

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

-----=0=-----

Un Peuple- Un But- Une Foi

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

FACULTE DE MEDECINE D ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire: 2016-2017

N°-----/

TITRE

PROFIL DES CONSULTATIONS ORL EN
PROVINCE.CAS DE L'HOPITAL DE SIKASSO :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 12 /10 /17 devant la Faculté de Médecine
Et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

M. Abel DIARRA

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

JURY

Président :	Pr. AG Mohamed Alhousseini
Membres :	Dr. SIDIBE Youssouf
	Dr. COULIBALY Kalifa
Co-directeur :	Dr. SOUMAORO Siaka
Directrice de thèse :	Pr. TIMBO Samba Karim

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL à

L'ETERNEL mon DIEU en qui j'avais mis mon espérance ; et il s'est incliné vers moi, il a écouté mes cris. **Il a multipliées** merveilles et ses desseins en ma faveur. Nul n'est comparable à lui ; je voudrais les publier et les proclamer, mais leur nombre est trop grand pour que je les raconte.

Mes parents : vous nous avez élevés dans l'amour, l'humilité et la crainte de Dieu.

Vos soutiens multiformes, vos prières et vos bénédictions m'ont permis de voir ce jour. Que ce modeste travail soit le début de récompenses de vos efforts consentis tant sur le plan scolaire que sur le plan éducatif. Sachez que les mots sont faibles pour vous exprimer ma profonde gratitude et mon amour.

Puisses Dieu vous prêter une longue vie et une bonne santé !!!

Mes frères Asaph, Schadrac et Benjamin :

Pour le lien de fraternité qui nous unis. Ce travail est le vôtre !!!

Ma sœur Séwèssé Milka et son mari Amos DEMBELE :

Pour leur soutien multiforme et leurs considérations.

A mon Homonyme Seko Abel KONE et à toute sa famille :

durant mes études chez vous je n'ai manqué de rien. Je ne saurais énumérer tous vos bienfaits à mon égard. Vous êtes plus qu'un Homonyme pour moi. Ce travail est le couronnement de toute votre implication dans mes études. Profonde gratitude !!!

Puisses Dieu vous accorder longévité et santé !!!

Aux familles DIARRA, THERA, KONE, DEMBELE, TIENOU, SAMAKE :

Pour leurs soutiens multiformes et leurs considérations

A mes cousins et cousines :

Pour vos encouragements et conseils.

A mes amis :

Pour les confidences et les conseils.

REMERCIEMENTS

- **Au corps professoral, au personnel du décanat de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako :** pour la qualité des enseignements
- **A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso :**
- **A tout le personnel du service d'ORL et CCF de l'hôpital de Sikasso :** merci pour tout
- **A Dr COULIBALY KALIFA, chef de service d'ORL et de CCF de l'hôpital de Sikasso :** pour l'accueil chaleureux et la qualité des enseignements
- **A Kafogo Z SANGARE Assistant médical et ex Major du service d'ORL et de CCF de l'hôpital de Sikasso à la Retraite**
- **Aux assistants médicaux(DAO Solomane et OUATTARA Kalifa) et au Technicien supérieur SAMAKE Lassine :** pour la bonne collaboration
- **A tout le personnel du service de Pédiatrie de l'hôpital de Sikasso**
- **A tous mes collègues internes des autres services de l'hôpital de Sikasso :** merci infiniment pour votre collaboration

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur AG Mohamed Alhousseini

- **Professeur Titulaire d'ORL et de CCF à la retraite**
- **Coordinateur des DES d'ORL et CCF**
- **Ancien Directeur de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)**
- **Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale d'Aviation Civile (ANAC)**
- **Ancien chef de service d'ORL et de CCF au CHU Gabriel TOURE**
- **Ancien président du conseil national de l'ordre des médecins du Mali**
- **Ancien vice doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- **Chevalier de l'ordre national du lion du Sénégal**

Cher Maître,

C'est pour nous un immense honneur et un privilège de vous voir présider le jury de notre thèse.

Nous avons été impressionnés par votre spontanéité, votre simplicité, votre grande gentillesse, votre rigueur pour le travail bien fait et votre culture de l'excellence.

Ces qualités pédagogique et humaine font de vous un maître exemplaire et admiré de tous.

Cher Maître soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur TIMBO Samba Karim

- **Professeur Titulaire en ORL et CCF**
- **Président de la société malienne d'ORL**
- **Membre de l'Assemblée de la faculté a la FMPOS**
- **Membre de société ivoirienne d'ORL**
- **Membre de société d'ORL d'Afrique francophone(SORLAF)**
- **Membre de l'Institut Portman**
- **Chef du DER de Chirurgie**
- **Directeur Médical du CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître,

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait nous ont particulièrement séduits.

Votre grande disponibilité et vos qualités humaines nous ont permis de mener à terme ce travail.

Veuillez trouver ici, cher Maître l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE
Dr SOUMAORO Siaka

- **Maître - assistant en ORL et CCF**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE**
- **Membre de la société malienne d'ORL (SMORL)**
- **Membre de la société Bénino-togolaise d'ORL (SOBETORL)**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de co-diriger cette thèse.

Votre simplicité, votre sens du devoir et votre humilité font de vous un maître admirable.

Vos compétences et votre amour du travail bien fait forcent le respect.

Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre profonde admiration et de notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr SIDIBE Youssouf

- **Maître- assistant en ORL et CCF**
- **Praticien hospitalier au CHU Mère-Enfant « le Luxembourg »**
- **Chef de service d'ORL au CHU Mère-Enfant « le Luxembourg »**
- **Membre de la société malienne d'ORL**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher Maître

Nous sommes très touchés par votre simplicité, votre disponibilité et également par la spontanéité avec laquelle vous avez répondu à nos sollicitations pour juger ce travail.

Nous sommes très honorés de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Recevez ici, cher Maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr COULIBALY Kalifa

- **Médecin ORL et CCF**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital de Sikasso**
- **Membre de la société malienne d'ORL(SMORL)**
- **Chef de service d'ORL à l'hôpital de Sikasso**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher Maître,

Malgré vos nombreuses occupations et la grande distance, vous avez accepté sans hésiter de juger ce travail. Par cela vous témoignez de votre amour pour le travail et de votre disponibilité à encadrer vos Elèves. Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements en ORL.

Votre accessibilité, votre ardeur et votre amour pour le travail bien fait restent pour nous un exemple à suivre.

Qu'il nous soit permis cher Maître, de vous exprimer notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

Ac : acide

ADP: Adénopathie.

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

AG: Anesthésie générale.

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AIS : Anti-inflammatoire stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché.

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

ASLO: Antistreptolysines O.

Bdc : bouchon de cérumen.

BPO : bilan préopératoire.

CAE : Conduit Auditif Externe.

C4 : Quatrième vertèbre cervicale.

CCF : Chirurgie Cervico-Faciale.

CE : Corps Etranger.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

GT : Gabriel Touré

CIVD : Coagulation intra veineuse disséminée.

Coll : Collaborateurs.

CRP : C réactive Protéine.

F : Féminin.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Gtte : goutte

HTA : Hypertension artérielle.

Ht : Haut

IEC : Information, Education pour la Communication.

IRM : Imagerie par résonnance magnétique.

J : Jour.

Kg : Kilogramme.

KTT : Kyste du tractus thyroïdienne

LCR : Liquide Céphalo-rachidien.

M : Masculin.

MAE : Méat Acoustique Externe.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OE : Otite externe.

OMA : Otite moyenne aigue.

OMAS : Otite moyenne aigue suppurée

OMC : Otite moyenne chronique.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

OPN : Os propre du nez

SGA : Streptocoque bêta-hémolytique du Groupe A.

SMF : Staphylococcie maligne de la face.

TCK : Temps de Céphaline Kaolin.

TDM : Tomodensitométrie.

TDR : Test de Diagnostic Rapide.

TP : Taux de Prothrombine.

TCK : Temps de Céphaline Kaolin.

UGD : Ulcère gastroduodéal.

VADS: Voies aéro-digestives supérieures.

VRS : Virus respiratoire syncithial

°C : Degré Celsius.

VIH : virus d'immunodéficience humaine.

Vit : vitamine

SOMMAIRE

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
Objectifs.....	3
II. GENERALITES.....	5
A. Rappel anatomique et physiologique de la sphère ORL.....	6
B. Rappel sur quelques pathologies ORL.....	21
III. METHODOLOGIE.....	47
IV. RESULTATS.....	51
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	76
VII. REFERENCES.....	79
ANNEXES.....	86

INTRODUCTION

La pathologie ORL regroupe l'ensemble des affections concernant le nez, les sinus, le pharynx, le larynx et l'oreille. Elle est variée, il peut s'agir d'une affection infectieuse, inflammatoire, traumatique, malformative, tumorale ou dégénérative. [1, 2,3]

Elle constitue un motif fréquent de consultation auprès des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins ORL.

Au Mali, des études réalisées à l'hôpital Gabriel TOURE en 1991 (4) et à l'hôpital régional de Ségou en 1999 (5) montrent que 12% des consultations ont été enregistrées en ORL. Elle touche tous les âges de la vie. En France, il est admis que 60% du recrutement pédiatrique souffre d'affection ORL (25).

Lors des deux saisons hivernales 2005-2006 et 2006-2007 en France, l'observatoire Hivern@le- KhiObs a confirmé l'importance des consultations pour cinq pathologies ORL chez l'enfant. La pathologie ayant la plus grande incidence était la rhinopharyngite (11,9 millions) suivie par les otites moyennes aiguës (2,9 millions) puis par les angines (2,6 millions), les laryngites (1,5 millions) et les sinusites (0,8 million). [6]

Les facteurs favorisant la pathologie ORL sont entre autres : l'âge, la saison, le mode de vie (alimentation, tabagisme passif, vie en crèche, en communauté, en famille), l'immunodépression (corticothérapie à long court, antibiothérapie à long court, diabète, VIH, grossesse), la pollution atmosphérique et l'allergie alors que les facteurs de risque carcinogène existent : le tabac, l'alcool, la poussière des bois...

Leurs récurrences sont fréquentes principalement quand il s'agit de pathologies infectieuses ORL et peuvent évoluer vers la chronicité ou les complications.

Au Mali, il y a eu très peu d'études provinciales en ORL et notre étude est la première dans le service d'ORL de l'hôpital de Sikasso, elle va permettre d'avoir des bases de données dans le service.

OBJECTIFS

A- Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies ORL dans le service ORL-CCF de l'Hôpital de Sikasso.

B- Objectifs spécifiques:

- 1) Identifier le profil sociodémographique des patients reçus en consultation ORL ;
- 2) Recenser les différentes pathologies rencontrées dans le service d'ORL de l'Hôpital de Sikasso ;
- 3) Déterminer la fréquence des différentes pathologies ORL dans la pratique courante du service ;
- 4) Evaluer notre expérience dans la prise en charge thérapeutique des pathologies ORL.

GENERALITES

A. Rappel anatomique et physiologique de la sphère ORL

1. Anatomie et physiologie de l'appareil auditif

1.1. Anatomie de l'appareil auditif

L'appareil auditif est l'organe de l'ouïe. Il participe également à l'équilibration. Il est formé de nombreuses cavités creusées au sein du rocher, lui-même faisant partie de l'os temporal. On distingue un récepteur, l'oreille, interconnecté au cortex via le nerf cochléaire. L'oreille a pour rôle de transmettre une vibration aérienne au milieu liquidien interne, avant transformation en impulsion nerveuse. Pour cela, elle se divise en trois régions successives : l'oreille externe, moyenne et interne.

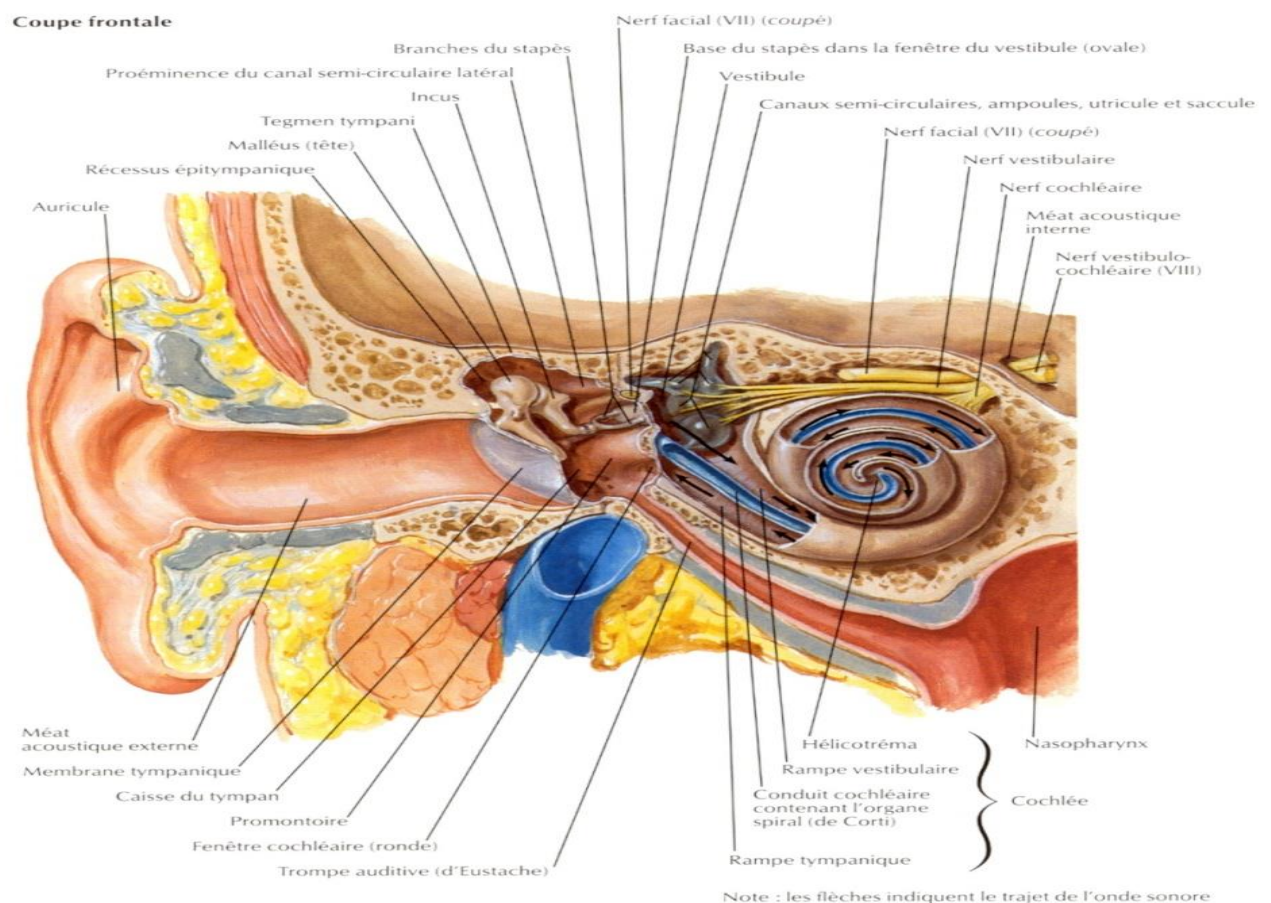


Figure 1

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

FRANK. H NETTER, N.D.int



1.1.1. L'oreille externe :

L'oreille externe [7] est composée du pavillon et du méat auditif externe (MAE). Cet organe d'architecture complexe intervient dans la localisation et la transmission de l'onde sonore, et participe à l'amplification de certaines fréquences.

Composé d'une face latérale, d'un bord libre et d'une face médiale, le pavillon est uni au crâne par la partie moyenne de son tiers antérieur. De structure cartilagineuse élastique, moulée par un revêtement cutané, il est constitué de nombreuses saillies : hélix, anthélix, tragus ; circonscrivant la dépression de la conque et du méat auditif externe. La partie inférieure, ou lobule de l'oreille, est un simple repli cutané sans armature cartilagineuse. L'appareil musculo-ligamentaire du pavillon de l'oreille est un système atélique.

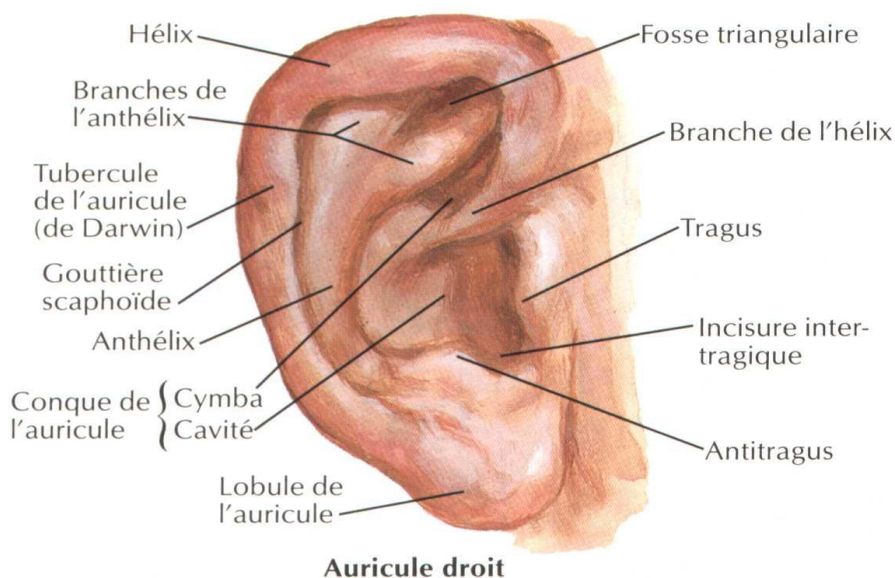


Figure 2Ht

Source : Atlas d'anatomie humaine. 2^{ème} édition. Section 1 Tête et cou(7) 

FRANK. H NETTER, N.D.

Le MAE est un canal aérien grossièrement cylindrique, d'environ 25 mm, aplati d'avant en arrière, ouvert en dehors à l'air libre et limité en dedans par la membrane tympanique. Formé d'un segment externe cartilagineux (1/3) et d'un segment interne osseux (2/3), il présente deux courbures physiologiques : une postéro-antérieure et une supéro-inférieure. Le MAE est recouvert de peau, la portion fibrocartilagineuse étant dotée d'annexes (appareils pilosébacés, glandes cérumineuses).

1.1.2. L'oreille moyenne :

C'est une cavité aérienne tripartite [8] comprise entre les trois constituants de l'os temporal. Sa partie centrale, appelée caisse du tympan, contient le système tympano-ossiculaire qui véhicule l'onde sonore du monde extérieur jusqu'à l'oreille interne. La caisse du tympan se présente comme une cavité parallélipipédique irrégulière à six faces. Cinq de ses faces sont osseuses, et la sixième en grande partie membraneuse est composée par le tympan.

La membrane tympanique, entourée d'un anneau fibrocartilagineux, comprend deux segments de taille et de constitution différentes :

- la pars tensa, de nature fibroélastique peu mobile, représente la membrane tympanique proprement dite interposée entre le méat auditif externe et la caisse du tympan. Cette membrane a une forme d'entonnoir dont le sommet, l'ombilic, correspond à l'extrémité distale du manche du marteau. Le manche du marteau est visible par transparence sous la forme d'une raie blanchâtre, la strie malléaire, qui se prolonge vers la partie supérieure de la pars tensa jusqu'à la saillie réalisée par le processus latéral : la proéminence malléaire.
- la pars flaccida, moins rigide que la pars tensa, est la portion de membrane du tympan située au-dessus des plis malléaires antérieur et postérieur. Sa forme est triangulaire à sommet inférieur. Elle constitue la paroi latérale du récessus supérieur de la membrane du tympan. La caisse du tympan est occupée par les trois osselets, qui forment la chaîne ossiculaire ; disposée entre la membrane tympanique et la fenêtré vestibulaire, ainsi que leurs annexes : ligaments, muscles tenseur du tympan et stapédien, replis muqueux... De la superficie vers la profondeur, on trouve le marteau (malleus) articulé avec l'enclume (incus), lui-même articulé avec l'étrier (stapes).

Les annexes mastoïdiennes, constituées de cellules aérifères, prolongent la caisse du tympan vers l'arrière, avec une cellule centrale plus volumineuse appelée antre mastoïdien.

La trompe d'Eustache, ou trompe auditive, est un mince conduit de 35 à 40 mm de long, reliant la partie antérieure de la caisse du tympan à la paroi latérale du rhinopharynx. Elle joue un rôle essentiel dans l'équilibration de la pression d'air dans l'oreille moyenne, c'est la fonction tubaire.

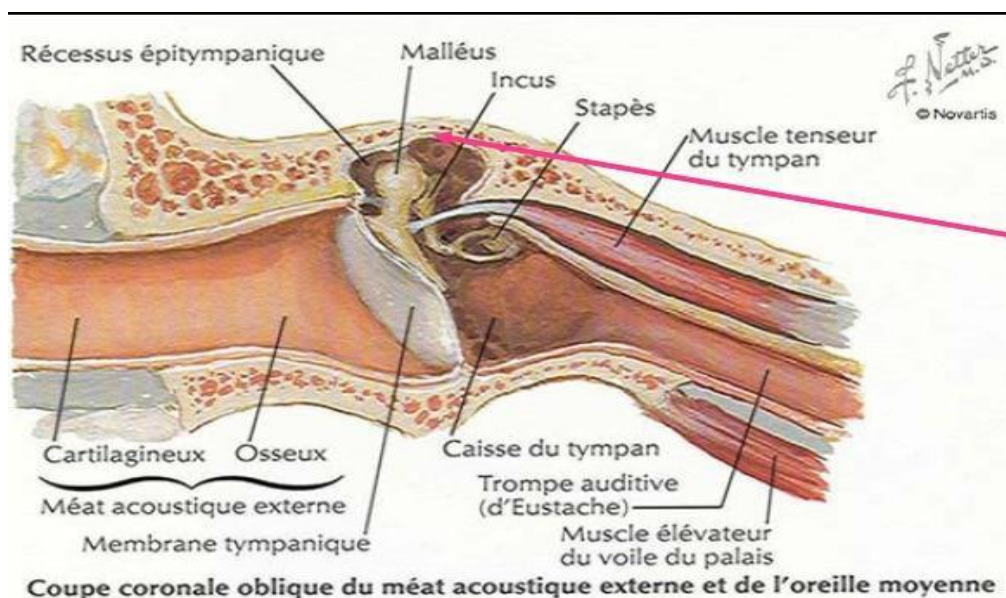


Figure 3G



Source : Atlas d'anatomie humaine. 2^{ème} édition. Section 1 Tête et cou(8)

FRANK. H NETTER, N.D.

Cette coupe transversale schématise d'une part le segment externe cartilagineux et le segment interne osseux du MAE ; et d'autre part la caisse du tympan, contenant le système tympano-ossiculaire, dont le rôle est de véhiculer l'onde sonore du monde extérieur jusqu'à l'oreille interne.

1.1.3. L'oreille interne :

L'oreille interne [9], ou labyrinthe, est située au sein de la pyramide pétreuse de l'os temporal. Elle comporte un ensemble de cavités osseuses, ou labyrinthe osseux, contenant et protégeant des structures tubulaires formant le labyrinthe membraneux. Au sein de ce dernier se trouvent l'organe sensoriel cochléaire destiné à l'audition et les capteurs sensitifs vestibulaires spécialisés dans la détection des accélérations angulaires et linéaires de la tête. Dans cet exposé, nous ne détaillerons pas l'anatomie du vestibule et des canaux semi-circulaires, dévolus à l'équilibre.

- La cochlée est le siège de l'organe acoustique récepteur, et constitue le labyrinthe antérieur.

Elle est formée de trois rampes enroulées en spirale (2,5 tours) autour d'un axe osseux, le modiolus.

Les « rampes vestibulaires » et « tympaniques » (remplies de périlymphe, de composition semblable au liquide céphalo-rachidien), entourant le « canal cochléaire »

(rempli d'endolymphe, riche en potassium responsable d'un potentiel endocochléaire de +80mV) Les deux rampes communiquent entre elles à la partie la plus apicale de la spirale cochléaire, par un orifice portant le nom d'hélicotreème. Elles sont isolées de l'oreille moyenne à la partie la plus basale respectivement par la fenêtré ovale pour la rampe vestibulaire et par la fenêtré ronde (fonctionnant en opposition de phase) pour la rampe tympanique

L'organe de Corti repose sur la membrane basilaire et s'enroule de la base à l'apex de la spirale cochléaire. Il se compose essentiellement de cellules sensorielles : environ 12.000 cellules ciliées externes (CCE) sur trois rangées dont le rôle est d'amplifier l'onde sonore et environ 3.500 cellules ciliées internes (CCI) sur une rangée, qui traduisent l'information sonore en message nerveux. Coiffées à leur pôle apical de trois rangées de stéréocils baignant dans l'endolymphe, leurs corps cellulaires sont localisés dans le compartiment périlymphatique. Les plus longs stéréocils des CCE sont ancrés dans une structure amorphe recouvrant l'organe de Corti : la membrane tectoriale.

- Le vestibule, ou labyrinthe central, composé de l'utricule et du saccule, relie les trois canaux semi-circulaires à la cochlée.
- Le labyrinthe postérieur, constitué des trois canaux semi-circulaires répartis dans l'espace tridimensionnelle, s'ouvre dans le vestibule par leurs deux extrémités. Le labyrinthe membraneux donne naissance aux voies nerveuses cochléaires et vestibulaires qui se réunissent pour former la VIIIe paire crânienne.

1.2. Physiologie de l'oreille

1.2. 1. L'oreille externe :

- Capte, dirige et amplifie le son
- Protège le Tympan par ses parcours tortueux, ses poils et cérumen.

1.2.2. L'oreille moyenne :

- Le Tympan et la Chaîne Ossiculaire transmettent les vibrations sonores 18 fois.
- La Trompe d'Eustache assure deux fonctions:
 - Une fonction équipressive: pour que le système tympano-ossiculaire fonctionne correctement, la pression doit être identique des deux côtés du Tympan. Cet équilibre pressionnel s'établit entre l'oreille moyenne et le Cavum, donc avec

l'extérieur si les fosses nasales restent perméables, lors de chaque mouvement de déglutition.

- Une fonction de drainage, les minimes sécrétions de la Caisse et de la Trompe s'évacuent vers le Cavum grâce à l'activité des cils de la muqueuse tubaire.

1. 2. 3. L'oreille interne :

- La Cochlée perçoit les vibrations sonores.
- Le labyrinthe contrôle l'équilibre.

2. Anatomie et physiologie du nez et des sinus. [10, 11,12]

L'unicité anatomique et fonctionnelle du nez et des sinus permet de parler de complexe naso-sinusien.

2. 1. Anatomie du nez et des sinus

2.1.1. Anatomie du nez

L'appareil nasal comprend deux parties : la pyramide nasale et les fosses nasales.

- La pyramide nasale :

C'est la portion de l'appareil nasal qui fait saillie au niveau de la partie médiane du massif facial moyen en forme de pyramide triangulaire. On lui décrit un sommet supérieur ou racine du nez, une base inférieure avec deux orifices narinaires, deux faces antéro- latérales symétriques réunies par une arête.

Le squelette ostéo-cartilagineux est composé :

- des deux os propres du nez réunis sur la ligne médiane, soudés en haut à l'échancrure et à l'épine nasale du frontal, latéralement aux apophyses montantes du maxillaire supérieur ;
- des cartilages triangulaires articulés avec les expansions latérales du septum.

Les tissus de revêtement comprennent les muscles disposés en deux couches et la peau qui, après plicature, bordent les orifices narinaires et tapissent le vestibule.

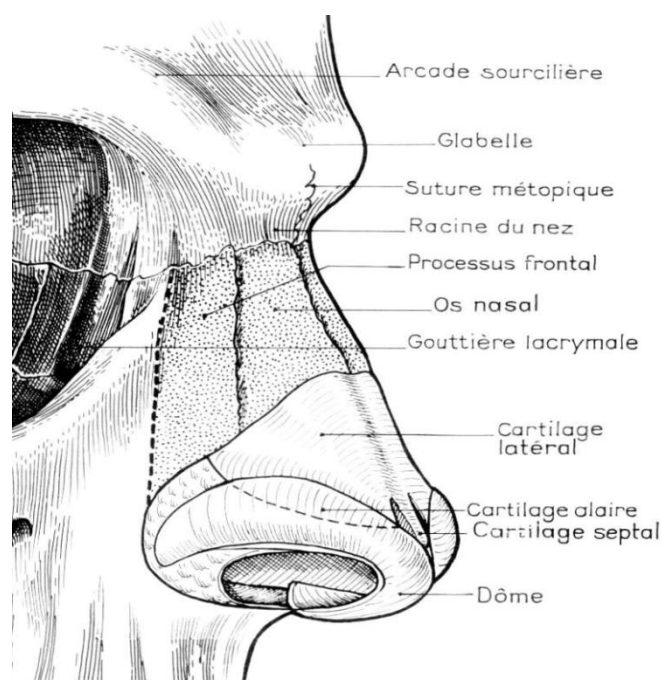


Figure 4G



Source : cahier d'anatomie ORL(11)

Legent F., Perlemuter L., Vandenbrouck C L.

➤ Les fosses nasales :

Elles forment deux cavités symétriques par rapport à la cloison. Elles ont la forme d'un parallélépipède aplati, s'ouvrant en avant par les orifices narinaux, en arrière, par les choanes dans le cavum.

Elles présentent à décrire quatre parois :

- la paroi supérieure ou plafond formée par la lame criblée de l'ethmoïde et la face antérieure du sphénoïde sépare les fosses nasales de l'étage antérieur et moyen de la base du crâne ;
- la paroi inférieure ou plancher, constituée par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et la lame horizontale du palatin, répond à la cavité buccale ;
- la paroi interne qui correspond à la cloison médiane ou septum est composée par la fragile lame perpendiculaire de l'ethmoïde en haut, le solide vomer en bas, le cartilage quadrangulaire en avant ;
- la paroi externe ou paroi latérale, irrégulière, est formée par le maxillaire supérieur, l'unguis, l'ethmoïde et le palatin. Sur cette paroi font saillie les cornets supérieur, moyen

et inférieur. Ces cornets délimitent au niveau de la paroi latérale correspondante, des espaces appelés méats.

- Le méat inférieur est surmonté en avant par l'orifice du canal lacrymo-nasal, ce qui explique l'hypersécrétion nasale pendant les pleurs.
- Le méat moyen est le plus important dans lequel s'ouvrent les sinus antérieurs de la face.
- Le méat supérieur présente deux ou trois orifices pour les cellules ethmoïdales postérieures et le sinus sphénoïdal. La muqueuse de revêtement ou muqueuse pituitaire tapisse tous ces reliefs. Elle se divise en deux champs :
 - le champ olfactif limité à la partie moyenne de la face inférieure de la lame criblée, débordant sur le cornet supérieur et la cloison. Il contient les cellules sensorielles bipolaires avec un renflement périphérique sur lequel s'implantent des cils et un prolongement central grêle s'anastomosant avec les voisins pour former des filets qui traversent la lame criblée et se jettent dans le bulbe olfactif ;
 - le champ respiratoire sur le reste de la cloison et des cornets, caractérisé par un épithélium cilié et par les nombreuses glandes à mucus dispersées dans le chorion.

2.1.2. Anatomie des sinus :

Ce sont des cavités pneumatiques paires, creusées dans le massif facial et tapissées d'une muqueuse respiratoire du même type que celle des fosses nasales.

On distingue :

- Les sinus maxillaires :

De forme pyramidale, ils sont creusés dans le maxillaire. La paroi supérieure forme une grande partie du plancher orbitaire, la paroi antérieure est jugale (c'est la voie d'abord chirurgical), la paroi interne est le siège de l'orifice de drainage. Le bord inférieur entre en rapport avec la deuxième prémolaire, les première et deuxième molaires supérieures de chaque côté. En arrière se trouve la fosse ptérygo-maxillaire. Leur individualisation est faite à la fin de la 2^{ème} dentition (8 ans-10 ans).

- Les sinus frontaux :

Souvent asymétriques, ils sont creusés entre les tables externe et interne de l'os frontal. Le plancher répond en dehors à l'orbite, en dedans à l'ethmoïde. La paroi postérieure est en rapport avec les deux premières circonvolutions frontales. Le canal naso-frontal irrégulier, comprimé par les cellules ethmoïdales, s'ouvre dans le méat moyen. Le sinus

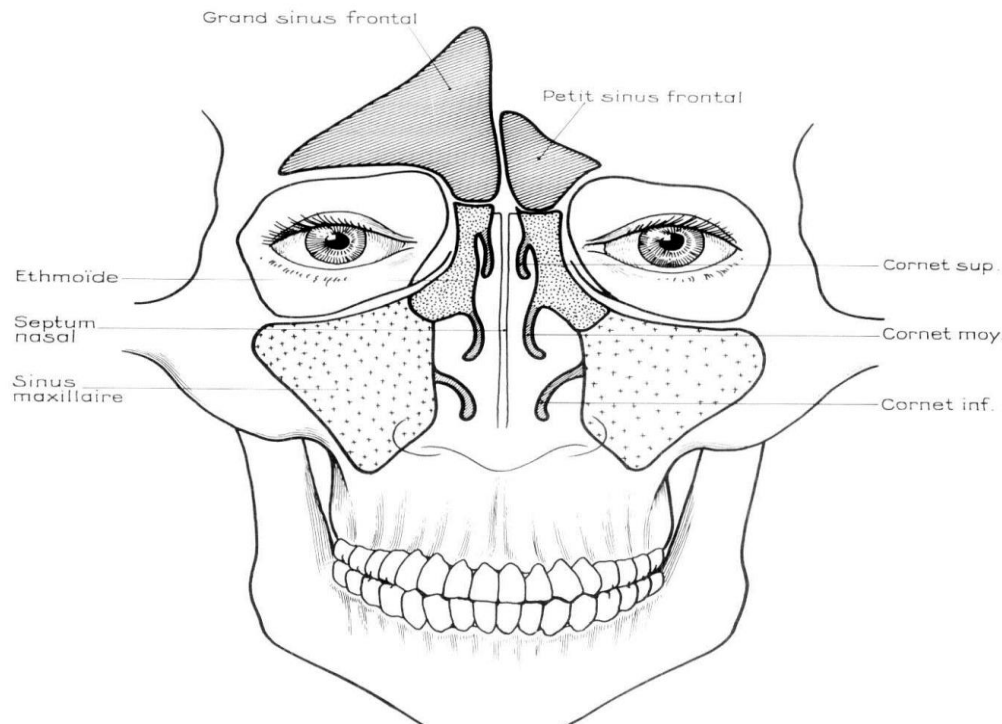
frontal apparaît anatomiquement vers 2 ans, et est visible radiologiquement vers 6 à 8 ans et son développement se termine vers 15 à 20ans.

- Le sinus sphénoïdal :

Il occupe tout ou une partie du corps sphénoïde. Le méat s'ouvre au niveau de la face antérieure nasale. Le toit est en rapport avec les bandelettes olfactives, le chiasma et l'hypophyse. La paroi externe est en rapport avec la loge du sinus caverneux et le canal optique. Le sinus sphénoïdal apparaît entre 10 et 12 ans et termine son développement à 15 ans. Il est visible radiologiquement dès son apparition.

- Les sinus ethmoïdaux :

Ils sont composés par un ensemble de cellules pneumatiques divisées en deux groupes antérieur et postérieur, s'ouvrant respectivement dans le méat moyen et le méat supérieur. Ces cellules ethmoïdales apparaissent vers les 5^{ème} – 6^{ème} mois de la vie intra-utérine théoriquement et radiologiquement visible à 1-2 ans. Les rapports principaux se font avec l'orbite et l'étage antérieur de la base du crâne.



Ht



Figure 5 : sinus antérieurs de la face

Source : cahier d'anatomie ORL(11)

Legent F., Perlemuter L., Vandenbrouk C L.

2.2. Physiologie du nez et des sinus

Le nez et les sinus ont pour fonctions :

- La respiration : l'air qui passe par les fosses nasales est réchauffé, humidifié, filtré et purifié
- L'odorat (olfaction) : la capacité de sentir les odeurs
- La défense contre les infections par les amygdales pharyngées
- La phonation et la résonance ...

3. Anatomie et physiologie du pharynx (13)

3.1. Anatomie du pharynx

Encore appelé carrefour aérodigestif parce que situé à la croisée des voies digestive et aérienne, le pharynx est un conduit musculo-membraneux, médian, impair et symétrique en forme de gouttière ouverte en avant. Il fait suite à la base du crâne jusqu'à la bouche de l'œsophage. Le pharynx traverse deux régions anatomiques distinctes ; il est céphalique puis cervical. Le conduit est aplati d'arrière en avant, d'une longueur totale de 15cm en moyenne au repos et d'un diamètre de 2cm à 4cm.

Lors de sa contraction, la portion inférieure du conduit s'élève et la longueur peut diminuer de 3 cm à 4 cm voire 7 cm selon POIRIER. Le diamètre transversal de la gouttière pharyngée n'est pas régulier ; il se rétrécit de haut en bas et plus particulièrement au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne.

La gouttière pharyngée est appliquée sur la face antérieure du rachis cervical dont elle épouse la convexité antérieure. Sa face antérieure plus étroite que la paroi postérieure présente de haut en bas :

- les orifices pharyngo-nasaux, pairs, symétriques : les choanes ;
- l'orifice médian bucco-pharyngé : l'isthme du gosier ;
- l'orifice pharyngo-laryngé médian : le vestibule. Le pharynx se prolonge par l'œsophage et présente à ce niveau une formation sphinctérienne : la bouche pharyngo-œsophagienne qui s'ouvre devant la présence du bol alimentaire.

L'aspect endocavitaire du pharynx est tourmenté ;

Sa paroi présente en effet de nombreux reliefs, plis, sillons et orifices dont les dimensions, la forme, les rapports vont considérablement varier avec la fonction.

On distingue trois étages de haut en bas du pharynx :

- l'étage supérieur en relation avec les fosses nasales appelé rhinopharynx ou épipharynx ou nasopharynx ou cavum. C'est l'arrière cavité des fosses nasales avec lesquelles elle communique par l'intermédiaire des choanes en arrière. Le Cavum est situé en avant de la colonne cervicale et de l'espace rétro-pharyngé, siège des ganglions de GILLETTE ; en bas il surplombe l'oropharynx et le voile.

Les ganglions de GILLETTE sont à l'origine des abcès rétropharyngés.

En haut, son rapport est essentiellement le sinus sphénoïdal, et latéralement les orifices des trompes d'Eustache.

Les parois supérieure et postérieure se continuent et sont tapissées par l'amygdale pharyngée de LÜSCHKA dont l'hypertrophie constitue les végétations adénoïdes. La muqueuse qui tapisse le cavum est de type respiratoire. Cette portion du pharynx est accessible grâce à la rhinoscopie postérieure ou à la cavoscopie.

- l'étage moyen en continuité avec la cavité buccale. On l'appelle mésopharynx ou oropharynx. Il est tapissé par une muqueuse de type glandulaire ; c'est le carrefour aérodigestif proprement dit. L'oropharynx est limité en haut par le voile du palais, en bas par l'horizontal passant par les arcades dentaires ou passant par le corps de l'os hyoïde, et en avant par la cavité buccale. Latéralement il est limité par les piliers

antérieurs et postérieurs du voile du palais, délimitant les loges amygdaliennes qui contiennent les amygdales palatines. L'amygdale palatine est un organe lymphoïde pair et symétrique constituant l'élément le plus volumineux de l'anneau lymphatique de WALDEYER.

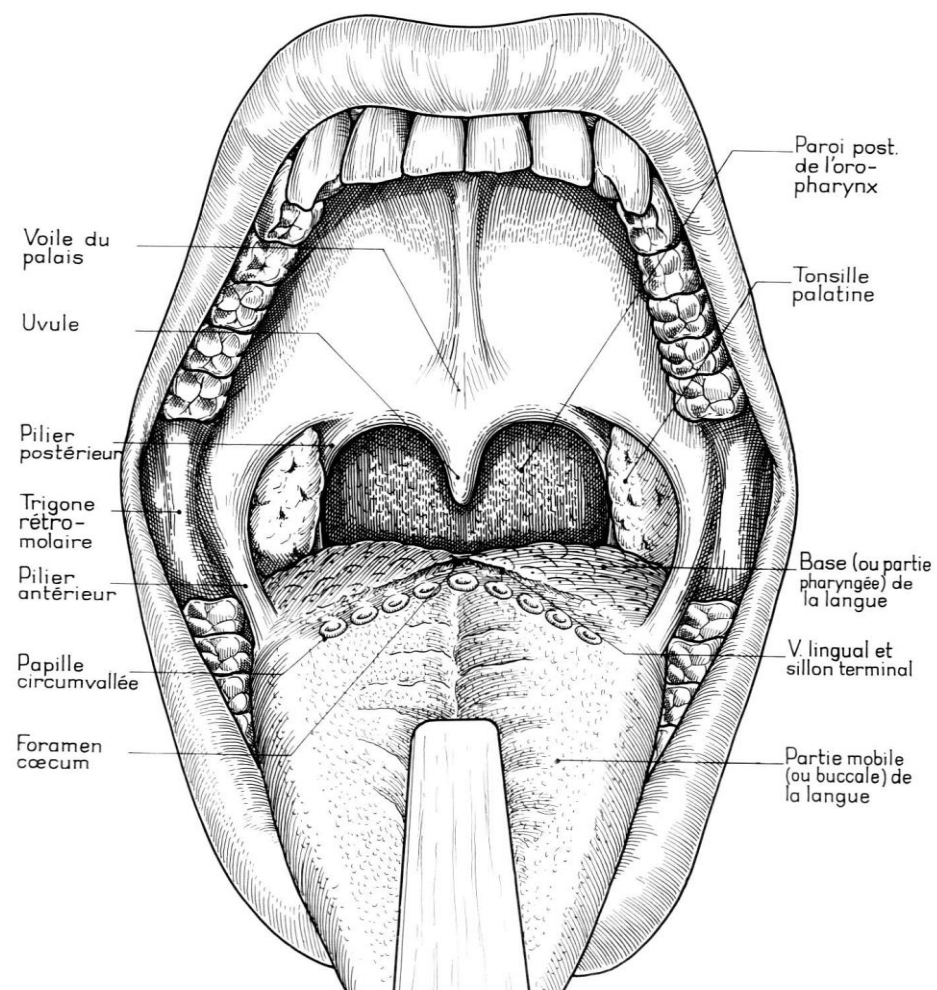


Figure 6 : vue antérieure de l'oropharynx à l'examen de la gorge à l'abaisse-langue

Source : Cahier d'anatomie ORL. (11)Ht

Legent F., Perlemuter L., Vandenbrouck CL.G



- l'étage inférieur appelé hypopharynx ou pharyngo-larynx est en relation avec le vestibule laryngé. Il s'étend du bord supérieur de l'épiglotte au bord inférieur du chôntricroïdien. IL s'ouvre en avant vers l'orifice supérieur du larynx. IL existe de

chaque côté, à la jonction du larynx et du pharynx, une poche muqueuse en forme d'entonnoir ou gouttière pharyngo-laryngée encore appelée sinus piriforme.

Les structures anatomiques et les éléments de voisinage les plus importants à ce niveau sont :

- l'aditus laryngé ;
- la face postérieure du larynx ;
- le sinus piriforme.

3.2. Physiologie du pharynx

Le pharynx assume plusieurs fonctions importantes :

- La déglutition (passage du bol alimentaire vers l'œsophage et l'estomac)
- La respiration
- la phonation (émission de la voix)
- l'audition (à travers la trompe d'Eustache)
- Défense immunitaire à travers les amygdales.

4. Anatomie et physiologie du larynx

4.1. Anatomie du 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 [19].

4.1.1. 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 :
 - o En avant, l'épiglotte ;
 - o Latéralement, les deux bandes ventriculaires ;
 - o 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 [29].

4.1.2. 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 [29].

4.1.3. L'étage sous glottique :

L'étage sous-glottique est la portion la plus rétrécie de la filière laryngée ; d'environ 1 cm de longueur ; il se continue en bas par la trachée [29].

4.2. Physiologie du larynx :

Le larynx assume des fonctions importantes :

- Respiratoire ouverture des cordes vocales afin de permettre le passage de l'air vers la trachée puis les poumons.
- Phonatoire : émission de son par rapprochement des deux cordes vocales
- De défense : protection par l'épiglotte des voies aériennes inférieures de fausses routes alimentaires; Par des muscles permettant sa mobilité (tendeur et dilatateur de la glotte, suspension et élévation du larynx)

5. Anatomie et physiologie des glandes du cou :

5.1. Anatomie et physiologie de la glande thyroïde (24) (57)

5.1.1. Anatomie de la glande thyroïde

La thyroïde est une glande située dans la partie antéro-inférieure du cou, en avant des six premiers anneaux de la trachée, sous le cartilage. Elle est constituée par deux lobes latéraux ovoïdes, réunis par un isthme duquel se détache parfois un lobe intermédiaire ou pyramide de Lalouette, vestige de l'embryogénèse, ce qui lui donne globalement la forme d'un H ou d'un papillon.

C'est une glande de petite taille, de 5 à 6 cm de hauteur et d'environ 2 cm de largeur et d'épaisseur. Son poids moyen est de 30g.

Son parenchyme est brun-rougeâtre, de consistance molle, entouré d'une capsule et d'une gaine ou loge thyroïdienne de type musculo-aponévrotique. Lorsqu'il y a une thyroïdectomie, c'est entre la capsule et la loge que l'on incise, mais c'est également dans cet espace que l'on retrouve la terminaison des artères thyroïdiennes et l'origine des veines, les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs (= récurrents) ainsi que les glandes

parathyroïdes. Les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents sont les nerfs moteurs des cordes vocales, ils peuvent être abîmés lors d'une chirurgie de la thyroïde.

Les parathyroïdes sont au nombre de 4, une inférieure et une supérieure pour chaque lobe. Elles n'interviennent pas dans le système thyroïdien mais dans le métabolisme phosphocalcique en produisant la parathormone.

5.1.2. Physiologie de la glande thyroïde

La glande thyroïde produit des hormones qui agissent sur le métabolisme et l'activité du système nerveux (température, activités cognitives, croissance de l'organisme et psychisme). L'hyperfonctionnement de la glande (hyperproduction d'hormones) provoque la thyrotoxicose (maladie de Basedow), son hypofonctionnement cause le myxoedème

5.2. Anatomie et physiologie de la trachée et des bronches :

5.2.1. Anatomie de la trachée et des bronches :

5.2.1.1. La trachée :

La trachée est un conduit fibro- cartilagineux aérifère, oblique en bas et en arrière. Elle fait suite au larynx à la hauteur de la sixième vertèbre cervicale (C6) et se termine dans le thorax par une bifurcation en deux bronches principales au niveau du médiastin moyen, à la hauteur de la cinquième vertèbre thoracique (T5). La trachée est placée devant l'œsophage et parcourt successivement la partie antéro-inférieure du cou puis la partie supérieure du thorax. Elle présente donc sur le plan topographique, deux segments :

- ✓ un segment cervical qui s'étend du bord inférieur du cricoïde (C6) jusqu'à un plan horizontal passant par le bord supérieur du sternum à la hauteur de la deuxième vertèbre thoracique (T2) ;
- ✓ un segment thoracique s'étendant du bord supérieur du sternum jusqu'à la bifurcation trachéale, au niveau de la carène, à la hauteur de T5 où elle donne naissance aux deux bronches souches droite et gauche.

Le conduit fibreux trachéal, mobile, flexible et extensible, est renforcé par 15 à 20 anneaux cartilagineux superposés et ouverts en arrière. Cette partie postérieure est fermée par une lame fibro - élastique doublée en avant d'une lame musculaire. Les anneaux sont destinés à maintenir la lumière trachéale béante. La longueur moyenne de la trachée est de 12 cm chez l'homme adulte ; les segments cervical et thoracique sont pratiquement égaux, de 6 cm à 7 cm.

Cette longueur varie suivant l'âge, le sexe, et chez un même sujet, suivant que le larynx est au repos ou en mouvement et la tête en flexion ou en extension. La trachée a la forme d'un tube cylindrique aplati transversalement et présente deux dépressions, thyroïdienne et aortique.

La muqueuse qui tapisse la face interne du conduit trachéal est de type respiratoire cilié, ayant les mêmes caractéristiques que la muqueuse laryngée.

5.2.1.2.Les bronches :

Les bronches issues de la bifurcation trachéale s'écartent en formant un angle de 70° environ et sont réunies par un ligament inter-bronchique.

L'endoscopie permet d'observer à travers un fibroscope souple ou une optique rigide panoramique, la muqueuse trachéale blanc-rosée, soulevée par les anneaux cartilagineux en saillies successives transversales.

La forme de la lumière trachéale est variable suivant le cycle respiratoire mais aussi selon les individus.

Un certain nombre d'empreintes endoluminales est noté : la dépression du tronc artériel brachiocéphalique en avant, l'empreinte pulsatile sur le flanc gauche de la crosse aortique, déviant la trachée vers la droite peut, chez le jeune enfant, l'écraser et imposer un geste de pexie aortique chirurgicale. La carène sagittale de couleur ivoire marque la bifurcation trachéale et la naissance des bronches principales divergentes asymétriques. La bronche principale droite semble continuer l'axe trachéal.

5.2.2. Physiologie de la trachée et des bronches :

La trachée et les bronches assurent les fonctions suivantes :

- la protection : elle est basée sur l'élimination de particules étrangères présentes dans l'air.
- la respiration : l'air inspiré passe par le larynx, la trachée, les bronches et les poumons.
- laphonation : les poumons, les bronches, la trachée participent pleinement à la phonation au même titre que les cordes vocales du larynx et les cavités de résonance de l'oropharynx, du nez et des sinus de la face.

5.3. Anatomie et physiologie de l'Œsophage : (30)

5.3.1. Anatomie de l'œsophage :

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui relie le pharynx à l'estomac. C'est la partie initiale du tube digestif. Il transporte le bol alimentaire de la cavité pharyngienne à la cavité gastrique, au cours du troisième temps de la déglutition.

Son trajet débute immédiatement sous le cartilage cricoïde au niveau de la sixième vertèbre cervicale (C6). Le long de ce trajet, il va traverser successivement la région cervicale (partie médiane et inférieure du cou), le médiastin postérieur, le diaphragme par l'orifice œsophagien et se terminer dans la région coeliaque (partie supérieure de l'abdomen).

L'œsophage présente deux courbures :

- dans le plan sagittal, il est concave en avant : de C6 à T10 il suit la concavité antérieure du rachis ; de T4 à T10, il est refoulé en avant par l'aorte ;
- dans le plan frontal, il est sinueux : un peu oblique en bas et à gauche jusqu'à T4, refoulé à droite par la crosse de l'aorte, puis oblique en bas et à gauche jusqu'à sa terminaison au niveau du cardia.

Les dimensions :

La longueur moyenne de l'œsophage est de 25 cm dont :

- 5 à 6 cm pour l'œsophage cervical,
- 1- le rétrécissement cricoïdien au niveau de C6,
- 2- le rétrécissement aortique au niveau de T4, lié à l'empreinte de la crosse de l'aorte sur la paroi latérale gauche de l'œsophage,
- 3- le rétrécissement bronchique au niveau de T6, marqué par l'empreinte de la bronche souche gauche,
- 4- le rétrécissement diaphragmatique au niveau de T10.

En endoscopie, par rapport aux arcades dentaires, on observe :

- le rétrécissement cricoïdien à 15 cm ;
- le rétrécissement aortique à 25 cm ;
- le rétrécissement diaphragmatique à 35 cm ;
- et le cardia à 40 cm

Quatre dilatations dont trois fuseaux intermédiaires et un entonnoir terminal.

L'œsophage se compose de trois tuniques concentriques et régulièrement superposées.

De dedans en dehors, on a :

- la muqueuse, épaisse et résistante ;
- la sous-muqueuse qui adhère intimement à la muqueuse et qui contient quelques glandes muqueuses, essentiellement dans son tiers inférieur ;
- la musculuse constitue la tunique la plus externe.

La lumière est fermée et aplatie dans son ensemble, béante et cylindrique entre les bronches et le diaphragme.

Consacrons la suite de notre description à la portion cervicale qui est du ressort de l'ORL.

L'œsophage cervical.

Il fait suite au pharynx au niveau du bord inférieur du cricoïde, à la hauteur du corps de C6. Il se continue par l'œsophage thoracique au niveau de l'orifice crânial du thorax, repéré en avant par le bord supérieur de la fourchette sternale et en arrière par le corps de la deuxième vertèbre thoracique.

La muqueuse de cette portion cervicale ne contient pas de glandes sécrétoires et la couche musculaire longitudinale est formée de fibres striées.

5.3.2. Physiologie de l'œsophage :

L'œsophage permet l'acheminement du bol alimentaire vers l'estomac. Pendant la déglutition, la bouche œsophagienne s'ouvre et, sous l'action de l'onde péristaltique des muscles du pharynx, d'abord, et de ceux de l'œsophage par la suite, le bol alimentaire est envoyé dans l'estomac.

B. RAPPEL SUR QUELQUES PATHOLOGIES EN ORL

B1. OTITE MOYENNE AIGUE

I. Généralités :

1. Définition: L'otite moyenne aigue est une inflammation aigue d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne.

2. Epidémiologie :

L'otite moyenne est une maladie qui se voit à tout âge, mais plus particulièrement chez l'enfant [42, 43]. Elle a une incidence maximale avant 2 ans et plus particulièrement entre six mois et deux ans.

Les garçons semblent plus souvent concernés par la maladie [44, 45].

3. Pathogénie:

La voie rhinopharyngée est par excellence la voie de contamination de l'oreille moyenne. Chez l'enfant, la trompe d'Eustache qui est un organe de drainage et de ventilation est large, courte et béante; ce qui favorise la propagation des infections rhino-pharyngées vers l'oreille moyenne. Les autres voies de contamination peuvent être hématogènes ou par traumatisme direct du tympan.

Le rôle de certains facteurs favorisants est connu. A titre d'exemple, on peut citer:

- ✓ Les végétations adénoïdes : L'hypertrophie des amygdales pharyngées de Luschka gêne la ventilation des fosses nasales et du cavum provoquant une stase des sécrétions. Cette stase peut favoriser ainsi l'infection par voie ascendante.
- ✓ L'âge:

Les nourrissons dès qu'ils ne sont plus protégés par les anticorps maternels deviennent fragiles pour les virus et les bactéries de l'environnement.

- ✓ Les facteurs génétiques:

Les enfants porteurs de fente vélaire ou vélo - palatine, les enfants dysmatures, les trisomiques 21 sont plus fréquemment atteints d'otites.

- ✓ Les facteurs environnementaux :

La promiscuité (crèche) favorise la survenue des otites. Cependant le climat en lui-même n'est pas un facteur déterminant. Ce sont les variations de climat qui interviendraient dans le développement de la maladie.

- ✓ Le reflux gastro-œsophagien :

Il est maintenant clairement établi que lors d'un reflux gastro-œsophagien, du liquide acide peut remonter jusqu'au niveau du rhino-pharynx et entraîner une altération de la muqueuse à ce niveau et à ce titre, un reflux gastro-œsophagien est probablement un facteur favorisant des OMA [44].

- ✓ Le tabagisme passif:

L'inhalation passive de fumée de tabac est maintenant clairement reconnue comme un facteur favorisant toutes les infections des voies aériennes chez l'enfant et notamment les OMA [44].

- ✓ Les facteurs socio-économiques:

Les populations à bas niveau socio-économique sont plus exposées au risque d'OMA en raison des différents facteurs (hygiène défectueuse, promiscuité, malnutrition...)

II. Diagnostic clinique

1. Eléments du diagnostic clinique:

Le diagnostic d'otite repose sur l'examen otoscopique. Cet examen nécessite une technique rigoureuse: l'enfant doit être correctement tenu afin qu'il ne puisse bouger la tête. Le CAE est débarrassé d'éventuels débris cérumineux. Le pavillon de l'oreille examiné est tiré doucement en bas et en arrière pour bien dégager le CAE. Chez les enfants, l'évolution de l'OMA se fait généralement en 3 stades qui sont:

- le stade d'otite congestive
- le stade d'otite collectée
- le stade d'otite suppurée avec écoulement de pus (otorrhée) dans le CAE.

1.1. Stade d'otite congestive:

A ce stade, il existe des signes spécifiques et des signes non spécifiques. Les signes spécifiques traduisent une otalgie: l'enfant pleure et tend la main vers l'oreille ou la frotte contre le drap. Les signes non spécifiques sont des signes généraux qui peuvent être:

- la fièvre parfois élevée (39-40°C),
- les troubles du sommeil et du comportement,
- les troubles digestifs à type de diarrhée et de vomissement.

L'otoscopie permet de montrer à ce stade un tympan plat, une modification de couleur avec un tympan rouge et la disparition des reliefs ; une modification de transparence dans laquelle le tympan est opaque et non translucide.

1.2. Stade d'otite collectée :

A ce stade, les signes ci-dessus cités sont plus marqués notamment l'otalgie qui devient plus importante se traduisant par une irritabilité plus importante. La fièvre persiste oscillant entre 39-40°C. A l'otoscopie on note un tympan épaissi de coloration « lie de vin », une disparition des reliefs ossiculaires. La membrane tympanique est bombée traduisant la collection.

1.3. Stade d'otite suppurée:

L'otite suppurée traduit la rupture du tympan et s'accompagne d'un écoulement purulent dans le CAE. A ce stade, on a une disparition de la douleur, une défervescence thermique. Cette perforation peut se situer soit dans le cadran postéro-inférieur, ou dans le cadran postéro-supérieur.

L'otoscopie doit être complétée par:

- une rhinoscopie antérieure
- une oropharyngoscopie
- la recherche d'adénopathies cervicales
- la recherche de signes de mastoïdisme : la pression sur la face externe de la mastoïde provoque une douleur

III. Evolution - complications:

1- Evolution:

L'évolution de l'otite suppurée peut être spontanément favorable. En effet, il y a des otorrhées qui guérissent après l'écoulement du pus. L'évolution peut par contre se faire vers des complications [46].

2- Complications:

Les complications survenant au cours des otites suppurées peuvent être des complications locorégionales et générales. La diffusion de l'infection à partir des cavités de l'oreille moyenne s'effectue par 3 mécanismes dont "l'ostéolyse, la thrombose veineuse et les voies préformées". L'infection peut aussi se propager à travers un os intact à partir des veines de petits calibres drainant la muqueuse de l'oreille moyenne [46]. Les complications jadis fréquentes, deviennent de plus en plus rares cependant, on peut signaler:

- les mastoïdites
- les méningites et méningo-encéphalites
- les thrombophlébites du sinus latéral et les septicémies
- les paralysies faciales.

IV. Traitement

1. Indication de l'antibiothérapie :

- ✓ Chez l'enfant de moins de 2 ans, l'antibiothérapie est d'emblée recommandée (grade A).
- ✓ Chez l'enfant de plus de 2 ans

Si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée, otalgie intense) ou s'il existe des difficultés de compréhension des consignes, une antibiothérapie peut être prescrite d'emblée (grade B).

- ✓ En cas d'OMAP chez l'adulte.

2. La durée du traitement :

La durée de l'antibiothérapie est de 5 jours après 2ans et 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans.

3. Antibiothérapie :

- L'amoxicilline, à la dose de 80 à 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, est à privilégier en première intention.
- Amoxicilline-acide clavulanique en cas de syndrome otite-conjonctivite (forte probabilité d'une infection à *Haemophilus influenzae*).
- Cefpodoxime à la dose de 8mg/kg/j en 2 prises quotidiennes, en cas d'allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines.
- Erythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole (trimethoprime-sulfamethoxazole) en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines).
- Le recours à la ceftriaxone en une injection IM en première intention doit rester exceptionnel et se conformer au libelle d'AMM essentiellement en cas d'impossibilité d'un traitement adapté par voie orale.

4. Autres traitements :

Le traitement antalgique-antipyrétique est recommandé en fonction des symptômes observés. Dans cette affection l'utilité des AINS à doses anti-inflammatoire et des AIS n'est pas démontrée. Les gouttes auriculaires n'ont aucune indication dans l'OMA et sont réservées au traitement des otites externes.

B2. RHINOPHARYNGITE

I. Généralités

1. Définition

La rhinopharyngite est une atteinte inflammatoire aiguë de l'étage supérieur du pharynx (le nasopharynx) associée à une atteinte des fosses nasales (47).

2. Epidémiologie

Les données sur l'incidence de la rhinopharyngite et des pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) en général sont rares et peu précises, que ce soit au niveau national ou international(16)

La rhinopharyngite aiguë reste très fréquente surtout chez les jeunes enfants de 6 mois à 7 ans. Dans cette tranche d'âge, les enfants présentent en moyenne six à huit épisodes par an contre deux à quatre chez les adultes (47, 48, 49).

3. Etiologies

Les virus sont les principaux agents pathogènes responsables de rhinopharyngites aiguës.

Plus de 200 virus sont susceptibles de provoquer une rhinopharyngite.

Les rhinovirus sont très fréquents (agent causal dans au moins 30% des cas). On retrouve ensuite les coronavirus (10% des cas). Puis viennent par ordre décroissant le virus respiratoire syncytial (VRS), les virus influenzae et para-influenzae, les adénovirus et les entérovirus (47, 48).

4. Physiopathologie

La rhinopharyngite est une maladie infectieuse bénigne d'origine virale essentiellement.

La transmission interhumaine du virus peut avoir lieu de 2 façons différentes :

- par aérosols générés lors d'une toux ou d'un éternuement
- par contact direct avec des sécrétions contaminées (salive, sécrétion nasale)

Suite à l'inoculation, il faut attendre 24 heures pour repérer le virus dans les sécrétions nasales. Il atteint un titre maximal en deux à trois jours et persiste jusqu'au cinquième/septième jour de l'infection (48).

Dès l'inoculation, le système immunitaire va s'activer pour protéger l'organisme contre le pathogène grâce à une réaction innée et une réaction adaptative (50).

5. Facteurs favorisants :

5.1. Facteurs liés à l'âge :

A la naissance, l'enfant est protégé par les immunoglobulines maternelles. Cette protection va progressivement disparaître et parallèlement l'enfant va développer son propre système de défense immunitaire. Tout au long de la vie, l'immunité devient de plus en plus large vis-à-vis des virus à rhinopharyngites. Le nombre annuel d'épisodes de rhinopharyngites diminue donc avec l'âge (48).

5.2. Facteurs liés aux carences de l'organisme :

Une carence en vitamine C peut diminuer la résistance vis-à-vis des virus par diminution de la stimulation lymphocytaire et de l'activité cytotoxique de certaines cellules. Une carence en fer va quant à elle être à l'origine d'une altération des fonctions des

polynucléaires neutrophiles (ayant un rôle primordial dans la phagocytose des cellules infectées ou étrangères) et de l'immunité cellulaire **(48)**.

5.3.Facteurs liés au climat et à l'environnement :

Selon le type de virus, le caractère épidémique est plus important durant les saisons chaudes ou froides.

Pour les rhinovirus, c'est durant la période chaude que le caractère épidémique est le plus important tandis que la période hivernale est plus propice aux adénovirus, VRS et virus grippaux **(48)**.

Les modifications de l'environnement ambiant jouent aussi un rôle important dans la survenue de rhinopharyngites.

Le tabac et la pollution sont à l'origine de lésions de l'épithélium de l'appareil respiratoire notamment au niveau de la muqueuse nasale. Ils entraînent des phénomènes irritants et perturbent le transport mucociliaire favorisant ainsi l'infection virale. Il faut également noter que différents gaz tels que l'ozone, le dioxyde d'azote, le dioxyde de soufre peuvent favoriser une infection **(48)**

5.4. Autres :

Le sommeil peut également jouer un rôle dans la survenue de rhinopharyngites. Un sommeil de mauvaise qualité ou une durée de sommeil trop courte (inférieure à 7 heures par nuit) sont associés à une sensibilité accrue aux infections et aux rhinopharyngites. En effet il a été démontré qu'un trouble du sommeil pouvait engendrer un dérèglement des fonctions immunitaires : diminution de l'activité des cellules NK, diminution de la production d'interleukine 2 (IL-2), augmentation du taux de cytokines pro-inflammatoires circulantes **(51)**. L'IL-2 permet entre autre la synthèse des cellules T, cellules majeures dans la défense immunitaire contre les virus.

II. Clinique :

Les rhinopharyngites aiguës prédominent durant la période hivernale. La plainte fonctionnelle associée : une rhinorrhée bilatérale, associée à une obstruction nasale bilatérale, des douleurs pharyngées, une toux (dans 30% des cas) et des éternuements. Il peut également y avoir une fièvre modérée, rarement supérieure à 38,5°C.

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

A l'examen clinique on relève, une inflammation des muqueuses naso-pharyngées, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure catarrhale ou purulente. A l'otoscopie les tympans apparaissent congestifs (52,53).

2. Diagnostic différentiel :

2.1.En cas de rhinorrhée :

Une rhinorrhée unilatérale fétide chez un enfant doit faire suspecter la présence d'un corps étranger dans la fosse nasale (52).

Une rhinite chronique échappant aux traitements classiques doit faire rechercher toutes causes médicamenteuses comme l'utilisation abusive de vasoconstricteurs locaux (48).

2.2.En cas d'obstruction nasale (52)

En cas d'obstruction nasale il faut rechercher une présence d'imperforation choanale. Cette imperforation peut être bilatérale, elle se manifeste alors par une obstruction nasale néonatale totale. Le diagnostic est relativement facile : aucune buée n'apparaît lorsque l'on place un miroir devant les fosses nasales du nouveau-né et si l'on introduit une sonde dans l'une ou l'autre des fosses nasales, cette dernière va buter après quelques centimètres.

Le traitement chirurgical doit être précoce car cette malformation peut aboutir à de graves troubles respiratoires chez le nouveau-né.

L'imperforation choanale peut, par ailleurs, être unilatérale, engendrant alors des troubles beaucoup moins importants. Après avoir écarté une éventuelle imperforation, il faut rechercher la présence de tumeur bénigne (le fibrome nasopharyngien) pouvant entraîner une obstruction nasale progressive avec rhinorrhée et épistaxis à répétition ou la présence de tumeur maligne.

2.3.Rhinopharyngite chronique récidivante allergique

Les patients présentent une obstruction nasale chronique avec rhinorrhée chronique le plus souvent claire. Le diagnostic de rhinopharyngite allergique peut être posé à la suite d'examens complémentaires (hyper éosinophilie, tests cutanés, tests de provocations nasales,...), (52).

IV. Evolution-Complications :

1. Evolution :

La période d'incubation de la rhinopharyngite est courte : 48 à 72 heures

Les symptômes atteignent généralement leur paroxysme au bout de 2 à 3 jours, les douleurs pharyngées disparaissent rapidement alors que la rhinorrhée initialement claire devient plus épaisse et purulente. L'évolution tend spontanément en une guérison en 7 à 10 jours. Il faut noter que « la présence de fièvre et de sécrétions nasales purulentes (dans les délais normaux d'évolution de la maladie) ne prédisent pas un risque d'infection ou de surinfection bactérienne », (54).

2. Complications

2.1. Hyperthermie

Certaines rhinorrhées peuvent s'accompagner de fièvre supérieure à 38,5°C. Chez le jeune enfant, cette hyperthermie est à surveiller car elle peut être responsable de complications graves : convulsions hyperthermiques et déshydratation principalement (52).

2.2. Otites

L'inflammation et/ou l'infection peuvent se propager via la trompe d'Eustache et entraîner des otites.

L'otite congestive : C'est la plus habituelle au cours des rhinopharyngites. Il n'y a pas de surinfection (55).

L'otite moyenne aiguë (OMA) représente la complication la plus fréquente chez le petit enfant, notamment avant 3 ans. Le plus souvent cette complication est de nature bactérienne. L'OMA représente 50% des complications de rhinopharyngites. Le pourcentage de survenue d'une OMA suite à une rhinopharyngite est estimé à environ 10% (47). Enfin, l'otite séromuqueuse (OSM), apparaissant suite à un épanchement liquidien rétro tympanique dû à un œdème de la muqueuse tubaire ou à un obstacle rhinopharyngé (55).

2.3. Sinusites aiguës

La localisation d'une sinusite post rhinopharyngite est généralement fonction de l'âge. Chez le jeune enfant, on observera essentiellement des sinusites ethmoïdales. Rares, mais graves elles nécessitent une hospitalisation avec antibiothérapie intraveineuse(55). Par la suite (généralement après 6 ans), la complication la plus fréquente est la sinusite maxillaire qui reste le plus souvent bénigne.

2.4. Autres complications (55)

D'autres complications peuvent apparaître :

- laryngite : aiguë sous-glottique ou striduleuse (ou spasmodique)
- conjonctivite purulente du nourrisson, le plus souvent d'origine bactérienne
- atteinte broncho-pulmonaire : par surinfection bactérienne des VAS ou par extension de l'infection virale primaire.
- adénite : cervicale, parapharyngée ou rétropharyngée
- hypertrophie des végétations adénoïdes (généralement chez l'enfant).

V. Traitements :

- L'antibiothérapie n'est donc justifiée qu'en cas de surinfection bactérienne avérée : OMA, sinusite bactérienne,... (Grade A). La conjonctivite purulente simple ne nécessite qu'une antibiothérapie par voie locale.
- Lors d'une rhinopharyngite aiguë non compliquée, la prise en charge est essentiellement symptomatique et peut associer **(62)**

- un lavage des fosses nasales.

Des solutés isotoniques ou hypertoniques peuvent être utilisés associés au mouchage du nez et/ou aspiration au mouche bébé,

- un antipyrétique en cas de fièvre,
- un vasoconstricteur.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes par voie générale ne sont quant à eux pas recommandés.

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. **[58]**

2. Epidémiologie :

Au Burkina en 2010, dans une étude sur 12 mois, les OMC ont représenté 0,96 % des motifs de consultation en ORL. **[33]**

Au Mali en 2010, N. Camara a retrouvé les OMC comme la première cause de surdité de transmission avec un taux de 53 %. **[32]**

II- Signes :

1. Type de description : Otite moyenne 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 cholestéatomateuses :

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, elle pourrait 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 OSM.

2.1.2. Les otites muqueuses ouvertes :

Elles peuvent se compliquer d'ostéite, de métaplasie épidermoïde et/ou mucipare, ou d'épidermoïde. 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 atelectasiques :

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 intra pétreux (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 [58].

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)[58].

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[58].

- Les abcès : (Extra-dural, Sous-dural, Intracérébral) 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, scanné, examens bactériologiques du pus) compléteront le dossier.

2. Diagnostic différentiel :

- Otite externe chronique : le CAE est rétrécit, otorrhée, prurit.
- Tumeurs du glomus jugulaire : tumeurs vasculaires donnant au tympan un aspect rouge ou violacé, souvent battante.

3. 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 cholestéatome,
- ✓ Améliorer l'audition ou la rétablir,
- ✓ Eviter les complications,
- ✓ Eviter les récides.

· 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. 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 dysphagiente, 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 [59].

Au Bénin en 1999, Mbouapda a retrouvé que les angines représentent 1,55 % des affections ORL [60].

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 %)[37].

II. Signes : [61]

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 reflexe.

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 adénopathies 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 : [61]

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 aigue de Mouro.
- L'atteinte peut être bilatérale : il s'agit des maladies hématologiques (agranulocytose, leucose aigue) ou la mononucléose infectieuse.
- L'ulcération peut être superficielle : une aphtose de l'amygdale, un chancre syphilitique, une angine herpétique aigue 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 adénophlegmon 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 : [62]

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).

Si on réalise un TDR qui se révèle négatif, le traitement doit rester symptomatique (antalgiques, antipyrétiques, soins locaux).

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). [63]

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

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 [64].

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 [64].

Selon A. Chakibou les épistaxis ont représenté en 1996, 1,29 % des affections ORL au Benin [36].

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 [27].

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 fréquente).

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 ; de moyenne abondance entre 100-500cc et de grande abondance lorsqu'elle est supérieure à 500cc.

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

4. Signes biologiques de retentissement : il s'agit d'une anémie (inférieure à 10 g/dl), d'un taux d'hématocrite (inférieur 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

4.1. Traumatiques : il s'agit, de :

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

4.2. Causes tumorales :

- Le fibrome naso-pharyngien.

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

4.3. Causes inflammatoires ou infectieuses :

Un état inflammatoire peut réveiller une ectasie de la tâche 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...).

4.4. Causes générales :

- Congénitales :

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

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

4.5. Epistaxis essentielle :

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

B6.LES CELLULITES CERVICO-FACIALES

I. Généralités :

1. Définition : Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces cellulograsseux 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. [65]

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. [66]

Houkpe et coll au Bénin ont retrouvé dans leur étude 55 cas en 10 ans soit 5 cas en moyenne par an [76].

Au Mali M. Keita et coll[35] ont retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 57 %, Benzarti[53] en Tunisie 74 % et Potard [56] 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). [65]
- Les prescriptions médicamenteuses : les anti-inflammatoires. [65]

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 à d'autres germes (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. [65]

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 réflexe.

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 cervico-thoracique 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 : [65]

2.1. Autres formes de cellulite aiguë diffuse :

2.1.1. Phlegmon du plancher buccal de Gensoul (« Ludwig'sangina » 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'œdème 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. La douleur est devenue lancinante avec céphalées et sensation de battements au niveau de la tuméfaction faciale. À ce niveau, la peau est rouge, chaude et luisante ; une fluctuation peut être retrouvée. Les téguments prennent le Godet. [65]

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 palpation, évoluant depuis quelques jours.

2. Diagnostic différentiel :

Dans la région génienne et naso-génienne

La peau (kyste sébacé)

La glande parotide (infection, tumeur)

Le muscle masséter (hypertrophie)

Le conduit lacrymal (dacryocystite)

Les veines (thrombophlébite du plexus alvéolaire ou facio-ophtalmique)

Dans la région labiale

Une glande salivaire accessoire (kyste mucoïde, tumeur mixte)

Une dermo-hypodermite mycosique

Une atteinte spécifique ou maligne

Dans la région mentonnière

Une folliculite suppurée des poils de la barbe (sycosis)

Dans le vestibule

Un angiome

Une diaphnie

Un épulis

Au niveau du palais

Un kyste d'origine dentaire

Une tumeur mixte ou cylindromateuse

Une ostéopathie

Dans la région sous mylo-hyoïdienne

Une glande sous maxillaire (sous maxillite)

La mandibule (ostéite, tumeur)

Des ganglions (adénophlegmon)

Un kyste congénital

Un lipome

Dans la région sus-mylohyoïdiennes

Le canal de (Whartonite)

Une grenouillette

Un kyste dermoïde

Une stomatite

IV. Traitement [65]

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. Médicales : 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 sont connus.

3.2. Chirurgicales :

- 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.

B7. 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. **[68, 69]** On note une prédominance des CE métalliques à type de pièce de monnaie chez les enfants : 50 à 86,5 %. **[67, 69]**

La pile bouton est un corps étranger très dangereux, à extraire en urgence (risque de corrosion chimique). **[69]**

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 aphagie, d'apparition brutale [69].

- 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 [69].

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 phoroglucinol (Spasfon R) en IV, qui relâche le sphincter

supérieur de l'œsophage et permet parfois la descente dans l'estomac du corps étranger [70].

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.

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. [71]

On a noté une prédominance des CE organiques de type alimentaire, près de 75 % des cas. [72, 73]

La localisation du corps étranger a été dans la majorité des cas bronchique mais elle peut être laryngée ou trachéale. [74]

II. Signes :

- A la phase aiguë, La notion de syndrome de pénétration : Elément fondamental, données 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. [74]

Examen physique : l'état général, le pouls, la température, la TA, la SaO₂; la

Fréquence respiratoire, la coloration des téguments et des muqueuses, le syndrome de condensation pulmonaire.

Radiographie du thorax : elle est souvent normale; elle peut objectiver un CE 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 (atélectasie).

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. [74]

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. [70]

METHODOLOGIE

3. Lieu et cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital de Sikasso.

3.1 Présentation de l'hôpital de Sikasso

❖ Historique et présentation de l'hôpital de Sikasso.

Crée vers 1930, la structure se situait au centre-ville, et depuis le 29 Novembre 2009 l'hôpital a déménagé dans ses nouveaux locaux sise à Lafiabougou inauguré le 18 octobre 2010. C'est un hôpital de type pavillonnaire bâti sur une superficie de huit(08) hectares avec cinq(05) portes d'accès.

Il est composé de plusieurs blocs.

- ✓ Le bloc des entrées et de consultation externe, est un bâtiment à deux niveaux.
- ✓ Le bloc de pharmacie, laboratoire, banque de sang.
- ✓ Le bloc des urgences.
- ✓ Le bloc de réanimation et d'imagerie médicale.
- ✓ Le bloc opératoire et de stérilisation.
- ✓ Le bloc gynéco-obstétrique.
- ✓ Le bloc hospitalisation chirurgie.
- ✓ Le bloc hospitalisation Médecine /pédiatrie.
- ✓ Le bloc de buanderie et service de maintenance.
- ✓ Cantine ;
- ✓ Morgue ;
- ✓ Aire d'incinération ;
- ✓ Abris accompagnateurs.
- ✓ Local ambulancier et garage.
- ✓ Logement d'astreinte.

3.2 Présentation du service ORL

❖ Situation géographique :

Le service ORL est situé au centre de l'étage du bloc des entrées et de consultation externe, entre le service d'odontologie à droite et ophtalmologie à gauche.

❖ Infrastructures :

Elles comportent :

- ✓ Une salle de consultation externe,
- ✓ Un bureau du Médecin,

- ✓ Une salle du chef d'unité de soins,
- ✓ Quatre vestiaires (homme et femme),
- ✓ Quatre toilettes (homme et femme),

❖ **Ressources humaines :**

Le service dispose de :

- ✓ Un Médecin(01) spécialiste praticien hospitalier en ORL /CCF.
- ✓ Trois(03) assistants médicaux spécialistes en ORL.
- ✓ Un Technicien(01) supérieur spécialiste en ORL.
- ✓ Deux(02) infirmières stagiaires
- ✓ Deux(02) techniciens de surfaces

3.3 Les missions de l'hôpital

Conformément aux dispositions de la loi N° 03 – 020 / du 14 Juillet 2003, en son article 3 les missions de l'hôpital se résument ainsi qu'il suit :

- ✓ assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- ✓ prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- ✓ participer à la formation initiale et assurer la formation continue des professionnels de la Santé ;
- ✓ conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

4. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2015.

5. Type de recrutement :

Le recrutement a été uniquement hospitalier à partir des dossiers.

• Critère d'inclusion :

Ont été inclus :

Tous les patients reçus dans le service pendant la période définie pour des affections ORL et ayant un dossier médical correctement rempli.

- **Critères de non inclusion :**

Ont été exclus :

Tous les patients reçus dans le service pendant la période définie pour des affections ORL et n'ayant pas un dossier médical correctement rempli ou incomplet

6. Recueil des données :

Nos sources d'information ont été : les dossiers des patients, le registre de consultation et le registre de compte rendu d'intervention du bloc opératoire.

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête établie à cet effet (voir annexe).

7. La saisie et l'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word 2007 et SPSS version 19.

8. Aspects éthiques :

- C'était une étude rétrospective, donc nous n'avons que les dossiers des patients.
- Confidentialité a été strictement respectée.

RESULTATS

I. Renseignements sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients en fonction des mois

Mois	Effectif	Pourcentage
Janvier	303	9,9
Février	398	13,0
Mars	302	9,9
Avril	249	8,1
Mai	274	9,0
Juin	228	7,5
Juillet	164	5,4
Aout	156	5,1
Septembre	167	5,5
Octobre	282	9,2
Novembre	218	7,1
Décembre	316	10,3
Total	3057	100,0

Les périodes de pic de fréquences des consultations étaient respectivement les mois de février avec 13,0% et de décembre avec 10,3%. La moyenne d'admission par mois est de 254,75 patients.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
0 à 10 ans	902	29,5
11 à 20 ans	457	14,9
21 à 30 ans	651	21,3
31 à 40 ans	299	9,8
41 à 50 ans	332	10,9
51 à 60 ans	214	7,0
61 et plus	202	6,6
Total	3057	100,0

Les sujets de la tranche d'âge de 0 à 10 ans ont été prédominants avec 29,5 %. L'âge moyen de nos patients était de 26,1 ans avec des extrêmes de 11 jours et 81 ans.

Tableau III: Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	1572	51,4
Féminin	1485	48,6
Total	3057	100,0

Le sexe masculin a été prédominant avec 51,4% des cas. Le sex ratio H/F est de 1,06.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elèves/étudiants	991	32,4
Ménagères	672	22,0
Agents de l'Etat	431	14,1
Enfants avant l'âge scolaire	328	10,7
Agriculteurs	249	8,2
Opérateurs économiques	184	6,0
Sans occupation	110	3,6
Autres*	92	3,0
Total	3057	100,0

* : retraités (25 cas), maitres coraniques (02 cas), réparateurs de moto (03 cas), bergers (05 cas), chauffeurs (19 cas), ouvriers (38 cas).

Les élèves/étudiants ont été les plus représentés avec 32,4% des cas suivies des ménagères avec 22 % des cas.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Senoufo	859	28,1
Bambanan	678	22,2
Minianka	492	16,0
Peulh	387	12,7
Sonrhäi	310	10,1
Soninké	146	4,8
Malinké	115	3,8
Autres*	70	2,3
Total	3057	100,0

* : Bouas (31 cas), Bozos (27 cas), Maures (12 cas).

Les Sénoufos (28,1%) et les Bambanans (22,2%) étaient majoritairement représentés.

II. Données cliniques

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation externe	2440	79,8
Référé(e)s	447	14,6
urgences	170	5,6
Total	3057	100,0

79,8 % de nos patients ont été recrutés en consultation externe.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction du délai de consultation

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
1 à 5 jours	1118	36,6
6 à 10 jours	1370	44,8
10 à 14 jours	253	8,3
15 jours et plus	316	10,3
Total	3057	100,0

La majorité de nos patients soit 44,8 % ont consulté dans un délai de 6 à 10 jours.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Oreille		
Otalgie	687	22,5
Otorrhée	411	13,4
Hypoacousie	198	6,5
Plénitude d'oreille	124	4,1
Prurit auriculaire	56	1,8
Acouphènes	53	1,7
Vertiges	44	1,4
CE	18	0,6
Otorragie	14	0,5
Chéloïde	10	0,3
Total 1	1615	52,8
Nez et sinus		
Obstruction nasale	515	16,8
Rhinorrhée	292	9,6
Epistaxis	97	3,2
CE	16	0,5
Trouble de l'odorat	09	0,3
Total 2	929	30,4
Pharynx-larynx		
Odynophagie	198	6,5
Dysphonie	68	2,2
Sècheresse pharyngée	52	1,7
Dysphagie	14	0,5
CE	12	0,4
Halitose	10	0,3
Total 3	354	11,6
Cou et face		
Tuméfaction cervico-faciale	97	3,2
Traumatisme craniofacial	34	1,1
Douleur cervicale	09	0,3
Total 4	140	4,6
Œsophage		
CE	15	15
Total	15	0,5
Trachée et bronche		
Dyspnée	04	0,1
Total 5	04	0,1
Total général(T1+T2+T3+T4+T5)	3057	100,0

L'otalgie a été le motif de consultation prédominant avec 22,5% des cas suivie de l'obstruction nasale avec 16,8 % des cas.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage
0-1 semaine	1396	45,7
Entre 1 semaine et 2 semaines	841	27,5
Entre 2 semaines et 3 semaines	384	12,5
Sup à 3 semaines	436	14,3
Total	3057	100,0

Dans 45,7% des cas la durée d'évolution des pathologies était inférieure à une semaine.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du traitement antérieur

Traitement antérieur	Effectifs	Pourcentage
Aucun	1252	41,0
Médical exclusif	1129	36,9
Traditionnel	409	13,4
Médical et traditionnel	267	8,7
Total	3057	100,0

41,0% de nos patients n'avaient eu aucun traitement médical antérieur.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
OMA	533	17,4
Rhinopharyngite	404	13,2
Rhinite	347	11,4
Bdc	286	9,4
OE	269	8,8
OMC	207	6,8
Amygdalite	142	4,6
Rhinosinusite	130	4,3
Pharyngite	119	3,9
Catarrhe tubaire	101	3,3
Surdité	94	3,1
Laryngite	67	2,2
CE ORL	65	2,1
Epistaxis	63	2,1
Cellulite cervico-faciale	58	1,9
Vertige	44	1,4
Traumatisme craniofacial	34	1,1
Parotidite	18	0,6
Traumatisme du CAE	10	0,3
Chéloïde	10	0,3
Adénophlegmon	09	0,3
Thyroïdite	09	0,3
Autres*	38	1,2
Total	3057	100,0

* : kystes de la parotide (02 cas), phlegmons péri amygdaliens (06 cas) , polypes du CAE (02), polypes nasal (03 cas), sous maxillite (01 cas) Œsophagites (04 cas) sténose caustique (01 cas), ulcération d'allure maligne de l'œsophage (01 cas), Papillomatose laryngée (01 cas), kyste du tractus thyroïdienne (01 cas), abcès rétro pharyngé (01 cas), traumatismes du tympan (04 cas), éthmoïdites (02 cas), staphylococcie maligne de la face (01 cas), mastoïdite (01 cas), lipome cervical (01cas), goitres(04 cas) , Tumeurs d'allure bénigne de la parotide (02 cas) .

L'otite moyenne aiguë(OMA) a été l'affection la plus représentée avec 17,4% des cas suivie de la rhinopharyngite avec 13,2% des cas.

Tableau XII : répartition des patients en fonction du type de la lésion

Lésion	Effectif	Pourcentage
Infection/Inflammation	2431	79,5
Bouchon de cérumen	286	9,4
Surdité	94	3,1
traumatisme	133	4,3
Epistaxis	63	2,1
vertige	44	1,4
Tumorale	26	0,8
Total	3057	100,0

L'infection/inflammation a été la lésion la plus prédominante avec 79,5 % des cas.

Tableau XIII :Répartitiondes patients en fonction du siège et de la lésion

Siège	Lésion	Effectif	Total	pourcentage
Otologique	Infection/inflam-			
	tion	1111	1579	51,6
	Bdc	286		
	Tumorale	12		
	CE	18		
	Traumatisme	14		
Rhinosinusien	Neurosensorielle	138		
	Infection/inflam-			
	tion	883	965	31,5
	Tumorale	03		
Pharyngé	Vasculaire	63		
	CE	16		
	Infection/inflam-			
Laryngé	tion	268	280	9,1
	CE	12		
Cervico-facial	Infection/inflam-			
	tion	67	68	2,2
	Tumorale	01		
Œsophagien	Infection/inflam-			
	tion	97	140	4,8
	Traumatisme	34		
Trachéo-bronchique	Tumorale	09		
	Infection/inflam-			
	tion	05	21	0,7
Trachéo-bronchique	CE	15		
	Tumorale	01		
	CE	04	04	0,1
			3057	100,0

Les affections otologiques étaient les plus représentées avec 51,6% des cas suivies des affections rhinosinusiennes avec 31,5 % des cas.

Tableau XIV : Répartition des affections otologiques en fonction du sexe

Sexe Affections otologiques	M	F	Total
OMA	298	235	533
OE	141	128	269
Bdc	130	156	286
OMC	91	121	207
Catarrhe tubaire	59	42	101
Surdités	43	51	94
Vertige	24	20	44
CE	11	07	18
Traumatisme du CAE	06	04	10
Chéloïde du pavillon	00	10	10
Autres*	05	12	17
Total	808	771	1579

$$\text{ki}^2=32,46 \quad \text{p}=0,000335$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

* : mastoïdite (01 cas), polypes du CAE (02 cas), traumatismes du tympan (04 cas).

Tableau XV : Répartition des affections nasosinusiennes en fonction du sexe

Sexe Affections rhinosinusiennes	M	F	Total
Rhinopharyngite	230	174	404
Rhinite	158	189	347
Rhinosinusite	74	56	130
Epistaxis	34	29	63
CE	05	11	16
Autres*	02	03	05
Total	503	462	965

$$\text{ki}^2=14,1545 \quad \text{p}=0,014656$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

*: polype de FN (03 cas), éthmoïdites (02 cas).

Tableau XVI : Répartition des affections pharyngées en fonction du sexe

Sexe Affections Pharyngées	M	F	Total
Amygdalite	63	79	142
Pharyngite	69	50	119
CE	05	07	12
Phlegmon péri-amygdalien	02	04	06
Abcès rétropharyngé	00	01	01
Total	139	141	280

$$ki2=6,8224 \quad p=0,14557$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

Tableau XVII : répartition des affections cervico-faciales en fonction du sexe

Sexe Affections Cervico-faciales	M	F	Total
Cellulite cervico-faciale	37	21	58
Traumatisme craniofacial	10	24	34
Parotidite	12	06	18
Thyroidite	04	05	09
adénophlegmon	05	04	09
Autres*	04	08	12
Total	72	68	140

$$ki2= 11,1035 \quad p=0,04936$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

*: goitres (04 cas), kystes de la parotide (02 cas) sous maxillite (01 cas), lipome cervical (01cas), SMF (01cas), KTT (01cas), tumeurs d'allure bénigne de la parotide (02 cas).

Tableau XVIII : Répartition des affections laryngées en fonction du sexe

Sexe \ Affections Laryngées	M	F	Total
Laryngite	26	15	41
Papillomatose laryngée	00	01	01
Total	26	16	42

$$\chi^2=0,628 \quad p=0,42798$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

Tableau XIX : Répartition des affections œsophagiennes et bronchiques en fonction du sexe

Sexe \ Affections œsophagiennes et bronchiques	M	F	Total
CE œsophage	09	06	15
CE bronchique	02	02	04
Autres*	04	02	06
Total	15	10	25

$$\chi^2=0,28 \quad P= 0,870324$$

Il n'existe pas de liaison significative entre les pathologies et le sexe.

*: œsophagitesstenosantes (04cas), brûlure caustique œsophagienne (01 cas), lésion œsophagienne d'allure maligne (01cas).

Tableau XX : Répartition des affections otologiques en fonction de l'âge

Age(années)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et plus	Total
Affections Otologiques								
OMA	291	68	77	21	22	27	27	533
OE	44	37	60	23	34	20	51	269
Bdc	60	42	54	35	39	38	18	286
OMC	59	28	43	29	18	30	00	207
Catarrhe tubaire	00	15	26	11	39	04	06	101
Surdité	37	11	14	07	10	00	15	94
Vertige	01	02	07	13	09	11	01	44
CE	11	01	01	02	00	03	00	18
Chéloïde	00	04	05	01	00	00	00	10
Traumatisme du CAE	03	02	01	00	04	00	00	10
Autres*	03	01	00	00	00	01	02	07
Total	524	210	291	140	172	128	114	1579

ki2 : 494,48 p : 0,000000009

* : mastoïdite (01 cas), polypes du CAE (02 cas), traumatismes du tympan (04 cas).

L'OMA a été plus retrouvée dans la tranche d'âge 0-10 ans avec 291 cas/533 soit 54,60%.

Tableau XXI : Répartition des affections nasosinusiennes en fonction de l'âge

Age (années)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et plus	Total
Affections rhinosinusiennes								
Rhinopharyngite	172	87	80	22	20	18	05	404
Rhinite	94	63	75	26	29	26	34	347
Rhinosinusite	02	13	50	15	35	05	10	130
Epistaxis	03	07	02	05	06	23	17	63
CE	16	00	00	00	00	00	00	16
Autres*	02	00	02	01	00	00	00	05
Total	289	170	209	69	90	72	66	965

ki2 : 345,29**P : 0,00001309**

*: polypes de FN (03 cas), éthmoïdites (02 cas).

La rhinopharyngite a majoritairement été retrouvée dans la tranche d'âge de 0 à 10 ans (42,58%).

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

Age (années) \ Affections Pharyngées	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et plus	Total
Amygdalite	41	23	57	08	11	02	00	142
Pharyngite	04	20	28	33	13	00	21	119
CE	00	01	03	05	02	01	00	12
Phlegmon péri-amygdalien	00	02	03	00	01	00	00	06
Abcès rétropharyngé	00	00	00	01	00	00	00	01
Total	45	46	91	47	27	03	21	280

ki2 : 103,93 p : 0,000278065

L'amygdalite a majoritairement été retrouvée dans la tranches d'âge 21-30 ans avec 57 cas/142 soit 40,14%.

Tableau XXIII : Répartition des affections Cervico-faciales en fonction de la tranche d'âge

Age (années) \ Affections Cervico-faciales	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et plus	Total
Cellulite cervico-faciale	04	08	24	11	05	03	03	58
Traumatisme cervico-facial	03	07	15	05	02	01	01	34
Parotidite	06	02	04	05	00	01	00	18
Thyroïdite	00	02	02	01	03	00	01	09
Adénophlegmon	09	00	00	00	00	00	00	09
Autres*	04	01	00	01	01	03	02	12
Total	26	20	45	23	11	08	07	140

ki2 : 85,50 p : 0,0003647

*: goitres (04 cas) ,kystes de la parotide(02 cas), tumeurs d'allure bénigne de la parotide(02 cas), KKT(01 cas) , lipome cervical(01 cas), SMF(01 cas), sous maxillite(01 cas).

La cellulite cervico-faciale a majoritairement été retrouvée dans la tranche d'âge 20-31 ans avec 24 cas/58 soit 40,40%.

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

Age (années)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et Plus	Total
Affections Laryngées								
Laryngite	07	16	12	14	10	06	02	67
Papillomatose laryngée	01	00	00	00	00	00	00	01
Total	08	16	12	14	10	06	02	68

ki2 : 7,61p : 0,2679

La laryngite a été plus retrouvée dans la tranche d'âge de 11 à 20 ans avec 16 cas/67(23,88%).

Tableau XXV: Répartition des affections œsophagiennes et trachéo-bronchiques en fonction de la tranche d'âge

Age(année)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 et Plus	Total
Affections œsophagiennes et bronchiques								
CE de l'œsophage	14	00	00	01	00	00	00	15
CE bronchique	04	00	00	00	00	00	00	04
Autres*	00	01	01	00	01	01	02	06
Total	18	01	01	01	01	01	02	25

ki2 : 25,37P : 0,0131620

*: œsophagitessténosantes (04cas), brûlure caustique œsophagienne (01 cas), lésion œsophagienne d'allure maligne (01cas).

Les CE œsophagiens (14 cas) et bronchiques (04 cas) ont majoritairement été retrouvés dans la tranche d'âge 0-10 ans.

III. Thérapeutiques

Tableau XXVI: Répartition des affections en fonction du type de traitement

Type de traitement	Effectifs	Pourcentage
Médical exclusif	2700	88,3
Médico-chirurgical	346	11,3
Référé(es)	11	,4
Total	3057	100,0

Patient(es) référé(es) de notre service à un autre service : brûlure caustique œsophagienne (01 cas), œsophagite sténosante (04 cas) , lésion ulcéreuse œsophagienne d'allure maligne(01 cas), CE bronchiques (04 cas), Papillomatose laryngée(01 cas).

Le traitement médical exclusif a été le plus représenté avec 88,3 % des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des affections selon le traitement médical

Affections	Traitement médical	Effectif
OMA	ATB + anti-inflammatoire ou antalgique + gtte auriculaire + ou - DRP	533
Rhinopharyngite	DRP + Antipyrétique+ Anti-h1 ou vasoconstricteur local + ou - ATB	404
Rhinite	Anti-h1 + ou anti-inflammatoire local	344
Bdc	Lavage d'oreille + ou – gtte auriculaire	286
OE	Antalgique + anti-inflammatoire + gtte auriculaire + ou – ATB	254
OMC	ATB + anti-inflammatoire + gtte auriculaire	207
Amygdalite	ATB + Antalgique-antipyrétique + ou - anti-inflammatoire + ou – bains de bouche	105
Rhinosinusite	ATB + antalgique-antipyrétique + anti-inflammatoire + vasoconstricteur local	82
Pharyngite	Antalgique-antipyrétique+ anti-inflammatoire + ou – IPP ou ATB	119
Catarrhe tubaire	Anti-inflammatoire + gtte auriculaire + DRP + ou - ATB	101
Surdité	Anti-inflammatoire + vitamine b + vasodilatateur + ou - ATB	77
Laryngite	ATB+ anti-inflammatoire	68
Epistaxis	Dicynone + huile goménolée + ou - ATB	10
Vertige	Anti-vertigineux + ou – vasodilatateur	44
CE ORL	Lavage d'oreille + ou – gtte auriculaire	29
Parotidite	Antalgique-antipyrétique+ anti-inflammatoire + ou - ATB	18
Traumatisme du CAE	ATB+ anti-inflammatoire	10
thyroïdite	Antalgique-antipyrétique+ anti-inflammatoire + ou - ATB	09
Total		2700

L'antibiothérapie par voie générale a constitué 57,8 % des cas du traitement médical.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le traitement médico-chirurgical

Traitement médico-chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Incision drainage	74	21,4
Tamponnement nasal	53	15,4
Ponction-drainage des sinus	48	13,9
Adénoamygdalectomie	37	10,7
Parage des plaies cervico-faciales	09	2,6
Réduction des OPN+ contention	25	7,2
Cautérisation chimique des cornets	24	7,0
Extraction de CE avec micro instrument	21	6,1
Calibrage du CAE	15	4,4
Extraction de CE avec œsophagoscope	15	4,4
Ablation de chéloïde	10	2,9
Ablation de polype	05	1,4
Cautérisation chimique de la tache vasculaire	03	,9
Ablation de kyste	03	,9
parotidectomie	02	,6
Sous maxillectomie	01	,3
Ablation de lipome	01	,3
Total	346	100,0

L'incision-drainage a été l'acte médico-chirurgical le plus représenté avec 21,4% cas suivie du tamponnement nasal avec 15,4% des cas.

IV. Evolution des affections

Tableau XXVII : répartition des affections en fonction de l'évolution des affections

Evolution Affections						Total
	Favorable	Non Favorable	Non revu(e)	décédé(e)	référé(e)	
OMA	491	00	42	00	00	533
Rhinopharyngite	381	00	23	00	00	404
Rhinite	332	00	15	00	00	347
BC	286	00	00	00	00	286
OE	257	00	12	00	00	269
OMC	179	00	28	00	00	207
Amygdalite	124	00	18	00	00	142
Rhinosinusite	122	00	08	00	00	130
Pharyngite	103	00	09	00	00	119
Catarrhe tubaire	101	00	00	00	00	101
Surdité	17	77	00	00	00	94
Laryngite	58	00	09	00	00	67
CE ORL	61	00	00	00	04	65
Epistaxis	63	00	00	00	00	63
Cellulite cervico-faciale	54	00	00	04	00	58
Vertige	44	00	00	00	00	44
Traumatisme craniofacial	34	00	00	00	00	34
Parotidite	18	00	00	00	00	18
Thyroidite	09	00	00	00	00	09
Autres*	55	00	04	01	07	67
Total	2789	77	175	05	11	3057

Patient(es) référé(es) de notre service au CHU Gabriel TOURE : brûlure caustique œsophagienne (01 cas), œsophagite sténosante (04 cas), lésion ulcéreuse œsophagienne d'allure maligne(01 cas), CE bronchique (04 cas), Papillomatose laryngée(01 cas).

Décédé(e) : cellulite cervicale compliquée de choc (01cas), cellulites cervicales compliquées de médiastinite (03 cas), cellulite cervicale/grossesse (01 cas).

Les affections ont évolué favorablement avec 2789 cas/3057 soit 91,2%. Nous avons déploré 05 cas de décès.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques

Notre étude a été menée dans le service d'ORL de l'hôpital de Sikasso. Elle a porté sur 3057 patients et s'est étendue du 1er Janvier au 31 Décembre 2015. Il s'agit d'une étude rétrospective 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 12 mois de notre étude, le service d'ORL de l'Hôpital de Sikasso a enregistré 8,82% de l'ensemble des consultations du dit Hôpital au cours de l'année 2015.

A Bamako, un travail similaire (4) réalisé dans le service de AG MOHAMED retrouvait en 1991 que les consultations ORL représentaient 12% de l'ensemble de celle de l'hôpital Gabriel TOURE.

Ailleurs en Afrique, au Bénin en 1993, on notait que la morbidité ORL représentait 15% de l'ensemble des cas (16).

Dans notre étude, la fréquence des consultations était élevée pendant les mois de Février et de Décembre avec respectivement 13,0% et 10,3% des cas. La moyenne d'admission mensuelle était de 254,75 patients.

Dans d'autres séries Africaines comme celles de Dao et coll au Burkina Faso (14) et de Senga à Brazzaville (17) les périodes de pic d'admission ont été les mois de Mai et Juillet. Ceci est lié à nos saisons qui ne sont pas superposables.

1.1. Age et sexe

1.1.1 Age

Dans notre série la tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus représentée avec 29,5% des cas. Ce recrutement à prédominance pédiatrique semble être largement partagé tant à Bamako (4) qu'ailleurs en Afrique (20).

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 (14). En France, il est admis que 60% du recrutement pédiatrique souffre d'affection ORL (25). Cette différence de nos pays en développement avec la France s'explique par le fait que chez nous, les enfants même porteurs d'affection ORL sont fréquemment admis en pédiatrie (14).

1.1.2. Sexe :

Dans notre étude, le sexe masculin a été le plus concerné avec un taux de 51,4% contre 48,6% pour le sexe féminin soit un sex ratio H/F de 1,06. Soumaoro à Bamako [4] et Adjibabi [15] à Cotonou ont retrouvé un sex ratio en faveur des hommes ; tandis que Keita. M [4] et Mbwentchou [10] n'ont pas observé de prédominance de sexe.

1.2. Ethnie :

Notre population d'étude était répartie entre dix ethnies. L'ethnie Sénoufo a prédominé avec 28,1% des cas. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le lieu de notre étude se trouvait dans la ville de Sikasso, qui est majoritairement constituée de sénoufos.

1.3.La profession :

Toutes les classes professionnelles ont été représentées dans notre étude et la majorité était constituée des élèves/étudiants soit 32,7% des cas.

3. Au plan clinique :

Les lésions retrouvées ont été polymorphes. Les lésions infectieuses/inflammatoires ont été les plus fréquentes avec 79,5%cas.

Le siège otologique a prédominé avec environ 51,6% des cas tandis que le siège Rhinosinusite a représenté 31,5% cas.

Ce résultat est aussi rapporté par des auteurs de la sous-région (15, 20) ainsi qu'en Europe (18, 21, 22,23) ;

Par contre DAO et Coll ont retrouvé que les atteintes ont concerné principalement le nez, les sinus et la région cervico-faciale. (14)

4. Au plan Diagnostique :**4.1. Otite Moyenne Aigue :**

Dans notre série l'OMA a représenté 17,4% de l'échantillon et la tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus concernée.Le sex-ratio H/F était de 1,26.

A Abidjan (R.C.I) une étude réalisée en 1997 a retrouvé que l'OMA du nourrisson et de l'enfant représente environ 15% des motifs de consultations [40].

Dans le tiers monde, notamment en Afrique noire, l'otite moyenne aigue peut représenter jusqu'à 30% des motifs de consultation dans un service ORL surtout chez les moins de 7 ans (75%) [41].

4.2. Rhinopharyngite :

Dans notre série la rhinopharyngite a représenté 13,2% des cas, la tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus concernée. Le sex-ratio était de 1,32.

En 2009, les Rhinopharyngites ont constitué le deuxième diagnostic le plus fréquent en médecine générale en France avec 12,75% des résultats de consultation [49].

4.3. Otite externe :

La prévalence des OE varie selon les études, elle est de 8,8% dans notre étude, ce résultat est proche de celui retrouvés aux USA(31).

Le sex ratio (H/F) était de 1,10 et la tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus touchée.

4.4. Bouchons de cérumen :

Dans notre étude, nous avons colligé 286 cas de Bouchons de cérumen soit 9,4 % de l'échantillon. Le sex ratio était de 0,83 et la tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus représentée.

Selon une étude de l'OMS menée par A. AG MOHAMED (38) en juin 1995, la prévalence de la surdité chez les élèves de 6 à 16ans dans le district de Bamako concernant 1302 élèves des classes d'enseignement fondamental était très faible 0,15 % (2/1302), voire nulle.

Par ailleurs 21,58 % des élèves (281/1302) ont présenté des bouchons de cérumen responsables d'une gêne auditive.

4.5. Otites moyennes chroniques :

Première cause de surdité de transmission avec un taux de 53 % en 2010 au Mali (32), dans notre série les OMC ont représenté 6,7 % de l'échantillon avec une prédominance féminine de 58,5% . Par contre Y. M. C. Gyebre du Burkina Faso a trouvé une prédominance masculine de 54% (33).

La tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus concernée.

4.6. Angines :

Dans notre série les angines ont représenté 4,6% de l'échantillon avec un sex ratio de 0,80. Les tranches d'âge les plus concernées étaient celle de 21-30 ans et de 0-10 ans avec respectivement 40,14% et 28,87% des cas.

Au Bénin, en 1999, Mbouapda a retrouvé que les angines représentent 1,55 % des affections ORL. (60)

Au Mali en 2006, S. K. Timbo et coll (37) 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%).

4.7. Rhinosinusite :

Dans notre série, nous avons trouvé 130 cas de Rhinosinusite soit 4,3% de l'échantillon. Le sex ratio était de 1,32 et la tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus concernée.

Boko E(36) a eu un rapport similaire avec un sex- ratio de 1,05 pour un échantillon de 78 patients.

Pessey J.J. et coll (39) ont aussi rapporté un sex-ratio de 1,08 pour un échantillon de 3772 cas.

4.8. Les corps étrangers ORL:

Dans notre série, les corps étrangers ORL ont représenté 2,1 % des affections rencontrées. Ils ont concerné essentiellement les enfants de 0 à 10 ans (69,2 %).

Ben DRIDI et coll. (75) dans une série de 123 corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques, hypo pharyngés et œsophagiens rapportait 50% d'enfants de 1 à 4 ans. Dans notre étude le sex-ratio de cette affection était de 1,7.

D'autres auteurs sont unanimes sur la prédominance masculine des corps étrangers ORL (57,34).

4.9. Epistaxis :

Dans notre série les épistaxis ont représenté 2,1 % de l'échantillon avec un sex ratio de 1,17. Les tranches d'âge les plus concernés étaient celle de 51 à 60 ans et de 61ans et plus avec respectivement 36,5% et 27,0% des cas.

Ag. Mohamed et coll (27) ont trouvé en 1994 dans leur étude que cette affection représentait 1,82% des motifs de consultation en ORL.

K. SINGARE (28) 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 [26] a retrouvé une prédominance masculine avec 59,2 % et une fréquence plus élevée des enfants et adultes jeunes de 0-29 ans ; représentant 59 % des cas.

4.10. Cellulite cervico-faciale :

Dans notre série nous avons colligé 58 cas en un an soit 1,9% de l'échantillon avec une prédominance masculine (63,8%).

Dans le service ORL du CHU GT, concernant la cellulite cervicale une étude antérieure (35) a retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 57 % et Benzarti (53) en

Tunisie 74 %. Une meilleure réponse immunitaire chez la femme a été invoquée par Potart (56) pour tenter d'expliquer cette prédominance.

5. Traitement et évolution :

5.1 Traitement :

Le traitement médical a prédominé dans notre série avec 88,3% des cas.

SACKO H et coll (77) ont trouvé que la pathologie ORL nécessitait une prise en charge médicale dans plus de 60% des cas.

Dans notre série l'antibiothérapie par voie générale a constitué 57,8 % du traitement médical. Cette prescription était de 70% chez les enfants ayant une infection respiratoire aigüe en Algérie(78).

5.2. Evolution :

Dans 91,2% des cas, l'évolution des affections était favorable mais malheureusement nous avons déploré 5 cas de décès. Ces cas de décès sont liés à l'état du malade à son admission et le retard dans la prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

La pathologie ORL à l'hôpital de Sikasso était variée, elle a concerné toutes les tranches d'âge avec une prédominance masculine et un pic de fréquence entre 0 et 10 ans. Les infections/inflammations étaient les plus fréquentes, les tumeurs étaient très rares. Le recrutement otologique était le plus fréquent. Le traitement médicamenteux a prédominé et nous avons fait recours à l'antibiothérapie dans la majorité des cas.

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.
- ✓ Former le personnel des services de santé.
- ✓ Former et recycler le personnel qualifié.

❖ 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.
- ✓ Respecter strictement le code de la route.
- ✓ Etre plus vigilant autour des nourrissons et des enfants afin de diminuer la fréquence des corps étrangers.

REFERENCES

1. **Gentillini M, Caumes E, Danis M.**Oto-rhino-laryngology. Médecine tropicale, Paris, Flammarion, 1993, 594.
2. **Timsit C. A, Bouchene K, Olfatpour B.**Etude épidémiologique et Clinique portant sur 20.563 patients accueillis à la garde d'urgence ORL adulte de Paris, Ile-de-France. Ann Oto-rhino-laryngolChirCervicofac. 2001, 4, 215-24.
3. **Bobin S, Monteil JP, Triglia JM.** ORL de l'enfant. Paris, Médecine Sciences Flammarion, 2006, 106-126.
4. **Soumaoro S.** Analyse du bilan d'activités du service ORL de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako du 1er janvier 1991 au 31 décembre 1991. Thèse de médecine, Bamako, 1995 N°19. 43p.
5. **Keita M, Dao K, Ag Mohamed A.** 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). pp 229-232.
6. **Toubiana L., Clarisse T., Landais P.** Observatoire hivernale-KhiObs : Surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. BEH de l'INVS n°1 (06/01/2009).
7. **Delas B, Dehesdin D.** Anatomie de l'oreille externe. EncyclMédChir (Elsevier, paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-010-A-10,2008 : 10p
8. **Thomassin JM, Dessi P, Danvin JB et al.** Anatomie de l'oreille moyenne. EncyclMédChir (Elsevier, paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-015-A-10, 2008 :21p
9. **Sauvage JP, Puyraud S, Roche O et al.** Anatomie de l'oreille interne. EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-020-A-10, 1999 :16p.
10. **Klossek J. M., Serrano E., Desmons C., Percodani J.** anatomie des cavités nasosinusiennes. EMC (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2-265-A-10, 1997, 13p.
11. **Legent F., Perlemuter L., Vandenbrouck C.L.**Cahier d'anatomie d'ORL, 4^{ème} édition. Collection MASSON, 1986 ; Tome 2 : 137 p.
12. **Waligorat J., Perlemuter L.** anatomie. Enseignement des centres hospitalo-universitaires. Ed. Masson. Paris. New-York. Barcelone. Milan 1976 ; 186-188p.
13. **Andrieux Z., Guitraincourt., Gouly G.** Anatomie du pharynx. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2-485-A-10,16p.

- 14.Dao M, Ouoba K, Kabore.** Mortalité et morbidité hospitalière dans le service d'ORL et de chirurgie cervico faciale du Chu de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire 1998, 10, pp 48-52.
- 15.Adjibabi W.** Exploration du fichier nosologique des 3129 malades vus en consultation externe. Thèse de Médecine Cotonou 1989 n°4, 128p.
- 16.Ministère de la santé.** Système national d'information et de gestion sanitaire du Bénin. Annuaire Statistique, 1993, 85p.
- 17.Senga P et coll.** Morbidité et mortalité des enfants de 5 à 14 ans à l'hôpital général de Brazzaville. Médecine d'Afrique noire 1991-39, (10).pp 642-648.
- 18. François M, Contencin PH, Viala P, Narcy PH.** OMA suppurée EMC(Paris), ORL, 20085 A10, 9-1988, 7p.
- 19. Guerrier B., Barazer M.** Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. Encycl. MédChir(Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-630-A-10, 1992 : 20p.
- 20.Kouyoupoua N.M.** Les rhinites purulentes chroniques de l'enfant : étude clinique et thérapeutique. Thèse de médecine, Cotonou, 1987, N°355, 118p.
- 21.Garabedian EN., Bodin S., Monteil JP.** ORL de l'enfant. Médecine science Flammarion. 1996. 392p.
- 22.Paradise JL.** Otitis media in infants and children. Pediatr 1980; 65 : 917-943.
- 23.Teele D.W, Klein J.O, Rosner B.A.** Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children.JInf DIS 1989; 160: 83-94.
- 24.Leclère J. et al.** La thyroïde :des concepts à la pratique clinique, 2^{ème} édition, Editions Elsevier(2001), p. 617.
- 25.Garabedian EM ., Bodin S., Monteil JP.** ORL del'enfant. Médecine Science Flammarion. 1996. 392p
- 26.ChakibouA.A.** 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. Thèse de médecine, Benin, 1998, N°761, 139 p.
- 27.Ag Mohamed A, Tounkara A.** Bilan à "minima" chez des patients souffrant d'épistaxis répétées au Mali. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (6), pp : 405-408.
- 28.SingaréK.**Aspects épidémiologiques et étiologiques des épistaxis à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2000, N°112, 56p

29. **Chevalier D., Dubrulle F. et Vilette B.** Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-630-A-10, 2001 : 13p.
30. **Moreau S., Goullet de RUGY M., Babin E, Valdazo et Delmas P.** Anatomie et physiologie de l'œsophage. EMC (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-800-A-10, 1999, 6p.
31. **Beers SL, Abramo TJ.** Otitis externa Review. Pediatric Emergency Care. 2004; 20(4): 250-56. PubMed/Google Scholar.
32. **Camara N.** Les surdités de transmission au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. A propos de 100 cas. Thèse de médecine, Bamako, 2010, n°67, 93p.
33. **Gyebre YMC, Ouedraogo RW, 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.
34. **Ayoub A., Daoud B., Fourati M.** Les corps étrangers trachéobronchiques. Tunis Med, Jan-Fév 1984, 62(1) : 61-66.
35. **Keita M, 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).pp 464-470.
36. **Boko E et Coll.** Bactériologie des sinusites maxillaires chroniques et sensibilité aux antibiotiques usuels. Etude descriptive et évaluative à propos de 78 prélèvements effectués au CHU de Lomé au Togo. la lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale – n° 294 – septembre-octobre 2004 : 2-3
37. **Timbo S.K, Keita M, Togola F-Konipo et coll.** Aspect épidémiologique de l'angine à Bamako. Mali Médical : 2006 TXXI-N°4. pp 1-3.
38. **Ag Mohamed A.** La prévalence de la surdité chez les élèves de 6 à 16 ans dans le district de Bamako concernant 1302 élèves des classes d'enseignement fondamental. OMS-AFRO, PROJECT N°ICP/PBL/001, Juin 1995 p 19.
39. **Pessey J.J.** Répartition nosologique des épisodes de sinusites aiguës présumées infectieuses vus en pratique libérale par les ORL ; La lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale-n°292-mai-juin 2004 : 2-5.

- 40.**Kili C.** Contribution a l'étude épidémiologique des otites moyennes aiguës et de leurs complications chez l'enfant de la naissance a 15 ans.Thèse Méd. Abidjan 1990.
- 41.**Institut BEECHAM.** Recherche de consensus les otites moyennes observées en ville chez l'enfant de moins de 7 ans organisé par l'association pour la formation continue en pathologie infectieuse. AFOR COPI, année 1990.
- 42.**Ouedraogo B.P.** Otites moyennes aiguës chez l'enfant de 0-5 ans en consultation ORL au CHNYO (Aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs). Thèse Med. Ouagadougou, 1997 : 67p
- 43.**Pilet C, BoubonJ.L,Toma B, Marcharl N, Balbastre C, Person J.M.** Bactériologie médicale et vétérinaire. Ed. doin, Paris, 1986 : 42-49
- 44.**Bourguignat E.** Pathologie inflammatoire et infectieuse In ORL de l'enfant. Ed. Flammarion, Paris, 1996: 7-18.
- 45.**François M., Contencin P., Viala P., Narcy P.,-** Otites moyennes aiguës suppurées. Encycl Med-Chir(Elsevier, paris), ORL 20-085-A10 ;9-1988 :7p
- 46.**Gehanno P., Barry B.** Otites moyennes aiguës, EncyclMéd-Chir(Elsevier, Paris), ORL 20-085-A ; 10- 1997 : 5p.
47. **Collège des Universités de Maladies infectieuses et Tropicales.** 23^{ème} ed. Paris : Vivactis plus ; 2012.
- 48.**Gilain L, Guichard C.** Rhinites aiguës. Oto-Rhino-Laryngol.1998 ;(20-335-A-10) : 1-8.
- 49.**Mauffrey V.** Rhinopharyngite aigue en médecine générale: pourquoi encore tant de prescriptions médicamenteuses? Etude qualitative explorant les motifs de cette surprescription et les remèdes proposes par les médecins. 2012(consulte le 11 juin 2013). Disponible en ligne : [http://docum.univ-lorraine.fr/public/pubmed_t_2012_mauffrey_violaine. pdf](http://docum.univ-lorraine.fr/public/pubmed_t_2012_mauffrey_violaine.pdf)
- 50.**Male D., Brostoff J. Roth DB. Roitt IM.** Immunologie. 7^{ème}ed. Issy-les-moulineaux : Elsevier ; 2007
- 51.**Cohen S., Doyle WJ.,Alper CM., Janicki-Deverts D., Turner RB.** Sleep habits and susceptibility to the common cold. Arch Intern Med. 2009 Jan 12; 169(1): 62-7.
- 52.**Ayache D., BonfilsP.** ORL. 4^{ème} Ed. Paris: MED-LINE ; 2006
- 53.**Benzarti S, Mardassi A, Ben Mhamed R.** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. J.TUN ORL N°19 Décembre 2007. 24-28p.

- 54. Gonzales R., Bartlett JG, Besser RE, Hickner JM, Hoffman JR, Sande MA, et al.**
Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults : background. Ann Intern Med. 2001 Mar 20; 134(6): 490-4.
- 55. Benzakin S.** ORL. 1^{ère} ED. Paris: Maloine; 2011
- 56. Potart G, Marianowski R, Fortun C et coll .** Cellulites de la face et du cou. A propos de 13 cas. Journal Français d'Oto-rhinolaryngologie. Vol. 49, N°6, 2000, pp. 325-337.
- 57. Hazard J., Perlemuter L.** Endocrinologie, 4^{ème} Edition, Editions MASSON(2000), 484 pages, p. 125-222.
- 58. François M.** Complications des otites moyennes aiguës et chroniques, EncyclMédChir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie 20-135-A-10, 2006 : 11p.
- 59. Pessey J.J.** Angines : étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat 2000. 50. B 202. pp 329-333.
- 60. Mbouapda F.** Aspects épidémiologies, cliniques et thérapeutiques des angines et leurs complications locorégionales à propos de 421 cas. Thèse médecine, Cotonou, 1999. N°845.
- 61. Brant E, Konter M, Ronco P.** Infections adénoïdo-amygdaliennes. D.C.E.M.-Internat-Médecine. Oto-rhino-laryngologie. 20.2.03.1, pp 95-100.
- 62. AFSSAPS.** Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. 2005(consulté le 14 aout 2014).
Disponible en ligne : http://www.urgences.serveur.fr/IMG/pdf/irh_reco.pdf
- 63. R. Nicollas, J.-J. Bonneru, S. Roman, J.-M. Triglia.** Adénoïdectomie. Amygdalectomie, EncyclMédChir. Paris : Elsevier SAS, Techniques chirurgicales Oto-rhino-laryngologie 46-330 (2004): 11p.
- 64. Albert S, Bozec H.** Epistaxis. ORL et chirurgie Cervico-faciale. Ellipses Edition marketing S.A., 2002, pp : 97-107.
- 65. JM Peron et JF Mangez.** Cellulites et fistules d'origine dentaire. EncyclMédChir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.
- 66. Gehanno P, Moisy N., Guedon, J Depondt J., Regnier B.** Les cellulites cervicales extensives. Rev-Off-SFORL, 1989, Vol 31, N°8 pp: 71-78.

- 67.Ag Mohamed A, Keita M, Timbo S K.** L'endoscopie dans un service ORL subsaharien : cas du Mali. Notre expérience sur 10 ans, à propos de 374 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2) ; pp 79-81.
- 68.DeguenonvoR .E .A , N'diaye M, Loum B.** Les corps étrangers de l'œsophage. A propos de 212 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2009-56(7) pp : 410-416
- 69.Barros A, Dehesdin D.** Corps étrangers de l'œsophage. EncyclMédChir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastroentérologie, 9-203-D-10, 2000, 5 p.
- 70.DiopEM , Diouf R, N'diayeI.C.**Maladies tropicales otorhinolaryngologiques, EncyclMédChir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie 2006, 20-925-a-10
- 71.Ouaba K, Diarra C, Dao M.O 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.
- 72.Viot A,Babin E, Bequignon A et coll.** Corps étrangers intrabronchiques de l'enfant. Ann OtolaryngolCervicofac, 2002, 193, 3, 174-180.
- 73.Hamouda F, Ben D, Silmene, Bourguiba M et Coll.** Corps étrangers trachéo-bronchiques de l'enfant : aspect diagnostiques et thérapeutiques.Tunisie méd. Vol :82- N° 09, 2004 pp. 817-826.
- 74.Laurent Gilain X, Guichard C.** Corps étrangers des voies aériennes : Diagnostic et traitement. Rev Prat. Oto-rhino-laryngologie, 2000,50 B 206 , pp 433-436
- 75. Ben D et coll.** (1985) les corps étrangers des voies aériennes et des voies digestives supérieures. A propos de 123 observations.Tunisie Médicale, 63, 9-14.
- 76.Hounkpe Y YC, Oussa G B, VodouheS J.** Les cellulites cervico-faciales. A propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophtalmologie du CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (1) pp : 29-34.
- 77.SackoHB.**Otorhinolaryngologie de l'enfant au Mali. Aspects actuels et perspectives (bilan de 1118 patients). Mali Médical 1996 TXI N°3 et 4
- 78.LaalaouiSE.**Epidémiologie des infections respiratoires aiguës de l'enfant chez population de référence. Thèse de Médecine. Alger 1995.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° fiche :

Date :

I- Données sociodémographiques :

Age (année) : Sexe : Poids: Taille :

Statut matrimonial :Provenance (région) :

Résidence : Nationalités :

Profession : Autres professions :

II- Mode de recrutement :

Mode de recrutement :

1 : Consultation externe

2: Urgence

3:Référer

III- Aspects cliniques

1- Motif de consultation

1-1 Symptôme principal :

Otologique :

Rhino-sinusienne :

Cavité buccale et pharynx :

Au niveau du larynx :

Au niveau du cou :

Au niveau de la face :

Oeso-trachéo-Bronchique :

1-2 Symptômes associés

-Si OUI précisez :

2- Histoire clinique

Date de début du symptôme principale et délai de consultation :

Inf. à 1 semaineEntre 1 semaine à 2 semaines.....entre 2 semaines à 3 semaines

Sup a 3 semaines.....

Durée d'évolution :

3 Prise en charge antérieure : OUI NON

Si OUI, la nature :.....

4 Mode de vie :

Tabac OUI NON.....

Si OUI précisez(Qte).....

Alcool :..... OUI NON.....

Si OUI précisez(Qte).....

Autres :.....

5 ATCD

Personnel

Médicaux

Chirurgicaux :.....

Obstétricaux

Familiaux :.....

IV- Diagnostic

1- Types de lésion :

- Infectieuse et Inflammatoire.....

oSi oui, préciser :.....

- Tumorale.....

oSiege de la tumeur :.....

oTaille de la tumeur.....

oTaille de l'ADP.....

oSiege de l'ADP

- Traumatique.....

o Osseuse..... Tissus mous

oAutres :.....

opréciser siège.....

- Malformative.....

oNature :.....

- Autres :.....

2- Examens complémentaires :

a. Biologie

NFS normale oui non

Si non précisez

Glycémie normal

Si non, précisez

Sérologie HIV : /__ /

Bilan de la coagulation normale oui non

Si non, précisez

Bactériologie/Mycologie oui non

Si oui, germe :

Antibiogramme :

Anapath : oui non

Si oui, résultat.....

Autres : oui non

Préciser :

Résultat :

b. Imagerie

Echographie cervicale oui non

Si non

précisez.....

Rx cervico-thoracique normale oui non

Si non, précisez

Rx des sinus (Blondeau) normale oui non

Si non, précisez

OPN normale oui non

Si non, précisez.....

TDM oui non

Si oui, Incidence :

Résultat :

Autres : oui non

Si oui, précisez.....

Autres examens

L.E.S normale oui non

Si non, précisez.....

Nasofibroscopie normale oui non

Si non, précisez.....

Audiométrie normale oui non

Si non, précisez.....

Diagnostic retenu :

Stadification, si cancer :.....

V- Traitement

Médicaux : Oui Non

ATB classe :.....

Antalgique nature :.....

AINS - Corticoïde :

Chirurgicaux : Oui Non

Si oui, précisez

Autres :.....

Evolution :

1 : Favorable

2 : Non favorable

3 : Non revu(e)

4 : Référé

5 : Décédé

FICHE SYGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Abel

Titre de la thèse : Profil des consultations ORL en province .Cas de l'hôpital de Sikasso : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Secteur d'intérêt : ORL et CCF, Santé Publique

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2017

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

RESUME :

Une étude rétrospective descriptive sur le profil des consultations ORL à l'hôpital de Sikasso a été entreprise allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2015. Il y avait 3057 patients dont 51,4% d'hommes. L'âge moyen a été de 26,1 ans avec des extrêmes de 11 jours et 81 ans. La classe d'âge la plus représentée fut celle entre 0 et 10 ans (29.5%). Il y avait une légère prédominance masculine avec un sex ratio de 1,06. Les ethnies les plus représentées furent respectivement celle des Sénoufo (28,1%) et celle des Bambara (22,2%) . Il y avait 32,4% d'élèves/étudiants et 22,0% de ménagères. L'otalgie et l'obstruction nasale ont constitué les deux principaux motifs de consultations. Les lésions infectieuses/inflammatoires ont été les plus représentées. Le recrutement otologique a été le plus fréquent avec en tête l'affection OMA. Le traitement était en fonction de l'affectation diagnostiquée.

MOTS CLES : consultation ORL, Affection ORL, Infection/inflammation, Antibiothérapie.

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'Etre 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 !