

LES MANIFESTATIONS ORL AU COURS DU VIH/ SIDA *ENT Symptoms due to HIV/AIDS infection*

KV N'GATTIA¹, ZB TEA², KG ZOUZOU³, JM N'GOUAN², L KOFFI-N'GUESSAN², RP ADJOUA²

¹ Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale, CHU de Bouaké

² Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale, CHU de Cocody Abibjan

³ Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale, CHU de Treichville Abibjan

Correspondant : N'gattia Koffi Valéry,
Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale du CHU de Bouaké
– 22 BP 1438 Abidjan 22, Côte d'Ivoire.
ngattia@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Cette étude avait pour but de déterminer les affections otorhinolaryngologiques (O.R.L) au cours du VIH/SIDA et de préciser la place de l'oto-rhino-laryngologiste dans le dépistage et le suivi des personnes vivant avec le VIH.

Patients et méthode : cette étude prospective a été réalisée de mai à septembre 2002 à l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils du CHU de Treichville d'Abidjan. Elle a porté sur les patients séropositifs connus.

Résultats : 549 patients séropositifs ont été suivis dont 47,35 % avaient une affection ORL. Leur âge moyen était de 37,12 ans avec une prédominance féminine (64,62 %). Le VIH-1 était présent dans 36,15 % des cas. Les affections ORL observées étaient : les candidoses oropharyngées (67,69 %), la pathologie naso-sinusienne (11,92 %), les adénopathies cervicales (9,61 %), la pathologie otologique (8,41 %), le Kaposi endobuccal (1,54 %) et la paralysie faciale périphérique (1,54 %).

Conclusion : La fréquente récurrence des infections doit inciter l'oto-rhino-laryngologiste à demander une sérologie VIH et ainsi contribuer à la lutte contre cette pandémie.

Mots clés : Manifestations ORL, VIH/SIDA.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine ear, nose and throat (ENT) diseases in HIV / AIDS and to specify the role of ENT specialist in the detection and monitoring of people living with HIV.

Patients and Methods: this prospective study was realized from May to September 2002 at the Ambulatory Care Unit in the University hospital of Treichville-Abidjan. It was about the known seropositive patients.

Results: among 549 seropositive patients, 47, 35 % had ENT disease. Their middle age was of 37, 12 years with a feminine predominance (64, 62 %). HIV-1 was present in 36, 15 % of the cases. ENT disease recovered were: oropharyngeal candidosis (67,69 %), naso-sinusial pathology (11,92 %), cervical lymph nodes (9,61 %), otologic pathology (8,41 %), oral Kaposi (1,54 %) and peripheral facial paralysis (1,54 %).

Conclusion: The frequent recurrence of infections should encourage the otorhinolaryngologist to seek HIV status and contribute to the fight against this pandemic.

Keywords: ENT affections, HIV/AIDS.

INTRODUCTION

La connaissance des manifestations ORL au cours de l'infection VIH est essentielle pour les médecins en charge du sida. A l'échelle mondiale, et selon les estimations, 0,8 % des adultes âgés entre 15 et 49 ans vit avec le VIH bien que les circonstances de l'épidémie continuent de varier considérablement dans les pays et les régions¹. L'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées par le VIH avec près d'un adulte sur 20 (4,9 %), ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde¹. La prévalence des manifestations ORL au cours du VIH y est très variable, 1,9‰ à 7,7‰ au Togo (Boko et al.²), 2,7‰ au Mali (Ag Mohamed et al.³) et de 19 % au Congo-Brazzaville (Ondzotto et al.⁴). La première étude sur les manifestations ORL au cours du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire remonte à 1989. Elle a permis de révéler que 13 % des patients atteints d'affections ORL chroniques étaient séropositifs au HIV1 et / ou HIV2 (Adjoua et al.⁵).

Cette seconde étude réalisée 13 ans après la première avait pour but réévaluer les aspects épidémiologiques et cliniques des affections ORL au cours du VIH/SIDA d'une part et d'autre part, de relever la place de l'oto-rhino-laryngologiste dans le dépistage et le suivi des personnes vivant avec le VIH.

PATIENTS ET METHODE

Cette étude clinique prospective et descriptive a été réalisée durant 5 mois (mai à septembre 2002) à l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Treichville. L'USAC a pour rôle de prendre en charge et de suivre les personnes vivant avec le VIH. Notre série a inclus tous les patients adultes régulièrement suivis, sans distinction de genre et dont la sérologie VIH était biologiquement confirmée.

Les patients qui présentaient déjà des affections ORL avant d'être séropositifs n'ont pas été inclus de même que les patients dont le suivi était irrégulier, et ceux dont le dossier était incomplet. Durant 5 mois chaque patient a bénéficié d'un examen ORL systématique. Ce dernier comprenait une otoscopie, une rhinoscopie antérieure, une oropharyngoscopie, l'examen des paires crâniennes et des aires ganglionnaires à la recherche de lésions ou d'une affection des voies aérodigestives supérieures. Des examens complémentaires ont été réalisés: radiographie (Blondeau) et ou scanner des sinus de la face,

audiométrie tonale, examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Nous avons examinés 549 patients séropositifs dont 260 présentaient une affection ORL soit 47,35 %. L'âge moyen (Tableau I) était de 37,12 ans. Les extrêmes étaient de 18 et 75 ans. La tranche d'âge de 18 à 45 ans constituait 83,46 % de l'effectif.

Tableau I : Tranches d'âge des patients

Tranches d'âge	n	%
18 à 30	61	23,46
31 à 45	156	60,00
46 à 60	41	15,77
61 à 75	2	0,77
Total	260	100,00

Il y avait 92 hommes (35,38 %) pour 168 femmes (64,62 %) soit un sex ratio de 0,35.

Dans 91,15 % des cas, les patients vivaient avec le VIH depuis au moins 2 ans. Le VIH de type 1 représentait 36,15 % (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon le type de VIH

Différents types de VIH	n	%
VIH non typé	152	58,46
VIH 1	94	36,15
VIH 1 et 2	13	5,00
VIH 2	1	0,39
Total	260	100,00

Aspects cliniques et paracliniques

Motifs de consultation (Tableau III)

Les symptômes selon la région anatomique étaient : les ulcérations buccales (63,85 %) et la dysphagie (25,00 %) ; la rhinorrhée (17,31 %), les céphalées fronto-orbitaires (16,15 %) et l'obstruction nasale (13,08 %) ; l'otalgie (10,38 %).

Tableau III : Motifs de consultation ORL

	Pathologies	n	%
Bucco pharyngo larynges (n = 260)	Ulcération buccale	166	63,85
	Dysphagie	65	25,00
	Odynophagie	19	7,31
	Dysphonie	8	3,08
	Dyspnée	1	0,38
Rhinosinusiens (n = 260)	Rhinorrhée	45	17,31
	Céphalées fronto-orbitaires	42	16,15
	Obstruction nasale	34	13,08
	Cacosmie	9	3,46
	Prurit nasal	3	1,15
	Hyposmie	2	0,77
Otologiques (n = 260)	Otalgie	27	10,38
	Hypoacousie	19	7,31
	Otorrhee	14	5,38
	Prurit auriculaire	10	3,85
Cervico faciales (n = 260)	Acouphènes	10	3,85
	Otorragie	1	0,38
	Tuméfaction cervicale	19	7,31
	Déficit moteur de l'hémiface	4	1,54

Signes cliniques et paracliniques

L'état général des patients était altéré dans 137 cas (52,69 %), moyen dans 60 cas (23,08 %) et bon dans 63 (24,23 %). Le Tableau IV résume affections observées. La candidose oropharyngée constituait 67,69% des affections pharyngées, et la rhinite, 9,23 % des affections rhino-sinusiennes.

Tableau IV : Affections ORL observées au cours de l'infection à VIH

	Pathologies	n	%
Bucco-pharyngées (n = 260)	Candidose oro-pharyngée	176	67,69
	Pharyngite	14	5,38
	Kaposi endobuccal	4	1,54
	Herpès labial	4	1,54
Rhino-sinusiennes (n = 260)	Rhinites	24	9,23
	Sinusites	7	2,69
Otologiques (n = 260)	Otite externe	6	2,31
	Otite moyenne aiguë	7	2,69
	Otite moyenne chronique	9	3,41
Cervico-faciales (n = 260)	Adénopathies cervicales	25	9,61
	Paralysie faciale périphérique	4	1,54

Affections associées (n = 260)	Digestives	25	9,62
	Pulmonaires	14	5,38
	Cutanées	10	3,85
	Hématologiques	7	2,69
	Ostéo-articulaires	1	0,38
	Urogénitales	1	0,38

Dans certains cas, le Blondeau (5 cas soit 1,92 %) et la tomodensitométrie des sinus de la face (2 cas soit 0,77 %) étaient indispensables pour confirmer une sinusite ; dans six cas (2,31 %), l'audiométrie tonale a mis en évidence une surdité mixte.

Traitement

Vingt deux patients étaient sous l'association anti-rétroviraux - cotrimoxazole (8,46 % des cas). Dans 106 cas (40,77 %), le cotrimoxazole était utilisé seul.

DISCUSSION

La première étude sur les manifestations ORL au cours du SIDA remonte à 1985⁶. Elle portait sur des séries moins importantes. L'objectif était de faire connaître les symptômes ORL de cette pandémie. Plusieurs travaux ont été réalisés depuis dont ceux d'Adjoua⁵ en Côte d'Ivoire. Dans notre étude, 47,35% des patients examinés avaient une affection ORL. C'est un taux qui reste nettement élevé par rapport à ceux rapportés par Adjoua⁵ (13%) et dans la sous-région^{3,7}.

Cette augmentation des affections ORL au cours du VIH / SIDA pourrait être liée à une insuffisance d'information, d'éducation et de communication d'une part et d'autre part à l'absence de service accrédité à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

La baisse de ces affections dans cette étude par rapport à celle de 1989 serait liée aux différentes campagnes de lutte contre le VIH / SIDA.

Les efforts de prévention visant à réduire le nombre de nouvelles infections ont entraîné une diminution de la prévalence dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne dont la Côte d'Ivoire⁸.

La tranche d'âge de 18 à 45 ans était la plus atteinte. Elle constitue la tranche active au plan socio-professionnel et sexuel. C'est également cette tranche d'âge qui est incriminée dans la littérature^{5, 9,10}.

L'enquête sur les indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire en 2005, notait que la prévalence du VIH était proportionnelle au nombre de partenaires sexuels¹¹.

En Afrique Subsaharienne, près de 61 % des adultes vivant avec le VIH en 2007 étaient des

femmes⁸. Et le niveau d'infection des femmes, en Côte d'Ivoire, est le double de celui des hommes¹¹. Cette prédominance féminine de l'infection à VIH a été rapportée par notre série et est classique dans les données de la littérature^{3, 5}.

Les motifs de consultation identifiés étaient variables et non spécifiques (ulcérations buccales, céphalées fronto-orbitaires, obstruction nasale, rhinorrhée antérieure, otalgie, adénopathies cervicales, paralysie faciale périphérique). Les affections ORL observées étaient multiples et souvent associées (tableau V).

Tableau V : Comparaison des études effectuées sur les manifestations ORL au cours du VIH / SIDA en Côte d'Ivoire

Manifestations ORL	Etudes effectuées		
	Notre étude 2003	Etude de Adjoua et al. 1989 ²	Etude de Aka ³
	%	%	%
Candidoses buccales	67,69	0	31,6
Pharyngites	5,38	0	29,1
Herpès endobuccal	1,54	0	0
Sarcome de Kaposi endobuccal	1,54	3,3	0,3
Rhinites	9,23	0	19,59
Sinusites	2,69	0	0
Otite externe	2,31	0	3
Otite moyenne	6,10	0	2,51
Surdité mixte	0,38	0	0
Adénopathie cervicale	9,61	9	46,23
Paralysie faciale périphérique	1,54	73	0,3

Les manifestations oropharyngées prédominaient et les candidoses oropharyngées y constituaient les lésions les plus importantes (67,69 %). Plusieurs travaux rapportent la fréquence élevée des atteintes oropharyngées dans le SIDA⁵⁻⁷. Camuzard et al.¹² ont trouvé un taux de 90 %, supérieur au nôtre cependant ces lésions sont considérées comme non spécifiques à l'infection à VIH.

Le Kaposi endobuccal a été observé chez 4 patients souffrant de maladie de Kaposi généralisée. Cette lésion est souvent révélatrice de l'infection¹³ à VIH.

Les infections naso-sinusiennes (11,92 %) venaient en seconde position dans notre étude. Ces affections représentent 13,3 % dans l'étude d'Ondzotto et al. Au

Congo Brazzaville⁴ et 10,58 % dans celle de Ndjolo et al. au Cameroun⁷. Devant toutes infections rhinosinusiennes chroniques, récidivantes et rebelles, il faut demander une sérologie VIH.

Les otites moyennes constituaient l'essentiel des affections otologiques (6,10 %). Les atteintes ganglionnaires étaient de 9,61 % dans notre étude, contre 9 % en 1989¹⁵ et 7,05 % dans la série de Ndjolo⁷. La tuberculose ganglionnaire concernait 4 patients ; elle représentait 11,5 % dans la série de Ondzotto et al.⁴. Dans tous les cas, devant toute adénopathie cervicale chronique, il faut demander une sérologie VIH et faire une adénectomie avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

La paralysie faciale périphérique représentait 73 % dans la série d'Adjoua et al.⁵ et 1,54 % dans la présente. Ondzotto et al.⁴ et Ndjolo et al.⁷ rapportent respectivement 15,4 % et 11,13 %. Il s'agit dans l'ensemble de paralysie faciale périphérique à frigoris. Selon Kacouchia et al.¹⁴, elle peut être un signe précoce de l'infection surtout si elle survient chez des sujets à risque. La sérologie VIH doit être demandée systématiquement devant toute paralysie faciale périphérique sans cause apparente. De même toutes les manifestations évoquées peuvent être précoces et constituer des signes de présomption du VIH chez des sujets seronegatifs. Aussi, leur présence et leur récurrence doit imposer un test de dépistage du VIH.

Au plan thérapeutique, seulement 8,46 % des malades porteurs d'une affection ORL étaient sous anti-rétroviraux. Ce taux est faible et devrait augmenter tant est que le traitement anti-rétroviral permet une réduction substantielle de la co-morbidité.

CONCLUSION

La prise en charge du VIH/SIDA nécessite une collaboration multidisciplinaire. Le dépistage, non encore systématique, pourrait être orienté soit par diverses manifestations ORL, en particulier les adénopathies cervicales chroniques et la paralysie faciale périphérique, soit sur les notions de récurrence ou de chronicité des affections. Ces différents cas doivent donc imposer une sérologie VIH. La prévention demeure toutefois le meilleur des traitements.

REFERENCES

- 1- Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012, consulté le 7 novembre 2013 sur https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_
- 2- Boko E., David M, Kpemissi E, Beutter P, Lescanne E. Manifestations ORL de l'infection par le VIH : étude clinique de 110 patients. La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2006; 303.

- 3- Mohamed AA, Keita M, Togola-Konipo F et coll. Otorhinolaryngology pathologies and HIV/AIDS. A propos of 19 cases. *Bull Soc Pathol Exot* 2003;96,4:295-6.
- 4- Ondzotto G, Ibara JR, Mowondabeka P, Galiba J. Cervico-facial and ENT symptoms due to HIV infection in tropical area. About 253 Congolese cases. *Bull Soc Pathol Exot* 2004;97,1:59-63.
- 5- Adjoua RP, Kouassi B, Etté EE et coll. Séropositivité aux tests du Syndrome d'Immunodéficience Acquise et affections oto-rhino-laryngologiques à évolution chronique (à Propos de 30 cas colligés dans les services ORL d'Abidjan, Côte d'Ivoire) *Publ Méd Afr* 1989; 22,100:109-115.
- 6- Beauvillain.C. Manifestations ORL et maxilla-faciales au cours de l'évolution du syndrome d'immuno-dépression acquise (SIDA). *Encycl. Med. Chir.,Paris. Oto-rhinolaryngologie*, 20624 A¹⁰. - 2, 10-1985.
- 7- Ndjolo A, Njock R, Ngowe NM et coll. Early ENT manifestations of HIV infection/AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2004;125,1:39-43.
- 8- ONUSIDA – Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH : décembre 2007.
- 9- Kolher A, Burkhard P, Magistris MR, Chofflon M. Paralyse faciale périphérique isolée et infection à VIH : 7 cas *Rev. Neurol (Paris)* 1995 ;151,5:332-337.
- 10- Millogo A, Ki-Zerbo GA, Sawadogo AB et coll. Paralysies faciales périphériques : étude prospective et relations avec l'infection à VIH au CHNSS de Bobo-Dioulasso. *Médecine d'Afrique Noire* 1997; 44 : 8-9.
- 11- Résultats de l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire 2005 (EIS-CI). [consulté le 31 octobre 2013]. Sur : https://www.measuredhs.com/pubs/pdf/HF14/CotedIvoire_HIV_factsheet_french.pdf
- 12- Camuzard JF, Santini J, Vaile G, Raspado H, Damard F. Les manifestations cervico-faciales et ORL de l'infection par le VIH. *Cah otolaryngol* 1990 ; XXV, 2: 98-102.
- 13- De Pondt J, Gehanno P. La pathologie ORL du SIDA : le sarcome de Kaposi buccopharyngé est souvent révélateur. *Rev Prat* 1989;39,46:35-37.
- 14- Kacouchia N, N'gattia V, Aissi R et coll. Les paralysies faciales périphériques et les infections à rétrovirus HIV1 et HIV2 du syndrome d'immunodépression acquise (SIDA). A propos de 36 cas. *Rev Intern sci Méd* 2000 ;2,3:7-11.