



ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 19, N° 1 – ANNEE: 2019

ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 19, NUMERO 1, ANNEE: 2019

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
J-R. IBARA

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENG (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Ngouabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Ngouabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales-umng@yahoo.fr

- 1** **Prise en charge des patients gouteux avec comorbidités : à propos de 75 cas suivis au CHU de Brazzaville (Congo)**
LAMINI N'SOUNDHAT N.E., OMBOUMAHOU-BAKALE F., SALEMO A. P., NKOUALA-KIDEDE D.C., MOUTOLA-LATOU E. J., AKOLI EKOYA, ANGALLA R. NTSIBA H.,
- 8** **Évaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte au CHU de Brazzaville**
NGANGA NGABOU C. G. F., MAKITA C., ONKA VISSIMY., GOMBE EYISSA., ALANDZOBO F., MESSE AMBIA KOULIMAYA R.
- 16** **Évaluation de la concentration plasmatique de l'IL7 au cours de l'infection à HPY chez les femmes ayant le cancer du col de l'utérus au Congo**
LOUBANOU TCHIBINDA F. G., BOUMBA L. M. A., EBATETOU-ATABOHO E., LOUBANO-VOUMBI G., THOUASSA A. J.C., MOUKASSA D.
- 23** **Ischémie aiguë du membre inférieur compliquant une dissection de l'aorte abdominale**
IKAMA S.M, MAKANI J, MOYIKOUA R, LI ONDZE-KAFATA, ELLENGA-MBOLLA B.F., LAMINI NSOUNDHAT, GOMBET T.R., KIMBALLY-KAKY S.G.
- 31** **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des patients suivis pour exacerbation d'asthme**
R.G. BOPAKA, E.P.L. BEMBA, F.H. OKEMBA OKOMBI, K.B. OSSALE ABACKA, P.P. KOUMEKA, W. EL KHATTABI, H. AFIF.
- 46** **La lithiase rénale au CHU de Brazzaville aspects métaboliques et nutritionnels**
LOUMINGOU R., EYENI T., GASSONGO-KOUMOU G.

ISSN : 1815 - 4433

- 56 Histopathologie de l'oropharynx au cours de l'infection à VIH**
NGOUONI G.C., ALOUMBA A.G., OTOUANA NDZON H.B., TSIERIE-TSOBA A., ITIERE ODZILI F.A., PEKO J.F., ONDZOTTO G.
- 67 Kyste de la vallecule de découverte fortuite : à propos d'un cas**
MOYIKOUA R.F., NGOUONI G.C., OTOUANA DZON H.B., ITIERE ODZILI F.A., MAKOSSO E., ONDZOTTO G.
- 74 Maladies vibratoires chez les casseurs de pierres a la carrière de Kombe Brazzaville-Congo**
MAOUENE M., WATHA-NDOUDY.N., BOUHIKA E.J., MBEMBA F
- 85 Mortalité liée aux hépatites virales B et C dans le service de gastro-entérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville**
AHOUI APENDI C, MIMIESSE MONAMOU J, MONGO-ONKOUO A, ITOUA-NGAPORO N, NGAMI R, NGALESSAMI MOUAKOSSO M, ADOUA S, DEBY GASSAYE, ATIPO IBARA B, IBARA J-R.
- 94 Tumeur carcinoïde du Caecum au cours d'une neurofibromatose de type 1**
LENGA LOUMINGOU I.A., PEKO J.F.: NSONDE MALANDA J.
- 98 Impétigo à pyocyanique chez un nourrisson infecté par le VIH**
ONTSIRA E. N., LENGA LOUMINGOU I.A.



HISTOPATHOLOGIE DE L'OROPHARYNX AU COURS DE L'INFECTION À VIH

HISTOPATHOLOGY OF OROPHARYNX DURING HIV INFECTION

NGOUONI G.C., ALOUMBA A.G., OTOUANA NDZON H.B., TSIERIE-TSOBA A.,
ITIERE ODZILI F.A., PEKO J.F., ONDZOTTO G.

Service de ORL, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
République du Congo

E-mail : gerard.ngouoni@umng.cg

RESUME

Objectifs spécifiques: Déterminer le profil épidémiologique des patients présentant des manifestations oropharyngées au cours de l'infection à VIH/SIDA ; identifier les lésions histologiques ; établir une corrélation entre le statut sérologique au VIH et les lésions observées.

Patients et Méthode : étude rétrospective descriptive et transversale allant du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Septembre 2018, réalisée à Brazzaville et Pointe-Noire dans les services cliniques et laboratoires médicales. Elle a concerné 40 adultes avec symptomatologie oropharyngée, inférieure à un mois ou récidivante.

Résultats : les signes d'appel oropharyngés : 37,4%. L'étude concernait 17 hommes (42,5%) et 23 femmes (57,5%). L'âge moyen est de 34,1 ans. Il existe un lien entre les manifestations cliniques oropharyngées et le statut sérologique ($p=0,031$). Les lésions histologiques étaient fonction du statut sérologique ($p=0,013$). Il existe une corrélation entre les lésions histologiques et le taux de lymphocytes CD4 ($p=0,0001$).

Conclusion : La sérologie rétrovirale doit être demandée devant toutes affections oropharyngées suspectes.

Mots-clés : Histopathologie oropharyngée – infection à VIH

ABSTRACT

Specific objectives: To determine the epidemiological profile of patients with oropharyngeal manifestations during HIV/AIDS infection; to identify histological lesions; to correlate HIV serological status with observed lesions.

Patients and Method: Descriptive and cross-sectional retrospective study from January 1, 2018 to September 30, 2018, conducted in Brazzaville and Pointe-Noire in clinical departments and medical laboratories. It involved 40 adults with oropharyngeal, less than one month old or recurrent symptoms.

Results: oropharyngeal call signs: 37.4%. The study involved 17 men (42.5%) and 23 women (57.5%). The average age is 34.1 years. There is a relationship between oropharyngeal clinical manifestations and serological status ($p=0.031$). Histological lesions were a function of serological status ($p=0.013$). There is a correlation between histological lesions and CD4 lymphocyte levels ($p=0.0001$).

Conclusion: Retroviral serology should be requested in the event of any suspicious pharyngeal or other conditions.

Key words: Oropharyngeal pathology - HIV infection

INTRODUCTION

L'infection à VIH-SIDA reste un problème d'actualité et de santé publique [1]. Les manifestations ORL au cours de l'infection à VIH et au cours du SIDA avéré s'observent dès la phase initiale de la maladie, en raison du tropisme particulier du virus pour les tissus lymphoïdes [2]. Les atteintes oto-rhino-laryngologiques (ORL) et cervico-faciales de l'infection par le VIH sont variées et polymorphes [2]. Si chez les patients immunocompétents, les pathologies oropharyngées sont dominées par les angines à streptocoque bêta hémolytique du groupe A, les patients immunodéprimés par le VIH par contre présentent des affections polymorphes, qui posent le problème de leur récurrence ou chronicité et sont cependant une source d'inconfort supplémentaire [3-5]. Ainsi, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des manifestations oropharyngées au cours de l'infection à VIH/SIDA, nous avons réalisé cette étude, avec pour objectifs de :

- Déterminer le profil épidémiologique des patients présentant des manifestations oropharyngées au cours de l'infection à VIH/SIDA ;
- Identifier les lésions histologiques oropharyngées au cours de l'infection à VIH/SIDA ;
- Établir une corrélation entre le statut sérologique au VIH et les lésions oropharyngées observées

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et transversale réalisée à Brazzaville dans les services de pneumologie (CHU), des maladies infectieuses (hôpital de base de Makélékélé), les laboratoires de Bactériologie et Immunologie (Laboratoire National de Santé publique) et à Pointe-Noire dans les services de

d'anatomie pathologique et d'analyse médicale (Hôpital Général de Loandjili), le centre d'études de pathologies humaines et animales. L'étude a couvert la période du 1er janvier 2018 au 30 Septembre 2018, soit neuf (9) mois.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Être âgé de 18 ans et plus ;
- Présenter des manifestations oropharyngées inflammatoires et/ou infectieuses (érythème, ulcération, nécrose, modification de la coloration des muqueuses de l'oropharynx) et tumorales, soit aiguës, soit chroniques, soit récurrentes ;
- Avoir réalisé la sérologie rétrovirale HIV ;
- Le dossier médical des patients devrait être complet comprenant une observation médicale, les résultats des sérologies rétrovirales, la souche virale, le taux de lymphocytes T CD4 chez les patients immunodéprimés au VIH, ainsi que les résultats histopathologiques (type de lésions histologiques) ;
- Adhérer volontairement à l'étude.

Les patients ayant présenté une affection opportuniste notamment la tuberculose n'ont pas été inclus.

La population d'étude était constituée de 40 patients, sans distinction de sexes.

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête à laquelle a adhéré chaque malade et des observations médicales.

Le mode opératoire : les patients ont été vus en consultation et pendant leur séjour hospitalier. La réalisation du dosage des lymphocytes CD4, le prélèvement de

gorge sur écouvillon et culture, les milieux de culture, l'étude bactériologique, la biopsie oropharyngée et l'histopathologie a été fait selon les techniques conventionnelles.

Les variables étudiées ont été d'ordre épidémiologiques, cliniques et para cliniques :

- Les variables épidémiologiques étudiées étaient : la fréquence des manifestations oropharyngées selon le statut sérologique, l'âge, le sexe, la situation matrimoniale et socioprofessionnelle ainsi que les facteurs de risque.
- Les variables cliniques comprenaient : les signes d'appel oropharyngé, le type de lésions oropharyngées et la classification clinique de l'immunodéficience au VIH.

La classification adoptée a été celle du CDC Atlanta, elle comprend 3 stades : stade A (déficit immunitaire mineur), stade B (déficit immunitaire modéré) et stade C (déficit immunitaire sévère). Cette classification a permis de regrouper les pathologies suivant le déficit immunitaire.

- Les variables para cliniques étaient réparties selon la sérologie rétrovirale (la souche virale, le taux de lymphocytes T CD4 chez les patients immunodéprimés au VIH), selon l'histopathologie (le type de lésions histologiques, le type de lésions croisées au taux de lymphocytes CD4).

L'analyse statistique des données et la saisie ont été faites avec le logiciel Epi info version 6.4. Le test de chi 2 a été utilisé pour comparer certains pourcentages, avec un seuil de signification de 5%.

Les différents prélèvements ont été effectués auprès de chaque patient après avoir obtenu son consentement

éclairé. L'anonymat des patients a été respecté, conformément aux principes de la déontologie médicale.

RÉSULTATS

• Aspects épidémiologiques

Fréquence :

Durant la période d'étude de 363 patients ont été hospitalisés. Parmi ceux-ci, 107 ont réalisé une sérologie VIH et 40 ont présenté une symptomatologie oropharyngée, soit une fréquence hospitalière de 29,5% et 37,4% de l'ensemble des manifestations oropharyngées.

Age : la répartition des patients selon leur âge a été représentée dans le tableau I.

Sexe : le sexe masculin représentait 17 cas (42,5%) et le sexe féminin 23 cas (57,5%) soit un sex-ratio = 0,1.

Facteurs de risque : la répartition des facteurs de risques trouvés était représentée dans le tableau II.

• Aspects cliniques

Types d'affections oropharyngées : le tableau III représente les différentes affections oropharyngées retrouvées.

Classification clinique des patients immunodéprimés au VIH : la classification clinique des patients est exprimée par la figure 1.

• Aspects para cliniques

Sérologie : la population d'étude comprenait 23 patients avec une sérologie VIH positive. Le VIH 1 a été la seule souche virale retrouvée.

Classification biologiques des patients immunodéprimés au VIH : la classification

biologique des patients immunodéprimés au VIH est exprimée par la figure 2.

Histopathologie : il a été réalisé 20 biopsies sur les quarante prévues. Les lésions histologiques retrouvées selon le statut sérologique sont représentées dans le tableau IV.

Corrélation des lésions histologiques chez les patients immunodéprimés au VIH et le taux de lymphocytes CD4 : celle-ci a été représentée dans le tableau V.

DISCUSSION

L'infection à VIH-SIDA reste un problème d'actualité et de santé publique [1]. La tranche d'âge de la population la plus concernée au cours de notre étude se situait entre 38 et 47 ans (37,5%). Nos résultats corroborent ceux de la littérature [6, 7] où les tranches d'âges les plus touchées sont celles des adultes jeunes, dont l'âge variait entre 25 et 40 ans. L'âge de survenue de l'infection par le VIH est très variable, mais les auteurs s'accordent sur le fait qu'en Afrique sub-saharienne, l'infection est précoce [2, 8].

La survenue de l'infection à VIH-SIDA varie selon le sexe et les séries bien qu'il existe une prédominance féminine trouvée dans notre étude. Ces données sont également confirmées par la littérature [1, 6, 7]. Certaines de ces différences de sexe sont dues à des particularités biologiques : les zones de muqueuses exposées durant les rapports sexuels sont plus étendues chez les femmes que chez les hommes; plus grande quantité de fluides transférés par l'homme que par la femme; plus forte teneur en virus des fluides sexuels transmis par les hommes; et des microdéchirures des tissus du vagin (ou du rectum) peuvent être causées par la pénétration sexuelle. Les jeunes femmes sont plus particulièrement susceptibles d'être infectées [9].

Parmi les facteurs de risque, le multipartenariat sexuel occupe une place

importante. Cependant, il est à retenir que certains facteurs comme les scarifications et la transfusion sanguine sont à prendre en compte. Ces résultats ont également été rapportés par Ondzotto G et coll. en 2004 [2]. L'OMS [9] rapporte que les normes de genre peuvent aussi avoir un impact sur la transmission du VIH. Dans bien des régions, par exemple, les normes de genre permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes. À cause des facteurs biologiques mentionnés plus haut, cela signifie que dans bien des régions où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, les taux d'infection sont beaucoup plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes [9].

La classification CDC de ATLANTA adoptée, voudrait que tout patient ayant fait ou faisant une tuberculose, quelque soit la forme ou la localisation, soit classé en catégorie C. [10]. Malgré l'exclusion de la tuberculose comme co-infection, tous les patients immunodéprimés au VIH inclus dans cette étude ont été classés en catégorie C.

La sérologie rétro virale était positive chez 23 sur les 40 patients inclus dans l'étude. Le VIH 1 a été la souche trouvée. Au Mali [1], au Congo [2], au Bénin [4], les auteurs ont constaté une prédominance de la même souche virale dans leurs séries respectives. Ce qui semble confirmer que le VIH 1 est plus fréquemment rencontré sur le continent africain.

Le type de lésions histologiques diffère selon le statut sérologique [11, 12]. Il est dominé par les lésions non spécifiques chez le patient immunocompétent au VIH, tandis que chez le patient immunodéprimé au VIH, ce sont les lésions spécifiques des agents opportunistes avec comme chef de file l'amygdalite à *Candida albicans* suivi de l'amygdalite au Human Papilloma virus (HPV). Les données de la littérature confirment que la candidose oropharyngée

est l'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH et est considérée comme un facteur prédictif indépendant de l'immunodéficience chez les patients atteints du SIDA. Bien que *Candida albicans* soit l'espèce la plus fréquemment isolée en tant que colonisateur et agent pathogène de la muqueuse bucco-pharyngée, d'autres espèces de *Candida*, telles que *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* et *Candida glabrata* ont également été retrouvées de plus en plus [13-15]. Le nombre de lésions oropharyngées causées par le HPV a augmenté dans le monde entier ces dernières années. En dépit de la pertinence clinique de l'infection à HPV dans le tractus ano-génital de patients séropositifs, la pertinence de l'infection à HPV de l'oropharynx chez ces patients est liée aux perversions sexuelles (rapport oral et anal) [16].

Notre étude confirme également que la survenue des lésions histologiques trouvées est liée au taux de lymphocytes CD4. La quasi totalité de ces lésions surviennent chez des patients ayant un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200 par millilitre de sang. Ces résultats sont également trouvés dans la littérature [17-20]. Les infections opportunistes surviennent lors d'une prise en charge tardive de l'infection VIH, ou, chez des patients déjà suivis, lors d'une rupture d'observance ou en cas d'échecs des prises en charge thérapeutique antirétrovirale ou préventive des infections opportunistes [21].

N.B : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONCLUSION

Les manifestations oropharyngées au cours de l'infection à VIH/SIDA constituent une affection de l'adulte jeune, de sexe variable dont le multipartenariat sexuel est le principal facteur de risque. Les

lésions histologiques sont dominées par les lésions spécifiques des agents opportunistes. La gravité des affections opportunistes est fonction du taux de lymphocytes CD4, d'où la nécessité de réaliser de façon systématique la sérologie rétrovirale devant toutes affections oropharyngées suspectes.

REFERENCES

1. Mohamed A, Keita M, Togola-Tonipo F et coll. Pathologies ORL et VIH/SIDA: à propos de 19 cas à l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako. Bull. Soc. Path. Exot 1996 ; 4 : 295-6.
2. Ondzotto G, Ibara JR, Mowondabeka P, Galiba J. Manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection à VIH en zone tropicale, à propos de 253 cas Congolais. Bull. Soc. Path. Exot 2004; 97 (1) : 59-63.
3. Okome-Nkoumou M, Biguikouma JB, Kombila M et coll. Les maladies opportunistes de l'infection par le VIH, à l'hôpital Fondation Jeanne EBORI de Libreville. Med. Trop 2008 ; 66 : 167-71.
4. Vignikin-Yehoussi B, Gomina M, Adjibabi W et coll. Manifestations ORL et VIH : Aspects épidémiologiques et cliniques au CNHU de Cotonou et au CHD/OUEM. Mali Méd 2006 ; 2 : 31-4.
5. Ntima-Nsiemi K, Mangyanda MK, Muila C et coll. Sida et infection à VIH en stomatologie : incidence des manifestations oro-faciales dans un groupe de patients Africains en région Parisienne. Odontol. Stomatol. Trop 2000 ; 91 :12-14.
6. Ouedraogo M, Ouedraogo SM, Diagbouga S. Infection mycobactérienne et sérologie à VIH au Burkina Faso. Méd. Afr. Noire 2001 ; 48: 368-70.

7. Kuaban C, Koulla-Shiro S, Hagbe P et coll. Caractéristiques des patients adultes morts de tuberculose pulmonaire active à Yaoundé. Méd. Afr. Noire 1997 ; 44 : 345-49.
8. Mbika CA, Moyen G. Le Sida en soins intensifs pédiatriques. Méd Afr Noire 1998 ; 45 : 29-32.
9. Inégalités entre les sexes et VIH/SIDA. OMS.
https://www.who.int/gender/hiv_aids/fr/. Consulté le 23 octobre 2019.
10. Brette MD. Manifestation ORL et séropositivité au VIH. Encyclopédie médico-chirurgicale ORL 2007 ; 956p.
11. Spano JP, Marcelin AG, et coll. Cancer et infection à Papilloma virus humain. Bull. Canc 2005 ; 92 (1) : 59-64.
12. Hans S, Brasnu D. Signes cliniques et bilan d'extension des cancers des voies aérodigestives supérieures. Réfl. Méd. Oncol 2010 ; 37 (7) : 1-28.
13. Partha Pratim Das, Lahari Saikia, Reema Nath, Sanjib Kumar Phukan. Distribution des espèces et profil de sensibilité antifongique d'isolats oropharyngés de *Candida* provenant d'individus infectés par le virus de l'immunodéficience humaine. Indian J Med Res 2016 ; 143 (4): 495–501.
14. Konaté A, Barro-Kiki PCM, Kassi KF et coll. Prévalence de la candidose oropharyngée chez les patients infectés par le VIH à l'hôpital universitaire de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire). J Mycol Med 2017; 27 (4) : 549-53.
15. Mane A, Panchvalli S, Bembalkar S, Risbud A. Répartition des espèces et susceptibilité antifongique des personnes infectées par le VIH par voie orale à *Candida*. Indian J Med Res 2010; 131 : 836–8.
16. De Souza Vianna LM, Carneiro FP, Amorim CR et coll. Statut Oropharynx HPV et sa relation avec l'infection à VIH. Peer J 2018; 6: e4407.
17. Adle-Basset H. Infections opportunistes chez l'immunodéprimé. Div. Fra. AIP 2002 ; 46 : 26-8.
18. Essamri W, Afifi R, Benelbarhdadi I et coll. Candidose œsophagienne chez un malade porteur du SIDA. Méd. Magh 2001; 85 : 25-6.
19. Cisse H, Dao S, Oumar AA et coll. Maladie de Kaposi au cours du SIDA, en milieu hospitalier de Bamako. Mali Méd 2007 ; 1 : 29-32.
20. Behrens G, Bocherens A, Senn N. Prise en charge de la candidose œsophagienne en médecine de premier recours. Revue Médicale Suisse mai 2014 : 1072-8.
21. Morlat P. Infections chez l'adulte : prise en charge médicale des patients vivants avec le VIH. Recommandation du groupe des experts juillet 2018. https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih_infections.pdf. Consulté le 23 octobre 2019.

Tableaux :**Tableau I :** âge des patients en année

N=40

Nombre		Pourcentages (%)
18-27	12	30
28-37	10	25
38-47	15	37,5
48-55	03	7,5
Total	40	100,0

*Age minimum : 18**Moyenne d'âge : 34,1**Age maximum : 55***Tableau II:** Facteurs de risques trouvés

N=23

	Nombre	Pourcentages (%)
Multipartenariat sexuel	8	34,8
Pratiques traditionnelles (scarifications)	5	21,7
Toxicomanie	6	26,1
Transfusion sanguine	4	17,4
Total	23	100,0

Tableau III: répartition selon le type d'affections oropharyngées

	VIH (-)		VIH (+)	
	N=17	%	N=23	%
Candidose oropharyngée	-	-	13	56,5
Amygdalite chronique	7	41	15	65,2
Pharyngite	6	35,5	4	17,3
Angines erythémato-pultacée	3	18	-	-
Leucoplasie chevelue de la langue	-	-	9	39
Oropharynx d'aspect normal	4	23,5	3	13

 $p=0,03$ **Tableau IV :** Répartition des patients selon les lésions histologiques et le statut sérologique

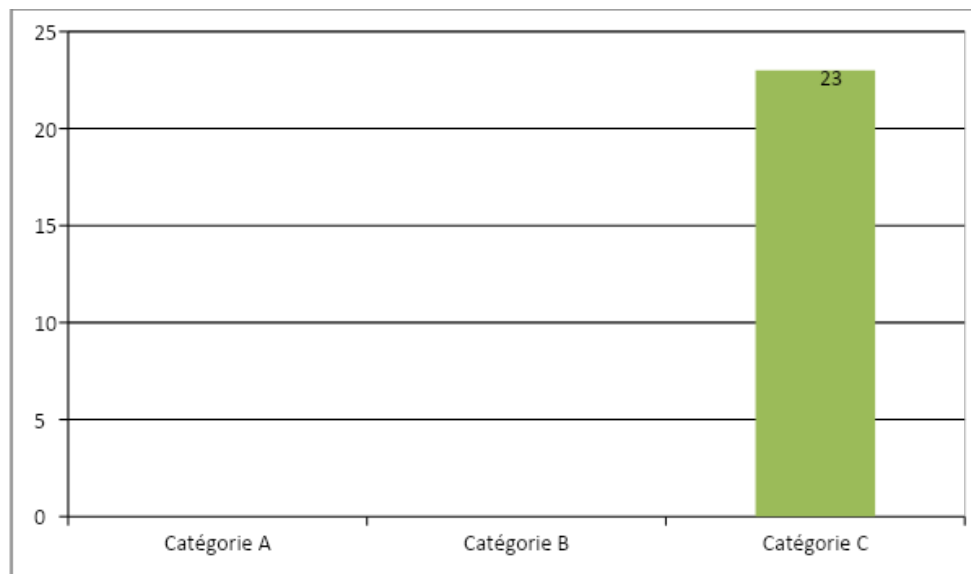
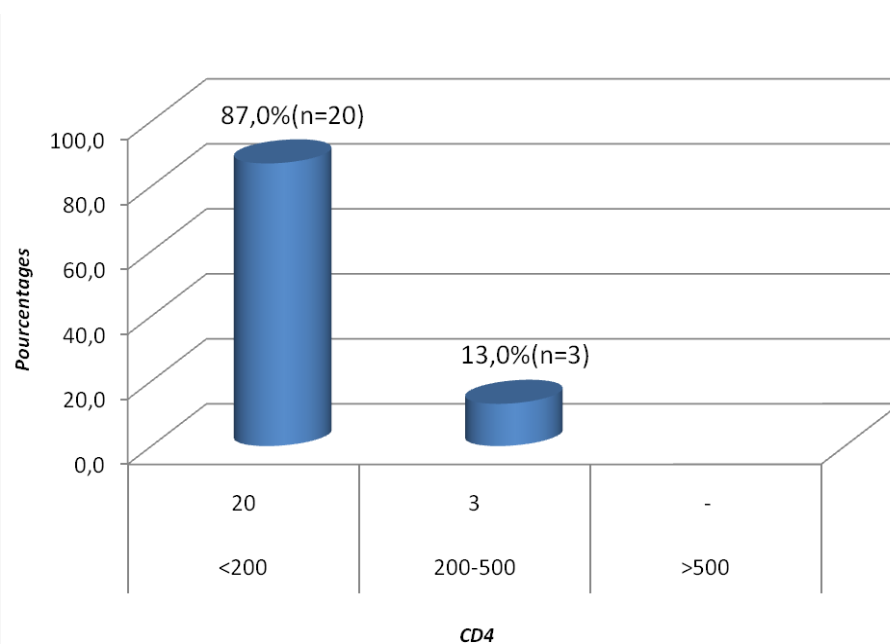
	VIH (-)		VIH (+)	
	N=17	%	N=23	%
Amygdalite chronique non spécifique	9	53	3	13
Amygdalite aiguë non spécifique	6	35	-	-
Amygdalite à <i>Candida albicans</i>	1	6	9	39,1
Amygdalite Human Papilloma Virus (HPV)	-	-	5	21,7
Amygdalite actinomycose	-	-	3	13
Amygdalite Cytomégalovirus	1	6	1	4,4
Amygdalite HPV+Lésion intraépithéliale de bas grade	-	-	1	4,4
Lésion intraépithéliale de bas grade	-	-	1	4,4

 $P=0,013$

Tableau V : corrélations entre les lésions histologiques chez les patients VIH positif et taux de lymphocytes CD4

Lésions histologiques	Taux de lymphocytes CD4		
	< 200/mm ³	200- 499/mm ³	≥ 500/mm ³
Amygdalite HPV	2	—	—
Amygdalite Cytomégalovirus	1	—	—
Amygdalite <i>Candida albicans</i>	1	—	—
Actinomyose amygdalienne	1	—	—
Amygdalite HPV et Lésion intraépithéliale	1	—	—
Lésion intraépithéliale	1	—	—
Amygdalite chronique non spécifique	1	2	—

P=0,000001

Figures :**Figure 1 :** Classification clinique des patients immunodéprimés au VIH**Figure n° 8 :** Répartition des malades VIH-1+ selon la classification biologique (n=23)**Figure 2 :** répartition des malades VIH 1 positif selon la classification biologique (n=23)