Le noma de l'enfant au Burkina Faso : aspects thérapeutiques et évolutifs
The child's noma in an hospital center in Burkina Faso : Clinical features and course.

P Bonkoungou (1), A SAWADOGO (2), B.BALAKA(3), FR Tall (4).
1- Service de pédiatrie CHU Souro SANOU 01 BP 676 Bobo-Dioulasso BURKINA FASO
2- Service de médecine interne CHU Souro SANOU 01 BP 676 Bobo-Dioulasso BURKINA FASO
3- Service de pédiatrie CHU Campus Lomé BP 80866 Lomé Togo
4- Département de pédiatrie Université de Ouagadougou UFR/SDS 01BP 7021
Correspondance et tirés à part : Dr. BONKOUNGOU Pingdwindé, service de pédiatrie, centre hospitalier national Sanou Sourô, BP 676 Bobo-Dioulasso, tél. 226 97 00 44/45/47, fax 00 226 97 26 93. Email : bonkwinde@yahoo.fr

RESUME : Dans le but d'étudier les aspects thérapeutiques et évolutifs du noma de l'enfant au Burkina, nous avons entrepris une étude rétrospective sur une période de 10 ans des dossiers de 59 enfants hospitalisés à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, complétée par une visite des familles des enfants après leur sortie d'hôpital. Le traitement médical a permis d'obtenir un taux de guérison de 79,6%, au prix de séquelles esthétiques et fonctionnelles non négligeables. La mortalité intra-hospitalière était de 13,7%. 31 enfants ont bénéficié de la chirurgie réparatrice des lésions. Le suivi extra-hospitalier a montré que les résultats de la chirurgie étaient mitigés.
Mots -clés : noma, traitement, évolution.

ABSTRACT : In order to study the therapeutic and developing aspect the child's noma in Burkina Faso, we have undertaken a retrospective study on a ten-years-period, with the files of 59 children hospitalized in the hospital of Bobo-Dioulasso, completed with a visit to the children's families after their leaving the hospital. The medical treatment has allowed to reach a recovery rate of 79.6% at the cost of aesthetic and functional after-effects which aren't negligible. The death rate in hospital was 13.7%. 31 children have profited from the restoring surgery of lesions. The care out of hospital has showed that the surgical results were mitigated.
Keys words: noma,treatement,evolution

INTRODUCTION – Le noma ou cancrum oris est une affection gangreneuse de la face, caractérisée par une évolution très rapide vers des nécroses des parties molles et de l'os sous-jacent. Il apparaît en général chez des enfants malnutris, présentant une mauvaise hygiène bucco-dentaire; leur organisme est affaibli par les maladies infectieuses notamment éruptives (rougeole, varicelle..). Cette affection, connue depuis l'antiquité, est présente dans toutes les parties du monde où sévissent la pauvreté et la misère. L'amélioration des conditions d'hygiène et de nutrition semble l'avoir éradiquer en Europe. Cette affection qui existe au Burkina Faso, reste peu connue faisant d'elle une affection très grave dans une population dont l'analphabétisme contribue davantage à compliquer. Les études antérieures y sont parcellaires. La prise en charge du noma reste difficile dans les pays pauvres et en particulier au Burkina Faso. Notre étude a pour objectif de décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs de 59 cas de noma d'enfants recensés en 10 ans d'expérience au centre hospitalier national Sanou Sourô (CHNSS) de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

METHODOLOGIE - Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre le 01/01/86 et le 31/12/96 au CHNSS. Ont été inclus, tous les enfants des deux sexes, âgés de moins de 15 ans hospitalisés pour noma. Ils proviennent soit de la ville de Bobo-Dioulasso et de ses environs ou ont été referés par les autres formations sanitaires du pays. Les renseignements ont été obtenus à partir des données cliniques des malades, des registres d'hospitalisation. Le recueil des données a été fait sur une fiche standardisée comportant les renseignements épidémiologiques ; l'hygiène buccodentaire; les données cliniques de la maladie: stade de la maladie (évolutif ou séquellaire), état nutritionnel, examen local (type de lésion, localisation); pathologies associées; les résultats des examens complémentaires; le coût total de la prise en charge.

RESULTATS

Epidémiologie : 59 dossiers étaient exploitables et ont fait l'objet de notre analyse. L'âge des enfants variait de 1 à 14 ans, en moyenne 4,15ans±2,35. La tranche d'âge des 1-5 ans était la plus touchée avec79,6% des cas. Les parents de ces enfants atteints de noma sont d'un niveau économique faible: 49 paysans (83,05%), cinq chômeurs (8,47%), deux salariés (3,38%) dont un veilleur de nuit et un gérant de débit de boisson, trois élèves (5,08%). Les enfants vivaient dans des familles où la taille variait de 2 à 35 personnes, en moyenne 12 personnes ±8.. Les parents étaient analphabètes dans 93,6% des cas

- **Etude clinique :** Le tableau clinique était celui d'un noma évolutif dans 51 cas, d'un noma séquellaire dans huit cas.

Le noma évolutif **:** L'examen endobuccal montrait des ulcérations chez 45 enfants (45/51) soit 88,2% et des gingivites chez 48 autres enfants (48/51) soit 94,1%. Les lésions interessaient la joue dans 36 cas, les lèvres dans 32 cas. Les atteintes ostéocartilagineuses étaient notées dans 33 cas et interessaient par ordre décroissant le maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur, la columelle, l'os malaire, l'os nasal, le palais et l'orbite.

Le noma séquellaire **:** Des huit patients présentant ce tableau, trois étaient venus pour présence de séquestre, source d'infection à répétition et les cinq autres pour un souci d'esthétique, les lésions s'étant déjà stabilisés. Ils présentaient cependant des troubles fonctionnels, isolés ou associés chez un même patient : difficulté d'alimentation chez six patients ; incontinence salivaire chez trois patients ; difficultés d'élocution chez deux patients.

- **Terrain et pathologies associées** Dans 46 cas (46/59), la malnutrition proteiniénergétique (MPE) avait frappé les enfants dont 22 marasmes, 11 kwashiorkor et 13 kwashiorkor marastiques. L'anémie était retrouvée dans 49% des cas, les pneumopathies (255%), l'entérocolite (25,5%) La mauvaise hygiène buccodentaire était retrouvée chez 45 enfants (45/59) ; 76,5% des enfants n'étaient pas vaccinés et 25% avaient contracté la rougeole. Un traitement traditionnel a été administré à 56 enfants (95% avant l'hospitalisation)
- **Bilan complémentaire** : La VS était accélérée dans 91,3% des cas (21/23), l'hémogramme montrait une hyperleucocytose dans 58,1% (18/31) et une anémie dans 93,5% des cas (29/31). L'électrophorèse des protéines pratiquée sur les 59 enfants a montré chez 53% une hypoprotidémie. La sérologie HIV était positive chez deux patients sur 22 testés (9,1%). L'examen bactériologique des prélèvements des cratères ou des tissus mortifiés montrait la présence de bacilles gram négatifs dans 74% des cas (17/23) dont les plus fréquents sont *Klebsiella Pneumoniae, Eschérichia Coli et Pseudomonas Aéruginosa,* de cocci gram positifs dans six cas 26%) dont *Steptococcus Pneumoniae et Staphylococcus Auréus*.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

Le traitement médical : Les soins locaux des lésions cutanées étaient faits à base de dakin en pansement quotidien jusqu'à détersion, cicatrisation de la plaie et séquestrectomie osseuse si nécessaire; des bains de bouche à base de solution de chlorexidine; l'antibiothérapie utilisée était à base soit de pénicilline G (100000U/kg/j en perfusion) soit de macrolides principalement la lincomycine (60mg/kg/j en perfusion) associée au métronidazole (30mg/kg/j en perfusion) pendant 15 jours. La durée moyenne de séjour à l'hôpital variait de 2 à 150 jours, en moyenne 43,36jours±32. La guérison était de 76,5% (39/ 51) et a été obtenue sans séquelles dans 10 cas, avec des séquelles majeures dans 29 cas nécessitant un traitement chirurgical. Il y a eu sept décès, soit un taux de létalité de 13,7%.

Le traitement adjuvant : Il a consisté à la récupération de 43 cas de malnutrition protéino-énergétique (dont 30 du stade II et 16 du stade I de F. Gourrier) à base d'un régime fait à partir de produits locaux, au centre de récupération nutritionnelle du service de pédiatrie. Cette récupération s'est faite à base de produits locaux soi à la cuillère, à la main soit par sonde nasogastrique s'il ya refus d'alimentation. Cette récupération nutritionnelle s'est faite selon les modalités suivantes: - *Kwashiorkor*: lait écrémé jusqu'à la fonte des oedèmes ; ensuite bouillie de petit mil, de pain de singe, de ma¨s, haricots, œufs, fruits, légumes. – *Marasme*: bouillie enrichie, soupe de poisson, de viande; - *Kashiorkor marastique*: il se traite d'abord comme un kwashiorkor puis comme un marasme

La chirurgie réparatrice:_31 patients guéris ont bénéficié de la chirurgie plastique dont 25 évacués en Europe, six opérés dans notre hôpital. Chaque enfant a subi en moyenne 2,87 opérations; le délai entre deux interventions varie de deux à trois semaines en fonction du type de lambeau utilisé. Les interventions ont consisté en des greffes: reconstruction jugale 16 fois, commissuroplastie 14 fois, cheiloplastie 11 fois, réfection de nez et séquestrectomie six fois, ouverture buccale et canthopexie trois fois, reconstruction osseuse deux fois et fermeture de communication naso-buccale deux fois . Les suites immédiates ont été bonnes sans décès.

Evolution post hospitalière : 52 familles ont été visitées après la sortie de l'enfant de l'hôpital. 29 enfants opérés ont pu être revus. Les suites de la chirurgie montraient une amélioration de l'alimentation dans 17 cas et de la phonation dans 16 cas, une rétraction avec déviation du visage dans 17 cas, la greffe était souple dans neuf cas. Les rétractions de greffe se voyaient parmi les enfants âgés entre 4 et 6 ans : 13 cas contre 4 chez les enfants d'autres âges.

COMMENTAIRES : Le traitement médical est le volet primordial du traitement du noma car permettant la stabilisation et la cicatrisation des lésions. Le taux de guérison était de 76,4%. Avant les antibiotiques, la mortalité était de 70 à 90% (2). La pénicillinothérapie a permis à Bouillat (1) de réduire la mortalité de 80 à 25% à Madagascar. C'est aussi l'avis d'autres auteurs (4,6,7). Le taux de létalité était de 11,8% dans notre étude. La malnutrition, l'anémie, les surinfections bronchopulmonaires sont des associations létales (3,4,). De plus, le retard à consulter, la tradithérapie, les conditions socio-économiques défavorables ne favorisent guère la survie des enfants. Des séquelles mineures étaient notées dans le noma évolutif et les formes majeures dans le noma séquellaire. Aussi la précocité et l'efficacité d'une prise en charge adaptée sont souhaitées et nécessaires. La chirurgie réparatrice est exigeante et requiert de

moyens humain et matériel dont ne dispose pas nôtre hôpital, expliquant l'évacuation des enfants en Europe. Les suites à long terme de la chirurgie ne sont pas toujours heureuses. Certes, l'alimentation, la phonation étaient améliorées, mais les rétractions de la greffe étaient importantes parce que ne suivant pas toujours les modifications imposées par l'âge au visage de nos jeunes malades. Aussi, l'âge idéal pour la chirurgie plastique, se pose. Pour Larroque (5), l'adolescence serait l'âge idéal à cause de la quantité de tissu mobilisable.

CONCLUSION : le traitement du noma reste difficile dans notre contexte. L'éducation pour la santé et un diagnostic précoce permettrait d'éviter une évolution de la maladie vers des lésions mutilantes .

REFERENCES

1. Bouillat M. et Rabedaoro M. Lenoma de Madagascar, étude clinique, étiologique et thérapeutique. Sem Hôp Paris 1950, 26: 517 - 28.
2. Claveau AM. Noma. Encycl Med Chir ORL éditions techniques ed. Paris 1992; 20 -376 -10.
3. Cousens S. Prolonged breast-feeding : no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. WHO Bulletin 1993; 71(6): 713 - 22.
4. Ekstein A. Noma. Am J Dis 1940; 59: 2199 - 237.
5. Larroque G. Traitement chirurgical des séquelles labiales du noma par lambeau de voisinage. Thèse odontologie Université de Bordeaux II; n°43: 85pp.
6. Ngouoni BG, Manza M, Ngoma M, Mpoua L, Nzingoula S. Aspects cliniques et difficultés thérapeutiques du noma de l'enfant au Congo. Revue du COSA - CMF. 1995; 2(1): 13 - 17.
7. Reynaud J, Diop L, Sanokho A et al. Sur le noma de l'enfant au Sénégal. Bull Soc Med Afr Noire 1995; 10(3): 434 - 41.