

REVUE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DU TOGO

JOURNAL DES MEDECINS, PHARMACIENS, VETERINAIRES ET BIOLOGISTES

1. PRESIDENT D'HONNEUR

S. E. Faure Essozimna GNASSINGBE
Président de la République Togolaise

2. COMITE D'HONNEUR

ADUAYOM Messan Adjimado
Ministre de l'Education Nationale et de la Recherche

AGBA Charles Kondi
Ministre d'Etat, Ministre de la Santé Publique

3. COMITE SCIENTIFIQUE

3.1. Directeur Scientifique : N'DAKENA K.

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lomé

AGBETRA A.
d'ALMEIDA A.
AMEDOME A.
ASSIMADI K.
EDEE M.

GNAMEY D. K.
JAMES K.
KEKEH K.
NAKPANE N.
KESSIE K.

3.2. Rédacteur en Chef : GNAMEY D. K.

3.3. Comité de rédaction

AGBERE A.
AGBO A.
ATAKOUMA A.

LOCOH-DONOU G.
NAPO-KOURA G.

SOUSSOU B.
VOVOR A.

3.4. Comité de lecture

AKPADJA K.
ASSIMADI K.
AYITE A.
BAETA S.
BAKONDE B.
BALO K.

BALOGOU A.
BRUCE-AHLONKO T.
DOVI-AKUE J.P.
GRUNITZKY K.
KPEMISSI T.
MIJIYAWA M.

N'DAKENA K.
PRINCE-DAVID M.
SEGBENA A.
TATAGAN AGBI K.
TCHANGAI-WALLA K.
TEKOU A.

4. COMITE DE PATRONAGE

AGBOTON H. (Cotonou)
ALVEZ M. (Brésil)
ANGATE Y. (Abidjan)
ATTISSO M. (Montpellier)
BEAU A. (Nancy)
BERTRAND E. (Marseille)
CABANNE F. (Dijon)
CAMAIN R. (Nice)
COPE O. (Boston)
DEBRE B. (Paris)

DELBARRE F. (Paris)
DESNOS M. (Paris)
DIEBOLD B. (Sénégal)
DIOUF M. (Sénégal)
DIOUF S. M. (Sénégal)
GUERMONPRIEZ J.L. (Paris)
GUIZE L. (Paris)
HAGEGE A. A. (Paris)
HOUNTONDJI A. (Cotonou)
JOHNSON A. (Recteur U.L.)

MARSHALL J.O (San Diego)
MONEKOSSO G. L. (OMS)
OLIVIERA M. (Gabon)
PAYET M. (Paris)
PENE P. (Marseille)
SCHULTZE (Bonn)
SIDI D. (Paris)
SICARD A. (Paris)
WAREMBOURG H. (Lille)
WERTHEIMER (Lyon)

et le Président de la Société Médicale et Biologique du Togo

5. SECRETARIAT DE LA REDACTION : GOEH-AKUE E. Tél : +(228) 9167979

Président : GNAMEY D. K.
Secrétaires Généraux : GOEH AKUE E. et ANOUKOUM T.
Nouvelles brèves : DENKE A.
Rédaction : Revue des Sciences Médicales et Biologiques du Togo
B.P. : 1515 Lomé

Publicité : GNAMEY D. K. B.P. : 1515 Lomé Tél : +(228) 9282768

SOMMAIRE

	Pages
EDITORIAL	4
ANOMALIES DES TROISIEME ET QUATRIEME ARCS BRANCHIAUX : A PROPOS DE 8 PATIENTS SUIVIS DANS LE SERVICE D'ORL PEDIATRIQUE DU CHU DE CLOCHEVILLE (TOURS-FRANCE) BOKO E. ; MORINIERE S. ; BAGET S. ; BEUTTER P. ; LESCANNE E.	5-9
ETUDE ECHOCARDIOGRAPHIQUE DU VENTRICULE GAUCHE DU SPORTIF GOEH-AKUE E. ; ATTIGNON S. ; BARAGOU S. ; DAMOROU F. ; ASSOUE C. ; SOUSSOU BL.	13-16
LES FRACTURES OUVERTES DE JAMBE :ASPECTS THERAPEUTIQUES AU CHU TOKOIN DOSSIM A. ; ABALO A. ; AKAKPO A. ; SONGNE B. ; BISSANG K.	19-23
APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DES PANCREATITES AIGUËS ADJENOU V.K. ; AGODA K. ; GOEH AKUE E. ; MBA F. ; BLAPOUTI R.K. ; ATTIPOU K. ; N'DAKENA G.K.	27-31
INSUFFISANCE CARDIAQUE DE L'ADULTE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DE LOME GOEH AKUE E. ; SADJI D. ; BARAGOU S. ; DAMOROU F. ; ASSOUE C. ; SOUSSOU BL.	25-41
LA FISTULE VESICO-VAGINALE (FVV) AU CHU - TOKOIN : ANALYSE DE 39 OBSERVATIONS ANOUKOUM T. ; FOLLIGAN F. ; DOSSEH D. ; AKPADJA K.	45-48
SYNDROME DE PRUNE BELLY ANOUKOUM T.	51-54
COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE DAMOROU F. ; DOUTI N. ; MATEY K. ; GOEH AKUE E. ; BARAGOU S. ; SOUSSOU BL. ; GNAMEY K.	57-61
OTOSPONGIOSE EN MILIEU AFRICAIN : A PROPOS D'UN CAS ADJIBABI W. ; BIAOU O. ; LOKOSSOU Th. ; AVAKOUDJO F. ; SOUMAORO S. ; HOUNKPATIN S. R. ; HOUNKPE C.	65-67
CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PROFIL LIPIDIQUE CHEZ LES MILITAIRES TOGOLAIS : A PROPOS DE 197 CAS DJIBRIL M.A. ; M'BA K.B. ; KAAGA Y.L. ; BAGNY A. ; REDAH D. ; AGBETRA A.	71-74
LA PROTEINURIE DANS LA POPULATION DIABETIQUE AU TOGO ABI K. ; LAMBONI C. ; FETEKE L. ; AKOSSOU Z.	77-81
HEREDITE DES MALADIES MONOGENIQUES OBSERVEES EN CONSULTATION DE GENETIQUE MEDICALE AU CHU-TOKOIN DE LOME : REVUE BREVE DE 28 CAS DANS 21 FAMILLES. KOFFI K.S. ; GNAMEY D.K.	85-87
MISE AU POINT : MUTATIONS DU GENE DE LA FILAMINE ET SYNDROMES MALFORMATIFS. GNAMEY D.K. ; KOFFI K.S.	91-97
MALFORMATIONS CONGENITALES INOPERABLES AU TOGO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRISE EN CHARGE A PROPOS DE 235 DOSSIERS D'ENFANTS COLLIGES A "TERRE DES HOMMES" EN 10 ANS DAMOROU F. ; MATEY K. ; DOUTI N. ; BARAGOU R. ; GOEH AKUE E. ; SOUSSOU BL. ; ATAKOUMA Y.	101-106
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	-
INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	-
NOUVELLES BREVES DENKE A.	-

OTOSPONGIOSE EN MILIEU AFRICAIN : A PROPOS D'UN CAS

ADJIBABI W.¹, BIAOU O.², LOKOSSOU Th.³, AVAKOUDJO F.¹, SOUMAORO S.¹,
HOUNKPATIN S.R.⁴, HOUNKPE C.¹

INTRODUCTION

L'otospongiose est une ostéodystrophie héréditaire de la capsule otique localisée préférentiellement autour du bord antérieur de la fenêtre ovale (fissula ante fenestram). A son début elle se manifeste essentiellement par une surdité de transmission. Elle est plus fréquente dans la race blanche, exceptionnelle chez les noirs et absente chez les indiens [1]. Nous rapportons un cas chez une noire africaine diagnostiquée dans le service ORL/CCMF de Cotonou au Bénin.

OBSERVATION

Madame AKA . N . âgée de 41 ans , mère de 4 enfants a été vue en consultation ORL le 28 janvier 2005 pour une hypoacousie bilatérale. Cette hypoacousie était progressive et évoluait depuis 1992, date de sa dernière grossesse.

Dans ses antécédents personnels on a retrouvé la notion des acouphènes et une aggravation de la surdité au cours des différentes grossesses. Il a été également retrouvé chez une de ses tantes maternelles la notion de surdité progressive. L'examen physique des oreilles était normal notamment les méats acoustiques externes et les tympons. L'examen des autres régions ORL était sans particularité. L'audiogramme tonal réalisé le 28-01-2005 avait montré une surdité mixte bilatérale à prédominance transmissionnelle de degré moyen. Le tympanogramme était écrasé, d'amplitude faible des 2 côtés tandis que les réflexes stapédiens étaient absents.

Le diagnostic d'otospongiose a été suspecté sur l'histoire de la maladie de la patiente, les antécédents familiaux de surdité, l'aggravation de la surdité lors des grossesses, la courbe audiométrique et l'aspect du tympanogramme. Elle a été opérée 3 mois plus tard dans le service du Professeur Vincent DARROUZET à Bordeaux. Elle a bénéficié d'une platinotomie droite sous microscope par voie du spéculum avec piston transplatinaire en téflon. Les suites opératoires ont été simples sans acouphène

ni vertige. L'audiogramme de contrôle après masquage réalisé 7 mois plus tard a montré une audition quasiment normale avec un gain de 30 décibels (db). La seconde oreille sera opérée plus tard.

DISCUSSION

Au plan épidémiologique

Fréquence

L'otospongiose est une affection fréquente dans la race blanche, 150 cas ont été opérés en 2 ans par Rondimi Gilli en France [2] tandis que Besbes en Tunisie a rapporté 533 cas en 10 ans [3]. Le cas ici présenté est le premier publié au Bénin. Altmann en 1965 avait émis l'hypothèse que l'otospongiose était une maladie spécifique de la race blanche et que son apparition dans les autres races serait le fait d'une contamination génétique [4]. Cette rareté de l'affection en Afrique noire ne doit pas occulter sa recherche devant toute surdité d'apparition progressive surtout chez la femme jeune.

Sexe

L'otospongiose prédomine chez la femme avec une sex-ratio de 2 pour 1 [4, 3]. Larson et Morrisson invoquent des facteurs endocriniens pour expliquer prédominance [4]. Le cas ici présenté était une femme.

Age

Il s'agit d'une affection qui peut se révéler à tout âge avec une prépondérance entre 15 et 30 ans [4]. Le cas présenté était âgé de 41 ans

Facteurs étiologiques

Facteurs racial et génétique

Selon Guild, 1% des noirs ont des foyers otospongieux contre 8,5% des caucasiens. Son caractère familial est signalé entre 49 et 70%. La tante maternelle du cas ici présenté souffrait d'une surdité bilatérale d'évolution progressive. La transmission génétique de l'affection sur un mode autosomique dominant a été suggérée par Morrison et Causse [4]. Des perturbations du métabolisme de la matrice extracellulaire dans le tissu conjonctif

en dehors des foyers d'otospongiose ont été notées et seraient en rapport avec des gènes de prédisposition à la maladie [5]. Le gène responsable de l'otospongiose est situé sur le chromosome 15q 25-q 26 [6].

Facteurs endocriniens

Une aggravation de la maladie a été signalée dans la littérature lors des grossesses. Celle-ci surviendrait dans 40 à 55% des cas. L'hypoacousie, symptôme essentiel de l'affection apparaît dans 21,6% des cas au cours de la grossesse [4]. La grossesse aurait révélé et aggravé l'hypoacousie chez la patiente.

Facteurs infectieux

L'hypothèse d'une pathologie inflammatoire de la capsule otique a été émise notamment une infection due au virus de la rougeole [7, 8].

Paradoxalement très peu de cas d'otospongiose ont été signalés en Afrique noire où sévit la rougeole.

Autres facteurs

Les autres hypothèses telles que la teneur des eaux en fluor, les agressions ototoxiques, les traumatismes crâniens et sonores n'ont pas fait leur preuve scientifique.

Localisation

Les foyers otospongieux sont retrouvés par ordre décroissant dans la fenêtre ovale et la platine de l'étrier (80%), la fenêtre ronde (31%), l'os péricochléaire (21%) et la partie antérieure du méat acoustique interne [8].

Au plan clinique

La symptomatologie est classiquement dominée par l'hypoacousie qui peut être unilatérale ou bilatérale, parfois accompagnée d'acouphènes. L'examen du méat acoustique externe et du tympan est souvent normal mais peut objectiver parfois une hyperhémie du promontoire. Des vertiges ont été signalés dans d'autres études. L'acoumétrie, l'audiométrie tonale avec la classique encoche de Carhart et l'impédancemétrie permettent de suspecter et de poser le diagnostic d'otospongiose [4] comme dans le cas ici présenté.

Au plan paraclinique

Le diagnostic de certitude peut être affiné par les imageries médicales modernes. Le scanner à haute résolution permet d'objectiver et de localiser des altérations morphologiques notamment des modifications de densité induites à la phase immature de résorption du foyer otospongieux [4]. La prescription de la TDM préopératoire ne doit pas être systématique.

Elle trouve ses indications dans les réinterventions et les anomalies anatomiques [9].

Pour Couvreur et coll l'éventualité d'un Geyser doit la faire pratiquer systématiquement avant tout geste platinair afin de détecter une malformation de l'oreille interne [10].

Pour Shin et Tringali [11, 1] les otospongioses cochléaires avec surdité de perception pure sont mieux explorées en TDM qui montre l'aspect d'un 4^{ème} tour de spire.

Le recours à l'IRM est utile devant toute otospongiose chez un sujet jeune se manifestant sous forme de surdité mixte [10]. La même attitude est préconisée par Martin et coll dans le bilan des échecs fonctionnels après chirurgie [12].

Au plan thérapeutique

La chirurgie de l'otospongiose est bien codifiée. Elle se fait sous anesthésie générale avec hypotension contrôlée sous microscope opératoire [6, 12, 2]. Pour Rose l'anesthésie locale potentialisée a été une alternative qui a permis de traiter chirurgicalement les patients en ambulatoire sans compromettre les résultats audiométriques. [13]. En pratique courante deux voies d'abord chirurgicales sont utilisées : la voie endaurale et la voie du spéculum. Cette dernière est la plus pratiquée et préférée pour le cas ici présenté.

Trois types de techniques sont proposés : La platinectomie subtotale ou totale avec interposition, la platinotomie avec interposition et la platinotomie calibrée avec piston transplatinair. La patiente a bénéficié de cette dernière technique avec mise en place d'un piston téflon. Selon la littérature, les résultats sont bons dans 90% des cas quelque soit la technique [14]. Le gain audiométrique de 30 db obtenu chez la patiente se situait dans les limites de 23 à 34 db admises dans la littérature. Les causes d'échec du traitement chirurgical sont liées à l'âge du patient et au stade avancé de la maladie [3].

CONCLUSION

L'otospongiose existe chez le sujet noir africain. Son étiopathogénie et sa symptomatologie clinique sont classiques. La chirurgie platinair avec piston en téflon donne de bon résultat.

RÉFÉRENCES

- 1- TRINGALI S., BERTHOLON P., POUGET J. F., TIMOSHENKO A. P., FAYE M., VEIGRET C., MARTIN Ch. Otospongiose cochléaire et pseudo quatrième tour de cochlée. Ann. Otolaryngolog. Chir. Cervicofac. 2004, 121(6) : 373-376
- 2- RONDINI-GILLI E., BOZORG GRAYELI A., BOUTIN P., TORMIN BORGES CROSARA P. F., MOSUIER I., BONCCARA D., CYNA-GORSE F., RUFAT P., STERKERS O. Otospongiose : techniques chirurgicales et résultats à propos de 150 cas. Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac, 2002, 119(4) : 227-233
- 3- BESBES G., AKROUT A., BELCADHI M., CHEHOUB B., EL KHEDIMA., HACHICHAS., BELKALIA A., L'otospongiose : données épidémiologiques, résultats du traitement. Revue de laryngologie, 1994, 115(1) : 49-52
- 4- ROULLEAU P., MARTIN Ch. L'otospongiose - otosclérose. Société française d'ORL et de pathologie cervicofaciale Arnette Edit Paris, 1994 : 240p
- 5- BOZORG GRAYELI A., STERKERS O., FERRARY E., Métabolisme osseux dans l'otospongiose. JFORL, 2002, 51(2) : 74-77
- 6- TROUTOUX J. Un siècle d'otospongiose ou le "siècle" de l'otospongiose ? Ann. Otolaryngol. Clir. Cervicofac., 2000, 117 (4) : 226-231
- 7- MICKENNA M. J. On the etiology of otosclerosis. JFORL, 2002, 51(2) : 63-67
- 8- BOZORG GRAYELI A., PALMER P., LEBON P., STERKERS O., FERRARY E. Responsabilité du virus de la rougeole dans l'otospongiose : une opinion négative. JFORL, 2002, 51(2) : 74-77
- 9- ELBAZ P. Histoire naturelle et personnelle de l'otospongiose. JFORL, 2002, 51(2) : 59-61
- 10- COUVREUR Ph., BALTAZART B., LACHER G., FILIPINI J. F., VINCEY P. Geyser lors de la chirurgie de l'otospongiose en ambulatoire : étude rétrospective à partir de 102 cas. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. 2003, 124(1) : 31-37
- 11- SHIN Y. J., DEGUINE O., SEVELY A., MANELF Cl., FRAYSSE B. Surdité de perception pure et otospongiose à propos d'un cas. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol., 2000, 121(1) : 45-47
- 12- MARTIN Ch., MESSARY A., BERTHOLON P., PRADES J. M., Echecs fonctionnels dans la chirurgie de l'otospongiose : causes, diagnostic et traitement. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol., 2003, 124(1) : 23-29

13- ROSE X., SHIN Y. J., CHARLET J. P., DEGUINE O., FRAYSSE B. Chirurgie de l'otospongiose en ambulatoire : etude retrospective à partir de 102 cas. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol., 2001, 122(4) : 273-277

14- BORDURE F., LEGENT F., PERON P., BEAUVILLAIN C. Les reprises de la chirurgie de l'étrier dans l'otospongiose, à partir de 85 cas. Revue de laryngologie, 1994, 115(1) : 53-56

RESUME :

L'otospongiose est rare en milieu africain. Nous rapportons un cas chez une béninoise de 41 ans. Le diagnostic a été fait sur les antécédents, les signes cliniques (surdité et acouphènes) et surtout la courbe audiométrique et l'aspect du tympanogramme. Elle a bénéficié d'une platinotomie calibrée avec 1 piston transplatinaire. Le recul est de 2 ans sans complication.

Mots clés : Otospongiose, Africain, Hypoacousie, Platinotomie

Auteur correspondant

- 1- ORL/CCF au CNHU Cotonou,
BP 386 Email : wadjib27@yahoo.fr
- 2- Radiologie CNHU Cotonou - Bénin
- 3- Service polyvalent d'Anesthésie-Réanimation
Cotonou - Bénin
- 4- ORL Hôpital de Parakou, Bénin