de transmission du SIDA par transfusion a été récemment rapporté au Rwanda(11). Il reste à déterminer le rôle exact des transfusions de sang dans le SIDA en Afrique; en effet, le faible pourcentage de pareils cas décrits dans la présente étude, peut être une sous-estimation.

L'usage multiple de seringues ou d'aiguilles non aseptiques à des fins médicales ou pseudomédicales est très répandu en Afrique centrale, et il a été invoqué comme facteur de risque important à Haïti (8). Bien que 71 (39 %) des patients observés à Kinshasa déclarent avoir reçu des injections parentérales avant le début de leur maladie, il n'est pas possible de tirer des conclusions quant à leur rôle dans la transmission du SIDA, vu l'absence de groupe témoin.

Le profil clinique des 181 patients observés dans le présent travail est très semblable à celui décrit antérieurement chez des africains atteints de SIDA (9, 10) et chez des haïtiens(6, 7). La majorité des patients présentent un syndrome d'amaigrissement et de diarrhée chronique(80 %) («SIDA humide»), tandis que dans un second groupe(14 %) l'amaigrissement est associé à la fièvre et la diarrhée est peu importante («SIDA chaud»). Les 11 malades restants représentent les cas de sarcome de Kaposi disséminé qui n'ont manifesté ni diarrhée ni fièvre prolongée, mais uniquement de l'amaigrissement.

La fréquence des infections opportunistes chez nos patients est certainement sous-estimée, faute de moyens diagnostiques. En particulier des affections comme la pneumonie à *Pneumocystis carinii* ou à cytomégalovirus, la toxoplasmose cérébrale et les infections par mycobactéries atypiques, n'ont pu être recherchées et les autopsies n'ont pas été faites. Toutefois, la prédominance de la candidose oesophagienne et le faible taux du sarcome de Kaposi, ont été rapportés également dans les autres études sur le SIDA chez des africains, aussi bien en Europe qu'en Afrique même(3, 5, 9).

Dans la première série de patients atteints de SIDA à Kinshasa en 1983, des cas se présentant avec une tuberculose n'avaient pas été retenus. Pourtant, la présente étude suggère que, comme en Haïti, la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire doivent être considérées comme des infections opportunistes chez une proportion non négligable de cas de SIDA. La fréquence plus faible de la cryptococcose méningée comparée aux rapports antérieurs, peut être due à une différence des critères de sélection des patients ou à la sous-utilisation des moyens diagnostiques, les signes méningés étant souvent peu prononcés ou absents dans ces cas.

Les analyses parasitologiques des selles démontrent une multitude de parasites intestinaux, mais des études bien contrôlées sont nécessaires pour définir le rôle de ceux-ci dans la pathogénèse de la diarrhée chronique du SIDA.

La détection d'anticorps anti-LAV/HTLV III chez 95,6% des cas confirme le rôle du LAV/HTLV III comme agent étiologique et la sensibilité élevée du test ELISA chez les sujets africains atteints du SIDA en Afrique (2). Pourtant, vu la prévalence d'anticorps anti-LAV/HTLV III de \pm 5% chez des groupes témoins à Kinshasa (2), la valeur prédictive d'un test positif pour le diagnostic du SIDA reste à être déterminée.

Enfin, vu l'ampleur du problème, il est urgent d'établir une définition pratique et rigoureuse du SIDA en tenant compte des possibilités locales des pays en développement.

Aids in Kinshasa: Clinical and epidemiological observations.

Summary. — Between November 1983 and April 1984, 181 individuals with Aids were hospitalized at the University Hospital and Mama Yemo Hospital in Kinshasa, Zaire. The ratio of males to females was 1.2:1. Among the men, 68% were married, compared to 34% of the women ($p < 0.001$). The mean ages of the male and female patients were 42.2 and 30.3 years respectively ($p < 0.001$). Heterosexual promiscuity and injections were the most common risk factors. In 5 cases, the patient was a spouse of a case of Aids. Two patients had sickle cell anaemia. The most common, clinical manifestations included weight loss (100% of cases), chronic diarrhoea (79%), fever (66%), and dermatitis (39%). Candidal oesophagitis, mucocutaneous herpes, pulmonary and nodular tuberculosis, and cryptococcal meningitis were the most frequent opportunistic infections. Disseminated Kaposi's sarcoma was found in 6% of patients only. IgG antibodies to LAV/HTLV III were detected in the serum of 117 (97%) of 121 patients tested in an enzyme immune assay.

Aids in Kinshasa: Klinische en epidemiologische observaties.

Samenvatting. — Bij 181 gehospitaliseerde patiënten met Aids in Kinshasa, was de verhouding mannen: vrouwen 1,2:1. Heteroseksuele promiscuïteit en injecties waren de frekwentste risicofactoren. De belangrijkste klinische verschijnselen waren gewichtsverlies, chronische diarree, koorts en dermatitis. Candida oesofagitis, herpes, tuberculose en cryptococcose waren de frekwentste opportunistische infecties. Veralgemeend Kaposi sarcoma was aanwezig bij 6% der patiënten. LAV/HTLV III antistoffen werden gevonden bij 97% der gevallen.

Reçu pour publication le 8 mai 1985.

REFERENCES

1. Bailey Ac, Downing RG, Cheingsong-Popov R, Tedder RS, Dalglish AG, Weiss RA.: HTLV-III serology distinguishes atypical and endemic Kaposi's sarcoma in Africa. *Lancet*, 1985, **i**, 359-361.
2. Brun-Vézinet F, Rouzioux C, Montagnier L, *et al.*: Prevalence of antibodies to lymphadenopathy-associated retrovirus in African patients with AIDS. *Science*, 1984, **226**, 453-456.
3. Clumeck N, Sonnet J, Taelman H, *et al.*: Acquired immunodeficiency syndrome in African patients. *N. Engl. J. Med.*, 1984, **310**, 492-497.
4. Izzia KW, Lepira B, Kayembe K, Odio W.: Syndrome d'immunodéficience acquise et drépanocytose homozygote. A propos d'une observation zairoise. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 1984, **64**, 391-396.
5. Katlama C, Lepout C, Matheron S, *et al.*: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Africans. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 1984, **64**, 379-390.
6. Malebranche R, Armoux E, Guérin JM, *et al.*: Acquired immunodeficiency syndrome with severe gastrointestinal manifestations in Haiti. *Lancet*, 1983, **ii**, 873-878.
7. Pape JW, Liataud B, Thomas F, *et al.*: Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti. *N. Engl. J. Med.*, 1983, **309**, 945-950.
8. Pape JW, Liataud B, Thomas F, Mathurin JR, St Amand MM.: AIDS: Risk factors in Haiti. Abstracts of 24th ICAAC 8-10 Oct. 1984, Washington DC, Abstract 60, p. 93.
9. Piot P, Quin TC, Taelman H, *et al.*: Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire. *Lancet*, 1984, **ii**, 65-69.
10. Van de Perre P, Rouvroy D, Lepage P, *et al.*: Acquired immunodeficiency syndrome in Rwanda. *Lancet*, 1984, **ii**, 62-65.
11. Van de Perre P, Munyambuga D, Zissis G, Butzler JP, Nsaramba D, Clumeck N.: Antibody to HTLV-III in blood donors in Central Africa. *Lancet*, 1985, **i**, 336-337.