



Article Original

Prévalence et Revue Clinique de la Surdité Congénitale dans trois Hôpitaux de Référence de Yaoundé et Douala

Prevalence and Clinical Review of Congenital Hearing Impairment in Three Referral Hospitals of Yaoundé and Douala

Ngo Nyeki Adèle-Rose^{*1,2}, Choffor-Nchinda Emmanuel^{2,3}, Mossus Yannick¹, Minka Ngom Esthelle^{2,4}, Fokouo Fogha Jean Valentin², Kuetsing Talla Kévine¹, Atanga Léonel¹, Meva'a Roger^{1,2}, Andjock Yves¹, Mpessa Maurice⁵, Bazechouin Judith⁵, Mindja David¹, Ngaba Olive¹, Djomou Francois¹, Njock Richard¹, Ndjolo Alexis¹.

Affiliations

¹Département Ophtalmologie-ORL-Stomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

²COCHLEES Research Group, Yaoundé, Cameroon.

³Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Buea, Cameroun

⁴Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

⁵Service ORL-CCF, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

Auteure correspondante

Ngo Nyeki Adèle-Rose
Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun

Département Ophtalmologie-ORL-Odontostomatologie
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

Email : adele-rose.ngonyeki@fmsb-uy1.cm

Mots clés : Surdité congénitale, Prévalence, clinique, dépistage, Cameroun

Key words Congenital hearing impairment, prevalence, clinical features, screening, Cameroon.

RÉSUMÉ

Introduction. La surdité est le handicap sensoriel le plus fréquent de l'enfant. Elle peut être congénitale ou acquise. Elle va entraîner chez les enfants atteints, un retard considérable de l'acquisition du langage, du développement cognitif et de son insertion sociale. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence et de faire une revue clinique actualisée de la surdité congénitale au Cameroun. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec deux volets de recrutement : rétrospectif du 1er Janvier 2018 au 31 Janvier 2023 (05 ans) et prospectif du 1er Février 2023 au 31 Mai 2023 (04 mois) dans les services d'ORL de l'Hôpital Laquintinie de Douala et les hôpitaux généraux de Douala et de Yaoundé. Nous avons inclus les enfants de 0 à 5 ans avec diagnostic de surdité congénitale. **Résultats.** Au total, 70 enfants atteints de surdité congénitale ont été enrôlés. L'âge moyen de diagnostic était de 36,4 mois avec une prédominance féminine. La prévalence était de 8,4 % sur l'ensemble des enfants ayant fait un dépistage. Les motifs de consultation étaient principalement une diminution à la réactivité au son (85,7%) ; un retard de langage (78,6%). Dans leurs anamnèses, il a été retrouvé la présence de surdité dans la famille (27,1%), la prématurité et réanimation à la naissance dans 25,7 % respectivement, l'infection néonatale précoce (22,9 %), l'ictère néonatal (17,1 %), un poids de naissance inférieur à 1500g (15,7 %). **Conclusion.** Au Cameroun, la prévalence de la surdité congénitale est élevée. Des antécédents anténataux et périnataux y sont associés et le diagnostic reste tardif. Nous voulons mettre en lumière la nécessité impérieuse de la mise en place d'une politique nationale de dépistage systématique néonatal de la surdité au Cameroun. En outre, nous préconisons des actions préventives sur les facteurs anténataux et périnataux qui restent évitables. La sensibilisation des parents, des familles et des enseignants sur les différents signes d'alerte des surdités de l'enfant est à promouvoir.

ABSTRACT

Introduction. Hearing impairment is the most common sensory disability in children. In its congenital form, it has a considerable impact on development and socialization of children. The objective of this study was to determine the prevalence and associated factors of congenital hearing impairment at three referral hospitals in Yaoundé and Douala. **Methods.** We carried out a cross-sectional descriptive study with two phases; a retrospective phase from 1st January 2018 to 31st January 2023, and a prospective phase from 1st February 2023 to 31st May 2023 at the otolaryngology units of Douala Laquintinie Hospital, Douala General Hospital, and Yaoundé General Hospital. We included all patients aged 0 to 5 years, diagnosed of congenital hearing loss. Data were collected using Cs Pro version 7.5 and analyzed with SPSS version 23. **Results.** A total of 70 children were included. The mean age was 36.4 months, with female predominance. The prevalence of congenital hearing impairment was 8.4%. Associated factors identified were family history of hearing loss (27.1%), prematurity and reanimation at birth (25.7% each), early neonatal infection (22.9%), neonatal jaundice (17.1%), and low birth weight (15.7). **Conclusion.** Congenital hearing impairment is common and frequently associated with antenatal and perinatal factors. We continue our advocacy for the implementation of a systematic neonatal screening policy for all children. It is essential to identify associated factors of deafness to reduce the negative impact of this condition.

INTRODUCTION

La surdité est définie comme une diminution de la perception sonore, qui peut aller de la simple baisse de l'acuité auditive à la suppression totale de la réception des

sons, de la parole et des bruits(1). L'Organisation Mondiale de la Santé déclarait en 2021 que 1,3 milliard de personnes sont atteintes d'une déficience auditive plus ou moins prononcée et que 35 millions d'enfants à travers le monde sont pris en charge pour une surdité invalidante.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS**Ce qui est connu du sujet**

La surdité congénitale de l'enfant est une pathologie grave avec des répercussions sur le développement cognitif et du langage qui va entraver son avenir et sa qualité de vie.

La question abordée dans cette étude

Prévalence de la surdité congénitale au Cameroun et la revue clinique sur les 5 dernières années.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La prévalence était de 8,4 % parmi les enfants dépistés
2. L'âge moyen était de 36,4 mois avec une prédominance féminine.
3. Les deux motifs de consultation principaux étaient la diminution de la réactivité au son (85,7%) et le retard de langage (78,6%).
4. Les éléments saillants dans les antécédents étaient la présence de surdité dans la famille (27,1%), la prématurité (25,7 %), la réanimation à la naissance (25,7 %), l'infection néonatale précoce (22,9 %), l'ictère néonatal (17,1 %) et un poids de naissance inférieur à 1500 g (15,7 %).

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Réorganisation de nos politiques de santé et celle de la santé auditive en particulier

Promotion de la prévention des facteurs associés prénataux et périnataux et de la prise en charge adéquate des nouveau-nés.

Sensibilisation des parents, des familles et des enseignants d'école sur les signes d'alerte des surdités chez l'enfant

Aussi, plus de 5% de la population mondiale (430 millions) ont besoin de services de réadaptation en raison d'une déficience auditive. De plus, 80% des personnes qui sont atteintes de surdité vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Cameroun.(2,3).

Aussi, plus de 5% de la population mondiale (430 millions) ont besoin de services de réadaptation en raison d'une déficience auditive. De plus, 80% des personnes qui sont atteintes de surdité vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Cameroun.(2,3).

Chez l'enfant, la surdité représente le handicap sensoriel le plus fréquent. Elle peut être congénitale ou acquise. En France, 1 enfant sur 1000 est atteint de surdité congénitale soit environ 800 à 1000 enfants qui sont atteints de cette pathologie chaque année (4). En Chine, cette prévalence est estimée à 1 enfant sur 500 naissances (5). En Afrique subsaharienne, cette prévalence atteint environ 8 enfants sur 500 à la naissance (6). Au Cameroun, depuis le début des années 2000, des plaidoyers sont faits en vain par les otorhinolaryngologistes pour que soit instauré une politique nationale de prise en charge de la surdité (7).

La surdité congénitale de l'enfant est une pathologie grave car elle a des répercussions sur le développement de ses capacités cognitives, sa vie sociale, sa scolarisation, le développement du langage pouvant aller des défauts de prononciation à la mutité entravant considérablement l'avenir et la qualité de vie de cet enfant (5,7). Nous avons mené cette étude transversale afin d'estimer la prévalence et de faire une revue clinique de la surdité congénitale au Cameroun sur les 5 dernières années.

MÉTHODOLOGIE**Type, lieu et durée d'étude**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale avec deux volets de recrutement : rétrospectif et prospectif s'étendant sur une durée de 06 mois allant du 1er décembre 2022 au 1er mai 2023. La période de collecte de données s'est faite en deux temps : une partie rétrospective allant du 1er Janvier 2018 au 31 Janvier 2023 soit 05 ans et une période prospective du 1er Février 2023 au 31 Avril 2023 soit 03 mois. Ce travail s'est déroulé dans les services d'ORL-CCF de 3 hôpitaux de référence au Cameroun : Hôpital Général de Yaoundé, Hôpital Général de Douala et Hôpital Laquintinie de Douala.

Population d'étude et procédure

Nous avons inclus dans cette étude, tous les enfants âgés de 0 à 5 ans emmenés en consultation soit pour un problème d'hypoacousie et/ou de retard de langage ; soit pour une consultation de routine ; soit dans le cadre des campagnes de dépistage gratuites de surdité organisées dans ces structures hospitalières.

N'ont pas été inclus dans notre étude : Les enfants dont les parents n'avaient pas consenti à leur participation ou les enfants atteints d'une surdité acquise. Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste, consécutif et non exhaustif.

Les variables étudiées comportaient : le profil sociodémographique (âge, sexe, profession de la mère, niveau d'étude maternelle), les facteurs de risque anténataux (infections in-utero, anomalies cranio-faciales, prise de médicaments ototoxique en fin de grossesse, présence de surdité dans la famille, mariage consanguins entre les parents, prise d'antinéoplasique lors de la grossesse), les facteurs de risque périnataux et post nataux (hyperbilirubinémie nécessitant une exsanguinotransfusion, méningite bactérienne, score d'Apgar de 0-4 à 1 min ou de 0-6 à 5 min de vie, ventilation mécanique prolongée pendant plus de 10 jours, poids inférieur à 1500 g à la naissance, ictère néonatal, prématurité), les éléments du diagnostic Clinique (inactivité après émission d'un son (voix maternelle, musique, à l'appel), retard de langage, trouble du comportement, retard scolaire) et les résultats des explorations audiolinguistiques OEA (Otoémissions Acoustiques) et les PEA (Potentiels Évoqués Auditifs) : date de réalisation, compte rendu, type du déficit.

Pour la phase rétrospective : ont été répertoriés tous les dossiers médicaux des enfants de 0-5 ans qui avaient été emmenés en consultation pour une hypoacousie, un retard de langage ; un retard scolaire ou chez qui avaient été dépistés une surdité dans l'un de ces centres de dépistage. Le diagnostic de surdité avait été confirmé par un ORL et consigné dans les différents registres.

Tous antécédents anténataux, périnataux et post nataux étaient enregistrés et nous avons contacté par téléphone certains parents pour compléter toutes les informations manquantes.

Au cours de la phase prospective : après la collecte des données anamnestiques et des antécédents personnels et familiaux de chaque enfant, chaque enfant était examiné pour exclure toute cause acquise de leur hypoacousie, et il

était réalisé ensuite des otoémissions acoustiques (OEA) ou des potentiels évoqués auditifs (PEA).

Toutes les informations collectées étaient enregistrées et inscrites sur nos fiches préconçues.

Les données collectées ont été saisies dans le logiciel Cs Pro (Census Survey Processing) version 7.5 et analysées grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 23. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne (\pm écart type) ou en médiane (écart interquartile EIQ) en fonction de leur distribution. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les tableaux et les figures ont été conçus à l'aide de Word Office et Excel version 2020 pour présenter les résultats.

Considérations éthiques

Une clairance éthique a été obtenue préalablement à la réalisation de cette étude auprès du Comité Institutionnel d'Éthique de la Recherche de l'Université des Montagnes. Un consentement éclairé des parents a précédé la collecte des données. Les autorisations administratives des responsables des différentes hôpitaux de recrutement ont été préalablement obtenues. Toutes les données collectées ont été traitées dans le respect de l'anonymat et la confidentialité. Les parents des patients diagnostiqués de surdité ont été informés et leur prise en charge a immédiatement été organisée.

Notre population d'étude étant beaucoup plus âgée que celle recommandée par les normes internationales soit entre le 1er et le 3ème jour de vie de l'enfant pour le dépistage, la recherche des facteurs associés a été plus laborieuse car soumis à un biais de mémorisation des parents.

RÉSULTATS

Au total, 833 enfants ont été enrôlés : 799 en phase rétrospective et 34 en phase prospective ; 70 enfants ont été inclus dans notre étude, le détail de recrutement des enfants pour cette étude est illustré par le digramme de flux de participants (figure 1)

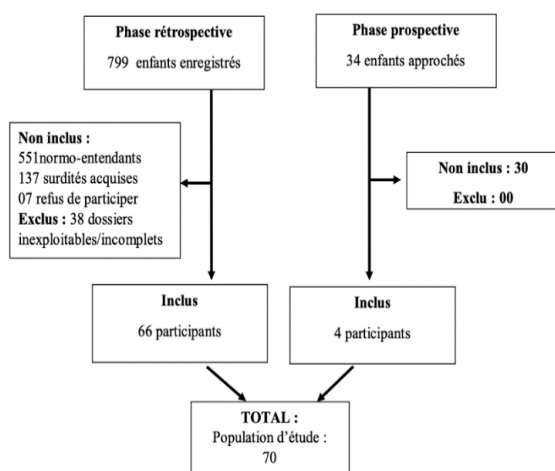


Figure 1 : Diagramme de flux des participants

Répartition selon l'âge et le sexe

La moyenne d'âge des enfants diagnostiqués était de 36,4 \pm 20,9 mois avec des extrêmes de 1 mois et 60 mois. La

tranche d'âge modale était comprise entre 51-60 mois soit 4,2 ans - 5 ans (31,4 %) (n=22). L'intervalle interquartile était de [16,75-60] mois.

Le sexe féminin était prédominant dans notre étude (65,7 %) (n=46) avec un sex ratio en faveur des filles de 1,9.

Prévalence de la surdité congénitale

La prévalence de la surdité congénitale retrouvée dans notre échantillon d'étude était de 8,4% représentant le rapport du nombre d'enfants présentant une surdité congénitale après examen clinique et évaluation audiolinguistique (70) sur le nombre total d'enfants emmenés en consultation (833)

Motifs de consultation

Les parents emmenaient leurs enfants en consultation pour une diminution à la réactivité au son dans 85,7 % des cas (n=60) et ces enfants étaient retrouvés dans 55,7 % lors des campagnes de dépistage gratuites organisées dans les hôpitaux sélectionnés pour notre étude. Le détail de ces motifs est représenté sur la figure 2.

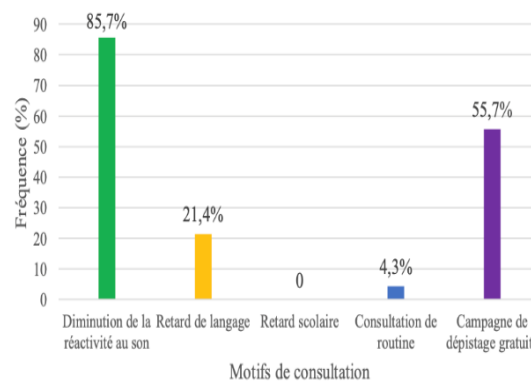


Figure 2 : Répartition de notre échantillon en fonctions des motifs de consultation

Signes cliniques

En général, les otoscopies de ces enfants étaient normales, les débris cérumineux du conduit auditif étaient extraits les cas échéants. Nous avons observé une diminution de la réactivité aux sons chez 91,4 % d'entre eux (n=64) et un retard de langage dans 78,6 % de cet échantillon (n=55). La moitié des enfants examinés présentait des difficultés dans leur cursus scolaire.

Résultats des examens audiolinguistiques

Les potentiels évoqués auditifs (PEA) ont été réalisés chez 92,9% des enfants (n=65) et ils présentaient tous un déficit auditif bilatéral. Les otoémissions acoustiques (OEA) quant à elles, ont été indiquées chez 32,9 % et révélaient également une absence bilatérale des otoémissions.

Facteurs associés anténataux

La présence de surdité dans la famille et la prématurité étaient les facteurs de risque anténataux majoritaires, retrouvés respectivement dans 27,1 % (n=19) et 25,7 des cas (n=18). (Tableau I)

Tableau I : répartition des facteurs de risques anténataux de la surdité congénitale dans notre échantillon (N=70)

Facteurs anténataux	N	%
Prématurité	18	25,7
Présence de surdité dans la famille	19	27,1
Mariage consanguin entre les parents	2	2,9
Présence de maladie congénitale familiale	6	8,6
Infection maternelle in utero	3	4,3
Prise des antibiotiques ototoxiques pendant la grossesse	1	1,4
Malformations de l'oreille	5	7,1

Facteurs associés périnataux et postnataux

Les principaux facteurs périnataux identifiés dans notre échantillon étaient une réanimation à la naissance avec un score d'APGAR inférieur à 4 à la 5^{ème} minute de vie de l'enfant dans 25,7 % des cas (n=18) suivis de la présence d'une infection néonatale dans 22,9% (n=16) et de la présence d'un ictère néonatal dans 17,1 % (n=12) de notre échantillon d'étude. (Tableau II).

Tableau II : s facteurs de risques périnataux de la surdité congénitale dans notre échantillon (N=70)

Facteurs périnataux	N	%
Score d'APGAR à la 5 ^e minute	(7-10)	45 64,3
	(4-6)	7 10
	(<4)	18 25,7
Infection néonatale précoce	16	22,9
Ictère néonatale	12	17,1
Poids de naissance <1500g	11	15,7
Ventilation à la naissance > 5 jours	7	10,0

DISCUSSION

Dans notre population d'étude, l'âge moyen du diagnostic de surdité était de 36,4 mois soit environ 3 ans, chiffre largement supérieur aux données occidentales mais qui se rapproche de celui de Butler et al. en Afrique du Sud 2013 qui avaient retrouvé un âge moyen des enfants dans les hôpitaux publics de 44,5 mois (3,7 ans) (8) ou de Ridal et al. au Maroc, en 2014, 3,7 ans (9). Ce retard de diagnostic s'expliquerait par l'absence de politique de dépistage néonatal systématique de la surdité dans notre pays. En France, le diagnostic se fera à la naissance et la prise en charge commencera dès le 1^{er} mois de vie de l'enfant, 90% des enfants atteints auront leur première consultation spécialisée dans les 3 mois qui suivent le dépistage de surdité (4). Depuis 2012, un décret officiel a instauré le dépistage néonatal de la surdité pour tous les enfants naissant sur le territoire ; il se fait dans les 3 premiers jours de vie permettant ainsi la détection et la prise en charge optimale des enfants atteints.

Dans les pays sans politique similaire, le diagnostic se fera malheureusement beaucoup plus tard, l'enfant déficient auditif va commencer son développement avec son handicap et ce ne sera qu'à partir d'1 an ou 2 ans à l'âge où l'enfant commence à avoir accès au langage combinatoire, à formuler des phrases et à ordonner correctement la plupart des énoncés que la suspicion d'un « retard de langage » peut être remarqué par les parents. En outre, le poids non négligeable de la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne en général et au

Cameroun en particulier constituera un frein à la consultation médicale en service hospitalier spécialisé pour la prise en charge précoce de ces enfants.

Dans notre série, les enfants atteints de surdité congénitale étaient de sexe féminin, représentant 65,7% de notre échantillon contre 34,3% pour le sexe masculin. Ridal et al. ont retrouvé cette même prédominance féminine (9); par contre, Haddar et al. en France avaient une prépondérance masculine (10). Malgré ces différences, Il est unanimement reconnu que le genre n'aurait pas d'impact sur la survenue de la surdité congénitale.

Nous avons retrouvé une prévalence de 8,4% dans notre échantillon d'étude. Ce résultat est largement supérieur à celui trouvé par Olusanya et al. au Nigeria qui était de 2,8 % (11) et le taux de 2,37% retrouvé par Amedofu et al. au Ghana (12). Ces travaux menés au Ghana et au Nigeria étaient basés sur un dépistage systématique des patients dans une localité rurale. Il est vrai que notre étude était centrée sur une population constituée d'enfants emmenés en consultation lors des campagnes de dépistage gratuites dont les parents ont déjà un doute sur l'audition ou qui présentent déjà des signes cliniques pouvant faire suspecter une surdité.

Ce résultat est inférieur à celui d'Al-Meqbel et al. qui ont réalisé une étude sur les nourrissons présentant des facteurs de risque avec une prévalence de 11,5% (13). Actuellement dans les pays développés où est instauré un dépistage néonatal systématique, ces taux sont beaucoup moins élevés : 1,62 pour 1000 naissances au Japon(14) et entre 0,66-0,88 pour 1000 enfants par an en France (4). La détection et la prise en charge optimale des enfants atteints de surdité se fait très rapidement et les protocoles sont appliqués immédiatement dès que le diagnostic est fait.

Les principales raisons de suspicion de troubles de l'audition par les parents des enfants étaient la diminution à la réactivité au son dans 85,7% de la population d'étude, un retard de langage chez 21,4% et plus de la moitié des cas a été consulté lors des campagnes de dépistage gratuit soit 55,7%. Mossus et al. au Cameroun retrouvaient chez 46,8 % et 27,3% des cas respectivement une absence de réactions aux bruits et un retard de langage (15). Cette différence pourrait être justifiée car leur travail concernait des enfants de 0-15 ans où la réactivité aux sons ne représentent plus le signe principal recherché chez le grand enfant contrairement à l'échantillon de notre étude qui comportait des enfants âgés de 0 à 5 ans. Néanmoins, on pourrait avoir une autre explication sur la primauté du symptôme « diminution de la réactivité aux sons » car de nombreux parents sont ignorants des étapes de développement du langage et donc de l'évolution du babil, étape primordiale et normale de l'acquisition du langage des nourrissons et ils se focaliseraient sur un élément plus habituel pour eux et plus visible : la non réactivité de leurs enfants aux bruits.

A l'examen clinique, le retard de langage était objectivé dans 78,6% des cas, les craintes des parents se trouvaient alors confirmées lors des examens cliniques des équipes de consultation. La consultation tardive pourrait s'expliquer par la faible sensibilisation des parents à propos des signes de déficits auditifs de leur enfant et la méconnaissance de l'impact de la déficience auditive sur

l'acquisition du langage et le développement psychosocial de ces enfants. Associé à ces entraves, le frein financier dû à l'absence de prise en charge des frais médicaux rendent difficiles la possibilité de diagnostic et de prise en charge précoces de ces surdités congénitales dans notre pays. Les difficultés et retard dans l'évolution scolaire de ces enfants étaient identifiées dans 50% de notre série. Elles représentent l'une des conséquences de leur déficience auditive. De ce fait, les sensibilisations devraient également être organisées chez les enseignants des écoles maternelles et primaires car étant souvent les témoins de première ligne pour reconnaître les signes précoces d'alerte de la surdité chez l'enfant.

Les examens paracliniques audiologiques (PEA et OEA) ont été réalisés chez ces enfants ; ces examens ont permis de révéler le caractère bilatéral de la surdité congénitale respectivement dans 96,9% et 95,7% des cas. Ces données sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature actuelle se justifiant par le fait que les surdités congénitales sont majoritairement d'étiologies génétiques pour les atteintes bilatérales ou dues à une atteinte du nerf cochléaire ou toute autre malformation de l'oreille interne en ce qui concerne les atteintes unilatérales(14).

Dans l'anamnèse de ces enfants, Les facteurs retrouvés dans la période prénatale étaient en premier, les antécédents familiaux de surdité dans 27,1%, résultat se rapprochant de celui d'Al-Maqbel et al. qui ont retrouvé 21,7% de surdité familiale(13). La proportion significative de la présence familiale de surdité expliquerait le caractère génétique causal de la surdité congénitale en accord avec les données actuelles de la littérature (14,16,17). La prématurité a été le 2nd facteur associé identifié chez 25,7% de notre population d'étude, facteur retrouvé également chez Korver et al (6) qui démontre le risque élevé de surdité congénitale chez les enfants nés entre 24 et 31 semaines de gestation du fait du défaut de maturation et de développement des structures auditives et nerveuses; dans le même ordre d'idée, nous avons retrouvé que l'hypotrophie néonatale était associée à la surdité chez 15 % des enfants atteints de surdité congénitale ; ils avaient tous un poids inférieur à 1500g. Les données de la littérature rapportent qu'un poids de naissance inférieur à 1500 g, quel qu'en soit le terme, s'accompagne d'une prévalence accrue de surdité de l'ordre de 6/1000.(7,8,13,16)

Quant aux facteurs associés en période périnatale, la réanimation à la naissance avec un score d'APGAR inférieur à 4 à la 5ème minute de vie de l'enfant a été répertorié chez 25,7 % d'entre eux. Dans notre contexte à ressources limitées, le manque de formation ou de recyclage des personnels de salle d'accouchement sur les

conséquences des souffrances néonatales, les disparités ruro-urbaines dans la qualité des plateaux techniques des maternités seraient des arguments qui influenceraient la qualité de la réanimation néonatale et par conséquent le risque d'une surdité congénitale.

En période post natale, nous avons noté que 22,9 % de nos patients avaient présenté une infection néonatale précoce avec syndrome infectieux pris en charge de manière non optimale. Les infections néonatales précoces principalement la méningite sont retrouvées dans la plupart des séries africaines (9,15). Ses résultats forcent à penser qu'il est également important de pencher les actions de prévention des surdités congénitales sur la prise en charge adéquate des infections néonatales comme la méningite pourvoyeuses importantes de surdité irréversible en absence de prise en charge précoce et adéquate (5,9,15,18).

CONCLUSION

La surdité congénitale est diagnostiquée tardivement dans notre contexte, loin des normes internationales où sont effectuées un dépistage néonatal systématique et codifié, dans les 3 premiers jours de vie. Sa prévalence élevée remet en lumière l'urgence d'actions multisectorielles notamment : La nécessité de la mise en place d'une politique nationale de dépistage néonatal de la surdité au Cameroun ; La promotion d'une politique de prévention des facteurs associés qui sont évitables en améliorant, d'une part, les soins prénataux (suivi de grossesse) et périnataux (technique d'accouchement) et d'autre part la prise en charge adéquate des nouveau-nés ; La sensibilisation des parents, des familles et des enseignants d'école sur les signes d'alerte des surdités chez l'enfant. Une prise en charge spécialisée précoce de ces enfants atteints est indispensable pour éviter les répercussions graves sur l'acquisition et le développement du langage, les capacités cognitives et scolaires et plus tard leur insertion sociale.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs.

NNAR, DF, KTK : conception de l'étude et rédaction du manuscrit

CNE, MY, AL, MR, MD, NO, NE, NA : lecture critique de l'article

MNE, FFFJV, MM, BE, AY: participation à la collecte des données

NNAR: Analyse des données

CNE : traduction en langue anglaise

sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

REFERENCES

1. Ag Mohamed A, Soumaoro S, Timbo SK, Konipo-Togola F. Surdité de l'enfant en Afrique noire: cas de l'école des jeunes sourds de Bamako (Mali). *Médecine d'Afrique Noire*. 1996;34(11):570-3.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Surdité et déficience auditive. 2022. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. [Internet]. [cité 10 déc 2022]. Disponible

3. Zhou X, Wang L, Jin F, Guo Y, Zhou Y, Zhang X, et al. The prevalence and risk factors for congenital hearing loss in neonates: A birth cohort study based on CHALLENGE study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. nov 2022;162:111308.
4. Antoni M, Rouillon I, Denoyelle F, Garabédian EN, Loundon N. Newborn hearing screening: Prevalence and medical and paramedical treatment of bilateral hearing loss in a neonatal series in the Île-de-France region of France.

- European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. 2016;133(2):95-9.
5. Collège français d'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE, Aubry K, Brasnu D, Castillo L, Chabolle F, Charpiot A, et al. ORL- Les référentiels des collèges. 4th edition. HURVIEZ C, éditeur. Elsevier Masson; 2017. 403 p.
 6. Korver AMH, Smith RJH, Van Camp G, Schleiss MR, Bitner-Glindzicz MAK, Lustig LR, et al. Congenital hearing loss. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3(1):16094.
 7. Njock R, Ndjolo A, Fouda A, Bengono G. Quelle stratégie de lutte contre la déficience auditive de l'enfant en Afrique Noire. *Médecine d'Afrique Noire*. 2001;
 8. Butler IRT, Ceronio D, Swart T, Joubert G. Age of diagnosis of congenital hearing loss: Private v. public healthcare sector. *S Afr Med J*. 12 oct 2015;105(11):927.
 9. Ridal M, Outtasi N, Taybi Z, Boulouiz R, Chaouki S, Boubou M, et al. Profil étiologique des surdités neurosensorielle sévère et profonde de l'enfant dans la région du centre-nord du Maroc. *Pan Afr Med J*. 8 févr 2014;17:100.
 10. Haddar A, Kammoun I, Kammoun R, Jallouli O, Allaya F, Masmoudi D, et al. Lorsque le potentiel évoqué auditif précoce devient un examen primordial dans le retard du langage. *Neurophysiologie Clinique*. 1 sept 2018;48(4):231.
 11. Olusanya B. Community-based infant hearing screening for early detection of permanent hearing loss in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study. *Bull World Health Org*. 1 déc 2008;86(12):956-63.
 12. Amedofu K, Brobby G, Oansey G. Congenital non-syndromal deafness at Adamarobe, an isolated Ghanaian village: Prevalence, incidence and audiometric characteristics of deafness in the village. *Journal of the Ghana Science Association*. 2004;1(2):63-9.
 13. Al-Meqbel A, Al-Baghli H. The prevalence of hearing impairment in high-risk infants in Kuwait. *Auditory and Vestibular Research*. 4 oct 2015;24(1):11-6.
 14. Yoshimura H, Okubo T, Shinagawa J, Nishio SY, Takumi Y, Usami SI. Epidemiology, aetiology and diagnosis of congenital hearing loss via hearing screening of 153 913 newborns. *International Journal of Epidemiology*. 2024;53(3):dyae052.
 15. Mossus Y, Ngo Njel G, Ngo Nyeki AR, Meva'a Biouele C, Atanga L, Djomou F, et al. Profil Clinique de la Surdité de l'Enfant à Yaoundé. *Health Sci Dis*. 2022;23(8):40-4.
 16. Al-Meqbel A, Al-Baghli H. The prevalence of hearing impairment in high-risk infants in Kuwait. *Auditory and Vestibular research*. 2015;24(1):11-6.
 17. Wonkam A, Noubiap JJN, Djomou F, Fieggen K, Njock R, Toure GB. Aetiology of childhood hearing loss in Cameroon (sub-Saharan Africa). *European Journal of Medical Genetics*. 2013;56(1):20-5.
 18. Blanchard M, Thierry B, Marlin S, Denoyelle F. Aspects génétiques de la surdité. *Archives de Pédiatrie*. 2012;19(8):886-9.
 19. Fayoux P, Vincent Couloigner. *ORL de l'enfant*. Elsevier Masson; 2017. 361 p.