





***DECICACES***

***Je***

***Dédie***

***Ce***

***Travail.....***

A Dieu le tout Puissant, l'omniscient, l'omnipotent et l'omniprésent.

Celui qui a voulu que ce jour soit, en nous accordant la santé, et le courage nécessaires.

Nous vous prions de bien vouloir nous accorder la chance, le courage nécessaire pour continuer le projet entamé.

Donnez-nous surtout la sagesse et l'humilité nécessaires afin que nos connaissances acquises soient uniquement au service du bonheur de l'humanité.

A tous les Hommes qui luttent pour l'épanouissement de l'être humain.

A notre ville natale Koutiala

Ville qui nous a vu naître et grandir, puisse Dieu faire en sorte que tu sois fière de nous.

A *notre* Patrie, le Mali à qui nous devons tout.

Tu nous as permis d'être ce que nous sommes aujourd'hui.

Sincère reconnaissance.

A tous les patients reçus et traités dans le service d'O.R.L.

A notre Père feu Yacouba Kotigui COULIBALY

Tu nous as quitté quand nous étions à la 3<sup>ème</sup> année de notre formation médicale.

Nous ferons tout pour conserver la confiance que tu nous as toujours accordée de ton vivant.

Ce travail est le couronnement de ce que tu as entamé.

Merci pour tout le soutien et les conseils.

Trouve dans ce travail l'un de tes motifs de fierté.

Dors en paix cher Père, que la grâce du miséricordieux t'accompagne éternellement. Amen !!!

A ma mère Mariam COULIBALY,

C'est grâce à ton soutien, tes conseils et surtout tes bénédictions que nous sommes arrivés au terme de ce projet.

Que ce travail nous permette de mettre fin à toutes tes souffrances.

Puisse Dieu te donner encore une longévité afin que tu profites du fruit de ce travail et que tu continues à faire des bénédictions pour nous.

Merci Maman, Nous ne te remercierons jamais assez.

Encore merci.

A feu mon frère aîné Adama COULIBALY,

Voici le couronnement de ton projet. Merci de nous avoir inscrit à l'école. Nous te souhaitons de dormir en paix, par la grâce de Dieu.

A mon frère cadet Salia COULIBALY,

Accepte ce travail, qui est le tien.

Que dieu t'aide à faire mieux.

A toutes mes sœurs

Sitan, Soumba, Sounounkou et feu Bintou Coulibaly ; profonde affection.

A notre chérie et fiancée Aïssata MARIKO

Ce travail est aussi le tien.

Tu as toujours été à nos côtés pendant les moments difficiles.

Tu as joué pour nous le rôle de mère.

Amour éternel.

A notre fille Mariam COULIBALY

Que ce travail soit une source d'inspiration pour toi.

Que Dieu te donne longue vie afin que tu fasses mieux.

Amour paternel.

A Monsieur COULIBALY Lamine et son épouse

Merci de nous avoir logé sous votre toit durant nos années d'études médicales.

Acceptez ce travail, qui est le vôtre, en gage de ma reconnaissance.

A notre ami, monsieur BAH Madani

Camarade de classe au lycée,

Tu as été pour nous un énorme soutien pendant nos premières années d'étude à Bamako, quand nous ne connaissions encore personne.

Nous voici au terme de notre travail grâce à Dieu.

Ce travail est le tien.

Amitié sincère.

**A notre neveu COULIBALY Souleymane**

Comment nous pourrions t'oublier en ce moment crucial de notre vie ?

Retiens ceci : avec le temps et de la patience, on réussit, on obtient ce que l'on désire.

Trouve en ce travail le fruit de tant d'années de dévouement et de sacrifices.

**A notre ami monsieur KEITA Yacouba**

Merci pour tout le soutien.

Ce travail est le tien.

**A Monsieur CAMARA Mohamed Lamine**

Merci pour tout ce que tu as fait pour nous.

Trouve dans ce travail un gage de ma profonde gratitude.

**A tous mes amis et Camarades d'enfance de Koutiala**

Comme tous les autres travaux et comme toujours, ce travail aussi appartient à tout le groupe.

Trouvez-y le fruit de l'abnégation et du courage qui ont toujours caractérisé le groupe.

**A tous les membres du Club des Amis des Langues Nationales du Mali (CALAN- MALI) :**

Messieurs KONTA Mahamadou (ILAB : ex DNAFLA), TIMBINE Mamadou, SOGOBA Salif (USAID), DOUMBIA Daouda ,  
DEMBELE Adama.

Meilleurs souvenirs

***Mes***

***Remerciements...***

## **Remerciements**

Mes remerciements vont :

**A notre maître le Docteur SOUMAORO Siaka**, votre simplicité et votre disponibilité constante force notre admiration. Merci cher Maître pour tout le service rendu.

**A notre Maître le docteur GUINDO Boubacary** vos encouragements ont contribué à l'amélioration de ce travail.

**A l'ensemble du personnel du service ORL du CHU Gabriel Touré** nos périodes de collaboration ont été les plus agréables, merci pour les soutiens.

**A l'ensemble des chargés de cours** à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) et tout le reste du personnel de la FMPOS.

**A tous mes collègues Internes des Hôpitaux**, votre soutien indéfectible nous a donné la force nécessaire pour mener à bien ce travail.

**A mon collègue et Frère SIDIBE Youssouf** tes soutiens et conseils nous ont été d'une grande utilité dans ce travail.

**A mes cadets internes des hôpitaux : KONE Fatogoma Issa , DAO Sidiki , KONATE N'Faly , DIARRA Kassim**

Merci pour les moments collégiaux et de partage.

Vous êtes coauteurs de ce travail.

Du courage pour la thèse et bonne chance pour votre carrière.

**A tous les CES du service ORL:**

Bon courage !

**A monsieur Mamadou Ladji TRAORE**

Merci pour votre soutien de tout genre ; que Dieu vous accorde sa miséricorde à perpétuité.



**HOMMAGES AUX MEMBRES  
DU JURY**

**A notre Maître et président de jury**

**Professeur Abdou Alassane TOURE**

**Professeur honoraire en chirurgie orthopédique et  
traumatologique**

**Ancien chef de service de la chirurgie orthopédique et  
traumatologique du CHU-GT**

**Ancien Directeur de l'Institut National de Formation en  
Sciences de la Santé (INFSS)**

**Ancien chef de DER de chirurgie de la Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher Maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de  
présider ce jury de thèse.

Nous apprécions chez vous l'homme de science modeste et calme.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait et votre  
capacité de transmettre vos connaissances font de vous un Maître  
exemplaire ;

**A notre Maître**

**Professeur Alhousseini AG MOHAMED**

**Professeur Titulaire d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale ;**

**Chef de service d'oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale du CHU Gabriel Touré ;**

**Directeur de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) ;**

**Président de la Société Malienne d'oto-rhino-laryngologie (SMORL) ;**

**Médecin Aéronautique auprès de la ANAC ;**

**Ancien Vice Doyen de la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) ;**

**Ancien Président de l'Ordre National des Médecins du Mali**

**Chevalier de l'Ordre national du Mali ;**

**Chevalier de l'Ordre national du lion du Sénégal.**

En acceptant de siéger dans ce jury, vous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été impressionné par votre simplicité, votre sens élevé des responsabilités, votre sens de l'écoute et votre amour du travail bien fait ;

Sous votre conduite nous avons appris le sens de la délégation de la tâche, qui est une caractéristique des Maîtres rompus au devoir, témoin de la réalisation de ce travail. .

Vous êtes plus qu'un Maître pour nous.

Veillez accepter, cher maître nos sentiments de fidèle dévouement.

**A notre Maître**

**Professeur Samba Karim TIMBO**

**Médecin spécialiste dans le service du Pr AG MOHAMED**

**Maître de Conférences en oto-rhino-laryngologie ;**

**Membre de l'Assemblée de faculté à la FMPOS ;**

**Membre du Bureau de l'Ordre des médecins du district de  
Bamako ;**

**Chère Maître,**

Nous avons été touchés par la rigueur quotidienne que vous avez mis à notre encadrement quotidien. Nous retenons de Vous un Maître sensible et très attaché à son métier.

Votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique et votre simplicité font de vous un Maître admiré de tous.

Vos conseils et enseignements de qualité quotidiens, vos encouragements ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Veillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profond attachement.

**A notre maître et Directeur de thèse**

**Professeur Mohamed Keïta**

**Médecin Spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;**

**Maître de conférences et enseignant à la FMPOS**

**Diplômé Inter Universitaire en Pédagogie Médicale**

**Master Recherche en Pédagogie Médicale**

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail, nous a profondément touché.

Votre courage, votre enthousiasme à transmettre votre savoir, votre rigueur scientifique, votre disponibilité constante ont contribué à l'amélioration de notre formation en général et de ce travail en particulier.

Cher Maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.



# ***SOMMAIRE***

# Sommaire

**I. INTRODUCTION.....**

**II. OBJECTIFS.....**

**III. GENERALITES.....**

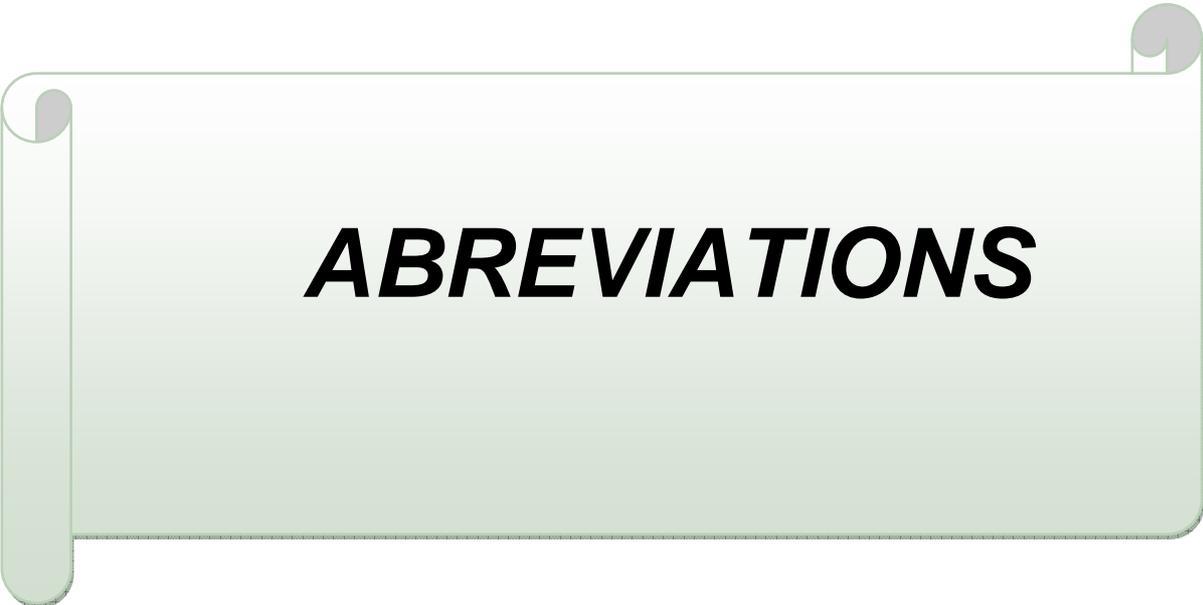
**IV. METHODOLOGIE.....**

**V. RESULTATS.....**

**VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....**

**VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....**

**VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....**



# ***ABREVIATIONS***

## **Abréviations**

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

ATB : antibiotique

MAE : méat acoustique externe

Hb : hémoglobine

HTA : hypertension artérielle

IRM : imagerie par résonance magnétique,

IEC : information, éducation et communication ;

ORL : oto-rhino-laryngologie

PSDP : pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline

PL : ponction lombaire

TDM : tomodensitométrie ;

VADS : voies aérodigestives supérieures



# ***INTRODUCTION***

## **I. INTRODUCTION :**

Qu'il s'agisse du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, les situations d'urgence se rencontrent en tout temps et en tout lieu.

Mais l'urgence n'a pas la même résonance pour le médecin et le malade ; en effet pour le premier c'est une situation pathologique qui met en jeu le pronostic vital et ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans un bref délai ; tandis que pour le second toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence qui justifie une demande pressante de soins [ 2 ].

Les urgences ORL sont diverses aussi bien dans leur forme clinique que dans leur gravité ; ce qu'elles ont en commun c'est d'engager à plus ou moins brève échéance le pronostic vital et ou fonctionnel et d'imposer une prise en charge urgente [2].

Nous distinguons ainsi trois types d'urgence qui sont :

- Les urgences vraies (hémorragies, dyspnées) susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital à très brève échéance ;
- Les urgences relatives (urgences infectieuses, traumatismes faciaux, les brûlures des VADS, les corps étrangers contondants, pointus , les piles alcalines de l'œsophage) sont potentiellement graves par leurs complications.
- Enfin les urgences fonctionnelles (surdité, vertige, paralysie faciale) sont des urgences différ es, ne mettant pas en jeu la vie du patient, mais représentant de véritables «urgences neurosensorielles » [2,3].

Le diagnostic des urgences ORL est très souvent clinique. Les investigations para cliniques se doivent d'être cibl es et efficaces, l'importance ici est d'établir une approche thérapeutique adéquate au bon moment [2 ,4].

La morbidité de ses situations pathologiques c'est-à-dire « la proportion de patients souffrant de ces pathologies d'urgences durant une période donnée par rapport à la population générale est un élément important qui mérite une attention particulière de la part des praticiens que nous sommes [5].

La connaissance de ce paramètre est une arme décisionnelle, cependant aucune étude n'avait été entreprise dans ce sens à Bamako d'où l'objet de notre présent travail.



# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS :**

### **A- OBJECTIF GENERAL**

Identifier les principales urgences hospitalières dans la pratique ORL à Bamako.

### **B- Objectifs spécifiques :**

- 1) Analyser le profil sociodémographique des patients reçus pour urgence ORL;
- 2) Etablir la fréquence des urgences ORL dans la pratique courante du service ;
- 3) Répertorier les différentes pathologies d'urgences rencontrées dans le service d'ORL du CHU Gabriel Touré;
- 4) Evaluer l'évolution des différentes urgences rencontrées.



***GENERALITES***

### III. GENERALITES :

#### ETUDE DES DIFFERENTES PATHOLOGIES EN URGENCE ORL :

##### 1. LES HEMORRAGIES

##### 1.1. – Les hémorragies nasales (Epistaxis) :

##### 1.1.1. Généralité :

- **Définition :**

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des fosses nasales [2]. Il s'agit d'une urgence fréquente, quotidienne en pratique ORL. Sa banalité ne doit pas en faire oublier la gravité potentielle. Le plus souvent bénigne, l'épistaxis peut rapidement engager le pronostic vital, du fait de son abondance ou de sa répétition. [42]

- **Epidémiologie :**

En France environ 50% de la population à présenté ou présentera une épistaxis [11], contre 2% environ au Mali [42]

##### 1.1.2. Diagnostic :

Les étapes diagnostique et thérapeutique sont intriquées.

##### a) Diagnostic positif :

Examen physique : permet de constater la présence de sang soit dans les fosses nasales et ou au niveau de la paroi postérieure de l'oropharynx.

La prise des constantes neuro-végétatives (pouls ; TA ; température ; fréquence respiratoire).

L'interrogatoire va préciser le début, le mode, les circonstances de survenue ; les antécédents et les traitements en cours.

Deux tableaux cliniques peuvent être retrouvés :

- **L'épistaxis bénigne** : le saignement est peu abondant et se faisant goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral.

La rhinoscopie antérieure retrouve le siège du saignement, en général antérieur, au niveau de la tache vasculaire. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général. [2,8]

- **L'épistaxis grave** : extériorisation antéropostérieure avec crachats sanglants, le plus souvent bilatérale avec altération de l'état général.

Le saignement est abondant ou répétitif avec un retentissement sur la fréquence cardiaque (tachycardie), la pression artérielle (hypotension), une hypersudation, une pâleur. [2,8]

**b) Diagnostic de gravité:**

Il porte sur la présence de facteurs défavorisant et la présence de signes cliniques et biologiques de mauvais retentissement. [2]

**Les facteurs favorisants** : âge de plus de 70 ans, tares associées, mauvais état général, trouble de l'hémostase, HTA durée de l'épisode hémorragique, prise d'anticoagulants. [8]

**Les signes cliniques de mauvais retentissement** : l'hypotension artérielle, la tachycardie, les sueurs, la pâleur, la dyspnée.

**Les signes biologiques de mauvais retentissement** : l'anémie avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl, un taux d'hématocrite inférieur à 35% et une thrombopénie (plaquette inférieure à 80000) [8].

**c) Diagnostic différentiel** : il ne se pose qu'avec :

**L'hémoptysie** : le saignement s'extériorise lors d'effort de toux

**L'hématémèse** : le saignement s'extériorise principalement par la bouche et lors d'effort de vomissement. [8]

**d) Diagnostic étiologique :**

Il convient de savoir rechercher une fois le problème hémorragique aigu résolu [2].

Même si l'origine des épistaxis (quelle que soit leur gravité) reste souvent indéterminée, elles peuvent être dues soit à des causes locales soit à des causes générales. [2,8]

**Les causes locales** peuvent être d'origine traumatique, tumorale ou inflammatoire.

**Les causes générales** ne sont évoquées en théorie qu'après enquête étiologique négative. Il s'agit des causes de perturbation de l'hémostase (les pathologies vasculaires comme la maladie de Rendu-Osler, les anomalies plaquettaires, les anomalies des facteurs de coagulation) et l'hypertension artérielle. [2,8]

### 1.1.3. Conduite à tenir:

- **Buts :**

- Tarir l'hémorragie (traitement primaire) ;
- éviter sa reproduction (traitement secondaire) ;
- de rechercher les étiologies

- **Les moyens :** sont médicaux et chirurgicaux.

- **Indications :** En dehors des épistaxis très abondantes avec retentissement hémodynamique où la réanimation doit prévaloir, le préalable essentiel au traitement est l'examen du patient en position assise, après mouchage, aspiration, puis anesthésie et rétraction de la muqueuse par application d'un coton imbibé de Xylocaïne 5 % naphazolinée, permettant de distinguer deux situations bien différentes [2] :

- **Les épistaxis bénignes**

- la pression bi digitale (5 min minimum),
- tamponnement du vestibule narinaire par des mèches hémostatiques (Coalgan, Surgicel).

- En cas de récurrence une cautérisation chimique de la tache vasculaire par de l'acide chromique à 33 % ou du nitrate d'argent est nécessaire. [2,8]
  - **Les épistaxis de moyenne abondance ou graves**
- une hospitalisation,
- calmer et de rassurer le patient, éventuellement en s'aidant d'un anxiolytique per os,
- surveiller la perte sanguine par des numérations globulaires répétées.
- Tamponnement antérieur, tamponnement postérieur, embolisation, ligatures artérielles par voie endonasale, ligatures artérielles par voie externe. [8]
- **Evolution** : sous traitement la majorité des épistaxis cède dans 90% des cas ; les récurrences sont possibles surtout en cas de tumeurs naso-sinusiennes et des troubles de la coagulation. En absence de traitement l'évolution peut devenir fatale dans un tableau d'hypo volémie et d'anémie sévères. [2 ,8]

## **1.2. Les autres causes d'hémorragies en urgences ORL:**

### **1.2.1. Les hémorragies pharyngolaryngées sur cancers :**

L'évolution des tumeurs oro et hypopharyngées ou laryngées expose particulièrement à la survenue d'une hémorragie.

Schématiquement, deux situations peuvent être rencontrées :

- l'hémorragie est liée à une évolution ou à une récurrence tumorale;
- l'hémorragie est la conséquence d'une ulcération trophique secondaire à une irradiation ou à des séquelles postopératoires. [2].

Il faut en urgence diminuer le saignement par compression manuelle [2] et maintenir la liberté des voies aériennes [9,10].

L'hémostase nécessite le plus souvent une ligature artérielle rendue souvent difficile par les antécédents d'irradiation et de chirurgie.

### **1.2.2 . Les plaies artérielles ou veineuses cervicales :**

Suspectées devant toute plaie pénétrante cervicale, elles constituent une urgence absolue, car le collapsus hémorragique, les troubles ventilatoires par hématome compressif, les déficits neurologiques (bas débit, migration d'embolie vasculaire, thrombose) menacent en permanence la vie du patient [12]

#### **Conduite à tenir :**

L'hémorragie par une plaie cervicale impose une prise en charge immédiate, visant à limiter la perte sanguine et à assurer la liberté des voies aérodigestives [2].

En milieu spécialisé on procède à l'exploration chirurgicale de la plaie pour ligaturer le vaisseau en cause et ou suturer après clampage. [13]

Le bilan et le traitement de lésions traumatiques associées laryngées (plaies, hématomes...), osseuses (fractures du massif facial, traumatisme du rachis cervical), ou neuromusculaires, relèvent de la prise en charge spécialisée après un bilan clinique, endoscopique et radiologique réalisé en urgence [2,12].

L'évolution sous traitement de ces plaies est le plus souvent favorable. Les séquelles fonctionnelles peuvent persister malgré un traitement bien conduit. Sans traitement le décès peut survenir dans un tableau d'hypo volémie ou de dyspnée due à un hématome compressif [12].

### **1.2.3. Les hémorragies post amygdalectomie :**

Risques limités de nos jours grâce aux tests d'hémostase préopératoires et les techniques réglées d'amygdalectomie en dissection sous anesthésie générale. Mais, quelle que soit la technique chirurgicale, le résultat est une grande surface cruentée oropharyngée, pouvant être responsable d'hémorragies tant

immédiates (avant la sixième heure), que retardées (du 8<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour), lors de la chute d'escarre [2].

#### **1.2.4 - Les hémorragies post adénoïdectomie :**

Elles sont rares, précoces, liées à la persistance de reliquat adénoïdien. L'exérèse du reliquat suffit à réaliser l'hémostase [15]. Parfois il s'agit d'une plaie de l'artère vomérienne pouvant nécessiter un méchage postérieur [2].

Les hémorragies tardives des adénoïdectomies sont en règle de faible abondance, liées à une surinfection, le plus souvent justiciables d'un traitement symptomatique [2].

## **2. LES DEFICITS AIGUS NEUROSENSORIELS:**

### **2.1 - Les Vertiges :**

Dans le cadre des urgences : il s'agit des grands vertiges rotatoires périphériques aigus, témoignant de l'atteinte brutale de l'appareil vestibulaire. [2]

#### **2.1.1 – Généralité :**

- **Définition :**

Le vertige est une sensation erronée de déplacement des objets par rapport au sujet ou du sujet par rapport aux objets [16].

Les grands vertiges rotatoires périphériques aigus, témoignent de l'atteinte brutale de l'appareil vestibulaire avec des signes marqués. Ils constituent à cet effet une urgence fonctionnelle [2].

Les autres types de vertiges n'ont pas fait partie de cette étude.

- **Epidémiologie :**

Le vertige est une pathologie fréquente. Le médecin généraliste, en pratique, examine par semaine cinq patients présentant des vertiges ou des déséquilibres, dont trois en consultation et deux en visite à domicile. Il adresse son patient à l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) pour un diagnostic et une prise en charge dans 80 % des cas.

En 1980, seuls 6 % des patients vertigineux étaient adressés aux ORL: depuis une vingtaine d'années, l'ORL est donc reconnue compétente sur cette pathologie difficile et en pleine évolution. [16]

La prise en charge en urgence des vertiges aigus passe le plus souvent par des moyens médicamenteux [2].

#### **2.1.2 Diagnostic positif :**

- **La symptomatologie :**

La symptomatologie du déficit vestibulaire unilatéral est univoque. Il s'agit d'un grand vertige rotatoire intense, provoquant la chute, s'accompagnant de manifestations végétatives (nausées,

vomissements), parfois associé à une hypoacousie ou à des acouphènes [2].

- **L'examen clinique :**

L'examen clinique montre un syndrome vestibulaire harmonieux. Le nystagmus horizontorotatoire (défini par sa secousse rapide) est constant et bat du côté opposé à la lésion, la déviation des index et la chute sont homolatérales au déficit [2].

L'otoscopie, à la recherche d'une lésion tympanique, fait partie intégrante de l'examen de tout patient vertigineux [2].

### **2.1.3 – Diagnostic étiologique :**

- **Maladie de Ménière :**

Elle est due à un hydrops labyrinthique : augmentation de la pression endolymphatique . Il s'agit de vertiges intenses rotatoires, durant quelques heures, sans facteur déclenchant, itératifs, accompagnés de surdité, d'acouphènes , de troubles neuro-végétatifs et parfois de plénitude de l'oreille. Entre les crises, le sujet est asymptomatique [16].

Cette triade symptomatique (vertige, acouphène et surdité), d'évolution paroxystique, est caractéristique. Au cours de l'évolution de la maladie, l'audition s'aggrave progressivement, aboutissant à une surdité unilatérale .Les vertiges finissent par disparaître ,la maladie se bilatéralise chez 10 % des patients.

- **Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) :**

Il est dû à une canalo-lithiase, il s'agit d'une sensation vertigineuse brève, stéréotypée, avec facteur positionnel déclenchant [16].

Le sujet se plaint de vertiges rotatoires intenses, de brève durée (20 à 40 secondes), apparaissant le plus souvent en décubitus latéral (pouvant réveiller le patient, lorsqu'il se retourne dans son lit), mais également en orthostatisme lorsqu'il lève ou baisse la tête [16].

L'examen labyrinthique est normal. Le diagnostic repose essentiellement sur la positivité de la manœuvre de Dix et Hallpike.

Une manœuvre de basculement du sujet permet de guérir définitivement, en une seule séance ce patient c'est la manœuvre de Sémont) [16].

#### **2.1.4 – Conduite à tenir :**

**Le but :** dans un contexte d'urgence est de soulager le patient en luttant contre les signes invalidants [2].

**Les moyens :** sont essentiellement médicaux [2].

**Les indications :** Le traitement de la crise vertigineuse associe les antivertigineux en intraveineuse, et les antiémétiques intraveineuse qui sont systématiquement associés en présence de manifestations neurovégétatives. Les perfusions de solutés hypertoniques (mannitol 10 % 250 ml en 1 heure) sont indiquées dans la maladie de Ménière.

Le repos en chambre obscure et les sédatifs (benzodiazépines, hypnotiques) sont parfois utiles dans les crises très violentes [17].

Le traitement de la crise vertigineuse aiguë doit précéder le diagnostic étiologique [2].

## **2.2- Les paralysies faciales périphériques :**

### **2.2.1- Généralités :**

- **Définition :**

La paralysie faciale périphérique est une atteinte du nerf facial sur son trajet. Par opposition aux paralysies centrales d'origine neurologique, elle est caractérisée par l'atteinte de l'ensemble du territoire facial et par l'absence de dissociation automatico volontaire. [18]

- **Epidémiologie :**

La paralysie faciale périphérique est un symptôme fréquent dont les formes idiopathiques sont prédominantes. [18]

Le diagnostic est en règle évident et le pronostic est ici esthétique et fonctionnel [2].

### **2.2.2 – Le diagnostic positif :**

Le diagnostic est en règle évident, avec attraction de la bouche du côté sain, effacement du sillon nasogénien et des plis frontaux, et une impossibilité de fermeture de l'œil [2].

### **2.2.3 – Le diagnostic étiologique :**

L'examen clinique d'orientation étiologique se doit d'être complet, à la recherche d'un déficit neurologique, d'un déficit cochléovestibulaire, d'une anomalie du tympan, ou d'une lésion parotidienne [2].

- **La paralysie faciale du zona :**

Est une forme clinique qui mérite d'être individualisée, à cause de sa sévérité plus importante

Elle est accompagnée d'une éruption vésiculeuse du conduit et de la conque (zone de Ramsay-Hunt) [2].

- **La paralysie faciale dite « a frigore » :**

Elle est la plus fréquente, son étiologie virale est probable [2].

Les paralysies faciales traumatiques et post parotidectomie sont souvent rencontrées.

#### **2.2.4 – Le diagnostic de gravité :**

C'est aussi un bilan pré thérapeutique essentiel. Il est clinique (cotation de la mobilité des groupes musculaires de la face) et para clinique (électromyographie faciale, présence du réflexe stapédien). Il permet de juger la gravité de la paralysie et de surveiller l'évolution sous traitement [2].

#### **2.2.5 – Conduite à tenir :**

**But :** c'est de stopper l'évolution et d'éviter les complications fonctionnelles et oculaires.

**Les moyens :** en urgence sont surtout médicamenteux.

#### **Les indications :**

Le traitement passe, dans les formes habituelles par la mise en route précoce d'une corticothérapie qui permet d'obtenir les meilleures chances de récupération. On peut y associer les traitements vasodilatateurs [2].

Des soins oculaires sont systématiquement associés de façon à éviter l'apparition d'une kérato-conjonctivite : pansement oculaire de protection, collyres, larmes artificielles [2].

Seule, une contre-indication formelle de corticothérapie fait discuter une intervention chirurgicale de décompression du nerf facial. En cas d'échec de la corticothérapie, le résultat des interventions de décompression reste aléatoire [2,18].

## **2.3- Les surdités de perceptions d'apparition brutale :**

### **2.3.1- Généralités :**

- **Définition :**

Les surdités brutales sont des hypoacusies de type perceptuel caractérisées par leur apparition brutale ou rapide et évoluant rapidement : en quelques secondes, quelques minutes ou quelques heures, au maximum 72 heures [19].

- **Epidémiologie :**

C'est un symptôme qui constitue une urgence fonctionnelle.

L'incidence des surdités brutales se situe aux environs de 5 à 20/100 000 habitants en France [19].

La démarche diagnostique est d'abord de rechercher et de savoir reconnaître [19].

Les preuves de l'efficacité d'un traitement sont difficiles à obtenir du fait que près des deux tiers des patients récupèrent en moins de 15 jours [19].

### **2.3.2- Diagnostic positif :**

Il s'agit de l'apparition brutale ou rapide d'une hypoacousie de type perceptif.

L'examen physique retrouve un tympan normal et les tests acoumétriques au diapason montrent un Weber latéralisé du côté sain et un Rinne positif (d'origine cochléaire) .

Les examens complémentaires (audiométrie tonale et vocale) réalisés dans les plus brefs délais permettent d'affirmer le diagnostic, de quantifier la perte auditive, et de décider de la mise en route d'un traitement adapté.

#### 2.2.4 – Diagnostic étiologique :

Plusieurs étiologies toxiques, infectieuses, vasculaires, immunologiques, traumatiques, doivent être recherchées, en particulier dans les formes bilatérales [2].

Mais habituellement il s'agit, surtout en cas d'atteinte unilatérale, d'une surdité brusque d'origine idiopathique. Les manifestations vestibulaires ou neurologiques associées sont dans ce cas soit absentes, soit frustes. La perte auditive, parfois majeure, confinant à la cophose, est d'autant plus gênante au plan fonctionnel qu'elle s'accompagne d'un acouphène invalidant [2].

#### 2.2.5 - Conduite à tenir :

**Le but** : soulager le patient et éviter l'évolution vers la chronicité.

**Moyens** : ils sont médicamenteux dans un contexte d'urgence.

##### **Indications** :

La précocité du traitement est un facteur de meilleure récupération auditive [2]

Le traitement est empirique, guidés par l'aspect de la courbe audiométrique associe selon les équipes une ou plusieurs des thérapeutiques suivantes, éventuellement: le repos en atmosphère non bruyante; une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j d'équivalent prednisolone; des vasodilatateurs (d'efficacité contestée); des antiagrégants plaquettaires; les substances vaso-actives; les carbogènes, l'oxygène hyperbare ; l'hémodilution [2].

Le diagnostic doit être suspecté rapidement, et les mesures thérapeutiques mises en œuvre dans un délai maximum de quelques jours après l'instauration des troubles pour espérer une restauration satisfaisante des seuils auditifs [19].

### **3. LES URGENCES INFECTIEUSES :**

#### **3.1. Urgences infectieuses otologiques :**

##### **3.1.1. L'Otite moyenne aiguë de l'enfant :**

###### **Généralité :**

- **Définition :**

L'otite moyenne aiguë se définit comme une inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne [20].

- **Epidémiologie :**

L'OMA est une pathologie **fréquente** (5 000 000/an) [2].

C'est l'infection la plus fréquente chez l'enfant avec une incidence maximale chez le nourrisson entre 6 et 24 mois (3 enfants sur 4 ont fait une OMA à l'âge de 2 ans [20].

###### **Diagnostic :**

Il est clinique et son **évolution** habituellement bénigne sous traitement antibiotique [20].

###### **Conduite à tenir :**

Elle nécessite **une prise en charge** urgente et spécialisée compte tenu de la résistance de certains germes ( pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline PSDP), qui peuvent occasionner des complications locales et une diffusion méningée ou septicémique [2,20].

### 3.1.2. Les oto-mastoïdites aiguës :

- **Généralités :**

- **Définition :**

La mastoïdite est une atteinte infectieuse des cavités mastoïdiennes associée à des lésions destructives de l'os mastoïdien réalisant une ostéite [21].

- **Epidémiologie :**

Elle est fréquente dans les pays en développement où elle complique environ 0,4 % des OMA chez les nourrissons et les jeunes enfants [21].

- **Diagnostic :** la mastoïdite aiguë extériorisée.

- **Les signes fonctionnels :**

Sont plus ou moins marqués et peuvent même manquer. Il s'agit de la douleur rétroauriculaire, de la fièvre (38 °C) et de l'altération de l'état général [2,21]. Ces symptômes surviennent dans la semaine qui suit une OMA, mais peuvent être inauguraux [21].

- **Les signes physiques :**

Le décollement du pavillon de l'oreille vers le bas et vers l'avant est pratiquement toujours le signe d'appel [21].

Le sillon rétroauriculaire est effacé, avec une peau inflammatoire, rosée et chaude. La palpation est douloureuse. Elle retrouve ou non une zone fluctuante. A l'otoscopie, le tympan est soit d'aspect bombé dans le quadrant postéro-supérieur, avec dans les formes les plus typiques une chute de la paroi postérieure du conduit, soit avec une otorrhée [21].

- **Les examens complémentaires :**

Sont essentiellement la ponction rétroauriculaire qui permet de distinguer les périostites des abcès sous-périostés et de faire

l'antibiogramme et la TDM permet de rechercher l'étendue des lésions et les complications [21].

- **Formes clinique :**

**Formes anatomiques :**

- **La forme d'extériorisation temporo-zygomatique :** avec une infiltration volumineuse, rapidement fluctuante de la région temporo-zygomatique et pré-tragienne, qui décolle et refoule le pavillon de l'oreille vers le bas. L'otoscopie permet de rapporter cette cellulite à une infection de l'oreille [21].
- **La forme d'extériorisation temporo-mandibulaire :** L'infection diffuse vers l'articulation avec un risque important chez l'enfant d'évolution vers l'ankylose [21].
- **Les formes d'extériorisations cervicales :** résultent de l'effraction de la corticale de la pointe mastoïdienne soit sur sa face interne (mastoïdite de Bézold), soit sur sa face externe (pseudo-Bézold). De là, le pus diffuse vers les muscles de la nuque ou vers l'axe jugulocarotidien [21].

**Formes selon l'âge :**

Le diagnostic de mastoïdite aiguë est particulièrement difficile chez les tout jeunes enfants. Cette difficulté est due à la non-spécificité des symptômes chez les petits de 4 à 6 mois et à l'existence de formes subaiguës d'otites sans retentissement clinique [21].

**Conduite à tenir :**

**Le but** est de soulager le patient, de stopper l'infection et d'éviter les complications [21].

**Les moyens** sont médicaux et chirurgicaux (mastoïdectomie) [21].

**Les indications :**

Le traitement médical de la mastoïdite aiguë comporte, les antalgiques et les antipyrétiques, une bi- ou tri antibiothérapie parentérale à large spectre orientée par la bactériologie [21].

Dans les formes d'évolution favorable, le traitement est poursuivi pendant 5 jours puis le relais est pris per os par un antibiotique adapté au(x) germe(s) retrouvé(s) sur les prélèvements pendant 12 jours au minimum [21].

Le traitement chirurgical repose sur une mastoïdectomie sus- et rétroméatique. Son but est la suppression des foyers infectieux, l'exérèse des tissus inflammatoires ou nécrotiques [21].

**Evolution :**

Elle est le plus souvent favorable si un traitement adapté a été instauré à temps. Les complications sont possibles.

Elles peuvent être inaugurales, en particulier dans les mastoïdites latentes. Il s'agit de : paralysie faciale, labyrinthites, complications méningo-cérébrales, thrombophlébite du sinus latéral [21].

### 3.2. L'otite externe maligne :

- **Généralités :**

**Définition :** c'est une infection nécrosante, à point de départ cutané dans le méat acoustique conduit auditif externe (MAE), évoluant vers une ostéite de la base du crâne [2].

**Epidémiologie :**

Elle est peu fréquente et met en jeu le pronostic fonctionnel (paralysie des nerfs crâniens VII, IX, X, XI) et vital (50% de mortalité) [2]. Elle survient chez des sujets immunodéprimés (diabétiques, sida, hémopathie) . [2]

Le germe responsable est le *Pseudomonas aeruginosa*.

- **Diagnostic :**

La clinique est marquée par l'inflammation du conduit auditif externe, caractérisée par une otorrhée fétide, de très violentes douleurs insomniantes, et l'absence d'amélioration par les traitements habituels [22].

L'otoscopie montre une zone polypoïde ou nécrotique au plancher du conduit, à l'union des conduits osseux et cartilagineux. L'attention doit être attirée, outre le terrain, par le contraste entre la violence des douleurs et les signes locaux moins étendus et la persistance des douleurs malgré un traitement d'otite externe habituel [22].

Le bilan para clinique comprend un prélèvement bactériologique et une imagerie (examen tomodensitométrique, IRM) permettant d'affirmer l'extension osseuse.

- **Conduite à tenir :**

L'hospitalisation en urgence est indispensable pour mettre en route un traitement intraveineux associant quinolone et céphalosporine de troisième génération, et ainsi éviter les complications. Ce traitement est poursuivi pendant plusieurs semaines par voie orale car les récurrences tardives sont fréquentes. La correction de l'hyperglycémie (insulinothérapie) est indispensable, car l'infection tend à déséquilibrer le diabète. Ce n'est qu'en cas d'échec de cette thérapeutique médicale que l'on envisage une chirurgie (pétrectomie) dont le résultat reste souvent médiocre au plan fonctionnel [2].

**L'évolution :** elle est incertaine même en cas de traitement bien conduit [22].

## **3.2. Urgences infectieuses sinusiennes :**

### **3.2.1 - Généralité :**

- **Définition :**

Les sinusites sont des atteintes infectieuses d'origine bactérienne ou fongique développées au niveau des cavités sinusiennes [22].

- **Epidémiologie:**

Ce sont des affections fréquentes de diagnostic le plus souvent clinique [22]. Elles peuvent se compliquer, et de ce fait nécessiter une prise en charge urgente, de par l'évolution locorégionale ou générale de l'infection [2].

### **3.2.2. Le diagnostic :** les sinusites bloquées

Elles constituent une urgence tant à cause de sont caractère hyperalgique qu'à cause des risques de complications qu'elles présentent. [2]

#### **Les signes cliniques :**

Le processus inflammatoire entraîne une rétention purulente bloquée, le plus souvent maxillaire. Le syndrome infectieux est intense et la douleur sous-orbitaire devient pulsatile, insomniente, mal calmée par les antalgiques usuels [2].

L'examen de la fosse nasale montre une muqueuse inflammatoire et l'absence de sécrétions venant du méat moyen[2].

**Les examens complémentaires :** La radiographie de Blondeau montre une opacité complète du sinus intéressé [2]. La tomodensitométrie n'est pas systématique, elle permet de confirmer le diagnostic et de rechercher les lésions associées.

- **Les formes cliniques :**

**Selon l'âge :** Chez le jeune enfant, il s'agira plus volontiers d'une sinusite ethmoïdale [2, 22].

- **Formes compliquées :**

Les complications ophtalmologiques peuvent, chez l'adulte, succéder à l'infection de l'ensemble des sinus de la face [2].

Les complications neuro-méningées succèdent aux sinusites ethmoïdales, frontales, mais surtout sphénoïdales. Cependant, le sinus maxillaire peut aussi être à l'origine d'une complication neuro-méningée [2 ,22].

### **3.2.3 – Conduite à tenir:**

Le **but** est de lutter contre la douleur intense et d'éviter les complications .

Les **moyens** sont médicaux et chirurgicaux.

**Les indications :** le traitement repose sur la ponction évacuatrice, effectuée sous anesthésie locale ou sous une courte anesthésie générale, et le traitement médical associant antibiotiques, corticoïdes et vasoconstricteurs locaux [2,23 ,25].

### **3.3. Les urgences infectieuses pharyngées :**

Les suppurations sont secondaires soit à une infection amygdalienne, soit à une infection buccodentaire ou à un traumatisme bucco-pharyngé. Ils sont caractérisés par une prolifération bactérienne aéro- anaérobie, l'extension de l'infection se faisant vers les ganglions cervicaux et les espaces cellulaires profonds, anatomiquement divisés en trois régions séparées par des cloisons fibreuses [2,26] : l'espace para-amygdalien ou pré-stylien ; l'espace parotidien postérieur ou rétrostylien, contenant les gros vaisseaux du cou (carotide et veine jugulaire) ; l'espace rétro-pharyngien postérieur, en avant du plan vertébral.

#### **3.3.1- Le phlegmon amygdalien ou péri-amygdalien:**

Il correspond à l'évolution d'une angine banale vers une suppuration limitée à la loge amygdalienne. Les signes révélateurs sont l'apparition d'un syndrome infectieux majeur, avec fièvre supérieure à 39°C, altération de l'état général et dysphagie. La douleur est intense, pulsatile, empêchant la déglutition. Le trismus associé rend l'examen difficile. Il montre une voussure de l'amygdale, une congestion diffuse du pharynx, et plus particulièrement, un œdème de la luette. La ponction à l'aiguille ramenant du pus franc [2,26].

#### **Conduite à tenir :**

Le **but** : est de soulager le patient éteindre le foyer infectieux et éviter les complications.

Les **moyens** : sont médicaux et chirurgicaux

**Les indications** : Le traitement repose sur l'incision de l'abcès au bistouri, complétée par une bi- antibiothérapie intraveineuse à base de pénicilline G et de métronidazole , ou amoxicilline acide clavulanique et des antalgiques [2,26].

La prévention des récurrences est assurée par l'amygdalectomie effectuée au minimum 2 mois après l'épisode initial [26].

**Evolution :** Elle est favorable sous un traitement adapté et précoce. En absence de traitement l'aggravation est possible vers une atteinte diffuse, réalisant un tableau de cellulite cervicale extensive dont le pronostic local et général [2, 26].

### **3.3.2 – Autres urgences infectieuses pharyngées :**

- **Le phlegmon para-amygdalien ou pré-stylien :**

Son point de départ est soit une angine, soit un traumatisme direct. La symptomatologie est voisine de celle du phlegmon de l'amygdale, bien qu'il n'y ait pas d'œdème de la luette et que le trismus soit moins intense. Le traitement est identique, reposant sur l'incision, le drainage et l'antibiothérapie [2, 26].

- **L'abcès rétrostylien:**

Il est observé surtout chez l'enfant. C'est un adénophlegmon à point de départ ganglionnaire jugulocarotidien supérieur [2].

Cliniquement, on retrouve une tuméfaction de la région sous-digastrique associée à un torticolis et à une dysphagie ainsi qu'une tuméfaction de la paroi postérieure l'oropharynx refoulant vers l'avant le pilier postérieur de l'amygdale [2].

L'hospitalisation nécessaire devant le risque évolutif de rupture vasculaire, que font craindre des épisodes hémorragiques minimes itératifs. Le traitement repose sur l'incision cervicale et le drainage, associé à une antibiothérapie. La suspicion de l'imminence d'une plaie carotidienne impose une ligature en urgence de la carotide primitive, malgré le risque de déficit neurologique [2, 26].

- **L'adénophlegmon rétrostylien :**

Rare, il est chez l'adulte consécutif à une blessure de la paroi pharyngée postérieure (chez nous les arêtes de poissons).

Chez l'enfant, il correspond à un phlegmon des ganglions rétro-pharyngés consécutif à une rhinopharyngite banale.

La symptomatologie est marquée par un syndrome fébrile avec une altération de l'état général, et une dysphagie totale. La dyspnée est tardive, s'accompagne d'une modification de la voix qui devient nasonnée [2].

Le traitement d'urgence repose sur l'incision drainage au bloc opératoire pour pouvoir parer à toute aggravation respiratoire, sous couvert d'une antibiothérapie intraveineuse (amoxicilline acide clavulanique, ou pénicilline + métronidazole) [ 26].

### **3.4 - Les cellulites cervico-faciales :**

#### **3.4.1. Généralités :**

- **Définition :**

La cellulite cervico-faciale est l'inflammation diffuse d'origine infectieuse du tissu cellulo-aponévrotique du cou et ou de la face [27, 28].

- **Epidémiologie:**

Ce sont des affections rares, mais d'une extrême gravité potentielle due en partie à un retard de traitement [2]. Les estimations de la grande garde de Chirurgie Maxillo-faciale d'Île-de-France montrent une incidence d'environ 1/1 000 habitants par an [43], contre 150 cas en 10 ans selon **S. BENZARTI** du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis [44], et 21 cas en une année selon **M. KEITA** au Mali [27].

La chirurgie reste un point essentiel du traitement [2,27].

- **Physiopathologie :**

Elles succèdent à une inoculation septique, rarement cutanée, le plus souvent muqueuse (cavité buccale ou de l'oropharynx) .

Le « transit » de l'infection par une collection locale n'est pas une obligation. L'infection va gagner toutes les loges anatomiques du cou, y compris les loges glandulaires thyroïdiennes, parotidiennes et sous-maxillaires [2, 27].

#### **3.4.2 – Diagnostic positif :**

Deux tableaux cliniques sont possibles: la forme avec myonécrose massive et la forme plus torpide, sans myonécrose importante, d'aspect pseudo phlegmoneux [2].

Le diagnostic est posé sur l'aspect général du patient, les signes physiques locaux, les signes fonctionnels respiratoires et

douloureux, la notion d'une voie d'inoculation dentaire ou pharyngée [27].

Le scanner cervico- thoracique le diagnostic en montrant des zones de décollement, d'épanchement, éventuellement des signes de myonécrose . Il permet également de découvrir une extension thoracique éventuelle [27].

### 3.3.3.– **Traitement :**

**Le but :** soulager le patient, éteindre l'infection et éviter les complications.

**Les moyens :** sont chirurgicaux et médicaux.

**Les indications :**

La forme de myonécrose gangreneuse réalise une gangrène gazeuse, elle à une rapidité évolutive et une gravité potentielle. Ce qui justifie un diagnostic et une intervention de drainage et d'excision de la nécrose en urgence [2,27 ,28].

Dans tous les cas le patient est placé en unité de soins intensifs. Dans l'attente de l'intervention et de la réanimation postopératoire, le patient sera intubé, et l'antibiothérapie couvrant les Gram + et - (aérobies et anaérobies ) sera instituée [27].

L'indication opératoire est une grande urgence [2, 27,28].

## **4. LES DYSPNEE OBSTRUCTIVES:**

### **4.1. Généralités :**

- **Définition :** Il s'agit d'une bradypnée inspiratoire avec éventuellement cornage [2].
- **Epidémiologie :**

La dyspnée est un diagnostic d'urgence, relativement fréquente chez l'enfant pouvant mettre rapidement en jeu le pronostic vital[29]. Elle impose donc un traitement médical rapide et adapté, ainsi qu'une hospitalisation d'urgence [2]. Le traitement est fonction de l'étiologie [2,29].

### **4.2. Diagnostic positif:**

Le diagnostic de dyspnée obstructive est clinique. Il s'agit d'une dyspnée inspiratoire avec bradypnée et éventuellement cornage.

Une dysphonie témoigne d'une lésion glottique [2 ,29].

Un bilan peut être réalisé. Il comporte une naso -fibroscopie visualisant les fosses nasales, le larynx, et éventuellement la sous glotte et la trachée. Il peut être complété par une radiographie thoracique de face et de profil, à la recherche d'un corps étranger. En fait cet examen est peu sensible, et la notion d'un syndrome de pénétration doit faire pratiquer une fibroscopie, voire une bronchoscopie au tube rigide [2].

### **4.3. Diagnostic de gravité :**

Il faut systématiquement rechercher les signes de gravité, car ils témoignent d'une décompensation possible il s'agit de : l' altération de la conscience, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle [2,29].

Chez l'enfant, il convient de rechercher les signes de gravité suivants : une fréquence respiratoire supérieure à 60/min( mais une fréquence inférieure à 15/min peut traduire un épuisement respiratoire inaugurant un arrêt) ; une cyanose ; des signes de

lutte ( tirage, battement des ailes du nez ); les signes d'hypercapnie( hypotonie, troubles de la conscience, sueurs, tachycardie) [2,29].

Il faut se méfier d'un examen à l'abaisse-langue (risquant de déprimer la base de langue vers le bas, et d'aggraver la dyspnée). Il ne faut pas faire coucher un patient qui se sent mieux en position assise, sous peine d'aggraver brutalement sa dyspnée [2,29].

#### **4.4. Diagnostic étiologique :**

L'âge du patient est un élément d'orientation important :

- **Chez le nouveau-né pendant la première semaine de vie :**

Il est incapable de respirer par la bouche. La respiration nasale est son mode respiratoire exclusif, et toute obstruction nasale (rhinite, imperforation choanale) entraîne une dyspnée haute. Le traitement en urgence consiste à placer, dans la bouche, une canule de Mayo [2, 29].

- **Chez le nouveau-né pendant le premier mois de vie :**

La cause principale de dyspnée est la laryngomalacie ou stridor congénital dû à une hyperlaxité des tissus laryngés, et provoque un bruit inspiratoire typique. Il n'est pas habituellement dyspnéisant, mais les formes les plus graves peuvent entraîner des difficultés respiratoires, avec difficultés alimentaires. Les cas les plus sévères peuvent nécessiter une résection des tissus laryngés. Les autres causes sont beaucoup moins fréquentes : paralysie laryngée en adduction, kyste laryngé ou valléculaire, sténose laryngée congénitale [2 ,29].

- **Chez les nourrissons jusqu'à 6 mois :**

La cause la plus fréquente est l'angiome (ou hémangiome) sous glottique. Il existe le plus souvent un intervalle libre entre la

naissance et la dyspnée, qui survient après un épisode d'infection rhinopharyngée banal [2].

La symptomatologie est celle d'une laryngite sous glottique classique, mais qui survient chez un enfant de moins de 6 mois.

L'angiome est mieux diagnostiqué au bronchoscope rigide. Cette lésion finit par involuer avec l'âge, mais des épisodes de poussées peuvent entraîner des dyspnées. Le traitement des poussées est la corticothérapie par voie générale [29].

Les autres causes sont plus rares : une sténose laryngée congénitale, un kyste de découverte tardive, une malformation vasculaire thoracique entraînant une compression trachéale. Toutes ces étiologies nécessitent un traitement chirurgical [2,29].

- **Chez l'enfant de plus de 6 mois :**

La cause la plus fréquente à cet âge est la laryngite aiguë. Cette dénomination comprend en fait trois pathologies distinctes :

**La laryngite striduleuse :** Elle survient le plus souvent au cours d'un épisode d'infection rhinopharyngée, entraîne des

accès brefs de dyspnée avec suffocation et cyanose de quelques secondes, avec toux et voix rauque. Il n'y a aucun signe entre les accès. Elle correspond à un spasme laryngé en fermeture. Son évolution est parfaitement bénigne et des aérosols, voire des corticoïdes dans les formes persistantes, suffisent à son traitement [2,29].

**La laryngite sous glottique :** Elle accompagne habituellement une rhinopharyngite banale avec fébricule. Elle survient classiquement la nuit et réalise une dyspnée laryngée typique (avec dyspnée inspiratoire, toux rauque et modification de la

voix). Il n'y a habituellement aucun bilan à pratiquer, et une symptomatologie typique suffit à mettre en route le traitement. En cas de doute avec un corps étranger (absence de fièvre et survenue pendant la journée), la fibroscopie souple montre un œdème sous glottique bilatéral et symétrique. En cas de récurrences fréquentes, il faut rechercher une autre étiologie (angiome sous glottique, reflux gastro-œsophagien, terrain allergique).

Le traitement fait appel aux corticoïdes par voie parentérale et à un traitement antibiotique per os à large spectre (type amoxicilline ou macrolide). La dyspnée doit céder en 30 minutes. La persistance de la dyspnée conduit à l'hospitalisation pour perfusion de corticoïdes, aérosols d'adrénaline, et surveillance stricte. Toute décompensation doit conduire très rapidement à une intubation. Une trachéotomie peut lui être préférée [2,29].

**La laryngite supra glottique ou épiglottite :** Il s'agit d'une infection bactérienne à *Haemophilus influenzae*, plus rare, et plus grave avec inflammation de la margelle laryngée et septicémie [2,29].

La dyspnée est souvent d'apparition brutale, sévère, avec une voix étouffée associée à une aphagie, une hypersialorrhée, une fièvre élevée (39-40°C) et une polyadénopathie cervicale et un mauvais état général [2,29].

Le patient se tient en position assise et il ne faut absolument pas l'allonger, sous peine de décompensation respiratoire. Il ne faut pas non plus chercher à pratiquer un examen à l'abaisse-langue. Il s'agit d'une urgence vitale. Le diagnostic est fait en nasofibroscopie, retrouvant une épiglote très oedématiée et masquant complètement le larynx [2].

Le seul traitement efficace en urgence est le rétablissement de la perméabilité de la voie respiratoire (par intubation ou trachéotomie). Le traitement médicamenteux associe corticothérapie et antibiotiques (amoxicilline et acide clavulanique), par voie parentérale.

Sous antibiothérapie l'évolution est rapidement favorable en quelques jours. Le retour à la normale de la margelle, visualisée en fibroscopie, permet la suppression de la trachéotomie ou de l'intubation [2,29].

Les autres causes sont :

**Laryngo-trachéo-bronchite** : c'est une infection trachéo-pulmonaire d'origine bactérienne (staphylocoque, *Haemophilus influenzae* ou streptocoque). La dyspnée n'est plus seulement inspiratoire mais aux deux temps, avec des râles à l'auscultation dans les deux champs pulmonaires. La gravité de l'état respiratoire peut nécessiter une intubation et des aspirations itératives.

Une antibiothérapie adaptée aux prélèvements bronchiques est instituée par voie parentérale [2,29].

### **Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques :**

C'est une cause fréquente de dyspnée chez l'enfant de 6 mois à 3 ans (maximum de fréquence à 2ans) [2, 29].

Tout objet mesurant moins de 1 centimètre est susceptible d'être inhalé par un enfant [29].

La dyspnée est inspiratoire ou aux deux temps si le corps étranger est trachéal. En cas de localisation trachéale, l'apparition brutale d'une aphonie doit faire redouter un enclavement du corps étranger dans la sous- glotte pouvant entraîner un arrêt respiratoire brutal.

Un syndrome de pénétration ( accès brutal de dyspnée et toux) est retrouvé chez le patient. En cas de doute diagnostique, une bronchoscopie au tube rigide sous anesthésie générale permet de confirmer et éventuellement l'extraction du corps étranger [2,29].

- **Chez l'adulte :**

Certaines causes suscitées peuvent survenir chez les adultes. Les corps étrangers sont assez rares et ne posent pas de problème sur le plan diagnostique. Une épiglottite peut survenir chez l'adulte [29].

### **Traumatismes laryngo-trachéaux :**

L'examen clinique recherche une dyspnée, une dysphonie, un emphysème sous-cutané, et doit faire le bilan des autres lésions en cas de polytraumatismes [2].

Si le patient est déjà intubé, il ne faut pas l'extuber, mais pratiquer, sous anesthésie générale, une trachéotomie permettant l'extubation et le bilan lésionnel [2];

Si le patient n'est pas intubé et s'il présente une dyspnée sévère secondaire, il faut pratiquer une trachéotomie puis un bilan chirurgical des lésions [2];

En cas de contusion simple avec dyspnée secondaire modérée (coup de poing), un examen laryngé prudent est pratiqué, si possible au nasofibroscope. Il ne faut pas renvoyer le patient chez lui, mais le garder en surveillance plusieurs heures, sous corticothérapie (risque d'apparition secondaire d'un œdème obstructif) [2] ;

Il faut évoquer une désinsertion laryngo-trachéale devant une dyspnée modérée associée à un emphysème sous-cutané (ce signe peut se voir également en cas de contusion simple) ou une aphonie. Elle survient entre le premier anneau trachéal et le cartilage cricoïde, et s'accompagne d'un arrachement des nerfs récurrents. Elle est bien tolérée pendant plusieurs heures, car les parties molles (principalement muscles et œsophage) permettent le passage de l'air [2].

Une décompensation brutale peut survenir lors d'une mobilisation. Les cordes vocales sont immobiles en nasofibroscopie. La trachéotomie est risquée, car la trachée est située dans le thorax. Il faut pratiquer une endoscopie au tube rigide. L'espace sous-glottique est sombre et la trachée n'est retrouvée que 2 à 3 cm sous cette zone. [2,29]

Le traitement consiste en une anastomose chirurgicale. La suture des nerfs récurrents est inutile. [2,29]

### **La dyspnée sur sténose laryngo-trachéale**

Elle survient chez des sujets ayant été intubés et est la conséquence directe de cette intubation. Elle peut survenir avec un intervalle libre de plusieurs mois après l'extubation. Cette dyspnée est inspiratoire ou mixte. L'examen clinique initial est fondamental, guidant la conduite thérapeutique. Il met en évidence différentes pathologies : synéchie, granulome, ou immobilité en fermeture des cordes vocales [2,29].

En cas d'urgence vitale, le patient sera intubé au bronchoscope, puis trachéotomisé, ou trachéotomisé en urgence [2,39,30].

Le traitement de la sténose est pratiqué dans un second temps [2].

#### **Les causes néoplasiques :**

Tout cancer situé sur l'axe respiratoire peut provoquer une dyspnée. Sa survenue dans l'histoire néoplasique dépend de sa localisation : précoce dans les cancers de l'endolarynx, elle est plus tardive dans les atteintes du sinus piriforme, et encore plus tardive dans les cancers de l'oropharynx. Le diagnostic étiologique est facile en nasofibroscopie, visualisant une lésion importante, masquant ou obturant le larynx [2].

Une corticothérapie par voie générale peut être tentée. L'intubation est souvent difficile, provoquant des saignements et une poussée œdémateuse de la lésion. On lui préfère une trachéotomie [2, 29,30].

#### **Œdème anaphylactique laryngé**

Il est secondaire à une allergie ou à une piqûre d'hyménoptère. Son traitement est l'adrénaline sous-cutanée (0,25-0,50 mg). Les corticoïdes n'ont qu'un effet complémentaire. En cas d'échec, une intubation ou une trachéotomie sont réalisées [2,30].

## **5. LES TRAUMATISMES :**

### **5.1. Fractures du rocher [31]**

#### **5.1.1. Généralité :**

La fracture du rocher est une affection fréquente, en rapport avec le développement de l'activité humaine : accidents de transport (automobile, motocyclette, bicyclette...), accidents de sport (ski, vélo tout terrain...). Près de 75 % des accidents de circulation s'accompagnent d'un traumatisme crânien ; 5 % d'entre eux ont pour conséquence une fracture du rocher.

#### **5.1.2. Epidémiologie :**

- **Fractures longitudinales (70 à 80 %) ou extra labyrinthiques :**

À la suite d'un impact latéral, temporopariétal : ces fractures sont responsables d'otorragie, de surdité de transmission (dans tous les cas), la paralysie faciale dans 20 % des cas.

- **Fractures transversales ou translabyrinthiques :**

À la suite d'un impact occipital ou d'un impact sur le vertex : Le nerf facial est plus fréquemment atteint (50 % des fractures transversales). Ces fractures entraînent habituellement une destruction cochléovestibulaire et une otoliquorrhée.

- **Fractures mixtes tympanolabyrinthiques :** elles sont rares.

#### **5.1.3. Diagnostic :**

- **Signes encéphaliques :**

Ils sont au premier plan. La violence du choc ayant entraîné une fracture du rocher est responsable de lésions cérébrales entraînant souvent un coma.

- les plaies du cuir chevelu caractérisées par un saignement abondant ;
- les embarrures fermées et ouvertes, avec ou sans plaie ;
- la perte de substance de tissu cérébral.

- **Paralysie faciale :**

La notion de paralysie faciale immédiate ou secondaire doit être recherchée. En soulignant le caractère péjoratif de l'apparition immédiate de la paralysie faciale (30 % de récupération spontanée).

- **Otorragie :** c'est souvent un signe d'appel de l'ORL en urgence.
- **Otoliqorrhée :** est un signe de gravité en raison du risque potentiel de méningite.
- **Surdité :** l'hypoacousie est quasi constante après une fracture du rocher. Le déficit auditif peut être transmissionnel, neurosensoriel ou mixte.

### **Examen clinique**

- **Otoscopie**

Elle retrouvera un rétrécissement du CAE par fracture du rocher, voire une fracture associée de l'os tympanal, une perforation tympanique. **Hémotympan** : c'est le signe le plus fréquent dans les fractures du rocher (50 à 90 %des cas).

- **Acoumétrie**

Elle permet de différencier une surdité de transmission d'une surdité de perception.

- **Imagerie**

La TDM à haute définition est l'examen radiologique de choix pour l'exploration d'un traumatisme du rocher.

L'IRM permet de compléter l'imagerie TDM.

#### **5.1.4. Conduite à tenir**

- **Paralysie faciale**

L'exploration chirurgicale n'est pas indiquée pour les patients présentant une paralysie incomplète [6]. Après section nerveuse complète, il est évident qu'un bon résultat (au moins sur le tonus de repos) n'est obtenu qu'après réparation nerveuse par une greffe ou une anastomose spinofaciale ou hypoglossofaciale.

- **Perforation traumatique :**

Il faut rappeler qu'il ne faut jamais proposer de traitement local : jamais de gouttes auriculaires en cas de perforation tympanique. Celle-ci se ferme habituellement spontanément dans les 6 mois. Au-delà de cette période, une myringoplastie peut être proposée et doit toujours s'accompagner d'une exploration caténaire.

- **Otoliqorrhées :**

Si elles sont dues à une fracture du tegmen, elles se tarissent généralement spontanément par impaction du lobe temporal dans la brèche méningée.

En revanche, si elles sont dues soit à une fracture translabyrinthique passant dans le fond du CAI, soit à une fracture de la paroi postérieure du rocher avec brèche de la méninge de la fosse postérieure, une intervention s'impose.

- **Grand vertige aigu :**

Il est dû à une destruction cochléovestibulaire et guérit spontanément par compensation centrale. Dans de rares cas, il conviendra de proposer une rééducation vestibulaire.

## **5.2. Autres traumatismes :**

### **5.2.1. Fractures des os propres du nez :**

Il s'agit de la fracture faciale la plus fréquente. La réduction sous anesthésie générale peut être pratiquée jusqu'à 10 jours après le traumatisme. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une urgence thérapeutique, excepté dans trois cas :

- une épistaxis ;
- un hématome de cloison (nécessitant un drainage afin d'éviter une surinfection et une nécrose septale) ;
- la fracture ouverte nécessitant un parage.

L'examen clinique retrouve une déviation du dorsum nasal mieux appréciée 3 jours après le traumatisme (fonte de l'oedème), une douleur vive et une mobilité anormale des os propres à la palpation. La radiographie confirme le diagnostic. Le traitement associe des anti-inflammatoires, des antalgiques, et éventuellement des antibiotiques. L'indication d'une réduction peut être posée plus facilement quelque jours après [2,31].

### **5.2.2. L'Othématome :**

Il s'agit d'un hématome entre le cartilage et le péri-chondre du pavillon de l'oreille. Il peut survenir après un traumatisme modéré. Non traité, il peut entraîner une déformation définitive du pavillon ou une surinfection avec nécrose cartilagineuse. Il justifie un drainage puis une compression par un bourdonnet fixé par des points transfixiants afin d'éviter toute récurrence [2].

### **5.2.3. Les traumatismes maxillo-faciaux:**

S'intégrant souvent dans un polytraumatisme, les lésions du massif facial ont un pronostic essentiellement fonctionnel et esthétique, même s'ils peuvent compromettre le pronostic vital en cas d'hémorragie ou d'obstruction des voies aérodigestives supérieures [2]. La prise en charge de lésions associées du thorax, de l'abdomen ou des membres, dont le pronostic immédiat est souvent plus grave, est primordiale [2]. En cas de dyspnée grave aiguë, on peut tenter une intubation ou une trachéotomie de fortune[30].

## **6. LES BRULURES:**

### **6.1. Les brûlures œsophagiennes :**

#### **6.1.1- Généralités :**

Elles surviennent après ingestion de produits caustiques. Cette ingestion peut être accidentelle, le plus souvent chez l'enfant. Dans ce cas, la quantité de produit ingérée est minime, ne pose pas de problèmes toxiques, et n'entraîne pas de complications secondaires. L'ingestion peut également être volontaire, pratiquée dans un but d'autolyse surtout chez l'adulte [2,32].

#### **6.1.2 – Conduite à tenir :**

**Devant une ingestion accidentelle** (quantité exacte, produit ingéré in déterminés) il faut déshabiller l'enfant si ses habits sont imbibés et le transférer en unité soins d'urgences. Il ne faut rien administrer par la bouche (le lait n'a aucune efficacité). Le lavage gastrique est aussi à proscrire (risques de perforation œsophagienne et de pneumopathie en cas d'ingestion de produit moussant) [2,32].

L'examen clinique recherche les lésions cutanées, endobuccales et les signes de gravité (fièvre, aphagie, dyspnée, emphysème). L'absence de lésions oropharyngées ne permet en rien d'exclure des lésions œsophagiennes. La réalisation d'un bilan fonction du produit en cause.

Si le produit est parfaitement bénin, aucun geste n'est pratiqué.

En cas de doute sur le produit, de l'ingestion d'un produit potentiellement dangereux, ou de la présence de lésions buccales un examen de l'œsophage par fibroscopie souple s'impose. Il est inutile de la pratiquer dans les 4 heures suivant l'ingestion, délai minimum pour la constitution des lésions [32].

Cet examen fait le bilan des lésions et conditionne la prise en charge. Un simple érythème ne requiert qu'un traitement anti-reflux. Une brûlure plus profonde nécessite la pose d'une sonde nasogastrique permettant l'alimentation et le calibrage, un traitement antibiotique à large spectre, des antalgiques, un traitement anti-reflux et une surveillance hospitalière [2].

**Les ingestions volontaires** posent des problèmes bien différents. Elles sont pratiquées dans un but d'autolyse. Les produits ingérés sont souvent très caustiques (soude) et les quantités ingérées massives. Les brûlures sont souvent majeures. Une nécrose complète de l'œsophage avec médiastinite peut survenir en quelques heures, nécessitant une œsophagectomie en urgence et un nursing en réanimation [2 ;32]. Le pronostic vital immédiat est alors sombre. Lorsque ces patients survivent, les problèmes fonctionnels sont majeurs (les sténoses hypopharyngées et œsophagiennes) [2,32].

### **6.2. Brûlure de l'arbre laryngotrachéal :**

Elles surviennent lors d'incendie, par inhalation de fumée et de suie. Les dépôts de suie empêchent les échanges gazeux pulmonaires et nécessitent un traitement local.

L'endoscopie initiale recherche d'éventuelles lésions buccales, hypopharyngées ou laryngées. Le patient est ventilé grâce à un bronchoscope permettant des lavages au sérum bicarbonaté de tout l'arbre respiratoire. Ceux-ci doivent être répétés jusqu'à ce que le liquide instillé revienne parfaitement limpide à l'aspiration [2].

## **7. LES CORPS ETRANGERS DE L'ŒSOPHAGE:**

### **7.1. Généralités :**

**7.1.1. Définition :** On appelle corps étranger de l'œsophage , tout corps qui parcourant le conduit normalement ou accidentellement s'y arrête [33].

### **7.1.2. Épidémiologie :**

Ils surviennent à tous les âges ; fréquent chez les jeunes enfants [33].

Chez l'adulte il s'agit fréquemment d'appareil dentaire) [2].

Les micropiles posent des problèmes particuliers. Enclavées dans l'œsophage elles risquent d'entraîner une perforation rapide (en moins de 6 heures), par création d'un courant électrochimique localisé.

Sa présence dans l'œsophage nécessite donc une extraction rapide [2].

Le traitement est le plus souvent endoscopique.

Le risque est la perforation suivie de médiastinite [2,33].

### **7.2. Le diagnostic positif :**

Un corps étranger intra-œsophagien se traduit par l'apparition d'une dysphagie, voire d'une aphagie, avec hyper sialorrhée s'il obstrue entièrement l'œsophage. Une radiographie simple peut mettre en évidence un corps étranger radio-opaque (os, crochet d'appareil dentaire). La fibroscopie, permet de visualiser le corps étranger et de l'extraire s'il n'est ni enclavé, ni trop volumineux [2,33].

### **7.3. Conduite à tenir :**

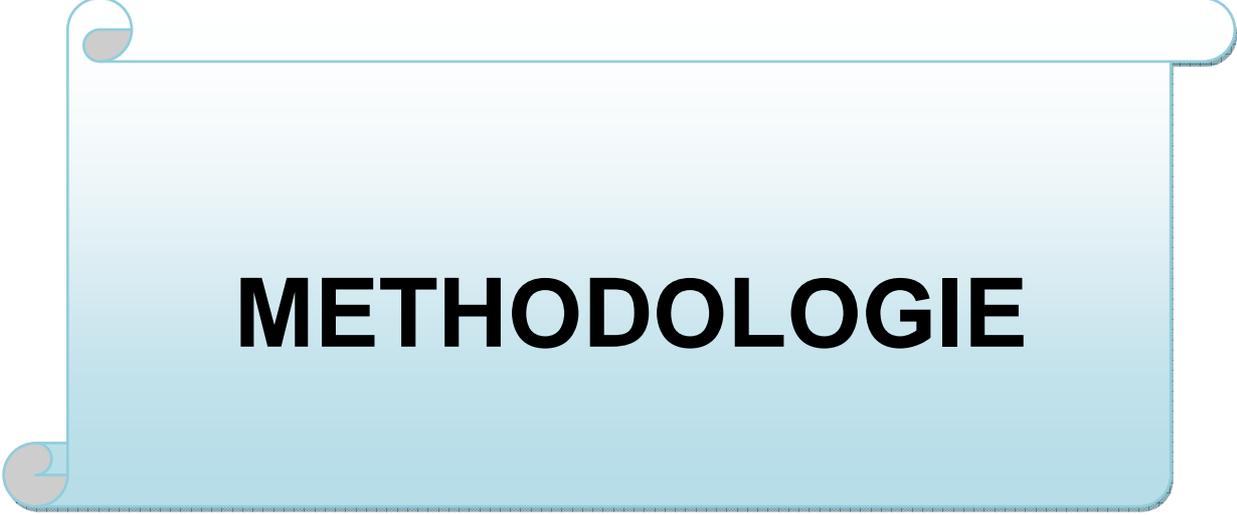
**Le but :** soulager le patient et éviter les complications

**Les moyens :** endoscopiques et chirurgicaux.

**Les indications :** Le traitement de choix reste l'oesophagoscopie au tube rigide sous anesthésie générale.

L'extraction peut s'avérer délicate en cas de corps étranger enclavé ou contondant nécessitant une œsophagotomie. [2,33]

**L'évolution** : elle est favorable dans la majorité des cas. En effet, une manœuvre trop agressive risque d'entraîner une perforation œsophagienne, avec risque de médiastinite. Une perforation peut survenir spontanément en cas de corps étranger agressif. Elle doit être suspectée devant une dysphagie associée à une fièvre et à un emphysème. Un traitement médical peut être tenté en cas de brèche minime non compliquée vue précocement associant antibiothérapie à large spectre par voie veineuse et alimentation parentérale ou par une sonde nasogastrique. En cas de brèche large diagnostiquée tardivement, ou de complication (médiastinite), une chirurgie de drainage avec éventuellement suture doit être pratiquée. [2 ,33]



# **METHODOLOGIE**

#### **IV. Cadre, malades, matériels et méthode :**

##### **1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali) qui est le seul centre de référence hospitalières de recourt de la spécialité au Mali.

Le Mali compte 9 médecins ORL pour 12 millions d'habitants établis sur 1240 192 km<sup>2</sup>, tous exerçant dans la capitale.

Des infirmiers formés à l'INFSS (institut National de formation en Sciences de la Santé) en , tant que spécialistes ORL niveau infirmier assurent la consultation ORL de première intention à l'intérieur du pays et dans le district de Bamako , qui compte 8 régions administratives et le district de Bamako.

##### **1.1. Le CHU Gabriel Touré**

###### **❖ Historique**

Au Mali la première loi qui marque la décolonisation juridique du système hospitalier date de 1968, mettant fin à la loi coloniale de 1958. L'unique hôpital à l'époque, celui du Point G, crée en 1913, fonctionnait dans les locaux réduits réservés aux besoins exclusifs de l'armée et de l'administration coloniale. Il a fallu attendre les années 50 pour voir l'hôpital s'agrandir et recevoir les autochtones (indigènes).

Pour répondre aux besoins croissants des populations, la création de nouvelles structures hospitalières s'imposait. La première réalisation à cet effet fut la transformation en 1958 de l'ancien dispensaire central de Bamako en Hôpital. Cette nouvelle formation, inaugurée le 17 février 1959 a été baptisée « Hôpital Gabriel Touré ». Elle doit son nom à la mémoire d'un étudiant de

la Haute -Volta (actuel Burkina Faso) qui est décédé en juin 1934 en pleine activité lors d'une épidémie de peste au Mali.

❖ **Site**

Situé en plein centre du district de Bamako, le CHU Gabriel Touré demeure la structure hospitalière la plus sollicitée des trois hôpitaux nationaux. Il est fréquenté non seulement par les populations de la capitale, mais aussi par les patients en provenance des autres régions du pays.

En plus, il dispose de certains services spécialisés tels que : l'oto-rhino-laryngologie, la neurochirurgie, la pédiatrie et la chirurgie infantile qui sont uniques au Mali.

**Son infrastructure comporte :**

- Une direction ;
  - Un bureau des entrées avec les différents boxes de consultations ;
  - Sept départements comprenant 26 services :
- ❖ Le département de médecine comprend 7 services (Gastro-entérologie, Cardiologie, Neurologie, Diabétologie, Dermatologie, Infectiologie, l'unité de dermatologie).
  - ❖ Le département de chirurgie avec 7 services ( Chirurgie générale, Traumatologie orthopédie, Oto- rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Chirurgie pédiatrique, Urologie, Neurochirurgie ; le service de médecine physique ( kinésithérapie).
  - ❖ Le département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence composé de 3 services ( service d'anesthésie, le service de réanimation, le service de la médecine d'urgence)
  - ❖ Le département de Gynécologie avec 2 services ( le service de gynécologie et le service d'obstétrique) ;

- ❖ Le département des services médico - techniques comprend 2 services ( le laboratoire, et la pharmacie hospitalière) ;
- ❖ Le département d'imagerie médicale comprend 2 services ( le service de scanner , le service de mammographie et radiologie conventionnelle) ;
- ❖ Le département de pédiatrie comprend 2 services ( le service de pédiatrie générale et le service néonatalogie) ;
- Le service de maintenances et le service social sont placés en staff à la direction générale de l'hôpital.
- L'unité d'hygiène et assainissement est rattachée à la surveillance générale.
- La morgue est rattachée à la direction médicale.
- La cuisine est rattachée à la direction administrative.

Chaque département est dirigé par un chef de département nommé parmi la hiérarchie des médecins universitaires. Les services sont dirigés par les chefs de services et les unités par les chefs d'unités issus de la catégorie des médecins universitaires ou hospitaliers.

L'hôpital a une capacité de 459 lits

## **1.2. Le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**

Situé presque au centre du CHU-GT est un service spécialisé qui reçoit et soigne tous les sujets, quel que soit l'âge, présentant des affections de son domaine.

Ce service est dirigé par notre Maître, le Professeur Alhousseini AG MOHAMED.

### **• L'infrastructure du service d'ORL comporte**

- Un pavillon de consultation avec trois box de consultation
- Un pavillon d'hospitalisation (10 salles) avec une capacité de 28 lits

- Une salle d'audiométrie (exploration fonctionnelle)
- Deux blocs opératoires avec une salle de réveil
- Une salle de soins
- 6 bureaux des médecins
- Deux salles de gardes
- Un bureau pour le major
- Une salle de garde pour les manœuvres
- Une salle de réunion
- **Les ressources humaines du service**

Le service d'ORL et CCF dispose d'un personnel comprenant :

- Un Professeur titulaire d'ORL à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ;
- Deux maîtres de conférences ;
- Trois maîtres assistants ;
- Un médecin hospitalier (Médecin militaire);
- Six internes des hôpitaux ;
- Quatre médecins en formation pour le certificat d'étude spécialisée (CES) ;
- Huit assistants médicaux (infirmiers diplômés d'état).
- Deux techniciens de santé ;
- Un secrétaire ;
- Un technicien de surface.

## **2. Malades:**

Il s'agit de cent soixante dossiers de malades ayant été suivis et traités pour urgences ORL.

## **3. Matériel d'étude :**

Les dossiers des patients

## **4. Méthode d'étude :**

### **❖ Type de l'étude :**

C'est une étude descriptive prospective

❖ **Période d'étude :**

La série a été colligée du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 31 août 2011 inclus dans le service ORL de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako, soit 6 mois.

❖ **Critères d'inclusion:**

Ont été inclus dans cette étude tous les patients admis en ORL pour une affection classée urgence de la spécialité pendant la période comprise entre 1<sup>er</sup> mars 2011 au 31 août 2011 inclus et qui ont accepté volontiers de faire partie de cette étude.

Pour chaque patient inclus il a été retenu les données suivantes :

- Sociodémographiques (âge, sexe, origine géographique, situation socioprofessionnelle) ;
- Cliniques (délai, type d'urgence, étiologie),
- Prise en charge et évolutives.

❖ **Critères de non inclusion:**

Tous les patients reçus dans le service pour autre pathologie non classées urgences .

❖ **Analyse et traitement des données:**

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel épi info version 6.

Le traitement de texte et les tableaux ont été effectués sur les logiciels WORD 2003 et 2007 et Excel 2007, WINDOW Vista et WINDOW 7.



***RESULTATS***

## V. RESULTATS

### 1 - Données épidémiologiques

- **Fréquence des urgences ORL**

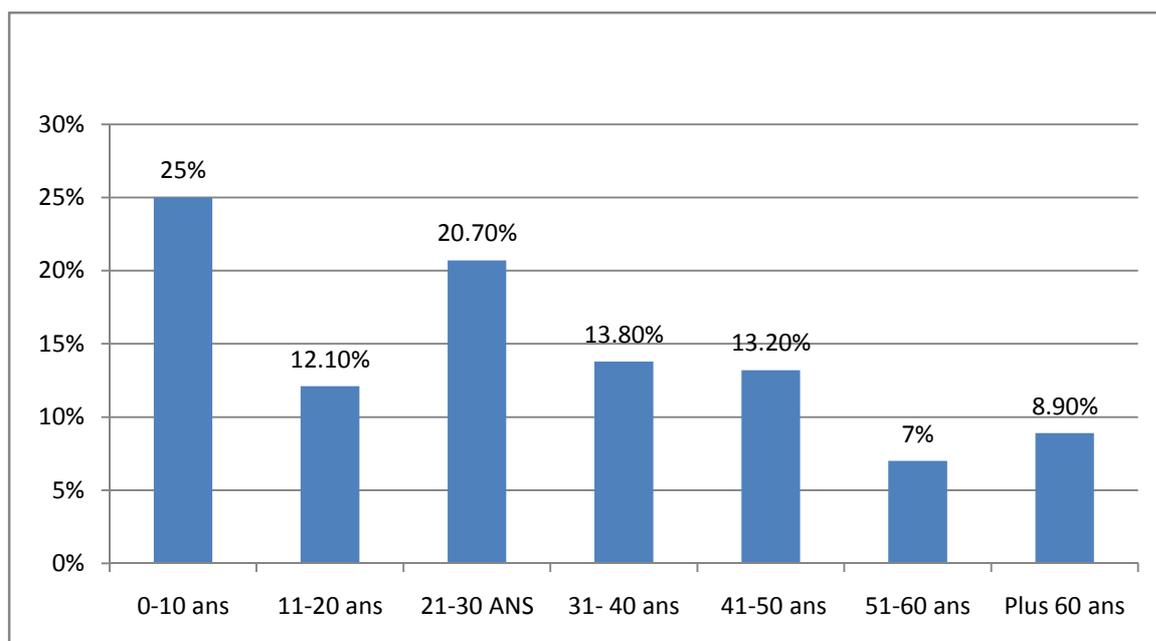
Du 1<sup>er</sup> Mars au 31 août 2011 soit une période de 6 mois, le service a enregistré 3643 consultants.

Parmi ces malades figuraient 160 cas d'urgences soit 4.40 % des consultants.

- **Tableau I: Répartition des cas en fonction de l'âge**

<i>Tranche d'âge (année)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>0 -10</i>	<i>40</i>	<i>25,00</i>
<i>11-20</i>	<i>19</i>	<i>12,10</i>
<i>21-30</i>	<i>33</i>	<i>20,70</i>
<i>31-40</i>	<i>22</i>	<i>13,80</i>
<i>41-50</i>	<i>21</i>	<i>13,20</i>
<i>51- 60</i>	<i>11</i>	<i>7,00</i>
<i>+ 60</i>	<i>14</i>	<i>8,90</i>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b><i>160</i></b>	<b><i>100</i></b>

Les enfants de 0-10 ans étaient majoritaires avec 40 malades soit 25% des cas.



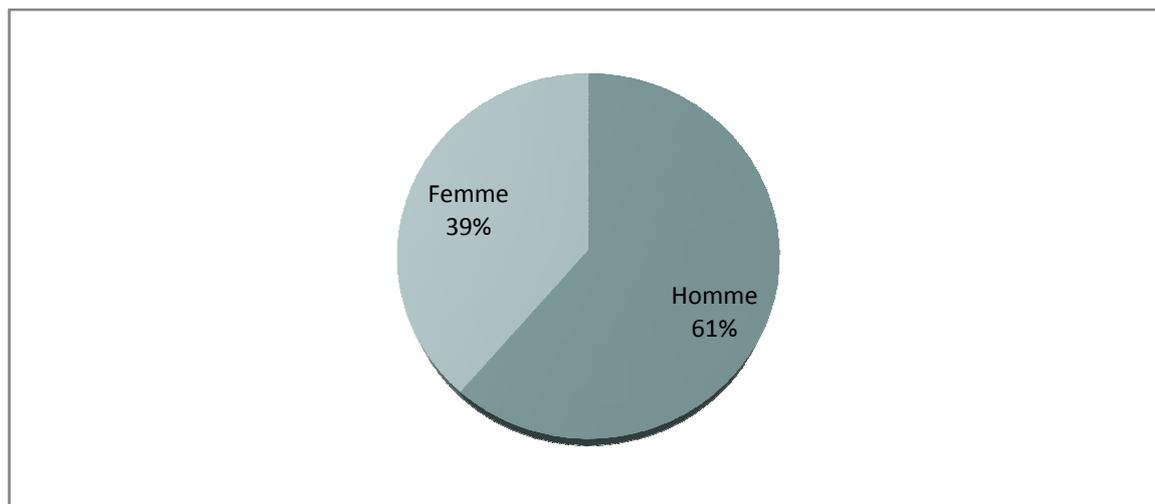
**Figure 1 : Répartition des cas en fonction de l'âge**

Les enfants de 0-10 ans étaient majoritaires avec 40 malades soit 25% des cas.

• **Tableau II : Répartition des cas en fonction du sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Homme</b>	98	61,30
<b>Femme</b>	62	38,70
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

**Le sexe ratio est 1,58**



**Figure 2** : Répartition des cas en fonction du sexe

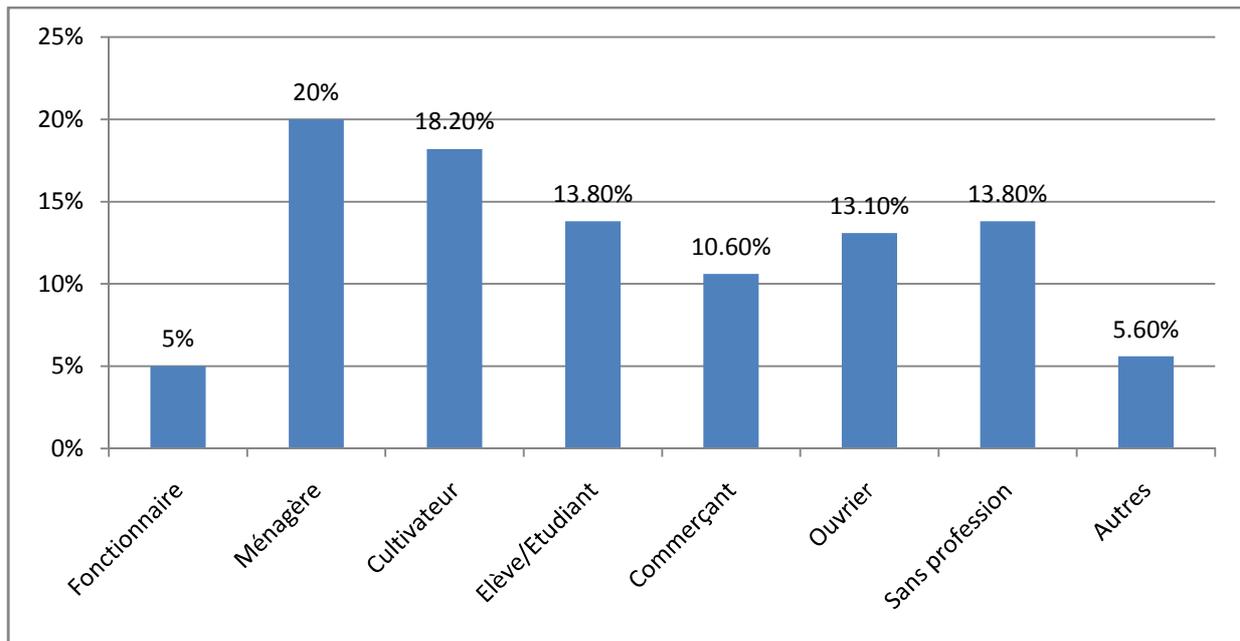
Le sexe masculin est le plus concerné avec 98 malades soit 61,30% .

Le sexe féminin représentait 62 cas soit 38,70%.

**Le sexe ratio est 1,58**

- **Tableau III: Répartition des cas d'urgence en fonction de la profession des malades**

<i>Profession</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Ménagère</i>	<b>32</b>	<b>20,00</b>
<i>Cultivateur</i>	<b>29</b>	<b>18,20</b>
<i>Elève/Étudiant</i>	<b>22</b>	<b>13,80</b>
<i>Sans profession</i>	<b>22</b>	<b>13,8</b>
<i>Ouvrier et artisan</i>	<b>21</b>	<b>13,10</b>
<i>Commerçant</i>	<b>17</b>	<b>10,50</b>
<i>Autres</i>	<b>9</b>	<b>5,60</b>
<i>Fonctionnaire</i>	<b>8</b>	<b>5,00</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>



**Figure 3** : Répartition des cas en fonction de la profession des malades

Les ménagères ont été les plus représentées dans notre série (32 cas soit 20,00%) . Elles sont suivies les cultivateurs avec 29 malades soit 18,20%.

- **Tableau IV : Répartition des cas d'urgence en fonction de la provenance des malades**

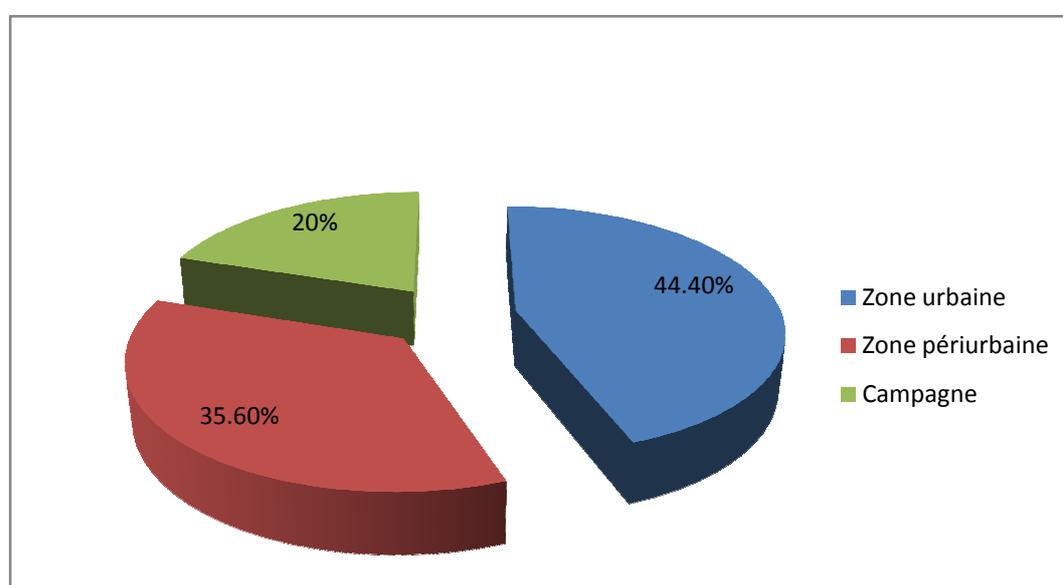
<i>Provenance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Bamako</i>	<b>107</b>	<b>66,90</b>
<i>Kayes</i>	9	5,60
<i>Koulikoro</i>	21	13,10
<i>Sikasso</i>	6	3,80
<i>Ségou</i>	11	6,90
<i>Mopti</i>	2	1,30
<i>Gao</i>	1	0,60
<i>Tombouctou</i>	1	0,60
<i>Kidal</i>	1	0,60
<i>Autre (Guinée)</i>	1	0,60
<i>Total</i>	<b>160</b>	<b>100</b>

**107** de nos malades venaient du district de Bamako soit 66,90% des cas.

Dans notre série seule la Guinée était représentée comme pays étranger avec 1 patient soit 0,60% des cas.

- **Tableau V** : Répartition des cas d'urgence en fonction du lieu de résidence des patients

<i>Résidence</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Zone urbaine</i>	<b>71</b>	<b>44,40</b>
<i>Zone périurbaine</i>	<b>57</b>	<b>35,60</b>
<i>Campagne</i>	<b>32</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>



**Figure 4** : Répartition des cas en fonction du lieu de résidence

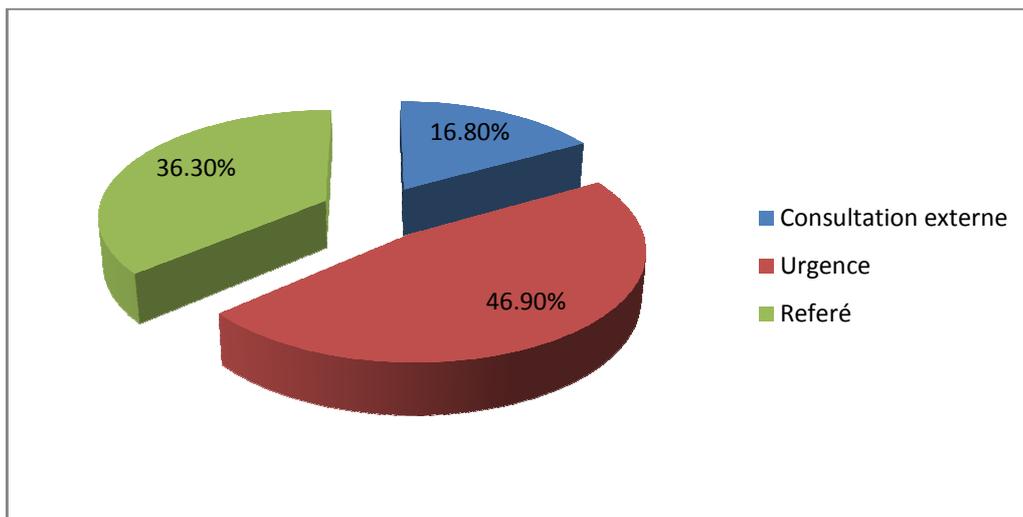
Les patients vivant en zone urbaine constituaient la majorité des cas dans notre série avec 71 patients soit 44,40% des cas.

- **Tableau VI: Répartition des cas en fonction du statut matrimonial des patients**

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Célibataire</i>	<b>82</b>	<b>51,30</b>
<i>Marié</i>	<b>72</b>	<b>45,00</b>
<i>Veuf</i>	4	2,50
<i>Divorcé</i>	2	1,30
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

82 malades étaient des célibataires et des enfants, soit 51,30% des cas et 72 malades étaient mariés soit 45,00%.

- **Mode de recrutement des Malades**



**Figure 5 :** Répartition des cas selon le mode de recrutement

- 46,90% des patients avaient été reçus en urgence pendant les gardes, soit 75 cas ;
- 36,30% des cas avaient été référé soit 58 patients;
- 16,80% (27 cas) avaient été reçus en consultation externe).

## 2 - DONNEES CLINIQUES

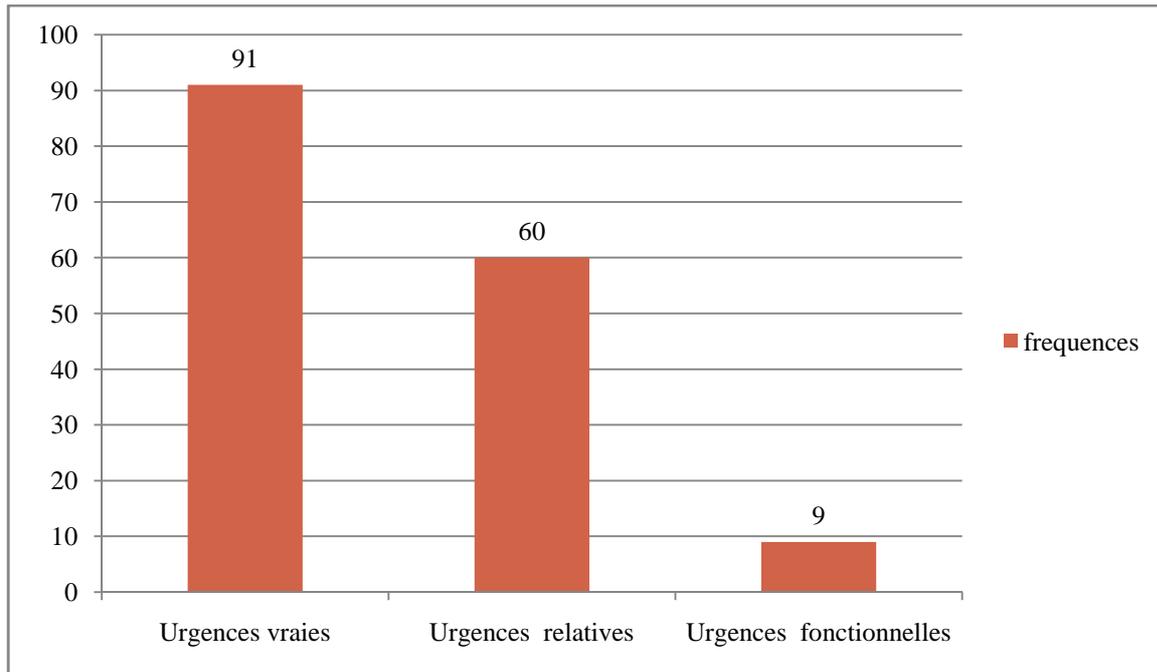
**Tableau VII : Selon le délai de consultation des patients**

<i>Délai</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Avant 6 heures</i>	51	31,87
<i>De 6heures - 24h</i>	33	20,63
<i>Plus de 24 heures</i>	76	47,50
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

- 84 de nos malades (52,50 %) avaient été reçus dans les 24 premières heures et 76 malades au-delà de 24 heures soit 47,50% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des cas en fonction du type d'urgence**

<i>Type d'urgence</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Urgences vraies</i>	91	56,90
<i>Relatives</i>	60	37,50
<i>Fonctionnelles</i>	9	5,60
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>



**Figure 6 : Répartition selon le type d'urgence**

- Les urgences vraies (hémorragies, dyspnées obstructives) représentent la majorité des cas de notre série avec 91 patients soit 56,90%.
- Les urgences relatives (infectieuses, les corps étrangers de l'œsophage) représentent 60 cas soit 37,50%.
- Les urgences fonctionnelles (vertiges, surdités brusques et paralysies faciales périphériques) occupaient 5,60% avec 9 patients des cas de notre série.

- Répartition des cas en fonction des étiologies

- ❖ **Tableau IX : Les étiologies hémorragiques**

<b><i>Etiologie</i></b>	<b><i>Fréquence</i></b>	<b><i>Pourcentage en (%)</i></b>
<i>Epistaxis spontanées</i>	38	23,80
<i>Epistaxis traumatiques</i>	23	14,40
<i>Hémorragies pharyngées post amygdalectomie</i>	1	0,60
<i>Hémorragies cervicales post trauma</i>	2	1,30
<i>Hémorragies cervicales post chirurgicales</i>	0	0,00
<i>Hémorragies pharyngo – laryngées post biopsie</i>	0	0,00
<i>Hémorragies sur cancer</i>	2	1,30
<i>Otorragies post trauma</i>	3	1,90
<b><i>Total</i></b>	<b>69</b>	<b>43,12</b>

- Les étiologies ont été dominées par les hémorragies 69 cas (43,13 %) parmi ces cas d'hémorragie les épistaxis (spontanées et post traumatiques) occupaient 38,20% dans notre série soit 61 cas.

NB : les cas de traumatismes faciaux avec épistaxis uniquement ont été considérés comme des urgences hémorragiques.

❖ **Tableau X : Les étiologies infectieuses**

<b><i>Etiologie</i></b>	<b><i>Fréquence</i></b>	<b><i>Pourcentage en (%)</i></b>
<i>Otites externes malignes</i>	0	0,00
<i>Urgences infectieuses sinusiennes</i>	5	3,10
<i>Urgences infectieuses laryngées</i>	3	1,90
<i>Cellulites cervico-faciales</i>	27	16,90
<i>Urgences infectieuses pharyngées (phlegmon péri-amygdalien, et abcès rétro-pharyngés, angines aigues hyperalgiques ou dyspnéïques de l'enfant)</i>	15	9,50
<b><i>Total</i></b>	<b>50</b>	<b>31,25</b>

- Les infections ORL occupent la 2<sup>ème</sup> place des étiologies rencontrées dans notre série avec 50 cas (31,25 %).

Les cellulites cervico-faciales occupaient la majorité des étiologies infectieuses avec 27 cas soit 16,90% de notre série, suivies des infections pharyngées avec 15 cas soit 9,50% des cas dans notre série.

**NB :** Dans notre série nous n'avons rencontré aucun cas d'otite externe maligne.

❖ **Tableau XI : Les étiologies de dyspnée respiratoire**

<i>Etiologies</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage en (%)</i>
<i>Corps étrangers obstructifs du nez</i>	0	0,00
<i>Tumeurs obstructives du nez</i>	0	0,00
<i>Imperforations choanales</i>	2	1,30
<i>Corps étrangers pharyngés</i>	3	1,90
<i>Tumeurs pharyngés</i>	1	0,60
<i>Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques</i>	10	5,92
<i>Papillomatoses dyspneïsantes du larynx</i>	1	0,60
<i>Cancers laryngés dyspneïsantes</i>	5	3,10
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13,75</b>

- Les étiologies de dyspnée respiratoire représentaient 13,75% des cas de notre série avec 22 patients. Parmi ces étiologies de dyspnée respiratoire, les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques étaient majoritaires avec 10 patients soit 5,92% des cas de notre série.

❖ **Tableau XII : Les étiologies pharyngo-œsophagiennes**

<b><i>Etiologies</i></b>	<b><i>Fréquence</i></b>	<b><i>Pourcentage en (%)</i></b>
<i>Corps tranchants</i>	2	1,25
<i>Corps pointus</i>	2	1,25
<i>Brulure caustique, Acide</i>	2	1,25
<b><i>Total</i></b>	<b>6</b>	<b>3,75</b>

- Dans notre série nous n'avons recruté que des étiologies d'urgence œsophagienne qui pouvaient menacer à court terme le pronostic fonctionnel et vital des patients. Ainsi nous avons retrouvé 6 cas d'étiologie œsophagienne soit 3,75% des cas de notre série.

❖ **Tableau XIII : Les déficits aigus neurosensoriels**

<b><i>Etiologie</i></b>	<b><i>Fréquence</i></b>	<b><i>Pourcentage en (%)</i></b>
<i>Paralysies faciales brusques</i>	5	3,13
<i>Vertige aigu</i>	2	1,25
<i>Surdités de perceptions brutales</i>	2	1,25
<b><i>Total</i></b>	<b>9</b>	<b>5,63</b>

- Les déficits aigus neurosensoriels occupaient 5,63% des cas de notre série soit 9 patients. Les paralysies faciales périphériques dominaient légèrement avec 5 patients soit 3,13% des cas de notre série.

❖ **Tableau XIV : Les traumatismes cervicaux**

<b><i>Etiologie</i></b>	<b><i>Fréquence</i></b>	<b><i>Pourcentage</i></b>
<i>Trauma ouvert du cou</i>	3	1,90
<i>Trauma fermé du cou</i>	1	0,60
<b><i>Total</i></b>	<b>4</b>	<b>2,50</b>

Les traumatismes cervicaux occupaient 2,5% des cas de notre série avec 4 patients dont trois (3) qui présentaient une plaie ouverte soit 1,9%.

• **Tableau XV : Répartition des cas en fonction des étiologies et de l'âge des patients**

Age \ Etiologie	0-4	5-14	15-30	31-45	46 - 60	+ de 60	Total
Hémorragies (épistaxis)	4	7	17	13	15	8	64 (40%) <i>p=0,012</i>
Déficits neurosensoriels	2	0	3	2	1	1	9 (5,63%)
Etiologies infectieuses	5	8	19	8	4	6	50 (31,25%)
Les dyspnées obstructives	12	2	2	3	2	1	22 (13,75%)
Traumatismes	0	1	2	0	1	0	4 (2,5%)
Brûlures	2	0	0	0	0	0	2 (1,25%)
Corps étrangers de l'œsophage	1	0	0	1	1	1	4 (2,5%)
Autres	1	2	1	1	0	0	5 (3,125%)
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>160(100%)</b>

- Les épistaxis constituaient la pathologie la plus fréquente avec 64 malades (40%) .
- les jeunes de 15-30 ans représentaient 17 malades soit 26,56 % des cas d'épistaxis , suivis
- de la tranche d'âge de 46-60ans avec 15 cas soit 23,44% des cas d'épistaxis, puis

- de la tranche d'âge de 31-45 ans avec 13 cas soit 20,31% des cas d'épistaxis.
- La tranche d'âge la plus concernée par les pathologies infectieuses était les jeunes de 15-30 avec 19 malades soit 38% des cas de pathologie infectieuse. ***p= 0,493 (en ligne)***
- les enfants de 0-4 ans étaient les plus concernés par les dyspnées aiguës obstructives avec 12 malades soit 54,5% des cas de dyspnées ; ***p=0,0006 (en ligne)***
- **Tableau XVI : Répartition des cas en fonction des étiologies et du sexe des patients**

Sexe Etiologie	Homme	Femme	Total
Hémorragies (épistaxis)	39	25	64
Déficits neurosensoriels	5	4	9
Etiologies infectieuses	29	21	50
Les dyspnées obstructives	14	8	22
Traumatismes	3	1	4
Brûlures	1	1	2
Corps étrangers de l'œsophage	4	0	4
Autres	3	2	5
<b>Total</b>	<b>98</b> <b>(61,25%)</b>	<b>62</b> <b>(38,75)</b>	<b>160</b> <b>100%</b>

$\chi^2 = 3,36$  ; ***p= 0,849***

- Le sexe masculin occupait 60,94% des cas d'épistaxis avec 39 malades et le sexe féminin 39,06% soit 25 patientes. **Sexe ratio= 1,69**

- Le sexe masculin représentait 58% des cas de pathologie infectieuse soit 29 malades. **Sexe ratio= 1,38**
- Le sexe masculin prédominait aussi dans le cas des dyspnées obstructives avec 14 malades soit 63,64 % des cas de dyspnée contre 8 malades de sexe féminin (36,36%). **Sexe ratio= 1,75**
- Sur les 9 cas de déficit aigu neurosensoriel 5 malades soit 55,6% des cas de déficits aigus neurosensoriels sont de sexe masculin et 4 malades (44,4%) de sexe féminin. Sexe ratio= 1,25%
- 3 des 4 cas de traumatisme (hormis ceux qui ont été à l'origine d'épistaxis) sont de sexe masculin soit 75% des cas de traumatisme contre 1 cas de sexe féminin (25%). **Sexe ratio = 3**
- Le sexe ratio des 2 cas de brûlures bucco-pharyngo-œsophagiens était de 1 .
- Les 4 cas de corps étranger pharyngo-œsophagien dangereux étaient de sexe masculin.

• **Tableau XVII : Répartition des cas selon l'étiologie et la profession des patients**

Profession Etiologies	Fonctionnaire	Ménagère	Cultivateur	Elève/ Etudiant	Commerçant	Ouvrier	Sans profession	Autre	TOTAL
Hémorragies	4	16	7	18	5	11	6	2	69
Déficits neurosensoriels	1	2	1	0	2	1	0	2	9
Etiologies Infectieuses	3	10	12	4	6	8	6	1	50
Les dyspnées obstructives	1	3	4	1	0	2	6	5	22
Traumatismes	0	1	0	1	1	1	0	0	4
Brûlures	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Corps étrangers de l'œsophage	1	0	0	0	0	1	1	1	4
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>160</b>

$$x^2= 0,1098 ; p= 0,00000001$$

- Le groupe des élèves et étudiants représentaient 26,09% des cas d'hémorragie avec 18 malades, suivis des ménagères 25,00% et puis des ouvriers 17,19% des cas d'hémorragie.
- Les ouvriers et les ménagères ont représenté chacun 22,20% des cas de déficits aigus neurosensoriels .

- Le groupe des élèves et étudiants et les sans profession n'étaient pas concernés par cette pathologie ;
- 12 malades soit 24,00% des cas de pathologie infectieuse étaient des cultivateurs, les fonctionnaires ne représentaient que 1,25% des cas de pathologie infectieuse soit 2 malades.
- Les malades sans profession (y compris les enfants non scolarisés) représentaient la majorité des cas de dyspnées aiguës obstructives avec 6 patients soit 27,30% des cas de dyspnée.

• **Tableau XVIII : Répartition des cas en fonction de l'étiologie et de la provenance des patients**

<i>Etiologie</i> <i>Pro</i> <i>Venanc</i> <i>ce</i>	<i>Hémor</i> <i>ragies</i> <i>(épista</i> <i>xis)</i>	<i>Déficit</i> <i>s</i> <i>neuros</i> <i>ensori</i> <i>els</i>	<i>Etiologie</i> <i>s</i> <i>infectieu</i> <i>ses</i>	<i>Dyspnée</i> <i>s</i> <i>obstruct</i> <i>ives</i>	<i>Traumati</i> <i>smes</i>	<i>Brûlur</i> <i>es</i>	<i>Corps</i> <i>étrang</i> <i>ers de</i> <i>l'œso</i> <i>phage</i>	<i>TOTA</i> <i>L</i>
<b>Bamako</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>107</b>
<b>Kayes</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>Koulikor</b> <b>o</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>
<b>Sikasso</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Ségou</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
<b>Mopti</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Gao</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Tombouc</b> <b>to</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Kidal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Autre</b> <b>(Guinée)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>9</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>160</b>

- 51 malades sur 69 reçus pour une hémorragie, provenaient du district de Bamako soit 73,90% des cas d'hémorragie .

Toutes les pathologies de notre série étaient plus représentées à Bamako que dans les autres provenances géographiques.

- **Tableau XIX : Répartition des cas en fonction de l'évolution immédiate de la maladie**

<i>Evolution</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<b>Favorable</b>	<b>146</b>	<b>91,20</b>
<b>Stationnaire</b>	<b>6</b>	<b>3,80</b>
<b>Aggravation</b>	<b>6</b>	<b>3,80</b>
<b>Décès</b>	<b>2</b>	<b>1,20</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Dans notre série, l'évolution immédiate a été favorable chez 146 malades

**(91,20%).**

**NB :** Nous avons rencontré 2 cas de décès (1,20%).

- **Tableau XX : Répartition des cas selon l'évolution immédiate et le sexe des patients**

<b>Evolution</b>	<b>Favorable</b>	<b>Stationnaire</b>	<b>Aggravation</b>	<b>Décès</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Sexe</b>					
<b>Masculin</b>	<b>89</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>98</b>
<b>Féminin</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>62</b>
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>160</b>

$\chi^2 = 4,47$  ;  $p = 0,214$

- 89 cas d'évolution favorable étaient de sexe masculin soit 60,96% des cas. Sexe ratio = 1,56
- Les 2 cas de décès rencontrés dans notre série étaient tous de sexe féminin.

- **Tableau XXI : Répartition des cas selon l'évolution immédiate et la profession des patients**

Evolution Profession	Favorable	Stationnaire	Aggravation	Décès	TOTAL
Fonctionnaire	7	0	1	0	8
Ménagère	28	2	1	1	32
Cultivateur	25	1	2	1	29
Elève/Etudiant	21	1	0	0	22
Commerçant	16	0	1	0	17
Ouvrier	21	0	0	0	21
Sans profession	21	0	1	0	22
Autre	7	2	0	0	9
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>160</b>

$p= 0,00022$

- Les 2 cas de décès rencontrés concernaient les ménagères et les cultivateurs avec 1 malade pour chacune des 2 professions soit 0,63% des cas de notre série.

- **Tableau XXII** : Répartition des cas en fonction de l'évolution immédiate et de l'étiologie

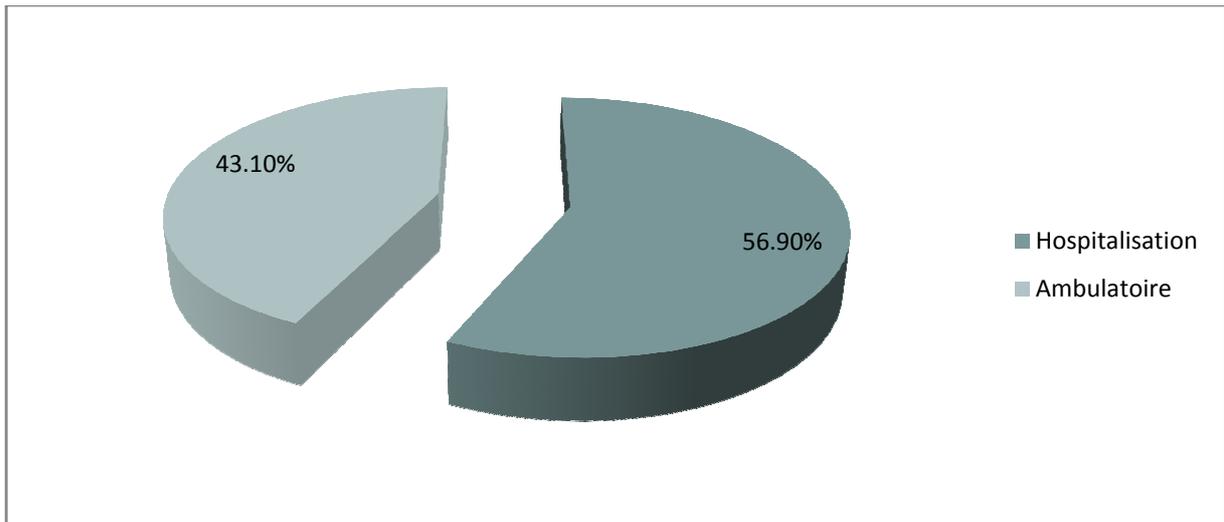
ETIOLOGIE EVOLUTION	Hémorragies (épistaxis)	Déficits neurosensoriels	Etiologies infectieuses	Dyspnées obstruc- tives	Traumatismes	Brûlures	Corps étrangers de l'œsophage	TOTAL
<b>Favorable</b>	65	7	46	19	2	2	4	145
<b>Stationnaire</b>	3	1	1	1	0	0	0	6
<b>Aggravation</b>	1	1	2	2	1	0	0	7
<b>Décès</b>	0	0	1	0	1	0	0	2
<b>TOTAL</b>	69	9	50	22	4	2	4	160

$p= 0,0003$  pour les déficits neurosensoriels

$p=0,00000001$  pour les pathologies infectieuses, hémorragiques et respiratoires

- Les pathologies infectieuses et traumatiques ont été responsables des 2 cas de décès avec 1 cas pour chaque pathologie soit 0,63% des cas de notre série.

• Répartition des cas selon le mode de suivi des malades :



**Figure 7 : Répartition en fonction du mode de suivi**

Le taux d'hospitalisation a été de 56,90 % soit 91 hospitalisations contre 43,10 % (69 patients) de suivis à titre ambulatoire.

• **Tableau XXIII : Répartition des cas selon l'évolution immédiate et le mode de suivi des malades**

Evolution \ Mode de suivi	Favorable	Stationnaire	Aggravation	Décès	TOTAL
Hospitalisation	78	5	6	2	91
Ambulatoire	68	1	0	0	69
Total	146	6	6	2	160

$\chi^2 = 8,49$  ;  $p = 0,0369$

Les cas de décès observés dans notre série ont été des patients qui ont bénéficié d'une hospitalisation.

N B : l'une des 2 patientes est décédée 1 heure environ après son admission en hospitalisation.



***COMMENTAIRES ET  
DISCUSSION***

## VI. Commentaires et discussion

### 1 - Données épidémiologiques

#### • **Fréquence**

Les urgences ORL ont été relativement fréquentes dans notre pratique puisqu'elles représentent 4,4% de nos consultants.

**HOUNKPE et coll.** au Bénin [34] et **OUOBA et coll.** [35] au Burkina Faso ont rapporté cette relative fréquence.

#### • **L'âge :**

Les enfants de 0-10 ans étaient majoritaires avec 40 malades soit 25% des cas dans notre série. Ainsi l'enfant le plus jeune est le plus exposé dans notre contexte.

Ces résultats corroborent avec ceux de **OUOBA et Coll.** [35] au Burkina Faso qui rapportent 38,70% des cas chez les enfants de 0-14 ans.

**K. AMZIL** [4] au Maroc retrouve 24,86 % des cas dans sa série chez les enfants de 0-3 ans.

**N.P RAMAROZATOVO et coll.** [36] à Madagascar ont retrouvé 57,37%.

Plusieurs raisons sous-tendent cet état de fait :

- L'âge de préhension situé autour de la deuxième année de vie, l'enfant a tendance à porter les objets qu'il ramasse au niveau de ses orifices naturels (oreilles, fosses nasales, bouche) ce qui favorise la survenue des corps étrangers des VADS ;
- Le caractère turbulent des petits garçons les expose aux traumatismes ;
- Enfin l'immaturation du système immunitaire de l'enfant explique sa plus grande sensibilité aux infections

- **Le sexe**

Le sexe masculin est le plus concerné avec 98 malades soit 61,3%.

**Le sexe ratio est 1,58**

Ce constat fait dans notre étude est confirmé par la plupart des auteurs. Ainsi **OUOBA et coll.** [35] au Burkina a trouvé un sexe ratio= 3,77 alors que **K. AMZIL [4]** dans sa série a retrouvé une fréquence de 61,34% de sexe masculin contre 38,66% de sexe féminin ;

Ceci s'explique par le fait que le sexe masculin constitue la frange la plus active de la population, ce qui l'exposerait plus aux affections.

- **La profession des malades**

Les ménagères constituent la frange la plus représentée dans notre série avec 32 cas soit 20% suivies des cultivateurs 29 malades soit 18,20% ensuite par les sans professions 22 cas soit 13,8% et ensuite des ouvriers avec 21 cas , soit 13,10%.

Ceci peut s'expliquer par le faible niveau de revenu de ces couches socioprofessionnelles, ce qui limiterait leur capacité de se procurer des soins de qualité à temps.

**OUOBA et coll.** [35] dans sa série rapporte la prédominance du trio cultivateurs, ouvriers et artisans avec 87 cas (70,16 %).

- **La provenance des malades**

**107** de nos malades venaient du district de Bamako soit 66,90% des cas.

Dans notre série seule la Guinée était représentée comme pays étranger avec 1 patient soit 0,60% des cas.

Ce constat s'expliquerait par la densité démographique élevée à Bamako d'une part et la proximité de notre seul centre de recrutement (situé dans cette ville) avec notre population cible.

- **Le lieu de résidence des patients**

Les patients vivant en zone urbaine constituaient la majorité des cas dans notre série avec 71 patients soit 44,40% des cas.

Nous expliquons cette prédominance par la densité démographique dans la ville de Bamako, où se trouve notre seul centre de recrutement.

- **Le statut matrimonial des patients**

82 malades étaient célibataires soit 51,3% des cas et 72 malades étaient mariés soit 45%.

Il n'existe pas une grande différence entre la fréquence des célibataires et des patients mariés.

Le statut matrimonial n'a pas d'influence sur la survenue de pathologie d'urgence ORL.

- **Le mode de recrutement des Malades**

- 46,9% des patients avaient été reçus en urgence pendant les gardes, soit 75 cas ; 36,3% soit 58 cas avaient été référés; 16,8% (27 cas) avaient été reçus en consultation externe (ordinaire).

**OUOBA et coll.** [35] au Burkina ont retrouvé 89 patients , soit 71,77 % des cas reçus lors de la garde et 35 malades (28,23 %) aux heures ouvrables

Cette fréquence élevée des patients reçus pendant les gardes peut s'expliquer par le caractère bruyant des urgences ORL pour les malades . Ceux- ci devant cet état « insolite » décident de consulter le plus tôt possible.

## 2 - DONNEES CLINIQUES

- **Le délai de consultation**

Le délai entre les premiers signes et la consultation ORL a varié de quelques heures à 29 jours avec une moyenne de 4 jours .

- 84 de nos malades (52,5 %) avaient été reçus dans les 24 premières heures et 76 malades au-delà de 24 heures soit 47,5% des cas.

- **Le type d'urgence**

- Les urgences vraies représentaient dans notre série 56,9% des cas (urgences hémorragiques 43,13% et les dyspnées laryngées 13,75% quelle qu'en soit leur cause) ; les urgences relatives (urgences infectieuses, corps étrangers pharyngo-oesophagiens) 37,5% des cas ; les urgences fonctionnelles (surdités brusques, vertige et paralysies faciales ), représentaient 5,6% des cas .

Ces constats corroborent ceux de **OUOBA** [35] qui a retrouvé dans sa série 54,3% d'urgences vraies et 16,8% d'urgences relatives .

Nous pouvons expliquer la fréquence élevée des urgences vraies par le fait qu'elles sont généralement bruyantes et engagent à brèf délai le pronostic vital ; de ce fait elles amènent toujours le malade à consulter en urgence.

- **Les étiologies**

Les étiologies ont été dominées par les hémorragies **43,13 %**, suivies par les infections ORL **31,25 %**. L'incidence des accidents hémorragiques est en rapport avec la fréquence des étiologies traumatiques, des étiologies d'épistaxis spontanées( âge avancé, HTA, insuffisance rénale et hépato cellulaire ) .

Nos résultats ne sont pas en concordance avec ceux de **N.P RAMAROZATOVO et coll. [36]** qui rapporte que les corps étrangers des VADS étaient majoritaires **73,40%** dans une

population d'enfant de 0 à 15 ans ; et ceux de **OUOBA et coll. [35]** rapportent que les étiologies ont été dominées par les corps étrangers **33,07 %** et les infections ORL **19,35 %** .

Ce constat s'explique par la différence entre l'étendue des échantillons ( population d'enfant exclusivement chez **N.P RAMAROZATOVO**) d'une part : l'âge de préhension situé autour de la deuxième année de vie, ainsi que le caractère turbulent des petits garçons, expliqueraient la prédominance de l'incidence des accidents aux corps étrangers ; et le fait que dans notre série nous n'avons tenue en compte que les corps étrangers qui menacent à plus ou moins brève échéance le pronostic vital et ou fonctionnel de nos patients.

- **L'étiologie, l'âge et le sexe des patients**

Les malades de sexe masculin et de moins de 45 ans ont été les plus concernés par toutes les pathologies d'urgences rencontrées , vraisemblablement parce que les hommes constituent la couche la plus active de la population , donc sont plus exposés aux traumatismes , aux urgences hémorragiques qui représentaient 43,12 % des cas .

Mais si l'on ne considère que les urgences infectieuses et les CE, les enfants payent le plus lourd tribut.

Plusieurs raisons sous-tendent ce fait : les CE ORL sont classiquement une pathologie de l'enfant qui dès l'âge de la préhension a tendance à porter les objets qu'il ramasse au niveau de ses orifices naturels (oreilles, fosses nasales, bouche) **[37,38]**; l'immaturation du système immunitaire de l'enfant explique sa plus grande sensibilité aux infections **[36]**.

- **L'étiologie et de la provenance des patients**

Bamako a été la ville la plus concernée par l'ensemble des pathologies rencontrées, principalement les pathologies hémorragiques avec 73,9%.

Cela s'explique par la proximité de notre centre de recrutement et également la grande place qu'occupe la traumatologie ORL et cervico-faciale dans une grande ville comme Bamako. Dans cette ville les engins à 2 roues sont fortement impliqués dans la genèse des traumatismes, parce que d'une part ils constituent une grande portion du parc roulant et d'autre part la majorité des conducteurs de ces engins ne portent pas de casque de protection..

- **La prise en charge et l'évolution immédiate de la maladie :**

L'hospitalisation des patients a été de 56,90 %. Les uns parce qu'une intervention chirurgicale était nécessaire : cervicotomie pour plaie pénétrante, trachéotomie, incision drainage... Les autres parce le traitement passait par une voie veineuse : épistaxis de grande abondance, infections sévères...

Les difficultés de la prise en charge résidaient surtout dans les limites du plateau technique et des consommables médicaux, cela d'autant plus qu'en l'absence de système de prise en charge collective, tous les frais sont à la charge du malade et de sa famille.

L'évolution immédiate a été favorable dans **91,25%** et l'évolution globale favorable dans **95%**.

L'analyse de la littérature confirme ce constat. Ainsi **OUOBA et coll. [36]** rapporte une évolution favorable dans 95,96% de sa série ; **K. AMZIL [4]** dans sa série retrouve une évolution satisfaisante dans la majorité des cas.

Nous avons enregistré deux cas de décès (**1,20%**) suite à des complications dont un cas à l'admission . Ceci rappelle le pronostic réservé des urgences ORL dans notre contexte de travail surtout si les patients sont vus tardivement. Ce qui est le plus souvent le cas dans les cellulites cervico-faciales. La majorité des patients considèrent cette pathologie comme un mauvais sort et qui doit être traité traditionnellement ; alors ils ne sont vus par le médecin que tardivement.

Une sensibilisation par IEC ( information, éducation et communication) est donc nécessaire pour éviter les conséquences fâcheuses liées à une consultation tardive .

Les pathologies infectieuses et traumatiques ont été responsables des 2 cas de décès .

Les cas de décès ont été observés chez des patients qui ont bénéficié d'une hospitalisation . Ce constat semble être lié plus tôt à la gravité des affections.



**CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS**

## **VII. Conclusion et Recommandations :**

### **1. Conclusion :**

Notre Travail a consisté à répertorier les principales urgences de notre spécialité aux services d'accueil des urgences, d'ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako. Les urgences ORL ont représenté 1,30% (160 cas/12000) des urgences hospitalières pendant la période et 4,40 % des consultations du service ORL.

Les sujets de moins de 45 ans ont été les plus représentés et le sexe masculin a le plus exposé ( sex-ratio 1,58).

Ces urgences regroupent des pathologies multiformes. Les urgences hémorragiques (traumatiques ou non) avec 43,13 % des cas ont été le motif de demande de soins ORL le plus courant. Les urgences relatives ont concerné essentiellement les maladies infectieuses avec 31.25%.

**Cette étude sur la morbidité hospitalière ORL ouvre les pistes de prévention et de demande de formation au quotidien tant des ORL que de ceux qui s'occupent de la prise en charge en amont.**

## **2. Recommandations :**

Au terme de cette étude nous recommandons :

### **Au Ministère de l'éducation**

- L'intégration des notions de sécurité routière dans les programmes scolaires depuis la base.

### **Ministère de l'équipement et des transports**

- La mise en œuvre de mesures visant à la réduction des AVP telles que :

- ◆ L'aménagement des voies publiques avec passage pour les piétons et les engins à deux roues.

- ◆ Mener des actions de contrôle et de répression efficaces

### **Au Ministère de la Santé**

- Renforcer les services O.R.L par un plateau technique adéquat , un personnel qualifié étoffé et la création de service ORL à proximité des populations.
- Encourager la formation des médecins spécialistes en ORL et Chirurgie cervico-faciale.
- Améliorer les services O.R.L existants et si possible créer de nouveaux services ORL dans les structures sanitaires qui n'en disposent pas.
- Renforcer et équiper les services de premiers secours aux accidentés de la voie publique ;
- Former un plus grand nombre de praticiens ORL.
- Instaurer le système de tierce payant afin de favoriser la prise en charge des patients démunis qui du reste sont les plus exposés.

### **A la Direction de l'Hôpital**

- L'augmentation des capacités d'accueil du service ORL par l'augmentation qualitative du personnel ;
- L'amélioration des conditions d'accueil du service d'ORL ;
- Approvisionnement régulier en consommables du service ORL et son équipement adéquat ;

### **Au Public**

- Respecter scrupuleusement le code de la route ;
- Respecter le port de casques homologués pour les usagers d'engins à deux roues ;
- Surveiller et éduquer les enfants en matière de sécurité routière et pour éviter les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques ;
- Apprendre des gestes de premier secours ;
- Conduire précocement les malades à l'hôpital ;
- Adopter des comportements favorables à l'hygiène collective et individuelle ;



# ***REFERENCES***

## **VIII. Références Bibliographiques**

1. **A. SULTAN, C. DEGUINE, Introduction** , Les Conférences d'oto-rhino-laryngologie, fascicule 1<sup>er</sup>, (librairie Maloine S.A. Paris, 2-3) 2 p.
2. **EMINY, A. LONDERO, B. BIACABE, P. BONFILS: Urgences en oto-rhino-laryngologie**, Encyclopédie Médico-chirurgicale des urgences, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, (Paris-France) 24-162-A-10, 2000, 13p .
3. **V. COULOIGNER : Les urgences ORL pédiatriques ; FMC « ORL 75 » N° 35 - Janvier 2007 ; [www.orl75.com](http://www.orl75.com).**
4. **K. AMZIL : Les urgences ORL chez l'enfant ;** Université Hassan II Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca [Thèse de Médecine] CASABLANCA (Maroc) 2006 .
5. **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : Définition de la morbidité** ( d'apr. Méd. Biol. t.2 1971) © 2009 – CNRTL ; 1p.
6. **J. M. KLOSSEK, C. DESMONS, E. SERRANO, J. PERCODANI : Anatomie des cavités naso-sinusiennes**, Encyclopédie Médico-chirurgicale Oto-rhino-laryngologie (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS 1997 [20-265-A-10]

7. **F. LEGENT, L. PERLEMUTER, C. VANDENBROUCK**, Anatomie descriptive du nez et des cavités nasales,( éditions Masson, Paris 1985, 1-32) 32p.
8. **P. GICQUEL, J. P. FONTANEL : Epistaxis , Oto-rhinolaryngologie**, Encyclopédie Médico-chirurgicale Oto-rhinolaryngologie ( Éditions Scientifiques et ( Médicales Elsevier SAS 1995) [20-310-A-10]
9. **P. BONFILS : Tumeurs des fosses nasales et des cavités sinusiennes** , ORL ( AUPELF /UREF , Edition MARKETING/ ELLIPSES,1996, [348-361] 13p.
10. **G. SCHWAAB : Les cancers du naso-pharynx**, ORL ( AUPELF /UREF , Edition MARKETING/ ELLIPSES,1996, [91-98] 8p.
11. **Y. GUERRIER, S. BOUSQUET, R. BENEVANT, M. CANNONI, J. GAILLARD, G. GALY, B. GIGNOUX : Traumatisme de l'étage moyen de la face**, Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale TOME II ; 121-139, p8.
12. **ROTALIER P., BIZEAU A., BUFFE P. : Plaies cervicofaciales par projectiles**. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-rhinolaryngologie, 20-860-B-10, 2000, 8 p.

13. **Y. GUERRIER, J. GAILLARD, B. GUERRIER, J-P HAGUENAUER, C. JUNIEN-LAVILLAUROY : Chirurgie des urgences cervicales.** Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale (TOME IV ; 55-57), 6p.
14. **Y. GUERRIER, S. BOUSQUET, R BENEVANT, M. CANNONI J. GAILLARD G. GALY B. GIGNOUX : amygdalectomie,** Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale (TOME III ; 15-48), 33p
15. **Y. GUERRIER, S. BOUSQUET, R. BENEVANT, M. CANNONI J. GAILLARD, G. GALY, B. GIGNOUX : Adénoïdectomie,** Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale (TOME III, 8-14) 7p.
16. **TOUPET M., IMBAUD-GENIEYS S. : Examen clinique et paraclinique du patient atteint de vertiges et/ou de troubles de l'équilibre.** Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-199-A-10, 2002, 21 p.
17. **WIENER-VACHER S. : Vertiges de l'enfant.** EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-210-B-10, 2005.
18. **M. STRICKER, E. SIMON, L. COFFINET, S. SELLAL, F. DUROURE : Paralysie faciale** Encyclopédie Médico-Chirurgicale

- (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **22-360-A-10** (2004).
- 19. J.-P. SAUVAGE, S. PUYRAUD, N. KHALIFA : Surdités brusques et fluctuantes** Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-183-A-10** (2004).
- 20. M. FRANCOIS : Complications des otites moyennes aiguës et chroniques.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-135-A-10**
- 21. FRANCOIS M, COUGNIOT S. : Mastoïdites du nourrisson et de l'enfant.** Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-090-A-10, 1998, 6 p.
- 22. E. BAYONE, W. EI BAKKOURI, R. KANIA, E. SAUVAGET, P. Tran Ba Huy, P. HERMAN : Complications crâniennes et endocrâniennes des infections nasosinusiennes.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-445-A-10** (2007)
- 23. L. GILAIN, S. LAURENT : Sinusites maxillaires.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-430-A-10** (2005)

- 24. M. MONTEIRO, R. CASTILLO, C. ANDRE, M. SANTOS, L. ANTUNES, J. M. PIMENTEL : Tumeur de Pott, complication rare de la sinusite frontale (cas clinique , Présenté en 2005 au 112ème Congrès de la SFORL) ; Service d'ORL – Hôpital Garcia de Orta - Av. Torrado da Silva, 2801-951 - Almada – Portugal ; (Fr ORL - 2007 ; 93 : 350-352)**
- 25. Prise en charge de la sinusite aiguë de l'adulte et l'enfant , D'après les recommandations de l'AFSSAPS (octobre 2005) et en collaboration avec la HAS, <http://afssaps.sante.fr/htm/5/rbp/antibio.htm>; 2p.**
- 26. Y. GUERRIER, S. BOUSQUET, R. BENEVANT, M. CANNONI, J. GAILLARD, G. GALY, B. GIGNOUX : collections suppurées amygdaliennes, péri-amygdaliennes et péri-pharyngées ; Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale TOME III, 49-54 ; p5**
- 27. PERON JM. , Mangez JF. : Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris ), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.**
- 28. KEITA M. , DOUMBIA K., DIANGO D., DIALLO M., TIMBO S K., AG MOHAMED A.: cellulite cervicale extensive en milieu**

- hospitalier sub-sahélien , une pathologie oubliée : Cas du Mali ; Médecine d'Afrique noire 2008-55(8-9)**
- 29. E. LESCANE , S. PONDAVEN, V. BOUETEL, D. BAKHOS, V. LESAGE, S. MORINIERE : Diagnostic des dyspnées laryngées de l'enfant.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-641-A-10** (2004)
- 30. Y. GUERRIER ; S. BOUSQUET ; R BENEVANT ; M. CANNONI J. GAILLARD ; G. GALY ; B. GIGNOUX : la trachéotomie,** Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale TOME III, 158-189 ; p31
- 31. Gentine A , Hémar P. : Fractures du rocher.** Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-220-A-10, 1999, 11 p.
- 32. DEHESDIN D., ANDRIEU GUITRANCOURT J., INGOUF G., PERON J.M. : Les brûlures caustiques de l'œsophage chez l'enfant à propos de l'endoscopie initiale et de calibrage de principe ;** Ann. Oto-laryngol., 1982, 99, 11, 497-504.
- 33. BARROS ; A, DEHESDIN D. : Corps étrangers de l'oesophage.** Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastro-entérologie, 9-203-D-10, 2000, 5 p.

- 34. HOUNKPE Y.Y.C., VODOUHE S.J., MEDJI A.L.P. : Urgences ORL à Cotonou. Bilan d'activités d'un an. Cahiers d'ORL, 1991, 26, 9, 481-48.**
- 35. OUOBA K., DAO O.M., ELOLA A., OUEDRAOGO I., GUEBRE Y., OUEDRAOGO B., BATIONO E. : Les urgences ORL au centre hospitalier universitaire de Ouagadougou: A propos de 124 cas, Médecine d'Afrique Noire vol.53(4), APIDPM Santé tropicale 2006, 6p**
- 36. N.P RAMAROZATOVO, R.M.J RAZAFINDRAKOTO, A.H.N RAKOTOARISOA), A.B.A RATSIMBAZAFY, Z.L RANDIMBINIRINA, F.A RAKOTO, S.H RAOBIJAONA, F.J RAKOTOVAO : Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo : résultats préliminaires ; Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2010(Janvier-Février); 2(1): 1-4.**
- 37. DIOP E.M. TALL A. DIOUF R. NDIAYE I.C. : Corps étrangers laryngés: prise en charge chez l'enfant au Sénégal. Arch. Pédiatr., 2000, 7, 10-15.**
- 38. OUOBA K., DIARRA C. , DAO MO., OEDRAOGO I., SANOU I., CISSE R. : Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant au CHU de Ouagadougou (une analyse de 96 observations) Méd.Trop., 2002, 62, 6, 611-614.**

**39. P. GICQUEL , J. P. FONTANEL : Epistaxis** .Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie **20-310-A-10** (1995).



***ANNEXES***

**Morbidité des urgences en ORL**

**Fiche d'enquête**

**Fiche d'enquête** N° :.../.../.../

Date :.../.../.../

**1. Caractéristiques sociodémographiques :**

Nom et prénom :

Age (année révolue) :

Sexe :            Poids :    Kg    Taille : ... m    si enfant PB :..... ; PC :.....

Profession:

Adresse actuelle:

Tel :

Résidence :

Statut matrimonial :

**2. Mode de recrutement :**

5) Consultation externe  , précisez délai.....

6) Urgence  , précisez délai.....

7) Référer  , précisez délai.....

, précisez qualité du référent.....

- Autre .....

**3. Motif de consultation :**

- Infectieux  ,

précisez.....

- Traumatisme , précisez.....

- Tumorale  , précisez.....

- Autres  , précisez.....

**4. Histoire de la maladie :**

- Symptômes principaux :.....

- Symptômes associés :.....

- Prise en charge antérieure :            Oui             NON

Si OUI, la nature :.....

- Mode de vie :

Tabac (Qte) :.....Alcool :.....

Autres :.....

8) ATCD





17) D'origine pharyngée, précisez  
nature.....

18) Laryngée  , précisez nasale .....

**f- Traumatisme**  , précisez type et siège de  
lésion.....

.....

**g- Brûlure**  , précisez type et siège lésionnel.....

**h- Corps étrangers de l'œsophage**  , précisez nature et  
siège.....

**8. Traitement**

Médicamenteux  , préciser

.....

Chirurgicaux  ,  
préciser.....

Autres  ,  
précisé.....

Tentatives thérapeutiques.....

**9. Evolution immédiate :** Favorable  Aggravation  Décès

**Hospitalisé :** Oui  Non



***FICHE***  
***SIGNALETIQUE***

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM : COULIBALY      PRENOM: KALIFA**

**Titre de la thèse**: Morbidité des urgences ORL au service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako

**Année universitaire : 2010-2011**

**Pays d'origine : Mali**

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

**Centre d'intérêt** : Morbidité ORL, Urgences hospitalières, épidémiologie maxillo-cervico-faciale

**Résumé**: Sur une étude prospective descriptive du 1 mars au 31 août 2012 inclus nous avons colligé 160 cas d'urgence hospitalière ORL (soit 1% des Urgences du SAU CHU Gabriel Touré et 4,4% des patients reçus en ORL pendant la période).

Toutes les couches socioprofessionnelles ont été concernées par les urgences ORL avec une prédominance de sujets masculins de moins de 45 ans, 71,25% des cas. Les ménagères 19,37%, le groupe des élevés/étudiants 16,25%, les cultivateurs 15% et les ouvriers 15% constituaient les couches les plus concernées par les urgences ORL.

Les principaux facteurs associés à la morbidité des urgences ORL retrouvés dans notre étude ont été le sexe masculin, le jeune âge, le retard dans la première consultation. Les urgences de type hémorragiques (traumatique ou non) ont été le principal motif de sollicitation des ORL, suivies des urgences relatives type urgences infectieuses.

**Conclusion :** les urgences ORL semblent encore peu connues dans leurs prises en charge en amont, ces études de morbidité contribueront à mieux les faire connaître et à améliorer leur prise en charge.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

**Je le jure !**