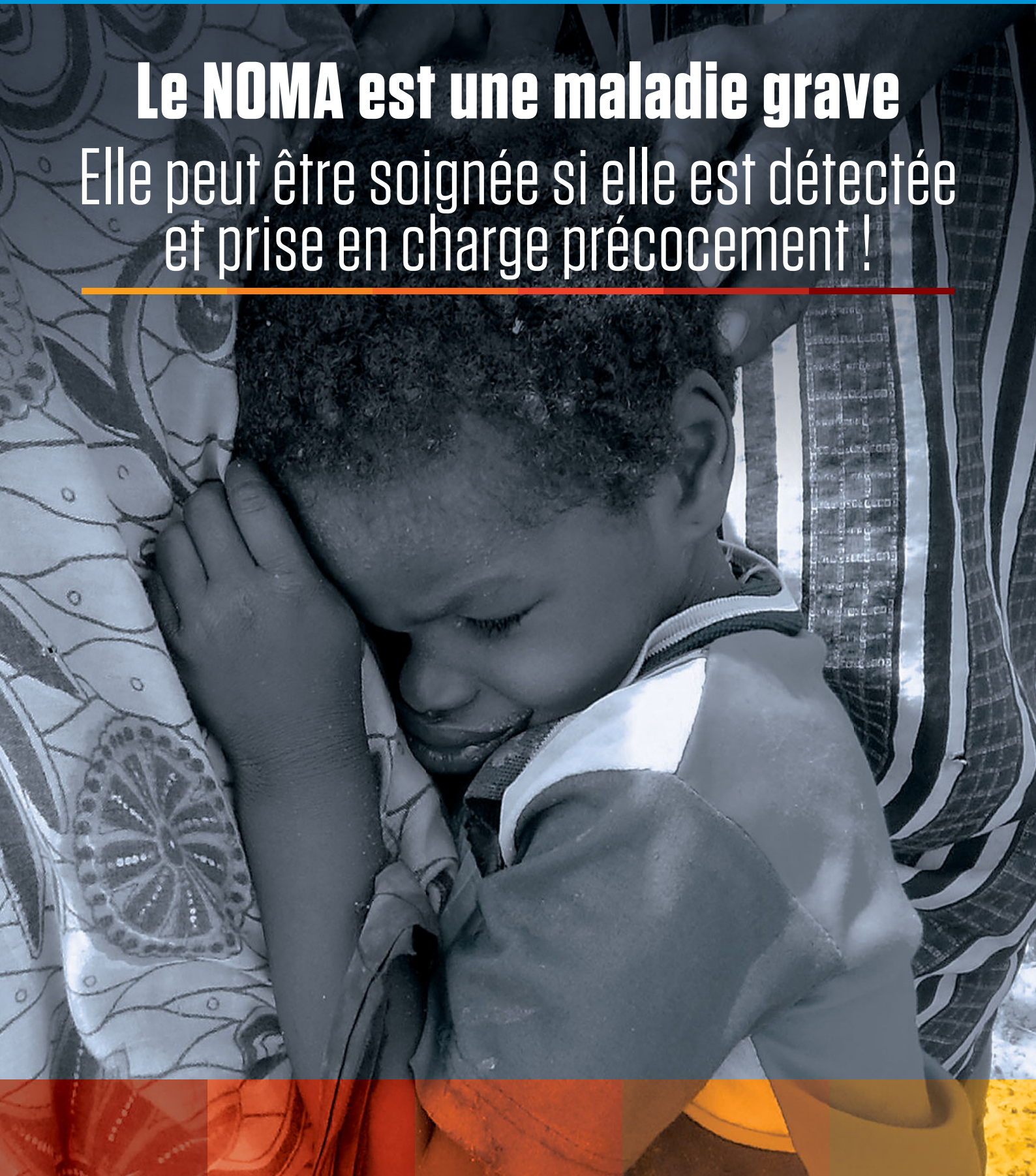


Le NOMA est une maladie grave

Elle peut être soignée si elle est détectée
et prise en charge précocement !



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**
Afrique

Groupe organique Maladies Non Transmissibles (MNT)
Programme Régional de Lutte contre le NOMA

Catalogage à la source Bibliothèque OMS/AFRO

Le noma est une maladie grave, elle peut être soignée si elle est prise en charge précocement : brochure d'information pour une détection et une prise en charge précoce du noma.

1. Noma – étiologie – prévention et contrôle – complications
 2. Maladies de la bouche – prévention et contrôle
 3. Santé bucco-dentaire
 4. Matériel d'enseignement
 5. Promotion de la santé
- I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique II. Titre

ISBN : 978-929031251-2

(NLM Classification: **WU 140**)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2016

Tous droits réservés.

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ; télécopie : +47 241 39507 ; courriel : afrgoafrobooks@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ou son Bureau régional pour l'Afrique ne peuvent en aucun cas être tenus responsables des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

REMERCIEMENTS

Cette brochure a été élaborée sous la coordination du Dr Benoit Varenne, Conseiller régional pour la santé bucco-dentaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique avec l'appui technique du Dr Khady Kâ, Université de Montréal, Canada.

Dr Abdikamal Alislad, Directeur par intérim, Groupe organique des maladies non transmissibles (MNT), du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a fourni les orientations générales pour la préparation de cette brochure.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique remercie tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du présent document et ont fourni des photos.

Des remerciements sont adressés en particulier aux experts qui ont participé à l'étude Delphi afin d'aboutir à un consensus sur la classification des stades du noma et sur sa prise en charge : M. Mamoudou Amadou, ONG Hilfsaktion Noma e.V., Niger ; Dr Denise Baratti-Mayer, Hôpitaux Universitaires de Genève, GESNOMA, Suisse ; Dr. Priscilla Benner, ONG MAMA Project, Etats-Unis ; Dr. Marie-Claude Bottineau, Médecins Sans Frontières, Suisse ; Dr Souleymane Bougoum, Ministère de la Santé, Burkina Faso ; Prof. Denis Bourgeois, Université Lyon 1, France ; Dr. Eric Comte, Médecins Sans Frontières, Suisse ; Prof. Emmanuel Crezoit, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Côte d'Ivoire ; Dr Elizabeth Dimba, Université de Nairobi, Kenya ; Dr. Oumarou Djibo, Ministère de la Santé, Niger ; Dr Yvette Dossou, Université Libre de Bruxelles, Belgique ; Dr Charlotte Faty Ndiaye, OMS, Cameroun ; Dr Almoustapha Illo, Ministère de la Santé, Niger ; M. Patrick Joly, Fondation Sentinelles, Suisse ; Dr. Mamane Kaka, Hôpital national Lamorde, Niger ; Dr Midion Mapfumo Chidzonga, University of Zimbabwe, Zimbabwe ; Dr Klaas Marck, Fondation Néerlandaise Noma, Pays-Bas ; Prof. Andrea Mombelli, Université de Genève, GESNOMA, Suisse ; Prof. Denys Montandon, anciennement Hôpitaux Universitaires de Genève, GESNOMA, Suisse ; Prof. Sudeshni Naidoo, Centre collaborateur de l'OMS pour la santé orale, Université du Cap occidental, Afrique du Sud ; Dr Emmanuel Otoh, Centre régional pour les initiatives de formation et de recherche en santé orale pour l'Afrique, Nigéria ; Prof. Dieudonné Ouedraogo, Centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso ; Dr Reshma Phillips, Maryland Dental Action Coalition, Etats-Unis ; Prof. Brigitte Pittet-Cuénod, Hôpitaux Universitaires de Genève, GESNOMA, Suisse ; Dr. Will Rodgers, ONG Facing Africa, Royaume Uni ; Dr Leila Srour, ONG Health Frontiers, République démocratique populaire du Laos ; Dr Lassara Zala, Directeur Centre Persis, Burkina Faso.

Un remerciement chaleureux est aussi adressé à Cyril O.Enwonwu, Professeur émérite de l'Université de Maryland (É.-U) pour son soutien indéfectible.

Des représentants du lectorat ciblé, incluant des membres du personnel de l'OMS de 10 pays de la Région (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République Démocratique du Congo, Sénégal et Togo) ont eu l'amabilité de relire la brochure et de formuler des commentaires. Qu'ils en soient tous ici remerciés. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique remercie chaleureusement la Fondation Hilfsaktion Noma e.V. pour le soutien financier apporté à ce projet et Mme Ute Winkler-Stumpf, la Présidente de l'ONG Hilfsaktion Noma e.V. pour ses encouragements.

Crédit photo : OMS/Julie Pudlowski, ONG Hilfsaktion, Pr. Sudeshni Naidoo, Dr. Dimba Elizabeth, Dr. Benoit Varenne, Pr. Emmanuel Crezoit, Dr Lassara Zala, Dr Will Rodgers and Dr Priscilla Benner, Dr. Adeniyi Semiyu Adetunji. Conception du document : Agence Panacee (www.panacee.fr)

Pourquoi ce document ?

Dans les pays confrontés au noma et en dépit de nombreuses initiatives, les familles, les agents de santé communautaire et les professionnels des soins de santé primaires demeurent largement sous informés sur cette maladie. Pour aider à surmonter ce déficit de connaissances sur le noma et améliorer le diagnostic, la détection et la prise en charge précoces des cas, l'OMS a pris l'initiative de mettre à jour la classification des stades de la maladie et de fournir pour chacun des stades retenus, des recommandations pour améliorer la prise en charge.

Cette brochure à visée didactique s'adresse à tous les acteurs au niveau des soins de santé primaires : personnels de santé, agents de santé communautaire et leaders d'opinion qui sont en contact avec les populations à risque de contracter la maladie.

Qu'est ce que le noma ?

Le noma (le terme vient du grec et signifie "dévorer") est une maladie nécrosante destructrice de la bouche et du visage.

- Le noma commence par une lésion (une plaie) à l'intérieur de la bouche, au niveau de la gencive. Cette lésion gingivale initiale évolue en une gingivite ulcéro-nécrosante, se propage rapidement pour détruire le tissu mou intra-oral et l'os, et progresse pour perforer les tissus durs et la peau du visage.
- Le noma est une maladie mortelle dans 90% des cas en l'absence de tout traitement. Dans le cas où elle est détectée tôt, la maladie peut être rapidement stoppée, soit par des gestes simples d'hygiène, soit par des antibiotiques. Cette détection précoce permet d'éviter des souffrances, des incapacités et des décès.
- Il touche principalement les enfants de 2 à 6 ans souffrant de malnutrition, vivant dans l'extrême pauvreté, et dont le système immunitaire est affaibli. Le noma est souvent dénommé « le visage de la pauvreté ».
- En raison de la progression rapide de la maladie et du taux de mortalité élevé associé à sa phase aiguë, de nombreux cas de noma restent non détectés.

"Le noma est une maladie qui évolue très rapidement. En l'absence d'une prise en charge rapide, en quelques jours, le pronostic vital du malade est engagé."



Maladie connue depuis

+ **1 000** ans
de



1994,
le noma est déclaré
problème de santé publique
par l'OMS

Touche
essentiellement
les enfants entre

2 et **6** ans



Aujourd'hui essentiellement en Afrique sub-saharienne

Des cas rares décrits en Amérique latine et en Asie

Jusqu'à **90%**
de mortalité

- Septicémie
- Déshydratation
- Malnutrition

140 000
nouveaux cas
estimés / an

(Source OMS 1998)

Sans prise en charge, le noma c'est :

- **Jusqu'à 90% de mortalité. Les personnes atteintes meurent de septicémie ou de déshydratation grave et de malnutrition.**
- **Pour les survivants, de graves mutilations faciales, des difficultés à parler et manger et une stigmatisation sociale.**



Quel est l'agent causal du noma ?

L'agent causal du noma reste inconnu. Il semble peu probable qu'un seul agent infectieux (virus ou bactérie) soit à l'origine de la maladie. Il vaut mieux évoquer les facteurs favorisants ou les déterminants de la maladie.

- Le noma est le résultat d'interactions complexes chez des enfants immunodéprimés vivant dans une pauvreté extrême. La validation d'une hypothèse d'une séquence causale à l'origine de la maladie est en cours.
- Outre les facteurs connus tels la malnutrition, les maladies concomitantes comme la rougeole ou le paludisme, et une mauvaise hygiène orale, certains facteurs sociaux environnementaux tels la malnutrition maternelle et les grossesses rapprochées qui conduisent à la naissance d'une progéniture de plus en plus fragile sur le plan immunitaire pourraient être associés fortement à la survenue de la maladie (Source : Groupe GESNOMA. Université de Genève et Hôpitaux universitaires de Genève).

Quels sont les individus à risque et les facteurs socio-sanitaires et économiques associés à la survenue de la maladie ?

- Enfant entre 2 et 6 ans gravement immunodéprimé
- Période suivant le sevrage de l'enfant
- Extrême pauvreté
- Mauvaises conditions de vie
- Vie dans un pays aux ressources limitées
- Mauvaise hygiène buccale
- Malnutrition
- Paludisme
- Kwashiorkor
- Rougeole
- Infection à VIH
- Adolescents ou adultes présentant un déficit immunitaire

Le noma peut être évité grâce à des gestes simples, accessibles à tous !

La détection précoce suivie d'une prise en charge rapide est décisive dans l'amélioration de l'état de santé de l'enfant touché et peut lui sauver la vie. La prise en charge peut se faire à domicile au cours des 1^{ers} stades de la maladie.

1^{er} geste : ouvrir et examiner la bouche de votre enfant !

L'examen bucco-dentaire régulier des enfants à domicile et lors des visites médicales est un geste indispensable pour identifier les lésions gingivales susceptibles d'évoluer en noma chez les individus à risque.



Les idées fausses

- **Le noma ne se transmet pas d'une personne à une autre, le noma n'est pas une maladie contagieuse !**
- **Le noma n'est pas dû à la sorcellerie, à une malédiction contre les parents**



Reconnaissez les stades de

1 Stade de la gingivite nécrosante aiguë

2 Stade de l'œdème

SIGNAL D'ALERTE Gingivite simple



Les gencives saignent au toucher ou pendant le brossage, elles sont rouges ou de couleur pourpre, gonflées.



Les saignements des gencives deviennent spontanés, des ulcérations douloureuses des gencives apparaissent, possible ulcération d'une ou plusieurs papilles interdentaires, mauvaise haleine ou halitose, salivation excessive.



Durée indéterminée



L'ulcération gingivale et des muqueuses s'étend, mauvaise haleine ou halitose, apparaît enflure du visage ou œdème, joue douloureuse, forte fièvre, salivation excessive, bouche endolorie, difficulté à manger, anorexie, lymphadénopathie.



Période d'évolution 1 à 2 semaines



CAS DE GRANDE URGENGE : EMMENER IMMÉDIAT LE PLUS PROCHE POUR

**LA VIE DU MALADE EST EN JEU
BESOIN D'UN TRAITEMENT**



Jour J



J + 3



J + 9

**STADES DE LA MALADIE
REVERSIBLES**

la maladie pour agir vite !

3 Stade gangréneux



Les tissus mous et durs de la bouche se détruisent. Une lésion bien limitée se distingue avec un centre nécrotique noirci. Les tissus nécrosés se séparent laissant un trou dans le visage souvent sur les joues ou les lèvres. Difficultés à manger, perforation rapide de la joue, exposition des dents et des os dénudés, dessèchement progressif de la gangrène du visage, anorexie, apathie.



Période d'évolution
1 à 2 semaines

4 Stade de la cicatrisation



Apparition de constriction des mâchoires selon l'emplacement des lésions, séquestre dentaire et exposition des os, début de la cicatrisation.



Période d'évolution
1 à 2 semaines

5 Stade des séquelles



L'enfant est défiguré. Apparition de trismus selon l'emplacement des lésions, perte de dents, difficultés à se nourrir, problèmes d'élocution, écoulement salivaire, déplacement des dents, anarchie dentaire, fusion des os des mâchoires, régurgitation nasale.

EMMENT LE MALADE AU DISPENSAIRE OU À L'HÔPITAL
R QU'IL REÇOIVE LES SOINS APPROPRIÉS

J = PHASE AIGUË DU NOMA
MENT D'URGENCE



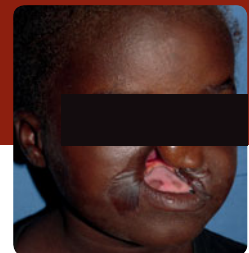
J + 15



J + 30



J + 45



J + 5 mois

STADES DE LA MALADIE
IRRÉVERSIBLES

SIGNAL D'ALERTE

Gingivite simple

C'est le signe d'une mauvaise hygiène buccale

C'est un facteur de prédisposition majeur qui doit être diagnostiqué et traité

On la retrouve surtout chez les enfants malnutris présentant un système immunitaire affaibli

Toutes les gingivites simples n'évoluent pas en noma, mais c'est un signe à traiter rapidement



Les principaux signes et symptômes qui doivent vous alerter

- Gencives rouges ou de couleur pourpre
- Saignement des gencives au toucher ou pendant le brossage
- Gencives gonflées
- ➔ Il n'y a pas de signe extérieur à ce stade de la maladie.
- ➔ **LE 1^{ER} GESTE : OUVRIR ET EXAMINER LA BOUCHE DE L'ENFANT**



Gencives saines vs gingivite



La prise en charge par les agents de santé

- Faire un examen bucco-dentaire de l'enfant
- Conseiller une hygiène bucco-dentaire quotidienne
- Utiliser de l'eau tiède salée pour désinfecter la bouche (l'eau doit être préalablement bouillie)
- Si disponible, utiliser des bains de bouche désinfectants
- Conseiller et/ou appliquer une alimentation quotidienne à haute teneur en protéines





Médicaments

- Bains de bouche à la chlorhexidine 0,2%, 10ml /3 fois par jour
- Bain de bouche à la bétadine /2 fois par jour peut être utilisé pour les enfants de 0 à 6 ans : nettoyer la zone enflammée avec une compresse
- Suppléments de Vitamine A



La prise en charge par les familles et les proches

• CONSEILS D'HYGIÈNE ET D'ALIMENTATION

- Assister l'enfant dans une hygiène bucco-dentaire quotidienne : brosser ou frotter ses dents chaque jour après les repas avec une pâte dentifrice contenant du fluor si possible, rincer la bouche avec de l'eau tiède salée (l'eau doit être préalablement bouillie) ou avec un bain de bouche désinfectant du commerce
- Utiliser une eau potable
- Assurer une bonne alimentation à haute teneur en protéines (haricots, pois, lait, œufs, viande, poisson)

• LES BONS GESTES

- Se rendre au centre de santé le plus proche s'il n'y a pas d'amélioration en cas de saignement spontané des gencives et si l'enfant a des difficultés à s'alimenter
- Examiner chaque jour l'intérieur de la bouche de l'enfant en s'aidant avec les doigts ou avec un bâtonnet

Notes

.....

.....

STADE 1 Gingivite nécrosante aiguë



La gingivite nécrosante aiguë est une aggravation de la gingivite simple. Elle est considérée comme le 1^{er} stade de la maladie du noma.

A ce stade le noma peut encore être stoppé



Les principaux signes et symptômes qui doivent vous alerter

- Mauvaise haleine ou halitose
 - Ulcération douloureuse des gencives
 - Saignement spontané des gencives
 - Ulcération d'une ou de plusieurs papilles interdentaires
 - Salivation excessive
- **Soyez attentif à tout enfant fébrile ou non, qui a la bouche fermée avec une hypersalivation et une mauvaise haleine à odeur de pourriture.**
- **Soyez d'autant plus vigilant que l'enfant est malnutri avec un antécédent de fièvre éruptive (varicelle, rougeole) dans les mois voire semaines précédentes**



La prise en charge par les agents de santé

- Supplémentation en nutriments
- Alimentation quotidienne à haute teneur en protéines
- Antibiotiques

Notes

.....

.....



Médicaments

- Amoxicilline PO 100 mg/ kg toutes les 12h pendant 14 jours + métronidazole PO 15 mg/ kg toutes les 12h pendant 14 jours
- Bain de bouche à la chlorhexidine 0,2%, 10ml /3 fois par jour
- Aspirine ou paracétamol
- Utiliser les compresses imbibées d'une solution de peroxyde d'hydrogène 20 volumes pour nettoyage des lésions gingivales
- Suppléments de Vitamine A
- Réhabilitation nutritionnelle : une pâte énergétique prête à l'emploi 3 sachets/jour



La prise en charge par les familles et les proches

• LES SOINS À ADMINISTRER

- Assister l'enfant dans une hygiène bucco-dentaire quotidienne : brosser ou frotter ses dents chaque jour après les repas avec une pâte dentifrice contenant du fluor si possible, rincer la bouche avec de l'eau tiède salée (l'eau doit être préalablement bouillie) ou avec un bain de bouche désinfectant du commerce
- Donner des aliments tendres appropriés à haute teneur en calories, préparés avec de l'eau propre
- Respecter scrupuleusement les prescriptions des antibiotiques, le dosage ainsi que les heures de prise
- Donner des suppléments alimentaires : Vitamines

• LES BONS GESTES

- Emmener l'enfant dès que possible au centre de santé le plus proche
- Examiner chaque jour l'intérieur de la bouche de l'enfant
- Consulter un professionnel de la santé si les lésions se poursuivent, ou si l'enfant a de la fièvre, respire mal, présente un gonflement de la joue ou ressent des douleurs
- Demander un suivi par un professionnel de la santé à raison d'une fois par semaine jusqu'à la disparition complète de la lésion
- Se rendre à une clinique dentaire pour recevoir un examen de la part d'un professionnel de la santé bucco-dentaire

STADE 2 de l'œdème

Au stade de l'œdème, le malade entre dans la phase aiguë de la maladie. Il est impératif d'agir rapidement pour éviter toute aggravation qui serait irréversible.

A ce stade
le noma
peut encore
être stoppé



Les principaux signes et symptômes qui doivent vous alerter

- Enflure du visage ou œdème
 - Difficulté à manger
 - Mauvaise haleine ou halitose
 - Extension rapide de l'ulcération gingivale au pli labiogingival et aux muqueuses des lèvres et de la joue
 - Lèvre ou joue douloureuse
 - Forte fièvre
 - Salivation excessive
 - Bouche endolorie
 - Anorexie
 - Lèvre ou joue molle
- **Enflure du visage**
- **Douleurs empêchant l'enfant de manger**
- **Mauvaise haleine**
- **Forte fièvre**



La prise en charge par les agents de santé

La priorité est de stabiliser le malade et d'améliorer rapidement son état de santé général par la réhydratation, la réhabilitation nutritionnelle, l'administration des vitamines (surtout la vitamine A), et le traitement par antibiotiques.

- Correction de la déshydratation et du déséquilibre en électrolytes
- Réhabilitation nutritionnelle
- Traitement des conditions favorables au développement de la rougeole, de la diarrhée, du paludisme, de la tuberculose, du VIH...
- Utilisation de fortes doses d'antibiotiques : pénicilline et métronidazole
- Utilisation de bains de bouche désinfectants
- Correction de l'anémie par l'acide folique, le fer, l'acide ascorbique, et la vitamine B

Notes

.....



Médicaments

- Traitement antibiotique
 - Option 1 : Amoxicilline & acide clavulanique par voie intraveineuse, 50 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg / kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg/ kg toutes les 12h pendant 14 jours
 - Option 2 : Ampicilline par voie intraveineuse, 100 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg/ kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg /kg toutes les 12h pendant 14 jours
- Bain de bouche à la chlorhexidine 0,2%, 10ml 3 fois par jour

**CAS DE GRANDE URGENCE : LA VIE DU MALADE EST EN JEU
N'ATTENDEZ PAS ! EMMENEZ IMMÉDIATEMENT LE MALADE
À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE**



La prise en charge par les familles et les proches

- Emmener l'enfant dès que possible à l'hôpital ou au centre de santé pour une bonne prise en charge
- Ne pas cacher l'enfant à la maison
- Suivre entièrement et scrupuleusement les instructions des professionnels de la santé

STADE 3

Gangréneux

Le stade de la gangrène est un cas de grande urgence, la vie de l'enfant est en jeu. Des séquelles seront inexorables.

Il est encore temps de sauver la vie de l'enfant



Les principaux signes et symptômes

- Destruction importante des tissus mous et durs de la bouche
- Présence d'une lésion bien limitée, entourant un centre nécrotique noirci
- Décoloration noire bleuâtre à la surface externe du visage vis-à-vis des lésions intra buccales, souvent sur les joues ou les lèvres
- Séparation des tissus nécrosés laissant un trou dans le visage
- Difficultés à manger
- Perforation rapide de la joue ; exposition des dents et des os dénudés
- Destruction des tissus en forme de cône plus importante à la base du cône située à l'intérieur de la bouche que sur le sommet du cône situé à la surface du visage
- Dessèchement progressif de la gangrène du visage
- Anorexie



La prise en charge par les agents de santé

La priorité est de stabiliser le malade et d'améliorer rapidement son état de santé général par la réhydratation, la réhabilitation nutritionnelle, l'administration des vitamines (surtout la vitamine A), et le traitement par antibiotiques.

- Si l'état du malade le permet, rincer la bouche chaque jour avec une solution de digluconate de chlorhexidine
- Correction de l'anémie par l'acide folique, le fer, l'acide ascorbique et la vitamine B
- Traitement des conditions favorables au développement de la rougeole, de la diarrhée, du paludisme, de la tuberculose et du VIH
- Réhabilitation nutritionnelle, de préférence par voie orale, ou alors par voie parentérale, ou par intubation nasogastrique, si le malade est très affaibli
- Traitement des lésions : irriguer régulièrement les lésions avec un antiseptique, couvrir les cavités avec des compresses de gaze imbibées d'antiseptique, maintenir les compresses mouillées en versant davantage de solution sur les couches extérieures
- Correction de la déshydratation et du déséquilibre en électrolytes
- Administration de fortes doses d'antibiotiques : pénicilline et métronidazole
- Déparasitage
- Contrôle de l'hémorragie secondaire

Notes



Médicaments

- Traitement antibiotique
 - Option 1 : Amoxicilline & acide clavulanique par voie intraveineuse, 50 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg /kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg/ kg toutes les 12h pendant 14 jours
 - Option 2 : Ampicilline par voie intraveineuse, 100 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg/ kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg /kg toutes les 12h pendant 14 jours
- Bain de bouche à la chlorhexidine 0,2%, 10ml 3 fois par jour
- Utiliser du miel pour un pansement local et pour une action antibactérienne et régénératrice
- Utiliser la kétamine intramusculaire pour le traitement des lésions et pour le pansement

CAS DE GRANDE URGENCE : LA VIE DU MALADE EST EN JEU
N'ATTENDEZ PAS ! EMMENEZ IMMÉDIATEMENT LE MALADE
À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE



La prise en charge par les familles et les proches

- Emmener l'enfant dès que possible à l'hôpital ou au centre de santé pour une bonne prise en charge
- Ne pas cacher l'enfant à la maison
- Suivre entièrement et scrupuleusement les instructions des professionnels de la santé

STADE 4 de la cicatrisation

A ce stade, la phase aiguë est terminée. Mais il est encore important de traiter l'enfant pour limiter les séquelles au maximum et assurer le bien-être de l'enfant.

Traiter
l'enfant pour
limiter les séquelles
et assurer son
bien-être



Les principaux signes et symptômes

- Apparition de constriction des mâchoires selon l'emplacement des lésions
- Séquestre dentaire et exposition des os
- Début de la cicatrisation



La prise en charge par les agents de santé

Le processus de cicatrisation à ce stade est hautement rétractile et la formation de tissus cicatriciels extrêmement fibreux peut causer un resserrement des mâchoires et un rétrécissement définitif de la bouche.

- Physiothérapie pour préserver l'ouverture de la bouche
- Enlèvement de toutes les escarres qui se détachent et exérèse des tissus nécrotiques
- Extraction de toutes les dents mobiles

Notes

.....

.....

.....



Médicaments

- Traitement antibiotique
 - Option 1 : Amoxicilline & acide clavulanique par voie intraveineuse, 50 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg / kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg/ kg toutes les 12h pendant 14 jours
 - Option 2 : Ampicilline par voie intraveineuse, 100 mg/ kg toutes les 6h pendant 14 jours + gentamycine par voie intraveineuse lente, 5 mg/ kg toutes les 24h pendant 5 à 7 jours + métronidazole par voie intraveineuse lente, 15 mg /kg toutes les 12h pendant 14 jours
- Bain de bouche à la chlorhexidine 0,2%, 10ml 3 fois par jour
- Utiliser du miel pour un pansement local et pour une action antibactérienne et régénératrice
- Utiliser la kétamine intramusculaire pour le traitement des lésions et pour le pansement

CAS DE GRANDE URGENCE : LA VIE DU MALADE EST EN JEU
N'ATTENDEZ PAS ! EMMENEZ IMMÉDIATEMENT LE MALADE
À L'HÔPITAL OU AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE



La prise en charge par les familles et les proches

- Emmener l'enfant dès que possible à l'hôpital ou au centre de santé pour une bonne prise en charge
- Ne pas cacher l'enfant à la maison
- Suivre entièrement et scrupuleusement les instructions des professionnels de la santé

STADE 5 des séquelles

A ce stade, des séquelles irréversibles sont présentes. La prise en charge consiste à améliorer la qualité de la vie de l'enfant, de lui fournir un environnement qui assure son bien-être.

C'est le temps de la reconstruction :
physique,
psychologique
et sociale



Les principaux signes et symptômes

- Défigement
- Apparition de trismus selon l'emplacement des lésions
- Perte de dents
- Difficultés à se nourrir
- Problèmes d'élocution
- Écoulement salivaire
- Déplacement des dents
- Anarchie dentaire



La prise en charge par les agents de santé

Au stade des séquelles, la réparation chirurgicale en vue d'une réhabilitation fonctionnelle et esthétique est vivement recommandée

- Procéder à une physiothérapie postopératoire pour prévenir la récurrence de la construction des mâchoires
- Fournir une assistance psychosociale pour promouvoir la réinsertion sociale
- Entreprendre les chirurgies réparatrices majeures seulement lorsque la phase aiguë du noma est entièrement dépassée et que l'évolution de la maladie est définitivement stoppée
- Procéder à la restitution des capacités fonctionnelles du malade et à la libération de la constriction des mâchoires avant de s'occuper de la réhabilitation esthétique



Médicaments

- Pas d'antibiotique si le stade aigu est terminé



AVANT



APRÈS



AVANT



APRÈS

Un bon suivi et un respect des rendez-vous au cours des multiples interventions chirurgicales et des séances de réadaptation fonctionnelle et esthétique sont des éléments essentiels pour la réussite du traitement chirurgical.



La prise en charge par les familles et les proches

- Se rendre au centre de santé pour obtenir un transfert à un centre spécialisé dans la reconstruction chirurgicale des séquelles du noma
- Plusieurs interventions chirurgicales peuvent être nécessaires ; Il est donc important de suivre rigoureusement le plan de soins
- Respecter les rendez-vous de suivi pour la reconstruction chirurgicale et les séances de physiothérapie
- Une fois à la maison, continuer les exercices de physiothérapie appris au centre de santé
- Assurer une bonne nutrition et pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire
- Procurer à l'enfant un environnement qui assure son bien-être, où il se sent aimé, peut se faire des amis, et reçoit une bonne éducation



AVANT



APRÈS



AVANT



APRÈS

Notes

.....
.....

En complément à cette brochure d'information, le poster suivant a été élaboré pour affichage dans les centres de soins.

Le NOMA est une maladie grave Elle se soigne si on la détecte tôt !



1^{er} geste :
Ouvrir et examiner la bouche des enfants

Le noma...
...n'est pas une maladie contagieuse, ne se transmet pas d'une personne à l'autre
...n'est pas dû à la sorcellerie, à une malédiction contre les parents

Personnes à risque : surtout les enfants de 2 à 6 ans évoluant dans un contexte de malnutrition et d'extrême pauvreté

Signes et symptômes au tout début de la maladie

- Gencives rouges, gonflées qui saignent au toucher ou spontanément
- Mauvaise haleine
- Salivation excessive
- Plaie, lésion à l'intérieur de la bouche

Quels signaux d'alertes pour une détection précoce ?

- Soyez attentif à tout enfant fébrile ou non, qui a la bouche fermée avec une hypersalivation et une mauvaise haleine à odeur de pourriture

Les 5 stades de la maladie

- 1 Stade de la gingivite nécrosante aiguë
- 2 Stade de l'oedème
- 3 Stade gangréneux
- 4 Stade de la cicatrisation
- 5 Stade des séquelles

La version électronique du poster est disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/253520>

Organisation mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

Groupe organique Maladies Non Transmissibles (MNT)
Programme Régional de Lutte contre le NOMA

Avec le soutien de
noma
Hilfsaktion Noma e.V.

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2016. Tous droits réservés.



La version électronique du poster est disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/253520>

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BROCHURE D'INFORMATION POUR UNE DÉTECTION ET UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCES DU NOMA

Le noma est une maladie nécrosante destructrice de la bouche et du visage, qui touche principalement les enfants âgés de 2 à 6 ans souffrant de malnutrition et vivant dans l'extrême pauvreté. La phase aiguë du noma est dévastatrice et souvent mortelle si la maladie n'est pas traitée. Sans une prise en charge rapide, jusqu'à 90% des patients meurent de septicémie ou de déshydratation grave et de malnutrition dans les deux semaines suivant l'apparition du noma. Les survivants de la phase aiguë présentent de graves mutilations faciales, ont des difficultés à manger et à parler et font face à la stigmatisation sociale et à l'isolement.

En raison de la progression rapide de la maladie et du taux de mortalité élevé associé à sa phase aiguë, de nombreux cas de noma restent non détectés. La grande majorité des communautés touchées en Afrique sont situées dans des zones péri-urbaines ou rurales où l'accès aux soins est difficile et où les croyances traditionnelles et la stigmatisation persistent.

En dépit de toutes les initiatives menées par les pays et avec l'appui des partenaires, les familles, les agents de santé communautaires ainsi que les professionnels des soins de santé primaires demeurent largement sous informés sur le noma. Ils n'arrivent souvent pas à reconnaître les premiers signes et symptômes de cette maladie chez un enfant à risque.

Pour aider à surmonter ce déficit de connaissances sur le noma et améliorer le diagnostic, la détection et la prise en charge précoces des cas au niveau des soins primaires des pays confrontés à cette maladie, l'OMS a pris l'initiative de mettre à jour la classification des stades de la maladie du noma (des stades initiaux aux stades de séquelles) à partir d'une consultation d'experts internationaux dans le domaine et de fournir pour chacun des stades retenus, des recommandations pour améliorer la prise en charge des cas au niveau des soins de santé primaires. Les informations présentées dans cette brochure doivent permettre de reconnaître les différents stades du noma, et ce dès le stade initial. Elles présentent aussi les gestes et les traitements essentiels à l'intention des familles et des acteurs de la santé pour une prise en charge rapide qui est décisive dans l'amélioration de la situation de l'enfant touché et qui peut lui sauver la vie. Un examen de la cavité buccale régulier chez les enfants et l'administration rapide d'un traitement approprié au cours des stades précoces de la maladie peuvent réduire considérablement l'incidence des nouveaux cas ainsi que les taux de morbidité et de mortalité associés au noma.

CONTACTS URGENCE

DISPENSARE LE PLUS PROCHE

.....
.....
.....

HÔPITAL LE PLUS PROCHE

.....
.....
.....

ADRESSES DE PARTENAIRES (Fondation, ONG, Association locale,...)

.....
.....
.....



La version électronique de la brochure est disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/253515>

D'autres informations sur l'OMS et la santé bucco-dentaire disponibles à partir du lien : <http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/publications.html>

