

# PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE ISOLEE ET SEROLOGIE POSITIVE DU VIH : UNE ETUDE DE 6 CAS AU CNHU DE COTONOU (BENIN)

D.G. AVODE\*, A. BIGOT, N. KODJOH, S. LATOUNDJI

## RÉSUMÉ

**Une étude prospective de 6 cas de paralysie faciale périphérique inaugurant un SIDA, observés au CNHU de Cotonou au Bénin, est rapportée. La paralysie a constitué une complication initiale de l'infection à VIH dans tous les cas. Elle était droite dans 4 cas et gauche dans 2 cas, complète dans 5 cas, et de survenue brutale chez tous nos patients. Le Liquide CéphaloRachidien (LCR) était anormal 2 fois. La récupération a été totale dans la plupart des cas. Une récidive a été pourtant notée.**

**Mots clés : Paralysie faciale Périphérique isolée - Infection à VIH - BENIN.**

## SUMMARY

*Isolated peripheral face paralysis and HIV positive serology : study of six cases in National Hospital Center - Cotonou*

**A prospective study on six cases suffering from Aids has been reported.**

**In all cases paralysis has been a foremost complication in HIV infected.**

**For four cases the paralysis has reached the right side and for two cases it was complete and in all cases it occurred suddenly. Twice the cerebro-spinal fluid (CSF) became abnormal. Most patients got healed but one of them was paralysed once again.**

**Key-words : Isolated Peripheral face paralysis - HIV infection - BENIN.**

## INTRODUCTION

Les paralysies faciales périphériques (PFP) ont été décrites comme complications précoces ou tardives de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), (SNIDER et Al. 1983 ; BELEC et Coll. 1991). Elles sont

\* Faculté des sciences de la Santé - CHU BP. 06-865 Cotonou (Bénin)

probablement plus fréquentes dans la population africaine, et peuvent même survenir lors de la séroconversion (KABORE et Coll. 1991, KOUASSI et Coll. 1991, BELEC et Coll. 1991).

Une étude prospective de 6 cas de PFP inaugurant un SIDA au CNHU de Cotonou (Bénin) nous a conduit à évaluer la fréquence des sujets ayant une sérologie VIH positive parmi une population de patients atteints de PFP. L'intérêt des examens complémentaires est souligné.

## PATIENTS ET MÉTHODES

De Nov. 1990 à Juillet 1995, 32 patients (20 hommes et 12 femmes) ont été reçus et examinés en consultation neurologique externe pour PFP isolée. Ils ont systématiquement bénéficié d'un examen général et neurologique complet avec recueil de l'anamnèse et des antécédents, d'un bilan ORL pour éliminer une cause locale, d'une imagerie crânienne et thoracique (Rx du crâne et pulmonaire) de sérologies diverses (VIH, VDRL et Toxoplasmose). La sérologie VIH est pratiquée au maximum 15 jours après la première consultation (Elisa, puis Western Blot). L'analyse du LCR a été seulement réalisée chez les patients porteurs d'une PFP et VIH positifs ; elle a notamment comporté un dosage des protéines avec électrophorèse.

Tous les sujets présentant une paralysie faciale non isolée, associée à d'autres manifestations neurologiques, à un diabète, à une affection ORL, ont été donc exclus de cette étude.

## RÉSULTATS

Sur les 32 patients porteurs d'une PFP, 6 dont 5 hommes et 1 femme avaient une sérologie positive pour le VIH et représentent notre série d'étude. Ils sont tous de race noire et âgés de 28 à 44 ans. L'interrogatoire retrouve toujours un début brutal, la paralysie étant le plus souvent observée le

matin au réveil. Un contexte douloureux (céphalées ou otalgies) précède ou accompagne la survenue de la paralysie. La transmission était sanguine (cas n°1) indéterminée (cas n°5) et sexuelle (cas n°2, 3, 4, 6). Deux patients étaient toxicomanes. Le nerf facial droit était concerné dans 4 cas et le gauche dans 2 cas. La gustation était 2 fois normale et diminuée 4 fois.

L'examen neurologique était normal, en dehors de la PFP et des troubles du réflexe cornéen. Le reste de l'examen somatique était sans particularité pour l'infection VIH (absence de diarrhée, de fièvre persistante, d'amaigrissement récent, de candidose, de toux, de polyadénopathie etc...).

Ces éléments cliniques sont résumés dans le tableau n°1.

**Tableau n°1 : Caractéristiques épidémiologiques et cliniques**

Patients	1 (en 1991)	2 (en 1992)	3 (en 1993)	4 (en 1993)	5 (en 1994)	6 (en 1995)
Sexe/Age	F/28	M/28	M/44	M/33	M/26	M/29
Profession	Secrétaire de direction	Démarcheur	Agent des douanes	Aide-comptable (prisonnier)	Frigoriste	Magasinier au marché
Etat civil	Mariée	Célibataire avec enfant et toxicom.	Marié (Polygame)	Marié Alcoolique et Toxicomane	Marié	Célibataire sans enfant
Mode de transmission VIH	Sanguin	Sexuel	Sexuel	Sexuel	Indéterminé	Sexuel
Mode survenue PFP	Brutal le matin au réveil	Brutal le matin au réveil	Brutal le matin au réveil	Brutal le matin au réveil	Brutal le matin au réveil	Brutal le matin au réveil
Paralysie faciale	complète	partielle	complète	complète	complète	complète
Côté	droit	droit	droit	gauche	droit	gauche
Gustation	diminuée	normale	diminuée	normale	diminuée	diminuée
Réflexe cornéen	aboli	diminué	diminué	présent	aboli	diminué
Récupération	totale en 10 mois récidive il y a 1 an	Perdu de vue après traitement	incomplète	perdu de vue après traitement	totale en 8 mois récidive il y a 6 mois	légère depuis 2 mois

L'imagerie crânienne (Rx du crâne) était normale chez 5 patients. Le cas n°5 montrait une image lacunaire ovalaire pariétale droite compatible avec une toxoplasmose cérébrale. L'imagerie pulmonaire était normale dans les 6 cas.

Les examens sanguins et du LCR sont sans particularité.

Les résultats des examens complémentaires pratiqués sont rapportés dans le tableau n°2.

Tableau n°2 : Examens complémentaires

Patients	1	2	3	4	5	6
VIH+	Découverte fortuite	Découverte fortuite				
Rx crâne	normale	normale	normale	normale	Lacune, ovalaire pariétale D en co-cardre	
F.O.	normal	normal	normal	normal	normal	normal
E.E.G.	normal	normal	/	/	/	normal
ORL	confirmation	confirmation		confirmation		confirmation
Sérologie toxoplasmique (IgG)	négative	négative	/	/	positive 2 fois à 21 j d'intervalle	positive 2 fois à 16j d'intervalle
NFS	/	normale	/	Hyperéosinophilie	normale	normale
LCR	normal	anormal	normal	normal	anormal	anormal

Tous ces patients ont bénéficié d'une masso-kinésithérapie, d'une corticothérapie et d'une vitaminothérapie B de courte durée.

L'évolution a été totale en 8 à 10 mois dans 2 cas, incomplète 2 fois et 2 patients en traitement sont perdus de vue. Une récidive a été notée néanmoins chez les 2 patients dont la récupération a été totale. Il faut signaler que ces 2 patients seront admis ultérieurement 1 an 1/2 après, dans un tableau clinique de SIDA.

### COMMENTAIRES

Les 6 cas que nous rapportons, présentaient une PFP isolée et étaient séropositifs. L'installation de la PFP a été brutale le matin au réveil et d'emblée complète chez tous nos patients. L'atteinte concernait l'hémiface droite 4 fois et 2 fois l'hémiface gauche. Cette prédominance droite a été relevée par KOHLER et Coll. (3).

La PFP a été la manifestation initiale de l'infection à VIH et permit sa découverte chez tous nos patients. Elle a été également initiale chez 5 des 7 patients rapportés par KOHLER et Coll. et permit la découverte de l'infection à VIH chez 3 d'entre eux (3).

L'effectif réduit de notre série ne permet pas certes une étude épidémiologique détaillée. Mais malgré cela, nous avons fait une estimation : 6 PFP associées à l'infection à VIH sur 32 PFP correspond à 18,75 p. 100 tandis que le pourcentage de séropositifs dans la population générale au Bénin est environ de 1 p. 100.

Ces chiffres suggèrent que les PFP sont plus fréquentes chez les sujets séropositifs. Cette affirmation a été faite par plusieurs auteurs en Afrique (1, 2, 4) et en Europe (3, 5, 6, 7). Il est ainsi démontré que les PFP sont liées à la séropositivité VIH, contredisant un tant soit peu le fait que ces PFP idiopathiques surviennent fortuitement chez les sujets séropositifs.

En conclusion, les PFP contemporaines d'une infection à VIH et dont elles peuvent d'ailleurs constituer la manifestation clinique initiale représentent un nombre non négligeable de l'ensemble de PFP diagnostiquées au CNHU de Cotonou, ses environs et dans les autres centres médico-sanitaires du Bénin. Par conséquent, l'apparition de toute PFP, dans le contexte actuel de l'éclosion de l'infection à VIH, nécessite des investigations neuroradiologiques et biologiques adaptées et orientées.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - L. BELEC, B. DICOSTANZO, E. VUILLECARD, E. SCHULLER.  
Pyomyosite tropicale et paralysie faciale périphérique, indicateurs de l'infection à VIH en contexte africain ?  
Sidalerte, 1991, 9 : 28-29.
- 2 - J. KABORE, M. GALIN, M. SANON.  
Paralysie faciale idiopathiques et sérologie VIH. Une étude au Burkina Faso.  
Sidalerte, 1991, 9 : 23-24.
- 3 - A. KOHLER, P. BURKHARD, M.R. MAGISTRIS, M. CHOF FLON.  
Paralysie faciale périphérique isolée et infection à VIH : 7 cas.  
Rev. Neurol. (Paris), 1995, 151, (5) : 332-337.
- 4 - B. KOUASSI, F. ETIEN, B. ASSI, A. MILLOGO, M. DIAGANA, M. PIQUEMAL, Y.F. BOA, C. GIORDANO.  
Paralysie faciale périphérique et infection à VIH en Côte d'Ivoire.
- Sidalerte, 1991, 9 : page 27.
- 5 - W.D. SNIDER, D.M. SIMPSON, S. NIELSEN, J.M.W. GOLD, C.E. METROLA, J.B. POSNER.  
Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome : analysis of 50 patients.  
Aux. Neurol. 1983, 14 : 403-418.
- 6 - P.A. ULDRY et F. REGLI.  
Multinévrite des nerfs crâniens et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : 5 cas.  
Rev. Neurol. (Paris), 1988, 144 (10) : 86-589.
- 7 - P.A. ULDRY, F. REGLI.  
Paralysie faciale périphérique isolée et récidivante dans l'infection à human immunodeficiency virus (HIV).  
Schweiz Med. Wochenschr, 1988, 118 : 1029-1031.