

Article original

Noma de l'enfant au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CHU de Treichville à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Camille Assouan^{1,*}, Evelyne Anzouan-Kacou¹, Jeannette Adouko-Aka², Dominique Nguessan¹, Aline Sinan³, Emmanuel Konan¹, Damien Duran⁴

¹ Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Service de chirurgie et pathologie odonto-stomatologique et maxillo-faciale, UFR d'odonto-stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

³ Service d'odontologie conservatrice, UFR d'odonto-stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

⁴ Chirurgie buccale, Faculté de chirurgie dentaire, CHU Toulouse Rangueil, France

(Reçu le 22 novembre 2014, accepté le 25 novembre 2014)

Mots clés :
noma / malnutrition / enfant

Résumé – Objectif : Les auteurs rapportent les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du noma de l'enfant au CHU de Treichville d'Abidjan (Côte d'Ivoire). **Patients et méthodes :** 23 cas ont été colligés de 2001 à 2007 au travers d'une étude rétrospective. **Résultats :** 78 % des enfants avaient un âge compris entre 1 et 5 ans. Le pic de fréquence a été observé en 2002-2003. 75,8 % des lésions siégeaient au niveau de la joue et des lèvres. **Discussion :** Le noma est une pathologie infectieuse se rencontrant généralement chez l'enfant sevré et denté. Les remaniements inflammatoires bucco-dentaires, le contexte socioéconomique défavorable, la malnutrition font le lit du noma.

Key words:
Noma / malnutrition / child

Abstract – Children noma at the maxillo-facial surgery and stomatology department of the Teaching Hospital of Treichville in Abidjan (Ivory Coast). **Aim:** The authors report the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of noma in children at the teaching hospital of Treichville in Abidjan (Ivory Coast). **Patients and Methods:** 23 clinical cases were collected from 2001 to 2007 and are reported in this retrospective study. **Results :** 78% of the children were between 1 and 5 years old. The peak of the noma frequency was observed in 2002-2003. 75.8% of the lesions were located on the cheeks and lips. **Discussion:** Noma is an infectious disease found generally in weaned children with teeth. Inflammatory changes, unfavourable socioeconomic conditions and malnutrition were contributing factors.

Introduction

Le noma se définit comme une gingivo-stomatite gangréneuse à point de départ dentaire ou péri-dentaire. Son évolution se fait vers des mutilations faciales graves pouvant dans certains cas aboutir au décès. Cette maladie est connue depuis l'Antiquité et, en Afrique, Enwonwu, Claveau, Guigma ont, parmi d'autres, contribué à la connaissance des facteurs étiologiques et des formes cliniques de cette affection [1-4].

Le noma est presque toujours la conséquence d'un état de malnutrition protéino-calorique (marasme et/ou surtout kwashiorkor, carences vitaminiques). Il se rencontre généralement chez l'enfant sevré et denté vivant dans les milieux socioéconomiques défavorables [5]. Les infections, en particulier la rougeole et l'infection par le VIH, sont les plus souvent citées.

Sur le plan clinique, cette pathologie infectieuse débute à bas bruit chez le jeune enfant par une stomatite localisée à

* Correspondance : camilleass@yahoo.fr

type de vésicule, de bulle hémorragique. En 24-48 heures, cette stomatite devient ulcéreuse, exhale une odeur fétide et il s'associe un œdème jugal cartonné. Des signes généraux sont associés : fièvre, soif. La phase d'état est un tableau toxico-infectieux grave engageant le pronostic vital et aboutissant, en l'absence de traitement à court terme, à la mort dans plus de 80 % des cas [6]. La zone atteinte présente une tuméfaction luisante. Puis un sillon d'élimination apparaît autour d'un placard violacé et noirâtre. Cette escarre évolue vers un cône gangreneux qui emporte toute l'épaisseur des tissus de la joue et des lèvres laissant une zone cruentée propre. Le traitement de cette affection qui évolue en plusieurs étapes (phase prodromique, phase d'état, séquelle) est bien codifié.

Les auteurs rapportent les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du noma de l'enfant au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CHU de Treichville d'Abidjan en Côte d'Ivoire.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CHU de Treichville d'Abidjan, sur une période de sept ans, allant de 2001 à 2007. Les enfants d'âge inférieur ou égal à 15 ans et hospitalisés dans le service pour noma évolutif ou au stade de séquelle ont été inclus dans cette étude.

Les données épidémiologiques (démographiques et économiques), cliniques et thérapeutiques ont été recueillies et analysées de manière descriptive.

Résultats

Durant la période de l'étude, nous avons colligé 23 cas de noma chez l'enfant.

Fréquence hospitalière et profil épidémiologique

Les 23 cas colligés représentaient 3,1 % des hospitalisations dans le service. La moyenne annuelle était de 3,28 cas avec des extrêmes allant de 1 à 8 cas. Un pic de fréquence a été observé en 2002 et 2003 avec 14 cas, soit 60,8 %.

L'âge moyen des patients était de 4 ans, avec des extrêmes de 9 mois et de 13 ans. La tranche d'âge [1-5 ans] représentait 78 % de l'échantillon avec une prédominance féminine (sex ratio : 0,77).

La totalité des patients avait un niveau socioéconomique défavorable. Le revenu journalier était inférieur à 1 €. Ils provenaient pour la plupart des quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de ses environs.

Plusieurs facteurs favorisants ont été retrouvés dans les antécédents des patients, en rapport avec la précarité : la malnutrition protéino-calorique (89 %), la mauvaise hygiène bucco-dentaire (95 %), la rougeole (13,7 %), le paludisme (68 %).



Fig. 1. Noma chez un enfant à la phase d'état.

Fig. 1. Noma in a child at initial stage.

Le délai moyen de consultation était de 10 jours, avec des extrêmes de 3 jours et 6 mois. Il s'agissait de formes évolutives dans 91 % des cas et de séquelles dans 9 %.

Aspects cliniques

Le tableau clinique était caractérisé par une altération de l'état général, avec selon les cas une fonte musculaire, un retard staturo-pondéral, une adynamie et une pâleur des conjonctives.

Les différentes phases évolutives de la maladie ont été observées selon le délai de consultation. En effet, 9 % des cas ont été vus à la phase de début, 82 % à la phase d'état et 9 % à la phase de séquelles (Fig. 1).

Les parties molles étaient atteintes dans tous les cas. Les localisations étaient la région jugale (48 %), la région labiale (26 %), la commissure labiale (13 %) et la région nasale (13 %).

Des atteintes osseuses ont été observées dans 56,5 % des cas, et concernaient le maxillaire et la mandibule dans respectivement 61,5 % et 38,5 % des cas.

Les séquelles étaient à type d'ankylose temporo-mandibulaire, de perte de substance maxillo-faciale avec parfois des orostomes (Fig. 2).

Aspects paracliniques

Trois patients étaient séropositifs au VIH et le taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dL chez 16 patients (69,5 %).



Fig. 2. Chute d'escarre et orostome.
Fig. 2. Fall of scab and orostoma.



Fig. 3. Noma frais.
Fig. 3. Fresh noma.

Aspects thérapeutiques

La prise en charge des patients a été effectuée selon plusieurs volets :

- une antibiothérapie bactéricide à base de bêta-lactamines et de métronidazole a été instituée chez tous les patients ;
- une réhabilitation nutritionnelle par un régime hyperprotéidique et hypercalorique ;
- une rééquilibration hydro-électrolytique a été entreprise chez la plupart des patients ;
- une transfusion sanguine a été nécessaire dans 17,4 % des cas pour la correction de l'anémie ;
- les soins locaux à base d'antiseptiques ;
- la chirurgie a été effectuée chez 16 patients (69,5 %), pour la prise en charge des séquelles : ankylose temporo-mandibulaire, pertes de substance maxillo-faciales, séquestrectomies (Fig. 3, 4 et 5).

Évolution

Les suites opératoires ont été simples chez les patients qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale (16 patients soit 69,5 %). Cependant 3 patients sont décédés à la phase d'état (13 %), 3 autres ont été perdus de vue (13 %) et 1 patient (4,3 %) a été adressé au service de pédiatrie pour réhabilitation nutritionnelle.



Fig. 4. Tissus mortifiés excisés.
Fig. 4. Excised mortified tissues.

Discussion

La fréquence du noma de l'enfant dans le service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (3,1 % des hospitalisations durant la période d'étude) est relativement faible. Mais,



Fig. 5. Début de séquelle.
Fig.5. Start of after-effect.

en réalité, pour des problèmes économiques, tous les parents n'amènent pas leurs enfants malades à l'hôpital, ce qui amène à une sous-estimation de la pathologie. C'est une maladie qui n'affecte que les plus pauvres parmi les pauvres.

La précarité des conditions socioéconomiques, associée à d'autres facteurs comme les infections, la malnutrition, favorisent la survenue du noma. Le pic de fréquence observé en 2002 et 2003 (14 enfants sur 23 soit 60,8 %) vient conforter cette assertion, car cette période correspond à l'acmé de la crise sociopolitique en Côte d'Ivoire, avec ses corollaires de mouvements de populations, de malnutrition et de difficultés d'accès aux structures de santé. D'une manière générale, les patients sont recrutés dans les milieux défavorisés [5]. L'enfant entre 0 et 5 ans serait le plus vulnérable. Cette tranche d'âge regroupe les 78 % de notre série, 80 % dans la série de Tall et al. au Burkina Faso [7] de même que dans celle de Reynau et al. au Sénégal [8]. Dans le contexte africain, le sevrage intervient entre 18 et 36 mois, et les aliments de substitution ne sont pas toujours adaptés aux besoins nutritionnels de l'enfant. On assiste alors aux tableaux de malnutrition protéino-calorique qui font le lit des pathologies opportunistes dont la rougeole, le paludisme et le noma [9, 10]. C'est également la période des remaniements inflammatoires bucco-dentaires qui, avec la mauvaise hygiène bucco-dentaire, favorisent l'apparition du noma [7].

Dans notre série, le sexe féminin était prédominant, avec un sex ratio à 0,77. Ce constat a été fait dans l'étude menée par Diombana et al. au Mali [11].

Le noma serait une circonstance de découverte de l'infection à VIH. Ngouoni et al. dans leur série retrouvent une séroprévalence au VIH de 90 % [9]. La recherche de la sérologie rétrovirale doit être systématique devant tout cas de noma avéré.

En dehors de l'atteinte des parties molles observées dans notre série (joues, lèvres, nez), les lésions osseuses intéressaient le maxillaire et la mandibule. D'autres sièges ont été décrits dans la littérature : l'orbite avec fonte purulente de l'œil, la région labio-mentonnaire, la région sous-mentale et la cloison nasale [11].

La prise en charge du noma doit être globale et multidisciplinaire. Le traitement médical doit assurer une stérilisation des foyers infectieux, une réanimation et une réhabilitation nutritionnelle. La chirurgie vient en appoint au traitement médical chez un sujet équilibré, pour la prise en charge des séquelles à type d'ankylose temporo-mandibulaire ou de pertes de substance. Dans notre série, 16 patients soit 69,5 % ont bénéficié d'une intervention chirurgicale contre 45,5 % dans la série de Diombana et al. [11]. La chirurgie est limitée par plusieurs facteurs déterminants à savoir le manque de moyens financiers, le mauvais état général ou le refus des parents qui se manifeste par des pertes de vue.

L'évolution est fonction de l'état général des patients à l'entrée et de l'étendue des lésions. Nous avons enregistré un taux de létalité de 13 %. Tall et al. au Burkina Faso rapportent une létalité de 11,86 % [7]. Les complications inhérentes à la malnutrition, à l'anémie et à la rougeole sont en partie responsables de cette évolution défavorable, de même que le retard à la consultation.

Conclusion

Le noma est une pathologie infectieuse toujours d'actualité dans les pays en développement. Il est la résultante de plusieurs facteurs notamment les carences nutritionnelles et les fièvres éruptives dominées par la rougeole. La première enfance est de très loin la tranche d'âge la plus touchée.

Les régions jugales et labiales sont le plus souvent concernées. Le taux de létalité est non négligeable et la guérison s'obtient toujours au prix de séquelles fonctionnelles et esthétiques. La prise en charge est globale, pluridisciplinaire et très coûteuse. Pour une affection éminemment évitable et aux conséquences lourdes tant sur le plan financier que psychosocial, l'accent doit être mis sur la prévention.

Conflits d'intérêt : aucun.

Références

1. Enwonwu CO. Orofacial gangrene (cancrum oris) in third world countries. Rapport OMS Nashville, 1991.

2. Claveau AM. Le Noma. *Encycl Méd Chir ORL*, Éditions Techniques, Paris, 1992, pp. 20-376.
3. World Health Organization. A disease such as Noma should not exist. *Contact Noma* 1990;10:8.
4. Costini B, Laroque G, Duboscq JE, Montandon D. Noma ou cancrum oris ; aspects étio-pathogéniques et nosologiques. *Méd Trop* 1995;55(3):263-73.
5. Goulon J-P. Pathologie nutritionnelle et métabolique, Pathologie du tissu conjonctif. In : Piette E, Reychler H, eds. *Traité de pathologies buccales et maxillo-faciales*. De Boeck Université, Bruxelles, 1991, p. 630.
6. Konan E, Anzouan KE, Nguessan ND, Assouan C, Assa A. L'antisepsie dans la prise en charge du noma. Rôle du Dakin Cooper Stabilisé®. *Med Afr Noire* 2008;55(5):253-7.
7. Tall F, Ki Zerbo G, Ouédraogo I, Guigma Y. Le noma de l'enfant en milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso. Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge. *Odonto Stomato Trop* 2001;96:21-5.
8. Reynau J, Diop L, Sanoko A. Sur le noma de l'enfant au Sénégal. *Dakar Med* 1995;16(3):434-41.
9. Ngouoni BG, Manga M, Ngoma M, Mpola L, Nzingoula S. Aspects cliniques et difficultés thérapeutiques du noma de l'enfant au Congo. À propos de 11 cas. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 1995;2(1):13-7.
10. Assa A, Angoh H, Gadegbeku S. Le noma, *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 1995;2(1):4-12.
11. Diombana ML, Coulibaly KD, Alhousseini Ag M. Épidémiologie du noma dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale due l'hôpital de Kati : 61 cas. *Mali Med* 2004; T XIX(1):28-33.