

**UNIVERSITE D'ORAN**  
**FACULTE DE MEDECINE D'ORAN**  
**DEPARTEMENT DE MEDECINE D'ORAN**

**MODULE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

***MANIFESTATIONS DIGESTIVES  
DU SIDA***

***Pr. LOUMI***

# *Objectifs pédagogiques*

- Connaitre les différentes localisations des manifestations digestives liées à l'infection VIH
- Décrire les différentes pathologies liées à l'infection VIH:
  - infectieuses opportunistes
  - tumorales
  - iatrogènes liées aux anti-rétroviraux
- Connaitre les moyens diagnostiques
  - microbiologiques
  - endoscopique
  - radiologique
- Connaitre les traitements spécifiques

# ***Introduction***

- L'infection à ***VIH*** est une maladie à potentiel épidémique.
- L'Organisation Mondiale de la Santé (***OMS***) et le programme commun des Nations Unies sur le ***SIDA*** (***Onusida***) estimaient en ***2009 à 33,3 millions*** le nombre de personnes au monde vivants avec le ***VIH, séropositives ou atteintes du SIDA maladie.***
- L'infection à ***VIH*** est une pathologie ***chronique*** qui passe par plusieurs étapes d'évolution depuis la ***primo-infection jusqu'au SIDA maladie.***

# ***Introduction***

- Le ***VIH*** tient principalement sa pathogénicité, de sa capacité à ***détruire les lymphocytes T CD4+*** et les macrophages, d'où la ***déficience immunitaire***.
- Cette dernière est à l'origine des nombreuses manifestations cliniques qui peuvent marquer l'évolution.
- L'appareil digestif, en particulier le ***tube digestif***, est une ***cible privilégiée du VIH***.
- Les manifestations digestives au cours de l'infection à ***VIH*** sont ***fréquentes*** et ***polymorphes***, dominées essentiellement par les ***infections*** et particulièrement ***opportunistes***.

***MANIFESTATIONS DIGESTIVES  
DE L'INFECTION À  
VIH ET DU SIDA***

# ***1. ATTEINTES ŒSOPHAGIENNES***

# ***1. Atteintes œsophagiennes***

- L'œsophage est l'organe digestif ***le plus fréquemment*** touché au cours de l'infection à ***VIH***.
- La découverte d'une œsophagite, supposée ***infectieuse***, doit faire proposer de principe la réalisation d'une ***sérologie VIH***.

# 1. Atteintes œsophagiennes

## 1.1. Mycoses œsophagiennes

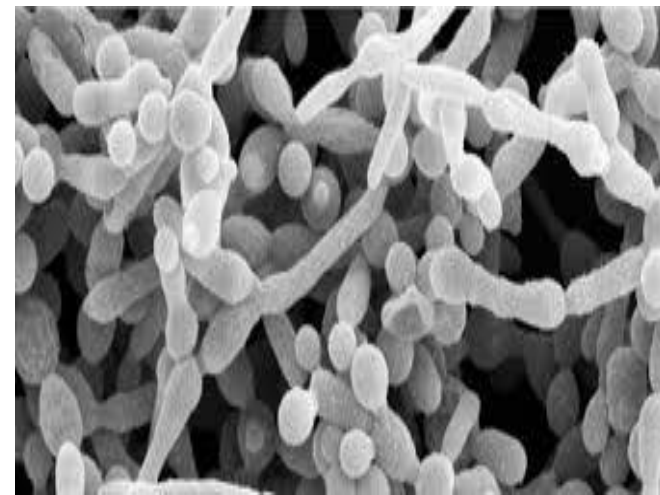
- La ***candidose œsophagienne*** (cible unique) représente ***la principale infection opportuniste digestive*** (10 à 30%) au cours de l'infection à ***VIH***.
- Elle est révélatrice de **16%** des infections à ***VIH***.
- Habituellement due au ***Candida albicans*** (levure saprophyte commensale de l'oropharynx).
- D'autres espèces peuvent cependant être en cause : *Candida krusei*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, et *Cryptococcus neoformans*.
- *Clinique* : dysphagie, odynophagie, les brûlures rétro-sternales, parfois associées à des nausées et des vomissements.
- Dans **20 à 80 %** des cas, elle est associée à une ***atteinte buccale***.



# 1. Atteintes œsophagiennes

## 1.1. Mycoses œsophagiennes

- Il s'agit d'une **candidose descendante** (colonisation à partir de la bouche); la partie **haute** de l'œsophage est plus fréquemment atteinte.
- L'endoscopie digestive n'est réalisée qu'en **seconde intention** et permet d'objectiver des **plaques de fausses membranes blanchâtres** plus ou moins épaisses et étendues, réalisant dans les cas les plus typiques **l'aspect en « rail »**.
- En cas de doute, la **biopsie** ou au mieux le **frottis**, permettra de mettre en évidence les **filaments mycéliens**.
- La **culture sur milieu de Sabouraud** peut permettre le **diagnostic** de l'espèce en cause.



# ***1. Atteintes œsophagiennes***

## ***1.1. Mycoses œsophagiennes***

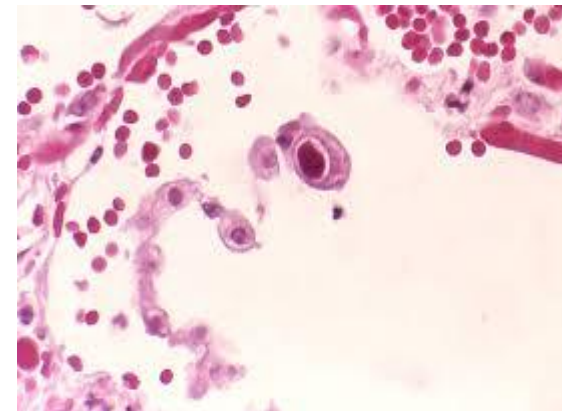
- Le traitement repose sur le ***Fluconazole*** à la dose de 100 à 200 mg/ jour, pendant 10 à 15 jours.
- Il entraîne une ***guérison clinique*** dans pratiquement ***100%*** des cas
- Une éradication des levures dans 75 à 100% des cas au bout de 2 à 4 semaines.
- Les ***récidives*** sont cependant ***fréquentes***, et ce d'autant plus que l'immuno-dépression est importante.
- D'où la nécessité d'une prévention locale grâce à des bains de bouches antifongiques quotidiens.
- Les ***complications*** sont ***rare*** : hémorragie, sténose par pseudo-tumeur, perforation ou fistulisation dans les bronches ou le médiastin.
- La ***dissémination*** à distance est ***exceptionnelle***.
- L'endoscopie de contrôle n'est ***pas systématique*** en cas de disparition des symptômes.

# 1. Atteintes œsophagiennes

## 1.2. Œsophagites virales

### *α- Œsophagite à Cytomégalo­virus (CMV)*

- La plus fréquente des œsophagites virales.
- 2<sup>ème</sup> cause des atteintes œsophagiennes (1<sup>ère</sup>: candidose).
- 2<sup>ème</sup> localisation digestive de ce virus (20%) après les atteintes coliques.
- Symptomatologie essentiellement **douloureuse**.
- Endoscopie digestive haute est **indispensable** au Dc :
- \* lésions situées le plus souvent dans la **moitié inférieure** de l'œsophage à type d'**ulcérations** uniques ou multiples, parfois de très grande taille.
- \* permet de réaliser des **biopsies** en vue d'un **diagnostic de certitude** (présence à l'étude anat-path d'inclusions virales caractéristiques et effet histopathogène).
- Le traitement repose sur le **Ganciclovir** par voie intra-veineuse pendant 3 semaines.

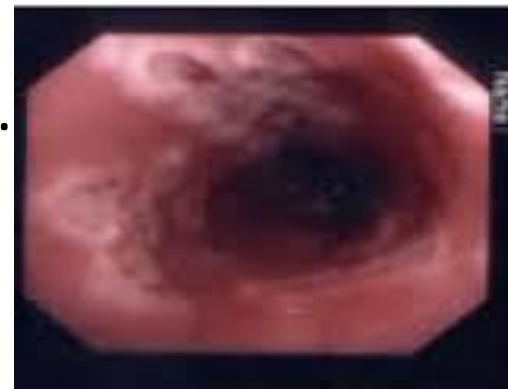


# 1. Atteintes œsophagiennes

## 1.2. Œsophagites virales

### b- Œsophagite herpétique

- Sont plus *rares*.
- Prédomine également à la *partie distale* de l'œsophage.
- Endoscopie: ulcérations plus *superficielles et diffuses*.
- *Biopsies* sont indispensables pour confirmer le Dc.
- Le traitement repose sur l'*Aciclovir*.



# ***1. Atteintes œsophagiennes***

## ***1.2. Œsophagites virales***

- D'autres virus tels que le ***virus zona-varicelle***, l'***Epstein-Barr virus*** ou le ***Papilloma virus*** ont été décrits au niveau de l'œsophage, bien que leur responsabilité reste à démontrer.

# ***1. Atteintes œsophagiennes***

## ***1.3. Autres atteintes infectieuses***

- Les œsophagites bactériennes et parasitaires sont ***très rares***.
- Seuls quelques cas d'atteinte œsophagienne à ***germes pyogènes***, à ***mycobactéries atypiques***, à ***cryptosporidies*** ou à ***Pneumocystis carinii*** ont été rapportés.

# ***1. Atteintes œsophagiennes***

## ***1.4. Ulcérations œsophagiennes idiopathiques***

- Constituent une entité à part entière par les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'elles posent.
- Elles surviennent, sur un terrain d'immuno-dépression très avancée et se manifestent également par une ***symptomatologie très douloureuse***.
- Diagnostic différentiel: ***œsophagite ulcérée à CMV***.
- La ***négativité*** des examens histologiques et des cultures virales: permet d'évoquer le diagnostic.
- ***Traitement: corticothérapie*** à dose de 0,7 à 1mg/kg/jour de ***prednisonne*** pendant environ un mois sont efficaces et sans effet délétère sur l'immunité.

## ***2. ATTEINTES GASTRIQUES***



# 2. Atteintes gastriques

## 2.1- Les gastrites

- Fréquentes, mais le plus souvent non spécifiques.
- Clinique: épigastralgies ou des signes d'intolérance alimentaire.
- Endoscopie: lésions érythémateuses ou érythémato-érosives.
- Biopsies sont habituellement **non contributives**.
- Des gastrites infectieuses sont possibles bien que peu fréquentes: virales (CMV, herpes) ou parasitaires (cryptosporidies).
- La présence **d'*Helicobacter pylori*** a également été rapportée, mais semble **moins fréquente** que dans la population non immuno-déprimée.

# 2. Atteintes gastriques

## 2.2- Gastroparésie

- **Gastroparésie** sont assez fréquemment rencontrés.
- Clinique: **sensation douloureuse et de plénitude gastrique** per ou post-prandiale.
- Ce syndrome qui peut être très invalidant et responsable d'une **perte de poids importante**.
- Il serait lié à une **atteinte neuro-végétative** due au VIH et responsable d'un **retard de la vidange gastrique**.
- Il doit être géré **précocement** par des conseils de **fragmentation des repas**.
- Le traitement symptomatique est peu efficace.

### ***3. ATTEINTE DU BULBE ET DU DUODÉNUM***

### ***3. Atteinte du bulbe et du duodénum***

- Toutes les lésions décrites au niveau de l'estomac peuvent se voir à ce niveau.
- D'autres germes tels que les mycobactéries, les microsporidies, *Isospora belli* peuvent s'y rencontrer.

## ***4. ATTEINTES GRÊLO-COLIQUES***

## 4. Atteintes grêlo-coliques

- La **diarrhée** est le maître-symptôme.
- C'est la manifestation digestive la plus fréquente au cours de l'infection par le **VIH**.
- Elle affecte selon les séries, environ **50%** des patients infectés dans les **pays développés**, jusqu'à **90%** dans les **pays en voie de développement**.
- Sa caractéristique principale est la **chronicité** et elle est très **dépendante** du niveau de **déficience immunitaire**.
- La pathogénie de ces diarrhées reste très mal connue.
- Les étiologies sont essentiellement **infectieuses**.

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.1. Les infections parasitaires

### *α- Cryptosporidiose*

- ***Cryptosporidium parvum*** est un protozoaire parasite des entérocytes.
- Tout le **TD** est concerné y compris les **voies biliaires** entraînant des **cholangites** ou des **cholécystites alithiasiques**.
- Clinique: **diarrhée abondante hydro-électrolytique**, avec une nette composante **sécrétoire** et une **malabsorption**.
- L'évolution est **chronique**.
- Complications: **amaigrissement** important et une **déshydratation** sévère.
- Diagnostic: **examen parasitologique** des selles (mise en évidence d'oocystes de *Cryptosporidium* après coloration de Ziehl-Neelsen modifiée).
- Traitement : **Nitazoxanide** (Cryptaz<sup>®</sup>): 500mg 2 fois/jour pendant 30 à 45j.

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.1. Les infections parasitaires

### *b- Microsporidiose*

- Deux espèces de microsporidioses digestives ont été identifiées chez les patients atteints de sida : ***Enterocytozoon bienewisi*** et ***Encephalitozoon intestinalis***.
- Le ***portage sain*** semble cependant relativement ***fréquent***.
- Atteinte ***biliaire*** possible.
- La ***très petite taille*** de ce protozoaire intra-cytoplasmique rend le diagnostic de routine difficile, mais actuellement des colorations spéciales permettent de le mettre en évidence à l'examen des selles.
- ***Albendazole*** utilisé dans le traitement des microsporidioses, n'a qu'une relative efficacité limitée à *E.intestinalis*, qui est de loin l'espèce la plus rare.
- La ***Fumagiline*** semble donner de bons résultats sur ***E. bienewisi***.
- Des ***rechutes tardives*** ont cependant été rapportées.



# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.1. Les infections parasitaires

### c- Isosporose

- *Isospora belli* est à l'origine de **15 à 20%** des cas de diarrhée du sida dans les **pays en voie de développement**.
- Souvent, il s'agit d'une diarrhée hydro-électrolytique de type **sécrétoire**, volontiers **fébrile** et d'évolution **chronique**.
- Diagnostic : examen parasitologique standard.
- Traitement : **Cotrimoxazole** (4g/jour pendant 10jours).
- La **fréquence** des **rechutes** peut parfois justifier un traitement au **long cours** (1 à 2g/jour).

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.1. Les infections parasitaires

### *d- Autres parasitoses*

- ***Giardia intestinalis*** :
  - ne semble ***pas toucher plus fréquemment*** les patients infectés par le VIH que la population générale.
  - la clinique, le diagnostic et le traitement de cette infection ne présentent ***pas de particularité*** par rapport à l'immuno-compétent.
  - le traitement repose sur le ***métronidazole***.
- ***Anguillulose*** :
  - rare au cours du sida.
- D'autres protozoaires tels que ***Blastocystis hominis*** et ***Entamoeba histolyca*** sont fréquemment retrouvés dans les selles de patients infectés par le VIH. Leur pathogénicité reste discutée. Leur symptomatologie et leur prévalence ne semblent être pas modifiées par l'infection à VIH et leur traitement ne modifie le plus souvent pas le cours de la diarrhée.

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.2. Infections bactériennes

- Les *salmonelloses mineures*, les *shigelloses*, les *campylobactérioses* et les *yersiniooses* représentent 2 à 5% des causes de diarrhée au cours de l'infection à VIH.
- Elles sont **5 à 20 fois** plus fréquentes que dans la population générale.
- Elles peuvent survenir à tous les stades de la maladie.
- Elles sont à l'origine de **diarrhées aiguës** (gastro-entérite) fébriles souvent glairo-sanglantes et associées à des douleurs abdominales.
- L'évolution de la diarrhée est parfois **chronique**, les formes septicémiques et les rechutes ne sont pas rares.
- Diagnostic : coproculture et les hémocultures.
- Traitement :
  - \* salmonelloses et shigelloses: quinolones et les céphalosporines de troisième génération
  - \* campylobacter : macrolides et quinolones.

# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.2. Infections bactériennes***

### ***Entérocolites à Clostridium difficile***

- L'utilisation prolongée des antibiotiques, en particulier la clindamycine dans le traitement de la toxoplasmose, et les hospitalisations fréquentes représentent des facteurs de risque de l'infection à C. difficile.
- Clinique : de la simple diarrhée à la colite pseudo-membraneuse.
- Complication : dilatation colique aiguë.
- Diagnostic :
  - \*identification de C. difficile.
  - \*présence de sa toxine dans les selles .
  - \*ou un aspect de colite pseudo-membraneuse.
- Traitement : ***métronidazole*** et la ***vancomycine*** par voie orale sont efficaces.

# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.2. Infections bactériennes***

### ***Infection intestinale par Mycobacterium***

- ***Mycobacterium avium*** intra-cellulaire est retrouvée dans **10 à 20%** des cas de diarrhée.
- ***Mycobacterium tuberculosis*** : la tuberculose intestinale est possible mais rare.

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.3. Infections virales

### *Infection à CMV*

- Peut toucher **tous** les segments du tube digestif.
- Sa localisation habituelle est le **colon**, soit de façon segmentaire ou de façon **diffuse**.
- 8 à 13% des malades diarrhéiques.
- Clinique : associe diarrhée, douleurs abdominales, fièvre et parfois rectorragies.
- Complication: nécrose ischémique, péritonite, hémorragie ou colectasie.
- Diagnostic :
  - \*coloscopie: lésions allant de simples érythèmes aux ulcères.
  - \*biopsies profondes + histologie (Dc de certitude): mettent en évidence les inclusions intra-nucléaires ou cytoplasmiques typiques (pas constantes).
- Traitement: Le **Gancilovir** (virustatique disponible).

# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.3. Infections virales***

- D'autres virus tels que ***Astrovirus***, ***Calciavirus*** et ***Adénovirus*** pourraient représenter une cause de diarrhée.
- *Diagnostic* :
  - n'est pas disponible en routine
  - l'imputabilité de la présence de ces virus sur les symptômes cliniques est difficile à interpréter.

# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.4. Les infections fongiques***

- Elles sont rarement à l'origine de la diarrhée.
- ***Candida albicans*** est habituellement retrouvé dans les selles des patients atteints de sida.
- Son éradication reste possible par des anti-fongiques usuels, sans modification de la diarrhée et de la malabsorption.
- Au cours des histoplasmoses et des cryptococcoses disséminées, des localisations digestives peuvent être responsables de diarrhée.



# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.5. Diarrhée d'origine tumorale***

### ***a- Lymphome Malin Non Hodgkinien***

- ***Moins fréquent*** que la maladie de Kaposi.
- Incidence tend à augmenter parallèlement à l'augmentation de la survie des patients.
- Plus souvent le LMHN type B de haut grade de malignité (rarement type T et L.Hodgkinien).
- Les lymphomes non hodgkiniens de type B sont décrits chez près de 5% des malades infectés par le VIH, dont près d'un tiers de localisations digestives.
- Tous les segments du TD peuvent être touchés.
- Les signes d'appels sont fonction de la localisation et sont très fréquemment associés à des signes généraux souvent marqués.

# 4. Atteintes grêlo-coliques

## 4.5. Diarrhée d'origine tumorale

### *b- Maladie de Kaposi*

- La MK, dans l'infection à VIH, présente une évolution **rapide** et une **diffusion systémique** (essentiellement pulmonaire et digestive).
- Les localisations digestives surviennent **rarement** en l'absence d'atteinte cutanée.
- **Tous** les segments du TD peuvent être touchés.
- L'aspect endoscopique est en règle très évocateur sous forme de **nodules** de couleur **pourpres**, ulcérés ou hémorragiques parfois; rarement des tumeurs sessiles ou polypoïdes.
- En raison du caractère **sous-muqueux**, les biopsies sont **négatives**.
- Histologie: tumeur caractérisée par une intense néovascularisation anarchique associée à une prolifération de cellules fusiformes, probablement d'origine endothéliale.
- Des localisations **hépatiques** ou **pancréatiques** peuvent être associées (**asymptomatiques**).
- Traitement: **chimiothérapie**.



## ***4. Atteintes grêlo-coliques***

### ***4.6. Diarrhée iatrogène des anti-rétroviraux***

- Les anti-rétroviraux peuvent, avec une fréquence variable, être à l'origine d'une ***diarrhée chronique et fluctuante***.
- La prévalence de cet effet secondaire varie de ***5 à 15%*** (jusqu'à 50%) des cas selon la combinaison utilisée.
- Les médicaments les plus souvent en cause sont les ***inhibiteurs de la protéase***, en particulier le nelfinavir, le lopinavir et le ritonavir.
- Il s'agit habituellement d'une diarrhée:
  - de ***moyenne abondance non fébrile***
  - peu de retentissement sur l'état général
  - sensible aux ralentisseurs de transit
- Ces effets indésirables peuvent être à l'origine d'une mauvaise ***observance***.
- Il est par ailleurs démontré qu'ils sont corrélés à la ***concentration plasmatique*** des anti-protéases.

# ***4. Atteintes grêlo-coliques***

## ***4.7. Diarrhée sans cause retrouvée***

- Dans **10 à 30%** des cas, aucune étiologie n'est retrouvée à la diarrhée.
- Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer ces «**entéropathies à VIH** » :
  - \* présence de germes non encore identifiés.
  - \* déséquilibre de la flore saprophyte.
  - \* troubles de la motricité par atteinte neuro-végétative.
  - \* implication du VIH lui-même.
- La **trithérapie** anti-VIH semble **efficace**.

## ***5. LES ATTEINTES PROCTOLOGIQUES***

# ***5. Les atteintes proctologiques***

- La pathologie proctologique chez les sujets séro-positifs sans déficit immunitaire est la même que celle de la population séro-négative.
- C'est au stade de SIDA maladie que les lésions deviennent graves en rapport avec une immuno-dépression marquée.
- Elles sont souvent délabrantes, soit sont liées à l'immuno-dépression, soit aux pratiques sexuelles.
- Les lésions sont regroupées en :
  - \*ulcérations.
  - \*tumeurs.

# 5. Les atteintes proctologiques

## 5.1. Les lésions ulcérées

### a- Ulcérations herpétiques

- **Fréquentes**, souvent **confluentes et extensives** mais **superficielles**.
- Caractère **très douloureux** est évocateur au point que toute ulcération douloureuse doit faire évoquer le diagnostic et peut justifier un traitement d'emblée.
- Traitement: désinfection locale, antalgiques et **Aciclovir**.
- **Récidives** sont **fréquentes** et l'évolution vers la **chronicité** est possible.



### b- Ulcérations à CMV

- **Moins** fréquente.
- Ulcérations anales ou rectales **plus profondes**, à bords surélevés.
- Traitement: repose sur le **Ganciclovir**.
- **N.B:** des germes tels que **Treponema pallidum**, **mycobactéries atypiques** et **leishmanies** peuvent être en cause.

# ***5. Les atteintes proctologiques***

## ***5.1. Les lésions ulcérées***

### ***c- Ulcères idiopathiques***

- Assez fréquents : ***environ un tiers des cas.***
- Comme dans les ulcères idiopathiques œsophagiens, le ***VIH*** a pu être mis en évidence dans ces lésions.
- **Traitement:**
  - \* symptomatique : - application de xylocaïne  
- infiltration de corticoïdes
  - \* formes très extensives : - alimentation parentérale  
- colostomie de décharge



# 5. Les atteintes proctologiques

## 5.2. Les lésions tumorales

### a- Condylomes

- **Très fréquents** et doivent être  **systématiquement** recherchés.
- Dus à **Human papilloma virus** .
- Risque de **dégénérescence** en cancer épidermoïde.
- Traitement : **destruction** régulière
  - \* cryothérapie.
  - \* photo-coagulation.
  - \* électro-coagulation.



### b- Cancer épidermoïde anal

- Particulièrement fréquent chez les patients infectés par le **VIH**.
- Prévalence augmente en cas d'infect par **HIV**.
- Traitement : repose sur la **radiothérapie** parfois associée à la **chimiothérapie**, voire une **exérèse chirurgicale** dans certains cas.



# ***5. Les atteintes proctologiques***

## ***5.2. Les lésions tumorales***

- La ***maladie de Kaposi*** et les ***lymphomes non hodgkiniens*** déjà évoqués, peuvent avoir une localisation au niveau de la marge anale, du canal anal ou du rectum.
- Fréquents essentiellement chez l'homosexuel.
- *Maladie de Kaposi* :
  - \*lésions tumeurs la plus fréquente.
  - \*elle est sexuellement transmissible.
  - \*et le contact oro-anal semble en être la voie de contamination élective.

## ***6. LES MANIFESTATIONS HÉPATO- BILIAIRES***

## 6. *Les manifestations hépato- biliaires*

- *Les hépatites virales chroniques* (B, C, D, G...) sont fréquentes chez les sujets infectés par le VIH (modes de transmission similaires).
- En raison de l'immuno-dépression, elles se caractérisent par une *évolution plus rapide vers la cirrhose* et une *moins bonne réponse* au traitement.
- D'autres germes tels que le *CMV*, les *mycobactéries*, certaines *mycoses* ont été rapportés (biopsies hépatiques).
- Les cholangites et les cholécystites alithiasiques ne sont *pas rares* (microsporidies, de cryptosporidies, ou du CMV).
- Souvent *asymptomatiques*, révélées par une *cholestase biologique*.

# ***CONCLUSION***

- Les atteintes digestives liées au SIDA sont assez fréquentes; dominées par les infections opportunistes.
- Les œsophagites mycosiques sont les plus fréquentes suivies par l'infection à CMV.
- 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.