

UNIVERSITE DE KISANGANI



BP 2012 KISANGANI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES RHINOSINUSITES A L'HOPITAL DU CINQUANTENAIRE DE KISANGANI

Par : **BATINA AFOYORWOTH Loyale**

TRAVAIL DE FIN DE CYCLE

Présenté en vue de l'obtention du
diplôme de Graduat en Sciences
Biomédicales.

Directeur : Professeur Dr AMISI KITOKO Roger

Encadreur : Dr TSHIPANGA Marco

ANNEE ACADEMIQUE : 2019-2020

PRELUDE

Au bout de l'ascension, se trouve le sommet ;

Au bout de la nuit, se trouve l'aurore ;

Au bout de l'hiver, se trouve le printemps ;

Au bout de la mort, se trouve la vie ;

Au bout du désespoir, se trouve l'espérance ;

Au bout de l'humanité, il n'y a pas l'homme, mais Dieu.

DEDICACES

Je dédie sincèrement ce Travail

A Mon Père

BATINA AGASA King Salomon, et

A Ma Mère

OKETA ESANGO Jeanne

REMERCIEMENTS

Le chemin qui mène à l'échelon universitaire est couvert de bien d'embûches qu'un seul homme, encore moins une femme que nous sommes, ne peut baliser sans l'aide des autres. Qu'il nous soit permis de remercier les personnes qui nous ont aidé à réaliser ce travail, et aussi ceux qui, sans le savoir, ont constitué une source d'inspiration, un stimulant, un modèle ou une référence.

Tous, lorsque l'œuvre s'achève, méritent une vibrante et chaleureuse gratitude.

Nous avons l'insigne honneur de présenter nos vifs et chaleureux remerciements au **Professeur Dr AMISI KITOKO Roger**, un homme de science de haute facture, Professeur amplement chevronné, encore et toujours au service de l'Humanité, pour avoir consenti des multiples sacrifices pour diriger ce Travail, et tout cela, en dépit de ses multiples occupations.

Ses remarques pertinentes, sa rigueur scientifique, son savoir-faire bienveillant, son savoir-être et son dévouement nous ont permis d'atteindre ce but. Qu'il trouve dans ces lignes l'expression de notre profonde gratitude et de notre sympathie la plus dévouée.

Nous remercions également le Spécialiste en ORL, en la personne du **Dr TSHIMPANGA MARCO** pour son encadrement scientifique sans lequel ce travail n'aurait pas été ce qu'il est présentement.

Nous remercions de tout cœur toutes les autorités académiques de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, ainsi que tous les enseignants

dévoués, consciencieux et chevronnés depuis l'école primaire et secondaire ; leurs enseignements, remarques et conseils nous ont dotés d'un bagage sans lequel ce travail n'aurait pas sa véritable valeur.

Nous nous faisons le réel plaisir de nous acquitter d'un devoir impérieux et agréable, celui de remercier de tout cœur :

- **Nos grands-parents** : Pierre BATINA, Dieudonné UPOKI, etc
- **Nos oncles et tantes** ;
- **Nos grands frères et grandes sœurs à savoir** : Candide BATINA, Lys BATINA, Fervent BATINA, Béni BATINA, Nicolas BATINA, Erick UPOKI, Yvie UPOKI, Janvier UPOKI, Christelle UPOKI, Dedieu UPOKI, Fervent NDUKUTE, Loyale NDUKUTE, Sincère NDUKUTE, et Chancelin NDUKUTE.
- **A nos ami(e)s et collègues**

BATINA AFOYORWOTH Loyale

0. INTRODUCTION

0.1. Problématique

La sinusite est l'inflammation de la muqueuse recouvrant les cavités nasale et de sinus paranasaux (1,2). Etant donné qu'il est rare d'avoir une inflammation sinusienne paranasale sans inflammation concomitante de la muqueuse nasale (rhinite), le terme rhinosinusite est préférable à la sinusite (1).

La rhinosinusite est l'une de plus fréquentes maladies oto-rhino-laryngologiques rencontrées en consultation dans le monde (1, 2). Elle est responsable d'un lourd impact négatif sur la qualité de vie, la productivité et le revenu financier (2).

La prévalence de la rhinosinusite varie selon les régions du monde. Globalement, elle est de 5 à 15,2% avec une nette prédominance d'atteinte chez les adultes (1-3). La forme aiguë de la maladie a une prévalence de 6 à 15% et la forme chronique a une prévalence de 5 à 12% (2).

Aux États Unis d'Amérique, la prévalence de la rhinosinusite est de 12 à 15,2%. Elle est de 10,9% en Europe, 8% en Chine, 6,95% en Corée du sud et 5,51% au Brésil (4-6). En Afrique, elle est de 7,3% au Nigeria et 11,7% au Cameroun (7).

Il est important de noter qu'aussi fréquente que soit la maladie, il n'existe pas ou il existe très peu de données sur la rhinosinusite en République Démocratique du Congo, en général, et dans la ville de Kisangani, en particulier. Ainsi, nous avons mené une étude sur le profil épidémio-clinique de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.

Pour mener cette étude, nous nous sommes posé les questions de savoir :

1. Quelle était la prévalence de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.
2. Quels étaient les signes et symptômes les plus fréquents en cas de rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.

0.2. Intérêt du travail

En déterminant la prévalence ainsi que la présentation clinique de la rhinosinusite dans notre milieu, ce travail trouve son intérêt dans le fait qu'il peut :

1. Permettre aux médecins de connaître la fréquente présentation clinique de la rhinosinusite dans notre milieu et ainsi adapter leurs démarches diagnostics.
2. Permettre aux autorités politico-administratives, dans le domaine de la santé, de connaître l'épidémiologie de la rhinosinusite dans notre milieu et ainsi aider dans les stratégies de prévention et de prise en charge de la rhinosinusite dans la ville de Kisangani.
3. Servir de point de départ pour les futures recherches en rhinosinusite dans la ville de Kisangani.

0.3. Objectifs

0.3.1 Objectif général

Déterminer le profil épidémiologique et clinique de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.

0.3.2. Objectifs spécifiques

1. De déterminer la prévalence de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.
2. De déterminer les signes et les symptômes les plus fréquents en cas rhinosinusite à l'Hôpital du cinquantenaire de Kisangani.

0.4. Subdivision du travail

Hormis l'introduction et la conclusion, notre travail comporte quatre chapitres :

- Le premier esquisse les généralités sur la rhinosinusite ;
- Le deuxième expose les matériel et méthodes utilisés dans la présente étude ;
- Le troisième présente les résultats obtenus, et enfin
- Le quatrième porte sur les discussions et commentaires de nos résultats.

Chapitre premier : GENERALITES SUR LES RHINOSINUSITES

I.1. Définition des concepts

I.1.1 Epidémiologie

L'épidémiologie est une discipline scientifique qui étudie les ennuis de santé dans les populations humaines, leur fréquence, leur distribution dans le temps et dans l'espace, ainsi que les facteurs influant sur la santé et les maladies de populations (8). Dans notre étude, nous allons nous focaliser sur la rhinosinusite.

I.1.2. Clinique

Ce mot désigne, dans notre contexte, l'ensemble de données obtenues directement par l'observation d'un malade, c'est-à-dire l'ensemble des signes et symptômes d'une maladie.

Dans cette étude, nous nous pencherons sur les signes et symptômes de la rhinosinusite. Ces deux derniers constituent essentiellement les manifestations cliniques de la maladie.

Par signe nous entendons une manifestation objective de la maladie, c'est-à-dire une manifestation mise en évidence par le Médecin. Par contre, par symptômes nous entendons toute manifestation subjective de la maladie, c'est-à-dire ce que le (la) malade raconte au Médecin sans que ce soit patent (9).

I.1.3. Rhinosinusite (1, 10, 11)

C'est l'inflammation de la muqueuse nasale et des sinus paranasaux. Pour la diagnostiquer l'European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS), l'American Academy of Otorhinolaryngologists/Head and Neck Surgeons (AAOHNSF) Rhinosinusitis Taskforce Committee et l'International Consensus Statement on Allergy and Rhinology – Rhinosinusitis (ICAR :RS) ont défini des critères cliniques basés sur la présence de :

- Symptômes subjectifs caractéristiques à savoir la présence d'une :
 - Blocage/Obstruction/Congestion nasale et d'un écoulement nasal (antérieur et/ou postérieur) et/ou
 - Douleur/pression faciale (céphalées frontales) et/ou
 - Trouble d'olfactif (hyposmie/anosmie) ;
- Combinés aux signes objectifs de mise en évidence d'une inflammation de la muqueuse naso-sinusienne à savoir :
 - A l'examen endoscopique du nez, la présence d'œdème de la muqueuse nasale, des écoulements claires ou purulents et des polypes nasaux au méat nasal moyen à l'examen endoscopique du nez et/ou
 - Changement de l'aspect de la muqueuse nasale au niveau du complexe ostioméatal et des sinus paranasaux à la tomodynamométrie.

I.2. Classification et facteurs favorisant de la rhinosinusite

I.2.1. Classification (1, 2, 10, 11)

Selon la durée, la rhinosinusite est classifiée en :

- Rhinosinusite aiguë qui est une inflammation de la muqueuse nasale et des sinus paranasaux évoluant pendant moins de 4 semaines avec des symptômes d'installation brusque. Selon les étiologies, les symptômes et la durée, elle est subdivisée en rhinosinusite aiguë virale et la rhinosinusite aiguë bactérienne ;
- Rhinosinusite chronique qui est une inflammation de la muqueuse nasale et des sinus paranasaux évoluant pendant plus de 12 semaines avec ou sans épisodes d'exacerbations ;
- Rhinosinusite subaiguë est une forme d'inflammation de la muqueuse nasale et des sinus paranasaux évoluant entre 4 et 12 semaines ;
- Rhinosinusite aiguë récurrente est une forme de la maladie caractérisée par plus ou moins 4 épisodes annuelles de rhinosinusite sans persistance de symptômes entre les épisodes.

Selon les phénotypes endoscopiques, la rhinosinusite chronique est divisée en rhinosinusite chronique avec polypes nasaux et la rhinosinusite chronique sans polypes nasaux.

I.2.2. Facteurs favorisants (12)

Les facteurs favorisants de la rhinosinusite aiguë sont organisés en trois groupes :

- Les facteurs liés à l'hôte : on trouve les facteurs génétiques comme le syndrome de la dyskinésie ciliaire primaire et la mucoviscidose ; les anomalies anatomiques du nez comme la concha bullosa, éperon septal, cornets paradoxaux ; certaines maladies systémiques comme le diabète ou certains traitements médicamenteux prédisposant aux infections ; les maladies néoplasiques ; les allergies comme en cas de rhinite et les maladies auto-immunes comme la granulomatose avec polyangéite, la sarcoïdose, etc.
- Les facteurs liés à l'environnement : on trouve les infections d'origine bactérienne, virale ou fongiques et les infections d'origine odontogène ; les traumatismes nasaux ou naso-faciaux ; le tabagisme actif ou passif et l'exposition brève ou prolongée aux irritants chimiques.
- Les facteurs iatrogéniques comme la chirurgie, la compression nasale en cas d'épistaxis, l'usage de la sonde naso-gastrique, etc.

I.3. Physiopathologie (1, 2, 9)

La rhinosinusite commence par une infection virale du nez entraînant une inflammation et/ou une infection virale des sinus adjacents entraînant une diminution de la pression partielle d'oxygène et le développement d'une pression négative dans les cavités des sinus.

La pathologie va se poursuivre en entraînant une production excessive de mucus avec ou sans transsudation de plasma. Il en résulte un dysfonctionnement ou un arrêt complet du mouvement des cils tapissant les sinus conduisant à une stase du mucus et une occlusion du complexe ostioméatal.

Cela crée un environnement propice à la croissance des microorganismes pathogènes dans les cavités sinusiennes.

I.4. Les complications (1, 9)

On peut distinguer quatre groupes de complications :

- Les complications locales comme l'abcès du septum nasal, abcès jugal, la cellulite faciale, la mucocèle, la pansinusite, etc.
- Les complications oculaires comme la cellulite pré-septale, abcès orbitaire sous-périosté, cellulite orbitaire, abcès orbitaire et un syndrome caverneux
- Les complications osseuses comme l'ostéomyélite de l'os frontal ou maxillaire
- Les complications intracrâniennes comme l'abcès sous dural, l'abcès sous arachnoïdien, la méningite, abcès cérébral, etc.

I.5. Traitement (2)

I.5.1. Traitement médicamenteux

Dans la littérature, il existe plusieurs schémas thérapeutiques en cas de rhinosinusite bactérienne. Le schéma le plus utilisé est le suivant :

- Lavement nasal avec une solution hypersaline ;
- Un décongestionnant nasal ;
- Un stéroïde nasal ;
- Un antihistaminique anti-H₁ et
- Un antibiotique

La rhinosinusite chez un enfant de moins de 12 ans est rare. Ceci est dû au fait que bon nombre de sinus paranasaux sont en cours de développement et se confond plus avec une rhinite ou une rhinopharyngite. La rhinosinusite est souvent d'origine virale et son traitement ne nécessite pas une antibiothérapie.

I.5.2. Traitement chirurgical

En cas d'échec du traitement médicamenteux répété, la chirurgie est indiquée. Plusieurs types de chirurgies sont utilisés selon les cas, parmi lesquelles on trouve la rhinotomie latérale et la chirurgie endoscopique naso-sinusienne (FESS ou ESS et dilatation sinusienne).

Chapitre deuxième : MATÉRIEL ET MÉTHODES

II.1. Matériel

Le présent travail porte sur les dossiers informatisés des malades avec rhinosinusite traités à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani du 1^{er} Novembre au 31 Décembre 2019.

II.1.1. Champ de recherche

L'hôpital du Cinquantenaire de Kisangani est notre champ de recherche. Il est situé dans la concession de l'ex-TP (Travaux publics) sise sur le Quartier Commercial dans la Commune de Makiso, Ville de Kisangani, Province de la Tshopo en République Démocratique du Congo.

L'hôpital du Cinquantenaire de Kisangani est limité :

- À l'Est : par le Garage de l'Office de Routes et la première avenue de la Commune Kabondo ;
- À l'ouest : par la Société ZHENG WEI Technique Coopération ;
- Au nord : par la route TP et le Camp PM (Police Militaire) ;
- Au sud : par la Faculté de Sciences de l'Université de Kisangani.

L'hôpital du Cinquantenaire de Kisangani regorge en son sein 4 départements, notamment le département de Médecine Interne, le département de Pédiatrie, le département de Gynéco-obstétrique et le département de Chirurgie dans lequel était greffé le service d'ORL.

II.1.2. Population

Pendant la période de notre étude, un total de 359 personnes ont consulté le Service d'Otorhinolaryngologie de l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani.

II.1.3. Échantillon

Notre échantillon est constitué de 115 personnes parmi lesquels 48 hommes et 67 femmes dont l'âge est compris entre 12 et 74 ans qui ont consulté en ORL, à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani, avec comme diagnostic définitif la rhinosinusite du 1er Novembre au 31 Décembre 2019.

Cet échantillon est reparti de la manière suivante :

- 99 personnes souffraient de la rhinosinusite chronique et
- 16 autres personnes souffraient de la rhinosinusite aiguë.

II.2. Méthodes

II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale avec un recueil rétrospectif des données.

II.2.2. Processus de récolte des données :

Les données ont été recueillies suivant une analyse documentaire basée sur une fiche d'enquête informatisée scientifique (DMI) élaborée au sein de l'hôpital.

II.2.3. Technique utilisée

L'analyse documentaire nous a permis de consulter le dossier médical informatisé des patients soignés en ORL à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani. Les données, correspondant aux variables retenues dans notre protocole de recherche en annexe, ont été prélevées dans ledit dossier.

II.2.4. Technique d'analyse des données

Les données ont été codées puis saisi sur ordinateur en utilisant le logiciel Microsoft Excel 2019. L'analyse statistique a été faite en utilisant le programme IBM SPSS Statistics version 20.

II.3. Difficultés rencontrées

Nous avons connu certaines difficultés entre autres :

- Le manque de certains renseignements précieux sur les fiches d'hospitalisation ;
- La non disponibilité régulière du personnel pour la remise des données ;
- La panne ou dysfonctionnement de la machine ordinateur utilisée.

Chapitre troisième : PRESENTATION ET ANALYSE DE RESULTATS

III.1. Prévalence

Trois cent cinquante-neuf patients ont été reçus en consultation ORL à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani, durant la période allant du 1^{er} Novembre au 31 Décembre 2019, parmi lesquels 115 ont eu le diagnostic de rhinosinusite. Ce sont ces derniers qui ont été retenus pour faire partie de notre échantillon. La prévalence de la rhinosinusite est de 32,03 %.

III.2. Caractéristiques sociodémographiques

III.2.1. Age

Le tableau numéro 1 présente la répartition des cas selon l'âge :

AGE (ans)	Effectif	Pourcentage
12 à 20	12	10,43
21 à 30	22	19,13
31 à 40	34	29,57
41 à 50	12	10,43
51 à 60	14	12,17
61 à 70	10	8,70
> 70	3	2,61
TOTAL	107	100,00

Il ressort de ce tableau que 34 cas sur 115, soit 29,57% sont âgés de 31 à 40 ans.

III.2.2. Sexe

Le tableau numéro 2 présente la répartition des cas selon le sexe :

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	48	41,74
Féminin	67	58,26
TOTAL	115	100,00

D'après ce tableau, 67 patientes soit 58,6 % sont de sexe féminin.

III.2.3. Résidence

Le tableau numéro 3 présente la répartition des cas selon la résidence :

Commune	Effectif	Pourcentage
Makiso	69	60,00
Tshopo	6	5,21
Mangobo	8	6,96
Kabondo	24	20,87
Kisangani	6	5,22
Périphérie	2	1,74
Total	115	100,00

De ce tableau, il ressort que 69 cas sur 115, soit 60,00 % habitent la commune de Makiso.

III.2.4. Profession

Le tableau numéro 4 présente la répartition des cas selon la profession :

Profession	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaires	31	27
Ménagères	30	26,1
Etudiants/élèves	25	21,7
Commerçants	6	5,2
Autres	13	11,3
Chômeurs	10	8,7
Total	115	100

Il se dégage de ce tableau de ce tableau que 61 cas sur 115 soit 53,1 % sont des fonctionnaires et des ménagères.

III.2.5. Etat Civil

Le tableau numéro 5 présente la répartition des cas selon l'état civil :

Etat civil	Effectifs	Pourcentage
Marié(e)	52,00	45,2
Célibataire	55,00	47,8
Divorcé(e)	1,00	0,9
Veuf (ve)	7,00	6,1
TOTAL	115,00	100

Il se dégage clairement de ce tableau que 55 cas sur 115 soit 47,8% sont des célibataires.

III.3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

III.3.1. Symptômes Cliniques

Le tableau numéro 6 présente la répartition des cas selon les symptômes cliniques :

Symptômes cliniques	Effectifs	Pourcentage
Obstruction nasale + écoulement nasal antérieur et/ou postérieur	115	100
Céphalées frontales/douleur ou pression faciale	36	31,3
Hyposmie/anosmie	24	20,8
Autres (fièvre, toux, prurit nasal, épistaxis, odynophagie, etc.)	32	27,2

Il se dégage de ce tableau qu'outre l'obstruction et les écoulements nasaux qui ont été retrouvés chez tous les patients, soit 100%, les céphalées frontales et la douleur ou pression faciale constituent les plaintes principales les plus fréquentes avec 36 cas sur 115, soit 31,3 %.

III.3.2. Signes cliniques

Le tableau numéro 7 présente la répartition des cas selon les signes cliniques :

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentage
Œdème de la muqueuse nasale	105	91,3
Sécrétion claire/purulente	102	88,6
Polypes nasaux	18	15,6

L'œdème de la muqueuse nasale et la sécrétion nasale étaient les signes cliniques les plus rencontrés dans respectivement 91,3% et 88,6% de cas.

III.3.3. Diagnostic

Le tableau numéro 8 présente la répartition des cas selon le diagnostic :

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Rhinosinusite chronique	99	86,08
Rhinosinusite aiguë	16	13,92
Total	115	100

Ce tableau illustre clairement que 99 cas sur 115 soit 86,08 % avaient une forme chronique de la rhinosinusite.

III.3.4. Evolution

Le tableau numéro 9 présente la répartition des cas selon l'évolution :

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Amélioration	115	100
Total	115	100

Il ressort de ce tableau que la totalité des patients ont eu leurs maladies évoluées vers une amélioration considérable.

Chapitre quatrième : DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IV.1. Prévalence

Le présent travail avait pour but de déterminer les profils épidémiologiques et cliniques de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani. Il a révélé que la prévalence de la rhinosinusite était de 32,03 %.

Cette prévalence est nettement élevée par rapport aux celles rapportées par Iseh et al. (13) et Afolabi et al. (14) qui ont été respectivement de 7,3% et 5,7% au Nigeria. Cette prévalence très élevée, dans notre série, serait due à la mauvaise prise en charge de la rhinosinusite aigue, dans notre milieu, entraînant ainsi son évolution vers la chronicité.

IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

IV.2.1. Age

Dans cette étude, nous nous sommes rendus compte que la tranche d'âge de 31 à 40 ans est majoritaire touchée avec 29,57% de cas, suivie de la tranche d'âge de 21 à 30 ans avec 19,13% de cas. Nos résultats ne sont pas différents de ceux trouvés par Ouedraogo et al. (15), au Burkina-Faso, et Traoré et al. (16), au Mali, qui ont noté que la tranche d'âge de 20 à 40 ans était la plus touchée dans leurs séries. Cette tranche d'âge représente la jeune population active, de ce fait, elle serait plus exposée aux facteurs de la rhinosinusite liés à l'environnement.

L'âge moyen dans notre série était de 36,1 ans. Il se rapproche à celui trouvé par Shashy et al. (17), aux Etats-Unis d'Amérique, qui était de 39,4 ans et de celui trouvé par Ouedraogo et al. (15), au Burkina Faso, qui était de 33 ans. Notre résultat s'accorde avec Shashy et al. (17) quand ils disent que la rhinosinusite sans polype est fréquente chez les sujets de moins de 40 ans.

IV.2.2. Sexe

Le sexe féminin était le plus touché avec 58,6% de cas. Le sexe ratio était de 1 :1,39. Cette prédominance d'atteinte féminine a été rapporté aussi par Mainasara et al. (18), à 50,35% au Nigeria, Omoregie et al. (19), à 55,8% au Nigeria et Shashy et al. (17), à 67% aux États-Unis d'Amérique.

Nous pensons que cette prédominance d'atteinte féminine serait due au fait que les sujets féminins seraient plus disposés à consulter un soignant en cas de problème de santé, comparés aux sujets masculins.

IV.2.3. Résidence

Les habitants de la commune de MAKISO sont les plus atteints avec 60,00 % de cas. Cela s'expliquerait par l'effet de proximité car l'Hôpital du Cinquenaire de Kisangani est situé dans la commune de Makiso.

IV.2.4. Profession

Les fonctionnaires et les ménagères sont plus atteints avec 53,1 % de cas. Notre résultat n'est pas différent de celui trouvé par Traoré et al. (16), au Mali, qui a noté que les ménagères et les agents de l'Etat étaient les plus atteints avec 51,15% de cas.

IV.2.5. Etat civil

D'après les résultats de notre enquête, il s'est dégagé que les atteintes étaient presque à ex aequo chez les célibataires avec 47,8% de cas et chez les mariés avec 45,2% de cas. Nous pensons que nos résultats seraient dus au hasard.

IV.2.6. Symptômes cliniques

Outre l'obstruction et les écoulements nasaux qui ont été retrouvés chez tous les patients, soit 100% de cas.

Nos résultats ne sont pas différents de ceux obtenus ailleurs. Amodu et al. (20), au Nigeria, ont trouvé que tous les participants ont présenté l'obstruction et les écoulements nasaux comme plaintes principales. Omoregie et al. (19), au Nigeria, ont constaté que l'obstruction nasale et la rhinorrhée étaient les plaintes les plus fréquentes avec respectivement 86,5% de cas et 80,8% de cas chacune. Ouedraogo et al. (15), au Burkina-Faso, ont constaté que l'obstruction nasale et la rhinorrhée étaient les plaintes principales les plus fréquentes, dans leur série, avec respectivement 34,78% de cas et 19,72% de cas.

Ceci s'expliquerait par le fait que dans la rhinosinusite, l'obstruction nasale et l'écoulement nasal sont les deux premiers symptômes cardinaux de la rhinosinusite selon les guidelines utilisées dans le monde durant cette dernière décennie.

IV.2.7. Signes cliniques

L'œdème de la muqueuse nasale et la sécrétion nasale étaient les signes cliniques les plus rencontrés dans respectivement 91,3% et 88,6% de cas. Nos résultats ne sont pas différents de ceux obtenus par Dharmaputri et al. (21), en Indonésie, qui étaient de 68,8% de cas pour l'œdème de la muqueuse nasale et 63% de cas pour la sécrétion nasale. Maru et al. (22), en Inde, ont constaté que la sécrétion purulente nasale était la pathologie endoscopique la plus rencontrée dans 69% de cas.

Ceci s'expliquerait par le fait que l'œdème de la muqueuse nasale et l'hypersécrétion nasale sont les premières étapes dans l'évolution pathologique d'une inflammation de la muqueuse naso-sinusienne (2).

IV.2.7. Diagnostic

La rhinosinusite chronique était le diagnostic clinique le plus répandé avec 86,08 % de cas. Nos résultats sont similaires à ceux obtenus par Shashy et al. (17), aux Etats unis d'Amérique, et Traoré et al. (16), au Mali, qui ont constaté un pourcentage élevé de cas de rhinosinusite chronique avec respectivement 95% et 62% de cas.

Cette prévalence élevée de la rhinosinusite chronique s'expliquerait par le fait que la majorité de patients préféraient se rendre en consultation lorsque les symptômes devenaient insupportables alors que la maladie évoluait vers la chronicité.

IV.2.8. Evolution

Il ressort de notre étude que la totalité des patients ont connus une amélioration dans l'évolution de leurs maladies. Cette amélioration s'expliquerait par la bonne prise en charge des malades et la bonne adhésion de ces derniers aux traitements prescrits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Cette étude a voulu déterminer le profil épidémiologique et clinique de la rhinosinusite à l'Hôpital du Cinquantenaire de Kisangani. Compte tenu des résultats, il ressort que :

- La prévalence de la rhinosinusite était de 32,03% sur l'ensemble des patients soignés pendant la période de notre étude ;
- Il ressort de notre étude que 34 cas sur 115 soit 29,57 % avaient l'âge compris entre 31 et 40 ans ;
- Le sexe ratio de 1 :1,39 avec une prédominance du sexe féminin ;
- A l'issue de notre étude, nous avons dénombré 69 cas sur 115 soit 60 % habitant la commune de Makiso;
- Les fonctionnaires et les ménagères ont constitué la couche de la population la plus atteinte (53,1 %) ;
- Les célibataires et les mariés ont été majoritaires avec respectivement 47,8% et 45,02% de cas ;
- L'obstruction et les écoulements nasaux ont été retrouvés chez tous les patients ;
- L'œdème de la muqueuse nasale et la sécrétion nasale étaient les signes cliniques les plus rencontrés dans respectivement 91,3% et 88,6% de cas.
- La rhinosinusite chronique était la plus répandue avec 86,08% de cas ;
- La majorité de patients ont comme une amélioration dans l'évolution de leurs maladies.

2. Recommandations

Nous recommandons :

- A la population : de consulter un médecin en cas de rhume persistant, de céphalées frontales ou pression faciale inhabituelle et trouble d'odorat.
- Au personnel soignant : d'être claire et précis dans le traitement des maladies inflammatoires du nez, d'assurer une suivie correcte de leurs patients avec maladies inflammatoires du nez et d'éduquer leurs patients par rapport aux maladies allergiques.
- Aux autorités politico-administratives : de favoriser la mise à niveau de personnels soignants et de doter les hôpitaux en équipements et médicaments oto-rhino-laryngologiques pour une bonne prise en charge des maladies des oreilles, du nez et de la gorge.
- Aux chercheurs : de mener des recherches plus approfondies dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Watkinson JC, Clarke RW. Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery: Volume 1: Basic Sciences, Endocrine Surgery, Rhinology: CRC Press; 2018.
2. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Supplement 29):1-464.
3. Hastan D, Fokkens W, Bachert C, Newson R, Bislimovska J, Bockelbrink A, et al. Chronic rhinosinusitis in Europe—an underestimated disease. A GA2LEN study. *Allergy*. 2011;66(9):1216-23.
4. Kaplan A. Lignes directrices canadiennes sur la rhinosinusite chronique: Résumé clinique. *Canadian Family Physician*. 2013;59(12):e528-e34.
5. Kim YS, Kim NH, Seong SY, Kim KR, Lee G-B, Kim K-S. Prevalence and risk factors of chronic rhinosinusitis in Korea. *American journal of rhinology & allergy*. 2011;25(3):e117-e21.
6. Pilan RR, Pinna FdR, Bezerra TF, Mori RL, Padua FG, Bento RF, et al. Prevalence of chronic rhinosinusitis in Sao Paulo. *Rhinology*. 2012;50(2):129-38.
7. Ait-Khaled N, Odhiambo J, Pearce N, Adjoh K, Maesano I, Benhabyles B, et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis and eczema in 13-to 14-year-old children in Africa: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III. *Allergy*. 2007;62(3):247-58.
8. Webb P, Bain C, Page A. *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*: Cambridge University Press; 2017.
9. Flint PW, Haughey BH, Robbins KT, Thomas JR, Niparko JK, Lund VJ, et al. *Cummings otolaryngology-head and neck surgery e-book*: Elsevier Health Sciences; 2014.

- 10.Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, Smith TL, Alt JA, Baroody FM, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *International Forum of Allergy & Rhinology*. 2016;6(S1):S22-S209.
- 11.Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2015;152(2_suppl):S1-S39.
- 12.Gleeson M, Clarke R. *Scott-Brown's Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery* 7Ed: 3 volume set: CRC Press; 2008.
- 13.Iseh K, Makusidi M. Rhinosinusitis: a retrospective analysis of clinical pattern and outcome in north western Nigeria. *Annals of African medicine*. 2010;9(1).
- 14.Afolabi OA, Alabi BS, Omokanye HK, Ayodele SO, Segun-Busari S, Dunmade AD, et al. Management and Outcome of Rhinosinusitis in Nigeria. *OTO open*. 2017;1(1):2473974X16685545.
- 15.Ouedraogo RW-L, Ouattara M, Ouedraogo BP, Gyebre YMC, Sanou M, Sereme M, et al. Les sinusites chroniques de la face dans le service d'ORL du CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, A propos de 365 cas. *Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé*. 2014;1(2).
- 16.Traoré NB. Les sinusites maxillaires dentaires en pratique ORL: Reflexions sur 40 cas colliges au CHU Gabriel Touré de Bamako-Mali. 2011.
- 17.Shashy RG, Moore EJ, Weaver A. Prevalence of the chronic sinusitis diagnosis in Olmsted County, Minnesota. *Archives of otolaryngology–head & neck surgery*. 2004;130(3):320-3.
- 18.Mainasara MG, Labaran AS, Kirfi AM, Fufore MB, Fasanla AJ, Sambo GU. Clinical profile and management of chronic rhinosinusitis among adults in North-Western Nigeria. *Magn Resonance Imaging (MRI)*. 2015;9:11-2.

19. Omoregie J, Idugboe BO, Ibrahim O, Adeleke A. Chronic rhinosinusitis: the correlation between symptom severity score and findings on plain radiographs of the paranasal sinuses. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2018;4(1):5-10.
20. Amodu EJ, Fasunla AJ, Akano AO, Olusesi AD. Chronic rhinosinusitis: correlation of symptoms with computed tomography scan findings. *Pan African Medical Journal.* 2014;18(1).
21. Dharmaputri S, Lasminingrum L, Sofiatin Y. Nasal Endoscopy Findings in Acute and Chronic Rhinosinusitis Patients. *Althea Medical Journal.* 2017;4(3):420-5.
22. Maru Y, Gupta Y. Nasal Endoscopy Versus Other Diagnostic Tools in Sinonasal Diseases. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery.* 2016;68(2):202-6.

ANNEXE**PROTOCOLE D'ENQUETE****IDENTITE DU PATIENT (TE) :**

Age..... Ans

Sexe :Masculin Féminin **Adresse**Makiso - Mangobo - Commune Kisangani Tshopo - Lubunga - Kabondo Périphérie **PROFESSION**Etudiant / Elève - Ménagère - Chômeur Fonctionnaire - Commerçant - Autres **ETAT CIVIL**Marié(e) - Veuf (ve) Célibataire - Divorcé(e)

SIGNES CLINIQUES

Rhinorrhée - Céphalées - Odynophagie
Obstruction nasale - Prurit nasal - Vertige
Toux - Epistaxis - Fièvre

DIAGNOSTIC

Rhinosinusite chronique - Rhinopharyngite allergique
Rhinite allergique

EVOLUTION DU PATIENT

Amélioration - Guérison
Stationnement - Décès

Table des matières

PRELUDE	ii
DEDICACES.....	iii
REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
0.1. Problématique	6
0.2. Intérêt du travail	7
0.3. Objectifs	7
0.3.1 Objectif général.....	7
0.3.2. Objectifs spécifiques	8
0.4. Subdivision du travail	8
Chapitre premier : GENERALITES SUR LES RHINOSINUSITES.....	9
I.1. Définition des concepts.....	9
I.1.1 Epidémiologie.....	9
I.1.2. Clinique.....	9
I.1.3. Rhinosinusite (1, 10, 11).....	10
I.2. Classification et facteurs favorisants de la rhinosinusite.....	11
I.2.1. Classification (1, 2, 10, 11).....	11
I.2.2. Facteurs favorisants (12)	12
I.3. Physiopathologie (1, 2, 9).....	12
I.4. Les complications (1, 9).....	13
I.5. Traitement (2)	13
I.5.1. Traitement médicamenteux	13
I.5.2. Traitement chirurgical	14
Chapitre deuxième : MATÉRIEL ET MÉTHODES	15
II.1. Matériel.....	15
II.1.1. Champ de recherche	15

II.1.2. Population.....	16
II.1.3. Échantillon.....	16
II.2. Méthodes	16
II.2.1. Type d'étude	16
II.2.2. Processus de récolte des données :.....	16
II.2.3. Technique utilisée.....	16
II.2.4. Technique d'analyse des données.....	17
II.3. Difficultés rencontrées.....	17
Chapitre troisième : PRESENTATION ET ANALYSE DE RESULTATS	18
III.1. Prévalence	18
III.2. Caractéristiques sociodémographiques	18
III.2.1. Age	18
III.2.2. Sexe	19
III.2.3. Résidence	19
III.2.4. Profession.....	20
III.2.5. Etat Civil	20
III.3. CARACTERISTIQUES CLINIQUES	21
III.3.1. Symptômes Cliniques	21
III.3.2. Signes cliniques.....	22
III.3.3. Diagnostic	22
III.3.4. Evolution.....	23
Chapitre quatrième : DISCUSSION ET COMMENTAIRES	24
IV.1. Prévalence	24
IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	24
IV.2.1. Age.....	24
IV.2.2. Sexe.....	25
IV.2.3. Résidence	25
IV.2.4. Profession.....	25
IV.2.5. Etat civil.....	25
IV.2.6. Symptômes cliniques	26
IV.2.7. Signes cliniques	26

IV.2.7. Diagnostic	27
IV.2.8. Evolution.....	27
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	28
1. Conclusion.....	28
2. Recommandations	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE.....	33