



## UN CAS DE PARODONTITE ULCÉRO-NÉCROTIQUE RÉVÉLATRICE DE L'INFECTION À VIH CHEZ UN ENFANT AU CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DES ARMÉES DE BAMAKO

A CASE OF ULCERO-NECROTIC PERIODONTITIS REVEALING HIV INFECTION IN A CHILD AT ARMY MEDICAL AND SURGICAL CENTER OF BAMAKO

KANE AST<sup>1</sup>, SANOGO A<sup>2</sup>, DIALLO L<sup>2</sup>, KONATE D<sup>3</sup>, SYLLA O<sup>4</sup>

- 1- Service Odontologie, Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B).
- 2- Service de Médecine Interne, Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B).
- 3- Service des Consultations Spécialisées, Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B).
- 4- Service de Dermatologie et Centre de prise en charge du VIH/SIDA, Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B).

Auteur correspondant : **DIALLO Lassina**, Email : [diallolass@gmail.com](mailto:diallolass@gmail.com)

### RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas de parodontite ulcéro-nécrotique révélatrice de l'infection à VIH chez un garçon dans le service d'odontologie du Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B) au Mali. Il s'agissait d'un patient de 11 ans, élève, consultant pour douleur orale et halitose évoluant depuis environ un an. L'examen odontologique concluait à une parodontite ulcéro-nécrotique. L'évolution, la gravité des atteintes buccales, l'altération de l'état général et la présence de lésions de prurigo ont motivé la réalisation d'une sérologie qui a permis de diagnostiquer l'infection à VIH. Ceci souligne l'importance de la reconnaissance des manifestations orales au cours de cette infection.

**Mots clés :** Parodontite ulcéro-nécrotique, VIH/SIDA, Mali.

### ABSTRACT

We report a case of ulcero-necrotic periodontitis revealing HIV infection in a boy at the odontology department of the Armed Forces Medical and Surgical Center of Bamako (CMCA-B) in Mali. This was an 11-year-old patient, consulting for oral pain and halitosis that had been present for approximately a year. Dental examination concluded to an ulcero-necrotic periodontitis. Evolution, severity of the oral damages, deterioration of the general condition and the presence of prurigo lesions motivated the performance of a serology which made it possible to diagnose HIV infection. This highlights the importance of recognizing oral manifestations during this infection.

**Keywords:** Ulcero-necrotic periodontitis, HIV/AIDS, Mali.

**Pour citer cet article :** Kane AST, Sanogo A, Diallo L, Konate D, Sylla O. Un cas de parodontite ulcéro-nécrotique révélatrice de l'infection à VIH chez un enfant au Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako. Rev. Ben. Mal. Inf. 2024;3(1):35-38.

**Reçu :** 1 novembre 2023 ; **Accepté :** 21 juin 2024 ; **Publié :** 30 juin 2024.

### INTRODUCTION

La maladie parodontale est une affection inflammatoire complexe et multifactorielle qui détruit les tissus de soutien de la dent (parodonte). Elle est très répandue et peut affecter jusqu'à 90% de la population avec un degré variable de gravité [1].

La parodontite ulcéro-nécrotique est une inflammation douloureuse de la gencive caractérisée par la présence de différents germes (fusobactéries, spirochètes et autres) et qui est accompagnée d'une destruction purulente des tissus. Les symptômes associés de la fièvre, une halitose et des muqueuses douloureuses rendant

*Kane et al.*

*Un cas de parodontite ulcéro-nécrotique révélatrice de l'infection à VIH ...*

l'alimentation difficile [2, 3].

Dans la parodontite ulcéro-nécrotique, l'exploration étiologique comporte la recherche d'un terrain sous-jacent dont l'infection à VIH de même que certaines formes de leucémies ou de pathologies auto-immunes [4].

Parmi les étiologies de parodontite ulcéro-nécrotique dans notre contexte, l'infection à VIH occupe une place prépondérante et constitue un problème de santé publique. En 2022, on estimait que 39 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde dont 1,3 million de nouvelles infections [5].

À l'instar des autres pays du continent africain, le Mali est confronté à l'épidémie du VIH. Dans la population générale, la prévalence du VIH est estimée à 1,1 % selon la quatrième Enquête Démographique et de Santé [6].

La cavité buccale est particulièrement susceptible au développement des lésions associées à l'infection au VIH. Ces lésions sont nombreuses et variées d'où une sémiologie clinique très riche [7]. Elles figurent parmi les premières manifestations apparaissant chez les personnes porteuses du virus [7]. Il importe de les reconnaître afin d'assurer un dépistage précoce de l'infection à VIH. L'objectif de ce travail était de présenter un cas de parodontite ulcéro-nécrotique révélatrice de l'infection à VIH chez un jeune garçon dans le service d'odontologie du Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B) au Mali.

## OBSERVATION

Il s'agissait d'un garçon âgé de 11 ans dont la mère est décédée il y avait 10 ans et le père, il y avait 7 ans, tous des suites d'une longue maladie non étiquetée. Il était élève résidant chez son oncle à Tabakoro en périphérie de Bamako au Mali dans des conditions socio-économiques jugées défavorables.

Il avait été reçu en consultation odontologique pour douleur et halitose. Le début des symptômes remontait à plus d'un an marqué par des douleurs orales d'installation et d'aggravation progressives, exacerbées par l'ingestion d'aliments et accompagnées d'une tuméfaction

et d'une destruction de la gencive (**Figure 1**). L'entourage rapportait également une halitose permanente. L'ensemble de ces symptômes évoluait dans un contexte d'altération progressive de l'état général.



**Figure 1 : Ulcération à l'examen endobuccal**

L'examen parodontal retrouvait à l'examen exo-buccal, une conservation de la symétrie faciale, on objectivait une chéilite angulaire.

A l'examen endo-buccal, l'ouverture buccale était douloureuse et limitée à 4 cm en raison de la chéilite, l'hygiène buccodentaire était mauvaise en raison de 7 dents cariées et des dépôts tartriques visible à l'œil nu.

Il y avait une plaie nécrotique localisée entre la 35 et 36 puis entre la 42 et 43 (**Figure 1**).

A l'orthopantomogramme, on notait une alvéolyse localisée entre 36-35 et 44-45 (**Figure 2**).



**Figure 2 : Cliché panoramique dentaire**

Au regard des antécédents de décès parental, de l'altération de l'état général et du tableau de parodontite ulcéro-nécrotique, une consultation pédiatrique fut demandée.

A l'examen, le patient présentait une altération de l'état général. On retrouvait une légère pâleur conjonctivale. Il n'y avait pas d'ictère ni d'œdème des membres inférieurs. La taille était de 1,35m pour un poids de 25kg soit un IMC à 16kg/m<sup>2</sup> traduisant une dénutrition. La température était de 37°C, la PA de 110/77 mmHg pour une fréquence cardiaque à 84 bpm et une fréquence respiratoire à 20 cycles par minute.

L'examen dermatologique retrouvait des papules de 2 à 3 cm de diamètre prurigineuses excoriées prédominantes aux membres (**Figure 3**). Devant ce tableau, l'hypothèse d'une infection au VIH fut évoquée. Un counseling pré-test a été effectué avant réalisation d'un dépistage. Un premier test (TDR) est revenu positif confirmé sur un second test. Concomitamment au traitement de sa parodontite, le patient fut alors orienté en pédiatrie pour la prise en charge de son infection au VIH.



Figure 3 : Lésions de prurigo au membre supérieur gauche

## DISCUSSION

Cette observation est le premier cas de révélation d'une infection au VIH par une parodontite ulcéro-nécrotique au service d'odontologie du CMCA de Bamako au Mali alors qu'il est établi depuis longtemps une fréquence plus élevée de cette pathologie chez les personnes infectées par le VIH comparées à la population générale [9]. Les maladies infectieuses virales notamment l'infection au VIH peuvent s'accompagner de manifestations parodontales (comme la gingivite ulcéro-nécrotique, la parodontite ulcéro-nécrotique et l'érythème gingival linéaire)

qui d'ailleurs doivent constituer un signe d'orientation pour le parodontologiste et le chirurgien-dentiste [8]. Des formes atypiques de lésions parodontales sont mises en évidence chez des patients infectés par le VIH. Les premières études mettant en évidence ces lésions parodontales du patient séropositif au VIH furent publiées en 1987 [9]. Ces lésions parodontales récidivantes et étendues associées au contexte socioéconomique, nous ont poussé à évoquer l'hypothèse d'une infection au VIH. Leur fréquence est élevée atteignant une prévalence de 85,1% comme dans l'étude de Lucie et al. [10] à Kinshasa en 2020. La parodontite ulcéro-nécrotique est définie par une destruction rapide localisée et parfois étendue des tissus gingivaux et de l'os alvéolaire. On observe les mêmes signes cliniques que pour la gingivite ulcéro-nécrotique. A ces signes s'ajoutent une nécrose étendue avec des papilles cratéiformes, une inflammation du parodonte dans sa globalité, des douleurs irradiantes, un saignement abondant, des récessions gingivales, une exposition osseuse ainsi que des mobilités dentaires importantes (mobilité IV selon Mulhman). L'ensemble de ces anomalies peut aboutir à des avulsions dentaires. La parodontite ulcéro-nécrotique représente chez le patient séropositif au VIH un signe d'immunodépression majeur car la gravité des lésions est proportionnelle à la profondeur du déficit immunitaire. La prévalence de cette lésion parodontale chez le patient VIH+ est estimée entre 8 et 33% selon les études [11]. Généralement, le développement d'une parodontite ulcéro-nécrotique fait suite à plusieurs phases non traitées de gingivite ulcéro-nécrotique et possède les mêmes étiologies [12]. Un taux de lymphocytes TCD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> multiplie par 20,8 le risque de développer ce type de lésion parodontale [13]. Le taux de CD4 de notre patient n'était pas disponible en raison d'un problème de disponibilité.

L'infection à VIH chez l'enfant survient dans la majorité des cas suite à une transmission mère-enfant et sa découverte se fait à l'occasion du dépistage systématique dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME). Les conditions socioéconomiques précaires dans lesquelles vivait notre patient, constituent un

frein à l'accès aux soins notamment un dépistage précoce gage d'une prise en charge rapide garante du succès thérapeutique.

L'hygiène bucco-dentaire était insuffisante chez notre patient. La douleur provoquée par les lésions buccales et les conditions socio-économiques en sont les raisons principales. Cette mauvaise hygiène favorise l'accumulation des bactéries et la formation du biofilm à la surface des dents, à l'origine des lésions parodontales. En effet des études dont celle de Penda et al. [14] ont mis en évidence une association entre ces lésions et une mauvaise hygiène buccale.

Le patient présentait de nombreuses lésions buccales comme chez les patients de l'étude de Bento et al. [7]. Par ailleurs, le patient présentait des manifestations dermatologiques (dont le prurigo) qui sont assez fréquentes au cours de l'infection à VIH surtout aux stades précoces. Dans l'étude de Monsel et al. [14], ces manifestations étaient nombreuses avec 24% de patients présentant un prurigo.

## CONCLUSION

Ce cas clinique illustre l'importance des manifestations orales dans le diagnostic de l'infection au VIH. Cette observation met en lumière le rôle crucial des professionnels de la santé bucco-dentaire dans le dépistage précoce du VIH, surtout dans des contextes socio-économiques défavorisés.

Les conditions socio-économiques précaires jouent un rôle majeur dans la progression et la gravité des maladies parodontales et de l'infection au VIH. Il est donc impératif de mettre en place des stratégies de santé publique adaptées pour améliorer l'accès aux soins, sensibiliser les populations et renforcer les capacités des professionnels de la santé.

Enfin, ce cas souligne la nécessité d'une approche multidisciplinaire pour la gestion des patients séropositifs, impliquant à la fois les chirurgiens-dentistes, les infectiologues, les pédiatres et les dermatologues, afin de garantir une prise en charge globale et efficace.

## Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## Contribution des auteurs

**KAST** a identifié et sélectionné le cas. **KAST**, **DL** et **SO** ont collecté les données cliniques, **KAST** et **DL** ont rédigé le manuscrit. **DL** a fait la revue de la littérature. **SA** et **KD** ont relu le manuscrit.

## RÉFÉRENCES

1. Äyräväinen L, Leirisalo-Repo M, Kuuliala A, Ahola K, Koivuniemi R, Meurman J et al. Periodontitis in early and chronic rheumatoid arthritis: a prospective follow-up study in Finnish population *BMJ Open* 2017; 7-011916.
2. Bouchard P, Tavernier B. Parodontologie et Dentisterie Implantaire. Volume 1 : Médecine parodontale. Paris, LAVOISIER MSP, (2014), 682.
3. Gonzaga HF, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LH, Chaves MD, Almeida OP. Evaluation of knowledge and experience of dentists of São Paulo State, Brazil about cardiopulmonary resuscitation. *Braz Dent J*. 2003;14(3):220-2.
4. Al-Shamiri H, Alazari N, Al-Maweri S, Tarakji B. Knowledge and attitude of dental trauma among dental students in Saudi Arabia. *Eur J Dent*. 2015; 9(4): 518-22.
5. ONUSIDA. Rapport Mondiale Sur l'épidémie du VIH/Sida 2022. Disponible sur [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.
7. Bah B., Konate I., Goita D., Mbento G. A., Coulibaly A., Keita K., Affections Bucco-dentaires associées à l'infection à VIH dans le service de maladies infectieuses du CHU de Point-G, Bamako, *Med Buccale Chir Buccale* 2017 ; 23 :5-11.
8. Bouziane A, Benrachadi L, Abdellaoui L, Ennibi O, Benzarti N. Les maladies infectieuses : manifestations buccales, parodontales et prise en charge. Première partie : maladies virales. *Rev Odont Stomat* 2005;34:235-255.
9. Gornitsky, M., Pekovic, D. Involvement of human immunodeficiency virus (HIV) in gingiva of patients with AIDS. *Adv. Exp. Med. Biol* 1987; 216A: 553-562.
10. Bakana L, Dilu F, Lelo P, Kowe N, Bakambana G, Songo F, et al. Manifestations buccales chez les enfants VIH à Kinshasa. *Rev Mali Infect Microbiol* 2020; 15(1):34-43.
11. Mataftsi M, Skoura L, Sakellari D. HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. *Oral Dis* 2011; 17(1): 13-25.
12. Cobb C, Ferguson B, Keselyak N, Holt L, MacNeill S, Rapley J. A TEM/SEM study of the microbial plaque overlying the necrotic gingival papillae of HIV-seropositive, necrotizing ulcerative periodontitis. *J Periodontal Res*. 2003; 38 (2): 147-155.
13. Rams T, Andriolo M, Feik D, Abel S, McGivern T, Slots J. Microbiological study of HIV-related periodontitis. *J Periodontol* 1991; 62: 74-81.
14. G. Monsel, F. Ly, A. Canestri, P. Diousse, B. Ndiaye, E. Caumes. Prévalence des manifestations dermatologiques chez les malades infectés par VIH au Sénégal et association avec le degré d'immunodépression. *Ann Dermatol Venereol*. 2008; 135.(3): 187-193.