



VOTRE SOURIRE REFLET DE VOTRE SANTE

UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MECONNU, LE NOMA

DES CENTAINES DE MILLIERS D'ENFANTS
MORTS CHAQUE ANNEE

QUELQUES MILLIERS DE SURVIVANTS HANDICAPES
ET A JAMAIS DEFIGURES

TELLES SONT LES VICTIMES DU NOMA, COHORTES DE
MORTS SILENCIEUSES, DE SOUFFRANCES
IGNOREES, LA PLUPART EVITABLES

Du passé....

Dans l'histoire des maladies humaines, le noma remonte à des temps très anciens. On le rencontre parfois sous l'appellation de "stomatite gangréneuse", ou de "cancrum oris". Le mot "noma", plus souvent employé est dérivé du grec "nomen" qui signifie "dévorer". Il aurait été proposé en 1762 par Lund qui, le premier, en fit une description clinique détaillée. Pourtant, d'après les recherches de Grappin et Le Coustou (1), la maladie était connue d'Hippocrate, de Galien, de Celse et d'Areté de Cappadoce.

En Europe, on la retrouve dans des écrits du 18ème siècle et plus souvent tout au long du 19ème, en France et en Angleterre. Aux Etats-Unis, des cas de noma sont rapportés en 1826 et 1848.

Au 20ème siècle, le noma disparaît complètement des pays développés à l'exception notable des nombreux cas signalés dans les camps de concentrations nazis, à Auschwitz et Belsen notamment.(2)



Service de la santé bucco-dentaire

Organisation mondiale de la Santé, CH-1211 Genève 27, Suisse
Ces informations ne constituent pas des documents officiels

Ces faits, à verser au dossier de l'étude rétrospective de l'étiologie et de l'épidémiologie du noma, démontrent que cette maladie ne doit pas être considérée comme une maladie "tropicale" ou "africaine", comme c'est encore trop souvent le cas. Elle peut frapper toutes les communautés sans distinction de race ou de facteurs climatiques, partout où sévissent l'extrême pauvreté et la malnutrition.

... à la réalité d'aujourd'hui

Aujourd'hui, le noma est un drame de plus de la misère et du sous-développement.

Bien qu'encore très incomplète, la carte que l'OMS a établie du "noma dans le monde aujourd'hui", montre que si la majorité des pays où l'on signale des cas de noma se trouvent en Afrique, l'Asie et l'Amérique latine n'en sont pas exemptes.

Cette carte, construite à partir d'études bibliographiques et de rapports des correspondants locaux, permet d'établir avec certitude la liste des pays où le noma existe **aujourd'hui**. Par contre, elle ne donne aucune indication quantitative, ni en termes de prévalence, ni en termes d'incidence. Toutefois, des rapports alarmants sont parvenus de différents pays africains quant à une possible augmentation des cas de noma.

Comme il n'existe aucune étude épidémiologique sur le noma, il est difficile d'avoir une image réaliste de l'ampleur du problème. Les cas sont extrêmement difficiles à répertorier. La plupart se produisent dans les zones rurales, à l'écart des hôpitaux. L'évolution de la maladie est si rapide et la mortalité si élevée, 70% à 90% selon les études, que bien peu de malades parviennent aux centres de soins.

Sur la base des études bibliographiques, des connaissances admises sur les facteurs étiologiques, des témoignages documentés et de l'expertise des quelques spécialistes mondialement reconnus, il a été possible de construire un modèle arithmétique permettant d'estimer l'incidence du noma dans les différentes régions concernées.

Contrairement à une opinion assez répandue dans le monde médical, le noma n'est pas un problème anecdotique limité à quelques rares cas.

Il est probable que dans le monde, le nombre annuel d'enfants atteints de noma avant l'âge de 6 ans soit de l'ordre de plusieurs centaines de milliers.

Une étude rétrospective portant sur les cas recensés a été lancée dans plusieurs pays et a permis de calculer l'incidence annuelle possible. Les premiers résultats obtenus dans un pays de l'Afrique de l'Ouest confirment hélas largement le chiffre de 2 pour 10 000, qui avait été avancé pour la région même dans les hypothèses les plus prudentes.

Une maladie de la petite enfance

Bien que des cas de noma aient été signalés chez des adultes, ils restent toutefois assez rares. Le noma touche presque exclusivement les enfants, la plupart entre zéro et six ans, avec une incidence maximale entre trois et quatre ans. La période de sevrage est considérée comme extrêmement critique à cet égard.

La maladie frappe des organismes fragilisés par la malnutrition et dans la plupart des cas elle fait suite à une maladie infectieuse ou parasitaire. C'est le plus souvent la rougeole qui est mentionnée comme ayant précédé l'apparition du noma. On cite encore la scarlatine, la varicelle, plus rarement une crise de paludisme. Les carences nutritionnelles les plus fréquemment observées sont les carences en vitamines et en protéines ainsi que l'anémie par carence en fer.

Il est désormais admis que le noma est le résultat de la combinaison de multiples facteurs, dont les principaux sont la malnutrition et un épisode infectieux sur fond d'absence d'hygiène bucco-dentaire. La gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) est considérée comme un des facteurs étiologiques du noma, bien que les mécanismes expliquant pourquoi certains cas se transforment en noma et d'autres pas ne soient pas encore élucidés.

De l'ulcération de la gencive ... au noma

Dans la grande majorité des cas, tout commence donc par une ulcération de la gencive, atteinte parodontale qui revêt des formes très variables, plus ou moins localisées. Si l'affection est détectée au stade gingival, on peut enrayer toute évolution vers le noma par des gestes simples de désinfection locale et par l'administration d'antibiotiques courants.

Sans traitement, l'évolution vers le noma proprement dit se fait par "transmissions aux parties molles en regard de lésion parodontale".

A ce stade très douloureux, la joue ou la lèvre commence à se tuméfier. L'œdème apparaît, l'état général est altéré. En quelques jours la tuméfaction devient énorme, un sillon noirâtre marque la perte de substance future. Le processus gangréneux s'installe et laissera après la chute de l'escarre une ouverture béante sur le visage.

Si les patients ne sont pas parvenus en milieu hospitalier, le taux de mortalité est effroyable, de l'ordre de 80%, la plupart des victimes mourant de septicémie.

Ceux qui survivent entament un double calvaire fait de défiguration et de séquelles fonctionnelles très fréquentes. En effet, les rétractions cicatricielles bloquent les mâchoires et la perte de substance n'est pas toujours limitée aux tissus mous. La lésion peut évoluer dans l'os parodontal entraînant la perte d'une partie des structures osseuses, maxillaires, mandibulaires, voire d'autres os de la face.

L'enfant survivant ne pourra plus jamais parler ni s'alimenter normalement.

Que faire ?

Le noma est une maladie de l'extrême pauvreté. Faut-il dès lors se contenter d'attendre que les conditions socio-économiques des pays en cause s'améliorent ?

Aujourd'hui on sait prévenir, soigner, guérir et dans une certaine mesure réparer les séquelles du noma.

Mais cette réparation est longue, difficile, douloureuse et si coûteuse que bien peu y auront accès.

On peut trouver les moyens d'éviter les souffrances, la défiguration et la mort à un nombre considérable d'enfants à travers le monde.

En novembre 1992, des individus et associations (3) réunis à Paris par l'OMS et l'AOI (Aide odontologique internationale) ont adopté un plan de lutte contre le noma en cinq points:

- prévention et détection précoce
- service de soins de première urgence
- recherche étiologique et épidémiologique
- rapatriement sanitaire pour le traitement des séquelles
- ouverture d'un centre régional de soins complexes en Afrique de l'Ouest

Il est urgent que dans chaque pays concerné soit mis en place un plan de lutte contre le noma, axé prioritairement sur la détection précoce et la mise en oeuvre de traitements immédiats. Il faut fournir à ces pays l'appui technique et matériel, afin qu'ils disposent des médicaments et de l'apport nutritionnel nécessaires aux patients; il faut les aider à mettre en place la formation des personnels de santé dans les villages et les centres de soins de premier recours. Il faut, à l'intérieur des structures sociales et de santé existantes, examiner les enfants à risque, informer les mères et les femmes enceintes, sans oublier les responsables de villages.

Il faut enfin soutenir les individus et associations qui se battent sur le terrain, qui organisent le rapatriement sanitaire pour opérer les séquelles de la maladie, qui encouragent et soutiennent la création de services de soins sur place.

Rien ne sera possible sans une large prise de conscience de la gravité de la situation. Il faut mobiliser les énergies et les ressources bien au-delà de la profession dentaire, qui, si elle a un rôle clé à jouer dans bien des domaines, ne peut à elle seule faire face à tous les aspects du problème.

A l'occasion de la Journée mondiale de la Santé, l'OMS lance à tous, journalistes, médecins, responsables de la santé publique à tous les niveaux, partenaires publics et privés, un appel solennel à soutenir par tous les moyens le programme international de lutte contre le noma.

- (1) Cet article doit beaucoup à Grappin G. et Le Coustou L. -Noma- *Encycl. Med. Chir., Paris, Stomatologie* 6 - 1978, 22045 L 10.
- (2) Dawson J. *Cancrum Oris: Br. dent.J.*;1945;79 n6;p 151-157.
- (3) Participaient à cette réunion, des représentants du Burkina-Faso, de la Côte d'Ivoire, de Madagascar, du Niger, du Togo ainsi que de Médecins du Monde, Chaîne de l'espoir, Sentinelles, l'Hôpital cantonal de Genève, le Service de Santé de l'Armée Française.