

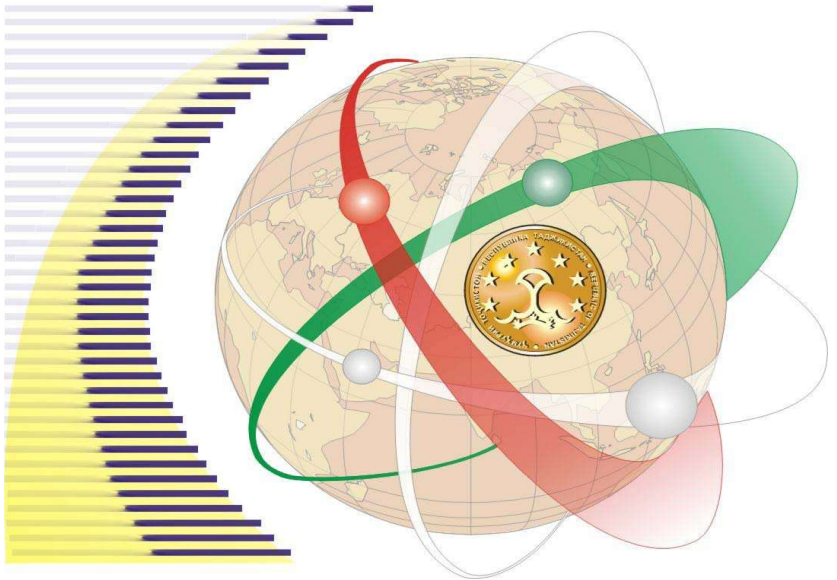


La revue scientifique
**Les Cahiers
du CBRST**

La science au service de la société

DOSSIERS

Société
Environnement
Développement



03 BP 1665 Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77

Fax : (229) 21 32 36 71

Mail : cahiersducbrst@yahoo.fr ;

cahiersducbrst@gmail.com

Site Web : <http://www.cbrst-benin.org>



CAHIERS DU CBRST

Médecine et Santé Publique (Numéro spécial 2019)

N°15, 1^{er} semestre 2019 ; ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)

Dépôt légal n° 11535 du 19/08/2019 3^{ème} trimestre 2019

Bibliothèque Nationale du Bénin,

Directeur de Publication : Professeur Marc T.T. KPODEKON ; **Directeur Général du CBRST**

Rédacteur en Chef : AZONHE Thierry

Conseiller Scientifique : Apollinaire Guy
MENSAH ; *Directeur de Recherche*

Comité scientifique

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin)

Pr FAYOMI Benjamin (Bénin)

Pr. BIGOT André (Bénin)

Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin)

Pr. AKPONA Simon (Bénin)

Pr. TCHITCHI Toussaint Y. (Bénin)

Pr. LALEYE Anatole (Bénin)

Pr. OYEDE Marc (Bénin)

Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin)

Pr. ALINSATO Alastaire (Bénin)

Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin)

Pr CLEDJO Placide (Bénin)

Pr. GLIDJA Judith

Pr. DOMINGO Etienne (Bénin)

Pr. KOUMAKPAYI Taofiki (Bénin)

Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin)

Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B)

Pr. MENSAH Guy Apollinaire

Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo)

Pr. TOSSA Joel (Bénin)

Pr. MASSOUGBODJI Achille (Bénin)

Pr. SINSIN Brice (Bénin)

Pr. AFOUDA Abel (Bénin)

Pr. GBENOUE Joachim (Bénin)

Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina)

Pr. AZONHE Thierry (Bénin)

Pr. ATTANASO Odile (Bénin)

Pr. TCHAMIE Tiou (Togo)

Pr. JOSSE Roger (Bénin)

Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin)

Pr. LALEYE Anatole (Bénin)

Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin)

Pr. Pr. VISSIN Expédit (Bénin)

Pr. AHANHANZO Corneille (Bénin)

Pr. AGBOSSOU K. Euloge (Bénin)

Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin)

Pr. SOCLO Henri (Bénin)

Pr. IGUE Charlemagne (Bénin)

Pr. AMOUZOUVI Dodji H. (Bénin)

Pr. HOUNKOU Emmanuel (Bénin)

COMITE DE LECTURE : Prof NOUHOUAYI Albert; Prof AGBOSSOU K. Euloge ; Pr AVLESSI Félicien ; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime ; Prof DIMON Biaou Fidèle ; Prof DOMINGO Etienne ; Prof EDHA Daniel ; Prof KOUNOUHEWA Basile ; Prof MENSAH G. A. ; Prof TOSSOU Okri Pascal ; Prof YAYI Eléonore ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima ; Dr Zacharie SOHOU ; Pr. LALEYE Anatole ; Pr. OUMOROU Madjidou ; Prof BOKO Gabriel; Prof MONGBO Roch ; Prof. SOCLO Henri ; Dr ALAMOU Eric ; Dr AZANDO E. V. ; Dr DOUGNON Victorien ; Dr FOURN Elisabeth; Prof GBAGUIDI Fernand;; Dr GBANGBOCHÉ A. B. ; Prof GLELE KAKAÍ Romain ; Prof TCHIBOZO Eric; Pr HONTONFINDE Félix ; Pr HOUNHOUGAN Joseph ; Pr KPROVISSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael ; Pr. Fulgence AFOUDA; Pr. GBAGUIDI Fernand ; Pr. HOUNGBE Fabien ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof. Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof AHOHOUNKPANZON Michel; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Dr GUENDEHOU Sabin ; Dr JOHNSON Christian; Dr KPOHOU Ferdinand; Dr GNIMADI Clément, Dr SOHOU Zacharie; Dr GBEWETOUN C. Louis; Dr AGBOKOUNOU Aristide, Dr DEGBEY Georges; Dr VIGNINOUE Toussaint; Dr GIBIGAYE Mohamed; Dr YABI Fidèle; Dr OREKAN Vincent; Dr GBAGUIDI Arnauld; Dr TOKO Ismaël; Dr VISSOH Sylvain; Dr HEDIBLE Sidonie, SOSSOU K. Benoît.

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.



SOMMAIRE

1. Dystrophie maculaire de best : a propos de 3 cas familiaux.....01
N. AIGBÉ; C. ABOUKI; L. AGBAHOUNGBA; S. ALAMOU; L. ODOULAMI; I. SOUNOUVOU; S. TCHABI

2. Habitudes de consommation des aliments contenant du sucre ajoute chez les adolescents en milieu urbain au Benin.....11
Charles SOSSA JÉRÔME, Mahouma Philippe ADJAGBA, Michelle ZINSOU, Yolaine GLELE AHANHANZO, Colette AZANDJEME, Ghislain Emmanuel SOPOH, Dèdonougbo Martin HOUENASSI.

3. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des surdités au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou (chud-b), Benin..... 26
Fatiou A. BOURAIMA, Marius C. FLATIN, Alexis DO SANTOS ZOUNON, Pierre BOLAMO, Rachidath DOUMBIA, François AVAKOUDJO, Spero H.R. HOUNKPATIN, Wassi ADJIBABI

4. Aspects épidémiologiques et diagnostique de l'osteodystrophie rénale chez les hémodialysés suivis au centre national d'hémodialyse de Donka(Guinée).....38
F. DIAKITE; M.S. BAH; M.S. BALDE; S. AHOUI; M. TRAORE; I. CHERIF; A.B. BAH; A.KEITA; A.O. BAH; ML KABA.

5. Mortalité à la clinique universitaire d'urologie du CNHU-HKM : à propos de 83 cas.....51
AVAKOUDJO Josué, HODONOU Fred, OROU-GNABE Bazith, YEVI Magloire, SOSSA Jean, AGOUNKPE Michel, NATCHAGANDE Gilles.

6. Profil épidémiologiques et clinique des patients opérés de varicocèle a la clinique universitaire d'urologie andrologie du CNHU-HKM.....59
HODONOU Fred, AVAKOUDJO Josué, GBEDO Ghislaine, YEVI Magloire, AGOUNKPE Michel, HOUNNASSO Prince.



ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES SURDITES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DU BORGOU (CHUD-B), BENIN

Fatiou A. BOURAIMA¹, Marius C. FLATIN¹, Alexis DO SANTOS
ZOUNON², Pierre BOLAMO², Rachidath DOUMBIA¹, François
AVAKOUDJO², Spero H.R. HOUNKPATIN¹, Wassi ADJIBABI²

1 : Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin BP 123 Parakou,
Bénin

2 : Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, 01BP
188 Cotonou, Bénin

Correspondance : BOURAIMA Fatiou A, bouraimfat@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La surdité est une affection fréquente en consultation ORL.

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la surdité au CHUD Borgou.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} Juin 2014 au 31 Mai 2017. Ont été inclus les patients ayant consulté en ORL pour baisse de l'audition et dont le résultat d'audiométrie a révélé une déficience auditive au-delà de 20 dB.

Résultats : Au total, 125 patients ont été colligés. La surdité a représenté 4,3 % des admissions. L'âge moyen des patients était de 35 ±20 ans avec des extrêmes de 2 et 70 ans. La sex-ratio était de 1,1. Les écoliers/ élèves /étudiants étaient les plus représentés (39,2%). L'hypoacousie d'installation progressive a été le motif de consultation prédominant (80% des patients). Les acouphènes y étaient associés chez 74,4% des patients. Les surdités post-linguales étaient les plus fréquentes (88,8%). Il s'agissait de surdités de perception dans 58,3% des cas. La perte auditive était de degré moyen dans 35,5% des cas suivie de degré léger avec 31,4%. La surdité a été bilatérale chez la majorité des patients (93,60%). Les principales causes de surdité acquise étaient la presbyacousie (55,2%) suivies des otites moyennes chroniques (12,1%) et des méningites (12,1%). Le traitement a été médical ± chirurgical en cas de surdité de transmission. Un seul patient de la série a pu acquérir un appareil auditif pour corriger son handicap sensoriel.



Conclusion : La surdité est un handicap préoccupant au nord Bénin à Parakou. L'atteinte est plus souvent bilatérale. Sa prise en charge est difficile à cause de l'insuffisance du plateau technique et de l'indigence des patients.

Mots clés : Surdité, Audiom trie, Presbycusie, Atteinte perceptionnelle, Parakou.

ABSTRACT

Introduction: Deafness is a common condition in ENT consultation.

Objective: Study of the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of deafness at the regional teaching hospital of Borgou in Republic of Benin.

Patients and Methods: This was a descriptive cross-sectional study from June 1, 2014 to May 31, 2017. It included patients who had consulted ENT doctors for hearing loss and whose audiometry results revealed hearing loss beyond 20 dB.

Results: A total of 125 patients were collected. Deafness accounted for 4.3% of admissions. The average age of patients was 35 ± 20 years with extremes of 2 and 70 years. The sex ratio was 1.1. Schoolchildren / pupils / students were the most represented (39.2%). Progressive hearing loss was the predominant reason for consultation (80% of patients). Tinnitus was associated with 74.4% of patients. Post-lingual deafness was the most common (88.8%). These were perception deafness in 58.3% of cases. The average degree regarding the hearing loss represented 35.5% of the cases followed by the slight degree having accounted for 31.4%. Deafness was bilateral in the majority of patients (93.60%). The main causes of acquired deafness were presbycusis (55.2%) followed by chronic otitis media (12.1%) and meningitis (12.1%). The treatment was medical + - surgical in case of transmission deafness. Only one patient in the series was able to acquire a hearing aid to correct his sensory disability.

Conclusion: Deafness is a worrying handicap in northern Benin at Parakou. The attack is more often bilateral. Its management is difficult because of the insufficiency of the technical platform and the indigence of the patients.

Key words: Deafness, Audiometry, Presbycusis, Perceptive impairment, Parakou.



INTRODUCTION

L'altération de l'audition ou surdité peut survenir à tout âge. Elle peut être la conséquence d'un dysfonctionnement de l'oreille externe, de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne [Debry *et al*, 2008]. De par son caractère, elle peut être unilatérale ou bilatérale. La surdité a fait l'objet de nombreux travaux dans le monde mais demeure une affection négligée en Afrique [Ahmed, 2003]. Au Bénin particulièrement, des études portant sur la surdité ont déjà été réalisées. Cependant, aucune d'elles ne donnent une idée précise sur l'état des lieux de la surdité dans le service d'Oto rhino-laryngologie (ORL) au Nord-Bénin. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la surdité dans le service d'ORL du Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) du Borgou à Parakou.

1. MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visée analytique qui s'est déroulée du 1^{er} Juin 2014 au 1^{er} Juin 2017 au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou à Parakou. C'est la troisième ville à statut particulier située au nord-Ouest du Bénin.

Les patients inclus dans cette étude ont été vus en consultation pour baisse de l'audition et ou un autre symptôme otologique au cours de la période d'étude et ayant présenté à l'audiométrie tonale ou comportementale une déficience auditive de plus de 20dB.

La classification du BIAP de mai 1997 du degré de surdité a été adoptée [BIAP, 1997]

- Surdité légère : PAM entre 21 et 40 dB
- Surdité moyenne : PAM entre 41 et 70 dB
- Surdité sévère : PAM entre 71 et 90 dB
- Surdité profonde : PAM entre 91 et 119 dB
- Surdité totale : PAM au-delà de 120db

Les paramètres étudiés ont été : le motif de consultation, le mode d'installation, l'âge de survenue de la surdité, les signes associés, le traitement antérieur, les antécédents (personnels, familiaux, otologiques), les



signes otologiques, la réalisation d'une audiométrie, le type de surdité, le degré de surdité, la latéralité de la surdité, l'acquisition d'un appareil auditif. Toutes les données collectées ont été saisies avec le logiciel EPI DATA 3.1 (version française). L'analyse des données collectées a été ensuite faite à l'aide du logiciel EPI INFO 7. Le test statistique Chi-carré (χ^2) de Fischer a été utilisé pour comparer les fréquences. La différence était significative pour une p-value inférieure à 5 % ($p < 0,05$).

2. RÉSULTATS

Durant la période d'étude, la surdité a été suspectée chez 316 patients et confirmée chez 125 patients. Sur un total de 2871 patients qui ont consulté pour hypoacousie, soit une fréquence de 4,3%. L'âge moyen des patients était de 35 ± 20 ans avec des extrêmes de 2 et 70 ans. La sex-ratio était de 1,1.

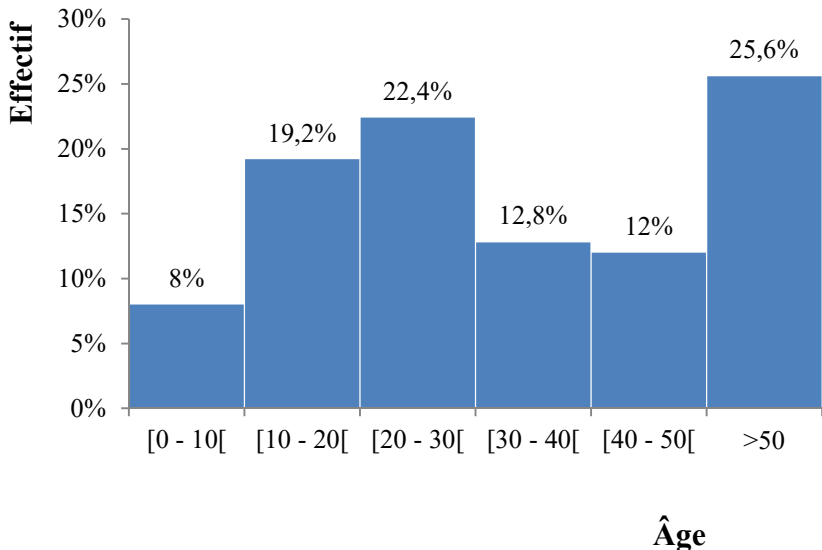


Figure 1 : Répartition des patients atteints de surdité selon l'âge



Le groupe des écoliers/élèves/étudiants représentait 39,2% des patients suivi des ménagères avec une proportion de 16,8% parmi les nombreuses couches professionnelles.

Le motif principal ayant amené les patients à consulter dans le service d'ORL était l'hypoacousie (84,8%). Le mode d'installation de la surdité était progressif dans 80,0% des cas et brutal dans 20,0% des cas. La majorité des patients (72%) avait des signes accompagnateurs parmi lesquels étaient retrouvés les acouphènes (74,4%), l'otalgie (21,1%), les vertiges (18,9%). Un traitement antérieur avait été fait par 52% des patients pour d'autres affections, dont 21,50% avaient consommé des médicaments ototoxiques (quinine, gentamycine, ibuprofène, furosémide). Sur 125 patients, seulement 02 (1,6%) avaient des antécédents familiaux de surdité. L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus observé soit 11,2 % des patients. L'examen otoscopique avait révélé une perforation tympanique dans 4 cas (3,2%). Dans la majorité (96,8%) l'examen était normal.

Au plan fonctionnel, 125 patients ont été soumis à l'examen audiométrique. Il s'agit de 117 cas (93,6%) d'audiométrie tonale et 8 cas (6,4%) d'audiométrie comportementale pour les moins de 5 ans.

Selon la latéralité, la surdité a été bilatérale dans 93,60% des cas, et unilatérale dans 6,40%. La surdité a été perceptionnelle (58,3%), mixte (28,9%) et transmissionnelle (12,8%) comme le montre le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients sourds vus de juin 2014 à juin 2017 selon le type et la latéralité de la surdité (n=242)

	Surdité droite	Surdité gauche	Total	Pourcentage (%)
Surdité de transmission	14	17	31	12,8
Surdité de perception	76	65	141	58,3
Surdité mixte	31	39	70	28,9
Total	121	121	242	100,0

Selon le degré de surdité, pour l'oreille droite il s'agissait essentiellement et par ordre de fréquence de surdité de degré moyen (35,5%) et de degré léger (31,4%) ; et pour l'oreille gauche de surdité de degré léger (37,2%) et de degré moyen (30,6%). En ce qui concerne l'audition binaurale



il s'agissait respectivement de surdité de degré léger (34,3%) et de surdité de degré moyen (33,1%).

Sur les 125 cas de surdité diagnostiqués, aucune cause évidente n'a été retrouvée pour 67 cas soit 53,6% et chez les 58 cas restant soit 46,4%, il y avait des présomptions quant à la cause de la surdité et la presbyacousie était évoquée dans 55,2%.(Tableau II)

Tableau II: Répartition des causes probables identifiées de la surdité de juin 2014 à juin 2017

	Effectif	Pourcentage (%)
Presbyacousie	32	55,2
Otite*	7	12,1
Méningite	7	12,1
Traumatisme crânien	7	12,1
Traumatisme sonore	5	8,6
Total	58	100,0

Otite* : OMC perforée (04), Otite Moyenne Chronique simple (03)

Les surdités profondes étaient de type perceptuel à droite et à gauche comme le montre la figure 2.

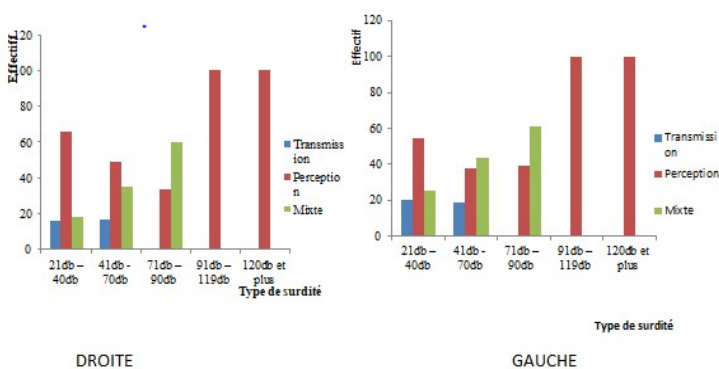


Figure 2 : Répartition du type de surdité des patients sourds en fonction de la perte auditive.



Les patients ont bénéficié d'un traitement médical en cas d'otite. Ce traitement était fait d'antibio-corticothérapie par voie orale ou/et intra-auriculaire, de topique nasal, d'antalgique, ou de manœuvre Valsalva. Le Gingko biloba était associé dans certains cas de surdité de perception de degré moyen. La prothèse auditive a été indiquée en cas de surdité de perception de degré sévère. Un seul patient sur 125 a pu acquérir un appareillage auditif.

3. DISCUSSION

Plusieurs auteurs affirment qu'il est difficile d'avoir une vue d'ensemble de la prévalence et des causes de la déficience auditive en Afrique [Debry *et al*, 2008]. Dans notre étude, la fréquence était sous-estimée dans la mesure où sur 316 cas de déficience auditive suspectée sur le plan clinique, seulement 125 cas ont été confirmés à l'audiométrie. Néanmoins, elle était de 4,3% par rapport aux nombre de consultations dans le service d'ORL du CHUD du Borgou. Poumale *et al* avaient retrouvé une fréquence de 17,2% en milieu scolaire à Bangui en 2012 [Poumale *et al*, 2012]. Ces discordances de fréquence montrent que les taux de prévalence de la surdité ne sont pas comparables pour les raisons évoquées ci-dessus. Il faut aussi souligner la rareté des programmes de dépistage au Bénin comme la plupart des pays subsahariens [Poumale *et al*, 2012]. La tranche d'âge la plus représentée était celle de plus de 50 ans avec une proportion de 25,6%. La surdité peut survenir dans toutes les tranches d'âge. Une légère prédominance masculine a été relevée à Parakou avec une sex-ratio de 1,1. Cette prédominance masculine a été rapportée par Charnole A. au CHU de Nantes, avec une sex-ratio de 1,4 [Charnole *et al*, 2009]. En revanche, Alikor *et al* au Nigéria avaient plutôt souligné une prédominance féminine avec une sex-ratio égale à 0,88 [Alikor *et al*, 2005]. En effet, au Nigeria les enfants des deux sexes sont de plus en plus exposés au bruit fort des téléviseurs, portables et dispositifs de musique donc plus de femmes sont affectées que précédemment [Enekele *et al*, 2017]. La surdité est l'apanage des deux sexes.

Dans notre étude, le groupe des écoliers/élèves/étudiants était le plus concerné (39,2%) suivi des ménagères et des ouvriers avec des proportions respectives de 16,8% et 13,6% parmi les nombreuses couches socioprofessionnelles. L'explication donnée à ce constat est le fait que la



surdité constitue énormément une gêne quant à l'apprentissage scolaire incitant à une consultation.

La plupart des patients venait consulter pour hypoacousie dans 84,8% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'hypoacousie est le principal signe d'appel des atteintes de l'oreille [Pol, 2003]. La bilatéralité de la surdité était nettement retrouvée (93,6%) dans notre série. Ce résultat corrobore celui de Alikor *et al* au Nigéria qui avaient respectivement noté 93% dans leurs enquêtes [Alikor *et al*, 2005]. Les patients atteints des deux oreilles percevaient rapidement la diminution de l'acuité auditive d'une part. D'autre part, l'hypoacousie devient plus gênante quand elle est bilatérale [Pol, 2003]. La surdité était nettement de survenue progressive dans 80% des cas et de survenue brutale dans 20% des cas. Le mode progressif dans notre série était plus fréquent. Les acouphènes, l'otalgie et les vertiges étaient les principaux signes otologiques associés à l'hypoacousie dans cette étude. Ces résultats confirment les données épidémiologiques de ces dix dernières années : il existe une forte prévalence des acouphènes, 10% de la population adulte au Royaume uni dont 87% ont une surdité associée ; une enquête restreinte dans la région de Nice a fourni des résultats comparables [Mondain *et al*, 2005]. Cette forte prévalence des acouphènes (74,4%) dans la surdité a été également observée à Parakou et justifie une audiométrie systématique devant tout acouphène.

Dans cette série, la surdité familiale a été retrouvée chez 1,6% des patients. Ce taux était inférieur à celui de Karatas *et al* [Karatas *et al*, 2006] en Turquie qui avait rapporté un taux de 32,11%. Cette variation de fréquence pourrait se justifier éventuellement par la taille de l'échantillon dans leurs études. L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus observé soit 11,2 % des patients. Ceci a été confirmé par l'étude de Davanipour [Davanipour *et al*, 2000] portant sur des hispano-américains et qui laisse apparaître une prévalence de l'atteinte auditive de 24,5% avec comme facteurs favorisants potentiels entre autres : l'hypertension artérielle.

La prise de médicaments ototoxiques a été relatée par 21,5 % des patients. Ces médicaments étaient principalement constitués de sels de quinine, d'aminosides (gentamycine), d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène), de diurétiques de l'anse (furosémide). Ces médicaments sont reconnus dans la littérature comme ototoxiques [Dauman *et al*, 1995].



Les enfants de moins de 10 ans avaient majoritairement une surdité de perception dans notre étude. Egeli et al [Egeli *et al*, 2003] ainsi que Karatas et al [Karatas *et al*, 2006] avaient aussi noté une prévalence de surdité de perception chez les enfants dans leurs travaux. Dans l'enquête de Alikor par contre, la surdité transmission était la plus représentée chez les enfants [Alikor *et al*, 2005]. Ceci venait renchérir les données de la littérature selon lesquelles, les surdités de transmission sont les surdités les plus fréquentes chez l'enfant, dix fois plus fréquentes que les surdités de perception [Mondain *et al*, 2005]. La surdité de perception était la plus fréquente (58,3%) dans notre travail, suivie de la surdité mixte à 28,9% et de la surdité de transmission à 12,8%. Ceci pourrait être en rapport avec le fait que les surdités de transmission sont en général mieux tolérées et accompagnent souvent des pathologies comme les otites, passant au second plan après les autres symptômes.

Dans cette étude, la surdité profonde était la plus fréquemment retrouvée chez les patients de moins de 10 ans. Ceci a été démontré également dans les études de Alikor *et al* [Alikor *et al*, 2005] au Nigéria. Les travaux de Karatas et al [Karatas *et al*, 2006] en Turquie, de Blanchet [Blanchet *et al*, 2013] au Cambodge avaient aussi révélé une prédominance de surdité profonde chez les enfants sourds. Ceci pourrait être lié au retard à la consultation, au défaut du dépistage précoce systématique et la faible accessibilité aux moyens d'exploration dans notre pays en voie de développement. L'enquête d'Antoni *et al* en France avait aussi rapporté que la surdité moyenne était majoritaire chez les enfants [Antoni *et al*, 2016].

Les causes de surdité identifiées étaient par ordre de fréquence la presbyacousie, les affections otologiques, la méningite, les traumatismes crâniens, les traumatismes sonores dans les proportions respectives de 28%, 7%, 7%, 7%, 5%. La tranche d'âge concernée était celle de 50 ans et plus. L'enquête de Bouccara avait noté que la presbyacousie était la cause la plus fréquente chez l'adulte [Bouccara *et al*, 2005]. Les études épidémiologiques de Garabedian nous donnent quant à elles une prévalence globale de la presbyacousie de l'ordre de 30% à partir de 60 ans avec une prépondérance masculine initiale [Garabedian *et al*, 2003]. Cette observation a été corroborée par Bonfils qui a noté, une plus grande précocité et une plus grande sévérité chez les hommes [Bonfils *et al*, 2011]. Diallo *et al* [Diallo *et al*, 2017] avaient aussi rapporté en 2017 une prédominance de l'étiologie



infectieuse (42%) dans la survenue de la surdité. Cette discordance pourrait s'élucider par le fait que leur étude a concerné une tranche d'âge (5 à 18 ans) où les pathologies infectieuses prédominent.

Un seul patient (soit 0,8% des patients) a pu s'acquérir d'un appareillage auditif dans notre série. Ce taux est très faible par rapport à ceux de Karatas *et al* [Karatas *et al*, 2006] en Turquie, de Blanchet *et al* [Blanchet *et al*, 2013] au Cambodge qui avaient signalé que les patients de leurs études étaient appareillés respectivement dans 90,4%, 50%. Nous attribuons ce constat au fait qu'il n'existe pas de centre de prise en charge pour appareillage auditif des personnes déficientes auditives offrant des services aux populations dans le Nord-Bénin. Mais surtout, au fait que ces appareils auditifs ne sont pas financièrement accessibles. Il est opportun de souligner que seul 10% des besoins en aides auditives sont couverts au niveau mondial et moins de 3% dans les pays en voie de développement [OMS]. Il apparait clairement que l'accès aux aides auditives est beaucoup limité aux patients ayant les moyens financiers. Pour cela, il faudrait porter un regard sur la prise en charge des personnes déficientes

CONCLUSION

La surdité est un handicap invisible qui constitue une pathologie fréquente en consultation ORL dans le CHUD du Borgou avec des corollaires importants sur les plans scolaire et socioprofessionnel. A Parakou, elle concerne toutes les couches socioprofessionnelles sans distinction de sexe mais en particulier les sujets de plus de 50 ans. Elle est surtout de type perceptionnel avec comme cause probable la presbyacousie suivie des affections otologiques. Au vu de la fréquence de cette pathologie, il est nécessaire de faire un diagnostic précoce et une prise en charge spécialisée adéquate tout en mettant un accent particulier sur la prévention des affections otologiques. Par ailleurs, des efforts hardis doivent être menés afin de faciliter l'acquisition des appareils auditifs.

NB : Pas de conflit d'intérêt



RÉFÉRENCES

- 1- Ahmed BM. Caring for the deaf child in Sub-Saharan Africa. The Nigeria Journal of Surgical Research. 2003; 5(3): 181-84.
- 2- Alikor EA, Otana AO. Pattern of childhood deafness in an audiology centre in Port Harcourt, Nigeria. Niger J Med. 2005; 14 (3): 307-10
- 3- Antoni M, Rouillon I, Denoyelle F, Garabedian E-N, Loundon N. Dépistage néonatal de la surdité: prévalence et prise en charge médicale et paramédicale des surdités bilatérales dans une cohorte de nouveau-nés en Île - de - France. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. 2016 ; 133(2) :86-90.
- 4- Blanchet C, Bre M, Louche S, Beraha JP. Evaluation de la prise en charge d'une cohorte de 410 enfants sourds scolarisés en milieu spécialisé au Cambodge sur le plan de la réhabilitation auditive et des capacités de communication. J. afork. 2013; 6(1):450p
- 5- Bonfils P, Chevalier J-M. Anatomie ORL, Tome 3. Paris : Lavoisier ; 2011, 402p.
- 6- Bouccara D, Ferrary F, Mosnier I, Bozorg Grayeli A, Sterkers O. Oto-rhino-laryngologie : Presbyacousie. Paris : Masson ; 2005, 185p.
- 7- Bureau International d'Audiophonologie (BIAP). Classification audiométrique des déficiences auditives. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.biap.org/biapfrancais.htm/>. (consulté le 15 Mars 2017).
- 8- Dauman R, Dulon D. Oto-rhino-laryngologie : Ototoxicité médicamenteuse. Paris : Masson ; 1995, 184p.
- 9- Davanipour Z, Lu NM, Markides KS. Hearing problems in Mexican American elderly. Am J Otol. 2000; 21(2): 168-72
- 10- Debry C, Mondain M, Reyt E. Oto-rhino-laryngologie/Pathologie cervico-faciale. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2008, 267p.
- 11- Diallo AO, Keita A, Odizili FAI, Balde Y, Diallo MT, Conde B, Sylla AV. Surdit e de l'enfant à Conakry (Guinée) : analyse d'un groupe de 124 élèves d'une  cole de sourds-muets. Health Sci. Dis : 2017 ; 18(1) :47p.
- 12- Egeli E, Cicekci G, Silan F, Ozturk O, Harputluoglu U, Onur A, Egeli A, Yildiz A. Etiology of deafness at the Yeditepe School for the deaf in Istanbul. Int J Pediatric Otorhinolaryngology. 2003; 67(5):467-471
- 13- Enekole OJ, Obukowho OL, Ifeoma A. A critical appraisal of hearing impairment among primary school children in Port Harcourt, Nigeria. International Journal of tropical disease and health .2017; 21(4): 1-17.



- 14- Garabedian EN, Denoyelle F et al. Surdité de l'enfant, les monographies du groupe N 34. Paris : Ville : Amplifon ; 2003, 137p.
- 15- Karatas E, Kanlikama M, Mumbuc S. Auditory Functions in Children at Schools for the Deaf. Turkey. J Natl Med Assoc. 2006; 98(2): 204-210.
- 16- Mondain M, Blanchet C, Venail F, Vieu A. Oto-rhino-laryngologie : Classification et traitement des surdités de l'enfant. 2^{ me} édition. Paris : Masson, 2005; 319p.
- 17- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Surdité : accès aux solutions auditives. 2017. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/> (Consulté le 15 Octobre 2017).
- 18- Pol C. Epid miologies et étiologies des surdités de l'enfant. Archives de pédiatrie. Paris : Masson ; 2003, 61p.
- 19- Poumale F, Gamba EP, Nali MN. Dépistage de la surdité dans les écoles fondamentales de la ville de Bangui. Journal Tunisien d'ORL. 2012; 28(1):18-22.
- 20- Wonkam A, Noubiap JJ, Djomou F, Fieggen K, Njock R, Toure GB. Etiology of childhood hearing loss in Cameroon (Sub-Saharan Africa). Eur J Med Genet 2013; 56(1): 20-5.