

# Affections buccales classantes dans l'infection à VIH : analyse rétrospective de 62 patients sur 4 ans

## *Buccal classifying diseases in the infection with HIV: retrospective monitoring of 62 patients over 4 years*

SOPHIE LAZARE\*, LAURENT DEVOIZE\*\*, CHRISTINE JACOMET\*\*\*, LOUIS CORMERAIS\*\*\*, THIERRY ORLIAGUET\*\*, MARTINE BAUDET-POMMEL\*\*

### RÉSUMÉ

L'infection à VIH non traitée efficacement conduit inexorablement à un déficit de l'immunité cellulaire et favorise l'apparition d'une multitude de manifestations dont une grande partie touchent la cavité buccale, et dont la gravité est très variable allant des infections opportunistes aux tumeurs malignes.

L'objectif de ce travail était double. D'une part, tenter d'identifier les caractéristiques buccales des patients VIH+ consultant dans le service de Maladies Infectieuses du CHU de Clermont-Ferrand lors de la survenue d'affections mineures ou majeures marquant le passage à un stade symptomatique de la maladie (stades B et/ou C, selon la classification CDC, cf. tableau 1). D'autre part, rechercher l'existence de corrélations entre la chronologie d'apparition des différentes lésions buccales observées lors des changements des stades liés à l'évolution de l'infection VIH, et les variations biologiques de l'immunité (lymphocytes CD4 et charge virale). La présentation de ces résultats confirme l'importance de l'examen de la cavité buccale dans le dépistage et le diagnostic précoce des lésions liées à l'immunodéficience. (**Med Buccale Chir Buccale 2005; 11 : 195-204**).

**Mots clés :** VIH, manifestations buccales, dépistage, évolution

### SUMMARY

*The infection with HIV not treated effectively led inexorably in one deficit of the cellular immunity and favours the appearance of a multitude of manifestations, of which a big part are buccal, like opportunist infections going to malignant tumours. The objective of this work was double. On one hand, try to identify the buccal characteristics of the patients HIV + consulting in the service of Infectious diseases of the CHU of Clermont-Ferrand during the arisen of minor or major disorders marking the passage at a symptomatic stage of the disease (stages B and/or C, according to the classification CDC, cf. table 1). On the other hand, look for the existence of correlations enter the chronology of appearance of the various buccal hurts observed, according to the change of stage bound to the evolution of the disease HIV, and the biologic variations of the immunity (CD4 lymphocytes and viral load).*

*The presentation of these results confirms the importance of the exam of the oral cavity in the search and the premature diagnosis of the hurts bound to the immunodeficiency. (**Med Buccale Chir Buccale 2005; 11 : 195-204**).*

**key words:** HIV, oral lesions, screening, evolution

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

VOL. 11, N° 4  
2005

page 195

\* Docteur en Chirurgie Dentaire

\*\* Unité INSERM 0216 Neurobiologie de la Douleur Trigéminal, Faculté de Chirurgie Dentaire, 11 bd Charles de Gaulle, 63000 Clermont-Ferrand

\*\*\* Service des Maladies Infectieuses, Hôtel Dieu, boulevard Léon Malfreyt, 63000 Clermont-Ferrand

#### Demande de tirés à part :

Dr Laurent Devoize, Faculté de Chirurgie Dentaire, Médecine Buccale et Chirurgie Buccale, 11 bd Charles de Gaulle, 63000 Clermont-Ferrand

Accepté pour publication le 11 octobre 2005

**Tableau 1** : Classification CDC, catégories cliniques selon les nouvelles classification et définition du sida [9]  
*Classification CDC, clinical categories according to the new classification and the definition of the AIDS [9]*

<b>Catégorie A</b>	<p><i>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection VIH asymptomatique</li> <li>- LGP (Lymphadénopathie Généralisée Persistante)</li> <li>- Primo-infection symptomatique</li> </ul>
<b>Catégorie B</b>	<p><i>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire</li> <li>- Elles ont une évolution clinique ou un prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH</li> </ul> <p><i>Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angiomatose bacillaire</li> <li>- Candidose oropharyngée</li> <li>- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement</li> <li>- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome <i>in situ</i></li> <li>- Syndrome constitutionnel : fièvre &gt; 38,5°C ou diarrhée &gt; 1 mois</li> <li>- Leucoplasie villeuse buccale</li> <li>- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome</li> <li>- Purpura thrombocytopénique idiopathique</li> <li>- Salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubulo-ovariens</li> <li>- Neuropathie périphérique</li> </ul>
<b>Catégorie C</b>	<p>Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire</li> <li>- Candidose de l'œsophage</li> <li>- Cancer invasif du col**</li> <li>- Coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Cryptococcose extrapulmonaire</li> <li>- Cryptosporidiose intestinale &gt; 1 mois</li> <li>- Infection à CMV (autre que foie, rate ou ganglions)</li> <li>- Rétinite à CMV (avec altération de la vision)</li> <li>- Encéphalopathie due au VIH</li> <li>- Infection herpétique, ulcères chroniques &gt; 1 mois, ou bronchique, pulmonaire, ou œsophagiennes</li> <li>- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Isosporidiose intestinale chronique &gt; 1 mois</li> <li>- Sarcome de Kaposi</li> <li>- Lymphome de Burkitt</li> <li>- Lymphome immunoblastique</li> <li>- Lymphome cérébral primaire</li> <li>- Infection à <i>Mycobactérium avium</i> ou <i>kansasii</i>, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Infection à <i>Mycobactérium tuberculosis</i>, quel que soit le site (pulmonaire** ou extrapulmonaire)</li> <li>- Infection à <i>Mycobactérie</i>, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i></li> <li>- Pneumopathie bactérienne récurrente**</li> <li>- Leuco-encéphalopathie multifocale progressive</li> <li>- Septicémie à <i>Salmonella</i> non typhi récurrente</li> <li>- Toxoplasmose cérébrale</li> <li>- Syndrome cachectique dû au VIH</li> </ul> <p>**Nouvelles pathologies ajoutées en 1993</p>

Les manifestations buccales de l'infection à VIH sont fréquentes au cours des stades symptomatiques de la maladie et clairement liées à la chute des lymphocytes 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. Le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement de ces lésions, dans le cadre d'une collaboration étroite entre médecins et odontologistes, sont essentiels tant pour identifier une séropositivité ignorée que pour donner un signal d'alarme nécessitant une prise en charge spécifique chez un patient connu comme contaminé, voire pour orienter les décisions relatives au déroulement de la thérapeutique antirétrovirale.

## PATIENTS ET MÉTHODES

### Patients

Un tableau informatif de tous les patients séropositifs pour le VIH, suivis dans le service de Maladies Infectieuses du CHU de Clermont-Ferrand, de 1999 à 2002, a été réalisé. Seuls ont été sélectionnés les patients ayant accédé à un stade symptomatique de la maladie (stade B ou C) au cours de ces quatre dernières années, c'est-à-dire les patients ayant évolué du stade A au stade B, du stade B au stade C, voire de l'ignorance à la découverte d'une séropositivité pour le VIH à un stade B ou C.

Le diagnostic de stade B ou C de la maladie a pu être porté lors d'une première consultation, sur des patients ignorant encore leur séropositivité pour le VIH, ou sur des patients infectés déjà suivis (consultation externe ou hospitalisation). Dans tous les cas, les tests de dépistage de l'infection VIH ont été réalisés avec la même méthode et par le même laboratoire : le premier prélèvement subit deux tests ELISA recherchant la présence d'anticorps anti-VIH. Si les résultats aux deux tests sont positifs ou s'il existe une discordance, un deuxième prélèvement est effectué afin de réaliser un test Western-Blot qui apporte la confirmation de l'état sérologique du patient.

### Méthodes

L'étude réalisée étant de type rétrospective, elle est surtout descriptive. Le recueil des données a

été effectué à partir de l'examen des dossiers médicaux des malades concernés, certaines données ont été vérifiées ou précisées grâce aux informations contenues dans la base de données hospitalières DMI-2 (Dossier Médical Informatisé 2). Les variables étudiées ont été de trois ordres : identification du patient (âge, sexe, mode de transmission, activité professionnelle, habitudes toxiques...), données médicales au jour du changement de stade (traitement antirétroviral ou non, taux de lymphocytes CD4 et charge virale), et enfin étude spécifique des manifestations buccales au moment du changement de stade.

Le diagnostic des lésions stomatologiques consignées dans le dossier des patients a été effectué par le médecin infectiologue référent lors de chaque examen clinique trimestriel. Pour la sphère buccale, cet examen consiste en la recherche d'éventuelles affections classantes.

### Analyses statistiques

Pour le recueil des informations, une fiche d'enquête a été créée à l'aide du logiciel Epi Info™ (version 6) permettant le traitement de données épidémiologiques sous forme de questionnaire. Cette fiche a servi de support pour le relevé des variables étudiées décrites ci-avant. L'analyse descriptive des données recueillies grâce à l'enquête a été réalisée à l'aide du même logiciel Epi Info™.

## RÉSULTATS

De 1999 à 2002, 618 patients VIH + ont été suivis dans le service. Parmi ces 618 patients, 62 ont présenté au cours de cette période un événement (affection classante) marquant le passage à un stade symptomatique de la maladie (stade B ou C) :

- 15 patients sont passés du stade A ou d'un statut sérologique négatif au stade B (soit 24,2 %) ;
- 47 patients sont passés du stade A, du stade B ou d'un statut sérologique négatif au stade C (soit 75,8 %).

Cette proportion (62/618) correspond à une incidence d'environ 10 % de nouveaux cas symptomatiques parmi la population séropositive pour le VIH au cours de ces quatre années. Parmi ces

62 patients, 2 ont accédé successivement aux stades B et C durant les quatre années étudiées : ces derniers apparaissent donc deux fois dans le recueil de données.

## Étude de la population

### Age et sexe

La moyenne d'âge des patients lors du diagnostic est de 38,1 ans : 36,6 ans pour les femmes et 39,6 ans pour les hommes ; 36,3 ans pour les patients ayant accédé au stade B et 39,9 ans pour les patients ayant accédé au stade C.

Le groupe étudié comprend 13 femmes (21 %) et 49 hommes (79 %). Le groupe des patients ayant accédé au stade B comporte 10 hommes (66,7 %) et 5 femmes (33,3 %) alors que le groupe des patients ayant accédé au stade C est composé de 39 hommes (83 %) et 8 femmes (17 %).

### Mode de transmission

La transmission hétérosexuelle semble la plus fréquente sur l'ensemble de la population étudiée (n = 21, soit 33,9 %), suivie par la transmission bisexuelle (n = 16, soit 25,8 %). La transmission par toxicomanie IV représente 17,7 % (n = 11) ; en tenant compte du sexe, elle concerne 30,8 % des femmes (n = 4) et 14,3 % des hommes (n = 7). Une proportion assez importante (n = 13, soit 21 %) de patients ignore – ou prétendent ignorer – l'origine de leur contamination. Il y a 1 cas (1,6 %) de contamination par transfusion sanguine appartenant au groupe des patients ayant accédé au stade C.

### Activité professionnelle

Lors du diagnostic du stade B et/ou du stade C, 41,9 % des patients (n = 26) sont inactifs professionnellement, 21 % (n = 13) ont une activité à temps partiel, et 35,5 % (n = 22) ont une activité normale.

### Habitudes toxiques

Parmi la population totale étudiée, on note :

- un taux moyen de fumeurs : n = 24, soit 38,7 % ;
- un taux modéré de patients ayant été contaminés par toxicomanie IV : n = 11, soit 17,7 % ;
- un taux faible de consommateurs abusifs d'alcool : n = 4, soit 6,5 %.

### Suivi médical

Il est régulier et trimestriel chez tous les patients ayant accédé au stade B. Parmi les 47 patients ayant accédé au stade C, 2 patients ont consulté en urgence.

### Données biologiques lors du diagnostic

#### Date du passage au stade B ou C

29 % des changements de stade (stades B et C confondus) ont eu lieu en 1999 (n = 18), 25,8 % en 2000 (n = 16), 25,8 % en 2001 (n = 16), 19,4 % en 2002 (n = 12).

#### Date de la première sérologie positive

Sur les 15 patients accédant au stade B au cours de la période étudiée, 2 ignoraient encore leur séropositivité pour le VIH (soit 13,3 %), de même pour 14 patients sur les 47 ayant accédé au stade C (soit 29,7 %)

#### Traitement antirétroviral

Sur les 15 patients ayant accédé au stade B durant la période étudiée, 12 (soit 80 %) n'étaient pas sous traitement antirétroviral au moment du changement de stade, de même que 35 patients sur les 47 ayant évolué au stade C (soit 74,5 %).

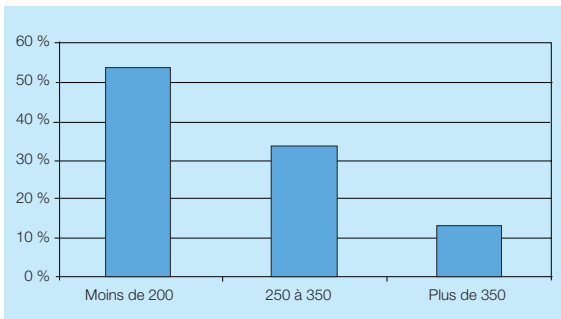
#### Statut immunitaire lors du changement de stade

##### • Taux de lymphocytes CD4

Le taux de lymphocytes CD4 lors du changement de stade (B ou C) est décrit dans les figures 1 et 2.

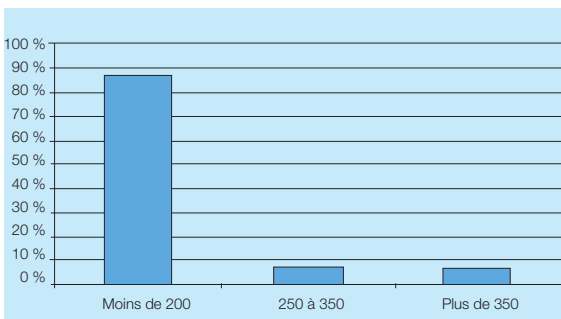
##### • Charge virale

La charge virale lors du changement de stade (B ou C) est illustrée par les figures 3 et 4. Notons que la répartition entre charge virale et sexe ainsi qu'entre charge virale et mode de transmission ne présentent aucune particularité.



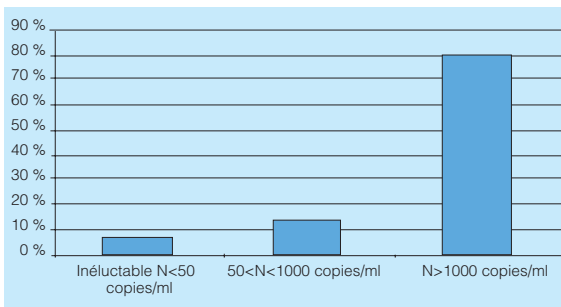
- moins de 200 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup> (n = 8 / 15 soit 53,3 %) ;
- entre 200 et 350 lymphocytes CD4 (n = 5 / 15 soit 33,4 %) ;
- plus de 350 lymphocytes CD4 (n = 2 / 15 soit 13,3 %).

**Figure 1 :** Taux de lymphocytes CD4 lors du passage au stade B  
*Rate of lymphocytes CD4 during the passage at stage B*



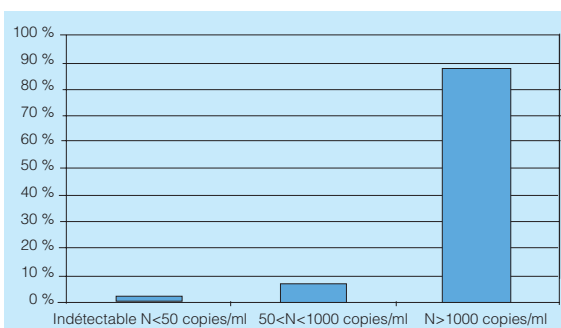
- moins de 200 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup> (n = 41 / 47 soit 87 %) ;
- entre 200 et 350 lymphocytes CD4 (n = 3 / 47 soit 6,5 %) ;
- plus de 350 lymphocytes CD4 (n = 3 / 47 soit 6,5 %).

**Figure 2 :** Taux de lymphocytes CD4 lors du passage au stade C  
*Rate of lymphocytes CD4 during the passage at stage C*



- CV indétectable (n = 1/15 soit 6,7 %) ;
- CV détectable (n = 2/15 soit 13,3 %) ;
- CV en échappement (n = 12/15 soit 80 %).

**Figure 3 :** Charge virale (CV) lors du passage au stade B  
*Viral load (CV) during the passage at stage B*



- CV indétectable (n = 2/47 soit 2,2 %) ;
  - CV détectable (n = 3/47 soit 6,5 %) ;
  - CV en échappement (n = 41/47 soit 89,1 %) ;
- Rq : valeur non précisée (n = 1/47)

**Figure 4 :** Charge virale (CV) lors du passage au stade C  
*Viral load (CV) during the passage at stage C*

## Affections déterminant le changement de stade

### Passage au stade B

Les affections déterminant le passage au stade B sont décrites dans la figure 5.

### Passage au stade C

- 34 infections opportunistes comportant entre autres 11 pneumocystoses pulmonaires (PCP), 8 toxoplasmoses cérébrales, 5 tuberculoses, 4 candidoses œsophagiennes ;
- 9 néoplasies constituées par 4 maladies de Kaposi, 4 lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) et
- 1 carcinome épidermoïde ;
- 2 syndromes cachectiques ;
- 2 encéphalopathies dues au VIH.

### Manifestations buccales

Les manifestations retrouvées avec la fiche d'enquête ont été observées pendant une période allant de un an avant à un an après le changement de stade.

### Epoque de survenue

#### Au stade B

Dans les manifestations buccales classantes pour le stade B, 60 % sont constituées par des candidoses oropharyngées, 26,7 % par des leucoplasies villeuses buccales (figure 5). Plus précisément, sur les 15 patients concernés, 13 ont présenté au moins une affection buccale (11 candidoses buccales et 2 leucoplasies villeuses buccales), toutes à l'époque correspondant au diagnostic de changement de stade. 5 patients sur les 13 ont présenté une seconde manifestation buccale pendant la période concernée : 3 candidoses buccales (l'une constatée lors du changement de stade, les

2 autres après) et 2 leucoplasies villeuses buccales (observées lors du passage au stade B). Ainsi, sur le total de 18 atteintes buccales constatées pendant la période allant de un an avant à un an après le passage au stade B, 88,9 % (n = 16) ont été à l'origine du diagnostic de changement de stade, et 11,1 % (n = 2) ont été observées dans la période suivant le changement de stade.

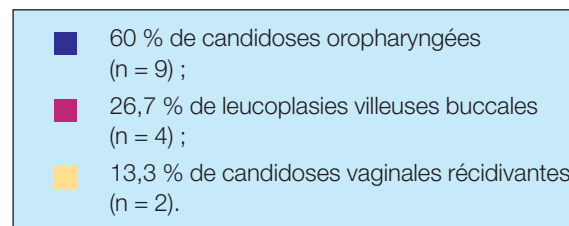
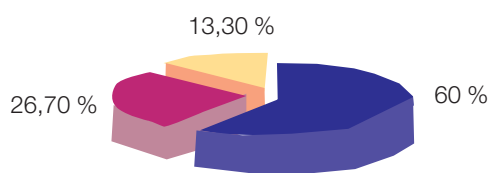
#### • Au stade C

Sur les 47 patients concernés, 30 ont présenté au moins une manifestation buccale pendant la période allant de un an avant à un an après le passage au stade C :

- 26 candidoses buccales : 4 observées avant le passage au stade C, 16 lors du passage et 6 après ;
- 2 leucoplasies villeuses buccales : l'une apparue avant le passage au stade C, l'autre lors du passage ;
- 1 herpès labial observé lors du passage au stade C ;
- 1 aphtose buccale apparue après le passage au stade C.

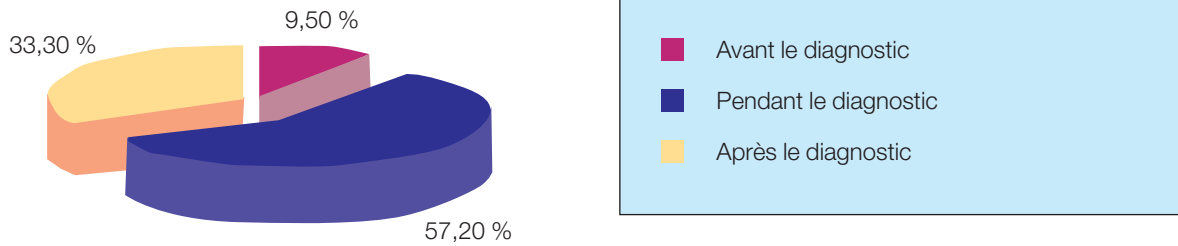
15 patients sur les 30 ont présenté une seconde manifestation buccale pendant la période concernée :

- 8 candidoses : 1 observée avant le passage au stade, 1 lors du changement et 6 après ;
- 1 aphtose buccale apparue lors du passage au stade ;
- 1 leucoplasie villeuse buccale observée après le passage ;
- 3 herpès labiaux, tous observés après le passage au stade C ;
- 1 dyesthésie péri-buccale apparue après le passage au stade C ;
- 1 sécheresse buccale observée après le changement de stade.



**Figure 5 :** Manifestations déterminant le passage au stade B  
*Manifestations determining the passage at stage B*





**Figure 6 :** Manifestations buccales et moment du diagnostic  
*Buccal manifestations and instant of screening*

Ainsi, sur le total de 45 manifestations buccales constatées pendant la période allant de un an avant à un an après le passage au stade C, 13,3 % sont apparues avant le passage au stade (n = 6), 44,5 % lors du passage (n = 20) et 42,2 % après (n = 19). On a donc constaté, comme l'illustre la figure 6, que 57,2 % (n = 36) des manifestations buccales ont été observées lors du changement de stade (B ou C), 33,3 % après (n = 21) et 9,5 % dans l'année qui précède le passage au stade C (n = 6).

### Manifestations buccales et taux de lymphocytes CD4

Le tableau 2 montre que les manifestations buccales liées à l'infection à VIH sont d'autant plus

fréquentes et nombreuses que le taux de lymphocytes CD4 est faible : la prévalence est de 38 pour un taux de lymphocytes CD4 compris entre 100 et 300 par mm<sup>3</sup>, 74 pour un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 100 par mm<sup>3</sup>.

### Atteintes buccales et charge virale (CV)

#### • Au stade B

Sur les 18 manifestations buccales observées pendant la période étudiée :

- 77,8 % (n = 14) sont apparues chez des patients dont la CV était incontrôlée (échappement), c'est-à-dire que la CV dépassait les 1000 copies par ml ;
- 16,7 % (n = 3) chez des patients ayant une CV détectable (entre 50 et 1000 copies par ml) ;

**Tableau 2 :** Statut immunitaire des patients ayant présenté au moins une atteinte buccale.  
*Immune situation of the patients having introduced in less a buccal lesion*

	Stade B n (prévalence)	Stade C n (prévalence)	Total n (prévalence)
< 100 CD4 par mm <sup>3</sup>	6 (33.3 %)	31 (68.9 %)	37 (58.7 %)
100 – 199 CD4 par mm <sup>3</sup>	5 (27.8 %)	7 (15.5 %)	12 (19 %)
200 – 299 CD4 par mm <sup>3</sup>	3 (16.7 %)	4 (8.9 %)	7 (11.1 %)
300 – 499 CD4 par mm <sup>3</sup>	2 (11.1 %)	3 (6.7 %)	5 (7.9 %)
500 – 699 CD4 par mm <sup>3</sup>	2 (11.1 %)	—	2 (3.2 %)
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>63</b>

- 5,5 % (n = 1) chez des patients ayant une charge virale (CV) indétectable, c'est-à-dire inférieure à 50 copies par ml.

#### • **Au stade C**

Sur les 45 manifestations buccales observées au cours de la période étudiée :

- 77,8 % (n = 35) sont apparues chez des patients ayant une CV incontrôlée (échappement) ;
- 17,8 % (n = 8) chez des patients ayant une CV détectable ;
- 4,4 % (n = 2) chez des patients ayant une charge virale indétectable.

## DISCUSSION

Cette étude rétrospective porte sur les manifestations buccales observées chez 62 patients VIH+, traités dans le service de Maladies Infectieuses du CHU de Clermont-Ferrand, ayant présenté une affection classante B et/ou C entre 1999 et 2002. Il semblait utile de décrire l'évolution des manifestations buccales chez le sidéen avec l'avènement des thérapies antirétrovirales dites « hautement efficaces » (ou HAART pour Highly Active Antiretroviral Therapy), notamment à partir de 1996.

Un des premiers résultats à commenter semble être le fait que seulement 10 % de l'ensemble des patients VIH + suivis dans le service de 1999 à 2002 ont présenté durant cette période un événement définissant un changement de stade de leur maladie (2,9 % en 1999, 2,6 % en 2000 et 2001 et 1,9 % en 2002) ; cette incidence, faible et plutôt stable au cours des dernières années, atteste de la qualité d'une prise en charge globale des patients ainsi que l'efficacité des nouvelles multithérapies antirétrovirales.

La moyenne d'âge retrouvée dans l'étude chez les sujets infectés par le VIH (38 ans) est identique à celle rapportée dans les travaux de Tukutuku et al. [1] et légèrement plus importante que celle décrite dans ceux de Schulten et al. [2] où elle est de 36 %. Le groupe des hommes est le plus important (79 % d'hommes et 21 % de femmes, soit un sexe ratio de 3.8). Ces pourcentages corroborent ceux retrouvés dans la littérature [3]. Il en

est de même pour la distribution de la population étudiée selon le mode de transmission (transmission hétérosexuelle prédominante, suivie de la transmission homosexuelle) [3,4]. Les hétérosexuels sont d'ailleurs aujourd'hui, en France, les personnes les moins bien dépistées comparativement aux autres groupes de contamination par le VIH [4]. Le fort taux de patients de notre étude ignorant l'origine de leur contamination (21 %) semble confirmer cette notion de « comportements à risques insoupçonnés » et donc non assortis de précautions. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à prétendre ne pas connaître la cause de leur maladie : 157 pour 31 d'après l'Institut de Veille Sanitaire (IVS) [4] en France en 2002, 7 pour 3 en 1988 à Clermont-Ferrand [5] et 12 pour 1 dans cette étude. L'infection à VIH est associée à une inactivité professionnelle dans 41,9 % des cas (cause ou conséquence ?).

Près de 30 % des patients accédant au stade C dans cette étude ignoraient encore leur séropositivité pour le VIH (n = 14), dont 92,9 % d'hommes (n = 13). Ce chiffre est à mettre en parallèle avec les 21 % (n = 13) de l'ensemble des patients étudiés ignorant l'origine de leur contamination. Ces patients n'avaient pas conscience d'avoir eu des pratiques à risques, ce qui aurait pu les conduire à faire un dépistage plus précocement. L'IVS [4] rapporte une proportion semblable de patients ignorant leur séropositivité avant le sida : 30,6 % (n = 7299) sur 23 849 cas de sida diagnostiqués. Ben Slama [6] observait déjà que 47 % des cas de sida diagnostiqués en France, pour la période 1999-2000, découvraient leur séropositivité à ce stade.

Sur les 33 patients connaissant leur séropositivité au VIH avant d'accéder au stade C, 21 (63,6 %) n'avaient pas de traitement antirétroviral. Ben Slama [6] avait constaté que près des trois quarts des cas de sida diagnostiqués en France pour la période 1999-2000 n'avaient pas bénéficié de traitement antirétroviral avant le développement du sida. Ceci tient au déni de certaines personnes contaminées ou à la peur de la prise en charge, mais aussi aux recommandations actuelles incitant à être moins interventionniste et à retarder le début du traitement.



Quant au statut immunologique des patients lors du changement de stade, on obtient les résultats suivants : 53,3 % des patients accédant au stade B comptent moins de 200 lymphocytes CD4 par mm<sup>3</sup> et 86,7 % moins de 350 lymphocytes CD4 par mm<sup>3</sup> ; pour les patients accédant au stade C, 87 % présentaient moins de 200 lymphocytes CD4 par mm<sup>3</sup> et 93,5 % moins de 350 lymphocytes CD4 par mm<sup>3</sup>. La diminution du taux des lymphocytes CD4 est bien un des facteurs prédictifs de progression vers les stades symptomatiques de l'infection [7,8,9].

A l'exception d'un patient (n = 46/47), les malades non traités, stades B et C confondus, avaient une charge virale détectable, ou étaient en échappement lors du changement de stade. Ceci s'explique quand on sait qu'une charge virale détectable, c'est-à-dire supérieure à 50 copies par ml, indique une réplication continue du virus dans les organes lymphoïdes et donc une progression de l'infection.

Pour ce qui est des pathologies classantes relevées dans cette étude, 86,7 % (n = 13) des affections responsables du passage au stade B de l'infection à VIH sont des affections de la cavité buccale : 60 % de candidoses oropharyngées (n = 9) et 26,7 % de leucoplasies villeuses buccales (n = 4). Les 3 principales pathologies classantes du stade C observées sont la pneumocystose pulmonaire, la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose. L'IVS [4] fournit des données identiques pour la France en 2001, en y ajoutant cependant la candidose œsophagienne. Nittanayanta et al. [10] ont aussi décrit cet ordre de fréquence dans leurs travaux.

Sur les 62 patients de cette étude, 30,6 % (n = 19) n'avaient aucune atteinte de leur cavité buccale ; les 43 autres patients (69,4 %), stades B et C confondus, présentaient au moins une atteinte buccale. Parmi ceux-ci, 37,1 % (n = 23/62) ont présenté une seule atteinte et 32,3 % (n = 20/62) deux atteintes. Ces pourcentages correspondent à ceux retrouvés dans la littérature [11,12].

La candidose a été la plus fréquente des manifestations buccales (n = 48, soit une prévalence de 77,4 % et 76,2 % de l'ensemble des lésions observées), suivies par la leucoplasie villeuse buccale (n = 7, soit une prévalence de 11,3 % et

11,1 % de l'ensemble des lésions observées), puis par l'herpès buccal (n = 4, soit une prévalence de 6,5 % et 6,3 % de l'ensemble des lésions observées) et l'aphtose buccale (n = 2, soit une prévalence de 3,2 % et 3,2 % de l'ensemble des lésions observées).

Les candidoses buccales et les leucoplasies villeuses buccales ont aussi été les atteintes buccales les plus observées dans des études portant respectivement sur 255 et 300 patients VIH+ symptomatiques [11,12]. Paradoxalement, pour TRIAY et al. [12] la maladie de Kaposi buccale est la troisième lésion buccale par ordre de fréquence mais elle n'a pas été observée dans notre étude.

Les lésions buccales de stade B se sont développées dans 88,9 % des cas (n = 16/18) lors du changement de stade. Pour les lésions du stade C, 44,5 % (n = 20/45) ont été observées lors du changement de stade, 42,2 % (n = 19/45) après et 13,3 % avant (n = 6/45). Au total, pour les stades B et C confondus, 57,2 % des manifestations ont été observées lors du diagnostic B ou C. Ces résultats rappellent la notion de « signe d'appel » et de valeur pronostique des manifestations buccales associées au VIH dans la progression de la maladie, notion déjà signalée par de nombreux auteurs [11,13,14].

## CONCLUSION

Les manifestations buccales de l'infection à VIH sont fréquentes et variées au cours des stades symptomatiques de la maladie. Ces manifestations, clairement en relation avec la chute des lymphocytes CD4, principaux marqueurs de l'immunité, représentent souvent les premiers symptômes de l'infection à VIH ou de son évolution ; elles ont ainsi une valeur, diagnostique et pronostique, recherchée expressément par le thérapeute. Leur dépistage, leur diagnostic précoce et leur traitement sont mieux assurés s'il existe une collaboration permanente entre médecins et odontologistes. Ceci est essentiel tant pour identifier une séropositivité ignorée que pour prévenir l'aggravation de l'état général d'un patient connu comme contaminé, voire pour orienter les

décisions thérapeutiques, améliorant ainsi l'efficacité de celles-ci et le confort physique et psychique du malade.

Peut être plus que dans n'importe qu'elle autre maladie, la prise en charge pluridisciplinaire

semble indispensable dans l'infection à VIH. Comme les soins doivent être fréquents, chaque praticien pourra apporter d'autant plus à ces malades en écoute et en empathie.

## RÉFÉRENCES

- 1 - TUKUTUKU K, MUYEMBE-TAMFUM L, KAYEMBE K, MAVUEMBA T, SANGUA N, SEKELE I. Prevalence of dental caries, gingivitis, and oral hygiene in hospitalized AIDS cases in Kinshasa, Zaire. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 271-2.
- 2 - SCHULTEN EA, TENTAKE RW, VAN DER WALS I. Oral findings in HIV-infected patients attending a department of internal medicine: the contribution of intraoral examination towards the clinical management of HIV disease. *Quarterly J Med* 1990; 76: 741-5.
- 3 - ONUSIDA (L') et l'OMS. Le point sur l'épidémie mondiale de VIH/sida, décembre 1999.
- 4 - INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. Surveillance du sida en France: situation au 31 mars 2002. *Bull Epidémiol Hebd* 2002; 27: 133-9.
- 5 - GORCE P. Le sida et les infections à virus HIV en Auvergne, évolution de 1985 à 1987, manifestations buccales et maxillo-faciales. Thèse d'Odontologie, Clermont-Ferrand, 1988.
- 6 - BEN SLAMA L. Lésions buccales à HPV après restitution de l'immunité chez le sujet VIH + après traitement anti-rétroviral. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2002; 103: 314-5.
- 7 - O'BRIEN WA, HARTIGAN PM, MARTIN D, ESINHART J, HILL A, BENOIT S, RUBIN M, SIMBERKOFF MS, HAMILTON JD. Changes in plasma HIV-1 RNA and CD4 + lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS. Veterans Affairs Cooperative Study Group on AIDS. *N Engl J Med* 1996; 15: 426-31.
- 8 - MELLORS JW, MUNOZ A, GIORGI JV, MARGOLICK JB, TASSONI CJ, GUPTA P, KINGSLEY LA, TODD JA, SAAH AJ, DETELS R, PHAIR JP, RINALDO CR JR. Plasma viral load and CD4 + lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997; 126: 946-54.
- 9 - GIRARD PM, KATLAMA C, PIALOUX G. VIH. Doin, Paris 2001.
- 10 - NITTAYANANTA W, CHANOWANNA N, WINN T, SILPAPOJAKUL K, RODKLAI A, JARURATANASIRIKUL S, LIEWCHANPATANA. Co-existence between oral lesions and opportunistic systemic diseases among HIV-infected subjects in Thailand. *J Oral Pathol Med* 2002; 31: 163-8.
- 11 - RANGANATHAN K, REDDY BV, KUMARASAMY N, SOLOMON S, VISWANATHAN R, JOHNSON NW. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. *Oral Dis* 2000; 6: 152-7.
- 12 - TRIAY JA, BOUSQUET P. Propositions pour les traitements bucco-dentaires des patients infectés par le VIH: prise en charge du patient infecté. *Actual Odonto-Stomatol* 1996; 196: 593-600.
- 13 - BEGG MD, LAMSTER IB, PANAGEAS KS, MITCHELL-LEWIS D, PHELAN JA, GRBIC JT. A prospective study of oral lesions and their predictive value for progression of HIV disease. *Oral Dis* 1997; 3: 176-83.
- 14 - Triay JA, Journet JL, Reynes J. Etude de l'état buccal au cours de la phase symptomatique de l'infection par le VIH: à propos d'une cohorte de 255 patients hospitalisés. *Med Buccale Chir Buccale* 1998; 4: 163-72.