

Ministère de l'Education Nationale

-----  
Université de Bamako  
-----

Faculté de Médecine de Pharmacie  
et d'Odontostomatologie.

République du Mali  
Un peuple- Un but- Une Foi

Année : 2005 -2006

N\*...../

## TITRE



**MANIFESTATION ORL AU COURS  
DU VIH/SIDA : CAS DU CHU  
GABRIEL TOURE D'OCTOBRE 2004  
A OCTOBRE 2005**

## THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le.....  
devant la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

PAR

**Mr Adama CISSE**

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

### Composition du jury

Président : *Professeur ISSA TRAORE*

Membres : Professeur MOUSSA Y. MAIGA  
Docteur MOHAMED KEITA  
Docteur DEMBELE AWA KEITA

Directeur de Thèse : Professeur ALHOUSSEINI AG MOHAMED

## Dédicaces

A ALLAH, le tout Puissant le miséricordieux: ce travail est le fruit de votre volonté.

Louange à toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que tu nous accordes en permanence.

Fasses de moi un serviteur qui respecte tes lois et celles des hommes. Guides mes pas, encadres tous mes actes et fais de moi un médecin soucieux et conscient de son métier.

Paix et salut sur le Prophète Mohamed (SAW).

A mon père, KONIMBA CISSE: voici le résultat de tes efforts consentis, sois rassuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A ma mère, feu SITAN TRAORE: que ton âme repose en paix, ce travail est à vous. Vous m'avez toujours comblé de bénédictions et de conseils, puisse ALLAH le tout Puissant vous accueillir dans sa demeure, Amen.

A mes frères et sœurs: pour votre attention à mon égard, je ne saurais comment vous dire merci.

Toutes les personnes vivants avec le VIH: vivez dans l'espoir, soyez fort dans la tête pour vous battre contre l'infection à VIH/SIDA, nous vous souhaitons prompt rétablissement courage et merci. A tous ceux dont je n'ai pu citer le nom: je vous porte dans le cœur et merci.

## *Remerciements*

A Docteur TIMBO SAMBA KARIM, Dr TOGOLA FANTA KONIPO, Dr LAMINE TRAORE, Dr DOUMBIA KADIATOU SINGARE: merci pour l'enseignement reçu.

A tous les internes, majors, infirmiers et GES du service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale: je vous remercie de la bonne collaboration sans faille de tous les jours sans quoi, le séjour dans le service ne serait qu'un mauvais souvenir. Merci encore.

A tous mes amis: JEAN PAUL, LAMINE TRAORE, DEMBELE KOUMOU, MAMADOU SYLLA, KATILE, CISSOUMA, FANTA DOUMBIA, KAMPO, DJIBO, SIDIBE, vous avez été d'un grand soutien. Que Dieu consolide nos relations.

## **I. INTRODUCTION**

Le sida ou le syndrome de l'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine ou **VIH** est un ensemble de manifestations cliniques traduisant un déficit profond de l'immunité à médiation cellulaire.

En effet près de 60% des patients infectés par le **VIH** présentent une atteinte ORL ou cervico-faciale au cours de la maladie [8]. Une lésion de la sphère ORL est parfois le premier motif de consultation conduisant ainsi au dépistage sérologique de l'infection.

De part son expansion mondiale, le **VIH/SIDA** constitue un problème majeur de santé publique dans le monde [1].

Des défis énormes continuent de définir le contexte dans lequel le monde doit faire face à cette pandémie.

La prise de conscience donne un nouvel élan à la lutte contre ce fléau avec

- d'une part l'engagement de communautés entières.
- d'autre part, la volonté politique des gouvernements qui s'affirme [2].

Le monde scientifique ne reste pas en dehors de cette lutte. Des équipes de chercheurs continuent de se mobiliser. L'infection est mieux connue dans ses divers aspects et l'arrivée des anti-rétroviraux (ARV) a bouleversé le pronostic de son évolution. En **ORL**, le SIDA à des expressions cliniques variées et l'épidémie dans son évolution impose à cette spécialité un véritable challenge quant aux divers aspects de sa pratique. La prise en charge des patients infectés exige désormais

d'englober à tous les niveaux leur vécu social et leur habitudes [3,4,5,6,7].

En effet, près 60% des patients infectés par le **VIH** présentent une atteinte **ORL** ou cervico-faciale au cours de la maladie [8] une lésion de la sphère **ORL** est parfois le premier motif de consultation [9,10] conduisant ainsi au dépistage sérologique de l'infection.

Il s'avère donc important que le spécialiste **ORL** actualise ses connaissances pour cette infection qui au fil de son évolution se dévoile de multiples facettes.

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Répertorier les pathologies **ORL** et cervico-faciales rencontrées chez les patients vivants avec le VIH/SIDA dans notre pratique quotidienne au service d'**ORL** et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali.

### **2.Objectifs spécifiques**

- Evaluer la prévalence hospitalière des pathologies **ORL** au cours de l'infection par le **VIH**.
- Dégager les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de ces pathologies.
- Dégager quelques aspects de leur prise en charge.
- Situer la responsabilité et le rôle du spécialiste ORL dans le dépistage et la prise en charge de l'infection **VIH/SIDA**.

### **III.GENERALITES**

#### **1) Définition**

Le SIDA ou le syndrome de l'immunodéficience acquise 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[11].

#### **2) Historique du VIH/SIDA dans le monde et le Mali [12,13,14]**

**1952** : Premier cas probable américain ;

**1958** : Premier sérum positif pour VIH à priori aux Etats-Unis ;

**1959** : Premier cas rétrospectif européen, un marin anglais mort en 1959 à Manchester (Grande Bretagne) avait présenté un tableau clinique évocateur du SIDA. Premier cas d'infection par le VIH identifié chez un Zaïrois (actuelle République Démocratique du Congo).

**1978** : Début de l'épidémie de Sida aux Etats Unis selon les enquêtes officielles.

**1981** : Première définition du Sida.

**1982** : En juin : création de la première association de lutte contre le Sida aux Etats-Unis, la « Graymen Health Crisis ».

**1983** : Identification du virus VIH 1.

En septembre 1983 : premiers résultats du test Elisa mis au point par Christine Rouzioux et Françoise Brun-Vezinet ;

**1985** : On assiste à la commercialisation du premier test de diagnostic sérologique et dès février de cette même année l'activité de la zidovudine vis à vis du VIH se confirme.

En Avril 1985 : première conférence internationale sur le sida à Atlanta

(Etats-Unis) ;

**1986** : Identification du VIH 2.

**1993** : En janvier : Nouvelle définition du Sida aux Etats-Unis : classification CDC Atlanta.

**1999** : VI<sup>ème</sup> conférence sur les rétrovirus tenue à Chicago (Etats-Unis) a mis l'accent sur l'importance des tests de résistance de routine.

**2000** : Juillet XIII<sup>ème</sup> conférence internationale sur le Sida à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

**2001** : XII<sup>èm</sup> CISMA à Ouagadougou (Burkina-Faso).

**2002** : Juillet XIV<sup>ème</sup> conférence internationale sur le Sida à Barcelone (Espagne).

Au Mali le premier cas de SIDA a été identifié en 1985 à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Aly Guindo. La première enquête de séroprévalence a été réalisée en 1987. Elle a trouvé une prévalence de 1% dans les capitales régionales et dans le district de Bamako, 7% dans la population de tuberculeux soignés dans les hôpitaux et 40% parmi les prostituées des centres urbains. Diverses études portant sur les IST et le SIDA tant quantitative que qualitative, ont été effectuées au Mali depuis 1987. En 1992, une seconde enquête de séroprévalence réalisée par le PNLS a donné un taux d'infection par le VIH de l'ordre de 3% pour l'ensemble de la population sexuellement active soit un taux de 3,4% chez les femmes et 2,6% chez les hommes (Maiga et al. 1993). La région la plus atteinte était celle de Sikasso (avec une prévalence d'environ 5% chez les femmes enceintes et de 73% parmi les prostituées). La prévalence la plus faible a été observée à Gao et Tombouctou (2%).

Depuis 1992, de nombreuses autres études ont été menées sur les IST et le VIH au Mali ; mais elles ont porté sur des populations cibles à faible moyen ou haut risque d'infection et non pas sur l'ensemble de la population. C'est ainsi qu'en 1994, une étude financée par la banque mondiale a donné une prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 4,4% à Bamako, 4,5% à Sikasso et 2,1 % à Mopti et une prévalence chez les prostituées de 55% à Bamako, 72% à Sikasso et 21 % à Mopti. En 1999 une étude financée par le projet santé population hydraulique rurale (PSPHR) et réalisée par le PNLS et l'INRSP a montré que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes étaient de 3,5% à Sikasso, 3,2% à Mopti et 0,6% à Koulikoro.

En 2000 le PNLS avec l'appui du CDC d'Atlanta et de l'INRSP de Bamako a réalisé une étude en vue de déterminer la prévalence des IST et de l'infection par le VIH et les comportements qui y sont associés au sein de cinq groupes à haut et moyen risques dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Kayes, Gao et dans le district de Bamako. Cette étude a révélé que les vendeuses ambulantes et les courtiers constituent des populations à cibler par des actions de prévention contre les IST et le VIH, tant leurs connaissances et expériences sont limitées et leurs comportements sont à risque. Ces deux catégories de populations ont présenté des taux d'infection par les IST supérieurs de plus de 8% à celles d'autres populations étudiées [13]

### **3. Epidémiologie :**

#### ➤ Situation dans le Monde

Alors que l'on semblait s'être habitué à lui au cours de ces 20 dernières années, c'est seulement maintenant que le VIH Sida se révèle

sous son vrai jour, à savoir qu'il constitue pour la société humaine une menace sans équivalent dont les effets se feront sentir pendant des générations.

On estime que 34 à 46 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH Sida. Plus de 20 millions de malades en sont déjà morts dont 3 millions pour la seule année 2003.

4 millions d'enfants ont été infectés depuis la première apparition du virus.

Sur les 5 millions de personnes qui ont l'infection à VIH en 2003, on comptait 700 000 enfants, presque tous contaminés par suite de la transmission du Virus soit au cours de la grossesse, de l'accouchement ou pendant l'allaitement.

C'est vers le milieu des années 1990 que l'épidémie a connu sa croissance la plus explosive, tout particulièrement en Afrique. En 2003, ce continent qui ne représentait que 11% de la population mondiale totale abritait les 2/3 de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Aujourd'hui, c'est environ un Africain adulte sur 12 qui se trouve dans cette situation.

En Afrique Subsaharienne et dans les Caraïbes, les femmes ont au moins autant de chance que les hommes de contracter l'infection. Dans cette partie du monde, 29,4 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA (soit les 2/3 des personnes infectées) représentant de loin la région la plus touchée.

L'épidémie constitue un frein au développement de la région. La prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans est de 8,8% [3].

Quelques 3,5 millions de nouvelles infections y sont produites en 2002 et l'épidémie a tué à ce jour environ 24 millions d'Africains. 10 millions de jeunes (entre 15 et 24 ans) et près de 3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH.

L'accès aux antirétroviraux (ARV) reste faible et les graves crises socio-politiques dans la région contribuent à entretenir l'expansion de l'infection.

### **3.1 . Rappel sur le virus :[15,16,17]**

L'agent pathogène est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) appartenant à la famille des retroviridae, caractérisé dans leur structure par la présence de transcriptase inverse.

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

Le VIH1 et le VIH2

Ceux-ci ont une structure commune comportant une enveloppe et une nucléocapside constituée comportant de 80-120 nanomètre de diamètre ayant une forme sphérique cernée par une enveloppe faite d'une bicouche lipidique ; cette enveloppe est limitée entièrement par une membrane ou matrice protéique.

Cette famille est composée de 3 genres distincts par des paramètres physiogénétiques et pathogéniques :

- ❖ Les spumavirus non pathogènes pour l'homme ;

- ❖ les oncovirus a propriétés oncogènes incriminés dans la genèse des lymphomes chez l'homme, et
- ❖ les lentivirus auxquels appartiennent les VIH ont été initialement identifiés chez les animaux chez qui ils provoquent des maladies à évolution lente. Ils possèdent des propriétés cytopathogènes.

### **3.2 .Mode de Transmission :**

#### **Transmission sexuelle :**

Chez les homosexuels et les bisexuels masculins : La totalité des études s'accordent sur le fait que les rapports anogénitaux (sodomie) représentent un risque majeur de contamination. Les pratiques réceptives présentent le risque plus élevé par rapport aux pratiques insertives, du fait des effractions de la muqueuse anale qu'elle provoquent. Le risque lors d'un rapport anal réceptif avec un partenaire contaminé est compris entre 0,5 et 3% [18].

Chez les hommes et les femmes hétérosexuels, le risque est extrêmement faible au cours d'un seul rapport vaginal comparé à d'autres agents sexuellement transmissibles (moins de 1%) mais dépend du caractère insertif ou réceptif donc du sexe du partenaire infecté. Selon certaines estimations le risque de contamination dans le sens femmes-hommes a été estimé à 0,1%. Dans tous les cas les études concluent à une plus forte probabilité de la transmission dans le sens homme-femme que dans le sens femme-homme.

Le risque de contamination est plus élevé pour un stade avancé de la maladie et pour une charge virale élevée [19]. La non utilisation du préservatif accroît considérablement ce risque. C'est là le point capital

sur lequel doivent insister les programmes de prévention et de lutte contre le SIDA. En l'absence de vaccin et de traitement efficace contre cette pandémie, la fidélité, l'abstinence et l'utilisation du préservatif restent les seuls moyens à ce jour de protection contre le VIH.

### **Transmission sanguine**

La transmission du virus du sida peut s'effectuer par voie sanguine. Le sang est un liquide à fort pouvoir contaminant : l'injection directe de sang contaminé dans l'organisme d'un individu présente un maximum de risque.

C'est principalement le cas :

- Les usagers de drogues par voies intra-veineuses,
- Les hémophiles,
- Les transfusés.

Plus rarement les contaminations professionnelles s'observent en milieu de soins et/ou laboratoires ; les objets souillés, chez les usagers de drogues le risque de contamination après partage d'une seringue souillée est de 0,67%. Chez les hémophiles la contamination était liée à l'utilisation de facteurs de coagulation, produits extraits de milliers de don de sang dans les années 1980 au cours desquelles ils n'étaient pas dépistés.

Les techniques d'inactivation virale et le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH applicables à ces produits depuis fin 1985 a considérablement diminué ce risque de contamination.

Le risque professionnel est assez faible. Cela ne doit pas conduire à un relâchement des efforts, ces mesures doivent être renforcées afin de

réduire à néant la part de ce mode de transmission de l'infection à VIH[19].

### **Transmission verticale**

Beaucoup d'arguments convergent en faveur d'une transmission tardive en fin de grossesse voire à l'accouchement. La transmission se ferait pendant le dernier trimestre in utero pour 1/3 des enfants infectés et le jour de l'accouchement pour 2/3 des cas. Le moment de la transmission est influencé par les paramètres maternels : une mère à un stade avancé de la maladie a un risque plus élevé de transmission in utero. En période post-natale c'est uniquement par l'allaitement maternel que l'enfant risque de s'infecter car la présence du virus dans le lait maternel a été démontré et le risque serait plus élevé en début d'allaitement puisque la charge virale est élevée dans le colostrum.

Ensuite le taux de transmission materno-foetale du VIH1 en l'absence de thérapeutique est de 18 à 25% quelque soit le mode de contamination de la mère. En ce qui concerne le VIH2 le risque de transmission materno-foetale serait de l'ordre de 1%. Cette transmission est influencée par les manifestations cliniques (SIDA) ou un taux de CD4 bas ( inférieur a  $200/\text{mm}^3$  au moment de la grossesse) et/ou une charge virale plasmatique élevée qui augmenteraient le taux de transmission. Mais il ne semble pas y avoir de seuil en dessous duquel il n' y a pas de transmission même pour des charges virales indétectables avec les techniques actuelles.

En revanche la prise d'AZT par la mère pendant la grossesse (début du traitement entre 14<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> semaine) puis par l'enfant les 6 premières semaines réduit le taux de transmission de 67% [20].

## **Autres modes de transmission**

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait maternel, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides : la salive, les larmes, les urines, le liquide céphalorachidien et le liquide broncho alvéolaire. Mais la présence du virus n'implique pas automatiquement sa transmissibilité en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus [21,22].

### **3.3 Situation de l'infection a VIH au Mali**

Depuis la notification des premiers cas de SIDA en 1985 jusqu'en 2001 le nombre n'a cessé d'augmenter.

Le taux de séroprévalence chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 2%. Il est supérieur aux taux obtenus chez les hommes âgés de 15-59 ans, estimé à 1,3 %. Au niveau national, la prévalence du VIH est de 1,7 %. A ce taux, on estime que la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans) qui est séropositive serait d'environ 80 000 personnes (32 000 hommes et 48 000 femmes) en 2001. On remarque que le taux de séroprévalence atteint son maximum à 30-34 ans tant chez les femmes que chez les hommes.

Il faut noter que du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les maliennes, le taux de séroprévalence est relativement élevé à 15-19 ans (1,1%) et 20-24 ans (1,6 %). Contrairement aux femmes, le taux de séroprévalence chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,3 % à 15-24 ans. Par contre, les hommes sont plus exposés au VIH que les femmes aux âges avancés

(2,6 % à 45-49 ans chez les hommes contre 1,0 % chez les femmes du même âge).

Il en ressort que le district de Bamako a le taux de séroprévalence le plus élevé (2,5 %), suivi des régions de Kayes, Koulikoro et Ségou (1,9 % chacune). Les trois autres régions ont des taux inférieurs à la moyenne nationale : Mopti (1,4 %), Sikasso (1 %) et Gao, Kidal, Tombouctou (0,76 %). Cette classification des régions reste généralement valable aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Par exemple les femmes de la région de Ségou ont le niveau de séroprévalence le plus élevé (2,5 %) ; suivies de celle de Bamako et Kayes (2,4 % chacune). Chez les hommes, le niveau le plus élevé a été observé à Bamako (2,7 %).

On constate que le taux de séroprévalence est plus élevé en milieu urbain (2,2 %) qu'en milieu rural (1,5 %). On note également que, quelque soit le milieu de résidence, le taux de séroprévalence est nettement plus élevé chez les femmes . Ainsi en milieu urbain le taux de séroprévalence est de 2,5 % chez les femmes contre 1,9 % chez les hommes ; et en milieu rural le taux est 1,9 % chez les femmes contre 1,1 % chez les hommes.

Depuis la création du programme national de lutte contre le sida (PNLS), une analyse des priorités ainsi qu'une meilleure connaissance des réalités socio-culturelles, économiques et politiques en rapport avec le VIH/SIDA a permis de mettre en exergue les différents facteurs favorisant la propagation de l'infection dans le pays, les obstacles et les opportunités à saisir pour renforcer les mesures préventives nationales. Cette analyse a permis d'élaborer le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. [13]

## **4. Manifestations en rapport avec l'infection a VIH**

### **4.1 Manifestations cliniques**

L'infection au VIH se manifeste par de nombreuses infections opportunistes, des néoplasies ainsi que des lésions non spécifiques résultant d'une diminution de l'immunité.

De façon générale, on rapporte que les lésions buccales sont les premières manifestations de l'infection pour le tiers de personnes vivant avec le VIH et que la prévalence combinée de ces lésions est de 62 %. Ces taux grimpent à 85 % chez les individus ayant développé le SIDA. Les lésions se trouvent dans la bouche et le pharynx. Les professionnels de santé adéquatement formés peuvent souvent les détecter et les diagnostiquer selon leur seule apparence clinique. Les principales manifestations sont :

- La candidose buccale ;
- la leucoplasie pileuse ;
- le sarcome de kaposi ;
- le lymphome non hodgkinien

Certaines pathologies parodontales sont étroitement associées à l'infection au VIH. Plusieurs de ces lésions buccales font parties des critères de classification des stades de l'infection au VIH. Elles servent aussi très souvent d'indicateur pour débiter ou mettre un terme à des traitements prophylactiques ou thérapeutiques et font souvent partie des critères de sélection ou d'évaluation lors d'essais cliniques.

- **La candidose buccale** peut affecter toutes les muqueuses buccopharyngées et se présente sous deux aspects :
  - dans sa forme érythémateuse, la muqueuse affectée prend une coloration rouge.
  - dans sa forme pseudo-membraneuse, la muqueuse est recouverte de plaques blanches ou jaunes surélevées qui peuvent se gratter en laissant voir une surface érythémateuse parfois sanguinolente. Sous cette forme, elle nuit souvent à l'alimentation normale de la personne atteinte, de même qu'au port de prothèses dentaires amovibles. La candidose orale doit être soignée non seulement pour l'inconfort qu'elle procure, mais aussi pour éviter la progression vers d'autres sites.

Cette infection nécessite souvent un traitement à long terme. La candidose orale est de loin la lésion orale dont la prévalence est la plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA puisque le tiers à la moitié d'entre elles développe ce type d'infection. Elle est considérée comme un prédicteur de la progression rapide vers le SIDA et du déclin des lymphocytes T4.

- **La leucoplasie pileuse** se caractérise par des lésions bilatérales souvent surélevées, d'un gris blanchâtre et habituellement localisées sur les bords latéraux et le dos de la langue. Généralement asymptomatique, un traitement spécifique est rarement indiqué à moins qu'elle ne cause de l'inconfort. Malgré son nom, ce n'est pas une lésion pré-maligne mais plutôt une hyperplasie de la muqueuse buccale induite par le virus d'Epstein

Barr. Décrite pour la première fois chez les homosexuels mâles, la leucoplasie pileuse a d'abord été associée à l'infection au VIH et considérée pathognomonique de cette infection.

Parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, sa prévalence varie de 20 %, chez les américains sans autres symptômes de l'infection au VIH, jusqu'à 36 % les Tanzaniens sidéens. Tout comme la candidose, elle est un prédicteur de la progression de la maladie et de la baisse des lymphocytes T4.

- **Le Sarcome de kaposi** est une forme de néoplasie affectant la peau et les muqueuses. Avant les années quatre vingt, cette maladie affectait les hommes âgés le plus souvent d'origine méditerranéenne. En 1981, l'apparition de nombreux cas de sarcome de kaposi cutané ou muqueux et de pneumonie à pneumocystis carinii chez les hommes jeunes et homosexuels a mené à la première description du SIDA. Au début de l'épidémie du VIH le sarcome de kaposi cutané ou muqueux touchait 50 % des homosexuels sidéens alors qu'on ne le retrouvait que chez 5 % des sidéens utilisateurs de drogues injectables et chez moins de 1 % des sidéens hémophiles. Le virus HHV8 (ou KSHV) virus Herpes Humain 8 est reconnu comme étant la cause du sarcome de kaposi.

Environ les deux tiers des personnes présentant un sarcome de kaposi buccal rapportent de la douleur, de l'inconfort, de la difficulté à s'alimenter ou encore un problème d'esthétisme. La prévalence du sarcome de kaposi buccal est peu connue, mais une étude rapporte qu'un peu moins de 80 % des personnes vivant avec le VIH –SIDA ayant

une ou plusieurs lésions de type sarcome de kaposi ont une de ces lésions dans la bouche.

Le sarcome de kaposi est une condition incluse dans les critères diagnostiques du SIDA.

Les lésions élémentaires sont des macules, des nodules, des masses angiomateuses infiltrées, le plus souvent multiples touchant :

- La muqueuse buccale : voûte palatine, pharynx, luette, langue et gencives.
- Les ganglions : adénopathies isolées ou associées aux nodules.
- La peau : plaques et nodules violacés infiltrés prédominants aux extrémités, souvent associées à un œdème ferme des membres.
- L'estomac et l'intestin : nodules angiomateux asymptomatiques observés par endoscopie.
- L'os : lacune osseuse.
- Thorax : nodules pulmonaires, pleurésies, adénopathies hilaires, plus rarement pneumopathie interstitielle.
- Exceptionnellement les paupières, le cœur, les surrénales, les reins et les voies excrétrices.

Un tableau de grosses jambes infiltrées est évocateur de sarcome de kaposi. Le diagnostic est fait par la biopsie qui montre une double prolifération vasculaire et de cellules fusiformes caractéristique. Le traitement des petites lésions (cryothérapie, électrocoagulation, laser) donne des résultats temporaires.

Pour les formes étendues, la monochimiothérapie par vinblastine (4mg/semaine IV) ou bléomycine (3,5 mg/m<sup>2</sup> IM J1 J2 J3 tous les 15 jours) aggrave moins l'immunodépression que la polychimiothérapie (Adreamycine plus Bléomycine plus Vincristine ou Vinblastine : ABV). Il peut améliorer le confort des malades au cours des localisations douloureuses mais ne semble pas accroître la survie. L'interféron alpha recombinant (15 MU/m<sup>2</sup>/jour IM durant deux mois) permet des remissions et quelques guérisons. Le pronostic est fonction de la masse tumorale, de l'étendue des lésions, de l'immunodépression et de l'association aux infections opportunistes.

- **Les lymphomes non hodgkiniens** se produisent fréquemment dans les conditions d'immunodépression congénitale ou acquise. Chez les personnes infectées par le VIH, le risque de développer ces types de lymphomes est soixante fois plus élevé que dans la population générale. Plus agressifs et menaçant que le sarcome de kaposi, les lymphomes nécessitent de la radiothérapie, de la chimiothérapie et, dans certains cas, une intervention chirurgicale. Dans la bouche, ils se présentent principalement comme une masse localisée à la gencive ou au palais, camouflant une destruction osseuse.

Les lymphomes non hodgkiniens buccaux comptent pour 3 % de tous les lymphomes chez les personnes vivant avec le VIH SIDA. Tout comme le sarcome de kaposi, les lymphomes non hodgkiniens sont inclus dans les critères diagnostiques du SIDA.

- **Les maladies parodontales** les plus fortement associées à l'infection au VIH sont :

- ❖ l'érythème gingival linéaire,
- ❖ la gingivite ulcéro-nécrosante,
- ❖ la parodontite ulcéro-nécrosante.

La première condition se présente comme une étroite bande rouge très caractéristique le long du bord libre de la gencive. Les deux autres conditions se manifestent par une destruction soit de la papille gingivale dans le premier cas ou de l'os parodontal dans le second.

Les personnes vivants avec le VIH –SIDA peuvent aussi présenter une gingivite marginale chronique ainsi qu'une parodontite, mais l'immunosuppression peut modifier l'apparence clinique de celle-ci. Souvent douloureuses et progressives, les maladies parodontales nécessitent en général un débridement des tissus nécrotiques, une antibiothérapie, un détartrage et un curetage des dents ainsi qu'un suivi à long terme.

L'absence, jusqu'à très récemment, de critères spécifiques de classification de ces lésions empêche une évaluation valide de leur prévalence[24,25,26]

#### **4-2 Diagnostic biologique[27, 28]**

repose sur la mise en évidence :

- de façon indirecte dans le sérum d'anticorps anti-VIH (test ELISA, immunofluorescence indirecte, western blot),
- de façon directe du virus ou d'un de ses antigènes.

➤ **Le diagnostic indirect** comporte des tests de dépistage et des tests de confirmation

➤ **Tests de dépistage :**

Permettent la détection des anticorps anti-VIH. Celle ci repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène-anticorps (anticorps sériques du sujet infecté et des antigènes viraux produits en laboratoire ).

La méthode de référence est le test d'ELISA

- ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) :

Est utilisé pour le dépistage des anticorps. Cette méthode est utilisée en première intention, rapide et simple à mettre en œuvre et permet l'analyse des grandes séries d'échantillons. Elle est sensible mais peut manquer de spécificité (risque de fausses positivités). Ainsi tout résultat positif en ELISA doit être confirmé par le western blot. Selon les antigènes utilisés et les particularités techniques, on distingue des tests d'ELISA de première, de deuxième, de troisième et quatrième génération. Les tests de première et de deuxième génération ne mettent en évidence que des anticorps de la classe des IgG, ceux de la troisième génération qui constituent la majorité des tests utilisés actuellement en routine, détectent les IgM et les IgG.

Les tests dits de quatrième génération, apparus en 1998 permettent la détection combinée de la protéine P24 du VIH1 et des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2, ceci raccourci la fenêtre de séronégativité de 5 jours

## - **Tests dits rapides**

Font appel à une agglutination ou une absorption du complexe sur une membrane puis une coloration visible à l'œil nu. Ils sont facilement réalisables sans appareillage sophistiqué mais sont moins sensibles notamment lors de la séroconversion en comparaison avec les tests standard de troisième génération.

- **Tests de confirmation**

- **Western blot :**

C'est la technique de référence. C'est un test de VIH par électrophorèse avant d'être transféré sur une membrane de nitrocellulose. Ce test est considéré comme positif s'il y a présence d'anticorps dirigés contre une protéine interne du Virus. Cependant son interprétation demande une bonne expérience et les réactifs coûtent chers.

## - **Les autres techniques:**

Sont peu utilisées en pratique courante. Ce sont :

**La RIPA (radio immune précipitation assay) ;**

**L'immuno marquage fluorescent de surface ;**

**L'immunocapture cellulaire en plaque de microtitration ;**

**Le dosage de l'antigenémie P24.**

➤ **Le diagnostic direct :**

- ❖ **La détection de l'antigène P24 :** est essentiellement indiquée aujourd'hui chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH1 et lors d'une suspicion de primo-infection,
- ❖ **L'isolement du VIH en culture de cellules :** ceci se fait sur des cellules mononuclées sanguines ou du plasma du sujet infecté grâce à l'adjonction de cellules mononuclées de donneurs sains qui servent de support pour la multiplication virale,
- ❖ **La détection des nucléiques viraux,**

**La technique d'hybridation amplifiée sans amplification génique.**

➤ **Diagnostic de l'infection à VIH au Mali**

Niveau de diagnostic		Nombre de tests	Tests pratiques
Périphériques	CCDV	2+1	2 tests rapides sur goutte de sang et un 3eme test (hemastrip) en cas de discordance
	CSRef	2+1	2 tests rapides sur sérum immunocoombs II et génie II et un 3eme en cas de discordance (double check)
Intermédiaire	Hôpitaux régionaux	2+1	ELISA et 2 tests rapides immunocoombs II et Génie II)
Central	INRSP CNAM CNTS CHUPG CHUGT Dépistage	2+1	1 ELISA et 2 tests rapides(immunocoombs II et Génie II )ou 2 ELISA puis un autre ELISA en cas de discordance
	Confirmation	1	1 seul test est pratiqué Western blot ou Inno-lia
	Patient sous ARV	indéterminé	CD4, AgP24, ADN (PCR), Charge virale

### **4.3 Problèmes spécifiques liés à l'infection VIH chez l'enfant**

L'infection par le VIH est l'une des maladies les plus répandues au monde. En effet depuis sa première description faite aux Etats Unis d'Amérique vers les années 1980 chez les enfants de mères porteuses de VIH ou chez les enfants ayant reçu du sang ou dérivés sanguins contaminés, le nombre d'enfants porteurs de ce virus ne cesse d'accroître dans la population pédiatrique[29]. Cette augmentation rapide du nombre d'enfants séropositifs VIH /SIDA reflète le changement épidémiologique défavorable dans la population adulte. L'OMS estime à 800 000 nouveaux cas d'infection dans le monde chez les enfants en 2002 avec 610 000 décès dus au SIDA la même année ; selon le même organisme 90% de SIDA pédiatrique surviennent en Afrique Subsaharienne. Approximativement 5,2% des personnes atteintes de SIDA sont des enfants ayant contractés la plupart du temps par la transmission périnatale et avec un taux de transmission verticale de 25%. Une lésion de la sphère ORL est parfois le premier motif de consultation [30] conduisant ainsi au dépistage sérologique de l'infection. Les manifestations cliniques les plus communes sont : la candidose buccale, la lymphadénopathie, l'infection respiratoire haute, les otites, les parodontites et la sinusite. Il s'avère donc important quand aux spécialistes ORL d'actualiser leurs connaissances afin de mieux satisfaire les attentes des patients. Cependant une prise de conscience avec l'engagement des communautés, la volonté politique des gouvernements qui s'affirment donnent un nouvel élan à la lutte contre ce fléau pandémique [31].

#### **4.4 Modes évolutifs**

- **Sur le plan clinique** la fréquence des consultations ultérieures sera fonction de l'état clinique du patient (plus fréquentes au stade SIDA) et des effets indésirables.

- **Sur le plan biologique** : un bilan de référence notamment une NFS, glycémie, créatininémie, cholestérolémie, triglycéridémie, transaminases, lipasémie à la recherche d'éventuels effets secondaires du traitement.

Les paramètres biologiques les plus importants sont la charge virale et le taux de CD4.

La charge virale plasmatique doit diminuer et devenir indétectable par les techniques les plus sensibles actuellement utilisées dans les 3 à 6 mois qui suivent le début du traitement.

L'élévation médiane du taux de CD4 est de 100-200/mm<sup>3</sup> dans la première année quand la réponse au traitement est optimale. La réponse objectivée par le nombre de CD4 peut être retardée par la réponse virologique et les deux réponses sont parfois discordantes. Les facteurs de mauvais pronostic sont : un taux de CD4 < 350/mm<sup>3</sup> et une charge virale > 10000 copies /ml

#### **5. Prise en charge**

La découverte des anti-rétroviraux (ARV) a beaucoup modifié cette prise en charge. Un atelier tenu à Gorée au Sénégal en 2001 avait pour

objectif de rassembler des acteurs de la prise en charge du VIH –SIDA (professionnels de santé, de l'action sociale, acteurs associatifs) ; et des chercheurs en sciences sociales et santé publique pour établir un bilan et des recommandations concernant les aspects sociaux du traitement en Afrique à l'heure des ARV. [32, 33, 34 ]

Cette prise en charge de l'infection VIH nécessite un traitement des affections opportunistes. L'utilisation du cotrimoxazole a montré son efficacité dans la prévention d'un certain nombre d'infections bactériennes en particulier digestives, pulmonaires et la toxoplasmose cérébrale. Elle devrait être proposée à tous séropositifs à partir du moment où ils sont symptomatiques ou avec un taux de CD4<200/ mm<sup>3</sup>, aux femmes enceintes séropositives à partir du troisième mois.

Cette prophylaxie devrait être donnée le plus longtemps possible, tant que le taux de CD4 est bas.

La posologie recommandée est un comprimé à fort dosage (Triméthoprime : 160 mg + Sulfaméthoxazole : 800 mg) par semaine et il faut surveiller l'apparition des signes d'intolérance notamment cutanés. Lors de la survenue d'une infection opportuniste, un traitement curatif doit être proposé pour éradiquer l'infection en cours.

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente en milieu tropical. Mais en absence de prophylaxie, son traitement doit répondre aux recommandations du programme national de lutte contre la tuberculose du pays concerné.

## **6- Surveillance du traitement [34, 35]**

Cette surveillance permettra non seulement d'évaluer l'efficacité du traitement, essentiellement sur des marqueurs biologiques et virologiques mais également la surveillance clinique des effets indésirables, l'accompagnement de l'observance et son optimisation.

### **6.1 Prévention de la transmission**

Il est primordial de prévenir l'infection par le VIH au niveau individuel et collectif. L'éviction des comportements et des pratiques qui majorent le risque de contracter le VIH (pour une personne séronégative) ou de le transmettre à quelqu'un d'autre (si la personne est séropositive) représente actuellement le moyen disponible pour ralentir la progression de l'épidémie liée au VIH. Ceci restera valable pour les années à venir en l'absence d'un vaccin anti-VIH efficace. 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.

- **Le préservatif :**

Est la clé de la prévention de la propagation du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles, tout comme l'abstinence sexuelle, le report du début de l'activité sexuelle et la fidélité mutuelle. On estime que 6 à 9 milliards de préservatifs sont distribués chaque année soit considérablement moins que les 8 à 24 milliards de préservatifs qu'on estime nécessaires pour que les populations soient en mesure de se protéger du VIH et des autres infections sexuellement,

transmissibles. En Afrique sub-saharienne seulement, le manque de préservatifs a été estimé à 2 milliards par année.

Dans le sens du progrès, il y a eu la mise au point du préservatif féminin. Fabriqué en polyuréthane, il n'a besoin d'aucune mesure de stockage particulière et il peut être inséré dans le vagin plusieurs heures avant les rapports et peut être utilisé avec des lubrifiants à base huileuse ou aqueuse. Pour ces raisons le préservatif féminin peut être précieux pour la prévention du VIH parmi les professionnels du sexe. Les microbicides en tant que préservatifs chimiques auto administrés pourraient offrir une option de plus aux femmes et aux hommes qui trouvent difficiles ou impossible d'imposer l'utilisation du préservatif à leurs partenaires.

- Les infections sexuellement transmissibles :

Décuplent le risque de transmission du VIH au cours des rapports sexuels non protégés. Un grand nombre de ces infections (y compris les quatre les plus courantes dont la Syphilis, Gonorrhée, Chlamydiae et trichomonas) se soignent relativement facilement aux moyens d'antibiotiques.

- Le trafic de drogue :

Est un phénomène planétaire qui touche quelque 170 pays et territoires ; 10 millions de personnes dans le monde s'injectent de la drogue. On estime que c'est l'Asie qui compte le plus grand nombre de cas VIH associés à la consommation de drogue injectables.

En diminuant les capacités de jugement, les drogues constituent un obstacle à l'usage du préservatif et en général de toutes bonnes pratiques sexuelles. Mettre fin à la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables exige une approche globale qui

comprend le traitement des dépendances, la réadaptation, l'éducation sur le VIH-SIDA, l'accès à des aiguilles, des seringues stériles et aux préservatifs, des services juridiques et sociaux. Cette approche doit aussi comprendre un soutien psychosocial.

La prévention passe également par l'intervention au niveau de la population jeune, des professionnels du sexe, des détenus, et des forces armées dans le sens du changement positif du comportement et l'adoption de bonnes pratiques

## **6.2 Traitements antirétroviraux [36, 37,38,39]**

Malgré les multiples recherches engagées, aucune ne permet une guérison complète de l'infection. Les thérapies mises au point en ce jour ne permettent que de limiter l'immunodépression du sujet infecté de façon à éviter les infections opportunistes et donc lui permettre de vivre avec son infection. Elles tendent à concevoir l'infection du VIH-SIDA comme une maladie chronique à prise en charge au long cours et surtout pas une fatalité. Ces médicaments sont appelés des antirétroviraux(ARV).

### **- Définition des antirétroviraux :**

Les antirétroviraux sont des anti- infectieux ; antiviraux essentiellement virustatiques agissant par inhibition enzymatique.

### **- Classification des antirétroviraux :**

Il existe deux familles majeures d'ARV :

Les inhibiteurs de la transcriptase reverse (IRT) et

Les inhibiteurs de la protéase (I.P).

➤ Parmi les inhibiteurs de la RT on a :

Les inhibiteurs nucléosidiques de la RT et

Les inhibiteurs non nucléosidiques de la RT.

- **Les inhibiteurs nucléosidiques de la RT** sont :

- La Zidovudine (AZT ou ZDV)

- La Didanosine (DDI)

- La Zalcitabine (DDC)

- La Stavudine (D4T)

- La Lamivudine (3TC)

- L'Abacavir (ABC)

- **Les inhibiteurs non nucléosidiques de la RT** sont :

- La Névirapine (NVP)

- L'Efavirenz (EFV)

- La delavirdine (DLV)

➤ **Les inhibiteurs de la protéase** sont :

- La Saquinavir (SQV)

- La Ritonavir (RTV)

- La Nelfinavir (NFV)

- L'Indinavir (IDV)

- L'Amprénavir (APV)

- La Lopinavir/ La Ritonavir

La majorité de ces médicaments sont désormais disponibles en Afrique. A l'initiative de l'ONU/SIDA, des négociations entre pays et laboratoires ont permis en début 2001 de faire baisser les prix de la plupart des ARV.

L'arrivée des copies génériques a rendu accessible l'accès au traitement des plus démunis.

La stratégie thérapeutique recommandée est une trithérapie associant trois médicaments différentiels et complémentaires. L'efficacité de ces associations a été démontrée. La seule exception concerne la transmission de la mère à l'enfant qui peut être prévenue avec une monothérapie ou une bithérapie. Les régimes faits de trois médicaments complémentaires sont :

2INRT+1IPou

2INRT+1INNRT .

L'efficacité des deux types de régimes est équivalente. Il est aussi possible d'utiliser un régime avec 3IRT dont l'efficacité est un peu moindre mais est plus facile à suivre (association des IRT dans une même gélule proposée par des génériques des laboratoires indiens)

Actuellement ces régimes posent deux problèmes :

D'une part la faisabilité, car le nombre de prises peut être élevé et à des heures diverses et, d'autre part ces médicaments sont nombreux.

Certaines formes galéniques actuelles proposées par des laboratoires apportent une réponse partielle à la question de la faisabilité, donc de l'observance.

### **-Critères de prescription des ARV**

Chaque pays définit ses propres critères de mise en route du traitement. Il existe cependant des recommandations internationales qui guident la sélection des candidats à la mise en route du traitement.

- . Tout patient ayant une infection au VIH symptomatique quelque soit le nombre de lymphocytes CD4 et l'importance de la charge virale.

- . Tout patient ayant un nombre de CD4 inférieur a 350/mm<sup>3</sup>

- . Tout patient ayant une charge virale élevée c'est à dire supérieure à 30000 copies/ml en RT-PCR (reversetranscriptase polymerase Chain reaction)

- . selon les recommandations on envisagera le traitement quand : la charge virale est intermédiaire 10000 à 30000 copies/ml RT-PCR et le nombre de cellule CD4 compris entre 350 et 500/mm<sup>3</sup>.

Le traitement des patients asymptomatiques ayant une numération de cellule CD4 supérieure à 500/mm<sup>3</sup> est en général reporté aussi longtemps que la probabilité d'apparition d'un déficit immunitaire important et d'une évolution clinique de l'infection à VIH reste faible. Le choix de l'un ou de l'autre schéma thérapeutique repose sur la commodité, sur les effets secondaires et sur la préférence du patient. De nos jours les schémas comportent en général trois médicaments d'où le nom de trithérapie.

Cependant les schémas thérapeutiques sont confrontés aux problèmes de résistance des différentes souches virales.

La surveillance du traitement se fait par un suivi biologique et clinique.

Les paramètres biologiques les plus importants sont :

la charge virale et la numération des CD4

le critère virologique souhaitable est l'obtention d'une charge virale plasmatique inférieure à la limite de détection des méthodes les plus sensibles actuellement utilisées dans les 3 à 4 mois qui suivent le début du traitement ou une diminution minimale de 1,5 à 2 log [de la charge virale initiale] à la fin du premier mois de traitement. La réponse objectivée par le nombre de CD4 peut être retardée par rapport à la réponse virologique et les deux réponses sont parfois discordantes.

Dans le domaine de la recherche vaccinale des efforts appréciables ont été réalisés même si jusqu'au jour d'aujourd'hui il n'y pas encore de résultats concluants. On distingue trois axes de recherche vaccinale :

- **le vaccin préventif** : qui éviterait aux personnes non infectées de contracter la maladie
- **le vaccin thérapeutique** : éviterait aux personnes infectées l'immunodépression rapide à l'origine des infections opportunistes
- **le vaccin néonatal** : diminuerait le risque d'infection chez le nouveau né à partir de sa maman

### **6-3-Prise en charge psychologique et des collatéraux [32,34]**

La découverte des ARV a beaucoup modifié cette prise en charge.

Un atelier tenu à Gorée au Sénégal en 2001 avait pour objectif de rassembler des acteurs de la prise en charge du VIH/SIDA (professionnels de santé, de l'action sociale, acteurs associatifs) et, des chercheurs en sciences sociales et santé publique pour établir un bilan de recommandation concernant les aspects sociaux du traitement en Afrique à l'heure des ARV. Il n'y a aucun moyen de prévoir la réaction d'un individu face à l'annonce de sa séropositivité au VIH. Le choc est une réaction normale à l'annonce d'une nouvelle qui menace la vie et peut se présenter sous plusieurs formes (colère,

angoisse, peur, culpabilité, déni). L'approche psychosociale du traitement implique de fournir une information, d'apporter un soutien psychologique, sociale et affectif, de permettre l'expression et la discussion des sentiments ; de favoriser l'établissement ou la reprise d'une prise en charge sociale et médicale.

## **7. Particularités de l'observance du traitement chez l'enfant**

Depuis l'arrivée en 1996, des traitements antirétroviraux hautement actifs, la question de l'observance est devenue un enjeu crucial pour les patients atteints par le VIH ainsi que pour les soignants. De nombreuses études ont montré l'importance de l'observance comme facteur majeur de l'efficacité thérapeutique. Il est donc important d'identifier à chaque rendez-vous du patient, les composantes pouvant influencer sur l'observance notamment la complexité du traitement, les effets indésirables et, les facteurs psychosociologiques.

L'accessibilité de la prise en charge de l'enfant est souvent limitée par l'absence ou la non disponibilité des formes pédiatriques des traitements. Le groupe de Gorée souligne que, lorsque les médicaments sont disponibles et que le réseau de distribution est fonctionnel, l'observance est bonne. Ce groupe recommande que :

- des démarches soient entreprises pour accentuer la disponibilité des formes galéniques pédiatriques sur le continent africain ;
- l'enfant soit informé de son état de santé dans une attitude de respect et en accord avec la famille : le moment sera choisi suivant la maturité intellectuelle et affective de celui-ci.

## **IV- METHODOLOGIE :**

### **1-Cadre et lieu étude**

#### **➤ Présentation du CHU Gabriel Toure :**

##### **▪ Historique :**

Au Mali, la première loi qui marque la “décolonisation” date de 1968 mettant fin à la loi coloniale de 1958. L’unique hôpital à l’époque, celui du Point G créé en 1913, fonctionnait dans des locaux réduits réservés aux besoins exclusifs de l’armée et de l’administration Coloniale. Il a fallu attendre les années 50 pour le voir s’agrandir et recevoir des patients autochtones.

Pour répondre aux besoins croissants des populations, la création de nouvelles structures hospitalières s’imposait. La première réalisation à cet effet fut la transformation en 1958 de l’ancien dispensaire central de Bamako en Hôpital. Cette nouvelle formation inaugurée le 17 février 1959 a été baptisée “Hôpital Gabriel TOURE ”. Cet Hôpital doit son nom à la mémoire d’un étudiant Malien en médecine qui est décédé au Sénégal le 17 Juin 1934 en pleine activité lors d’une épidémie de peste sévissant alors dans ce pays.

- **Site** : Situé en plein cœur du district de Bamako, le CHU Gabriel Touré demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois

hôpitaux nationaux. Il est fréquenté non seulement par les populations de la capitale, mais aussi par les patients provenant des autres régions du pays. En plus, il dispose de certains services spécialisés tels que : la Pédiatrie, l'oto-rhino-laryngologie (O. R. L) et la chirurgie infantile.

Son infrastructure comporte

- 0 Une direction
- 1 Un Bureau des entrées
- 2 Un Bureau des affaires sociales
- 3 deux services de médecine : médecine générale (I ; II ; III)

Pédiatrie (I ; II ; III ; IV)

- 4 sept services chirurgicaux : chirurgie générale, chirurgie infantile, traumatologie – orthopédie, urologie, O.R.L, Gynéco – obstétrique et le S.U.C (service des urgences chirurgicales).
- 5 1 service de radiologie
- 6 1 service de réanimation
- 7 1 laboratoire
- 8 1 pharmacie
- 9 4 boxes de consultations externes
- 10 1 poste de police
- 11 1 lingerie
- 12 1 cuisine
- 13 1 morgue

➤ **Lieu de l'étude**

A sa création en 1969, le service O.R.L occupait tout l'étage du bâtiment abrité par le service de médecine (ancienne pédiatrie).

L'Oto-rhino-laryngologie et l'Ophtalmologie formaient un même service situé dans l'enceinte de l'institut d'ophtalmologie Tropicale de l'Afrique

(I.O.T.A). Cet institut était dirigé par des médecins militaires français spécialisés en ophtalmologie et en O.R.L.

Le taux de plus en plus croissant des patients O.R.L autochtones a incité à la création d'un service O.R.L autonome. Le vrai service O.R.L n'a donc vu le jour qu'en 1969, date à laquelle il fut détaché de l'ophtalmologie

Sous la direction du premier médecin de la spécialité O.R.L en 1969, le service a bénéficié du concours des médecins de l'assistance médicale Soviétique, avec des contrats renouvelables tous les 2 ans jusqu'en 1990.

- **Site** : Actuellement au Mali, il existe un seul service hospitalier O.R.L, celui du CHU Gabriel Touré et des Unités dans certaines régions et communes de Bamako dirigées par les techniciens supérieurs spécialisés en O.R.L.

Ce service O.R.L est situé dans l'enceinte de l'H.G.T. Il occupe une grande partie à l'étage du bâtiment de la médecine générale.

On note à son niveau :

144 boîtes de consultations dont 3 pour les médecins et 1 pour les internes

153 bureaux pour les médecins

161 bureau du major

171 salle d'exploration fonctionnelle

181 bloc opératoire

191 salle de soins

201 salle de lavage

211 salle de garde pour les infirmiers

224 salles d'hospitalisations de 3 lits, soit une capacité de 12 lits

- **Le personnel** comprend :

236 médecins spécialistes

244 techniciens supérieurs spécialistes en O.R.L (assistants médicaux)

251 infirmier d'état

262 infirmiers de premier cycle

273 aides soignantes : deux faisant office de secrétaires, l'autre rattachée au bloc opératoire

281 manœuvre.

En plus de ce personnel titulaire du service il y a aussi des internes, des étudiants stagiaires, des techniciens supérieurs en formation. Le service possède aussi deux jours de bloc opératoire par semaine (mardi et jeudi) et un staff hebdomadaire tous les jeudi de 8 h à 9 h. Les urgences sont assurées à tout moment.

**2- Type d'étude :** Nous avons mené une étude prospective

**3-. Periode d'étude :** L'étude a été réalisée d'octobre 2004 à octobre 2005

**4- Population d'étude :** L'étude a porté sur les patients séropositifs au VIH, sans distinction d'âge, de sexe, reçus en consultation externe ORL pour des manifestations ORL diverses et qui ont accepté d'y faire partie.

**5-Criteres d'inclusion :**

Nous avons inclus dans notre étude :

- des patients séropositifs pour le VIH présentant des manifestations ORL, confirmée selon les algorithmes de dépistage en vigueur au Mali.

**6-Criteres de non inclusion :**

Nous n'avons pas inclus dans notre étude :

- les patients présentant des pathologies ORL dont la sérologie au VIH étaient négative et ceux n'ayant pas accepté le suivi médical.

## **7- Mode de recrutement**

Il s'agit des patients reçus en consultations externe ORL et des patients séropositifs pour le VIH adressés par d'autres spécialités médicales pour une prise en charge adaptée de la pathologie O.R.L.

## **8-Collecte des données**

Les renseignements sollicités ont été recueillis sur une fiche d'enquête à partir des dossiers de consultation externe.

## **9. Analyse et traitement des données**

L'analyse et le traitement des données ont été faits sur le logiciel SPSS version 12.

## **11-Considérations déontologiques et éthiques**

La participation à l'étude était volontaire. La confidentialité était de rigueur ; un numéro d'anonymat avait été assigné à chaque patient recruté. Un counselling pré et post test a été effectué pour les patients reçus en consultation .

## **V. RESULTATS :**

au terme de notre étude nous avons pu retenir 60 dossiers

### **1. Données épidémiologiques :**

- **Sexe** : nous avons eu 40 femmes pour 20 hommes d'où un sexe ratio de 2 en faveur de femmes

.

- **Age**

**Tableau I** : Répartition des patients par classe d'âge

<b>Age</b>	<b>Nombre</b>	<b>pourcentage</b>
0-9	10	16,7
10-19	2	3,3
20-29	21	35
30-39	15	25
40-49	9	15
50-59	1	1,7
60-69	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 20-29 ans a été la plus représentée et 75% des patients avaient un âge compris entre 20-49ans.

.

**Tableau II** : Répartition des patients selon la classe d'âge et le sexe

<b>Age/Sexe</b>	<b>Sexe masculin</b>	<b>%</b>	<b>Sexe féminin</b>	<b>%</b>
0-9	4	20	6	15
10-19	1	5	1	2,5
20-29	5	25	16	40

30-39	4	20	11	27,5
40-49	4	20	5	12,5
50-59	1	5	0	0
60-69	1	5	1	2,5
70 et plus	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Chez le sexe masculin le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de 20-49ans alors que chez le sexe féminin il s'observe dans la tranche d'âge de 20-39ans.

**Tableau III** : Répartition des patients en fonction de la profession

<b>Profession</b>	<b>Nombre</b>	<b>pourcentage</b>
Cadre supérieur	2	3,3
Cadre moyen	5	8,3
Employé bureau et/ou ouvrier qualifié	5	8,3
Cultivateur	3	5
Ménagère	18	30
Métier informel	15	25
élève	4	6,7
Sans profession	8	13,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Les ménagères ont constituées la couche sociale la plus représentée.

- Lieu de résidence : 53 patients résidaient à Bamako, et 7 résidaient hors de Bamako.

- Le statut matrimonial : nous avons dans notre série quatorze célibataires (14/60 : 23,3%), trente deux mariés (32/60 : 53%) quatre veufs (4/60 : 6,7%) et dix enfants ( 16,7%). Il n'y a pas eu de concubinage avoué
- Répartition des patients selon le niveau d'instruction : vingt deux patients n'ont jamais été scolarisés contre vingt cinq s'étant arrêté au niveau primaire (25/60), dix au niveau secondaire et enfin trois ayant atteint le niveau supérieur.
- Répartition des patients en fonction du sérotype de VIH : nos patients étaient porteurs de VIH1 dans 56 cas (93%) et dans 4 cas (7%) de VIH2. Il n'y a pas eu de double infection VIH1+VIH2.
- Répartition des patients en fonction du taux de CD4 :

Un taux de CD4<200 /ml a été observé chez 37 patients (62%). Chez 20 patients, sa valeur était comprise entre 200 et 499/ml (33%). Dans trois cas le taux était supérieur à 500/ml (5%).

- Répartition des patients selon le stade de l'infection VIH : nous avons eu trois patients au stade A, vingt patients au stade B et trente sept patients au stade C de l'infection VIH/SIDA (62% des cas).

## **2. Données cliniques:**

Dépistage VIH sur affection ORL 35 cas ; 25 patients adressés en Consultation spécialisée pour prise en charge de pathologie ORL sur Patient VIH

**Tableau IV** : Répartition des patients en fonction des motifs de consultation

Tableau IV : Motif de consultation par groupe syndromique

Motif de consultation	effectif
Otologique	17
Rhinologique	7
Bucco-pharyngo-laryngée	10
Cervicale	9
Autres*	17
Total	60

- Répartition des patients dépistés VIH en ORL en fonction de leurs antécédents immédiats (moins de un mois avant la consultation de dépistage) :

Nous avons relevé trois principaux antécédents : la sinusite maxillaire récidivante (10 cas), la candidose bucco-pharyngée (8 cas), l'Otite moyenne en situation d'échec thérapeutique (8 cas). Accessoirement nous avons eu trois cas de parotidite, trois cas de zona facial, deux cas d'angine, un cas d'abcès de la région sus hyoïdienne.

- Les Pathologies ORL : Vingt trois patients étaient porteurs de plus de deux affections ORL. Vingt quatre patients portaient une pathologie otologique isolée et treize patients une affection rhinologique isolée.

- Répartition des patients en fonction du type de pathologie otologique :

Nous avons eu chez 24 patients des pathologies otologiques avec 4 cas d'otite externe, dix cas d'otite moyenne aigue récidivante (associée dans deux cas à une paralysie faciale périphérique et dans un cas à un zona + Paralysie Faciale périphérique) deux cas de zona avec paralysie faciale périphérique, deux cas de surdité de perception, deux mastoïdites, deux otites séro-muqueuse et un cas d'otite moyenne chronique.

Dix sept de ces patients se trouvaient au stade C de l'infection, quatre au stade B et trois au stade A.

- Répartition des patients en fonction de la pathologie rhino sinusienne : treize patients ont présenté des pathologie rhino sinusienne avec dix cas de sinusite maxillaire, deux cas de rhinite aigue et un cas d'épistaxis.

Chez neuf patients souffrant d'infection rhino sinusienne, l'infection était de stade C et chez 4 patients de stade B

- Pathologies ORL associées :

Chez vingt trois patients, le polymorphisme dans les atteintes ORL a été constant. La candidose buccale ainsi que les adénopathies cervicales (poly adénopathies cervicales dans l'ensemble mais fermes, mobiles, indolores avec peau en regard saine) ont été retrouvés chez l'ensemble de ces patients. Chez ces mêmes patients dans cinq cas il y avait une parotidomégalie, deux patients portaient une lésion d'herpès labial , deux autres une sinusite maxillaire et une otite moyenne et trois patients portaient respectivement une ulcération buccale, un sarcome de Kaposi, une laryngite rouge catarrhale.

Ces patients dans onze cas étaient au stade C de l'infection VIH et dans 12 cas au stade B.

### **3. stade évolutif de la pathologie ORL**

Les patients au stade A de l'infection VIH se sont rétablis en moyenne dans les deux premières semaines sous traitement.

Les Patients au stade B ont dans l'ensemble présentés deux tableaux : ceux ayant déjà commencés la trithérapie (12 cas) ont dans l'ensemble guéris et n'ont pas présentés de particularité évolutive ; l'autre tableau constitué de huit patients a été remarquable par la persistance d'anomalie otoscopique au-delà de dix sept jours et de discret mouchage purulent au-delà de trois semaines. La normalisation des clichés standard des sinus n'est intervenue qu'à quarante jours en moyenne chez les quatre patients présentant une sinusite maxillaire.

Les patients du stade C ont juste bien répondu au traitement antifongique.

## **VI .COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **1.METHODOLOGIE**

Le recrutement a concerné les patients vus en consultations externes ORL et les patients à sérologie VIH positive adressés par d'autres spécialités médicales. Il nous a permis de recenser des patients à différents stades de l'évolution de l'infection. Notre méthodologie a innové par rapport aux études antérieures du service réalisées sur les manifestations ORL et l'infection par le VIH [40,48] en ce que le recrutement s'est fait en tenant compte de la stadification CDC d'Atanta.

## **2. ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES**

### **2.1. LE SEXE**

Dans notre série, nous avons observé une prédominance féminine. Les mêmes constatations ont été faites dans l'étude de AG MOHAMED et coll.[40]. Dans d'autres études au Bénin et en Cote d'Ivoire [41,42] réalisées toujours en milieu ORL mais sur des patients hospitalisés, il a été rapporté une prédominance masculine. Cependant cette prédominance féminine retrouvée dans notre série correspond au profil épidémiologique de l'infection par le VIH au Mali [EDSM III], et l'ONU/SIDA rapporte en effet que globalement, deux fois plus de femmes que d'hommes sont infectées en Afrique subsaharienne[1]. Biologiquement il a été démontré que le sexe féminin est plus vulnérable à l'infection par le VIH [1,41]. En Afrique, des études ont démontré que les tendances des jeunes femmes à épouser des hommes plus âgés qu'elles augmenteraient leur risque d'être infectées[1]. Par ailleurs d'autres facteurs tels l'ignorance en matière de santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA, la recherche de la sécurité matérielle et sociale, la stigmatisation, la non-reconnaissance des droits de la femme et de l'enfant contribuent eux aussi à expliquer ces grandes différences de prévalence entre les deux sexes[1,41]

## **2.2. L'AGE**

Le SIDA touche principalement les adultes jeunes. Ceux ci constituent la couche sociale la plus active et utile pour le développement économique de nos pays [1,2,43]. Nous avons constaté que 75% des patients avaient entre 20 et 49 ans. L'étude de ADJOUA et coll. en Cote d'Ivoire [42] avait retrouvé pour cette tranche d'âge une fréquence de 88%. Dans la série de AGNILA au Bénin [41] cette fréquence a été plus élevée avec 95,23% des patients ayant entre 20 et 50 ans. L'infection chez les enfants n'est pas négligeable. Selon l'ONUSIDA il y avait 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans infectés par le virus [1] en 2002. Notre série a comporté près de 17% d'enfants de 0-9 ans infectés par le VIH. Une étude réalisée sur les manifestations O.R.L et l'infection par le VIH en milieu pédiatrique en Cote d'Ivoire a retrouvé une prévalence de 13,29% [44].

## **2.3. L'AGE ET LE SEXE**

Nous avons constaté que l'infection a été fréquente chez les patients de sexe féminin plus jeunes (20-39ans) que chez les patients de sexe masculin (30-49ans). Ce même constat est fait par AGNILA au Bénin [41]. Dans sa série, il a retrouvé un pic de fréquence situé dans la tranche d'âge de 20-39ans chez le sexe féminin alors que le sexe masculin il s'observait entre 40-49ans. Et plusieurs études ont prouvé que généralement les jeunes filles contractent leurs premiers rapports sexuels plus tôt que les garçons [1,2,11,41].

## **2.4. LE MILIEU DE RESIDENCE**

La plupart des études qui ont été menées en Afrique subsaharienne sont unanimes sur le fait que l'infection est plus répandue en milieu urbain [1,2,40,43]. Cependant, elle n'épargne pas le milieu rural.

## **2.5. LES GROUPES SOCIOPROFESSIONNELS**

Nos observations restent aléatoires ; l'infection par le VIH n'épargne aucune couche sociale [43]. La prédominance des femmes au foyer a été également observée dans l'étude de AG MOHAMED. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique, les femmes et les jeunes filles font l'objet de discrimination quand à leur accès à l'éducation. Le multipartenariat est plus facilement approuvé quand il s'agit des hommes dans nos sociétés et pourrait aussi justifier cette prédominance.

## **2.6. LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE STATUT MATRIMONIAL**

Ces items ont été introduits pour permettre d'améliorer et adapter les messages éducatifs et, rendre plus efficace la prévention de l'infection dans la population atteinte. La forte prévalence retrouvée chez les mariés devrait justifier l'importance du counselling et la prise en charge de l'infection au niveau du couple.

## **2.7. LE SEROTYPE VIH RENCONTRE**

Le VIH1 a été le sérotype le plus retrouvé dans notre série. Il a été de même pour AG MOHAMED, Agnila, Tanon dans leurs séries respectives[40,41,44]. Le VIH1 est responsable de l'épidémie actuelle

dans le monde ; l'infection par le sérotype VIH2 reste faible. Nous n'avons pas rencontré d'association VIH1et VIH2.

## **2.8. FACTEURS DE RISQUE DE CONTAMINATION**

La voie hétérosexuelle reste le principal mode de contamination de l'infection par le VIH comme le rapportent la plupart des études[1,2,11,41]. La transmission de la mère à l'enfant a été le mode d'infection de tous les enfants de notre série. Aucun antécédent de transfusion sanguine, d'homosexualité, ou de toxicomanie n'a été retrouvé dans notre série .

## **3. ASPECTS CLINIQUES**

### **3.1. LES DONNEES DE L'EXAMEN**

#### **3.1.1.MOTIF DE CONSULTATION**

La symptomatologie était variée. Les différents motifs de consultation sont banaux et identiques chez les patients séronégatifs.

#### **3.1.2. DELAI DE CONSULTATION**

Près de la moitié des patients ont consulté tardivement donc pour des pathologies chroniques. Ceci a rendu difficile leur prise en charge.

#### **3.1.3. LES ANTECEDENTS ORL**

L'interrogatoire a révélé l'existence d'au moins un antécédent immédiat ORL chez 58% des patients. Selon BARRY et coll.[31] de nombreuses

manifestations cliniques ORL peuvent être observées au cours des différents stades évolutifs de la maladie.

#### **3.1.4. LES MANIFESTATIONS GENERALES**

L'amaigrissement, l'asthénie, la fièvre et, l'état général altéré ont été fréquemment observés au cours de l'examen général. Ils s'intègrent dans le tableau de l'immunodépression au cours de l'évolution de l'infection par le VIH [45]. Cependant certaines pathologies ORL en particulier les dysphagies s'accompagnaient aussi d'amaigrissement.

#### **3.1.5. LES SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT ET PATHOLOGIES EXTRA ORL ASSOCIEES**

Ces différentes associations confirment les multiples localisations possibles pouvant être observées au cours de l'infection par le VIH. Les pneumopathies, les parasitoses digestives, la toxoplasmose, la tuberculose pulmonaire sont les affections opportunistes et se sont incluses dans la définition du SIDA.

### **3.2. LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES PATHOLOGIES ORL**

#### **3.2.1. LES ATTEINTES OTOLOGIQUES**

Elles sont fréquentes mais on ne décrit pas de pathologies otologiques spécifiques au cours de l'infection par le VIH [23,30,46]. Les otites externes sont peu observées dans cette population, elles ont été notées

dans 4 cas/60 . Leur aspect clinique est classique. Dans le cadre d'une immunodépression sévère, la survenue d'une otite maligne externe aspergillaire est à craindre [30,46,47]. Les atteintes de l'oreille moyenne ont été particulièrement fréquentes dans notre série. Cette fréquence est superposable à celle retrouvée par SACKO et coll. au Mali [48] qui ont réalisé leur étude sur des patients atteints de SIDA hospitalisés en gastro-entérologie et ont retrouvé 29%. TANON [49] dans une population pédiatrique a noté une fréquence de 30,61% de cas d'otite moyenne. La fréquence des otites moyennes augmenterait avec l'immunodépression et elles seraient souvent associées à des sinusites récidivantes, [3, 30,50,51,52]. Cette association a été retrouvée chez deux patients au stade C dans notre série. L'otite moyenne récidivante ainsi que l'otite séromuqueuse doivent faire penser à une hypertrophie lymphoïde de la trompe d'Eustache [30,53,54,55]. Et la fréquence des épisodes d'otite séreuse ou O.S.M.devrait faire justifier la pratique d'une sérologie du VIH dans le bilan étiologique [54,56]. Un cas de mastoïdite a été retrouvé dans notre série. Elle a été également rapportée dans la littérature [23, 30]. La surdité de perception a été retrouvée chez deux patients au stade C du CDC de notre série, associé à un état général altéré et un amaigrissement important. Elle s'est installée de façon brutale chez l'un des patients et progressive chez l'autre. La littérature rapporte leur fréquence en particulier au stade de SIDA et les deux modes de contamination ont été décrits [30,47]. Les causes de cette surdité sont multiples : causes iatrogènes, atteintes méningoencéphaliques lors d'une infection opportuniste, un lymphome[ 30,47,57].

### **3.2.2.LES ATTEINTES RHINOLOGIQUES**

Les plus fréquentes ont été les atteintes sinusiennes. Elles sont actuellement rares chez les patients mis sous traitement antirétroviral[30]

mais auparavant, leur fréquence se situait entre 30-70%[23]. Dans notre étude elle est de 26% proche de celle de AGNILA[[41] qui a retrouvé une fréquence de 23,6%. SACKO et coll.[48] ont trouvé une fréquence plus faible avec 6% de cas lors de leur étude Selon les données de la littérature, la symptomatologie des sinusites au cours de l'infection par le VIH/SIDA est rarement typique[30,58]. Nous avons relevé chez nos patients un syndrome sinusien classique avec comme motif de consultation : le mouchage antérieur et/ou postérieur purulent ou fétide, associé à des céphalées ou algies faciales et parfois la fièvre. Un antécédent d'épistaxis a été retrouvé dans un cas. Les germes de surinfection (staphylocoque, pseudomonas, anaérobies) sont fréquemment observés en particulier au cours d'identiques épisodes de sinusite aiguë, notamment chez des patients ayant une immunodépression marquée(taux de CD4<200/mm3) [30,58]. De nombreuses résistances sont observées dans cette population et une documentation bactériologique est utile pour un traitement adapté. La résistance au traitement médical ou la répétition des épisodes de surinfection nécessitent des antibiothérapies itératives et doivent faire discuter l'indication d'une intervention chirurgicale. Les données de la littérature sont pauvres sur l'efficacité de celle ci chez les patients immunodéprimés [30,59,60]. Dans la pratique, le drainage par voie endonasale (plus turbinectomie) apporte une amélioration en terme de confort des patients (sur la respiration nasale, les céphalées et la fréquence d'épisodes fébriles) qu'en terme de réduction de fréquence des épisodes de surinfection [30,59,60]. Devant une sinusite unilatérale douloureuse résistant au traitement, devant des signes d'extension orbitaire, d'envahissement du sinus caverneux (paralysie des nerfs oculomoteurs, hypoesthésie cutanée), il faut rechercher une infection fongique invasive ou une tumeur [61,62,63]. Les sinusites fongiques

s'observent chez les patients avec une immunodépression sévère, avec notamment une leucopénie. Leur pronostic est parfois vital, mais un diagnostic et une prise en charge précoces associés à une amélioration du statut immunitaire peuvent permettre la guérison [61,62,63,64]. La rhinite allergique était ancienne et connue des patients concernés dans notre série. D'après la littérature, il s'agirait d'une rhinite pseudoallergique se présentant comme une rhinite chronique [30]. Une augmentation des IgE est souvent associée et il semble qu'elle soit la conséquence de la régulation immunitaire. Leur traitement repose sur l'administration des corticoïdes locaux et d'antihistaminiques par voie générale [30,65,66]. L'épistaxis observée était sans cause locale. Les troubles de l'hémogramme (anémie, thrombopénie et lymphocytose) qui y sont associés sont le reflet de l'immunodépression [45]. Le patient chez qui nous avons observé cette épistaxis était du stade C de l'infection par le VIH.

### **3.2.3. LES ATTEINTES BUCCO-PHARYNGEES, LARYNGEES ET OESOPHAGIENNES**

Elles ont constitué les atteintes ORL les plus fréquentes de notre série et elles étaient dominées essentiellement par la candidose buccale (40%). La candidose est l'infection buccale la plus fréquente et la plus reconnue chez le patient séropositif au VIH [23, 30,47]. D'après l'étude de GNAHORE en Cote d'Ivoire [ 66 ] elle vient 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 [45,68,69,70,71]. SACKO et coll.[48] auraient retrouvé une fréquence de 31,9% voisine de la notre qui est de 40%. En France GEHANNO [71] a observé une fréquence plus élevée avec 86% de cas.

Les lésions sont érythémateuses, douloureuses. La dysphagie, lorsqu'elle est présente doit faire rechercher une extension à l'œsophage [30]. La candidose buccale répond généralement bien au traitement antifongique local mais, les rechutes fréquentes justifient un traitement antirétroviral [47]. Dans les formes résistantes, on peut avoir recours à un traitement parentéral [30,31,47].

-Les glandes salivaires ont été concernées dans 5 cas. L'atteinte de la glande parotidienne est la plus fréquente [ 66 ].

On a retrouvé 4 localisations à la parotide contre une à la glande sous maxillaire dans notre étude.

La pathologie des glandes salivaires peut être infectieuse mais les lésions lymphoépithéliales, connues sous le nom d'hyperplasie lymphokystique sont les plus caractéristiques [ 5, 23, 30, 47, 72, 73, 74 ] Les différentes études en Afrique la relèvent peu. TANON [ 44 ] a observé 5,4% de cas dans une population pédiatrique. Une fréquence de 3,4% a été retrouvée dans notre étude.

L'existence d'une hyperplasie lymphokystique ( HLK ) associée à une adénopathie cervicale doit faire rechercher une infection par le VIH.

L'HLK ne s'associe en général pas à une paralysie faciale qui lorsqu'elle existe doit faire rechercher une autre étiologie à la parotidite [ 5, 75, 76 ].

Un traitement ARV fait régresser les lésions et doit être proposé lorsque le stade évolutif de la maladie le justifie.

L'indication de la chirurgie doit être envisagée pour des formes qui posent un problème d'esthétique. La radiothérapie à faible dose ( 10 –20 grays ) efficace est déconseillée au stade précoce de la maladie car le

risque de transformation maligne en lymphome est mal connu, de plus, des récurrences fréquentes surviennent dans la plupart des cas [ 5, 75, 76, 77 ].

- L'Herpes labial : de part ses lésions vésiculeuses reposant sur un fond érythémateux est évocateur d'une infection à VIH surtout dans une population à risque [ 71 ] dans notre étude, elle a été notée chez deux patients.
- Les ulcérations buccales: Nous avons observé dans notre série 4% de cas. ADJOUA et coll. [ 42 ] ont noté 12% de cas dans leur étude ou elles étaient toutes localisées à l'amygdale. Il s'agit d'ulcérations douloureuses, pouvant être à l'origine d'une dysphagie et une perte de poids importante [ 78 ]. Les lésions sont aphtoïdes ( un cas dans notre série), ulcéreuses ( un cas dans notre série ), ulcéro-nécrotiques, fissuraires, souvent localisées au niveau du voile du palais ou la région amygdalienne [ 23, 47, 78 ] leur étiologie est mal connue et résulterait probablement d'une réaction anormale du système immunitaire [ 23, 30, 47, 78 ]
- Le sarcome de Kaposi : Il constitue parfois le 1<sup>er</sup> motif de consultation. Nous l'avons retrouvé dans 2% de cas. AG MOHAMED et coll. [ 40 ] avaient retrouvé 5,3% de sarcome de Kaposi ; ADJOUA et Coll [ 42 ] en avaient retrouvé 3%.

Dans l'étude de GEHANNO [ 71 ], sa fréquence est de 13,8%. Signalons que le sarcome a été à l'origine de la définition des premiers cas de SIDA aux Etats Unis en 1981.

Le sarcome de Kaposi est la tumeur maligne la plus fréquente et un marqueur de l'évolution vers le SIDA [ 13, 23, 33, 69, 70, 71, 79 ].

Dans notre série, il a été observé chez une patiente au stade C, et localisé au voile du palais ; des localisations aux membres inférieurs y étaient associées. Il s'agissait de petites lésions violacées, multiples, localisées au palais dur associées à une localisation aux membre inférieurs. Le palais dur et les gencives semblent être les localisations extra-ORL notamment cutanés sont également décrites [ 79 ] .

- Un seul cas de laryngite a été observé dans notre série. Peu de publications ont été faites à propos. Cependant une étude de AG MOHAMED et coll. a trouvé une fréquence de 5,3% de cas de laryngite avec dermatose.

Une dysphonie doit faire rechercher une laryngite d'étiologie fongique ou bactérienne et éliminer une cause tumorale. [ 80,81,82 ]

Une localisation laryngée de leishmaniose chez un sidéen a été rapportée dans la littérature [ 83 ]

- La gingivo-stomatite fréquemment observée au cours du SIDA n'a pas été retrouvée dans notre série. En raison de l'immunodépression, cette affection est particulièrement évolutive et son traitement décevant [ 23, 82, 84 ]. Des saignements spontanés sont observés et peuvent constituer le premier motif de consultation chez les patients, permettant de diagnostiquer une infection par le VIH [ 84 ]

### **3-2-4\_Les atteintes Cervico-faciales**

Elles constituent dans l'ordre de fréquence, le 2eme groupe d'atteintes après celle du Bucco-pharynx dans notre étude.

- 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. Leur fréquence a été de 36% dans notre série.

Nous avons observé essentiellement, de micro-adénopathie multiples, fermes, mobiles, bilatérales. Ces mêmes caractéristiques sont retrouvées par AGNILA et GEHENNO [ 41, 71 ] respectivement dans leur études. La localisation jugulo-carotidienne était prédominante, suivie dans des proportions égales, des localisations sous angulo-maxillaire et prétragienne. La prédominance de la localisation jugulo-carotidienne est relevée dans la plupart des études [ 41, 44, 71 ].

Les mycobacteries sont une des premières causes des adénopathies de grande taille [ 5,23 ] et la tuberculose est la principale affection opportuniste au cours du SIDA.

- La paralysie faciale périphérique :

L'association P.F et séropositivité au VIH est très fréquente [ 6, 85, 86, 87, 88, 89 ]. Dans notre série, sa fréquence a été de 8%. Elle était très élevée de 73% dans l'étude de ADJOUA et Coll. [ 42 ] , au Bénin AGNILA a trouvé 23,8% [ 41 ].

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 3 cas dans notre série, la paralysie a été associée au Zona. Une étude a rapporté que les infections par le virus de l'Herpès Zoster (HZV) sont 7 fois plus fréquentes chez les patients VIH positifs [ 90 ]. Il touche en général le patient séropositif à un stade plus avancé de la maladie que la PFP idiopathique [ 6, 89, 90 ] Dans notre série ces 3 cas sont survenus chez des patients au stade C de l'infection VIH.

- La cellulite cervico-faciale :

Elle est rarement observée malgré l'immunodépression. L'évolution après incision et antibiothérapie adaptée est favorable. Dans notre cas, elle a été bonne.

- Le goître a été retrouvé dans un cas aussi bien dans notre série que celle de AGNILA [ 41 ]. Il a été découvert fortuitement au cours de l'examen ORL, méconnu du patient. Ailleurs, la littérature ne rapporte aucun cas de goitre mais on note la diversité des atteintes d'organes au cours de l'infection par VIH

#### **4- Aspect paracliniques :**

##### **4-1- La sérologie au VIH :**

La demande de la sérologie au VIH a été orientée par la pathologie O.R.L dans 35 cas soit 70% de cas [5,6]. ceci souligne l'apport contributif du spécialiste au diagnostic de l'infection au VIH.

##### **4- 2- L'hémogramme et la vitesse de sédimentation :**

De nombreuses anomalies hématologiques isolées ou associées sont décrites au cours du SIDA. Leurs mécanismes sont variés ; l'anémie est l'anomalie la plus fréquente.

La vitesse de sédimentation était presque toujours élevée.

#### **4-3. Le dosage des CD4 :**

Il a été effectué chez 60 malades. Parmi ceux-ci, 62% avaient une immunodépression sévère, 33% l'immunodépression était modérée et 5% l'immunodépression était légère.

#### **5. Aspects thérapeutiques :**

Il a comporté essentiellement l'association d'antibiotiques d'anti-inflammatoires, d'antihistaminiques, d'antiseptiques, en fonction du diagnostic posé. Les antifongiques ont été systématiquement utilisés dans le traitement de la candidose. Certains patients selon le besoin ont bénéficié d'une transfusion sanguine, une réhydratation parentérale. La tri thérapie a été instituée en accord avec d'autres spécialistes. Nous avons relevé dans la littérature, des études qui ont prouvé son efficacité sur la diminution dans la survenue des otites et des sinusites [91]. La chimioprophylaxie au cotrimoxazole a été instituée chez tous les patients qui n'y étaient pas soumis.

## **VII. CONCLUSION**

L'étude prospective des 60 cas de morbidité hospitalière ORL et l'infection par le VIH nous a permis de faire les constatations suivantes :

- Les pathologies ORL sont fréquentes au cours de l'infection par le VIH ;

- Elles concernent toute la sphère ORL et leurs expressions cliniques sont diverses ; ainsi il peut s'agir de pathologies non spécifiques (otites, sinusites) ; des pathologies relativement spécifiques (candidose, l'hyperplasie lymphokystique) et des pathologies très spécifiques (Kaposi buccal). Du fait de cette diversité, le diagnostic de l'infection VIH reste difficile, la pathologie ORL étant reléguée au second plan d'un tableau qui reste dominé par une importante altération de l'état général, des infections opportunistes ou non. Cependant il faut rester vigilant et confirmer le diagnostic du VIH par la pratique d'une sérologie qui reste le seul moyen de confirmation du diagnostic du VIH. La prise en charge adaptée des pathologies ORL même au cours de l'infection a VIH donne de bons résultats. Cependant du fait de l'immunodépression des séquelles et des récurrences sont observées. Elles peuvent être améliorées par l'adjonction d'un traitement ARV au traitement O.R.L.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

### **AUX AUTORITES**

- Renforcer leurs engagements politiques face à la lutte contre le VIH/SIDA par l'organisation institutionnelle qui prend en compte l'aspect multisectoriel.

- Assurer la formation du personnel de santé en counselling et prise en charge de l'infection VIH
- Assurer une grande accessibilité des médicaments ARV et l'accès aux soins
- Initier des moyens nouveaux de sensibilisation élaborés par la population et basés sur les réalités de l'infection dans leur milieu, afin de pouvoir rendre plus efficace la prévention de l'infection VIH
- Elaborer un cadre juridique des droits des PV.VIH
- Lutter contre la pauvreté car il est admis actuellement que le VIH/SIDA et la pauvreté sont deux maux indéniables.
- Eviter les ruptures de stocks des ARV.

## **AU PERSONNEL DE SANTE**

- Eviter la stigmatisation des PVVIH
- Respecter systématiquement les mesures d'hygiène et d'asepsie utiles a la prévention du VIH et ceci quel que soit le patient
- Encourager le dépistage volontaire du VIH et l'intégrer au counselling et dans le cadre d'une positivité referer les patients aux structures spécialisées dans la prise en charge des PVVIH
- Assurer une prise en charge globale des PV VIH et dans le cadre d'un couple, insister sur le partage de l'information médicale dans l'intérêt médical du partenaire et des enfants présents ou a venir
- Améliorer ses connaissances de base sur l'infection par des formations de recyclage
- Le spécialiste ORL ne devrait plus hésiter à faire pratiquer la sérologie VIH devant des pathologies ORL évocatrices

(candidose,herpes ,HLK, adénopathies cervicales, la paralysie faciale) ;des pathologies chroniques ou récidivantes.

- S'organiser en réseau pour se faire mieux entendre par les autorités
- Respecter les conseils qui sont donnés par les médecins ainsi que les prescriptions faites
- Participer à la sensibilisation de la population

## **A LA POPULATION**

- Eviter la stigmatisation des PV VIH, et être attentif a leurs préoccupations
- Soutenir la lutte contre le VIH/SIDA qui passe d'abord par une prise de conscience de l'ampleur de l'épidémie
- Connaître son statut sérologique indispensable pour la conduite de la vie future de toute personne
- S'informer sur le VIH/SIDA et les moyens de prévention disponibles.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1- ONUSIDA/OMS :**

Le point sur l'épidémie du SIDA, Dec 2002

### **2-ONUSIDA :**

Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH SIDA, juillet 2002

### **3- Lucente Fe.**

Impact of the acquire immunodeficiency syndrome of epidemic of the practice of laryngology.

Ann otol rhinol laryngol suppl 1993, 161: 1-24

**4- Linstrosm CJ,Pincus RI,Leavitt EB, Urbina MC.**

Otologic neurologic manifestation of HIV-related disease.

Otolaryngol head neck surg 1993,108:680-687.

**5- Corey JP; Seligman. I.**

Otolaryngology problems in the immune compromised patient an evolving natural history.

Otolaryngol Head Neck Surg 1991, 104: 1996-2003.

**6- Youngs RP, Stafford ND,Weber J-AIDS.**

Otolaryngological presentation in the high-risk male homosexual.

Clin otolaryngol 1986, 11:137-144

**7- Harries ML,Baguley DM ,Moffat DA.**

Hearing aids- a cause for review .

J. laryngol otol 1989,103 :850-852

**8- Jaquet Y,Maire R.**

Manifestations otoneurologiques liées à l'infection VIH: présentation d'un cas de paralysie faciale et revue de la littérature.

Revue med de la suisse romande 2002,122 :269-271

**9- Marsot-Dupuch K, El Muftit, Meyohas MC et coll. :**

Pathologies ORL et syndrome de l'immunodéficience acquise.

Radiologie J CEPUR 1997 , 17 :27-34

**10- Krzyudzinka M,Moszynki B.**

AIDS in otolaryngology .

otolaryngol pol 1991 ,45 :359-363.

**11- ONUSIDA-OMS 2004.**

Le point sur l'épidémie du SIDA décembre 2004

**12- Rozenbaum W.**

Classification et histoire naturelle de l'infection à VIH in Impact medecin-Guide infection à VIH 2001 208p

**13- Enquête démographique et de santé Mali (EDSM-III) 2001.chp15 279p**

**14- Pichard E.**

Faculté de médecine de Bamako (Mali) cours de pathologie infectieuse 2004 ; 200p

**15- Rozenbaum W-**

Virologie des virus de l'immunodéficience humaine.In : GODEAU P, HERSONS, PIETTE J-C Traité de médecine 3ème édition Paris :Flammarion-sciences,1996,42 : 1709-1710

**16- ADJOVI (C).Le SIDA dans le monde, en Afrique et au Benin**

**17- Ward D.**

Comprendre le VIH /SIDA-Guide de l'Amfar.

Nouveaux horizons, Paris 2002μ

**18- Gruttola V; Seage g III; Mayer K.; Horsburgh CJ. Infectiousness of HIV between male homosexual partners.**

j.clin epidemiol 1989,42:849-56.

**19- PM.Girard; CH.Katlama; G.Pialoux; AG.Siamot:**

SIDA.Edition Doin. Paris 1996

**20- Connor E; Sperling R; Gelber R. et al.**

Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type1 with zidovudine treatment

N engl J Med 1994, 331: 1175-80.

**21- Jayle D.**

Modes de transmission et prévention guide de l'infection a VIH

Impact médecin, Paris 2001 , 35-41

**22- Smith RV, Eisler V.**

Human Immunodeficiency virus: transmission cancers in clinical practice.

Ear Nose Throat J 1991, 70:271-283

**23- Barry. B Matheron. S, Géhannio. P.**

Manifestations ORL observées au cours de l'infection par le VIH.  
Encyclopedie Medico-Chir. ORL, 1996, 20-956-A-10, 6P.

**24- Sant' Anna G.D et al.**

Otorhinolaryngologic manifestations of acquired immunodeficiency syndrome.

Rev de laryngol.1991, vol112, No1 63-6

**25- Barzan L; Tavio M; Tirelli U; Comoretto R.**

Head and neck manifestations during HIV infection.

J Laryngol otol.1993 ; 107: 133-6.

**26- Depondt J; Gehanno P.**

La pathologie ORL au cours de l'infection par le VIH .

La revue du praticien-medecine générale 1994,252 : 31-34.

**27-Chabrolle D. et Ahgut.**

Diagnostic biologique de l'infection VIH, Aspect en zone tropicale  
CHI-p36-46.

Edition Ellipses/ Au pelf Paris 1989.

**28-Weber B, Fall H, Berger A, Doer HW.**

Reduction of diagnostic window by fourth generation human immunodeficiency virus screening assay.

J.clin Microbiol 1998, 36: 2235-9

**29-Rubinstein A:**

Pediatric AIDS.

Curr Probl pediatric 1986,16:365-366.

**30-Gehanno.P.**

Infection par le VIH : la path. ORL devient surtout révélatrice

Revue du praticien-med générale 1999,479:1933-1937

**31-AIDS in Ent in children international journal of pediatric.**

Otorhinolaryngology volume 1988,44: 103-107.

**32-Recommandations de Gorée 2001 :**

Initiative internationale: prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique, développement et santé 2002 ,162 :15-18

**33-Rogeaux O.**

Prise en charge de l'infection VIH/SIDA de l'adulte en Afrique.

Développement et santé 2002 , 162 :33-40

**34-PNLS /MST.**

Guide du conseiller psychosocial en matière de VIH/SIDA –Nov 1996

**35-ONU-SIDA.**

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002.

**36-PNLS/ IST .**

Révision de prix 2003 –médicaments ARV disponibles

PNLS Mali 2003

**37-Garrait V; Moliwa JM.**

Nouvelles stratégies de traitement anti-rétroviral chez les personnes infectées par le VIH.

Pathol Biol 2001 , 49 :67- 71

**38- Delfraissy JF.**

Prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Paris: Flammarion ,2002 : 384p .

**39- Rozenbaum W.**

Guide SIDA Paris : Impact medecin, 1997 :193p

**40- 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 :295-296

**41- AGNILA JC.**

Pathologies ORL et CCF et le statut de la sérologie VIH : aspects pathologiques, étiologiques, epidemiologiques, cliniques et évolutifs à propos de 21 cas colligés dans le service ORL et de CCF du CNHU de Cotonou.

These med No 809 Cotonou, 1999, 99p

**42-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

**43- REY JL .**

Epidémiologie du SIDA et de l'infection par le VIH dans les pays en développement.

Développement et santé 2002 ; 162 : 4-7

**44. TANON ATCHON A M.A.**

Contribution à l'étude des manifestations ORL chez l'enfant VIH positif.

A propos de 112 cas colligés en consultation de pédiatrie médicale au CHU de Yopougon.

Thèse Med, Abidjan, 2003, 173p

**45. SIDA en Afrique**

Maladies opportunistes liées au VIH

ONUSIDA 1998 ,8 :12p

**46. REISS P, HADDERING R, SCHOT LJ, DANNER SA**

Invasive external otitis caused by aspergillus fumigatus in two patients with AIDS

1991, 5:605- 606.

**47. VANGEKUCHTEN S, COCKENLENBERGH A, VERBEURGT L.**

Le Sida et les manifestations ORL,

Acta oto Rhinolaryngologie Belg 1994 , 48 : 81 - 92

**48. SACKO HB, AG MOHAMED A, M Y, KALLE A, DOUMBIA S Y, GUINDO A-**

Manifestations ORL observées au cours du Sida. A propos de 65 observations.

Bull Soc Path. Ex 1995 ; 88 : 234 - 235

**49. MEVIO E, CALABRO P, DE PAOLIF, MACCABRUNI A, MICHELONE G.**

Unusual extracanal complication of otitis media in young HIV patient : retropharyngeal and Mouton's abscess.

Rev Laryngol otol Rhinol (Bord) 1998; 24:119 -201.

**50. SHAPIRO NL, NOVELLIU.**

Otitis media in children with vertically acquired HIV infection.

The great Ormond street hospital experience.

Scand j infect Dis 1987,19:13-17.

**51. AYACHED D, BETSCH C.**

Les infections ORL récidivantes

[http : fmf.affinitesante.com/affiche emc.asp](http://fmf.affinitesante.com/affiche_emc.asp)

article ID = 84& CID = 58 (10105103).

**52. SPERLING NM, PITANG-LING - CAROTID**

Disease associated with human immunodeficiency virus infection.

Ear nose and throat journal 1990 , 69 : 475-477

**53. KOHAN D, ROTHSTEIN SG, COHEN NL-**

Otologic disease in patients with acquired immunodeficiency syndrome.

Ann otol Rhinol laryngol 1988, 97 : 636 - 640

**54. KOHAN D, GIACCHI RJ.**

Otology surgery in patients with HIV and AIDS.

Otolaryngol head neck surg 1991, 121 : 355 – 360

**55. LINSTROIL Cj, PINCUS RL, LEAVITT.**

Otologic manifestations of HIV related disease, otolaryngol head neck surg 1993, 108 : 680-688

**56. REAL R, Thomas M, GERWIN JM.**

Sudden hearing loss and acquired immunodeficiency syndrom.

Otolaryngol head and neck surg 1987,97 : 409-412

**57. GODOSKY Ews, ZINREICH J, ARMSTRONG M, LESLIE JM, WEIKEL CS**

Sinusitis in HIV infected patients : a clinical and radiographic review Am J med 1992, 93 : 163-170

**58. TAMI TA.**

The management of sinusitis in patient infected with the human immunodeficiency virus.

Ear nose throat J 1995, 74 : 360-363

**59. 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

**60. LEE LR, SULLIVAN TJ-**

Aspergillus sphenoid-induced orbital apex syndrom in HIV infection.  
Aust NZJ ophtalmol 1995, 23 : 327 – 331

**61. ROBINSON MR, SALIT RB, BRYANT - GREENWOOD PK et Coll.**

Burkit'ss like lymphoma presenting as bacterial sinusites in two HIV infected children.

AIDS patients care STDS 2001,15 : 453 – 458

**62. BARRY B.**

Aspergilloses invasive chez les patients infectés par le Virus de l'immunodéficience humaine.

Ann. otolaryngol chir. cervicofac 1999, 116 : 237 - 241.

**63. MYLONAKIS E, RICH J, SKOLNIK PR, DE ORCHIS DF, FLANIGAN T6**

Invase aspergillus sinusitis in patient with human Immunodeficiency virus infection.

Report of two cases and review.

Medecine (Baltimore) 1997, 76 : 249 - 255.

**64. SANDE MA.**

Antimicrobial therapy of infection patients with AIDS.

An overview.

Journal of antimicrobial therapy 1989, 23 : 63 : 65

**65. LIN RY, LAZARUS TS.**

Asthma and related atopic disorders in out patients attending in urban HIV clinic .

Ann allergy Asthma Immunol 1995, 510 - 515

**66. 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.

**67. PLANTIER J-C, SITION F.**

Diagnostic sérologique de l'infection à VIH.

Développement et Santé 2002, 162 : 8-14.

**68. ROGEAUX O.**

Prise en charge de l'infection VIH/Sida de l'adulte en Afrique. Développement et Santé 2002,162 : 33 - 40.

**69. ROZENBAUM M :** l'infection par le VIH :aspects cliniques et thérapeutique . Ann Méd int 1994 ,45 : 24-28.

**70. ROZENBAUM W :**

Histoire naturelle de l'infection par le VIH : classification et définition. In :

**P. CODEAU, S. HERSON, J.C PIETTE.**

Traité de traité de médecine 3ème ed, Flammarion – Sciences Paris 1996,106 : 1711 - 1713.

**71. GEHANNO P, ALALOU F P, GUEDON C, PERREAU P, MOISY N, KEBAILY C.**

Manifestations ORL observées dans le Sida. A propos de 54 observations.

Ann otolaryng (Paris) 1985, 102 : 473 - 477.

**72. REDLEAF ML, BAUER CA, ROBINSON RA.**

Fine needle detection of cytomegalovirus parotidis in patient with acquired immunodeficiency syndrome.

Arch otolaryngol Head Neck Surg 1994, 120 : 414 - 416

**73. SILVERMAN S , MIGLIORATI CA, LOZADANUR F, GREENSPAN D, CONANT MA.**

Oral findings in people with or at high risk for AIDS : a study of 375 homosexual males.

Am Dent Assoc 1986, 112 : 187-192.

**74. GELFAND MS, CLEVELAND KO, LANCASTER D, CORBETT CE, FLORENDO NT.**

Adenovirus parotidis in patients with AIDS.

Clin infect Dis 1994, 19 : 1045-1048

**75. TERRY JH, LOREE FR, THOMAS MD, MARTI JR.**

Major salivary gland lymphoepithelial lesions of the acquired immunodeficiency syndrome.

Am J surg 1991.

**76. BARRY B, BAUJAT B, GEDON C, TOUBLANC M, DEPOND J, GEHANNO P.**

Hyperplasie lympho-épithéliale de la parotide et infection par le VIH  
Ann. Otolaryngol et de chir. cervicofac 1995, 112 : 387-392.

**77. BRASUU D.**

Masses kystiques parotidiennes dans l'infection HIV.

La lettre d'oto-rhino-laryngologie et de Chir Cerv. Faciale 1992, 141 :8-9.

**78. GEHANNO P, BARRY B, DEPOND J et coll.**

Syndromes hyperalgiques observées au cours du SIDA

Ann Oto laryngol. (PARIS) 1990, 107 : 311-313.

**79. GERARD JP, COQUARD R, ROCHER FP, BUATOIS F, ARDIET JM, ROMESTANG P.**

Place de la radiothérapie dans la maladie de kaposi au cours de l'infection par le VIH

Nouv.Dermatol 1996, 15 : 135-137.

**80. LAING RB, WARDROP PJ, WELSKY PD, BRETTELE RF.**

Stridor in patients with HIV infection.

J Laryngol Otol. 1995, 109 : 1197-1199.

**81. ROIG P, CARASCO R, SALAVERT M et Coll.**

Candida laryngitis in HIV infection : description of 4 cases.

Rev. Clin. Esp. 1992, 191 : 261-263.

**82. SCUIBA JJ.**

Recognizing the Oral manifestation of AIDS.

Oncology 1992, 6 : 64-70.

**83. VAZQUEZ-PINEIRO T, FERNANDEZ ALVAREZ JM, GONZALO LAFUENTE JC, CANO J, GIMENO M, BERENQUER J.**

Visceral Leishmaniasis : a Lingual presentation in a patient with HIV infection.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998, 86 : 179-182.

**84. BERCY P.**

Le saignement gingival.

Louvain Med 2000, 119 : 5467-5473.

**85. SCHIELKE E, PFOSTER HW et Coll.**

Peripheral facial nerve palsy associated with HIV infection.

Lancet 2000, 3 : 553-554.

**86-MILLAGO A, Ki-ZERBO G et Coll.**

Caractéristiques comparées des P.FP selon le Statut VIH à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Bull Soc Pathol Exo 2000, 93 : 104-107.

**87. MURR AH, BENECKE J.**

Association of facial paralysis with HIV positivity.

Am otology 1991, 12 : 450-451.

**88. KPEMISSI E, MATHIAS A, SOSSOU K, DAVID M .**

Manifestations ORL et Cervico-faciales de l'infection par le virus VIH à Lomé.

Echo de santé 1996, 36 : 4-7.

**89. DIBY OD – P.F.P :**

Aspects étio-épidémio-cliniques et thérapeutiques. A propos de 39 cas colligés dans le service ORL et CCF du CNHU de Cotonou. Etude prospective du 1<sup>er</sup> Janvier 1995 au 30 Juin 1998.

These Med, Cotonou 1998.

**90. MISHEII JH, APPLEBAUM EL – Ramsay.**

Hunt syndrom in a patient with infection.

Otolaryngol head and Neck surg 1990 , 102 : 177-179.

**91. DIRIENZO AG, VAN DER HORST C, FINKELSTEIN DM, FRAME P, BOZZETTE SA, TASHIMA KT.**

Efficacy of Trimethoprim – Sulfamethoxazole for the prevention of bacterial infections in a randomised prophylaxis trial of patients with advanced HIV infection.

AIDS. Res Hum Retrovirus 2002, 18 : 89-94.

# FICHE D'ENQUETE

## Manifestations ORL au cours de l'infection par VIH/SIDA

### I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

1. NOM ET PRENOMS:

Date de consultation :

2. SEXE :

a- M

b- F

3. AGE :

4. PROFESSION:

5. RESIDENCE :

a- Milieu Urbain

b- Milieu Rural

6. STATUT SOCIAL :

a- Célibataire

b- Marié(e)

c-Divorcé(e)

d-Concubine

7. NIVEAU D'INSTRUCTION :

a- N'a jamais fréquenté

b- Primaire

c- Secondaire

d- Universitaire

8. PROVENANCE :

a- Référé

b- Consultant

9. NATIONALITE : Malienne

Non Malienne

10. NOTION DE SEJOUR A L'ETRANGER

oui

non

### II. ASPECTS CLINIQUES :

## **1. MOTIF DE CONSULTATION :**

### **1.1 Otologiques :**

- a- otalgie
- b- otorrhée
- c- hypoacousie
- d- prurit auriculaire
- e- vertiges
- f- autres

### **1.2 Rhinologiques**

- a- Obstruction nasale
- b- Eternuement
- c- Hyposmie
- d- Anosmie
- e- Ozène
- f- Epistaxis
- g- Prurit des fosses nasales
- h- Rhinorrhée
- i- Autres

### **1.3 Cavité buccale, oropharynx et larynx :**

- a- Dysphagie
- b- Odynophagie
- c- Dysphonie
- d- Dyspnée
- e- Mauvaise haleine
- f- C.E oropharyngé
- g- Herpes labial
- h- Ulcération buccale
- i- Autres

### **1.4 COU**

- a- Tuméfaction :
  - sous angulo-maxillaire
  - latero-cervicale
  - sus-claviculaire
- b- Cervicalgie
- c- Autres

### **1.5 FACE :**

- a- Symétrique
- b- Asymétrique
- c- Œdème
- d- Enophtalmie
- e- Exophtalmie
- f- Tuméfaction
- g- Algies faciales
- h- Autres

## 1.6 AUTRES MOTIFS DE CONSULTATION

## 2- HISTOIRE CLINIQUE

### □ DELAI DE CONSULTATION :

- a- Jours
- b- Semaines
- c- Mois
- d-Année

## BILAN REALISE ET TRAITEMENT DEJA RECU :

### □ ANTECEDANTS

- a- ORL
- b- autres

## 4. EXAMEN PHYSIQUE :

### □ EXAMEN GENERAL :

poids taille

- a. BEG
- b. Amaigrissement
- c. Asthénie
- d. Anorexie
- e. Fièvre
- f. AEG
- g. Pâleur conjonctivale
- h. Autres

### □ EXAMEN ORL

(préciser) : droite D gauche G bilatéral : D-G



.Herpes des lèvres

.Herpes du palais

.Candidose buccale :

- bucco-pharyngée simple

- Avec extension œsophagienne

. Autres

**- Pharyngite :**

. Aiguë

Atrophique

Hypertrophique sèche

.Chronique

**- Amygdalite:**

.Aiguë

.Chronique

. Récidivante

**- Glandes salivaires:**

.Inflammation

. Tumeur

**- Laryngite :**

**- Autres :**

**4. Pathologie cervico faciale :**

• **Adénopathies :**

- **Siège :**

latéro-cervical  
prétragien

sous angulo-maxillaire  
retro-auriculaire

- **Latéralité :**

unilatéral

bilatéral

- **Inflammation**

oui

non

- **consistance**

mobilité

taille

• **Paralysie Faciale Périphérique :**

• **Tuméfaction Parotidienne**

• **Autres Pathologies Cervico-faciales**

□ **PATHOLOGIE EXTRA-ORL ASSOCIEE**

□ **CLASSIFICATION CDC**

