

Découverte d'une séropositivité VIH chez une patiente avec une parotidomégalie bilatérale

Baranes M¹, Galéazzi JM¹, Alantar A¹, Sequert C²

¹Service d'Odontologie, Hôpital Max Fourestier, Nanterre, France

²Service ORL, Hôpital Max Fourestier, Nanterre, France

marchbaranes@gmail.com

Une patiente de 40 ans, originaire de Côte d'Ivoire, consulte en urgence dans le Service d'Odontologie pour des douleurs mandibulaires droites évoluant depuis plusieurs jours. Elle déclare n'avoir aucun antécédent médical et ne prend aucun traitement. L'examen exobuccal met en évidence une tuméfaction bilatérale des régions parotidiennes et submandibulaires, souples à la palpation et douloureuses du côté droit. La patiente indique que ces tuméfactions évoluent depuis 3 mois. Elle fait part d'une échographie réalisée il y a un mois qui met en évidence « *de multiples adénopathies bilatérales mesurant au maximum 4 à 5 cm sur leur plus grand axe* » et « *une hypertrophie des glandes sous-maxillaires et parotidiennes qui présentent un aspect hétérogène avec plusieurs petites formations kystiques infracentimétriques* ». L'ouverture buccale est légèrement diminuée. On observe un édentement non compensé et la 47 est très délabrée, avec douleur à la percussion axiale. La radiographie panoramique met en évidence une image radio-claire à l'apex de 47. Le diagnostic d'abcès péri-apical aigu est posé, une antibiothérapie large spectre (amoxicilline 2g.j⁻¹ et métronidazole 1,5 g.j⁻¹) est prescrite et la dent extraite après 48 heures. La patiente est revue après une semaine, les douleurs se sont atténuées mais les tuméfactions parotidiennes et submandibulaires n'ont pas diminué de volume. Un CT-scan montre une hypertrophie des glandes parotidiennes et submandibulaires avec de multiples images radio-claires intraglandulaires. Un bilan biologique et une sérologie VIH sont prescrits. La patiente ne vient pas à son rendez-vous de contrôle malgré plusieurs relances téléphoniques. Quelques jours plus tard, elle consulte dans le Service d'urgences générales de l'hôpital pour d'importantes douleurs thoraciques, accompagnées d'une toux productive (crachats muqueux) et d'une fièvre (38,2°C). La radiographie pulmonaire montre une opacité systématisée basale gauche et le diagnostic d'une pleuropneumopathie basale gauche infectieuse est posé. La patiente est hospitalisée et un traitement antibiotique (amoxicilline 3g.j⁻¹) lui est administré. La sérologie VIH s'avère positive. La patiente est prise en charge par le Service de Médecine interne avec mise en place d'une stratégie thérapeutique antivirale.

Les atteintes infectieuses (mycobactéries, CMV) parotidiennes sont fréquentes chez les patients atteints par le VIH. Les pathologies tumorales sont plus rares: 3 à 6 % des patients séropositifs. Les parotidomégalies peuvent être secondaires à la présence de kystes lymphoépithéliaux (Allen et al. 1999, Vargas et al. 2003). Ces kystes bénins ont été décrits initialement dans le syndrome de Gougerot-Sjögren dans les années 1950, puis dans l'infection à VIH dans les années 1980 (Ryan et al. 1985, Shaha et al. 1993). Ils sont rencontrés plus fréquemment en début d'infection VIH. L'examen clinique montre une tuméfaction parotidienne peu spécifique, le plus souvent bilatérale et indolore. Le CT-scan met en évidence de multiples images radio-claires arrondies intraglandulaires. La régression spontanée de ces lésions est fréquente sous trithérapie. Une surveillance régulière est nécessaire mais aucune intervention n'est indiquée en raison du caractère totalement bénin de cette affection.