

Case report

Caractéristiques sociodémographiques et sémiologiques de la sphère ORL des patients avec infection par le VIH/SIDA à Kinshasa, RD Congo

Florent Nzuzi Kawashi¹, Benjamin Longo-Mbenza^{2,&}, Richard Matanda Nzanza¹, Augustin Nge Okwe³, Simon Mbungu Fuele³

¹Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RD Congo, ²Faculty of Health Sciences, Walter Sisulu University, Mthatha, South Africa, ³Laboratoire d'Epidémiologie Clinique et Biostatistique, LOMO Medical, Kinshasa, RD Congo

[&]Corresponding author: [&]Longo-Mbenza Benjamin, Walter Sisulu University, Faculty of Health Sciences, Private Bag X1, Mthatha 5117, Tel +27732822843, Fax +27475022101, Eastern Cape, South Africa.

Key words: Afrique sub-Saharienne, céphalées, rhinorrhée, VIH/SIDA

Received: 29/09/2010 - Accepted: 16/11/2010 - Published: 24/11/2010

Abstract

Background: L'absence de données congolaises relatives à l'épidémiologie, aux plaintes et signes cliniques de la sphère ORL dans l'infection par le VIH en consultation d'otorhinolaryngologie justifie l'initiation de la présente étude. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects sociodémographiques et sémiologiques de la sphère ORL chez les patients avec infection à VIH/SIDA dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo. **Méthodes:** Etude transversale réalisée entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL de l'Hôpital Général de Kinshasa, RDC. **Résultats:** Au total, 52 patients infectés par le VIH/SIDA et d'âge moyen de 40.6 ± 13 ans ont été enquêtés. Le sexe féminin, la tranche d'âge de 30 -40 ans, les mariés et les veufs, les nantis et les plus scolarisés étaient les caractéristiques observées chez les patients infectés par le VIH/SIDA. Les céphalées et la rhinorrhée sous toutes ses formes, l'hypertrophie de la parotide, les adénopathies cervicales constituaient les aspects sémiologiques les plus rencontrés. **Conclusion:** La connaissance des aspects sociodémographiques et sémiologiques est indispensable dans le diagnostic précoce de l'infection par le VIH/SIDA.

Pan African Medical Journal. 2011; 7:15

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/7/15/full>

© Florent Nzuzi Kawashi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Au début des années 1980, la pandémie du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), a été rapportée au monde sans connaissance de l'agent pathogène [1,2]. Cette forme tardive de la maladie est l'aboutissement de la progression de la déplétion immunitaire liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cette pandémie frappe davantage l'Afrique subsaharienne et selon les données de l'ONUSIDA, 68% des 33,2 millions des personnes infectées par le VIH vivent dans cette région où résident moins de 10% de la population mondiale [3]. En République Démocratique du Congo (RDC), selon le Programme National de la Lutte contre le SIDA (PNLS), la séroprévalence dans la population générale est estimée à 4,04% [4].

Plusieurs facteurs sociodémographiques dont le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la profession, la toxicomanie, le comportement à risque (tabagisme, excès d'alcool, partenaire multiple, non utilisation des préservatifs), l'homosexualité et les transfusions sanguines non testées sont incriminés dans l'acquisition de l'infection par le VIH /SIDA.

Dans les pays développés, le diagnostic de l'infection par le VIH/SIDA repose sur l'axe de laboratoire (classification CDC) [5] et l'axe clinique (Stades de l'OMS) [6]. Mais face au manque de ressources financières et des infrastructures de laboratoire dans les pays en voie de développement, l'OMS avait proposé les critères de Bangui basés sur la sémiologie et les affections opportunistes. Les seules manifestations de la sphère ORL et cervico-faciales reconnues comme forte suspectes d'infection par le VIH/SIDA sont les adénopathies cervicales, la candidose buccale et oro-pharyngée, la leucoplasie de la langue [7].

Les pathologies de la sphère ORL au cours de l'infection par le VIH/SIDA sont de plus en plus fréquentes et préoccupent plus les spécialistes en ORL, les médecins généralistes et les autres professionnels de santé en dehors des hôpitaux de référence. En effet, plus de la moitié des patients infectés par le VIH présentent des atteintes ORL et cervico-faciales [8].

Ces atteintes polymorphes peuvent se voir à tous les stades de l'infection par le VIH/SIDA; elles sont à l'origine d'un inconfort supplémentaire pour les patients et peuvent ainsi constituer le premier motif de consultation [7,8].

L'absence de données congolaises relatives à l'épidémiologie, aux plaintes et signes cliniques de la sphère ORL dans l'infection par le VIH en consultation ORL justifie l'initiation de la présente étude. L'intérêt de cette étude est l'utilisation ultérieure de tous les aspects épidémiologiques, des symptômes et des signes cliniques de la sphère ORL devant conduire à conseiller et effectuer le dépistage précoce de l'infection à VIH/SIDA. Ceci est d'autant plus justifié qu'en effet la République Démocratique du Congo ne possède que 20 spécialistes ORL pour une population générale de plus de 80 millions d'habitants.

L'objectif de la présente étude était de décrire les aspects sociodémographiques et sémiologiques en présence de l'infection par le VIH/SIDA chez un groupe de patients consultant dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Methods

Il s'est agi d'une étude transversale réalisée chez les patients examinés entre Janvier et Avril 2009. Le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) de l'Hôpital Général de Kinshasa, Commune Gombe, République Démocratique du Congo a servi de cadre à cette enquête. Et les autorités institutionnelles ont approuvé le protocole de la présente étude réalisées après consentement éclairé des adultes et des parents pour les enfants de moins de 18 ans, selon la Déclaration d'Helsinki II.

Etaient éligibles la série consécutive des patients examinés durant la période et le cadre de la présente étude. Ces patients ont tous accepté de participer à cette étude et d'effectuer une sérologie anti-VIH après counseling (taux de réponse de 100%).

Au cours de l'anamnèse, un questionnaire anonyme, structuré et standardisé a été présenté face à face pendant 30 minutes pour récolter les données épidémiologiques et les plaintes des patients. Les patients ont été ensuite examinés par le spécialiste en ORL pour décrire l'état des aires ganglionnaires, sous mandibulaires, trachéales et cervicales, état de la langue, des parotides et des amygdales. Aucun examen complémentaire n'était réalisé: le diagnostic n'étant pas parmi les objectifs de la présente étude. Tous les paramètres épidémiologiques et sémiologiques d'intérêt ont été colligés à l'aide des fiches précodées. Les paramètres épidémiologiques étaient les suivants: sexe, âge, migration interne ruro-urbaine, statut professionnel, commune de résidence, ethnie, niveau d'étude, état matrimonial et les sites géographiques d'origine. Les paramètres sémiologiques étaient les suivants: céphalées, otorrhée, éternuement, hypertrophie des amygdales, chatouillement oropharyngé, otalgie, état blanchâtre de la langue, hypertrophie des parotides et adénopathie cervico-faciale.

Définitions opérationnelles

L'ethnicité était définie par la langue et l'aire culturelle des patients: les Kongo (Province du Bas- Congo, et Bandundu), les Luba (Kasaï Oriental et Occidental), les Ngala (les Provinces de l'Equateur et le nord du Bandundu) et les Swahili (Provinces de Katanga, Nord Kivu, Maniema, Sud Kivu et la Province Orientale).

L'état de la langue était reconnu positif par la présence d'un enduit blanchâtre épais. Par contre l'état des amygdales et des parotides était défini par leur volume (hypertrophique contre normal).

Le niveau d'étude était divisé en bas (illettré, primaire) et en élevé (secondaire, supérieur, universitaire).

Le niveau socio-économique était élevé (indépendant, secteur privé et résidence urbaine) ou bas (sans revenu constant, résidence rurale).

Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été résumées sous forme de moyenne \pm écart type, avec leurs extrêmes, mais les variables qualitatives sous forme de proportions (%). Les données ont été saisies sur microordinateur et analysées en utilisant le logiciel SPSS pour Windows version 13 (SPSS INC, Chicago, IL, USA).

Results

Au total, 52 patients infectés par le VIH ont été enquêtés avec une prédominance féminine (42 femmes pour 10 hommes: sex ratio 4 femmes: 1 homme). Au total, 52 patients infectés par le VIH ont été enquêtés avec une prédominance féminine: 42 femmes pour 10 hommes.

L'âge moyen de ces patients était de $40,55 \pm 13$ ans (extrêmes 8-65 ans). La tranche d'âge 30 -40 ans était la plus représentée dans la population étudiée (Figure 1). La fréquence de l'infection par le VIH était plus élevée chez les mariés 29% (n=14) et veufs 29% (n=14) suivis des célibataires 24,5% (n=12) et des divorcés 18% (n=9). La répartition de ces patients était égale parmi les groupes ethniques: 13 patients par groupe. Les patients infectés par le VIH étaient plus nombreux dans le niveau socio-économique élevé 71 % (n=37) que ceux de niveau bas 29% (n=15). Les patients avec niveau d'éducation élevé 77% (n=40) étaient plus fréquents que ceux ayant un niveau bas 23% (n=12). Le tableau 1 présente les symptômes ORL des patients examinés. La rhinorrhée sous toutes ces formes et les céphalées dominaient la symptomatologie de la sphère ORL suivies de l'obstruction nasale et des acouphènes. A l'inspection instrumentale, la rhinorrhée sous toutes ses formes était plus objectivée que la

langue avec enduit blanchâtre, l'hypertrophie de la parotide et les adénopathies cervicales (Tableau 2). La répartition de la population d'étude selon le sexe, l'âge, l'état matrimonial, niveau d'étude et la profession était influencée ($p<0,05$) par la sérologie anti-VIH.

Discussion

La présente étude a décrit les différentes caractéristiques sociodémographiques et sémiologiques chez les patients congolais avec infection à VIH. Le sexe féminin, la tranche d'âge entre 30-40 ans, les mariés, les veufs, le niveau socio-économique élevé et les ménagères étaient caractéristiques de la présence de l'infection par le VIH/SIDA dans la présente étude comme rapporté dans la littérature [6-21]. Les femmes africaines paupérisées sont souvent plus vulnérables que les hommes [12]. Le rapport ONUSIDA 2002 estime qu'en Afrique sub-saharienne deux fois plus de femmes sont infectées par le VIH/SIDA. Rares sont les études africaines qui rapportent une prédominance masculine dans l'infection à VIH/SIDA à cause de la transmission plus souvent hétérosexuelle [8]. Cette prédominance masculine est beaucoup plus nette dans les pays développés à cause de la transmission homosexuelle et la toxicomanie [9,14,15]. Les patients avec niveau socioéconomique élevé sont plus retrouvés dans notre étude ce qui n'a pas été le cas dans l'étude de Vignikin au Bénin qui constate que ce sont les couches socioprofessionnelles et à profession itinérante qui sont plus touchées. Au plan sémiologique, l'infection par le VIH a été caractérisée par des expressions polymorphes et variées [8,11]. Cette symptomatologie était dominée par la rhinorrhée sous toutes ses formes, l'obstruction nasale et les céphalées. Une association positive et significative a été démontrée entre la présence des céphalées, la rhinorrhée, l'hypertrophie de la parotide et les adénopathies cervicales et la présence de l'infection par le VIH/SIDA [12].

Limites

La présente étude a été limitée par sa nature transversale. Ce qui ne permet pas de prouver une association causale comme le ferait les études longitudinales de cohorte.

Conclusion

Les signes cliniques ORL sont suggestifs de la présence de l'infection à VIH sans distinction des stades cliniques de cette pandémie selon l'OMS. Ainsi la parfaite connaissance de ces aspects sociodémographiques et sémiologiques dans nos pays de l'Afrique Sub-saharienne est un atout majeur dans le dépistage précoce de l'infection par le VIH/SIDA.

Tables and figures

Tableau 1: Plaintes ORL chez un groupe de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Tableau 2: Données de l'inspection instrumentale ORL chez un groupe de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Figure 1: Répartition selon les groupes des âges de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Authors' contributions

Nzuzi Kawashi F: a conçu le thème de l'étude et a récolté les cas, Longo-Mbenza B: a assuré la direction de la rédaction scientifique, Matanda Nzanza R: Membre de la rédaction scientifique, Nge Okwe et Mbungu Fuele: chargés la saisie et des analyses des données épidémiologiques.

References

1. Poiesz Bernard J, Ruscetti Francis W, Gazdar Adi F, Bunn Paul A, Minna John D, Gallo Robert C. Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneaus T- cell lymphoma. Proc Natl Acad Sci U S A. 1980 Dec;77(12):7415-9. **This article on PubMed**
2. Kalyanaraman VS, Sarngadharan MG, Robert-Guroff M, Myoshi I, Blaney D, Golde D, Gallo Robert. A new subtype of human T-cell leukemia virus (HTLV-II associated with a T-cell variant of heavy cell leukemia). Science. 1982; 218:571-573 . **This article on PubMed**
3. Anglaret Xavier, Mortier Emmanuel. Infection à VIH. Maladies Infectieuses, collection Med-Line, Ed ESTEM. 1994 : 135-145
4. ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA: résumé d'orientation, 2008
5. Ministère de la Santé, Programme National de Lutte contre le Sida et IST (PNLS). Guide national de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux chez l'adolescent et l'adulte. Mai 2008.
6. Mohamed Ag, Keita M, Togola-Konipo F, Timbo SK, Sacko HB, Traore L. Pathologies ORL et VIH/SIDA. Bull Soc Pathol Exot. 2003; 96 :295-296. **This article on PubMed**
7. Benhammou A, Benbouzid A, Messaoudi A EL, Jazouli N, Kzadri M. Pathologie de la sphère ORL au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. East Mediterr Health J. 2002 Nov;8(6):826-31. **This article on PubMed**
8. Ondzotto G, Ibara JR, Mowondabeka P, Galiba J. Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale A propos de 253 cas congolais. Bull Soc Pathol Exot. 2004; 97 :59- 63. **This article on PubMed**
9. Butt FM, Vaghela VP, Chindia ML. Correlation of CD4 counts and CD4/CD8 ratio with HIV-infection associated oral manifestations. East Afr Med J. 2007 Aug;84(8):383-8. **This article on PubMed**
10. Ndjolo A, Njock R, Ngowe NM, Ebogo MMB, Toukam M, Nko'o S, Bengono G. Manifestations oto-rhino-laryngologiques inaugurales de l'infection à VIH/SIDA Analyse de 76 cas observés en milieu africain. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2004;125(1):39-43. **This article on PubMed**

11. Vignikin -Yehoussi B, Gomina M, Adjibabi W, Biotchane I, Vodouhe S-J, Hounkpe YYC, Medji ALP. Manifestations ORL et VIH : Aspects épidémiologiques et cliniques au CHNU Cotonou et au CHD Oueme-Plateau. *Mali Med.* 2006;21(2):31-34 . **This article on PubMed**
12. J Lekan Oyefara. Contexte familial, comportement sexuel et vulnérabilité au VIH/SIDA des marchandes ambulantes de la métropole de Lagos, au Nigeria. *Revue Internationale des Sciences Sociales.* 4/2005 (n°186) :759-772
13. Deb T, Singh NB, Devi HP, Sanassan JC. Head and neck manifestations of HIV infection: a preliminary study. *J Indian Med Assoc.* 2003; 101 (2): 93-5 . **This article on PubMed**
14. Birchall MA, Horner PD, Stafford ND. Changing patterns of HIV infection in oto-rhino-laryngology. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1994; 19 (6): 473-7. **This article on PubMed**
15. Barzan L, Tavio M, Tirelli U, Comoretto R. Head and neck manifestations during HIV infection. *J Laryngol Otol.* 1993 Feb;107(2):133-6. **This article on PubMed**
16. Barzan L, Carbone A, Saracchini S, Vaccher G, Tirelli U, Comoretto R. Nasopharyngeal lymphatic tissue hypertrophy in HIV-infected patients. *Lancet.* 1989; 1 (8628): 42-3. **This article on PubMed**
17. Rubin JS, Honiberg R. Sinusitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ear Nose Throat J.* 1990; 69(7):460-3. **This article on PubMed**
18. Barry B, Matheron S, Gehanno P. Manifestations ORL observées au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *Encyclopédie médico-chirurgicale, oto-rhino-laryngologie.* 2000; 20 - 956 – B- 10 :13
19. 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: 22-24
20. 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; 88(5): 234-5. **This article on PubMed**
21. Somefun A, Nwawolo CC, Okeowo PA, Ogbani LU, Akanmu AS, Okanny CC, Akinsete I. Otorhinolaryngological manifestations of HIV/AIDS in Lagos. *Niger Postgrad Med J.* 2001;8(4):170-4. **This article on PubMed**

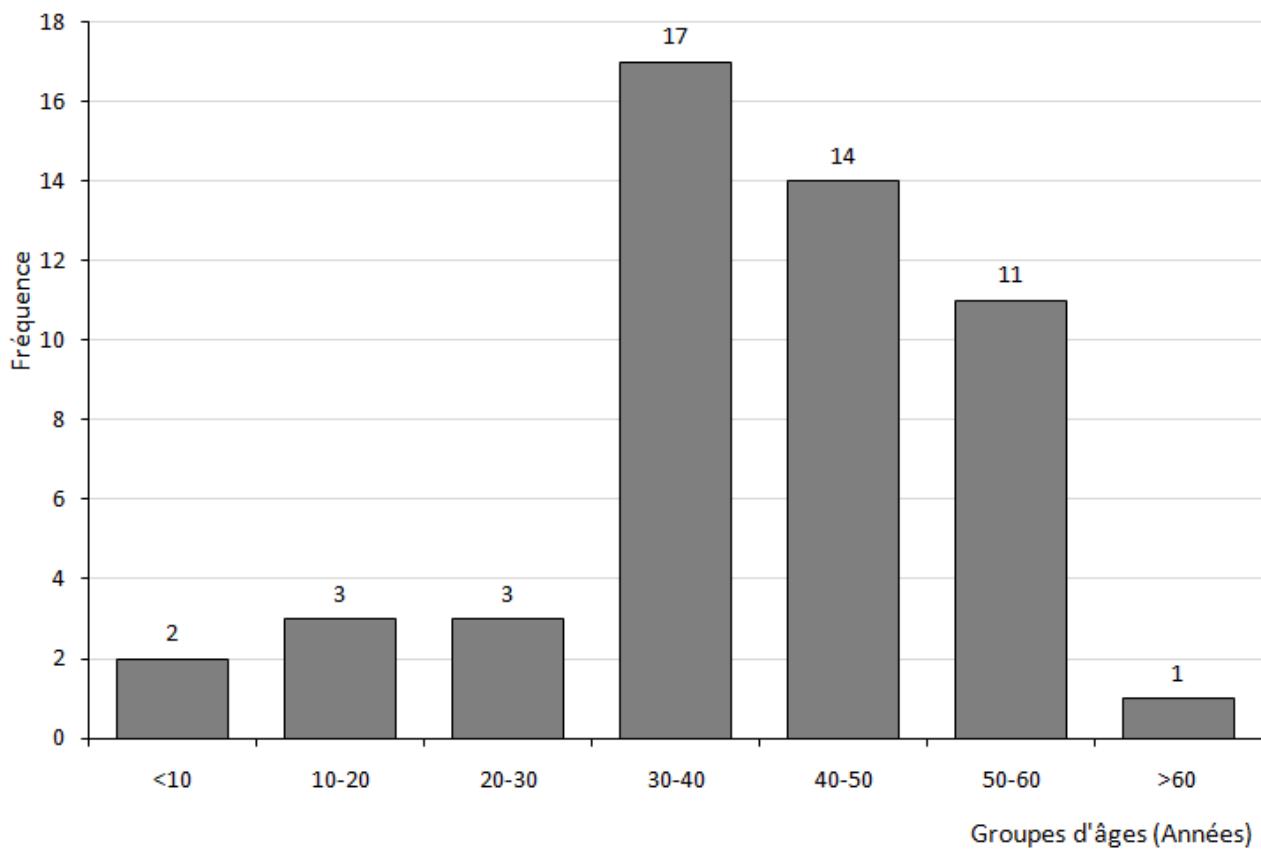


Figure 1

Répartition selon les groupes des âges de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Tableau 1: Plaintes ORL chez un groupe de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL* de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Variables d'intérêt	Nombre	%
Céphalées	33	63,5
Chatouillement oro-pharyngé	6	11,5
Otalgies	14	26
Acouphènes	19	36,5
Otorrhée	15	28
Odynophagie	5	9,6
Obstruction nasale	34	65,4
Rhinorrhée sous toutes ses formes	40	76,9

ORL : Otorhinolaryngologie

Tableau 2: Données de l'inspection instrumentale ORL chez un groupe de patients avec infection à VIH/SIDA examinés entre Janvier et Avril 2009 dans le service d'ORL* de l'hôpital Général de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Variables d'intérêt	Nombre	%
Rhinorrhée muco-purulente	9	22,6
Rhinorrhée purulente	21	52,5
Rhinorrhée postérieure	15	37,5
Langue avec enduit blanchâtre	15	28,8
Hypertrophie de parotide	6	11,5
Adénopathies cervicales	4	7,7

ORL : Otorhinolaryngologie