

SYNDROME DE RAMSAY HUNT : UN CAS OBSERVÉ CHEZ UN SUJET INFECTÉ PAR LE VIRUS D'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE À ABIDJAN

RAMSAY HUNT SYNDROME IN A PATIENT INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, IN ABIDJAN : A CASE REPORT .

ELLO NF¹, KASSI NA¹, COFFIE P¹, YAVO KN², ABOUO NF¹, BISSAGNENE E¹

1- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales d'Abidjan (SMIT),

2- Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Treichville

Correspondance: Dr ELLO NOGBOU Frédéric

Assistant hospitalier /Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - CHU de Treichville

01 BP V 3 Abidjan Côte d'Ivoire

Tél : (225) 21 24 91 22 - Fax : (225) 21 25 28 52

E-mail : ellonogboufrdric@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le syndrome de Ramsay Hunt (SRH) est une affection rare en Afrique sub-saharienne.

Une femme noire de 33 ans, infecté par le VIH-1 sous traitement antirétroviral depuis 2 ans, a consulté dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales d'Abidjan pour otalgie droite, odynophagie, céphalées, hypoacousie et vertige. Une semaine plus tard, elle a présenté une éruption vésiculaire dans le conduit auditif externe de l'oreille gauche associé à une paralysie faciale périphérique homolatérale et une fébricule. L'examen ORL a révélé un déficit vestibulaire périphérique unilatéral et une péricondite gauche. L'audiogramme était normal.

Le taux de CD4 était de 222 cellules/mm³ et la charge virale de 365.000 copies/ml chez une patiente inobservante à sa trithérapie antirétrovirale. L'évolution a été favorable sous valaciclovir (Zelitrex[®]). Un traitement antirétroviral de deuxième ligne a été initié.

Nous rapportons ici un cas de SRH chez une femme noire infectée par le VIH.

MOTS CLÉS : SYNDROME DE RAMSAY HUNT – PARALYSIE FACIALE- ACYCLOVIR- ABIDJAN

SUMMARY

Data on Ramsay Hunt Syndrome (RHS) in sub-Saharan Africa are limited.

A 33-year-old black woman, HIV-1 infected and under antiretroviral therapy since two years, consulted in the department of infectious diseases for right otalgia, odynophagia, headache, hypoacusia and vertigo. A week later, she presented a vesicular eruption in the external auditory canal of the left ear, an ipsilateral peripheral facial palsy and a slight fever. The otorhinolaryngological examination revealed a unilateral peripheral vestibular deficit and pericondite left. The audiogram was normal.

Laboratory tests showed a CD4 count of 222 cells/mm³ and viral load of 365,000 copies/ml. The outcome was favorable 7 days after valaciclovir (Zelitrex[®]). A second-line antiretroviral therapy was initiated.

We reported a rare case of Ramsay Hunt Syndrome in a sub-saharan HIV-infected woman.

KEYS WORDS: RAMSAY-HUNT SYNDROME – FACIAL NERVE PALYS - ACYCLOVIR- ABIDJAN

INTRODUCTION

Le syndrome de Ramsay Hunt se définit comme une polyneuropathie crânienne infectieuse provoquée par la réactivation du virus de la varicelle et du zona (VZV) au sein du ganglion géniculé du nerf facial. Connue en France sous le nom de syndrome de Sicard, cette forme clinique complète de zona auriculaire a été décrite pour la première fois en 1907 par James Ramsay Hunt qui a rapporté l'atteinte du ganglion géniculé dont résulte le zona auriculaire ^[1]. Il s'agit d'une affection rarement observée dans le monde en particulier en Afrique sub-saharienne.

Nous rapportons un cas de syndrome de Ramsay Hunt survenu chez une patiente infectée par le VIH.

PRÉSENTATION DE L'OBSERVATION

L'observation a concerné une femme de 33 ans, atteinte de sida, suivie depuis 2008 au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, mais inobservante à sa trithérapie antirétrovirale. Cette patiente est sous traitement antirétroviral combinant zidovudine+ lamivudine + efavirenz, qu'elle a interrompu volontairement avant de le reprendre un mois plus tard.

Elle a consulté le 15 janvier 2011 pour une otalgie droite d'évolution subaiguë.

Le début de la symptomatologie remontait au 10 janvier 2011 marqué par une douleur de l'oreille droite d'intensité croissante associée à uneodynophagie, des céphalées diffuses, une hypoacousie et des vertiges. Une semaine plus tard est apparue une éruption vésiculeuse au niveau du conduit auditif externe de l'oreille gauche laissant sourdre un écoulement séreux suite à la rupture des vésicules dont l'évolution s'est faite vers une ulcération douloureuse. Une déviation de la bouche du côté opposé à l'éruption auriculaire s'est associée à cette symptomatologie, le tout évoluant dans un contexte fébrile.

L'examen clinique a mis en évidence une éruption vésiculo-croûteuse du conduit auditif externe gauche (Fig. 1) et une paralysie faciale homolatérale avec signe de Charles Bell témoignant d'une atteinte périphérique (Fig. 2).

L'ensemble de ces symptômes cliniques a fait poser le diagnostic de syndrome de Ramsay Hunt (SRH) ou encore de zona du ganglion géniculé ou zona auriculaire ^[2].



Figure 1: Eruption vésiculo-croûteuse du conduit auditif externe et inflammation de la conque



Figure 2 : Paralysie faciale périphérique gauche

L'examen otorhinolaryngologique a révélé un déficit vestibulaire unilatéral périphérique, une hypoacousie et une péricondite gauche. Cependant l'audiogramme était normal.

Le bilan biologique a montré un taux de CD4 à 222 cells /mm³ et une charge virale VIH à 60 000 copies /ml attestant, sans aucun doute, d'un échec immuno-virologique et clinique. Aucune recherche virologique n'a été entreprise (cytodiagnostic de Tzanck, culture cellulaire, PCR).

Toutefois, le syndrome de zona auriculaire ayant été admis, la patiente a été traitée par le valaciclovir (zelitrex[®]) : 2 cp x 3/jour pendant 7 jours), un antalgique (dialgic[®] : 2 cp x 3 par jour) et de l'éosine aqueuse en application locale. Un traitement antirétroviral de seconde ligne a été institué à base de tenofovir + lamivudine + lopinavir+ritonavir) au regard de la situation immuno-virologique.

L'évolution a été favorable: elle était marquée par la régression de la douleur auriculaire et de la paralysie faciale et par une cicatrisation blanc-grisâtre de l'éruption cutanée après seulement 7 jours de traitement.

DISCUSSION

L'observation que nous rapportons, la première en Côte d'Ivoire, correspond au syndrome de Ramsay Hunt appelé encore zona auriculaire. Les particularités de ce tableau clinique tiennent essentiellement au terrain (femme infectée par le VIH). Il s'agit d'une entité très rarement rapportée dans le contexte de la pathologie infectieuse et tropicale. En 2002, Mani et al. [3] ont documenté dans une étude rétrospective, 8 cas de ce syndrome en Tunisie alors que Chtourou [4] a rapporté un cas assez particulier chez un enfant de 11 ans. Les sujets immunodéprimés sont prédisposés à cette affection avec une incidence élevée; mais chez le sujet infecté par le VIH l'incidence reste encore inconnue [5].

Au plan clinique, bien que les manifestations soient généralement similaires, quel que soit le terrain, les sujets infectés par le VIH auraient un risque plus élevé de dissémination de l'infection, de complications neurologiques et de récurrences [6,7].

La présentation clinique du zona auriculaire est extrêmement polymorphe mais variable : elle peut être, tantôt très pauvre, tantôt très riche selon les cas. La forme complète du zona auriculaire décrite par Ramsay Hunt associe un syndrome infectieux général, un syndrome sensitif (otodynie, éruption cutanée), parfois accompagné du trouble du goût et une paralysie faciale périphérique d'apparition secondaire.

Le syndrome général infectieux est volontiers discret, évoquant un état grippal associant un malaise général et une fébricule à 38°C.

Le syndrome sensitif (otodynie, anesthésie) est localisé au niveau de la zone de Ramsay Hunt. Il se caractérise le plus souvent par une douleur vive à type de sensation de cuisson, de brûlure plus ou moins paroxystique.

En se rapportant à la classification princeps de Ramsay Hunt (1907), qui reste toujours d'actualité, notre observation est classée au stade 3 ou zona auriculaire complet ou syndrome de Sicard.

L'une des particularités de ce cas clinique réside dans le fait que ce SRH soit survenue chez une femme alors que les 8 cas rapportés dans la

littérature chez les infectés par le VIH sont survenues uniquement chez des hommes avec une médiane de CD4 en valeur absolue supérieure à 200cellules/mm³ (Goldani et coll.[8]). Dans la présente observation, le taux de CD4 était de 220 cellules/mm³ mais la charge virale plasmatique était élevée traduisant une réplication virale importante donc un échec thérapeutique lié à l'inobservance de la patiente.

Au plan diagnostique, la confirmation biologique peut être apportée par l'isolement du virus dans le liquide vésiculaire par cytodiagnostics de Tzanck, par culture cellulaire ou par PCR. Mais, pour des raisons techniques, ces explorations sont difficilement réalisables voire non disponibles en pratique courante dans notre contexte où le diagnostic du syndrome de Ramsay Hunt est établi à partir des arguments cliniques. Dans ces conditions, le clinicien doit être à même d'écarter d'autres éruptions vésiculo-croûteuses du conduit auditif externe qui peuvent prêter à confusion. Mais, toute éruption vésiculaire, très douloureuse associée à une paralysie faciale homolatérale avec signe de Charles Bell, doit faire évoquer le diagnostic de syndrome de Ramsay Hunt.

Au plan thérapeutique, le traitement antiviral du SRH chez le patient infecté par le VIH repose essentiellement sur l'acyclovir par voie injectable. L'efficacité d'un traitement adjuvant à base de corticoïdes est très discutée. Certains auteurs ne prescrivent pas parce qu'ils redoutent le risque encouru dans une pathologie d'origine virale. A contrario, d'autres reconnaissent les bénéfices cliniques de la corticothérapie. Robillard et al.[9] ont rapporté une incidence basse de la paralysie faciale, des vertiges et des algies post-zosteriennes chez les patients traités avec de la prednisone.

Au plan pronostique, l'évolution du syndrome de Ramsay Hunt est en général favorable. Cependant, des complications cochléo-vestibulaires notamment la perte de l'audition ont été rapportées par certains auteurs avec une incidence des troubles auditifs variant entre 19.7 et 85%. C'est dire toute l'importance d'une collaboration étroite entre infectiologue, dermatologue et spécialiste ORL afin d'établir le diagnostic et traiter précocement cette affection et ses complications [10].

CONCLUSION

Forme clinique de zona méconnue du fait surtout de l'absence de données en Afrique subsaharienne, le syndrome de Ramsay Hunt est une affection de diagnostic essentiellement

clinique que tout patricien doit évoquer devant toute éruption vésiculeuse intéressant l'oreille et associée à une paralysie faciale surtout lorsqu'il survient chez un patient infecté par le VIH. Ce diagnostic ne doit souffrir d'aucun retard vu que le pronostic auditif du patient peut être engagé. La place des corticoïdes reste encore à déterminer dans la prise en charge de cette pathologie.

RÉFÉRENCES

1. HUNT JR. On herpetic inflammations of the geniculate ganglion. A new syndrome and its complications. *J Nerv Ment Dis.* 1907; 34: 73-96
2. SWEENEY CJ, GILDEN DH - Ramsay Hunt syndrome. Nosological entities ? *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 2001 ; 71 : 149-154.
3. MANI. R, BELCADHI. M, HAMROUN. H, BENALI M, ABDELKEFI M, ET AL. Syndrome de Ramsay Hunt à propos de 8 cas. *J Tun ORL.* 2004 ; 7, 12 : 23-25
4. CHTOUROU O., ATALLAH S., SAHTOUT S., HACHICHA S. ET AL. Syndrome de Ramsay-Hunt de l'enfant : à propos d'un cas. *J Tun ORL* 2004 ; 7 (13) 63-64
5. BUCHBINDER SP, KAZT MH, HESSOL NA, ET AL. Herpes zoster and human immunodeficiency virus infect. *J Infect Dis.* 1992; 166:1153-6.
6. COLEBUNDERS R, MANN JM, FRANCIS H ET AL. Herpes zoster in African patients: a clinical predictor of human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis.* 1988; 157: 314-8.
7. DECKER CF, TRIBBLE DR, MARTIN GJ, PAPANILLO SF. Herpes zoster in HIV patients. *Clin Infect Dis.* 1993; 17: 572.
8. GOLDANI LZ., FERREIRE DA SILVA LF., DORA JM.. Ramsay Hunt syndrome in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Exp Dermatol.* 2009 ; 34, 8:552-4.
9. ROBILLARD RB, HILSINGER RL JR, ADOUR KK. Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analyses of 185 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986 Oct; 95(3 Pt 1):292-7.
10. WAYMAN DM, PHAM HN, BYL FM, ADOUR KK. Audiological manifestations of Ramsay Hunt syndrome. *J Laryngol Otol.* 1990 ; 104, 2 : 104-8