

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



**U.S.T.T-B**  
Université des Sciences,  
des Techniques et des Technologies  
de Bamako (USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-  
stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2022-2023

N° .....

## THESE

# **BILAN D'UN AN D'ACTIVITE CHIRURGICALE DANS LE SERVICE ORL ET CCF DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE-ENFANT (CHUME) « LE LUXEMBOURG » DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 21 / 12 /2023 devant la Faculté de  
Médecine d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

**Par : M. Bakary Mory DOUMBIA**

Pour obtenir de Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ETAT)

### JURY

**Président du jury :** M. SOUMAORO Siaka, Maitre de conférences

**Membre du jury :** M. GUINDO Boubacary, Maitre de conférences

**Co-directeur de thèse :** M. DIARRA Abraham, Médecin

**Directeur de thèse :** M. SIDIBE Youssouf, Maitre de conférences

# DEDICACES

## **DEDICACES**

▪ Au bon **Dieu** le tout puissant, le Très miséricordieux qui m'a permis de bien mener ce travail ; fasse que je me souvienne de toi en tout lieu, en toute circonstance et à chaque instant de ma vie.

▪ **A mon père Mory Doumbia.**

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Cher père, je profite de l'occasion pour te dire que je ne te remercierais jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

▪ **A ma merveilleuse mère Saran Doumbia**

Maman, les mots me manquent pour exprimer toute mon affection pour toi. Je te dois ma réussite. Tu es et resteras la personne la plus importante de ma vie. Femme battante et au grand cœur ; chère maman reçois toute ma reconnaissance et tout l'amour dont un fils a pour sa mère.

▪ **À mon grand-père feu Bourama Doumbia ; à ma tante et jumelle feu Hawa Doumbia**

Vous avez été très tôt arrachés à notre affection, rien ne saurait combler le vide que vous avez laissé. Que ce travail honore vos mémoires.

Dormez en paix. Amen !

▪ **À mes tontons et tantes : Yacouba Doumbia, Adama Doumbia, Djénébou Doumbia**

Les mots me manquent pour vous dire merci, merci pour l'éducation que j'ai reçue de vous.

Vous m'avez accueilli à bras ouvert et m'avez éduqué comme vos propres enfants. Aujourd'hui si je suis instruit c'est grâce à votre courage de tous les jours. J'ai été satisfait de ce que vous avez apporté dans ma vie.

▪ **À ma grand-mère Fanta Sangaré**

Merci d'être toujours là à mes côtés, ma confidente. Merci pour tes bénédictions.

Que le tout puissant vous accorde longue vie !

▪ **À mes frères et sœurs : Maimouna Doumbia, Adama Sidibé, Boubacar Coulibaly**

Vous avez été plus que des frères et sœurs pour moi, mais des amis, des confidentes. Vos conseils, vos encouragements et vos soutiens dans toute chose ne m'ont fait jamais défaut. Je vous exprime toute mon affection et mon profond attachement.

Que nos liens fraternels se resserrent d'avantages.

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier :

Tous nos enseignants depuis l'école primaire (école fondamentale de Magnambougou projet) jusqu'au lycée (Gandiamory keita de Fasso kanu) et nos maitres de la faculté de Médecine.

Le moment est venu pour moi de vous dire merci avec le cœur plein de reconnaissance pour la qualité de votre encadrement et de la transmission du savoir.

A tous les techniciens supérieurs et assistants médicaux du service OrL et CCF du CHU Mère-Enfant le Luxembourg. Merci pour vos conseils, votre collaboration et votre gentillesse.

**A tous mes collègues, thésards du service : Oumar Touré, Assan Sissoko, Assitan Kanta.** Merci pour vos partages de connaissances, votre soutien et les moments passés ensemble

**A mes aînés Dr Sanogo Boubacar, Dr abdoul Moumine Traoré,** merci pour vos conseils, vos enseignements et votre disponibilité tout au long de ce travail.

**À mes maitres :**

**Dr Abraham Diarra, Dr Lamine Traoré, Dr Samaké.** Soyez rassurés de notre infinie gratitude et notre sincère remerciement pour notre formation.

**À notre maitre : Pr Youssouf Sidibé**

Chef de service d'ORL- CCF de CHU Mère-Enfant le Luxembourg

Nous vous remercions pour votre accueil dans le service et pour votre enseignement. Soyez rassuré de notre infinie gratitude.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur SOUMAORO Siaka**

- **Maitre de conférences d'ORL à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU GABRIEL TOURE**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Ancien interne des hôpitaux Corbeil-Essonnes (France)**
- **Membre de la SMORL**
- **Membre de la société Bénino-Togolaise d'ORL (SOBETORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d'Afrique Francophone**

Honorable maitre, Nous sommes honorés de votre présence dans ce jury. Votre humilité, votre disponibilité, votre sagesse et votre souci du travail bien fait en plus de vos compétences scientifiques font de vous un exemple à suivre. Recevez ici cher maitre l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude. Puisse Dieu vous donner une longue vie.

**À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :**

**Professeur Boubacary GUINDO**

- **Maitre de conférences ORL à la FMOS**
- **Praticien hospitalier universitaire**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Membre de la société malienne d'ORL (SMORL)**
- **Membre de collège national -ORL**
- **Ancien interne des hôpitaux de Lille en France**
- **Ancien administrateur au conseil d'administration de l'INFSS**
- **Membre de la société Bénino-Togolaise d'ORL (SOBETORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d'Afrique Francophone (SORLAF)**

Honorable maitre,

La spontanéité avec la quelle avez accepté de siéger dans ce jury nous honore. Votre enthousiasme, vos qualités d'homme de science et de votre simplicité force l'admiration. Cher maitre soyez rassuré de notre profonde gratitude. Puisse DIEU vous donne la longévité.

## **À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur DIARRA Abraham**

- **Diplômé en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale de l'université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody**
- **Chef de service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Mali-GAVARDO**
- **Médecin pratiquant au CHU Mère-Enfant le « Luxembourg »**
- **Membre de la société malienne d'ORL (SMORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d'Afrique Francophone (SORAF)**

**Cher Maitre,**

Ce fut pour nous une grande fierté compter parmi vos élèves.

Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait, votre engagement pour nous procurer une bonne formation, votre simplicité, votre disponibilité, votre générosité, vos qualités d'homme de sciences très méthodique font de vous une référence, un ORL admiré et très sollicité. Si ce travail est une réussite il le doit à votre compétence et à votre savoir-faire.

Soyez rassuré cher maitre de notre haute considération et de notre profond respect  
Qu'Allah vous une donne longue vie et vous accorde tous ceux dont vous désirez.

## **À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur SIDIBE Youssouf**

- **Maitre de conférences en ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie**
- **Spécialiste en Allergologique clinique**
- **Chef de service d'ORL et CCF du CHU « Mère-Enfant » Luxembourg**
- **Secrétaire général de la société malienne d'ORL et de CCF (SMORL)**
- **Membre de la société Française d'ORL et de CCF (SFORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d'Afrique Francophone (SORLAF)**

**Cher Maitre,**

Ces quelques mots ne suffisent certainement pas pour exprimer l'honneur et l'immense plaisir que nous avons eu à travailler sous votre direction, pour vous témoigner notre profonde reconnaissance de nous avoir confié ce travail, pour tout ce que vous nous avez appris, pour le précieux temps que vous avez consacré à diriger chacune des étapes de cette thèse avec une grande rigueur et perspicacité. Votre compétence, votre dynamisme, votre humilité et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

# LISTE DES ABREVIATIONS

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AG** : Anesthésie générale

**AL** : Anesthésie locale.

**ANAES** : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (France)

**ATM** : Articulation temporo-mandibulaire.

**ATS** : Articulation temporo-mandibulaire.

**C4** : Quatrième vertèbre cervicale

**C5** : Cinquième vertèbre cervicale.

**CCF** : Chirurgie cervico-faciale.

**CE** : Corps étranger.

**CHUME** : centre hospitalier Universitaire Mère-Enfant.

**F** : Féminin.

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

**J** : Jour.

**LES** : Laryngoscopie en suspension ;

**M** : Masculin.

**MAE** : Méat acoustique externe.

**NFS** : Numération de la formule sanguine.

**OMC** : Otite moyenne chronique.

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie.

**SCM** : Sterno-cléido-mastoidien

**VAS** : Voie aérienne supérieure.

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## Liste des tableaux

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âges.....	39
Tableau III : Répartition des patients selon la provenance .....	41
Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie .....	42
Tableau V: Répartition des patients selon la profession.....	43
Tableau VI : Répartition des patients selon les diagnostics pré-peropératoire...	44
Tableau VII : Répartition des patients selon le type d'intervention sous AG. ...	46
Tableau VIII: Répartition des patients selon le type d'intervention sous AL ....	47
Tableau IX: répartition des chirurgies selon la sphère. ....	48
Tableau X : répartition des chirurgies de la sphère en fonction de la tranche d'âge. .....	49
Tableau XI: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation. ....	50
Tableau XII: répartition des gestes réalisés en fonction de la durée d'hospitalisation. ....	51
Tableau XIII : Répartition des interventions sous AG en fonction du sexe. ....	52
Tableau XIV: Répartition selon les complications.....	54
Tableau XV: répartition des types de complications selon les interventions. ....	55

## Liste des figures

Figure 1 : Cavité buccale et oropharynx .....	8
Figure 2 : Coupe sagittale de la paroi latérale des fosses nasales .....	12
Figure 3 : Vue antérieure de la glande thyroïde (Futura-Sciences) .....	14
Figure 4 : Anatomie-vascularisation et innervation des glandes salivaires.....	18
Figure 5 : Coupe frontale de l'oreille.....	23
Figure 6 : Emplacement des différents sinus de la face.....	31
Figure 7: Répartition des patients selon le sexe .....	40
Figure 8: Répartition des patients selon les types d'anesthésie. ....	45
Figure 9: Répartition des patients selon les suites opératoires .....	53
Figure 10 : répartition des patients selon le degré d'appréciation. ....	56

## Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	2
<b>II. Objectifs</b> .....	5
<b>2. Objectifs spécifiques :</b> .....	5
<b>1. Amygdalectomie :</b> .....	7
<b>1.1. Définition :</b> .....	7
<b>1.2. Rappel anatomique :</b> .....	7
<b>1.3. Indications (recommandations de l'ANAES) <sup>[08]</sup></b> .....	9
<b>1.4. Contre-indications</b> .....	9
<b>1.5. Techniques</b> .....	9
<b>1.6. Complications <sup>[09]</sup></b> .....	9
<b>2. Adénoïdectomie</b> .....	10
<b>2.1. Définition</b> .....	10
<b>2.2. Rappel anatomique :</b> .....	10
<b>2.4. Contre-indications</b> .....	10
<b>2.5. Techniques</b> .....	11
<b>2.6. Complications :</b> <sup>[12]</sup> .....	11
<b>3. Thyroïdectomie</b> .....	13
<b>3.1. Définition :</b> <sup>[13]</sup> .....	13
<b>3.2.1. La glande thyroïde :</b> .....	13
<b>3.3. Indications :</b> <sup>[14]</sup> .....	15
<b>3.4. Techniques :</b> <sup>[14]</sup> .....	15
<b>3.5. Complications :</b> <sup>[15]</sup> .....	16
<b>4. Parotidectomie</b> .....	16
<b>4.1. Définition :</b> .....	16
<b>4.2. Rappel anatomique :</b> .....	16
<b>4.4. Techniques :</b> <sup>[18]</sup> .....	19
<b>4.5. Complications :</b> <sup>[19]</sup> .....	20
<b>5. Tympanoplastie <sup>[20]</sup></b> .....	21
<b>5.1. Définition</b> .....	21
<b>5.2. Rappel anatomique :</b> .....	21
<b>5.3. Indications</b> .....	24
<b>5.4. Techniques :</b> <sup>[23]</sup> .....	24
<b>5.5. Complications :</b> <sup>[24]</sup> .....	25
<b>6. Ponction et lavage des sinus maxillaires :</b> <sup>[25]</sup> .....	26

<b>6.1. Définition</b> .....	26
<b>6.2. Rappel anatomique :</b> .....	26
<b>6.3. Indications</b> .....	27
<b>6.4. Techniques :</b> <sup>[27]</sup> .....	27
<b>6.5. Complications :</b> <sup>[28]</sup> .....	28
<b>7.Caldwell Luc :</b> <sup>[29]</sup> .....	28
<b>7.1. Définition :</b> .....	28
<b>7.2. Rappel anatomique :</b> .....	28
<b>7.3. Indications :</b> <sup>[30]</sup> .....	29
<b>7.4. Techniques :</b> <sup>[31]</sup> .....	29
<b>7.5. Complications :</b> <sup>[32]</sup> .....	29
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	33
<b>1. Cadre d'étude</b> .....	33
<b>2. Lieu d'étude :</b> .....	33
<b>3. Type d'étude :</b> .....	36
<b>4. Période d'étude :</b> .....	36
<b>5. Population d'étude :</b> .....	36
<b>6. Échantillonnage :</b> .....	36
<b>6.1. Critères :</b> .....	36
<b>7. Technique de collecte des données :</b> .....	36
<b>8. Saisie et analyse des données :</b> .....	36
<b>9. Considérations éthiques et déontologiques :</b> .....	37
<b>IV. Résultats</b> .....	39
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	58
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	64
<b>VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	68
<b>ANNEXES</b> .....	76

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

L'oto-rhino-laryngologie (ORL) est une spécialité médico-chirurgicale consacrée aux maladies de l'oreille, du nez, des sinus, de la gorge et du cou. Elle s'intéresse ainsi à l'ouïe, à la voix, à la respiration, à l'odorat, au goût, à l'équilibre et dans une moindre mesure à l'esthétique du visage. C'est par excellence la spécialité de la communication, de l'expression, de l'orientation et de la dégustation [1].

La sphère ORL peut être le siège de plusieurs types de pathologie : infectieuses, tumorales, inflammatoires, traumatiques, malformatives, neurosensorielles.

Si la prise en charge de certaines de ses pathologies sont médicales ; d'autres relève de la chirurgie, ce qui fait de l'O.R.L une spécialité médico-chirurgicale.

Le rapport avec certains organes voisin comme : l'orbite ; la sphère cérébrale et ses méninges ; le paquet vasculo-nerveux cervical ; explique la survenue de certains nombres de complications notamment : méningite, abcès cérébral, thrombose de sinus caverneux, hémorragie ... [2]

Cette spécialité souffre en ressources humaines et d'insuffisance du plateau technique en Afrique subsaharienne où le besoin se fait sentir de par la richesse et la variété de ces affections [3].

En Afrique, certaines études ont été réalisés pour évaluer l'activité chirurgicale dans le service O.R.L. notamment à l'hôpital de YALGADO OUEDRAOGO au Burkina, l'hôpital Matlaboul Fawzaynoi ; ainsi que l'unité fonctionnelle de Baudouin au Sénégal [4-6]

Au Mali, il existe peu de données statistiques exploitables disponibles dans nos services O.R.L sur l'activité chirurgicale.

Ce qui nous a motivé de réaliser cette étude dont le but est de présenter le « Bilan d'un an d'activité chirurgicale dans le service ORL et CCF du CHUME –'le Luxembourg'' de Bamako ».

Cette étude nous permettra non seulement de donner des statistiques sur cette chirurgie mais aussi de mieux cerner sa problématique en particulier dans le service et en général dans nos pays en voie de développement.

# OBJECTIFS

## **II. Objectifs**

### **1. Objectif général :**

Décrire les interventions chirurgicales réalisées par le service ORL du CHUME  
« le Luxembourg »

### **2. Objectifs spécifiques :**

- 1) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients opérés ;
- 2) Identifier les différentes interventions chirurgicales réalisées ;
- 3) Décrire les suites opératoires immédiates ;
- 4) Identifier les différentes complications ;
- 5) Déterminer la durée moyenne d'hospitalisation et les appréciations des patients après les interventions ;

# GENERALITES

### **III. GENERALITES :**

#### **1. Amygdalectomie :**

##### **1.1. Définition :**

L'amygdalectomie est l'exérèse totale extra-capsulaire des amygdales palatines.

Elle s'effectue sous anesthésie générale. [07]

##### **1.2.Rappel anatomique :**

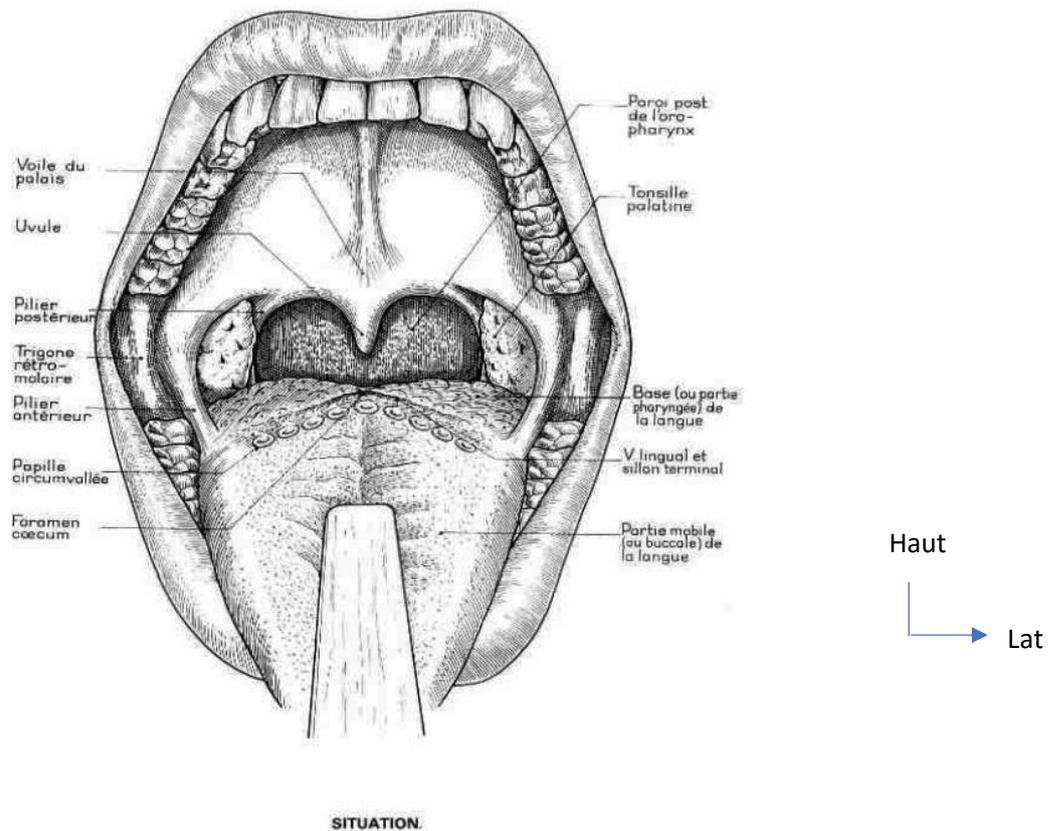
###### **1.2.1. Le Pharynx**

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

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

###### **1.2.1.1 Oropharynx :**

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



**Figure 1 : Cavité buccale et oropharynx**

**Source : LEGENT F, PERLEMUTER L, VANDENBROUCK C. Cahier d'anatomie orl, tome2, 4<sup>e</sup> édition, Paris : Masson**

### **1.3. Indications (recommandations de l'ANAES) [08]**

- Les amygdalites aiguës à récidivantes.
- Les amygdalites chroniques (3mois ou plus).
- La tuméfaction unilatérale de l'amygdale.

Les abcès péri- amygdaliens.

- Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil en rapport avec une hypertrophie adénoïdo-amygdaliens.

### **1.4. Contre-indications**

Il n'existe pas de contre-indication absolue pour l'amygdalectomie mais l'intervention peut être reportée en cas de :

- Troubles de la coagulation.
- Les fentes palatines et les divisions sous-muqueuses.
- Un état fébrile (température supérieure à 38°C).
- Un terrain allergique et/ou un asthme préexistant.

### **1.5. Techniques**

Il en existe plusieurs, mais l'amygdalectomie par la technique de Sluder chez l'enfant et l'amygdalectomie par dissection chez l'enfant et chez l'adulte sont utilisées dans notre contexte. La technique consiste en une dissection ou en une véritable énucléation amygdalienne en un seul geste. Il existe aussi d'autres variantes (au laser, au bistouri électrique,,,,,,)

### **1.6. Complications [09]**

#### **• Primaires :**

- Les nausées et vomissements post opératoires
- L'hémorragie.
- Complications respiratoires.

#### **• Secondaires :**

- L'hémorragie retardée.
- Dysphagie douloureuse a risque de déshydratation.

- Persistance de l'obstruction respiratoire.
- **Autres** : œdème de la luette, traumatisme de la luette ou des piliers ; traumatismes dentaires.

## **2. Adénoïdectomie**

### **2.1. Définition**

L'adénoïdectomie est l'exérèse des végétations adénoïdes. Elle s'effectue sous anesthésie générale. [10]

### **2.2. Rappel anatomique :**

#### **2.2.1. Le nasopharynx ou cavum :**

Il constitue l'arrière fond des fosses nasales avec lesquelles il communique par l'intermédiaire des choanes. Le cavum s'ouvre en bas vers l'oropharynx dont il est séparé par la voile du palais. La partie postérieure répond à l'espace rétro-pharyngienne et à la colonne cervicale, le toit est constitué par le corps du sphénoïde et de l'apophyse basilaire de l'occipital. Les orifices des trompes d'Eustache s'ouvrent au niveau des parois latérales. L'amygdale pharyngée de Luschka, dont l'hypertrophie donne des végétations adénoïdes, se développe sur ses parois supérieure et postérieure.

### **2.3. Indications :** [11]

- Les otites moyennes aiguës récidivantes (3 épisodes en moins de 6 mois avec un intervalle libre de 6 semaines entre chaque épisode).
- Syndrome d'apnées du sommeil.
- Rhinopharyngite à répétition.
- Otite séro-muqueuse.

### **2.4. Contre-indications**

Il n'existe pas de contre-indication absolue pour l'adénoïdectomie, les contre-indications relatives doivent être examinées au cas par cas :

- Les troubles de la coagulation.
- Les fentes palatines et les divisions sous muqueuses.

- Un état fébrile (température supérieure à 38°C).
- Un terrain allergique et/ou un asthme préexistant.

## **2.5. Techniques**

La technique consiste en un curetage associant l'action de l'adénotome (couteau de Moore) complète par celle du doigt (curage).

## **2.6. Complications : [12]**

### **• Immédiates :**

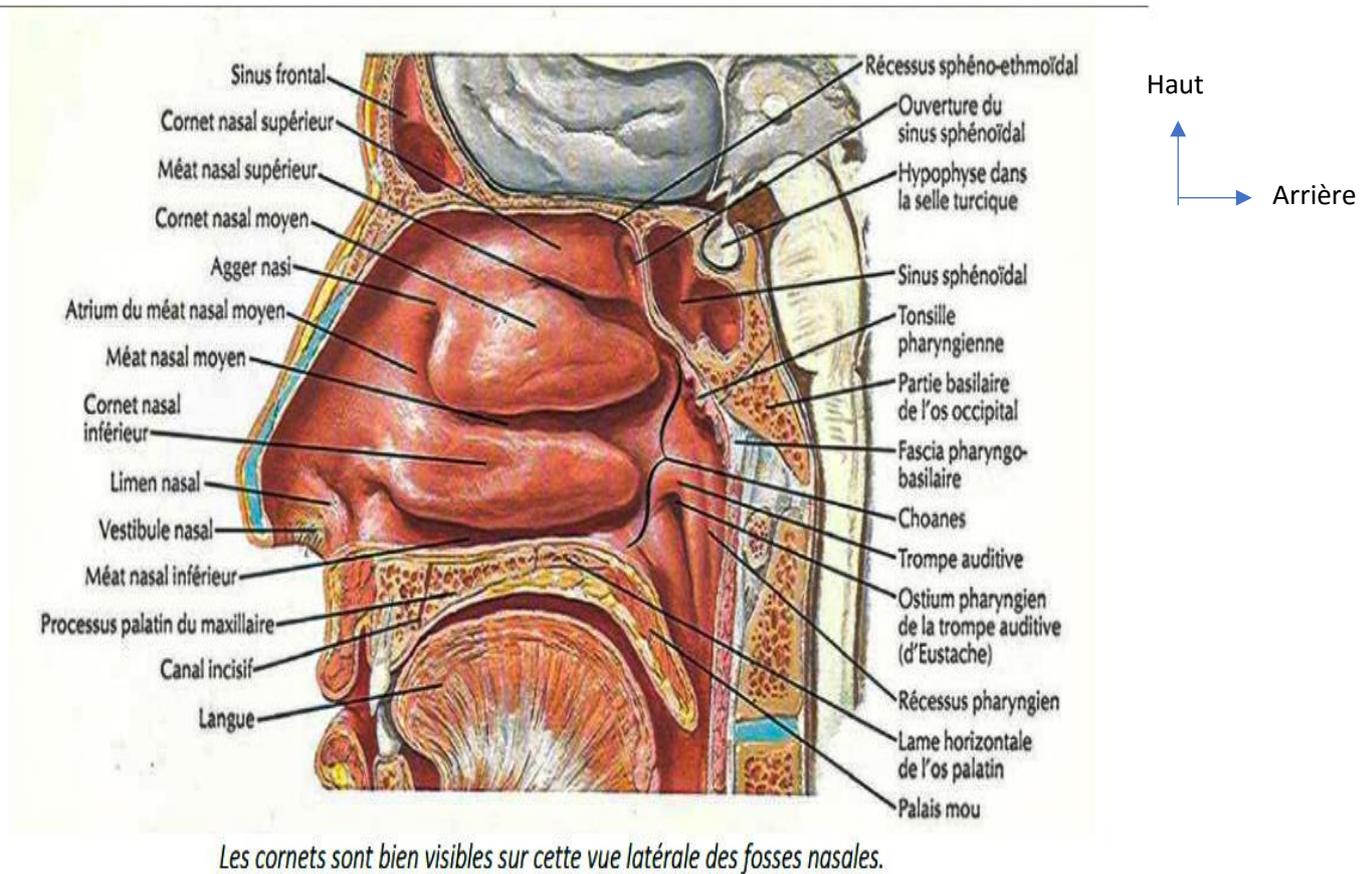
- Hémorragie (une exérèse incomplète du tissu adénoïdien, une blessure de l'artère vomérienne et/ ou une blessure de la paroi pharyngée).
- Inhalation du sang avec asphyxie.
- Plaie de la luette et du voile.

### **• Secondaires :**

- Hémorragies retardées (persistance de reliquat adénoïdiens).

### **• À long terme :**

- Insuffisance vélaire
- Récidives.



**Figure 2 : Coupe sagittale de la paroi latérale des fosses nasales**

**Source : Anatomie-Netter-tête et cou Région du Nez Planche 32.**

## **Chirurgie du cou et face**

### **3. Thyroïdectomie**

#### **3.1. Définition : <sup>[13]</sup>**

La thyroïdectomie est l'ablation chirurgicale de la totalité ou d'une partie de la glande thyroïde

#### **3.2. Rappel anatomique :**

##### **3.2.1. La glande thyroïde :**

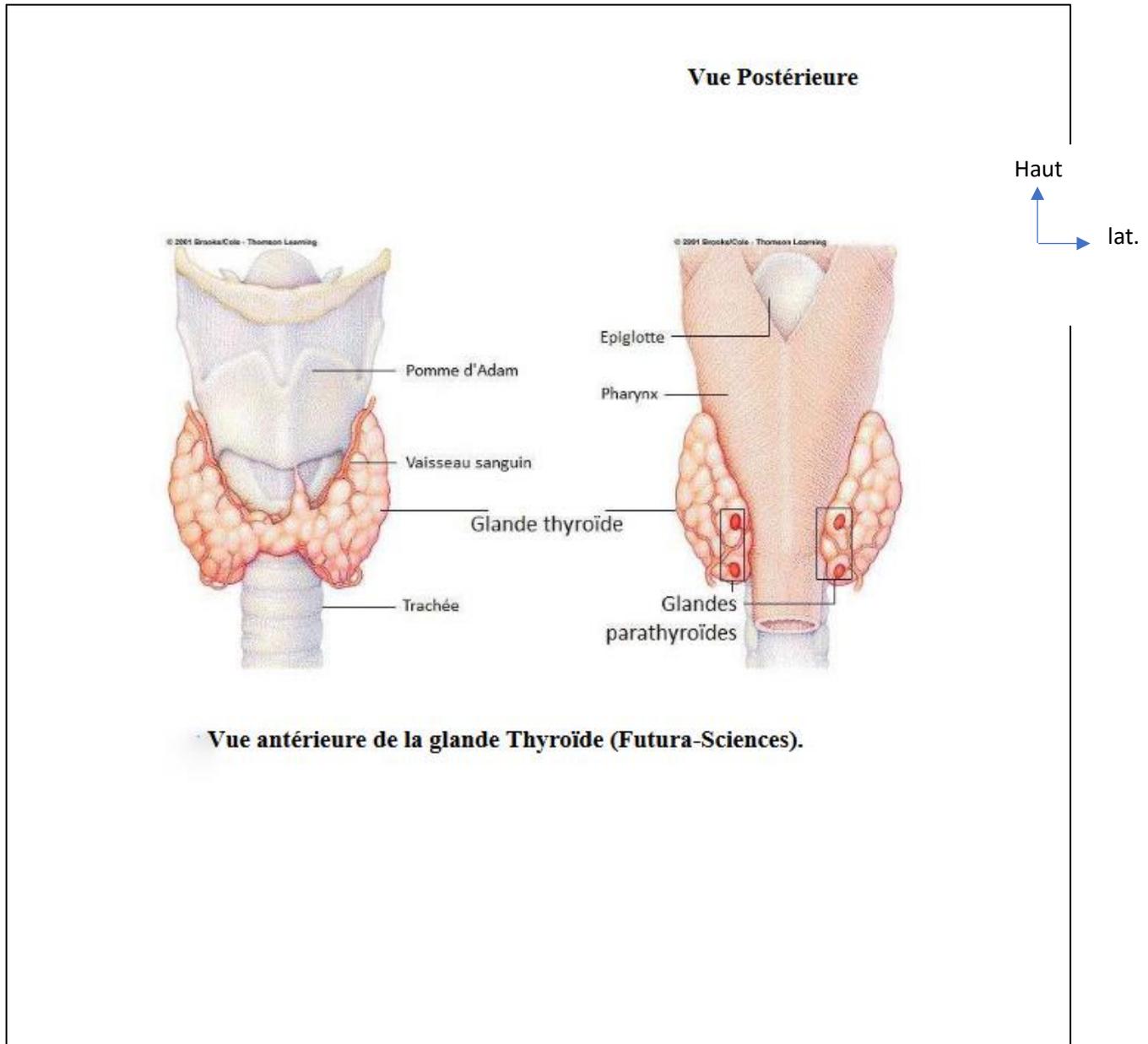
La glande thyroïde est impaire et médiane appliquée sur la partie antérieure de l'axe laryngotrachéal. Elle présente une partie moyenne, appelée isthme, et deux parties latérales volumineuses, les lobes droit et gauche. Du bord supérieur de l'isthme part inconstamment un prolongement supérieur, le plus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

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

La thyroïde à une production endocrine double elle sécrète :

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

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



**Figure 3 : Vue antérieure de la glande thyroïde (Futura-Sciences)**

### **3.3. Indications :** <sup>[14]</sup>

- En de thyrotoxicose (maladie de Basedow ; Goitre nodulaire toxique.....)
- Suspicion de malignité.
- En de gêne fonctionnelle (compression).
- Psychologiques (gêne esthétique, cancérophobie).

### **3.4. Techniques :** <sup>[14]</sup>

- ❖ Malade en décubitus dorsal ; anesthésie générale avec intubation oro-trachéale ; hyperextension céphalique en positionnant un billot sous les épaules.
- Incision cutanée curviligne, est placée dans un pli du cou à deux doigts du manubrium sternal entre les bords antérieurs des SCM. Le plan sous cutané et platysmal sont individualisés et un plan de dissection sous platysmal est créé vers le haut en avant les veines jugulaires antérieures jusqu'au niveau du cartilage thyroïde en haut et la fourchette sternale en bas.
- Les lambeaux cutanés sont fixés par des écarteurs de Jowell's pour exposer la région thyroïdienne.
- Dégagement des muscles infra-hyoïdiens et exposition de la face antérieure de la glande thyroïde
- Médialisation du lobe thyroïdien : par dissection prudente au doigt, l'opérateur médialise le lobe thyroïdien.
- Section et ligature de la veine thyroïdienne moyenne ;
- Dissection et ligature de l'ATS au fil 2/0 ou 3/0.
- Identification de la glande parathyroïdienne supérieure.
- Ligature des veines thyroïdiennes inférieures
- Dissection et péri capsulaires de la branche de l'artère thyroïdienne inférieure.
- Identification de la glande parathyroïde inférieure.
- Dissection du ligament de BERRY.
- Identification du nerf laryngé inférieur.
- Section de l'isthme thyroïdien.

▪ Fermeture : la plaie est lavée, une manœuvre de Valsalva est réalisée pour révéler un saignement veineux puis l'hémostase est achevée., mise en place d'un drain. Les muscles sur la ligne blanche sont suturés sur 70% de leur hauteur et les muscles peauciers sont fermés en points séparés résorbables. Une suture sous cutanée est ensuite réalisée à l'aide d'un fil mono filament.

### **3.5. Complications :**<sup>[15]</sup>

#### **Précoces :**

Ces complications peuvent être les suivantes :

- Un hématome ou une hémorragie postopératoire.
- Une dyspnée postopératoire de type inspiratoire (traduisant habituellement une paralysie bilatérale des récurrents en fermeture).
- Une insuffisance parathyroïdienne aiguë.

#### **Tardives :**

- Une paralysie permanente du nerf laryngé inférieur.
- Une insuffisance thyroïdienne.
- Une hypoparathyroïdie chronique.

## **4.Parotidectomie**

### **4.1. Définition :**

La parotidectomie est l'ablation partielle ou totale de la glande parotide<sup>[16]</sup>

### **4.2. Rappel anatomique :**

#### **4.2.1. La glande parotide :**

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires. Elle est de forme pyramidale avec des prolongements zygomatique, massétérin, cervical et latéro-pharyngée. Elle est située en avant du méat acoustique externe et englobe la branche montante de mandibule. Son canal excréteur est appelé canal de Sténon, qui s'abouche au niveau de la muqueuse jugale en regard de la 2ème molaire supérieure. Les éléments qui passent dans cette glande sont :

**a. Le nerf VII**

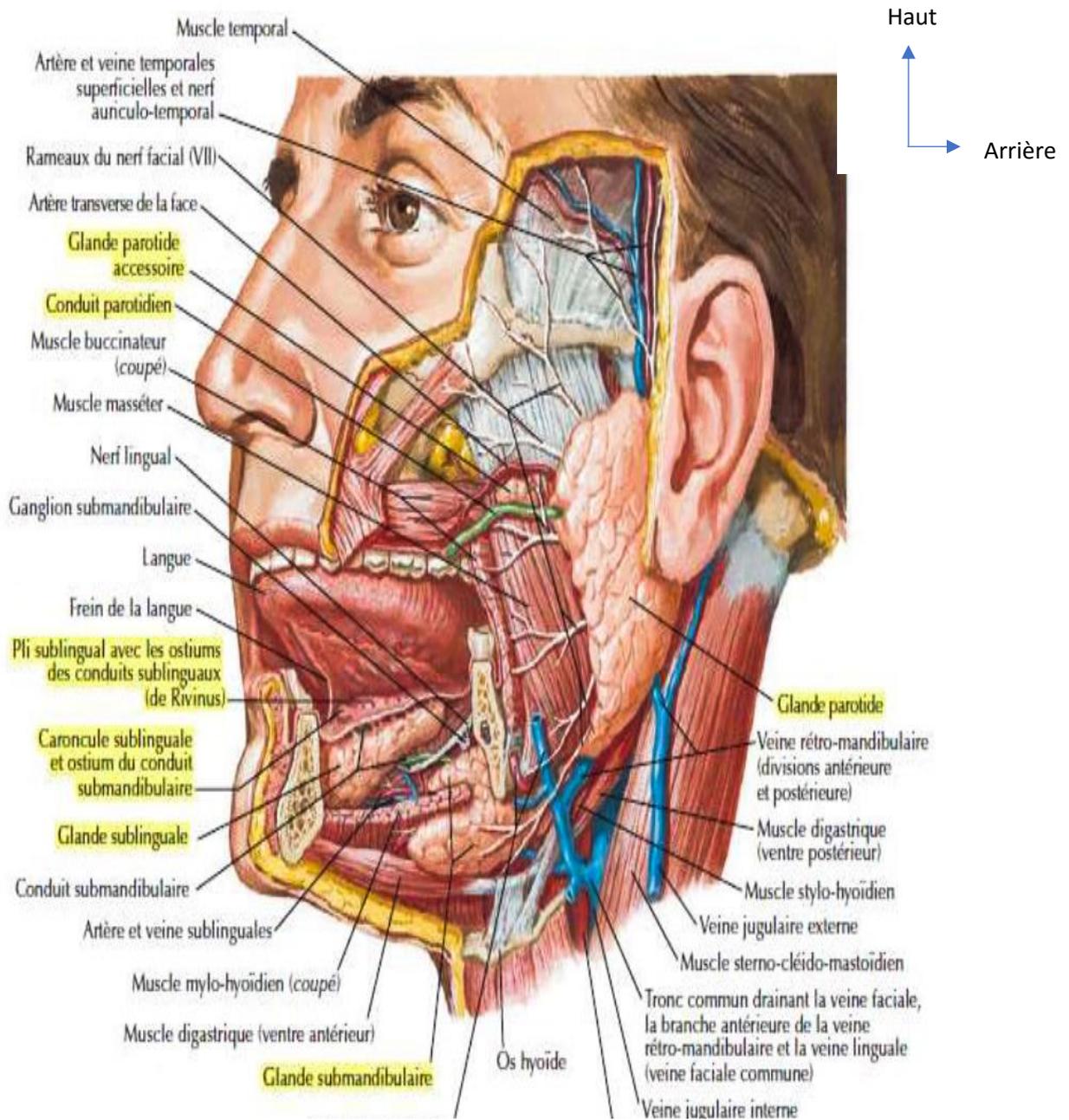
**b. Carotide externe**

**c. Le plexus veineux intra-parotidien**

**4.2.2. La glande sous maxillaire :**

La glande sous-mandibulaire est située en avant de la région carotidienne et sous la région parotidienne. Ses rapports principaux se font essentiellement avec le pédicule facial, le nerf lingual en dedans et le rameau mentonnier le long du bord inférieur de la mandibule. En effet, en dehors l'artère faciale, branche de la carotide externe, contourne le pôle inférieur de la glande pour cheminer le long du bord basilaire de la mandibule. La veine faciale, superficielle, est quant à elle située à la face profonde de l'aponévrose cervicale superficielle. Le rameau mentonnier cervical chemine entre l'aponévrose et le muscle peaucier. Le nerf lingual entre en rapport avec la face interne de la glande et contracte des rapports avec la glande par des fibres.

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



**Figure 4 : Anatomie-vascularisation et innervation des glandes salivaires.**

**Source : Atlas d'anatomie humaine-Sobotta tome1, tête, cou, membre supérieur de Reinhard Putz**

### 4.3. Indications :<sup>[17]</sup>

- Tumeurs bénignes épithéliales de la parotide (adénome pléomorphe ; kystes ; tumeur de Godwin,).
- Tumeurs malignes épithéliales de la parotide (cylindromes ; adénocarcinomes...)
- Tumeurs bénignes conjonctives de la parotide (angiome ; lipome.).
- Tumeurs malignes conjonctives de la parotide (hémangiopéricytome ; sarcome...).

### 4.4. Techniques :<sup>[18]</sup>

- ✓ **La technique classique :** l'incision cutanée se fait en 3 segments
- Un segment vertical pré-tragien dont la limite supérieure correspond au pédicule temporal ou la racine de l'hélix.
- Un segment horizontal autour de la zone d'implantation du lobule de l'oreille jusqu'à la pointe de la mastoïde.
- Un segment inférieur en regard du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien Ensuite,
- Décollement des lambeaux cutanés ;
- Décollement du lambeau de système musculo aponévrotique superficiel ;
- Libération du segment supérieur pré-auriculaire ;
- Libération du segment inférieur cervical ;
- Dissection du fascia parotido-mastoïdien ;
- Repérage du nerf facial ;
- Réalisation de la parotidectomie exo-faciale ;
- Réalisation de la parotidectomie sous faciale ;
- Fermeture ;

#### ✓ **La parotidectomie exo-faciale :**

La parotidectomie exo-faciale (dite superficielle) consiste en l'exérèse de tout le parenchyme glandulaire situé entre le VII et l'opérateur. Elle n'est évidemment applicable que si la tumeur n'est pas développée aux dépens du lobe profond.

### ✓ **La parotidectomie totale conservatrice :**

Préconisée par H. REDON et DUVAL dès 1932. Elle représente la technique la plus réalisée dans la majorité des séries. Elle est exécutée sous anesthésie générale. Elle comporte :

- Une lobectomie superficielle ou latéro-faciale.
- Une lobectomie profonde ou médio-faciale.
- Une lobectomie sous-faciale.

### **4.5. Complications :**<sup>[19]</sup>

#### ➤ **Précoces :**

- ❖ Paralysie faciale transitoire ;
- ❖ Hémorragie post opératoire ;
- ❖ Surinfection post opératoire ;
- ❖ Nécrose cutanée partielle :

#### ➤ **Secondaires :**

- ❖ Syndrome de Frey post-parotidectomie ;
- ❖ Paralysie faciale définitive ;
- ❖ Dépression rétro-mandibulaire ;
- ❖ Chéloïde ;

## **Chirurgie de l'oreille**

### **5. Tympanoplastie <sup>[20]</sup>**

#### **5.1. Définition**

La tympanoplastie signifie « reconstruction du tympanum ou caisse du tympan », essentiellement de son contenu tympano-ossiculaire.

#### **5.2. Rappel anatomique :**

##### **5.2.1. Oreille :**

L'oreille est un organe neurosensoriel à double fonction : il assure l'audition et joue un rôle très important dans l'équilibre. Cet organe comprend 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne <sup>[21]</sup>

##### **5.2.1.1. Oreille externe : <sup>[22]</sup>**

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

##### **5.2.1.2 Oreille moyenne :**

Elle comprend un ensemble de cavités aériennes centré sur la caisse du tympan (ou tympanum), prolongé vers l'avant par le protympanum et la trompe D'Eustache et vers l'arrière par les cellules mastoïdiennes. <sup>[22]</sup>

##### **5.2.1.2.1 La membrane tympanique :**

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

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

**5.2.1.2.2 La caisse :** La chaîne des osselets (marteau, enclume et étrier) permet de distinguer deux parties superposées :

- En haut : l'attique ou l'épitympanum, elle correspond à la pars flaccida de la membrane tympanique ;
- En bas : l'atrium ou le mésotympanum, elle correspond à la pars tensa de la membrane tympanique ; [22]

#### **5.2.1.2.3. Les cellules mastoïdiennes :**

Elles communiquent en avant avec l'attique par l'antra, cellule constante et relativement importante. Les autres cellules (la grosse cellule de Lenoir, les cellules sous antrales superficielles, les cellules sous antrales profondes) ont un développement qui varie considérablement d'un sujet à l'autre [22]

#### **5.2.1.2.4. La trompe d'Eustache :**

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

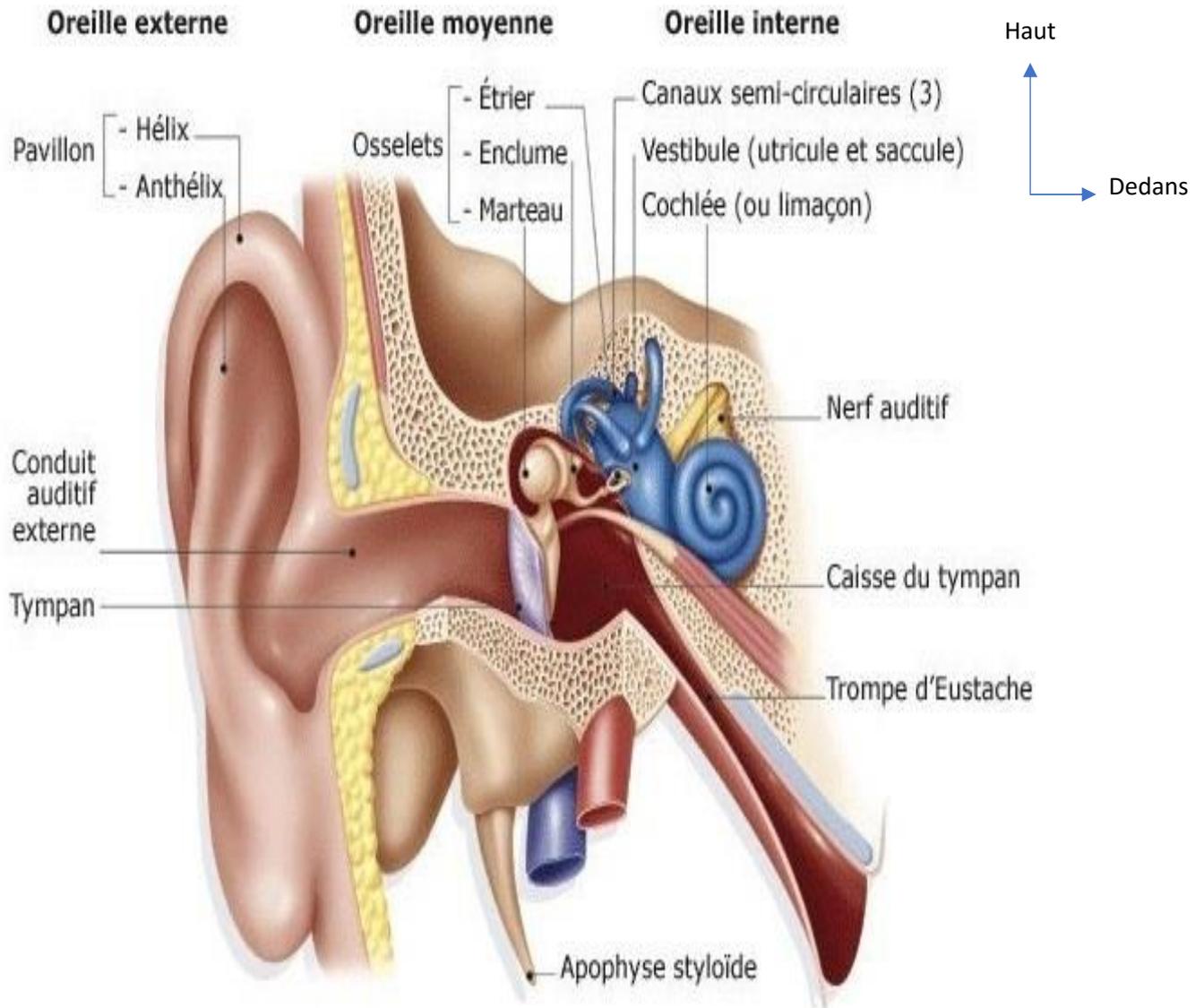
- Une partie osseuse : le protympanum mesurant 11 à 12 mm ;
  - Une partie fibro-cartilagineuse ou trompe cartilagineuse mesurant 24 à 25 mm.
- Elle rétablit l'égalité pressionnelle et protège la membrane tympanique ainsi que l'oreille interne des à-coups pressionnels. [22]

#### **5.2.1.3. L'oreille interne : [22]**

Elle contient les organes neurosensoriels pour les deux grandes fonctions :

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

Le nerf auditif est constitué par les fibres cochléaires et les fibres vestibulaire qui gagnent le tronc cérébral et les noyaux correspondants des voies centrales : La voie vestibulaire ; La voie cochléaire centrale, bilatérale pour chaque oreille qui se projette sur le cortex auditif dans l'aire temporale.



**Figure 5 : Coupe frontale de l'oreille.**

**Source : FRANK. H NETTER, N.D**

**Atlas d'anatomie humaine. 2<sup>ème</sup> édition. Section 1 Tête cou**

### 5.3. Indications

- Perforation traumatique du tympan
- Otite chronique évolutive et otorrhée persistante
- Séquelle stabilisée.

### 5.4. Techniques : [23]

#### ✓ Alésage du conduit

Elle sera réalisée à chaque fois que l'anatomie du conduit ne permet pas une exposition satisfaisante de la membrane tympanique, en particulier au niveau de l'angle antérieur. Il doit être prudent et économe pour éviter la labyrinthisation irréversible par fraisage au contact de la chaîne ossiculaire, une exposition de l'ATM, ou blessure du lambeau tympanoméatal.

#### ✓ Positionnement de la greffe par rapport au reste tympanique

Les modalités d'application du matériau de greffe dépendent de la technique utilisée.

En effet la greffe peut être placée latéralement par rapport à la fibreuse (**OVERLAY**), ou médialement par rapport à la fibreuse (**UNDERLAY**). Dans la technique sous fibreuse, le greffon est inséré à la face profonde des reliquats tympaniques et/ ou du marteau. Dans tous les cas, la greffe doit être large, en parfait contact avec les reliquats tympaniques.

Pour éviter la chute du greffon dans la caisse, on peut proposer :

- De réaliser une contention par des fragments d'éponges résorbable laissées en place dans la caisse,
- De faire remonter la greffe sur la paroi antérieure du conduit après décollement du sulcus,
- De positionner le greffon en hamac grâce à une boutonnière antérieure.

D'autres techniques ont été proposées :

- Le « push through » encore appelé le bouchon transmyringien ;
- La technique d'Eavey.

### **5.5. Complications :** [24]

- ✓ Comblement de l'angle antérieur et latéralisation ;
- ✓ Myringite ;
- ✓ Récidive de la perforation ;
- ✓ Perles épidermiques ;
- ✓ Paralysie ;
- ✓ Atteintes neurosensorielles ;

## **CHIRURGIE DU NEZ ET SINUS**

### **6. Ponction et lavage des sinus maxillaires : [25]**

#### **6.1. Définition**

La ponction du sinus est un moyen d'exploration et/ou de traitement des sinusites maxillaires.

#### **6.2. Rappel anatomique :**

##### **6.2.1. Les fosses nasales et les sinus paranasaux :**

###### **6.2.1.1. Les fosses nasales :**

Elles forment deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur, sous la partie médiane de l'étage antérieur de la base du crâne. Elles sont séparées par une cloison sagittale (septum), et protégées en avant par un auvent dénommé pyramide nasale. Leur paroi latérale joue un rôle considérable dans la physiologie respiratoire grâce aux cornets (inférieur, moyen et supérieur) qui augmentent considérablement la surface muqueuse et protègent les méats (inférieur, moyen et supérieur). Dans le méat moyen débouchent les sinus antérieurs, et dans le méat inférieur le canal lacrymal. Richement vascularisé par deux systèmes artériels :

□□ Le système carotidien externe vascularise les fosses nasales par l'artère faciale en avant et l'artère maxillaire interne en arrière. La branche la plus importante de l'artère maxillaire interne pour la vascularisation des fosses nasales est l'artère sphéno-palatine ;

□□ Le système carotidien interne vascularise les fosses nasales par les artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches de l'artère ophtalmique. Ces différents systèmes artériels s'anastomosent largement. Une région anastomotique a une importance particulière : « la tache vasculaire de **Kisselbach** » située à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale, génératrice de beaucoup d'épistaxis bénigne.

###### **6.2.1.2. Les sinus paranasaux :**

Ce sont des cavités sinusiennes creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Tous les sinus sont tapissés d'une muqueuse de type

respiratoire. À la naissance, il existe seulement le sinus ethmoïdal, les autres sinus étant encore à un stade rudimentaire. Ils croissent lentement jusqu'à l'âge adulte.  
[26]

#### **6.2.1.2.1. Le labyrinthe ethmoïdal :**

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

#### **6.2.1.2.2. Les sinus frontaux :**

Ils s'individualisent des autres cellules ethmoïdales anatomiquement vers 2 ans et radiologiquement vers 6-8 ans. Leur développement n'est terminé que vers 15-20 ans. [26]

#### **6.2.1.2.3. Les sinus maxillaires :**

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

A 15 ans, la croissance s'arrête, sauf à l'extrémité postéro-inférieure qui ne prend sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse [22]

#### **6.2.1.2.4. Les sinus sphénoïdaux :**

A 5 ans, volume d'un pois, à 12 ans la cavité n'occupe que la région antéroinférieure du corps sphénoïde, mais s'individualise sur les radiographies. Vers 15 ans se terminent le développement [22]

### **6.3. Indications**

La ponction et lavage des sinus est indiqué en cas de :

- Sinusite maxillaire chronique
- Sinusite maxillaire ne répondant pas à un traitement médical bien suivi.
- Sinusite maxillaire bloquée.

### **6.4. Techniques : [27]**

- Le patient est installé confortablement en décubitus ;

- Une anesthésie locale est effectuée avec un méchage de la fosse nasale avec un coton imbibé de xylocaïne naphazolinée 5%. Le méchage est placé sous le cornet inférieur.
- Introduction du trocart dans la fosse nasale en ayant bien soin de le glisser sous le cornet inférieur tout en le dirigeant vers l'orbite.
- La perforation de la cloison inter-sinus nasale doit être douce ; la perforation se traduisant par un craquement.
- Le mandrin est retiré du trocart : un prélèvement, un lavage, une sinus scopie avec une optique rigide peuvent alors être effectuées.

### **6.5. Complications :** <sup>[28]</sup>

#### ➤ **Immédiats :**

- Hémorragie ;
- Hématome au niveau de la paupière ;

#### ➤ **Tardifs :**

- Récidive ;
- Fou visuel

### **7.Caldwell Luc :** <sup>[29]</sup>

#### **7.1. Définition :**

C'est une voie d'abord chirurgicale du sinus maxillaire.

#### **7.2. Rappel anatomique :**

##### **7.2.1. Le sinus maxillaire :**

Le sinus maxillaire est une cavité creusée dans le corps du maxillaire supérieur. Il communique avec la fosse nasale par un ostium. Il est situé au-dessous des cavités des cavités orbitaires et surplombe latéralement la cavité buccale. Le sinus maxillaire peut être comparé à une pyramide triangulaire à sommet externe. Il présente à décrire 4 parois et deux bords :

- La paroi antérieure répond à la fosse canine. C'est la paroi chirurgicale du sinus.
- La paroi postérieure répond à la fosse ptérygo-palatine. Dans son chemin les nerfs alvéolaires (ou dentaires postérieures).

- La paroi supérieure répond au plancher de l'orbite.
- La paroi nasale ou base de la pyramide répond au méat moyen et inférieur.
- Le bord antérieur répond au canal lacrymo-nasal.
- Le bord inférieur répond aux racines des dents sinusiennes.

### **7.3. Indications :**<sup>[30]</sup>

- Kyste du sinus maxillaire ;
- Polype du sinus maxillaire ;
- Polype antro-choanaux ;
- Sinusites maxillaires chroniques aspergillaires ;
- Sinusites maxillaires chroniques odontogène ;

### **7.4. Techniques :**<sup>[31]</sup>

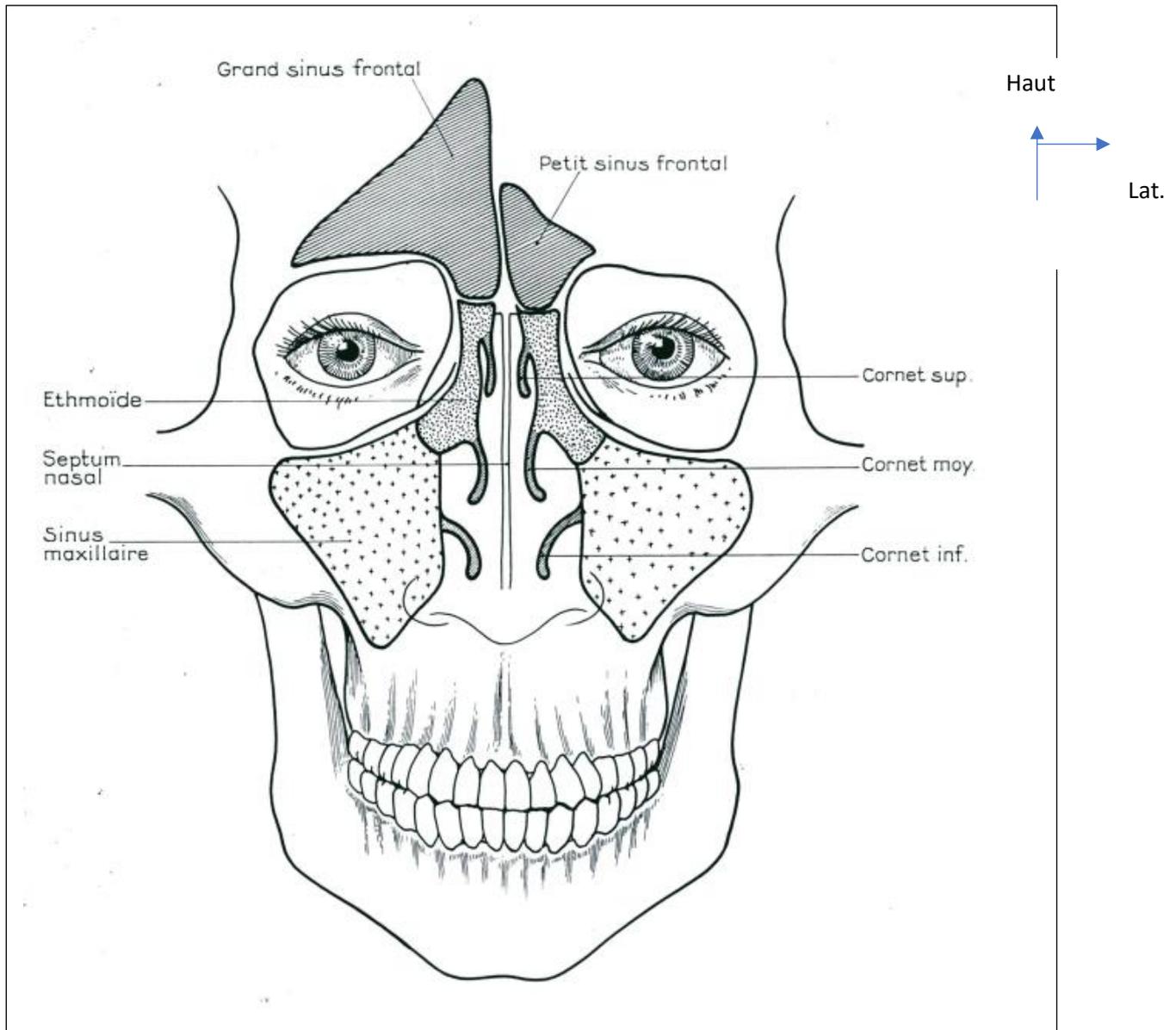
En 5 temps :

- Incision après infiltration du vestibule jugal supérieur avec la xylocaïne adrénaline 1 ou 2%. L'incision débute à la base de l'orifice piriforme suivant la ligne parallèle au collet dentaire sur 4 cm, se terminant au niveau de la console maxillomalaire.
- Exposition /antrotomie : le décollement sous périoste d'un lambeau muqueux à charnière supérieure s'étendant jusqu'à l'émergence du nerf infra-orbitaire protégé de toute traction excessive. La fosse canine ainsi exposée est trépanée à l'aide d'une gouge et antrotomie réalisée agrandie avec une pince emporte-pièce de citelli.
- Le traitement des lésions et la résection de la muqueuse sinusienne en insistant sur le récessus palatin ; malaire et orbito-ethmoidal du sinus.
- La meatotomie inférieure et le packing du sinus et de la fosse nasale avec des compresses imbibées de bétadine pour l'hémostase.
- Fermeture de l'incision vestibulaire en plan à plan à l'aide d'un fil résorbable.

### **7.5. Complications :**<sup>[32]</sup>

- **Précoces :**
- ❖ Hémorragie ;

- ❖ Lésion du nerf infra-orbitaire ;
- ❖ Brèche orbitaire ;
- ❖ Œdème ou une ecchymose jugale ;
- **Tardifs :**
- ❖ Mucocèles ;
- ❖ Atélectasies du sinus ;
- ❖ Névralgies du V2 (maxillaire).



**Figure 6 : Emplacement des différents sinus de la face.**

**Source : F. LEGENT, L. PERLEMUTER, CI. VANDENBROUCK. Cahier d'anatomie orl. 4e édition.**

# METHODOLOGIE

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1. Cadre d'étude**

Le service ORL-CCF du CHU Mère-Enfant « le Luxembourg » a servi de cadre pour la réalisation de cette étude.

#### **2. Lieu d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico faciale du centre hospitalier universitaire Luxembourg de Bamako au Mali

Présentation du centre hospitalier universitaire Mère-Enfant le Luxembourg :  
Historique :

Le centre hospitalier universitaire mère-enfant « le Luxembourg » (CHUME) a été inauguré le 24 Novembre 1998 en présence de la secrétaire d'état à la coopération du Luxembourg. Situé dans la banlieue ouest de Bamako dans le quartier Hamdallaye, l'hôpital a ouvert ses portes en Mai 1999. Il appartient à la fondation pour l'enfance dirigée par la présidente Madame TOURE Lobo TRAORE et reconnue d'utilité publique par le décret N°93-271 P-RM du 06 aout 1993.

#### **Étude physique du CHU Mère-Enfant**

Le CHUME a une convention signée avec le ministère de la santé.

##### **▪ Organisation :**

Le CHUME est un établissement médico-social de diagnostic ; de traitement, d'hospitalisation, de recherche et d'enseignement. C'est un hôpital de deuxième référence à vocation humanitaire.

L'hôpital dispose :

D'un organigramme

D'un manuel de procédure

D'un statut

D'un règlement intérieur

A cote de ces organes nous notons les structures de soutien dont

Le service social

Le service de maintenance (maintenance, plomberie, électricité, froid)

La buanderie

La cantine

- **Infrastructures :**

Le CHUME est un établissement hospitalier privé à but non lucratif rendant du service public, composé de trois bâtiments à deux niveaux et d'un bâtiment à trois niveaux en construction avec une direction et un service social le plateau technique de l'hôpital comprend les services suivants :

**Département Gynéco-obstétrique**

Département d'anesthésie – urgences – réanimation

Un service d'accueil des urgences

Un service d'anesthésie et de service de réanimation

**Département Chirurgie** comportant: Un service de chirurgie générale:

Un service de chirurgie pédiatrique

Un service de neurochirurgie

Un service d'odontostomatologie

Un service de chirurgie cardio vasculaire

Un service d'ophtalmologie

Un service ORL et CCF

Un service de traumatologie

Un service d'urologie

**Département Médecine** comportant: Un service de gastroentérologie

Un service de cardiologie

Un service de dermatologie

Un service de médecine interne

Un service de neurologie

Un service de rhumatologie

Un service de pédiatrie

Un service d'oncologie médicale

Département du laboratoire

Département d'imagerie médicale

Département de la pharmacie hospitalière

À la date actuelle le CHUME dispose de 100 lits d'hospitalisation repartis entre 7 unités :

L'Unité d'hospitalisation de gynécologie,

L'Unité d'hospitalisation de médecine,

L'Unité d'hospitalisation de pédiatrie,

L'Unité d'hospitalisation de cardiologie,

L'Unité d'hospitalisation de l'oncologie médicale

L'Unité d'hospitalisation de la réanimation.

- Unité d'hospitalisation de chirurgie.

### **Champ d'étude ;**

Le service ORL /CCF :

Le service est composé de

1 salle de consultation et 1 salle d'audiométrie

-une salle de soins,

Les interventions chirurgicales se font dans les deux (2 ans) blocs opératoires, communs des services de chirurgie.

Les malades opérés sont hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation commune des services de chirurgie

### **Les activités du service :**

Les activités du service sont réparties comme suit :

Les consultations externes sont effectuées tous les jours du lundi au vendredi.

Les activités chirurgicales à froid pour les interventions chirurgicales programmées ont lieu 2 jours dans la semaine au bloc opératoire (mercredi et vendredi).

Les prises en charge des urgences sont faites dès que le besoin s'impose.

La visite des malades hospitalisés est effectuée par les médecins tous les jours et le protocole de soin est exécuté par les infirmiers

### **3. Type d'étude :**

Notre étude est rétro-prospective.

### **4. Période d'étude :**

Notre étude a été réalisée sur une période de 12mois allant du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 30 juin 2023 au CHU Mère-Enfant le Luxembourg dans le service d'Oto-rhino-laryngologie,

### **5. Population d'étude :**

Notre étude a concerné tous les patients ayant bénéficié d'interventions (sous AL ; sous AG) pendant ladite période.

### **6. Échantillonnage :**

La taille de l'échantillon a été de (269) patients ;

#### **6.1.Critères :**

##### **6.1.1. Critères d'inclusion :**

Tout patient ayant subi une intervention chirurgicale soit sous AL soit sous AG ou bien et ayant un compte rendu opératoire exploitable est inclus dans l'étude du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 30 juin 2023 et un dossier exploitable

##### **6.1.2. Critères d'exclusion :**

Tout patient ayant subi une intervention chirurgicale ou bien une extraction de CE et ne possédant pas un compte rendu opératoire du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au 30 juin 2023

### **7. Technique de collecte des données :**

Les informations ont été obtenues par interview et des dossiers des patients. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête remplie par l'enquêteur ainsi que les dossiers cliniques des malades. La consignation des données a été faite sur une fiche d'enquête établie à cet effet.

### **8. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 25.0.

Les graphiques ont été établis sur le logiciel Excel ;

Le traitement de texte a été réalisé avec Microsoft WORD 2019

### **9. Considérations éthiques et déontologiques :**

Pour des raisons d'éthique et de déontologie la Direction de l'hôpital a été informée sur l'objet de notre étude.

L'ensemble du personnel de l'hôpital a été informé. Ensuite notre enquête a été menée chez les patients avec leur consentement libre et judicieux. Les données ont été collectées avec l'autorisation des responsables du service tout en respectant les normes de l'établissement.

Le traitement des données a été fait dans l'anonymat.

# RESULTATS

## IV. Résultats

### 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

#### 1.1. Fréquence des interventions :

Pendant la période d'étude, 269 actes chirurgicaux ont été réalisés sur 4532 consultations ce qui représente une prévalence de 5,93%. Sur les 2066 interventions chirurgicales réalisées par l'hôpital, la chirurgie de la sphère ORL a représenté 13,02% de toutes les interventions.

#### 1.2. Âge :

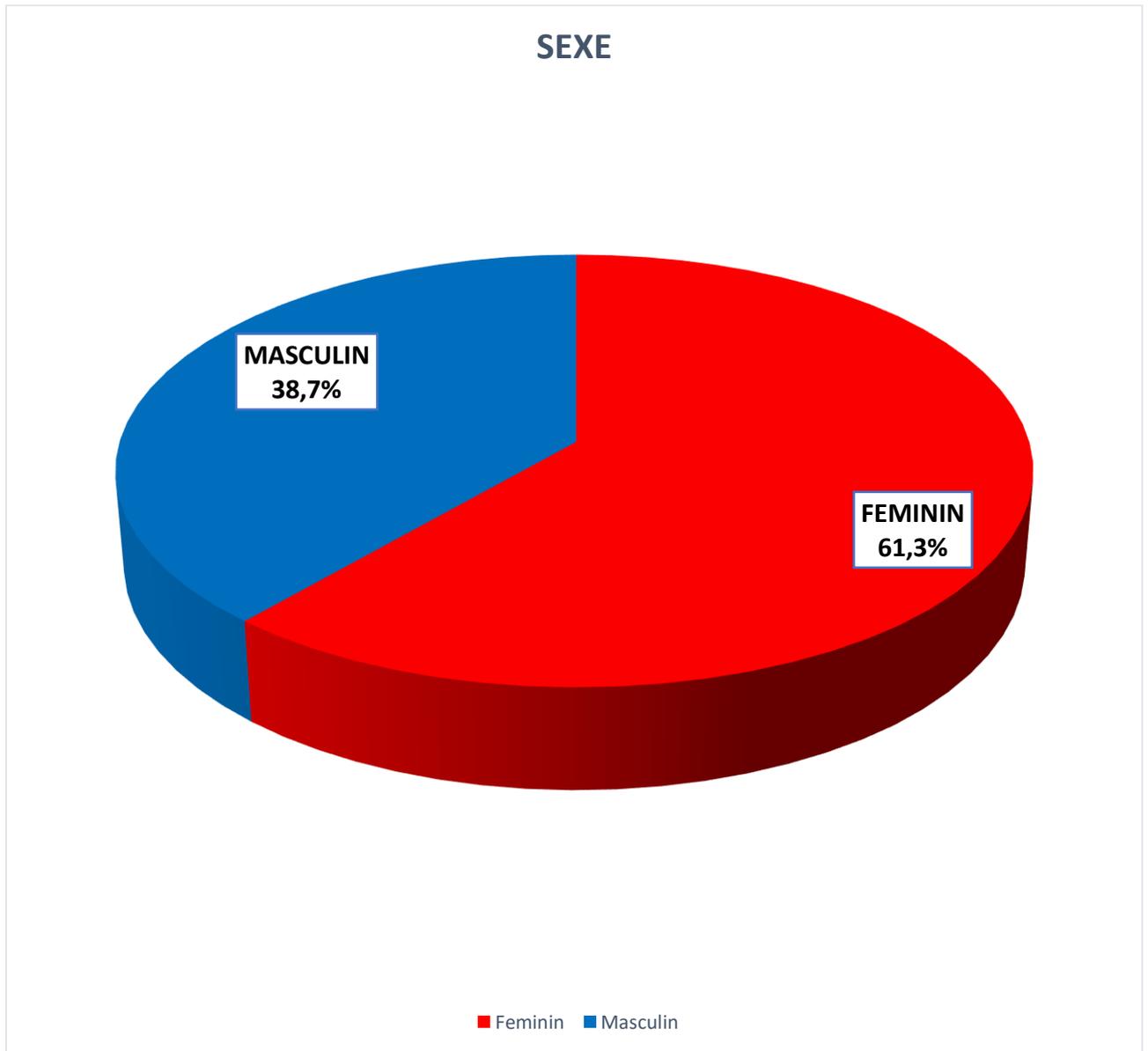
**Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âges.**

TRANCHES D'ÂGES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
0-9	88	32,71
10-19	58	21,56
20-29	33	12,27
30-39	36	13,38
40-49	32	11,90
50-59	12	4,46
60-69	6	2,23
70 et plus	4	1,49
Total	269	100,00

✓ La tranche d'âge (0-9) ans a représenté 32,71%.

✓ La moyenne d'âge de nos patients était de 22,4 ans ; avec des extrêmes allant de 11mois à 77 ans.

### 1.3. Sexe



**Figure 7: Répartition des patients selon le sexe**

✓ Le sexe féminin a représenté 61,3% avec une sex-ratio H/F 0,63.

#### 1.4. Provenance

**Tableau II : Répartition des patients selon la provenance**

PROVENANCE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Commune IV	<b>81</b>	30,11
Commune III	<b>52</b>	19,33
Commune VI	44	16,36
Commune V	41	15,24
Kati	22	8,18
Commune II	19	7,06
Commune I	6	2,23
Autres	4	1,49
Total	269	100,00

Les patients habitant de la commune IV ont représenté 30,11%.

**AUTRES\*** : Kayes (1 cas) ; Koulikoro (2 cas) ; Ségou (1 cas).

## 1.5. Ethnie

**Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>ETHNIES</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGES</b>
Bambara	<b>85</b>	31,60
Peul	<b>50</b>	18,59
Sarakolé	31	11,52
Malinké	30	11,15
Sonrhäi	19	7,06
Dogon	14	5,20
Senoufo	10	3,72
Bobo	9	3,35
Bozo	4	1,49
Miyanka	4	1,49
Autres	13	4,83
Total	269	100,00

Les Bambaras ont représenté 31,60% ; des Peuls dans 18,59%.

**AUTRES\*:** Kakolo (3 cas) ; Kassonké (2 cas) ; Arabe (2 cas) ; Samoko (1 cas) ; Djawambé (5 cas).

## 1.6. LA PROFESSION

**Tableau IV: Répartition des patients selon la profession.**

Professions	Effectifs	Pourcentages
Enfant préscolaire	79	29,4
Élèves et Étudiants	70	26,0
Ménagère	61	22,7
Fonctionnaire	32	11,9
Autres	27	10,0
Total	269	100

**Autres\*** : Artisan (2 cas) ; Tailleur (3 cas) ; Commerçants (5 cas) ; Chauffeur (10 cas) ; Retraité (5 cas) ; Éleveur (2 cas).

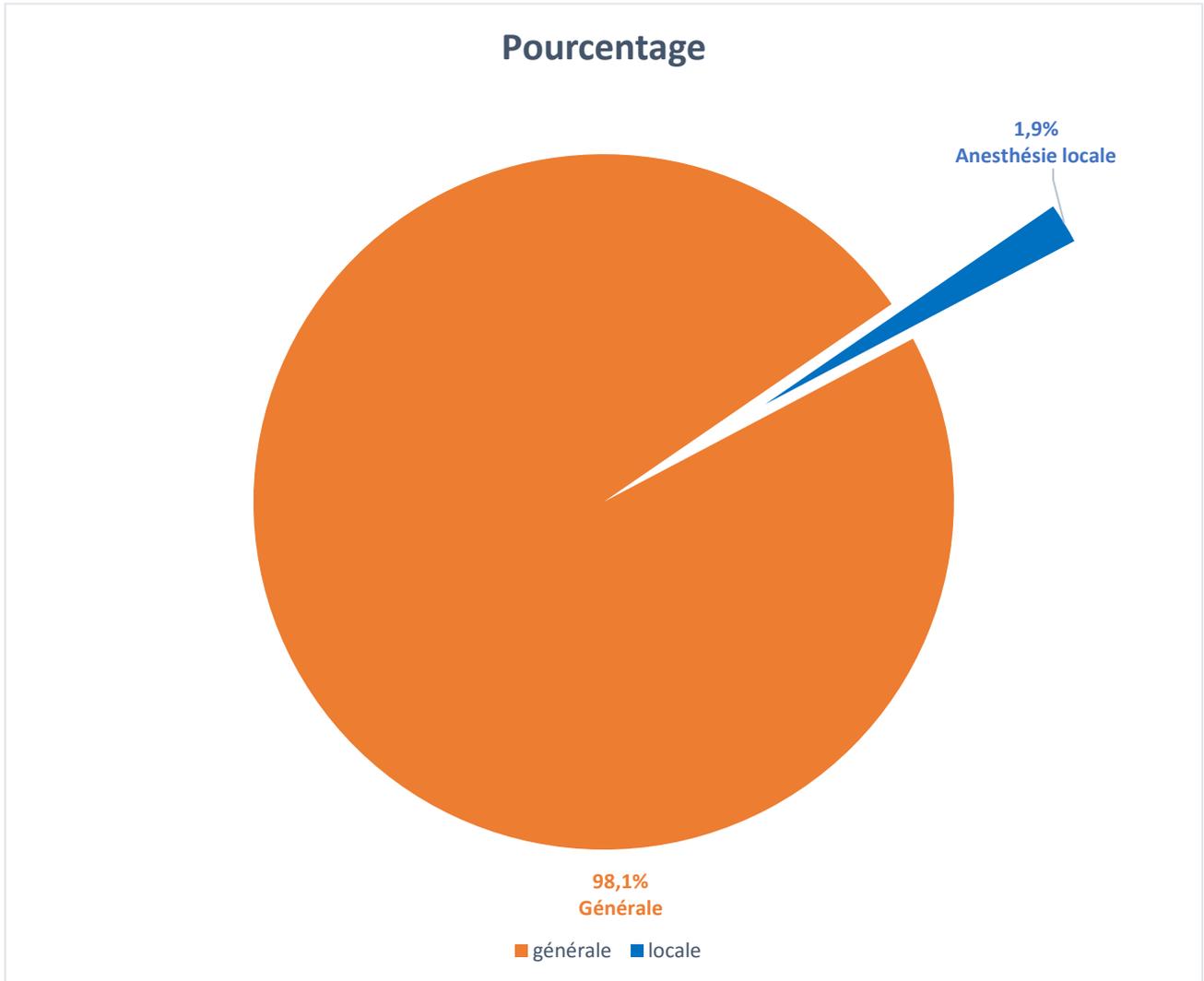
✓ Les enfants préscolaires ont représenté 29,4% ; les élève et étudiants 26,0% ; les ménagères avec 22,7%.

## 2. Données Cliniques :

**Tableau V : Répartition des patients selon les diagnostics pré-peropératoire**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGES</b>
Sinusite Maxillaire	4	1,49
Amygdalite aigue à répétition	<b>71</b>	26,39
Amygdalite chronique	28	10,41
Végétations adénoïdes	57	21,19
Nodule thyroïdien	45	16,73
Tumeur naso-sunisienne	7	2,60
Corps étranger de l'oreille	5	1,86
OMC séquellaire	8	2,97
Masse endo laryngée	13	4,83
papillomatose laryngée	7	2,60
Déviaton septale	3	1,12
Adénite cervicale	4	1,49
AUTRES	18	6,69
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,00</b>

**AUTRES\* : Cellulite cervicale (1 cas) ; Mastoïdite chronique (2 cas) ; corps étranger œsophagien (2 cas) ; Fracture des os propres du nez (2 cas) Fistule pré-helicienne (2 cas) ; Chéloïde (1 cas) ; tumeur de la parotide (1 cas) ; Rhinite chronique (2 cas) ; Otite séro-muqueuse (2 cas) ; masse sous mentale (1 cas) ; masse rétro-auriculaire (1 cas) ; Poly adénopathie cervicale (1 cas) ;**  
 ✓ Les patients avec Amygdalite aigue à répétition ont représenté 26,39% ; des végétations adénoïdes avec 21,19% et des nodules thyroïdiens avec 16,73%.



**Figure 8: Répartition des patients selon les types d'anesthésie.**

✓ Les patients ayant subi des interventions sous AG ont représenté 98,1%.

**Tableau VI : Répartition des patients selon le type d'intervention sous AG.**

TYPES D'INTERVENTIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Amygdalectomie	98	38
Adenoïdo-amygdalectomie	55	21
Thyroïdectomie	43	17
LES Biopsie	11	4
Epulchage de papillome laryngé	7	3
Exérèse pour Biopsie	6	2
Extraction de corps étranger de l'oreille	5	2
Tympanoplastie	5	2
Mastoidectomie	5	2
Adénoïdectomie	4	1
Adénectomie	3	1
AUTRES	19	7
Total	261	100

**AUTRES\* : Caldwell Luck (2 cas) ; Septoplastie (2 cas) ; Pose d'aérateur tans tympanique (2 cas) ; kystectomie du tractus thyroïdologique (2 cas) ; extraction de corps étranger œsophagien (2 cas) ; Fistulorraphie (2 cas) ; Cordotomie postérieure (3 cas) ; Turbinectomie (1 cas) ; Sous maxillectomie (1 cas) ; parotidectomie(2cas)**

✓ L'amygdalectomie a représenté 38% ; adénoïdo-amygdalectomie avec 21%.

**Tableau VII: Répartition des patients selon le type d'intervention sous AL**

TYPE D'INTERVENTION	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Ponction-drainage des sinus	3	37,5
Incision de cellulite cervicale	1	12,5
Kystectomie retro auriculaire	1	12,5
Cheloidectomie	1	12,5
Polypectomie	2	25
Total	8	100

✓ Les patients ayant subi la ponction-drainage des sinus ont représenté 37,5% ; polypectomie avec 25%.

**Tableau VIII: répartition des chirurgies selon la sphère.**

Sphère	Effectifs	Pourcentages
Pharynx	156	58
Oreille	21	7,80
Nez-Sinus	18	6,70
Cou et face	54	20,07
Larynx	20	7,43
Total	269	100

✓ La chirurgie du pharynx a représenté 58%.

**Tableau IX : répartition des chirurgies de la sphère en fonction de la tranche d'âge.**

		Âge							Total	
		0-9 Ans	10-19 Ans	20-29 Ans	30-39 Ans	40-49 Ans	50-59 Ans	60-69 Ans		70 Ans et plus
Sphère	Cou et Face	0	2	6	15	25	4	2	0	54
	Larynx	5	0	0	2	1	5	5	2	20
	Nez- Sinus	0	1	5	6	5	1	0	0	18
	Oreille	2	2	5	4	6	1	1	0	21
	Pharynx	35	15	56	30	20	0	0	0	156
	Total	42	20	72	57	57	11	8	2	269

Khi-2 = 28,266    dll = 28    pv = 0,243

Il n'y a pas de relation significative entre la tranche d'âge et la chirurgie des sphères.

**Tableau X: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.**

Durée	Effectifs	Pourcentages
1 jour	181	67,3
2 jours	26	9,7
3 jours	62	23,0
Total	269	100,0

✓ La durée d'hospitalisation d'un jour a représenté 67,3%.

**Tableau XI: répartition des gestes réalisés en fonction de la durée d'hospitalisation.**

Gestes réalisé	Jours hospitalisation			
	1 jour	2 jours	3 jours	Total
Adénectomie	1	3	0	4
Adénoïdectomie	3	0	0	3
Adenoido-amygdalectomie	43	0	0	43
Amygdalectomie	98	0	0	98
Epulchage de papillome laryngé	7	0	0	7
Exérèse pour Biopsie	5	0	1	6
Extraction de corps étranger de l'oreille	5	0	0	5
LES+Biopsie	11	0	0	11
Mastoidectomie	0	0	5	5
Thyroïdectomie	1	0	54	55
Tympanoplastie	0	5	0	5
Autres	10	4	5	19
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>12</b>	<b>65</b>	<b>261</b>

Khi-2 = 450,424 ddl = 20 pv = 0,00

✓ Il y'a une relation significative entre le geste réalisé et la durée d'hospitalisation.

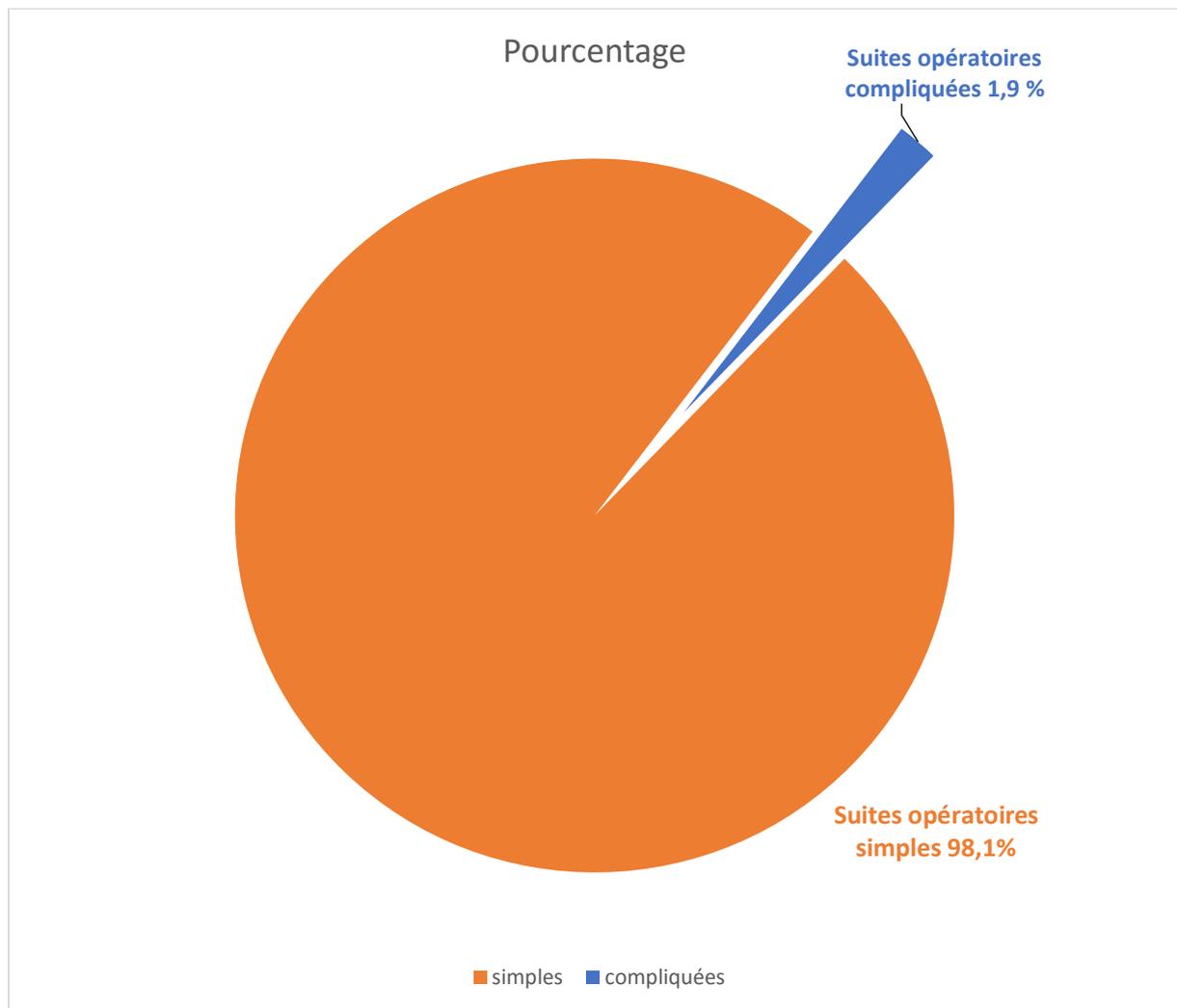
**Tableau XII : Répartition des interventions sous AG en fonction du sexe.**

	Sexe		Total
	Feminin	Masculin	
Adenectomie	2	2	4
Adenoïdectomie	2	1	3
Adenoïdo- amygdalectomie	18	25	43
Amygdalectomie	59	39	98
Autres	12	7	19
Épouillage de papillome laryngé	1	6	7
Exérèse pour Biopsie	4	2	6
Extraction de corps étranger de l'oreille	4	1	5
LES+Biopsie	2	9	11
Mastoïdectomie	5	0	5
Thyroïdectomie	53	2	55
Tympanoplastie	3	2	5
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>96</b>	<b>261</b>

Khi-2 = 55,491    ddl = 11    pv = 0,00

Il y a une relation significative (pv<0,05) entre le sexe et le geste à réaliser

La thyroïdectomie est majoritaire au niveau du sexe féminin.



**Figure 9: Répartition des patients selon les suites opératoires**

✓ Les suites opératoires ont été simples dans 98,1%

**Tableau XIII: Répartition selon les complications**

Type de complications	Effectif	Pourcentage
Hémorragie	3	1,1
Macroglossie	1	0,4
Lipothymie	3	1,1
Réveil tardif	1	0,4
Lâchage des fils après suture	1	0,4
Total	9	3,3

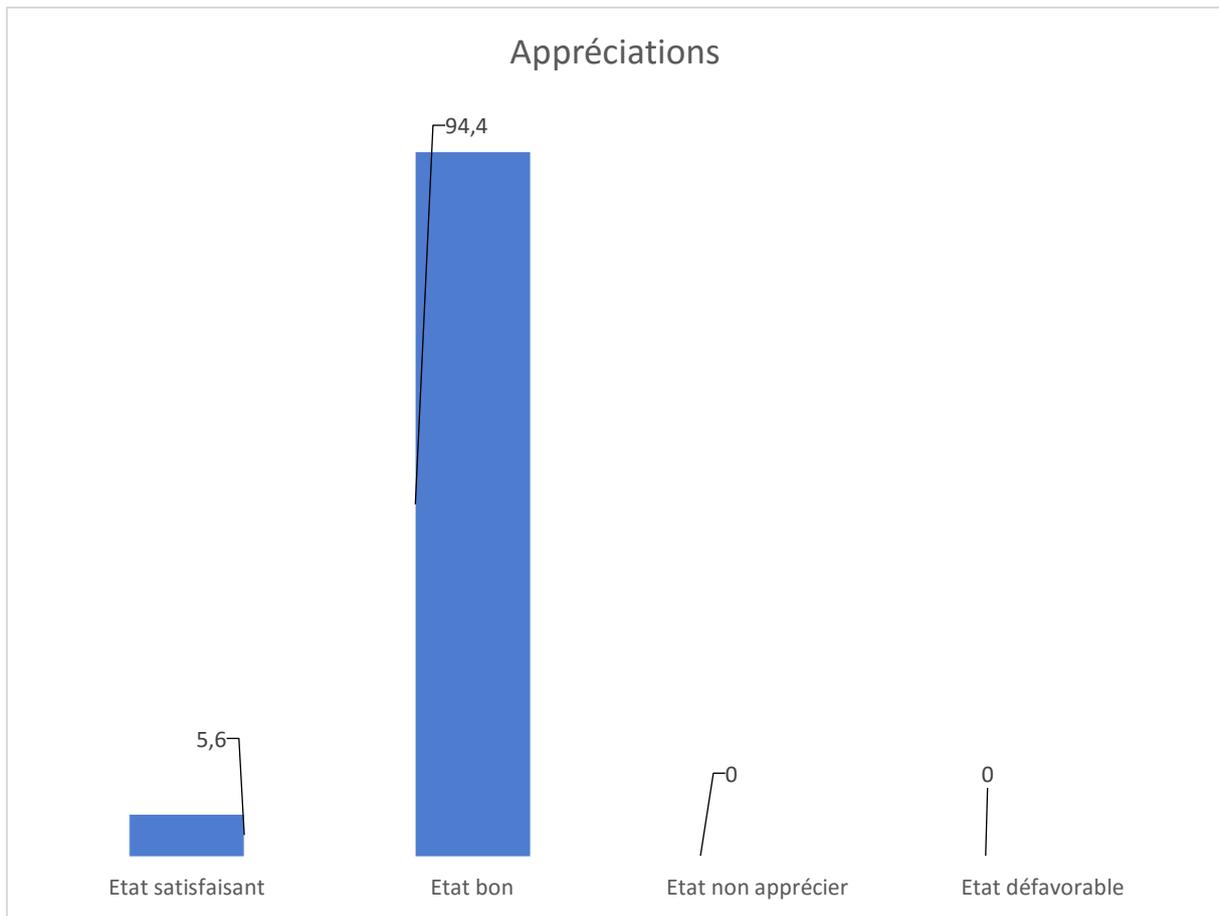
L'hémorragie et lipothymie ont représenté 1,1%

**Tableau XIV: répartition des types de complications selon les interventions.**

		Les complications					Total
		Lâchage des fils après			Réveil tardif		
		Hémorragie	suture	Lipothymie	Macroglossie		
Geste réalisé	Amygdalectomie	2	0	0	0	0	2
	Caldwell Luck	0	1	0	0	0	1
	kystectomie du tractus thyroïdienne	0	0	0	1	0	1
	LES+Biopsie	0	0	0	0	1	1
	Ponction-drainage des sinus	1	0	2	0	0	3
	Thyroïdectomie	0	0	1	0	0	1
Total		3	1	3	1	1	9

Khi-2 = 32,000    ddl = 20    PV = 0,312

Il n'y a pas de relation significative entre le geste réalisé et les complications.



**Figure 10 : répartition des patients selon le degré d’appréciation.**

✓ La majorité des patients avaient un bon état avec 94,4%.

# COMMENTAIRES-DISCUSSIONS

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### 1. Au plan épidémiologique :

Durant les 12 mois qui constituaient notre période d'étude, 269 patients ont été pris en charge au bloc opératoire sur 4532 consultations soit une prévalence 5,93%. Sur les 2066 interventions chirurgicales réalisées par l'hôpital, la chirurgie de la sphère ORL a représenté 13,02% de toutes les interventions.

#### 1.1. Age :

L'âge moyen de nos patients était de 22,4ans avec des extrêmes allant de 11mois et 77ans. Ce résultat se rapproche de ceux de **SAMBOU** ; de **NDJOLO** et de **DIOUF** qui avaient retrouvé respectivement un âge moyen de 26,48 ; 27 ans. [36-38]

**SIDIBE.Y** au Mali avait retrouvé un âge moyen de 27ans avec des extrêmes allant de 3mois et 90ans et **TALL** au Sénégal avec moyenne de 12ans et des extrêmes de 10mois et 54ans. [39-40]

Cette différence pourrait s'explique par le fait que la majorité des patients dans l'étude de **TALL** étaient des jeunes et ont bénéficié principalement d'une adénoïdo-amygdalectomie-[40]

Les patients âgés de 0-9ans représentaient la plus grande classe (32,71%). Ils ont été opérés pour amygdalite aigue à répétition et de syndrome obstructif pharyngé principalement. Ce constat a été rapporté par **NDJOLO** où les enfants de moins de 9ans ont représenté 46,4%. **FASUNL** au Nigéria avait retrouvé 41% d'enfants âgés de moins de 16ans. **KEITA** au Mali retrouvait 35% d'enfants moins de 11ans. [37,41-42]

#### 1.2. Sexe :

Dans notre série le sexe féminin prédominait avec 61,3% et une sex-ratio M/F de 0,63. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer dans notre contexte par le nom que la structure porte "hôpital mère-enfant"

La prédominance féminine avait été rapporté dans les séries de **AMINA, FATY** et de **MBAYE** avec respectivement un pourcentage de 77,43%, 64,49% et 70,45%. [43-45]

Par contre, la prédominance masculine avait été rapportée par **SIDIBE.Y** et **MASSUDOM DJOUM** tandis que **KEITA** n'avait trouver aucune prédominance sexuelle. [41 ;42 ;46]

### **1.3. Profession :**

Toutes les couches sociales ont été t représentés mais en particulier les enfants d'âges préscolaires sont majoritaires avec 29,4%.

Ce résultat diffère des travaux de **TIMBO.SK, YELBEOGO.D** et de **COULIBALY.K** qui ont rapporté une prédominance des ménagères dans respectivement 72,03 ; 56,54 ; et 20% des cas. [47-49]

### **1.4. La provenance :**

La population de la commune IV était la plus représentée dans l'étude avec 30,11%.

À travers son étude, **SEYDOU.B** a trouvé aussi majoritaire la population de la commune IV avec 82,2%. [50]

Cela pourrait se justifier par l'implantation du **CHUME** dans la commune IV. Pour cela l'accès est plus facile pour la population de cette commune par rapport aux autres.

### **1.5. Ethnie :**

Notre population d'étude a concerné quinze ethnies. L'ethnie Bambara a été prédominante à la hauteur de 31,60%.

**ABDOUL WAHAB.H** avait également retrouvé une prédominance des Bambaras avec 32,71%. [51]

Ce constat est justifié par les données démographiques des recensements généraux de la population Malienne ou l'ethnie Bambara représente 35% de la population en tenant compte aussi du lieu d'étude située en zone majoritairement Bambara **CAMARA.Y** [52].

## 2. Les données chirurgicales :

### 2.1. Indication opératoire :

L'indication qui dominait notre étude était l'amygdalite aiguë à répétition avec 26,39% suivie des végétations adénoïdes 21,19%, et des nodules thyroïdiens 16,73%.

Nos résultats concordent avec ceux de **AMINA** et **MASSUDOM DJOUM** [43-46].

Ce constat s'applique dans notre étude par la prédominance des enfants qui sont souvent sujet à cette pathologie (le pic de fréquence se situe entre 5 et 15 ans).

Les angines représentent une pathologie extrêmement fréquente en pratique quotidienne.<sup>[53]</sup>

En France, plus de 8 millions de consultations par an sont motivés par des angines, donnant lieu à plus de 90% de prescriptions d'antibiotiques. <sup>[54]</sup>.

De Même, **TALL** et **BALDE** retrouvaient respectivement 27,88% et 23,74% d'affections pharyngolaryngée <sup>[40,56]</sup>

**I. SALHA** <sup>[57]</sup> au Niamey avait retrouvé respectivement 46,60% et 15,87%.

Par contre **MBA YE** au Sénégal avait retrouvé respectivement 36% des affections pharyngées, 16,75% de nodules thyroïdiens <sup>[45]</sup>. Ce constat s'explique dans notre contexte par le fait que notre structure prend essentiellement en charge les femmes et les enfants ; mais par la dominance des enfants d'âges préscolaires dans notre étude qui sont sujets d'exposition aux maladies d'adaptations.

Les Nodules thyroïdiens viennent en 3<sup>ème</sup> position et ont représenté 16,73% de nos indications. Ce résultat se rapproche de celui de **AMINA** qui retrouve 12,37% ; et en 3<sup>ème</sup> position. **SANA D** avait retrouvé 39,35% des nodules thyroïdiens et occupaient la 2<sup>ème</sup> position <sup>[43,58]</sup>. Ce constat pourrait s'expliquer par la prédominance des femmes dans les pathologies thyroïdiennes. <sup>[59]</sup>

### 2.2. Type d'intervention :

Dans notre étude, l'amygdalectomie a représenté 36,43% suivie de l'adénoïdo-amygdalectomie avec 20,45% et de thyroïdectomie qui est de 15,99%.

On retrouve ainsi une prédominance de la chirurgie amygdalienne dans les séries de **AMINA**, **MBAYE** et **FATY** avec respectivement : 63,46%, 36% et 46%. [43-44]

Pour **DIOUF** et **TALL** l'**adénoïdo**-amygdalectomie représentait respectivement 84,15% et 50,47% des interventions chirurgicales [38-40].

L'amygdalectomie seule prédominait avec 56,88% des interventions pharyngées, pratiquée pour les angines à répétition, les amygdalites chroniques et les grosses amygdales obstructives dans la série de **YELBEOGO**. [48]

Dans notre contexte la technique utilisée est l'amygdalectomie par dissection sous anesthésie générale. Cette technique a été également la plus utilisée dans l'étude de **DAO** (84,42%) [59]. Par contre l'amygdalectomie au shludek a été la technique la plus utilisée dans l'étude de **VIGNIKIN-YEPUESSI et al** [60]

La thyroïdectomie avait représenté 15,99% de nos interventions et occupe la 3ème place. Ce résultat diffère des travaux de **DIOUF**, **MBAYE** qui avaient retrouvé respectivement 11,3% et 12,37% des interventions et occupaient la 2é place. [38-45]

### **2.3. L'aspect per et post opératoire**

Dans notre étude, tous les patients programmés ont été reçu en consultation préanesthésique et aucun d'eux n'a eu besoin de transfusion sanguine avant et après l'intervention.

Les patients avec des suites opératoires simples sont les plus représentées avec 91,1%. Cela pourrait s'expliquer par une bonne installation des patients, une anesthésie locale ou générale adaptée, une technique opératoire précise avec une hémostase réglée. La surveillance et l'instauration systématique d'antalgiques durant les premiers jours de postopératoires ont pleinement contribué à assurer une très bonne qualité de suite opératoires.

Les suites opératoires ont été compliquées par l'hémorragies et lipothymies avec respectivement 1,11% de toutes les interventions réalisées. Ces résultats rejoignent ceux de **DEBRIE**, **COLL** et **MOHAMED.B** qui ont trouvé

successivement 0,42% et 5,87% de cas hémorragies dans les suites opératoires immédiates <sup>[61,62]</sup>. Ceci pourrait s'expliquer par la chute précoce d'escarre post amygdalectomie mais aussi, la thyroïdectomie par lâchage d'un pédicule artériel thyroïdien ou d'une plaie de la veine jugulaire.

Tous les patients opérés ont séjourné entre (1-3) jours avec une moyenne hospitalisation de (2,5) jours.

Aucun cas de décès n'a été déclaré jusqu'au 30<sup>ème</sup> jours suivant les interventions soit un taux de décès de 0,00%.

# CONCLUSION

## VI. CONCLUSION

Les activités chirurgicales occupent une place importante dans le service ORL-CCF de l'hôpital "mère-enfant" le Luxembourg. Elles ont représenté 5,93% des consultations. Ces activités ont concerné surtout les enfants d'âges préscolaires à 32,71% qui avaient moins de 9ans. La plupart de nos patients venaient de la commune IV avec 30,11%. Le sexe féminin a prédominé avec 61,3%. Les indications opératoires ont été dominés respectivement par les angines aiguës à répétition avec 26,39% suivie de syndrome d'apnée obstructif du sommeil avec 21,19% suivie des nodules thyroïdiens avec 16,73%.

L'anesthésie générale est utilisée chez 98,1% des patients. Les complications ont été dominé par l'hémorragie et l'hypothyroïdisme qui ont représenté 1,11% de toutes les interventions. Les interventions ont été dominé par l'amygdalectomie avec 36,43% ; adénoïdo-amygdalectomie 20,45% ; la thyroïdectomie avec 15,99%. La durée d'hospitalisation de nos patients n'a pas excédé au-delà de 4jours.

Les résultats que nous avons obtenus malgré de limites de cette étude liées aux conditions d'exercices de l'activité chirurgicale sont encourageants. Cependant il existe des difficultés dans la réalisation de certaine chirurgie notamment celle de l'oreille interne ; de l'oreille moyenne ; la chirurgie endocavitaire des fosses nasales où l'insuffisance du plateau technique se fait sentir.

# RECOMMANDATIONS

## VII.RECOMMANDATIONS

### ❖ **Aux autorités.**

- Assurer la formation continue des assistants médicaux et des médecins spécialisés dans le domaine ORL.
- Équiper le service ORL et CCF de l'hôpital Universitaire Mère-Enfant le Luxembourg en matériels chirurgicaux adéquats.
- Ouvrir les unités ORL dans toutes les régions et cercles du pays.
- Recycler continuellement les agents qualifiés.
- Créer les conditions pour la motivation des agents.
- Créer au sein du service ORL une unité d'hospitalisation et un bloc opératoire.

### ❖ **Aux personnels de la santé.**

- Assurer des références à temps vers les services spécialisés.
- Suivre les stratégies et fiches techniques standards de traitement des malades.
- Sensibiliser la population sur l'importance d'une consultation précoce dès l'apparition des premiers signes.
- Promouvoir la communication pour un changement de comportement en matière de santé.

### ❖ **Aux personnels de la santé du service ORL du CHUME.**

- Pérenniser la documentation de toutes les actes chirurgicaux ; les extractions des CE et les résultats des examens anatomopathologiques effectués par le service.

### ❖ **A la population.**

- Bannir l'automédication.
- Accepter les interventions ORL pour éviter les complications.
- Respecter les prescriptions médicamenteuses.
- Répondre au rendez-vous pour un meilleur suivi.
- Consulter à temps les services de santé dès l'apparition des premiers signes.

# REFERENCES

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1. <http://www.orlfrance.org/>**

Consulté le 14/08/23

**2. Laurent T, Thomas C, Paul.** Surveillance épidémiologique des pathologies ORL chez l'enfant en France. Service de statistique et informatique médicale, groupe hospitalier Necker, paris France. Bulletin épidémiologique, 06 janvier 2009 n1.

**3. ABDELLI MN, SFAR S ; BEN ABDELLAH H ; BOUALI MR.**

Place des reflux gastro-œsophagien nocturne au cours des manifestations supra-œsophagiennes du reflux ; Gastroenterol. Clin Bilo.2007 ; 31 : A251.

**4. LOUGUE KOUADIA MARCEL**

Bilan de quatre années d'activités chirurgicales du servie ORL et CCF de l'hôpital National Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine. 1999 Ouaga. Burkina

**5. SANA DARHOUR.**

Bilan de 1 AN d'activités au service d'ORL de l'hôpital Matlaboul Fawzayni de Touba. Mémoire de méd. 2020 Dakar. Sénégal

**6. NDEYE THIERNO TINE.**

Bilan d'activités de l'unité fonctionnelle d'ORL et CCF de Baudouin à propos de 9954 cas. Mémoire de méd.2019 ; Dakar. Sénégal

**7. R.Nicollas .J.,J. Nonne ru, S. Roman, j.-m. Triglia.** Adénoïdectomie. Amygdalectomie, Encycl. Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Techniques chirurgicales Oto-rhino-laryngologie 46-330(2004) :

**8. LESCANNE E et al.** Amygdalectomie de l'enfant : recommandations pour la pratique clinique. Recommandations de la SFORL. 2012. Volume 129.P330-331.

**9. R.Nicollas. J.-J. Bonne ru, S. Roman, et J-M.Triglia.** Adénoïdectomie. Amygdalectomie. EMC-Oto-Rhino-Laryngol-nov2004 ; 1(4) :3016317.

**10. D.BAKHOS et al.** Comment faire une adénoïdectomie chez l'enfant. Formation médicale continue. 30 Mars 2009. N°126.P162-164.

- 11. Dictionnaire médical avec atlas d'anatomie**
- 12. OUOLOGUEM Hama.** Thyroïdectomie ; indications et résultats de 15ans de pratique dans le service de chirurgie "A" du CHU du point G de Bamako au Mali. Mémoire de méd.2022p28.
- 13. Wafae Zirari ;** complications de la chirurgie thyroïdienne. Thèse de médecine 2010. Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
- 14. PETELLE B, SAUVAGET E, TRAN BH.** Parotidectomies. Encycl Med Chir. Techniques chirurgicales-têtes et cou.2003 ;11 :46-510.
- 15. DIAKITE FAMAKAN,** Adénomes pléomorphes : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques au centre National d'odonto-stomatologie. Bamako au Mali. Mémoire de méd 2023p26.
- 16. SONJI SG ;**  
Les atteintes du nerf facial dans la chirurgie parotidienne. Thèse Méd. Paris : Université Paris 12 Val-de-Marne 2010.
- 17. SENE I.**  
Étude des tumeurs de la parotide au service du CHU A. le Dantec (A propos de 218 cas colligés de Janvier1951 à Décembre 2000). Thèse méd. Dakar : Université Cheikh Anta Diop 2001 ; n°28.
- 18. GUERRIER Y.**  
Traité de chirurgie ORL et cervico-faciale. Tom IV : cou et cavité buccale, Masson, Paris. 1988 :200-248.
- 19. DENOYELLE F, DARROUZET V,** traitement chirurgical des perforations tympaniques chez l'enfant. Revu de laryngologie, d'otologie, et de rhinologie (1919). 2004, vol 125 :3-16
- 20. DEGUENE O, CALMELS MN, DEGUINE C,** le manuel du résident : technique chirurgicale tête et cou. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2007.
- 21. P. BONFILS et P. AVAN.** Exploration fonctionnelle de l'audition :in :le livre de l'INTERNE. Paris : Lavoisier ; 2011.

**22. F Legent, Perlemuter L, Vandendrouck C.** Cahiers d'anatomie ORL.  
Paris : Masson ; 1984 (298p).

**23. [Https// : w.w.w.orlfrance.org](https://w.w.w.orlfrance.org)**

Consulté le 14/08/2023.

**24. MARIETOU TRAORE,**

Étude des sinusites maxillaires au centre hospitalier universitaire d'odontologie de Bamako. Thèse Med Bamako.2010.

**25. <https://w.w.w.orlfrance.org>.**

Consulté le 15/08/2023

**26. The journal of médecine and Health Sciences.**

Indications et résultats de l'intervention de Caldwell-Luc à l'hôpital général de Douala-Cameroun. Une étude de 43 patients.

**27. LESCANNE E et al.** Amygdalectomie de l'enfant : recommandations pour la pratique clinique. Recommandations de la SFORL ; 2012.volume 129.p330-331.

**28. BARZIALAI G ; Greenberg E, Uri N**

Indications for the Caldwell-Luc. Approach in endoscopic era.Otolaryngol head neck surg 2005 ; 132 :219-20

**29. The journal of médecine and Heath Sciences.**

Indications et résultats de l'intervention de Caldwell-Luc à l'hôpital général de Douala-Cameroun. Une étude de 43 patients.

**30. <https://www.orlfrance.org>.**

Consulté le 15/08/2023.

**31. F Legent Perlemuter L, Vandendrouck C.** Cahiers d'anatomie ORL.  
Paris : Masso ; 1984 (298p)

**32. BARZIALAI G ; Greenberg E, Uri N**

Indications for the Caldwell-Luc. Approach in endoscopic era. Otolaryngol head neck surg 2005 ; 132 :219-20

**33. The journal of Médecine and Health Sciences**

Indications et résultats de l'intervention de Caldwell-Luc à l'hôpital général de Douala-Cameroun. Une de 43 patients.

**34. Murray J P.**

Complications after treatment of chronic maxillary sinus disease with Caldwell-Luc procedure Laryngoscope 1983 ; 93 : 282-284.

**35. F Legent Perlemuter L, Vandendrouck C.** Cahiers d'anatomie ORL. Paris : Masson ; 1984 (298p).

**36. SAMBOU.A**

ORL et chirurgie cervico-faciale à Ouassogui : A propos de 126 cas colligés du 26 au 30 septembre 2011. Thèse Med ; UCAD 2016. N°284

**37. NDJOLO A, EPOSSE E.C ; BOB OYONO J.M, ; FOUA O.A ; BENGONO G.**

La pratique chirurgicale ORL en milieu africain : une évaluation de cinq années et demie dans les hôpitaux de Yaoundé Médecine d'Afrique Noire 2006 : 29-33.

**38. DIOUF P.M.** Indications et résultats de la chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Militaire de Ouakam, Thèse Med ; UCAD 2011 N°181.

**39. SIDIBE.Y.** Morbidité en hospitalisation ORL ; Analyse de 6 mois d'activités au CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali, Thèse de méd. 2012. 110-111p ;

**40. TALL, H.** les activités ORL au centre hospitalier régional de Kolda. Mémoire de DES d'ORL. Dakar : Université Cheick Anta Diop, 2011 N°476.

**41. FANSULA. A J ; SAMDI M. ; NWAORGU OG.**

An audit of Ear, Nose and Throat diseases in tertiary health institution in South-western Nigeria Pan African Medical journal 2013 ; 14 :1

**42. KEITA M., DAO., MOHAMED AG.**

Pratique otorhinolaryngologie en Afrique Sub-saharienne : cas du Mali Médecine d'Afrique Noire 2005 ; 52 (4p :228-232).

**43. AMINA, H**

Bilan d'un an d'activité à l'ORL de l'hôpital Saint Jean de Dieu de THIES.  
Mémoire de DES d'ORL Dakar : Université Cheick Anta Diop, 2020. N°262.

**44. FATY, A.**

Bilan de 5mois d'activités au service ORL de RICHARD-TALL. Mémoire DES  
ORL, UCAD 2020, N°165.

**45. MBAYE, P.A.**

Bilan d'activité du service d'ORL de l'hôpital régional Amadou Sakhir Maye de  
Louga CHRASML. Mémoire DES ORL, UCAD 2018, N°288.

**46. MASSUDOM DJOUM, A.L.**

Activités chirurgicales au service d'ORL de l'hôpital d'enfants ALBERT  
ROYER de FANN de juin 2015 à Janvier 2016. Mémoire DES ORL ? UCAD  
2018, N°230.

**47. TIMBO SK, KEITA MA, TOGOLA FK, TRAORE T, AG  
MOHAMED A.** Aspects épidémiologiques de l'angine à Bamako. Mali Méd,  
2006, TXXI N4.

**48. YELBEOGO. D.** Complications aiguës des angines ; Aspects  
épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (à propos de 239cas) au centre  
hospitalier national. YALDAGO OUEDRAOGO. Ouagadougou, thèse Med  
n°31, 2001.

**49. COULIBALY.K. :** Morbidité des urgences ORL au service d'ORL et de  
chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako, Thèse de méd  
131pages.

**50. SEYDOU. Boire :** Connaissances, Attitudes et Comportements des  
patients face aux pathologies ORL dans l'unité ORL du centre de santé de  
référence de la commune IV. Thèse de méd.2014.66p.

**51. ABDOUL WAHAB. HAIDARA.** Les amygdalites et leurs complications :  
Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 255 cas  
colligés en ORL et CCF CHU Gabriel Touré. Thèse de méd. 2014.104p.

**52. CAMARA Y.** Le recensement administratif à vocation d'état civil lancé au Mali, l'indépendant du 29 Octobre 2008.

**53. LOUGUE.K. MARCEL**

Bilan de quartes années d'activités chirurgicales du service ORL-CCF du centre Hospitalier national de YALGADO OUEDRAOGO de Ouagadougou. Thèse de Méd.1999 pages : 41-42.

**54. DUBREUIL C., TRIANGALI S. :** Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte simplification et mise à jour du diagnostic et du traitement. Revue de méd générale preuves et pratiques.2009 ; 46

**55. AFORCOPL.**

Recherche du consensus : le traitement des angines aiguës et la prévention de leurs complications. Méd Mali Infect 1991 ; 21 : 277-284.

**56. BALDE, M.** Bilan du premier semestre d'activités de consultation au nouveau service d'ORL et chirurgie cervico-faciale. Mémoire du DES d'ORL Dakar : Université Cheick Anta Diop. 2009.

**57. ILLE Salha.**

Bilan de deux ans d'amygdalectomie au service ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital National de Niamey.

**58. DARHOUR.**

Bilan d'un an d'activité au service ORL de l'hôpital de TOUBA. Thèse med.2020 Dakar.

**59. DAO, OM ; OUEDRAOGO, WT., ELOLA, A. ; OUEDRAOGO, B., OUOBA, K.**

Indications et techniques de l'amygdalectomie dans le service ORL du CHU de OUAGADOUGOU : à propos de 377 cas. Méd d'Afrique Noire. 2006 : 320-324.

**60. VIGNIKIIN-YEOUESSI, B., FLATIN, M., VODOUHE, SJ., DOUTETIEN, C. ; AL.**

Place de la thyroïdectomie en pratique ORL au CNHU de Cotonou. Revu. Cames. 2008 ; 6 :37-41

**61. DEBRIE et COLL. (J.-C.) ; QUINIOU (Q.M.) FAUGER (J.M.).  
QUINIOU (Q.M.).** : A propos de 700 amygdalectomies sous anesthésie générale  
avec intubation nasotrachéale ;

**62. MOHAMED. BABY.**

Bilan de cinq années de d'amygdalectomie au service ORL de l'hôpital Gabriel  
Touré de Bamako au Mali. Thèse de méd. Bamako Mars 1993. 155-156p.

**63. AGNES ; Mandah,** Bilan de dix années d'amygdalectomies au CHU de  
Cocody Abidjan (RCI) 1988. Thèse de Méd.

**64. HOUDJO. (C.A.N.)** Amygdalectomie : Bilan de huit années au CHU de  
Cotonou. Thèse de méd. 1986-289p.

**65. Médecine d'Afrique Noire.**

Edition électronique Janvier 2006. La pratique chirurgicale ORL en milieu  
Africain : une évaluation de cinq années et demie dans les hôpitaux de Yaoundé.

# ANNEXES



## **FICHE Signalétique**

**Nom :** DOUMBIA

**Prénom :** Bakary Mory

**Titre de thèse :** Bilan d'un an d'activité chirurgicale au service ORL et CCF de l'hôpital Mère-Enfant le "Luxembourg".

**Année universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :**

**Secteur d'intérêt :** ORL

**Résumé :** Afin de situer l'importance des activités chirurgicales au sein du service ORL et de CCF de l'hôpital Mère-Enfant le "Luxembourg" de Bamako, nous avons mené une étude retro-prospective des dossiers des malades opérés dans le service entre le 1<sup>er</sup> Juillet 2022 et le 30 Juin 2023. Nos résultats ont été les suivants :

- L'activité chirurgicale représente 5,93% des consultations.
- La tranche d'âge de 0- 9 ans a été la plus représentée avec 32,71% et une moyenne d'âge de 22,4ans
- Le sexe féminin a été le plus représenté avec 61,3% et une sex-ratio à 0,63.
- Les indications opératoires ont été dominées par les angines aiguës à répétition (26,39%) ; syndrome d'apnée obstructif du sommeil (21,19%) ; les nodules thyroïdiens (16,73%).
- L'amygdalectomie a représenté 36,43% des interventions.
- Les suites opératoires ont été simples dans 98,1%
- L'anesthésie a été générale dans 98,1%
- L'hémorragie et l'hypothyroïdisme ont été rencontrés dans 1,11%.
- La mortalité était nulle.
- Les gestes chirurgicaux sont très variés.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**En** présence des maitres 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 maitres, 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