

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail — Justice — Solidarité

UNIVERSITE GAMAL ABDEL NASSER DE CONAKRY



FACULTE DE MEDECINE, PHARMACIE ET ODONTO-STOMATOLOGIE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

CHAIRE D'ORLO

ANNEE SCOLAIRE : 2009-2010

45^e PROMOTION

N°194

THEME :

Prévalence des rhinopharyngites parmi les affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7 ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Thèse :

Présentée et soutenue publiquement le 29 / 06/2012

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Candidat : DEMBELE Yaya, né le 14 Avril 1984 à Nambasso (République du MALI)

Président du jury : M. le Pr Nima DOUKOURE

Vice-président : M. le Dr Hasmiou DIA

Membres du jury : M. le Dr Mamadou Ciré BARRY

M. le Dr Sékou Amadou CAMARA

M. le Dr Oumar SYLLA

Rapporteur : M. le Dr Aboubacar Saïematu SYLLA

Directeurs de thèse : M. le Pr Albert Vincent SYLLA

M. le Dr M'Bemba TRAORE Ph.D

Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

STRUCTURE DE LA FACULTE

Doyen

Pr. Mamadou Bobo DIALLO

Vice Doyen Chargé de la Recherche

Pr. Agr. Aissatou Taran DIALLO

Vice Doyen Chargé de la Pédagogie

Pr. Agr. Mohamed CISSE

Secrétaire Général

Mr. N'faly CAMARA

Chef du département de Médecine

Dr. Mandjou DIAKITE

Chef du département de Pharmacie

Dr. Fodé Bangaly MAGASSOUBA

Chef du département d'Odontostomatologie

Dr. Saikou Abdoul Tahirou CAMARA

Chef du département des Sciences Fondamentales

Dr. Salifou SYLLA

Liste des enseignants de la faculté

DEPARTEMENT DE MEDECINE

N°	Prénom (s) et Nom	Grade académique	Spécialité
1	Madigbè FOFANA	Prof.	Cardiologie
2	Mamadou Saliou DIALLO	Prof.	Gynéco-Obstétrique
3	Mamadou Pathé DIALLO	Prof.	Pédiatrie
4	Mamadou Bobo DIALLO	Prof.	Urologie
5	Amara CISSE	Prof.	Neurologie
6	Biro DIALLO	Prof.	Chirurgie générale
7	Anis SAADI	Prof.	
8	Naby Daouda CAMARA	Prof.	
9	Ahmed Boubacar BARRY	Prof.	
10	Mamady CONDE	Prof.	Cardiologie
11	Oumou younoussa SOW	Prof.	Pneumo-phtisiologie
12	Edouard Nyankoye LAMAH	Prof.	Maladies infectieuses
13	Sékou Kantarala DIAKITE	Prof.	Traumatologie
14	Sékou CAMARA	Prof.	Acupuncture
15	Albert Vincent SYLLA	Prof.	ORL
16	Sayon CAMARA	Prof.	Urologie
17	Sékou GUIRASSY	Prof.	
18	Yolande HYJAZY	Prof.	
19	Namory KEITA	Prof.	
20	Fatoumata Binta DIALLO	Prof.	Gynéco-Obstétrique
21	Abdoulaye Bademba DIALLO	Prof.	
22	Mamadou Diouldé BALDE	Prof. Agr	
23	Télyly SY	Prof. Agr	
24	Hassane BAH	Prof. Agr	Médecine Légale
25	Mamady KEITA	Prof. Agr	Chirurgie pédiatrique
26	Ibrahima I. BALDE	Prof. Agr	Pneumo-Phtisiologie
27	Lanssana Mady CAMARA	Prof. Agr	
28	Ishaga Yakhoubou TOURE	Prof. Agr	
29	Alpha Oumar BAH	Prof. Agr	
30	Mohamed Lamine KABA	Prof. Agr	Néphrologie
31	Moussa KOULIBALY	Prof. Agr	Anatomo-Pathologie
32	Aissatou Taran DIALLO	Prof. Agr	Chirurgie générale
33	Aboubacar TOURE	Prof. Agr	
34	Mohamed CISSE	Prof. Agr	
35	Mamadou Dadhi BALDE	Prof. Agr	Cardiologie
36	Naby Moussa BALDE	Prof. Agr	Diabétologie
37	Morifodé DOUKOURE	Prof. Agr	Psychiatrie
38	Abdoulaye Bobo DIALLO	Prof. Agr	Urologie
39	Oumar Raphiou BAH	Prof. Agr	
40	Monè-cé HABA	MC	Chirurgie générale
41	Maimouna BAH SANGARE	MA	Diabétologie
42	Abdourahmane Diouria DIALLO	MA	Hépto-gastrologie
43	Alpha Kabinè CAMARA	MA	Chirurgie thoracique
44	Diarra KEITA	MA	Dermatologie
45	Sédaty KEITA	MA	Gynéco-Obstétrique
46	Moussa Kantara CAMARA	MA	
47	Yaya DIALLO	MA	
48	Alpha Amadou Sank DIALLO	MA	Médecine interne
49	Abdoulaye DIALLO	MA	Médecine du travail
50	Mohamed Tafsir SOUMAH	MA	Traumatologie

51	Djénabou KASSE	MA	Pédiatrie
52	Saliou Bella DIALLO	MA	
53	Asmiou DIA	MA	
54	Cheick KEITA	MA	Anesthésie Reanimation
55	Alpha Oumar BARRY	MA	
56	Mohamed Kaba TOURE	MA	
57	Amara SYLLA	MA	Chirurgie viscérale
58	Nima DOUKOURE	MA	Ophtalmologie
59	Bano SOW	MA	Urologie
60	Amadou Diouldé DIALLO	MA	Chirurgie générale
61	Amara CAMARA	MA	Dermato-vénérologie
62	Mahi BARRY	MA	Santé publique
63	Fayimba KOULIBALY	MA	Psychiatrie
64	Mariam BEAVOGUI	MA	Cardiologie
65	Seydou TOURE	MA	Neurologie
66	Luc Kézély BEAVOGUI	MA	Neurochirurgie
67	Ibrahima Sory SQUARE	MA	Cardiologie
68	Thierno SOW	A	
69	Nicola ZOUMANIGUI	A	
70	Kolignan GUILAVOGUI	A	
71	Emile TOUSSOU	A	Neurologie
72	Sélé KOUROUMA	A	
73	Houleymatou BALDE	A	Dermato-vénérologie
74	Aissatou CAMARA	A	Parasitologie
75	Sinè CAMARA	A	
76	André GOEPOGUI	A	Ophtalmologie
77	Amadou SYLLA	A	Pneumo-Phtisiologie
78	Mamadou Mouctar DIALLO	A	
79	Mamadou Bailo DIALLO	A	
80	Lanssana DIABY	A	Traumatologie
81	Mamadou TOURE	A	Gynéco-Obstétrique
82	Ngoma ONIVOGUI	A	
83	Ibrahima S. DIALLO	A	
84	Mamadou Malal DIALLO	A	
85	Ibrahima Sory BALDE	A	Gynéco-Obstétrique
86	Abdourahmane DIALLO	A	
87	Mamadou Célou DIALLO	A	
88	Aboubacar Fodé Momo SOUMAH	A	Nutrition
89	Célou BALDE	A	
90	Mariama BARRY	A	Psychiatrie
91	Mamadou Oury BAH	A	Imagerie
92	Blé P. GAIMOU	A	Imagerie
93	Naman DOUMBOUYA	A	Chirurgie Pédiatrique
94	Daniel Panzo AGBO	A	
95	Abdoulaye Foulah DIALLO	A	
96	Thierno Saidou BARRY	A	Médecine du travail
97	Anssoumane MARA	A	
98	Thierno SOW	A	Pédiatrie
99	Moussa KOUROUMA	A	
100	Oumou Hawa BARRY	A	Chirurgie Viscérale
101	Oumar Taibata BARRY	A	
102	Aboubacar I DIALLO	A	
103	Alpha KONE	A	Biophysique

104	Soriba Naby CAMARA	A	Histologie
105	Moustapha TOURE	A	Recherche Action
106	Alpha Oumar DIALLO	A	ORL
107	Sékou Amadou CAMARA	A	
108	Bemba DIAKITE	A	
109	Labilé Tokpa SOUMAORO	A	Chirurgie générale
110	Foromo GUILAVOGUI	A	Maladies Infectieuses
111	Edouard F. BANGOURA	A	Maladies Infectieuses
112	Oury Kindy DIALLO	A	Santé Publique
113	Saa Dimio SANDOUNO	A	
114	Balla CAMARA	A	
115	Abdoul Habib BEAVOGUI	A	
116	Ousmane Aminata BAH	A	Statistique Appliquée
117	Ibrahima Sory DIALLO	A	Chirurgie générale
118	Daniel Williams Athanas LENO	A	Gynéco-Obstétrique
119	Ousmane BALDE	A	Gynéco-Obstétrique
120	Mamadou Céliou DIALLO	A	Anesthésie reanimation
121	M'Bemba TRAORE	A	ORL
122	El hadj Mamadou Sadialiou BALDE	A	Médecine Interne
123	Moussa KEITA	FFA	Dermato-vénérologie
124	Oumar Deen TOURE	FFA	Chirurgie pédiatrique
125	Ousmane Tahirou BARRY	FFA	
126	Balla KEITA	FFA	
127	Alpha DIAOUNE	FFA	

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

N°	Prénom (s) et Nom	Grade académique	Spécialité
1	Mamadou Aliou BALDE	Prof.	Pharmacognosie
2	Falaye TRAORE	Prof. Agr.	Chimie pharmaceutique
3	Amara SYLLA	MC	Pharmacognosie
4	Fodé Mohamed SYLLA	MC	Pharmacie galénique RA
5	Saïd Kalil LAKISS	MC	Biochimie
6	Fodé Bangaly MAGASSOUBA	MC	Immunologie
7	André LOUA	MC	Hématologie
8	Kaba KOUROUMA	MC	
9	Aboubacar Sidiki DIAKITE	MA	Droit pharmaceutique
10	Kokoi BEAVOGUI	MA	Pharmacie galénique
11	Morissara KANDE	MA	Cryptogamie
12	Abdoulaye DIALLO	MA	Secourisme/sémiologie
13	Lamine KOIVOGUI	MA	Virologie
14	Soundou TRAORE	MA	Biologie Médicale
15	Mohamed AWADA	MA	Pathologie générale
16	Fatoumata Oury DIALLO	MA	Toxicologie
17	Alpha SYLLA	A	Parasitologie mycologie
18	Emile Pé GAMY	A	Hématologie
19	Pogba GBANACE	A	Médecine traditionnelle
20	Abdoulaye CAMARA	A	Bactério-virologie
21	Ernest Paquilé GAMY	A	Chimie organique
22	Mamadou Saliou BAH	A	Biochimie clinique
23	Sinè CAMARA	A	Parasitologie mycologie
24	Mohamed Kerfalla CAMARA	A	Pharmacologie

25	Kovana Marcel LOUA	A	Pharmacologie générale
26	Moustapha TOURE	A	Zoologie
27	Ouo Ouo LAMAH	A	Parasitologie
28	Soundiata KEITA	A	Chimie analytique
29	Raihamatou BARRY	A	Pharmacologie
30	Nyankoye CAMARA	A	Botanique systématique
31	Nyankoye HABA	A	Hématologie
32	Abdoulaye DIALLO	A	Pharmacie galénique
33	Mamadou Saliou Tély DIALLO	A	Pharmacognosie
34	Séré DIANE	A	Pharmacie galénique
35	Alpha Oumar BALDE	A	Pharmacologie
36	Aboubacar Kadiatou CAMARA	A	Pharmacognosie
37	Thierno Dardaye BAH	A	Pharmacologie spéciale
38	Thierno Oumar BARRY	A	Chimie analytique
39	Oumar Diogo BARRY	A	
40	Mamadou Billo BAH	A	
41	Mamadou Bobo DIALLO	A	
42	Mohamed Sahar TRAORE	A	
43	Oumar Diouhé BAH	A	TP pharmacie galénique
44	Saidou TRAORE	A	
45	Alkaly Mohamed SOUMAH	FFA	Physiologie
46	Mamadou CAMARA	FFA	Droit pharmaceutique
47	Anssoumane TOURE	FFA	Chimie ana/contle méd
48	Kabinè TOURE	FFA	Politique pharmaceutique
49	Kadiatou Fadi DIALLO	FFA	Virologie
50	Oumar Sadio DIALLO	FFA	Chimie minérale générale
51	Mikael SAMPOU	FFA	Pharmacie galénique
52	El hadj Saidou BALDE	FFA	Chimie analytique
53	Ahmadou THIAM	FFA	Hygiène/santé publique
54	Alimou CAMARA	FFA	Immunologie
55	Augustin Massayan ONIVOGUI	FFA	Anglais médical
56	Anssoumane MARA	FFA	Secourisme/sémiologie
57	Bountouraby CAMARA	FFA	Biophysique
58	Hady DIALLO	FFA	Pharmacie clinique
59	Ibrahima SOUMAH	FFA	Toxicologie
60	Ismaël WAGUE	FFA	Chimie analytique
61	Mathieu LAMAH	FFA	TP hématologie
62	Mouctar BAH	FFA	Droit pharmaceutique
63	Moussa KONATE	FFA	
64	Lanfía TOURE	FFA	Diététique nutrition
65	Moustapha SYLLA	FFA	Biochimie générale
66	Pépé SAOROMOU	FFA	Hématologie
67	Yayé Yama BARRY	FFA	Bactériologie-virologie

DEPARTEMENT D'ODONTOSTOMATOLOGIE

N°	Prénom (s) et Nom	Grade académique	Spécialité
1	Sékou Abdoul Tahirou CAMARA	Prof.	Chirurgie maxillo-faciale
2	Norbert TRAORE	MC	Chirurgie buccale
3	Oumar Raphiou DIALLO	MA	Chirurgie maxillo-faciale
4	Mohamed Sid-Dick FADIGA	A	Orthopédie prothèse
5	Augustin KOLIE	A	Chirurgie buccale
6	Aly Badara NABE	FFA	Parodontologie
7	Loncény FOFANA	FFA	
8	Kémo II CAMARA	FFA	Odonto-con-Endodontie
9	Fanta Mamady KABA	FFA	Anatomie dentaire
10	Moussa TOURE	FFA	Odonto-pédiatrique
11	Bintou DIALLO	FFA	
12	Barthélémy LAMAH	FFA	Orthopédie
13	Mamadou Alpha DIALLO	FFA	Anatomie tête et cou
14	Amar BAH	FFA	Parodontologie
15	Ousmane Kéfing KABA	FFA	OCE
16	Tiranké KEITA	FFA	OPS
17	Nènè Youssouf BARRY	FFA	
18	Alphonse KOUROUMA	FFA	Chirurgie buccale
19	Amadou Tidiane BAH	FFA	
20	Adolphe BALAMOU	FFA	Anesthésiologie
21	Alhassane Alpha CAMARA	FFA	OCE
22	Sana Aly CAMARA	FFA	
23	Ibrahima Sory BALDE	FFA	

DEPARTEMENT DES SCIENCES FONDAMENTALES

N°	Prénom (s) et Nom	Grade académique	Spécialité
1	Mohamed Lamine TOURE	MC	Génétique
2	Mandjou DIAKITE	MA	Biochimie clinique
3	Youssouf CONDE	MA	Soins Infirmiers
4	Lakpo Ernest MAMY	MA	Histo-embryologie
5	Sanoussy Cheick KEITA	MA	Biologie
6	Lanssana Bomba CAMARA	MA	Virologie
7	Abdoulaye MAKANERA	MA	Microbiologie
8	Salif Ismaël SYLLA	A	Agrochimie/Ethno
9	Alpha SYLLA	A	Parasitologie
10	Mamadou Nassirou DIALLO	A	Statistique
11	Moustapha TOURE	A	Bio cellulaire
12	Guy AUBLET	A	Biochimie
13	Abdoulaye SYLLA	A	Anatomie pathologie
14	Soriba Naby CAMARA	A	Histologie
15	Alpha KONE	A	Biophysique
16	Alkaly Momo SOUMAH	FFA	Physiologie

17	Justin Foromo GUILAVOGUI	FFA	Maladies infectieuses
18	Bademba CISSE	FFA	Physiologie
19	Sékou Alama BANGOURA	FFA	Histologie
20	Bountouraby CAMARA	FFA	Biophysique
21	Naby Facinet CAMARA	FFA	Anatomie
22	Ibrahima SANOH	FFA	
23	Ousmane CAMARA	FFA	
24	Sékou DIAKITE	FFA	Soins infirmiers
25	Yayé Kany DIALLO	FFA	Santé publique
26	Facély CAMARA	FFA	
27	Seylan DIAWARA	FFA	Biochimie
29	Ibrahima TRAORE	H	Biochimie
30	Aboubacar Salématou SYLLA	H	Génétique
31	Namandjan TRAORE	H	Bicellulaire
32	Mory KEITA	H	Histologie

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure 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.

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.

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 jure, je jure, je jure.

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACE

Au nom d'Allah Le Tout Miséricordieux Le Très Miséricordieux.

A Allah (soubhanahou wa tahala)

Je remercie Allah qui ne m'a jamais abandonné, qui m'a tout donné dans la vie, et par sa puissance ce jour solennel ait lieu où je m'appête à faire un pas décisif de ma vie. Je tiens encore à vous demander humblement de me donner l'esprit d'un bon médecin qui sera appliqué dans la science.

Au prophète MOHAMED paix et salut sur lui.

A mon père, Sinamarou

Toi qui m'as montré le chemin de la vie, ton sens de la famille et ton amour pour le travail bien fait m'ont poussé à être là où je suis aujourd'hui. Tu es un exemple pour ta progéniture, par ta foi en Dieu, ton amour pour les autres, ton honnêteté, ta fierté et ta joie de vivre. Je te remercie pour tous les sacrifices que tu as consentis pour nous et je prie Dieu de te garder le plus longtemps auprès de nous. Ce modeste travail est le tien Papa.

A ma mère, Salimata Coulibaly

Maman chérie, ton amour inconditionnel, ta tendresse et tes sacrifices pour nous me font vibrer le cœur à tout moment. J'ai ressentis très profondément tout comme toi, une très grande émotion durant les longues années que j'ai passé loin de toi. Excuses moi, maman, de t'avoir créée des soucis durant tout ce temps qui était interminable pour toi et nécessaire pour moi. Trouves dans ce modeste travail, le témoignage de mon affection profonde et de ma reconnaissance infini.

A mes frères et sœurs : Bassitan, Korotimi, Dramane, Ousmane, Maimouna, Karia

Que dirais-je de plus que Dieu merci d'avoir vous comme mes frère et mes sœurs Je vous aime. J'étais jeune, indécis et sans expérience, hélas vous ne m'avez jamais laissé tomber, vos conseils et vos encadrements ont fait aujourd'hui de moi ce que je suis, un médecin et j'espère ne jamais vous décevoir autant qu'être humain, autant que votre frère et autant que médecin. Je prie Allah, qu'il garde auprès de nous cet amour et qu'il veille sur notre fraternité. Je vous aime tous.

Remerciements

A Allah le Tout puissant

De m'avoir donné le courage et la force nécessaire dans l'accomplissement de mon cursus de généraliste et de ce travail.

Au peuple guinéen

J'ai beaucoup appris de la société guinéenne et j'en témoigne tout mes remerciements les plus sincères et toute mon admiration.

A la nation malienne

Terre que j'aime beaucoup, j'espère être digne de toi.

A notre Maître et président du jury

Professeur : Nima Doukouré

Chef de service d'ophtalmologie de HNID ;

Chef de chaire d'ORLO ;

Enseignant à la FMPOS ;

Médecin et formateur au CADESSO

Honorable maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations nous demandons au Seigneur de vous garder très longtemps pour l'Afrique.

Veillez accepter cher maître l'expression de mes profondes reconnaissances et de mes sincères remerciements.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Albert Vincent Sylla

Chef clinique du service d'ORL de HNID ;

Professeur des universités.

Le comble de l'intelligence étant la bonté, j'ai trouvé cela en vous cher maître et c'est gravé en moi à jamais. Merci pour tout. Je vous dois respect et gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse

Dr M'Bemba Traoré Ph.D ;

Spécialiste d'ORL et chirurgie cervico-faciale ;

Enseignant à la FMPOS.

Merci pour l'aide précieuse que vous aviez apporté à l'élaboration de ce travail et pour la qualité de la formation reçue.

A nos Maîtres et membres du jury de la pré-soutenance et soutenance

Merci pour votre disponibilité malgré vos multiples occupations.

Au corps professoral de la FMPOS

Merci pour la qualité des cours dispensés.

Au Centre Hospitalier-Universitaire d'Ignace Deen et Donka

Merci pour la qualité de formation reçue.

Aux personnels du service ORL et Pédiatre de l'Hôpital National Ignace Deen

Merci pour l'accueil et l'aide que vous m'aviez apportée durant mes stages et mes enquêtes....

A Abou, Baba Sangaré et leur famille

Vous m'avez accueillie et hébergé depuis mon arrivé à Conakry et toujours traité sans aucune discrimination; trouvez ici mes sincères remerciements.

A mes voisins particulièrement Elhaj Kassim et sa famille

Nous avons vécu comme une famille dans la cour à Sangayah. Merci pour tout.

A l'ensemble du personnel de l'ambassade du Mali en Guinée, particulièrement Mr le consul colonel/major **Moussa B. Koné** et sa femme **Kadiatou Kassogué**.

A mon groupe de travail : Doussou Mara, Doucouré.D, Maad.N.M, Diawara, Oumou Sy, Mouhnir Sylla, Gnoumè, Sangaré, Manty Mansaré.

A mes amis et frères et sœurs : Nasser, Mara, Djibril, Nama, André, Pagnol, Mamby Cheick Condé.

A l'ASEEMG et à toute la communauté malienne.

A mes amis et compagnons Maliens de la 45^{ème} promotion de la médecine :

Doucouré Djibril, Keita Naman, Dembélé André Vital , Koné Youba, Keita Bambo, Dangnogo Yacouba, Minétou Haidara, Sylla Fatoumata, Keita Jamila, Coulibaly Lamine, Camara Halima, Traoré Mariam, Soumaré Boubacar, Tiénou Zita, Diarra Amadou, Cissé Agaichatou , Diakité Flamoussa, Dioné Jeanne, Kassogué Sidy, Fofana Tonnie, Diarra Seydou, Coulibaly Modibo, Kanté Mahamadou, Doumbia Yacouba, Diarra Adama, Coulibaly Fousseyni, Traoré Bandiougou, Kouma Ismael, Touré Aboubacar, Koné Moussa, Traoré Soumaila, Coulibaly Ibrahim, Guindo Mamadou, keita Moussa Bacary , Togora Mamadou, Keita Bakary Moussa .

Merci pour votre assistance et accompagnement durant tout ce temps qu'on a eu à passer ensemble.

Merci pour l'amitié ; que le bon Dieu guide nos pas vers le bon chemin.

A toute les communautés estudiantines présentes en Guinée.

A l'ensemble de mes amis

Je ne citerai pas de nom de peur d'en oublier certains. Merci pour les bons moments.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près et de loin m'ont soutenu.

TABLE DE MATIERES

Table de matières

Abréviation

Introduction.....	1
Chapitre I : GENERALITES.....	5
1-Rappel anatomique du rhinopharynx.....	6
2-Rappel histologique.....	9
3-Rappel physiologique.....	10
4-Rappel physiopathologique.....	11
5-Epidémiologie.....	12
6-Clinique.....	17
7-Evolution.....	20
8- Traitement.....	23
Chapitre II : Matériels et Méthode.....	29
1-Cadre.....	30
2-Matériels.....	31
3-Méthode.....	32
Chapitre III : Résultats	36
Chapitre IV : Discussion.....	44
Conclusion.....	49
Recommandations.....	51
Références.....	54
Annexes	63

ABREVIATIONS :

ATB : Antibiotique

A/A : Antalgique /Antipyrétique

ATT : Aérateur Transtympanique

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ATS : Agent Technique de Santé

ANDEM: Agence National pour le Développement de l'évaluation en Médecine

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CMC : Centre Médical Communal

GEA : Gastroentérite

HNID : Hôpital National Ignace Deen

HND : Hôpital National de Donka

IgM : Immunoglobuline de type M

IgA : Immunoglobuline de type A

IgG : Immunoglobuline de type G

ORL : Oto-rhino-laryngologie

OMA : Otite moyenne aigue

OSM : Otite sero- muqueuse

PEC : Prise en Charge

RPA : Rhinopharyngite Aigue

SAOS : Syndrome Apnée Obstructive du Sommeil

INTRODUCTION

La rhinopharyngite est une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx (rhinopharynx) à laquelle vient s'associer de façon variable une atteinte nasale [1 ; 6 ; 11].

Elle représente un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence élevée en consultations ORL et Pédiatrique et son fardeau financier relatif à sa prise en charge [12].

Elle est l'une des principales causes de consultation en milieu Pédiatrique, même dans les pays développés [9].

Son étiologie est essentiellement virale, touchant très fréquemment les enfants entre six mois à sept ans. [22 ; 25].

C'est une pathologie bénigne d'évolution spontanément favorable mais peut être émaillée de complications bactériennes dont la plus fréquente est OMA. [12]

Dans le monde, la rhinopharyngite représente la première cause de consultations et de prescriptions d'antibiotiques [1 ; 35]

Aux USA, elle est responsable de vingt deux millions de jours d'absentéismes scolaires [16].

En France, l'incidence annuelle de rhinopharyngite de l'enfant de moins de sept ans est estimée à 5 millions de consultations et 2,250 millions de prescriptions d'antibiotiques [9 ; 16].

Ainsi en 2001, une enquête du centre de recherche pour l'étude d'observation des conditions de vie (CREDOC) a montré que 20% des enfants de six mois à six ans développaient une rhinite ou une rhinopharyngite par trimestre.[16 ;34].

Au Sénégal, Cissé M F et Coll ont trouvé une fréquence hospitalière de 6% [9].

En Guinée, la fréquence des rhinopharyngites était de 15,10%, en 2012. Une étude au CMC de Flamboyant rapportait que la fréquence de prescription des ATB chez l'enfant est de 3,9% pour Rhinopharyngite aiguë [34].

On estime que 40 à 60% des enfants atteints de rhinopharyngite aiguë non compliquée recevaient une antibiothérapie malgré l'étiologie virale [5].

Cette pratique ne permet ni de raccourcir l'évolution de la maladie ni d'éviter des complications, elle favoriserait plutôt une résistance bactérienne [34].

- Ainsi le taux élevé des Rhinopharyngites en consultation Pédiatrique et ORL, la gravité des complications, les prescriptions injustifiées des ATB.
- L'insuffisance d'études antérieures récentes sur cette pathologie en République de Guinée ; ont motivé le choix de ce thème intitulé
« Prévalence des rhinopharyngites parmi les affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7 ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry ».

Pour réaliser ce travail nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Evaluer la fréquence des rhinopharyngites chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de HNID.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Déterminer les facteurs favorisants.
- ❖ Evaluer les complications liées aux rhinopharyngites.
- ❖ Etablir une ligne de conduite dans la prise en charge des rhinopharyngites.

Pour atteindre ces objectifs, le plan suivant a été adopté :

- **Chapitre I : Généralités**
- **Chapitre II : Matériels et Méthode**
- **Chapitre III : Résultats**
- **Chapitre IV : Discussions**

Conclusion et Recommandations

Référence

CHAPITRE I: GENERALITES

I – GENERALITES

I-2.RAPPELS ANATOMIQUES DU RHINOPHARYNX:

Le rhinopharynx est la portion initiale du pharynx, situé sous l'étage moyen de la base du crâne, derrière les fosses nasales avec lesquelles il communique par les choanes. Il surmonte l'oropharynx, dont il est séparé par la barrière mobile du voile du palais. Il communique avec les deux oreilles moyennes par les trompes d'Eustache, abouchées dans le cavum au niveau des fossettes de Rosenmüller. Il existe à ce niveau une continuité de la muqueuse entre l'oreille moyenne et le rhinopharynx [30].

Forme : il a la forme d'un cube ouvert en avant.

Dimension : il mesure 4cm de large, 2cm de profondeur, 3 à 4cm de hauteur.

IL est constitué de 6faces :

- En haut, les deux tiers postérieurs de la face inférieure de l'os sphénoïde et la partie basilaire de l'os occipital : c'est le siège des végétations adénoïdes.
- En arrière, par la partie basilaire de l'os occipital, la membrane atlanto-occipitale et des muscles, les espaces para pharyngés et retro styliens (carotide, veine jugulaire interne, nerfs)
- En avant par les choanes, et la partie postérieure de la cloison nasale ;
- En bas, par une large ouverture sur l'oropharynx et par le voile du palais a la déglutition.
- Latéralement par les parois latérales musculo- aponévrotiques, avec les orifices de la trompe auditive(Eustache).

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Elle comporte de nombreux replis dont la fossette de Rosenmüller (partie postérieure centrale du cavum)

Vascularisation :

Il est vascularisé par les branches de l'artère carotide externe ou de l'artère maxillaire.

Le drainage veineux se fait par la veine jugulo-interne.

Le drainage lymphatique est assuré par le nœud retro-jugulo-digastriques.

Innervation :

Elle est assurée par le plexus (nerf IX, X) et les branches du ganglion cervical supérieur du sympathique.

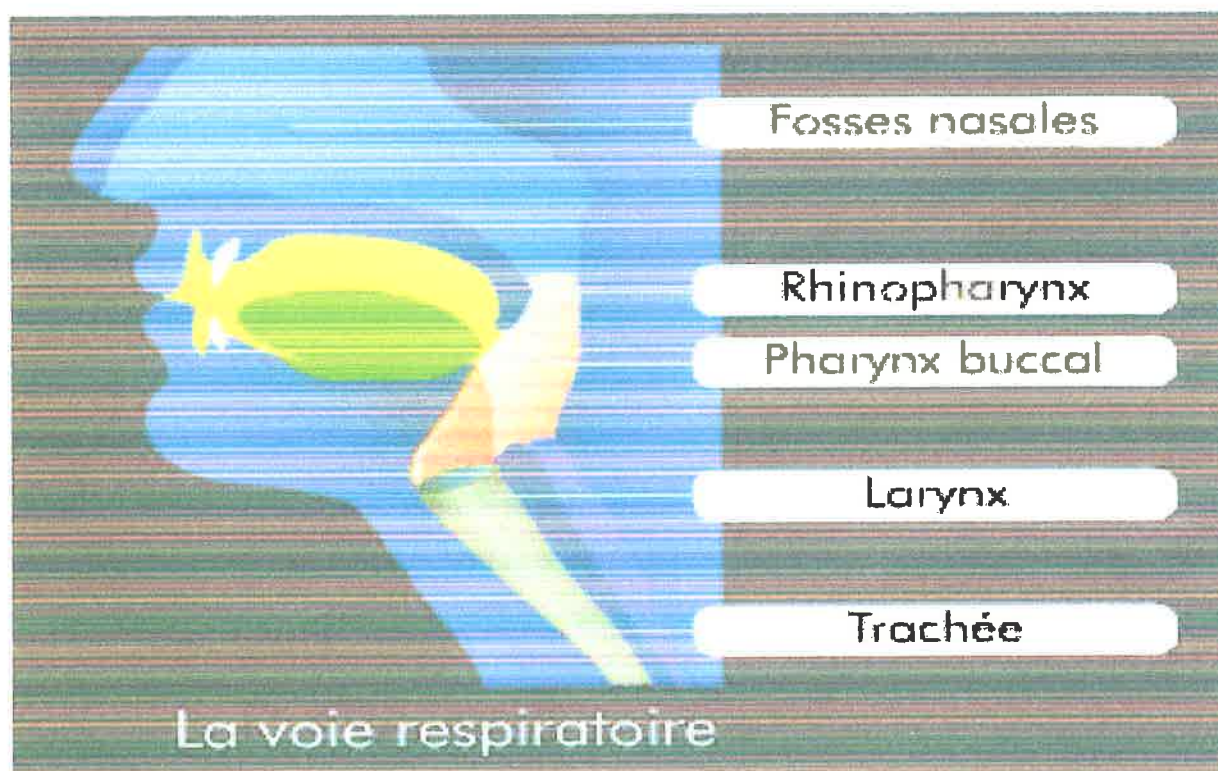


Figure1 : Rhinopharynx (vue profil) [34]

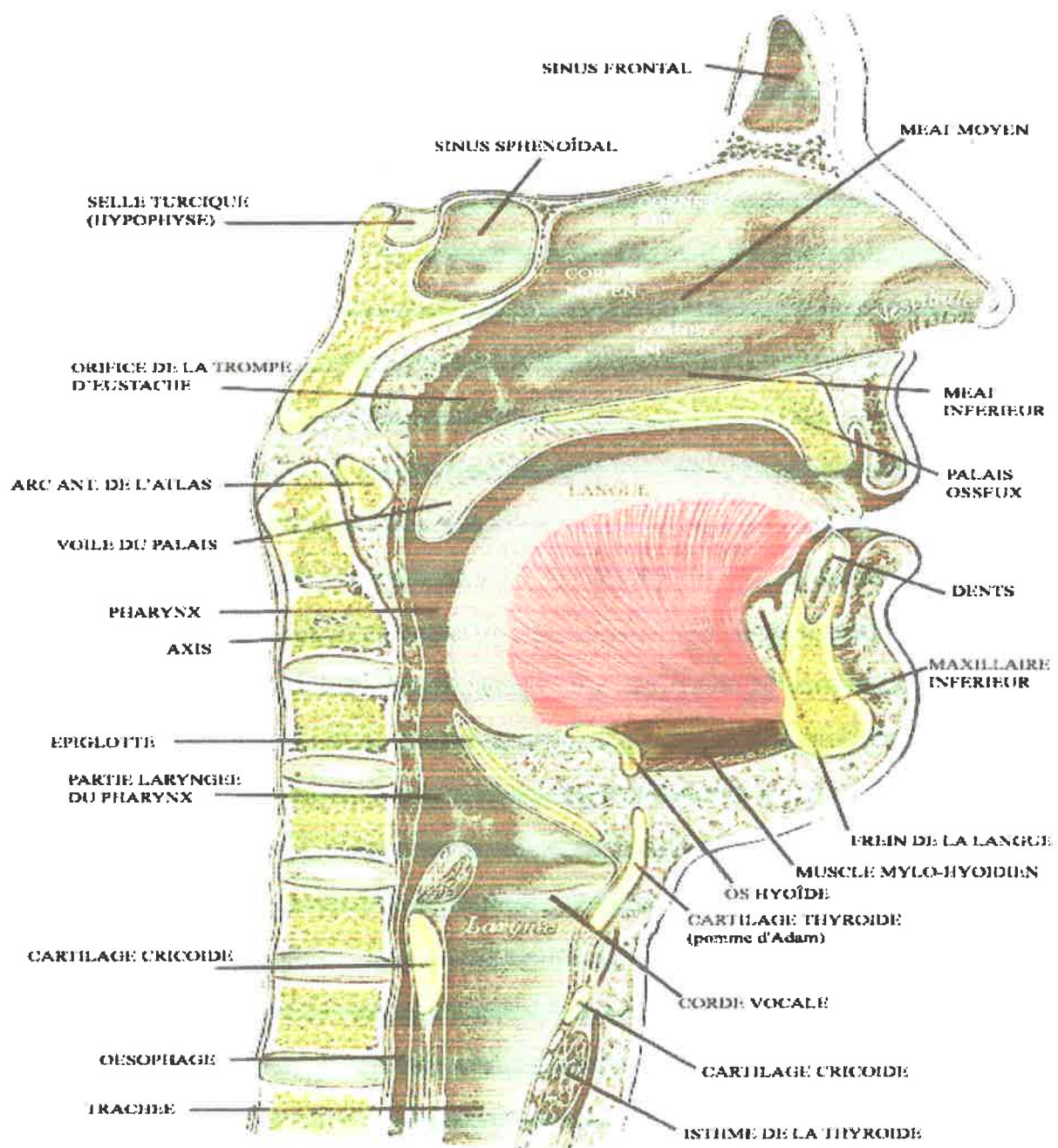


Figure 2 : Coupe médiane de la face du cou. [39]

I-2-2- L'histologie de la muqueuse :

La muqueuse du rhinopharynx est de type nasal, épithélium cylindrique stratifié, avec cils vibratiles sur la voûte et les parois latérales du rhinopharynx, l'orifice de la trompe auditive, et la face dorsale du voile du palais [30].

La paroi postérieure du rhinopharynx est de type oral, épithélium malpighien pavimentaire non kératinisé. Les glandes muqueuses sont réparties dans la muqueuse de type nasal [30].

Le tissu lymphoïde est particulièrement riche sous forme d'un infiltrat lymphocytaire diffus, d'une part et de follicules lymphoïdes encapsulés, d'autre part. Ceux-ci sont isolés dans la muqueuse ou regroupés en amas qui constituent l'anneau de Waldeyer (tonsille pharyngée, appartenant au rhinopharynx, et tonsille tubaire, tonsille palatine et linguale).

L'amygdale pharyngée de luska ou tonsille pharyngée est un ilot lymphoïde situé sur la paroi rhinopharyngée postérieure et lorsqu'elles sont hypertrophiées elles prennent le nom de végétations adénoïdes.

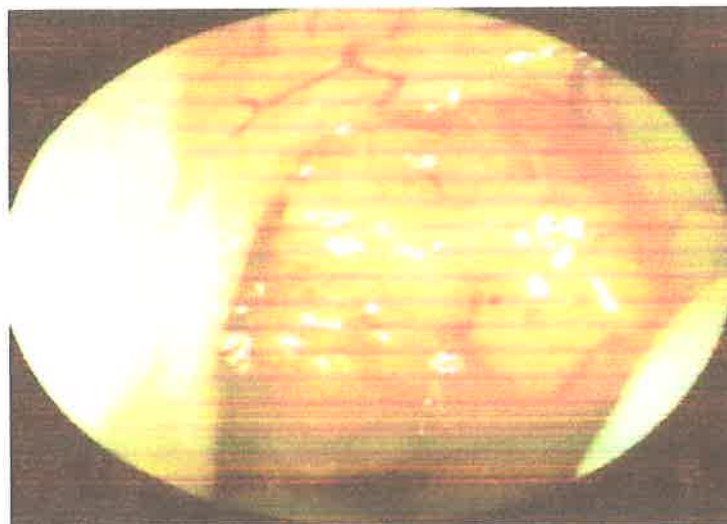


Figure3 : Image de la nasofibroscopie des végétations adénoïdes [34]

I-2-3- Physiologie

Le cavum joue le rôle pressionnel pour l'oreille à travers la trompe d'Eustache.

Rôle phonatoire : module le son

Rôle de déglutition : fermeture du cavum par la contracture du voile pour éviter le reflux nasal.

Rôle de défense immunitaire, par sa richesse en tissus lymphoïdes [11].

✓ A la naissance :

Le nouveau-né est protégé par des immunoglobulines de type G (IgG) d'origine maternelle.

Ces IgG héritées par voie transplacentaire ont une durée de vie de 3 à 8 mois.

Au cours de ce temps, le nourrisson est protégé contre les germes courants, déjà rencontrés par sa mère. Du fait de cette protection transmise, le nourrisson ne pourra pas stimuler son immunité. Ce stock d'IgG hérité est la cause d'une rétroaction négative sur les effecteurs de l'immunité.

✓ La maturation immunitaire de l'enfant :

La production des IgG débute peu après la naissance, et s'accroît progressivement alors que les IgG maternelles disparaissent dans le même temps.

La synthèse immunitaire nécessite un contact avec l'antigène. Le tissu lymphoïde de l'enfant va se développer là précisément où l'apport antigénique se produit, c'est-à-dire à l'entrée des voies aérodigestives au niveau de l'anneau lymphatique de Waldeyer, et le long du tube digestif, au niveau des plaques de Peyer. La rhinopharyngite est donc une « maladie d'adaptation ».

Les végétations adénoïdes ou tonsilles pharyngées sont chronologiquement les premières à manifester une intense activité immunitaire, provoquant l'hypertrophie de ces amygdales pharyngées.

Lors d'une infection du rhinopharynx, les moyens de défense sont, en première ligne, la muqueuse, soutenue par l'immunité systémique.

La muqueuse du rhinopharynx constitue un tapis mucociliaire qui peut capter les plus grosses particules qui viennent du milieu extérieur, et les expulser vers les fosses nasales et la bouche pour les évacuer par le mouchage ou la déglutition.

Les contacts successifs de l'enfant avec les antigènes vont stimuler les cellules immunitaires compétentes qui deviennent alors capable de sécréter les anticorps. Cet apprentissage peut se traduire par une succession de rhinopharyngite et leur tendance à la surinfection. [19]

I.2.4.PHYSIOPATHOLOGIE :

La contamination se fait soit par contact manuel avec des sécrétions contaminées, soit par voie aérienne du fait de la présence de particules souillées en suspensions dans l'air. [11]

La pathogénie de la rhinopharyngite virale dépend du virus responsable. Le site de réplication du rhinovirus est le rhinopharynx alors que celui des virus influenza est l'arbre trachéobronchique. [11]

L'infection à rhinovirus commence par le dépôt du virus sur la muqueuse nasale antérieure ou l'œil où il gagne les fosses nasales via le canal lacrymo-nasal. Le virus est alors transporté vers le rhinopharynx par le système mucociliaire. Dans la zone des végétations adénoïdes, le virus pénètre dans les cellules épithéliales

après s'être lié à des récepteurs spécifiques présents sur ces cellules. Une fois dans la cellule, le virus commence à se répliquer rapidement [11].

L'infection de la muqueuse nasale va entraîner une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité capillaire à l'origine d'une obstruction nasale et d'une rhinorrhée. La stimulation cholinergique augmente les sécrétions muqueuses glandulaires et provoque des éternuements [11 ; 34]

I-3-EPIDEMIOLOGIE :

I-3-1- La fréquence de la rhinopharyngite de l'enfant :

La rhinopharyngite est l'un des problèmes infectieux les plus fréquemment rencontrés en médecine, principalement chez l'enfant [6 ; 21 ; 30].

En pédiatrie, elle représente la première pathologie infectieuse de l'enfant et la première cause de consultation [1 ; 11 ; 21].

I-3-2- Agents responsables

Les agents responsables de rhinopharyngites sont : virus, de bactéries et de parasites [1 ; 7 ; 11 ; 30].

I-3-3- Les virus :

Les virus sont les principaux agents en cause dans la survenue des rhinopharyngites ; plus de 200 virus sont susceptibles d'induire une rhinopharyngite accompagnés ou non des signes cliniques, témoignant de l'atteinte d'une autre partie de l'arbre respiratoire.

Les virus sont ici présentés par ordre de fréquence décroissante.

Les rhinovirus sont responsables d'un tiers des rhinopharyngites chez l'adulte, il touche également l'enfant, principalement entre 5 et 14 ans, mais l'infection est possible à tout âge. Il est responsable d'épidémies dans les collectivités, surtout en hiver.

Les coronavirus touchent principalement les jeunes enfants, mais l'infection est possible à tout âge. Il est responsable d'épidémies dans les collectivités en hiver, la contamination se fait par voie aérienne.

Les adénovirus peuvent être responsables de rhinopharyngites à tout âge, responsables d'épidémies de moindre ampleur que les virus précédemment cités, l'infection est possible à tout âge, principalement pendant l'été. La contamination se fait par voie aérienne.

Le Coxsackie A21 est un entérovirus. Il se transmet par voie orofécale ou par les eaux contaminées. Il est responsable d'épidémie en collectivités, essentiellement chez les patients de 5 à 14 ans, mais l'infection est possible à tout âge de la vie.

Le virus respiratoire syncytial qui touche les nourrissons principalement, responsable de la bronchiolite du nourrisson. La transmission se fait par voie aérienne.

Les virus influenzae, en particulier celui de la grippe, peuvent être responsables d'infections à tout âge. Ils évoluent sous forme d'épidémies dans les collectivités, principalement en hiver, la transmission interhumaine se fait par voie aérienne.

Les réovirus, peu pathogènes, sont présents comme commensaux.

I-3-4- les bactéries :

Elles sont retrouvées dans 33% des prélèvements lors des rhinopharyngites.

Elles sont souvent commensales, pouvant devenir pathogènes à la suite d'une inflammation qui succède à une infection virale.

Par ordre décroissant de fréquence, on retrouve :

Les staphylocoques dorés, le plus souvent non méticillino-résistants. Il y aurait plus d'un tiers de porteurs sains. Il est responsable, au niveau muqueux, de phlegmon de l'amygdale, de sinusite, d'otite chez le nouveau-né, de laryngite sous-glottique.

Les streptocoques, le streptocoque est rarement en cause avant l'âge de 3 ans. L'infection streptococcique la plus fréquente est l'angine, mais on peut également retrouver une scarlatine, un abcès péri-amygdalien, une rhinite, une adénite, un adénophlegmon, une sinusite, une otite. La fièvre est généralement supérieure à 39°C avec dysphagie majeure.

Les streptocoques alpha-hémolytiques, généralement commensaux, peuvent être pathogènes.

Les streptocoques bêta-hémolytiques et en particulier du groupe A, pathogènes, en l'absence de traitement adéquat, ils peuvent être responsables du rhumatisme inflammatoire post-streptococcique.

Les pneumocoques : non encapsulés, ils sont non-pathogènes. Ils deviennent pathogènes par encapsulation lors d'une agression extérieure avec inflammation. Ils sont alors responsables d'otites moyennes aiguës, de pneumopathies graves, de méningites à pneumocoques.

L'Haemophilus influenzae est responsable d'infections rhino-pharyngées sévères, presque toujours accompagnées d'otite ou de bronchite qui sont en fait le motif de la consultation.

Mycoplasma pneumoniae induit une rhinopharyngite rarement isolée. Le plus souvent, on retrouve une association rhino-oto-bronchique aiguë et sévère. L'otite est souvent associée d'une myringite bulleuse très douloureuse. La radiographie pulmonaire retrouverait une pneumopathie atypique. Le germe est sensible aux macrolides.

Chlamydia trachomatis donne une rhinopharyngite associée à une conjonctivite purulente, une trachéite productive et une pneumopathie atypique à la radiographie pulmonaire.

Nesseiria catarrhalis est responsable de rhinopharyngites purulentes et fébriles.

Corynebacterium diphtheriae elle est responsable d'une rhinopharyngite érosive, précédée de la classique angine diphtérique.

Salmonella typhi est responsable de la fièvre typhoïde. La fièvre s'installe progressivement à 40°C en une semaine, avec des signes digestifs et une dissociation pouls température, puis la fièvre atteint un plateau, s'y s'associe une obnubilation appelée tufhos.

I-3-4- les parasites :

Amibiase et lambliaose peuvent être responsables de rhinopharyngite sous certaines latitudes, à la phase de contamination. La symptomatologie associée de troubles digestifs et la coproculture fait le diagnostic.

I-4. Les facteurs favorisants :

I-4-1- Tabagisme passif

Il intervient par la fragilisation de la muqueuse des voies aériennes supérieures et les fumés de tabac favorisent la survenue de viroses ORL [27].

Le mécanisme des effets du tabac sont nombreux et intriqués : irritation muqueuse, augmentation de la perméabilité muqueuse, diminution de la migration des macrophages et des polynucléaires neutrophiles, augmentation des IgE sériques totales [11].

Les principaux symptômes ou affections liés au tabagisme passif de l'enfant sont la toux chronique (75%), les bronchites récidivantes (33%), les infections ORL (13%) et les laryngites à répétitions (4%) [11].

I-4-2 Vie en collectivité :

Elle est responsable d'une rhinopharyngite à répétition. Dans une étude réalisée par WALDER, le risque de développer au moins six infections par an était de 73% chez les enfants fréquentant la crèche contre 29% chez les enfants vivant à la maison [10].

I-4-3 Infection et hypertrophie des amygdales pharyngées

L'infection des amygdales pharyngées entretiennent des récides rhinopharyngites et /ou des complications otologiques ou sinusiennes voire même squelettiques. Par ailleurs, leur hypertrophie peut gêner le passage de l'air par le rhinopharynx et diminuer l'aération de l'oreille moyenne par obstruction de la trompe d'Eustache [11 ; 29].

I-4-4 Pollution atmosphérique :

Les polluants atmosphériques favorisent les infections respiratoires [11 ; 29]. Certaines études ont montré l'augmentation de l'incidence des infections respiratoires dans les zones urbanisées que dans les zones rurales. Les principaux polluants sont : l'oxyde de soufre et l'oxyde d'azote, les polluants hivernaux, l'azote, les polluants estival et les particules fines (diesel,...) [11].

I-4-5 Allergie : L'inflammation du rhinopharynx peut être le résultat d'une réaction allergique et Certaines infections virales semblent plus sévères sur terrain allergique. Elle est souvent méconnue chez l'enfant où elle est peu caractéristique [7 ; 11].

I-4-6 Carence en fer :

Le fer est nécessaire à la phagocytose et au pouvoir bactéricide des polynucléaires ; son déficit expose aux infections respiratoires [11].

I-4-7 RGO :

La relation entre le reflux et la rhinopharyngite est du faite que le PH du rhinopharynx est plus bas par rapport à celui de l'estomac. La répétition du reflux peut provoquer une rhinopharyngite par brulure de la muqueuse rhinopharyngée [34].

I-5 -La clinique :

I-5-1. La forme classique : rhinopharyngite aigue simple

La rhinopharyngite associe cliniquement une rhinorrhée, une obstruction nasale, une douleur pharyngée, une fièvre (38 à 39°C), une toux, des éternuements. Ces

signes sont inconstants et peuvent être associées à d'autres signes extra respiratoires [11 ; 13 ; 30].

L'examen clinique

- à la rhinoscopie antérieure, on note, une rhinorrhée antérieure qui peut être seromucqueuse, moco-purulente ou purulente ; une hypertrophie des cornets.
- à la rhinoscopie postérieure, on retrouve une rhinorrhée postérieure inconstante, parfois une obstruction des choanes par les végétations adénoïdes.
- à l'examen de la bouche et du pharynx, on peut trouver : une hyperhémie pharyngée associée parfois à une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée.
- à l'examen des oreilles on retrouve souvent une otite moyenne congestive.
- Une réaction ganglionnaire cervicale presque constant sous forme de polyadénopathie jugulo-carotidienne.

I-5-2. Les formes compliquées :

❖ Les formes otiques :

OMA : Sur le plan clinique on note une fièvre, une otalgie, une otorrhée purulente et parfois une hypoacousie. L'examen otoscopique met en évidence une otite congestive, collectée, perforée ou une myringite aiguë.

OSM : Cliniquement elle se caractérise par une hypoacousie, à l'examen on peut noter un niveau liquidien derrière le tympan, une rétraction tympanique.

Le diagnostic est confirmé par certains examens audiométrique (audiométrie, tympanogramme, l'impédansimétrie et le réflex stapédien).

❖ **Les formes sinusiennes**

L'éthmoïdite du nourrisson : Elle se caractérise par un œdème du cantus interne douloureux à la palpation, avec parfois une extension orbito-palpébrale.

La sinusite maxillaire : le diagnostic repose sur une fièvre modérée, une rhinorrhée purulente antérieure et/ou postérieure une douleur sinusienne majorée par la palpation de la pommette et antéflexion de la tête .la rhinoscopie montre du pus sous le cornet moyen provenant du méat maxillaire.

La radiographie des sinus (Blondeau, face, haute, profil) nous permet de confirmer le diagnostic.

❖ **Les formes pulmonaires** : en plus des signes cliniques l'auscultation pulmonaire retrouve des râles bronchiques ou parenchymateux

❖ **Les formes oculaires** : la conjonctivite purulente du nourrisson elle est souvent bilatérale qui se caractérise par une rougeur des conjonctives, et un écoulement de sécrétions purulentes parfois les yeux sont très collés

❖ **Les formes digestives** : il s'agit une gastro-entérite

❖ **Les formes laryngées** : il s'agit de la laryngite sous glottique, qui se caractérise par une dyspnée laryngée avec cornage souvent nocturne associée a une toux et une voix rauque .la laryngoscopie indirecte nous permet d'affirmer le diagnostic.

I-6- L'EXAMEN PARACLINIQUE

Dans les rhinopharyngites simples aucun bilan spécifique n'est nécessaire ; mais dans les formes récidivantes et/ou chroniques, un certain nombre de bilan peut être demandé : [24]

- ✓ la NFS avec dosage du fer sérique et de la ferritine plasmatique, la sidéremie, la sidérophiline ;
- ✓ le dosage des immunoglobulines A, G, M, E.
- ✓ un bilan allergologique ;
- ✓ la radiographie du cavum profil à la recherche d'une hypertrophie des végétations adénoïdes ;
- ✓ la fibroscopie nasopharyngée recherche une HVA ainsi les signe d'un RGO si elle existe ;
- ✓ radiographie du thorax à la recherche d'un situs inversus (syndrome de kartagener).

Dans les formes compliquées, le bilan sera orienté selon le type de complications.

I-7- EVOLUTION

L'évolution clinique se fait vers la disparition des symptômes en 7 à10 jours spontanément, selon le mode de garde et l'âge de l'enfant [30].

Les complications [11 ; 30]

Les complications peuvent survenir dans 6 à14% des cas.

I-7-1. Les complications otologiques

Les rhinopharyngites sont à risque d'OMA et d'otite séromuqueuse par deux mécanismes : [11]

Par propagation de l'inflammation et/ou l'infection du rhinopharynx vers l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache ;

Par diminution de l'aération de l'oreille moyenne due à l'obstruction de la trompe d'Eustache par l'hypertrophie des végétations adénoïdes ou par l'inflammation de la muqueuse tubaire.

L'otite moyenne aigue : Elle complique 7 à 30% des rhinopharyngites, surtout entre 6 mois et 2 ans, dont la moitié, dans les 4 premiers jours de la rhinopharyngite, les trois quart dans la première semaine. [11]

L'otite séromuqueuse :

Les rhinopharyngites aiguës entraînent des épanchements liquidiens retro tympaniques par diffusion de l'inflammation rhinopharyngée à l'oreille moyenne et/ou par induction d'une obstruction tubaire d'origine inflammatoire ou mécanique, qui sera responsable d'une hypoacousie.

I-7-2. Les complications sinusiennes :

Au cours des rhinopharyngites une atteinte virale des sinus maxillaires est fréquente, mais elle n'entraîne ni algie faciale ni inflammation des tissus mous pré-sinusiens. Leur détection est radiologique et elles sont spontanément résolutive en l'absence de traitement. Les sinusites bactériennes surviendraient dans 0,5 à 2% des cas des rhinopharyngites. [11]

Ainsi on distingue :

L'éthmoïdite du nourrisson

L'éthmoïdite aigue est une affection rare et grave, elle représente une urgence médicale. C'est la seule sinusite possible avant l'âge de 4-5 ans, les sinus

maxillaires n'étant qu'une invagination profonde des fosses nasales.

Cliniquement elle se caractérise par une rougeur du cantus interne, un œdème palpébral supérieur et une rhinorrhée purulente fébrile.

L'évolution non traité se ferait vers un abcès sous périoste fusant dans l'orbite et vers les méninges.

La sinusite maxillaire :

Elle est plus fréquente mais le plus souvent bénigne, ne survenant pas avant l'âge de 4-5 ans. Chez l'enfant âgé de plus de 4-5 ans, le diagnostic doit être évoqué devant des symptômes de rhinopharyngite anormalement intenses ou qui durent plus de 10 jours, éventuellement associés à des algies faciales et/ou une inflammation des tissus mous sous orbitaires.

I-7-3. Les complications broncho-pulmonaires :

Ces complications (bronchite, bronchiolite, pneumopathie infectieuse) sont directement liées soit :

- à l'agent causal qui présente le tropisme pour toutes les voies aériennes ;
- au trajet de l'air qui balaye des zones infectées (cavum) avant de se retrouver dans les bronches puis les alvéoles.

I-7-4. Les complications oculaires :

La conjonctivite purulente du nourrisson, le plus souvent d'origine bactérienne est une complication de la rhinopharyngite.

I-7-5. La laryngite sous glottique :

I-7-6. Les complications méningées :

La méningite est due au tropisme des germes (virus ou bactéries) pour les méninges.

I-7-7. Les convulsions fébriles :

Elles sont liées à la fièvre et ne peuvent donc être considérées comme une complication de la rhinopharyngite elle-même.

I-7-8. Complications ganglionnaires :

Les rhinopharyngites peuvent être à l'origine d'adénite ou d'adénophlémons latéro-cervicaux, latero- ou retro pharyngés.

I-7-9. Les complications digestives :

Les rhinopharyngites sont parfois associées à une diarrhée qui peut être responsable de déshydratation grave. La réaction lymphoïde des plaques de Peyer, équivalent digestif de l'anneau de Waldeyer est à prendre en compte dans ce phénomène.

I-7-10. complications squelettiques : Elles surviennent dans les rhinopharyngites récidivantes et chronique et se caractérise par une déformation du squelette facial (visage adénoïdien) avec retentissement de l'état général.

I-8-TRAITEMENT

I.8.1 Traitement curatif

✦ **But :** traiter l'épisode en cours

Eviter et guérir les complications

Prévenir les récurrences

⚡ Moyens

Moyens médicamenteux :

- Le traitement des rhinopharyngites non compliquée est essentiellement symptomatique [10 ; 28]

Il se base sur :

- ✓ La désinfection rhinopharyngée par lavage des fosses nasales par le sérum physiologique ; avec mouchage ou aspiration du nez.
- ✓ Les vasoconstricteurs par voie nasale ;
- ✓ Antalgiques/antipyrétiques
- ✓ Antihistaminiques sont prescrits dans les cas de rhinopharyngites d'origine allergique
- ✓ Corticoïdes ou AINS
- ✓ Antitussifs et les mucolytiques
- Antibiotiques sont indiqués dans les rhinopharyngites associées à des complications bactériennes

⚡ Moyens chirurgicaux

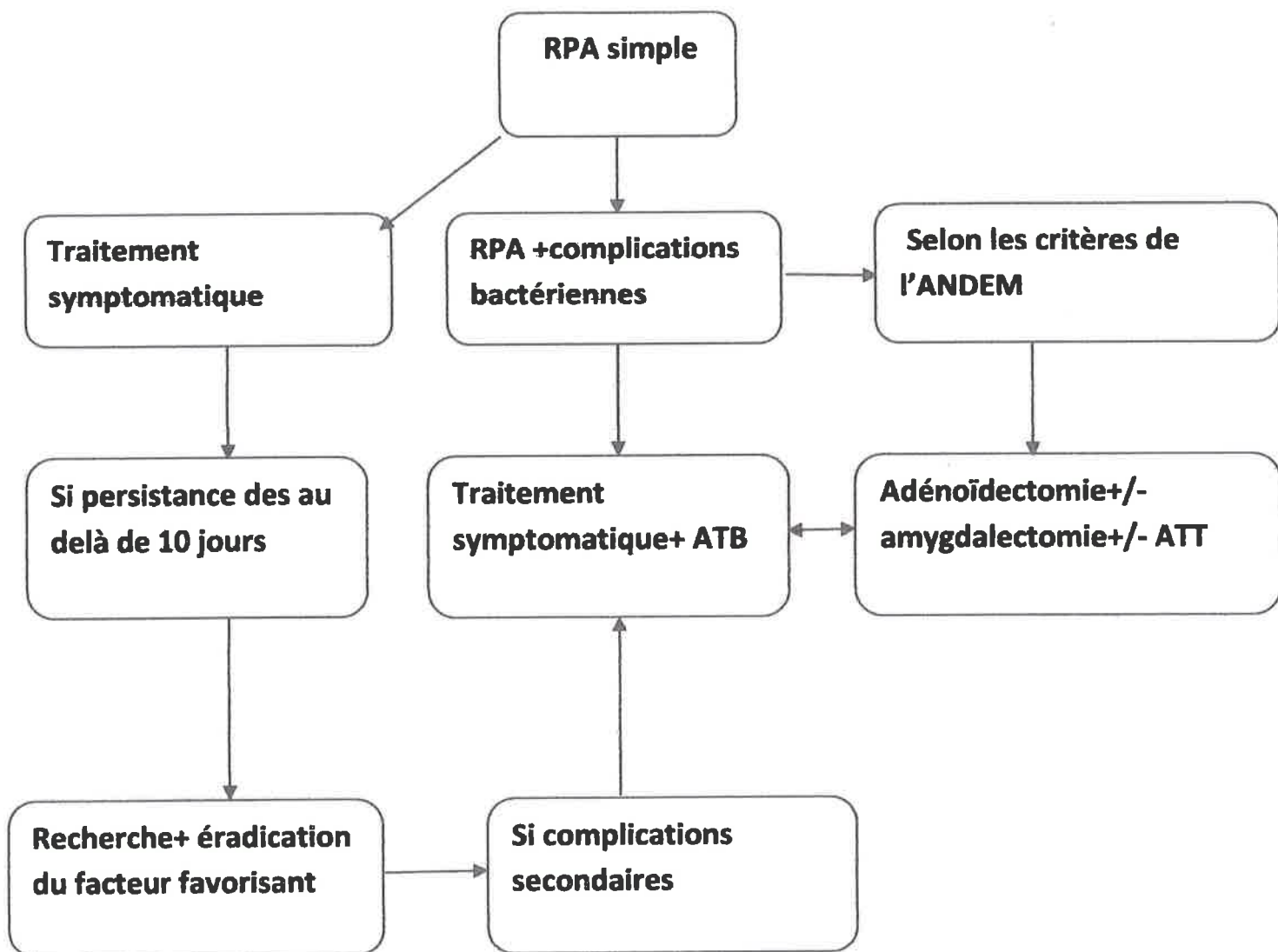
Il est indiqué dans les rhinopharyngites récidivantes ou chroniques avec risque de complications comme : SAOS ou une perte d'audition.

- ✓ Adénoïdectomie : c'est l'ablation des végétations adénoïdes elle consiste à l'aide d'une curette à réaliser une exérèse des végétations adénoïdes du rhinopharynx sous une anesthésie générale.

- ✓ Adéno-amygdalectomie : c'est l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales palatines consécutivement.
- ✓ Aérateur transtympanique: Système de drainage placé dans la membrane tympanique mettant en communication l'oreille moyenne et l'oreille externe un afin d'assurer une aération correcte de l'oreille moyenne dans les cas où celle-ci est déficiente.
- ⚡ **Indications :**
 - **Traitement symptomatique :** Rhinopharyngite aigue simple sans complications
 - **Antibiothérapie :** Nécessaire en cas de surinfections bactériennes.
 - **Adénoïdectomie:** selon les recommandations de l'ANDEM [34].
- ✓ L'adénoïdectomie ne peut se concevoir qu'après échec des autres thérapeutiques (antibiothérapie curative répétée des épisodes aigus, fer en cas de carence notamment) et lorsque le caractère récidivant de l'otite moyenne aiguë est mal toléré chez l'enfant ou sa famille, ou lorsqu'il est responsable d'un retentissement scolaire, familial ou social notable.
- ✓ Il est recommandé de débiter une prise en charge thérapeutique médicale et ou chirurgicale sans délai lorsque une otite séromuqueuse est d'emblée compliquée (perte d'audition avec retentissement sur la vie courante, surinfection fréquente, rétraction tympanique).
- ✓ Un traitement chirurgical doit être envisagé après échec du traitement médical chez un enfant ayant une otite séromuqueuse compliquée ou symptomatique responsable d'une perte d'audition significative et d'un retentissement sur la vie courante (troubles du comportement, douleurs récurrentes, troubles du langage, difficultés d'apprentissage, récurrence d'otite moyenne aiguë).

- ✓ L'adénoïdectomie est recommandée en cas d'obstruction chronique des voies aériennes supérieures responsable d'un trouble fonctionnel persistant en rapport avec une hypertrophie adénoïdienne.
- ✓ L'adénoïdectomie n'est pas recommandée en l'absence d'obstruction symptomatique des voies aériennes, sauf cas particuliers, en l'absence de preuve concernant les effets de l'adénoïdectomie sur certaines pathologies (troubles du développement staturo-pondéral, troubles du développement orofacial, troubles dentaires, troubles de la mastication et du langage).
 - **Adéno-amygdalectomie** : syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) lié à l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales palatines). [34]
 - **L'association adénoïdectomie avec pose d'ATT** est la thérapeutique la plus efficace chez l'enfant de plus de 2 ans, en termes de résolution de l'épanchement [34].

ARBRE DECISIONNEL [34]



I-8-2. Traitement prophylactique [30]

Il est basé sur :

- ✓ L'éviction de la propagation de l'infection par l'utilisation des mouchoirs jetables ;
- ✓ La prévention des récurrences par éviction des facteurs favorisants et par l'ablation des végétations adénoïdes.

CHAPITRE II :

MATERIELS ET METHODE

1- CADRE :

Les services de Pédiatrie et ORL de HNID ont servi de cadre pour la réalisation de cette étude ; situé dans la presqu'île de la commune de Kaloum au quartier Kouléwondy. Ils ont pour mission :

- Soins ;
- Formation ;
- Recherche ;

Infrastructures :

Service de Pédiatrie : Le service de Pédiatrie de HNID du CHU de Conakry est abrité par un bâtiment R+1 et disposé de :

2 pavillons ;

44 lits répartis dans 11 salles d'Hospitalisations, dont 2 cabines.

- Une salle de staff ;
- 4 bureaux ;
- Une salle de consultation externe
- Une cellule nutrition qui s'occupe de la prise en charge des enfants malnutris
- Un laboratoire d'analyse biomédicale

Le personnel soignant est constitué de :

- 12 médecins titulaires ;
- 13 infirmières d'état et 7 agents techniques de santé ;
- 3 techniciens de laboratoire ;
- 2 agents d'entretien ;
- 1 nutritionniste
- 1 cuisinière

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Service ORL : Il est structuré comme suit :

- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de soins ;
- Une salle d'audiométrie;
- Un bloc opératoire ;

Le personnel est composé de :

- 5 médecins titulaires ;
- 2 infirmières ;
- 2 garçons de salle.

2- MATERIELS :

Notre étude a porté sur les enfants de 6mois à7ans souffrant de Rhinopharyngite.

Pour la collecte des données, nous nous sommes servis des supports suivants :

- les registres de consultations ;
- les dossiers médicaux ;
- les carnets de suivi des patients ;
- une fiche d'enquête individuelle.

3- METHODE :

3. 1 .Type et période d'étude:

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de 6mois allant du 1^{er} juillet au 31decembre 2011.

3. 2.Population cible:

Elle concerne tous les enfants âgés de 6 mois à 7 ans reçus en consultation aux services de Pédiatrie et ORL de l'hôpital national d'Ignace Deen, pendant la période d'étude.

3. 3.Population d'étude:

L'étude à concerné tous les enfants de 6 mois à 7ans ayant consulté pour une Rhinopharyngite aux services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace Deen pendant la période d'étude.

3. 4 critères sélections:

✓ Critère d'inclusion:

Ont été inclus dans notre étude, tous les enfants âgés de 6 mois à 7ans chez lesquels le diagnostic de rhinopharyngite a est retenu et qui ont bénéficiés d'une prise en charge dans les services de Pédiatrie et/ou ORL de l'hôpital national Ignace Deen pendant la période d'étude.

✓ critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude les enfants présentant autres pathologie et dont l'âge est inférieur à 6 mois et supérieur à 7ans.

✓ Critère d'exclusion :

Ont été exclus dans notre étude, tous les enfants de 6 mois à 7ans qui ont consulté pour Rhinopharyngite dans les services de Pédiatrie et ORL et qui sont perdus de vue.

✓ Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas de rhinopharyngites durant la période d'étude selon les critères de sélection ci-dessus.

II.4. Variables d'étude :

➤ **Types de variables :**

Elles sont épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

➤ **Définitions opérationnelles des variables :**

- **Variables épidémiologiques**

Prévalence : nombre de cas des malades.

Fréquence : est le nombre de cas des rhinopharyngites parmi le nombre total des cas recensés.

Age : nombre de mois ou d'année vécu par nos patients et nous permet de classer les patients par tranche d'âge.

Ainsi nous retiendrons les tranches d'âge suivante:[6-12mois];[13-36mois]
[37-60mois] ; [61-84mois].

Sexe : Ce variable nous permet de rechercher la prédominance de l'un des sexes (masculin et féminin) et de déterminer le sex ratio.

Provenance : lieu de résidence de nos patients ce sont: Kaloum, Dixinn, Matam, Matoto, Ratoma, Autres (Dubréka, Coyah)

Période : c'est le moment de la réception de nos patients, ce sont : Juillet, Août, Septembre, Octobre, Novembre, Décembre.

Facteurs favorisants : Ce sont les facteurs influençant la survenue des rhinopharyngites (Vie en collectivité, Tabagisme passif, Allaitement artificiel, Reflux gastro-œsophagien, Allergie, Anémie).

- **Variables cliniques :**

Motifs de consultation : l'ensemble des plaintes amenant le patient à se faire consulter à l'hôpital. On distingue entre autre: Rhinorrhée, Obstruction nasale, Eternuements, Fièvre, Pleurs incessants, Otalgie, Toux, Dysphagie, Diarrhée, Convulsion.

Pathologies associées : Ce sont les différentes pathologies rencontrées en plus du diagnostic de la rhinopharyngite (Paludisme, Otites, GEA, Angines, Infections cutanées, Candidose buccale).

Complications rencontrées : C'est d'autres affections ou pathologies dues aux rhinopharyngites, ce sont : OMA, Troubles digestifs, Troubles respiratoires, Convulsions fébriles.

Signes physiques : l'ensemble des signes retrouvé à l'examen du malade.

- **Variables thérapeutiques :**

Elles comportent les moyens médicaux fournis pour soulager le malade.

Gouttes nasales: solutions permettant de désinfecter les narines.

Antipyrétiques / Antalgiques : médicaments susceptibles de diminuer la douleur et d'abaisser la température

Antibiotiques : médicaments capables d'entraver la multiplication des bactéries ou de les détruire.

Antihistaminiques : médicaments s'opposants aux effets de l'histamine.

- **Evolution de la maladie :**

C'est l'état de santé physique, morale, et psychologique après la prise des médicaments par nos patients.

➤ **Instrument de collecte** : La collecte des données a été effectuée à l'aide des fiches d'enquête. Celle-ci qui figure en annexe comportant les questions ouvertes et fermées regroupées en trois rubriques :

- ✓ Renseignements généraux ;
- ✓ Clinique ;
- ✓ Thérapeutique

II.5. Limites et difficultés :

La non réalisation d'un bilan allergologique ;

Insuffisance de matériel ;

Le non respect des rendez vous des parents de nos patients.

II.6. Plan d'analyse des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux de contingence et figures commentés et comparés aux données actuelles de la littérature. Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Word 2007, Excel. Microsoft power point.

II.7.L'éthique: l'accord préalable des autorités administratives et le consentement éclairé des parents des patients ont permis la réalisation de ce travail. Après avoir expliqué les motifs et modalités de l'étude, nous avons rassuré les parents des enfants du respect de l'être c'est-à-dire qu'aucune d'identification de l'enfant ne figurera dans l'étude.

CHAPITRE III : RESULTATS

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau 1 : Fréquence des rhinopharyngites par rapport aux autres pathologies

Pathologies	Nombre de cas	Pourcentage
Paludisme	2953	38,95
Otites	1337	17,64
Rhinopharyngites	1365	18
Bronchopneumonie	432	5,70
Maladies diarrhéiques	963	12,70
Angines	204	2,69
Rhinites	325	4,29
Ethmoïdite	2	0,03
Total	7581	100

Tableau 2: Prévalence des RPA parmi les affections ORL

Affections ORL	Effectif	Pourcentage
Rhinopharyngites	1365	42,22
Otites	1337	41,36
Angines	204	6,31
Rhinites	325	10,05
Ethmoïdite	2	0,06
Total	3233	100

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

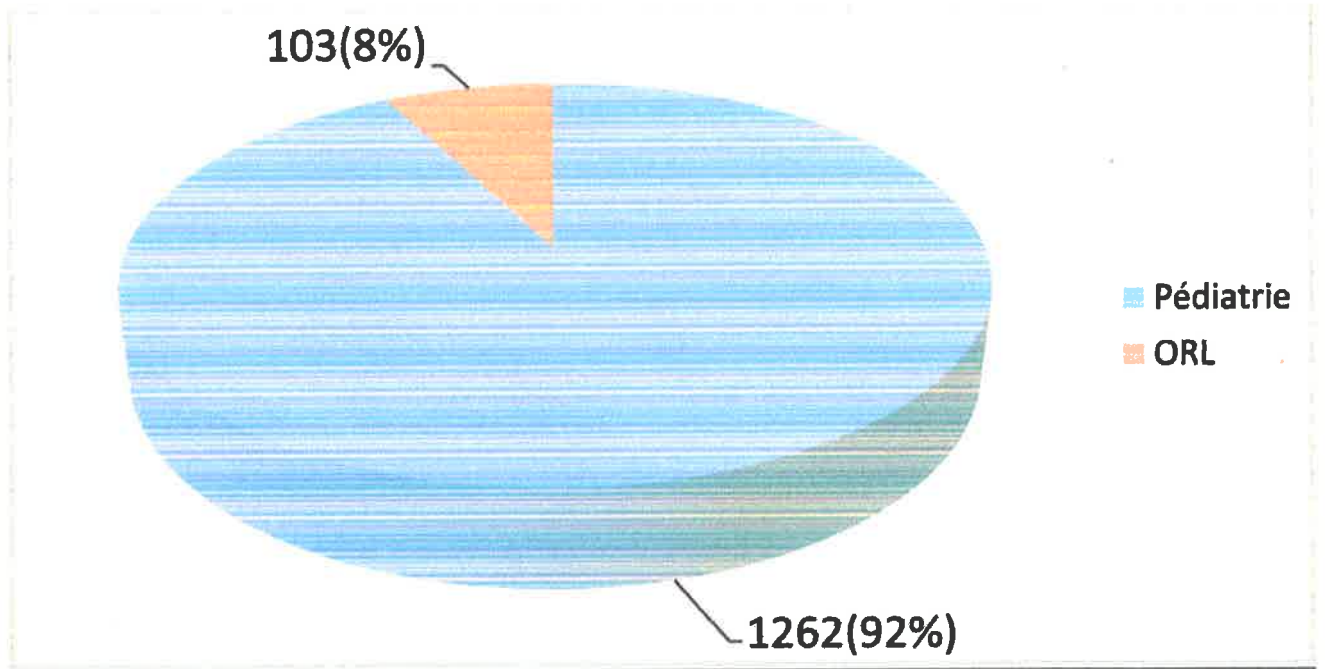


Figure1:Répartition selon les services N=1365

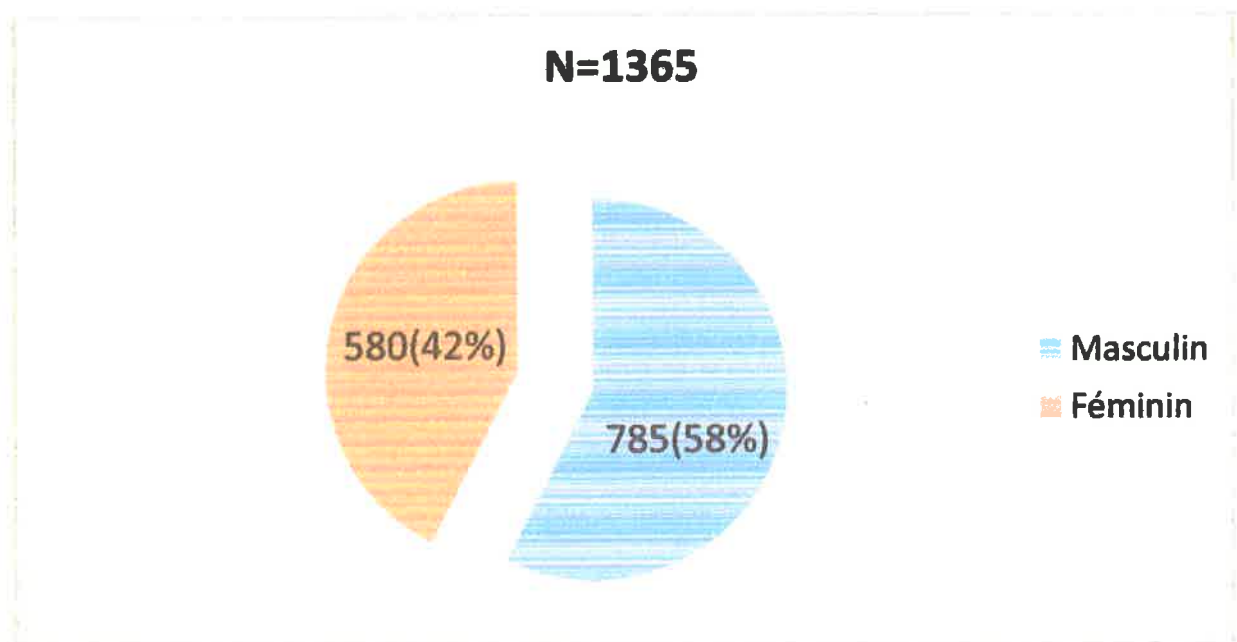


Figure2:Répartition selon le sexe sex ratio : M /F=1,35

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau 3: Répartition selon l'âge

Age	Nombre de cas	Pourcentage
6-12mois	512	38
13-36mois	402	29
37-60mois	325	24
61 -84mois	126	9
Total	1365	100

Age moyen : 3,7 ans avec des extrêmes de 6 mois-84 mois.

Tableau4 : Répartition selon la provenance

Commune	Nombre de cas	Pourcentage
Dixinn	314	23
Matam	164	12
Kaloum	368	27
Matoto	218	16
Ratoma	246	18
Autres*	55	4
Total	1365	100

* Coyah, Dubréka

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau 5:Répartition des RPA en fonction de la période de consultation

Période de consultation	Nombre de cas	Pourcentage
Juillet	273	20
Août	355	26
Septembre	205	15
Octobre	136	10
Novembre	163	12
Décembre	233	17
Total	1365	100

Tableau 6 : Répartition des RPA selon les facteurs favorisants

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Allaitement artificiel	249	18
Tabagisme passif	257	19
Vie en collectivité	381	28
Anémie	150	11
Allergie	163	12
RGO	48	4
Aucun	117	8
TOTAL	1365	100

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau 7 : Répartition selon les motifs de consultation

Motifs de consultations	Nombre de cas	Pourcentage
Rhinorrhée	536	39
Eternuement	235	17
Fièvre	1042	76
Ronflement nocturne	317	23
Toux	382	28
Pleurs incessants	432	32
Dysphagie	54	04
Diarrhée	334	24
Otalgie	406	30
Convulsion	96	07

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau8 : Répartition selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
Paludisme	259	19
Angine	27	02
Otitis	792	58
GEA	62	4,5
Infection cutanée	71	5,2
Candidose buccale	4	0,3
Aucune	150	11
Total	1365	100

Tableau9: Répartition selon les complications rencontrées

Complications	Effectif	Pourcentage
OMA	783	57,3
Troubles digestifs	271	20
Troubles respiratoires	213	15,6
Convulsion fébrile	12	0,8
Aucune	86	6,3
Total	1365	100

Prévalence des Rhinopharyngites parmi les Affections ORL chez les enfants de 6 mois à 7ans dans les services de Pédiatrie et ORL de l'Hôpital National Ignace-Deen, CHU de Conakry.

Tableau 10: Répartition selon les traitements instaurés

Traitement	Effectif	Pourcentage
Gouttes nasales	1365	100
Antalgique/Antipyrétiques	1042	76,60
ATB	915	67
Autres*	537	39,34

* SRO, vitamine, antihistaminique.

NB : au cours de notre étude nous avons rencontrés des associations aux rhinopharyngites qui ont été traités.

Tableau11 : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Nombre de cas	Pourcentage
Favorable	1308	95,82
Défavorable	57	4,18
Total	1365	100

CHAPITRE IV : DISCUSSION

A- Données épidémiologiques :

1-Prévalence: Pendant la période d'étude, on a enregistré un total de 7581 patients dont 1365 cas de rhinopharyngites soit une fréquence de 42,22% parmi les affections ORL et 18% par rapport à toutes les autres pathologies rencontrées pendant la même période d'étude. Ce résultat est similaire à celui trouvé par **SIDIBE.D.M [34]** en 2012 à HND qui rapportait une fréquence de 15,10% par rapport aux autres pathologies rencontrées dans son étude.

Cela prouve que la RPA est effectivement un problème de santé publique.

2-Service : sur un nombre de 1365 cas de rhinopharyngites, 1262 cas provient de la pédiatrie soit 92% et 103 du service d'ORL soit 8% cela est dû au fait que les enfants sont les plus souvent orientés en Pédiatrie quelque soit les motifs de consultations.

Nos résultats sont contraires à ceux trouvés par **SIDIBE.D.M [34]**, qui a rapporté 44,40% pour le service de pédiatrie et 55,60% du service d'ORL.

3-Age : La tranche d'âge de [6-12mois] a été la plus touchée avec 38%, suivi de la tranche d'âge [13-36mois], qui représente 29%, avec une moyenne d'âge de 3,7 ans. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par **SIDIBE.D.M, [34]** qui dans son étude de thèse de doctorat en 2012 a trouvé une prédominance de la tranche d'âge de [1- 4ans], soit 54,2% et **CISSE et Coll. [9]** au Sénégal en 1997 ont trouvé une prédominance de [6 à 18mois].soit 44%.

Toumbiana L et Coll. en France 2009 rapportent une prédominance de la tranche d'âge de 6 à 2ans. [36].

Cette prédominance s'expliquerait par la recrudescence des maladies d'adaptation obligatoire dans cette tranche d'âge nécessaire à la synthèse des anticorps.

4-Sexe : nous avons trouvé dans notre étude une prédominance masculine, soit 58%, contre 42% pour le sexe féminin, avec un ratio d'H/F : 1,35. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par **CISSE.M. F et COLL [9]** au Sénégal et **Loua.S.P [21]** en Guinée en 2007 qui ont trouvé une prédominance masculine respective de 53,10 et 59,33%.

Cette prédominance n'est qu'un fait du hasard, car le rôle du sexe paraît insignifiant dans la genèse des RPA.

5-provenance : la majorité de nos patients vivent dans la commune de Kaloum, soit 27%, suivi de la commune de Dixinn avec 23%. Cette prédominance serait fonction de la proximité de ces communes à la structure hospitalière d'une part, à la forte densité humaine favorisant la promiscuité d'autre part.

6- Périodes : les rhinopharyngites sont nettement plus fréquentes pendant la saison pluvieuse, favorable à la baisse des résistances de l'organisme entraînant les viroses des voies aériennes supérieures.

Nous avons enregistré respectivement 20% et 26% de cas en mois de juillet et en Août.

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par **Kaloga. A [17]** qui rapportait 20,59 % en juillet et 25% en aout.

7-facteurs favorisants : la vie en collectivité a été le facteur le plus rencontré soit 28%, suivi de tabagisme passif soit 19%, la majorité de nos enfants fréquentent les lieux public à savoir : la maternelle (garderie) où se trouvent

d'autres enfants, le marché. Et certains partagent la même chambre avec d'autres locataires dans les conditions précaire de promiscuité. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par **SIDIBE.D.M [34]** qui rapportait 22,2% de vie en collectivité

B-Données cliniques :

1-motif de consultation : Au cours de notre étude, la fièvre a été le motif de consultation le plus fréquent avec 1042 cas soit 76%, suivi de la rhinorrhée 536 cas soit 39%, les pleurs incessants arrivent en 3^e position soit 32%. Nos résultats restent partager avec **LOUA. S. P [21]** et **SIDIBE.D.M [34]** qui ont respectivement trouvé 50,66% et 92,10% pour la fièvre.

2-pathologie associées : les otites et le paludisme ont été les plus souvent associés, soit respectivement 58 et 19%. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par **KALOGA. A [17]** qui dans son étude a trouvé 87% des rhinopharyngites associées à une otite et s'approchent à celui de **MAAD.N.M [22]** qui a trouvé 81,09 % de OMA. Il est à noter que la muqueuse rhinopharyngée et celle de l'oreille sont tapissées par un épithélium de type respiratoire, cela pourrait s'expliquer par leur coïnfection.

3-Complications : OMA ont été les complications les plus rencontrées soit 57,3%, suivi des troubles digestifs soit 20%.

Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par **SIDIBE.D.M [34]** en Guinée et **Olivier et Coll. [28]** à Paris qui ont rapportés des fréquences respectives de 27,80 et 26,50%.de l'otite moyenne .Cela est du à la particularité de la trompe d'Eustache (courte, étroite, béante, verticale) chez le jeune enfant, ce qui favoriserait la propagation des infections du cavum vers les cavités de l'oreille moyenne.

1. **AFSSAPS** .Rhinopharyngite aigue .Med .Mal. Infect.1999 :29 ;221-5
2. **ASSATHIANY R.; KEMENY J.; P'AREPEGE**. Application sur le terrain des conférences de consensus : l'exemple des rhinopharyngites. Arch. Pédiatrie. 2004 : 11 ; 706-708.
3. **BODELET B. ; WAYOFF M.**La rhinopharyngite de l'enfant (tableaux cliniques et thérapeutiques. Rev. Inter. Pédiatrie. 1986 : 158 ; 15-27
4. **BROUARD J. ; VABRET A. ; NIMAL-CUVILLON D.** Epidémiologie des infections virales aiguës des voies respiratoires hautes et basses de l'enfant : infections aiguës des voies respiratoires de l'enfant. Rev. Praticien. 1994 :13 ; 1825-1832.
5. **CHALUMEAU M., SALANAVE B., ASSATHIANY R., KEMENY J., BREART G., le groupe AREPEGE**. Connaissance et l'application par des pédiatres de Ville de la conférence de consensus sur les rhinopharyngites aiguës de l'enfant : Med. Arch. Pédiatrie. 2000 : 7 ; 481-8.
6. **CHEVALIER D.** Rhinopharyngites et otites récidivantes : situation à risque, conduite à tenir. Med Mal Infect. 1997 : 27 ; 478-81.
7. **CHEVALIER D. ; LAMIREAU T. ; BORDURE P.** Les infections rhinopharyngées de l'enfant. Ouest médical. 1994 : 31 ; 19-50.
8. **CHOMEL J.-J.; ALLARD J.-P.; FLORET D.;** European journal of microbiology and infectious diseases (print) A.2001,vol. 20, n°3, pp.167-172.
9. **CISSÉ MF. , SOW AL. , THAW C., M'BAYE NG. , SAMBA.** Etude bactériologique des rhinopharyngites purulentes de l'enfant au Sénégal. Arch. pédiatrie 1997 : 4 ; 1192-1196.

10. **COULOIGNE V.; VAN DEN ABEELE T.** Rhino-pharyngites de l'enfant. EMC-ORL. 2004 : 93-112.
11. **Dr COHEN R.** Angine et pharyngites de l'enfant (et de l'adulte : non traité). Campus national de pédiatrie et chirurgie pédiatrique. 2005
12. **Dr CUISNIER O.** Infection rhino-pharyngées de l'enfant. Corpus médical-faculté de médecine de Grenoble 2002.
13. **FAHEY T.; STOCKS N.; THOMAS T.** Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection; clinical therapeutics .1998: vol. 79; 3; 225-230.
14. **FALADE A. G.; OLAWUYI F.; OSINUSI K.; ...**East African medical journal. 1998:75; 695-698.
15. **FRANCOIS M.; SZNADER M. ; SERRIER P. ;...**Traitement médicamenteux des angines et rhinopharyngites par les généralistes et les pédiatres .Lettre d'ORL et chirurgie cervico-faciale. 2003 : 280-81 ; 21-27.
16. **FRECHE E.** Rhinopharyngites de l'enfant. Rev. Inter. Pédiatrie. 1985 : 148 ; 5-13.
17. **KALOGA A.** Otite moyenne aiguë chez l'enfant de 0 à 7ans. Thèse de doctorat en médecine ; FMPOS de l'UGAN de Conakry. 2008
18. **LAFSSAPS :** « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant ». Arch. Pédiatrie. 2005: 706-708.
19. **LECONTE T.H.** Traitement des rhinopharyngites de l'enfant de six mois à six ans. Conférence de consensus. FRA, 1990-02-02.

20. **LEON P.; GABRIEL P.** Guide thérapeutique ; 4^e édition Masson 2006
21. **LOUA S .P.** Infections respiratoires aiguës dans la pathologie hospitalière au service de pédiatrie de l'hôpital de N'Nzérékoré UGANC 2007
22. **Maad. N.M,** thèse de doctorat en médecine HND 2010 : Otite moyenne aiguë ; épidémiologie, clinique, thérapeutique.
23. **MAINOUS A. G.; HUESTON W. J.; LOVE M. M.** Archives of pediatrics and adolescent medicine. 1998: 152; 4; 349-352.
24. **MISRAHI L. ; BOURRILLON A. ; LEBRUN T.; DERVAUX B.**
L'antibiothérapie dans la rhinopharyngite de l'enfant en France : entre les recommandations et la pratique quotidienne. Méd. Mal. infect. ELSEVIER. 2003 : 570-578.
25. **MOEL J.-M.** Rhinopharyngite chez l'enfant. Phytothérapie. 2003 : 1 ; 1 ; 13-16
26. **NARCY P.** Rhinopharyngite : stratégies thérapeutiques. Concours médicale. 1991 : 113 ; 10 ; 803-806
27. **NICOLLAS R.** Exploration des infections ORL récidivantes de l'enfant. La lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. 2001 :265 ; 1-5.
28. Olivier. épidémiologie de l'OMA chez l'enfant, Galliéna (Paris) pp 3-9 .
29. **PAUTARD J-C.; BENHAMOU P.; PIUSSAN** Rhinopharyngites et manifestations bronchiques récidivantes chez l'enfant. Méd. Hygiène A. 1985, vol 1604, pp. 1137-1142
30. **Pr LAURENT G.** Infections aiguës naso-sinusiennes et pharyngées de l'enfant. Revue du praticien. 1998 : 48

31. **REYT E.** Rhinopharyngites et otites chez l'enfant. Rev. Inter. Pédiatrie .1995 ; 255 ; 29-32
32. **RINERT P., STAGNARA J., ROY P., MALLET E., GAUDELUS J.** Rhinopharyngites et otites à répétition de l'enfant. Rev. Praticien. 2007 : 57.
33. **RIVIERE B.** Les antibiotiques dans les rhinopharyngites de l'enfant : un exemple de négociation en médecine générale. Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Rennes1 ; faculté de médecine.2003.
34. **SIDIBE .D .M :** rhinopharyngite *épidémiologique, clinique et thérapeutique, thèse de doctorat en médecine 2010 à HND.
35. **SOLIGNAC M. ; COUVREUR J.** Rhinopharyngites à répétition. Rev. Pédiatrie .1995 : 8 ; 1 ; 221-225
36. **TOUBIANA L. ; CLARISSE T. ; N'GUYENT T.** Observatoire hivernale-khiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009 : 1 ; 1-5.
37. **TRIGLIA J. M.** Obstruction nasale chez l'enfant. Méd. thérapeutique pédiatrie. 2003 : 6 ; 2 ; 196-200.
38. **WATSON R.; DOWELL S.; JAYARAMAN M.** Antimicrobial use for pediatric upper respiratory infections: reported practice, actual practice, and parent beliefs. Pediatrics 1999; 104; 3; 225-230.
39. WWW.Sante-Medecine.Net ; la rhinopharyngite.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Date :N° :Service.....

1 .Renseignements généraux

Nom et prénom

Age : Poids..... Sexe.....

Quartier.....Tel :

2 .Clinique

- Motifs de consultation

Rhinorrhée Eternuements Obstruction nasale Fièvre

Toux Diarrhée Ootalgie Dysphagie Pleurs incessants

Ronflement nocturne

Autres (à préciser).....

Evolution :Antécédents.....

- Examen physique

Bucco-pharyngoscopie :

Amygdales : normales hypertrophiées

Pharynx : normal hyperhémie

Autres.....

Végétations adénoïdes : absentes présentes

Adénopathies : absentes

Présentes siège Taille ... cm nombre.....

Rhinoscopie :

Rhinorrhée : présente absente

Cornet: normal hypertrophié

Pituitaire : normal hyperhémie

Cloison nasale : normale déformée

Autres.....

Otoscopie :

Otorrhée : absente présente (nature)

Tympan : normal rouge bombé perforé

Autres (à préciser) :.....

3. Pathologie associées

Otitis paludisme Angine GEA

Infection cutanée candidose buccale Aucune

4. Complications

OMA Troubles digestifs Troubles respiratoires

Convulsion fébriles Aucune

5. Les facteurs favorisants

Allergie Tabagisme passif RGO vie en collectivité

Anémie Allaitement artificiel Aucun

6. Examen para clinique

Radio du cavum

Aslo titre : positif négatif

NFS

GE (dp).....T /champs

PL+ECB du liquide.

7. La prise en charge

- médicale

Gouttes nasales Antalgiques /antipyrétiques

Antibiotiques Antihistaminiques

Autres (à préciser).....

-Chirurgicale

Amygdalectomie Adénoïdectomie

8. Evolution post-thérapeutique

Favorable

Défavorable

Autres (à préciser).....

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2011 dans les services de pédiatrie et ORL de HNID, CHU de Conakry.

Les rhinopharyngites demeurent très élevées en consultation avec une prévalence de 42,22% parmi les affections ORL et de 18% par rapport aux autres pathologies. La majorité de nos patients ont consulté en pédiatrie soit 92% contre 8% de consultation en ORL.

L'âge moyen de nos patients est de 3,7 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 6mois à12 mois, soit 38%. Les enfants de sexe masculin ont été les plus affectés soit 58% contre 42% de sexe féminin, soit un ratio M/F =1,35.

La plupart de nos enfants proviennent des communes de Kaloum et Dixinn, soit respectivement 27 et 23%. La vie collectivité a été le facteur de risque le plus rencontré avec 22, 10 % ensuite vient le tabagisme passif avec 19%.

Plus de la moitié de nos patients avaient la fièvre, soit 76% et une rhinorrhée de 39%.

L'otite moyenne aigüe a été la complication la plus rencontrée, soit 57,3%.

Les gouttes nasales, antalgiques /antipyrétiques et les antibiotiques ont été les plus utilisés, soit respectivement. 100 ; 76,60 ; 67%

Mots clés : Rhinopharyngite ; Cavum ; Enfant.