

SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIE DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année académique 2013 - 2014

N°...../

TITRE :

**ETAT BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES
INFECTEES PAR LE VIH /SIDA DANS LE
SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET
TROPICALES DU CHU POINT G DE BAMAKO**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 27 / 11 / 2014

Par

M. MBENTO Gilles Armel

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président du jury : **Pr Sounkalo DAO**

Membre du jury : **Dr Ousseynou DIAWARA**

Co-directeur de thèse : **Dr Boubacar BA**



Directeur de thèse : **Pr Tiémoko Daniel COULIBALY**

Etat bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de
maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

DÉDICACES

ET

REMERCIEMENTS

 *Je dédie cette thèse à ...* 

À mon très cher Père : Feu KWENGOUA Emmanuel

Aucun mot ne pourra exprimer tout mon amour et toute ma gratitude. Merci pour tes sacrifices tout au long de ton vivant, merci pour ta présence rassurante, merci pour tout l'amour que tu as procuré à notre petite famille. Nous savons que de là où tu es, tu veilles sur nous. Nous ne t'oublierons jamais.

À ma tendre mère : GANGNA Élisabeth « ma fille »

Tu as voulu le meilleur pour tes enfants, tu y as cru et tu t'es donné les moyens nécessaires, parfois au prix d'un sacrifice énorme. Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance, pour l'amour, la tendresse pour ta présence dans mes moments difficiles. Tu as forgé l'homme que je suis aujourd'hui. Tu m'as toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur. Ta droiture, ta conscience et ton amour pour ta famille me serviront d'exemple dans la vie. Ma très chère maman, ce modeste travail est bien dérisoire pour traduire la reconnaissance infinie que j'ai envers tous tes efforts. Tu es une mère merveilleuse et je suis fier d'être ton fils.

Ce grand jour est une récompense de tous tes sacrifices et de toutes tes prières tant formulées à mon égard. Je t'aime très fort.

À ma sœur chérie unique et ses enfants : Mme MEKONDJI Ginette

Plus qu'une sœur, tu es une véritable maman. Très attentionnée, tu as toujours été là pour m'écouter et me soutenir. Sans tes encouragements peut-être je ne serai pas ici aujourd'hui. Tu es formidable, je suis impatient qu'on se retrouve tous les deux ; ça fait tellement longtemps. Tu me manques trop !

Ce précieux moment est une occasion pour moi de témoigner de ta gratitude, de l'amour et de ton affection.

À ma partenaire : FOKAM Viviane Gaëlle « mon nounours »

Mon nounours, tu es celle qui me connaît le mieux à présent sur cette terre. Je ne cesse de remercier Dieu pour avoir permis notre rencontre. Tu m'as soutenu dans mes toutes les difficultés que j'ai rencontrées au cours de ce travail. Tu n'as jamais cessé de croire en moi depuis le début, tu as un si bon cœur. C'est grâce à ton amour et ta présence incessante auprès de moi que j'ai pu élaborer ce travail avec bravoure. Tu représentes aujourd'hui une partie de moi, une partie si précieuse à tel point que je prie le Seigneur de pouvoir la conserver toute ma vie.

Je t'aime

À ma fille : NDOUYO FOKAM Elisée Gilliane

Ton arrivée dans ce monde a su booster ma soif d'accomplir cette mission. Tu es un souffle nouveau pour moi. Rien que le son de ta voix, une pensée à ton égard m'a été favorable à la réalisation de ce travail.

MES REMERCIEMENTS

À DIEU tout puissant

Seigneur, large et puissante est ta main pour ma protection. Gloire à toi pour tous tes bienfaits, pour ta présence, ton amour et ton assistance dans ma vie en tout lieu et en tout temps, le mérite de ce travail te revient entièrement.

À ma famille :

- *à mes frères et sœurs : Achille, Cédric, Séverin, Gladys, Laetitia, Danielle*

Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous ni ma gratitude et ma reconnaissance envers les innombrables et immenses encouragements durant toutes les années de mes études ; vous avez toujours été présents à mes côtés pour me consoler quand il le fallait. Je suis fière de vous et je vous aime énormément.

- *à ma deuxième maman « maman Dada »*

Plus qu'une tante. Ce moment est une occasion pour moi de témoigner de ta gratitude, de l'amour et de l'attention que tu nous portes, encore merci et que Dieu t'aide à accomplir ses œuvres.

- *à mes grandes mères*

Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieuses. Trouvez ici l'expression de mon respect, mon profond amour et ma reconnaissance. Puisse Dieu vous prêter longue vie et bonne santé.

- *à la mémoire de mes grands-parents*

J'aurais tant aimé que vous soyez présents aujourd'hui, que Dieu ait vos âmes et vous accueille dans son paradis en vous entourant de sa sainte miséricorde.

- *à M. NGOUJOU Théodore et sa famille*

Papa, tu m'as prodigué conseils et encouragements; ton concours fut crucial pour la suite de mes études universitaires, alors en ce jour je tiens à te dire merci.

- *à mes oncles et tantes,*

Tontons : «Christian, Jean Marc, Igor, Excellent, Sylvain, Théo... »

Tatas : « Marie Thérèse, Madeleine, Pauline, Liliane, Bertille, Nathalie, Annie... »

- *mes cousins et cousines*

Merci pour le soutien, les encouragements et les prières ; retrouvez ici toute mon affection.

À mon beau-frère « MEKONDJI Gilbert »

Jusqu'à ce jour, tes multiples conseils résonnent en moi quand je me trouve devant une difficulté. Peux être sans le savoir, tu as énormément contribué à forger ma personnalité. Et je voudrais profiter de ce merveilleux jour pour te remercier pour tout ton soutien et tout ce que tu fais pour moi. Tu es un grand frère pour la vie.

À mon complice et jumeau de naissance « TSUANYO David Blaise»

Mon frère, s'il y a une personne aussi heureuse que moi au Mali en ce jour c'est bien toi. Tu es une de mes plus belles rencontres à ce jour; avec toi nous avons partagé les moments de joie et de peine. Tu es aujourd'hui plus qu'un ami, t'es un frère.

Au Peuple malien

Vous êtes ma seconde patrie. Votre accueil chaleureux m'a permis de toujours me sentir chez moi. Je vous en suis reconnaissant.

Au corps enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Ce travail est avant tout une combinaison de l'ensemble des enseignements reçus de vous. Recevez toute ma gratitude.

À l'Association des Élèves, Étudiants et Stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM) et toutes ses promotionsJ'étais jeune, naïf, ambitieux et les rêves plein la tête lorsque j'ai quitté le cocon familial ; vous m'avez accueilli, offert une nouvelle

famille et les conditions nécessaires pour mon épanouissement. Ma maturation et mon ascension au sein de la société. Hier encore j'étais un enfant, aujourd'hui j'ai en ma possession toutes les armes pour devenir un grand Homme. Merci pour tout.

À ma promotion : DEGAULLE (Debout Ensemble Garantissons un Avenir

L'adversité nous a rassemblé en cette terre; mais tous ensemble nous avons su transcender cette opposition pour laisser place à une belle amitié que les années n'ont fait que bonifier. Ce jour, je vous dis merci pour les bons moments passés ensemble, pour toute l'aide, les conseils et le soutien que chacun de vous m'a accordés.

A ma promotion « Pr Tiémoko Daniel COULIBALY » :

Merci à mes camarades de promotion 2007, parmi vous, je me suis senti bien

A mes complices de la promotion CESAR : EKWALA Constant, Dr Cyrille MBASSI, Dr TAMEU, Dr TAKAM,

Merci les copains à tout moment voulu j'ai pu compter sur vous

À mes pères de Bamako : Dr TCHAWA William ; Dr. Rodrigue DJOUFANG et Feu Frederick MENTZ

Comme des pères vous m'avez accompagné dans mes premiers pas, su me remettre sur le chemin quand t-il le fallait. Durant toutes ces années, vous avez partagé avec moi votre expérience pour me faire éviter mille et une difficultés. Merci pour tout.

À mes enfants et frères de Bamako « Merlin, Natacha, Yvette, Tatiana, Laetitia, Sandrine, Lynda(×2), Manuella, Marc, Cédric, Larissa... »

Je n'aurai jamais imaginé qu'en vous accueillant à Bamako, vous me comblerez de tant d'amour. Je vous remercie pour tous vos réconforts. Tous ces moments de joie que nous avons partagée restent gravés dans ma mémoire. Merci pour toute cette estime et tout cet amour que vous avez à mon égard. Je vous souhaite autant de réussite.

À mon partenaire du groupe d'étude : Dr. NOGUIA WADO Yvan Gervais

Avec toi, la recherche du savoir est devenue plus qu'une formalité pour moi, c'est un plaisir, une aspiration. Merci pour cet apprentissage de l'excellence et de la quête de la quintessence.

Au Dr Mamadou BA et le personnel du cabinet 4 au CHUOS

Vous m'avez accepté parmi vous, je me suis senti dans une famille avec des mamans fantastiques et des collègues qui étaient comme des frères pour moi. Depuis les débuts de mes études, vous étiez là. J'ai appris, grandi auprès de vous. Merci pour cette collaboration très étroite dans une ambiance très chaleureuse. Merci infiniment de m'avoir fait confiance.

À mon très cher ami et frère TCHANGA Franklin

Merci pour ton amitié sincère et fidèle. Tu as su m'accueillir et me soutenir, et sur toi j'ai pu me reposer quand j'en ai eu besoin. Tu es quelqu'un de bien et je suis très heureux de t'avoir comme frère. Puissent les cieux préserver cette belle amitié, merci pour tout.

À toute ma belle famille

Vous m'avez accueilli comme votre fils. J'ai compris tout de suite que j'étais sur le bon chemin. Tous vos multiples conseils, votre soutien et surtout tout cet amour que vous portez pour moi ont fortement contribué à ma maturité et à mon sens de responsabilité. Recevez ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance. Une pensée particulière à toi *Danielle FOKAM*. Merci

A mes afandés NGUEYEM Gregory, NGAKO Hyacinthe, KAMCHE Ghislain, Dr KEMBOU Fabrice, WOHO Dulier, NJOH NGOH Gaël

À mes amis de tous les jours: «, TCHIMOU Nelly, SIMO Arnold, ETOLLO Marc, Dr ITALEN Natasha, NOUSSIMIER Jessica, TCHOUGAN Sans Rival... »

Avec vous, j'ai partagé mes journées durant mon cursus. Aujourd'hui je réussis à atteindre le but simplement parce que vous avez été de bons compagnons. Vous avez su être de bons amis pour moi. Nous avons partagé des moments de joie et de peine et vous avez toujours su me soutenir incessamment, chacun à sa manière. Je tiens à vous signifier toute ma reconnaissance.

Je tiens également à adresser des remerciements :

- *Au personnel du service des maladies infectieuses & tropicales du CHU Point G*
- *Au personnel du CHU-OS*
- *Au staff de répétitions*
- *Au cabinet privé MATOU et son personnel*
- *À mes compagnons du bureau de l'AEESCM 2013/2014*
- *À tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer*
- *Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail*

Etat bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de
maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- Professeur de maladies infectieuses et tropicales
- Chef de département d'étude et de recherche de médecine et spécialités médicales
- Coordinateur du DES de maladies infectieuses et tropicales
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS
- Chef du service de maladies infectieuses et tropicales au CHU du point G
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose/VIH
- Président de la société malienne de pathologie infectieuse et tropicale
- Membre de la société africaine de pathologie infectieuse
- Membre de la société de pathologie infectieuse de langue française

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury de thèse. Votre rigueur, votre disponibilité, votre humanisme et surtout votre goût immodéré pour l'enseignement font de vous un maître admirable. Recevez toute notre gratitude pour l'intérêt que vous avez su porter à ce travail.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur Ousseynou DIAWARA

- Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'État de médecine de Krasnodar (ex URSS);
- Spécialiste en santé publique en odontostomatologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (UCAD) ;
- Spécialiste en parodontologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (UCAD) ;
- Ancien médecin-chef adjoint à BAFOULABE, KITA ;
- Ancien médecin-chef adjoint à l'hôpital secondaire de SAN;
- Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger cette thèse.

Votre simplicité, votre assiduité, votre ponctualité, votre souci de transmettre vos connaissances font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET *CO-DIRECTEUR*

Docteur Boubacar BA

- Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'État de médecine de Krasnodar (ex URSS)
- Maître assistant d'Odonto-Stomatologie à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie buccale
- D.U en carcinologie buccale
- Membre du comité national de greffe

Cher Maître,

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de cette œuvre scientifique.

C'est le lieu pour nous de vous témoigner, toute notre reconnaissance et notre profonde admiration.

Puisse le Bon Dieu vous fortifier dans votre carrière universitaire.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

- Maître de conférences d'Odonto-Stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la FMOS.
- Diplômé de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale
- CES d'odontologie chirurgicale
- Coordinateur de la filière d'Odonto-Stomatologie à la FMOS
- Coordinateur de CES de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à la FMOS
- Chef de service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de CHU-OS

Honorable Maître,

Votre humanisme, votre écoute et votre gentillesse ont accompagné nos premiers pas en Odonto-Stomatologie.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail. Vous avez su nous orienter durant notre formation.

Votre rigueur scientifique fait de vous un encadreur admiré des étudiants.

Travailler à vos côtés a été un privilège pour nous. Grande est notre fierté de compter parmi vos élèves.

Puisse DIEU vous rendre vos bienfaits et nous permettre de suivre vos pas.

Liste des abréviations

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARV : Anti Rétroviraux

AZT : Azidothymidine ou Zidovudine

CAO/D : Dents cariées, absentes, et obturées

CD4 : cellule de différenciation

CDC : centers for disease control

CHU : centre hospitalier universitaire

CMV : cytomégalovirus

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

EGL : Erythème gingival linéaire

GUN : Gingivite Ulcéro-Nécrotique

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : inhibiteur de la protéase

INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

LOC : leucoplasie orale chevelue

NFS : Numération Formule Sanguine

PEVD : Pays en voie de développement

PTME : Prévention de la Transmission Mère – enfant

PUN : Parodontite Ulcéro-Nécrotique

P-VIH : Parodontite à VIH

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH/SIDA

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

SMIT : Service de Maladies infectieuses et Tropicales

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I- Introduction	17
A. Préambule.....	17
B. Intérêt	19
C. Objectifs	20
1) Objectif général.....	20
2) Objectifs spécifiques	20
II – Généralités.....	22
1 - Généralités de l'infection à VIH/SIDA.....	22
2 - Manifestations bucco-dentaires au cours de l'infection à VIH/SIDA	31
3 – Prévention de l'infection à VIH	48
4 - Thérapeutiques de l'infection à VIH	49
5 - Prise en charge des PVVIH	49
6 - VIH/SIDA au MALI	54
III - Méthodologie.....	63
IV - Résultats	70
V – Commentaires et discussion.....	85
VI - Conclusion.....	93
VII - Recommandations.....	95
VIII - Références bibliographiques.....	98

ANNEXE

Etat bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

I - INTRODUCTION

I- Introduction

A. Préambule

L'épidémie du VIH/SIDA demeure une priorité sanitaire, voire de développement à l'échelle mondiale. En fin 2010, on estimait à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17% par rapport à 2001 [1].

L'Afrique subsaharienne reste la partie la plus touchée. En 2010, elle représentait près de 68% des infections et 70% des nouvelles infections.

À l'instar des autres pays du continent africain, le Mali est confronté à l'épidémie du VIH. Dans la population générale, la prévalence du VIH est estimée à 1,3 % selon l'Enquête Démographique et de Santé, 2006 [2].

La cavité buccale est particulièrement susceptible au développement des lésions associées à l'infection au VIH. Ces lésions sont nombreuses et variées d'où la séméiologie clinique qui est très riche [3], car elles sont parmi les premières manifestations à apparaître chez les personnes porteuses du virus. Ces lésions atteignent des taux de prévalence allant de 40 à 50% [4] et se manifestent par de nombreuses infections opportunistes, des néoplasies ainsi que des lésions non spécifiques résultant d'une diminution de l'immunité [5].

De façon générale, on rapporte que les lésions buccales sont les premières manifestations de l'infection pour le tiers des PVVIH avec un taux de prévalence qui s'élève à 85 % chez les individus ayant développé le SIDA [6,7] ; mais leur incidence a substantiellement diminué à l'ère des HAART (*Highly Active AntiRetroviral*) [8].

Parmi celles-ci, on retrouve de nombreuses pathologies des muqueuses bucco-dentaires et du parodonte certaines d'entre elles sont des marqueurs de la progression de l'infection et plusieurs causent des problèmes majeurs aux personnes affectées, pouvant aller de la douleur entravant une alimentation normale jusqu'au processus infectieux ou néoplasique venant surcharger un système immunitaire déjà déficient [9].

La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathies (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne , et donc son bien-être psychosocial[10].

Ce travail consistait à établir une description de l'état bucco-dentaire des PVVIH suivis au CHU Point G.

B. Intérêt

✚ **L'intérêt** réside surtout dans le fait que la fréquence et l'incidence des affections bucco-dentaires peuvent augmenter au cours du VIH/SIDA. Leur détection, leur prévention et leur prise en charge doivent être intégrées dans notre pratique quotidienne.

✚ L'intérêt pronostique est attesté par:

- il s'agit d'une contribution d'étude au MALI ;
- les risques de complications s'aggravent de plus en plus donc un diagnostic adéquat et un plan de traitement efficace et efficient permettant de minimiser l'impact négatif sur la santé et la qualité de vie des patients ;
 - la détermination du niveau de l'hygiène bucco-dentaire des PVVIH pris en charge au service de maladies infectieuses et tropicales de Bamako ;
 - la prise en charge précoce des affections odontostomatologiques est un réel problème de santé publique en raison de leur coût onéreux ; elle nécessite une intervention par une collaboration pluridisciplinaire et interprofessionnelle.

C. Objectifs

1) Objectif général

Évaluer la prévalence hospitalière des affections bucco-dentaires observées au cours de l'infection par le VIH chez les personnes vivants avec le VIH/SIDA.

2) Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des affections bucco-dentaires chez les PVVIH du service de maladies infectieuses et tropicales du Point G.
- Déterminer les caractéristiques socio démographiques des PVVIH
- Déterminer les habitudes d'hygiène bucco-dentaires
- Dégager les caractéristiques épidémiologiques, cliniques de ces affections.

II – GÉNÉRALITÉS

II –Généralités

1 - Généralités de l'infection à VIH/SIDA

1.1- Le virus du SIDA

1.1-1) Définition[10] :

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

1.1-2) Historique : [11, 12,13]

1952 premier cas probable américain.

1958 : premier sérum positif pour VIH à priori aux États-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 Étatsunis selon les enquêtes officielles

1981 : première définition du SIDA.

1983: identification du virus VIH-1.

En septembre 1983 : premiers résultats du test Éliisa 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 zidovudinevis-à-vis du VIH se confirme.

Avril 1985 : première conférence internationale sur le sida à Atlanta (États-Unis).

1986 : identification du VIH-2.

1993 : nouvelle définition du Sida aux États-Unis : classification CDC Atlanta.

1999 : VI^e conférence sur les rétrovirus tenue à Chicago (États-Unis) a mis l'accent sur l'importance destests de résistance de routine.

2000 : XIII^e conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les

laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

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.

1.1-3) Données épidémiologiques[14,15]

L'infection à VIH/SIDA est une pandémie dont l'extension est actuellement encore en constante progression dans certains pays. L'infection VIH tend à se stabiliser dans les pays industrialisés alors que la progression est encore élevée dans les PEVD peu sensibles aux mesures de protection individuelle. On note dans ces derniers l'importance de la transmission hétérosexuelle, alors que dans les pays industrialisés les homosexuels et les toxicomanes sont majoritairement touchés.

Dans son bilan pour l'année 2012, l'ONUSIDA estime à 35,3 millions le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde, avec 2,3 millions de nouvelles infections et 1,6 million de décès dans l'année. L'Afrique subsaharienne est de loin la région du monde la plus touchée (25 millions de personnes infectées), suivie par l'Asie du Sud et du Sud-Est (4,8 millions).

L'OMS estime que ce nombre augmente de 5,8 millions par an soit 15.890 nouvelles infections chaque jour. L'épidémie continue sa progression inexorable et s'alimente grâce à l'ignorance, la misère et l'insuffisance des moyens.

1.1-4) Structure du VIH et types de virus

1.1.4-a) Structure du VIH[16]

Le VIH appartient à la famille des retroviridae, vaste famille de virus à ARN équipés d'une enzyme structurale appelée transcriptase inverse ou reverse transcriptase (RT). Il est classé dans le genre des lentivirus qui a pour caractéristique d'entraîner des infections virales lentes toujours mortelles.

Le génome du virus est composé d'un ARN simple brin, présent en double exemplaire représenté au centre du schéma (marron). Cet ARN est retranscrit en ADN dans le cytoplasme de la cellule hôte par l'action d'une enzyme : la transcriptase inverse. C'est à partir de cet ADN, intégré dans le génome de l'hôte que sont exprimées les différentes protéines virales.

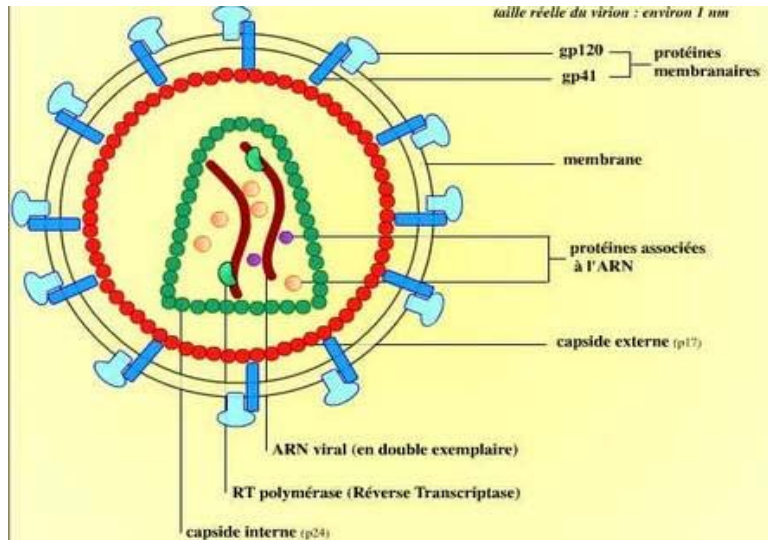


Fig.1 : Schéma légendé de la structure du VIH.[16]

1.1.4-b) Types de virus [16,17]

L'on distingue deux types de VIH chez l'homme : le VIH-1 et le VIH-2. Pour chaque type, il est possible de dégager un certain nombre de sous-types, sur la base de comparaison de séquence.

➤ Le VIH-1 classé en trois groupes : Le groupe M subdivisé en dix sous-types de A à J ; le groupe O rencontré essentiellement en Afrique centrale ; le groupe N isolé récemment au Cameroun.

En Afrique de l'Ouest, c'est essentiellement le sous-type A qui prédomine et en Afrique de l'est, le sous-type C.

➤ Le VIH -2 isolé en 1986 chez les patients originaires de l'Afrique de l'Ouest se rencontre essentiellement dans les zones urbaines.

1.1-5) Transmission du VIH et facteurs favorisants

1.1.5-a) Transmission

Trois liquides biologiques peuvent contenir de grandes quantités de virus : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales.

1.1.5. a-i) La transmission sexuelle

Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales et rectales lorsque celles-ci sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus. On distingue :

- la voie homosexuelle fréquente en occident, rare en Afrique ;
- la voie hétérosexuelle plus répandue dans le monde.

1.1.5. a-ii) La transmission sanguine [18]

Elle se fait par l'intermédiaire de sang contenant du virus

- la transfusion de sang et dérivés ;
- la réutilisation des aiguilles non stérilisées et en générale d'objets souillés notamment le matériel médicochirurgical contaminé.

1.1.5. a-iii) Transmission mère–enfant(TME)[19]

La TME a lieu surtout dans la période périnatale (fin de la grossesse, accouchement et allaitement). Ce risque varie selon la gravité de la maladie chez la mère et sa charge virale plasmatique.

Il existe d'autres modes de transmission tels que la transplantation d'organes, de liquides infectés, etc.

1.1.5-b) Facteurs favorisants[20]

- Sur le plan sexuel, ces facteurs sont :
 - ✓ les rapports sexuels occasionnels non protégés ;
 - ✓ les partenaires connus séropositifs pour le VIH ;
 - ✓ les infections ou lésions génitales chez le partenaire.
- Sur le plan sanguin, ces facteurs sont :
 - ✓ la transmission de sang ou de dérivés ;

- ✓ la toxicomanie intraveineuse.
- Sur le plan vertical :
 - ✓ le portage par la mère du VIH ;
 - ✓ l'exposition interne du fœtus aux liquides organiques infectés de la mère.

1-2)L'infection à VIH[21,22]

1.2-1) Primo-infection

La primo-infection s'accompagne dans 50 à 80 % de symptômes survenant entre 1 et 8 semaines après la contamination et disparaissent spontanément en quelques semaines :

- fièvre, adénopathies ;
- douleurs musculaires, arthralgies ;
- rash cutané ;
- dysphagie douloureuse ;
- ulcérations buccales ou génitales ;
- manifestations neurologiques aiguës (méningite, encéphalite, paralysie faciale, myélopathie, neuropathie périphérique).

On observe également une leucopénie puis un syndrome mononucléosique et une augmentation modérée des transaminases (dans 50 % des cas).

1.2-2) Phase asymptomatique

Phase d'infection chronique « cliniquement latente », mais « *biologiquement active* » avec réplication virale constante. On retrouve dans la moitié des cas un syndrome nommé « *lymphadénopathie généralisée persistante* » se présentant sous forme d'adénopathies en général symétriques situées le plus fréquemment dans les régions cervicales, axillaires, sous-maxillaires ou occipitales.

1.2-3) Phase symptomatique

L'infection se traduit généralement par la survenue de symptômes d'allure banale comme des maladies bénignes de la peau ou des muqueuses, ou des lésions plus spécifiques de l'infection à VIH, accompagnés de symptômes généraux.

On observe une augmentation de la charge virale jusqu'à 40.000 copies par millilitre de sang et une chute du taux de lymphocytes CD4.

1.2-4) Phase de SIDA

Le SIDA est le stade d'évolution de l'infection à VIH défini par une déplétion profonde de l'immunité cellulaire (lymphocytes CD4 inférieurs à 200 cellules par mm³ de sang) dont la conséquence est la survenue d'infections opportunistes et de cancers.

1-3) Le diagnostic [16,23]

- Le diagnostic immunologique repose sur la recherche d'anticorps VIH sériques par la méthode ÉLISA et par des tests de confirmation comme le Western-blot.
- Le diagnostic hématologique repose sur une lymphopénie majeure (la progression de l'infection VIH vers le SIDA est définie par un taux des lymphocytes T CD4 inférieur à 200/mm³), une anémie et une thrombopénie fréquentes favorisant l'apparition de pétéchies voire de gingivorragies.

Tests de dépistage dits : « tests rapides »

✓ Rapides pour la recherche d'anticorps anti-VIH-1 et 2. Validés par l'OMS, ils sont particulièrement utilisés dans les pays en voie de développement pour leurs avantages :

- réponse par lecture visuelle en quelques minutes ;
- moindre sensibilité lors de la primo-infection ;
- intérêt pour faciliter le dépistage et dans les situations d'urgence ;
- économique.

1-4) Classifications des stades de l'infection

1.4-1) Classification CDC de 1993[24]

Elle classe les différents stades suivant des catégories cliniques A, B ou C à laquelle on associe des catégories biologiques correspondant au statut immunitaire du patient.

Les catégories cliniques sont réparties en trois stades de sévérité croissante:

- A : asymptomatique ou primo-infection ;
- B : symptomatique non-Sida ;
- C : SIDA.

Les catégories biologiques sont fondées sur la numération CD4 :

- supérieure à 500 CD4/mm³ ;
- entre 200 et 500 CD4/mm³ ;
- inférieure à 200 CD4/mm³.

Ce qui nous donne le *tableau* suivant :

	Catégories cliniques		
	A	B	C
Nombres de T CD4+	Asymptomatique primo-infection	Symptomatique sans critère A ou C	SIDA
> 500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A1	B2	C2
<200/mm ³	A1	B3	C3

1.4-2) Classification OMS[25]

➤ Primo-infection VIH :

- ✓ asymptomatique ;
- ✓ syndrome rétroviral aigu ou primo- infection symptomatique.

➤ Stade 1 :

- ✓ asymptomatique ;
- ✓ lymphadénopathie persistante généralisée.

➤ Stade 2 :

- ✓ perte de poids modérée inexplicée (< à 10% du poids présumé ou mesuré) ;
- ✓ infections respiratoires récurrentes;
- ✓ zona ;
- ✓ perlèche ;
- ✓ ulcérations orales récurrentes ;
- ✓ prurigo ;
- ✓ dermite séborrhéique ;
- ✓ infections fongiques des ongles onychomycoses.

➤ Stade 3 :

Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut-être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples

- ✓ perte de poids sévère (> 10% du poids corporel présumé ou mesuré) ;
- ✓ diarrhée chronique inexplicée de plus de 1 mois ;
- ✓ fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) de plus de 1 mois ;
- ✓ candidose orale ;
- ✓ leucoplasie chevelue de la langue ;
- ✓ tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes ;
- ✓ infections bactériennes sévères (ex.: pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningite ...) ;
- ✓ stomatite/gingivite/périodontiteaiguëulcéro-nécrosante.

Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé

- ✓ anémie inexplicée (<8 g/dl et/ou neutropénie (<500/mm³) et/ou thrombocytopénie (<50 000 /mm³) pendant plus d'un mois.

➤ Stade 4 :

Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut-être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples

- ✓ syndrome cachectique ;
- ✓ pneumonie à Pneumocystis ;

- ✓ pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique ;
- ✓ herpès chronique (orolabial, génital, anorectal de plus d'un mois) ;
- ✓ candidose de l'œsophage ;
- ✓ tuberculose extra pulmonaire ;
- ✓ sarcome de Kaposi ;
- ✓ toxoplasmose cérébrale ;
- ✓ encéphalopathie à VIH.

Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé

- ✓ cryptococcose extra pulmonaire y compris méningite ;
- ✓ infection disséminée à mycobactéries non tuberculeuse ;
- ✓ candidose de la trachée, des bronches ou des poumons ;
- ✓ cryptosporidiose ;
- ✓ isosporose ;
- ✓ infection herpétique viscérale ;
- ✓ infection à cytomégalovirus ;
- ✓ leucoencéphalopathie multifocale progressive ;
- ✓ mycose disséminée (ex.: histoplasmosse, coccidioïdomycose, pénicilliose,...) ;
- ✓ septicémie récurrente à salmonella non typhique ;
- ✓ lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ;
- ✓ cancer invasif du col utérin ;
- ✓ leishmaniose viscérale.

2- Manifestations bucco-dentaires au cours de l'infection à VIH/SIDA

Outre les très nombreux symptômes systémiques, des manifestations bucco-dentaires du VIH peuvent également être observées. Elles sont néanmoins devenues plus rares grâce aux progrès de la médecine générale.

C'est justement ces symptômes oraux, souvent douloureux, qui peuvent fortement diminuer la qualité de vie du patient. Ces lésions se trouvant dans la bouche, les professionnels adéquatement formés peuvent souvent les détecter et les diagnostiquer selon leur seule apparence clinique.

2-1) Manifestations infectieuses

Ce sont des symptômes oraux, souvent douloureux, qui peuvent fortement diminuer la qualité de vie du patient.

2.1-1) Infections mycosiques

Ce sont les infections provoquées par un champignon microscopique[26].

Elles sont les plus fréquentes lors de l'infection par le VIH.

2.1.1-a) Candidose buccale[27]

La candidose buccale est une infection des muqueuses buccales par un champignon du genre *Candida*. Il est saprophyte, il existe chez l'homme sain dans les muqueuses de la cavité buccale, de l'intestin et du vagin. Les infections à *candida* sont opportunistes, la levure devenant pathogène quand certains facteurs favorisants sont présents.

Les candidoses de la muqueuse buccale se divisent en 4 types suivant leurs aspects cliniques.

2.1.1.a-i) Candidose pseudomembraneuse ou « muguet »

Caractérisée par un dépôt blanc-jaunâtre, crémeux sur une muqueuse rouge ou normale. Quand on essaie de détacher ces plaques, on provoque un saignement. Ce type de candidose peut se retrouver sur n'importe quelle muqueuse (du tube digestif, muqueuses génitales...)



Source : <http://nt.vitaba.com/le-muguet-buccal-7> Source : <http://www.atlasdermato.org/images/myco14.jpg>

Fig. 2 : Muguet se situant à la joue gauche **Fig. 3** : muguet lingual



Source : <http://conseildentaire.files.wordpress.com/2011/09/mycoe-langue-noire-thc3a9rapeuthique-dermatologique.jpg>

Fig.4 : Mycose noire de la langue

2.1.1.a-ii) Candidose érythémateuse

Dont la principale caractéristique est leur couleur qui peut varier du rose pâle au rouge vif. Les localisations habituelles sont au niveau du palais, sur les dors de la langue, mais également sous forme de plaques au niveau de la muqueuse jugale.



Source : http://www.eugenol.com/attachments/0004/5674/_MG_0058.jpg

Fig. 5 : Candidose érythémateuse palatine

2.1.1.a-iii) Candidose hyperplasique

Siège au niveau postérieur de la muqueuse buccale, mais peut aussi se trouver sur la muqueuse du palais. Les plaques blanches ne s'enlèvent pas au grattage.



Source :<http://www.dentalcare.fr/formation-dentaire-professionnels/muqueuse-buccale.aspx?ModuleName=coursecontent&PartID=1&SectionID=13>

Fig.6 : Candidose hyperplasique.

2.1.1. a-iv) Chéilite angulaire ou perlèche[28 ; 29]

Caractérisée par des fissures en étoile irradiant de la commissure labiale. On y retrouve habituellement du *candidaalbicans*.



Source : Photo DERMIS. <http://dermis.net>

Fig.7 :perlèche angulaire

2.1.1-b) La langue villeuse [3]

La langue villeuse est facilement identifiable par la présence de papilles filiformes individualisées hypertrophiées, qui ont une longueur de 4 à 5 mm et qui sont fortement

kératinisées. Elles donnent à la langue un aspect de chevelure orientée vers les bords latéraux.

La couleur de la langue villosa peut varier du blanc au jaune, mais aussi du brun au noir. Cette pathologie est toujours retrouvée en position antérieure par rapport au V lingual.



Source : http://www.eugenol.com/attachments/0004/5674/_MG_0058.jpg

Fig.8: La langue villosa jaune

2.1.1-c) Autres mycoses[9]

Elles sont plus rarement observées

- Mycose à *Geotrichum candida* dont l'aspect clinique est semblable à la candidose pseudomembraneuse ;
- Histoplasmosse ;
- La cryptococcose ;
- La mucormycose ;
- La géotrichose ;
- L'aspergillose à localisation buccale.

La présentation clinique chez les patients VIH+ prend la forme d'un ulcère persistant siégeant principalement au palais, au plancher de la bouche ou à l'oropharynx.

Le diagnostic définitif pourra être confirmé par culture et par biopsie.

2.1-2) Infections bactériennes : les parodontopathies

2.1.2-a) Gingivite à VIH (G-VIH)

Encore appelée gingivite érythémateuse linéaire ou gingivite atypique. Elle se caractérise par la présence d'une bande érythémateuse linéaire, régulière, s'étendant du bord gingival libre en direction apicale sur 1 à 3 mm, et d'un érythème punctiforme de la gencive attachée, même chez des patients avec une hygiène buccale excellente et très peu ou pas du tout de plaque dentaire.

Ceci peut s'accompagner de saignement spontané ou lors du brossage« la composante érythémateuse peut être due à une candidose concomitante ».

Cette hypothèse est étayée par la mise en évidence de *candida albicans* dans la plaque sous-gingivale.

Elle peut être généralisée et concerner toutes les faces des dents ou, parfois, être localisée à un secteur.



Source : <http://www.lecourrierdudentiste.com/images/stories/LCDD2012/LCDDjuillet/VIH/gingivite%20rythmateuse%20lie%20au%20vih.jpg>

Fig.9 : Gingivite à VIH (G-VIH)

2.1.2-b) Érythème gingival linéaire[3]

Il s'agit d'une affection assez fréquente chez les personnes vivant avec le virus. Les études rapportent des prévalences allant de 8% à 11,5%.

Cette gingivite présente certaines spécificités ; on observe une bande érythémateuse linéaire, régulière, s'étendant du bord gingival libre en direction apicale sur 1 à 3 mm. L'érythème peut dépasser la gencive libre pour atteindre la gencive attachée. Il est peut-être localisé ou généralisé et s'accompagne souvent d'un saignement spontané ou provoqué.



Source :http://3.bp.blogspot.com/_JG8TFIJ5Xeo/SbBv6b8v9yI/AAAAAAAAAuk/zoGAbeZdSU8/s400/feston+de+mccall.JPG



Source :<http://www.lecourrierdudentiste.com/images/stories/LCDD2012/LCDDmai/VIH/fig3-erythme%20gingival%20linaire.jpg>

Fig.10, 11 :2 aspects d'érythème gingival linéaire

2.1.2-c) Parodontite à VIH (P-VIH) [30]

Elle se caractérise par

- une inflammation gingivale très sévère ;
- des pertes d'attache et d'os alvéolaire très rapides ;
- des phénomènes de nécrose avec des papilles émoussées ou présentant des cratères ;
- une mobilité anormale puis une perte des organes dentaires peuvent apparaître rapidement.

La différence entre P-VIH et GUN classique réside dans la rapidité des destructions tissulaires et dans l'extension des lésions au-delà des tissus mous observés dans la P-VIH.



Source: <http://www.lescoursdentaire.info/wp-content/uploads/image100.png>

Fig.12 : Parodontite à VIH (P-VIH)

2.1.2-d) Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN)[3]

Il s'agit d'une atteinte gingivale aiguë bien individualisée avec nécrose tissulaire.

Non traitée, elle peut évoluer vers le parodonte profond et conduire à une parodontite ulcéro-nécrotique.

Avec la PUN, elle constitue une maladie parodontale nécrosante selon la classification d'ARMITAGE. Elle survient la plupart du temps à un stade assez précoce avec une prévalence de 4% à 16%.

Par rapport à la gingivite ulcéro-nécrotique aiguë, la gingivite ulcéro-nécrotique liée au VIH est caractérisée par:

- ✓ une évolution plus rapide;
- ✓ des douleurs intenses empêchant l'hygiène et l'alimentation;
- ✓ une altération de l'état général ;
- ✓ une mauvaise réponse au traitement ;
- ✓ une nécrose de la partie supérieure de la papille inter dentaire ;
- ✓ une progression le long de la gencive marginale ;
- ✓ l'apparition de cratères au niveau des papilles inter dentaire ;
- ✓ la présence de pseudo-membranes jaune-grisâtre à la surface des lésions ;
- ✓ une extrême sensibilité à la pression ;
- ✓ une haleine fétide caractéristique ;
- ✓ la présence d'adénopathies régionales (à ne pas confondre avec les adénopathies chroniques de la lymphopathie généralisée persistante) ;
- ✓ une augmentation du flux salivaire.



Fig.13 :Cas de gingivite ulcéro-nécrotique[3]

2.1.2-e) Parodontite ulcéro-nécrotique[31]

La PUN liée au VIH constitue une manifestation orale sévère du fait de la destruction rapide du parodonte superficiel et de l'os sous-jacent. Cette parodontite est considérée par certains auteurs comme un marqueur d'immunodépression sévère.

Elle est caractérisée:

- ✓ une atteinte inflammatoire du parodonte dans sa globalité ;
- ✓ la rapidité des destructions tissulaires ;
- ✓ des douleurs parfois violentes, irradiantes ;
- ✓ un saignement abondant ;
- ✓ une perte d'attache très rapide ;
- ✓ une nécrose avec des papilles émoussées cratériformes ;
- ✓ une mobilité importante pouvant conduire à l'expulsion des dents avec ou sans séquestre osseux ;
- ✓ une nécrose considérable.



Source : <http://www.lecourrierdudentiste.com/images/stories/LCDD2012/LCDDmai/VIH/fig4-parodontite%20ulcro-necrotique%20lie%20au%20vih.jpg>(Service des maladies infectieuses CHU IBN ROCHD)

Fig.16, 17 : Parodontite ulcéro-nécrotique liée au VIH

2.1.2-f) Stomatite nécrotique[31]

Complication des affections précédentes, elle constitue une des manifestations les plus sévères au niveau de la cavité buccale chez les PVVIH. Il s'agit de lésions ulcéro-nécrotiques très douloureuses atteignant toute la muqueuse gingivale et exposant l'os sous-jacent. Les lésions osseuses importantes rappellent celles rencontrées dans le noma.

2.1-3) Infections virales

Au cours de l'infection par le VIH, deux familles principales de virus sont à l'origine de lésions buccales : les *Herpes virus* et les *Human Papillomavirus*.

2.1.3-a) Les *Herpès virus*[32]

Les herpès virus sont des opportunistes responsables de maladies de la cavité buccale. Elles regroupent l'*Herpèssimplex virus* (HSV), le *virus de la varicelle et du zona* (VZV), le *virus d'Epstein-Barr* (EBV), le *cytomégalovirus* (CMV).

Ce dernier est rarement responsable d'ulcérations buccales qui sont observées surtout chez les malades immunodéprimés.

2.1.3.a-i) Herpès labial

L'herpès labial est l'infection herpétique la plus communément due au *virus Herpès simplex type I*. La primo-infection par le *virus de l'herpès simplex* peut entraîner une gingivite généralisée appelée gingivo-stomatite herpétique aiguë. Cette dernière fait partie des maladies gingivales non induites par la plaque bactérienne et représente la traduction clinique de la primo-infection herpétique.

Il est caractérisé par l'éruption de vésicules en bouquets qui peuvent fusionner et ensuite se rompre et se recouvrir d'une croûte. On les localise au niveau de la jonction cutanéomuqueuse des lèvres et sur le pourtour cutané de la bouche.



Fig.16: Ulcération importante d'un herpès récidivant[3]

2.1.3.a-ii) Gingivo-stomatite herpétique[3]

L'infection est transmise par les gouttelettes d'aérosols et par contact direct. Après une période d'incubation de quelques jours à deux semaines, une éruption vésiculo-éruptive primaire se développe sur n'importe quelle surface de la muqueuse orale notamment la gencive qui devient rouge et douloureuse.

La gingivo-stomatite herpétique primaire peut être asymptomatique, mais généralement le patient présente fièvre et malaise. Les lésions vésiculeuses, très rapidement ulcérées, diffusent au niveau des muqueuses jugales, linguales, palatines, amygdaliennes et pharyngées.

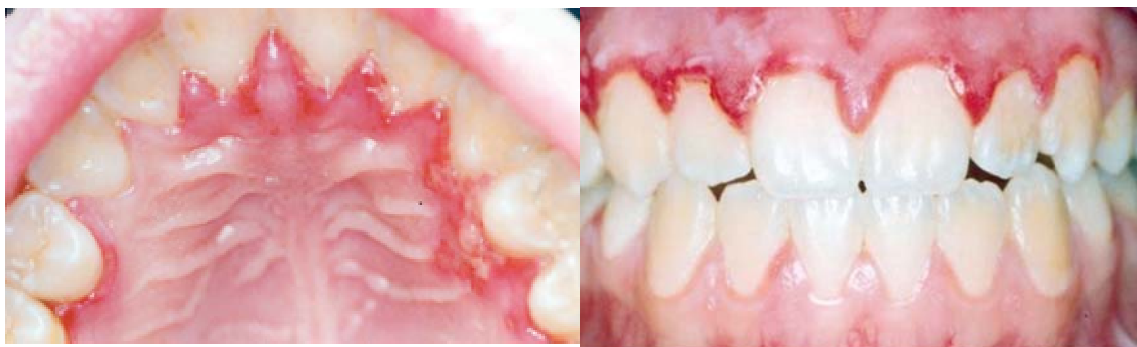


Fig.17: Gingivo-stomatite herpétique [33]

2.1.3.a-iii) Leucoplasie orale chevelue[34]

Elle se présente cliniquement sous forme d'une plaque blanchâtre, légèrement surélevée à surface kératosique et plissée "chevelue" avec des filaments plutôt verticaux de parakératine en surface, siégeant dans 95 % des cas sur les bords latéraux

de la langue. Sa découverte témoigne en règle d'une immunodépression déjà importante.

La lésion est indolore, non détachable, souvent ignorée du patientelle est liée à une charge virale élevée et à un pronostic péjoratif si un TARV n'est pas instauré.

Le diagnostic évoqué sur des arguments anatomocliniques est actuellement confirmé par la mise en évidence du virus *Epstein-Barr* soit directement ou indirectement grâce à des méthodes immunohistochimiques ou ultras structurales. Elle est moins fréquente chez les enfants.



Fig.18 : LOC où les filaments kératosiques sont nettement visibles ici [29].

2.1.3-b) infection à HPV[3]

Au niveau buccal *Human Papillomavirus* est responsable de proliférations épithéliales bénignes de types verruqueux qui se présentent sous des entités cliniques de sévérité différente : verrues vulgaires, papillomes oraux, hyperplasie épithéliale focale et condylome acuminé sexuellement transmis.

D'aspect clinique verruqueux particulier et typique, ces lésions ne sont pas très fréquentes chez les PVVIH.

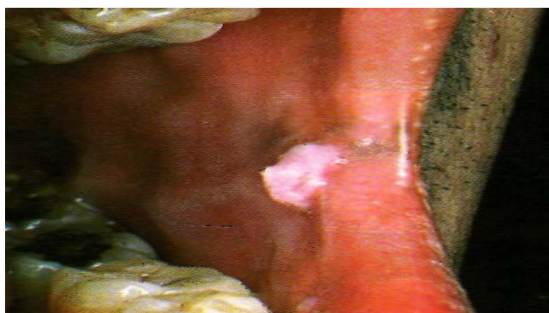


Fig.19 : Papillome de la muqueuse jugale juste en arrière de la commissure.

La lésion verruqueuse est importante chez cet homme séropositif[29].

2-2) Manifestations non infectieuses

2.2-1) Troubles idiopathiques[35 ; 36]

✚ Aphtose buccale récidivante

Ce sont des ulcérations récidivantes douloureuses de la muqueuse buccale, de forme ronde ou ovale d'épaisseur variable, isolées ou multiples, bien délimitées, avec présence d'une pseudo-membrane fibrineuse jaune blanchâtre entourée d'un halo érythémateux.

Lorsque l'ulcération est établie, la douleur peut devenir intense et s'accompagner de dysphagie, hypersialorrhée et fétidité de l'haleine.

Les aphtes gênent la parole et l'alimentation et apparaissent isolés ou en « grappe » sur la muqueuse des lèvres (fig.21), le sillon gingivolabial ou gingivojugal, la muqueuse jugale, la langue (pointe, bords, frein) (fig. 22, 23), les gencives, le palais, les amygdales et même le pharynx (fig.24).



Fig.21[36]Fig.22[36]



Fig.23[36]Fig.24 [36]

2.2-2) Processus néoplasiques

2.2.2-a) Sarcome buccal de Kaposi [37]

Le sarcome de Kaposi est une forme de néoplasie affectant la peau et les muqueuses, 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.

Les chercheurs ont ainsi été mis sur la piste d'un agent infectieux transmis sexuellement et distinct du VIH, le *gamma-herpèsvirus*KSHV (HHV-8).

Ce sarcome se présente dans la bouche, principalement sur les muqueuses palatines ou gingivales. L'aspect est celui d'une tache plane de couleur rouge pourpre, violacée, indolore, les lésions évoluent pour prendre des formes tumorales, saillantes pouvant ressembler à des épulis.

Par contre, 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 dans le cas d'hyperplasie non camouflée par les lèvres ou les joues nécessitant alors une intervention.

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

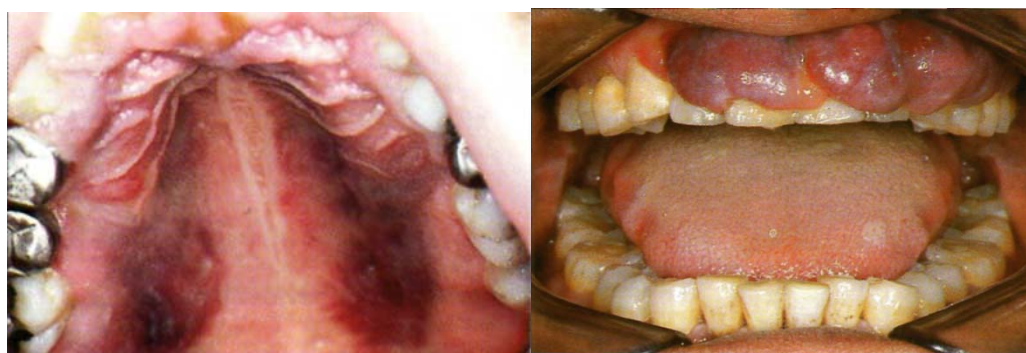


Fig.25**Fig.26**

Fig.25 : Forme plane majeure, en fer à cheval, suivant la forme du palais [29]

Fig.26 : Sarcome de Kaposi gingival recouvrant presque complètement les dents antérieures [29]

2.2.2-b) Lymphome non hodgkinien [35 ; 38]

La fréquence des lymphomes non hodgkiniens au cours de l'infection VIH est de 200 à 500 fois plus élevée que dans la population générale et celle de la maladie de Hodgkin 5 à 20 fois.

Le lymphome malin non hodgkinien se présente cliniquement comme un œdème ferme, élastique, souvent légèrement rougeâtre ou violacé, avec ou sans ulcération. Siège de façon préférentielle au niveau des gencives et de la muqueuse palatine.



Fig.27 : Lymphome occupant très fortement la région gingivale de la 22 à la 27[29]

2.2.2-c) Ulcérations atypiques

Lésions qui peuvent apparaître à n'importe quel niveau de la muqueuse buccale. Elles sont généralement creusées, en forme de cratères, et recouvertes de fibrine.

2-3) Autres manifestations

2.3-1) Atteinte des glandes salivaires[29]

Les affections des glandes salivaires et par conséquent la xérostomie et les caries florides sont observées chez jusqu'à 50% des enfants infectés par le VIH. Chez les adultes, les atteintes des glandes salivaires sont moins fréquentes. On retrouve souvent une hyperplasie de la glande parotide qui produit moins de salive. Ce symptôme est souvent accompagné d'une lymphadénopathie.

Les parotidites et infection au VIH et SIDA, où plusieurs hypothèses étiologiques peuvent être évoquées :

- parotidites bactériennes par infection des glandes salivaires avec présence de pus au niveau du canal de Sténon, où les germes microbiens responsables sont le staphylocoque et le pyocyanique ;
- parotidite aiguë à cytomégalovirus où le CMV a parfois été mis en évidence ; la troisième hypothèse retenue serait celle d'hyperplasies lymphoïdes non spécifiques qui pourraient atteindre les glandes salivaires, donc entraîner une parotidite. Une xérostomie peut être due à l'emploi d'un psychotrope ou de la didanosine (videx).

2.3-2) Chéilite angulaire (perlèche)[39]

Elle est observée au niveau de la commissure labiale. Sur le versant cutané, la peau est rouge, parfois fissurée et encroûtée. Elle se prolonge sur le versant rétro commissural et la face interne de la joue. Elle peut être isolée ou associée aux autres formes de candidoses chroniques.

En général, elle est bilatérale, tenace et récidivante.

Parfois très importante, elle peut prendre un aspect verruqueux jusqu'à réaliser une véritable papillomatose simulant un épithélioma. Le diagnostic repose alors sur la biopsie. Parfois unilatérale, il peut s'agir d'une infection streptocoques, à staphylocoques. Il faut également la différencier d'une dermite de contact, de syphilides commissurales.

2.3-3) Hyperpigmentation de la muqueuse jugale[3]

Chez les patients VIH positifs, on peut observer des taches pigmentées au niveau de la muqueuse buccale et également en situation extraorale.

Au niveau buccal, les « macules » brunâtres ovalaires et planes peuvent être observées au niveau des muqueuses labiales, de la face interne des joues, du palais dur ou sur les bords latéraux de la langue.

Certains auteurs pensent que ces macules pourraient être en relation dans certains cas avec l'administration d'AZT, d'antifongiques ou d'antibiotiques. Pour d'autres l'étiologie reste inconnue et de nombreux facteurs pourraient être en cause.



Fig.28 :Hyperpigmentation de la muqueuse jugale droite [40]

2.3-4) Purpura thrombopénique[3 ; 41]

L'infection par le VIH est une véritable hémopathie avec anomalie du sang de la moelle osseuse et l'hémostase.

Le purpura thrombopénique correspond cliniquement à des pétéchies pourpres ou à des ecchymoses apparaissant sur la peau et les muqueuses.

Les pétéchies se définissent comme des tâches sub-épithéliales distinctes, multiples, souvent coalescentes, dont la teinte varie du rouge au bleu pourpre et qui ne blanchissent pas à la pression.

2.3-5) L'état des dents.[29]

Des polycaries, avec des destructions coronaires importantes, sont très fréquentes. Elles entraînent des affections latentes, chroniques, avec des foyers infectieux considérables intervenant dans l'infection focale.

Ces lésions, caries et autres dystrophies dentaires, sont souvent la conséquence de la toxicomanie. Ici, l'interrogatoire doit tenter de déterminer cette cause responsable.

Fig. 30 : Caries multiples chez un sujet séropositif, toxicomane. Lésions majeures ayant abouti à la destruction des couronnes.

Fig. 31 : Autre cas de même origine : toxicomane séropositif.

L'odontonécrose ressemblant à celle de la radiothérapie est en marche, une gingivite est installée. L'identité des caries avec le cas précédent est frappante.

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

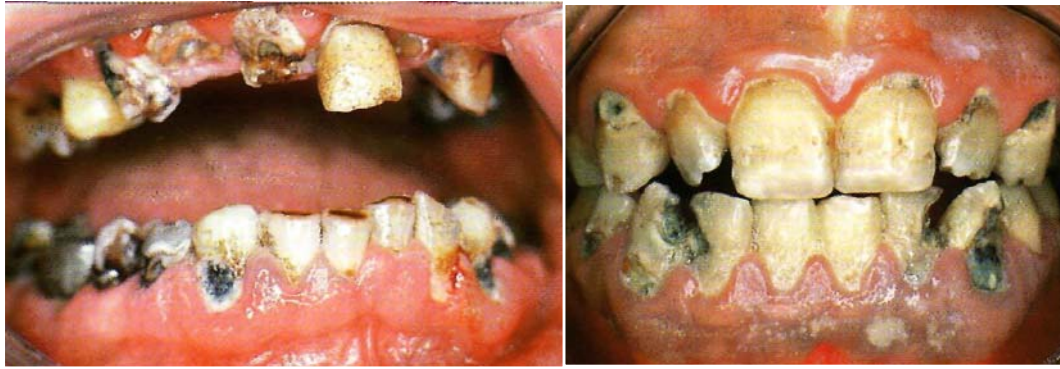


Fig.30[29]**Fig.31**[29]

3– Prévention de l'infection à VIH[42]

✓ *Prévention de la transmission sexuelle :*

- la fidélité à un (e) seul(e) partenaire non infecté (e) ;
- utilisation des préservatifs ;
- éviter les pratiques à haut risque (par exemple : le rapport anal);
- bien connaître ses partenaires.

✓ *Prévention de la transmission sanguine :*

- ne pas partager les aiguilles, les seringues et les autres matériels pour les injections (tout objet tranchant) ;
- exclusion des donneurs à risque ;
- dépistage sérologique lors du don de sang ;
- chauffage des dérivés sanguins.

✓ *Prévention materno - fœtale :*

- déconseiller la grossesse aux femmes VIH positif.

✓ *Prévention professionnelle :*

- port des gants pour les actes quotidiens à risque ;
- changement des gants après chaque contact avec un patient ;
- port de masque et lunettes en cas de risque d'éclaboussure en chirurgie ;
- prévoir un container, pour déposer les aiguilles et seringues ;
- après contamination de la peau, lavage immédiat avec des désinfectants (eau oxygénée 0,3%, alcool à 50%, eau de javel 0,1%, glutaraldehyde 1%, chaleur 56°).

4- Thérapeutiques de l'infection à VIH [42]

✓ *Traitement symptomatique :*

Il est fait des antibiotiques, des antimycosiques, des antiparasitaires et des antivirales efficaces en notre possession, selon l'agent causal.

✓ *Traitement curatif antirétroviral :*

Les combinaisons d'antirétroviraux sont :

- 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) plus 1 inhibiteur de la protéase (IP)
- 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) plus 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

5 - Prise en charge des PVVIH [43]

La prise en charge des PVVIH nécessite une parfaite collaboration avec les médecins traitants, l'instauration des mesures de protection pour le praticien et son entourage, et le respect des règles de la déontologie. En effet, il se doit de prendre en charge le patient porteur de l'affection et bien évidemment de respecter le secret médical.

5-1) Conduite à tenir en odontologie[44]

Il est obligatoire de considérer tous les patients comme s'ils étaient porteurs du VIH et d'appliquer pour tous les mêmes méthodes de protection, de stérilisation, d'hygiène et d'asepsie.

- ✓ Application des règles universelles ou « standards » ;
- ✓ L'élimination des déchets de soin ;
- ✓ La désinfection et la stérilisation.

La plupart des patients sans complication peuvent être traités en cabinet dentaire, les soins en milieu hospitalier étant préférables concernant les cas les plus sévères.

La planification des soins dentaires va prendre en considération la maladie elle-même ainsi que la médication lourde associée à celle-ci.

Le risque de contamination doit être évité en instaurant les mesures de protections et d'asepsie strictes.

En plus des mesures évoquées précédemment,

- ✓ Interrogatoire poussé ;
- ✓ Résultats des dernières analyses (CD4, Hb, NFS...).

Les manifestations bucco-dentaires de l'infection au VIH doivent être connues des praticiens (spécialistes et généralistes).

Certaines lésions font évoquer la maladie d'où l'intérêt de dépistage. Ce serait de ramener à un diagnostic d'infection au VIH, l'interrogatoire, la bonne connaissance du patient, de ses modes de vie, des signes évolutifs de la maladie, les examens biologiques et histologiques permettront souvent de connaître l'étiologie du symptôme en cause.

Les foyers bucco – dentaires doivent être supprimés, à éviter les complications par l'infection locale, d'autant plus que beaucoup de ces complications peuvent apparaître à l'occasion de la chute des défenses immunitaires.

Des consultations régulières assureront le contrôle de l'état buccal.

Chez le séropositif ; il n'y a aucune contre-indication à faire les mêmes traitements que chez n'importe quel autre patient : soins endodontiques et parodontaux, extractions, prothèses.

Mais lorsque l'état général du malade est très altéré, les soins sont pratiqués en milieu hospitalier.

5-2) Prise en charge des manifestations buccales du VIH les plus couramment observées et traitement recommandé[45 ; 46]

MBV	Traitement	Remarques
<p align="center">Candidose oropharyngienne</p>	<p><u>Clotrimazole</u>: pastilles de 10 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 7 à 14 jours</p> <p><u>Fluconazole</u> : 100 mg par voie orale une fois par jour pendant 7 à 14 jours.</p> <p>Diriger vers un spécialiste approprié en cas de non-réponse au fluconazole</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un détartrage surfaçage, débridement des tissus nécrotiques, alternance de polvidone iodée (Bétadine) • Une antibiothérapie adaptée: Métronidazole sur une courte période 4 à 5 jours, de 250 mg par jour 	<ul style="list-style-type: none"> • Les lignes directrices des CDC ne recommandent pas la prophylaxie, sauf dans le cas exceptionnel des récurrences graves ou fréquentes. • Il faut envisager les interactions médicamenteuses et l'état du foie lorsqu'on choisit un traitement topique ou général.
<p align="center">Leucoplasie buccale chevelue</p>	<p align="center">Application en cabinet d'une résine podophylle à 25 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas assez de données pour recommander un traitement fondé sur les faits. Compte tenu de la nature peu propice aux complications de la lésion, la médication antivirale générale peut ne pas être justifiée.
		<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas assez de données pour recommander un traitement fondé sur les

<p>Verrues buccales</p>	<p>Excision chirurgicale et biopsie; diriger vers un spécialiste approprié en cas de lésions étendues ou récurrentes</p>	<p>faits, mis à part l'excision chirurgicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut envisager la possibilité de dissémination du HPV à d'autres surfaces pendant l'intervention chirurgicale ainsi que le risque de cancer.
<p>Herpès buccal Herpès buccal (suite)</p>	<p><u>Acyclovir</u> : 800 mg 4 fois par jour pendant 7 jours <u>Valacyclovir</u> : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours Diriger vers un spécialiste approprié ceux qui présentent des lésions graves, persistantes ou récurrentes</p>	<p>Il faut envisager une médication topique antivirale pour les patients dont la numération des cellules CD4+ est au-dessus de $0,2 \times 10^9/L$ et qui sont atteints d'herpès labial</p>
<p>Lésions récurrentes d'apparence aphteuse</p>	<p>Stéroïdes topiques de forte puissance, comme le fluocinonide et le clobétasol Diriger vers un spécialiste approprié dans les cas graves; les stéroïdesgénéraux, la thalidomide ou les immunosuppresseurs peuvent être envisagés</p>	<p>L'emploi de stéroïdes topiques peut aboutir à une incidence accrue de candidose oropharyngienne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement général doit se limiter aux patients expérimentés dans l'usage des stéroïdes.
<p>Maladie gingivale et parodontale</p>	<p>Hygiène buccale, prophylaxie, détartrage et curetage, rinçage à la chlorhexidine; ces mesures peuvent être combinées avec des antibiotiques généraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines études rapportent un érythème gingival linéaire accompagné d'une sorte de bande d'érythème ainsi qu'une intensité accrue de la perte d'os et de tissus mous.
<p>Lésions malignes : sarcome de Kaposi buccal,</p>	<p>Injection intra-lésionnelle de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient dont la maladie a été confirmée par biopsie doit être renvoyé à un

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

carcinome spinocellulaire, lymphome	vinblastine ou de tétradécylsulfate de sodium à 3 % ou radiothérapie à faible dose ou les deux	médecin pour l'évaluation de l'atteinte des autres organes.
Hyposalivation	Stimulation de la fonction glandulaire : goût, mastication et sialogogues Prévention des complications buccales (caries, candidose, etc.)	

6- VIH/SIDA au MALI

6 -1) Présentation du MALI[47]

Le Mali, officiellement République du Mali, est un pays d'Afrique de l'Ouest, frontalier de la Mauritanie et de l'Algérie au nord, du Niger à l'est, du Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire au sud, de la Guinée au sud-ouest et du Sénégal à l'ouest.

Sa devise est « Un Peuple, Un But, Une Foi » et son drapeau est constitué de trois bandes verticales vertes, jaune et rouge.

Avec 14 517 176 habitants en 2009, la population malienne est constituée de différentes ethnies, dont les principales sont les Bambaras, les Bobos, les Bozos, les Dogons, les Khassonkés, les Malinkés, les Minianka, les Peuls, les Sénoufos les Soninkés (ou Sarakolés), les Sonrhaïs, les Touaregs, les Toucouleurs. Le français est la langue officielle, mais la population parle majoritairement les langues nationales, le bambara étant la plus utilisée et sert, parallèlement au français, de langue véhiculaire.

Bamako, ville située au sud-ouest et qui comptait 1 809 106 habitants en 2009, est la capitale du pays.

6-2) Épidémiologie du VIH au MALI[48]

Le taux de prévalence du VIH/SIDA au Mali est passé de 1,7 à 1,1 % en 2013, a appris la PANA, à l'ouverture d'une réunion du HCNLS.

Cependant, malgré une prévalence en recul, le Mali enregistre, selon l'ONUSIDA, 3000 nouvelles infections par an. Le Mali connaît également l'émergence d'une nouvelle infection à l'hépatite B.

La prévalence générale de cette nouvelle infection est de plus 15%, alors que les deux infections bénéficient du même traitement aux antirétroviraux (ARV).

À l'issue de la réunion du HCNLS, d'importantes recommandations, notamment, la finalisation de la création du Fonds national de lutte contre le SIDA, l'intégration de la lutte contre le SIDA dans la reconstruction et le développement des régions du nord du Mali, l'augmentation de la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant et l'accélération de la prise en charge de la co-infection tuberculose-SIDA.

6-3) Prise en charge thérapeutique du VIH-SIDA au MALI [49]

6.3-1) Principes du traitement antirétroviral

6.3.1- a) Objectif

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

6.3.1- b) Principes

- C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part du personnel soignant.
- Le traitement antirétroviral est une multi thérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou un inhibiteur de la protéase (IP) ou un inhibiteur d'intégrase.
- Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour le pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali ou bénéficier d'une autorisation spéciale et seront nécessairement préqualifiées par l'OMS.

6.3-2) Protocole thérapeutique antirétroviral

6.3.2-a) Indications du traitement

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient (cf. classification OMS).

- ✓ Si la numération des lymphocytes TCD4 est disponible; on se basera sur la clinique et/ou le comptage des lymphocytes TCD4.
- Pour les patients stade I ou II OMS ayant un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 350 et inférieur à 500/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :
 - l'évolution clinique ;
 - l'existence de co-morbidité : Hépatite B, Hépatite C, néphropathie ou autre atteinte d'organe liée au VIH ;

- la charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100.000 copies/ml à deux contrôles) ;
- la motivation du patient ;
- le taux de lymphocytes TCD4 < 15% des lymphocytes totaux.

Pour les patients asymptomatiques avec des lymphocytes TCD4 supérieurs à 350 et inférieurs à 500/mm³ et une charge virale < 100.000 copies/ml, le traitement n'est pas recommandé et l'on procédera à une surveillance de lymphocytes TCD4 tous les 3 à 6 mois.

- Pour les patients asymptomatiques avec des taux de lymphocytes TCD4 ≥ 500/mm³ quelle que soit la charge virale, le traitement n'est pas recommandé et l'on procédera à une surveillance clinique et/ou biologique (lymphocytes TCD4) tous les 3 à 6 mois.

✓ Si la numération des lymphocytes TCD4 n'est pas disponible ; on se basera sur la clinique et le taux de lymphocytes totaux.

6.3.2-b) Schémas thérapeutiques

Est considéré comme schéma de première ligne tout schéma de première intention prescrit chez un sujet (exception faite de la PTME) de tout traitement antirétroviral. Toute substitution en cas d'intolérance par exemple aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne.

Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après échec thérapeutique de première ligne.

7-Rappels anatomiques

7-1) Anatomie cranio-facial

7.1-a) Ostéologie[50]

Le massif crânio-facial est composé de 22 os soudés, unis les uns aux autres par des sutures de type fibreuses.

Huit (08) os constituent le crâne et 14 pour la face

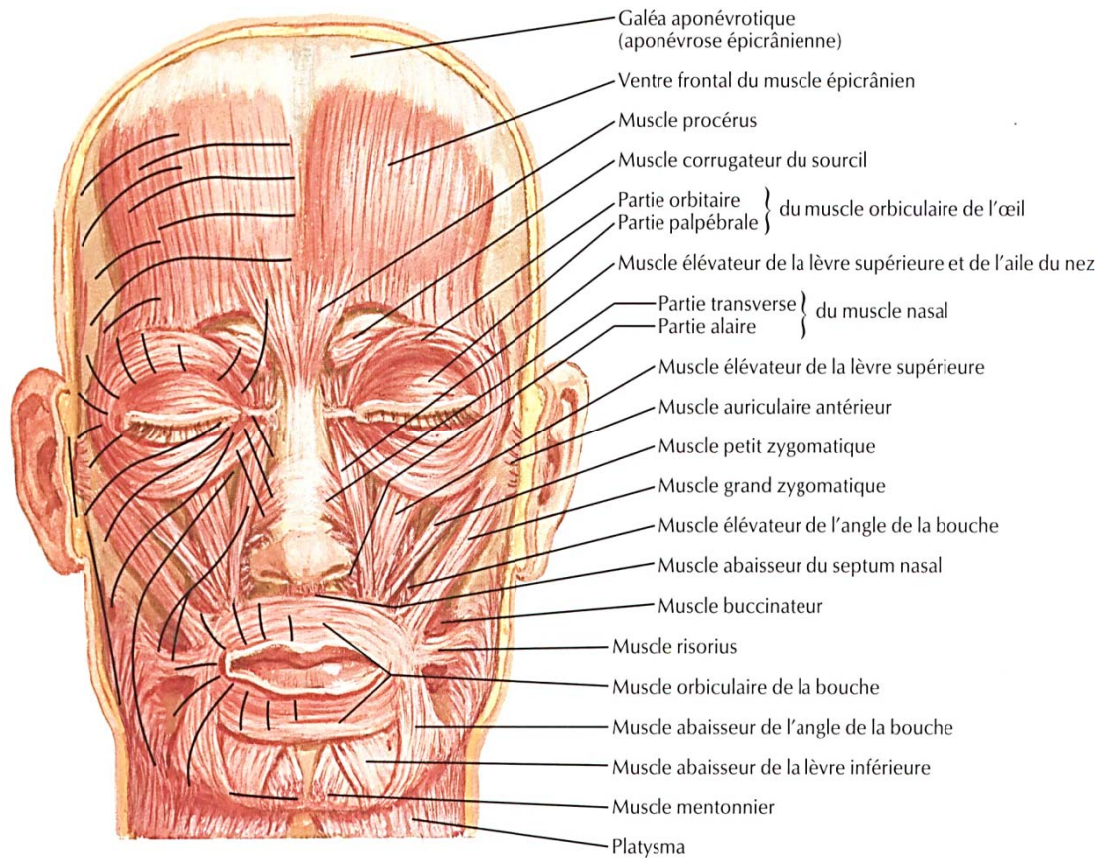
- Les os du crâne sont :
 - ✓ *04 impaires médians et symétriques*: l'os frontal, l'os ethmoïde, l'os sphénoïde et l'os occipital.
 - ✓ *02 pairs latéraux et asymétriques*: les os temporaux et les os pariétaux.
- Les os de la face sont:
 - ✓ *02 impairs* : la mandibule et l'os vomer.
 - ✓ *06 Pairs*: les maxillaires supérieurs, les os nasaux, les zygomatiques, les os lacrymaux ou unguis, les os palatins et les cornets inférieurs.

Les os du crâne sont des os plats, mais un peu particuliers, ils sont nettement plats au niveau de la voûte du crâne et irréguliers au niveau de la base

Ils sont creusés de cavités (sinus et cellules) surtout au niveau de la base du crâne d'où leurs dénominations os pneumatiques. Ces cavités rendent le crâne plus léger, absorbent les chocs physiques, thermiques et luttent contre la propagation des inflammations vers les méninges et le parenchyme cérébral.

Chaque os présente une face endocrânienne ou cérébrale en rapport avec les méninges et le parenchyme cérébral et une face exocrânienne ou cutanée qui donne insertion aux muscles, ligament et aponévroses.

7.1-b) Myologie[51]



Source : FRANK H NETTER 020-1.JPG

Fig.32 : Myologie crânio-faciale

7.1-c) Innervation[52]

Innervation motrice

- Innervation des muscles peuciers

Ils sont sous l'obédience du nerf facial (VII^e paire crânienne).

- Innervation des muscles masticateurs

Ils sont innervés par le nerf trijumeau (V^e paire crânienne).

- Innervation de l'élévateur de la paupière supérieure

Elle est assurée par le nerf oculomoteur (III^e paire crânienne).

Innervation sensitive

Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3) ; seuls le pavillon auriculaire et la région angulo-mandibulaire dépendent du plexus cervical.

La sensibilité de la langue est sous le contrôle de deux nerfs : le nerf trijumeau et le nerf glossopharyngien elle est très innervée et présente beaucoup de sensibilité et joue un rôle dans la mastication, la déglutition et la phonation.

7.1-d) vascularisation[52]

Presque toute la face est vascularisée par les branches collatérales ou terminales du système carotidien externe.

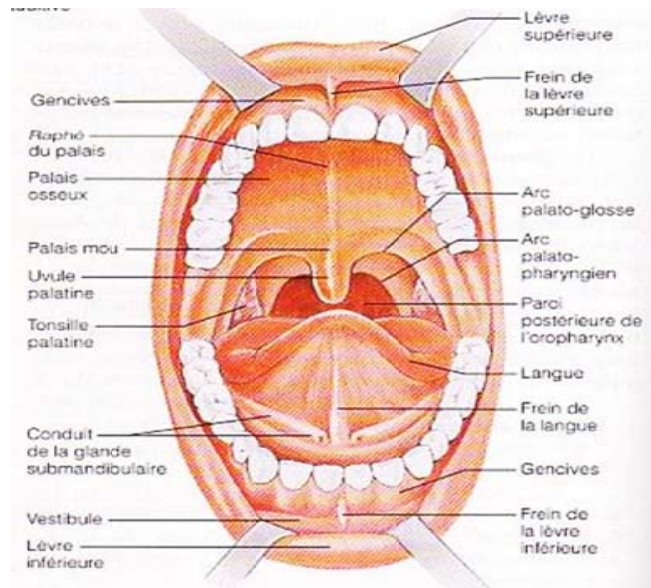
Les anastomoses sont nombreuses, ce qui explique l'abondance des saignements en traumatologie faciale, mais aussi l'excellente vascularisation du tégument. Le carrefour des systèmes carotide interne/carotide externe se situe médialement dans la région orbitonasale. Ces anastomoses doivent toujours être présentes à l'esprit, notamment pour la prise en charge des épistaxis.

7-2) Rappels anatomo-physiologiques de la cavité buccale

7.2-a) Anatomie buccale [53]

La cavité buccale comprend

- La lèvre inférieure et supérieure
- L'arcade dentaire
- Le palais osseux et mou (membraneux)
- La luette à partir de ce point deux piliers osseux
- Les amygdales : gardiennes entre la zone où il y a des germes et où il n'y en a pas.
- La langue : elle est divisée en deux parties par le V lingual : la langue mobile et la base de langue avec au bout la pointe de langue.



Source :ELAINE N. MARIE B. Anatomie et physiologie humaine.
Traduction de la 4^e édition humaine. ISBN 2-8041-3219-6.1999.

Fig.33 :Vue antérieure de la cavité orale

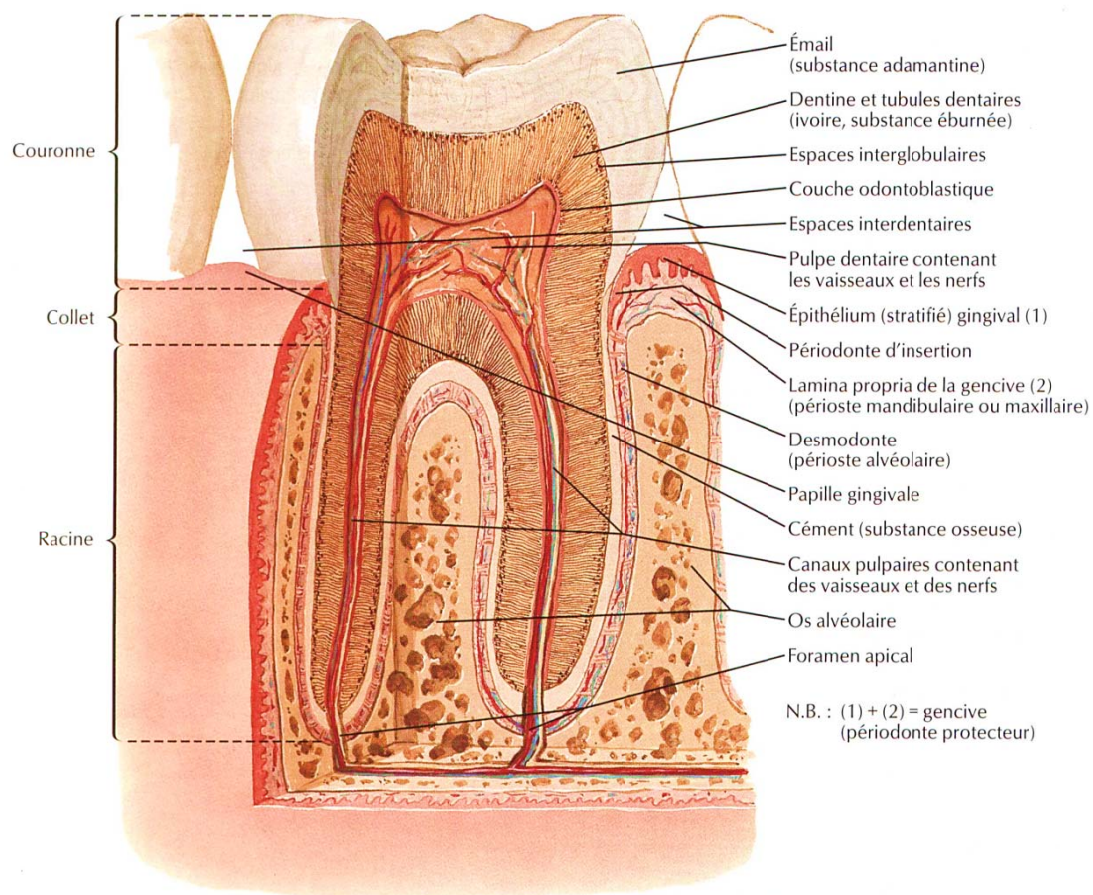
7.2-b) Anatomie dentaire[54]

- **Couronne** : partie supérieure de la dent qui est la seule partie normalement visible. La forme de la couronne détermine la fonction de la dent.
- **Liseré gingival** : lieu de rencontre entre la dent et la gencive. Un mauvais brossage ou une mauvaise utilisation du fil dentaire favorise l'accumulation progressive de plaque et de tartre au niveau de ce rebord gingival, entraînant gingivite et maladie des gencives.
- **Racine** : la partie de la dent qui est dans l'os. La racine constitue à peu près les deux tiers de la hauteur de la dent et assure son maintien en place.
- **Émail** : la couche la plus à l'extérieur de la couronne. L'émail est le tissu le plus dur et le plus minéralisé du corps humain - néanmoins, en l'absence d'un bon nettoyage, il peut être attaqué par la carie.
- **Dentine** : la couche de la dent située sous l'émail et formant la racine. Si la carie pénètre au travers de l'émail, elle attaque la dentine où des millions de tubes minuscules assurent un contact direct entre la bouche et la pulpe dentaire.
- **Pulpe** : le tissu mou qui se trouve au centre de toutes les dents, riche en

vaisseaux sanguins et en tissu nerveux. L'atteinte de la pulpe par la carie est habituellement douloureuse.

Les gencives, l'os alvéolaire et le ligament parodontal sont les moyens d'ancrage de la dent :

- **Gencives :** les gencives sont les tissus roses qui entourent les dents et l'os; elles constituent une barrière protectrice au collet de la dent.
- **Os alvéolaire :** l'os de la mâchoire qui entoure les dents s'appelle os alvéolaire. En présence de parodontite, cet os peut se résorber plus ou moins lentement par suite de la présence d'un processus inflammatoire.
- **Ligament parodontal :** des fibres de tissu conjonctif se trouvent entre l'os alvéolaire et la racine de la dent, c'est le ligament parodontal qui maintient les dents en place.



Source : FRANK H NETTER 051-1.JPG

Fig.34 :Schéma d'une dent à deux racines

III-MÉTHODOLOGIE

III - Méthodologie

1) Cadre d'étude

L'étude a été réalisée à Bamako, capitale administrative et économique du Mali. L'enquête s'est déroulée au Centre Hospitalo-Universitaire du Point G dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

Présentation du CHU Point G

L'hôpital du Point G existe depuis le début du siècle passé. Il s'est constitué à partir d'un hôpital militaire issu de la période coloniale. Il est érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion par la loi n° 92-023 du 05 octobre 1992. Conformément à la convention hospitalo-universitaire, il change de statut et devient CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

Structure de troisième niveau de référence (sommet de la pyramide des soins), s'étendant sur une superficie de 35 hectares. Il est situé au nord de la ville de Bamako sur la colline dont il porte le nom, à 8 km du centre de la ville, faisant partie de la commune III de Bamako, sur la rive gauche du fleuve Niger.

La structure est dotée de 3 missions :

- ✓ mission de soins ;
- ✓ mission de formation ;
- ✓ mission de recherche.

Dirigé par un directeur général, assisté d'un directeur général adjoint, le CHU du Point G, comprend :

- deux organes de gestion :
 - le conseil d'administration ;
 - le comité de direction ;
- quatre organes consultatifs :
 - la commission médicale d'établissement (CME) ;
 - le comité technique d'établissement (CTE) ;
 - la commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) ;
 - le comité d'hygiène et de sécurité ;

Service des maladies infectieuses et tropicales

Structure :

Le SMIT est l'unique référence en matière de prise en charge des pathologies infectieuses, particulièrement l'infection à VIH. Il assure la formation initiale et continue des étudiants, des professionnels de santé, mais aussi apporte son expertise dans la recherche clinique et en conseil au niveau national en matière de prévention et de prise en charge des pathologies infectieuses.

Ce service est abrité par un bâtiment, composé de deux (2) compartiments :

- Au rez-de-chaussée, le service est constitué de :

15 salles d'hospitalisation (avec une capacité d'hospitalisation de 36 lits) ; 2 salles de consultations ; une salle pour l'observation du jour ; une salle d'accueil ; les bureaux du major, des infirmiers, des médecins en spécialisation, des thésards, des techniciens de surface ; des toilettes pour le personnel ; un hall pour les malades et les accompagnants ; des toilettes pour les malades.

- A l'étage, le service comporte les bureaux des médecins, le secrétariat, une unité de recherche, une pharmacie, une salle de cours, une salle pour les archives, deux toilettes pour le personnel.

- Ressources humaines en 2014:

Elles se répartissent en fonctionnaires et personnel d'appui (dans le cadre du fond mondial contre le paludisme, le VIH, et la tuberculose).

En plus de ce personnel, il y'a dix-neuf (19) médecins en spécialisation, des thésards et des étudiants stagiaires de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

2) Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective basée sur l'observation des lésions bucco-dentaires chez les PVVIH/SIDA venues en consultation et/ou hospitalisées dans le SMIT du CHU Point G de Bamako.

3) Population d'étude

Notre étude a porté sur un échantillon de 72 patients, reçus en consultation et/ou hospitalisés au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, chez qui le diagnostic d'infection à VIH a été confirmé.

4) Critères de sélection

Le recrutement était accidentel et concernait les cas des PVVIH/SIDA reçus dans le service les lundis, mardis, jeudis et les malades hospitalisés pendant la période d'étude.

4-1) Critères d'inclusion

Toute PVVIH /SIDA ayant accepté de répondre au questionnaire et d'être examinée.

4-2) Critères de non-inclusion

Ont été exclus toute PVVIH/SIDA n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire ou/et d'être examinée, et les malades dont l'état général ne permettait pas un examen bucco-dentaire.

5) Support de données

Nous avons utilisé les dossiers des patients, la fiche d'enquête, les fiches de références et le registre d'hospitalisation.

6) Matériels

Pour l'examen bucco-dentaire, l'examineur a disposé de :

- un plateau stérile composé d'une sonde N°6, un miroir, une abaisse langue
- une paire de gants pour chaque patient ;
- une lampe torche frontale (lumière) ;
- une bavette ;
- un produit désinfectant ;
- une fiche d'enquête (cf. annexe) ;
- des dossiers d'hospitalisation.

7) Méthode

Pour chaque patient inclu dans l'étude, une fiche d'enquête a été administrée, dans laquelle les renseignements suivants ont été consignés :

- **L'état civil du patient**

Nous a permis d'identifier et de classer nos patients selon l'âge et le sexe, l'occupation, l'ethnie.

- **Caractéristiques cliniques**

Type de VIH, taux de TCD4, stade de VIH selon l'OMS, infection opportuniste, traitement antirétroviral et durée.

- **Aspects bucco-dentaires**

Dans ce paramètre figurent :

- ✓ Les habitudes de vie: Nombre et période des repas, les aliments consommés en dehors des repas, mode de vie.
- ✓ La fréquence des pathologies buccodentaires représente l'ensemble des pathologies buccodentaires observées.
- ✓ Les instruments de brossage utilisés par le patient, la fréquence et la durée de brossage ; il nous renseigne sur le degré d'hygiène bucco-dentaire du patient.

- **Examen endo-buccal**

- ✓ État dentaire

Nous avons utilisé l'indice CAO/D de KLEIN et PALMER, appliqué aux dents permanentes. Cet indice représente le nombre des dents cariées (C), des dents absentes (A), et des dents obturées (O) dans un groupe d'individus et ces éléments sont ainsi définis :

- ❖ **Dent cariée**

Une dent sera notée cariée lorsque, au fond d'un puits ou d'un sillon ou sur la surface unie d'une dent, on peut déceler un ramollissement. Une dent obturée provisoirement sera incluse dans cette catégorie.

- ❖ **Dent absente**

Une dent est absente si elle n'existe pas sur l'arcade après sa date normale d'éruption, suite à une extraction, une inclusion, etc....

- ❖ **Dent obturée**

Une dent est considérée comme obturée lorsqu'elle a subi une ou plusieurs restaurations permanentes.

✓ La mobilité dentaire :

Elle est évaluée par le test de mobilisation utilisant la technique de MILLER. Ce test consiste à apprécier l'amplitude de la mobilité dentaire dans le sens vestibulo-lingual en mobilisant la dent :

- soit entre deux doigts (pouce et index) ;
- soit entre un doigt et un instrument ;
- soit entre deux instruments rigides.

✓ les affections buccales associées

Elles ont été rapportées à partir du dossier médical et de notre examen bucco-dentaire : ils s'agissaient des affections rapportées aux muqueuses bordantes, masticatoires et spécialisées (langue).

✓ Indice de plaque

Pour évaluer ce paramètre, nous avons utilisé :

- L'Indice d'Hygiène Orale Simplifiée (IHOS) de GREEN et VERMILLON. Il tient compte de la présence de dépôts mous et durs (tartre) sur les faces vestibulaires et palatines des 16, 11 et 26 et ; les faces vestibulaires et linguales des 36, 31 et 46.
- L'échelle de classement suggérée par WILKINSEN 1991[55], qui donne une appréciation selon les intervalles de valeur de l'indice de plaquea été utilisée pour apprécier le degré de la plaque.
 - Pour une valeur de 0 :l'hygiène est excellente (pas de plaque)
 - De 0,1 à 0,9 : bonne (présence de couche mince de plaque)
 - De 1 à 1,9 : moyenne(dépôt de plaque visible à l'œil nu)
 - De 2 à 3 : faible(accumulation importante de plaque)

8) Considérations éthiques

Tous les patients qui ont participé à l'étude ont reçu une information détaillée sur les objectifs et les modalités d'exécution. Ils n'ont été invités à répondre aux questions qu'après l'obtention de leur consentement verbal. Les précautions ont été prises pour assurer le respect des droits et libertés des sujets d'étude.

9) Retombées scientifiques

L'étude a permis d'avoir une prévalence des affections bucco-dentaires observées chez les PVVIH afin de faciliter leur prise en charge. Elle va renforcer la collaboration inter professionnelle et pluridisciplinaire ce qui va contribuer fortement à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de nos patients.

10) Limite de l'étude

Au cours de notre étude, nous avons fait face à quelques difficultés ; celles-ci étaient en rapport avec :

- le recueil des informations ;
- les dossiers incomplets ;
- le refus des patients de se faire examiner.

L'étude a colligé 72 dossiers de patients vus en consultations et/ou hospitalisés durant la période de l'étude.

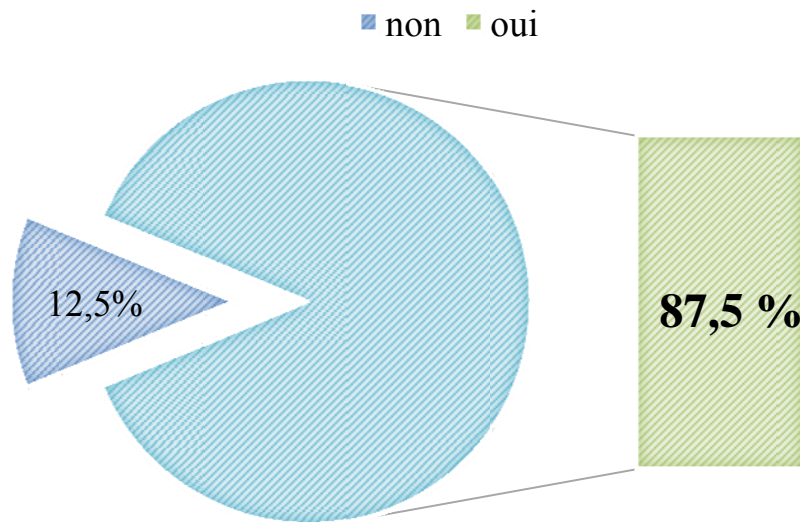
11) Plan d'analyse et de traitement des données

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel Statistique Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0 pour Windows, les diagrammes ont été réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel 2013, et la saisie grâce au logiciel Microsoft Word 2013. Les calculs sont réalisés par le test exact de Fischer selon leur condition d'application avec une valeur de p inférieure à 0,05 considérée comme statistiquement significative.

IV - RÉSULTATS

IV - Résultats

1 - Fréquence globale des affections bucco-dentaires

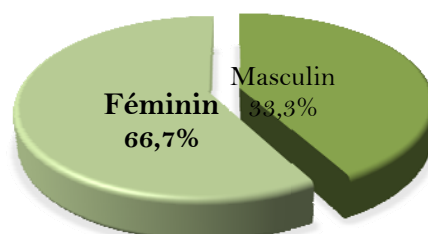


***Graphique 1* : Répartition des patients en fonction de la présence d'affections bucco-dentaires**

La fréquence globale des affections bucco-dentaires était de 87,5 %

2 - Caractéristiques sociodémographiques des patients

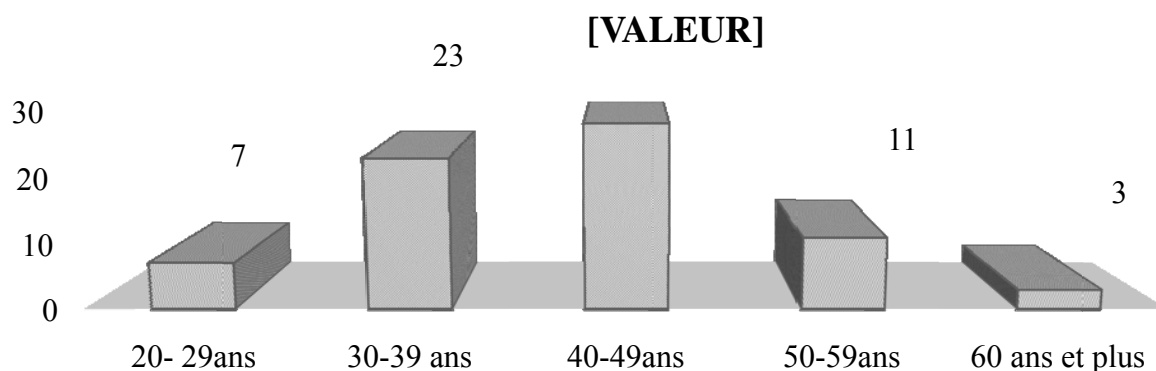
2-1) Sexe



***Graphique 2* : Répartition des patients en fonction du sexe**

Le sexe féminin était représenté dans 66,7 % des cas.

2-2) L'âge



Graphique 3 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 40 - 49 ans était représentée dans **39 % des cas**

2-3) L'occupation

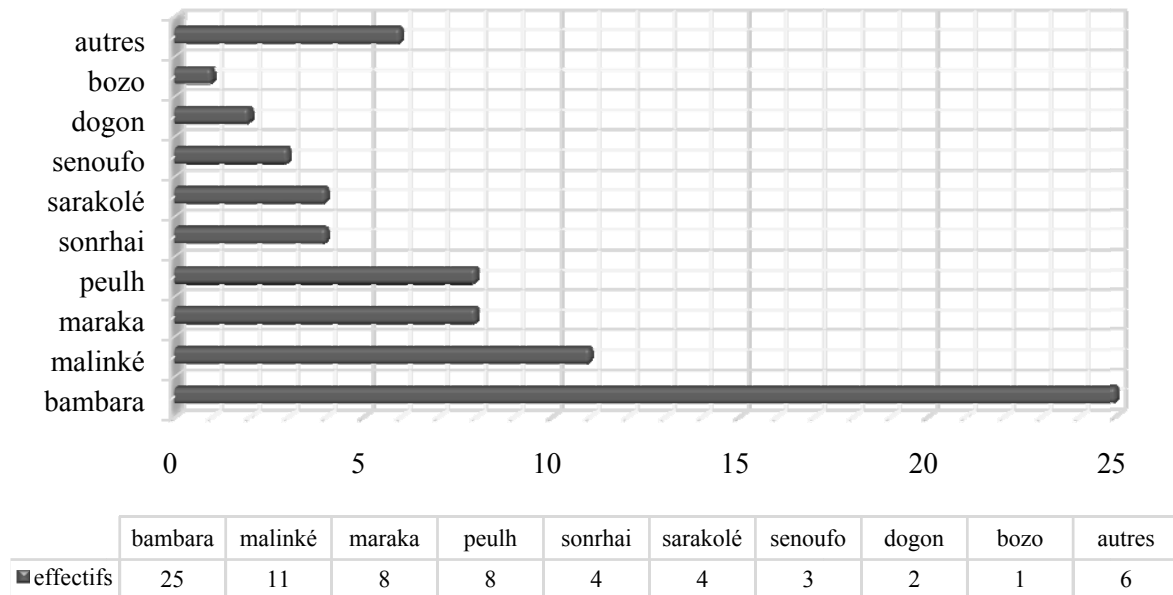
Tableau I : Répartition des patients selon l'occupation

Occupation	Effectif	Fréquence(%)
Femme au foyer	35	48,6
Commerçants	14	19,4
Enseignants	5	6,9
Agriculteur	3	4,2
Autres	15	20,8
Total	72	100,0

Les femmes au foyer étaient représentées dans **48,6%** des cas.

2-4) Ethnie

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.



Graphique 4: Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie

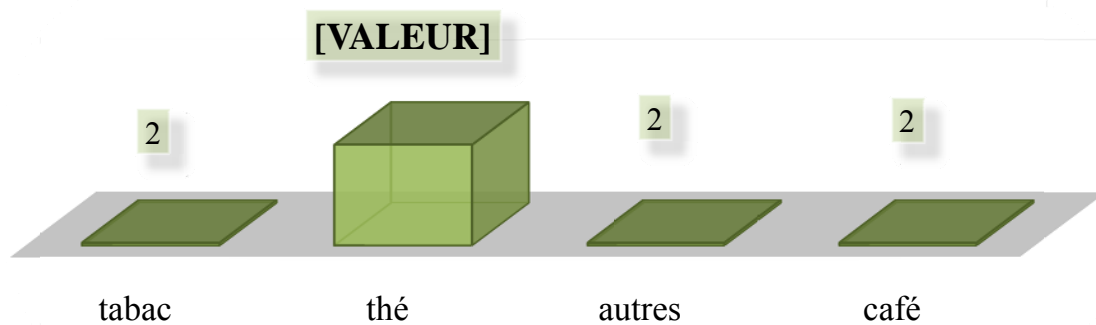
Autres : Burkina Faso(1), Côte d'Ivoire(2), Nigéria(1), Sénégal(1), Togo(1)

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 25 patients soit 34,7 %

3 – Habitudes de vie et habitudes d'hygiène bucco-dentaire

✓ Mode de vie

3-1) Habitudes de vie



Graphique 5 : Répartition des patients en fonction des habitudes de vie

Dans notre échantillon 91,7% des PVVIH consommaient du thé.

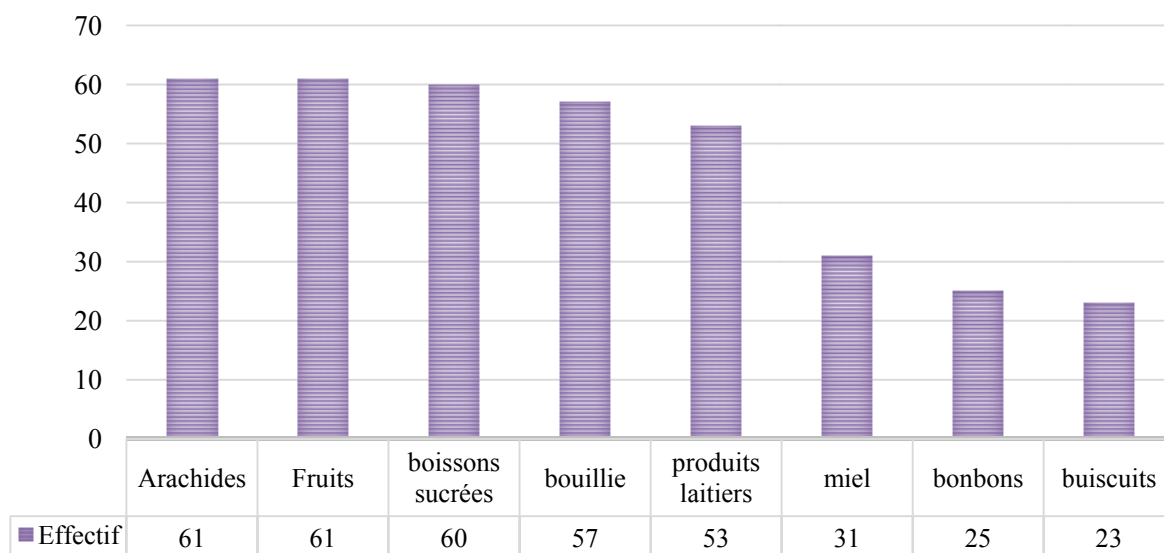
3-2) Nombre de prises alimentaires/jour

Tableau II : Répartition des patients selon le nombre de prises alimentaires/jr

Nombre de prises alimentaires Effectif	Fréquence(%)	
2 prises	7	9,7
3 prises	58	80,6
4 à 6 prises	6	8,3
Plus de 6 prises	1	1,4
Total	72	100,0

Les patients ayant 3 prises alimentaires/jour (les trois principaux repas) étaient les plus représentés avec **80,6%**.

3-3) Aliments consommés en dehors des 3 principaux repas



***Graphique 6:* Répartition des patients selon les aliments consommés en dehors des 3 principaux repas**

Les arachides et les fruits étaient consommés par 61 patients sur 72 en dehors des 3 principaux repas soit 84,8%.

✓ *Hygiène bucco-dentaire :*

3-4) L'instrument de brossage

Tableau III: Répartition des patients selon l'instrument de brossage

Instrument de brossage	Effectif	Fréquence(%)
Brosse à dents + bâtonnet frotte dents	39	54,2
Brosse à dents	23	31,9
Bâtonnet frotte dents	10	13,9
Total	72	100,0

La brosse à dents + le bâtonnet frotte dents étaient utilisés dans **54,2 %** de cas.

3-5) Fréquence de brossage

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la fréquence de brossage.

Fréquence de brossage	Effectif	Fréquence(%)
1 fois	19	26,4
2 fois	37	51,4
3 fois	13	18,1
Plus de 3 fois	3	4,2
Total	72	100,0

Dans **51,4%** des cas, les patients se brossaient les dents 2 fois par jour.

3-6) Durée de brossage

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la durée de brossage.

Durée de brossage	Effectif	Fréquence(%)
1 min	4	5,6
2min	4	5,6
3 min	5	6,9
Plus de 3 min	16	22,2
Ne sait pas	43	59,7
Total	72	100,0

Les patients ne connaissaient pas la durée de brossage dans **59,7%**des cas.

3-7) Indice de plaque moyen

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de l'indice de plaque moyen.

Indice de plaque	Effectif	Fréquence(%)
0 (pas de plaque)	16	22,2
0,1 – 0,9 (présence de couche mince)	49	68,1
1 – 1,9 (dépôt de plaque visible à l'œil nu)	4	5,6
2 - 3 (accumulation importante de plaque)	3	4,2
Total	72	100,0

L'indice de plaque moyen (PLI) était compris entre **0,1 - 0,9** dans **68,1%**des cas.

4–Caractéristiques cliniques des patients

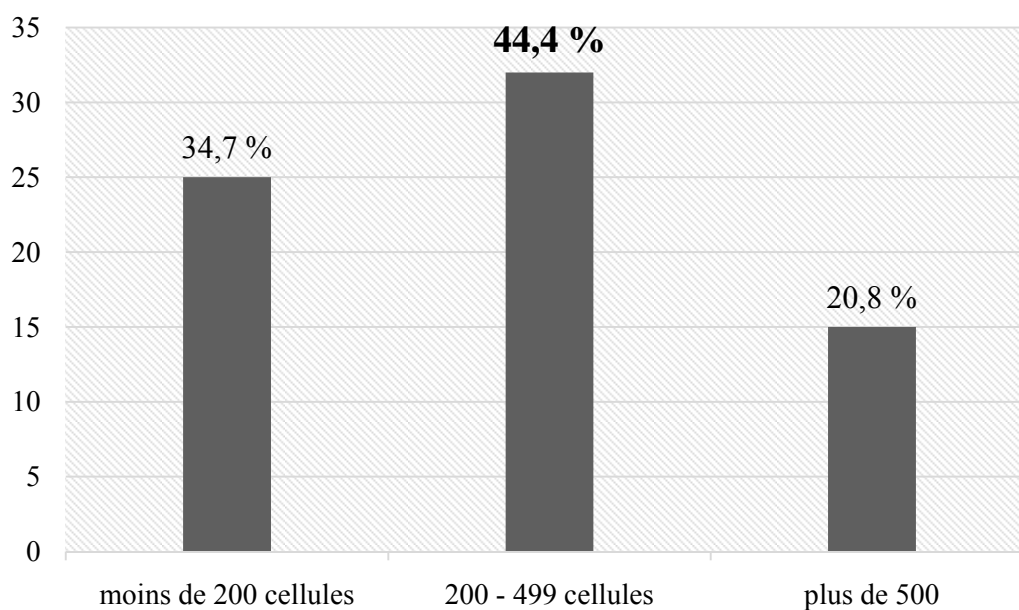
4-1) Type de VIH

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de VIH

Type de VIH	Effectif	Fréquence(%)
VIH1	70	97,2
VIH2	2	2,8
Total	72	100,0

L'infection par le VIH du type 1 était la plus représentée avec **97,2%**.

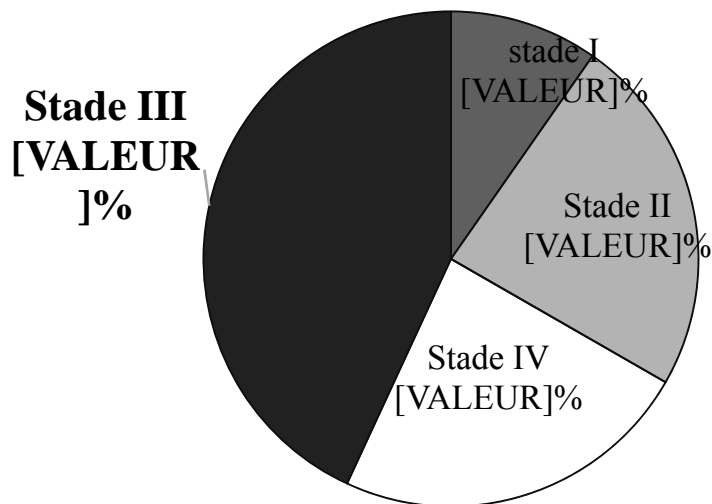
4-2) Taux de CD4



Graphique 7 : Répartition des patients en fonction du taux de CD4

Les patients avec un taux de CD4 compris entre 200 – 499 cellules/mm³ de sang étaient les plus représentés avec **44,4%** des patients.

4-3) Stade du VIH selon la classification OMS



Graphique 8 : Répartition des patients en fonction de la classification OMS

Notre étude a retrouvé **43,1%** de patients au stade 3.

4-4) Prise d'ARV

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la prise d'ARV

Prise d'ARV	Effectif	Fréquence(%)
Oui62	86,1	
Non10	13,9	
Total72	100,0	

Les patients sous ARV étaient les plus représentés avec **86,1%** de cas.

4-5) Durée de la prise d'ARV

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée de prise d'ARV

Durée de prise d'ARV	Effectif	Fréquence (%)
0 mois	10	13,9
0 – 3 mois	9	12,5
3 – 6 mois	2	2,8
6 – 9 mois	2	2,8
9 mois et plus	49	68,1
Total	72	100,0

Les patients sous ARV depuis plus de 9 mois étaient les plus représentés avec **68,1%**.

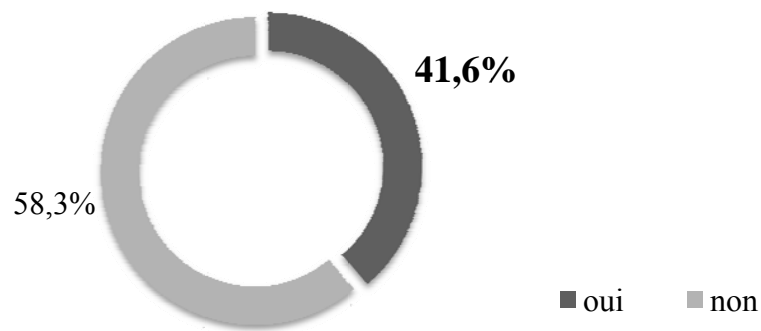
5 – Affections bucco-dentaires

5-1) Distribution des dents selon l'indice CAO

Au cours de notre étude, la variable « cariée » était la plus observée avec 480 dents (soit une moyenne de 6,66 dents cariées, comme extrêmes 0 dent et 24 dents) tandis que la composante la moins observée était celle « obturée » avec 3 dents (soit une moyenne de 0,041 dent obturée, comme extrêmes 0 et 1dent); et la composante « absente » comptait 249 dents (soit une moyenne de 3,458 dents absentes).

L'indice CAO/D de notre population était de 10,16.

5-2) Mobilité dentaire

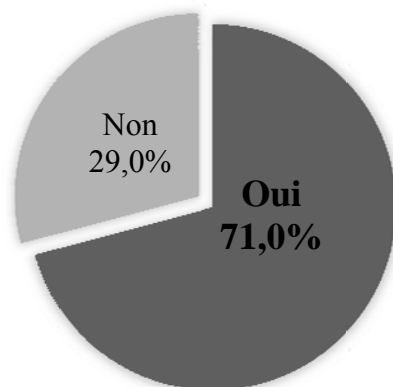


Graphique 9:Répartition des patients en fonction de la mobilité dentaire

Les patients souffrant de mobilité dentaire représentaient **41,6%**.

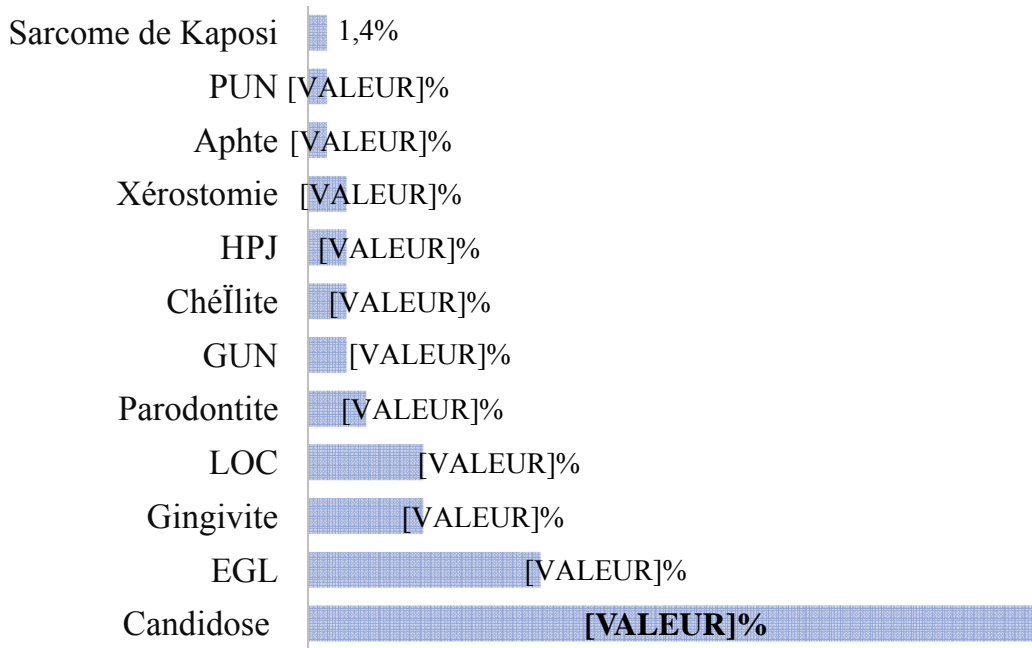
✓ Prévalence des lésions de la muqueuse buccale

5-3) Présence de lésions buccales



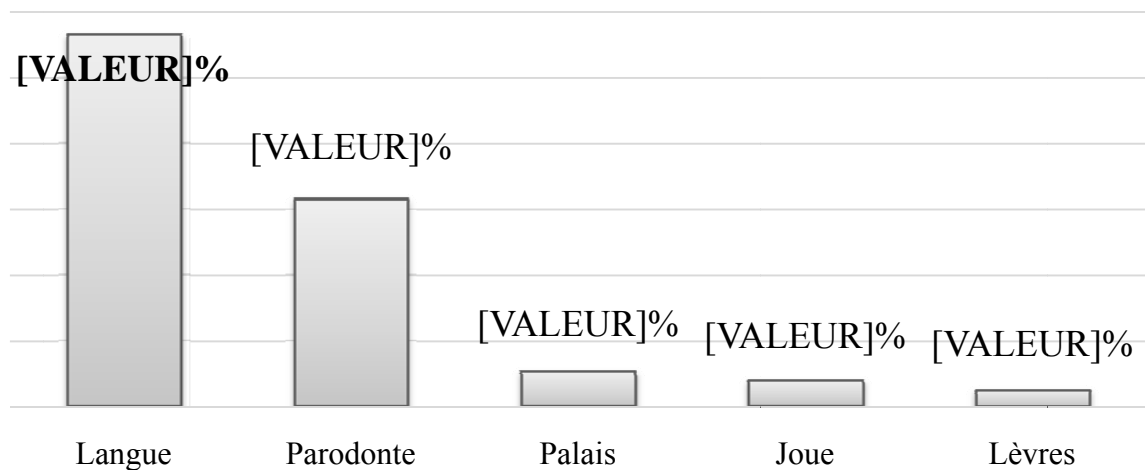
Graphique 10 :Répartition des patients en fonction de la présence des lésionsde la muqueuse buccale

Les lésions de la muqueuse buccaleétaient présentes dans**71,0 %** des cas.



Graphique 11 : Répartition des patients en fonction du type des lésions de la muqueuse buccale

La candidose a représenté **52,8 %** des cas.

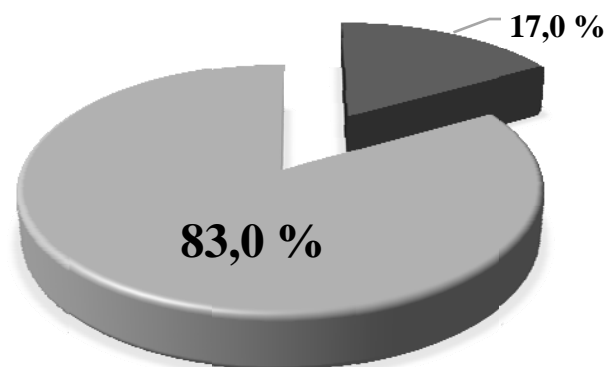


Graphique 12 : Répartition des patients en fonction du siège des lésions de la muqueuse buccale

Le siège était la langue dans **56,6 %** des cas.

6- prise en charge des lésions bucco - dentaires

6-1) Référence à un chirurgien-dentiste



Graphique 13: Répartition des patients en fonction de la référence à un chirurgien-dentiste

Les patients non référés représentaient **83,0%** de cas.

6-2) Traitement administré

Tableau X : Répartition des patients selon le traitement administré

Traitement	Effectif	Fréquence(%)
Aucun traitement	41	56,9
Antifongiques	17	23,6
Antiseptique local	10	13,9
ATB	2	2,8
AINS	2	2,8
Total	72	100,0

Aucun traitement n'était administré chez **56,9%** de nos patients.

Tableaux analytiques :

1) Indice de plaque et dents mobiles

Tableau XI : Répartition des patients selon la relation entre l'indice de plaque moyen et la présence de dents mobiles.

Dents mobiles	Total		
	Oui	Non	
Indice de plaque			
0 – 0,9	25 (38,4%)	40 (61,6%)	65(100,0%)
1 - 1,9	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)	4(100,0 %)
2-3	3 (100,0%)	0 (0,0 %)	3(100,0%)
Total	30	42	72

p = 0,0872ddl =2

Tous les patients avec un indice de plaque compris entre 2 – 3, avaient des dents mobiles.

2) Lésions de la muqueuse buccale et stade du VIH selon l'OMS

Tableau XII : Répartition des patients selon la relation entre la présence de lésions de la muqueuse buccale et la classification OMS

Stades	lésions	pas de lésions	Total
Stade 1	1(14,0%)6(86,0%)	7 (100,0%)	
Stade 2	11(65,0%)6(35,0%)	17 (100,0%)	
Stade 3	23(74,0%)8(26,0%)	31 (100,0%)	
Stade 4	16(94,0%)	1(6,0%)	17(100,0%)
Total	51 (71,0%)21 (29,0%)	72 (100,0%)	

p = 0,001ddl = 3

Dans 94,0% des patients au stade 4présentaient des lésions au niveau de la muqueuse buccale.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la relation entre la présence des lésions de la muqueuse buccale et du taux de T CD4

Taux de CD4	lésions	pas de lésions	Total
Moins de 200/mm ³	23 (92,0%)	2 (8,0%)	25
200-499/mm³	24 (75,0%)	8 (25,0%)	32
Plus de 500/mm ³	4 (26,7%)	11 (73,3%)	15
Total	51	21	72

p = 0,0000604ddl = 2

Les patients avec un taux de T CD4 entre 200 - 499/mm³ présentaient des lésions de la muqueuse buccale avec 75,0 % des cas.

3)Présence de lésions et durée de prise d'ARV

Tableau XIV : Répartition des patients selon la relation entre la présence des lésions de la muqueuse buccale et de la durée de prise d'ARV

Durée de prise d'ARV	lésions	pas de lésions	Total
0 mois	8(80,0%)	2(20,0%)	10 (100,0%)
0 – 3mois	8(89,0%)	1(11,0%)	9(100,0%)
3 – 6 mois	2(100,0%)	0(0,0%)	2 (100,0%)
6 – 9 mois	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
9 mois et plus	32(65,0%)	17(35,0%)	49(100,0%)
Total	51(71,0%)	21(29,0%)	72(100,0%)

p = 0,45ddl = 4

Parmi les patients non-initiés aux ARV **80,0 %** présentaient des lésions de la muqueuse buccale.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V – Commentaires et discussion

V – 1) Caractéristiques sociodémographiques

La population féminine était la plus importante avec **66,7%** des cas avec un sexe ratio de 2; la tranche d'âge 40-49 ans était la plus représentée avec **39,0%** des cas.

Nos observations restent aléatoires, car, l'infection par le VIH/SIDA n'épargne aucune couche sociale; dans notre étude, les femmes au foyer étaient les plus représentées avec **48,6%**.

Cette prédominance féminine retrouvée dans notre série correspondrait au profil épidémiologique de l'infection par le VIH au Mali [56]. Nos résultats étaient conformes à ceux de **TETMOUN A. [9]** et **CISSE A. [57]** qui ont aussi respectivement rapporté une prévalence féminine de **65,6%** et **66,7%**.

Le VIH/SIDA touche principalement les adultes jeunes, et ceux-ci constituent la couche sociale la plus active et utile pour le développement économique de nos pays [1]. Chez **TETMOUN A. [9]** au Cameroun, la tranche d'âge 31 - 40 ans est la plus représentée avec **41,1%** de la population étudiée pour **GOITA R. [17]** au Mali, les tranches d'âge (36-48) et (49-60) sont les plus représentées (**31,0%** chacune).

La prédominance des femmes au foyer est également observée dans les études menées par **GOITA R. [17]** au Mali et **HIDREAU P. [16]** au Bénin. **CISSE A. [57]** expliquait ceci par le fait qu'en Afrique, les jeunes filles font l'objet de discrimination quant à l'accès à l'éducation.

V-2) Les caractéristiques cliniques des patients

L'infection par le VIH du type 1 représentait **97,2%** de type de VIH dans notre étude et 31 patients (**43,1%**) se classaient au stade 3 selon l'OMS.

Ces résultats sont conformes à ceux de **TETMOUN A. [9]** au Cameroun qui trouve une sérologie VIH de type 1 à **100,0%**, avec **43,3%** des malades au stade 3 (OMS), et de

BANCOLE POGNON S. et coll.[46] au Bénin qui trouvent plus de **97,0 %** des PVVIH de type 1 et **45,0 %** sont au stade clinique III selon la classification de l'OMS.

Au Mali, la prévalence du VIH1 dans la population générale est de **1,2%** contre **0,2%** de celle du VIH 2 [58]. De nos jours, le VIH1 est plus fréquent en Afrique de l'Ouest [59].

La moyenne du taux de lymphocytes T CD4 était de **337,4 cel/mm³ ± 295,8** avec comme valeur minimale **4 cel/mm³** et **1.541 cel/mm³** pour maximale et, **34,7%** des malades avaient un taux de T CD4 inférieur à **200 cel/mm³** de sang ; les patients sous ARV représentaient **86,1 %** parmi lesquels **68,1 %** avaient une durée de prise d'ARV de plus de 9 mois.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de **TETMOUN A. [9]** qui trouve comme moyenne du taux de lymphocytes T CD4 **4191,9/mm³ ± 146,3** avec comme valeur minimale **2,4/mm³** et **603,0/mm³** pour maximale et **62,1%** de ses malades ont un taux de TCD4 inférieur à **200/mm³**. Mais nos résultats sont inférieurs aux résultats de **OINARGOUM KEITA A. [60]** qui trouve que **56,7 %** des patients de son échantillon ont un taux de T CD4 effondré (**< 200/mm³**); les patients ayant 18 mois ou plus sous ARV ne représentent que **8,3 %**.

Ceci pourrait s'expliquer par : un dépistage et/ou une prise en charge tardive des sujets infectés ; une méconnaissance des populations sur l'infection à VIH et le risque immunitaire que le virus pourrait induire.

V- 3) État d'hygiène et habitudes de vie des patients

✓ Habitudes alimentaires

Dans notre échantillon, **80,6%** des patients avaient 3 prises alimentaires/jour; les arachides et les fruits représentaient les aliments les plus consommés en dehors des 3 principaux repas avec **84,7 %** sans doute dus au fait que ces collations sont les plus accessibles au sein de notre population d'étude .

✓ Hygiène bucco-dentaire

La fréquence de brossage, l'indice de plaque moyen, l'instrument de brossage et la durée de brossage ont été évalués. Ainsi, **54,2 %** des patients utilisaient les deux principaux instruments de brossage (brosse à dents et bâtonnet frotte dent) comme instruments de brossage ; ces résultats correspondraient largement aux habitudes culturelles d'hygiène bucco-dentaire du Mali. Il avait été aussi constaté que **59,7 %** des patients ne connaissaient pas la durée pendant laquelle ils se brossaient les dents.

Nous avons noté que **68,1%** des patients avaient un indice de plaque moyen compris entre 0,1 - 0,9; cet indice destiné à mesurer les dépôts mous et/ou durs sur la couronne et au voisinage de la gencive nous a montré que l'hygiène bucco-dentaire est significativement bonne chez nos patients.

Si le rôle d'une hygiène bucco-dentaire insuffisante est certain dans l'apparition et l'évolution de la maladie carieuse, l'augmentation de la fréquence du brossage des dents ne semble pas jouer à lui seul un rôle protecteur suffisant si on tient compte du fait que **51,4%** des patients ont déclaré se brosser les dents au moins 2 fois par jour.

Plusieurs explications peuvent être avancées notamment une mauvaise utilisation ou assimilation des techniques de brossage, la période de brossage, la qualité de la brosse à dents et/ou de la pâte dentifrice. Ceci met en évidence le besoin en information des malades.

Au Sénégal, **NDOYE Y.[61]** a rapporté une forte fréquence d'utilisation de bâtonnet frotte dents (**75,6%**) par contre **TETMOUN A.[9]** dans son étude au Cameroun a trouvé **100,0 %** d'utilisation unique de brosse à dents.

Pour ce dernier, l'hygiène bucco-dentaire est en effet insuffisante chez les PVVIH et peut s'expliquer par le fait que ces malades relèguent l'hygiène bucco-dentaire au second plan à cause de la douleur que peut provoquer les lésions buccales liées au VIH (perlèche, ulcérations, aphtes, etc.), ce qui favorise l'accumulation des bactéries et la formation du biofilm à la surface des dents [9]. **ZING S.[62]**, dans une étude cas-témoin sur 100 personnes, a utilisé l'Indice d'Hygiène Orale Simplifié (IHOS) ; il a trouvé que **50,0 %** des patients vivant avec le VIH avaient une hygiène insuffisante

avec un IHOS entre 2 et 3 ces résultats sont supérieurs aux nôtres, car nous avons trouvé 4,2% des patients avec un indice de plaque entre 2-3.

V – 4) Affections bucco-dentaires

✓ État dentaire

L'indice CAO/D de notre population était de **10,17** et la variable « cariée » était la plus observée avec 480 dents (soit une moyenne de 6,6 dents cariées, comme extrêmes 0 dent et 24 dents) et 34 patients présentaient des polycaries; tandis que la composante la moins observée était celle « obturée » avec 3 dents (soit une moyenne de 0,0 dent obturée, comme extrêmes 0 et 1 dent); et la composante « absente » comptait 249 dents (soit une moyenne de 3,4 dents absentes).

Le nombre élevé de dents absentes et cariées s'expliquerait sans doute soit par le souci de prévention des infections focales qu'engendreraient des soins mal adaptés sur des dents cariées chez ces patients, soit par une prise en charge très tardive des dents cariées.

Dans notre étude, **41,6%** de nos patients avaient une mobilité dentaire et elle était plus présente chez les patients avec un indice de plaque moyen plus élevé (**100,0%**); mais nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les variables indice de plaque et dents mobiles avec un $p= 0,0872$.

Malgré une hygiène bucco-dentaire bonne nous avons noté un indice CAO/D élevé.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étiologie de la maladie carieuse n'est pas seulement liée à la présence de la plaque, d'autres facteurs sont déterminants dans l'apparition de la carie dentaire.

✓ État des muqueuses

Dans notre échantillon, la prévalence des lésions des muqueuses buccales avait une fréquence de **71,0%** et les plus rencontrées étaient la candidose avec une fréquence de **52,8%** [EGL (15,7%); LOC (7,8%); gingivite(7,8%); parodontite (3,9%); GUN(2,6%); xérostomie(2,6%); chéilite(2,6%); HPJ(2,6%); aphtes(1,3%);

PUN(1,3%); SK(1,3%)] et le siège le plus fréquent était la langue avec **56,5 %** des cas suivie du parodonte (31,57%).

La conséquence de l'immunosuppression est une tendance accrue aux infections fongiques, virales et bactériennes selon **KINANE et al.[9]**. Les candidoses dues au *Candida albicans* restent les pathologies les plus fréquentes de la muqueuse buccale[9]. Ces lésions ont en effet une plus forte prévalence dans notre échantillon.

Dans une étude similaire au Brésil, l'université fédérale du **Rio Grande do Sul [63]** trouve sur 300 patients de nationalité brésilienne vivant avec le VIH une prévalence de **59,1%** pour ces mêmes lésions dues au *Candida albicans* et 19,5% de leucoplasie chevelue pour **39,0%** des patients qui présentaient des lésions.

Au Cameroun aussi, **TETMOUN A.[9]** observe une prévalence similaire des lésions de la muqueuse buccale de **27,8 %**. Les lésions blanches sont les plus retrouvées avec **16,7%**, suivies des lésions pigmentées et érythémateuses.

Au Bénin, **BANCOLE Pognon S.A. et coll.[46]** trouvent une fréquence plus élevée de la candidose buccale avec **67,0 %** des cas et selon l'étude épidémiologique et prise en charge des infections cutané-muqueuses chez les patients vivant avec le VIH dans trois centres de Bamako réalisée par **OINARGOUM KEITA A.[60]** au MALI en 2005, parmi les 12 infections observées, la candidose buccale est la plus représentée (**30,0%**).

Par contre, au sud de l'Inde sur un échantillon de 1000 patients, **RANGANATHAN K. et coll.[64]** constatent une prévalence de lésions buccales chez **86,6%** des patients. Les gingivites (**72,3%**) sont les plus représentées suivies des parodontites (33,2 %) ; HPJ (26,3 %) ; candidoses (23,8%) ; chéilite (7,9%) ; aphtes (3,3%) ; LOC (2,1%).

La candidose buccale répond généralement bien au traitement antifongique local, mais les rechutes fréquentes justifient un traitement antirétroviral. Dans les formes résistantes, on peut avoir recours à un traitement parentéral[57].

Dans notre étude la proportion des lésions des muqueuses buccales était plus élevée chez les patients se classant à un stade élevé et nous avons trouvé un lien

statistiquement significatif entre les variables suivantes : stade de l'infection selon l'OMS et présence de lésions avec un $p = 0,001$

Les manifestations buccales de l'infection à VIH, et particulièrement parodontales, sont fréquentes au cours des stades symptomatiques de la maladie et clairement liées à la chute des lymphocytes T CD4. Véritables « signes d'appel », elles constituent souvent les premières manifestations de l'infection à VIH ou de son évolution, d'où leur valeur diagnostique et pronostique [65], avec un taux de prévalence qui grimpe à 85 % chez les individus ayant développé le SIDA rapporte **DIENE A.**[6 ,7]. Ceci reflèteraient le fait que dans notre échantillon **75%** de nos patients avec un taux de T CD4 entre 200 - 499/mm³présentaient des lésions de la muqueuse buccale et nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre les variables suivantes : taux de lymphocytes T CD4 et présence de lésions avec un $p = 0,0000604$.

La présence des lésions buccales était plus élevée chez les patients n'étant pas encore initié au traitement ARV ceci pourrait s'expliquer par un dépistage tardif et/ou un refus de traitement; mais nous n'avons pas trouvé de liaison statistiquement significative entre la présence de lésions et la durée de prise de traitement ARV avec un $p = 0,45$.

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

VI - CONCLUSION

VI - Conclusion

Les affections bucco-dentaires rencontrées chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA étaient fréquentes et très variées.

Ces affections bucco-dentaires survenaient chez les PVVIH/SIDA à un stade avancé (stade 3 et 4 selon l'OMS), représentées en majeure partie par des candidoses surtout chez les patients non-initiés aux traitements ARV.

Le chirurgien-dentiste se doit donc de connaître l'aspect clinique et les traitements de ces lésions orales associées à l'infection à VIH/SIDA.

La technique de brossage, la période de brossage, la nature de la brosse à dents et/ou de la pâte dentifrice joueraient un rôle important dans la qualité de l'hygiène bucco-dentaire.

En effet, l'odontologiste est un des maillons de la chaîne médicale qui prend en charge ces patients VIH positifs. Son rôle, en tant que spécialiste est fondamental dans la détection et le diagnostic des lésions orales associées à l'infection. Le diagnostic précoce va permettre la mise en œuvre rapide de moyens thérapeutiques adaptés et peut, pour certaines lésions, mettre en évidence l'évolution vers les stades les plus avancés de l'infection.

Par ailleurs, la connaissance des corrélations existant entre l'apparition de certaines lésions buccales et l'évolution de la maladie est essentielle. La multiplication des études et leur regroupement permettraient de mieux prédire l'évolution de la maladie en fonction de l'apparition des différentes lésions buccales.

VII-RECOMMANDATIONS

VII - Recommandations

Cette étude prospective a été entreprise dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des PVVIH au MALI.

Vu nos résultats et à la fin de l'étude, nous formulons les recommandations suivantes :

▪ Aux autorités

- ✓ Renforcer l'action politique gouvernementale et non gouvernementale au Mali pour l'amélioration de la prise en charge globale des PVVIH.
- ✓ Intégrer le chirurgien-dentiste dans l'équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge plus efficace des PVVIH.

▪ Aux médecins traitants

- ✓ Référer aux chirurgiens -dentistes les PVVIH présentant des lésions bucco-dentaires pour une meilleure prise en charge.
- ✓ Pratiquer des prélèvements afin de faire connaître les groupes de bactéries responsables de lésions.
- ✓ Renforcer la collaboration avec le chirurgien-dentiste.

▪ Aux chirurgiens-dentistes

- ✓ Éviter la stigmatisation des PVVIH.
- ✓ Respecter systématiquement les mêmes mesures d'hygiène et d'asepsie quelque soit l'état et le statut du patient.
- ✓ Améliorer les connaissances de base sur les manifestations bucco-dentaires du VIH/SIDA par des formations de recyclage.
- ✓ Renforcer la collaboration avec le médecin traitant.

▪ Aux populations

- ✓ Éviter la stigmatisation des PVVIH, car ce sont des personnes à part entière,
- ✓ Soutenir la lutte contre le VIH/SIDA qui passe d'abord par une prise de

conscience à l'ampleur de l'épidémie.

▪ **Aux PVVIH**

- ✓ Respecter les consignes du médecin traitant.
- ✓ Veiller à une meilleure hygiène bucco-dentaire surtout en pratiquant une technique adéquate et efficace d'élimination de la plaque dentaire.
- ✓ Prendre soin de leur santé bucco-dentaire en consultant au moins tous les 6 mois un chirurgien-dentiste afin de faire traiter les lésions bucco-dentaires à temps pour éviter les complications.

▪ **Aux autorités du Cameroun**

- ✓ Renforcer l'action politique gouvernementale et non gouvernementale pour l'amélioration de la prise en charge globale des PVVIH.
- ✓ Intégrer le chirurgien-dentiste dans l'équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge plus efficace des PVVIH.

VIII - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII - Références bibliographiques

1. RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DU VIH/SIDA 2010

ONU/SIDA 2010

Mis à jour le 04/07/2012 disponible sur www.unaids.org

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU MALI

Politique et protocole national de prise en charge ARV du VIH/SIDA. Juin 2010. 83p.

3. BRAVETTI P. ; OPOKA J-M.

Manifestations buccales de l'infection à VIH /

Guide Clinique éd. CdP. Paris 1997, 83 p.

4. COOGAN M.; GREENSPAN.J ; CHALLACOMBE .S.J.

Lésions buccales liées aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine.

Bull World Health Organ.2002, vol.83, n.9, p.700-706.

5. LASKARIS G.

Atlas des maladies buccales.

Edition 2 Flammarion. Paris, 1997.

6. DIENE A.

Tatouage gingival et état parodontal

Thèse de chir. Dent. ; Dakar 1995. N°05

7. INFECTION AU VIH ET SANTÉ BUCCODENTAIRE

Consulté le 02 mai 2014

Disponible sur :

http://www.theses.umontreal.ca/theses/pilote/charbonneau/these_body.html

8. DOS SANTOS PINHEIRO, R., et coll.

Oral manifestations in human immunodeficiency virus infected children in

highly active antiretroviral therapy era.J Oral Pathol Med, 2009.38 (8) :613-22.

9. TETMOUN A.

État parodontal et infection par le VIH : Etude chez 90 malades observés à l'hôpital Militaire de Yaoundé (Cameroun)

Thèse de Chir. Dent : Dakar 2006 N° 32

10. OMS

Rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/fr/>.

Consulté le 15 août 2014.

11. ROZENBAUM W.

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

12. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE MALI (EDSM-III) 2001

chp15 279p

13. PICHARD E.

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

14. http://www.memoireonline.com/12/07/827/m_connaissances-attitudes-pratiques-vih-sida-lubumbashi1.html

Consulté le 25 mai 2014.

15. LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE VIH/SIDA

Fiche d'actualité décembre 2013

Institut national d'études démographiques disponible

sur http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite/sida/

Consulté le 07 juillet 2014

16. HIDREAU P. L'épidémie du VIH/SIDA et sa situation dans un pays en voie de développement:

le Bénin

Diplôme d'État de docteur en pharmacie faculté de pharmacie Université de Nantes
Mars 2006. P 21-22.

17. GOITA R.

VIH/sida dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale au centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie (CHUOS) de Bamako : à propos de 32 cas.

Thèse de médecine 2009 Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
P 11.

18. BRUCKER G., TUBIANA R. ;

Prévention des risques professionnels et règles de désinfections Dion VIH 2001.

19. KAJEU OUADJEMOM P-J.

Attitudes, connaissances et rôles des accompagnateurs face aux VIH /SIDA en milieu hospitalier de Bamako.

Thèse de médecine, Bamako 2008. P 19.

20. ONUSIDA /OMS

Rapport sur l'épidémie Mondiale du SIDA 2007

Site web «la conférencehippocrate.com »

21. INFECTION A VIH et SIDA

Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale Juin 2003

Disponible sur <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>

22. Patricia FENER ; Claire CRITON

Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/SIDA chez la femme Mai 2007

Ingénieur de recherche CNRS Docteur en médecine patricia.fener@inist.fr

Claire Criton Ingénieur de recherche CNRS Docteur en médecine claire.criton@inist.fr

23. AUBERT et GUITTARD, 1995 ; GIRARD et coll., 1997 ; MARX et STERN, 2003.

Les maladies infectieuses : manifestations buccales, parodontales et prise en charge.
Première partie : maladies virales

24. <http://e-dentaire.blogspot.com/2012/09/manifestations-buccales-de-linfection.html>

Consulté le 08 mai 2014

25. POLITIQUE ET PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALE DU VIH ET SIDA DU MALI NOVEMBRE 2013 P 85-86.

26. LAROUSSE MEDICAL 2006

27. GUIDE POUR LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DIFFERENTIEL DES LESIONS DES MUQUEUSES BUCCALES

www.dentalcare.com

Consulté le 08 juillet 2014

28. MANIFESTATIONS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'INFECTION A VIH/SIDA CHEZ LA FEMME

Mai 2007 P15-16 « Evolution naturelle de l'infection à VIH jusqu'au stade SIDA »

29. Georges Le BRETON

Syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA

Odonto-stomatologie et infection par le VIH

Traité De Sémiologie Et Clinique Odonto-Stomatologique p.411

Consulté le 25 juillet 2014.

Disponible sur: <http://www.priceminister.com/offer/buy/610851/Le-Breton-Traite-Et-Semiologie-Et-Clinique-Odonto-Stomatologie-Livre.html> p.286.

30. MANIFESTATIONS PARODONTALES DU VIH

Pratique quotidienne et formation complémentaire

Revue Mens Suisse Odontostomatol Vol. 119 3/2009 P265 Dossiers du mois mardi, 22 Mai 2012 07

Disponible sur : [http:// www.lecourierdudentiste.com/dossierdumois](http://www.lecourierdudentiste.com/dossierdumois)

31. MANIFESTATIONS PARODONTALES DU VIH

Les Cours Dentaires Manifestations buccales du Sida ;

Dossiers du mois mardi, 22 Mai 2012 07

Disponible sur : [http:// www.lecourierdudentiste.com/dossierdumois](http://www.lecourierdudentiste.com/dossierdumois)

32. LES MALADIES INFECTIEUSES : MANIFESTATIONS BUCCALES, PARODONTALES ET PRISE EN CHARGE.

Première partie : maladies virales.

Revue d'Odonto-Stomatologie/décembre 2005

33. SCHEMAS DE GINGIVO-STOMATITE HERPETIQUE.

https://www.google.fr/search?q=gingivite+ulc%C3%A9ron%C3%A9rotique+sida&newwindow=1&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=Xmm9U6beLeet0QWfmYC4Cw&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1366&bih=643.

Consulté le 22 juillet 2014

34. H.G. YEDOMON*, F. DOANGO-PADONOU*, A. ADJIBI*, I. ZOHOUN, A. BIGOT***

Manifestations cutanéomuqueuses au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à propos de 25 cas observés dans le service de Dermato-Vénérologie du C.N.H.U. de COTONOU

35. Sandra L. MELNICK

Manifestations buccales de l'infection à VIH: Guide des études épidémiologiques Organisation Mondiale de la Santé Genève 1994 P.13

36. COULON J-P. et PIETTE E.

Aphtes, aptose buccale récidivante et maladie de Behçet.

EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Stomatologie, 22-050-N-10, 1999, p 02.

37. CAVITE BUCCALE ET SIDA ODONTOSTOMATOLOGIE ET INFECTION PAR LE VIH

Disponible sur : <http://e-dentaire.blogspot.com/2012/09/manifestations-buccales-de-linfection.html>

Consulté le 08 mai 2014

38. INFECTION A VIH ET SIDA

Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble

Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> p.10

39. MYCOSES BUCCALES

EM|consulte consulté le 23 juillet 2014.

Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/30319>

40. FIG. HYPERPIGMENTATION DE LA MUQUEUSE JUGALE

Recherche Google cité 23 juillet 2014.

Disponible sur:

https://www.google.ml/search?q=hyperpigmentation+de+la+muqueuse+jugale&hl=fr&tbm=isch&source=lnms&sa=X&ei=3prPU8PSJ4X_ygPWnoH4Cg&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1366&bih=479&dpr=1#facrc=_&imgdii=_&imgcr=7uWMC13Ex0z5ZM%253A%3B2ATKGAHuvhas5M%3Bhttp%253A%252F%252Ffce-study.netdna-ssl.com%252Fimages%252Fupload-flashcards%252F944237%252F823178_m.png%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.cram.com%252Fflashcards%252Fpdiatrie-gnrle-2484124%3B240%3B150

41. Michel AROCK, Gilbert CHEMLA, Jean-Paul CHEMLA

Autoformation et aide au diagnostic en hématologie avec Logiciel ADH - - Google

Livres cité 23 juillet 2014.

Disponible sur:

http://books.google.ml/books?id=HCh6P_dpYz4C&pg=PA45&dq=purpura+thrombop

%C3%A9nique+et+vih+-
+sida&hl=fr&sa=X&ei=icDPU6ChOcjjywOX6oGICw&ved=0CCcQ6AEwAg#v=one
page&q=purpura%20thrombop%C3%A9nique%20et%20vih%20-%20sida&f=false

42. Bakary GOITA

Etude des connaissances des jeunes sur les méthodes de transmission du
VIH/SIDA dans la commune I du district de Bamako
Thèse de médecine FMOS 2013, 13-M-56 p 21-22

43. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE DES PATIENTS VIH |

Dossiers du mois cité 25 juillet 2014.

Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/strategie-de-prise-en-charge-odontologique-des-patients-vih.html>

44. BOUVIER Adeline

Prise en charge thérapeutique du patient hiv+

Thèse de doctorat en chirurgie dentaire Université de Nantes thèse N°12 2006

45. Dr EPSTEIN

Changements du modèle des lésions buccales associées à l'infection au VIH :

Conséquences pour les dentistes

Pratique clinique

JADC • www.cda-adc.ca/jadc • Décembre 2007/Janvier 2008, Vol. 73, No 10 • 950 p

46. BANCOLE P. S. A. ; BIOTCHANE I.; ZINSOU R. ; YEHOUEYOU L. ; ZANNOU D. M.

Manifestations stomatologiques et infection à VIH au Centre national hospitalier
et universitaire de Cotonou (Bénin) Med Buccale Chir. Buccale 2013;19:149-154.

47. MALI. 2014, JUILLET 15.

Wikipédia, l'encyclopédie libre. Page consultée le 23 juillet 2014 à partir de

<http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mali&oldid=105451557>.

**48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SECRETARIAT GENERAL,
CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA**

Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA, juin 2010

**49. VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH) ET SON
TRAITEMENT AU MALI.**

Page 6 sur 15 Oumar-2009-1-LM-1470.doc

50. 92184144OSTEOLOGIE-CRANIO-FACIALE-OS-MAXILLAIRE-PDF.PDF

Cité le 26 juill. 2014.

Disponible sur: <http://s3.e-monsite.com/2011/01/24/92184144osteologie-cranio-faciale-os-maxillaire-pdf.pdf>

51. FRANK H. NETTER, M.D

Atlas d'anatomie humaine 3ième édition MASSON région tête et cou planche
020-1.JPG

52. ANATOMIE CRANIO-FACIALE - COURS.PDF

Cité 27 juill. 2014.

Disponible sur: <http://umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie1/site/html/cours.pdf>

53. Dr Coulet ORL

Anatomie physiologie en ORL : les oreilles, le nez et la bouche 10 /03/09

54. ANATOMIE DE LA DENT

L'Anatomie de la Dent consulté le 28 juillet 2014.

Disponible sur: <http://www.colgate.be/app/CP/BE/FR/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Oral-Hygiene/Tooth-Anatomy/article/Tooth-Anatomy.cvsp>

55. WILKINS E. M.

Prévention et traitement en hygiène dentaire

Gaëtan Morin, Québec, 1991 : 746p.

56. VIH/SIDA AU MALI:

Disponible sur:

http://www.diasporaction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1699%3Avih sida-au-mali-la-situation-des-femmes-et-des-filles-reste-preoccupante&Itemid=8

57. ADAMA CISSE.

Manifestation ORL au cours du VIH/SIDA Cas du CHU GABRIEL T. d'octobre 2004 oct. 2005.

Thèse med n°51 Bamako (Mali) p 48 ; 59, 61.

58. Rapport UNGASS 2012 _Mal EDS4i.

59. KABA M.

Prévalence des infections opportunistes au cours du VIH.

Thèse Med, Bamako, 2006.

60. OINARGOUM Keita A.

Etude épidémiologique et prise en charge des infections cutaneo-muqueuses chez les patients vivant avec le VIH dans trois centres de Bamako.

Thèse de médecine Faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali 2005.

61. NDOYE Y.

Caractéristiques cliniques parodontales chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Thèse ; Chir. Dent : Dakar, 2004, n°25

62. ZING S.

Manifestations parodontales et VIH: étude épidémiologique préliminaire, cas-témoins à l'hôpital central de Yaoundé.

Thèse ; Chir. Dent : Dakar, 1999, n°11

63. GASPARIN AB, FERREIRA FV, DANESI CC, MENDOZA-SASSI RA, SILVEIRA J, MARTINEZ AM, ZHANG L, CESAR JA.

Prevalence of oral lesions in persons with HIV and associated factors in a southern Brazilian city Cad SaudePublica. 2009 Jun ; 25(6):1307-15

64. RANGANATHAN K. et al.

Oral Lesions and Conditions Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection in 1000 South Indian Patients

July 2004. Vol.33(Suppl)No 4

65. S. CHEMLALI ; J. KISSA ; N. KHLIL ; A. CHAKIB.

Manifestations parodontales du VIH

Service de parodontologie, Centre de Consultations et de Traitements Dentaires CHU Ibn Rochd Casablanca Service des maladies infectieuses, CHU Ibn Rochd Casablanca. Dossiers du mois Mardi, 22 Mai 2012 07 19.

État bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH /SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako.

ANNEXE

Fiche d'enquête

N°

Date : / / 2014

Numéro du dossier.....

I – IDENTIFICATION

Question 1 : sexe :

1 : Masculin

2 : Féminin

Question 2 : Âge.....ans

Question 3 : Occupation

1 : Fonctionnaire

2 : Élève /Étudiant

3 : Opérateur économique

4 : Agriculteur

5 : Ouvrier

6 : Femme au foyer

7 : Autres

Question 4 : Résidence

1 : District de Bamako

2 : Kayes

3 : Koulikoro

4 : Sikasso

5 : Ségou

6: Mopti

7: Tombouctou

8: Gao

9: Kidal

10: Autres à préciser

Question 5 : Nationalité

1 : Malienne

2 : Autre nationalité

Question 6 : Ethnie

- 1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Soninké
4 : Dogon 5 : Senoufo 6 : Sonrhäi
7 : Sarakolé 8 : Bozo 9 : Mignaka
10 : Autres à préciser

II – ASPECTS BUCCO-DENTAIRES

Habitudes alimentaires :

Question 7 : nombre de prises alimentaires/jour (repas inclus)

- 1 : ≤ 3 prises 2 : 4 à 6 prises 3 : > 6 prises

Question 8 : à quel moment ?

- 1 : Matin 2 : après-midi 3 : soirée

Question 9 : quels sont les aliments consommés en dehors des 3 principaux repas ?

- 1-Boissons sucrées 2-bonbons 3-miel
4-fruits 5-biscuits 6-arachides
7-bouillie 8-produits laitiers
9-autres à préciser

Hygiène buccale :

Question 10 : le patient se brosse-t-il les dents ?

- 1-oui 2-non

Question 11 : si oui avec quel instrument ?

1-brosse à dents 2-bâtonnet frotte dents
 3-autres à préciser

Question 12 : à quelle fréquence/jour le patient se brosse-t-il ?

1 fois 2 fois 3 fois plus

Question 13 : pendant combien de temps le patient se brosse-t-il ?

1 : ≤ 1 minute 2 : ≤ 2 minutes 3 : ≤ 3 minutes
 4 : > 3minutes 5 : ne sait pas

Indice de tartre

16/55		11/51		26/65	
v	p	v	p	v	p
v	L	v	L	v	L
46 /85		41/81		36/75	

0 = pas de tartre 1 = 1 /3 de la face recouverte de plaque
 2 = 2/3 de la face recouverte de plaque 3 = toute la face recouverte de plaque

Indice CAO/D

dents	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
CAO/D																

dents	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CAO/D																

C=carie A=absente O=obturée

Question 14 : le patient a-t-il des dents mobiles ?

1-Oui 2-Non

III - ETAT MEDICAL

Question15 : Type de VIH

1 : VIH - 1 2 : VIH - 2 3 : VIH -1+2

Question16 : Dernier taux de CD4 (cellules/mm³).....

Question17 : Stade de la maladie selon la classification OMS

1 : Stade 1 2 : Stade 2 3 : Stade 3
4 : Stade 4

Question18 : Maladie opportuniste

1 : oui

2 : non

Question19 : le patient est-il sous traitement antirétroviral ?

1 : Oui

2 : Non

Question 20 : (si oui) pendant combien de temps ?

1 : 3 mois 2 : 6 mois 3 : 9 mois 4 : plus

IV – MANIFESTATIONS BUCCALES (INFECTIONS BUCCALES ASSOCIÉES)

Question 21 : Existe-t-il des lésions buccales ?

1 : Oui

2 : Non

Question 22 : Si oui préciser la nature

- 1 : Candidose 2 : Herpes 3 : Chéilite
4 : Zona – Varicelle 5 : Leucoplasie du cuir chevelue
6 : Sarcome de KAPOSI 7 : GUN 8 : PUN
9 : érythème gingival linéaire 10 : autres

Question 23: Siège des lésions

- 1 : Langue 2 : Palais 3 : La joue 4 : Parodonte
5 : lèvres 6 : Autres

Question 24: Mode de vie

- 1 : Alcool 2 : Tabac 3 : Alcool-tabagique
4 : Drogue 5 : Thé 6 : Autres

V – PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE

Question 25 : le patient a-t-il été référé à un chirurgien-dentiste ?

- 1- Oui 2 - Non

Question 26: (Si non) quel type de traitement a été administré?

- 1 : ATB 2 : AINS 3 : AIS 4: Antalgique
5 : Antiseptique local 6 : Autres

Question 27 : Le patient a-t-il eu dans le passé des plaies dans la bouche ?

- 1 : Oui 2 : Non

Résumé :

Les manifestations bucco-dentaires de l'infection à VIH sont nombreuses et certaines peuvent hypothéquer la survie des personnes infectées.

L'objectif de cette étude descriptive et prospective était de contribuer pour une meilleure connaissance et prise en charge des manifestations bucco-dentaires liées à l'infection à VIH chez les sujets suivis au service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G de Bamako (Mali).

Il s'agissait d'une étude transversale sur un échantillon de 72 PVVIH reçus entre juin et août 2014. Les dossiers des patients ont été exploités et un examen clinique bucco-dentaire a été réalisé chez chaque patient en total respect des droits et libertés des sujets d'étude.

L'âge moyen des PVVIH était de 41,2 ans et on observait une prédominance féminine (66,7 %) soit un sex-ratio F/H de 2. Dans notre étude 48,6% de nos patients étaient les femmes au foyer. 34,7 % des patients étaient d'ethnie bambara. Plus de 97,0 % des PVVIH étaient infectés par le VIH1 et 43,1 % étaient au stade clinique III selon la classification de l'OMS.

Dans notre étude, 87,5% des patients avaient au moins une affection bucco-dentaire dont la candidose buccale constituait l'infection la plus fréquente (56,5% des cas). Les manifestations bucco-dentaires survenaient volontiers au stade d'immunodépression sévère à 43,1% au stade 3 selon l'OMS dans notre échantillon. Plus de 86,0 % des patients étaient déjà sous traitement antirétroviral.

Quant à l'hygiène bucco-dentaire, l'indice CAO/D moyen était de 10,16 et plus de 68,0 % des PVVIH avaient un indice de plaque moyen entre 0,1-0,9.

La référence à un chirurgien-dentiste était faible (17,0%).

Mots-clés : VIH/SIDA, manifestations bucco-dentaires, fréquence des lésions bucco-dentaires, hygiène bucco-dentaire.

Abstract :

The bucco-dental outward signs of HIV infection are numerous and some can mortgage the survival of infected people.

The objective of this prospective survey is to contribute for a better knowledge and taking in charge of bucco-dental outward signs of HIV infection among the patients followed at CHU Point G Bamako (Mali).

It is about a transverse survey on a sample of 72 PVVIH, received between June to August 2014. The files of the patients have been exploited and a bucco-dental clinical exam has been achieved on every patient.

The average age of the PVVIH was 41,2 years and we observed a female predominance (66,7 %) with a sex ratio F/H of 2.

48,6 % of our sample were housewives. 34,7 % of the patients were of the ethnic group bambara. More than 97% of the PVVIH were infected by the VIH1 and 43,1 % were at the clinical stage III according to the WHO classification.

87,5% of the patients had at least a bucco-dental affection. The oral candidose constituted the most frequent infection (52 % of the PVVIH). The bucco-dental outward signs occurred at the immunodepression stage. More than 86% of the patients were already under antiretroviral treatment.

As for the bucco-dental hygiene, the CAO/D average index was 10,16 and more than 68,0 % of the PVVIH had an average index plaque between 0,1-0,9.

The reference to a surgeon-dentist was weak (17,0 %) .

Keywords: VIH/SIDA, bucco-dental outward signs, frequency of the bucco-dental lesions, bucco-dental hygiene.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et Prénom: MBENTO Gilles Armel

Adresse email : maldinibento6@gmail.com

Année de soutenance : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun



Titre :ÉTAT BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES INFECTÉES

PAR LE VIH /SIDA DANS LE SERVICE DE MALADIES

INFECTIEUSES ET TROPICALES DU CHU POINT G

Secteur d'intérêt :Service de maladies infectieuses et tropicales, Santé publique, Odonto-Stomatologie, Médecine générale

Lieux de dépôt :Bibliothèque de la FMOS, bibliothèque du CHUOS

DESCRIPTIVE SHEET

Last name: MBENTO

First name: Gilles Armel

Country of citizenship: Cameroon

City/Country of defence :Bamako/Mali

Academic year :2013-2014

Title :ORAL STATEMENT OF PERSONS INFECTED WITH HIV /

AIDS IN INFECTIOUS DISEASES AND TROPICAL SERVICE OF

CHU BAMAKO POINT G

Place of deposit: Library of FMOS ; library of CHUOS

Interest area: Infectious diseases, Public health

E-mail address :maldinibento6@gmail.com

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !!!