



Article Original

Manifestations ORL chez des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA à l'Hôpital Laquintinie de Douala-Cameroun : Une Étude de 200 Cas

ENT manifestations in patients living with HIV / AIDS in Douala City

Mpessa E. M. (1) Njifou N.A . (2), Lingom L. D. (2) Feuwou A. (2) Njock L. R(2), Ndjolo A.(3)

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les principales manifestations ORL ou cervico-faciales des patients vivant avec le VIH/SIDA venus en consultation à l'hôpital Laquintinie de Douala. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et prospective. Elle a eu lieu à l'Hôpital Laquintinie de Douala sur une période d'un mois, allant du 01 avril 2017 au 30 avril 2017. **Résultats.** Nous avons recruté 200 patients avec des manifestations ORL ou CF, soit une prévalence de 3,89%. Les tranches d'âges de 17 à 57 ans représentaient 83,5% de la population d'étude. Les femmes représentaient 72,5% dans notre étude, soit un sex-ratio de 2,6. Les lésions de la cavité et du vestibule oraux représentaient 40% des cas et il s'agissait surtout de candidose oropharyngée. Ensuite, on avait les atteintes otologiques (29%) et enfin les cervico-faciales (11%). Les adénopathies cervicales représentaient 7,5% des manifestations alors que les atteintes rhinologiques ne représentaient que 1% des manifestations. **Conclusion.** La prévalence des manifestations ORL et CF dans la population des PVVS est de 3,89%, Il s'agit surtout de femmes d'âge compris entre 37 et 47 ans. Les manifestations siègent surtout au niveau de la cavité et vestibule oraux avec pour chef de file la candidose oropharyngée. Les autres atteintes sont otologiques et cervico-faciales. La plupart des patients sont au stade I de l'OMS.

- (1) Service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale
Hôpital Laquintinie de Douala
Email : mekobo@yahoo.fr
(2) faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques de l'université de Douala.
(3) faculté de médecine et de sciences biomédicale de l'université de Yaoundé I

Mots-clés: SIDA – Adénopathie – candidoses-sarcome de Kaposi

Keywords: AIDS - Adenopathy - candidiasis - Kaposi's sarcoma

ABSTRACT

Objective: to describe the main ENT manifestations of patients living with HIV / AIDS who came for consultation at Laquintinie hospital in Douala. **Materials and methods.** This was a descriptive study of transversal and prospective type. It took place at the Laquintinie Hospital of Douala (a central hospital), over a period of one month, from 01 April 2017 to 30 April 2017. **Results.** We found 200 patients (a prevalence of 3.89 %). The age groups from 17 to 57 represented 83.5% of the population and women accounted for 72.5%. Buccopharyngeal manifestations were most common (20%). Otological impairment accounted for 29% of ENT events while cervical lymphadenopathy accounted for 7.5% of events. Rhinological involvement accounted for only 1% of ENT in our series. **Conclusion.** The prevalence of ENT events is 3.89%; ENT manifestations are mostly found in women aged 17 to 47 years. Clinical manifestations are usually located in the oral cavity and vestibule (oropharyngeal candidosis). This localization is followed by otological and cervicofacial involvement. Most patients are in class I of the WHO.

L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un problème de plus en plus fréquent pour le médecin généraliste et impliquant très souvent l'oto-rhino - laryngologiste. En effet, les atteintes oto-rhino-laryngologiques (ORL) et cervico -faciales (CCF) de l'infection par le VIH sont variées et polymorphes. Elles peuvent atteindre différents organes à savoir l'oreille, le nez et les sinus, le pharynx et le larynx, l'œsophage cervical et la trachée cervicale. Dans la mesure où elles peuvent être inaugurales, elles constituent un point d'appel à la consultation et conduisent assez fréquemment à dépister l'infection [1]. Le but de cette étude était de décrire les principales manifestations ORL ou cervico-faciales rencontrées chez les patients vivant avec le VIH/SIDA venus en consultation à l'hôpital Laquintinie de Douala. Plus spécifiquement nous allons

décrire les caractéristiques épidémiologiques des personnes séropositives ayant les manifestations ORL ou cervico-faciales dans un premier temps. Puis secondairement, préciser les caractéristiques cliniques des manifestations ORL ou cervico-faciales chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'Hôpital Laquintinie de Douala. Et en fin, classer les signes ORL développés en fonction des stades cliniques et biologiques du SIDA.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive de type transversale et prospective. Elle a eu à l'Hôpital Laquintinie de Douala (un hôpital central), sur une période d'un mois, allant du 01 avril 2017 au 30 avril 2017. L'étude a porté sur des patients connus séropositifs pour le VIH suivis à

l'hôpital du jour, au service de médecine interne et d'ORL sans distinction d'âge et de sexe. Ont été inclus dans l'étude tout patient connu séropositif pour le VIH et présentant une manifestation ORL et cervico-faciale. L'échantillonnage a été fait sur la formule de Lorenz ($N = [T^2 \times p(1 - p)] / m^2$) où (N=Echantillon minimal requis ; T= Intervalle de confiance à 95% ; p = Prévalence des manifestations ORL au Congo en 2003 [1] ; m = Marge d'erreur à 5 %). Cette formule nous a donné une taille minimale estimée de 188. Le recueil des données a été fait dans un premier temps par dépouillement des dossiers afin de déterminer ceux qui étaient séropositif au VIH. Ensuite les patients étaient abordés individuellement à la salle d'attente où un exposé appuyé par une fiche d'information sur la question leur était présenté. Cet entretien avait pour but de souligner les motivations et l'intérêt de l'étude ; afin de recueillir, le cas échéant, un consentement éclairé via une fiche. Les données étaient recueillies sur une fiche technique d'enquête à l'issue d'un entretien individuel et des mesures des paramètres de l'étude. Pour les patients déjà hospitalisés, nous avons pris en compte les manifestations ORL ou cervico-faciales diagnostiquées.

RÉSULTATS

Données sociodémographiques

Au cours de la période d'étude, 5145 patients ont été reçus en consultation à l'Hôpital Laquintinie parmi lesquels nous avons trouvé 200 avec des manifestations ORL ou CF, soit une prévalence de 3,89%.

Les tranches d'âges de 17 à 57 ans représentaient 83,5% de la population d'étude et le pic de fréquence se situait entre 37 et 57 ans

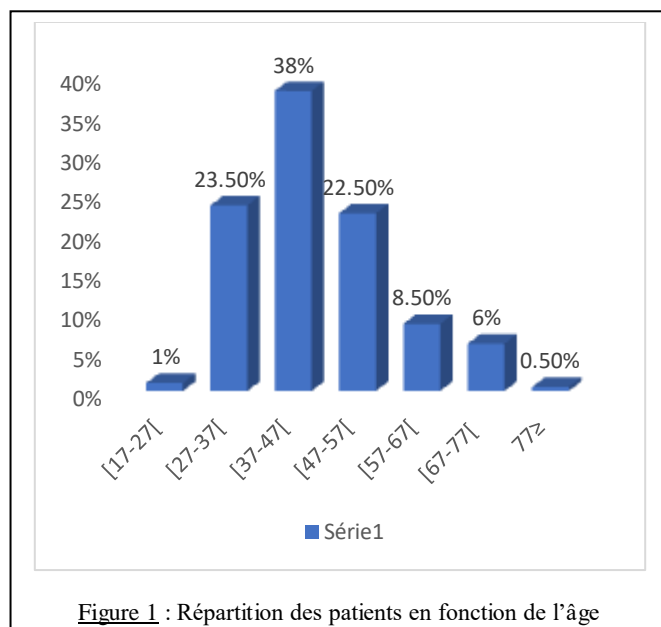


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge

Il y avait 145 femmes (72,5% %) et 55 hommes (27,5%) soit un sex ratio F/H de 2,6.

Sur le plan professionnel, les groupes les plus représentés étaient les sans-emploi (34,5%) et les travailleurs du secteur privé (23%). Les fonctionnaires représentaient 8% de la population.

Sur le plan du statut matrimonial, 49,5% des patients étaient célibataires, 35,5% étaient mariés, 13,5% étaient des veufs ou veuves et 2,5% étaient divorcés.

En matière de niveau d'instruction, le niveau scolaire le plus représenté était celui du secondaire (45,5%), suivi du primaire (33,5%) et du supérieur (21%).

Données cliniques relatives au VIH

Répartition de la population en fonction la date de diagnostic de l'infection au VIH

Le statut était connu depuis moins de 10 ans par 66,5% de la population d'étude connaît alors que pour 31,5%, il était connu depuis une période comprise entre 10 et 20 ans.

Répartition de la population selon la date de début de traitement ARV

Le début du traitement ARV datait de moins de 10 ans pour 67% de cas de la population et pour 31,5% la durée de traitement était comprise entre 10 et 20 ans.

Manifestations ORL et CCF

Répartition des manifestations ORL et CF en fonction du siège des lésions

Tableau I : Répartition des manifestations ORL et CF en fonction du siège des lésions

Sièges des lésions	n	Pourcentage (%)
Cavité et vestibule oraux	80	40
Cou	15	7,5
Larynx	2	1
Pharynx	0	0
Oreille	58	29
Nez et Sinus	2	1
Face	7	3,5
Autres	47	23,5
Total	200	100

Les lésions de cavité et vestibule oraux ainsi que les lésions de l'oreille étaient les plus fréquentes avec respectivement des fréquences de 40% et de 29%.

Les principales manifestations ORL et CF sont présentées dans le tableau II. Ce tableau montre que les lésions de la cavité et du vestibule oraux représentaient 40%, dans laquelle 18,5% étaient la candidose oropharyngée. Ensuite, on avait les atteintes otologiques (29%) et enfin les cervico-faciales (11%).

Tableau II : Principales manifestations ORL et CF

Siège des lésions	Manifestations ORL et CF	n	%
Cavité oraux et vestibule	Leucoplasie chevelue de la langue	5	2,5
	Candidose oropharyngée	37	18,5
	Kaposi buccal	3	1,5
	Mycose œsophagienne	34	17
Nez et sinus	Odynophagie	1	0,5
	Sinusite	1	0,5
Pharynx	Anosmie	1	0,5
	Pharyngite	0	0
Larynx	Laryngite	2	1
Oreille	Otite	2	1
	Hypoacousie	48	24
	Acouphènes	8	4
Face et cou	Paralysie faciale	6	3
	Zona facial	1	0,5
	Adénopathies	15	7,5

Répartition des PVVS/SIDA selon le stade OMS

La population présente un stade OMS au plus de II pour 96,5%. Donc des stades peu avancés dans la maladie ceci grâce à la mise sous traitement précoce et au suivi régulier des patients dans les différents services.

Corrélation entre les manifestations ORL et CF et le stade OMS

Tableau III : Corrélation entre les manifestations ORL et CF et le stade OMS

Manifestations ORL et CF	Stade clinique OMS			
	I	II	III	IV
Lésions inflammatoires bucco-pharyngées	153	2	0	0
Leucoplasie chevelue de la langue	1	0	2	2
Candidose oropharyngée	3	32	1	1
Kaposi buccal	2	0	0	1
Mycose œsophagienne	25	8	1	0
Odynophagie	0	0	0	1
Otite	2	0	0	0
Hypoacousie	38	8	0	2
Acouphène	8	0	0	0
Sinusite	0	1	0	0
Anosmie	1	0	0	0
Laryngite	1	0	1	0
Paralysie faciale	3	2	0	1
Zona facial	0	1	0	0
Adénopathies	10	3	0	2

La plupart des manifestations étaient classées au stade I, ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elles étaient inaugurales et amenaient à demander une sérologie VIH.

Données paracliniques

Répartition de la population en fonction du taux de CD4

Tableau IV : Répartition de la population en fonction du taux de CD4

Dernier taux de CD4	N	(%)
< 200	24	12
[200-500]	68	34
> 500	53	26
Non défini	54	27
Non éligible	1	0,5
Total	200	100

Trente-quatre pourcent de la population d'étude présentait un taux de CD4 entre 200 et 500 cellules/mm³. Ceci grâce à la prise en charge précoce des patients sur le plan psychologique et médicamenteux.

Répartition de la population en fonction de la charge virale

Tableau V : Répartition de la population en fonction de la charge virale

Dernière charge virale	Effectif	Pourcentage (%)
< 250 (indétectable)	57	28,5
[250-5000]	11	5,5
[5000 -10000]	8	4
> 10000	27	13,5
Non défini	70	35
Non éligible	27	13,5
Total	200	100

Trente-cinq pourcent de la population d'étude avait une charge virale non définie ceci à cause du cout élevé de l'examen et 28,5% de la population avait une charge virale indétectable à savoir inférieure à 250 copies par ml Aspects thérapeutiques

Répartition de la population en fonction de la ligne de traitement

Tableau VI : Répartition de la population en fonction de la ligne de traitement

Ligne de traitement	Effectifs	(%)
1^{ère} ligne (TDF/3TC+EFV ou NVP)	56	28
2^e ligne (TDF/3TC+LPV/r ou ATV/r)	33	16,5
Aucune	11	5,5
Total	200	100

78% de la population d'étude est sous traitement de première ligne contre 5,5% qui ne sont pas sous traitement. Ces derniers étant soit en arrêt, soit nouvellement dépistés au VIH.

DISCUSSION

Notre prévalence était de 3,89%. Celle prévalence est sensiblement égale à celle de A. Ag Mohamed [2] en 2003 qui était de 2,7% mais inférieure à celle de G. Ondzotto et al [1] en 2003 et de Ndjolo et al [3] en 2004.

Ceci s'explique par la durée de la période et le type d'étude.

Les femmes représentaient 72,5% dans notre étude avec un sex-ratio était de 2,6 en faveur des femmes. Ce résultat est en accord avec les données démographiques du profil épidémiologique de l'infection par le VIH au Cameroun [4] et de A. Ag Mohamed et al [2]. Cela peut s'expliquer par la vulnérabilité pour l'infection à VIH de la femme ceci à cause de l'anatomie du tractus féminin ou la zone de muqueuse exposée au virus pendant le rapport sexuel est plus grand chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus [5]. Les sans-emplois étaient la tranche la plus représentée avec 34,5%. La prédominance des sans-emploi a été également observée dans l'étude de A. Ag Mohamed [2] avec la proportion de femmes au foyer très importante. Ceci s'explique par le contexte socio-économique difficile des pays de l'Afrique subsaharienne [6].

Les atteintes otologiques étaient fréquentes et représentent 29% des manifestations ORL et CCF dans notre population d'étude. Les otites sont peu observées dans cette population, elles étaient notées dans 1% de cas. Résultat différent de celui E. Boko et al qui avaient trouvé 14,04%. Leur aspect clinique est classique et la fréquence des épisodes d'otites séreuses devrait faire justifier la pratique d'une sérologie du VIH dans le bilan étiologique [7,8]. Cela s'explique par la prise préventive du Cotrimoxazole par tous les patients séropositifs dès le début du traitement ARV [9]. On notait aussi que 4 % de la population était atteint d'acouphène ; ce qui est comparable à l'étude de G. Ondzotto et al qui avait un pourcentage de 5,1% [10]. En outre les atteintes rhinologiques représentaient que 1% des manifestations ORL et CCF dans notre étude. Ces résultats étaient inférieurs à ceux de G. Ondzotto et al [10], H. Kishore Chandra Prasad et al [11] et Sacko HB et al [12] qui avaient respectivement des fréquences de 13, 3%, 17% et 11%. Les atteintes bucco-pharyngées, laryngées et œsophagiennes constituaient les atteintes ORL les plus fréquentes de notre série (39%). Et, elles étaient dominées par la candidose (9,5%). La candidose est l'infection buccale la plus fréquente, et la plus reconnue chez le patient séropositif au VIH [10,12]. Elle est constante et, très évocatrice [13]. La dysphagie lorsqu'elle est présente doit faire rechercher une extension à l'œsophage [14]. La localisation œsophagienne a été retrouvée à la fibroscopie œsogastro-duodénale dans 17 % des patients de notre série. Nos résultats étaient superposables à ceux G. Ondzotto et al [10] (14,6%).

Le sarcome de Kaposi a été retrouvé dans 1,5% de cas observé au stade C chez une patiente. SACKO et col. [12] avaient retrouvé 2,6% de sarcome de Kaposi. Dans

l'étude de Gehanno et al, le sarcome de Kaposi représentaient 13,8% [13]. Le sarcome de Kaposi est la tumeur maligne la plus fréquente et un marqueur de l'évolution vers le SIDA [13].

Deux cas de laryngite ont été observés dans notre série soit 1%. Une dysphonie doit faire rechercher une laryngite d'étiologie fongique (candidose, histoplasmoses) ou bactérienne et, éliminer une cause tumorale [15,16,17]. Une localisation laryngée de leishmaniose chez un sidéen a été rapportée dans la littérature [18].

Les atteintes cervico-faciales constituaient dans l'ordre de fréquence, le 3^{ème} groupe d'atteintes une fréquence de 11%. Résultat concordant avec Marcusen D. et al [19] qui avait un pourcentage de 8% ainsi que Gehanno et al [13]. Les adénopathies cervicales représentaient de 7,5% dans notre série. Nos résultats sont en accord avec Ndjolo et al [3]. L'association paralysie faciale et séropositivité au VIH est très fréquente [20,21]. Dans notre série, elles représentaient de 3%. Elle était très élevée 34% chez L. BARZAN et al en Italie [22]. La paralysie faciale peut survenir aussi bien au stade précoce qu'au stade tardif de l'infection VIH. Dans un cas de notre série, la paralysie a été associée au zona. Une étude a rapporté que les infections par le virus de l'Herpes zoster (HZV) sont 7 fois plus fréquentes chez les patients VIH positifs [23]. Les adénopathies représentaient 5 % des manifestations dans le stade I. Au stade II, nous avons observé une prédominance de la candidose oropharyngée soit 16% cas suivi de la mycose oropharyngée (4 %). Dans les stades III et IV, la leucoplasie chevelue de la langue (1 %) et des adénopathies (1 %) sont prédominants dans ces stades respectivement. Tous ces résultats sont en concordance avec la littérature [10].

CONCLUSION

Au cours de notre étude, la prévalence des manifestations ORL et CF, elle était de 3,89%, nous avons constaté que les adultes entre 37 et 47 ans étaient les plus représentés, avec une prédominance féminine. Les célibataires étaient plus nombreux et 34,5% étaient sans emploi.

En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, 40% des manifestations siégeaient au niveau de la cavité et vestibule oraux avec pour chef de file la candidose oropharyngée (18,5%) suivi par les atteintes otologiques (29%). La plupart des patients étaient au stade I selon la classification OMS. Une majorité de la population d'étude (66,5%) connaissaient son statut depuis moins de 10 ans. Le stade I OMS était dominé par les lésions inflammatoires bucco-pharyngées et les adénopathies, le stade II par la candidose oropharyngée. Les stades III et IV avaient la leucoplasie chevelue de la langue.

RÉFÉRENCES

1. G. Ondzotto, J.R. Ibara, P. Mowondabeka, J. Galiba Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale. À propos de 253 cas congolais. Bull Soc Pathol Exot, 2004, 97, 1, 59-63
2. A. Ag Mohamed, M. Keita, F. Togola-Konipo, S. K. Timbo, H. B. Sacko & L. Traoré Pathologies ORL et VIH/sida. À propos de 19 cas Bull Soc Pathol Exot, 2003, 96, 4, 295-296.

3. Ndjolo A, Njock R, Ngowe N, Ebogo M, Toukam M, Nko'o S, Bengono G Early ENT manifestations of HIV infection/AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 2004, 125(1), 39-43
4. Rapport 2015 estimations et projections sur le VIH et le sida au Cameroun période: 2010-2020. [En Ligne]. Juillet 2015. [Consulté le 26 /11/2017]. Disponible. <http://www.wnls.cm/docs>
5. Patricia Fener Vulnérabilité des femmes au VIH/sida et aux Infections sexuellement transmissibles – SidaSciences [En ligne] 2009, Nov, [2017 Juin 17], Disponible <http://sidasciences.inist.fr/?Vulnerabilite-des-femmes-au-VIH>
6. Jacques-Philippe Tsala L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun, SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal, 2004 (1) 3, 139-156
7. Darius Kohan, MD, Stephen G. Rothstein, MD, Noel L. Cohen, MD Otologic Disease in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 1998, Nov, 97(4), 636-640
8. Darius Kohan, MD, Renato J. Giacchi, MD Otologic Surgery in Patients with HIV-1 and AIDS *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 1999, Oct, 121(2), 355-360
9. A. Gregory DiRienzo, Charles van der Horst, Dianne M. Finkelstein, Peter Frame, Samuel A. Bozzette, and Karen T. Tashima. AIDS Research and Human Retroviruses. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 2004, July, 18(3): 89-94
10. : G. Ondzotto, J.R. Ibara, P. Mowondabeka, J. Galiba Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale. À propos de 253 cas congolais. *Bull Soc Pathol Exot*, 2004, 97, 1, 59-63
11. : H. Kishore Chandra Prasad, Kiran M. Bhojwani , Vijendra Shenoy, Sampath Chandra Prasad, HIV manifestations in otolaryngology *American Journal of Otolaryngology* 2006, Mai, 27(3), 179-185
12. Sacko HB, Ag Mohamed A, Maiga MY, Kalle A, Doumbia SY, Guindo A ORL manifestations observed in AIDS. A propos of 65 cases *Bull Soc Pathol Exot* 1995, Apr, 88(5), 234-235
13. : A. Gregory DiRienzo, Charles van der Horst, Dianne M. Finkelstein, Peter Frame, Samuel A. Bozzette, and Karen T. Tashima. AIDS Research and Human Retroviruses. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 2004, July, 18(3): 89-94
14. R. Jean, A. Chagvardieff, G. Thomas, E. Vallet, A. Adamou, S. Branger, R. Jean Dysphagie chez un patient VIH *La Revue de médecine interne* 2007 28, 83-160
15. Laing RB1, Wardrop PJ, Welsby PD, Brettell RP Stridor in patients with HIV infection *J Laryngol Otol.* 1995 Dec;109(12):1197-9
16. Roig P1, Carrasco R, Salavert M, Navarro V, Guix J, Nieto A, Bernacer B Candida laryngitis and HIV infection: description of 4 cases *Rev Clin Esp Rev Clin Esp.* 1992 Oct;191(5):261-3
17. Balsam D, Sorzano D, Barax C Candida epiglottitis presenting as stridor in a child with HIV infection *Pediatr Radiol.* 1992;22(3):235-6
18. Tereza Vazquez-pineiro, José M. Fernandez Alvarez, Juan C. Gonzalo Lafuente, Jorge Cano, Margarita Gimeno, Juan Berenguer, Visceral Leishmaniasis : A lingual presentation in a patient with HIV infection, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Oral Radiol Endol*, 1998, 86, 179-82
19. Marcusen DC, Sooy CD Otolaryngologic and head and neck manifestations of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) *Laryngoscope* 1985, Apr, 95(4), 401-405
20. R. P. Youngs, N.D. Stafford, J. Weber, AIDS: Otolaryngological presentation in the high-risk male homosexual, *Clin. Otolaryngol.* 1986, 11, 137-144
21. Bercy P, Le saignement gingival, *Louvain médical*, 2000, 119 (9), 467-473
22. L. Barzan, M. Tavio, U. Tirelli, R. Comoretto, Head and neck manifestations during HIV infection *The Journal of Laryngology and Otology* February 1993, Vol. 107, 133-136
23. Gupta M. Ramsay Hunt syndrome in a patient with human immunodeficiency virus infection. *Indian J Sex Transm* 2017, 38:89-91