

# RÉPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



.....  
**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE**  
.....

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



.....  
**FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
(FMOS)**

Année universitaire : 2017-2018

Thèse N ° .....

**TITRE :**

**ETUDE DES PATHOLOGIES ORL CHEZ LES PVVIH  
AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES  
DU CHU DU POINT G (BAMAKO)**

**THESE DE MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le ..../..../2019 devant le jury de la Faculté  
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

Monsieur **Laurenche TSOWA NGOULA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**JURY :**

**Président:** Professeur Samba Karim TIMBO

**Membre:** Docteur Khadidia OUATTARA

**Co-directeur:** Docteur Jean Paul DEMBELE

**Directeur:** Professeur Soukalo DAO

## TABLE DES MATIERES :

<b>INTRODUCTION :</b> .....	4
<b>I. OBJECTIFS :</b> .....	6
1.1 Objectif général :.....	6
1.2 Objectifs spécifiques :.....	6
<b>II. GENERALITES</b> .....	7
2.1 Définitions : .....	7
2.2 Aspect épidémiologiques : .....	7
2.3 Rappel sur l'agent pathogène.....	9
2.4 Physiopathologie et histoire naturelle .....	12
2.5 Aspects cliniques de l'infection au VIH .....	13
2.6 Bases du traitement du VIH [17] .....	15
2.7 Prévention de l'infection par le VIH [15].....	15
2.8 Rappels anatomo-physiologiques de la sphère ORL [18] .....	16
2.9 Infection VIH et la pathologie ORL.....	20
2.10 Pathogénie des affections ORL au cours de l'infection VIH .....	21
2.10.1 Les manifestations ORL précoces au cours de l'infection par le VIH .....	22
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	26
3.1 Cadre et lieu d'étude .....	26
3.2 Méthodes d'études.....	26
3.3 Technique de collecte des données : .....	28
3.4 Considérations éthiques et administratives : .....	28
<b>IV. RESULTATS</b> .....	31
4.1 Prévalence .....	31
4.2 Données sociodémographiques : .....	31
4.3 Données cliniques : .....	33
4.4 Données paracliniques et thérapeutiques.....	41

<b>V.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION :</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :</b> .....	<b>43</b>
<b>5.2</b>	<b>Données cliniques</b> .....	<b>45</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION :</b> .....	<b>54</b>
	<b>REFERENCES :</b> .....	<b>56</b>
	<b>ANNEXES :</b> .....	<b>60</b>

## INTRODUCTION :

La séropositivité en cas de l'infection à VIH témoigne de la présence d'anticorps dirigés contre le VIH. Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) représente la forme tardive de la maladie.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humain (VIH) est un problème majeur de santé publique au plan mondial. En effet, selon le rapport de l'ONUSIDA en 2017 dans le monde 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH dont 6,1% en Afrique de l'ouest et centrale.[1] Au Mali l'enquête démographique et de santé de 2012-2013 fait état d'une séroprévalence de VIH à 1.1 % dans la population général. [2] Le VIH est présent dans le sang une fois infecté ; il est capable de se fixer aux lymphocytes CD4 et entraîne une immunodépression qui laisse la place aux infections opportunistes (toxoplasmose, candidose...). Étant donné qu'aucun organe n'est épargné par l'infection à VIH, [3] la sphère ORL est souvent au premier plan. Les symptômes oto-rhino-laryngologiques peuvent également être des signes importants d'échec du traitement antirétroviral. Les symptômes sont présents dans les infections aiguës et les cas avancés. [4]

Les manifestations ORL au cours de l'infection VIH doivent être connues car une lésion de la sphère ORL est parfois le premier motif de consultation conduisant ainsi au dépistage de l'infection à VIH. En effet 60% des patients infectés par le VIH présentent une atteinte ORL ou cervico-faciale au cours de la maladie. [4] Les atteintes ORL au cours de l'infection par le VIH sont variées et polymorphes. Elles n'ont que peu d'incidence, voire pas du tout sur l'évolution générale de la maladie, mais elles sont cependant une source d'inconfort supplémentaire pour le patient. [5,6] Les manifestations ORL au cours de l'infection par le VIH sont peu étudiées dans notre contexte au Mali : AG Mohamed et *coll.* en 2003 avait une prévalence de 2,7 %, [7] Sacko HB et *coll.*

en 1995 a trouvé 57 % [8] et Adama C et *coll.* en 2005.[9] Nous nous proposons de faire le panorama des pathologies ORL chez les personnes vivant avec VIH.

# **I. OBJECTIFS :**

## **1.1 Objectif général :**

Définir le profil panoramique des pathologies ORL et cervico-faciales rencontrées chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

## **1.2 Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer la prévalence des pathologies ORL chez les personnes vivant avec le VIH
2. Etablir la co-relation entre les pathologies ORL et le taux de lymphocytes TCD4
3. Classer les pathologies en fonction des stades cliniques de la maladie

## II. GENERALITES

### 2.1 Définitions :

L'immunité est la propriété que possèdent certains individus d'être exempts de manifestations morbides apparentes, quand ils sont soumis à l'action d'un antigène. [10]

L'immunodéficience est la diminution ou la disparition des réactions immunitaires et se traduisant par une sensibilité accrue à différentes affections. [10]

Séropositivité au VIH : témoigne de la présence d'anticorps dirigés contre le VIH. [11]

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) causé par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH est un ensemble de manifestations cliniques traduisant un déficit de l'immunité à médiation cellulaire. [12]

### 2.2 Aspect épidémiologiques :

- Situation dans le monde [1]

Le syndrome de l'immunodéficience Acquisée (SIDA) est une épidémie ubiquitaire. Depuis les premières constatations en 1981 aux Etats-Unis, le nombre de patients a triplé au cours de ces dernières années. En 2017, l'ONUSIDA estimait à 77,3 millions le nombre de personnes infecté par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) depuis le début de l'épidémie et a causé 35,4 millions de décès depuis le début de l'épidémie. Cependant 1,8 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2017.

- Situation en Afrique de l’Ouest et du Centre [1]

En 2017 il y’avait 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH ; les femmes représentent 56% du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région. On estimait à 280 000 personnes mortes de maladies liées au VIH en 2017.

Entre 2010 et 2016 le nombre de nouvelles infections à VIH ont diminué de 9% et le nombre de décès a diminués de 21 % durant cette même période dans la région, d’après le rapport de l’ONUSIDA 2017.

- Situation au MALI [2]

Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l’infection à VIH réalisée en 2012/2013 dans la population générale adulte au cours de l’Enquête Démographie et Santé au Mali (EDSM V, 2012-2013), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3 à 1,1 %. Le Mali est un pays à épidémie généralisée du VIH, à prévalence basse avec tendance à la stabilisation.

Les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement 1,3 % et 0,8%. Cependant la séroprévalence reste élevée au sein des populations clés notamment les professionnelles du sexe (24,3 % ; ISBS 2009), les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes (13.7% ; *Terya* 2015), les utilisateurs de drogues injectables (5,2% ; *Enquête biocomportementale* 2015)

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées était de 2,9 % selon le rapport de surveillance sentinelle 2012.

### **2.3 Rappel sur l'agent pathogène :**

L'agent pathogène est le Virus de l'Immunodéficience humaine (VIH).

#### ○ **Classification** [13,14]

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus, caractérisés dans leurs structures par la présence d'une transcriptase inverse. Cette famille est composée de 3 genres distincts par des paramètres et pathogéniques :

- les spumavirus non pathogène pour l'homme ;
- les oncovirus à propriétés oncogènes incriminés dans la genèse des lymphomes chez l'homme ;
- les lentivirus auxquels appartiennent les VIH. Ils ont été initialement identifiés chez les animaux chez qui ils provoquent des maladies à évolution lente. Ils possèdent des propriétés cytopathogènes.

#### ○ **Structure du virus** [13,15]

Les VIH sont des virus à acide ribonucléique (ARN) double brin. On distingue deux sous-types : le VIH1 et le VIH2.

Ils mesurent 80 à 120 nm de diamètre et on retrouve dans leurs structures de l'extérieur vers l'intérieur :

- l'enveloppe virale : c'est une double couche lipidique très fragile. Sur cette enveloppe sont hérissées comme des boutons, deux glycoprotéines reliées entre elles (gp120 et gp41). Elles sont indispensables à l'attachement à une cellule cible;
- la matrice virale : située juste en dessous de l'enveloppe virale confère au virus sa rigidité ;

- la capside ou cœur du VIH : elle a une forme en trapèze et est essentiellement composée de molécules de la protéine 24 de la capside (P 24 CA). On dénombre environ 1200 molécules de P24 CA. À l'intérieur de la capside se trouvent deux brins identiques d'ARN qui composent le matériel génétique du virus (le génome viral). Il est associé à des enzymes qui interviennent dans la réplication du virus. Ce sont l'intégrase, la protéase et la reverse transcriptase ;

- le génome du VIH : il consiste en environ 9200 nucléotides et on lui identifie trois groupes de gènes (les gènes de structure ENV, GAG, POL), communs à tous les rétrovirus ; les gènes de régulation (TAT, REV, NEF, VIF, VPU) et les gènes auxiliaires (VPR, VPX). Le VPX est le gène qui, chez le VIH2 remplace le VPU et le différencie ainsi du VIH1.

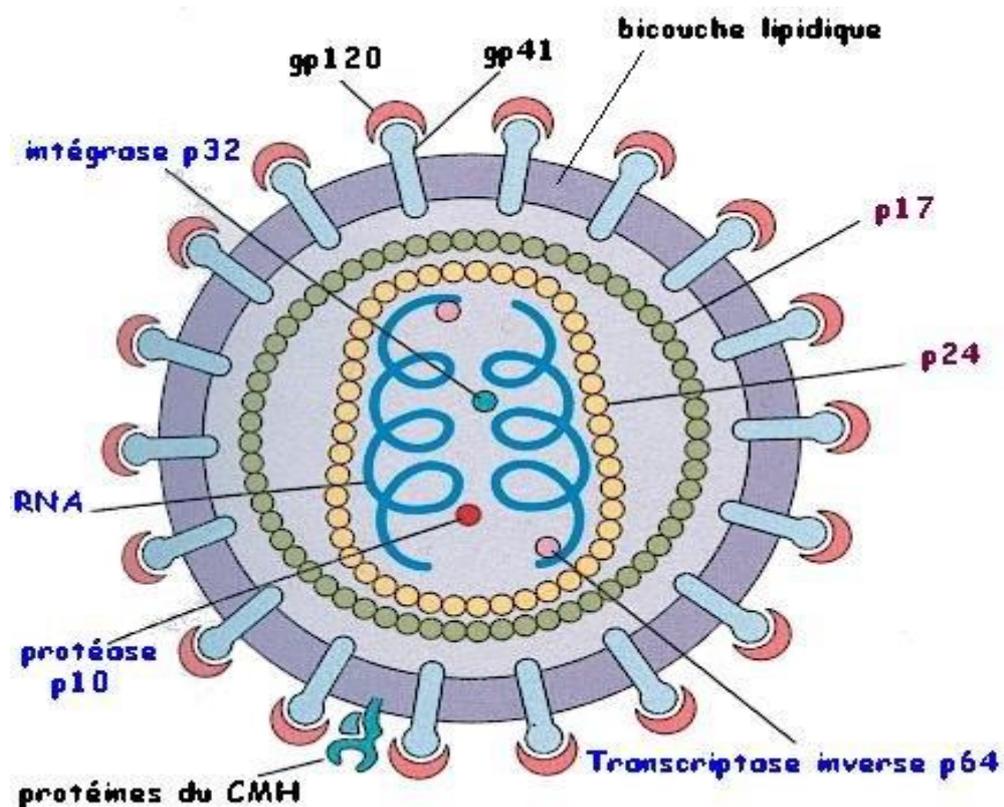


Figure 1 : Structure du VIH [13]

### Cycle de réplication [13, 16]

La connaissance de ce cycle permet de mieux comprendre la pathogénie de l'infection ainsi que l'action des thérapeutiques actuelles. Ce cycle comprend huit étapes :

- **L'adhésion** du VIH au récepteur CD4 de la cellule hôte par sa gp120. Cette fixation entraîne un changement conformationnel permettant l'accessibilité à un co-récepteur : le CCR5 (présent physiologiquement à la surface des macrophages et monocytes) ou le CXCR4 (présent à la surface des lymphocytes) ;
- **La fusion** de l'enveloppe avec la membrane cellulaire grâce à la gp41 du virus avec libération de la capsid virale dans le cytoplasme ;
- **La transcription** de l'ARN viral en ADN après décapsidation, destruction du brin d'ARN viral et réplication de l'ADN en ADN circulaire double brin ou ADN proviral. Une enzyme virale (la transcriptase inverse) est indispensable à cette étape ;
- **L'intégration** de l'ADN proviral dans le génome de la cellule-hôte par l'intégrase ;
- **La transcription** des ARN messagers précoces et traduction en protéines de régulation ;
- **La transcription** en ARN messagers tardifs et traduction en protéines de structure virale, transcription de l'ARN viral ;
- **L'assemblage** des composants du virus ;
- **Le bourgeonnement** au niveau de la membrane cellulaire suivie de la libération des virions. Juste avant ou pendant leur libération, la séparation entre la protéase et la polyprotéine POL rend les nouveaux virions parfaitement capables d'infecter d'autres cellules.

## **2.4 Physiopathologie et histoire naturelle**

Dans les jours qui suivent la contamination, le VIH se réplique activement et diffuse dans l'organisme ; y compris dans le système nerveux central.

Les cellules cibles du VIH sont les lymphocytes TCD4, les monocytes / macrophages et les cellules de la microglie cérébrale. La pénétration cellulaire nécessite la présence du récepteur CD4 et de corécepteurs de type CCR5 dans les phases précoces de l'infection et ultérieurement de type X4. Une protection innée vis-à-vis de l'infection VIH est très rare (< 1 %) dans les populations caucasiennes (délétion homozygote du gène du corécepteur CCR5) et rarissime dans les populations africaines ou asiatiques. Une protection relative de femmes africaines multi-exposées au VIH par voie sexuelle a été décrite mais semble également anecdotique.

La réplication du VIH entraîne, dès les phases précoces, une activation intense du système immunitaire qui perdure et s'intensifie dans la phase chronique. Parallèlement, le VIH détruit progressivement le système immunitaire par déplétion des cellules exprimant le récepteur CD4. Le mécanisme précis de cette déplétion CD4 est encore mal connu. L'installation d'un déficit immunitaire cellulaire est inexorable chez plus de 90 % des patients. La vitesse de progression vers un déficit immunitaire sévère est variable et déterminée principalement par les caractéristiques génétiques de l'hôte et possiblement par des facteurs environnementaux dont l'exposition à des antigènes bactériens et parasitaires. Pour cette dernière raison, il est possible bien que les données des cohortes soient discordantes, que la progression vers un déficit immunitaire sévère soit plus rapide en régions tropicales comparées aux régions tempérées industrialisées.

- Les premières conséquences cliniques (infections bactériennes pulmonaires et digestives, tuberculose) surviennent dans un délai de quelques années (3 à 5) après la primo infection et les manifestations opportunistes *Stricto sensu* après une médiane de l'ordre de 6 à 7 ans.

## **2.5 Aspects cliniques de l'infection au VIH**

Les manifestations cliniques du déficit immunitaire se manifestent dès lors que le nombre de lymphocyte T CD4 est inférieur à 350/mm<sup>3</sup>. En dessous de ce seuil, on peut considérer que le risque et la sévérité de ces manifestations deviennent proportionnels au niveau des CD4. La nature et l'étiologie de ces manifestations diffèrent singulièrement de celles observées en zones tempérées. Le SIDA en régions tropicales s'exprime par un risque accru d'infections bactériennes récidivantes et sévères, de tuberculose (tuberculose pulmonaire commune mais aussi fréquence très accrue des formes extra-pulmonaires dans toute leur diversité et sévérité potentielles) et encore le plus souvent, par une altération de l'état général avec amaigrissement progressif confinant à la cachexie, la fièvre irrégulière, l'asthénie et les manifestations cutanéomuqueuses ou dominant le prurigo, les herpes récidivants et extensifs, le zona et les atteintes des phanères souvent liés à des mycoses superficielles extensives.

- La classification OMS des stades de l'infection par le VIH indique les manifestations les plus souvent observées et les regroupe selon 4 stades de sévérité croissante. La survenue de ces manifestations permet, conjointement à la numération des lymphocytes CD4 (quand elle est disponible), de définir le stade évolutif du déficit immunitaire et d'orienter la prise en charge thérapeutique.

### **Classification de l'OMS (2002)**

#### **Stade clinique 1:**

Patient asymptomatique

Adénopathies persistantes généralisées

Degré d'activité 1 : activité normale

### Stade clinique 2:

Perte de poids < 10 % du poids corporel

Zona (au cours des 5 dernières années)

Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)

Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

### Stade clinique 3:

Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel

Diarrhée inexplicée > 1 mois

Fièvre prolongée > 1 mois

Candidose buccale

Leucoplasie orale chevelue

Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente

Infection bactérienne sévère

Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps

### Stade clinique 4:

Syndrome cachectisant dû au VIH

Pneumocystose

Toxoplasmose cérébrale

Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois

Cryptococcose extra-pulmonaire

Cytomégalovirose

Herpesvirose cutaneo-muqueuse > 1 mois ou viscérale

Leucoencéphalite multifocale progressive

Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose)

Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire

Mycobactériose atypique disséminée

Septicémie à salmonelle mineure

Tuberculose extra pulmonaire

Lymphome malin

Sarcome de Kaposi

Encéphalopathie à VIH

Degré d'activité 4 : patient alité plus de 50 % du temps

## **2.6 Bases du traitement du VIH** [17]

Le traitement antirétroviral est indiqué dès la découverte du statut VIH+. Toutefois, la priorité sera accordée aux patients :

- asymptomatiques
- ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500 cellules par millimètre cube.

## **2.7 Prévention de l'infection par le VIH** [15]

Il est primordial de prévenir l'infection par le VIH au niveau individuel et collectif. Les différentes stratégies de la prévention contre l'épidémie du VIH

s'organisent autour de trois axes correspondant aux principaux modes de transmission de l'infection.

## **2.8 Rappels anatomo-physiologiques de la sphère ORL** [18]

La sphère ORL comprend l'oreille, les voies aérodigestives supérieures.

- L'oreille :

L'oreille est constituée de l'oreille externe qui fait suite l'oreille moyenne puis l'oreille interne.

- L'oreille externe :

Comprend le pavillon et le conduit auditif externe.

- L'oreille moyenne :

Est formée d'une cavité, la caisse du tympan à laquelle sont annexées les cellules mastoïdiennes et la trompe auditive. La caisse du tympan présente à sa paroi externe, la membrane tympanique. La trompe auditive qui relie la paroi antérieure de la caisse du tympan à la face latérale du rhinopharynx participe à l'aération de l'oreille moyenne et lui permet de communiquer avec le milieu extérieur.

- L'oreille interne :

D'où partent les voies acoustiques et vestibulaires pour former le nerf cochléo-vestibulaire au niveau du tronc cérébral. L'oreille interne est l'organe de perception de l'appareil auditif.

Les voies aéro-digestives supérieures. On décrit:

- Un axe respiratoire :

Il est constitué : des fosses nasales, du rhinopharynx, du larynx et la trachée cervicale.

- Les fosses nasales :

Auxquelles sont annexées les cavités sinusiennes (ou cavités paranasales). En plus de leur fonction respiratoire, elles interviennent dans l'immunité en réagissant contre les agressions du milieu extérieur avec lequel elles communiquent directement.

- Le rhinopharynx (cavum ou arrière cavité des fosses nasales) :

Est l'étage supérieur du pharynx. Il contient les amygdales pharyngées de Luschka qui lors des diverses agressions peuvent s'hypertrophier et constituer une pathologie obstructive. Du rhinopharynx part la trompe auditive pour l'aération de l'oreille moyenne. Le syndrome otologique (otite séro-muqueuse, hypoacousie, autophonie, impression de plénitude de la caisse du tympan) décrite au cours des affections rhino-sinusiennes traduit la continuité entre les fosses nasales et l'oreille.

- Le larynx :

Joue un rôle fondamental dans la phonation. Il a aussi pour vocation de fermer l'arbre respiratoire lors de la déglutition. Une infection, inflammation ou tumeur du larynx peut se traduire par une dysphonie, une dyspnée.

- La trachée cervicale

Fait suite au larynx pour se terminer dans le thorax en deux bronches principales gauche et droite.

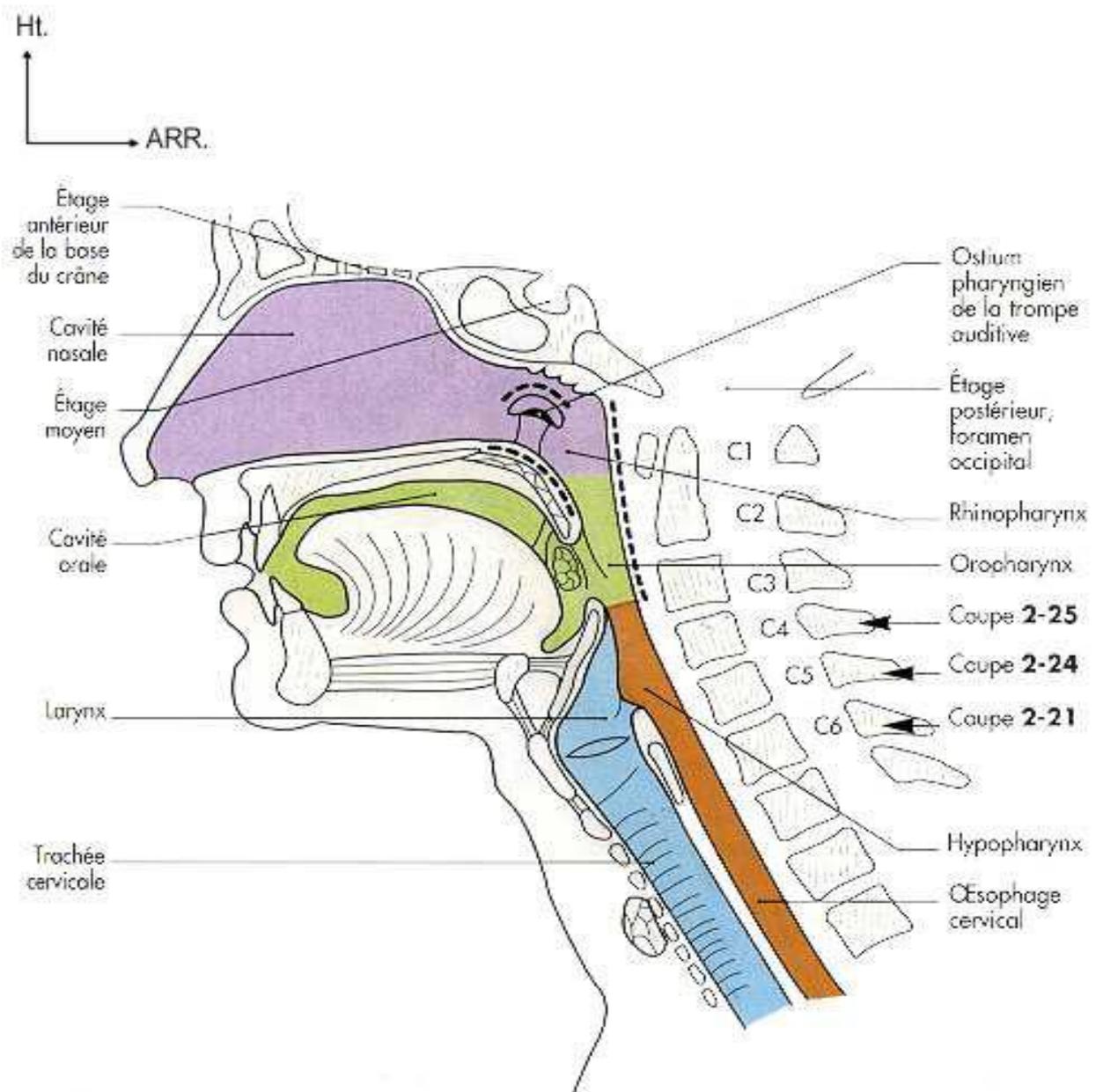


Figure 2: Coupe sagittale médiane de la tête et du cou [18]

Un axe digestif :

L'axe digestif est constitué par la cavité buccale (ou orale), l'oropharynx, l'hypopharynx et l'œsophage cervical.

- La cavité buccale :

Elle est la partie initiale de l'appareil digestif et communique en arrière avec l'oropharynx. Elle comprend un ensemble de structures qui participent à la mastication et à la déglutition des aliments. Elle est le siège de tumeurs et

d'infections essentiellement. Dans la cavité orale s'ouvrent les glandes orales qui secrètent la salive. Elles sont classées en glandes principales (glandes parotide, sub- mandibulaire et sub-linguale) et les glandes accessoires disséminées dans l'épaisseur de la muqueuse buccale. La pathologie des glandes salivaires est essentiellement lithiasique et tumorale.

- L'oropharynx (mésopharynx) :

C'est le carrefour entre les voies respiratoires et les voies digestives. Les amygdales palatines et linguales qui s'y trouvent forment avec les amygdales pharyngées l'anneau lymphatique de Waldeyer dont le rôle est reconnu dans l'immunité.

- L'hypopharynx :

Il relie l'oropharynx à l'œsophage cervical.

- L'œsophage cervical :

Il fait suite à l'hypopharynx au niveau de la bouche œsophagienne. Un sphincter pharyngo-oesophagien normalement fermé s'oppose à l'entrée de l'air dans l'œsophage lors de la respiration et s'ouvre juste avant l'arrivée du bol alimentaire dans l'hypopharynx.

### Le drainage lymphatique du cou

Le système de drainage lymphatique cervical est disposé en chaînes ou lymphocentres:

- le lymphocentre antérieur qui suit les vaisseaux jugulo-carotidiens
- le lymphocentre postérieur ou chaîne spinale

- le lymphocentre inférieur qui suit l'artère transverse du cou est dénommé chaîne cervicale transverse.

Les trois lymphocentres forment le triangle lymphatique de Rouvière. Il reçoit les afférences du cercle de Cunéo (ganglions sous-mento-maxillaires, pré-tragiens, parotidiens, mastoïdiens, occipitaux) ainsi que les nœuds lymphatiques du larynx, de l'hypopharynx, et de la glande thyroïde.

## **2.9 Infection VIH et la pathologie ORL** [19]

La réaction de l'organisme par rapport au VIH est tant cellulaire qu'humorale.

Réponse humorale : des anticorps contre le VIH apparaissent en général après 06 semaines et dans presque tous les cas 12 semaines après l'infection primaire.

Réponse cellulaire : elle est considérée comme une composante importante de la réponse contre le VIH ce qui peut être divisé en deux grands groupes qui impliquent respectivement les cellules T CD4 et les cellules T CD8.[20]

L'infection spécifique des Lymphocytes TCD4 par le VIH

Elle implique :

Une phagocytose déficiente donc un risque augmenté d'infections à bactéries intracellulaires (mycobactéries tuberculeuses), à protozoaires (*Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, amibes, cryptosporidies...) et mycotiques (*Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Candida*).

Une diminution de la fonction des lymphocytes TCD8 prédispose aux infections virales et néoplasies. la suppression de la fonction TCD4 helper, inductrice de la transformation des Lymphocytes B en plasmocytes.

## **2.10 Pathogénie des affections ORL au cours de l'infection VIH**

Plusieurs mécanismes s'observent :

La formation des follicules lymphoïdes par défaut de recirculation des lymphocytes stimulés au niveau des organes lymphoïdes secondaires ;

Ailleurs, l'atteinte des cellules dendritiques folliculaires par le VIH explique la survenue des adénopathies au cours de l'infection ;

L'hypertrophie du tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer (qui se manifeste par une hypertrophie des amygdales), des glandes salivaires est une manifestation de la LPG. Les otites séreuses fréquentes sont dues à l'obstruction de la trompe d'Eustache par une hypertrophie adénoïdienne. [19, 20]

Les cellules de la lignée macrophages/monocytes sont considérées comme un réservoir majeur de la dissémination du VIH. [21] Une absence d'activation des macrophages explique la survenue des infections fongiques (candidoses oropharyngées) et bactériennes (otites, sinusites). [22]

Dans la genèse des cancers, on incrimine la baisse de l'immunité antivirale. Elle serait à l'origine de la prolifération des cellules infectées par des virus potentiellement oncogéniques. Ainsi est décrit le rôle de HHV8 dans le développement de la maladie de Kaposi. [23]

Le HPV1 est mis en cause comme ayant un rôle cofacteur dans la survenue des paralysies faciales. [24] En effet, tout comme le Virus de l'Herpes Zoster, le HPV1 possède un tropisme préférentiel pour les ganglions sensitifs. Expérimentalement, le virus peut migrer dans les ganglions du nerf facial à partir des différents sites d'inoculation comme l'oreille externe, la muqueuse nasale, la langue, le trou stylo-mastoïdien. L'atteinte des axones contigus du nerf facial et des filets sensitifs est à l'origine des prodromes telles que les douleurs

mastoïdiennes et de l'hémiface. Les lésions histologiques du nerf facial sont expliquées par la réplication virale. [25]

La survenue des lymphomes fait intervenir des mécanismes multiples : activation et dérégulation du système immunitaire par le VIH; rôle de certains virus comme l'Epstein Barr Virus (EBV). [24]

### **2.10.1 Les manifestations ORL au cours de l'infection par le VIH**

La phase de primo-infection peut être asymptomatique, mais peut également se caractériser par une pharyngite associée à un syndrome fébrile avec sueurs nocturnes, asthénie, myalgies, des arthralgies, des troubles digestifs (nausées, troubles du transit).

Circonstances devant faire demander une sérologie VIH sont :

La candidose oropharyngée ; La paralysie faciale périphérique ; La Leucoplasie chevelue de la langue ; L'ulcération herpétique et aphtes ; L'hypertrophie et kystes de la parotide ; Le Cancer des VADS en l'absence de facteurs de risque.

- La candidose oropharyngée : La candidose est considérée comme un marqueur d'échec du traitement antirétroviral avec ou sans inhibiteurs de protéase [20 ;21]. Diverses manifestations cliniques peuvent s'observer :
  - Le muguet est l'aspect le plus fréquent : plaques blanchâtres à l'intérieur de la bouche (sur la langue, les joues, les gencives, etc.), décollables avec une muqueuse sous-jacente saignante ;
  - La candidose érythémateuse:  
Plaques rougeâtres, siégeant sur le dos de la langue ou le palais, qui peuvent démanger ou provoquer des douleurs ;
  - La perlèche : plaques au niveau des commissures des lèvres essentiellement, rouges à l'extérieur avec de petites croûtes jaunâtres. Ces plaques peuvent se prolonger à l'intérieur de la bouche ;

– La glossite losangique : la lésion siège sur la partie médiane de la face dorsale de la langue ; elle a une couleur rosée ou rouge, plane ou mamelonnée, de forme losangique à grand axe antéro-postérieur.

- La paralysie faciale périphérique : [29]

Les paralysies faciales périphériques lors de l'infection VIH sont des névrites virales, le plus souvent unilatérales, mais parfois bilatérales. Chez les patients VIH, la récupération serait plus lente et moins complète que dans les paralysies faciales non VIH. La physiopathologie reste incertaine, pouvant correspondre à une réactivation des virus du groupe VZV.

- La leucoplasie chevelue de la langue :

Elle peut être l'occasion de la découverte de l'affection VIH. C'est une lésion blanchâtre, indolore, située sur le bord latéral de la langue, pouvant gagner la face dorsale de la langue. Cette lésion est adhérente au plan profond et ne se laisse pas décoller. Elle est liée à la réplication du virus Epstein-Barr, favorisée par l'infection par le VIH.

- Les ulcérations herpétiques, les aphtes

Les ulcérations surviennent après l'apparition de vésicules confluentes. Les ulcérations aphtoïdes peuvent être banales ou géantes.

- La xérostomie et les lésions du périodonte Ces manifestations sont fréquentes. La sécheresse buccale est plurifactorielle et pourrait être liée à l'infiltration du tissu salivaire par les lymphocytes T CD8.

- L'hypertrophie et les kystes de la parotide

L'hypertrophie parotidienne est liée à une infiltration parotidienne par des lymphocytes TCD8. L'hypertrophie est bilatérale, parfois irrégulière et pseudotumorale. Elle peut être relativement inesthétique, pouvant justifier un

geste chirurgical. Toute hypertrophie parotidienne bilatérale avec hyperlymphocytose CD8 est pathognomonique du VIH. Cette infiltration est à différencier des kystes intraparotidiens, fréquemment observés au cours de l'infection VIH. Ils sont en rapport avec une formation liquidienne intraparotidienne, avec une paroi fine à l'échographie. Ils correspondraient à une obstruction des canaux excréteurs avec atrophie du parenchyme glandulaire.

- Les rhinites, les sinusites et les otites moyennes

Il existe, au cours de l'infection VIH, une hypertrophie de l'anneau de Waldeyer, par stimulation des lymphocytes B, qui favorise infections rhinosinusiennes et otites moyennes. Les signes cliniques restent ceux des infections classiques.

L'obstruction nasale est une doléance encore fréquemment formulée par les patients. Le scanner des sinus montre des opacités diffuses. Le traitement par corticoïdes peut être efficace en raison d'une composante allergique, liée à l'hypersécrétion d'IgE. La banalité de ces signes, qui constituent un motif pluriquotidien de consultation en ORL, rend le diagnostic et la mise en relation avec l'infection VIH sous-jacente difficiles. Des éléments doivent attirer l'attention :

- ces infections sont rebelles et récidivantes chez des patients n'ayant pas d'infections ORL notables jusque-là ;
- elles peuvent s'associer à d'autres signes d'infection VIH (parotidomégalie, antécédent de paralysie faciale, candidose oropharyngée, lymphadénopathie persistante généralisée, leucoplasie chevelue de la langue, xérostomie, etc.).

L'otite moyenne aiguë récurrente est définie comme trois épisodes ou plus d'otite moyenne aiguë sur une période de 06 mois. Ces épisodes sont associés au niveau

de lymphocytes T CD4 et sont plus fréquents chez les hôtes immunodéprimés. [28,29]

Une infection extrapulmonaire à *Pneumocystis jiroveci* ; les sites extra-pulmonaires ont été décrits, comme l'os temporal. [30] Les manifestations cliniques comprennent l'otalgie et l'otorrhée; des nodules ou des polypes sous-cutanés dans le canal auditif externe peuvent également être trouvés. Il peut également y avoir une atteinte bilatérale, une otite moyenne et une mastoïdite. [31] L'atteinte pulmonaire n'est pas toujours concomitante.

- Les cancers des VADS

L'apparition de cancer des VADS (oropharynx, base de langue, larynx) n'est pas un élément du classement CDC de la maladie. La fréquence est accrue, notamment chez les patients sans facteur de risque, en raison peut-être d'une coinfection VIH et papillomavirus de type 16. Le traitement curatif du cancer et celui permettant la restauration de l'immunité doivent être effectués conjointement. Classiquement, les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie sont plus marqués que chez les patients non VIH. La survenue d'un cancer ORL chez un sujet sans facteur de risque doit inciter au contrôle de la sérologie VIH.

### **III. METHODOLOGIE**

#### **3.1 Cadre et lieu d'étude**

L'étude s'est déroulée dans le service des Maladies infectieuses du CHU du Point G, qui est le service de référence de prise en charge des pathologies infectieuses au Mali. Le SMIT a une capacité d'accueil de 37 lits, une pharmacie, une salle de réunion et 2 salles de consultation. Le service compte deux (2) professeurs titulaires ; six (06) maîtres assistants ; deux (02) médecins spécialistes ; deux (03) médecins généralistes fonctionnaires ; un (01) major ; une (01) secrétaire ; les infirmiers ; les techniciens de surface ; neuf (09) médecins en spécialisation ; les thésards et les stagiaires en Médecine et en Pharmacie.

#### **3.2 Méthodes d'études**

Type et durée de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive de 06 mois allant de janvier à juin 2018.

Population d'étude : Personne vivant avec le VIH

Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Tous les patients ayant une affection ORL

Critères de non inclusion :

- Patients n'ayant pas d'affections ORL

Variables étudiées :

- Type de VIH
- Pathologies ORL
- Evolution de la maladie
- Taux de lymphocytes TCD4

**Définitions opérationnelles et critères diagnostiques :**Critères :

Le diagnostic était posé à l'examen clinique du malade avec des instruments tels que le rhinoscope, la lampe, l'otoscope enfin par la réalisation de certains bilans d'imagerie tels que tomodensitométrie cérébrale et la radiographie des sinus. Certains malades étaient amenés au service ORL du CHU Gabriel Touré par ambulance ; pour prendre un avis spécialisé. Les lésions étaient décrites dans les dossiers d'hospitalisation.

**Définitions opérationnelles** : Etaient considéré comme

- Sinusite : une douleur à la pression des sinus de la face ; Souvent retrouvée à la TDM cérébrale et la radiographie des sinus
- Otite moyenne purulente : infection de l'oreille moyenne à tympan ouvert et du pus extériorisé.
- Otite externe : ulcérations du pavillon et du conduit auditif externe à tympan normal.
- Candidose buccale : pseudo-membraneuse aiguë était la forme la plus courante; se présentait par des plaques blanches ou jaunâtres facilement éliminables sur la muqueuse, qui est hyperémique et peut saigner.
- Candidose œsophagienne : candidose buccale associée à une dysphagie.
- Rhinites : maux de tête, fièvre et écoulements nasaux purulents
- Hypoacousie : baisse de l'audition

- Dysphagie : difficulté ou impossibilité à avaler les aliments solides ou liquides
- Amygdalites : inflammation des amygdales
- Pharyngites : douleur ou irritation de la gorge

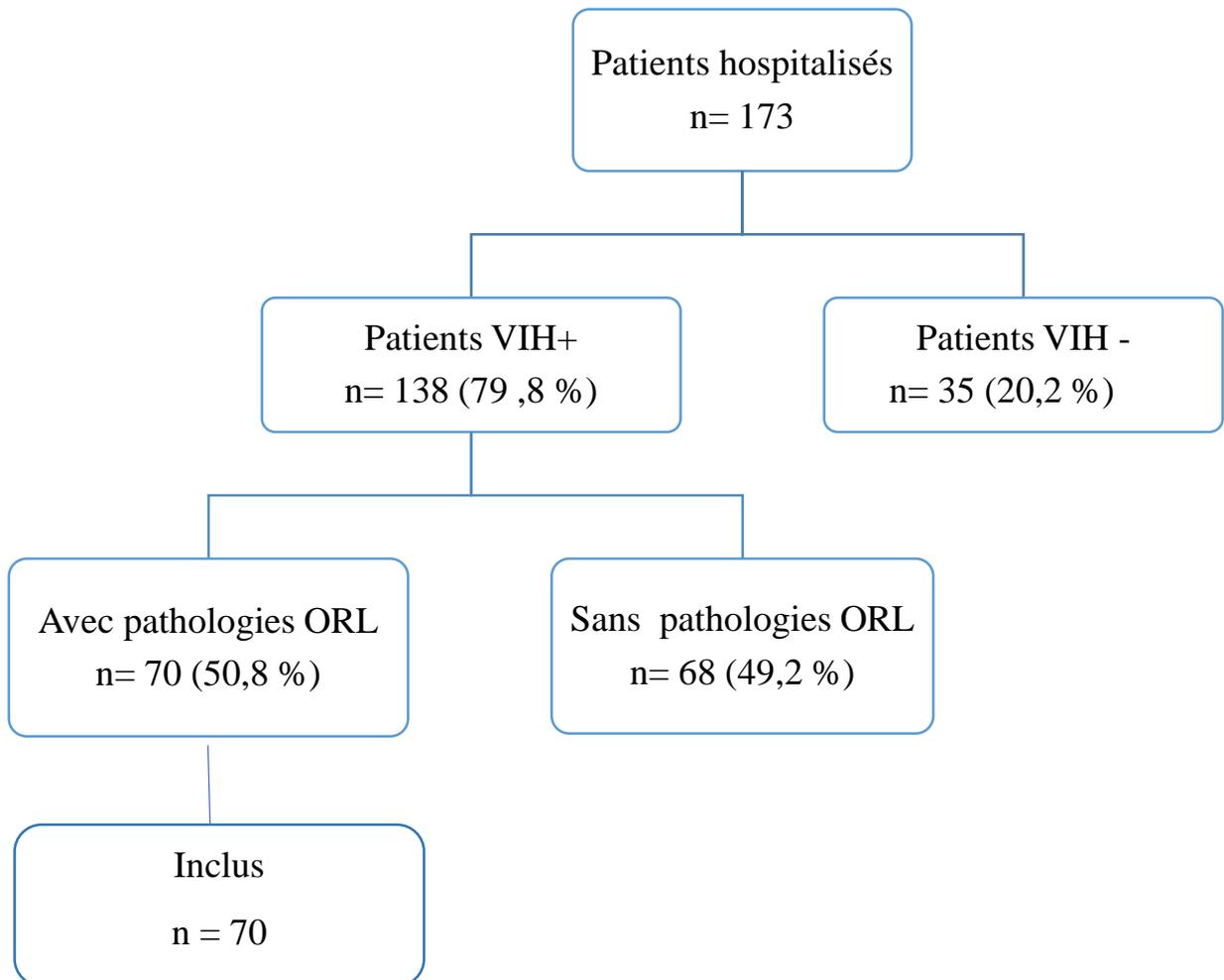
### **3.3 Technique de collecte des données :**

Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisations et de consultation sur une fiche d'enquête anonyme établie à cet effet. L'analyse s'est fait à partir du logiciel SPSS version 22 ; les données ont été saisies à partir de Microsoft Word et Excel version 2013. Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les variables. Les références sont citées selon le style Vancouver et classées avec le logiciel Zotero.

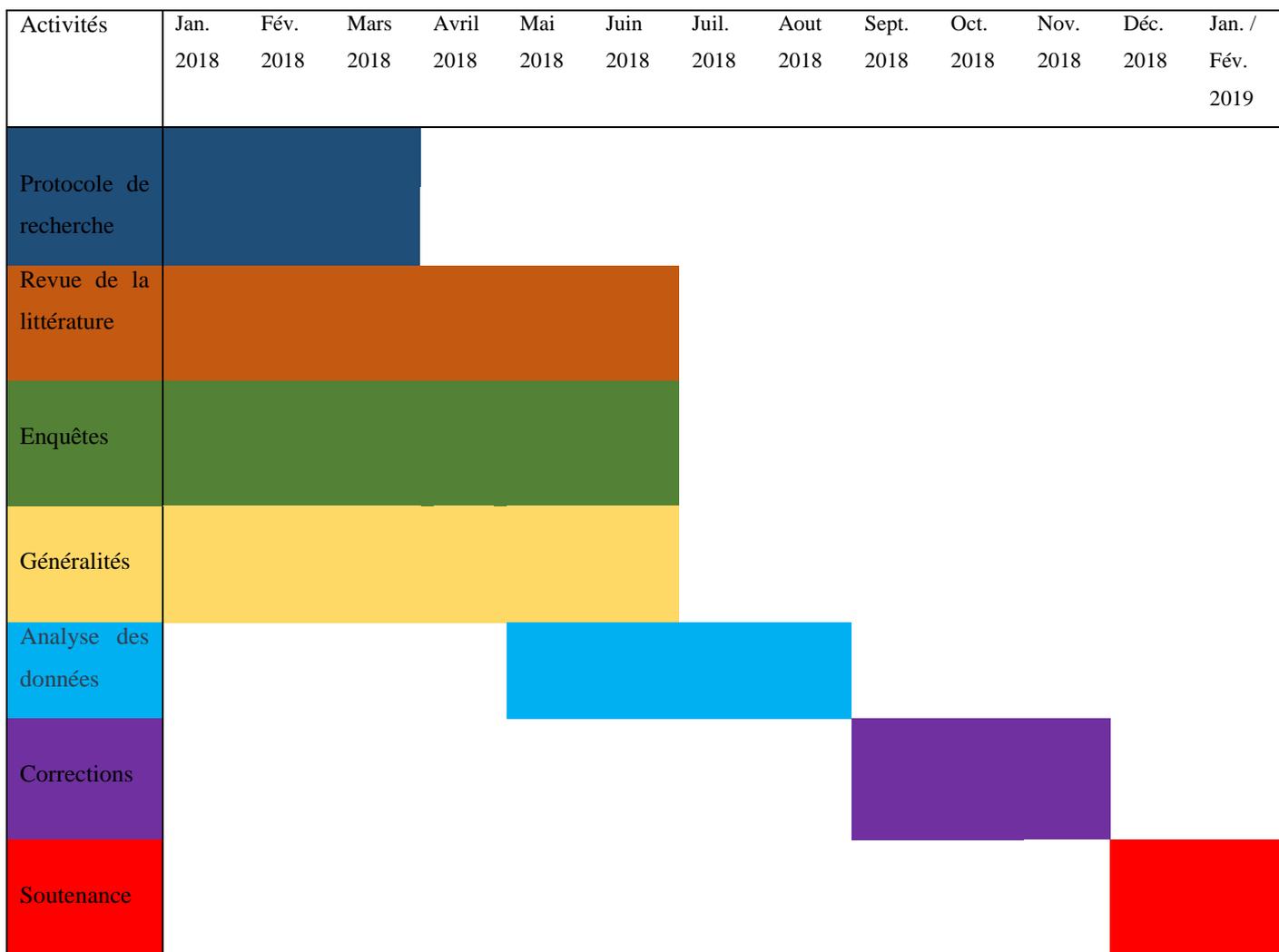
### **3.4 Considérations éthiques et administratives :**

A chaque dossier était attribué un numéro anonyme, nous étions seul à avoir accès aux fiches d'enquêtes. Les dossiers des malades sont rangés dans la salle des archives dont uniquement le personnel de soin a accès ; avec l'autorisation écrite du chef de service.

DIAGRAMME DE FLUX :



## DIAGRAMME DE GANTT



## IV. RESULTATS

### 4.1 Prévalence

On a retrouvé dans notre étude une prévalence de 50,7 % des pathologies ORL parmi les patients séropositifs au VIH.

### 4.2 Données sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>Féminin</b>	<b>40</b>	<b>57,1</b>
Masculin	30	42,9
Total	70	100,0

Les patients de sexe féminin étaient majoritaires ; Sex-ratio = **0,75**

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge de 10 ans

Tranches d'âge	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
[10; 20[	02	2,9
[20;30[	11	15,7
<b>[30; 40[</b>	<b>24</b>	<b>34,3</b>
[40; 50[	20	28,6
[50; 60[	10	14,3
> 60 ans	03	4,3
Total	70	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était 30 à 40 ans.

Tableau III: Répartition des patients selon le statu matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>Marié (e)</b>	<b>45</b>	<b>64.3</b>
Veuf (ve)	11	15.7
Célibataire	09	12.9
Divorcé (e)	05	7.1
Total	70	100.0

La majorité des patients étaient mariés.

Tableau IV : Répartition des patients selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>Milieu urbain</b>	<b>60</b>	<b>85.7</b>
Milieu rural	10	14.3
Total	70	100.0

La majorité des patients résidaient en milieu urbain.

Tableau V: Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs(N)	Pourcentages(%)
<b>Référé</b>	<b>51</b>	<b>72.9</b>
Consultant	19	27.1
Total	70	100.0

La majorité des patients étaient référés au SMI par d'autres structures de soins

### 4.3 Données cliniques et paracliniques:

Tableau VI : Répartition des patients selon le type de VIH

Type VIH	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
<b>VIH 1</b>	<b>65</b>	<b>92,9</b>
Non typé	05	07.1
Total	70	100,0

La majorité des patients était infectée par le VIH 1.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de l'indice de karnofsky

Indice de karnofsky (%)	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
<b>50</b>	<b>33</b>	<b>47,1</b>
60	22	31,7
40	10	10,4
70	03	04,3
30	02	02,9
Total	70	100,0

La majorité des patients avaient un karnofsky à 50 %.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la charge virale VIH

Charge virale (copies/ $\mu$ l)	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>&gt;100 000</b>	<b>07</b>	<b>50,0</b>
[1000-100 000[	06	42,8
Indélectable	01	07,1
Total	14	100,0

La charge virale VIH était détectable chez 13 patients sur les 14.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du taux de cellules CD4

CD4	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>&lt; 200 / mm<sup>3</sup></b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>
200- 499 / mm <sup>3</sup>	8	26,6
Total	30	100,0

La majorité des patients avaient un taux de CD4 < 200 / mm<sup>3</sup>.

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la classification CDC

Classifications	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
<b>Stade C3</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>
Stade B3	07	23,3
Stade B2	04	13,3
Stade A3	02	6,7
Stade C2	02	6,7
Stade A2	01	3,3
Total	30	100,0

Parmi les 30 patients classés 14 (46,7%) étaient au stade C3. La non disponibilité du typage lymphocytaire n'a pas permis de classer 40 patients.

**Tableau XI** : Répartition des patients selon les motifs d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
<b>Altération de l'état général</b>	<b>49</b>	<b>29.51</b>
Diarrhée	18	10,84
Fièvre	38	22,89
Vomissement	06	3,61
Toux	18	10,84
Troubles du comportement	05	3,01
Céphalées intenses	06	3,61
Convulsions	06	3,61
Obnubilation	04	2,4
Troubles de la conscience	04	2,4
Déficit moteur	03	1,8
Propos incohérents	03	1,8
Douleur abdominale	02	1,2
Autres <sup>1</sup>	04	2,4
Total	166	100

*Autres<sup>1</sup> : Syndrome méningé, Agitation, Ictère, Détresse respiratoire*

Le motif d'hospitalisation fréquemment retrouvé était l'altération de l'état général.

Tableau XII : Répartition des patients selon les motifs de consultation ORL

Motifs de consultations	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>Dysphagie</b>	<b>42</b>	<b>64,6</b>
Dyspnée	06	9,2
Otorrhée	03	4,6
Rhinorrhée	03	4,6
Ulcérations buccale	03	4,6
Hypoacousie	02	3,0
Otalgies	01	1,5
Vertiges	01	1,5
Paralysie faciale	01	1,5
Ulcération du CAE*	01	1,5
Cervicalgie	01	1,5
Dysphonie	01	1,5
Total	65	100,0

\*CAE : conduit auditif externe

Le motif de consultation ORL le plus rencontré était la dysphagie.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des pathologies ORL

Pathologies ORL		Effectifs (N)	Pourcentages(%)
Surdité	Mixte	01	1,4
	Hypoacousie	01	1,4
Sinusite	Maxillaire	03	4,3
	Frontale	02	2,9
	Fronto-maxillaire	02	2,9
	Pan – sinusite	02	2,9
	Sphénoïdale	01	1,4
	Fronto-ethmoidale	01	1,4
	Ethmoidale	01	1,4
	Rhinite	Chroniques	05
	Ulcérations des fosses nasales	05	7,1
Adénopathies	Latéro-cervical	02	2,9
	Angulo-maxillaire	03	4,3

Pathologies ORL		Effectifs (N)	Pourcentages (%)
	Chronique	01	1,4
Otite externe	Purulente	03	7,4
	Ulcérations du pavillon	01	1,4
Otite Moyenne	Aigue non purulente	02	2,9
	Chronique Purulente	04	5,7
<b>Candidose</b>	<b>Buccale</b>	<b>43</b>	<b>61,4</b>
	Œsophagienne	10	14,3
Herpès labial		04	5,7
Epistaxis		03	4,3
Pharyngite		03	4,3
Amygdalites		02	2,8
Paralysie faciale		02	2,8
Zona cervical		01	1,4
Laryngite		01	1,4

La pathologie la plus rencontrée était la candidose buccale.

**Tableau XIV : Pathologies ORL et Taux de CD4**

Pathologies	Taux de CD4 < 200 C/ mm <sup>3</sup>	200 – 499 C/mm <sup>3</sup>	P <i>Test exact de Fisher</i>
Otites externe	03	01	0.15
Otites moyenne	02	00	0.57
Surdité	00	01	0.21
Rhinites chronique	01	00	0.31
Ulcérations des fosses nasales	03	01	
Epistaxis	02	00	0.50
Sinusites	05	02	0.32
Pharyngites	02	00	0.31
Candidose buccale	16	03	
Candidose Œsophagienne	02	01	0.16
Herpès labial	02	01	
Amygdalites	01	01	0.08
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	

Il n'existait pas de lien statistique entre le Taux de CD4 et les pathologies ORL ;

La majorité des patients avaient un taux de CD4 < 200 C/mm<sup>3</sup>.

Tableau XV : Répartition des pathologies ORL en fonction de la classification CDC

Pathologies	Classifications					
	A2	A3	B2	B3	C2	C3
Rhinite chronique				03		
Sinusite						04
Epistaxis						02
Candidose buccale	01	01	01	06	01	09
Candidose œsophagienne		01		01		01
Herpès labial					01	02
Amygdalites					01	01
Zona cervical			01			
Ulcération buccale						01
<b>Total</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>10</b>	<b>03</b>	<b>20</b>

La majorité des patients étaient classés au stade C de CDC ; seulement 03 patients étaient au stade A.

**Tableau XVI** : Répartition des pathologies otologiques et la classification CDC.

Pathologies	Classifications		
	B2	B3	C3
Otite moyenne aigue			01
Otite M. chronique		01	
Otite externe	01		02
Ulcération du pavillon			01

La majorité des patients avec une pathologie otologique étaient au stade C3.

#### **4.4 Données thérapeutiques**

**Tableau XVII** : Répartitions des patients en fonction du schéma thérapeutique ARV

Schéma ARV	Effectifs (N)	Pourcentages(%)
<b>TDF+3TC+EFV</b>	<b>32</b>	<b>91,4</b>
TDF+3TC+LPV/r	02	5,7
AZT+3TC+NVP	01	2,8
Total	35	100,0

La majorité des patients étaient sous le schéma préférentiel TDF+3TC+EFV ; a noté que 35 patients n'étaient pas encore initiés au traitement ARV.

Tableau XVIII : Répartition des patients avec chimioprophylaxie au cotrimoxazole

Cotrimoxazole	Effectifs(N)	Pourcentages (%)
<b>OUI</b>	<b>45</b>	<b>64,3</b>
NON	25	35,7
Total	70	100,0

La majorité des patients étaient sous chimioprophylaxie au cotrimoxazole

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de l'évolution de la maladie

Evolution	Effectifs (N)	Pourcentages (%)
<b>Décès</b>	<b>39</b>	<b>55,7</b>
Guérison	24	34,3
SCAM°	05	07,1
Séquelles	02	02,9
Total	70	100,0

°SCAM : sortie contre avis médical

La majorité des patients avaient évolué vers le Décès pendant l'hospitalisation.

#### 4.5 Profil des patients

Il s'agissait pour la plupart des patients de sexe féminin, adultes jeune âgés de 30 et 40 ans, mariées, résidant en milieu urbain, infectés par le VIH type 1, classé au stade C3 de CDC ; elles présentaient tous en plus de la pathologie infectieuse qui a motivé leurs hospitalisations au moins une pathologie ORL.

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### 5.1 Aspects Epidémiologiques :

#### Prévalence :

Durant la période d'étude, on a eu 173 patients qui étaient hospitalisés au service des Maladies Infectieuses, dont 138 patients étaient séropositifs au VIH. Nous avons retenu 70 patients pour notre étude. La prévalence de ces pathologies ORL étaient de 50,7 % des patients séropositifs au VIH. Qui est comparable avec l'étude de Vignikin-Yehouessi B et *coll.* à Cotonou avaient 57,8%, celle de Marsot-Dupuch K. et *coll.* [6] et à celle de Barry B. et *coll.* [32] en France qui ont trouvé respectivement 50 et 70%. Par contre au Cameroun Mpressa et *coll.* [33] avait trouvé une prévalence à 3,89 % probablement dû à la courte durée d'étude (01 mois).

#### Sexe :

Dans notre étude, nous avons observé que le sexe féminin était prédominant (57,1 %), superposable avec l'étude de AG MOHAMED au CHU Gabriel Touré. [(8)] Par contre d'autres études au Bénin et en Côte d'Ivoire réalisées dans un service ORL ont montré une prédominance masculine. De plus, elle serait une caractéristique propre à l'infection sur le continent Africain. [11] et l'ONUSIDA rapporte en effet que globalement, deux fois plus de femmes que d'hommes sont infectés en Afrique sub-saharienne. [2]

#### L'Age :

L'infection par le VIH touche préférentiellement les adultes jeunes. Qui constituent la classe sociale la plus active dans nos pays et la tranche d'âge sexuellement active. Dans notre étude nous avons un âge moyen de 40,2 avec des extrêmes de 16 et 72 ans et la tranche d'âge la plus représentée était 30 – 40 ans.

Etait comparable avec l'étude de Kawashil F N. et *coll.* en RD Congo en 2010 et Vignikin-Yehouessi B et *coll.* qui avaient trouvé la même tranche d'âge.

### **Le milieu de résidence :**

Dans notre étude nous avons observé que les patients provenaient plus des milieux urbains 85,7%, néanmoins on avait des cas en milieu rural 10 cas (14,3%) parmi les 70. La plupart des études qui ont été menées en Afrique surtout en zone sub-saharienne sont unanimes sur le fait que l'infection à VIH est plus répandue en milieu urbain [34, 35,22].

### **Statut matrimonial**

Dans notre échantillon nous avons en majorité les patients mariés dans 45 cas (64,3 %). Ce résultat est superposable avec la plupart des études faites sur le VIH en Afrique Sub-sahérien, ce constat est probablement dû à des mariages multiples fréquents et des femmes qui sont données en mariages précocement dans nos pays. Mais par contre Mpeassa et *coll.* [33] à Douala a retrouvé que 49,5% des patients étaient célibataires cela peut s'expliquer par le fait que au Cameroun l'on se marie plus tardivement et le taux de mariage multiples est réduit.

### **Le lieu de provenance**

Dans notre étude la répartition des patients selon la provenance ont montré que 51 patients ont été adressés par les autres centres hospitaliers de la périphérie ou de Bamako ou d'un autre service du CHU du point G. cela peut s'expliquer par le fait que le service des maladies infectieuses est le seul centre de référence au Mali de prise en charge du VIH.

## **5.2 Données cliniques**

### **Le type de VIH**

Nous avons observé que 65 patients (92,9 %) de notre échantillon avaient été infectés par le VIH type 1. Pour Vignikin-Yehouessi B. et *coll.* Au Benin [34], Kpemissi E. et *coll.* [36] au Togo, Zouiten F. et *coll.* [37] en Tunisie et Barry B. et *coll.* [5] en France, le VIH1 apparaît toujours au premier rang. Mais nous n'avons rencontré aucun patient infecté par le VIH 2 et les 05 patients VIH positifs n'avaient pas été typé du probablement à l'impossibilité de certains laboratoire de faire le typage et certains prescripteurs qui ne demandent pas systématiquement le typage pendant le dépistage.

### **Charge virale ; Classifications CDC et taux de CD4**

#### **Charge virale :**

Dans notre série parmi les patients qui avaient pu réaliser une charge virale dont 14 (20%) on avait 18,5 % qui avaient une charge virale supérieure à 1000 copies/ ml. Cela s'explique toujours par le retard de la prise en charge des patients ; et l'arrivée tardive dans le service.

Par contre Mpressa et *coll.* [33] a trouvé que 28,5 % des patients avaient une charge virale indétectable dont < 250 copies / ml.

#### **Classifications CDC et taux de CD4 :**

Nous avons eu 40 (57,1 %) de nos patients n'était pas classé car leurs taux de CD4 n'était pas disponible durant la période d'hospitalisation cela pourrait s'expliquer par la rupture des réactifs pour la réalisation de cette analyse habituellement gratuit. Mais néanmoins nous avons 30 patients qui avaient un taux de CD4 parmi lesquels 16 patients étaient au stade C dont 2 au stade C2 et 14 au stade C3. On avait dans notre série 22 (31,4%) patients dont le taux de CD4 était < 200 / mm<sup>3</sup> contre Mpressa et *coll.* [68] qui avait trouvé l'intervalle de 200 à

500 cellules/mm<sup>3</sup> dans 34% de sa série. Ceci s'expliquait par la prise en charge précoce des patients sur le plan psychologique et médicamenteux au Cameroun.

### **Motifs de consultation**

Parmi les motifs de consultations ou d'hospitalisations les plus rencontrés dans les dossiers étaient : la dysphagie, la dyspnée, l'otorrhée. Les autres signes ORL ne sont généralement pas signalés par le malade mais découverts au cours de l'examen clinique. Concernant les pathologies extra-ORL associées qui amenaient le malade à consulter au service des maladies infectieuses étaient l'ictère, les vomissements, le syndrome méningé, le déficit moteur, la toux, la diarrhée, la douleur abdominale et altération de la conscience.

### **Caractéristiques cliniques des pathologies ORL**

#### **Pathologies otologiques :**

Otite externe aiguë: son incidence n'est pas plus élevée chez les patients atteints du sida que dans la population générale. [38]. Il est généralement causé par *Pseudomonas aeruginosa* et moins fréquemment par *Aspergillus* et *Proteus*.

Les otites externes ont été observées dans 7.1 % des cas dans notre échantillon. Ce qui est semblable aux résultats de Atany K.T [39] en 2005 à Lomé et Adama C. [9] en 2006 au CHU Gabriel Touré qui avaient retrouvé respectivement 6,8 % et 4cas/60.

Les otites externes sont plus rares, leurs présentations clinique est classique. Un cas particulier est à craindre « l'otite maligne externe » qui entraîne une otorrhée profuse, une chondrite puis une ostéite du tympanal et du rocher qui expose à des complications nerveuses débutant par l'atteinte du nerf facial puis des nerfs mixtes [22, 5, 9]. Des localisations d'un SK ou un lymphome dans L'oreille externe sont exceptionnelles et doivent être recherchées

Les otites moyennes avaient été observées dans 8,6 % des cas ce qui est contraire aux autres études réalisées avant qui était de 28,9% à Lomé par Atany K T. en 2005 et 29% par Sacko et *coll.* au Mali dans le service de Gastro-entérologie. Cela peut s'expliquer par la non maîtrise et le manque de moyens diagnostiques des pathologies ORL non extériorisés dans le service des maladies infectieuses, donc nous passons à côté de plusieurs manifestations, pourtant les autres études ont été réalisées soit dans un service spécialisé ORL, soit à proximité. Néanmoins nous avons eu 3 cas d'otite chronique purulente. Aucun cas n'était associé aux sinusites.

En général La fréquence des otites moyennes augmenterait avec l'immunodépression et elles seraient souvent associées à des sinusites récidivantes [5,40, 41].

Les surdités ont été retrouvés dans 2 cas installer de façon brutale parmi lesquels 1 cas de surdité mixte qui était associée à une méningite bactérienne diagnostiquée par audiomètre tonale, donc on a dû déplacer le malade d'un CHU à un autre pour réaliser cet examen et 1 cas d'hypoacousie cliniquement diagnostiquée.

Au total les pathologies otologiques étaient retrouvées dans 18.5% de notre échantillon par contre au Cameroun, Mpressa et *all.* [33] avaient 29 %.

### **Les pathologies rhinologiques :**

La rhinite chronique était ancienne et connue des patients concernés. D'après la littérature, il s'agirait de rhinites pseudo-allergiques, se présentant comme une Rhinite chronique [44]. Une augmentation des IgE est souvent associée et il semble qu'elles soient la conséquence de la régulation immunitaire. Leur traitement repose sur l'administration de corticoïdes locaux et

d'antihistaminiques par voie générale [43,44,42]. Dans notre série nous avons eu 05 cas de rhinites chroniques, 03 cas d'ulcérations nasales, 03 cas d'épistaxis et 02 cas de sécheresse nasale. Au total 13 patients (18,6 %) de notre échantillon ; ce taux est superposable avec Vignikin-Yehouessi B.1, et *coll.* au Bénin qui avaient trouvé 18,4 % en 2004. Les épistaxis observées étaient sans causes locales.

### **Les pathologies sinusiennes**

Dans la majorité des cas rencontrés dans la littérature les pathologies sinusiennes sont liées aux pathologies rhinologiques. Dans notre étude nous avons eu 12 cas (17,1 %) de sinusites. La pathologie sinusienne la plus retrouvée était maxillaire avec 03 cas, suivie de la sinusite frontale, fronto-maxillaire et pansinusite avec 02 cas par localisation sus-citée. Tous étaient confirmés à la suite de la réalisation d'une TDM cérébrale devant les signes neurologiques et qui dans la majorité des cas ne présentaient pas de rhinorrhée ou de rhinite au moment de l'examen.

Quand on associait ces deux pathologies on avait 04 patients (5,7 %). Et 06 patients avaient uniquement les signes rhinologiques et 08 patients présentaient uniquement les pathologies sinusiennes.

En pratique ces patients avaient été traités à base des antibiotiques par voie générale et une corticothérapie de courte durée, aucun drainage sinusien n'avait été fait.

Nos résultats sont similaires avec SACKO et *coll.* [8] ont trouvé une fréquence de 6%. Selon les données de la littérature, la symptomatologie des sinusites au cours de l'infection par le VIH/SIDA est rarement typique. Elles sont actuellement rares chez les patients mis sous traitement antirétroviral [42], mais auparavant, leur fréquence se situait entre 30-70% [5].

### **Pathologies bucco-pharyngées, laryngées et œsophagienne**

La candidose est l'infection buccale la plus fréquente et la plus reconnue chez le patient séropositif au VIH [5,40, 41]. Elles ont constitué les atteintes ORL les plus fréquentes de notre étude. Elle était dominée par 43 (61,4 %) cas de candidoses buccale ensuite 9 cas de candidose oro-pharyngée, 3 cas d'herpès labial et 1 cas de mélanodermie au palais donc au total 56 (80 %) cas. D'après l'étude de GNAHORE en Côte d'Ivoire [45] elle vient également au premier plan des manifestations buccales du SIDA chez le noir Africain. Elle est banale (critère mineur de la classification du SIDA) mais constante et très évocatrice [11, 16, 46, 47,48]. SACKO et coll.[(8)] auraient retrouvé une fréquence de 31,9%. Et Mpressa et coll. [33] étaient proche avec 40 % de pathologies buccales Par contre dans notre série nous avons 61,4% ceci s'expliquerait par le stade tardif avec un taux de CD4 effondré que les patients arrivent en consultation, donc exposés aux infections opportunistes, une étude faite en France par GEHANNO [49] a observé une fréquence plus élevée avec 86% des cas.

Les lésions candidosiques étaient érythémateuses, en présence de dysphagie on évoquait une localisation œsophagienne ce qui était le cas chez 09 patients de notre série. Ce qui modifie aussi la prise en charge et surtout la durée du traitement. Dans les formes résistantes ou disséminées on peut avoir recours à un traitement parentéral [50, 51, 40].

Dans notre série on avait 02 cas d'amygdalites et 02 cas de pharyngites ;

L'herpès labial de par ses lésions vésiculeuses reposant sur un fond érythémateux est évocateur d'une infection à VIH surtout dans une population à risque [9]. Dans notre étude, elle a été notée chez 03 patients, et qui a été retrouvée également par Kellem A T. [39] en 2005.

La gingivo-stomatite fréquemment observée au cours du SIDA n'a pas été retrouvée dans notre série.

### **Les atteintes cervico-faciales**

Concernant cette localisation anatomique on avait 08 cas dans notre étude répartie en 03 cas de paralysies faciales et 05 cas d'adénopathies.

#### ○ La paralysie faciale

La paralysie faciale peut survenir aussi bien au stade précoce qu'au stade tardif de l'infection VIH et est la conséquence d'une atteinte directe du VIH sur le tissu nerveux.

Dans notre série on avait une fréquence de 2,9 % ; elle était associée à un abcès cérébral plus proche de N'Gattia KV en côte d'ivoire en 2003 qui était de 01,54%. L'association paralysie faciale et séropositivité au VIH est très fréquente [10]. Elle était très élevée 73% dans l'étude d'ADJOUA et *Coll.* [52] , AGNILA a trouvé 23,8 % . Par contre Ondzotto et *coll.* [53] et Ndjolo et *coll.* [54] rapportent respectivement 15,4 % et 11,13 %. Il s'agit dans l'ensemble de paralysie faciale périphérique à Frigoré. Le lieu de la réalisation de l'étude peu expliquer cette différence de résultat.

La sérologie VIH doit être demandée systématiquement devant toute paralysie faciale périphérique sans cause apparente. De même toutes les manifestations évoquées peuvent être précoces et constituer des signes de présomption du VIH chez des sujets sero-ignorants. Aussi, leur présence et leur récurrence doit imposer un test de dépistage du VIH.

#### ○ Les adénopathies cervicales

Elles sont fréquentes, sinon constantes au cours de l'infection par VIH. Leur fréquence semble plus élevée à la période prodromique de pré-sida.

Dans notre série les atteintes ganglionnaires cervicales étaient de 7,1 % qui étaient localisés au niveau latéro-cervical et sous mandibulaire, fermes, mobiles et bilatérales, contre 09,6 % en 2003 ; 09 % en 1989 [7] et 07,05 % dans la série de Ndjolo en Côte-d'Ivoire et Adama C. en 2006 a trouvé une fréquence élevée 36 % au Gabriel Touré.

Dans tous les cas, devant toute adénopathie cervicale chronique, il faut demander une sérologie VIH et faire une adénectomie avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

### **Pathologies ORL et Taux de CD4 : (P> 0.05)**

La majorité de nos patients avaient un taux de lymphocyte TCD4 < 200/ mm<sup>3</sup>, ce qui correspond que nous recevons au service des maladies infectieuses des patients au dernier stade de l'infection à VIH. Ce qui diffère des résultats de Mpressa et *coll.* qui avait trouvé un dosage des lymphocytes TCD4 entre 200 et 500/ mm<sup>3</sup>, ceci pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce dans leur contexte au Cameroun.

### **Pathologies ORL et classification CDC :**

Dans notre série on avait 70 patients qui étaient non classés vu la non réalisation du taux de lymphocytes CD4 durant la période d'hospitalisation on avait une rupture du réactif pour la réalisation des bilans de suivi dans la gratuité au CHU.

Ceux qu'on avait classés étaient majorité stade C dans 26 cas (C2= 03 cas et C3 = 23 cas)

### **Pathologies otologiques :**

Dans notre série les 02 patients qui avaient chacun une otite purulente et une ulcération du pavillon était classé au stade C3 par contre celui qui présentait une otite chronique était au stade B2 de la maladie.

Parmi les cas d'otites moyenne, 01 cas aigue était classé au stade C3 par contre le cas chronique était classé stade B3.

Le patient qui présentait une hypoacousie était classé au stade C2.

### **Pathologies rhinologiques**

Dans notre série 03 cas de rhinite chronique classaient au stade B3. mLes 02 cas d'épistaxis qui avaient un taux de CD4 étaient tous au stade C3 de l'infection à VIH. Kellem A T. avait observé 01 cas d'épistaxis qui était également classé au stade C de l'infection à VIH. [39]

### **Pathologies sinusiennes**

La pathologie sinusienne classait plus au stade C3 dans 04 cas les 03 autres cas étaient repartis dans les stades A2, B2 et B3.

Le patient qui présentait une pan-sinusite était classé au stade A2.

### **Pathologies bucco-pharyngées et laryngées**

Dans notre série on avait au total 25 patients qui étaient classés. Parmi lesquels 12 patients étaient au stade C3. La candidose buccale et oro-pharyngée était rencontrée à tous les stades de la maladie.

Tous les 03 cas d'Herpès labial étaient classés au stade C.

### **Pathologies cervico-faciales**

Dans notre série nous avons 02 cas de paralysie faciale qui étaient tous non classées. Par contre Kellem A T. en 2005 avait eu 03 cas qui était présent chez des patients au stade C de l'infection VIH.

Parmi les 05 cas d'adénopathies de notre série 02 étaient non classées et tous les 03 cas d'adénopathies étaient classées au stade C ; L'adénopathie cervical était classée au stade C, les 02 autres cas étaient non classées ;

Les 02 cas d'amygdalites étaient classés au stade C.

### **Évolution de la maladie**

Dans notre série 55,7 % des patients ont évolué vers le Décès durant l'hospitalisation. Cela s'explique par le fait que les patients arrivent au service au stade avancé de la maladie. 02 patients sont sortis avec des séquelles de leurs pathologies en particulier c'étaient les cas de surdité. Néanmoins nous avons eu 24 (34,3 %) patients qui sont sortis guéris.

## **VI. Conclusion :**

Notre étude comptait au total 70 dossiers de malades, hospitalisés dans le service durant la période d'étude de janvier à juin 2018 soit 06 mois. Ces patients présentaient des pathologies ORL au cours de l'infection à VIH nous à permit de faire des constats suivants. Les pathologies les plus rencontrées dans l'ordre de décroissance sont : candidose oro-pharyngée, rhinosinusites et les pathologies otologiques.

Les pathologies ORL sont fréquentes au cours de l'infection par le VIH. Elles concernent toute la sphère ORL et peuvent apparaitre à différents stades de l'infection à VIH. Ainsi leurs variétés cliniques sont diverses ; et il peut s'agir des pathologies relativement spécifiques (candidose, zona) et des pathologies non spécifiques (otites, sinusites) et on peut avoir des pathologies très spécifiques (maladie de Kaposi) qui a été décrit dans d'autres études. Ainsi la parfaite connaissance de ces aspects sociodémographiques et sémiologiques dans nos pays d'Afrique Sub-saharienne est un atout majeur dans le dépistage précoce de l'infection par le VIH/SIDA. A cet effet des dispositions impératives doivent être prise pour diminuer l'évolution de la pandémie du VIH.

## RECOMMANDATIONS

Au Directeur du CHU du point G

- Construire un service ORL au CHU du Point G
- Equiper le laboratoire des réactifs pour le suivi régulier des PVVIH
- Faciliter la collaboration entre les différents services

Aux praticiens hospitaliers de :

- Décrire avec précision les lésions trouvées à l'examen clinique
- Demander la SRV devant des lésions ORL évocatrices
- Demander l'avis spécialisé

A la population générale de :

- Consulter un médecin spécialiste devant les pathologies ORL récidivantes

## REFERENCES :

1. ONUSIDA [Internet]. Disponible sur: [communications@unaids.org](mailto:communications@unaids.org)
2. Enquête démographique et de santé MALI 2012-2013. 2012 2013.
3. Gilles F et Benjamin P. Le virus du SIDA. Plante-vie. Mardi 12 fév. 2002, <http://planet-vie.ens.fr/article/1463/virus-sida>.
4. BARRY B, MATHERON S & GEHANNO P - Manifestations ORL Observées au cours de l'infection par le VIH. EMC oto-rhino- Laryngologie, 20-956-A10, 1996, 6p.
5. MARSOT-DUPUCH K, EL MUFTI T, MEYOHAS MC et coll. – pathologies ORL et syndrome de l'immunodéficience acquise. Radiologie j CEPUR 1997 ; 17 : 27-34.
6. KRZYUDZINKA M, MOSZYNKI B- AIDS in otolaryngology, Otolaryngol Pol 1991 ; 45 : 359-363.
7. AG MOHAMED, KEITA M, TOGOLA KONIPO F et coll. Pathologies ORL et VIH/SIDA à propos de 19 cas. Bull Soc Pathol Exot, 2003,96 :295-6.
8. Sacko HB, Ag Mohamed A, Maiga MY, Kalle A, Doumbia SY, Guindo A ORL manifestations observed in AIDS. A propos de 65 cas Bull Soc Pathol Exot 1995, Apr, 88(5), 234-5.
9. Adama C. MANIFESTATION ORL AU COURS DU VIH/SIDA : CAS DU CHU GABRIEL TOURE D'OCTOBRE 2004 A OCTOBRE 2005. 2006.
10. delamare jacques. dictionnaire abrégé des termes de médecine. In: dictionnaire abrégé des termes de médecine. 5e éd. Paris - FRANCE: Maloine; 2011. p. 201.
11. VIGNIKIN-YEHOUESSI B.1 et coll. MANIFESTATIONS ORL et VIH : Aspects épidémiologiques et cliniques au Centre Natiaonal Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou et au Centre Hospitalier Départemental (CHD) Ouémé. Le Bénin Médical N° 28 - Année 2004.
12. ONUSIDA-OMS 2004. Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2004.
13. ROZENBAUM W – Virologie des virus de l'immunodéficience humaine. In : GODEAU P, HERSON S, PIETTE JC. Traité de médecine 3ème édition. Paris : Flammarion-Sciences; 1996.
14. ROSENHEIM M, NGAPORO - Sida en milieu tropical. Paris 1990, Ellipses.
15. WARD D – Comprendre le VIH/SIDA – Guide de l'AmFar. Paris : Nouveaux Horizons, 2002 ; 407p.
16. ROZENBAUM W – Sida et infection VIH. Paris, Pilly , 1992. - PLANTIER J-C, SIMON F – Diagnostic sérologique de l'infection à VIH. Développement et sante 2002 ; 162 : 8-14.
17. Minta K. D. Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du sida du Mali. OMS; HCNLS; 2016.

18. BONFIFS P, CHEVALIER JM – Anatomie ORL. Paris : Flammarion- Médecine-Sciences, 1998.
19. VANGEKUCHTEN S, COCKENLENBERGH A, VERBEURGT L – Le SIDA et les manifestations ORL. Acta Oto Rhino Laryngologica Belg 1994 ; 48 : 81-92.
20. BRAUNWALD, FAUCI, KASPER. PRINCIPES DE MEDECINE INTERNE. 15ème. flammarion; 1874-75 p. (HARRISON).
21. KOHAN D, ROTHSTEIN SG, COHEN NL – Otologic disease in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97: 636-640.
22. SPERLING NM, PITANG- LIN – Carotid disease associated with Human Immunodeficiency Virus infection. Ear Nose and Throat Journal 1990; 69: 475- 477.
23. AUTRAN B – Immunopathologie de l’infection par le VIH. In : GODEAU P, SHERSON, PIETTE J-C- Traité de médecine 3ème édition. Paris : Flammarion- Sciences. 1996 ; 1702- 1708.
24. Cancer et immunodépression. Med Sciences, 42-45.
25. BERAL V, PETERMAN TA, BERKELMAN RL, JAFFE HW – AIDS-related in non Hodgkin lymphomas. Lancet 1991 ; 337 : 805-809.
26. BORDURE P, FERRI ML, LASFRANGE JM et coll. – Le virus de l’herpes simples de type 1 dans les paralysies faciales idiopathiques. Med Sciences 1989, 63-67.
27. Pienaar ED, Young T, Holmes H. Interventions pour la prévention et la gestion de la candidose oropharyngée associée à l’infection à VIH chez l’adulte et l’enfant. (Revue Cochrane). Dans: The Cochrane Library, numéro 3, 2007.
28. Hodgson TA, Greenspan D, Greenspan JS. Lésions buccales de la maladie à VIH et de la multithérapie dans les pays industrialisés. Adv Dent Res. 2006; 19: 57-62.
29. SCHIELKE E, PFOSTER HW et Coll. Peripheral facial nerve palsy associated with HIV infection. Lancet 2000, 3 :553-54.
30. Newton JP. Les causes de la perte auditive dans l’infection par le VIH. Community Ear and Hearing Health: 2006; 3: 1-16 Issue n. 3.
31. Zucotti G, Dauria E, M Torcoletti, Lodi F, Bernardo L, Riva E. Effets cliniques et bénéfiques du céfaclor sur la prophylaxie d’otite moyenne récurrente chez les enfants infectés par le VIH. J Int Med Res. 2001; 29 (4): 349-54.
32. Kohan D, RJ Giacchi. Chirurgie otologique chez les patients VIH-1 et le sida. Otolaryngol Chirurgie cervico-faciale 1999; 121 (4): 355-60.
33. Rinaldo A, M Brandwein, K Devaney et lésions otologiques liées au SIDA. Acta Otolaryngol. 2003; 123: 672-4.
34. BARRY B, MATHERON S, GEHANNO P. Manifestations ORL Observées au cours de l’infection par le VIH. Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris) oto-rhino- Laryngologie 20-956-A10, 1996, 6p.

35. Mpressa E., Njifou N., Lingom L. Manifestations ORL chez des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA à l'Hôpital Laquintinie de Douala-Cameroun : Une Étude de 200 Cas. HEALTH SCIENCES AND DISEASES. juill 2018;64-7.
36. Vignikin-Yehouessi B, Adjibabi W, Gomina M. MANIFESTATION ORL ET VIH: aspects épidémiologiques et cliniques au CNHU de Cotonou et CHD / Ouémé. Le Bénin Médical N° 28. 2004;42-44. 3p.
37. MARSOT-DUPUCH K., MEYONAS M-C., SCHMITT E. and all. Pathologies de la sphère ORL au cours du syndrome d'immuno-déficience acquise: apport de l'imagerie. Encycl Med Chir. Paris radiodiagnostic 2000, 31-675-910. ORL 2000,20-956 BIO 13 P.
38. KPEMISSI E., MATHIAS A., SOSSOU K., DAVID M. Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le virus de j'immunodéficience humaine à Lomé. Echo de santé, 1996,36,6-7.
39. ZOUITEN F., RBIA E., BEN SAIO A. and all. Infections bactériennes au cours du sida (mycobactérioses exclues) : étude de 106 cas. La Tunisie médicale, 2003, 81,2,113-120.
40. Prasad HK, KM Bhojwani, Shenoy V, SC Prasad. Manifestations du VIH en oto-rhino-laryngologie. Suis J Otolaryngol. 2006; 27 (3): 179-85.
41. Kellem Tchessy AA. Les pathologies ORL et l'infection par le VIH a propos de 59 observations dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU-Tokoin de Lomé. [TOGO]; 2005.
42. CASTILLO L, ROGER PM, HADDAD A, MEYER JM, SANTINI J, DEMARD F. Sinusites chroniques au cours de l'infection par le VIH : stratégies thérapeutiques. Ann. otolaryngol chir. cervicofac 1999, 162 – 166.
43. TAMI TA. The management of sinusitis in patient infected with the human immunodeficiency virus. Ear nose throat J 1995, 74 : 360-363.
44. BARRY B, GEHANNO P – Infection par le VIH : la pathologie ORL devient surtout révélatrice. Revue du praticien- Médecine générale 1999 ; 479 : 1933-1937.
45. SANDE MA – Antimicrobial therapy of infection patients with AIDS- An overview. Journal of antimicrobial Therapy 1989; 23: 63-65.
46. LIN RY, LAZARUS TS – Asthma and related atopic disorders in out patients attending in Urban HIV clinic. Ann Allergy Asthma Immunol 1995; 74: 510-515.
47. GNAHORE D – Manifestations buccales du SIDA chez le Noir Africain. Etude prospective à propos de 110 cas observés dans le CHU d'Abidjan. Thèse, Med, Abidjan, 1990, 146p.
48. PLANTIER J-C, SIMON F – Diagnostic sérologique de l'infection à VIH. Developpement et sante 2002 ; 162 : 8-14.
49. ROGEAUX O– Prise en charge de l'infection VIH/SIDA de l'adulte en Afrique. Developpement et sante 2002 ; 162 : 33-40.
50. ROZENBAUM W – Classification et histoire naturelle- Guide de l'infection à VIH. Impact Medecin 2001; 43-50.

51. GEHANNO P, ALALOUF P, GUEDON C, PERREAU P, MOISY N, KEBAILY C – Manifestations ORL observées dans le SIDA. A propos de 54 observations. Ann Oto Laryng (Paris) 1985 ; 102 : 473-477.
52. Direction Générale de la statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN)- Ministère du Plan, de l'aménagement du territoire, de l'habitat et de l'urbanisme- République Togolaise : La population togolaise et les interventions du FNUAP au Togo. Lomé, Déc 2001.
53. Fernanda Alves Sanjar et coll. Sede da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial Av. Indianópolis, 1287 04063-002 São Paulo / SP Brésil Journal brésilien d'oto-rhino-laryngologie. le 21 janvier 2010 revista@aborlccf.org.br.
54. ADJOUA RP, KOUASSI B, BOGUIFO J et coll.: Séropositivité aux tests du syndrome d'immunodéficience acquise et affections ORL à évolution chronique à propos de 30 cas colligés dans le service ORL d'Abidjan Cote d'Ivoire. Publications médicales africaines 1989 ; 22 : 109-115.
55. Ondzotto G, Ibara J., Mowondabeka P. les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale. à propos de 253 cas congolais. 2004;59-63.
56. Ndjolo A, Njock R, Ngowe N, Ebogo M, Toukam M, Nko'o S, Bengono G Early ENT manifestations of HIV infection/AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2004, 125(1), 39-43.

## 1. Fiche d'enquête

TITRE :

### ETUDE DES PATHOLOGIES ORL CHEZ LES PVVIH AU SMIT DU CHU POINT G

#### I- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. No identifiant : ..... date de consultation : ...../...../.....
2. Sexe : ..... a- M b- F
3. AGE : ..... ans
4. Profession : .....
5. Résidence : ..... a- Milieu Urbain b- Milieu Rural
6. Statut matrimonial : .....a- célibataire b- Marié(e) c- Divorcé(e)
7. Provenance : .....a- référé b- consultant

#### II- ASPECTS CLINIQUES

##### 1. MOTIFS DE CONSULTATION :

###### 1.1. ORL : .....

A - Otologiques : a- otalgie ; b- otorrhée ; c- hypoacousie ; d- prurit auriculaire ; e- vertiges.

B - Rhinologiques : a- épistaxis b- rhinorrhée

C - Cavité buccale ; oropharynx et larynx : a- herpès labial ; b- ulcération buccale ; c- dysphagie ; d- odynophagie ; e- dysphonie ; f- dyspnée

D - Cou : a- tuméfaction ; b- cervicalgie ; c- autres.....

E - Face : a- tuméfaction b- œdème c- Enophthalmie d- Exophthalmie e- Algies faciales

1.2. Autres signes : a- vomissement ; b- diarrhée ; c- AEG ; d- déficit ; e- troubles de la conscience ; f- troubles du langage ; g- toux

##### 2. HISTOIRE CLINIQUE :

2.1. ATCD affection ORL : a- oui b- non

2.2. Bilans réalisés et traitements reçus

### 3. EXAMEN PHYSIQUE :

#### 3.1. EXAMEN GENERAL :

Poids :.....kg                      Taille :.....m                      IMC :.....kg/m<sup>2</sup>  
 a- BEG ; b- AEG ; c- Fièvre ; d- pâleur conjonctivale

#### 3.2. EXAMEN ORL : préciser si droite (D)                      gauche (G)                      bilatéral (B)

##### 1. Pathologie otologique :

- Otite externe : ..... a- non ; b- Aigue ; c- chronique ; d- récidivante
- Otite moyenne : ..... a- non ; b- Aigue ; c- chronique
- Otite séreuse : ..... a- non ; b- oui
- Surdité : ..... a- transmission ; b- perception ; c- mixte
- Tumeur : ..... a- non ; b- oui

##### 2. Pathologie naso-sinusienne

- Rhinites : ..... a- non ; b- allergique ; c- chronique ; d- vestibulaire
- Sinusites : ..... a- maxillaire ; b- ethmoïdale ; c- frontale ; d- sphénoïdal
-  pistaxis : ..... a- non ; b- oui

##### 3. Pathologie de la cavité buccale ; du pharyngo-larynx et trachée

- **Cavite buccale** : .....  
 a-candidose buccale ; b- ulcération ; c- herpès labial ; d- herpès du palais ; e- hémorragie ;  
 f- kaposi buccal ; g- hémorragie
- **Pharyngite** : .....  
 a- aigue ; b- atrophique ; c- hypertrophique ; d- chronique
- **Amygdalite** : .....  
 a- aigue ; b- chronique ; c- Récidivante
- **Glandes salivaires** : .....  
 a- Inflammation                      b- Tumeur
- Laryngites : .....
- Autres : .....

4. **Pathologie cervico-faciale :**

4.1 **Adénopathies :**

- Siege : ..... a- Latéro-cervical; b- Prétragien ; c- Sous angulo-maxillaire ; d- Retro-auriculaire
- Latéralité : ..... a- unilatéral ;            b- bilatéral
- Consistance : .....
- Mobilité : ..... a- non        b- oui

PARALYSIE FACIALE : ..... a- non            b- oui

AUTRES PATHOLOGIES CERVICO-FACIALES : .....

5. **PATHOLOGIES EXTRA ORL ASSOCIEES :**

6. **CLASSIFICATION CDC : .....**

**III- EXAMENS PARACLINIQUES**

1. Sérologie HIV ..... a- HIV 1        b- HIV 2        c- HIV 1+2 d- Non typé
2. Autres sérologies : .....
3. Taux de CD4 : ..... a- > 500/mm<sup>3</sup> ; b- 200-499/mm<sup>3</sup> ;    c- < 200/mm<sup>3</sup>
4. Charge virale : .....

**IV- EVOLUTION ET TRAITEMENT :**

1. Evolution.....  
a- guérison ; b- séquelles ; c- récurrences ; d- SCAM
2. Traitement en cours  
ARV :    a).....  
Chimio prophylaxie au cotrimoxazole : ..... a) non        b) oui  
Autres traitements :

## 2. FICHE SIGNALITIQUE :

**Prénom et Nom**: Laurenche TSOWA NGOULA

**Titre** : ETUDE DES PATHOLOGIES ORL CHEZ LES PVVIH AU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES DU CHU POINT G (BAMAKO)

**Année académique** : 2017 – 2018

**Ville** : BAMAKO

**Pays d'origine** : CAMEROUN

**Lieu de dépôt** : BIBLOTHEQUE DE LA FMOS

**Domaine d'intérêt** : MALADIES INFECTIEUSES ET ORL

### **Résumé** :

Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 soit en 6 mois le service des maladies infectieuses du CHU Point G a reçu en hospitalisation 173 patients parmi lesquels 138 étaient séropositifs au VIH, dont 70 présentaient une pathologie ORL et qui ont été tous retenus pour l'étude. De cette étude transversale et prospective, il est ressorti que le sexe féminin était prédominant avec 57,1 % ; les patients mariés étaient dominant (64,3%) ; ils provenaient en majorité des milieux urbains 85,7 %, le VIH 1 est prédominant 92,9 %. Les pathologies ORL retrouvées étaient essentiellement les pathologies de la cavité buccale (80 %) ; ensuite les pathologies rhino-sinusiennes (25%) ; suivi des pathologies otologiques (13 %) ; et enfin les pathologies cervico-faciales. Dans notre série nous n'avons pas noté de cas tumoral. La majorité des patients étaient au stade clinique C3 (CDC). On avait 55,7 % des patients qui sont décédés pendant l'hospitalisation.

**Conclusion** : les pathologies ORL sont fréquentes et compliquées au cours de l'infection à VIH, dont la prise en charge doit être multidisciplinaire.

*Mots clés : pathologies ORL, PVVIH, classification CDC.*

## **SIGNALIC PLUG**

**Last Name and first name:** Laurenche TSOWA NGOULA

**Title:** study of ORL pathologies in people living with HIV in the service of infectious diseases of the University Hospital Center of Point G.

**Academic year:** 2017-2018

**Town:** BAMAKO      **Native country:** CAMEROON

**Deposit place:** LIBRARY OF THE FMOS

### **Summary:**

From January 1<sup>st</sup> to June 30<sup>th</sup>, is 6 months, the Department of infectious Diseases received 173 hospitalized, of whom 138 were HIV-positive. Of which 70 had pathologies ORL and who were all retained in the study. Of this cross-sectional and prospective study, it emerged that females predominated with 57, 1%; married patients were dominant (64, 3%); they come mostly from urban areas 85, 7%; HIV 1 is predominant (92, 9 %). the pathologies found were essentially pathologies of the oral cavity (80 %); then rhinosinusic pathologies (25%); followed otological pathologies (13%) and finally cervicofacial pathologies. In our series we did not note a tumor case. The majority of patients were at the clinical stage C (CDC). 55% of patients who died during hospitalization.

**Conclusion:** ORL pathologies are frequent and complicated during HIV infection, which supports must be multidisciplinary.

*Keywords: ORL pathologies, HIV, classification CDC.*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,*

*Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de races, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

*Je le jure!*