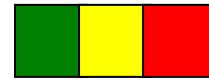
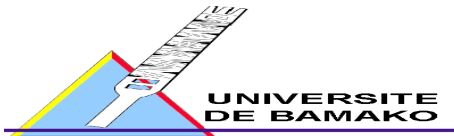


MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple -Un But -Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2011-2012

Thèse N°..... /



TITRE

Morbidité en hospitalisation ORL : analyse de 6 mois d'activités au CHU Gabriel Touré.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05/02/2012

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par **Mr SIDIBE Youssouf**

Interne des hôpitaux

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président: Pr Abdou Alassane TOURE

Membres: Pr Alhousseini Ag Mohamed

Pr Samba Karim Timbo

Directeur de thèse : Pr Mohamed Amadou Keita

***LISTE DU PERSONNEL
ENSEIGNANT ET
ADMINISTRATIF***

DEDICACES

Nous dédions ce travail à :

- Notre père, feu **Mamadou Sidibé.**

Tu a été le genre de père auquel nous voudrions ressembler. Nous ne saurons oublier vos sages conseils depuis nos premiers pas à l'école.

Merci pour les devoirs paternels sagement accomplis.

- Notre mère **Diaratou Souko.**

Pour l'affection, la tendresse et l'amour dont tu nous as toujours entouré, pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve, pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester.

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer nos sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.

Puisse le tout puissant te donner bonne santé et longue vie...

- Mon épouse **Fatoumata Dienta**

Ce travail est aussi le tien. Amour éternel.

- Notre oncle feu **Moussa Sidibé.**

Nous garderons de toi, l'image d'un oncle exemplaire, respectueux et généreux.

Très tôt arraché à notre affection, rien ne saurait combler ce vide que tu as laissé. Que ce travail honore ta mémoire.

Dors en paix. Amen!

- Nos mamans **Françoise Keita** et **Ouleymatou Touré.**

Vous avez été pour nous plus que des mamans. Nous ne saurons vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour nous. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre affection la plus sincère.

- Nos oncles et tantes feus **Yala Sidibé, Coumba Sidibé, Djawoye Keita, Mah Cissé** et **Oumar Konaté** tous arrachés à notre affection, que ce travail vous honore.

- Notre sœur aînée, **Fatoumata Sidibé**.

Plus qu'une sœur tu es aujourd'hui une mère pour nous. Vous avez été une assurance pour nous, votre rigueur intellectuelle, vos qualités humaines suscitent l'admiration et forcent le respect. Que Dieu vous garde et vous ouvre les portes de la réussite et du bonheur.

Nous vous prions de bien recevoir notre sincère reconnaissance.

- Nos **frères et sœurs** :

Nous avons toujours cheminé ensemble dans la joie et dans la tristesse. Vos conseils et soutiens n'ont jamais fait défaut ; restons toujours unis dans la tolérance.

Retrouvez ici, l'expression de toute notre reconnaissance et toute notre disponibilité.

- A notre maître, feue le **Professeur TOGOLA Fanta KONIPO**,
Nous regrettons votre disparition. Dormez en paix cher Maître.

Remerciements

- Au corps Professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.
- A tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré CHU-GT de Bamako.
- A nos maîtres professeur Christian Dubreuil, docteur Soumaoro Siaka, docteur Doumbia Kadiatou Singaré, docteur Boubacary Guindo, docteur Lamine Traoré, docteur Hamidou baba Sacko, docteur Doulaye Konaté. Merci pour l'encadrement exemplaire.
- A l'ensemble du personnel du service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, les CES et les étudiants thésards, tous nos vifs remerciements.
- A mes collègues internes des hôpitaux : COULIBALY Kalifa, DAO Sidiki, KONE Fatogoma Issa, KONATE N'Faly , DIARRA Kassim. Ce travail est le vôtre. Merci pour tout.
- A l'ensemble de mes collègues internes des hôpitaux des autres services.
- A nos amis du cycle fondamental Groupe Scolaire Darsalam de Bamako.
- A nos amis du cycle fondamental Groupe Scolaire ATT de Faladie SEMA de Bamako.
- A nos amis du lycée Ibrahima Ly de Bamako.
- A nos amis de la FMPOS particulièrement la famille feu Modibo Traoré du Village Point G.
- A nos amis de Faladié Sema, Sokoniko, Sébénicôro , Djelibougou .
- A tous mes camarades d'âge de Sirakoro (BIRGO).
- A la grande famille singuèfoula de Birgo, Kita, Bamako, Ségou, Dakar.
- A nos beau –frères kangama, Issabré, Koné, Bah, Konaté, Maiga, Keita, Sow, Niambélé, Coulibaly et Dienta.

Nous ne saurons oublier vos soutiens et vos conseils qui nous ont conduits là où nous sommes.

- A nos oncles, tantes, cousins, cousines, nièces et neveux des familles Sidibé, Keita, Dembélé, Konaté, Tandja, Touré, Sangaré, Diop, Sininta, nous ne saurons oublier vos soutiens indéfectibles ; recevez ici l'expression des nos sentiments les plus respectueux.
- A la cellule informatique du CHU-IOTA pour leur accompagnement.

Hommages aux membres du Jury

A notre Maître et Président de jury

Professeur Abdou Alassane TOURE

Professeur en chirurgie orthopédique et traumatologique

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

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

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

**Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique (SOMACOT)**

Chevalier de l'ordre national du Mali

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

Vous, l'homme de science, votre modestie, votre lucidité font l'objet de votre appréciation.

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

A notre Maître

Professeur Alhousseini AG Mohamed

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

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

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

Médecin Aéronautique auprès de la ANAC

Ancien vice doyen de la FMPOS

Ancien Président de l'Ordre des Médecins du Mali

Chevalier de l'Ordre national du Mali

Chevalier de l'Ordre national du lion du Sénégal

Cher Maître, dès notre arrivée dans votre service, nous avons été marqué par votre accueil, en ce jour du 10 Octobre 2007

En acceptant ce thème de travail et sa réalisation sous l'autorité d'un de vos élèves, vous avez signifié par la même occasion votre confiance, votre qualité de Maître magnanime et généreux.

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

Nous avons été également comblés par vos qualités humaines, par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges, toujours d'actualité, font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos incères remerciements.

A notre Maître

Professeur Samba Karim Timbo

Maître de conférences en oto-rhino-laryngologie

**Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie dans le service du Pr A. AG
MOHAMED**

Membre fondateur et secrétaire de la Société Malienne d'ORL (SMORL)

Membre du bureau régional de l'ordre des médecins du district de Bamako.

Membre de l'assemblée de la FMPOS

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous va droit au cœur.

Homme de science réputé, et admiré par tous.

Cher maître, nous avons su apprécier vos qualités humaines et nous ne saurons oublier vos conseils si précieux, votre grande disponibilité ainsi que votre appui. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être l'un de vos élèves.

Nous vous souhaitons une longue vie, et plein de succès dans vos entreprises.

Nous vous prions, Cher Maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et de nos vifs remerciements.

A notre Maître Directeur de thèse

Professeur Mohamed Keita

Maître de conférences en oto-rhino-laryngologie

Médecin Spécialiste en oto-rhino-laryngologie dans le service du Pr A . AG

MOHAMED

Diplôme inter-universitaire de Pédagogie médicale

Master Recherche de pédagogie médicale

Cher Maître, dès notre arrivée, nous avons été marqués par votre accueil, en ce jour 10 Octobre 2007.

Cher Maître, nous avons su apprécier vos qualités humaines et nous ne saurons oublier vos conseils si précieux.

Cher maître, que Dieu vous en récompense, longue vie et succès dans votre noble fonction.

Nous vous prions cher Maître, de croire à l'expression de notre indéfectible attachement et surtout de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1 - 3
CHAPITRE I. GENERALITES	
A. RAPPELS	
I- Rappel Embryologique :.....	4 - 5
II- Rappel anatomique et physiologique :.....	6 - 21
B. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES	
B1. Les cellulites cervico-faciales :.....	22 - 25
B2. Les angines :.....	26 - 29
B3. Les otites moyennes chroniques :.....	30 - 34
B4. Les complications des sinusites :.....	35 - 37
B5. Les épistaxis :.....	38 - 40
B6. Le cancer du larynx :.....	41 - 44
B7. Le cancer de l'hypopharynx :.....	45 - 48
B8. Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques :.....	49 - 50
B9. Les corps étrangers de l'œsophage :.....	51 - 52
CHAPITRE II. METHODOLOGIE :.....	53 - 56
CHAPITRE III. RESULTATS.....	57 - 91
CHAPITRE IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	92 - 101
CHAPITRE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	102 - 104
CHAPITRE VI. REFERENCES	105 - 114
ANNEXES.....	115 - 123
RESUME.....	124

Abréviations

Abréviations

ADP: Adénopathie.

AG: Anesthésie générale.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (France).

ASLO: Antistreptolysines O.

CAE : Conduit Auditif Externe.

C4 : Quatrième vertèbre cervical.

CCF : Chirurgie Cervico-Faciale.

CE : Corps Etranger.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CHU GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

CIVD : Coagulation intra veineuse disséminée.

Coll : Collaborateur.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CRP : C réactive Protéine .

CSref : Centre de santé de référence.

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé.

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali.

ENI : Ecole Nationale d'Ingénieurs.

F : Féminin.

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

g : Gramme.

HTA : Hypertension artérielle.

IEC : Information, Education pour la Communication.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

J : Jour.

kg : Kilogramme.

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien.

M : Masculin.

MAE : Méat Acoustique Externe.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMA : Otite moyenne aigue.

OMC : Otite moyenne chronique.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien.

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

SGA : Streptocoque bêta-hémolytique du Groupe A.

VADS: Voies aéro-digestives supérieures.

TDM : Tomodensitométrie.

TDR : Test de Diagnostic Rapide.

TP : Taux de Prothrombine.

TCK : Temps de Céphaline Kaolin.

°C : Degré Celcius.

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION:

La notion de santé clairement définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS), correspond à un état complet de bien être physique, mental et social. ^[56]

Tout écart subjectif ou objectif par rapport à ce bien être physiologique caractérise le concept de morbidité. ^[56]

Le concept de morbidité est mesuré selon trois étalons : le nombre de personnes malades, les maladies et la durée de maladie.

Le taux de morbidité est une mesure statistique de la proportion de personnes affectées par une maladie, dans une population considérée (population générale ou groupe particulier de population). La charge de morbidité est le poids, pour une personne ou pour la société, que constituent la maladie ou les conséquences de la maladie. Elle est exprimée en année de vie corrigée de l'incapacité. ^[56]

La région cervico-faciale, reflet extérieur de la personnalité humaine est aussi le siège d'éléments vitaux pour l'homme. ^[61]

De cette observation découle l'importance des pathologies de cette région, ce d'autant plus que le cerveau, organe central de commande, se trouve à proximité.

Les pathologies rencontrées dans cette région sont multiples et variées ainsi que leur prise en charge. Les travaux réalisés sur cette morbidité au Mali sont rares ^[4, 9] et datent de plus de dix ans. Le présent travail a pour but de mettre à jour la réalité quotidienne de la pratique hospitalière ORL à Bamako.

OBJECTIFS

1. Objectif Général:

Identifier les principales pathologies rencontrées en hospitalisation dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU-GT de Février à Juillet 2011.

2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les profils sociodémographiques des patients reçus en hospitalisation ORL.
- Déterminer la fréquence des hospitalisations ORL-CCF au CHU-GT de février a juillet 2011.
- Identifier le parcours thérapeutique des patients reçus en hospitalisation.
- Déterminer le profil des pathologies et/ou syndromes rencontrés en hospitalisation ORL.
- Identifier l'évolution en hospitalisation ORL-CCF (durée de séjour et le type de prise en charge).

GENERALITES

GENERALITES :

A- Rappels :

I- Rappel embryologique :

Au cours de la troisième semaine, l'embryon est déjà différencié en trois feuillets. Dans la région céphalique, ces feuillets se disposent ainsi :

- L'entoblaste (ou endoderme), l'intestin primitif formant une cavité centrale et axiale. ^[44]
- Le chordo-mésoblaste (ou mésoderme ou mésenchyme) feuillet intermédiaire. ^[44]
- L'ectoblaste (ou ectoderme, ou épiblaste), a l'origine du tube nerveux et du revêtement de l'embryon. ^[44]

Le revêtement ectoblastique au dessous de l'extrémité antérieure du tube nerveux forme une dépression transversale ou stomodaeum. A ce niveau ectoblaste et entoblaste s'adossent, constituant la membrane pharyngienne. Cette membrane se résorbe rapidement, mettant en communication l'intestin primitif et stomodaeum. ^[44, 57]

La portion crâniale de l'intestin primitif appelée intestin antérieur qui est fermé en avant par la membrane pharyngienne, constitue le revêtement interne de l'appareil branchial. Ces dérivés sont :

- L'épithélium de l'oreille moyenne et de la trompe d'eustache ;
- L'épithélium des amygdales palatines ;
- Les cellules glandulaires des parathyroïdes ;
- Les cellules du thymus ;
- Les cellules folliculaires de la thyroïde ;
- L'épithélium et les glandes de la langue ;
- L'épithélium du larynx de la trachée et de l'appareil broncho-pulmonaire ainsi que les glandes qui y sont annexées. ^[57]

II- Rappel anatomique et physiologique :

1. Oreille:

L'oreille est un organe neurosensoriel à double fonction : il assure l'audition et joue un rôle très important dans l'équilibre. Cet organe comprend 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. ^[44]

1.1. Oreille externe :

Elle est constituée par le pavillon et le méat acoustique externe (MAE). Cette partie collecte le son. Le MAE peut être assimilé à un diverticule cutané étendu de la conque à la membrane tympanique qu'il tapisse. ^[44]

1.2. Oreille moyenne :

Elle comprend un ensemble de cavités aériennes centré sur la caisse du tympan (ou tympanum), prolongé vers l'avant par le protympanum et la trompe d'Eustache et vers l'arrière par les cellules mastoïdiennes. ^[44]

1.2.1. La membrane tympanique :

Elle sépare la caisse et le MAE. Elle est constituée de trois couches de l'intérieur vers extérieur :

- La muqueuse de la caisse ;
- Une couche fibreuse, de consistance rigide dans sa plus grande partie, la pars tensa, excepté à la partie supérieure nommée pars flaccida de constitution élastique ;
- La couche cutanée, en continuité avec le revêtement du MAE.

1.2.2. Dans la caisse : La chaîne des osselets (marteau, enclume et étrier) permet de distinguer deux parties superposées :

- En haut : l'attique ou l'épitympanum, elle correspond à la pars flaccida de la membrane tympanique ;
- En bas : l'atrium ou le mésotympanum, elle correspond à la pars tensa de la membrane tympanique ; ^[44]

1.2.3. Les cellules mastoïdiennes :

Elles communiquent en avant avec l'attique par l'antra, cellule constante et relativement importante. Les autres cellules (la grosse cellule de Lenoir, les cellules sous antrales superficielles, les cellules sous antrales profondes) ont un développement qui varie considérablement d'un sujet à l'autre. ^[44]

1.2.4. La trompe d'Eustache :

Elle relie la paroi antérieure de la caisse du tympan à la paroi latérale du rhinopharynx. Elle est constituée de deux parties :

- Une partie osseuse : le protympanum mesurant 11 à 12 mm ;
- Une partie fibro-cartilagineuse ou trompe cartilagineuse mesurant 24 à 25 mm.

Elle rétablit l'égalité pressionnelle et protège la membrane tympanique ainsi que l'oreille interne des à-coups pressionnels. ^[44]

1.3. L'oreille interne :

Elle contient les organes neurosensoriels pour les deux grandes fonctions :

- Le canal cochléaire pour l'audition ;
- Les macules de l'utricule et du saccule et les cupules des canaux semi-circulaires. L'ensemble constitue le vestibule destiné à l'équilibre.

Le nerf auditif est constitué par les fibres cochléaires et les fibres vestibulaires qui gagnent le tronc cérébral et les noyaux correspondants des voies centrales :

La voie vestibulaire ;

La voie cochléaire centrale, bilatérale pour chaque oreille qui se projette sur le cortex auditif dans l'aire temporale.

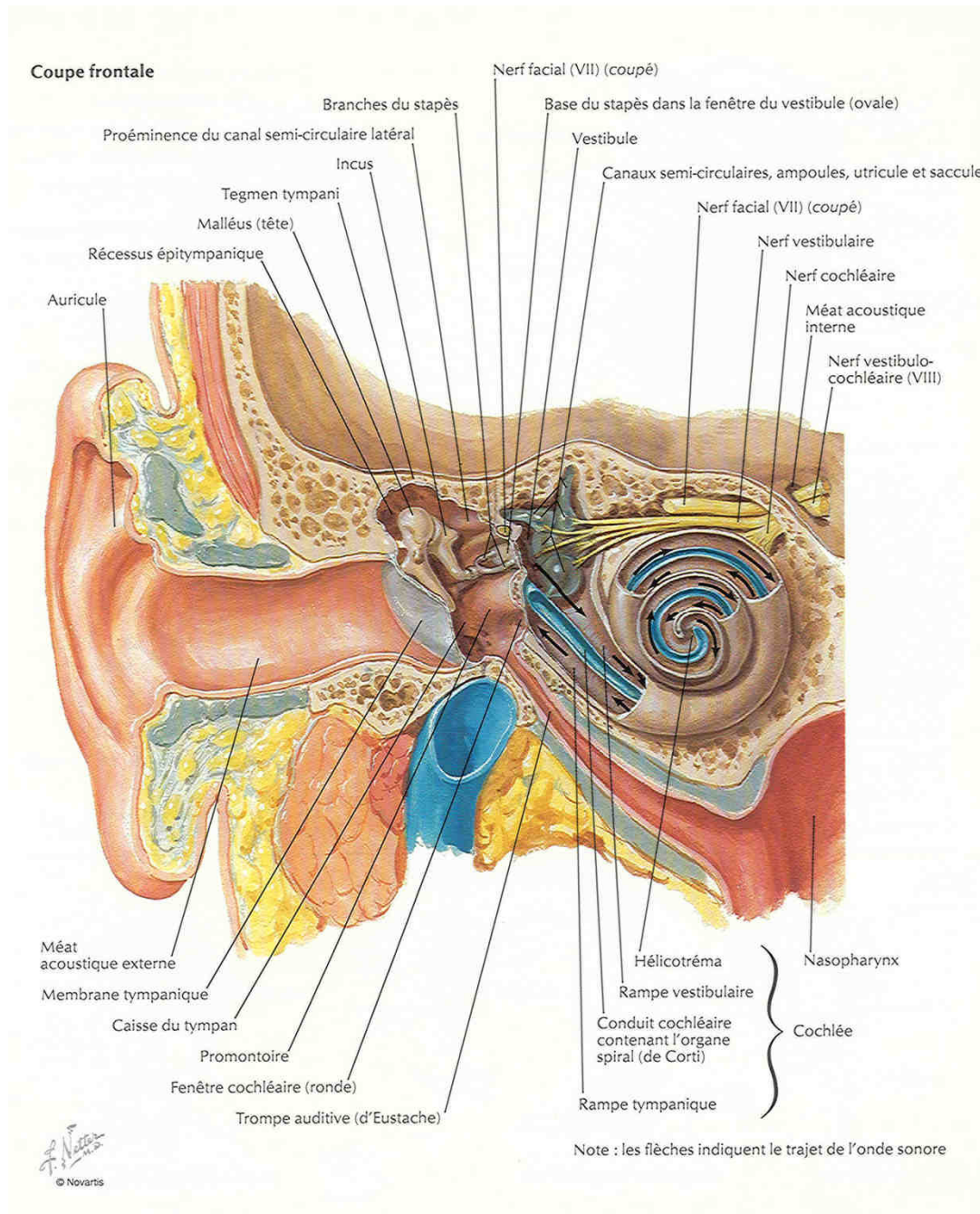


Schéma 1 : Coupe frontale de l'oreille.

Source : FRANK. H NETTER, N.D.

Atlas d'anatomie humaine. 2^{ème} édition. Section 1 Tête et cou

2. Les fosses nasales et les sinus paranasaux :

2.1. Les fosses nasales :

Elles forment deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur, sous la partie médiane de l'étage antérieur de la base du crâne. Elles sont séparées par une cloison sagittale (septum), et protégées en avant par un auvent dénommé pyramide nasale. Leur paroi latérale joue un rôle considérable dans la physiologie respiratoire grâce aux cornets (inférieur, moyen et supérieur) qui augmentent considérablement la surface muqueuse et protègent les méats (inférieur, moyen et supérieur).^[44]

Dans le méat moyen débouchent les sinus antérieurs, et dans le méat inférieur le canal lacrymal.

Richement vascularisé par deux systèmes artériels :

- Le système carotidien externe vascularise les fosses nasales par l'artère faciale en avant et l'artère maxillaire interne en arrière. La branche la plus importante de l'artère maxillaire interne pour la vascularisation des fosses nasales est l'artère sphéno-palatine;^[44]
- Le système carotidien interne vascularise les fosses nasales par les artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches de l'artère ophtalmique.

Ces différents systèmes artériels s'anastomosent largement. Une région anastomotique a une importance particulière : « la tache vasculaire de **Kisselbach** » située à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale, génératrice de beaucoup d'épistaxis bénigne.^[44]

2.2. Les sinus paranasaux :

Ce sont des cavités sinusiennes creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Tous les sinus sont tapissés d'une muqueuse de type respiratoire. A la naissance, il existe seulement le sinus ethmoïdal, les autres sinus étant encore à un stade rudimentaire. Ils croissent lentement jusqu'à l'âge adulte.^[44]

2.2.1. Le labyrinthe ethmoïdal :

Elles apparaissent vers le 5-6 mois de la vie intra-utérine sous forme de petit diverticules, à la naissance, les cellules sont sphériques, de 2 à 5 mm de diamètre ; à 4 ans, elles commencent à envahir le segment ethmoïdal du frontal ; à 12-13 ans le développement des cellules est terminé. [44]

2.2.2. Les sinus frontaux :

Ils s'individualisent des autres cellules ethmoïdales anatomiquement vers 2 ans et radiologiquement vers 6-8 ans. Leur développement n'est terminé que vers 15-20 ans. [44]

2.2.3. Les sinus maxillaires :

A 6 ans, elle prend la forme pyramidale de l'adulte mais continue à croître, elle commence à s'individualiser nettement en radiographie.

A 15 ans, la croissance s'arrête, sauf à l'extrémité postéro-inférieure qui ne prend sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse. [44]

2.2.4. Les sinus sphénoïdaux :

A 5 ans, volume d'un pois, à 12 ans la cavité n'occupe que la région antéro-inférieure du corps sphénoïde, mais s'individualise sur les radiographies. Vers 15 ans se terminent le développement. [44]

3. Pharynx et larynx :

3.1. Pharynx :

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu de la base du crâne en haut à la sixième vertèbre cervicale en bas. C'est un organe fondamental, unique, commun aux voies respiratoires supérieures et à la partie initiale de l'appareil digestif. Il a la forme d'une gouttière médiane, symétrique, cette gouttière est ouverte en avant et comporte sept orifices qui la divisent en trois étages :

- Etage nasal : ouverture des fosses nasales par les choanes, et latéralement des trompes auditives : c'est le nasopharynx ;
- Etage buccal ou oropharynx qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier ;
- Etage inférieur ou hypopharynx ou laryngopharynx : s'ouvre en bas dans la bouche de l'œsophage. ^[44]

3.1.1. Nasopharynx ou rhinopharynx ou cavum :

Cette portion est purement aérienne, il entre en relation directe avec les fosses nasales en avant par les choanes, communique avec l'oreille moyenne par la trompe auditive latéralement et s'ouvre sur l'oropharynx en bas. Dans sa paroi postérieure, la tonsille pharyngienne qui est le segment dorsal de l'anneau de Waldeyer occupe la plus grande partie de la voûte pharyngée. Son augmentation signe une pathologie dénommée la végétation adénoïde. ^[44]

3.1.2. Oropharynx :

Il est limité en haut par la face antéro-inférieure du voile et l'ostium intrapharyngien, latéralement par les fosses tonsillaires contenant les amygdales palatines dont l'inflammation est à l'origine des amygdalites, en avant par l'isthme du gosier et la base de la langue, en arrière par la paroi postérieure du pharynx et en bas par le plan virtuel horizontal passant au bord supérieur de l'épiglotte et au ras du corps de l'os hyoïde. ^[44]

3.1.3. Hypopharynx ou Laryngopharynx:

Il s'étend du bord supérieur de l'épiglotte au bord inférieur du cartilage cricoïde, ce qui correspond en arrière au corps des C4, C5, C6. Il est limité :

- En avant par la margelle laryngée et sa face postérieure (zone retro-crico-aryténoidienne);
- En arrière la paroi postérieure de l'hypopharynx ;
- Latéralement, il présente les deux sinus piriformes qui s'étendent du pli pharyngoépiglottique en haut à la bouche de l'oesophage en bas ^[44]. Ils sont le lieu préférentiel des cancers de l'hypopharynx.

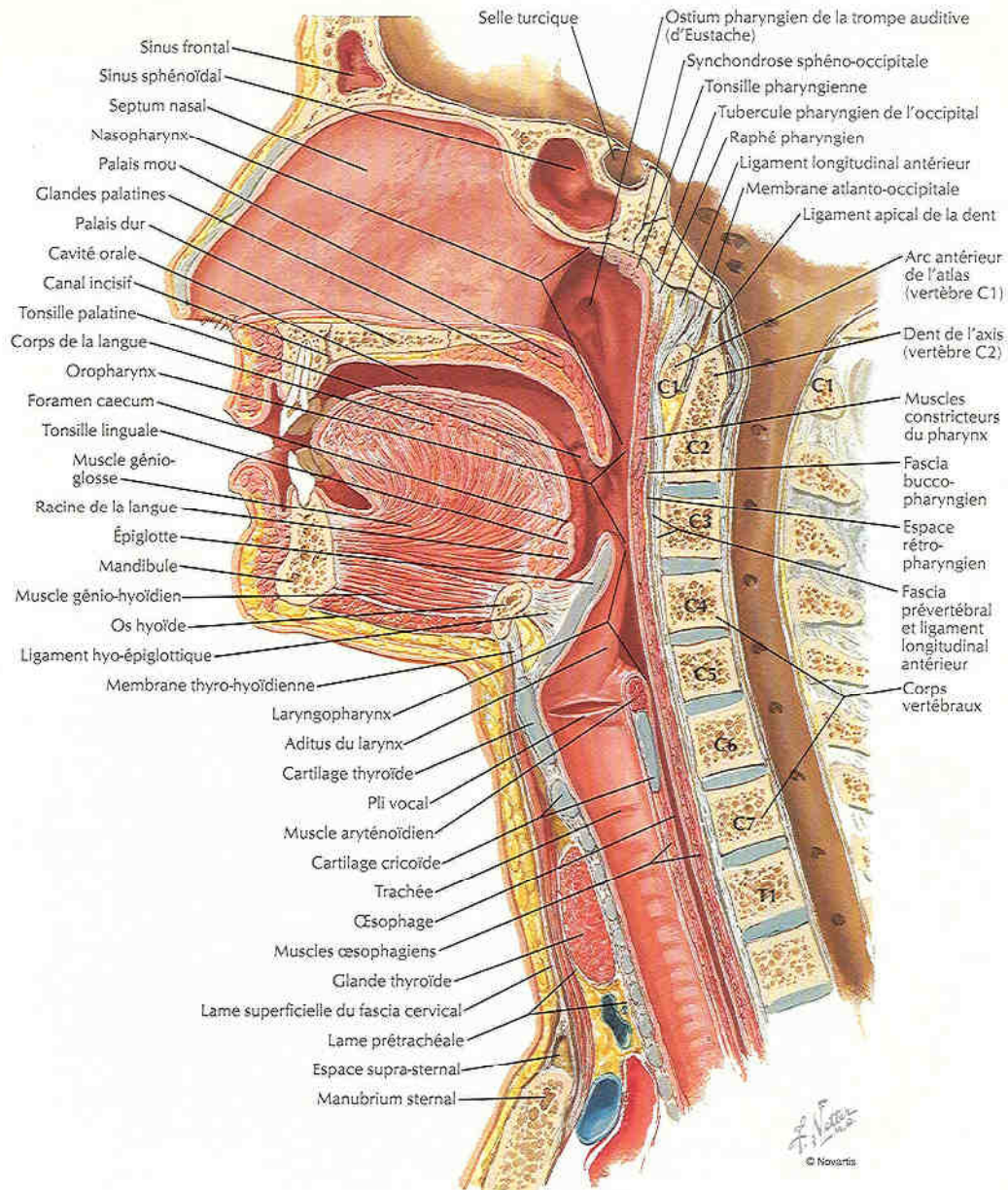


Schéma 2 : Coupe médiane du pharynx.

Source : FRANK. H NETTER, N.D.

Atlas d'anatomie humaine. 2^{ème} édition. Section 1 Tête et cou

3.2. Le larynx :

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou. Il occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne en regard des vertèbres C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles. L'intérieur du larynx est divisé en trois étages par les deux cordes vocales :^[58]

3.2.1. L'étage sus-glottique :

Il comprend le vestibule laryngé et le ventricule de Morgagni.

- Le vestibule laryngé : s'ouvre dans le pharynx par l'orifice supérieur du larynx appelé aditus ou margelle laryngée. On lui distingue quatre parois :
 - En avant, l'épiglotte ;
 - Latéralement, les deux bandes ventriculaires ;
 - En arrière, l'échancrure inter-aryténoïdienne.
- Le ventricule (de Morgagni) : c'est une dépression comprise entre la bande ventriculaire en haut et la corde vocale en bas.^[44]

3.2.2. L'étage glottique :

On appelle glotte l'espace compris entre le bord libre des cordes vocales.

Les cordes vocales ou plis vocaux : constituent l'élément noble du larynx. Ce sont deux rubans blanc nacré. Elles s'étendent de l'aryténoïde en arrière à l'angle rentrant du cartilage thyroïde en avant. Elles sont séparées en arrière par la région inter-aryténoïdienne qui constitue la commissure postérieure, les cordes se rejoignent en avant en formant la commissure antérieure.^[44]

3.2.3. L'étage sous glottique :

L'étage sous-glottes est la portion la plus rétrécie de la filière laryngée ; d'environ 1 cm de longueur ; il se continue en bas par la trachée.^[44]

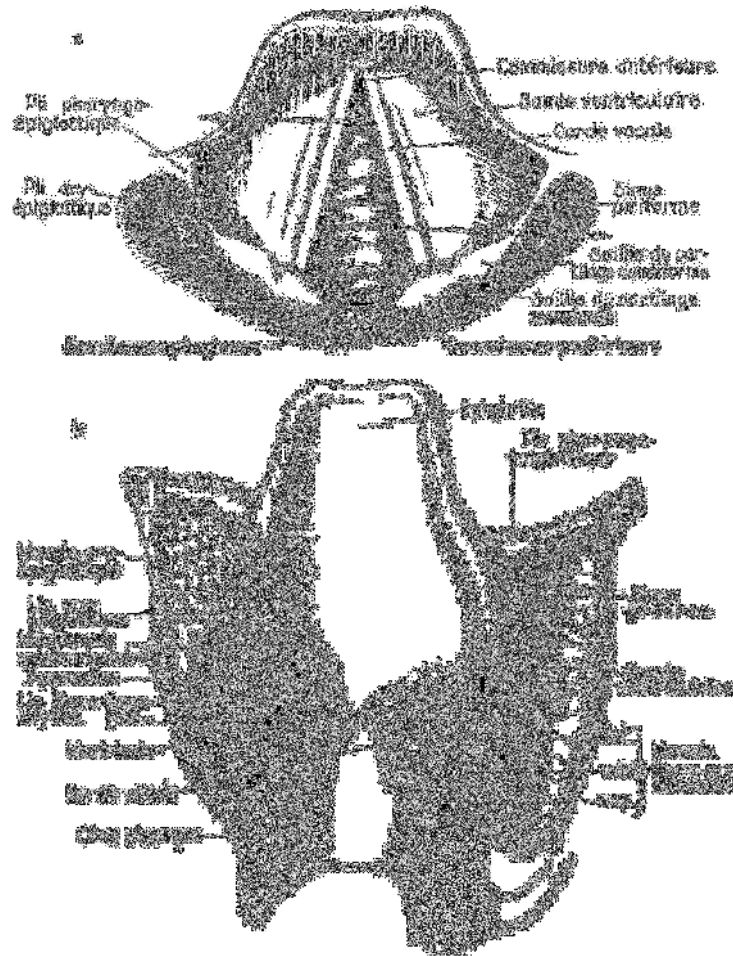


Schéma 3 : Cavité endo-laryngée.

- a) Vue laryngoscopique
- b) Vue postérieure après coupe suivant les indiqués.

Source : F. LEGENT, L. PERLEMUTER, Cl. VANDENBROUCK
Cahier d'anatomie ORL. 4^{ème} édition.

4. Œsophage, trachée et bronches :

4.1. Œsophage :

C'est un conduit musculo-membraneux, qui fait suite au pharynx et achemine les aliments jusqu'à l'estomac. Il mesure 25 cm chez l'adulte, avec un diamètre moyen de 2-3 cm. Il est situé entre la colonne vertébrale et la trachée. Il traverse successivement la région cervicale, le médiastin postérieur, le diaphragme et se termine dans la région cœliaque. On peut observer quatre zones de rétrécissement physiologique :^[59]

- Le sphincter supérieur de l'œsophage ou bouche de Killian;
- Le croisement avec l'aorte ;
- Le croisement avec la bronche souche ;
- Le sphincter inférieur de l'œsophage.^[59]

4.2. Trachée et bronches :

La trachée est un conduit cervicothoracique fibrocartilagineux aërifère, oblique en bas et en arrière. Elle fait suite au larynx à hauteur de la sixième vertèbre cervicale. Elle se termine dans le thorax par la bifurcation en deux bronches principales au niveau du médiastin moyen. Ce conduit fibreux trachéal est renforcé par 15 à 20 anneaux cartilagineux. Ces anneaux sont incomplets dans leur quart ou leur cinquième postérieur.

La bronche principale droite fait un angle moyen de 25° avec l'axe trachéal : elle est courte (20 à 25 mm), verticale et de fort calibre (15 à 16 mm).

À l'opposé, la bronche principale gauche fait un angle moyen de 45° avec l'axe trachéal ; elle est plus longue (40 à 45 mm) que la droite, horizontalisée et de plus petit calibre (10 à 11 mm).

5. Les glandes du cou :

5.1. La thyroïde:

La glande thyroïde est impaire et médiane appliquée sur la partie antérieure de l'axe laryngotrachéal. Elle présente une partie moyenne, appelée isthme, et deux parties latérales volumineuses, les lobes droit et gauche. Du bord supérieur de l'isthme part inconstamment un prolongement supérieur, le plus souvent latéralisé à gauche: le lobe pyramidal (ou pyramide de Lalouette).

En position habituelle, elle se place en avant des deuxième et troisième anneaux trachéaux. Ces dimensions sont significativement plus importantes chez la femme que chez l'homme. Le volume total de la glande est de l'ordre de 10 à 28 ml, son poids d'environ 30 g.

La thyroïde à une production endocrine double elle sécrète:

- La calcitonine, par ses cellules C parafolliculaires
- Les hormones thyroïdiennes, par ses cellules folliculaires.

L'action physiologique des hormones thyroïdiennes sont les développements notamment osseux et nerveux chez l'embryon, le fœtus puis l'enfant, et le maintien des grandes fonctions vitales chez l'adulte.

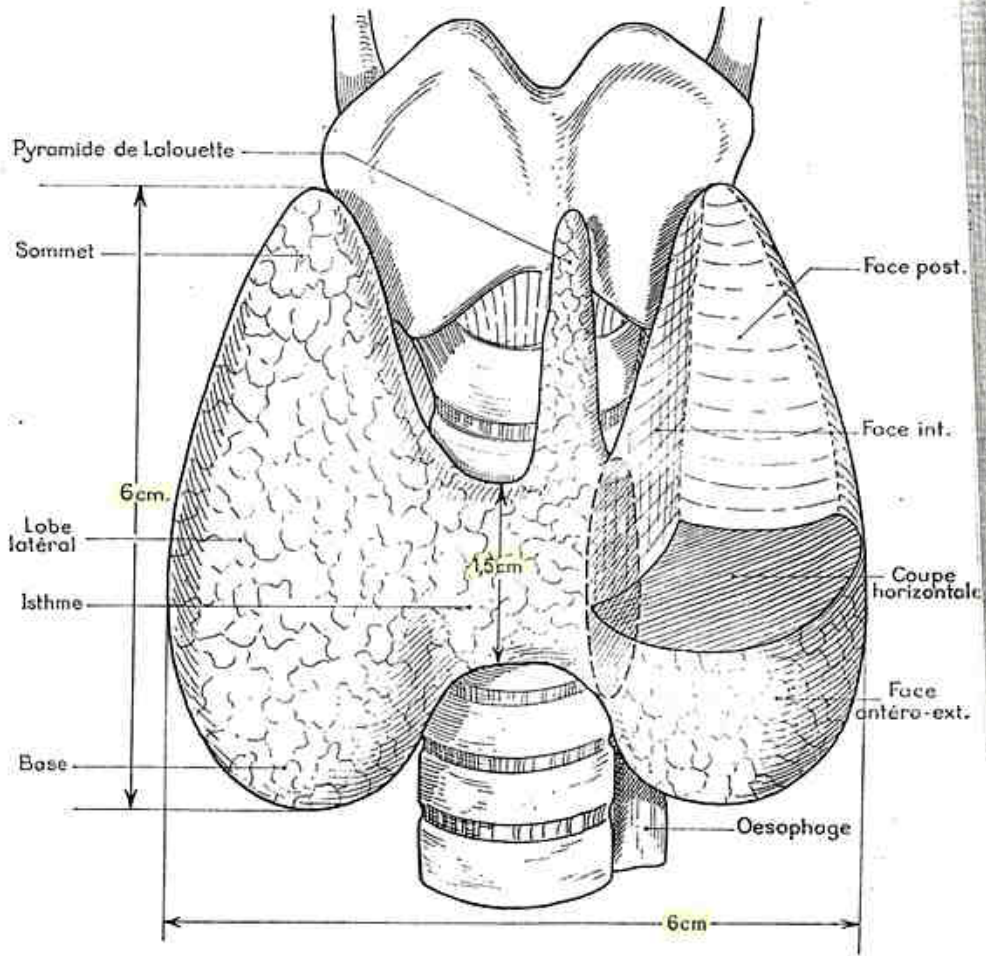


Schéma 4 : Corps thyroïde

Forme - Dimension

Source : F. LEGENT, L. PERLEMUTER, Cl. VANDENBROUCK
Cahier d'anatomie ORL. 4^{ème} édition.

5.2. Les glandes salivaires :

5.2.1. La glande parotide :

La plus volumineuse des glandes salivaires. Elle est de forme pyramidale avec des prolongements zygomatique, massétéрин, cervical et latéro-pharyngée. Elle est située en avant du méat acoustique externe et englobe la branche montante de mandibule.

Son canal excréteur est appelé canal de Stenon, qui s'abouche au niveau de la muqueuse jugale en regard de la 2^{ème} molaire supérieure. Les éléments qui passent dans cette glande sont :

a. Le nerf VII: les repères constants sont :

- la mastoïde, véritable promontoire du rocher ;
- l'arcade zygomatique, croisée par les filets de la branche temporofaciale ;
- le tragus ;
- le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien sur lequel chemine le plexus cervical superficiel. ^[60]

Le nerf facial divise la glande parotide en deux lobes. Il sort du trou stylomastoïdien, formant un tronc qui se divise en deux branches : une branche temporofaciale et une branche cervicofaciale. ^[60]

b. Carotide externe: donnant sa branche auriculaire postérieure et se divisant en artère maxillaire et temporale superficielle.

c. Le plexus veineux intra-parotidien (veine jugulaire externe, temporale superficielle, maxillaire).

5.2.2. La glande sous maxillaire :

La glande sous-mandibulaire est située en avant de la région carotidienne et sous la région parotidienne. Ses rapports principaux se font essentiellement avec le pédicule facial, le nerf lingual en dedans et le rameau mentonnier le long du bord inférieur de la mandibule. En effet, en dehors l'artère faciale, branche de la carotide externe, contourne le pôle inférieur de la glande pour cheminer le long

du bord basilaire de la mandibule. La veine faciale, superficielle, est quant à elle située à la face profonde de l'aponévrose cervicale superficielle. Le rameau mentonnier cervical chemine entre l'aponévrose et le muscle peaucier. Le nerf lingual entre en rapport avec la face interne de la glande et contracte des rapports avec la glande par des fibres. [60]

Son canal excréteur ou canal de Wharton est long de 4 à 5 cm et large de 2 à 3 mm. Ce canal s'ouvre dans la bouche de part et d'autre du frein de la langue. La vascularisation est assurée par l'artère faciale, la veine faciale et la veine linguale. [44]

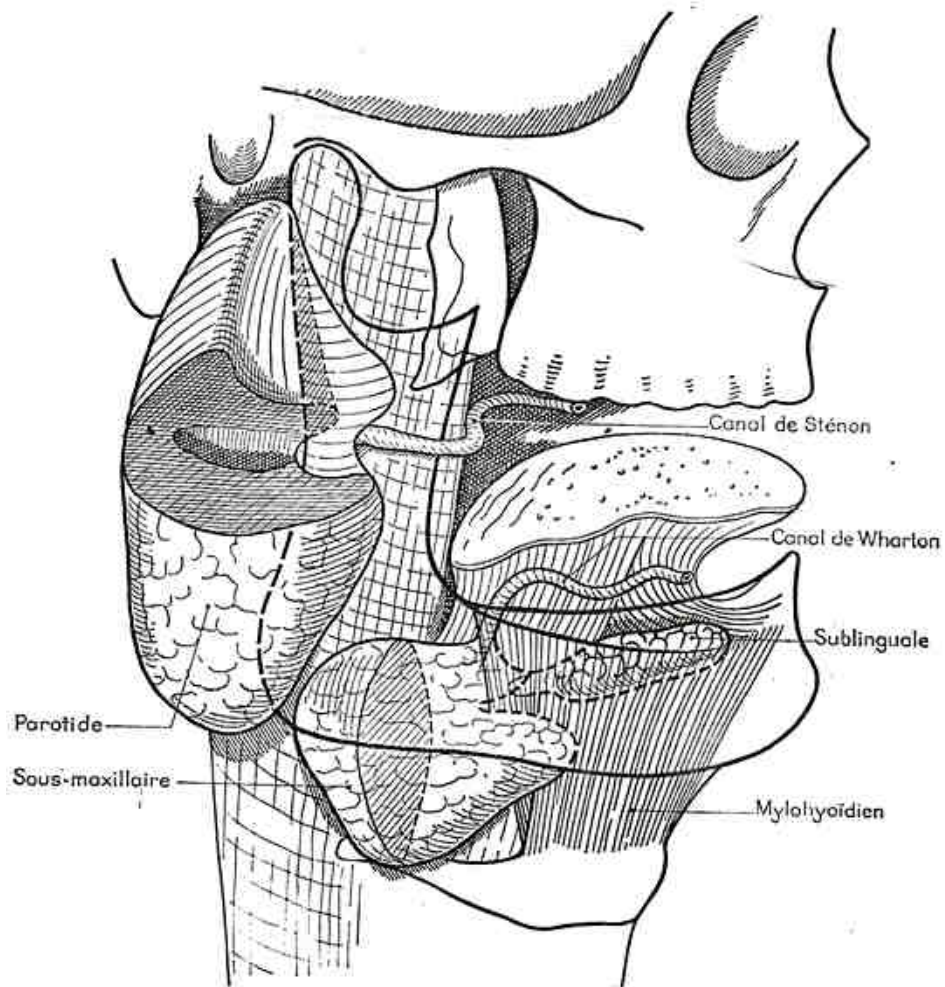


Schéma 5 : Parotide et Sous-maxillaire.

Situation Générale des glandes salivaires

Source : F. LEGENT, L. PERLEMUTER, Cl. VANDENBROUCK
Cahier d'anatomie ORL. 4^{ème} édition.

B. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES

B1. LES CELLULITES CERVICO-FACIALES

I. Généralités :

1. Définition : Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces cellulo-graisseux de la tête et du cou, propagées à partir d'une inoculation septique dont l'étiologie causale est généralement « la dent ». Ces cellulites peuvent être à l'origine de complications graves mettant parfois en jeu le pronostic vital. ^[52]

2. Epidémiologie :

En France GEHANNO P. et coll dans une étude de septembre 1988 ont colligé 42 cas en 10 ans soit 4 cas par an. ^[62]

Houkpe et coll au Benin ont retrouvé dans leur étude 55 cas en 10 ans soit 5 cas en moyenne par an. ^[63]

Au Mali M. Keita et coll^[2] ont retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 57 %, Benzarti ^[3] en Tunisie 74 % et Potard ^[51] en France 69 %.

2. Facteurs favorisants :

- Les facteurs physiologiques : l'âge, la grossesse (dernier trimestre), la nutrition (carence protéique et vitaminique) ;
- Les facteurs environnementaux : les traumatismes physiques et/ou psychiques ;
- Les facteurs immunitaires : ils peuvent être congénitaux ou acquis (le syndrome de l'immunodéficience acquise, les traitements immunosuppresseurs, le diabète et sa microangiopathie, l'obésité, l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique). ^[52]
- Les prescriptions médicamenteuses : les anti-inflammatoires. ^[52]

3. Germes en cause :

Les germes incriminés sont issus de la flore buccale, dont principalement le streptocoque pyogène (hémolytique groupe A) le plus souvent associé à des

germes anaérobies tels **Fusobacterium, Prevotella, Bacteroides**. Ils peuvent s'associer (bacilles à Gram négatif font intervenir également des cocci à Gram positif et à Gram négatif). L'association spirochètes -Fusobacteriae est bien connue et redoutable. ^[52]

II. Signes:

1. **Type de description** : la cellulite aiguë diffuse.

1.1. Signes cliniques :

1.1.1. Signes fonctionnels : il s'agit de douleurs assez intenses, l'odontalgie, la dysphagie et l'otalgie reflexe.

1.1.2. Signes généraux : l'asthénie, l'agitation et la fièvre (39°- 40°C).

1.1.3. Signes physiques : on peut retrouver le trismus ; à la palpation une crépitation neigeuse, des tâches cyaniques témoignant la nécrose superficielle.

1.1.4. Examens paracliniques :

NFS : on retrouve une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile.

La glycémie à jeun et la sérologie HIV à la recherche de terrain d'immunodépression.

L'examen bactériologique : à la recherche du germe en cause.

Le scanner cervicothoracique en urgence qui permet de situer le niveau des décollements et des poches hydroaériques par rapport au médiastin et guide l'intervention.

1.1.5. Évolution et complications :

Le plus souvent, la collection se fistulise à la peau et/ou à la muqueuse. Cette évolution peut également se faire vers la diffusion de l'infection vers les régions voisines, pouvant à son tour gagner les espaces cervicaux, voire le médiastin.

2. Formes cliniques : ^[52]

2.1. Autres formes de cellulite aiguë diffuse :

2.1.1. Phlegmon du plancher buccal de Gensoul (« Ludwig's angina » des Anglo-Saxons) : l'infection à point de départ d'une molaire inférieure gagne les loges sus- et sous-mylohyoïdiennes pour s'étendre très rapidement vers la région

sous-mentale et le tissu cellulaire centrolingual, l'oedème pelvilingual est majeur ; la dyspnée s'aggrave rapidement.

2.1.2. Cellulite diffuse faciale (de Ruppe) : La molaire inférieure est toujours en cause ; la cellulite, d'abord jugale, diffuse rapidement vers la région massétérine et vers la fosse infratemporale.

Son extension cervicale mais surtout endocrânienne conditionne le pronostic.

2.1.3. Cellulite diffuse péripharyngienne (angine de Sénator) : Elle succède à une infection amygdalienne ou de la dent de sagesse ; dyspnée, dysphonie et dysphagie sont présentes. Le pharynx apparaît rouge, tuméfié sur toute sa surface ; le cou est « proconsulaire ». L'extension médiastinale est particulièrement rapide.

2.2. Cellulites aiguës circonscrites:

2.2.1. Cellulite séreuse

La cellulite séreuse est le stade initial, purement inflammatoire ; les signes de la desmodontite aiguë prédominent : douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste ; puis une tuméfaction assez mal limitée. La peau en regard est tendue, lisse, rosée ; elle est collée à l'os sous-jacent, douloureuse avec augmentation de la chaleur locale.

2.2.2. Cellulite suppurée :

En l'absence de traitement approprié, la cellulite suppurée s'installe dans les jours qui suivent et les caractères généraux d'un abcès, un trismus, une asthénie, une fièvre sont présents. Sa douleur est devenue lancinante avec céphalées et sensation de battements au niveau de sa tuméfaction faciale. À ce niveau, la peau est rouge, chaude et luisante ; une fluctuation peut être retrouvée. Les téguments prennent le godet. ^[52]

III - Diagnostic !

1. **Diagnostic positif:** il est clinique, il s'agit du syndrome associant la fièvre, l'odynophagie, le trismus et la tuméfaction cervicale avec une crépitation neigeuse à la palpitation, évoluant depuis quelques jours.

IV. Traitement ^[52]

1. **Buts** : éradiquer les germes et éviter les complications.

2. **Moyens** :

- **Médicaux**: il s'agit des antibiotiques (pénicillines), des antalgiques, des soins locaux antiseptiques et antalgiques.
- **Chirurgicaux**: le drainage chirurgical et les soins dentaires.

3. **Indications** :

3.1. Médicaux : Vis-à-vis de l'infection et en attendant les résultats de la bactériologie on peut utiliser **Amoxicilline** : 2 g intraveineux en 30 minutes préopératoire ; 1 g intraveineux ou per os toutes les 8 heures ; Association possible à l'acide clavulanique. Ce traitement doit être adapté dès que les résultats bactériologiques connus.

3.2. Chirurgicaux :

- **Le drainage chirurgical** : il peut être endobuccal, cervical ou les deux associés. Il doit être effectué dans les conditions d'asepsie. L'anesthésie doit être adaptée à l'ampleur prévisible du geste.
- **Soins dentaires** : C'est au minimum, la trépanation dentaire avec le drainage pulpaire et au maximum, l'extraction dentaire avec le curetage chirurgical de l'alvéole et du tissu parodontal.

B2. LES ANGINES

I. Généralités

1. Définition :

Le terme « Angine » vient du latin « Angere » ou « j'étrangle ». C'est ainsi avant tout, la traduction d'un symptôme qui indique une constriction du cou, une impression d'étranglement et de douleur cervicale. Ce terme a été trop souvent rattaché à une inflammation des amygdales. En fait, il doit être associé à toute inflammation aiguë de l'oropharynx. Il est bien difficile de distinguer réellement les termes angine, amygdalite aiguë ou pharyngite aiguë.

L'angine est une inflammation aiguë de l'amygdale, douloureuse, fébrile, plus ou moins dysphagique, souvent accompagnée d'adénopathies satellites.

2. Epidémiologie :

L'angine aiguë est extrêmement fréquente (plus de 8 millions par an, en France) et dominée par le problème du streptocoque du groupe A. ^[12]

Au Bénin en 1999, Mbouapda a retrouvé que les angines représentent 1,55 % des affections ORL. ^[64]

Au Mali en 2006, les angines ont représenté 1,8 % des pathologies rencontrées dans le service d'ORL du CHU-GT avec un sex-ratio de 2,6 en faveur des femmes et la tranche d'âge la plus concernée a été de 20 à 24 (18,07 %). ^[17]

II. Signes : ^[50]

1. Type de description : les angines érythémato-pultacées

1.1. Signes cliniques :

1.1.1. Signes fonctionnels : une sensation de cuisson pharyngée, une dysphagie (odynophagie haute), une otalgie réflexe.

1.1.2. Signes généraux : une asthénie, des céphalées, une fièvre (38° -39°C).

1.1.3. Signes physiques : une rougeur diffuse, prédominant au niveau de l'amygdale, avec des enduits blanchâtres non adhérents ne dépassant pas l'amygdale ; des ADP cervicales sensibles.

1.2. Signes paracliniques :

- La culture du prélèvement pharyngé : le prélèvement de gorge reste l'examen fondamental pour préciser l'étiologie de l'angine.
- Les tests rapides d'identification du streptocoque : cette méthode permet un diagnostic en moins de 10 min au cabinet du médecin.

2. Formes cliniques : ^[50]

2.1. Les formes non compliquées

L'examen permet ainsi de distinguer différentes variétés :

2.1.1. Angines pseudo-membraneuses : la diphtérie, la mononucléose infectieuse;

2.1.2. Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques:

- **L'atteinte peut être unilatérale :** il s'agit de l'angine de Vincent ou de l'angine ulcéreuse aiguë de Mouro.
- **L'atteinte peut être bilatérale :** il s'agit des maladies hématologiques (agranulocytose, leucose aiguë) ou la mononucléose infectieuse.
- **L'ulcération peut être superficielle :** une aphtose de l'amygdale, un chancre syphilitique, une angine herpétique aiguë de primo-invasion.

2.1.3. Les angines vésiculeuses : une herpangine, une angine herpétique

2.2. Les formes compliquées :

• **Complications loco-régionales :**

- le phlegmon péri-amygdalien : il associe une dysphagie très intense, un trismus, une fièvre à plus de 39°C et des ADP cervicales douloureuses.

A l'examen un refoulement de l'amygdale, un œdème asymétrique d'un pilier et de la luette.

- Une adénite et un adenophlegmon du cou.

• **Complications générales :**

- La septicémie;
- Les complications post streptococciques : ce sont essentiellement la glomérulonéphrite aiguë post streptococcique, le rhumatisme articulaire aigu, la cardite rhumatismale, la chorée, l'érythème noueux. Biologiquement, on note une augmentation très importante du taux des ASLO

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif : il s'agit d'un syndrome associant : la fièvre, l'odynophagie, et une modification de l'aspect de l'oropharynx (le plus souvent angine érythémateuse ou érythémato-pultacée)

2. Diagnostic différentiel:

- **Pharyngite :** une notion de RGO, une absence de fièvre
- **Cancer de la région amygdalienne** surtout chez un patient éthylo-tabagique.

IV. Traitement :

1. Buts : éradiquer le germe et éviter les complications.

2. Moyens :

- **Médicaux:** les antibiotiques (pénicillines), les antalgiques, les anti-inflammatoires, les soins locaux antiseptiques et antalgiques.
- **Chirurgicaux:** il s'agit d'une amygdalectomie.

3. Indications :

3.1. Médicaux : ^[68]

Selon l'AFSSAPS 2005, Il est recommandé de ne traiter par antibiotique que les angines documentées à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA), en raison du risque de complications (notamment, rhumatisme articulaire aigu). Ceci implique de pratiquer un TDR (Test de Diagnostic Rapide du SGA).^[68]

- Si on réalise un TDR qui se révèle négatif, le traitement doit rester symptomatique (antalgiques, antipyrétiques, soins locaux).^[68]
- En cas de TDR positif ou si l'on ne réalise pas de TDR, le traitement repose sur :

- L'amoxicilline pendant 6 jours
- L'alternative en cas d'allergie aux pénicillines : les macrolides (érythromycine-azithromycine-clarithromycine).

NB : Ne sont pas ou plus recommandés : pénicilline V, céphalosporines de 1^{ère} génération (C1G), ampicilline, amoxicilline-acide clavulanique.

3.2. Chirurgicaux : amygdalectomie (recommandations de l'ANAES).^[49]

- Les amygdalites aiguës récidivantes,
- Les amygdalites chroniques (3 mois ou plus),
- La tuméfaction unilatérale de l'amygdale,
- Les abcès periamygdaliens,
- Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil en rapport avec une hypertrophie adénoïdo-amygdalienne.

B3. OTITES MOYENNES CHRONIQUES

I- Généralités :

1. Définition : L'otite moyenne chronique (OMC), se définit conventionnellement comme une inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne, prolongée au-delà de 3 mois. Elle se présente en pratique sous de multiples formes cliniques. ^[45]

2. Epidémiologie :

En France la prévalence des otites séromuqueuses est considérée comme étant de 0 % à la naissance, de 5 à 13 % à 1 an, de 11 à 20 % à 3 ans, de 13 à 18 % à 5 ans, de 6 % à 6-7 ans et de 2,5 % à 8 ans. ^[48]

Au Burkina en 2010, dans une étude sur 12 mois, les OMC ont représenté 0,96 % des motifs de consultation en ORL. ^[32]

Au Mali en 2010, N. Camara a retrouvé les OMC comme la première cause de surdité de transmission avec un taux de 53 %. ^[31]

II- Signes :

1. Type de description : Otite chronique cholestéatomateuse.

Elle se définit par la présence dans les cavités de l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé doué d'un triple potentiel de desquamation, de migration et d'érosion.

1.1. Circonstance de découverte:

- Une otorrhée : peu abondante, purulente, fétide et résistante au traitement habituel.
- Une hypoacousie, acouphènes, vertige.
- Des complications : telles que la mastoïdite, l'abcès du cerveau, la méningite et la paralysie faciale périphérique.

1.2. Signes physiques:

L'otoscopie :

- Dans les cas typiques on retrouve une perforation tympanique Marginale

(c'est-à-dire atteignant le rebord du conduit auditif externe) :

- atteignant la membrane de Schrapnell,
 - de siège postéro-supérieur ou postérieur.
- Quelquefois, l'examen ne montre qu'une petite croûte purulente sur la partie supérieure du tympan, sous laquelle se cache une perforation minuscule.

1.3. Signes paracliniques:

- **Audiométrie tonale** : permet de retrouver une surdité de transmission ou une surdité mixte.
- **Imagerie** :
 - La radiographie simple du rocher n'a pratiquement plus d'indication.
 - La TDM est la meilleure technique actuelle, complétée parfois par l'IRM pour sa sensibilité au liquide et à la graisse.

L'image du cholestéatome est une hyperdensité de la caisse associée souvent à une lyse des parois de celle-ci (mur de la logette) et une lyse de la chaîne ossiculaire.

Examen bactériologique du pus : il est fréquemment stérile mais on peut retrouver des germes de surinfection.

2. Formes cliniques :

2.1. Les otites moyennes chroniques non cholesteatomateuse :

2.1.1. Les otites séromuqueuses ou sécrétoires :

Elles se caractérisent par la présence, dans les cavités de l'oreille moyenne, d'une effusion durant plus de 3 mois, en l'absence de tout signe inflammatoire aigu.

Quasi constantes dans l'enfance, elles se compliquent ou non d'épisodes de surinfection, réalisent un exsudat traduisant une métaplasie mucipare secondaire à une inflammation elle-même secondaire à une otite aiguë ou des voies

respiratoires. Le plus souvent résolutive, elles pourraient mais cela est très discuté, jouer un rôle inducteur vis-à-vis des autres formes d'OMC.

A l'état actuel, la paracentèse avec mise en place d'un aérateur transtympanique (ATT) représente le seul moyen efficace de traiter l'effusion et de prévenir la récurrence des OMS.

2.1.2. Les otites muqueuses ouvertes :

Elles peuvent se compliquer d'ostéite, de métaplasie épidermoïde et/ou mucipare, ou d'épidermose malléaire. Elles peuvent ailleurs laisser des séquelles anatomiques ou fonctionnelles, avec ou sans tympanosclérose. Pour le tympan, une myringoplastie peut être proposée avec de grandes chances de succès.

2.1.3. Tympanosclérose :

Cette entité clinique peut se définir comme un processus de cicatrisation caractérisé par une infiltration hyaline avec dépôts calcaires intra et extracellulaires et de cristaux de phosphate dans le tissu conjonctif sous-muqueux tapissant les osselets, les parois osseuses et la couche moyenne tympanique. Elle est très souvent associée à la forme précédente ;

2.1.4. Les otites adhésives :

Elles traduisent une pathologie du tissu conjonctif symphysant le mésotympanum. Elles entraînent la disparition de l'espace aérien de l'oreille moyenne et pourraient compliquer certaines otites muqueuses sévères de l'enfance ;

2.1.5. Les otites atélectasiques :

Elles relèvent d'une pathologie de la ventilation auriculaire retentissant sur une membrane tympanique fragilisée ; dans leur forme excentrée, elles réalisent les poches de rétraction qui sont le stade précurseur du cholestéatome;

2.2. Les formes compliquées :

Elles sont surtout le fait des OMC cholestéatomateuses, quelquefois d'une OMA.

2.2.1. La paralysie faciale périphérique : par atteinte du nerf dans son trajet intrapétreux (2ème portion tympanique ou 3ème portion mastoïdienne). C'est

une paralysie de l'hémiface, portant sur les deux territoires du VII, avec signe de Charles Bell et quelquefois troubles du goût. L'indication opératoire est formelle lorsqu'elle survient dans un cholestéatome de l'oreille : éradication des lésions et décompression du nerf. [45]

2.2.2. Les labyrinthites : L'infection du labyrinthe (oreille interne) est ici otogène, par effraction de la capsule osseuse labyrinthique ou voie préformée (fenêtre ovale ou ronde). [45]

2.2.3. Les complications endocrâniennes :

- **La méningite otogène :** est la plus fréquente. Une méningite purulente à pneumocoque, ou streptocoque est presque toujours d'origine ORL (oreille ou nez). Il faut penser à examiner les oreilles dans toute méningite purulente apparemment primitive, ou méningococcique. [45]
- **Les abcès :** (Extra-dural, Sous-dural, Intracérébral) l'immédiat ou après traitement de l'épisode cérébro-méningé.
- **La thrombophlébite du sinus latéral :** Elle se manifeste par un syndrome d'hypertension intracrânienne fébrile.

III - Diagnostic:

1. Diagnostic positif :

Il s'agit de processus inflammatoire chronique (supérieur à 3 mois) succédant à un riche passé otitique. L'hypoacousie constitue le signe d'appel le plus fréquent.

Le diagnostic est surtout clinique et les examens complémentaires (audiométrie, tympanométrie, scanner, examens bactériologiques du pus) compléteront le dossier.

3. Diagnostic différentiel :

- **Otite externe chronique :** le CAE est rétréci, otorrhée, prurit.

- **Tumeurs du glomus jugulaire** : tumeurs vasculaires donnant au tympan un aspect rouge ou violacé, souvent battante.

4. Diagnostic étiologique :

Il se résume à la pathogénie des otites chroniques. C'est à partir des épisodes inflammatoires de l'enfance qu'il convient de trouver l'origine des OMC même si leur existence est parfois oubliée des patients adultes.

IV- Traitement :

- **But :**

- Exérèse des lésions néoformées types cholesteatomes,
- Améliorer l'audition ou la rétablir,
- Eviter les complications,
- Eviter les récurrences.

- **Moyens :**

- Médicaux : les antibiotiques et les anti-inflammatoires par voie locale et générale;
- Aspirations.
- Chirurgicaux :
 - Evidement des lésions;
 - Pose d'ATT;
 - Tympanoplasties et ossiculoplasties;
 - Mastoïdectomie.

B4. COMPLICATIONS CRANIENNES ET ENDOCRANIENNES DES INFECTIONS NASOSINUSIENNES

I. Généralités :

Les complications intracrâniennes des sinusites bactériennes sont rares, mais représentent une évolution septique potentiellement mortelle, grevée d'un risque de séquelles neurologiques. [46]

1. Epidémiologie :

Elles touchent une population jeune, entre 20 et 30 ans essentiellement masculine. [46, 65]

Le taux des complications endocrâniennes des sinusites a été de 3,7 % dans la série de Clayman et coll (24 complications endocrâniennes parmi 649 sinusites aiguës ou chroniques). [20] Cependant les sinusites sont à l'origine de 45 % des suppurations intracrâniennes. [18]

II. Complications crâniennes :

1. Ostéomyélite frontale :

Elle complique l'évolution d'une sinusite frontale aiguë et traduit l'extension de l'infection au diploé de l'os frontal par thrombophlébite. Elle peut toucher la paroi antérieure du sinus frontal ou sa paroi postérieure. Vers l'avant, la constitution d'un abcès sous-périosté ou sous-galéal avec fistulisation cutanée réalise la tumeur de Pott des Anglo-Saxons. Vers l'arrière, la diffusion de l'infection aboutit à la constitution d'un empyème extradural. [46]

Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée de 6 semaines en cas d'atteinte étendue du volet frontal. [46]

2. Tumeur soufflante de Pott (« Pott's puffy tumor ») :

C'est un abcès sous-cutané traduisant une ostéomyélite de la paroi antérieure du sinus frontal. Elle est souvent associée à une complication intracrânienne. [46]

Elle traduit le plus souvent une co-infection par germes aérobies et anaérobies.

III. Complications méningo-encéphaliques :

Les complications les plus fréquentes sont : l'empyème sousdural (35 %), l'abcès intracrânien (31 %), la méningite (25 %).^[46]

1. Empyèmes sous-duraux :

L'empyème sous-dural serait plus fréquent chez le sujet jeune du fait de l'hypervascularisation osseuse. Ils représentent 10% des complications intracrâniennes. La propagation du sinus à l'espace sous-dural se fait par thrombophlébite antérograde. Elle a pour origine essentiellement le sinus frontal mais peut également provenir de l'ethmoïde postérieur ou du sphénoïde.^[46]

Le tableau clinique typique est une détérioration neurologique rapide faisant suite à des céphalées. La fièvre et la raideur de nuque apparaissent après. Les signes neurologiques focaux (hémiparésie) et les convulsions apparaissent secondairement.^[46]

Le diagnostic est porté sur la TDM. Si elle n'est pas contributive devant un tableau déficitaire, l'IRM trouve alors son indication.^[46]

Le traitement repose sur l'antibiothérapie pendant 6 semaines, évacuation de la collection intracrânienne et drainage du sinus de manière concomitante. Le traitement anticonvulsivant est systématique.^[46]

2. Abcès cérébral :^[46]

Les sinus à l'origine de ces abcès sont à part égale le sinus frontal et le sinus sphénoïdal. La localisation de l'abcès est essentiellement frontale, plus rarement pariétale.

La céphalée est le signe le plus fréquent, présente dans 90 % des cas, on peut observer une confusion, des difficultés d'élocution ou des vomissements. Une hémiparésie survient dans 48 % des cas, et une crise comitiale dans 30 % des cas. Le diagnostic est établi par la TDM cérébrale, pour identifier la complication et objectiver une porte d'entrée sinusienne.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie, le drainage du sinus responsable et le traitement de l'abcès.

3. Méningites :

Les sinus sont rarement responsables de méningite. Le point de départ peut être le sinus frontal, le sinus sphénoïdal mais aussi le sinus ethmoïdal postérieur, le long des filets olfactifs. En cas de sinusite sphénoïdale isolée, c'est la complication la plus fréquemment observée. [46]

4. Empyèmes extraduraux :

L'empyème extradural est aussi décrit sous le terme de pachyméningite qui correspond à un abcès extradural à minima. C'est la plus rare des complications intracrâniennes. L'origine est le plus souvent une ostéomyélite de la paroi postérieure du sinus frontal. [46]

Il n'y a pas de signe clinique spécifique en dehors des signes traduisant l'extension antérieure de l'ostéomyélite comme la tumeur de Pott ou la cellulite supraorbitaire. La TDM permet le diagnostic.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie et sur l'évacuation de la collection (trépan ou craniotomie) ainsi que sur le drainage du sinus responsable. [46]

5. Thrombophlébites cérébrales :

Il s'agit de complications rares, exceptionnellement d'origine sinusienne. [46]

Les signes précoces sont la photophobie et la diplopie : l'atteinte du VI serait la première à apparaître, suivie de celle du III. Le tableau typique associe des céphalées rétro-orbitaires évocatrices, accompagnées de chémosis et d'une fièvre hectique. Les signes sont dus aux thrombophlébites septiques de même que le caractère irrégulier de la fièvre. [46]

B5. EPISTAXIS

I. GENERALITES :

1- Définition :

Les hémorragies nasales désignées en médecine sous le nom d'épistaxis qui vient du mot grec ("épié" qui veut dire sur et "staxis" qui signifie goutte à goutte). Elles peuvent s'extérioriser par les narines (épistaxis antérieure) ou par le rhinopharynx (épistaxis postérieure). Les épistaxis, urgences très fréquentes en ORL, peuvent n'avoir aucune signification pathologique ou être un symptôme d'une maladie connue ou méconnue. [53]

2- Epidémiologie :

La fréquence des épistaxis (environ 50 % de la population a présenté ou présentera un jour une épistaxis) s'explique par l'importante vascularisation des fosses nasales. [53]

Selon A. Chakibou les épistaxis ont représenté en 1996, 1,29 % des affections ORL au Benin. [30]

En 1994 au Mali, Ag. Mohamed et coll ont trouvé dans leur étude que cette affection représente 1,82% des motifs de consultation en ORL. [28]

II. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif est le plus souvent aisé voire évident lorsqu'on assiste à l'accident.

Le tableau clinique est celui d'une hémorragie extériorisée par les fosses nasales le plus souvent et dont l'examen physique révèle que l'origine est nasale.

III. Diagnostic de gravité :

Il porte sur la présence de facteurs défavorisants et la présence de signes cliniques et biologiques de mauvais retentissement (quantité de sang perdu, notion de récurrence fréquent).

1. Facteurs défavorisants :

Il s'agit de l'âge (supérieur à 70 ans), de tares associées, de troubles de l'hémostase, de l'hypertension artérielle, de la durée de l'épisode hémorragique et de l'inefficacité des autres traitements.

2. Quantité de sang perdu :

L'épistaxis est minime lorsque la quantité de sang perdu est inférieure à 100cc ; moyenne abondance entre 100-500cc et de grande abondance lorsqu'elle est supérieure à 500 cc.

3. **Signes cliniques de retentissement :** il s'agit de l'hypotension artérielle, la tachycardie, la sueurs, la pâleur et la dyspnée.

4. **Signes biologiques de retentissement :** il s'agit d'une anémie (inférieure à 10 g/dl), d'un hémocrite (inférieure à 35 %), d'une thrombopénie (inférieure à 80 000).

Nous parlerons donc d'épistaxis bénigne quand il n'y a aucun signe de retentissement tant clinique que biologique chez le patient et d'épistaxis grave chaque fois qu'il y a une épistaxis avec signe de retentissement ou de probabilité réelle de survenue de signes de retentissement.

III. Diagnostic différentiel : il se pose avec des saignements qui ne proviennent pas du nez, mais au cours desquels le sang est extériorisé par le nez :

- **Hématémèse :** le vomissement de sang.
- **Hémoptysie :** le crachement de sang provenant de la trachée, des bronches et des poumons ; au cours d'un effort de toux.

IV. Diagnostic étiologique

2.1. Traumatiques : il s'agit

- Les fractures du 1/3 moyen de la face.
- Les fractures du 1/3 supérieur.
- L' épistaxis cataclysmique : par lésion de la carotide.

2.2. Causes tumorales :

- Le fibrome naso-pharyngien.
- Le polype saignant de la cloison.
- Les tumeurs malignes des fosses nasales, des sinus et du cavum.

2.3. Causes inflammatoires ou infectieuses :

Un état inflammatoire peut réveiller une ectasie de la tache vasculaire. Il peut s'agir d'un corps étranger, de rhino-sinusites aiguës ou chroniques.

Une épistaxis est un symptôme de nombreuses maladies infectieuses (typhoïde, scarlatine, rougeole, grippe...).

2.4. Causes générales :

• Congénitales :

Hémophilie: il s'agit d'un déficit en facteur antihémophilique A (85%), ou en facteur antihémophilique B.

• **Acquis** : les traitements anticoagulants, l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale, l'HTA, les cardiopathies mitrales, la carence en vitamine K, les fibrinolyse et la CIVD.

2.5. Epistaxis essentielle :

Ce diagnostic ne doit être porté qu'après un bilan clinique et biologique soigneux, d'autant que les épisodes sont récidivants.

B6. CANCER DU LARYNX

I. Généralités :

Le cancer du larynx est un cancer épidermoïde qui atteint l'homme et dont la fréquence non négligeable est en augmentation. Il est lié pour une grande part au tabagisme chronique, il devrait bénéficier d'un effort de prévention.

1. Épidémiologie :

Les cancers du larynx ont représenté classiquement 4 à 5 % du total des cancers en France et 25 % des cancers des voies aérodigestives supérieures. Ces cancers s'observent essentiellement chez l'homme (97% des cas) entre 45 et 70 ans. ^[61]

2. Facteurs prédisposants :

- Le tabac reste la cause principale.
- Le rôle cancérigène direct de l'alcool reste flou.
- Un effet synergique entre le tabac et l'alcool
- D'autres facteurs sont évoqués : exposition prolongée au nickel, au chrome, à l'arsenic, à l'amiante, à l'acide sulfurique...
- Le surmenage vocal associé au tabagisme peut être responsable de laryngite chronique, susceptible de dégénérer. ^[22, 24]

II. Signes :

1. Type de description : le cancer glottique de l'adulte

1.1. Circonstances de découverte :

- La dysphonie est le signe majeur de diagnostic puisqu'elle est présente dans 95 % des cas. Toute dysphonie persistant plus de 3 semaines chez un patient tabagique nécessite un examen laryngé. ^[22, 24]
- Plus tardivement: s'associe la dyspnée laryngée et la dysphagie.
- L'adénopathie cervicale est rare car la glotte est peu lymphophile.

3.2. Examen clinique :

3.2.1. Interrogatoire: Il doit faire préciser:

- les ATCD: personnels (médicaux, chirurgicaux), familiaux (cancer ORL).

- Le mode de vie: le tabac, l'alcool, la profession.
- La dysphonie: elle est persistante, d'aggravation progressive.
- La dyspnée: c'est une bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage qui traduit en général une forme évoluée.
- Les signes accompagnateurs: il s'agit d'une dysphagie, une toux laryngée, une sensation de picotement.
- Les signes généraux: il s'agit de l'amaigrissement, de l'altération de l'état général et de la fièvre.

3.2.2. Examen physique :

- La laryngoscopie indirecte au miroir est souvent associée à la fibroscopie laryngée, surtout pour les patients dont le réflexe nauséux est important.
- La palpation cervicale des aires ganglionnaires est méthodique.
- Un schéma est réalisé au terme de cet examen précisant la localisation tumorale, l'extension tumorale, la mobilité laryngée bilatérale, la présence d'adénopathie associée. La classification TNM est aussi utilisée.

3.3. Examens complémentaires

Ils sont de quatre ordres :

- La pan-endoscopie sous anesthésie générale est indispensable pour préciser les limites exactes de la tumeur, et pour chercher d'autres localisations ;
- un bilan d'extension loco-régional : échographie, scanner cervical, IRM ;
- une recherche de métastases à distance : la radiographie pulmonaire, le scanner thoracique au besoin, la scintigraphie osseuse, la TEP-TDM.

Au terme de cette démarche, la classification est celle de l'UICC (TNM) 2002 ;

- un bilan général : la grade OMS, le poids, l'hématologie et la biochimie habituelle.

1.4. Formes cliniques :

1.4.1. Cancer sus-glottique :

Les symptômes sont souvent tardifs, représentés par une gêne à la déglutition (dysphagie), une otalgie réflexe, une dysphonie. Plus tardivement, une dyspnée peut apparaître. Une adénopathie est révélatrice dans 30% des cas. [24]

1.4.2. Cancer sous-glottique :

La symptomatologie est tardive : dyspnée progressive, toux. La gravité de cette localisation est due au drainage lymphatique qui se fait vers les chaînes récurrentielles et médiastinales supérieures. [24]

1.4.3. Cancer étendu à 2 ou 3 étages laryngés :

Le point de départ est souvent impossible à préciser. La symptomatologie est souvent ancienne et polymorphe. Les adénopathies cervicales sont présentes dans plus de 30% des cas. [24]

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif : il repose sur :

La laryngoscopie indirecte au fauteuil complétée par la panendoscopie avec biopsie. L'examen anatomo-pathologique de la pièce de biopsie permet de poser le diagnostic de certitude.

2. Diagnostic différentiel :

- **Les tumeurs bénignes :** elles sont rares, il s'agit des schwannomes, des angiomes.
- **La laryngite chronique :** qui nécessite une surveillance prolongée et un arrêt du tabac.
- **Les maladies spécifiques du larynx :** la tuberculose, la syphilis

IV. Traitement :

La chirurgie et la radiothérapie, isolément ou en association, sont les principaux traitements des cancers laryngés. [24]

1. Buts :

- Exérèse de la tumeur et de ses relais ganglionnaire en monobloc.
- Dépister les tumeurs synchrones ou métachrones.

- Eviter les récurrences et améliorer la qualité de vie

2. Principes thérapeutiques pour les cancers du larynx Chirurgie :

Deux types d'intervention s'opposent :

– la laryngectomie totale impose une trachéotomie définitive. Cette intervention est justifiée pour les cancers étendus avec immobilité laryngée;

– la laryngectomie partielle nécessite le plus souvent une trachéotomie qui n'est que transitoire. Plusieurs interventions sont décrites (cordectomie, laryngectomie frontale antérieure, laryngectomie fronto-latérale, laryngectomie sus-glottique, laryngectomie subtotale). Le type précis d'intervention est décidé en fonction de l'extension tumorale ;

La chirurgie sera toujours associée au traitement des aires ganglionnaires cervicales uni- ou bilatérales compte tenu de la lymphophilie des structures laryngées (à l'exception du cancer limité à la corde vocale).^[24]

1. **Radiothérapie externe :** Elle peut être utilisée d'emblée isolément ou en postopératoire.^[24]

1.1. Traitement exclusif par Radiothérapie :

65 à 70 Gray à raison de 5 séances par semaine. Chaque séance délivrant 1,8 à 2 Gy pendant 7 semaines.^[66]

1.2. Radiothérapie postopératoire :

50 Gray à raison de 5 séances par semaine. Chaque séance délivrant 1,8 à 2 Gy pendant 5 semaines. Elle doit être débutée à un délai maximum de 6 semaines après la chirurgie.^[66]

2. **Le pronostic :** il dépend du siège et de l'extension de la tumeur lors de la prise en charge. Les cancers de la corde vocale ont la meilleure survie : de l'ordre de 70% à 5 ans pour l'ensemble des tumeurs du plan glottique, jusqu'à plus de 90% à 5 ans pour les cancers très limités des cordes vocales. Les cancers susglottiques ont un pourcentage de survie de 50 à 60% à 5 ans. Les cancers sous-glottiques ont un pronostic plus sombre : moins de 40 % de survie à 5 ans.
[22, 24]

B6. CANCER DE L'HYPOPHARYNX

I. Généralités :

Apanage quasi exclusif de l'homme, ces cancers sont fréquents et de pronostic redoutable. Ils sont localisés le plus souvent au niveau du sinus piriforme (85 à 90 % des cas) et sont la plupart du temps diagnostiqués tardivement. L'importance de l'extension locale et ganglionnaire ainsi que la médiocrité habituelle de l'état général des patients expliquent les mauvais résultats d'ensemble du traitement, qu'il soit chirurgical ou radiothérapeutique, ou qu'il associe les deux. ^[61]

1. Épidémiologie :

Les cancers de l'hypopharynx ont représenté classiquement 1 % du total des cancers en France et 10 à 15% des cancers des voies aérodigestives supérieures. Ces cancers ont été observés essentiellement chez l'homme (95% des cas). ^[24, 61] L'âge moyen est d'environ 60 ans, compris habituellement entre 50 et 70 ans.

2. Facteurs prédisposants :

L'association tabac-alcool est quasi constante pour ces patients ayant un cancer de l'hypopharynx. Le risque encouru est fortement potentialisé par l'action synergique du tabac et de l'alcool. La mauvaise hygiène buccodentaire, certains facteurs alimentaires, la répartition socioprofessionnelle et certains facteurs génétiques semblent entrer en ligne de compte. ^[22, 24]

II. Signes :

1. Type de description : cancers des sinus piriformes

1.1. Circonstances de découverte

- La gêne pharyngée est discrète et unilatérale, qui s'accompagne souvent d'une otalgie du même côté.
- Une odynophagie peut être révélatrice.
- La dysphonie et la dyspnée sont des signes tardifs.
- Une adénopathie cervicale métastatique peut être révélatrice.

- Un amaigrissement, une hypersialorrhée et une odeur nécrotique de l'haleine sont des signes plus tardifs.

1.2. Examen clinique :

1.2.1. Interrogatoire: Il doit faire préciser:

- les ATCD: personnels (médicaux, chirurgicaux), familiaux (cancer ORL)
- Le mode de vie: le tabac, l'alcool, la profession
- La dysphagie: au début intermittente, prédominant pour les aliments solides pour devenir permanente empêchant l'alimentation semi liquide. Elle est très souvent latéralisée.
- Une dysphonie (la voix est couverte), une dyspnée, ces signes témoignent une tumeur évoluée.
- Les signes accompagnateurs: une otalgie reflexe, une fétidité de l'haleine.
- Les signes généraux: l'amaigrissement, une altération de l'état général, une fièvre.

1.2.2. Examen physique :

La laryngoscopie indirecte au miroir est souvent associée à la fibroscopie nasolaryngée surtout pour les patients dont le réflexe nauséux est important.

La palpation cervicale recherche une déformation du fût laryngé et étudie de manière méthodique les aires ganglionnaires bilatérales.

Un schéma détaillé et daté est réalisé à l'issue de cet examen, ainsi que la classification TNM.

1.3 Examens complémentaires : Ils sont de quatre ordres :

- La pan-endoscopie sous anesthésie générale est indispensable pour préciser les limites exactes de la tumeur, et pour chercher d'autres localisations ;
- un bilan d'extension loco-régional : échographie, scanner cervical, IRM ;
- une recherche de métastases à distance : la radiographie pulmonaire, le scanner thoracique au besoin, la scintigraphie osseuse, la TEP-TDM.

Au terme de cette démarche, la classification est celle de l'UICC (TNM) 2002 ;

- un bilan général : le grade OMS, le poids, l'hématologie et la biochimie habituelle.

1.3. Formes cliniques :

- **Le carcinome rétro-cricoïdien** : ce cancer touche surtout la femme en dehors de tout contexte alcool-tabagique. En revanche, une anémie sidéropénique lui est fréquemment associée (syndrome de Kelly-Paterson ou de Plummer-Vinson).

- **Les cancers de la paroi pharyngée postérieure** sont plus rares avec une extension fréquente au niveau de la bouche oesophagienne.

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif : il repose sur :

Laryngoscopie en suspension avec des biopsies de la lésion. L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie permet de poser le diagnostic de certitude.

2. Diagnostic différentiel :

- Les tumeurs bénignes (fibrome, schwannome).
- Les maladies spécifiques et les réactions inflammatoires de l'hypopharynx.

IV. Traitement :

Les principaux traitements sont : la radiothérapie exclusive, la chirurgie suivie de radiothérapie. Des essais de radiochimiothérapie sont en cours d'évaluation en vue d'une préservation laryngée.

1. Principes thérapeutiques pour les cancers de l'hypopharynx Chirurgie :

La chirurgie partielle (pharyngectomie externe, hémipharyngolaryngectomie) est rarement indiquée compte tenu de l'extension tumorale lors de la prise en charge initiale. La pharyngolaryngectomie totale nécessite une trachéotomie définitive.

La chirurgie circulaire est indiquée pour les cancers hypopharyngés avec envahissement de la bouche de l'oesophage ou pour les cancers hypopharyngés étendus ne permettant pas de réaliser une pharyngolaryngectomie totale.

La chirurgie des aires ganglionnaires est toujours associée compte tenu de la lymphophilie des structures.

2. Radiothérapie :

Elle est rarement utilisée isolément mais le plus souvent en association après traitement chirurgical.

2.1. Traitement exclusif par Radiothérapie :

65 à 70 Gray à raison de 5 séances par semaine. Chaque séance délivrant 1,8 à 2 Gy pendant 7 semaines. ^[66]

2.2. Radiothérapie postopératoire :

50 Gray à raison de 5 séances par semaine. Chaque séance délivrant 1,8 à 2 Gy pendant 5 semaines. Elle doit être débutée à un délai maximum de 6 semaines après la chirurgie. ^[66]

3. Chimiothérapie : ^[66]

La chimiothérapie pour les cancers de l'hypopharynx s'intègre dans deux situations thérapeutiques différentes : curatrices et palliatives.

En situation curatrice la chimiothérapie est un complément de la chirurgie et ou de la radiothérapie.

En situation palliative : elle est utilisée pour le traitement des récurrences locales et ou métastatique.

B8. CORPS ETRANGERS LARYNGO-TRACHEO-BRONCHIQUES

I. Généralités :

1. Définition :

Tout corps solide ou liquide endogène ou exogène susceptible d'obstruer complètement ou partiellement la lumière respiratoire (laryngo-trachéo-bronchique). Il s'agit d'une urgence ORL préoccupante dans leurs localisations laryngo-trachéales.

2. Epidémiologie :

L'accident a été le plus souvent noté chez le garçon que chez la fille. Il en est de même pour l'âge, 60 % des CE surviennent entre 1 et 3 ans. ^[13, 37]

On a noté une prédominance des CE organiques de type alimentaire, près de 75 % des cas. ^[13, 16, 36]

La localisation du corps étranger a été dans la majorité des cas bronchique mais elle peut être laryngée ou trachéale. ^[55]

II. Signes :

- A la phase aiguë, La notion de **syndrome de pénétration** : Elément fondamental, donnée de l'interrogatoire, est un accès de suffocation brutal, inopiné et spontanément résolutif, survenant chez un enfant en bonne santé. Il est associé à des quintes de toux violentes, expulsives, angoissantes avec tirage et cornage. Il est en règle diurne. Ce syndrome très fugace (quelques minutes) est caractéristique de l'inhalation d'un corps étranger dans les voies aériennes inférieures. Il impose à lui seul un examen endoscopique dans les meilleurs délais. ^[55]

Examen physique : l'État général, le pouls, la température, la TA, la Sao₂; la FR, la coloration des téguments et des muqueuses, le syndrome de condensation pulmonaire.

Radiographie du thorax : elle est souvent normale; elle peut être radio opaque (6 à 20% des cas).

- En dehors de ce tableau, l'enfant est reçu avec une symptomatologie moins évocatrice faite d'accès de toux ou d'une pneumopathie qui n'évolue pas favorablement sous un traitement médical bien mené. Les images radiologiques rencontrées sont variées, unilatérales, à type de suppuration d'une base pulmonaire ou d'opacité de tout un champ pulmonaire.

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

Le syndrome de pénétration est l'élément essentiel du diagnostic. Il traduit le cheminement du corps étranger le long des voies aériennes. Il représente la réponse au passage laryngé et trachéal du corps étranger quelle que soit sa localisation ultérieure.^[55] Le doute doit imposer l'endoscopie.

2. Diagnostic différentiel :

- **Une laryngite aiguë sous-glottique** marquée par un début nocturne, la toux rauque, la voix claire, une bradypnée inspiratoire avec cornage;
- **une épiglottite** marquée par un tableau infectieux, une hypersalivation avec dysphagie;
- **une crise d'asthme** avec sémiologie expiratoire, distension à la radiographie et antécédents.^[55]

IV. Traitement : Endoscopie :

Elle est réalisée sous anesthésie générale. Une laryngoscopie directe au Mac Intosh est pratiquée. L'extraction est alors effectuée avec une pince à CE si la localisation est laryngée. Si tel n'est pas le cas, la bronchoscopie est pratiquée. Les difficultés d'extraction tiennent à la nature et au volume du CE.^[42]

B9. LES CORPS ETRANGERS OESOPHAGIENS

I. Généralités :

1. Définition : un corps étranger œsophagien est défini comme une obstruction volontaire ou accidentelle, de la lumière œsophagienne par un obstacle exogène.

2. Epidémiologie :

Il a été le plus souvent rencontré chez l'enfant mais aussi chez l'adulte, souvent dans le cadre d'une pathologie psychiatrique ou neurologique ou chez le sujet âgé.

Corps étrangers alimentaires sont plus volontiers l'apanage de l'adulte dans 68 à 84 % des cas. ^[43, 54] On note une prédominance des CE métalliques à type de pièce de monnaie chez les enfants : 50 à 86,5 %. ^[37, 54]

La pile bouton est un corps étranger très dangereux, à extraire en urgence (risque de corrosion chimique). ^[54]

II. Signes :

Les signes d'appel sont :

- La notion d'un syndrome de pénétration, une dysphagie ou une odynophagie avec une sensation de blocage ou d'accrochage des aliments, une aphagie et une hypersialorrhée.

Les corps étrangers des voies digestives exposent à des complications mécaniques liées au volume du corps étranger et à son caractère vulnérant :

- Une gêne respiratoire, une perforation de l'œsophage avec un risque de pneumomédiastin puis de médiastinite. Plus tardivement vont apparaître des signes de complications infectieuses traduisant un phlegmon ou un abcès pariétal pharyngé, œsophagien ou péri œsophagien.

- **Examens complémentaires :** L'examen radiographique cervico-thoracique (face et profil) peut fournir de précieux renseignements et doit systématiquement être effectué.

En cas de doute, on peut demander une déglutition barytée afin de visualiser un obstacle radio-transparent.

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

- **l'examen clinique** : Il recherche la notion d'un syndrome de pénétration, d'une gêne douloureuse à la déglutition, d'une dysphagie, voire d'une aphasie, d'apparition brutale. ^[54]

- **l'examen paraclinique** : Le diagnostic d'un corps étranger radio-opaque est en principe aisé sur des clichés standards : ce bilan est positif dans 84 % des cas chez l'enfant. Le bilan d'imagerie reste d'interprétation difficile pour les corps étrangers de petite taille chez l'adulte, en raison des calcifications des structures cartilagineuses : 30 % de diagnostic radiologique. ^[54]

2. Diagnostic différentiel :

- Les lésions œsophagiennes induites lors du passage d'un corps étranger acéré
- Les tumeurs de l'œsophage
- Les troubles moteurs de l'œsophage

IV. Traitement :

L'extraction se fait par voie endoscopique, sous anesthésie générale. En attendant, on peut prescrire une ampoule de phoroglucine (Spasfon[®]) en IV, qui relâche le sphincter supérieur de l'œsophage et permet parfois la descente dans l'estomac du corps étranger. ^[42]

Il faut distinguer les corps étrangers dits dangereux (tranchant, métallique, pointu) dont l'extraction est impérative en urgence, des corps étrangers non dangereux (alimentaire, plastique ou métallique de forme ronde) que l'on peut surveiller radiologiquement et extraire dans les 6 à 10 H en cas de non mobilisation spontanée.

III. METHODOLOGIE

3. Lieu et cadre d'étude:

Notre étude a été réalisée dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

- **Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure**

- **Historique**

Connu par le passé sous le nom de dispensaire central de Bamako, le CHU Gabriel Touré est l'un des plus grands centres hospitaliers de Bamako. Baptisé Gabriel Touré le 17 janvier 1959, à la mémoire de ce jeune étudiant en médecine soudanais contaminé par un malade lors d'une grande épidémie de peste survenue à Bamako. Il mourut le 12 juin 1934. Il faisait partie de la jeune génération des médecins africains.

- **Situation géographique**

Situé en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel Touré couvre une superficie de 3 hectares 28 ares 54 centiares. Il se limite à l'est par le quartier de Médina-coura en Commune II, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI) Abderhamane Baba Touré, au Sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat Major général de l'armée de terre et l'escadron des réserves ministérielles.

- **Présentation du service ORL**

Le service ORL est un service médico-chirurgical dirigé par un professeur titulaire assisté de 6 Médecins spécialistes ORL hospitalo-universitaires.

En outre le service pour son fonctionnement quotidien dispose de :

- 6 internes des hôpitaux et 4 médecins inscrits en DES
- 7 Assistants médicaux spécialistes en ORL

- 2 techniciens de santé
 - 1 secrétaire de direction
 - 1 technicien de surface
 - des étudiants en thèse de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de Bamako.
- **Le service comprend en infrastructure :**
 - 6 bureaux pour les médecins
 - 3 boxes de consultation
 - 1 salle des internes et DES ;
 - 1 salle de garde
 - 1 bureau pour le major
 - 1 salle de garde pour les techniciens de surface
 - 1 salle de staff
 - 1 salle d'audiométrie
 - 3 blocs opératoires
 - 6 toilettes ;
 - 28 lits d'hospitalisation

4. Type et période d'étude :

L'étude était de type prospectif, effectuée au CHU Gabriel Touré dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. L'étude a porté sur tous les patients hospitalisés du 1^{er} février au 31 juillet 2011 ayant accepté d'être recruté dans le protocole d'étude. Au total 307 patients ont été retenus pour l'étude.

5. Type de recrutement :

Il a été de type uniquement hospitalier.

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus tout patient hospitalisé pendant la période définie et dont les fiches de recueil de données (cf annexes) avaient été entièrement remplies.

- **Critères de non inclusion**

Tout patient hospitalisé dans le service ORL-CCF pendant la période définie et n'ayant pas accepté d'être recruté dans le protocole d'étude.

6. La collecte des données :

- les dossiers médico-chirurgicaux des patients,
- le registre de compte rendu d'intervention du bloc opératoire.

Ont constitué nos sources d'information.

Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche d'enquête (cf annexe), établie à cet effet pour chaque patient.

7. Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word et épi- info 6.0 version française.

Le calcul statistique avec le χ^2 de Pearson avec un risque P inférieur 0.05%.

8. Aspects éthiques :

Il s'agit d'un travail purement scientifique qui vise à actualiser les données sur la morbidité hospitalière dans notre pays. L'anonymat a été strictement respecté et les résultats serviront à l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients présentant une affection ORL. Le consentement des patients a été préalablement obtenu pour participer à l'étude.

IV. RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients en fonction des mois d'étude

MOIS	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Février	41	13 ,40
Mars	62	20,20
Avril	49	15 ,90
Mai	56	18,30
Juin	49	15,90
Juillet	50	16,30
Total	307	100,00

20,20% de l'échantillon ont consulté au mois de Mars. La moyenne d'admission par mois est de 51,16 patients.

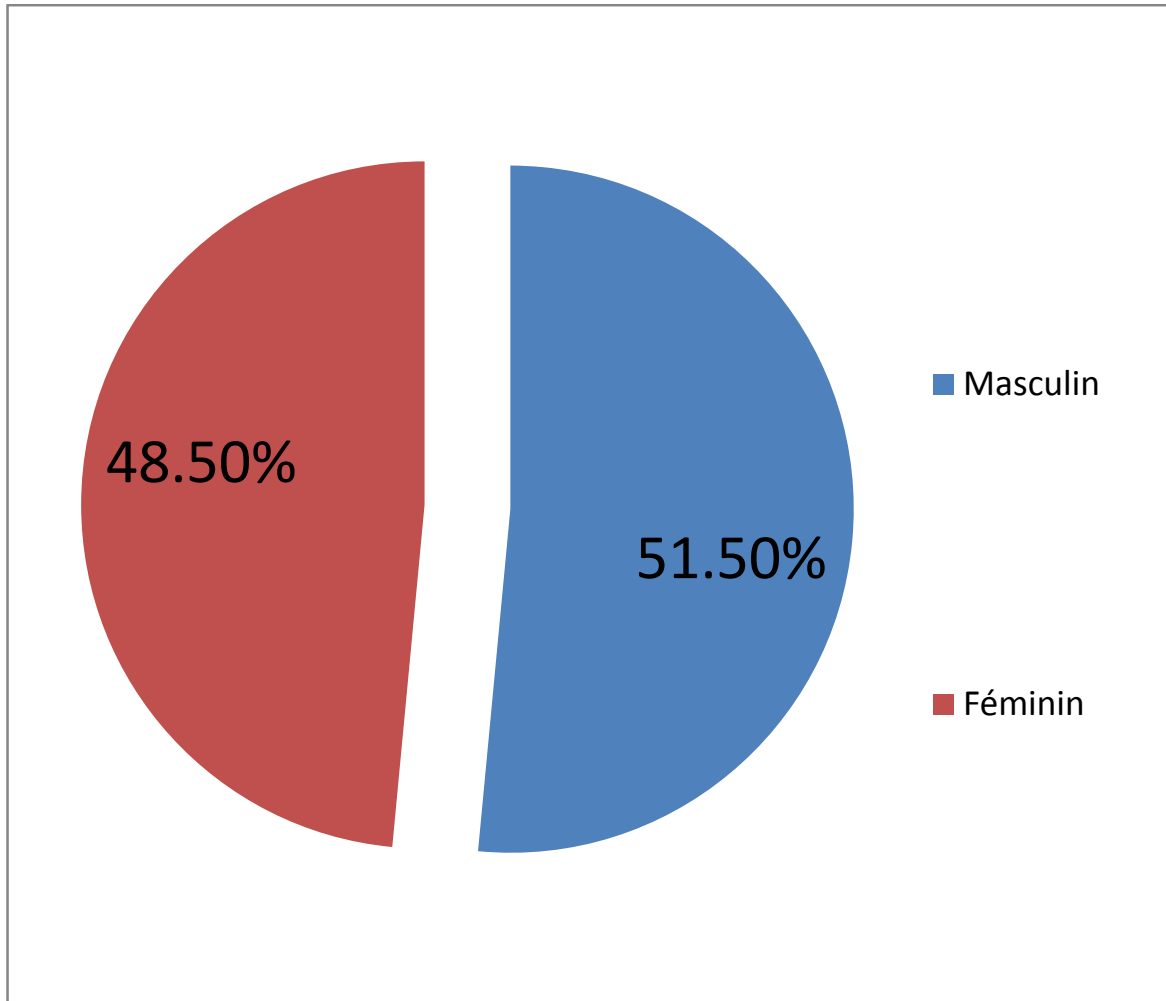
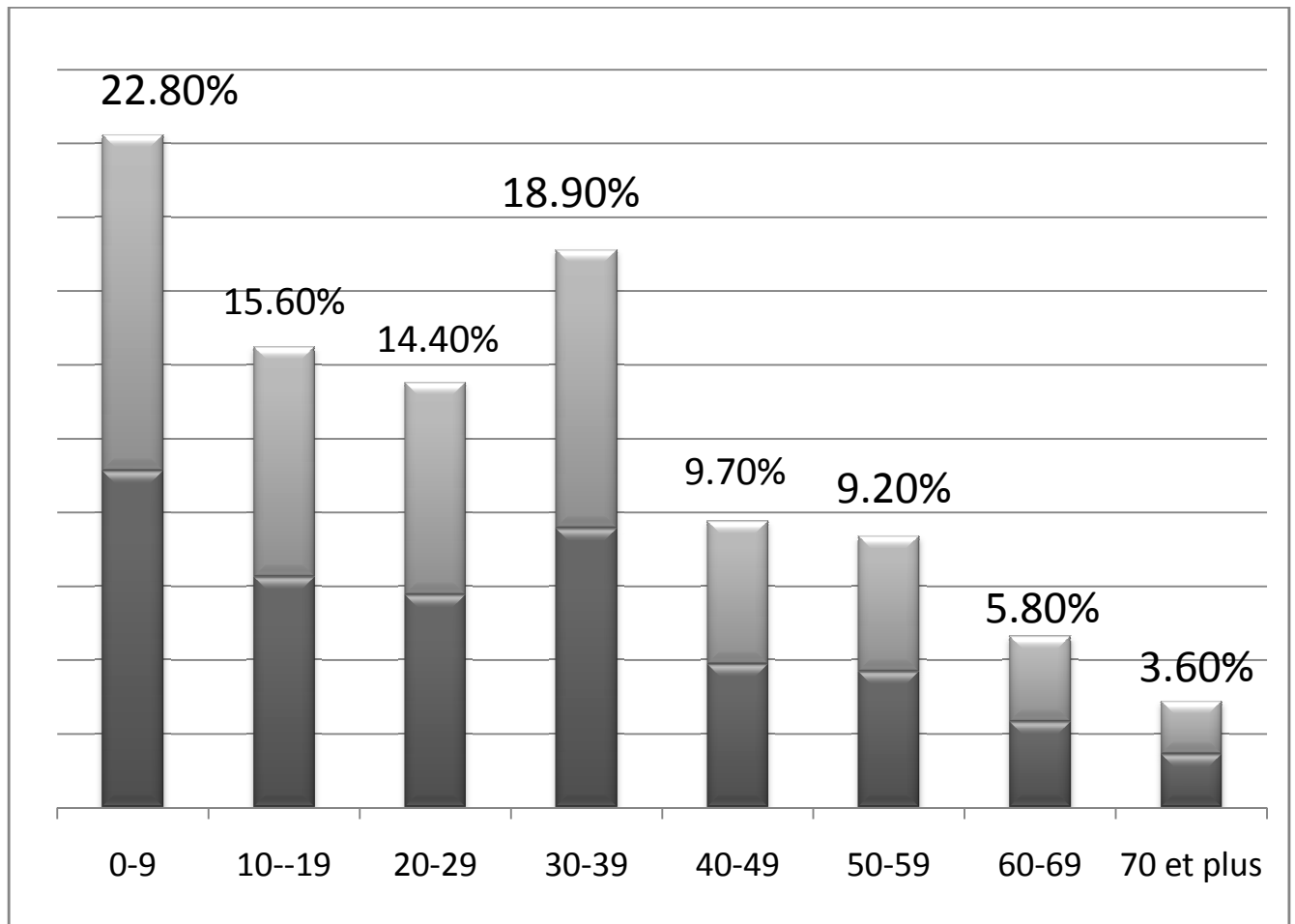


Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin a représenté 51,50 % des cas avec un sex-ratio de 1.06



NB : Les âges extrêmes ont été 3 mois et 90 ans.

Figure 2: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.

La tranche d'âge 0-9 ans a représenté 22.8% de l'échantillon.

La moyenne d'âge a été de 28.77 ans.

Tableau II : Répartition des patients pédiatriques selon la tranche d'âge.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
[0-28 Jours [0	0,00
[29 J-23 Mois [11	3,60
[24 Mois-59 Mois [30	9,80
[5Ans-12 Ans [36	11,80
[12-15 Ans]	14	5,30
Total	91	30,50

NB : 0-28 Jours : Nouveau né,
 29 J-23 Mois : Nourrissons,
 24 Mois-59 Mois : petite enfance,
 6 Ans-12 Ans : grand enfant,
 12-15 Ans : adolescence.

La population pédiatrique a représenté 30,50% de l'échantillon et la tranche d'âge 5-12 ans a constitué 11,80% de l'échantillon.

Tableau III : Répartition des cas selon la nationalité.

NATIONALITE	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Malienne	286	93,15
Guinéenne	11	3,60
Ivoirienne	2	0,65
Burkinabé	2	0,65
Mauritanienne	2	0,65
Autres	4	1.30
Total	307	100,00

Autres : Nigérienne 1 cas, Togolaise 1 cas, Congolaise 1 cas, Gambienne 1 cas.

La majorité de l'échantillon (93,15 %) étaient des Maliens soit 287/ 307 cas.

Tableau IV : Répartition des cas selon la résidence.

LIEU DE RESIDENCE	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
District de Bamako	146	47,80
Koulikoro	51	16,60
Kayes	40	13,00
Sikasso	27	8,70
Ségou	24	7,70
Mopti	7	2,30
Gao	4	1,30
Autres	8	2,60
Total	307	100,00

Autres : Tombouctou 2 cas, Kankan (Guinée Conakry) 3 cas, Siguiri (Guinée Conakry) 3 cas.

Les habitants du district de Bamako ont représenté 47,80% de l'échantillon.

Tableau V : Répartition des cas selon l'occupation.

OCCUPATION	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Femmes au foyer	76	24,70
Scolaires	73	23,70
Opérateurs économiques	48	15,60
Sans occupation	46	15,00
Agriculteurs	36	11,80
Agents de l'état	22	7,20
Autres	6	2,00
Total	307	100,00

Les Autres : Retraités 4 cas, Chanteuses 2 cas.

Les femmes au foyer et les scolaires ont représenté respectivement 24.70% et 23.70% de l'échantillon.

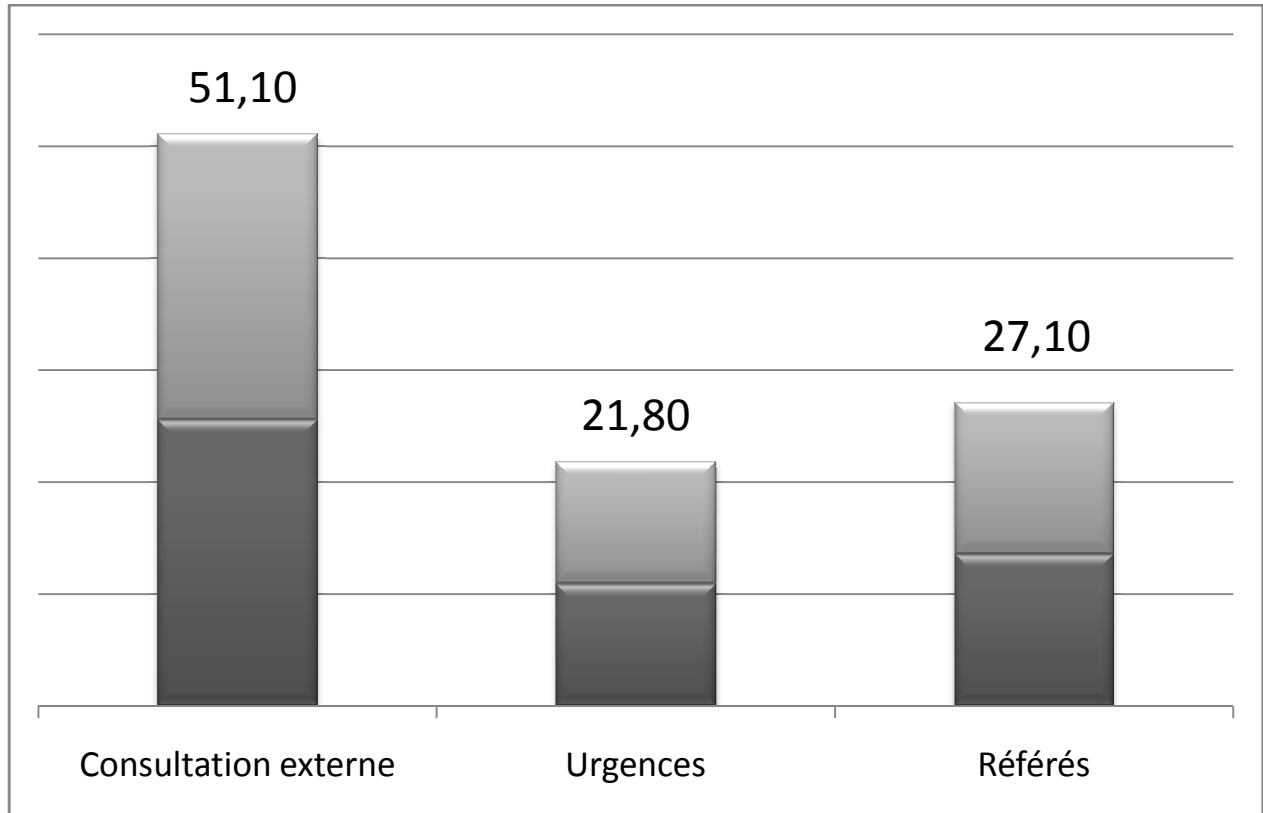


Figure 3 : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

51.10% des patients ont été recruté au niveau de la consultation externe.

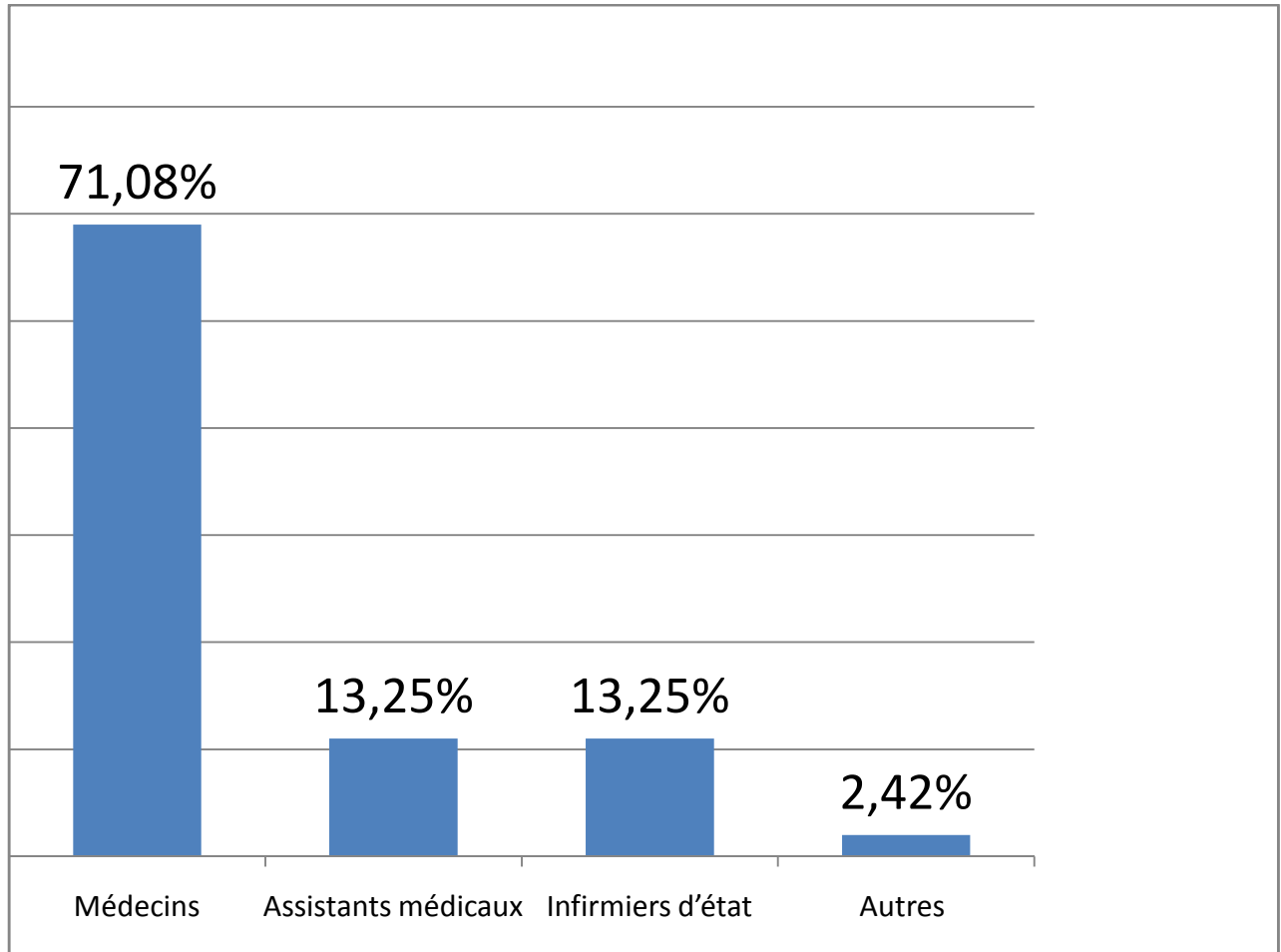
Tableau VI : Répartition des patients référés selon leur provenance.

PROVENANCE DES PATIENTS	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
CSCOM	23	27,70
CSREF	18	21,70
Hôpitaux régionaux	15	18,10
CHU	14	16,90
Clinique privée	6	7,20
AUTRES	7	8,40
Total	83	100,00

Autres : Dispensaire 2 cas, Garnison militaire 3 cas, PMI centrale 2 cas.

PMI : protection maternelle et infantile

Les patients référés ont provenu dans 27.70% des cas au niveau des CSCOM.



Autres : aide soignant 2 cas.

Figure 4 : Répartition des patients référés en fonction de la qualité des référents.

La majorité de nos patients référés (71,08%) ont été adressé par un médecin.

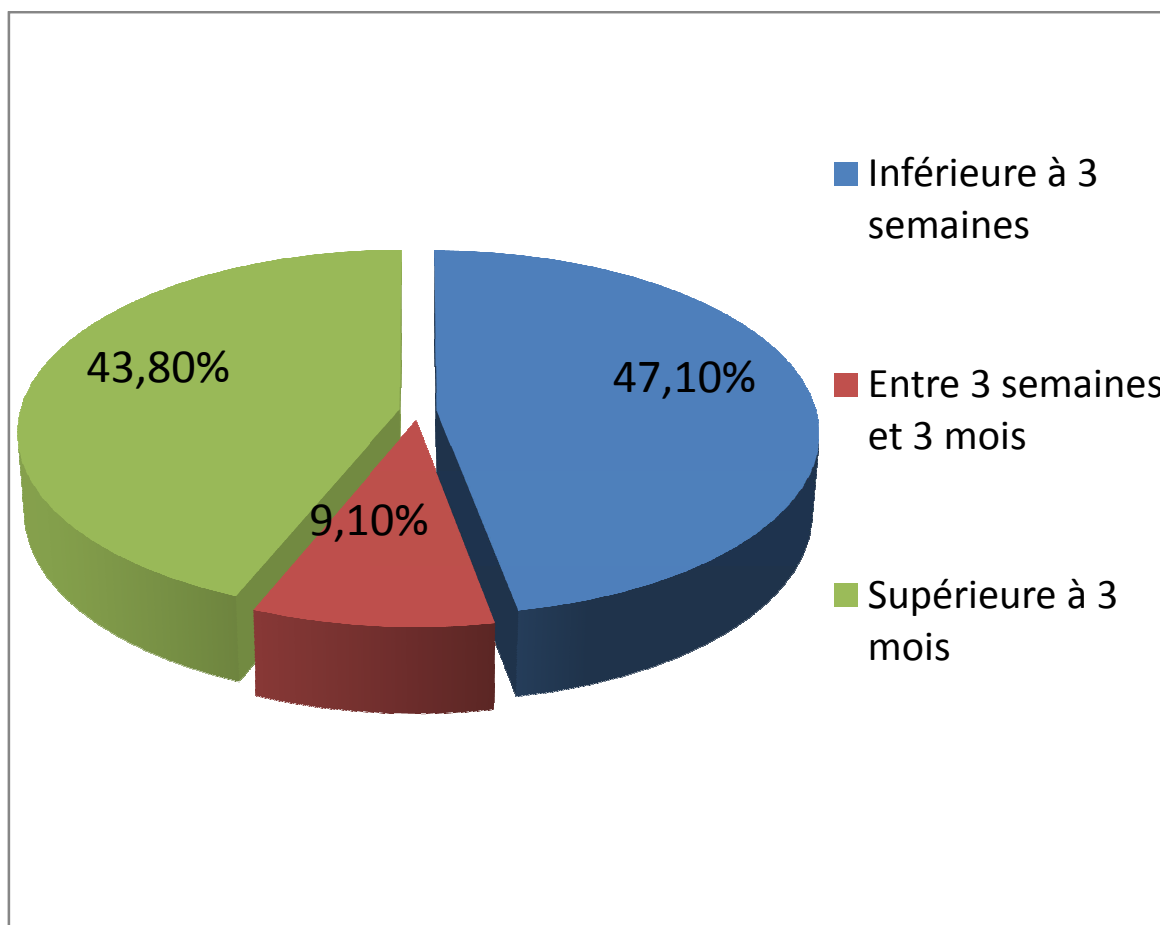


Figure 5 : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie.

La durée d'évolution de la maladie inférieure à 3 semaines et supérieure à 3 mois ont représenté respectivement 47.10 et 43.80%.

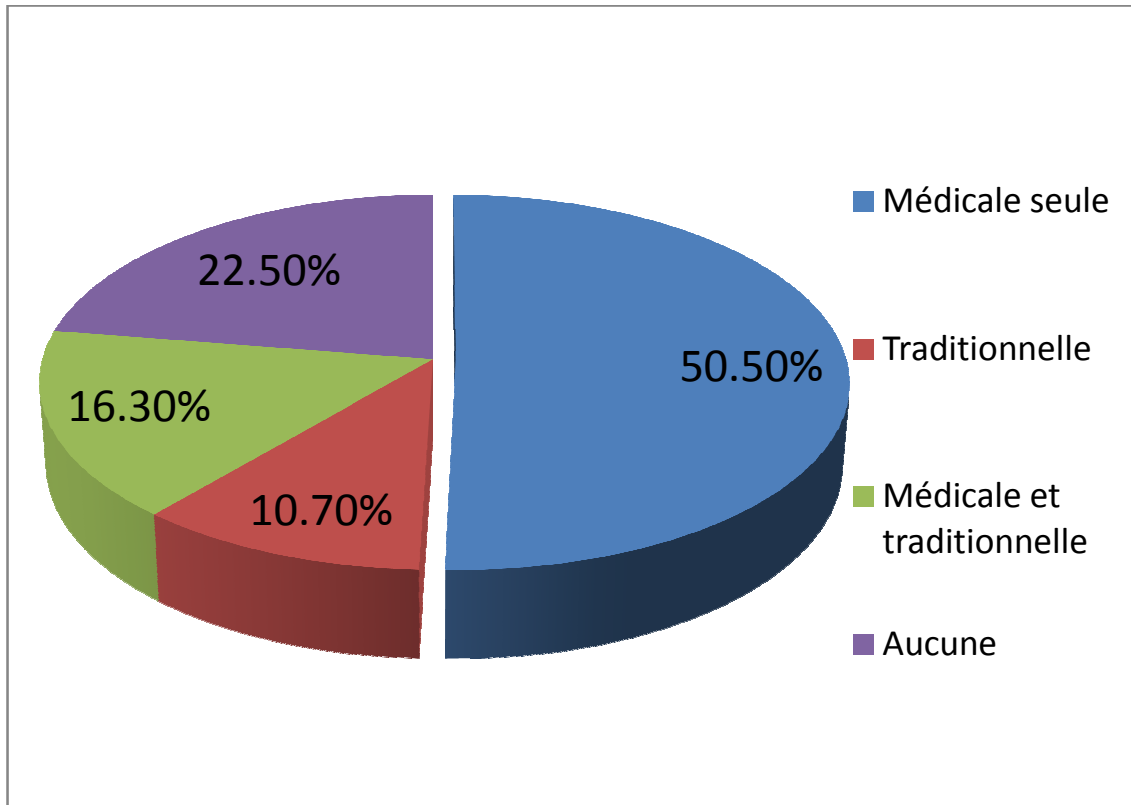


Figure 6 : Répartition des patients selon la prise en charge antérieure.

La majorité de l'échantillon (50.50%) avait effectué un traitement médical seul.

Tableau VII : Répartition des patients selon le type de lésion.

LESIONS	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Infectieuses et inflammatoires	147	47,90
Traumatiques	72	23,40
Tumorales	58	18,90
Vasculaires	23	7,50
Malformatives et congénitales	4	1,30
Autres	3	1,00
Total	307	100,00

Autres : iatrogène 2 cas, auto-immune 1 cas.

Les lésions infectieuses et inflammatoires ont représenté 47,90%, suivies des lésions traumatiques avec 23,40% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la lésion.

SIEGE DE LA LESION	EFFECTIFS	FREQUENCES(%)
Cervico-facial	87	28,40
Pharyngé	63	20,50
Otologique	48	15,60
Rhino-sinusien	43	14,00
Oeso-trachéo-bronchique	41	13,40
Laryngé	25	8,10
Total	307	100,00

Les affections cervico-faciales ont représenté 28.40%, suivies des affections pharyngées avec 20.50% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des principales pathologies rencontrées

PRINCIPALES PATHOLOGIES	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Cellulites	43	14,00
Amygdalites	38	12,40
Corps étrangers de l'œsophage	24	7,80
Epistaxis	22	7,20
OMC	19	6,20
Goitres	16	5,20
Corps étrangers bronchiques	13	4,20
Cancers pharynx	13	4,20
Tumeurs larynx	12	3,90
Sinusites compliquées	12	3,90

La cellulite a été la principale pathologie diagnostiquée soit 14%, suivie des amygdalites avec 12,4% des cas.

Tableau X : Répartition des principales pathologies en fonction de la durée d'évolution.

DUREE PATHOLOGIES	0-7 jours	8-15 jours	16- 21 jours	22- 90 jours	91-1 an	Sup à 1 an	P
Cellulites	15	18	6	4	0	0	10 ⁻⁸
Amygdalites	1	1	0	4	6	26	0,00000031
Corps étrangers œsophage	20	1	1	0	2	0	0,00000062
Epistaxis	18	2	1	1	0	0	0,00000026
OMC	0	1	0	0	3	15	0,00012
Goitres	0	0	0	0	2	14	0,000088
Corps étrangers bronchiques	12	1	0	0	0	0	0,00013
Cancers pharynx	0	1	0	3	5	4	0,0069
Tumeurs larynx	0	0	0	2	5	5	0,0067
Sinusites compliquées	0	4	2	2	2	2	-

Il existe une différence statistiquement significative entre les principales pathologies et la durée d'évolution.

Tableau XI : Répartition des affections otologiques en fonction du sexe.

AFFECTIONS OTOLOGIQUES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
OMC non compliquées	8	11	19
Fractures du rocher	2	7	9
Mastoïdites	3	6	9
Autres	7	4	11
Total	21	27	48

$$\text{Khi}^2 = 3,32 \quad p = 0,344$$

Autres : névrite vestibulaire 4 cas soit 1.3%, vertige/HTA 2 cas soit 0.7%, CE auriculaire 2 cas soit 0.7%, chéloïde 1 cas soit 0.3%, zona auriculaire 2 cas soit 0.7%.

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre les affections otologiques et le sexe.

Tableau XII: Répartition des affections rhino-sinusiennes en fonction du sexe.

AFFECTIONS RHINO-SINUSIENNES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
Epistaxis	13	9	22
Sinusites compliquées	3	10	13
Tumeurs naso-sinusiennes <ul style="list-style-type: none"> • T bénignes : 5 • T malignes: 3 	5	3	8
Autres	0	0	0
Total	21	22	43

Khi²=4, 98

p=0,083

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre les affections rhino-sinusiennes et le sexe.

Tableau XIII : Répartition des affections pharyngées en fonction du sexe.

AFFECTIONS PHARYNGEES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
Amygdalites	20	18	38
Cancers du pharynx <ul style="list-style-type: none"> • Cavum : 1 • Oropharynx : 4 • Hypopharynx : 8 	5	8	13
Abcès parapharyngés	2	4	6
Autres	4	2	6
Total	31	32	63

$$\text{Khi}^2=1,31 \quad p=0,519$$

Autres : végétation adénoïde 1 cas soit 0.3%, CE pharynx 3 cas soit 1% et 2 cas de fente vélo-palatine soit 0.7%.

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les affections pharyngées et le sexe.

Tableau XIV: Répartition des affections laryngées en fonction du sexe.

AFFECTIONS LARYNGEES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
Tumeurs du larynx			
• T bénignes : 4	4	8	12
• T malignes : 8			
Laryngites	2	3	5
Trauma externes du larynx	1	3	4
Autres	3	1	4
Total	10	15	25

$$\text{Khi}^2 = 0,22 \quad p = 0,893$$

Autres : paralysie récurrentielle 3 cas soit 1%, trachéotomie sur AVP 1 cas soit 0.3%.

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les affections laryngées et le sexe.

Tableau XV : Répartition des affections cervico-faciales en fonction du sexe.

AFFECTIONS CERVICO-FACIALES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
Cellulites	21	22	43
Goitres	16	0	16
Trauma faciaux	4	5	9
Tumeurs salivaires <ul style="list-style-type: none"> • Parotide : 5 • Sous maxillaire : 2 	1	6	7
Autres	8	4	12
Total	50	37	87

$$\text{Khi}^2 = 18,90 \quad p = 0,00028$$

Autres : polyadénopathie cervicale 3 cas soit 1%, strumite 2 cas soit 0.7%, parotidite 2 cas soit 0.7%, fente labiale 2 cas soit 0.7%, sous maxillite 1 cas soit 0.3%, 1 cas de kyste lacrymal et 1 cas de syndrome de Lyell.

On constate que tous les goitres (16 cas) de l'échantillon étaient de sexe féminin ; une prédominance masculine des tumeurs salivaires (6 cas/7) et de localisation parotidienne (5cas/7).

Tableau XVI : Répartition des affections œso-trachéo-bronchiques en fonction du sexe.

AFFECTIONS ŒSO-TRACHEO-BRONCHIQUES	EFFECTIFS		
	F	M	Total
CE œsophage	9	15	24
CE tracheo-bronchiques	4	9	13
Œsophagites	2	0	2
Autres	1	1	2
Total	16	25	41

$$\text{Khi}^2 = 3,17 \quad p = 0,204$$

Autre : 2 cas de tumeurs de l'oesophage

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les affections œso-trachéo-bronchiques et le sexe.

Tableau XVII: Répartition des affections otologiques en fonction de la tranche d'âge.

Pathologies Tranches d'âge	OMC	Fractures du rocher	Mastoïdites	Autres	P
0-9	3	2	3	1	-
10-19	7	2	3	1	0,314
20-29	4	3	0	0	-
30-39	3	1	1	4	-
40-49	2	1	1	2	-
50-59	0	0	1	2	-
60-69	0	0	0	0	-
70 et plus	0	0	0	1	-
TOTAL	19	9	9	11	

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les pathologies et la tranche d'âge.

Tableau XVIII: Répartition des affections rhino-sinusiennes en fonction de la tranche d'âge.

PATHOLOGIES TRANCHES D'AGE	Sinusites compliquées	Epistaxis	Tumeurs naso- sinusiennes	Autres	P
0-9	0	1	1	0	-
10-19	11	2	1	0	0,000009
20-29	1	3	2	0	-
30-39	1	4	3	0	-
40-49	0	4	0	0	-
50-59	0	4	0	0	-
60-69	0	1	1	0	-
70 et plus	0	3	0	0	-
Total	13	22	8	0	

Les sinusites compliquées ont été retrouvées en majeure partie dans la tranche d'âge 10-19 ans soit 84.6 %.

Tableau XIX : Répartition des affections pharyngées en fonction de la tranche d'âge.

Pathologies Tranches d'âge	Amygdalites	Abcès parapharyngés	Cancers du pharynx	Autres	P
0-9	12	0	0	3	0,022
10-19	11	0	0	0	0,033
20-29	8	1	1	1	0,549
30-39	7	4	5	1	0,032
40-49	0	0	1	0	-
50-59	0	1	3	1	-
60-69	0	0	2	0	-
70 et plus	0	0	1	0	-
Total	38	6	13	6	

Les amygdalites ont été plus retrouvées dans les tranches d'âge 0-9 et 10-29 ans avec respectivement 12 cas/38 et 11 cas/38.

Tableau XX : Répartition des affections laryngées en fonction de la tranche d'âge.

Pathologies Tranches d'âge	Laryngites	Trauma externes du larynx	Tumeurs du larynx	Autres	p
0-9	1	2	4	0	-
10-19	0	0	0	0	-
20-29	0	0	0	0	-
30-39	1	2	1	0	-
40-49	2	0	0	1	-
50-59	1	0	5	2	0,248
60-69	0	0	1	1	-
70 et plus	0	0	1	0	-
Total	5	4	12	4	

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les pathologies et la tranche d'âge.

Tableau XXI: Répartition des affections cervico-faciales en fonction de la tranche d'âge.

Pathologies Tranches d'âge	Cellulites	Goitres	Tumeurs salivaires	Trauma faciaux	Autres	P
0-9	4	0	0	0	4	-
10-19	5	0	0	1	2	0,409
20-29	13	2	3	1	1	0,257
30-39	11	4	1	1	1	0,747
40-49	2	5	0	3	1	-
50-59	3	2	2	1	1	-
60-69	2	3	1	2	1	-
70 et plus	3	0	0	0	1	-
Total	43	16	7	9	12	

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les pathologies et la tranche d'âge.

Tableau XXII : Répartition des affections œso-trachéo-bronchiques en fonction de la tranche d'âge.

Pathologies Tranches d'âge	CE œsophage	CE bronchiques	Œsophagites	Autres	p
0-9	12	11	0	0	0,054
10-19	2	1	0	0	-
20-29	2	1	0	0	-
30-39	3	0	0	0	-
40-49	2	0	2	1	-
50-59	0	0	0	1	-
60-69	2	0	0	0	-
70 et plus	1	0	0	0	-
Total	24	13	2	2	

Il n'existe pas de liaison statistique significative entre les pathologies et la tranche d'âge.

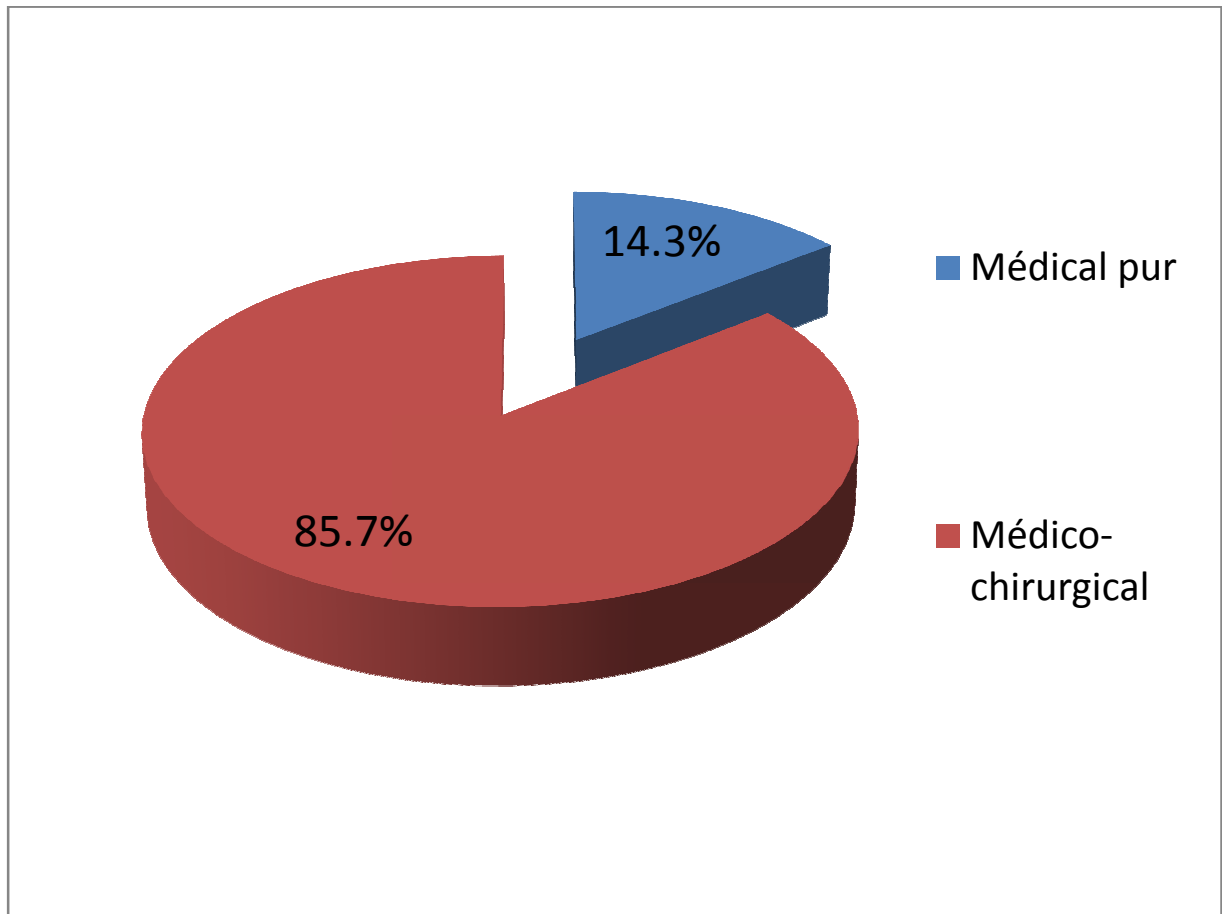


Figure 7 : Répartition des patients selon le type de traitement.

La majorité de nos patients (85.7%) ont reçu un traitement médico-chirurgical.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction des principaux actes chirurgicaux sous anesthésie générale au bloc opératoire.

ACTES CHIRURGICAUX	EFFECTIFS	FREQUENCES(%)
Endoscopie	60	40,00
Amygdalectomie	38	25,30
Thyroïdectomie	16	10,70
Tympanoplastie	14	9,30
Parotidectomie	5	3,30
Chirurgie de la fente	4	2,70
Pose d'ATT	3	2,00
Cervicotomie	3	2,00
Cadwell luc	2	1,30
Laryngectomie totale	1	0,70
Sous maxillectomie avec évidement ganglionnaire	1	0,70
Autres	3	2,00
Total	150	100,00

Autres : mastoïdectomie 1 cas, adénoïdectomie 1 cas, rhinotomie para-latéro-nasale 1 cas.

40% des actes chirurgicaux effectués au bloc sous anesthésie générale ont été l'endoscopie, suivie de l'amygdalectomie avec 25.3% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction des principaux actes chirurgicaux sous anesthésie locale.

Actes chirurgicaux	Effectifs	Fréquences (%)
Incision-drainage	53	46,90
Tamponnement nasal	22	19,50
Trachéotomie	19	16,80
Ponction-drainage des sinus	10	8,80
Parage des plaies cervico-faciales	9	8,00
Total	113	100,00

46.9% des actes chirurgicaux sous anesthésie locale en dehors du bloc opératoire étaient l'incision-drainage des abcès et des cellulites, suivi des tamponnements nasaux avec 19.5% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

DUREE D'HOSPITALISATION	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
1-10 j	204	66 ,40
11-20 j	61	19,90
21-30 j	25	8,10
31-60 j	13	4,20
Sup. à 60 jrs et Inf. à 129 jrs	4	1,30
Total	307	100,00

NB : les durées extrêmes ont été de 1 jour à 128 jours.

Une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 10 jours a été la plus dominante dans notre échantillon avec 66.4%.

Tableau XXVI : Répartition des principales pathologies en fonction de la durée d'hospitalisation.

DUREE PATHOLOGIES	0-5 jours	6-10 jours	11-20 jours	21-30 jours	30-90 jours	Sup à 90 jours	P
Cellulites	3	5	19	14	3	0	10 ⁻⁸
Amygdalites	24	11	3	0	0	0	0,0025
Corps étrangers œsophage	15	8	1	0	0	0	0,034
Epistaxis	8	8	5	1	0	0	0,695
OMC	7	11	1	0	0	0	0,044
Goitres	8	7	0	1	0	0	0,260
Corps étrangers bronchiques	9	4	0	0	0	0	0,129
Cancers pharynx	2	1	3	3	3	1	-
Tumeurs larynx	3	4	1	0	3	1	-
Sinusites compliquées	0	2	5	3	2	0	0,0078

Il existe une différence statistiquement significative entre les principales pathologies et la durée d'hospitalisation.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le résultat.

RESULTAT	EFFECTIFS	FREQUENCES (%)
Satisfaisant	259	84.40
Non satisfaisant	28	9.10
Décès	15	4.90
référé	5	1.60
Total	307	100.00

15 cas de décès soit 4,9% ont été enregistrés en hospitalisation durant notre étude.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques :

Notre étude a été menée dans le service d'ORL et CCF du CHU Gabriel Toure. L'étude a porté sur 307 patients durant la période d'enquête (du 1^{er} février au 31 juillet 2011).

C'est une étude prospective qui présente un certain nombre de difficultés :

- L'insuffisance et l'inexploitabilité de certains dossiers.
- Le diagnostic des différentes pathologies évoquées a été essentiellement clinique.
- L'insuffisance du plateau technique pour la réalisation de certains examens complémentaires.

2. Aspects épidémiologiques :

Au total, sur les 6 mois de notre étude, l'hospitalisation ORL a représenté 11,28 % de l'ensemble des hospitalisations du CHU-Gabriel Touré.

En Afrique, au Bénin en 1993, on a noté que la morbidité ORL représentait 15% de l'ensemble des cas. ^[5]

Dans notre étude, les patients ont été plus fréquents pendant le mois de Mars suivi du mois de Mai avec respectivement 20,2% et 18,3%. La moyenne d'admission mensuelle a été de 51,1 patients.

Dans d'autres séries Africaines comme celles de Dao et coll au Burkina Fasso ^[1] et de Senga à Brazaville ^[8] les périodes de pic d'admission ont été les mois de mai et juillet. Notons que nous partageons avec le Burkina Faso la même zone climatique.

2.1. Age et sexe

2.1.1. Age :

Dans notre étude la tranche d'âge comprise entre 0-9 ans a été la plus représentée (22,8%). L'âge moyen a été de 28,77 ans avec comme extrême 3 mois et 90 ans.

En outre, l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-IV), a révélé que la population malienne est jeune : 49 % ont moins de 15 ans. Ce résultat montrant l'extrême jeunesse de la population, concordent globalement avec nos résultats (la population de moins de 15 ans a représenté 30,5 % de l'échantillon).

Ce recrutement à prédominance pédiatrique semble être largement partagé :

En Afrique sur une étude de morbidité au Burkina Faso, Dao et coll sur 467 patients ont retrouvé 31,2 % de moins de 15 ans.^[1]

En France, il est admis que 60% du recrutement pédiatrique souffre d'affection ORL.^[11]

Dao a expliqué cette différence de nos pays en développement avec la France par le fait que chez nous, les enfants même porteurs d'affection ORL sont fréquemment admis en pédiatrie.^[1]

Quant aux personnes de troisième âge, l'EDSM-IV, a révélé également que seulement 3 % de la population malienne ont plus de 65 ans.

Dans notre étude elles ont représenté 9,4 %.

Au Congo Brazaville, Ondzotto a retrouvé 3,5 %.^[6]

Au Burkina Faso, Dao et coll ont retrouvé 6 %.^[1]

B. Kouassi et coll à Abidjan, ont lié l'effectif réduit de cette frange dans le profil des patients ORL à la faiblesse de l'espérance de vie en Afrique d'une part et d'autre part au refus habituel par ces patients âgés de consulter.^[7]

2.1.2. Sexe :

Dans notre échantillonnage, le sexe masculin a été le plus touché avec un taux de 51,5 % des cas contre 48,5 % de sexe féminin soit un sex ratio H/F de 1,06. Ce résultat reflète la population malienne en général qui selon RGPH 2009, le sexe masculin représente 50,4 %.

Soumaoro à Bamako ^[9] et Ondzotto à Brazaville ^[6] ont retrouvé un sex ratio en faveur des hommes ; tandis que Keita. M ^[4] et Mbwentchou ^[10] n'ont pas objectivé de prédominance de sexe.

2.2. Selon le statut matrimonial :

49.2 % des patients hospitalisés dans le service durant notre étude étaient mariés. Les célibataires ont représenté 45,3 % de l'échantillon. Notons que selon EDSM-IV entre 15-49 ans les femmes sont mariées à 79,2% et les hommes à 52,9%.

Il ressort de notre étude que le statut ne semble pas avoir d'influence sur la morbidité hospitalière en hospitalisation ORL-CCF.

2.3. La profession et résidence :

Toutes les classes professionnelles ont été représentées dans notre étude avec une majorité des femmes au foyer et les scolaires qui ont représenté respectivement 24.8 % et 23.7 % de l'échantillon.

La majorité de nos patients était surtout originaires du district de Bamako (46,6%) et de la région de Koulikoro (16,6%) pouvant s'expliquer par la situation géographique du service d'une part et d'autre part la densité de la population de ces localités. Le 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2009 a retrouvé en effet que la région de Koulikoro et le district de Bamako représentent respectivement 16,7 % (2^{ème} rang national) et 12,4 % (6^{ème} rang national).

6,8% étaient de nationalités étrangères et en grande partie originaires des pays limitrophes, Guinéenne (3,5%), Ivoirienne (0,7%), Burkinabé (0,7%).

3. Aspects cliniques :

Les lésions retrouvées ont été polymorphes. Les sièges privilégiés de ces lésions dans notre travail ont été la région cervico-faciale (28,4%), le pharynx (20,5%), les oreilles (15,6%), et le rhino-sinus (14%).

Par contre, Dao et coll ont retrouvé que les atteintes ont concerné principalement le nez, les sinus, et la région cervico-faciale. ^[1]

Chez les sujets âgés, Ondzotto a retrouvé successivement le rhino-sinus, la région cervicale, le pharynx et le larynx. ^[6]

Chez les enfants, Mbwentchou au Burkina Faso a retrouvé respectivement des lésions pharyngées, oeso-tracheo-bronchiques et laryngées. ^[10]

Dans notre étude les lésions infectieuses et ou inflammatoires ont été les plus représentées avec 47,9 % suivies des lésions traumatiques, tumorales, vasculaires, et malformatives.

Dans l'étude de Mbwentchou ^[10] sur des patients de moins de 15 ans on a constaté avec une fréquence variable les mêmes successions de lésions. Par contre Ondzotto ^[6] a observé une fréquence plus élevée des affections tumorales chez les sujets âgés suivies des lésions infectieuses et ou inflammatoires.

4. Aspects Diagnostiques :

4.1. Cellulites :

Les cellulites cervicales ont été la première cause d'hospitalisation en ORL durant notre étude avec 14 % de l'échantillon, dont 51,1 % de sexe masculin. Dans le service, concernant la cellulite cervicale une étude antérieure ^[2] a retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 57 % et Benzarti ^[3] en Tunisie 74 %. Une meilleure réponse immunitaire chez la femme a été invoquée par Potart ^[5] pour tenter d'expliquer cette prédominance.

Les tranches d'âge 20-29 ans ,30-39 ans ont prédominé avec respectivement 30,2 % et 25,5%. Ces résultats corroborent avec celui de M. Keita ^[2] qui avait trouvé 81% de ses patients dans la tranche d'âge 16-35 ans. Benzarti ^[3] a trouvé dans son étude une moyenne d'âge de 31 ans.

La durée de séjour hospitalier a varié entre 5 jours et 3 mois avec une moyenne de 19 jours ; tandis qu'elle a été de 8,5 jours pour les cellulites circonscrites et de 31 jours pour les cellulites diffuses en Tunisie. ^[3]

4.2. Angines :

Dans notre série les angines ont constitué la deuxième cause de morbidité hospitalière en ORL avec 12,4 %. Les tranches d'âge 0-9 ans ,10-19 ans ont prédominé avec respectivement 31,5 % et 28,9 % dont 52,6 % de sexe féminin. La durée hospitalisation a varié entre 1 et 15 Jours.

En France, l'angine aiguë est extrêmement fréquente (plus de 8 millions par an) et dominée par le problème du streptocoque du groupe A et de ses complications.^[12]

Au Bénin, en 1999, Mbouapda a retrouvé que les angines représentent 1,55 % des affections ORL.^[64]

Au Mali en 2006, S. K. Timbo et coll^[17] ont observé que cette affection représente 1,8 % des pathologies rencontrées en ORL dans le service avec un sex-ratio de 2,6 en faveur des femmes et la tranche d'âge la plus concernée est de 20 à 24 ans (18,07 %).

4.3. Les corps étrangers

4.3.1. Les corps étrangers de l'œsophage

Première cause des affections œsophagiennes en ORL dans notre série, les corps étrangers de l'œsophage ont représenté 7.8 % des hospitalisés durant notre étude et constituent de ce fait la troisième cause de morbidité. Ils ont concerné essentiellement les enfants (82.1 %) dans la tranche d'âge 0-9 ans. les mêmes résultats ont été rapporté par Deguenonvo^[43] à Dakar qui a retrouvé également une légère prédominance féminine avec un sex-ratio de 0.9.

Dans notre étude le sex-ratio dans cette affection a été de 1.6 en faveur des hommes. Kacouchia^[41] dans son étude a retrouvé un sex ratio de 1.81.

4.3.2. Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques :

Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques pénètrent habituellement en passant par les voies naturelles, soit par inhalation ou soit exceptionnellement par migration transversale ^[40] après ingestion. La fréquence des CE laryngo-trachéo-bronchiques sont dans notre expérience relativement importante, 13 cas en 6 mois, K. Ouoba ^[13] au Burkina Faso en a colligé 96 en 10 ans, Diop ^[14] au Sénégal 95 en 10 ans.

Les CE laryngo-trachéo-bronchiques constituent une pathologie du jeune enfant. Dans notre étude 84.6 % ont été dans la tranche d'âge 0-9 ans. Ces données rejoignent celles de nombreux auteurs. ^[13, 16]

La prédominance masculine est également classique. ^[36, 37] Elle est couramment expliquée par le tempérament plus vif des garçons ^[13] et l'hypothèse d'une maturation du carrefour pharyngo-laryngé plus lente chez les garçons est posée. ^[5]

4.4. Epistaxis :

Les épistaxis ont représenté 7,2 % de l'échantillon et se retrouvent au quatrième rang des affections les plus observées. Ag. Mohamed et coll ^[28] ont trouvé en 1994 dans leur étude que cette affection représentait 1,82% des motifs de consultation en ORL.

Les deux sexes ont été touchés dans la proportion générale de 9 hommes pour 13 femmes sur 22 cas colligés soit une fréquence de 40,9 % pour le sexe masculin et 59,1 % pour le sexe féminin un sex-ratio de 0,69. Par contre K. Singaré ^[29] a retrouvé une prédominance de sujets de sexe masculin avec un sex-ratio de 2 et un âge moyen de 29,33. Chakibou au Bénin ^[30] quant à lui a retrouvé une prédominance masculine avec 59,2 % et une fréquence plus élevée des enfants et adultes jeunes de 0-29 ans ; représentent 59 % des cas.

4.5. Otites moyennes chroniques

Première cause de surdité de transmission avec un taux 53 % en 2010 au Mali ^[31], les OMC ont représenté dans notre échantillon 6,2 % avec une prédominance masculine (57 %), ce résultat est peu diff rent des 54 % de sexe masculin publiés par Y. M. C. Gyebre du Burkina Fasso ^[32]. Il n'existait pas de liaison statistiquement significative entre cette affection et les tranches d'âge dans notre étude, Gyebre a trouvé un âge moyen de 21 ans.

4.6. Goitres :

Dans notre étude, tous les patients rencontrés étaient de sexe féminin soit 100 %. 86,0 % et 88,2% de sexe féminin ont été retrouvé respectivement dans celles d'A. K. Koumar , [33] et A. Togo [34] au Mali.

Pour A. K. Koumar  ^[33] l'âge moyen était de 35,0 ans avec un écart type   13,5 et pour Togo il a été de 39,12. Dans notre série, il n'existait pas de liaison statistiquement significative entre ces affections et les tranches d'âge.

4.7. Cancers pharyngo-laryngés

La France est le pays au monde le plus touché par cette pathologie notamment la région du Bas-Rhin avec une incidence de 65,5 cas pour 100 000 hommes. ^[22] Au Mali, M. Keita a estimé les tumeurs du larynx et de l'hypopharynx à 25 % des tumeurs cervico-faciales dont 73,3 % de cancers. ^[23]

4.7.1. Cancer du pharynx :

Dans notre étude, la fréquence des cancers du pharynx a été estimée à 4,2 %. Elles occupent le huitième rang des affections les plus représentées. Le siège lésionnel a été préférentiellement l'hypopharynx (61,5 %) suivi de l'oropharynx (37,7 %) et du cavum (7,6 %).

En France X. Pasquesoone ^[24] les cancers de l'hypopharynx représentent 10 à 15% des cancers des voies aérodigestives supérieures, s'observent

essentiellement chez l'homme (95% des cas) et l'âge moyen de survenue est de 55 ans.

En Côte d'Ivoire, Tanon Anoh ^[25] a retrouvé cette affection le plus fréquemment dans la tranche 50-75 ans, le sexe masculin a prédominé avec un sex-ratio de 2,2. Le siège lésionnel a été prédominant au niveau de l'oropharynx (64,5 %) suivi de l'hypopharynx (6,25 %) et du pharyngo-larynx (18,75 %).

4.7.2. Tumeurs du Larynx :

Les tumeurs du larynx ont représenté 3,9 % de l'échantillon. Elles se positionnent au neuvième rang des affections ORL en hospitalisation avec un sex-ratio de 2 en faveur des hommes. Ces tumeurs ont été malignes dans 66,6% des cas.

En France X. Pasquesoone ^[24], 7,5% de la mortalité par cancer est due au cancer du larynx. Ces cancers s'observent essentiellement chez l'homme (95% des cas) entre 45 et 70 ans. Ces données ont été partagées avec celles de la littérature Africaine notamment au Togo, Kpemissi ^[26] a retrouvé une moyenne d'âge de 54 ans et au Sénégal, Diouf ^[27] a retrouvé 89,6 % de sexe masculin.

4.8. Les sinusites compliquées :

Concernant les sinusites compliquées, dans notre étude, le sexe masculin a représenté 78,9 % de ces cas avec un sex-ratio de 3,33. La tranche d'âge la plus observée est de 10-19 ans (84,6%).

Dans la littérature, J. Koubaa ^[18] a trouvé dans son étude que ces affections intéressent surtout les adultes jeunes de sexe masculin. Il a retrouvé une moyenne d'âge de 29 ans de même que R. Ranaivoarisoa. ^[21]

L'incidence exacte de sinusites compliquées est difficile à évaluer ^[18], Cohen ^[19] a retrouvé une sinusite compliquée chez 3 % des patients hospitalisés pour sinusite.

Les complications orbito-palpébrales sont en effet les plus fréquentes. Elles représentent environ 45 % des complications. Le taux des complications

endocrâniennes des sinusites est de 3,7 % selon la série de Clayman et coll (24 complications endocrâniennes parmi 649 sinusites aiguës ou chroniques).^[20]

Cependant les sinusites sont à l'origine de 45 % des suppurations intracrâniennes et constituent une préoccupation importante pour les neurochirurgiens.^[18]

5. Traitement et évolution :

Concernant le type de traitement, les activités chirurgicales ont prédominé dans notre service avec 85,7 % contre 14,3 % de traitement médical pur. Au Cameroun, A. Ndjolo^[35] a retrouvé une activité chirurgicale dans le secteur public de 72,3 %.

Pour les auteurs, cette situation peut s'expliquer par l'historique même de la spécialité qui, organisée d'abord pour la lutte contre les infections de la sphère ORL est devenue chirurgicale avec l'avènement des antibiotiques.^[1]

Dans notre étude, 40% des actes chirurgicaux effectués au bloc opératoire sous anesthésie générale ont été l'endoscopie au tube rigide, suivie de l'amygdalectomie (25,3%), de la thyroïdectomie (10,7 %) et de la tympanoplastie (9,3 %).

Au Cameroun, pour A. Ndjolo^[35] les principaux actes ont été successivement amygdalectomie et adénoïdectomie (41,4 %) l'exérèse des tumeurs maxillo-faciale (12,5 %), la thyroïdectomie (11,3 %) et l'extraction des CE ORL (6,1 %). Dans l'étude de Dao en 2006, l'amygdalectomie a représenté 10,10 % des activités chirurgicales du service O.R.L du CHU de Ouagadougou.

Dans notre étude, 46.9% des actes chirurgicaux sous anesthésie locale en dehors du bloc opératoire étaient l'incision-drainage des abcès et cellulites, suivie de tamponnement nasal (19.5%).

Nous avons déploré 4.9% soit 15 cas de décès en hospitalisation durant notre étude.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

En pratique hospitalière ORL à Bamako la morbidité reste dominée par la pathologie infectieuse. Les cellulites cervicales demeurent la principale préoccupation dans ce cadre.

Cette place de la pathologie infectieuse en hospitalisation ORL suscite des interrogations diverses d'autant que sa gravité semble corrélée sous réserve d'étude spécifique à l'analphabétisme et au retard de demande de soins.

Cette étude en montrant la diversité des pathologies rencontrées nous montre les pistes à explorer afin de mieux faire face à la pathologie ORL dans un pays en voie de développement.

2. RECOMMANDATIONS:

❖ Aux autorités sanitaires:

- Multiplier les services spécialisés à travers le pays en vue de rapprocher les compétences auprès de la population.
- Renforcer le plateau technique au niveau des structures sanitaires.
- Mettre en œuvre le système de tiers payant en vue de faciliter l'accès des populations aux soins spécialisés.
- Encourager la formation des spécialistes en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale, en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, pour une amélioration des conditions de diagnostic et de prise en charge.
- Formation du personnel des services de santé.
- Formation et recyclage du personnel qualifié.
- Création d'un registre et d'un centre de cancérologie pour une meilleure prise en charge des cancers.

❖ Aux personnels sanitaires:

- Evacuer tôt les patients vers les services spécialisés.
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire.
- Développer l'IEC pour la santé à tous les niveaux.

❖ Aux populations:

- Cultiver le réflexe de l'hygiène buccodentaire.
- Respect strict du code de la route.
- Plus de vigilance autour des nourrissons et des enfants afin de diminuer la fréquence des corps étrangers.

VII. REFERENCES

REFERENCES

- [1] M Dao, K Ouoba, Kabore. *Morbidité et mortalité hospitalière dans le service d'orl et de chirurgie cervico faciale du CHU de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire 1998,10, pp 48-52.*
- [2] M Keita, Doumbia. K Diango. D. *La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali. Médecine d'Afrique noire 2008-55(8-9).*
- [3] S. Benzarti, A. Mardassi, R. Ben. Mhamed. *Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. J. Tun ORL N° 19 décembre 2007 pp : 24-28*
- [4] M. Keita, K. Dao, A. Ag. Mohamed. *Pratique oto-rhino-laryngologique en Afrique sub-saharienne : cas du mali a propos d'une expérience de 28 mois dans une province. Médecine d'Afrique noire 2005-52(4)*
- [5] W Adjibabi., *exploration du fichier nosologique des 3129 malades vus en consultation externe. Thèse de médecine Cotonou 1989 n °4, 128p, FSS Cotonou*
- [6] G Ondzotto, C Mban. E Kaba. *Morbidité hospitalière du sujet âgé dans un service d'otorhinolaryngologie. Médecine d'Afrique noire, 2009-56(10)*
- [7] B Kouass, J Boguifo. RP Adjoua. et coll. *Morbidité hospitalière du 3eme âge dans le service d'orl et de chirurgie cervico faciale à propos de 83 cas observes en 10 ans de cocody Abidjan .Ed. Meps, Cotonou, 1992 2-3*

[8] P. Senga et coll. *Morbidité et mortalité des enfants de 5 à 14 ans à l'hôpital général de Brazaville. Médecine d'Afrique noire 1991-39, (10).*

[9] S Soumaoro. *Analyse du bilan d'activités du service ORL de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 1991. Thèse de médecine, Bamako, 1991 N°19*

[10] W.M. Mbwentchou, M.Ouattara, Y.C.Gyebré. *Pathologie orl chez les enfants de 0 a 15ans hospitalisés dans le service d'orl et de ccf du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo. Médecine d'Afrique noire 2010,10 48-56.*

[11] E.N Garabedian., S Bodin. JP Monteil. *ORL de l'enfant. Médecine science Flammarion.1996. 392p*

[12] J. J Pessey, *Angines : étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat 2 0 0 0. 50. B 202. pp 329-333*

[13] K. Ouoba, C. Diarra, M. O. Dao et Coll - *Les corps étrangers Laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant au CHU de Ouagadougou (une analyse de 96 observations). Med trop 2002 ; 62 :611-614*

[14] E. M. Diop, I. C. N'diaye, R. Diouf, et Coll - *Les corps étrangers des voies respiratoires inférieures dans un service d'ORL d'Afrique Noire. Une expérience de 10 ans. Interfac Afr 1991; 1 8 : 12- 15.*

[15] F. Hassen, R. Boussoffara, B. Mahjoud et coll - *Les corps étrangers intra-bronchiques de l'enfant. A propos de 94 cas. Rev. Maghr.Pédiatr. Vol. XVII-VI. 2007 pp. 301-306*

[16] F. Hamouda, D. Ben. Silmene, M. Bourguiba et coll. - Corps étrangers trachéo-bronchiques de l'enfant : aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Tunisie med.* Vol : 82- N°09, 2004 pp. 817-826.

[17] S. K. Timbo, M. Keita, Togola F-Konipo et coll- Aspect épidémiologique de l'angine à Bamako. *Mali Médical* : 2006 TXXI-N°4

[18] J. Koubaa, O. Ben Gamra, E. Gassab et coll – Les sinusites frontales compliquées. A propos de 4 observations. *Rev. Maghr. Médical.* Vol. XX-N° 352- 2007- pp. 386-389

[19] C P Cohen. R. S Cohen, - Sinogenic intracranial abcess presenting as orbital cellulitis,inter online. *J Otorhinolaryngol-Head & neck surg* 1998; 3 :1-7.

[20] G Clayman, G Adams. - Intracranial complications of paranasal sinusitis a combined institutional review. *Laryngoscope* 1991; 101: 234-239

[21] R. Ranaivoarisoa, A. Rakototiana, J. Ramarozatovo et coll - Complications endocraniennes des sinusites aiguës de l'enfant. A propos d'un cas a Antananarivo. *Médecine d'Afrique Noire* 2007 - 54 (2). Pp 98-102

[22] Ch. Dubreuil, Philippe Ceruse. *Cancers des voies aérodigestives supérieures (cavum, ethmoïde et glandes salivaires exclus). Guide pratique d'ORL.* Masson, Paris, 2004. Pp 25-36

[23] M. Keita, M. I. Kampo, S. K. Timbo, et coll- Morbidité par tumeurs de la sphère tête et du cou à Bamako. *Mali Médical* : 2009 , Tome XXIV-N°3, pp 1-6

[24] X. Pasquesoone, D. Chevalier- *Cancers de l'hypopharynx et du larynx. Rev Prat. Oto-rhino-laryngologie*, 2000. 50. B 207. pp 79-83

[25] M. J. Tanon-Anoh, K. E. Badou, M. Yoda et coll - *Epidémiologie des cancers du pharynx à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire* : 2011, Vol. 58, N°5 pp : 247-252

[26] E. Kpemissi, M. Le Bourgeois, K. Kpodzo et coll- *Cancers du larynx au Togo. A propos de 33 cas. Médecine d'Afrique Noire* : 1997- 56 (2), pp : 73-76

[27] R. Diouf, B. K Diallo, A. Tall et coll- *Cancers du larynx : quelle stratégie thérapeutique au Sénégal. Médecine d'Afrique Noire* : 1998- 86 (2), pp : 23-26

[28] Ag Mohamed A, Tounkara A - *Bilan a "minima" chez des patients souffrant d'épistaxis répétées au Mali. Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45 (6), pp : 405-408.

[29] K. Singaré - *Aspects épidémiologiques et étiologiques des épistaxis à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2000, N°112, 56p*

[30] A. A. Chakibou – *Les épistaxis : Aspects cliniques, problèmes diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 542 cas colligés au CNHU de Cotonou dans le service d'ORL et chirurgie cervico- faciale de 1987 à 1998. Thèse de médecine, Benin, 1998, N°761, 139 p*

[31] N. Camara – *Les surdités de transmission au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. A propos de 100 cas. Thèse de médecine, Bamako, 2010, n°67,*

[32] YMC Gyebre, RW Ouedraogo, Sereme. M et coll- *L'otite moyenne chronique au CHU-YO de Ouagadougou. IIIème congrès SOBORL, Bobo-Diaoulasso, 30 juin, 1 et 2 juillet 2011*

[33] AK Koumaré, F Sissoko, N Ongoiba et coll - *Goitres bénins en chirurgie au Mali (à propos de 815 cas). e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2002, 1 (4) : 1-6*

[34] A. Togo, L. Kanté, I. Diakité et coll - *Goitres bénins hyperthyroïdiens en chirurgie Générale CHU Gabriel Touré Mali : aspects épidémiologiques et diagnostiques. Médecine d'Afrique Noire : 2010, Vol. 57, N°2, pp : 61-64*

[35] A. Ndjolo, E. C. Eposse, J. M. Bob Oyono et coll - *La pratique chirurgicale ORL en milieu Africain : une évaluation de cinq années et demie dans les hôpitaux de Yaoundé. Médecine d'Afrique Noire : 2006, 53(1), pp : 29-33*

[36] A. Viot, E. Babin, A. Bequignon et coll. - *Corps étrangers intra-bronchiques de l'enfant. Ann Otolaryngol Cervicofac, 2002, 193, 3, 174-180*

[37] A. Ag. Mohamed, M. Keita, S. K. Timbo, - *L'endoscopie dans un service ORL sub-saharien : cas du Mali. Notre expérience sur 10 ans, à propos de 374 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2)*

[38] A. Ag. Mohamed, S. K. Timbo, F. Konipo et Coll – *Bronchotomie gauche pour corps étrangers. Les cahiers d'ORL. – TXXXVII - N° 5/6, pp : 272-275*

[39] A. Ag. Mohamed, M. Keita, S. K. Timbo et Coll - *Les corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires inférieures. Mali médical 2002, TXVII, N°3/4, pp : 61- 63*

[40] S. K. Timbo, M. Keita, S. Yena et coll- *Migration transversale de corps étrangers : un cas de hameçon ingéré. Médecine d'Afrique Noire: 2009- 56 (2), pp : 73-76*

[41] N. Kacouchia, K.V. N'gattia, M. Kouassi et coll- *Corps étrangers des voies aéro-digestives chez l'enfant. Rev. Col. Odonto-stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., Vol. 13, N°3, 2006, pp. 35-39*

[42] EM Diop, R Diouf, I. C. N'diaye. *Maladies tropicales oto-rhino laryngologiques, Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie 2006, 20-925-A-10*

[43] R. E. A Deguenonvo, M N'diaye, B Loum. *Les corps étrangers de l'œsophage. A propos de 212 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2009-56(7) pp : 410-416*

[44] F Legent, Perlemuter L, Vandenbrouck C. *Cahiers d'anatomie ORL. Paris: Masson; 1984 (298p).*

[45] M François. *Complications des otites moyennes aiguës et chroniques, Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie 20-135-A-10, 2006 : 11p*

[46] E. Bayonne, W. El Bakkouri, R. Kania. *Complications crâniennes et endocrâniennes des infections nasosinusiennes. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 2006, 20-445-A-10*

[47] P. Tran Ba Huy. *Otites moyennes chroniques. Histoire élémentaire et formes cliniques. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-095-A-10, 2006 : 25p.*

[48] J. M Triglia, S Roman et R Nicollas. *Otites séromuqueuses. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-085-A-30, 2003, 12 p.*

[49] R. Nicollas, J.-J. Bonneru, S. Roman, J.-M. Triglia. *Adénoïdectomie. Amygdalectomie, Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Techniques chirurgicales Oto-rhino-laryngologie 46-330 (2004): 11p*

[50] E. Brant, M. Konter, P. Ronco. *Infections adénoïdo-amygdaliennes. D.C.E.M.- Internat-Médecine. Oto-Rhino-Laryngologie. 20.2.03.1, pp 95-100*

[51] G. Potard, R. Marianowski, C. Fortun et coll - *CELLULITES DE LA FACE ET DU COU. A propos de 13 cas. Journal Francais d'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. Vol. 49, N°6, 2000, pp. 325-337*

[52] JM Peron et JF Mangez. *Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.*

[53] S. Albert, H. Bozec. *Epistaxis. ORL et chirurgie Cervico-Faciale. Ellipses Edition marketing S.A., 2002, pp : 97-107*

[54] A Barros (de), D Dehesdin. *Corps étrangers de l'oesophage. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastro-entérologie, 9-203-D-10, 2000, 5 p.*

[55] X. Laurent GILAIN, C. GUICHARD. *Corps étrangers des voies aériennes : Diagnostic et traitement. Rev Prat. Oto-rhino-laryngologie, 2000,50 B 206 pp 433-436*

[56] L. Manuila, A. Manuila, M. Nicoulin. *Dictionnaire médical. 7^{ème} édition Paris 1998, MASSON. 488 pages.*

[57] J. Poirier, I. Poirier, J. Baudet. *Intestin primitif et ses dérivés. Embryologie Humaine. 3^{ème} édition. Maloine, 1993, pp 137-156*

[58] D Chevalier, F Dubrulle et B Vilette. *Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13 p.*

[59] S Moreau, M Goulet de Ruy, E Babin, A Valdazo et P Delmas. *Anatomie et physiologie de l'oesophage. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-800-A-10, 1999, 6 p.*

[60] G Malka et A Danino. *Chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-mandibulaire. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie, 22-351-A-10, 2003, 9 p.*

[61] J. Brugère- *cancers des voies aero-digestives supérieures. Flammarion médecine sciences, 1989. pp 293-316*

[62] P Gehanno, N Moisy., Guedon, J Depondt., B Regnier. *Les cellulites cervicales extensives. Rev-Off-SFORL, 1989, Vol 31, N°8 pp : 71-78.*

[63] Y.Y.C. Hounkpe, G.B. Oussa, S.J. Vodouhe. *Les cellulites cervico-faciales. A propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophthalmologie du CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (1) pp : 29-34*

[64] F. Mbouapda. *Aspects épidémiologies, cliniques et thérapeutiques des angines et leurs complications locorégionales à propos de 421 cas. Thèse médecine, Cotonou, 1999. N°845*

[65] A. Ag. Mohamed, M. Keita, S. K. Timbo et Coll. *Ostéomyélite du crâne: à propos de deux cas. Rev-Off-SFORL, Vol. 81, N°5, 2003, pp : 41-43*

[66] J. Lacau St Guily, D. Brasnu. *Recommandations de prise en charge des cancers ORL et des voies aérodigestives supérieures. Flammarion médecine sciences, 2005. 123 p*

[67] O.M Dao, W. T Ouedraog, A Elola. *Indications et techniques de l'amygdalectomie dans le service ORL du CHU de Ouagadougou : à propos de 377 cas. Médecine d'Afrique Noire 2006 - 53 (5) pp : 320-324*

[68] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires principaux messages des recommandations de bonne pratique. 2005. (www.afssaps.sante.fr).*

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

{Q1}N° fiche :.....

I- Données sociodémographiques :

{Q2}Age (année) :

{Q3} Sexe :

{Q4}Poids:

{Q5} Taille :

- {Q6}Statut matrimonial :.....

- {Q7}Provenance (région) :

- {Q8}Résidence :

{Q8a}Electricité... {Q8b} Eau... {Q8c} Tel.....

{Q8d}Toilette : /__ / (1 : traditionnelle, 2 : Moderne)

- {Q9}Nationalités :.....

{Q10}Profession : /__ / (1 : Fonctionnaire, 2 : Ménagère, 3 :

Commerçant, 4 : Etudiant / élève, 5 : Ouvrier, 6 : Cultivateur, 7 : Autres)

- {Q10a} Autres professions :.....

- {Q11}Contact à Bamako :.....

II- Mode de recrutement :

{Q12}Mode de recrutement : /__ / (1 : Consultation externe, 2: Urgence, 3:

Référent)

{Q12a}Si référent, provenance :.....

{Q12b}Qualité des référents : /__ / (1: Médecin, 2: Assistant, 3: Autres)

{Q12b1}Si autres, préciser :.....

III- Aspects cliniques

1- Motif de consultation

1-1 Symptôme principal :

{Q13} **Otologique** :.....

○ {Q13a} Si oui, précisez :.....

{Q14} **Rhino-sinusienne** :.....

○ {Q14a} Si oui, précisez :.....

{Q15} **Cavité buccale et pharynx.**

○ {Q15a} Si oui, précisez :.....

{Q16} **Au niveau du larynx** :.....

○ {Q16a} Si oui, précisez :.....

{Q17} **Au niveau du cou** :.....

○ {Q17a} Si oui, précisez :.....

{Q18} **Au niveau de la face** :.....

○ {Q18a} Si oui, précisez :.....

{Q19} **Oeso-trachéo-Bronchique** :

○ {Q19a} Si autres, Préciser:.....

1-2 {Q20} Symptômes associés OUI NON

- {Q20a} Si OUI précisez :.....

2- Histoire clinique

{Q21} **Date de début du symptôme principale et délai de consultation** : /__ /

1 : Inf. à 3 semaines, 2 : Entre 3 semaines à 3 mois, 3 : Sup à 3 mois.

2 {Q22} Durée d'évolution :.....

3 {Q23} Prise en charge antérieure : OUI NON

{Q23a} Si OUI, la nature :.....

4 Mode de vie :

{Q24} Tabac OUI NON.....

{Q24a} Si OUI précisez(Qte).....

{Q25} Alcool :..... OUI NON.....

{Q25a} Si OUI précisez(Qte).....

{Q26} Autres :.....

{Q37a} Si non, précisez

.....

{Q38} Sérologie HIV : /__ / (1 : Négative, 2 : Positive)

{Q39} Bilan de la coagulation normale oui non

{Q39a} Si non, précisez

.....

{Q40} Bactériologie/Mycologie oui non

{Q40a} Si oui, germe :

{Q40b} Antibiogramme :

{Q41} Anapath : oui non

{Q41a} Si oui, résultat.....

{Q42} Autres : oui non

{Q42a} Préciser :

{Q42a1} Résultat :

b. Imagerie

{Q43} Echographie cervicale oui non

{Q43a} Si non

précisez.....

{Q44} Rx cervico-thoracique normale oui non

{Q44a} Si non, précisez

{Q45} Rx des sinus (Blondeau) normale oui non

{Q45a} Si non, précisez

{Q46} OPN normale oui non

{Q46a} Si non, précisez.....

{Q47} TDM oui non

{Q47a} Si oui, Incidence :

{Q47b} Résultat :

{Q48} Autres : oui non

{Q48a} Si oui, précisez.....

FICHE SIGNALYTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Youssouf

Date et lieu de naissance : 08 novembre 1981 à Bamako

Titre de la thèse : Morbidité en hospitalisation ORL et CCF : analyse de 6 mois d'activité au CHU Gabriel Touré.

Pays d'origine : MALI

Ville de soutenance : Bamako

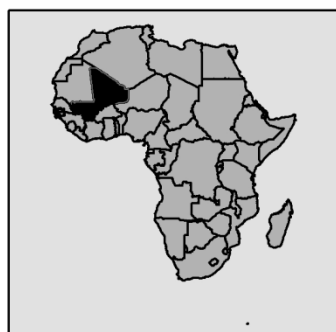
Secteur d'intérêt : ORL Et Chirurgie Cervico-Faciale ; Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale ; Chirurgie Plastique Réparatrice.

Année de thèse : 2011

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

Contact : email : ysidibe2002@yahoo.fr Tel : 00 223 7606 11 07.

MALI



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.

RESUME

Notre étude a été réalisée dans le service d'ORL et CCF du CHU Gabriel Touré de Bamako. Elle s'est intéressée à la morbidité hospitalière en hospitalisation. A propos de 307 cas colligés sur une période allant du 1^{ère} février au 31 juillet 2011. Il s'agissait d'une étude prospective dans le but d'identifier les principales pathologies rencontrées.

A la suite de toutes les analyses, il a été noté :

- *Une prédominance masculine, avec 51,5 % des cas. La population pédiatrique entre 0-15 ans a représenté 30,5 % de l'échantillon. Les patients hospitalisés du 3^{ème} âge ont représenté 6 % des cas. La tranche d'âge la mieux représentée a été celle de 0-9 ans avec 22,8%. La moyenne d'âge a été de 28,77 ans.*
- *Une prédominance des femmes au foyer et des scolaires avec respectivement 24,8% et 23,7% de l'échantillon.*
- *Les périodes d'accès ont été le mois de Mars suivie du mois de Mai avec respectivement 20,2% et 18,3%. La moyenne d'admission mensuelle a été de 51,1 patients.*
- *Une prédominance des affections infectieuses et/ou inflammatoires, avec 47,9 % des cas.*
- *La cellulite cervicale a été la pathologie la plus représentée (14 %) suivie des amygdalites avec 12,4% des cas.*
- *85,7 % des malades ont bénéficié d'une cure chirurgicale.*
- *L'évolution a été favorable dans 84,4 % des cas.*

Pour une meilleure prise en charge, beaucoup de travail reste à faire : il faut des services mieux équipés d'une part et d'autre part la formation et le recyclage du personnel qualifié.