

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

**Faculté de Médecine et
d'odonto-stomatologie**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2017 – 2018

Thèse N°...../ Med

THESE

ETUDE COMPARATIVE DES AFFECTIONS ORL EN MILIEU DEFAVORISE ET EN MILIEU NON DEFAVORISE

Présentée et soutenue publiquement le 16/05/2018 Devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Mme. Catherine Marie Joseph TRAORE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT: Pr Zimogo Zié SANOGO

MEMBRES: Dr Boubacary GUINDO

: Dr Fatoumata Diagouraga

DIRECTEUR: Pr Hamidou Baba SACKO

DEDICACES

Je rends grâce à Dieu le Tout puissant, Seigneur miséricordieux et sauveur, l'unique vrais Dieu. Nous implorons Ton pardon ; guide-nous vers le droit chemin.

Je dédie ce travail :

A ma mère Claire A.B. COULIBALY :

Mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage et ton bravoure nous n'avons rien envié aux autres, tu t'es toujours sacrifiée pour nous ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce ici et dans l'autre monde.

A mon père Calixte TRAORE :

L'amour que tu as porté à tes enfants, la dignité et le sens de l'honneur, l'amour pour le travail bien fait nous servent de modèle. En me scolarisant, l'objectif est pleinement atteint, une bonne éducation est au-dessus de tout. Ce travail est le vôtre. Que Dieu vous protège et vous donne longue vie pour récolter le fruit de ce travail.

A mon mari Thomas GUIROU :

Ton soutien moral et financier qui n'a jamais fait défaut. Merci pour ton encouragement et ton soutien. Je t'aime chéri.

A mes fils Donatien A. GUIROU et Simon A. GUIROU :

Vous êtes les trésors de ma vie. Je vous aime plus que tout dans ce monde mes bébés. Que Dieu vous bénisses et vous donne santé et longévité.

A mon Frère et mes sœurs Georges E. TRAORE, Antoinette M. N. TRAORE et Nicole M. E. TRAORE :

Merci pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenu pour la réussite de ce travail. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

A mes cousins, cousines et amis :

J'ai bénéficié de vos nombreuses contributions, ce travail est le résultat de votre précieux soutien. Puisse ALLAH renforcer les liens sacrés qui nous unissent.

A mes oncles et tantes :

En vous, j'ai su trouver une seconde famille, votre éternelle sollicitude à mon égard et votre soutien moral m'ont permis d'achever ce travail.

A tout les personnels du Centre de Santé de Référence de la Commune IV

Merci pour votre accueil et l'enseignement prodigué, en vous j'ai su trouver une seconde famille.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Je remercie

Le DIEU tout puissant de m'avoir montré ce jour très important pour moi et pour ma famille.

Gloire et louange à toi, pour cette grâce et pour toutes tes merveilles.

Grâce à toi nous avons pu mener ce travail à bon port.

A mon maître Pr. SACKO Hamidou B. :

Tu m'as considérée comme une fille, une nièce, j'ai beaucoup appris à tes cotés tant dans le domaine scientifique, qu'humain .Tu es un maitre de qualité et un homme très sympathique soucieux de la bonne marche du travail et de l'état de santé de ses patients. Je te suis très reconnaissante tonton SACKO, et considère ce travail comme le tien. Merci.

A tous les membres de la famille : TROARE, COULIBALY, ZERBO ET GUIROU

Mes sincères remerciements

-Aux collègues de service

-Aux personnels de l'unité ORL du Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CSRéf CIV) : Madame Diallo Awa Ouologuem,

Madame Dembélé Ouhan Rosine Koné, Dr Daou Sidiki, chères tantes et collègue, les mots me manquent, je ne sais comment vous remercier. En dehors des connaissances médicales, j'ai appris beaucoup sur le plan social .Votre simplicité m'a facilité la réalisation de ce travail.

- Tous mes amis et collègues en thèse ou déjà Médecin
C'est le moment de vous dire merci pour votre collaboration sereine et votre bon esprit d'équipe.
- Aux internes du centre de santé de référence commune IV :
Je ne regrette pas de vous avoir connu. J'ai pleinement bénéficié de vos qualités scientifiques et sociales.
- Le corps professoral de la Faculté de Médecine :
Pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu de vous.
Soyez en remercier.
- Tous ceux qui m'ont aidé dans ma vie d'une façon ou d'une autre, ne serait ce qu'un instant ; Toute ma reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Zimogo Zié SANOGO

**Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS,
Chef du service de la chirurgie A du CHU-PG,
Coordinateur du DES de chirurgie générale à la FMOS,
Président de la SOCHIMA.**

Enseignant-chercheur

Cher maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre accueil, votre simplicité, votre grande disponibilité, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué.

Nous garderons de vous le souvenir d'un maître dévoué, soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques et humaines inestimables.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Pr Hamidou Baba SACKO

CES et Ph D en oto rhino laryngologie,

Compétence en ORL pédiatrique de la Santé Publique,

**CU en pédagogie « Approche par compétences
intégrée »,**

CES en Neuro anatomie,

**Compétences en suivi evaluation de projets et EIS
(Etude d'Impact sur la Santé),**

**Médecin chef de l'unité ORL du Centre de Santé de
Référence de la Commune IV (CSRéf CIV),**

Maître de conférences agrégé en ORL à la FMPOS,

**Président fondateur de l'AMASA ORL (Association
Docteur Mamadou SACKO pour la Promotion de l'ORL
au Mali),**

**Directeur du Centre d'Etude et de Recherche en Santé
ORL Communautaire de L'AMASA ORL (Association
Docteur Mamadou SACKO pour la Promotion de l'ORL
au Mali),**

Cher maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez dirigé ce travail avec rigueur et objectivité. Votre accueil, votre simplicité, votre grande disponibilité, votre rigueur pour le travail bien fait nous ont beaucoup marqué. Nous garderons de vous le souvenir d'un maître dévoué et soucieux du travail bien accompli.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions
cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression
de nos sentiments les plus sincères.

A notre Maître et Juge

Dr Boubacary GUINDO:

Maitre assistant ORL et CCF,

Enseignant à la FMOS,

Spécialiste en ORL,

Membre de la Société Malienne d'ORL (SMORL),

**Membre de la Société Bénino-Togolaise d'ORL
(SOBETORL),**

Chirurgien de la face et du cou au CHU-GT,

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples sollicitations.

Votre grande disponibilité, votre amour du travail bien fait, la rigueur de votre raisonnement scientifique ont été pour nous hautement profitables.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Dr Fatoumata Diagouraga :

Médecin généraliste,

Spécialiste en nutrition et santé communautaire,

**Responsable du service de pédiatrie du centre de santé
de référence de la commune IV.**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce Jury.

Votre esprit critique et votre objectivité ont largement
contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Recevez ici, cher maître nos sincères remerciements.

ABRAVIATIONS :

AMASA ORL : Association Mamadou Sacko pour la promotion de l'ORL

BDC : Bouchon De Cérumen

CC : Centimètre Cube

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDE : Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant

CM : Centimètre

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DB : Décibel

FMOS : Faculté de Médecine de et d'Odontostomatologie

VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine

HTA : Hypertension Artérielle

KM : kilomètre

M² : Mettre carré

MAE : Méat Acoustique Externe

OMA : Otite Moyenne Aigue

OMS : Otite Moyenne Suppurée

ORL : Oto-rhino-laryngologie

RAS : Rien A Signaler

SS : Drépanocytose SS de l'hémoglobine S

SOS : Save Our Souls

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	-----13
II-OBJECTIFS	-----15
III-GENERALITE	-----17
IV-METHODOLOGIE	-----49
V-RESULTAT	-----54
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	-----75
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	-----78
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	-----80
IX-ANNEXE	-----

-Fiche d'Enquête

-Résumé

-Serment d'Hippocrate

I- INTRODUCTION

L'oto-rhino-laryngologie(ORL) est la branche de la médecine spécialisée concernant les affections du nez, de la gorge, des oreilles, du cou et de la face **(1)**.

Les conditions environnementales (les fumées de cuisine, des véhicules, de cigarette, l'encens, les parfums) ; la pauvreté (comme la mauvaise condition de l'habitat, le manque d'argent pour les consultations et soins ...) influencent l'état ORL de l'enfant.

Les affections ORL de l'enfant représentent l'une des premières causes de consultation et surtout les plus jeunes. Les infections ORL sont la plupart du temps bénignes, mais une prise en charge par un professionnel de la santé (médecin, pédiatre ou encore oto-rhino-laryngologiste) est parfois nécessaire, afin de traiter l'enfant et éviter des complications. **(2)**

La sphère ORL est le carrefour d'un grand nombre de pathologie touchant aussi bien les enfants que les adultes. Les maladies les plus courantes : angines, rhinites, sinusites, otites, rhino-pharyngites de l'enfant sont souvent bénignes. Ce pendant une prise en charge non adéquate de ces affections peut conduire à les complications sérieuses (méningite, abcès du cerveau, troubles respiratoires graves, surdité profonde) **(3)**. Les maladies de la sphère ORL se caractérisent surtout par une évolution clinique particulière et nécessitent une conduite à tenir souvent complexe **(4)**.

Chez l'enfant en milieu défavorisé, la prise en charge adéquate des ces pathologies dépend de certaines spécificités parmi lesquelles la situation sociale de l'enfant. C'est pourquoi nous avons entrepris une étude comparative sur les affections ORL des enfants en situation difficile dans les orphelinats du Village d'enfant SOS de Sanankoroba et du centre d'accueil de Dialakoroba « Falatow djigui » (cercle de Kati) d'une part, et en situation non difficile à l'école Cabral de Badalabougou (Bamako) d'autre part.

II- OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les affections ORL dans les orphelinats du village d'enfant SOS de Sanankoroba, de Falatow Jigiyaso de Dialakoroba et de l'école Cabral de Badalaboubgou.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer les pathologies ORL chez les enfants en situation difficile et moins difficile ;
- Déterminer la fréquence des affections en fonction de certains paramètres : âge, sexe, clinique.
- Comparer les affections ORL dans les deux situations de l'étude.

Hypothèses

- Les affections ORL sont surtout retrouvées chez les enfants.
- En situation difficile, le dépistage des affections ORL chez les enfants permet de mieux les prendre en charge sur le plan diagnostique et thérapeutique.
- Les actions humanitaires de dépistage gratuit, d'information, d'éducation et de prévention sont indispensables pour la promotion de la santé ORL.

III-CADRE THEORIQUE

A-DEFINITION OPERATOIRE DES CONCEPTS :

1-Les enfants en milieu défavorisé : Enfant orphelin dans l'orphelinat :

a-Un(e) orphelin ou orpheline : est un enfant (habituellement mineur) dont le père et la mère sont décédés, ou l'un des deux parents est décédé, ou par extension, disparu(s) définitivement. **(5)**

Enfants orphelins dans le monde : On estime 132 millions d'orphelins vivant dans les pays en développement, 59 millions sur le continent africain, 13 millions ont perdu leurs deux parents. **(6)**

b-L'orphelinat : c'est le nom donné à un grand nombre d'établissements publics ou privés destinés à recevoir des mineurs, qui ne sont pas toujours orphelins. Les orphelinats ont pour but d'élever, d'instruire les indigents ou les familles peu aisées, de les préserver physiquement et moralement des dangers de la misère et de l'oisiveté, et de les mettre en état, lorsqu'ils sont adultes. **(7)**

Dans les orphelinats visités dans le cadre de la présente étude, l'enfant est seul dans un monde d'adultes. Les orphelins sont victimes de violations graves de leurs droits.

Les orphelins ne sont pas nourris sainement. L'éducation est dans la plupart des cas, sacrifiée. L'accès à la santé est rarement une préoccupation pour ces enfants à la différence de l'accès à la

nourriture ou au logement. Or, les conditions précaires dans lesquelles ils vivent et les activités auxquelles ils se livrent, augmentent considérablement les risques pour leur santé (rixes, drogues, grossesses et maladies sexuellement transmissibles, malnutrition, travail dangereux, etc.) **(6)**

A cause de leur statut d'orphelin, les enfants sont privés de la plupart de leurs droits.

2- Les différents droits de l'enfant : (6)

-Droit à l'Éducation

-Droit à l'Alimentation

-Droit à la Santé

-Droit à l'Eau

-Droit à l'Identité

-Droit aux Libertés

-Droit à la Protection

3- Protections juridiques garanties par la CIDE (Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant)

En l'absence de protection familiale temporaire ou définitive, la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) prévoit qu'il revient aux États de fournir une assistance et une protection spéciales. **(6)**

La société ne peut plus ignorer ces enfants car c'est un accident de parcours qui a des impacts sur le long terme. En ce qui concerne l'impact socio-psychologique, des années après, seuls

50% peuvent en parler facilement et 18% ne le peuvent toujours pas. 76% estiment que cette perte a eu des conséquences sur leurs relations familiales, 63% sur leur vie sentimentale, 52% sur leur cursus scolaire et 45% sur leur réseau social. «Après le deuil, les relations sont rendues plus difficiles: les enfants ou les adolescents ont du mal à aller vers les autres, ils restent en retrait, sur la défensive».

Les enfants orphelins connaissent donc des problèmes dont notamment ceux en lien avec des inégalités sociales. **(8)**

4- Les enfants en milieu favorisé : Enfants de l'école Cabral :

Ces enfants, entourés d'amour et d'affection des parents, sont physiquement, mentalement et financièrement stables. Les parents sont à l'écoute de leurs besoins et plaintes. Sur affectif, santé et logement ils sont dans de bonnes conditions.

5- Les inégalités scolaires de santé : (9)

L'inégalité sociale de la santé est assez relative et sa définition peut varier d'une personne à une autre. Il est admis qu'être en bonne santé signifie être capable d'agir physiquement, mentalement et socialement tout en se sentant bien dans son environnement. Mais il existe des disparités aux niveaux physique, mental et social et on constate que ce ne sont pas seulement les individus qui diffèrent à ces niveaux mais aussi des groupes d'individus (hommes jeunes, personnes à faible revenu). On parle d'inégalités sociales de santé lorsqu'il y a des écarts entre différents groupes au niveau de leur santé en fonction de différents faits sociaux. Les inégalités se traduisent par des écarts

au niveau des taux de mortalité entre les personnes les plus défavorisées mais aussi par une forte présence de la maladie et des comportements néfastes à la santé de ces dernières. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les inégalités sociales de santé se sont accrues depuis les dernières décennies. En effet, il a été observé surtout au cours des années 1990, que cet écart entre les différents groupes sociaux s'est accentué et ce malgré les progrès en matière de santé publique.

Une inégalité du point de vue social est une différence dans l'accès à des ressources étant entendu au sens le plus large incluant toutes les possibilités d'actions humaines politiques, économiques, culturelles, sociales, etc. Les inégalités sociales sont donc la résultante d'une distribution inégale des ressources au sein d'une société.

B- RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA SPHERE ORL :

I-EN GENERAL : (10)

1-Anatomie et physiologie de l'oreille :

1.1-Anatomie :

L'oreille comprend trois parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne, l'oreille interne.

a)-L'oreille externe : l'oreille externe est composée du pavillon et du méat acoustique externe.

-Le pavillon ou auricule, est ce qu'on appelle «oreille » dans le langage courant. Il s'agit de la partie saillante en forme de coquille qui entoure l'orifice du méat acoustique externe. Le pavillon est constitué de cartilage élastique recouvert d'une mince couche de peau et de poils clairsemés .Son bord, l'hélix est plus épais que son centre, et sa partie inférieure charnue, le lobule ne contient pas de cartilage. La fonction du pavillon est de diriger les ondes sonores dans le MAE (Méat Acoustique Externe).

-Le méat acoustique externe est un tube court et courbé d'environ 2,5 cm de long sur 0,6 cm de large qui relie le pavillon à la membrane tympanique, il est creux dans l'os temporal, sauf près du pavillon où sa charpente est formée de cartilage élastique. La peau qui le recouvre comporte des poils, des glandes sébacées et des glandes sudoripares modifiées, les glandes cérumineuses. Ces glandes sécrètent une substance cireuse de couleur jaune brunâtre appelée cérumen qui emprisonne le corps étrangers et chasse les insectes.

b)-L'oreille moyenne :

Elle comprend :

- Le tympan :

C'est une membrane qui sépare le conduit auditif externe de la caisse du tympan. On distingue deux parties : la pars tensa qui occupe les deux tiers inférieurs de la surface tympanique et la pars flaccida plus fine qui est la portion supérieure du tympan. L'étude de cette membrane est essentielle car son inspection par l'examen otoscopique constitue la clé de voute pour le diagnostic des pathologies de l'oreille.

- La caisse du tympan

La caisse du tympan est une cavité osseuse dont les parois sont formées par les trois portions de l'os temporal. Cette cavité communique avec l'extérieur par un long canal ostéo-cartilagineux

(MAE). La trompe auditive relie la paroi antérieure de la caisse du tympan et la face latérale du rhinopharynx.

La caisse du tympan est une cavité osseuse en forme de parallélépipède auquel on décrit six parois :

- la paroi supérieure
- la paroi inférieure
- la paroi antérieure
- la paroi postérieure
- la paroi latérale de la caisse du tympan est essentiellement occupée par la membrane du tympan ;
- la paroi médiale sépare l'oreille moyenne de l'oreille interne.

Elle est divisée en deux parties par deux reliefs : la proéminence du canal facial contenant le nerf facial en arrière et la proéminence du canal du muscle tenseur du tympan en avant.

A l'intérieur de cette cavité se situe, la chaîne ossiculaire constituée de 3 osselets : le malleus (marteau), l'incus (enclume) et le stapès (étrier). Le malleus est l'osselet le plus latéral, l'incus est l'élément intermédiaire de la chaîne ossiculaire. Cette chaîne ossiculaire est maintenue en place par plusieurs ligaments suspenseurs.

Deux muscles sont présents dans l'oreille moyenne : le muscle stapédien en arrière et le muscle tenseur du tympan en avant.

c)-L'oreille interne :

Elle est constituée par :

- Le labyrinthe osseux : situé en dedans de la caisse du tympan.

Il est formé de plusieurs cavités creusées dans le rocher : on y distingue :

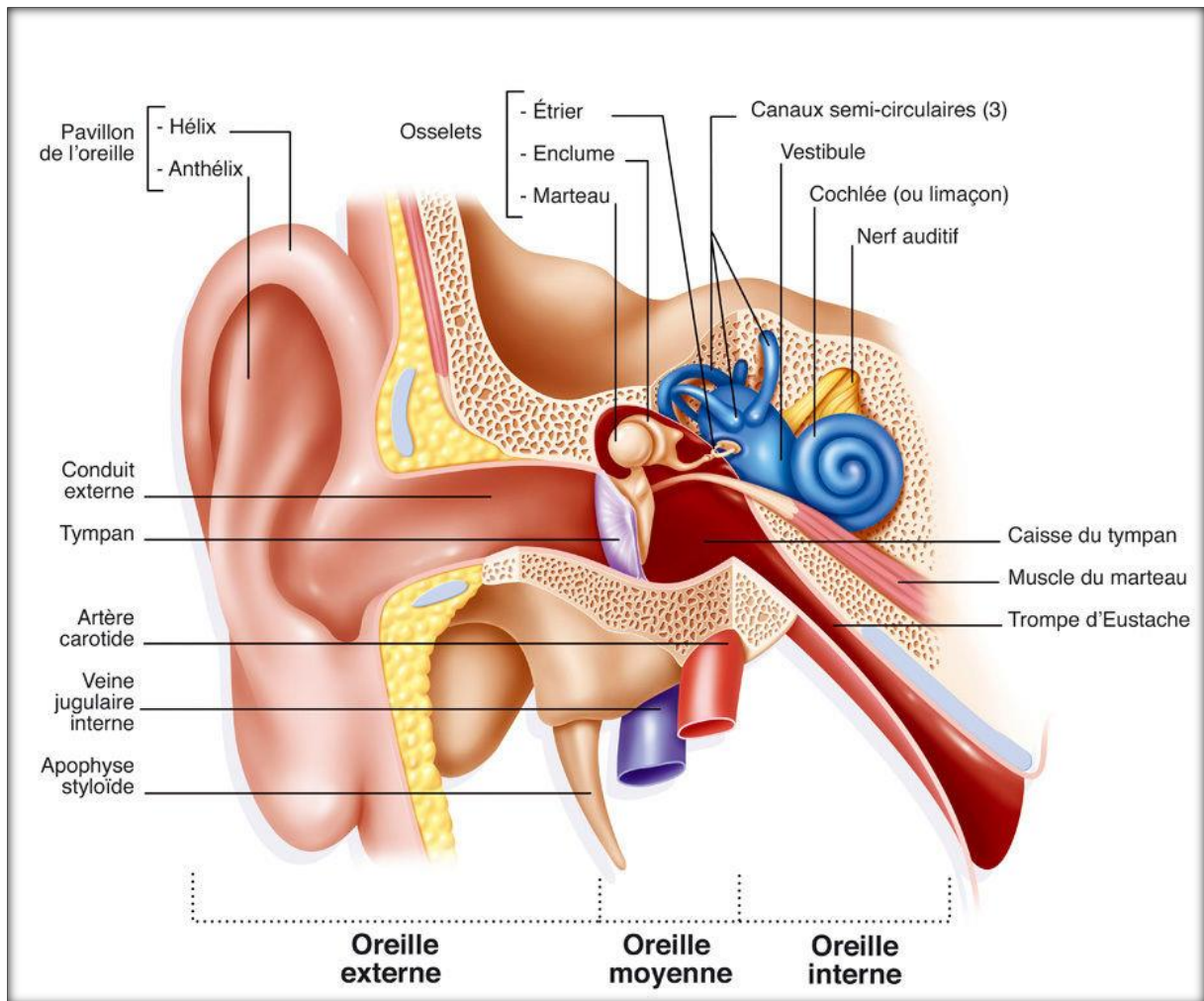
· Le vestibule et les canaux semi-circulaires (organe de l'équilibre)

· La cochlée ou limaçon (organe de l'audition)

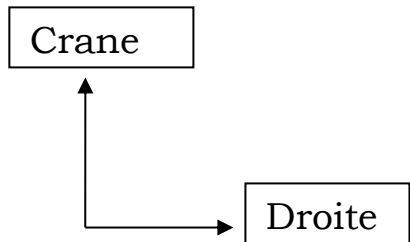
- Le labyrinthe membraneux : c'est l'ensemble des parois

conjunctivo-épithéliales qui tapissent le labyrinthe osseux. Les cavités du labyrinthe membraneux sont remplies d'endolymphe alors que les espaces compris entre les labyrinthes membraneux et osseux sont remplis par la périlymphe.

Le labyrinthe contient des récepteurs neurosensoriels. Pour l'audition il s'agit de l'organe de Corti ; pour l'équilibre il s'agit de la crête ampullaire dans les canaux semi-circulaires, des macules dans l'utricule et du saccule au niveau du vestibule.



Figurier 1: Anatomie de l'oreille (11)



1.2-Physiologie de l'audition : (12)

Le son est une variation de pression de l'air ambiant. L'analyse d'un son par le système auditif passe par deux étapes.

La première étape est une étape périphérique : le son, c'est à dire la variation de pression acoustique de l'air, doit être traduite en une suite de potentiels d'action dans les fibres de la racine cochléaire du nerf vestibulo-cochléaire.

La seconde étape est une étape centrale : le message bioélectrique doit être intégré dans les différents noyaux auditifs afin d'en

extraire les renseignements sur lesquels sera basée l'analyse du son.

Par définition, le seuil de perception auditive correspond à un niveau acoustique de 0 décibel (db) et le seuil de douleurs à un niveau de 130 db.

Chaque partie de l'oreille a un rôle dans l'audition :

- L'oreille externe favorise la localisation sonore.

- L'oreille moyenne transmet les sons de l'oreille externe

(vibration de l'air) à l'oreille interne (vibration de l'eau, périlymphe et endolymphe) sans perte d'énergie. Elle sert aussi de protecteur de l'oreille interne grâce aux mouvements des osselets.

Une stimulation sonore de forte intensité (> 90 db) déclenche une contraction du muscle de l'étrier, c'est le réflexe stapedien.

- L'oreille interne reçoit une onde de pression liquidienne correspondant à l'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale.

Cette onde de pression se propage dans la périlymphe puis dans l'endolymphe jusqu'à l'organe de Corti, depuis la base du limaçon vers l'apex et ressort au niveau de la fenêtre ronde.

- Ensuite le signal mécanique est codé en signal électronique par les cellules neurosensorielles de l'organe de Corti. La déformation des cils des cellules neurosensorielles lors de la vibration de l'organe de Corti crée une différence de potentiel électrique qui est transmise le long du nerf auditif jusqu'au tronc cérébral.

•Enfin, le message arrive au niveau du cerveau auditif, situé dans le lobe temporal.

L'équilibre est assuré par 3 systèmes sensoriels

- Le système vestibulaire (central et périphérique)
- Le système proprioceptif (positionnement des membres dans l'espace)
- La vision.

Les informations données par ces systèmes sont intégrées par un système central (cerveau et cervelet) et régulées par l'interconnexion entre les différents systèmes.

2-Anatomie et physiologie du nez et des sinus :

2.1-Anatomie :

La face est classiquement divisée en trois parties : le tiers supérieur est l'étage crânien, le tiers moyen est dénommé massif facial proprement dit. Le tiers inférieur est l'étage mandibulaire.

La cavité nasale, les sinus paranasaux appartiennent au tiers supérieur et au tiers moyen de la face.

2.1.1-Les fosses nasales :

Elles forment deux contours sagittaux, plus haut que large, rarement symétriques, communiquant en avant avec l'extérieur par les narines et en arrière avec le cavum ou rhino-pharynx par les choanes. Elles présentent 4 parois : la paroi médiale (le septum nasal), une paroi latérale complexe, une paroi inférieure (le plancher) et une paroi supérieure (le toit) appartenant à la base du crâne :

- Le planché horizontal correspond au palais osseux.

- Le plafond (toit) est formé :

- en avant par la très fine lame criblée de l'ethmoïde laissant passer les filets olfactifs et situés directement sous l'étage antérieur de la base du crane.

- en arrière par le sinus sphénoïdal, situé sous la selle turcique qui contient l'hypophyse.

- Le septum nasal est cartilagineux en avant, osseux en haut (lame perpendiculaire et l'ethmoïde) et en arrière (os vomer).

- La paroi latérale (face externe) est complexe mais son intérêt réside dans ses rapports intimes avec les sinus para nasaux.

C'est la face d'exploration clinique la plus importante lors d'une rhinoscopie et la face d'abord chirurgical des labyrinthes ethmoïdaux.

Les sinus antérieurs de la face ont leur orifice de drainage (ostium) sur cette face. Ces orifices sont protégés par trois replis osseux étendus d'avant en arrière : les cornets (supérieur, moyen et inférieur). La région située au-dessus de chaque cornet se nomme méat. On y distingue 3 méats :

- Le méat supérieur où s'abouchent les cellules ethmoïdales postérieures et le sinus sphénoïdal,

- Le méat moyen où se drainent les sinus antérieurs (sinus frontal, sinus maxillaire et les cellules ethmoïdales antérieures).

Les ostiums de ces trois sinus étant très proches les uns des autres, l'atteinte de l'un de ces sinus retentit rapidement sur les deux autres. C'est ce qui explique les cas de pan sinusite.

-Le méat inférieur ou s'abouche le canal lacrymo-nasal. C'est à ce niveau qu'est abordé le sinus maxillaire dans les cas de ponction lavage.

2.1.2-Les sinus

Les sinus paranasaux sont des cavités pneumatiques creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Le sinus creusé dans le maxillaire est le sinus maxillaire, celui creusé dans l'os frontal est le sinus frontal. Celui creusé dans l'os sphénoïde est le sinus sphénoïdal tandis que le sinus ethmoïdal est formé par les éléments venant essentiellement de l'os ethmoïde mais également du maxillaire, de l'os frontal et de l'os sphénoïde.

Tous les sinus sont tapissés d'une muqueuse de type respiratoire.

2.2-Physiologie naso-sinusienne :

Le système naso-sinusien est formé des cavités recouvertes d'une muqueuse ciliée qui remplit deux grandes fonctions :

- Une fonction respiratoire et de protection : l'air qui passe dans les fosses nasales est réchauffé, humidifié et filtré par le système muco-ciliaire. Le système muco-ciliaire est très fragile et son altération est à la base de beaucoup de pathologies naso-sinusiennes.

Un riche système cellulaire sous muqueux (macrophages, lymphocytes) forme également une première barrière immunitaire face aux agressions.

- Une fonction olfactive : au niveau du toit des fosses nasales existent des cellules neurosensorielles qui reconnaissent les molécules odoriférantes.

Ailleurs, le système naso-sinusien intervient dans la qualité et le timbre de la voix (cavité de résonance) et il est admis que les

cavités sinusiennes ont un rôle de protection des organes nobles lors des traumatismes de la face.

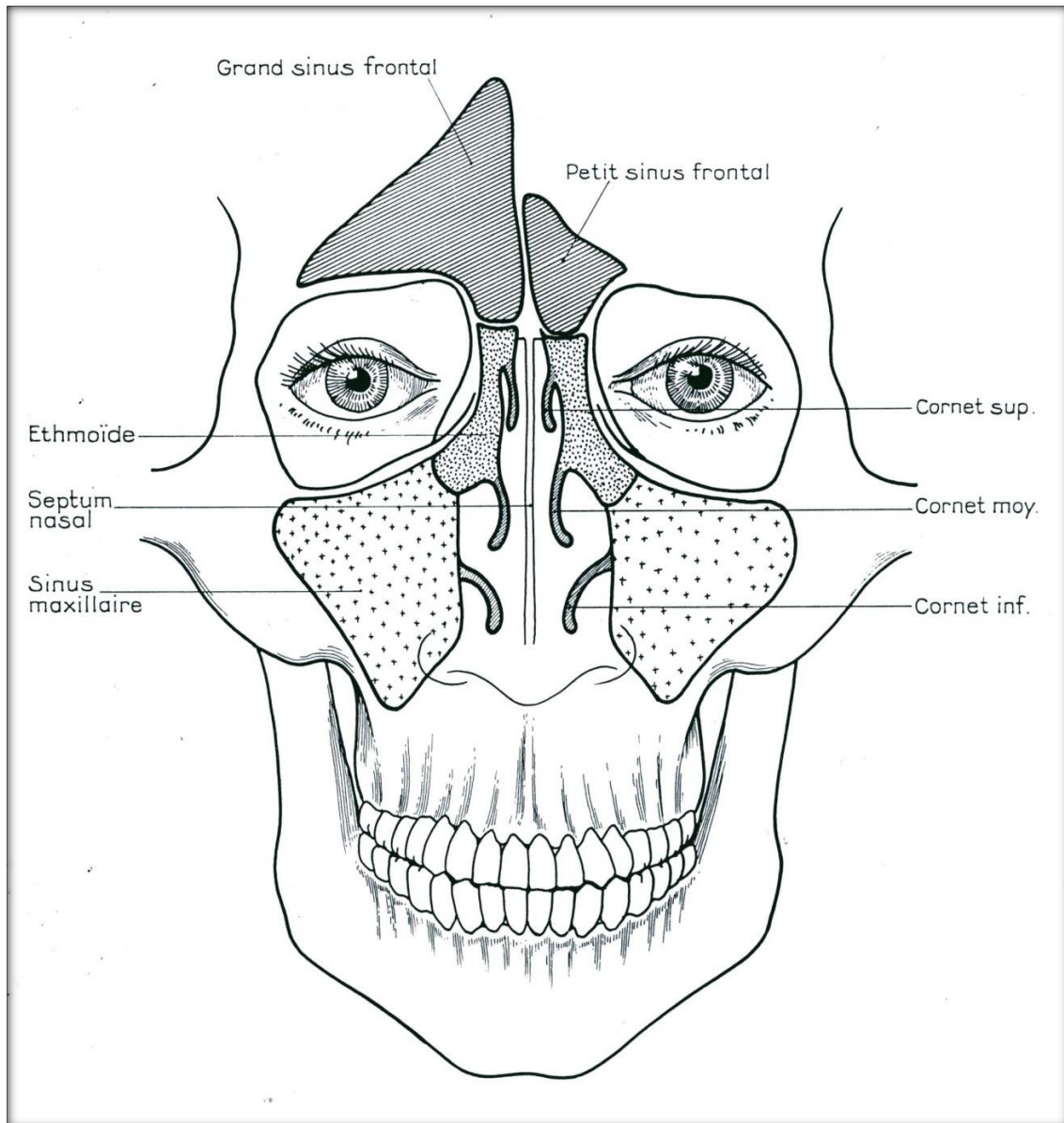
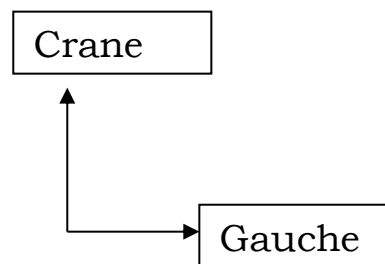


Figure 2: sinus de la face (13)



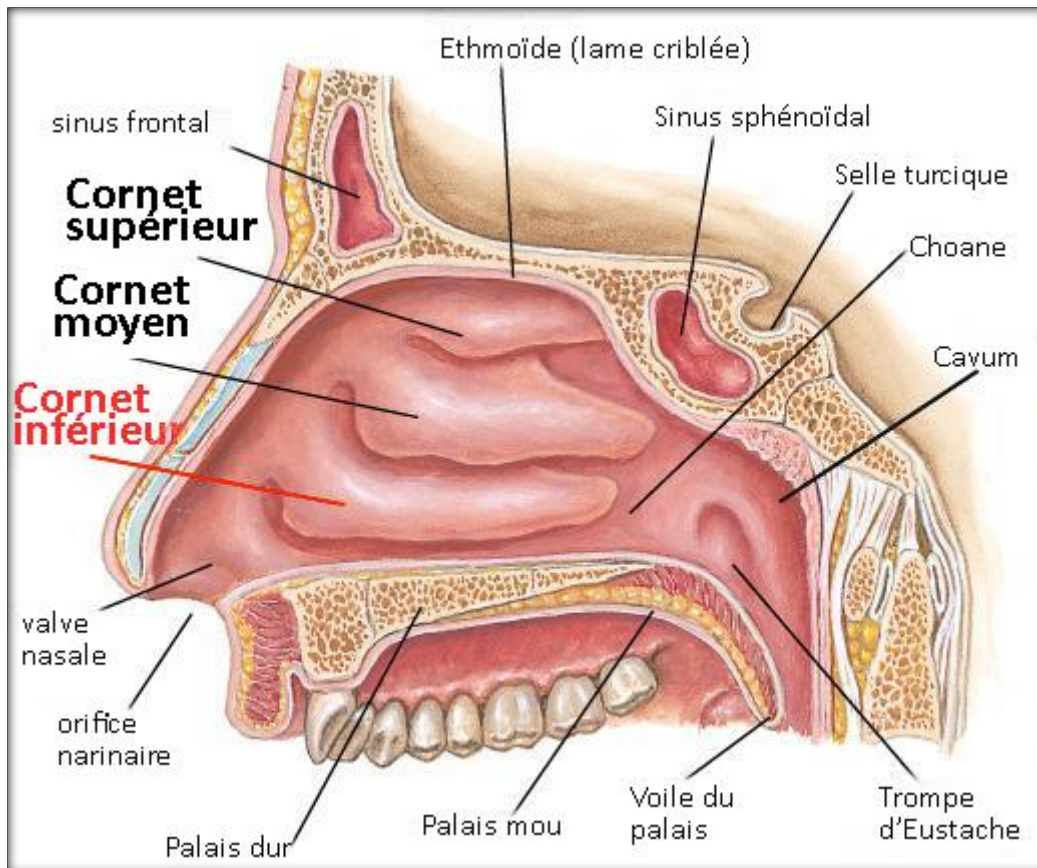
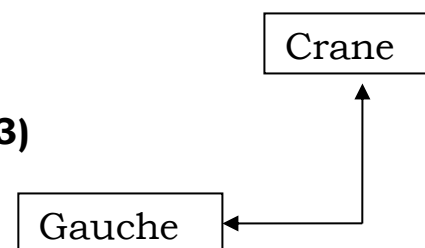


Figure 5 : Pyramide nasale : Squelette du Nez (13)



3-Anatomie et physiologie du pharynx :(14)

3.1-Anatomie :

Le pharynx fait partie des voies aéro-digestives ; c'est une jonction entre le nez, la bouche, le larynx et l'œsophage. Il ressemble grossièrement à un tuyau vertical de 12 à 13 centimètres (cm) chez l'adulte qui se rétrécit de haut en bas.

Le pharynx est un organe complexe qui intervient dans la déglutition, la respiration et la phonation.

Le pharynx est divisé en trois étages : le rhinopharynx ou

naso-pharynx ou épi-pharynx ; l'oropharynx ou le méso-pharynx et le pharyngo-larynx ou l'hypo-pharynx.

a) Le rhinopharynx : est la partie supérieure du pharynx, exclusivement aérienne et non digestive, qui communique en avant, par les choanes, avec les cavités nasales. La limite anatomique entre le rhinopharynx et l'oropharynx passe par un plan horizontal reliant le bord postérieur du palais osseux au bord supérieur de l'arc ventral de l'atlas.

C'est une cavité de forme cubique présentant 6 faces, sa paroi est constituée de dedans en dehors par :

- Une muqueuse comprenant un épithélium et un chorion.
- Un fascia interne qui sépare la muqueuse du plan musculaire, dénommé fascia pharyngo-basilaire.
- Des muscles constricteurs supérieur et moyen du pharynx qui forment une gouttière recouverte par deux fascias.
- La moitié inférieure du bord postérieur de la lame médiale du processus ptérygoïde.
- Le raphé ptérygo-mandibulaire.
- La ligne mylo-hyoïdienne.

b) L'oropharynx : segment buccal du pharynx ; est limité par : le voile du palais et l'ostium intra-pharyngien en haut; le bord supérieur de l'épiglotte en bas; l'isthme en avant du gosier et le

« v » lingual. Les parois latérales correspondent aux loges amygdaliennes délimitées par les piliers du voile.

C'est un conduit musculo-membraneux dont la paroi est formée, de dedans en dehors par :

- Une muqueuse de type oral, c'est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé ;
- Un fascia interne ou fascia pharyngo-basilaire séparant la muqueuse du plan musculaire ;
- Des muscles constricteurs supérieur et moyen du pharynx ;
- Un fascia externe séparant l'axe musculaire des espaces voisins;
- La moitié inférieure du bord postérieur de la lame médiane du processus ptérygoïde ;
- Le raphé ptérygo-mandibulaire ;
- La ligne mylo-hyoïdienne située entre la face postérieure du corps de la mandibule.

c) Le pharyngo-larynx ou l'hypo-pharynx :

C'est la partie inférieure du pharynx. C'est un carrefour entre la voie respiratoire et la voie digestive.

La limite entre l'hypo-pharynx et l'œsophage cervical est le bord inférieur du cartilage cricoïde, en regard de la 6^{ème} vertèbre.

La jonction entre l'hypo-pharynx et l'œsophage cervical est la bouche de l'œsophage.

C'est une cavité en forme de « U » très ouvert en avant et constituée de dedans en dehors par :

- Une muqueuse comprenant un épithélium et un chorion ;
- Un fascia interne ;
- Des muscles constricteurs moyens et inférieur du pharynx ;
- Un fascia externe, mince lame de tissu conjonctif.

3.2- Physiologie : (15)

Le pharynx participe aux différentes fonctions suivantes :

3.2.1-Déglutition :

C'est un phénomène complexe comportant 4 phases faisant intervenir des processus volontaires et réflexes de propulsion du bol alimentaire et de protection des voies aériennes.

Après une phase préparatoire labio-buccale, volontaire aboutissant à la formation d'un bol alimentaire homogène, vient la phase orale, volontaire pendant laquelle la langue s'applique contre le palais et transporte le bol vers le pharynx. En même temps, le voile se contracte, s'horizontalise et vient obstruer le cavum. La troisième phase pharyngo-œsophagienne permet l'arrivée des aliments jusqu'à la bouche œsophagienne. Le bol va glisser dans les gouttières hypo pharyngées en même temps que s'ouvre le sphincter supérieur de l'œsophage.

Les voies aériennes sont protégées par l'abaissement de l'épiglotte, l'ascension du pharynx et la contraction de la glotte. La dernière phase est œsophagienne.

3.2.2-Respiration :

En position de repos on respire par le nez, le cavum étant ouvert. Pendant la déglutition, la respiration est impossible, sauf chez le nourrisson.

3.2.3-Phonation :

Le pharynx sert de cavité de résonance : la langue et le voile servent en particulier dans l'articulation de la voix.

3.2.4-Goût et olfaction :

Les papilles linguales permettent la distinction entre les caractères sucrés, salés et amers. L'arrivée des odeurs dans les fosses nasales donne une discrimination plus fine.

3.2.5-Rôle anti-infectieux :

Au niveau du pharynx, surtout rhino et oropharynx existent de nombreux organes lymphoïdes formés de lymphocytes et de polynucléaires, regroupés en amas qui, lorsqu'ils sont importants, forment des amygdales plus ou moins développés selon l'âge et les stimulations immunitaires.

3.2.6-Rôle du cavum :

Il conduit l'air depuis les fosses nasales jusqu'au larynx. Il joue un rôle dans l'équilibre pressionnel entre l'oreille moyenne et le pharynx par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Il est fermé pendant la déglutition, car le voile du palais vient se plaquer contre la paroi pharyngée postérieure, empêchant le reflux des aliments par le nez. Enfin, il intervient dans la phonation ou il joue le rôle d'une caisse de résonance.

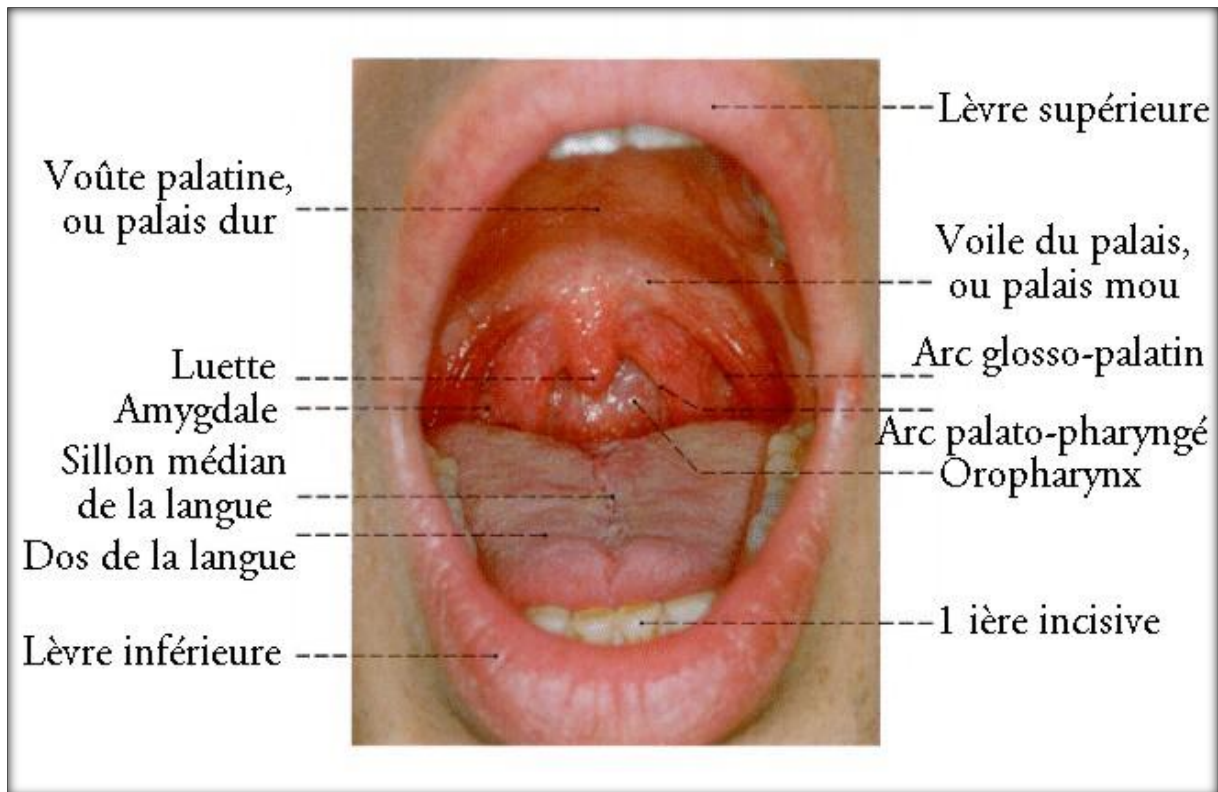
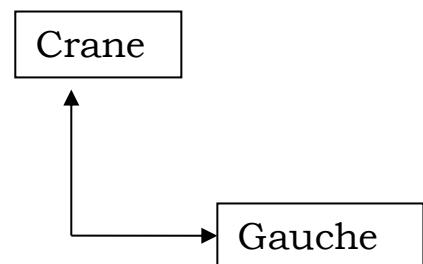


Figure 4 : Oropharynx, bouche ouverte (16)



4-Anatomie et physiologie du larynx :

41-Anatomie :

Il fait partie de l'axe respiratoire, c'est le segment initial des voies respiratoires inférieures.

Le larynx comporte un squelette ostéo-cartilagineux constitué de haut en bas par :

- L'os hyoïde ;
- Le cartilage thyroïde ;
- Le cartilage épi-glottique ;

- Le cartilage cricoïde en forme d'un anneau plus haut en arrière qu'en avant.

Le larynx se compose en 3 étages :

- La région sus-glottique : la margelle laryngée et les ventricules de Morgani ;

- La glotte ou plan des cordes locales ;

- La sous glotte.

4.2-Physiologie :

Le larynx est mis en jeu dans 3 fonctions essentielles des cavités aéro-digestives supérieures : la phonation, la respiration et la déglutition.

- La phonation : l'air emmagasine dans la cage thoracique est chassé vers l'extérieur, avec une force plus ou moins grande qui fait vibrer les deux cordes vocales. Le son ainsi produit est modulé au niveau de la cavité buccale par les lèvres, la langue et le voile du palais. Les fosses nasales et le cavum servent de caisse de résonance.

- La respiration : La respiration n'est possible que lorsque les voies aériennes sont largement ouvertes. L'ouverture du larynx repose sur le caractère circulaire du cartilage cricoïde.

- La déglutition : Le rôle du larynx dans la déglutition est essentiel. Il a pour vocation de fermer l'arbre respiratoire à chaque déglutition mais aussi lors des régurgitations ou des vomissements.

II- PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT :

1-Anatomie et fonction de l'oreille :

L'oreille : comprend trois parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne, l'oreille interne.

Le conduit auditif externe est plus étroit chez l'enfant que chez l'adulte. Cela explique les traumatismes par utilisation abusive de coton tige et d'autres objets dans les oreilles à cet âge pouvant même atteindre l'oreille moyenne et entraîner une otite moyenne aiguë.

L'oreille moyenne est ventilée (aérée) 3 à 4 fois par minute lorsque l'enfant avale et qu'il baille grâce à la trompe auditive (d'Eustache). La trompe auditive relie l'oreille moyenne à la gorge, au nez et aux sinus, tous reliés entre eux (nasopharynx). Sa fonction est d'équilibrer la pression dans l'oreille et de drainer les débris de l'oreille moyenne, et de la protéger aussi contre le reflux des sécrétions présentes dans le nasopharynx de l'enfant. La trompe auditive chez le bébé mesure la moitié de la trompe auditive chez l'adulte, elle atteindra sa taille définitive autour de l'âge de 7 ans, de plus elle est plus horizontale chez le bébé que l'adulte. Ces deux particularités anatomiques sont en partie responsables de l'incapacité de l'oreille moyenne chez le bébé et l'enfant de drainer des liquides occasionnés par des épisodes d'OMA ou des végétations adénoïde abondantes. **(17)**

Le conduit auditif externe est oblique, par conséquent, pour mieux examiner le tympan, il faut tirer le pavillon en bas et en arrière chez l'enfant. **(18)**

2- Anatomie et fonction du Nez et Sinus : (17)

A la naissance toutes les structures andonasaes sont en place mais les sinus para nasaux ne sont pas tous pneumatisés. L'ethmoïde est le sinus entièrement pneumatisé dès la naissance, il continuera à grandir en taille jusqu'à l'âge de 12 ans environ.

Le sinus maxillaire est à la naissance une cavité peu profonde largement drainée dans la fosse nasale. Son développement se poursuit progressivement jusqu'à former vers 6-8 ans une cavité bien individualisée avec un orifice de drainage. On peut parler à cet âge de sinusite maxillaire.

Le sinus frontal se développe à partir de l'éthmoïde antérieure dès la 1^{ère} année jusqu'à l'adolescence. Ce n'est que vers 6 ans qu'il s'individualise de l'éthmoïde et que l'on peut parler de sinusite frontale.

Les fosses nasales et sinusales répondent chez l'enfant comme chez l'adulte à une triple fonction (la respiration, l'immunité et l'olfaction).

Chez le nourrisson la respiration est exclusivement nasale. Comme les fosses nasales sont étroites et les cornets sont volumineux, les résistances à l'inspiration sont 3 à 4 fois supérieures à celles observées chez l'adulte. Cela explique qu'une simple inflammation muqueuse peut engendrer un gêne respiratoire important à différencier des dyspnées liées à l'encombrement bronchique.

3- Anatomie et fonction du pharynx et larynx (17):

Les voies aériennes sont de petits calibres, ce qui a des implications physiologiques. Ainsi, l'étroitesse des cavités nasales à la naissance doit être prise en compte lors d'une dyspnée haute chez le nouveau-né ; c'est l'effet venturi c'est-à-dire des turbulences en cas d'accélération du flux aérien ou d'obstacle. L'anatomie des voies aériennes chez l'enfant dépend étroitement

de la croissance crânio-faciale. Au cours de la croissance, la position du larynx va progressivement descendre. Chez le nouveau-né, le larynx est en position haute si bien que ses rapports avec l'extrémité inférieure du voile du palais sont étroits. En effet, l'épiglotte se projette en regard de la première vertèbre cervicale (C1) et vient au contact de la face postérieure du voile du palais à la phase inspiratoire, obstruant la filière buccale et obligeant à une respiration exclusivement nasale jusqu'à l'âge de 4 mois environ. C'est pourquoi durant les premières années, le nourrisson est un respirateur nasal dominant.

C- PATHOLOGIE:

L'oto-rhino-laryngologiste est le spécialiste qui diagnostique et traite les nombreuses affections et pathologies de la sphère ORL. Cette sphère est large, car elle comprend selon les organes mis en cause, de nombreux domaines : l'ouïe, la voix, la déglutition, le goût, mais aussi la respiration, l'odorat, l'équilibre et l'esthétisme facial. **(2)**

Le champ d'activité de ce spécialiste est donc vaste et très varié et, en fonction de la maladie détectée, il peut aussi effectuer des interventions chirurgicales curatives ou esthétiques. **(2)**

I- Les pathologies ORL courantes de l'enfant :

1-Les bouchons de Cérumen : (15)

On ignore pourquoi certaines personnes font des bouchons et d'autres pas. L'étroitesse du conduit auditif externe, l'atmosphère poussiéreuse constituent des facteurs favorisants.

Traitement :

. Si le bouchon est mou, l'extraction immédiate est possible avec un énéma, une canule, ou une seringue (plus de 20cc) remplie d'eau tiède.

. Si le bouchon est dur, l'ablation se fait après l'avoir ramolli pendant 48 heures au minimum par des instillations de lipolytique ou de corps tensio-actifs.

Le bouchon épidermique est un amas blanchâtres épidermiques dans le conduit auditif externe. Son adhérence à la peau du conduit rend difficile son ablation par lavage. On a très souvent recours à l'utilisation de pince.

2-L'otite : (2)

L'otite est une infection ou une inflammation de la peau ou de la muqueuse de l'oreille, provoquée soit par un virus, soit par une bactérie.

L'otite moyenne aigue, d'origine microbienne (bactérienne ou virale), est l'otite la plus fréquente chez l'enfant, notamment entre 6 mois et 3 ans. Elle survient en général à la suite d'un rhume. L'infection se propage par le canal de la trompe d'Eustache et siège au niveau du tympan. Elle peut être congestive ou purulente.

Cette otite, peut entraîner l'apparition d'une otite persistante, notamment une otite séro-muqueuse, qui provoque

l'épanchement d'un liquide infecté derrière le tympan et occasionner une perte d'audition.

L'otite moyenne aiguë occasionne à l'enfant de fortes douleurs au niveau de l'oreille, ainsi que de la fièvre et, sous traitement médical, guérit en moyenne en une semaine.

L'otite en elle-même n'est pas contagieuse, elle se transmet par un rhume, qui prédispose l'enfant à la développer.

3-Rhinites : (18)

3.1-La rhinite aiguë : (coryza aigu basal, rhume basal), elle constitue l'affection aiguë la plus fréquente des voies aériennes supérieures.

Signes cliniques :

-Obstruction nasale à bascule (tantôt à droite, tantôt à gauche)

-Rhinorrhée aqueuse au début, puis mucopurulente

-Eternuements

-Larmoiments

-Prurit nasal

-Sensation de brûlures et sécheresse du nez et de la gorge

-Céphalée, frissons, courbature si cause grippale

-A la rhinoscopie la muqueuse est rouge et congestive

Ce type de rhinite peut évoluer vers la guérison complète ou se compliquer

Complications :

- Otite moyenne aigue
- Sinusite aigue
- Laryngotrachéobronchite
- Otite séreuse

Traitement:

- .Brève prescription de vasoconstricteurs locaux (5 à 8 jours) pour décongestionner les fosses nasales
- .Antalgique pour les céphalées et courbatures
- .Vitamine C

3.2-La rhinite allergique : périodique ou saisonnière (rhume des foins) elle est due au pollen pendant la période de floraison. La rhinite allergique apériodique ou per-annuelle est causée par plusieurs allergènes (poussière, aliments, bactéries, parasites, plumes et poils d'animaux...) permanents dans l'environnement.

Signes cliniques :

- Obstruction nasale paroxystique
- Rhinorrhée (sécrétion nasale) claire ou séreuse

-Prurit nasal, auriculaire ou bucco-pharyngé

-Eternuements

-Souvent signes oculaires (prurit oculaire, conjonctivite, larmoiement)

-Parfois association d'un asthme bronchique

-La rhinoscopie antérieure montre une muqueuse pale, violacée, souvent des polypes (masses oedémateuses légèrement translucides) au niveau du méat moyen

-L'examen avec un nasofibroscope permet également de poser le diagnostic.

Complications :

-Sinusites maxillaires

-Otites moyennes chroniques

-Laryngite chronique

-Asthme bronchique

Traitement :

-Eviction de l'allergène

-Antihistaminique par voies orale ou locale

-Corticothérapie locale et/ou générale à visée curative ou préventive

-Calcium et soufre

-Changement de zone climatique

-Eviction d'abus de gouttes nasales contenant des vasoconstricteurs, car risque de rhinite médicamenteuse.

3.3-Rhinite hypertrophique:

Elle résulte de l'hypertrophie des cornets.

Signes cliniques :

-L'obstruction nasale constitue le symptôme prédominant

-Parfois rhinorrhée séreuse

-Souvent céphalées causées par l'obstruction nasale

-Pharyngite subatrophique occasionnée par la respiration buccale liée à l'obstruction nasale

-La rhinoscopie antérieure montre de gros cornets congestifs, qui se rétractent sous l'action de vasoconstructeurs locaux, une concha bullosa (hyperpneumatisation de la tête du cornet moyen) ou des polypes souvent.

Complications :

-Catarrhe tubaire

-Otite moyenne chronique

-Pharyngite chronique

Traitements:

- . Vasoconstricteurs locaux à utiliser avec prudence
- . Ablation de polypes après échec d'un traitement médical
- . Chirurgie des cornets
- . Méthodes semi-chirurgicales dans une unité spécialisée en ORL (Cautérisations électrique ou chimique des cornets).

4-La rhinopharyngite (ou rhume) :(2)

La rhinopharyngite est l'une des infections ORL la plus courante chez l'enfant et est très contagieuse. Il n'est pas rare qu'entre 6 mois et 6 ans, il présente quatre à cinq épisodes de rhinopharyngite par an, voire davantage.

Généralement provoquée par un virus, la rhinopharyngite est une inflammation des muqueuses du nez et du pharynx. Elle débute souvent par un mal de gorge, accompagné d'une fièvre modérée, et provoque des éternuements, des écoulements et une obstruction nasale.

La rhinopharyngite est bénigne et disparaît spontanément en moins de 10 jours. Néanmoins, une surinfection bactérienne peut entraîner des complications (otite ou laryngite, par exemple) demandant un suivi médical spécifique de l'enfant.

5-La Laryngite : (2)

La laryngite se caractérise par une inflammation du larynx (organe de la phonation situé au niveau de la gorge) et est

généralement d'origine virale. Tout comme l'otite, la laryngite est souvent précédée par une rhinopharyngite et est courante chez l'enfant.

Elle entraîne un gonflement du larynx et peut provoquer une toux irritante et sèche, une gêne pour avaler et une voix enrouée, voire des difficultés respiratoires.

Avec un traitement adapté, elle guérit en moyenne en moins d'une semaine.

6-L'angine : (2)

L'angine est une inflammation des amygdales et de la gorge, d'origine bactérienne ou virale. Elle provoque de fortes douleurs à la gorge, de la fièvre, des difficultés pour avaler et parfois des maux de tête. Elle touche généralement l'enfant de plus de 2 ans et est sans gravité.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une angine virale (angine blanche) qui ne peut pas être traitée par des antibiotiques, car ils sont inefficaces sur les virus. En cas d'angine virale, il est important de soulager l'enfant des douleurs et de suivre l'évolution de son état de santé.

L'angine bactérienne (angine rouge), elle, est due à une bactérie, le *streptocoque*, et nécessite une consultation médicale pour évaluer le bénéfice d'un traitement antibiotique. Elle touche rarement les tout-petits de moins de 3 ans et ne représente pas plus de 40 % des angines contractées chez l'enfant.

Quel que soit le trouble ORL dont l'enfant semble souffrir, la consultation du médecin s'impose si les symptômes persistent.

Complications : (18)

-Complications locorégionales : phlegmon périamygdaliens, phlegmon péripharyngés, amygdalite chronique (angine à répétition), asphyxie.

-Complications générales : troubles nerveux, cardiaques et rénaux, rhumatisme articulaire aigu, septicémie.

Prévention :

Des gestes simples au quotidien permettent de prévenir les infections ORL et d'en éviter la transmission :

- Lavez les mains de votre enfant fréquemment avec du savon
- Nettoyez son nez quotidiennement avec du sérum physiologique
- Utilisez des mouchoirs en papier pour le moucher puis, jetez-les
- Aérez sa chambre et les autres pièces de la maison.

VI- Méthodologie

Cadre d'étude :

Nous avons entrepris cette étude dans deux orphelinats (village SOS Sanankoroba et Falatow Jigiyaso Dialakoroba, dans le cercle de Kati et dans l'école Cabral de Badalabougou, en commune V du District de Bamako. Organisé dans le cadre des missions humanitaires de l'Association Dr Mamadou Sacko pour la promotion de l'ORL (AMASA ORL). En hommage de Feu Dr Mamadou Sacko premier médecin ORL du Mali (**19**) et de Feu Abdoul Karim Camara dit Cabral Secrétaire Général de l'Union Nationale des Elèves et Etudiants du Mali (UNEEM) en février-mars 1980.

1. Orphelinat village SOS Sanankoroba :

Le village d'enfants SOS de Sanankoroba est situé à environ 30 km au sud de Bamako.

Créé le 12 Août 1987 par un Allemand Harman Gmeiner, lui aussi fut un orphelin de la deuxième guerre mondiale. Il a commencé ses études dans un orphelinat et devient médecin. Dès lors Harman s'est beaucoup intéressé aux enfants et c'est à la suite qu'il a commencé à construire des SOS enfants à travers le monde. Actuellement dans le monde entier on compte les villages SOS dans 132 pays. Au Mali il y a deux villages SOS dont un troisième en chantier.

Au village SOS de Sanankoroba il y a:

-La mère SOS

-Les frères et sœurs

-Une maison

-Et l'ensemble forme une communauté ou un village SOS.

Le village SOS de Sanankoroba comprend 15 familles et chaque famille compte dix enfants. La famille est composée d'une maman et d'une tante qui aide la maman dans ses tâches.

Chaque famille est construite de la manière suivante :

-Un bâtiment principal

-Un hangar

-Une chambre pour la maman

-Une chambre pour la tante

-Une chambre pour les filles

-Une chambre pour les garçons

- Une douche intérieure

- Une douche extérieure

-Une cuisine

-Une salle de séjour

-Un magasin

Le village d'enfant SOS Sanankoroba accueille 148 enfants dans 15 maisons familiales. **(20)**

.Les locaux :

-Un jardin d'enfant

-Une école primaire et secondaire

-Une cantine

- Une bibliothèque.

2. Orphelinat Falatow Jigiyaso :

L'orphelinat Falatow Jigiyaso de Dialakoroba (Mali) est situé à 50 km de Bamako, sa superficie est de 891 m²

-Les locaux :

° Des blocs sanitaires,

°Une infirmerie,

°Des bureaux administratifs,

°Une salle de restauration,

°Des espaces de jeux,

°Deux salles de classe,

°Une salle d'informatique, **(21)**

3. Ecole Privée Cabral de Badalabougou:

Elle a été créée en Octobre 1991 par M. Seydou Fémory Koné, un jeune diplômé sans emploi à l'époque.

A la création, l'école ne comptait que 5 élèves le 1^{er} octobre 1991 jour de la rentrée scolaire. Mais le 10 Octobre l'effectif est passé à

10 élèves en 1^{er} année. Les frais de scolarité s'élevaient à 1500f / mois / élève. A la fin de l'année l'école comptait une soixantaine d'élèves. L'école privée Cabral de Badalabougou fut l'une des premières écoles privées ouverte au Mali en 1991. Elle compte aujourd'hui 250 élèves au 1^{er} cycle, 173 élèves au second cycle, 8 maîtres dans chacun des cycles. Les frais de scolarité sont de 25000f / trimestre / élève pour le 1^{er} cycle et 30000f / trimestre / élève pour le second cycle.

Il y a 10 ans, la salle d'informatique comptait 10 ordinateurs qui sont tous hors d'usage de nos jours.

4. Type d'étude

Nous avons mené une étude de type transversale.

5. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 4 mois (**Février –Mai 2017**)

6. Population d'étude :

L'étude a concerné les enfants des deux orphelinats le village SOS de Sanankoroba, Falatow Jigiyaso dont la tranche d'âge était de 0 à 15 ans et les élèves de l'école Cabral dont la tranche d'âge était de 4 à 15 ans.

7. Critère d'inclusion et de non inclusion :

7.1. Critère d'inclusion :

Il s'agit de tous les enfants des deux orphelinats âgés de 0 à 15 ans et ceux de l'école Cabral âgés de 4 à 15 ans

7.1. Critère de non inclusion :

Tous les enfants n'étant pas orphelins et n'allant pas à l'école Cabral.

8. Outils de collecte des données

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête portée en annexe.

La méthode utilisée a été recueillie à partir des réponses des mamans des orphelinats et des élèves eux-mêmes de l'école Cabral.

9. Analyses des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Office 2007 (Word) et analysées avec Epi info version 7.

10. Considérations éthiques

Un consentement verbal a été recherché et obtenu auprès des responsables des orphelinats et des directeurs et maitres de l'école Cabral avant de commencer l'interrogatoire.

L'anonymat et la bonne pratique médicale des enquêtes on été respecté.

Les responsables des orphelinats et les directeurs et maitres de l'école Cabral ont été rassurés de la manière de diffusion des résultats.

La confidentialité a été respectée.

V-RESULTATS

1. ORPHELINAT

Tableau I: Répartition des enfants orphelins selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Fréquence	Pourcentage
0 - 2	9	6%
3- 5	54	36%
6 - 15	87	58%
Total	150	100%

La tranche d'âge de 6 à 15 ans a été prédominante (58%)

Tableau II : Répartition des enfants orphelins selon les diagnostics retenus

Diagnostics retenus	Fréquence	Pourcentage
Examen normal	50	33,33%
Bouchons de cérumen	59	39,33%
Rhinite	21	14%
Angine	4	2,67%
Otite moyenne aigue	3	2%
Conjonctivite allergique	3	2%
Pharyngite	2	1,33%
Otite moyenne suppurée	2	1,33%
Otite externe	2	1,33%
Epistaxis	2	1,33%
Sinusite	1	0,67%
Rhinopharyngite	1	0,67%
Total	150	100%

Le bouchon de cérumen était la pathologie la plus représentée (39,30%).

Tableau III: Répartition des enfants orphelins selon les tranches d'âge en fonction des diagnostics retenus.

Age \ Diagnostic Retenu	0 – 2	3 – 6	6 – 15	Pourcentages
Bouchons de cérumen	5	27	27	39,33%
Examen normal	2	14	34	33,33%
Rhinite	2	11	8	14%
Angine	0	1	3	2,67%
Otite moyenne aiguë	0	0	3	2%
Conjonctivite allergique	0	0	3	2%
Pharyngite	0	1	1	1,33%
Otite moyenne suppurée	0	2	0	1,33%
Otite externe	0	0	2	1,33%
Epistaxis	0	0	2	1,33%
Sinusite	0	0	1	0,67%
Rhinopharyngite	0	0	1	0,67%
Total	9 6%	56 37,33%	85 56,7%	150 100%

La tranche d'âge de 6 à 15 ans a surtout été concernée (56,67%).

Tableau IV: Répartition des enfants orphelins selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	78	52%
Masculin	72	48%
Total	150	100%

Le sexe féminin a été prédominant avec 52% et un ratio de 1,03 en faveur de sexe féminin

Tableau V: Répartition des enfants orphelins selon le sexe en fonction des diagnostics retenus.

Sexe \ Diagnostic Retenu	Masculin	Féminin	Pourcentage
Bouchons de cérumen	29	30	39,33%
Examen normal	21	29	33,33%
Rhinite	10	11	14%
Angine	3	1	2,67%
Otite moyenne aigue	1	2	2%
Conjonctivite allergique	0	3	2%
Pharyngite	0	2	1,33%
Otite moyenne suppurée	1	1	1,33%
Otite externe	1	1	1,33%
Epistaxis	2	0	1,33%
Sinusite	1	0	0,67%
Rhinopharyngite	1	0	0,67%
Total	70 46,67%	80 53,33%	150 100%

Le sexe féminin a fait plus d'affection (53,33%).

Tableau VI: Répartitions des enfants orphelins selon le statut d'orphelin.

Orphelin	Fréquence	Pourcentage
Deux parents	147	98%
Mère	2	1,33%
Père	1	0,67%
Total	150	100%

Les orphelins des deux parents étaient prédominants (98%).

Tableau VII: Répartition des enfants orphelins selon le statut d'orphelin en fonction des diagnostics retenus.

Orphelin / Diagnostic Retenu	Deux parents	Mère	Père	Pourcentage
Bouchons de cérumen	59	0	0	39,33%
Examen normal	48	1	1	33,33%
Rhinite	20	1	0	14%
Angine	4	0	0	2,67%
Conjonctivite allergique	3	0	0	2%
Otite moyenne aiguë	3	0	0	2%
Pharyngite	2	0	0	1,33%
Epistaxis	2	0	0	1,33%
Otite moyenne suppurée	2	0	0	1,33%
Otite externe	2	0	0	1,33%
Sinusite	1	0	0	0,67%
Rhinopharyngite	1	0	0	0,67%
TOTAL	147	2	1	150
	98%	1,33%	0,67%	100%

Les orphelins des deux parents étaient les plus affectés (98%).

Tableau VIII: Répartition des enfants orphelins selon le statut d'orphelin en fonction du sexe.

Sexe	Orphelins	Deux parents	Mère	Père	Pourcentage
Masculin		71	0	1	48%
Féminin		76	2	0	52%

Le sexe féminin était plus le représenté (52%)

Tableau IX: Répartition des enfants orphelins selon les antécédents ORL

ANTECEDENTS ORL	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	10%
Non	135	90%
Total	150	100%

Les enfants orphelins ont présenté plus d'antécédents avec 10% de cas.

Tableau X: Répartition des enfants orphelins selon le statut d'orphelin en fonction des antécédents.

Orphelins	Deux parents	Mère	Père	Pourcentage
Antécédents				
Oui	14	1	0	10%
Non	133	1	1	90%
Total	147	2	1	
	98%	1,3%	0,7%	100%

Les orphelins des deux parents ont présenté plus d'antécédents (98%).

Tableau XI: Répartition des enfants orphelins selon le sexe en fonction des antécédents.

Sexe	Masculin	Féminin	Pourcentage
Antécédents			
Oui	6	9	10%
Non	66	69	90%
Total	72	78	
	48%	52%	100%

Le sexe féminin a plus d'antécédents (52%).

Tableau XII : Répartition des enfants orphelins en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Drépanocytose	4	50%
Méningite	1	12,5%
Pneumopathie	3	37,5%
Total	8	100%

La Drépanocytose était l'antécédent médical le plus présent avec 50%.

Tableau XIII : Répartition des enfants selon leurs antécédents familiaux

Antécédents familiaux	Fréquence	Pourcentage
Cardiopathie	2	20%
Drépanocytose	4	40%
HTA	3	30%
HIV	1	10%
Total	10	100%

La drépanocytose était l'antécédent familial le plus fréquent (40%).

Tableau XIV: Répartition des enfants orphelins selon les ethnies.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	67	44,67%
Peulh	30	20%
Malinké	16	10,67%
Minianka	11	7,33%
Sonrhäï	10	6,7%
Dogon	8	5,33%
Sarakolé	2	1,33%
Boi	2	1,33%
Senufo	2	1,33%
Bozo	2	1,33%
Total	150	100,0%

L'ethnie Bambara était la plus représentée (44,67%).

2.ECOLE CABRAL

Tableau XV : Répartition des enfants selon les tranches d'âge.

Tranchage d'âge	Fréquence	Pourcentage
0-5	8	6,61%
5 – 10	62	51,23%
10 – 15	51	42,14%
Total	121	100,0%

La tranche d'âge de 5 à 10 était la plus représentée

Tableau XVI: Répartition des enfants selon les diagnostics retenus

Diagnostiques retenus	Fréquence	Pourcentage
Examen normal	67	55,37%
Bouchons de cérumen	33	27,27%
Rhinite	8	6,61%
Angine	4	3,31%
Otite moyenne aiguë	2	1,65%
Rhinopharyngite	2	1,65 %
Otite externe	2	1,65%
Sinusite	1	0,82%
Otite moyenne suppurée	1	0,82%
Pharyngite	1	0,82%
Total	121	100%

Les bouchons d'oreille étaient la pathologie la plus représentée avec 27,03%

Tableau XVII : Répartition des enfants selon les tranches d'âge en fonction des diagnostics retenus

Age \ Diagnostic Retenus	0 – 5	5 –10	10 –15	Pourcentage
Examen normal	5	39	23	55,37%
Bouchons de cérumen	0	13	20	27,27%
Rhinite	3	3	2	6,61%
Angine	0	2	2	3,31%
Otite moyenne aiguë	0	1	1	1,65%
Otite externe	0	1	1	1,65%
Rhinopharyngite	0	1	1	1,65%
Otite moyenne suppurée	0	1	0	0,82%
Pharyngite	0	1	0	0,82%
Sinusite	0	0	1	0,82%
Total	8	62	51	100%

La tranche d'âge de 5 à 10 était la plus affectée.

Tableau XVIII: Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	79	65,3%
Masculin	42	34,7%
Total	121	100,0%

Le sexe féminin prédomine avec 65,3% et un ratio de 1,67 en faveur du sexe féminin.

Tableau XIX : Répartition des enfants selon le sexe en fonction des diagnostics retenus

Sexe	Masculin	Féminin	Pourcentage
Diagnostics Retenus			
Examen normal	23	44	55,37%
Bouchons de cérumen	11	22	27,27%
Rhinite	4	4	6,61%
Angine	0	4	3,31%
Otite moyenne aiguë	0	2	1,65%
Otite externe	2	0	1,65%
Rhinopharyngite	1	1	1,65%
Otite moyenne suppurée	0	1	0,82%
Pharyngite	0	1	0,82%
Sinusite	1	0	0,82%
TOTAL	42	79	121
	34,71%	65,29 %	100%

Le sexe féminin a fait plus d'affection (65,29%)

Tableau XX: Répartition des enfants selon les antécédents ORL.

ANTECEDENTS	Fréquence	Pourcentage
Non	115	95%
Oui	6	5%
Total	121	100%

Peu des enfants ont présenté un antécédent avec 5% de cas.

Tableau XXI: Répartition des enfants selon le sexe en fonction des antécédents ORL.

SEXE	Masculin	Féminin	Pourcentage
Antécédents			
Non	40	75	95%
Oui	2	4	5%
Total	42 34,71%	79 65,29%	100%

Le sexe féminin a plus d'antécédents (65,29%)

Tableau XXII : Répartition des enfants selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Drépanocytose	1	33,3%
Pneumopathie	2	66,7%
Total	3	100%

La Pneumopathie était l'antécédent médical le plus représenté (66,07%)

Tableau XXIII: Répartition des enfants selon les ethnies

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	45	37,19%
Boi	3	2,48%
Dogon	3	2,48%
Malinké	21	17,35%
Minianka	3	2,48%
Peulh	18	14,88%
Sarakolé	21	17,35%
Senufo	2	1,65%
Sonrhäi	5	4,13%
Total	121	100%

L'ethnie bambara était prédominant (37,02%)

Tableau XXIII: comparaison des données des enfants orphelins et des élèves de l'école Cabral

Enfants	Enfants Orphelins	Elèves de Cabral
Diagnostic Retenu		
Rien à signalé	50 33,33%	69 55,37%
Bouchons de cérumen	59 39,33%	33 27,27%
Rhinite	21 14%	8 6,61%
Angine	4 2,67%	4 3,33%
Otite moyenne aiguë	3 2%	2 1,65%
Conjonctivite Allergique	3 2%	0 0%
Pharyngite	2 1,33%	1 0,82%
Otite externe	2 1,33%	2 1,65%
Otite moyenne suppurée	2 1,33%	1 0,82%
Epistaxis	2 1,33%	0 0%
Rhinopharyngite	1 0,67%	2 1,61%
Sinusite	1 0,67%	1 0,82%
Total	150 100%	121 100%

Les enfants orphelins ont présenté plus d'affection 66,7%

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Les limites de notre étude :

Notre étude réalisée dans deux orphelinats à savoir le village SOS de Sanankoroba, Falatow Jigiyaso de Dialakoroba, a concerné 150 enfants de 0 à 15 ans, parmi lesquels 100 cas ORL ont été détectés. D'autre part elle s'est réalisée à l'école Cabral de Badalabougou et a concerné 121 enfants de 4 à 15 ans parmi lesquels 54 cas ont été détectés. Au Cours de cette étude nous avons été confrontés à d'énormes difficultés, liées entre autre au manque de moyens de déplacement pour aller sur les différents sites, au manque de médicaments et de matériels adéquats pour les traitements et examens cliniques.

2. La prise en charge :

2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

2.1.1. Age :

La tranche d'âge de 6 à 15 ans était la plus représentée avec 58% des cas chez les enfants orphelins.

Et la tranche d'âge de 5 à 10 ans était la plus représentée chez les enfants de l'école Cabral avec 37,9%.

Une étude réalisée en 2013-2014 par M. Boiré S. au Csréf commune IV a retrouvé plus de 49,6% chez les enfants de 0 à 10 ans. **(22)**

Une autre étude réalisée par NGUATTIA en 1998 à Bouaké au centre de la Côte d'Ivoire a retrouvé 52% chez les enfants d'âge scolaire. **(23)**

M. COULIBALY K retrouve 25% des enfants de 0-10, étude réalisée en 2010-2011 au CHU Gabriel TOURE. **(24)**

La forte prévalence des affections ORL retrouvée chez les enfants orphelins et les élèves de l'école Cabral de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par plusieurs hypothèses, par exemple à cet âge, la muqueuse de la sphère ORL des voies aéro-digestives supérieures est fortement sollicitée par les germes. Ce sont des pathologies d'adaptation à l'environnement et d'apprentissage immunologique, permettant la fabrication d'anticorps spécifiques contre les germes et amenant la mise en place des systèmes de défense tumoraux. **(22)**

2.1.2. Sexe :

Il y a une prédominance du sexe féminin avec 52% chez les enfants orphelins, et une prédominance du même sexe chez les enfants de l'école Cabral avec 65,3%.

En 2013-2014, M. Boiré S a retrouvé 50,4% de prédominance de sexe féminin au Csréf commune IV. **(22)**

En 2017 une étude réalisée par M. Konaté M a retrouvé 50,6% de prédominance de sexe masculin au Csréf commune IV. **(25)**

Et une étude réalisée par ADJOUYA. R.P et coll. à Abidjan en 2006 a retrouvé une légère prédominance masculine. **(26)**

2.1.2. Ethnies :

Les ethnies Bambara et peulh sont les plus représentées avec 44,7% chez les enfants orphelins, et 37,2% chez les enfants non orphelins

On peut dire que la prédominance des ethnies Bambara et Peulh est due à leur fort taux représentatif en termes de population au Mali et non parce que les pathologies ORL ont une prédilection pour elles. **(27)**

3. Données cliniques :

3.1. Antécédents médico-chirurgicaux :

La drépanocytose était l'antécédent médical le plus rencontré avec 50% de cas chez les enfants orphelins.

La pneumonie était l'antécédent médical le plus rencontré avec 66,7% de cas chez les enfants non orphelins.

3.2. Clinique :

Les Bouchons de cérumen étaient la pathologie la plus fréquente chez les enfants orphelins avec 39,3% cas, et 27,3% chez les enfants de l'école Cabral.

En 1999 une étude réalisée par CHATIGRE, Konankan Richard; ADJOUA, Rith Pascal. UFR des Sciences Médicales à Abidjan a retrouvé 49,8% des bouchons de cérumen en milieu scolaire. **(28)**

VII-CONCLUSION ET

RECOMMANDATIONS:

CONCLUSION :

- Les enfants orphelins de la tranche d'âge de 6 à 15 ans et les enfants non orphelins de la tranche d'âge de 5 à 10 ans étaient les plus concernés avec 58% et 57,90% des cas ;
- Le sexe féminin était surtout retrouvé chez les enfants orphelins et les enfants non orphelins avec respectivement 52% et 65,30% des cas ;
- Le bouchon de cérumen était la pathologie la plus fréquente avec 39,30% chez les enfants orphelins, et 27,30% chez les enfants non orphelins.
- Au final on a 66,67% cas chez les enfants orphelins et 44,63% cas chez les élèves de l'école Cabral. Cela signifie que les affections ORL concernent tous les enfants quelque soit leur situation, mais la forte prévalence des affections ORL retrouvée chez les enfants orphelins s'explique par plusieurs hypothèses, à ces hypothèses il y a les mauvaises conditions d'hygiène du milieu, la promiscuité de l'habitat et les conditions économiques difficiles...

RECOMMANDATIONS :

1. Aux autorités:

- La politique de dépistage des affections ORL en milieu défavorisé.
- La formation continue en soins primaires ORL pour le personnel médical des ces structures qui ont en charge des enfants en situation d'handicape sociale;
- L'accès à certain médicament ORL qui ne sont disponible qu'en spécialité.

2. Aux personnels des orphelinats :

- La consultation des enfants dès les premiers signes.
- La pris en charge des affections ORL dès l'enfance.
- Dans la vie de tous les jours faire de l'hygiène une partie intégrante.

3. Aux parents d'élève de l'école Cabral :

- La consultation en temps opportun chez un agent de santé pour les problèmes de santé des enfants.
- Dans les structures indiquées évité l'automédication et ramener les enfants pour une prise en charge adéquate.

VIII-REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Sacko HB. L'essentiel en oto-rhino-laryngologie et pathologie de la face et du cou, (ISBN : 2-9518377-0- 4) Bamako Mars 2002.

2. Alice du Laboratoire PEDIACT : PEDIACT.COM:
[https //www.pediact.com:/connaissiez-vous-les-troubles-orl-de-lenfant/](https://www.pediact.com:/connaissiez-vous-les-troubles-orl-de-lenfant/) 9 Mars 2015

3. Sacko HB. Dembélé RK, Diallo AO Panorama des affections ORL de l'enfant âgés de 0 à 5ans en commune IV du district de Bamako. 2èmes journées de la polyclinique lac Télé Novembre 2007 Bamako ; communication orale.

4. Sacko HB Etudes des particularités pathogéniques de la surdité neurosensorielle ( tudes expérimentale et clinique), Mémoire pour l'obtention du grade de PhD en ORL, Moscou 2 me institut de médecine Piragov septembre 1989.92 pages.

5. Wikipedia L'encyclopédie libre : wikipedia.org orphelin

6. Fanny Busuttil : Orphelins-Humanum : Nous concr tisons les droits de l'enfant, 19 Décembre 2011

7. Buisson F. :  dition électronique orphelinat, édition de 1911

8. D. de Mallevo LE FIGARO: première étude sur les 500.000 orphelins, 7 /10/2011

9. Boinot P et Frohlich K. Département de Médecine sociale et préventive. Université de Montréal.

10. BONFILS P., CHEVALIER J-M. Anatomie ORL.

Edit Flammarion Médecine-sciences, 1988.

11. JACOPIN S. Illustration Médicale et Ditactique

Représentation de l'anatomie de l'oreille depuis le pavillon et le conduit auditif constituant l'oreille externe, l'oreille moyenne ...

12. UZIEL A, GUERRIER Y.

Physiologie neurosensorielle. Edit Masson, 1984

13. LEGENT F, PERLEMUTER L, VANDENBROUK C. Cahiers d'anatomie O.R.L.

4eme Edit, Masson (1-2) 1986 P75-80.

14. VLC. research OPHYS,

Nez et sinus - Anatomie du nez et des sinus

15. UZIEL A, GUERRIER Y.

Physiologie des voies aéro-digestives supérieures.

Edit Masson, 1984

16. V. PALTCHOUN, N. VOZNESENSKI. Maladie du nez, de la gorge et de l'oreille, Edition Mir Moscou 1989.

17. René St-Jacques : corps humain .ca, 2000-2017[René St-Jacques]

18. Sacko HB. Cours d'Oto-rhino-laryngologie (ISBN : 978-2-9518377-1-3) Bamako. septembre 2004.

19. AMASAORL : l'Association Dr Mamadou Sacko pour la promotion de l'ORL.

Centre pour la promotion de la santé ORL au Mali

20. SOS VILLAGES D'ENFANTS (France). Village d'enfants SOS de Bamako – SOS village d'enfants.

21. CABAS S. : BACTIACTU. L'orphelinat Falatow Jigiyaso Dialakoroba(Mali) 30/03/2015.

22. BOIRE S. Connaissances, attitudes et comportements des patients face aux pathologies ORL dans l'unité ORL du Csréf de la commune IV de Bamako. Thèse de médecine, page 64. 2013-2014

23. N' GATTIA K V. : Dépistage des pathologies ORL en milieu scolaire à Bouaké (Côte d'Ivoire). Thèse N°2, Bouaké,1998 .68pages.

24. COULIBALY. K. : Morbidité des urgences ORL au service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Thèse de médecine.131pages. 2010-2011

25. KONATE M. Aspects de la prise en charge des affections ORL à l'unité de pédiatrie du Csréf commune IV du District de Bamako, 2017.

26. ADJOUA R. P., CHATIGRE K. R., TEA Z. B., KOFFIN'GUESSAN L. : Dépistage des affections oto-rhino-laryngologiques en milieu scolaire a Abidjan ; Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., 2006, Vol. 13, n° 3, p. 5-7.

27. SANOGO H. Étude des affections ORL et cervico-faciales chez les personnes âgées dans les six Centres de Santé de Référence des communes du District de Bamako. Unité ORL Csréfcommune IV District de Bamako. Thèse de médecine page 48. 2012

28. HATIGRE K.R. Dépistage des affections de l'oreille en milieu scolaire à Abidjan. Thèse N° 2267, Abidjan 28 Juin 1999

FICHE D'ENQUETE

Les affections ORL en milieu non défavorisé

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : masculin féminin

Ethnie : bambara boi bozo dogon malinké
 minianka peulh sarakolé sénoufo sonrhaï

ANTECEDENTS Médicaux : Familiaux :
Chirurgicaux :

PAS D'ANTECEDENTS

DIAGNOSTIC : Bouchons de Cérumen Otite Moyenne
Aigue Otite Externe Otite Moyenne Suppurée Rhinite
 Angine Rhinopharyngite Conjonctivite Allergique
 Epistaxis Pharyngite Rien à Signalé

OBSERVATIONS Ordonnance Examens
Complémentaires Lavage RAS

Les affections ORL en milieu défavorisé

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : masculin féminin

Ethnie : bambara boi bozo dogon malinké
 minianka peulh sarakolé sénoufo sonrhäï

Orphelin : deux parents père mère

ANTECEDENTS Médicaux : Familiaux :

Chirurgicaux :

PAS D'ANTECEDENTS

DIAGNOSTIC : Bouchons de Cérumen Otite Moyenne
Aigue Otite Externe Otite Moyenne Suppurée Rhinite
 Angine Rhinopharyngite Conjonctivite Epistaxis
 Pharyngite Rien à Signalé

OBSERVATIONS Ordonnance Examens

Complémentaires Lavage RAS

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénoms : Catherine Marie Joseph

Titre de la thèse : Etude comparative des affections ORL en milieu défavorisé et en milieu non défavorisé.

Année de soutenance : 2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé :

Nous avons effectué du 12 Février 2017 au 2 Mai 2017, une étude transversale sur les affections ORL en milieu défavorisé et en milieu non défavorisé initié par L'AMASA ORL et l'unité ORL du centre de santé de référence de la Commune IV du district de Bamako. L'enquête a porté sur 271 enfants (150 orphelins, 121 non orphelins)

Le sexe féminin était prédominant avec (52% orphelins, 65,30% non orphelins).

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Bambara (44,70% orphelins, 37,20% non orphelins).

Le Bouchon de cérumen a été l'affection la plus représentée (39,30% orphelins, 27,30% non orphelins). 66,67% des enfants orphelins présentent des affections ORL, alors que 44,63% seulement des élèves de l'école Cabral en font.

Mots clés : Affections ORL, milieu défavorisé, milieu non défavorisé, enfant.

SERMENT D'HYPOCRATE

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 se 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 patrie 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 leur père. 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!