

**LA PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE PEUT ETRE UNE
MANIFESTATION NEUROLOGIQUE REVELATRICE DE L'INFECTION A VIH
PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS CAN BE NEUROLOGICAL EVENT
REVEALING HIV INFECTION**

O. Diallo¹, D. Kanikomo², C O. Guindo³, M Touré⁴; M. Dama¹, O. Coulibaly¹, H. Traore⁵, D. Traore⁶, M. Diallo⁷.

1.Service de neurochirurgie hôpital du Mali, 2.Service de neurochirurgie hôpital Gabriel Touré, 3. Service de neurologie hôpital du pt.G, 4.Service de gynécologie hôpital du Mali, 5.Service d'odontologie et chirurgie maxillo-faciale, 6.Service de chirurgie B hôpital du Pt.G, 7.Service de radiologie hôpital Gabriel Touré

Auteur principal : DIALLO Oumar service de neurochirurgie, Hôpital du Mali

Email : tiecourala2003@yahoo.fr , Tel : (00223.)66657779

Résumé : La paralysie faciale périphérique (PFP) est une manifestation neurologique couramment rencontrée en consultation de neurochirurgie. L'objectif de cette étude a été de faire la corrélation entre cette affection et l'infection à VIH sida. Il s'agit d'une étude rétrospective d'octobre 2008 à septembre 2012 qui a concerné tous les patients présentant une PFP en consultation de neurochirurgie. Les patients ont bénéficié d'un examen neurologique complet et d'examens paracliniques sanguins, biologiques et radiologiques. Une consultation ORL a été effectuée pour tous les patients. Notre série comportait 36 patients dont 11 femmes. L'âge variait entre 20 ans et 42 ans. La paralysie faciale était droite chez 22 patients (61,11%), la parésie intéressait toute l'hémiface. L'examen Otorhinolaryngologique était normal chez tous les patients tous comme le scanner cérébral. Dans notre série, 28 patients (77,77%) étaient connus séropositifs . L'Elisa et le western blot ont confirmé la présence du VIH 1 chez tous les patients et du VIH 2 chez 8.. Le traitement a consisté à l'administration de prednisolone et des antirétroviraux. L'évolution a été favorable chez l'ensemble des patients avec la disparition progressive de la paralysie faciale chez 20 patients

en 3 mois et de 16 autres en 6 mois. La présence du VIH 1 et 2 chez 77,77% des patients fait de la paralysie faciale un indicateur du VIH sida dans le département de neurochirurgie.

Mots clés : paralysie- faciale -HIV,

Summary:

Peripheral facial paralysis (PFP) is a neurological manifestation commonly encountered in neurosurgical consultation. The objective of this study was to correlate the disease and HIV AIDS. This is a retrospective study from October 2008 to September 2012 which involved all patients with PFP in consultation with neurosurgery. Patients had a complete neurological examination and blood diagnostic tests , biological and radiological . An otorhinolaryngologic consultation was carried out by all patients. Our series included 36 patients including 11 women . The ages ranged between 20 and 42 years . Facial paralysis was right in 22 patients (61.11 %) , paresis interested hemifacial . The review otorhinolaryngologic was normal in all patients as all brain CT-scan. In the series 28 patients (77.77 %) were séropositive The Elisa and Western blot confirmed the presence of HIV-1 in all patients and HIV 2 in 8 . The treatment consisted in the administration of prednisolone and antiretrovirals. The outcome was favorable in all patients with the gradual disappearance of facial paralysis in 20 patients in 8 weeks and 16 more in 6 months. The presence of HIV 1 and 2 in 77.77 % of patients due to facial paralysis is an indicator of HIV AIDS in the department of neurosurgery.

Keywords: facial -paralysis, - HIV.

Introduction

La Paralysie Faciale périphérique (PFP) est une manifestation neurologique très couramment rencontrée en consultation ordinaire. L'incidence est de 50/100000/an [1]. Environ 70% des patients consultant pour une PF souffre de paralysie de Bell ou à frigore évoluant favorablement. Une partie, par contre, souffre de pathologies telles que méningite, VIH, Lyme, AVC qu'il convient d'identifier rapidement en raison de leur gravité et de leurs

traitements spécifiques.[1]. Une PF isolée peut être la manifestation d'une primo-infection du VIH. Ainsi l'anamnèse doit rechercher les comportements à risque. Le test est à proposer systématiquement et toutes les personnes en âge de procréer sont à risque. En France, le rapport de l'agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites et la direction générale de la santé évalue à 152 000 le nombre de personnes infectées en 2008 dont environ 50 000 ignorent leur statut (ils sont responsables de deux tiers des contaminations) [2]. Selon ONUSIDA, 33,3 million de personnes étaient infectées par le VIH en 2010 dans le monde. Les pays peu développés payent le plus lourd tribut, particulièrement l'Afrique subsaharienne avec 22,5 millions. [2]. La prévalence du VIH en milieu neurologique est de 30% à Lusaka, 27% à Abidjan, et 2,84% à Bamako [3]. Le but de cette étude a été d'établir la corrélation entre la PFP et le VIH lors des consultations en neurochirurgie.

Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective d'octobre 2008 à septembre 2012 qui a concerné tous les patients présentant une PFP en consultation de neurochirurgie. Ils ont bénéficié d'un examen neurologique complet et d'un examen oto-rhino-laryngologique (ORL) au décours desquels un consentement éclairé était obtenu pour la sérologie HIV. Un bilan sanguin standard associé aux tests de SIDA (Elisa, puis Western Blot), de syphilis et de diabète ont été effectués. Ces bilans ont été effectués après le consentement éclairé des patients. L'examen biologique du LCR (dosage des protéines avec électrophorèse) a également été pratiqué tout comme la tomodensitométrie chez tous les patients. L'annonce des résultats se faisait initialement dans le service par sensibilisation puis le patient était orienté vers le centre antisida en cas de positivité des tests VIH. Tous les patients présentant une cause locale à l'examen ORL ou au scanner ont été éliminés de la série.

Résultats :

Au cours de notre étude nous avons recensé 36 patients présentant une paralysie

faciale périphérique unilatérale. Il y avait 25 hommes et 11 femmes. Les âges variaient entre 20 ans et 42 ans (tableau 1). Tous les patients avaient un bon état général. La PF était droite chez 22 patients (61,11%) et l'examen neurologique a montré une parésie de toute l'hémiface. On notait, du côté atteint, des rides effacées, un œil ouvert, un battement palpébral aboli, un sillon nasogénien effacé et la bouche était déviée du côté sain. On notait également l'impossibilité pour le patient de contracter le muscle peaucier du cou. Un effacement des rides du front, une raréfaction ou une absence du clignement, un élargissement de la fente palpébrale aux dépens de la paupière inférieure qui était abaissée, voire éversée chez le sujet âgé (ectropion). L'œil larmoyant par moment. *Au repos* : une asymétrie du visage, une déformation de la bouche qui était attirée du côté sain, une ptose de la joue et une chute de la commissure labiale ont été notées. Chez l'ensemble des patients. La survenue était brutale constatée le matin au réveil sans signe d'appel ni de signes généraux. Le délai entre la paralysie faciale et la consultation a été court (tableau 2) Le scanner a été normal chez tous les patients. L'Elisa et le western blot ont été positifs chez 28 patients (77,77%) : le taux de lymphocytes CD4 était inférieur à $200/\text{mm}^3$ chez 5 patients, entre $200/\text{mm}^3$ et $250/\text{mm}^3$ chez 4 patients, entre $250/\text{mm}^3$ et $300/\text{mm}^3$ chez 6 patients et supérieur à $350/\text{mm}^3$ chez 21 patients : (Tableau 3). cinq patients étaient connus du centre anti-sida, connaissaient leur statut sérologique mais l'avaient caché lors de l'interrogatoire. Parmi les 11 femmes 3 travaillaient dans des bars donc exerçaient un métier à risque. Vingt (20) patients étaient mariés et vivaient en couple permanemment pour 8 et momentanés pour 12 autres car l'époux vivait dans un autre pays. Il venait de temps à autre ou rarement une fois par an ou tous les deux ans pour 1 mois. Le VIH 1 a été retrouvé chez tous patients et le VIH 2 en plus chez 8 d'entre eux. Le traitement a associé le prednisolone (à $1\text{mg}/\text{kg}/\text{j}$ et l'arrêt a été progressif pour tout traitement excédant 8 jours) à la trithérapie aux antirétroviraux instaurés par le centre antisida. Tous nos patients ont bénéficié de conseil de rééducation consistant à mastication régulièrement. La récupération a

été progressive et totale pour 20 patients au bout de 3 mois et les 16 autres patients ont récupéré au bout de 6 mois.

Commentaires et discussions :

Le rôle du VIH dans la genèse de la PFP a été reconnu [4,5]. Elle correspond à la réponse immunitaire face à une dissémination du Virus dans le corps. [6], elle serait liée à la séroconversion et à une attaque directe du nerf par le virus. [6,7]. Environ 70% des PFP souffrent d'une paralysie de Bell et les dernières études dans ce cadre plaident en faveur d'une infection du nerf par l'herpès simplex 1 [1]. Les âges allaient de 15 à 76 ans [5] (tableau 1). Notre série était plus jeune et comparable à celle d' Avode DG et al. [8]. La prédominance sexuelle était diversement appréciée selon les auteurs. La PF était le plus souvent unilatérale mais pouvant être bilatérale [9]. Le début a été brutal sans signes généraux et l'examen ORL était normal [8]. Les examens paracliniques : scanner et biologiques étaient non contributifs. Les tests du SIDA étaient positifs et les patients avaient des taux variables de lymphocytes CD4. Les paralysies faciales pouvaient survenir quelque soit le taux de lymphocytes CD4 et ne semblaient pas avoir de signification pronostique. Elles pouvaient être alors le mode de révélation de l'infection par le VIH [7]. Dans notre série la situation conjugale et / ou même sociale ont peut être contribuées à la transmission : le conjoint très peut présent d'une part et d'autre part des services à risque tel que les professions de serveuses. L'annonce des résultats a été l'un des moments les plus difficiles car le patient s'attendait à tout sauf une telle corrélation, alors une préparation psychologique était faite pour tous les nouveaux cas avant d'être adressés au centre antisida où ils étaient confiés à un psychologue. Le taux de lymphocyte CD4 variait entre 175 et 410 /mm³. Tous nos patients sont revenus avec le traitement ARV après leurs consultations au centre antisida alors qu'il est recommandé à partir de 350/mm³ et dans d'idéale 500/mm³ [2]. Ceci pourrait s'expliquer par le souci d'éviter la propagation de l'infection à VIH car le mode de transmission était essentiellement sexuel et

les mesures préventives de protection n'étaient également pas acceptées. Le conjoint qui n'était pas immédiatement informé pourrait expliquer le mode de traitement précoce. Cette remarque a été déjà faite car un patient sur deux est pris en charge avec un taux de CD4 inférieur à 350 et 29% avec un taux inférieur à 200/mm³ ; un surcroît de 10,9 % était attribuable à un traitement trop tardif. Le traitement protégerait de la transmission du virus au partenaire sérodiscordant dans 92% des cas et même dans 96% s'il était précoce [2]. Le traitement de la PF était fait d'administration de corticoïdes (prednisone 1mg/kg/j qui devrait débiter le plus tôt possible moins de 72h du début de la PF. La physiothérapie aiderait également à la récupération, il faut protéger l'œil exposé par la plégie palpébrale afin d'éviter une ulcération de la cornée. Un pansement en verre de montre peut être prescrit ainsi que des larmes artificielles et de la vitamine A en pommade ophtalmique pour la nuit [1]. L'acupuncture améliorerait le taux de récupération [10]. L'ensemble de ces mesures devraient être associées aux antirétroviraux (ARV) : la trithérapie, un meilleur conditionnement des médicaments, la codification de leurs prescriptions ont permis une diminution du nombre de SIDA. [1].

Conclusion :

Avec la pandémie du VIH-sida, l'attention des praticiens doit être attirée sur certaines de ces manifestations neurologiques dont la PFP. La forte prévalence du VIH 1 et 2 chez les patients présentant une paralysie faciale périphérique isolée, est un indicateur du VIH- sida qu'il convient de reconnaître afin d'appliquer le traitement adéquat.

Références bibliographiques :

1. Alvarez V, Dussoix P, Gaspoz J-M. Paralysie faciale : diagnostic et prise en charge par le médecin de premier recours. *Rev Med Suisse* 2009;5:258-262
2. Alcaix D. manifestation rhumatologiques de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine. EMC- appareil locomoteur. 2013 ; 8 (3) :1-14

3. Guindo C.O, Maiga I, Rochereau D, Traore M. paralysie faciale et Zona, indicateur de l'infection a VIH. Malimedical 1997;12(1/2):22-23
4. Abboud O, Saliba I. Isolated bilateral facial paralysis revealing AIDS: a unique presentation. Laryngoscope. 2008 ; 118(4):580-4.
5. [Komolafe MA](#), [Fatusi OA](#), [Alatise OI](#), [Komolafe EO](#), [Amusa YB](#), [Adeolu AA](#), [Durosinmi MA](#). The role of human immunodeficiency virus infection in infranuclear facial paralysis. [J Natl Med Assoc](#). 2009;101(4):361-6.
6. Yeo JC, Trotter MI, Wilson F. Bilateral facial nerve palsy associated with HIV seroconversion illness. Postgrad Med J. 2008;84(992):328-9.
7. [Doutre M.S.*](#), [Beylot C.*](#), [Beylot J.**](#), [Long P.*](#), [Royer P.*](#), [Lacoste D.**](#)
Paralysie faciale périphérique et infection par le VIH. A propos de 2 observations. [La Revue de Médecine Interne](#). 1992 ; 13 (5) : 354–358
8. Avode DG. , Bigot A., Kodjoh N., Latoundji S. Paralysie faciale peripherique isolée et sérologie positive du VIH : une étude de 6 cas au CNHU de Cotonou (Benin).Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (8/9) :490-492.
9. Serrano P, Hernández N, Arroyo JA, de Llobet JM, Domingo P. Bilateral Bell palsy and acute HIV type 1 infection: report of 2 cases and review. Clin Infect Dis. 2007 Mar 15;44(6):57-61
10. [Zhou ZY](#), [Dai TZ](#). Observation on therapeutic effect of acupuncture on complicated facial paralysis in the African patient of HIV/AIDS]. [Zhongguo Zhen Jiu](#). 2008;28(9):673-4

Tableau 1. Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Nombre de patients
20	10
21-30	14
31-40	10
41-45	2
total	36

Tableau 2 corrélation entre la survenu de la paralysie faciale et la consultation

Nombre de patients	Délai de consultation
5	Premier jour
16	1 et 6 jours
11	7 et 13 jours
4	Après 14 jours
Total	36

Tableau 3. Répartition des patients en fonction du taux de CD4

Taux CD4	Patients
Inférieur à 200	5
Entre 200 et 250	4
Entre 250 et 300	6
entre 300 et 410	21
Total	36