

# Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale. À propos de 253 cas congolais.

G. Ondzotto (1)\*, J. R. Ibara (2), P. Mowondabeka (1) & J. Galiba (1)

(1) Service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale, BP 13356, Brazzaville, Congo. \*E-mail : ondzotto@voila.fr, gondzotto@yahoo.fr

(2) Service de médecine interne et d'Hépatogastro-entérologie, BP 32, Brazzaville, Congo.

Manuscrit n° 2532. "Clinique". Reçu le 17 février 2003. Accepté le 7 novembre 2003.

**Summary: Cervico-facial and ENT symptoms due to HIV infection in tropical area. About 253 congolese cases.**

In human immunodeficiency virus infection as well as in related syndromes, cervico-facial and oto-rhino-laryngologic manifestations are current.

A retrospective study in Oto-Rhino-Laryngology service of Brazzaville University Hospital from December 1995 to November 2001 has been reported. 253 patients were selected from a total of 1352 consultations. The study population is young (average age:  $34 \pm 4.8$  years), and most of the patients are 30 to 49 years old (75.9 %). Men represent 51 % and women 49 %. Although sexual multipartnership (59.7 %) is the main risk factor, traditional practices (22.8 %) are not neglectible in Africa. Among all cases, human immunodeficiency virus type 1 is found in 72.3 % of cases. The affections are located in the neck (40.5 %), ear (24.9 %), pharynx (17.3 %), rhinosinus (13.3 %), oral cavity and vestibule (2.7 %) and larynx (1.3 %).

These main affections are represented by: parotidosis (20.1 %), peripheric facial paralysis (15.4 %), pharyngeal candidiasis (14.6 %), sinusitis (14.2 %) and ganglial tuberculosis (11.5 %). Lymphoma (7 cases), kaposi's sarcoma (7 cases) and epidermoid carcinoma (1 case) are the malignant affections identified in 15 cases (6 %).

The diagnosis of some affections like cystic parotiditis (11 %), noma (1.6 %), African histoplasmosis (0.4 %) and rhinoscleroma (0.4 %) constitutes this study particularity.

The Oto-rhino-laryngologist's role is important in early diagnosis of HIV infection as well as in the followed-up of patients.

**Résumé :**

Les manifestations oto-rhino-laryngologiques et cervico-faciales lors de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine et les syndromes apparentés sont très fréquents.

Nous rapportons une étude rétrospective colligée dans le service d'oto-rhino-laryngologie du Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville dans la période de décembre 1995 à novembre 2001. Deux cent cinquante trois patients sont sélectionnés au total sur 1352 consultations, soit 19 %. La population concernée est jeune (âge moyen:  $34 \pm 4,8$  ans), la tranche d'âge la plus touchée est celle de 30 à 49 ans (75,9 %). La série comprend 51 % d'hommes et 49 % de femmes. Le principal facteur de risque est le multipartenariat sexuel (59,7 %), cependant le rôle des pratiques traditionnelles (22,8 %) n'est pas négligeable en Afrique. Le virus d'immunodéficience humaine de type 1 est retrouvé dans 72,3 % des cas. Les différentes affections siègent au niveau du cou (40,5 %), oreille (24,9 %), pharynx

(17,3 %), rhino-sinus (13,3 %), cavité et vestibule oraux (2,7 %), larynx (1,3 %). Les principales affections sont représentées par: parotidose (20,1 %), paralysie faciale périphérique (15,4 %), candidose oropharyngée (14,6 %), sinusite chronique (14,2 %) et tuberculose ganglionnaire (11,5 %). Les affections malignes identifiées dans 15 cas (6 %) sont représentées par: lymphome (7 cas), sarcome de Kaposi (7 cas), carcinome épidermoïde (1 cas).

La particularité de cette étude ressort du diagnostic des affections telles: parotidose kystique (11 %), noma (1,6 %), histoplasmosse africaine (0,4 %), et rhinosclérome (0,4 %).

Le rôle de l'oto-rhino-laryngologiste est important dans le diagnostic précoce de l'infection par le VIH, mais aussi dans le suivi de ces patients.

## Introduction

L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un problème de plus en plus fréquent pour le médecin généraliste et surtout l'oto-rhino-laryngologiste. En effet, les atteintes oto-rhino-laryngologiques (ORL) et cervico-faciales de l'infection par le VIH sont variées et polymorphes (5). Elles n'ont que peu d'incidence, voire pas du tout sur l'évolution générale de la maladie, mais elles sont cependant

une source d'inconfort supplémentaire pour le patient. 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.

Le but de cette étude est de préciser le profil épidémiologique et les différents aspects cliniques de ces affections ORL et cervico-faciales (CF), dans le cadre de l'infection au VIH et de sa forme la plus achevée qui est le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) en zone tropicale.

ENT  
cervico-facial  
HIV  
AIDS  
Brazzaville  
Congo  
Sub-Saharan Africa

ORL  
cervico-facial  
VIH  
sida  
Brazzaville  
Congo  
Afrique inter-tropicale

## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur les patients ayant consulté dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, de décembre 1995 à novembre 2001 (soit 6 ans). Au cours de cette période, 253 patients présentant une sérologie positive au VIH par les tests Elisa puis Western Blot ont été recensés. La sérologie rétrovirale a été demandée:

- soit dans notre service (177 cas; 70 %): de façon systématique au cours du bilan pré-opératoire; devant les signes chroniques ou récidivants des pathologies ORL et cervico-faciales;
- soit par d'autres services hospitaliers: 76 patients (30 %) ont été adressés à notre consultation pour une affection de la sphère ORL.

L'étude de la charge virale des lymphocytes T4 n'a pas été disponible dans les conditions d'exercice.

Les différents paramètres d'étude ont été:

- épidémiologiques: âge, sexe, provenance, facteurs de risque, type de virus;

- cliniques: siège des lésions, groupes d'affections et principales manifestations au cours des différents stades évolutifs de l'infection par le VIH (primo-invasion: 1 cas soit 0,4 %, syndrome lymphoadénopathique: 1 cas soit 0,4 %, sida: 251 cas soit 99,2 %) selon la classification du Center diseases control (CDC) (5).

Les résultats ont été saisis et traités à l'aide du logiciel Epi-Info version 5.0. Le test de  $\chi^2$  a été utilisé pour les comparaisons des variables; le seuil de signification a été fixé à 5 %.

## Résultats

### Données épidémiologiques

#### Fréquence

Durant la période d'étude, 1352 patients ont consulté dans notre service, 253 avaient une sérologie positive au VIH, soit une fréquence de 19 %.

#### Âge et sexe

L'âge des patients variait de 9 mois à 76 ans avec une moyenne de  $34 \pm 4,8$  ans. La classe modale a été représentée par la tranche d'âge de 30 à 39 ans (41,5 %) et 75,9 % des patients avaient un âge compris entre 30 et 49 ans. Sept patients âgés de 60 ans et plus ont été identifiés (tableau I).

La répartition selon le sexe montrait 129 sujets (51 %) de sexe masculin et 124 sujets (49 %) de sexe féminin. La différence statistique selon le sexe n'était pas significative ( $p = 0,656$ ).

#### Provenance

Nos patients provenaient d'un milieu urbain dans 163 cas (64,4 %), rural dans 87 cas (34,4 %). Dans 3 cas (1,2 %) la provenance des patients n'a pas été précisée.

La population urbaine était statistiquement la plus touchée par rapport à la population rurale ( $p < 10^{-6}$ ).

#### Facteurs de risque

Ils ont été retrouvés dans 57 cas (22,5 %): tableau II. Le multipartenariat sexuel était le facteur de risque très significatif

Tableau I.  
Répartition des patients selon l'âge.  
Distribution of patients according to age.

âge (an)	cas	%
0 - 9	20	8
10 - 19	11	4,3
20 - 29	14	5,5
30 - 39	105	41,5
40 - 49	87	34,4
50 - 59	9	3,5
60 - 69	5	2
70 - 79	2	0,8
total	253	100

Tableau II.  
Présentation des facteurs de risque.  
Presentation of risk factors.

facteur	cas	%
multipartenariat sexuel	34	59,7
pratiques traditionnelles (scarifications)	13	22,8
transfusion sanguine	8	14
toxicomanie	2	3,5
total	57	100

tivement important par rapport aux pratiques traditionnelles ( $p < 10^{-5}$ ).

#### Type de virus

La répartition selon le type de virus était la suivante:

- VIH1: 183 cas (72,3 %);
- VIH1 + VIH2: 45 cas (17,8 %);
- VIH2: 25 cas (9,9 %).

La présence du VIH1 chez nos patients était statistiquement très significative ( $p < 10^{-6}$ ).

### Données cliniques

#### Siège des lésions

Plusieurs sièges anatomiques ont été atteints (tableau III). Le cou et le pharynx ont été les sièges les plus touchés avec une différence statistique hautement significative ( $p < 10^{-6}$ ).

Les différents éléments affectés du cou étaient: la parotide (57 cas; 49,1 %), les ganglions (48 cas; 41,4 %), le tissu celluleux (8 cas; 6,9 %) et le corps thyroïde (3 cas; 2,6 %). La différence de fréquence entre les atteintes parotidiennes et ganglionnaires est non significative ( $p = 0,235$ ).

#### Différentes affections

Les affections tumorales ont été diagnostiquées dans 67 cas (26,5 %), les affections inflammatoires et infectieuses dans 186 cas (73,5 %). La différence statistique était hautement significative ( $p < 10^{-6}$ ).

Plusieurs affections ont été retrouvées aux différents stades de l'évolution de l'infection par le VIH (tableau IV).

Les lésions malignes ont été identifiées dans 15 cas: lymphome (7 cas), sarcome de Kaposi (7 cas) et carcinome épidermoïde (1 cas).

Tableau IV.  
Répartition des affections en fonction du siège anatomique et du stade de l'infection VIH.  
Distribution of affections according to anatomical site and stage of HIV infection.

siège	affection	stade de l'infection			Cas	%
		PI	SLA	sida		
parotide	parotidose			+	51	20,1
	parotidite suppurée			+	6	2,4
ganglioncervical	tuberculose			+	29	11,5
	adénite non spécifique (poly-adénopathie)		+		9	3,5
	lymphome malin			+	6	2,4
	sarcome de Kaposi			+	3	1,2
	histoplasmose africaine			+	1	0,4
thyroïde	goitre euthyroïdien			+	2	0,7
	strumite			+	1	0,4
tissu celluleux cervical	cellulite cervicale extensive			+	8	3,2
	pharynx	candidose oropharyngée		+	37	14,6
pharynx	angines à répétitions			+	6	2,4
	sarcome de Kaposi			+	3	1,2
	lymphome amygdalien			+	1	0,4
	pharyngite aiguë		+		1	0,4
	oreille	paralysie faciale périphérique			+	39
oreille	sarcome de Kaposi			+	1	0,4
	rhino-sinus	sinusite chronique		+	36	14,2
rhino-sinus	rhinosclérome			+	1	0,4
	larynx	laryngite mycosique		+	3	1,2
larynx	carcinome épidermoïde			+	1	0,4
	cavité et vestibule oraux	candidose buccale		+	4	1,6
		Noma		+	4	1,6
total				253	100	

Les parotidoses comprenaient 23 cas (9%) simples et 28 cas (11%) kystiques (différence statistique non significative,  $p > 0,05$ ). Un antécédent de zona auriculaire a été retrouvé dans 9 cas (23%) parmi les patients présentant une paralysie faciale périphérique. La parotidose, la tuberculose ganglionnaire, la candidose oropharyngée et la paralysie faciale périphérique étaient dans les différentes régions les affections très représentatives ( $p < 0,05$ ).

PI = primo-infection; SLA = syndrome lymphadénopathique

## Discussion

### Sur le plan épidémiologique

À partir de ce travail, il est difficile de préciser la fréquence réelle de la pathologie ORL et cervico-faciale (CF) au cours de l'infection par le VIH en milieu hospitalier congolais. En effet, les 253 cas retenus dans cette étude ne sont que ceux vus dans le service d'ORL. Ce nombre peut paraître faible, il serait plus important si une prospection était faite systématiquement dans les autres services hospitaliers.

Les manifestations ORL et cervico-faciales lors de l'infection par le VIH existent dans 40 à 70 % des cas (35). Nous avons recensé 253 cas en 6 ans, soit une prévalence globale de 19 %. SACKO et coll. (32) ont observé au Mali 65 cas en 3 ans. AGNILA (3) rapporte au Bénin 21 cas en 11 ans. La différence de fréquence résulterait de la durée des études et de la variété d'approche méthodologique.

Il ressort de notre étude qu'il existe une distribution égalitaire entre les sexes. La prédominance masculine est par contre notée dans plusieurs études (3, 9, 17, 18).

La maladie est plus fréquente dans la population adulte jeune. Nos résultats corroborent les données de AGNILA (3) et SACKO (32).

Le plus jeune patient de notre série a 9 mois et le plus âgé a 76 ans. SACKO et coll. (32) trouvent une tranche d'âge de 3 ans à 62 ans et celle de GEHANNO et coll. (17) est de 2 ans à 66 ans.

L'âge de survenue de l'infection par le VIH est très variable, mais la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'en Afrique, l'infection est précoce (2, 27, 33).

Les patients âgés de 60 ans et plus sont rarement intéressés : 2,8 % dans notre étude et 1,5 % dans celle de SACKO et coll. (32).

Dans les séries de AGNILA (3) et TOLEDO (39) les patients sont âgés respectivement de 23 ans à 51 ans et de 21 ans à 49 ans, les enfants et les sujets âgés ne sont pas retrouvés.

Notre étude étant réalisée à Brazzaville, il est évident que la plupart des patients proviennent de ce milieu urbain.

Parmi les facteurs de risque, le multipartenariat sexuel occupe une place importante. Cependant, il est à retenir que certains facteurs comme les scarifications et la transfusion sanguine sont à prendre en compte.

Parmi nos patients, 72,3 % portent le VIH-1, 25 % le VIH-2 et 17,8 % l'association des deux virus. Ces résultats corroborent les données de la littérature, à savoir que le VIH-1 est plus fréquent en Afrique centrale et le VIH-2 en Afrique de l'ouest (2, 38).

### Sur le plan clinique

Selon le siège des affections, le cou et l'oreille sont plus atteints, puis viennent le pharynx, le naso-sinus, la cavité orale et le larynx. MOAZZEZ et coll. (29), cependant, constatent que les localisations buccales et nasales sont fréquentes, suivies de la localisation otologique.

Les manifestations inflammatoires et infectieuses sont plus importantes (73,5 %) par rapport aux manifestations tumorales (26,5 %). Les affections sont en effet polymorphes, retrouvées dans 99,2 % au stade de sida. Les principales affections sont représentées par parotidose (20,1 %), paralysie faciale périphérique (15,4 %), candidose oropharyngée (14,6 %), sinusite chronique (14,2 %) et tuberculose ganglionnaire (11,5 %). AGNILA (3) identifie 28,6% d'adénopathies cervicales, 23,8 % de paralysies faciales périphériques,

23,8% de sinusites, 19 % de zona auriculaire. SACKO et coll. (32) diagnostiquent de façon représentative 31,9% de candidoses bucco-pharyngées, 16,3% d'otites suppurées, 10,3 % de pharyngites atrophiques, 6,9 % de rhinites atrophiques, 6 % de sinusites et 5,1 % d'acouphènes.

Les lésions néoplasiques font partie des critères diagnostiques du sida. Outre la localisation ganglionnaire des lymphomes, nous retrouvons une atteinte amygdalienne. Il s'agit surtout de lymphomes à grandes cellules dont le rôle de cofacteurs viraux (Epstein Baar virus) semble être important (5). Le carcinome épidermoïde de localisation laryngée est retrouvé dans cette série. Des carcinomes épidermoïdes peuvent en effet apparaître chez ces patients au cours du sida d'autant plus qu'ils surviennent en dehors de tout facteur alcool-tabagique. Mais la lésion néoplasique opportuniste la plus caractéristique et la plus fréquemment rencontrée au cours du Sida est le sarcome de Kaposi.

En dehors des manifestations plus spécifiques largement traitées dans la littérature, certaines n'en constituent pas moins des manifestations supplémentaires des risques infectieux au cours de l'infection par le VIH.

Les manifestations parotidiennes sont caractérisées par la prédominance de leur nature kystique. Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales et sont de plus en plus rapportées dans la littérature (14, 37). Il s'agit de kystes bénins de type lympho-épithélial (37).

Les parotidomégalies simples, non kystiques sont des tuméfactions parotidiennes chroniques qui posent un problème étiologique. Elles sont rapportées dans le sida par certains auteurs dans le cadre du syndrome de Sjögren (12). Pour déterminer l'étiologie, il est nécessaire de réaliser des biopsies parotidiennes. Cette démarche est soutenue par COLEBUNDERS et coll. (11). L'histologie des biopsies des tuméfactions parotidiennes réalisées par ces derniers chez 2/3 patients VIH positifs a montré dans un cas un lymphome malin histiocytaire à grandes cellules et dans l'autre une morphologie parotidienne normale avec des signes discrets d'inflammation.

Les infections des glandes salivaires sont inhabituelles chez les sujets infectés par le VIH et sont principalement localisées dans la parotide. Les parotidites aiguës suppurées surviennent habituellement chez les patients débilisés présentant une maladie sous-jacente sévère. Il apparaît logique, par conséquent, qu'elles puissent survenir au cours de l'infection par le VIH.

Le caractère particulier de ces parotidites est leur récurrence. L'histologie des biopsies ganglionnaires dans le syndrome lymphadénopathique peut apporter des éléments pronostiques importants. La raréfaction des éléments lymphoïdes dans un ganglion gagné par la fibrose, *a fortiori* l'apparition d'éléments Kaposiens, signale une évolution péjorative à court terme (26). Ces adénopathies retrouvées au stade de lymphadénopathie ont tendance à disparaître par la suite. Leur réapparition au stade de sida doit faire craindre un lymphome ganglionnaire, une métastase d'un lymphome extra-ganglionnaire ou d'un épithélioma.

La tuberculose associée à l'infection par le VIH a une place très particulière en zone tropicale. Les atteintes ganglionnaires cervicales sont plus précoces dans le déficit immunitaire et de présentation moins aiguë que les atteintes profondes, médiastinales ou abdominales. Dans ces ganglions tuberculeux, une nécrose caséuse est retrouvée sans réaction épithélioïde. On note rarement des lymphocytes. Le ganglion est habituellement déshabité, avec du caséum et quelques bacilles acido-alcool-résistants (5).

L'histoplasmose africaine à *Histoplasma duboisii* été décrite pour la première fois chez un sujet VIH positif en 1987 (13). Elle semble être rare. CARME et coll. (8) expliquent cette rareté par l'absence de concordance entre les répartitions géographiques de ces deux pathologies: le sida atteignant les populations urbaines tandis que l'histoplasmose africaine touche en général les milieux ruraux. GEFFRAY et coll. (16), par contre, émettent deux autres hypothèses, à savoir: le décès prématuré des malades du sida ne permettent pas l'émergence de l'histoplasmose africaine et les problèmes diagnostiques posés par ces deux affections entraînent une sous-estimation du nombre des malades. L'influence manifeste de l'immunosuppression acquise sur l'apparition et le développement de l'histoplasmose africaine reste cependant certaine (16).

La glande thyroïde est moins concernée que les autres glandes endocrines par l'infection par le VIH (7, 19). La pathologie thyroïdienne peut être tumorale ou liée à une affection opportuniste. Les atteintes rapportées à des infiltrations kaposiennes ou sarcomateuses, des infiltrations par le cytomégalovirus, le cryptocoque ou *Pneumocystis carinii* ont été ponctuellement observées dans plusieurs études (7, 19). En revanche, des dysfonctionnements thyroïdiens cliniques ou biologiques ont été très rarement constatés.

L'infection par le VIH est un facteur de risque dans la survenue des cellulites cervicales qui sont volontiers extensives.

La candidose affecte une large proportion de sujets infectés par le VIH, elle est le signe le plus précoce et le plus constant du sida (1, 17). Son siège est buccal et oropharyngé, associé parfois à une atteinte œsophagienne. Ces candidoses sont rebelles au traitement et récidivantes. L'aspect le plus courant est celui de muguet (phase aiguë de la maladie). Dans certains cas graves, l'apparition des ulcérations, après une phase érythémateuse, peut en imposer pour des affections néoplasiques qui peuvent se rencontrer dans ce même contexte: un Kaposi muqueux ulcéré, une lésion lymphomateuse ulcérée, voire une granulomatose lymphomatoïde comme c'est le cas dans l'observation de ROUMIEUX et coll. (31).

Les angines sont présentes au cours du sida. Elles sont banales (érythémateuses simples) ou très bruyantes, parfois même extensives avec douleurs et dysphagie sévère. Leur caractère récidivant comme leur association à des adénopathies cervicales doivent inquiéter et faire suspecter le diagnostic.

La pharyngite s'inscrit habituellement dans le cadre d'un syndrome mononucléosique. Elle constitue un motif de consultation et peut permettre d'évoquer le diagnostic d'une primo-infection d'un sida.

Les paralysies faciales périphériques (PFP) ont été décrites comme complications précoces ou tardives de l'infection par le VIH (6, 22, 36). Elles sont probablement plus fréquentes dans la population africaine et peuvent même survenir lors de la séroconversion (4, 6, 20, 21, 23, 24, 28). Une PFP sans cause apparente, récidivante, un antécédent de zona, même limité à un dermatome, doivent faire suspecter l'infection par le VIH (22, 28).

Les sinusites sont volontiers chroniques ou récidivantes, surtout à un stade avancé d'immunosuppression (1, 34). La fréquence dans la littérature est de 30-70 % (5). Nous retrouvons des fréquences moins importantes dans les études africaines: 14,2 % dans notre série, 23,8 % et 11 % dans celles de AGNILA (3) et SACKO (32). Les parts relatives de l'infection bactérienne et des mécanismes d'hypersensibilité sont mal évaluées. L'association à des infections opportunistes parasitaires (microsporidiose) ou virales (cytomégalovirus) sinusiennes sous-jacentes a été évoquée pour expliquer l'évolution chronique ou récidivante de ces sinusites bactériennes (34). Les sinusites sont souvent maxillaires, bilatérales, plus rarement

frontales, plus ou moins bruyantes ou asymptomatiques. Le bilan radiologique de la face confirme le diagnostic clinique en montrant une opacité ou un niveau liquide. La ponction ramène habituellement un liquide purulent ou mucopurulent. La récurrence est fréquente en général à l'arrêt du traitement.

La relation entre rhinosclérome et infection à HIV est mal connue. Le tableau clinique du rhinosclérome est inhabituel avec une évolution très aiguë. Le déficit immunitaire dû à l'infection HIV est probablement la cause de l'évolution très aiguë.

L'association VIH et noma a été documentée par CHIDZONGA (10) au Zimbabwe, MAMADOU et coll. (25) au Niger et par NATH et JOVIC (30) en Zambie. Du fait de sa composante infectieuse, le noma est favorisé par un déficit immunitaire quelle qu'en soit l'origine (15). Le lien entre le VIH et le noma reste possible. Afin d'explorer les interactions entre le VIH/sida et cette maladie, MAMADOU et coll. (25) proposent de réaliser une sérologie systématique pour chaque cas de noma, surtout chez l'adulte.

## Conclusion

**A**u cours de l'infection par le VIH, particulièrement en cas de sida avéré, des affections de la sphère ORL et cervico-faciale sont polymorphes. Cette étude confirme la présence de certaines atteintes communes à d'autres spécialités et ayant déjà retenu l'attention des auteurs dans leur classification comme: mycoses, sarcomes de Kaposi, lymphomes, lymphadénopathies chroniques et tuberculose. Elle identifie certaines affections qui pourraient être connues comme prodromiques dans l'infection par le VIH ou opportunistes dans le sida, telles: paralysie faciale périphérique isolée récidivante, parotidoses, carcinome épidermoïde, histoplasmose africaine, noma, rhinosclérome et sinusites chroniques.

Les différentes infections retrouvées posent le problème de leur récurrence ou chronicité et doivent éveiller l'attention des praticiens, surtout lorsqu'elles surviennent chez des patients sans antécédent particulier. Pouvant être révélatrices, les lésions tumorales sont évocatrices et ne se voient qu'au stade de sida maladie. Pour l'oto-rhino-laryngologiste, compte tenu des difficultés de prise en charge thérapeutique de ces affections récidivantes, il convient, à la phase initiale, de penser à réaliser une sérologie au moindre doute pour faire un diagnostic précoce.

## Références bibliographiques

1. ADJOUA RP, KOUASSI P & BOGUIFO FG - Séropositivité aux tests du sida et affections ORL à Abidjan. *Pub Méd Afr*, 1989, **100**, 109-115.
2. AGBERE A, BASSUKA-PARENT A, VOVOR A, TATAGAN K, YEDIARRA *et al.* - Sida de l'enfant dans le service de Pédiatrie du CHU de Tokoin, Lomé (Togo). *Méd Afr Noire*, 1994, **41**, 693-697.
3. AGNILA JC - *Pathologies ORL et cervico-faciales et le statut de sérologie VIH*. Thèse de Médecine Cotonou, 1999, 809.
4. AVODE DG, BIGOT A, KODJOH N & LATOUNDJI S - Paralysie faciale périphérique isolée et sérologie positive du VIH: une étude de 6 cas au CHNU de Cotonou (Bénin). *Méd Afr Noire*, 1996, **43**, 490-493.
5. BARRY B, MATHERON S & GEHANNO P - *Manifestations ORL observées au cours de l'infection par le VIH*. EMC oto-rhino-laryngologie, 20-956-A10, 1996, 6p.
6. BELEC L, GEORGES AJ, BOUREE P & SCHULLER E - Peripheral facial nerve palsy related to HIV infection: relationship with the immunological status and the HIV staging in central Africa. *Centr Afr J Med*, 1991, **37**, 83-93.

7. BRICAIRE F - Manifestations endocriniennes au cours du Sida. *Méd Hyg*, 1989, **47**, 631-633.
8. CARME B, NGOLET A, EBKILI B & ITOUA-NGAPORO A - Is African histoplasmosis an opportunist fungal infection in AIDS? *Med Hyg*, 1990, **84**, 293.
9. CHEN AY, KLINE MW, STEWART MG & OHLMS LA - Otolaryngologic disease progression in children with HIV infection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1991, **122**, 1360-1363.
10. CHIDZONGA MM - Noma (*cancrum oris*) in human immunodeficiency virus/ acquired immune deficiency syndrome patients: report of eight cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 1996, **54**, 1056-1060.
11. COLEBUNDERS R, FRANCIS H, MANN JM, BILA KM, KANDI KANDI *et al.* - Tuméfaction parotidienne au cours des infections par le VIH. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1988, **114**, 330-332.
12. COULAUD JP - Manifestations cliniques de l'infection par le VIH chez l'africain. *Méd Trop*, 1988, **48**, 327-335.
13. DUPRE G, COREMANS-PELSENEER J, PEETERS P, RICKAER F & STRUELENS SERRUYS E - Histoplasmosis africaine disséminée associée au Sida. *Bull Soc Fr Mycol Méd*, 1987, **16**, 75-80.
14. ECHAVEZ MI, LEE KC & SOOY CD - Tetracycline sclerosis for treatment of benign lymphoepithelial of the parotid gland in patients infected with human immunodeficiency virus. *Laryngoscope*, 1994, **104**, 1499-1502.
15. ENWONWU CO, FALKLER WA JR, IDIGBE EO & SAVAGE KO - Noma (*cancrum oris*): questions and answers. *Oral Dis*, 1999, **5**, 144-149.
16. GEFFRAY L, VEYSSIER P, CEVALLOS R, BEAUD B, MAYOLLE J *et al.* - Histoplasmosis africaine: aspects cliniques et relation avec le Sida. A propos de 4 observations. *Ann Méd Int*, 1994, **145**, 424-428.
17. GEHANNO P, ALALOUF P, GUEDOU C *et al.* - Manifestations ORL observées dans le Sida. A propos de 54 observations. *Ann Otolaryngol*, 1985, **102**, 473-477.
18. GREIN G, RIEDERER A, FRÖSCHL M & BOGNER J - Incidence rate of HIV associated diseases in head and neck region: a prospective study on 329 cases. *Int Conf AIDS*, 1993, **9**, 66.
19. GRINSPOON SK & BILEZIKIAN JP - HIV disease and the endocrine system. *N Engl J Med*, 1992, **327**, 1360-1365.
20. KABORE J, DEBOUVERIE M, GALIN M, SANOU S, VERDIER M *et al.* - Paralysie faciale idiopathique et sérologie VIH. Une étude au Burkina Faso. In: DUMAS M, GIORDANO C, GENTILINI M, CHIEZE F. *Neurologie tropicale*. Ed Auperl-Uref. John Libbey Eurotext (Paris), 1993, 149-152.
21. KACOUCHIA N, N'GATTIA V, AISSI R, EHOUE F & HAEFFNER G - Les paralysies faciales périphériques et les infections à rétrovirus HIV1 et HIV2 du Sida. A propos de 36 cas. *Rev Int Sc Méd*, 2000, **2**, 7-11.
22. KOHLER A, BURKHARD P, MAGISTRIS MR & CHOFFLON M - Paralysie faciale périphérique isolée et infection à VIH: 7 cas. *Rev Neurol*, 1995, **8**, 332-337.
23. KOUASSI B, ETTIEN F, ASSI B, MILLOGO A, DIAGANA M *et al.* - Paralysie faciale périphérique et infection à VIH en Côte d'Ivoire. *Sidalerte*, 1991, **9**, 27.
24. KPEMESSI E, MATHIAS A, SOSSOU K & DAVID M - Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH à Lomé. *Echo de Santé*, 1996, **36**, 4-7.
25. MAMADOU S, KAKA M, MONTAVON C, NOMAN Y, MATY M *et al.* - A propos d'une association VIH et noma au Niger. *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, **95**, 76-77.
26. MARCHE C, DIEBOLD J, GEHANNO P, BOUTON C & NEGUESSE Y - Les adénopathies cervicales en relation avec le Sida. Évolution et pronostic. *Ann Otolaryngol*, 1985, **102**, 299-303.
27. MBIKA CARDORELLE A & MOYEN G - Le Sida en soins intensifs pédiatriques. *Méd Afr Noire*, 1998, **45**, 29-32.
28. MILLOGO A, KI-ZERBO GA, SAWADOGO AB, OUEDRAOGO I & TAMINI MM - Caractéristiques comparées des paralysies faciales périphériques selon le statut VIH à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Bull Soc Pathol Exot*, 2000, **93**, 104-107.
29. MOAZZEZ AH & ALVI A - Head and neck manifestations of AIDS in adults. *Am Fam Physician*, 1998, **57**, 1813-1822.
30. NATH S & JOVIC G - Cancrum oris: management, incidence and implications of human immunodeficiency virus in Zambia. *Plast Reconstr Surg*, 1998, **102**, 350-357.
31. ROUMIEUX JL, BALMES P, RANCOULE J, LALLEMANT JG & MATY-DOUBLE C - Granulomatose lymphomatoïde au cours du Sida. *Les cahiers d'ORL*, 1992, **27**, 127-130.
32. SACKO HB, AG MOHAMED A, MAIGA MY, KALLE A, DOUMBIA SY & GUINDO A - Manifestations ORL observées au cours du Sida. A propos de 65 observations. *Bull Soc Pathol Exot*, 1995, **88**, 234-235.
33. SENG A, NZINGOULA S, YALA F & MAYANDA HF - Sida et syndromes apparentés chez le nourrisson à Brazzaville. *Arch Pédiatr*, 1988, **45**, 515-516.
34. SMALL CB, KAUFMAN A, ARMENAKA M & ROSENSTREICH DL - Sinusitis and atopy in human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis*, 1993, **167**, 283-290.
35. SMITH RV & EISELE DW - Human immunodeficiency virus: transmission concerns in clinical practice. *Ear Nose Throat J*, 1991, **70**, 271-283.
36. SNIDER WD, SIMPSON DM, NIELSEN S, GOLD JMW, METROLA CE & POSNER JB - Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol*, 1983, **14**, 403-418.
37. SPERLING NM, TANGLIN PI, LUCENTE FE. Cystic parotid masses in HIV infection. *Head and Neck*, 1990, **12**, 337-341.
38. TEZZO R & PIOT P - Épidémiologie de l'infection à VIH en zone tropicale. In: ROENHEIM M, ITOUA-NGAPORO A. *Sida-infection à VIH. Aspects en zone tropicale*. Ellipse/Auperlf, Paris, 1989, 48-59.
39. TOLEDO J, GONCALVES D, SILVA MS & GRECO DB - Otolaryngol findings in HIV infections. *Int Conf AIDS*, 1994, **10**, 159.