

15. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

APERÇU HISTORIQUE

PRINCIPAUX PROBLÈMES

1. Introduction
2. Angines aiguës
3. Angine de Plaut-Vincent
4. Diphthérie
5. Végétations adénoïdes
6. Rhinites
 - 6.1. Les rhinites infectieuses
 - 6.2. La rhinite allergique
 - 6.3. La rhinite atrophique
 - 6.4. Ozène
7. Epistaxis
8. Rhinosclérome
9. Sinusites
10. Corps étrangers
11. Anomalies anatomiques
12. Otites
 - 12.1. Otites moyennes aiguës
 - 12.2. Myringite bulleuse
 - 12.3. Otite moyenne chronique
 - 12.4. Otite externe
13. Laryngites
14. Oesophage
15. Tumeurs
16. Troubles fonctionnels de l'ouïe
17. Prévention

BIBLIOGRAPHIE

La sphère Nez-Gorge-Oreille est généralement sous-estimée, voire banalisée, dans la pratique médicale en Afrique tropicale. C'est une erreur grossière. Les consultations sont nombreuses: à titre d'exemple, le service ORL de Kigali a enregistré, entre 1970 et fin 1982, 60 000 nouveaux cas.

Cette pathologie n'est pas davantage banale, puisqu'elle entraîne chez une proportion non négligeable de patients une surdité de degré variable: 5,3% de la population présentent un handicap en Afrique centrale, soit 45 millions de personnes. Ce handicap, s'il n'est peut-être pas immédiatement apparent, n'en est pas moins préoccupant, en particulier dans le monde africain, où le «verbe» reste le mode de communication par excellence.

De plus, dans une proportion non négligeable de cas, ce handicap est susceptible d'une prévention efficace: les campagnes de vaccination contre la rougeole, la rubéole, la méningite et les infections intestinales pourront limiter d'une manière substantielle le nombre des otites. Lorsqu'une otite survient, l'oreille qui coule est facile à traiter par des moyens simples, à condition de s'y prendre à temps.

Si l'infection passe à la chronicité, la fibrose et les cicatrices conduiront à la surdité. Cette affection atteint, dans certaines régions à climat sec et poussiéreux, jusqu'à 90% des enfants. Au cours des saisons de pluie ou dans les régions humides, les infections à partir

du naso-pharynx ne manquent pas et ont même tendance à entreprendre l'oreille moyenne.

Les parents doivent être informés du risque que présente cette affection et des moyens de la combattre. Les soins sont typiquement de niveau primaire; les centres de santé doivent disposer du nécessaire.

L'attention devra être portée également sur le risque que présentent les traumatismes acoustiques ainsi que sur la surdité génétique par consanguinité, en particulier par suite de mariages entre cousins. Pour prévenir les handicaps, les initiatives telles que IMPACT de l'UNICEF-OMS seront encouragées. On pourra aussi s'inspirer du «Gambian Hearing Health Project», des «Commonwealth Societies for the Deaf», etc.

Une prise de conscience internationale des besoins du tiers monde dans le domaine ORL, et plus particulièrement de la surdité et du mutisme, est concrétisée par les activités de l'IFOS (International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies). Cette initiative permet d'espérer avant longtemps une meilleure connaissance des problèmes afférents à la surdité, au mutisme et à la surdi-mutité: les étiologies seront mieux connues ainsi que les solutions qu'on pourra apporter grâce aux moyens disponibles en hommes, équipements et techniques. L'accent sera mis très nettement sur la prévention et la coopération consciente au niveau le plus périphérique.

APERÇU HISTORIQUE

Lors des premiers développements du service médical, le domaine «Nez-Gorge-Oreille» n'a pas pu constituer une priorité. Ce domaine n'était pas pour autant ignoré, car il représentait une fraction non négligeable des consultations journalières, justifiables en général de moyens simples.

Un des premiers problèmes qui a retenu l'attention a été la diphtérie. La présence du *Corynebacterium diphtheriae* a été établie en 1919 par Van den Branden. Cette bactérie était en Europe une cause de nombreux décès d'enfants et de misères innombrables; aussi était-elle redoutée des parents et des médecins. Ces derniers s'attendaient à être confrontés outre-mer avec un mal de gorge malin, ulcérant, produisant des membranes suffocantes: le «croup», craint depuis le XVII^e siècle, n'a pas souvent été observé.

Les premiers cas diagnostiqués bactériologiquement l'ont été chez des enfants européens, comme le cas princeps infecté par sa mère; l'enfant et sa mère sont tous deux décédés. Les enfants atteints vivaient en Afrique depuis deux ans et plus, ou y étaient nés (Guérin et Mattlet, 1929; Corman, 1934; Nelis et al., 1936; Bourguignon et al., 1939). Dans toutes ces publications, l'attention est attirée sur l'image clinique insolite: conjonctivite membraneuse, rhinite et rhinopharyngite, dyspnée, cyanose, parfois angine pseudo-membraneuse extensive. Le croup et les paralysies postdiphthériques paraissent rares.

Dès que les médecins purent établir, à l'aide du test de Schick, la proportion des Congolais possédant des taux d'antitoxine nécessaire pour négativer la dose test, ils furent surpris de constater des taux de 20 % de réceptifs chez les adultes, 14-20 % chez les adolescents, 23 % chez les écoliers et 50 % chez les enfants. Cette immunisation est nettement plus importante et plus précoce qu'en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis (Vincent, 1956, analyse par Brutsaert).

Dès lors s'imposait la question concernant l'origine de cette réaction naturelle. Le dépistage de porteurs de germes dans l'entourage de cas était invariablement négatif, la seule exception étant un enfant guéri mais resté porteur. Par contre, on trouvait des *C. diphtheriae* dans la flore d'ulcérations cutanées. Il en découle que les porteurs de germes sont nombreux, mais non détectables par un écouvillonnage de la gorge. La signification épidémiologique de ce fait ne doit pas passer inaperçue.

A l'occasion d'une étude bactériologique plus poussée, incluant le pouvoir toxigène, Courtois et collaborateurs (1947) ont établi que les souches de *C. diphtheriae* appar-

tenaient à la variété mitis; le fait fut confirmé par la suite.

En 1953, Delcour a observé une petite épidémie atteignant à la fois des enfants autochtones et européens et même un adulte. A cette occasion, *C. diphtheriae* a été isolé à partir des lésions cutanées et d'ulcères tropicaux, soit au total 8 souches virulentes et 35 avirulentes. Les observations de Delcour ont mis en évidence l'intérêt d'utiliser des milieux à la tellurite. Elles ont montré d'autre part un risque accru d'infection parmi les sickl-anémiques. En 1956, Vincent a également rapporté une petite épidémie à Usumbura.

Il est utile de rapprocher toutes ces données de celles de Grasset (1952) en Union sud-africaine: elles confirment que le syndrome clinique africain de la diphtérie s'écarte de l'image classique, qu'il y a prévalence de la variété mitis, que la bactérie est présente dans des lésions ulcérées cutanées et que des anticorps spécifiques existent dans le sang d'animaux sauvages (Parc Kruger).

Ces observations sont confirmées par l'étude en Uganda de Beziak et Farsey (1970); ils ont isolé le *corynebacterium diphtheriae* de lésions cutanées chez des enfants:

Diphtérie cutanée

Année	Nombre de cas	Décès
1952-53	344	25
1954	43	8
1955	64	12
1958	61	11

Un deuxième problème intéressant dans le domaine ORL est le rhinosclérome. Cosmopolite, il est observé aussi en Afrique centrale, mais avec une répartition très inégale qui se limite aux régions montagneuses du Kivu, du Rwanda et du Burundi. Dans l'étude fondamentale de Thys (1956), il est notamment spécifié que parmi 40 biopsies de tumeurs nasales provenant de l'Ituri il n'y a aucun cas de rhinosclérome.

Depuis le travail de Thys rapportant 3 cas provenant du Kivu et 8 du Ruanda-Urundi, diverses identifications ont été faites dans ces derniers pays: Fain et Falaise (1957), Marneffe (1957 et 1959), Ntabomvura et Van de Weghe (1982). Ces derniers auteurs ont pu établir que le rhinosclérome déterminait 3,3 pour mille des consultations ORL.

PRINCIPAUX PROBLÈMES

1. Introduction

Les affections ORL ont leur siège dans les voies respiratoires supérieures et leurs cavités annexes (sinus, oreille moyenne etc.). Elles résultent de la réaction aux agressions pathogènes du revêtement assez homogène des voies respiratoires et de leurs cavités annexes. Sous les tropiques, les agressions sont liées aux conditions climatologiques et aux facteurs socio-économiques. L'expression séméiologique dépendra des organes et des tissus entrepris, des fonctions concernées et de leur interdépendance souvent complexe: surdités congénitales ou acquises, troubles de l'équilibre, troubles aigus et chroniques de la fonction respiratoire, troubles de la déglutition, troubles de la voix, troubles du goût et de l'odorat; ces derniers sont fréquemment associés à des lésions rhinologiques.

Cette symptomatologie simple est à la portée de toute personne, quel que soit son niveau d'éducation. Elle permet d'incorporer comme donneurs de soins tous les échelons de la communauté: parents, éducateurs, paramédicaux, médecins, spécialistes. En mettant l'accent sur l'hygiène et les soins élémentaires avant de s'adresser à une médecine spécialisée et dispendieuse, on résout ainsi les problèmes d'une manière financièrement accessible.

Cette approche réalise un équilibre logique entre le préventif et le curatif et offre le maximum de chances d'aboutir à des résultats concrets en améliorant le sort de millions d'individus.

Il est exclu de pouvoir fournir des données statistiques ORL entièrement satisfaisantes. Elles émanent en effet de services hospitaliers, où ne se présentent que des cas sérieux ou chroniques et en majorité originaires des environs. Pour ceux qui vivent loin des hôpitaux, se présenter à la consultation est un seuil psychologique que l'on hésite à franchir.

La pathologie infectieuse est largement dominante. Elle atteint 53 % des cas à l'hôpital de Kigali (Ntabomvura V. et Vande Weghe, 1982). Parmi ceux-ci, 35 % sont des atteintes primaires ou aiguës et 18 % des atteintes secondaires. Les cas aigus se répartissent en 17 % d'angines et 10 % d'otites moyennes; ils ouvrent de bonnes perspectives pour les mesures de santé publique.

2. Angines aiguës

Elles se caractérisent par des points blancs sur les amygdales, de la fièvre et des difficultés de déglutition. Elles connaissent une évolution moins sévère qu'en Europe. Il s'agit en partie d'infections virales banales, qui ne réclament qu'un traitement symptomatique. L'angine à streptocoques est suivie de complications tardives, qui s'observent avec une fréquence accrue: glomérulonéphrites, rhumatisme articulaire, lésions valvulaires.

Les antibiotiques peuvent être indiqués, mais il y a lieu d'insister sur les méfaits des abus de l'antibiothérapie indiscriminée; celle-ci a tendance à se généraliser dès que l'approvisionnement en est garanti. Il suffit parfois de supprimer l'antibiotique pour mettre un terme à un mal de gorge qui n'en finit pas.

Les angines aiguës à répétition peuvent justifier une amygdalectomie.

3. Angine de Plaut-Vincent

Cette forme d'angine est fréquente et le manque d'hygiène entraîne une évolution plus sérieuse. L'infection par l'association fusospirillaire est souvent limitée à une seule amygdale. La douleur est vive, la fièvre légère et l'état général reste satisfaisant. Des soins dentaires peuvent être aussi utiles que les antibiotiques.

4. Diphtérie

La diphtérie classique avec pseudomembranes existe sans aucun doute; les pseudomembranes peuvent s'étendre au-delà des amygdales en laissant une surface cruentée. La complication croupeuse paraît rare par rapport à l'Europe. *Corynebacterium diphtheriae* a été isolé à diverses reprises, mais sa prévalence est très faible et les épidémies sont rares. Ce fait est attribué à la large diffusion de corynebactéries sur la peau qui produirait des anticorps protecteurs hétérologues. La vaccination antidiphtérique est certainement indiquée.

5. Végétations adénoïdes

Ces dernières s'hypertrophient rapidement lorsque les conditions d'hygiène sont défectueuses. L'ectomie peut être indiquée à un âge précoce.

Les amygdales souvent atrophiques peuvent constituer chez les adultes des foyers d'infection aisément méconnus.

6. Rhinites

Elles sont fréquentes et le plus souvent banales.

6.1. Les rhinites infectieuses

Les rhinites catarrhales aiguës d'origine virale (Echo 28, Coxsackie A21, etc.), connaissent souvent des surinfections bactériennes et prédisposent aux sinusites, laryngites et otites.

6.2. La rhinite allergique

La rhinite allergique ou rhume de cerveau est d'origine vasomotrice et déclenchée par des allergènes très variés. Leur diversité est soulignée par les observations au Buganda, où plus de 2 000 allergènes auraient été iden-

tifiés. Les allergènes d'origine végétale, surtout les pollens de plantes d'importation récente, semblent, comme partout en Afrique, être les causes les plus fréquentes. Il faut y ajouter les spores de mycètes, les poussières domestiques et les acariens qu'elles peuvent contenir. Ces rhinites, qui sont à l'origine de 4 % des consultations, sont récidivantes et souvent très gênantes. Tenter de désensibiliser serait illusoire, mais il y a les antihistaminiques, le DSCG (chromoglycate disodique) et les corticoïdes. L'asthme, la bronchite chronique et les sinusites suivent souvent.

6.3. La rhinite atrophique

Elle peut être d'origine congénitale, vasculaire, endocrinienne, nutritionnelle, gériatrique. Elle peut également faire suite à des infections chroniques à composante granulomateuse: lèpre, tuberculose, syphilis, ou à des traumatismes, éventuellement de nature chirurgicale. L'épithélium cilié stratifié est remplacé par une couche cellulaire unique sans cils. Cette transformation entraîne des plaintes d'obstruction, la présence de croûtes, d'anosmie, de céphalées supra-orbitaires et de foetor. Elle est en plus un terrain d'élection pour le dépôt de larves d'insectes, qui trouvent dans l'exsudat un milieu nutritif favorable. Celles-ci seront éliminées manuellement.

6.4. L'ozène

A un stade avancé, cette atrophie conduit à l'ozène qui peut avoir une origine bactérienne: *Klebsiella ozaenae*. Le traitement est décevant et il faut apprendre au patient à se soigner lui-même journalièrement par lavage des fosses nasales.

Il faut noter que l'ozène est fréquent chez les jeunes filles.

7. Epistaxis

Elle est banale et généralement anodine. Elle n'est grave que comme complication d'infections comme la fièvre récurrente, la fièvre typhoïde, le paludisme.

8. Rhinosclérome

Cette maladie du pauvre est surtout fréquente chez les adultes jeunes vivant dans des conditions précaires. Il a été décrit par von Hebra en 1870.

C'est une infiltration diffuse hypertrophique de la muqueuse nasale, qui débute comme une rhinite banale, s'étend sur le septum, les cornets et les orifices sinusaux. Il débute par une phase exsudative avec congestion de la muqueuse, obstruction nasale et rhinorrhée. A ce stade, on peut identifier le *Klebsiella rhinoscleromatis*, mais dans l'ensemble le diagnostic anatomopathologique sur biopsie ou frottis est plus sûr.

Ce stade est suivi par une réaction granulomateuse qui devient nodulaire. Les nodules, d'abord mous, devien-

nent fermes, sont très vascularisés, remplissent les cavités nasales et feront ensuite saillie. La tuméfaction du lobe et des ailes du nez produisent l'image du nez globuleux de Hebra. Cette évolution se termine par de la fibrose qui provoque un rétrécissement des voies nasales et produit des malformations du nez. Toutefois le stade inflammatoire peut aussi déboucher directement sur une atrophie. Le processus pathologique respecte en général les cartilages et l'os.

L'extension des lésions peut se poursuivre vers l'arrière, entreprendre le voile du palais, le larynx et très exceptionnellement la trachée et les bronches. Le processus produira finalement une obstruction mécanique importante des voies respiratoires supérieures. Une régression peut suivre, allant vers la guérison, mais la récurrence est possible.

Le tissu inflammatoire est constitué de plasmocytes et d'histiocytes vacuolaires spécifiques, cellules dites de Mikulicz, qui renferment des *Klebsiella rhinoscleromatis*, bactérie présumée être l'agent causal, mais dont la transmission expérimentale n'a jamais été réalisée.

La streptomycine est le traitement indiqué. S'il reste sans effet après deux mois, on procédera si possible à un antibiogramme ou on tentera les tétracyclines ou le cotrimoxazole. Le rhinosclérome est fréquent au Rwanda, notamment dans l'Ouest, mais aussi dans la région de Kibungu, toujours au-dessus de l'isohyète de 1000 m. Une étude de son incidence pourrait apporter des éléments précieux pour une meilleure connaissance de cette affection.

9. Sinusites

Elles sont rarement vues en phase aiguë. Les sinusites chroniques sont fréquentes, mais souvent méconnues. Elles sont importantes à cause de leur relation avec les bronchites chroniques et l'asthme.

10. Corps étrangers, y compris myiases et autres parasites

Les corps étrangers auriculaires déterminent 2,5 % des consultations. Dans le conduit auditif, ils sont bien tolérés et peuvent persister pendant des années, parfois dix ans. Il s'agit le plus souvent de haricots, de petits pois, d'arachides, parfois de perles ou de cailloux. Dans les bronches, soit 0,8 % des cas, les bronchoscopes flexibles ont fortement simplifié les extractions et limité les risques.

Des mouches, p.ex. chrysoomyia, peuvent déposer des oeufs ou des larves dans les narines ou les conduits auditifs, où elles trouvent un terrain favorable. Des tiques, des larves d'acariens tels que des otodectes, des sangsues, des parasites du chien, du chat, du chacal et plus particulièrement du sarcopte de la gale (Van den Keyning et Thienpont, 1977) peuvent s'installer dans le conduit auditif et causer une irritation.

11. Anomalies anatomiques

On peut signaler que les déviations de la cloison sont très rares, qu'une agénésie des sinus frontaux se rencontre chez les femmes, mais que, par contre, celle des sinus maxillaires est très rare.

12. Otites

Les otites moyennes aiguës, associées ou non à une rhinite, sont très fréquentes chez les nourrissons et les enfants. Elles sont souvent présentées tardivement, c'est-à-dire quand l'oreille coule déjà. Même au stade aigu, elles ne bénéficient pas de manière significative d'un traitement par antibiotiques: il y a amélioration par la pénicilline dans 73 % des cas, par un placebo dans 69 % des cas. L'administration automatique d'antibiotiques est à déconseiller, car le pus devient stérile, mais l'otite peut évoluer vers la fibrose et la surdité. Un tympan soulevé par du liquide mucopurulent bénéficie d'une paracentèse. Celle-ci entraîne la guérison en 4-5 jours dans 80 % des otites et la plaie se ferme spontanément. Si la paracentèse n'a pas amélioré la situation dans les 48 h, soit chez les 20 % restants, il faudra prélever le pus pour un examen bactériologique, en vue d'une application rationnelle d'antibiotiques.

Chez le nourrisson (1-5 mois), l'otite est due généralement au *Streptococcus pneumoniae*, sauf pour les otites périnatales ou celles qui ont été contractées dans un milieu hospitalier: là les staphylocoques et les pseudomonas sont en cause.

Chez les enfants de moins de 3 ans, sauf en cas d'infection nosocomiale, l'agent étiologique est le *Streptococcus pneumoniae* ou l'*Haemophilus influenzae*. Chez les enfants de plus de 5 ans, le *Staphylococcus aureus* vient s'y ajouter.

Il faut distinguer l'otite moyenne aiguë de la myringite bulleuse, qui apparaît par petites épidémies; les phlyctènes sur le tympan sont d'origine virale ou sont produites par *Mycoplasma pneumoniae*.

L'otite moyenne chronique est fréquente et son traitement est décevant. Les antibiotiques ne servent à rien. Le traitement sera local par nettoyage prudent à la seringue (éviter de l'enfoncer trop loin); ce nettoyage se fera avec de l'eau physiologique ou alcoolisée. Par la suite, quelques gouttes d'alcool à 50 % additionnées éventuellement d'acriavine à 1‰ assècheront la lésion. Cette otite est rarement en rapport avec un cholestéatome. Un abcès sous-périostique ou une mastoïdite sont cependant des complications possibles.

L'otite externe est une inflammation de la peau du conduit auditif ou du pavillon. La douleur est spontanée, mais surtout provoquée par la manipulation du pavillon. L'otite externe peut accompagner l'otite moyenne. Elle suit souvent l'usage prolongé de gouttes pour les oreilles, qui troublent la flore normale du conduit auditif et

préparent le terrain pour une surinfection par des mycètes, des levures, des staphylocoques. Elle peut encore se développer au départ d'infections du cuir chevelu; ceci justifie le rasage de la tête.

Il faut signaler également les irritations du conduit auditif par la présence de parasites et myiases (voir 10, corps étrangers).

13. Laryngites

Les laryngites aiguës ne présentent aucun caractère particulier. Les cordes vocales sont rouges et les plaintes caractéristiques de l'aphonie, des douleurs angineuses, de la toux. Ceci ne demande qu'un repos des cordes vocales pendant quelques jours. L'étiologie peut être infectieuse, ou due à la fumée, à la poussière ou à des excès vocaux.

Les laryngo-trachéites des nourrissons constituent par contre un problème sérieux. L'étiologie est souvent virale; la rougeole a dans ce domaine une réputation méritée. La congestion s'accompagne d'exsudats importants obstruant le passage; ils provoquent une dyspnée et un stridor qui peuvent nécessiter une intubation ou une trachéotomie. En général, le traitement anti-infectieux influence favorablement les symptômes.

En cas de laryngite suffocante, le malade devrait pouvoir être isolé en chambre humide et sous oxygénothérapie; cela pose souvent des problèmes techniques insurmontables.

Les laryngites infectieuses chroniques sont assez nombreuses. Il faut citer la lèpre, la syphilis, le mycosis fungoïde et en particulier la tuberculose, dont le déclin n'est pas encore amorcé.

La laryngite tuberculeuse débute par un enrouement, une toux irritative et l'impression qu'il y a un corps étranger. Le début peut être aigu ou totalement asymptomatique. Dyspnée et dysphagie peuvent suivre. La lésion est localisée le plus souvent à la commissure postérieure. Le diagnostic se fera par culture, biopsie, test à la tuberculine. Un examen pulmonaire approfondi est impératif.

La tuberculose peut entreprendre également le nez, les amygdales, le pharynx, ainsi que les ganglions cervicaux. La scrofule n'appartient pas encore au passé; elle est comprise dans les 5 % d'abcès des ganglions cervicaux qu'on observe chez les enfants.

Des laryngites chroniques peuvent aussi résulter d'un facteur irritant. Si le repos n'apporte pas la solution, on appliquera le stripping sous laryngoscopie directe.

14. Oesophage

Quoique ne relevant pas de l'ORL stricto sensu, les troubles de la déglutition dus à des corps étrangers chez les enfants sont traités par extraction sous contrôle visuel. Il en est de même de certaines tumeurs.

15. Tumeurs

Les tumeurs bénignes représentent 5 % des consultations; elles comportent essentiellement le fibrome ossifiant du maxillaire, qui peut nécessiter une large exérèse, et les tumeurs mixtes de la parotide; celles-ci sont souvent volumineuses et leur extirpation s'accompagne de mutilations très étendues.

Les tumeurs malignes motivent 4,5 % des consultations; les aspects géographiques de leur pathologie méritent de retenir l'attention.

L'épithélioma spinocellulaire domine le tableau au Rwanda: la langue, le plancher de la bouche (en rapport avec la pipe), le nez et les sinus, les amygdales en sont le siège. Les adénocarcinomes, notamment ceux du rhinopharynx, sont moins fréquents que dans le Sud-Est asiatique, mais leur incidence est nettement plus élevée qu'en Europe. Les symptômes peuvent être localisés dans le nez (obstruction, épistaxis), dans l'oreille (liquide dans l'oreille moyenne, vertige), dans la sphère ophtalmologique (parésie de l'abducteur, épiphora, signe de Horner), ou même liés à l'apparition précoce de métastases régionales ou à distance. Une relation avec le virus Epstein-Barr est envisagée.

La tumeur de Burkitt est un lymphome à caractéristiques particulières. Son identification date de 1958. Il débute dès l'âge de 7 ans et est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Une relation très plausible lui est attribuée avec le virus Epstein-Barr; ceci est basé sur le fait que 80 à 90 % des sujets ont des anticorps contre ce virus à des taux qui paraissent significatifs.

Le carcinome rhinopharyngien, épithélioma épidermoïde, a été mis également en relation avec le virus d'Epstein-Barr; il est nettement plus fréquent qu'en Europe.

Les tumeurs de l'oesophage sont fréquentes en Afrique centrale. Cette prévalence fait l'objet de bon nombre de spéculations sur l'origine de cette fréquence: abus d'alcool frelaté, etc. Il n'y a cependant aucune preuve convaincante.

16. Troubles fonctionnels de l'ouïe

Sur la base de données récentes de l'OMS, les troubles de l'ouïe se répartiraient dans le monde comme suit: la surdité complète atteint 4,8 millions d'habitants (soit 0,1 % de la population mondiale), la surdité modérée bilatérale 9,6 millions (soit 0,2 %), la surdité modérée unilatérale 14,4 millions (soit 0,3 %); enfin 254,4 millions de personnes (5,3 % de la population mondiale) sont atteintes de troubles de l'audition plus ou moins graves.

Les chiffres pour l'Afrique centrale reflètent la moyenne mondiale (Ntabomvura et Van de Weghe, 1982). Le taux cumulé des affections dites catarrhales et purulentes chroniques atteint 6,3 %.

Les surdités de conduction dues à des traumatismes ou des infections avec perforation du tympan sont susceptibles d'une restauration chirurgicale lorsque la chaîne des osselets est interrompue.

L'otosclérose qui résulte d'une ossification des noyaux au départ de la fenêtre ovale et entraîne une mobilité réduite de la plaque, est rare sous les tropiques.

Les surdités de perception peuvent être de nature cochléaire ou rétrocochléaire. La destruction des cellules filiformes de l'organe de Corti est irréversible. Ces cellules sont sensibles à la quinine.

17. Prévention

Il va de soi que la prévention présente dans le domaine ORL l'espoir le plus sérieux. Elle comporte essentiellement deux volets. D'abord les vaccinations antirougeoleuse et antidiphthérique: ce sont des armes majeures contre ces deux maladies et leurs complications. Ensuite des soins élémentaires à tous ceux qui en ont besoin, en les confiant aux responsables familiaux ou communautaires, et aux éducateurs. Ceux-ci devront recevoir régulièrement des informations et des moyens adéquats. Ils devront notamment être convaincus de l'importance des règles de l'hygiène élémentaire et des risques que représente leur non-observation.

Ceci implique la formation et la coopération d'auxiliaires paramédicaux de degrés variés. Ils seront chargés de l'éducation en matière de prévention, de la détection des affections débutantes et des premiers soins à y apporter.

La méthode fait participer tous les échelons de la société: parents, éducateurs, paramédicaux, médecins et spécialistes. Elle ramène en outre les problèmes à des moyens budgétaires et financiers réalistes.

L'oto-rhino-laryngologiste a un rôle important à jouer dans ce contexte, car un tel programme, s'il se veut efficace, doit être basé sur l'inventaire précis des problèmes et de leur importance relative, ainsi que sur des moyens thérapeutiques et préventifs adéquats.

L'IFOS (International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies), qui groupe des Sociétés de 75 pays, s'est penchée sur ce problème tel qu'il se pose en Afrique centrale et dans les pays du Tiers monde en général.

Il recommande de réaliser l'étude étiologique des affections endémiques et épidémiques, et de tenir compte des facteurs socio-économiques: l'hygiène, les moeurs, la nutrition, l'habitat etc. Ces analyses porteront sur:

1. les maladies infectieuses, virales, bactériennes, spécifiques ou non, et leurs causes.
2. les affections parasitaires et leurs points de pénétration propres à l'ORL: conduit auditif interne, orifices nasaux, bouche.
3. les affections tumorales ou pseudo-tumorales, dont le polymorphisme est très grand au niveau des voies respiratoires supérieures.

4. les traumatismes, les facteurs dus à des rites socio-religieux, ou à l'introduction de corps étrangers.

5. l'immunologie, dont le rôle dans certaines affections est encore mal connu.

6. les affections endocrinologiques, qui peuvent être propres à certaines races, mais sont fréquemment dépendantes du milieu ou du système alimentaire: p. ex. l'hypothyroïdie endémique dans l'Ubangi, l'Uele, l'île Idjwi, le Rwanda.

7. les troubles dus à des intoxications alimentaires et médicamenteuses; celles-ci surviennent malheureusement de plus en plus fréquemment, à cause de l'abus des aminoglycosides et autres antibiotiques.

La thérapeutique doit être envisagée en fonction des possibilités économiques et du personnel des services de santé disponible.

L'action du médecin généraliste comprendra d'une part les soins médicaux adéquats et la chirurgie d'urgence, d'autre part la prévention (les vaccinations) et l'éducation; celle-ci doit être organisée pour la communauté et pour les auxiliaires bénévoles ou professionnels.

L'action médicale du spécialiste devra être, elle aussi, éducative, plus particulièrement pour les médecins de première ligne; une synthèse nosologique, séméiologique, pathologique et épidémiologique sera établie à côté de l'action thérapeutique directe.

Le programme de l'IFOS, étayé sur ces bases, a concentré ses premiers efforts sur l'otologie par la création de comités spéciaux (Standing Committees). En association avec la Société Internationale d'Audiologie et

la Fédération Mondiale des Sourds, l'IFOS a présenté une motion intitulée «Prevention of deafness and hearing impairment», par laquelle la surdité est actuellement reconnue comme prioritaire par l'OMS; elle a été votée à l'unanimité par l'Assemblée Générale de l'OMS à Genève en sa session du 13 mai 1981. Pour la surdité, la classification suivante est proposée:

- 1) Surdité profonde plus de 91 dB (ISO)
- 2) Surdité sévère de 71 à 91 dB (ISO)
- 3) Surdité modérément sévère de 56 à 70 dB (ISO)
- 4) Surdité modérée de 41 à 56 dB (ISO)
- 5) Hypoacousie de 26 à 40 dB (ISO)

Ces catégories seront répertoriées en fonction de leur caractère uni- ou bilatéral, de leur perte de discrimination vocale, de leur caractère transmissionnel et neurosensoriel, de la présence d'acouphènes, etc.

Des groupes de travail ad hoc ont établi des directives précises pour pouvoir faire de la détection systématique (screening), pour établir l'étiologie des infections ou des traumatismes, pour reconnaître les anomalies génétiques, ainsi que pour utiliser des méthodes de diagnostic et de prévention adéquates. Ces directives ont été largement diffusées.

Ces exemples dans le domaine de la surdité s'appliquent à toutes les branches de l'oto-rhino-laryngologie.

Les programmes internationaux de l'IFOS et de ses branches sont déjà opérationnels en Asie et seront bientôt étendus à l'Afrique. Ceci permet d'augurer d'un bon avenir pour la lutte contre les affections oto-rhino-laryngologiques.

J. Marquet (†), H. Vermeersch et L. Verstraeten

BIBLIOGRAPHIE

- BEZIAK V. & FARSEY S.J. (1970), *Corynebacterium diphteriae* in shin lesions in Ujanders children, — *Bull. OMS*, 43, p. 643.
- BOURGUIGNON G.C., VAN DEN BRANDEN F & GEENS J. (1939), Le problème de la diphtérie au Congo belge, — *Arch. Méd. Soc. Hyg.*, pp. 355-382.
- BROBLY G.W. & ZADIK P. (1987), Bacteriology of otitis media in Ghana, — *Trop. Doct.*, 17, pp. 91-92.
- CORMAN A. (1934), Quelques cas de diphtérie au Katanga, — *Bull. Méd. Katanga*, 1, pp. 4-10.
- COURTOIS G., JANSSENS P. & ZANETTI V. (1947), Sur deux souches de bacille diphtérique isolées au Congo, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 27, pp. 273-283.
- DELCOUR G. (1953), A propos d'une épidémie de diphtérie à Léopoldville, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 33, pp. 569-578.
- DOUCET G. (1947), Un cas de diphtérie traité par les sulfamides, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 27, pp. 187-189.
- FAIN A. & FALAISE A. (1951), Myiases des fosses nasales et du sinus maxillaire produites par *Lucilia cuprina* Weidemann, au Ruanda-Urundi, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 31, pp. 307-309.
- FAIN A. & FALAISE A. (1957), A propos du rhinosclérome au Ruanda-Urundi, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 37, pp. 67-70.
- GUERIN F. & MATTLET G. (1929), Quelques observations qui permettent d'affirmer l'existence du bacille diphtérique dans le Ruanda-Urundi, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 9, pp. 31-35.
- HOLBORROW Chr. (1986), Treatment of otitis media and ear infection, — *Trop. Doct.*, 16, pp. 32-33.
- MARNEFFE J. (1957), Note clinique sur une association rhino-sclérome-lèpre, — *Ann. Trop. Belg. Méd. Trop.*, 37, pp. 987-992.
- MARNEFFE J. (1958), Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un enfant bantou de 2 ans avec expulsion par voie nasale de germes dentaires définitifs, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 38, pp. 81-83.
- MARNEFFE J. (1958), Tumeurs malignes O.R.L. et maxillo-faciales au Ruanda-Urundi, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 38, pp. 681-696.

- MARNEFFE J. (1959), Aspects de la rhinite atrophique dite ozène au Ruanda-Urundi, — *ARSC, Classe des Sci. Nat. Méd.*, Mém., 9, 6, 85 p.
- MUYEMBE T.L. & MAKULU M.U. (1976), Pharyngites streptococciques à Kinshasa: étude bactériologique et sociologique, — *Cardiologie Tropicale-Tropical cardiology*, 2, 7, pp. 119-124.
- NELIS P., VAN DEN BRANDEN F. & BOURGUIGNON G. (1936), A propos d'un cas de diphtérie mortel, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 16, pp. 507-512.
- NEUJEAN G. (1937), Recherche de la réaction de Schick chez les indigènes de la région de Kitega, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 17, pp. 351-352.
- NTABOMVURA V. (1977), Le rhinosclérome au Rwanda, — *Etudes Rwandaises*, 10, pp. 131-145.
- NTABOMVURA V. (1977), Faut-il donner des antibiotiques dans l'amygdalectomie?, — *Etudes Rwandaises*, 10, pp. 146-153.
- NTABOMVURA V. & VANDE WEGHE J.P. (1982), Morbidité en ORL, in: MEHEUS A. et al.(Eds.), *Santé et Maladies au Rwanda*, AGCD, Bruxelles, pp. 601-612.
- THYS A. (1956), Le rhinosclérome au Congo belge et au Ruanda-Urundi, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 36, pp. 781-792.
- VAN DE HEYNING J. & THIENPONT D. (1977), Otitis externa in man caused by the mite otodectes cynotes, — *The laryngoscope*, 87, pp. 1938-1940.
- VANDE WEGHE J.P. (1972), A propos d'un cas de tumeur maligne chez un nouveau-né, — *Rev. Méd. Rwand.*, 20, p. 7.
- VAN SLYPE W. (1935), La réaction de Schick au Congo belge, — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 15, pp. 117-118.
- VINCENT M. (1956), Note sur la diphtérie dans la région d'Usumbura (Ruanda-Urundi), — *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 36, pp. 893-897.

Examen B

- MARNEFFE J. (1958), *Aspects de la rhinite atrophique dite ozène au Ruanda-Urundi*, 69 p.
- VAN NUFFEL L. (1959), *Ziekten van de larynx bij de inlanders van Kongo*, 56 p.

Thèse de PhD

- MUYUNGA KASENGULU (1974), *Development and application of speech audiometry using Lingala and Ciluba word listes.* (PhD Londres).