

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



**U.S.T.T.B**

***THESE***



**FMOS**

*Année Universitaire: 2022-2023*

N°-----

**MOTIFS DE CONSULTATION ORL DANS LE SERVICE ORL-CCF DE  
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

*Présentée et soutenue publiquement le 04/01/2023*

*Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**Par : M. DOUYON Abdoulaye .A**

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

**JURY :**

**Président: Professeur TIMBO Samba Karim**

**Membre : Docteur DIENTA Lassine**

**Co-directeur : Professeur KONE Fatogoma Issa**

**Directeur: Professeur SOUMAORO Siaka**

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

## **Dédicace :**

### **Je dédie ce travail :**

A *Allah* tout puissant et miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document.

Fais de moi un fils dont rêve tout parent, toute famille, toute nation et un bon médecin afin que je sois un canal pour le soulagement et la guérison des malades et de mon entourage.

A toi gloire, honneur et miséricorde.

**MES REMERCIEMENTS :**

A mon pays le **MALI**.

Chère patrie, tu m'as vu naître et m'as donné l'éducation nécessaire pour devenir ce que je suis aujourd'hui, en me donnant ce qu'il fallait sinon même plus. Jamais je ne cesserai de te remercier. Je suis fier d'être un de tes fils.

Puissent tous tes enfants bénéficier du fruit de ma connaissance et que la paix de Dieu repose sur toi. Amen !

**A mon père Atemou DOUYON**

Vous avez cultivé en moi le respect, l'honneur, le courage et le sens du travail bien fait. Ce travail est le couronnement de votre extrême assiduité tant au plan scolaire qu'éducatif. Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Puisse Allah le Tout Puissant vous prêter longue vie, santé et bonheur.

**A ma mère Kadidia PEROU**

Maman, vous aviez toujours donné le meilleur de vous-même sans rien demander en retour. Votre soutien constant de tous les jours et votre attachement aux valeurs humaines font de vous une référence pour nous. Tu as été toujours présente à nos côtés et continue de l'être, que dieu te donne longue vie, santé et bonheur.

**A mon épouse Fatoumata DOUYON**

Sois remerciée pour tout le temps que tu as su supporter mes absences répétées et prolongées dues aux exigences des études. Toute mon affection.

**A mon fils Hamadoun et A toi qui dois naître**

vous êtes la lumière qui m'éclaire, ma joie de vivre.

Que le bon Dieu vous accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur.

Que ce travail soit pour vous un exemple et que le bon Dieu puisse vous aider à faire mieux.

**A tous mes sœurs, frères et cousins**

Merci pour votre soutien, restons unis et solidaires.

**A mes tantes et oncles**

Merci pour votre soutien et votre patience. Que l'Eternel vous bénisse.

**A mes amis**

Pour les confidences et conseils ; Merci sincèrement.

**Aux familles DOUYON, PEROU, TEME, DOLO**

Pour leurs soutiens multiformes et leurs considérations.

**A mon oncle Amadou PEROU et sa famille**

Durant mes études votre accompagnement m'a permis d'atteindre mon rêve.

Profonde gratitude !!! Qu'Allah vous donne longévité et santé.

**A mon oncle Souleymane PEROU :**

Merci pour les conseils et encouragement. Je te souhaite un prompt rétablissement.

**A mes oncles Feu Amadou, Akougnon, et Moussa PEROU :**

Vos départs prématurés ont laissé un grand vide dans la famille et dans mon cœur. Nous aurions voulu vous voir tous là en ce jour solennel, mais Dieu en a décidé autrement. Paix à vos âmes très chers oncles, et que Dieu vous accordent le repos éternel. Amen !

**A mon grand-père feu Baba-Ponla DOUYON :**

Merci pour les meilleurs conseils, qu'Allah le tout puissant t'accorde le repos éternel .Amen !

**-Au corps Professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.**

Merci pour l'encadrement exemplaire.

**-A la direction et tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.**

Merci pour l'accueil et l'hospitalité.

**- Au Chef du service ORL de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti:**

**Docteur DIENTA Lassine**

Pour la mise en œuvre de ce travail du début à la fin, soutenu par un encadrement sans faille.

**Au personnel du service ORL de l'HSDM le Major Adama YIRANGO, Abdoulaye CISSOUMA, Bakary DEMBELE, Manzou COUMARE, Patouma Marc KONE, Dramane DJITTEYE.**

Merci de votre solidarité et l'aide que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Merci pour votre hospitalité mémorable.

**A tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti et du service des urgences en particulier:**

Merci pour votre soutien, votre hospitalité et votre collaboration.

**A tous mes collègues internes des autres services de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti:**

Merci infiniment pour votre collaboration

**A tout le personnel de la clinique médicale planète santé à BAMAKO et au cabinet médical étoile à sévaré :**

Merci infiniment pour votre soutien et collaboration.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maitre et Président du jury :**

**Pr Samba Karim TIMBO**

- **Professeur honoraire en ORL et CCF ;**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;**
- **Ancien président de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale (SMORL) ;**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF) ;**
- **Membre de l'Institut Portmann de Bordeaux(France) ;**
- **Ancien Chef du DER de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales ;**
- **Ancien Directeur Médical du CHU Gabriel TOURE de Bamako.**

HONORABLE MAITRE

Nous exprimons notre vive gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre soutenance de thèse.

Homme de principe, vos qualités humaines, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple que nous admirons beaucoup.

Puisse DIEU vous prêter longue vie et santé !!!

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr DIENTA LASSINE**

- **Médecin spécialiste en ORL et CCF ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital SOMINE DOLO DE MOPTI ;**
- **Chef de service d'ORL à l'hôpital SOMINE DOLO DE MOPTI ;**
- **Membre de la société malienne d'ORL(SMORL).**

Cher Maître

Les mots me manquent pour exprimer la grandeur de l'œuvre que vous avez accomplie dans ma vie. Vous m'avez adopté sans condition ! Je veux tout simplement prier pour que Dieu vous bénisse abondamment et qu'il vous accorde santé et longévité afin que nous puissions hériter de vos nombreuses vertus.

Profonde gratitude.

**À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

**Professeur SIAKA SOUMAORO.**

- **Maître de conférences d'ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE ;**
- **Membre de la société malienne d'ORL (SMORL) ;**
- **Trésorier général de la société malienne d'ORL (SMORL) ;**
- **Membre de la société Bénino-togolaise d'ORL (SOBETORL)**

Cher Maître

Vous avez accepté avec une paternelle bienveillance de nous aider dans l'élaboration de ce travail.

Malgré vos nombreuses occupations, votre disponibilité, vos conseils et orientations éclairées ne nous ont jamais fait défaut.

Votre accueil chaleureux, votre sourire bienveillant, la clarté de vos enseignements, votre sagesse, sont autant de qualités qui suscitent en nous admirations et profond respect.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de nos respectueux hommages.

**A notre maître et co-directeur de thèse :**

**Professeur Fatogoma Issa KONE**

- **Maître de conférences d'ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- **Spécialiste en ORL et CCF**
- **Ancien interne des Hôpitaux du Mali**
- **Secrétaire aux activités scientifiques de la SMORL.**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF).**
- **Membre actif du YOUNG IFOS.**

Cher maître,

Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles que nous admirons en vous, grand homme de science, de culture et de principe, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique.

Votre exigence pour le travail bien fait, font de vous, un maître aimé de tous.

Veillez accepter, ici cher maître, l'expression de notre profonde déférence.

**LISTE DES ABREVIATIONS :**

**BDC** : Bouchon de cérumen.

**CBV** : Coups et blessures volontaires.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CS Réf** : centre de santé de référence

**EDSM** : Enquête démographique et de sante au Mali

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

**F** : Féminin

**GT** : Gabriel Touré

**HSDM** : Hôpital Sominé DOLO de Mopti.

**IEC** : Information – Echange – Communication.

**IgE** : Immunoglobuline E

**M** : Masculin.

**MAE** : Méat Acoustique Externe.

**ORL- CCF** : Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale.

**OE** : Otite Externe.

**OMA** : Otite Moyenne Aigue.

**OMAS** : Otite Moyenne Aigue suppurée

**OMC** : Otite Moyenne Chronique.

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social.

**PEC** : Prise en Charge

**RA** : Rhinite Allergique

**RN6** : Route Nationale 6.

**RGO** : Reflux Gastro-Œsophagien.

**URENI** : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive

**USTTB** : Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako.

**VADS** : Voies aérodigestives supérieures.

**V** : 5<sup>ème</sup> paire crânienne (Nerf trijumeau).

**VII** : 7<sup>ème</sup> paire crânienne (Nerf facial).

**IX** : 9<sup>ème</sup> paire crânienne (Nerf glossopharyngien).

**X** : 10<sup>ème</sup> paire crânienne (Nerf pneumogastrique).

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>15-16</b>
<b>II. OBJECTIFS.....</b>	<b>.17-18</b>
<b>III. GENERALITES.....</b>	<b>19-51</b>
<b>IV. METHODOLOGIE.....</b>	<b>.52-56</b>
<b>V. RESULTATS.....</b>	<b>57-66</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>67-72</b>
<b>VII. CONCLUSION.....</b>	<b>73-74</b>
<b>VIII. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>75-76</b>
<b>IX. REFERENCES.....</b>	<b>77-80</b>
<b>X. ANNEXES.....</b>	<b>81-86</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau I :** Répartition des patients selon le sexe.

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

**Tableau III :** Répartition des patients selon la résidence.

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

**Tableau V :** Répartition des patients selon le motif de consultation.

**Tableau VI :** Répartition des patients selon la région de la sphère ORL atteinte.

**Tableau VII :** Répartition des patients selon le délai de consultation.

**Tableau VIII :** Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

**Tableau IX :** Répartition des patients selon la nature de la prise en charge.

# **INTRODUCTION**

## **I. INTRODUCTION**

Hôpital Sominé DOLO de Mopti est le seul hôpital de 2<sup>e</sup> référence du centre du pays (MALI), ce qui lui a permis de jouer un grand rôle dans la prise en charge des blessés de guerre pendant la reconquête du nord du mali en 2012 malgré sa vétusté et son exigüité. Cependant les pathologies infectieuses et tumorales d'origine ORL sont considérables dans la région de Mopti. Les facteurs favorisant la pathologie ORL sont entre autres : l'âge, la saison, le mode de vie (alimentation, tabagisme actif et passif, vie en crèche, en communauté, en famille), l'immunodépression (corticothérapie à long court, antibiothérapie à long court, diabète, carcinogène existant : le tabac, l'alcool, la poussière des bois...)

Les affections ORL touchent tous les âges de la vie. En France, il est admis que 60 % du recrutement pédiatrique souffre d'affections ORL. [4]

Au Mali, des études réalisées à l'hôpital Gabriel TOURE en 1991[2] et à l'hôpital régional de Ségou en 1999[3] montrent que 12 % des consultations ont été enregistrées en ORL.

Le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, nécessite une attention particulière de part la rareté des services spécialisés, par la situation sécuritaire de la région depuis 2012 et le site d'implantation de l'hôpital, qui en fait un véritable carrefour sanitaire.

Cet hôpital aujourd'hui est en pleine expansion et compte parmi les hôpitaux les plus prometteurs de nos jours.

Peu d'études ont été réalisées sur les activités de cet hôpital, depuis l'ouverture de ses portes en 2012 et notre travail est initié dans le but, de mettre en exergue les résultats obtenus par notre jeune équipe ORL et de chirurgie cervico-faciale et va permettre d'avoir des bases de données dans le service.

# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIF**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

L'objectif général de notre étude était de :

- Récapituler les différents motifs de consultation dans le service ORL de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

### **2. Objectifs spécifiques :**

Les objectifs spécifiques étaient de :

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients.
2. Recenser les différents motifs de consultation.
3. Identifier l'itinéraire des patients.
4. Déterminer la nature de la prise en charge des patients.

# **GENERALITES**

### **III. GENERALITES :**

#### **1. Rappels sémiologiques de la sphère ORL: [1, 5, 6]**

**1.1. Otologie :** Les signes d'appel généralement reconnus fréquents sont : l'otalgie, l'otorrhée, l'otorragie, l'hypoacousie ou la surdité, les acouphènes, les vertiges, la paralysie faciale périphérique.

##### **1.1.1. Ootalgie : [1]**

L'otalgie, symptôme fréquent, amène à juste titre de nombreux malades à consulter, qui rattachent de façon précise cette manifestation douloureuse à la région auriculaire.

Devant une otalgie, il ne faut donc pas se contenter d'un simple examen de la région auriculaire mais être vigilant, et, en fonction de l'âge et des antécédents du patient, savoir évoquer une otite, une névralgie du IX ou un cancer du pharynx. L'innervation sensitive de la région auriculaire dépend de quatre paires crâniennes : V, VII, IX, X, et des premières racines cervicales.

L'analyse sémiologique des otalgies tient largement compte de la complexité de cette innervation.

Les otalgies réflexes correspondent à des douleurs nées hors des territoires auriculaires (nez, pharynx, bouche). Chaque paire crânienne (V, VII, IX, X) innervant les voies aérodigestives supérieures émet un ou plusieurs filets récurrents qui rejoignent le territoire auriculaire. Une affection quelconque intéressant un de ces nerfs, en dehors de la zone auriculaire, peut donc donner naissance à une otalgie réflexe.

##### **1.1.2. Otorrhée :**

C'est l'écoulement d'une sérosité muqueuse ou muco-purulente par le méat auditif externe. Elle inquiète le malade ou son entourage lorsqu'elle est

d'apparition brutale. A L'inverse, elle est volontier négligée en cas d'otorrhée chronique. Ces malades sont habitués à « porter un coton » dans les oreilles. Peut représenter le coté émergeant de l'ICEBERG.

### **1.1.3 Otorragie :**

L'otorragie est l'issue de sang par le méat auditif externe. Elle impose d'en reconnaître l'étiologie, et urgemment surtout lorsqu'elle est abondante.

Les causes sont nombreuses :

- Traumatisme local par usage du coton tige, épingle, stylo lors d'une manœuvre de nettoyage ou lors de traumatismes cranio-faciaux, blasts auriculaires.
- infectieuse : otite moyenne aigue, otite moyenne chronique
- Tumeurs de l'oreille externe et moyenne.

### **1.1.4. Surdité ou hypoacousie :**

On entend par surdité une d ficiency auditive uni ou bilatérale à l'origine d'une gêne appréciable et qui est liée à une atteinte de l'appareil auditif et/ou de ses annexes. Cette atteinte peut intéresser l'appareil de transmission (oreille externe et oreille moyenne) ou l'appareil de perception (oreille interne et voies auditives).

On distingue trois types de surdité :

- Surdité de transmission par atteinte du système tympano-ossiculaire ;
- Surdité de perception par atteinte de l'oreille interne et des voies cochléaires ;
- Surdité mixte quand elle est à cheval entre les deux premiers types.

L'audition conditionne le langage qui est donc chez l'enfant au centre de la symptomatologie déclenchée par une atteinte de la fonction auditive.

Il convient donc de distinguer :

- Les surdités « pr labiques » survenant avant le début du développement du langage, cong nitaless ou acquises très tôt ;

- Les surdités « postlabiques » survenant au cours du développement du langage.

### **1.1.5. Le bourdonnement d'oreille :**

Le bourdonnement d'oreille ou acouphène est la perception de bruits sans origine extérieure à l'organisme. IL peut accompagner toute atteinte de la fonction auditive, directe ou indirecte.

Certains acouphènes, isolés, ne correspondent à aucune lésion décelable. Il faut savoir que les bourdonnements sont inconstants pour des lésions de même nature, et de même degré d'évolution.

On distingue deux types d'acouphènes :

- Objectifs : pouvant être perçus par le patient et par l'examineur ;
- Subjectifs : de loin les plus fréquents, perçus uniquement par le patient.

### **1.1.6. Les vertiges :**

Le vertige est une sensation erronée de déplacement des objets autour de soi, ou de déplacement de soi-même dans l'espace.

Trois systèmes concourent à l'équilibration :

- La vue,
- Le système vestibulaire,
- La sensibilité proprioceptive superficielle (cutanée) ou profonde (tendons, muscles, articulations) en particulier de la région cervicale.

Les informations provenant de ces trois sources, intégrées dans le système nerveux central, donnent lieu à des manifestations motrices, de tonus postural, de mouvement et de maintien.

Le vertige signe majeur du désordre vestibulaire : c'est un signe purement fonctionnel, bien décrit par le malade dont l'interrogatoire doit donc être rigoureux et dirigée.

### **1.1.7. La Paralysie faciale périphérique :**

La paralysie faciale périphérique est une atteinte paralytique de la VII<sup>ème</sup> paire crânienne ou nerf facial.

L'atteinte périphérique du nerf facial entraîne une paralysie totale, généralement complète, responsable d'une asymétrie du visage et d'une disgrâce telles que le diagnostic est le plus souvent évident. Elle s'oppose à la paralysie faciale centrale, qui n'est pas totale et respecte les étages supérieur et moyen du visage, le déficit touchant essentiellement la commissure labiale et le sillon naso-génien. Deux éléments caractérisent cette paralysie faciale centrale : une dissociation entre la mimique volontaire sur commande, et la mimique spontanée réflexe, automatique, qui peut être normale, et l'association à des troubles neurologiques, hémiplégie ou monoplégie brachiale. La démarche diagnostique passe par trois étapes :

- reconnaître la paralysie faciale en particulier lorsqu'elle est fruste ;
- retrouver la cause, élément primordial du pronostic ;
- déduire les possibilités thérapeutiques et évolutives.

## **1.2. Rhinologie : [1 ,5]**

**1.2.1. Epistaxis :** Une épistaxis est un écoulement de sang extériorisé par l'orifice narinaire ou choanal.

L'épistaxis est une affection fréquente, volontiers bénigne.

Elle reconnaît des étiologies nombreuses que tout praticien doit avoir à l'esprit. Elle constitue plus rarement une urgence gravissime nécessitant un traitement chirurgical spécialisé conditionné par la nature de la vascularisation des fosses nasales.

### **1.2.2. L'Obstruction nasale :**

Devant un symptôme apparemment anodin qu'un « nez bouché » se cache des étiologies nombreuses et variées qu'il faut toujours avoir à l'esprit.

Si le diagnostic positif paraît facile, il repose en fait sur un examen nasal et naso-pharyngé minutieux qui, bien mené, permet d'évoquer ou de poser le diagnostic étiologique. On se doit d'être vigilant et de ne pas négliger une obstruction nasale car si le plus souvent, il s'agit d'une rhinite ou d'une déviation de cloison, un nez bouché peut être le seul signe d'appel d'une tumeur bénigne ou maligne du nez, des sinus ou du cavum.

Le diagnostic se pose d'une façon différente chez le nourrisson, l'enfant ou chez l'adulte. Certaines étiologies sont communes, d'autres spécifiques de l'âge.

Indispensable au fonctionnement physiologique des voies respiratoires, la respiration nasale met en cause différents facteurs en particulier la perméabilité des fosses nasales et du rhinopharynx.

L'étude des courants aériens permet de la physiopathologie des différents symptômes de l'obstruction.

Le vestibule nasal a un rôle valvulaire qui dépend de la tonicité des muscles, réglant de façon réflexe la lumière du vestibule, ainsi que de la forme et de la tonicité des cartilages de la pointe du nez.

Les fosses nasales ont un rôle vasomoteur qui dépend essentiellement de la vasomotricité des cornets, soumise à un cycle :

- Constant au niveau d'une muqueuse nasale saine ;
- rythmique, apparaissant toutes les trois heures et demie environ, temps pendant lequel une des narines est plus ou moins obstruée par la turgescence des cornets d'une fosse nasale, alors que l'autre est libre, les cornets rétractés ;

- alternant et à bascule. L'amplitude des variations, faible, passe inaperçue chez l'individu normal mais se fait ressentir dès la moindre anormale dans une des fosses nasales.

### **1.2.3. La Rhinorrhée :**

La rhinorrhée ou suppuration nasale est un écoulement nasal, s'évacuant par voie antérieure narinaire ou postérieure pharyngée dont son unilatéralité doit particulièrement attirer l'attention. Elle peut être uni ou bilatérale.

Elle peut être aqueuse, muqueuse ou purulente.

La rhinorrhée aqueuse ou l'écoulement nasal, symptôme banal en Oto-rhino-laryngologie, revêt toujours une haute valeur séméiologie, qu'il soit isolé ou associé à d'autres symptômes d'expression nasale comme une Obstruction nasale, une dysosmie, des éternuements, une rhinorrhée purulente ou des épistaxis.

### **1.2.4. Les troubles de l'odorat :**

L'odorat ou olfaction, permet la perception des odeurs des corps volatils. Les conditions et les causes d'un trouble de l'odorat sont multiples, l'interrogatoire et l'examen doivent être menés de façon rigoureuse.

Quelques formes cliniques :

- **L'Hyposmie** : c'est la diminution de l'odorat, appelé aussi anosmie partielle.
- **L'anosmie** : c'est une perte totale de l'odorat, est le désordre de l'odorat le plus fréquent. Cette affection peut être temporaire ou permanente, congénitale ou acquise.
- **La parosmie** : est un odorat « distordu ». Une personne souffrant de parosmie trouvera, par exemple, désagréable des odeurs qu'elle appréciait avant l'apparition de ce trouble. Cette altération peut avoir une origine organique ou psychique.

- **La phantosmie** : est une forme d'hallucination olfactive durant laquelle un individu perçoit des odeurs qui ne sont pourtant pas présentes dans l'environnement.
- **L'hyperosmie** : est une sensibilité accrue aux odeurs. on l'observe parfois chez les individus à personnalité neurotique ou histrionique.
- **La presbyosmie** : réfère à la diminution de l'odorat qui vient avec l'âge du fait du vieillissement. Elle est associée à une surmortalité, toutes causes confondues.
- **La cacosmie** : est la perception d'une mauvaise odeur réelle, souvent liée à un foyer infectieux dentaire ou sinusien.

#### **1.2.5. Eternuement : (6)**

C'est une expulsion brusque et bruyante d'air par le nez et la bouche, provoquée par l'irritation des muqueuses nasales.

Les trois symptômes cardinaux de la RA ont été décrits en 1929 (16). Cette triade de symptômes nasaux contemporains de l'exposition allergénique caractéristique faisant évoquer le diagnostic de RA sont :

- Eternuements en salves (réaction immédiate de la muqueuse nasale suite à l'inhalation de l'allergène),
- Rhinorrhée claire antérieure/postérieure bilatérale apparaissant rapidement et se prolongeant après le contact avec l'allergène (liée à l'augmentation de la perméabilité vasculaire et de l'hypersécrétion glandulaire),
- Obstruction nasale (liée à une congestion veineuse de la muqueuse nasale)

#### **1.2.6. Le nasonnement :**

Nasonner, c'est parler du nez.

Le nez est bouché par un rhume, des polypes, une sinusite : on parle de rhinolalie fermée.

Au contraire, s'il existe une fuite d'air par le nez lors de la phonation : on parle de rhinolalie ouverte (voile trop court, séquelles de fente palatine)

Quoi de plus banal qu'un enfant qui « parle du nez » ? Les causes de ce nasonnement sont très variées, les circonstances d'installation de grande importance. L'interrogatoire, l'auscultation et l'examen oto-rhino-laryngologique, c'est-à-dire la clinique, en dehors de toute investigation Sophistiquée, conduisent au diagnostic étiologique.

### **1.2.7 Le ronflement :**

C'est un bruit inspiratoire survenant pendant le sommeil. Il est lié aux vibrations des parties molles de l'oropharynx. Il doit être différencié des bruits d'origine laryngée. Le ronflement simple ne s'accompagne d'aucun retentissement sur le sommeil, ni de modification de ses phases.

## **1 .3. Pharynx-Larynx : [1 ,6]**

### **1.3.1. La Dysphagie et les Fausses routes alimentaires :**

Le terme de dysphagie regroupe un ensemble de symptômes allant de l'odynophagie à l'aphagie complète.

L'odynophagie : est une gêne ou douleur à la déglutition ou au niveau de l'œsophage lors de la progression des aliments.

L'aphagie : est l'impossibilité de déglutir.

Si la localisation de la dysphagie est généralement facile à préciser, il n'y a pas de corrélation obligatoire entre le siège réel de cette dysphagie et celui indiqué par le malade. La dysphagie vraie n'a jamais d'origine psychogène ou émotionnelle.

Toute dysphagie même réduite à une seule poussée spontanément résolutive doit être explorée.

Il faut savoir différencier une dysphagie du globus hystericus, de l'angoisse, du ballonnement postprandial mais surtout de l'anorexie, volontiers confondue avec la dysphagie.

La fausse route alimentaire, passage du contenu du tube digestif dans les voies respiratoire, peut se produire soit pendant la déglutition soit immédiatement après un repas. Accidentelle, elle est volontiers négligée par le malade. Elle peut cependant se reproduire à chaque repas ou à chaque tentative d'alimentation, entraînant une symptomatologie bruyante à type d'asphyxie ou de dyspnée, ou ne se manifester que par des pneumopathies ou des encombrements broncho-pulmonaires récidivants.

### **1.3.2. Paresthésies pharyngées :**

Les paresthésies pharyngées sont fréquentes et se présentent comme un gêne à la déglutition de la salive, avec impression de corps étranger, de localisation imprécise, entraînant un état d'anxiété.

L'examen clinique à la recherche d'une éventuelle lésion organique ne met pas en évidence d'atteinte grave, ni d'atteinte infectieuse, ni de reflux gastro-œsophagien, ni d'anomalie de la colonne cervicale. Le diagnostic est facilité par « la disparition des troubles pendant le repas », il ne s'agit donc pas d'une dysphagie.

### **1.3.3. Dysphonie :**

La dysphonie est une modification de la voix portant sur son timbre ou sur son intensité. Symptôme dominant et signe d'appel de toute atteinte organique ou fonctionnelle du larynx, réalisant « un enrouement durable, variant dans son intensité, et sans tendance à la guérison spontanée ». Elle être associée à une dyspnée.

#### **1.3.4. Dyspnée :**

La dyspnée est définie comme une gêne à la respiration normale. C'est un motif fréquent de consultation.

La démarche diagnostique diffère selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, ou qu'elle soit d'apparition brutale ou progressive. Le diagnostic étiologique peut s'orienter vers une lésion nasale, buccale, pharyngolaryngée, trachéobronchique voire même œsophagienne. L'interrogatoire permet aisément d'éliminer une origine cardiaque ou thoraco-pulmonaire.

#### **1.3.5. Toux d'origine pharyngée et laryngée :**

La toux, secousse expiratoire unique, spasmodique ou quinteuse, correspond à une atteinte inflammatoire infectieuse ou réflexe des muqueuses respiratoires, naso-pharyngées et /ou laryngo-trachéobronchiques. L'innervation commune des voies respiratoires et sous la dépendance du pneumogastrique, entrant avec le sympathique et le XI dans la constitution du plexus pharyngien.

Devant une toux d'origine isolée, ou noyée dans un tableau de suppuration des voies aériennes supérieures et infectieuses, deux attitudes doivent être évitées :

- mésestimer l'importance et le rôle du rhinopharynx dans la genèse de cette toux quelle qu'elle soit ;
- au contraire trop attendre de l'examen ORL devant une toux désespérément chronique, alors que le bilan pulmonaire complet s'est révélé négatif.

#### **1.3 .6. Le ronflement :**

C'est un bruit essentiellement inspiratoire lié aux vibrations oro-pharyngées survenant pendant le sommeil. Chez le ronfleur, l'obstruction entraîne une diminution de la surface fonctionnelle du pharynx et une augmentation des résistances des voies aéro-supérieures. Le collapsus local entraîne une vibration (luette essentiellement) responsable du bruit. Lors du sommeil, il existe une

diminution du tonus musculaire qui compromet la stabilité des voies aériennes supérieures et explique l'augmentation des résistances. Chez le ronfleur simple, les résistances des voies aériennes supérieures s'élèvent insuffisamment pour qu'une hypoventilation s'installe ainsi qu'une obstruction complète.

Chez le patient porteur d'un syndrome d'apnée du sommeil, il existe une hypoventilation avec obstruction et perturbation du sommeil.

Le patient n'entend presque jamais son ronflement, et c'est souvent le conjoint qui précise si le rhonchopathe présente des arrêts nocturnes respiratoires, des réveils en état d'asphyxie, ou si lui-même passe ses nuits à secouer le patient.

#### **1.4.. Autres :**

##### **1.4.1. Algies faciales :**

La névralgie faciale, névralgie essentielle du trijumeau, par la rigueur de sa séméiologie, est au centre du diagnostic des douleurs de la face. Elle s'oppose par son autonomie à la diversité clinique et physiopathologique des autres algies faciales.

##### **1.4.2. Tuméfactions du cou :**

Ce motif de consultation de pratique médicale courante, avant le spécialiste ORL ou le chirurgien, concerne le médecin généraliste. Un examen clinique basé sur de solides notions anatomiques, et des examens para cliniques simples, orientent le diagnostic et doivent éviter des examens inutiles, parfois dangereux, et la mise en route de traitements non appropriés susceptibles de retarder ou de compliquer le traitement définitif.

Nous entendons par tuméfaction cervicale isolée une masse le plus souvent unique, mais parfois multiple, strictement limitée à la région cervicale, sans préjuger de sa nature, ganglionnaire ou non ou glandulaire ou pas, peut être bénigne ou maligne.

Une connaissance précise des loges cervicales permet souvent, plus que des examens complémentaires complexes, d'établir un diagnostic précis. Il peut s'agir des adénopathies du cou, tuméfaction salivaire (régions parotidienne et sub-mandibulaire).

#### **1.4.2.1 Les adénopathies :**

Les adénopathies sont les causes les plus fréquents de tuméfaction cervicale. Elles sont souvent le symptôme révélateur pour lequel le malade consulte, la lésion primitive étant latente cliniquement : toute adénopathie cervicale impose un examen ORL soigneux.

#### **1.4.2.2 Tuméfactions des glandes salivaires**

##### **- Région parotidienne :**

Toute lésion de la région parotidienne, d'origine parotidienne proprement dite, ou indépendante du système salivaire, revêt souvent le même aspect clinique – celui d'une tuméfaction. La clinique permet de rapporter à cette région parotido-massétéline la masse palpable, mais souvent ne permet pas de préjuger de son étiologie. C'est souvent une tuméfaction unilatérale jugale, pré auriculaire, ou cervicale haute sous le lobule de l'oreille qui amène le malade à consulter, parfois l'existence d'une tuméfaction bilatérale parotidienne plus ou moins systématique.

##### **- Région sub-mandibulaire :**

Les tuméfactions de la loge sub-mandibulaire, moins fréquents que celles de parotide, les circonstances diagnostiques sont les mêmes que dans les tuméfactions de la loge parotidienne.

Le nerf facial, présent dans cette loge par sa branche mentonnière, est très vulnérable.

#### **1.5. Troubles du langage oral :**

Parmi les handicaps qui nuisent à l'avenir de l'enfant, les troubles du langage sont souvent méconnus, tout au moins minimisés et banalisés, de telle sorte qu'il est souvent difficile de tracer une frontière entre le normal et le pathologique. Le langage nécessite des aptitudes psychophysiques extrêmement diverses, sa pathologie ne constitue pas une entité parfaitement définie. Il paraît cependant capital d'en dépister les troubles le plus tôt :

- ils sont le plus souvent le symptôme d'une autre affection soit organique, soit psychologique, soit développementale ;
- ils sont graves par leurs conséquences, car ils perturbent le développement de l'intelligence, l'accès à l'abstraction ne pouvant se faire que par le langage, et gênent donc l'insertion sociale.

**IL peut s'agir de troubles du langage écrit, cas de dyslexie et de dysorthographe, chez qui :**

La consultation est motivée par l'inquiétude des parents et/ou des enseignants devant un enfant qui ne maîtrise pas la lecture, qui ne peut pas reproduire par écrit les sons de la chaîne parlée et à des difficultés à faire correspondre image acoustique et forme graphique (phonèmes-graphèmes).

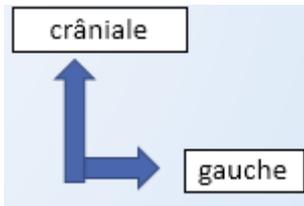
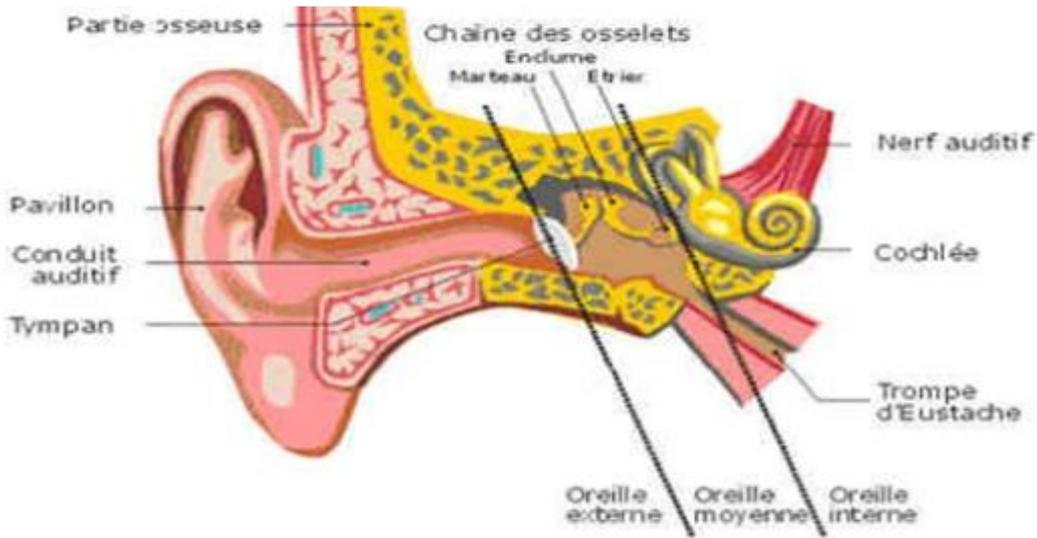
**2.Rappel anatomique et physiologique de la sphère ORL**

**2.1. Anatomie et physiologie de l'appareil auditif**

**2.1.1. Anatomie de l'appareil auditif : [7, 8,9]**

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

moyenne et interne.



**Schéma de l'oreille**

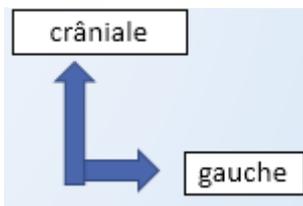
### **2.1.1.1. L'oreille externe :[7]**

L'oreille externe est composée du pavillon et du méat auditif externe (MAE). Cet organe d'architecture complexe intervient dans la localisation et la transmission de l'onde sonore, et participe à l'amplification de certaines fréquences. Composé d'une face latérale, d'un bord libre et d'une face médiale, le pavillon est uni au crâne par la partie moyenne de son tiers antérieur. De structure cartilagineuse élastique, moulée par un revêtement cutané, il est constitué de nombreuses saillies : hélix, anthélix, tragus ; circonscrivant la dépression de la conque et du méat auditif externe. La partie inférieure, ou lobule de l'oreille, est un simple repli cutané sans armature cartilagineuse. L'appareil musculo-ligamentaire du pavillon de l'oreille est un système atélique.



Figure 2Ht

Source : Atlas d'anatomie humaine. 2<sup>ème</sup> édition. Section 1 Tête et cou(7)



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

### **2.1.1.2. L'oreille moyenne :**

C'est une cavité aérienne tripartite [8] comprise entre les trois constituants de l'os temporal. Sa partie centrale, appelée caisse du tympan, contient le système tympano-ossiculaire qui véhicule l'onde sonore du monde extérieur jusqu'à l'oreille interne. La caisse du tympan se présente comme une cavité

parallélépipédique irrégulière à six faces. Cinq de ses faces sont osseuses, et la sixième en grande partie membraneuse est composée par le tympan.

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

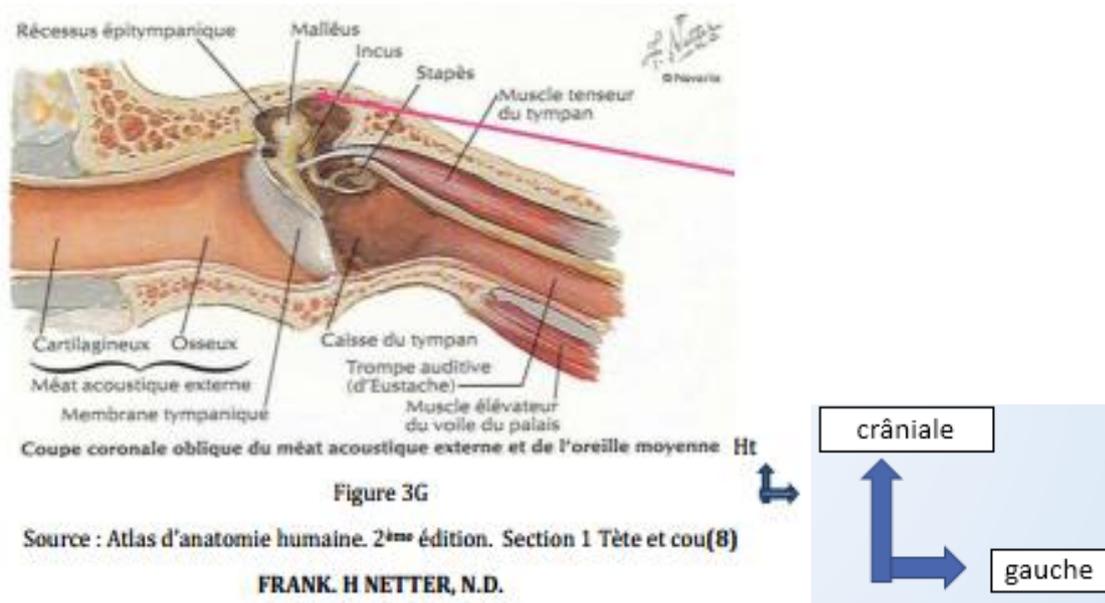
- la pars tensa, de nature fibroélastique peu mobile, représente la membrane tympanique proprement dite interposée entre le méat auditif externe et la caisse du tympan. Cette membrane a une forme d'entonnoir dont le sommet, l'ombilic, correspond à l'extrémité distale du manche du marteau. Le manche du marteau est visible par transparence sous la forme d'une raie blanchâtre, la strie malléaire, qui se prolonge vers la partie supérieure de la pars tensa jusqu'à la saillie réalisée par le processus latéral : la proéminence malléaire.

- la pars flaccida, moins rigide que la pars tensa, est la portion de membrane du tympan située au-dessus des plis malléaires antérieur et postérieur. Sa forme est triangulaire à sommet inférieur. Elle constitue la paroi latérale du récessus supérieur de la membrane du tympan. La caisse du tympan est occupée par les trois osselets, qui forment la chaîne ossiculaire ; disposée entre la membrane tympanique et la fenêtré vestibulaire, ainsi que leurs annexes : ligaments, muscles tenseur du tympan et stapédien, replis muqueux... De la superficie vers la profondeur, on trouve le marteau (malleus) articulé avec l'enclume (incus), lui-même articulé avec l'étrier (stapes).

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

La trompe d'Eustache, ou trompe auditive, est un mince conduit de 35 à 40 mm de long, reliant la partie antérieure de la caisse du tympan à la paroi latérale du rhinopharynx.

Elle joue un rôle essentiel dans l'équilibration de la pression d'air dans l'oreille moyenne, c'est la fonction tubaire.



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

### 2.1.1.3. L'oreille interne :

L'oreille interne [9], ou labyrinthe, est située au sein de la pyramide pétreuse de l'os temporal. Elle comporte un ensemble de cavités osseuses, ou labyrinthe osseux, contenant et protégeant des structures tubulaires formant le labyrinthe membraneux.

Au sein de ce dernier se trouvent l'organe sensoriel cochléaire destiné à l'audition et les capteurs sensitifs vestibulaires spécialisés dans la détection des accélérations angulaires et linéaires de la tête. Dans cet exposé, nous ne détaillerons pas l'anatomie du vestibule et des canaux semi-circulaires, dévolus à l'équilibre.

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

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

Les « rampes vestibulaires » et « tympaniques » (remplies de périlymphe, de

composition semblable au liquide céphalo-rachidien), entourant le « canal cochléaire » (rempli d'endolymphe, riche en potassium responsable d'un potentiel endocochléaire de +80mV) Les deux rampes communiquent entre elles à la partie la plus apicale de la spirale cochléaire, par un orifice portant le nom d'hélicotrème. Elles sont isolées de l'oreille moyenne à la partie la plus basale respectivement par la fenêtre ovale pour la rampe vestibulaire et par la fenêtre ronde (fonctionnant en opposition de phase) pour la rampe tympanique L'organe de Corti repose sur la membrane basilaire et s'enroule de la base à l'apex de la spirale cochléaire. Il se compose essentiellement de cellules sensorielles : environ 12.000 cellules ciliées externes (CCE) sur trois rangées dont le rôle est d'amplifier l'onde sonore et environ 3.500 cellules ciliées internes (CCI) sur une rangée, qui traduisent l'information sonore en message nerveux. Coiffées à leur pôle apical de trois rangées de stéréocils baignant dans l'endolymphe, leurs corps cellulaires sont localisés dans le compartiment péri lymphatique. Les plus longs stéréocils des CCE sont ancrés dans une structure amorphe recouvrant l'organe de Corti : la membrane tectoriale.

- Le vestibule, ou labyrinthe central, composé de l'utricule et du saccule, relie les trois canaux semi-circulaires à la cochlée.

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

## **2.1.2. Physiologie de l'oreille : [11,12]**

### **2.1.2. 1. L'oreille externe :**

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

### **2.1.2.2. L'oreille moyenne :**

- Le Tympan et la Chaîne Ossiculaire transmettent les vibrations sonores 18

fois.

➤ La Trompe d'Eustache assure deux fonctions:

- Une fonction équipressive: pour que le système tympano-ossiculaire fonctionne correctement, la pression doit être identique des deux côtés du Tympan. Cet équilibre pressionnel s'établit entre l'oreille moyenne et le Cavum, donc avec l'extérieur si les fosses nasales restent perméables, lors de chaque mouvement de déglutition.

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

### **2.1. 2. 3. L'oreille interne :**

➤ La Cochlée perçoit les vibrations sonores.

➤ Le labyrinthe contrôle l'équilibre.

### **2.2. Anatomie et physiologie du nez et des sinus. [10, 11,12]**

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

#### **2.2. 1. Anatomie du nez et des sinus**

##### **2.2.1.1. Anatomie du nez**

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

➤ La pyramide nasale :

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

Le squelette ostéo-cartilagineux est composé :

- des deux os propres du nez réunis sur la ligne médiane, soudés en haut à l'échancrure et à l'épine nasale du frontal, latéralement aux apophyses montantes du maxillaire supérieur ;

- des cartilages triangulaires articulés avec les expansions latérales du septum.

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

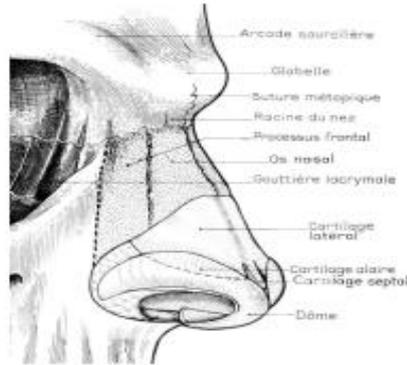
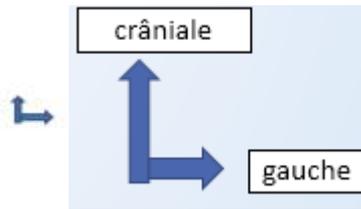


Figure 4G

Source : cahier d'anatomie ORL(11)  
Legent F., Perlemuter L., Vandebrouck C.L.



➤ Les fosses nasales :

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

Elles présentent à décrire quatre parois :

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

Le méat inférieur est surmonté en avant par l'orifice du canal lacrymo-nasal, ce qui explique l'hypersécrétion nasale pendant les pleurs.

Le méat moyen est le plus important dans lequel s'ouvrent les sinus antérieurs de la face.

Le méat supérieur présente deux ou trois orifices pour les cellules ethmoïdales postérieures et le sinus sphénoïdal. La muqueuse de revêtement ou muqueuse pituitaire tapisse tous ces reliefs. Elle se divise en deux champs :

- le champ olfactif limité à la partie moyenne de la face inférieure de la lame criblée, débordant sur le cornet supérieur et la cloison. Il contient les cellules sensorielles bipolaires avec un renflement périphérique sur lequel s'implantent des cils et un prolongement central grêle s'anastomosant avec les voisins pour former des filets qui traversent la lame criblée et se jettent dans le bulbe olfactif
- le champ respiratoire sur le reste de la cloison et des cornets, caractérisé par un épithélium cilié et par les nombreuses glandes à mucus dispersées dans le chorion.

### **2.2 .1.2. Anatomie des sinus :**

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

On distingue :

- Les sinus maxillaires :

De forme pyramidale, ils sont creusés dans le maxillaire. La paroi supérieure forme une grande partie du plancher orbitaire, la paroi antérieure est jugale (c'est la voie d'abord chirurgical), la paroi interne est le siège de l'orifice de drainage. Le bord inférieur entre

en rapport avec la deuxième prémolaire, les première et deuxième molaires supérieures de chaque côté. En arrière se trouve la fosse ptérygo-maxillaire. Leur individualisation est faite à la fin de la 2ème dentition (8 ans-10 ans).

- Les sinus frontaux : Souvent asymétriques, ils sont creusés entre les tables

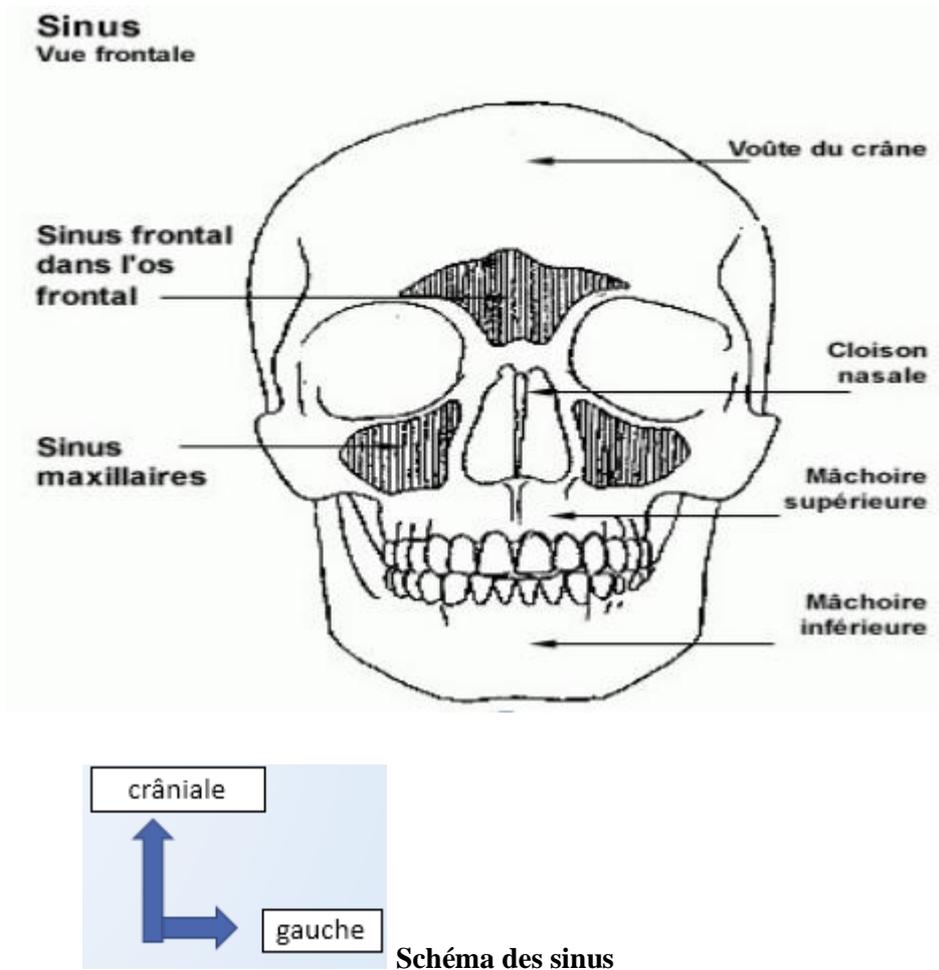
externe et interne de l'os frontal.

Le plancher répond en dehors à l'orbite, en dedans à l'ethmoïde. La paroi postérieure est en rapport avec les deux premières circonvolutions frontales. Le canal naso-frontal irrégulier, comprimé par les cellules ethmoïdales, s'ouvre dans le méat moyen. Le sinus frontal apparaît anatomiquement vers 2 ans, et est visible radiologiquement vers 6 à 8 ans et son développement se termine vers 15 à 20ans.

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

- Les sinus ethmoïdaux :

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



### **2.2.2. Physiologie du nez et des sinus :**

Le nez et les sinus ont pour fonctions :

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

### **2.3. Anatomie et physiologie du pharynx (13)**

#### **2.3.1. Anatomie du pharynx**

Encore appelé carrefour aérodigestif parce que situé à la croisée des voies digestive et aérienne, le pharynx est un conduit musculo-membraneux, médian, impair et symétrique en forme de gouttière ouverte en avant. Il fait suite à la

base du crâne jusqu'à la bouche de l'œsophage. Le pharynx traverse deux régions anatomiques distinctes ; il est céphalique puis cervical. Le conduit est aplati d'arrière en avant, d'une longueur totale de 15cm en moyenne au repos et d'un diamètre de 2cm à 4cm. Lors de sa contraction, la portion inférieure du conduit s'élève et la longueur peut diminuer de 3 cm à 4 cm voire 7 cm selon POIRIER. Le diamètre transversal de la gouttière pharyngée n'est pas régulier ; il se rétrécit de haut en bas et plus particulièrement au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne.

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

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

L'aspect endocavitaire du pharynx est tourmenté ; sa paroi présente en effet de nombreux reliefs, plis, sillons et orifices dont les dimensions, la forme, les rapports vont considérablement varier avec la fonction.

On distingue trois étages de haut en bas du pharynx :

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

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

Les parois supérieure et postérieure se continuent et sont tapissées par

l'amygdale pharyngée de LÜSCHKA dont l'hypertrophie constitue les végétations adénoïdes. La muqueuse qui tapisse le cavum est de type respiratoire. Cette portion du pharynx est accessible grâce à la rhinoscopie postérieure ou à la cavoscopie.

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

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

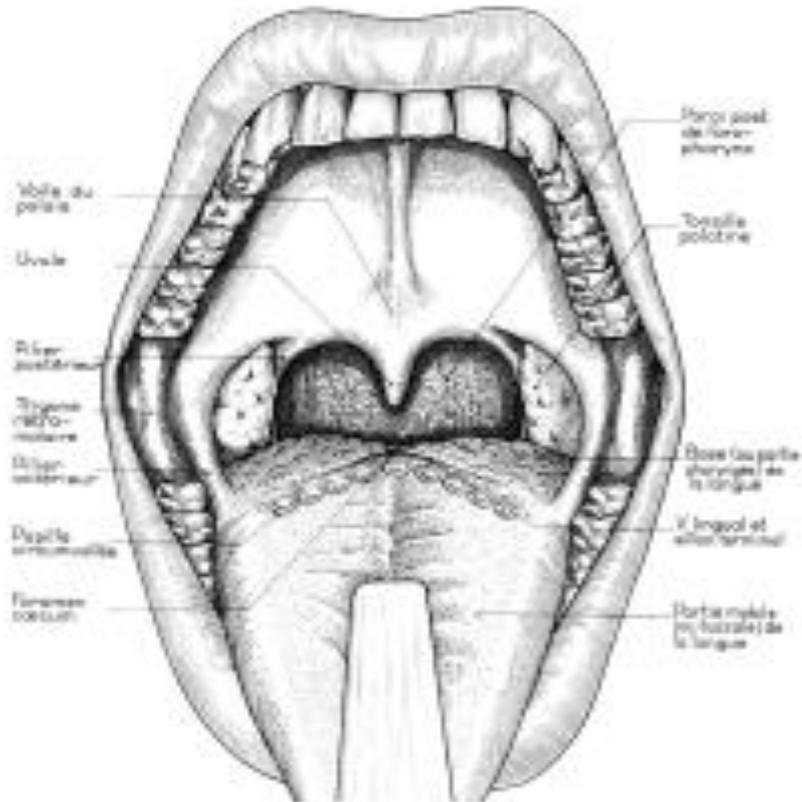
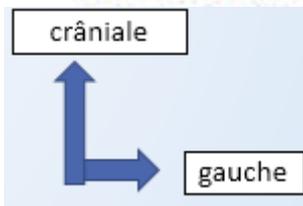


Figure 6 : vue antérieure de l'oropharynx à l'examen de la gorge à l'abaisse-langue

Source : Cahier d'anatomie ORL (11)Ht

Legent F., Perlemuter L., Vandembrouck CLG



Ac  
Acc

- l'étage inférieur appelé hypo pharynx ou pharyngo-larynx est en relation avec le vestibule laryngé. Il s'étend du bord supérieur de l'épiglotte au bord inférieur du châteon cricoïdien. IL s'ouvre en avant vers l'orifice supérieur du larynx. IL existe de chaque côté, à la jonction du larynx et du pharynx, une poche muqueuse en forme d'entonnoir ou gouttière pharyngolaryngée encore appelée sinus piriforme. Les structures anatomiques et les éléments de voisinage les plus importants à ce niveau sont :

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

### **2.3.2. Physiologie du pharynx: [11,12]**

Le pharynx assume plusieurs fonctions importantes :

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

## **2.4. Anatomie et physiologie du larynx**

### **2.4.1. Anatomie du larynx [4, 13]**

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou. Il occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne en regard des vertèbres C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles. L'intérieur du larynx est divisé en trois étages par les deux cordes vocales [13].

#### **2.4.1.1. L'étage sus-glottique :**

Il comprend le vestibule laryngé et le ventricule de Morgagni.

- Le vestibule laryngé : s'ouvre dans le pharynx par l'orifice supérieur du larynx appelé aditus ou margelle laryngée. On lui distingue quatre parois :
  - o En avant, l'épiglotte ;
  - o Latéralement, les deux bandes ventriculaires ;
  - o En arrière, l'échancrure inter-aryténoïdienne.
- Le ventricule (de Morgagni) : c'est une dépression comprise entre la bande ventriculaire en haut et la corde vocale en bas [13].

#### **L'étage glottique :**

On appelle glotte l'espace compris entre le bord libre des cordes vocales. Les cordes vocales ou plis vocaux : constituent l'élément noble du larynx. Ce sont deux rubans blanc nacré. Elles s'étendent de l'aryténoïde en arrière à l'angle rentrant du cartilage thyroïde en avant. Elles sont séparées en arrière par la

région inter-aryténoïdienne qui constitue la commissure postérieure, les cordes se rejoignent en avant en formant la commissure antérieure [13].

#### **2.4.1.3. L'étage sous glottique :**

L'étage sous-glotte est la portion la plus rétrécie de la filière laryngée ; d'environ 1 cm de longueur ; il se continue en bas par la trachée [12].

#### **4.2. Physiologie du larynx :**

Le larynx assume des fonctions importantes :

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

#### **2.5. Anatomie et physiologie des glandes du cou :**

##### **2.5.1. Anatomie et physiologie de la glande thyroïde (11) (12)**

###### **2.5.1.1. Anatomie de la glande thyroïde**

La thyroïde est une glande située dans la partie antéro-inférieure du cou, en avant des six premiers anneaux de la trachée, sous le cartilage. Elle est constituée par deux lobes latéraux ovoïdes, réunis par un isthme duquel se détache parfois un lobe intermédiaire ou pyramide de L'alouette, vestige de l'embryogénèse, ce qui lui donne globalement la forme d'un H ou d'un papillon. C'est une glande de petite taille, de 5 à 6 cm de hauteur et d'environ 2 cm de largeur et d'épaisseur. Son poids moyen est de 30g.

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

ou récurrents sont les nerfs moteurs des cordes vocales, ils peuvent être abîmés lors d'une chirurgie de la thyroïde. Les parathyroïdes sont au nombre de 4, une inférieure et une supérieure pour chaque lobe. Elles n'interviennent pas dans le système thyroïdien mais dans le métabolisme phosphocalcique en produisant la parathormone.

### **2.5.1.2. Physiologie de la glande thyroïde**

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

### **2.5.2. Anatomie et physiologie de la trachée et des bronches :**

#### **2.5.2.1. Anatomie de la trachée et des bronches :**

##### **2.5.2.1.1. La trachée :**

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

✓□ un segment cervical qui s'étend du bord inférieur du cricoïde (C6) jusqu'à un plan horizontal passant par le bord supérieur du sternum à la hauteur de la deuxième vertèbre thoracique (T2) ;

✓□ un segment thoracique s'étendant du bord supérieur du sternum jusqu'à la bifurcation trachéale, au niveau de la carène, à la hauteur de T5 où elle donne naissance aux deux bronches souches droite et gauche. Le conduit fibreux trachéal, mobile, flexible et extensible, est renforcé par 15 à 20 anneaux cartilagineux superposés et ouverts en arrière. Cette partie postérieure est fermée

par une lame fibro – élastique doublée en avant d'une lame musculaire. Les anneaux sont destinés à maintenir la lumière trachéale béante. La longueur moyenne de la trachée est de 12 cm chez l'homme adulte ; les segments cervical et thoracique sont pratiquement égaux, de 6 cm à 7 cm.

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

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

#### **2.5.2.1.2. Les bronches:**

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

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

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

#### **2.5.2.2. Physiologie de la trachée et des bronches :**

La trachée et les bronches assurent les fonctions suivantes :

- la protection : elle est basée sur l'élimination de particules étrangères présentes dans l'air.
- la respiration : l'air inspiré passe par le larynx, la trachée, les bronches et les

poumons.

- la phonation : les poumons, les bronches et la trachée participent pleinement à la phonation au même titre que les cordes vocales du larynx et les cavités de résonance de l'oropharynx, du nez et des sinus de la face.

### **2.5.3. Anatomie et physiologie de l'Œsophage : (13)**

#### **2.5.3.1. Anatomie de l'œsophage :**

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

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

L'œsophage présente deux courbures :

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

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

- 5 à 6 cm pour l'œsophage cervical,

1- le rétrécissement cricoïdien au niveau de C6,

2- le rétrécissement aortique au niveau de T4, lié à l'empreinte de la crosse de l'aorte sur la paroi latérale gauche de l'œsophage,

3- le rétrécissement bronchique au niveau de T6, marqué par l'empreinte de la bronche souche gauche,

4- le rétrécissement diaphragmatique au niveau de T10.

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

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

Quatre dilatations dont trois fuseaux intermédiaires et un entonnoir terminal.

L'œsophage se compose de trois tuniques concentriques et régulièrement superposées. De dedans en dehors, on a :

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

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

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

L'œsophage cervical.

Il fait suite au pharynx au niveau du bord inférieur du cricoïde, à la hauteur du corps de C6. Il se continue par l'œsophage thoracique au niveau de l'orifice crânial du thorax, repéré en avant par le bord supérieur de la fourchette sternale et en arrière par le corps de la deuxième vertèbre thoracique. La muqueuse de cette portion cervicale ne contient pas de glandes sécrétoires et la couche musculaire longitudinale est formée de fibres striées.

### **2.5.3.2. Physiologie de l'œsophage : [4, 11],**

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

# **METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **4.1. Cadre et lieu de l'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure hospitalière de 2<sup>ème</sup> référence de la 5<sup>ème</sup> région administrative du Mali.

Il est actuellement situé dans la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 hectares ; la surface bâtie est de 12 000 ares.

Précédemment situé dans le quartier « KomoguelII » de Mopti, l'Hôpital Sominé DOLO, hérité d'un établissement sanitaire colonial, depuis au début des années cinquante. Au fil des ans, il a connu des évolutions aussi bien sur le plan institutionnel que structurel. C'est ainsi qu'il a été constitué d'un seul bâtiment en 1952, il passa par diverses appellations notamment « Hôpital Secondaire » en 1969, puis « Hôpital Régional » à partir de 1972 et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions. Il a été baptisé hôpital Sominé DOLO en 1995 en mémoire du premier « Ministre de la santé du Mali » Feu Docteur Sominé DOLO.

#### **4.1.1 Missions de l'hôpital :**

L'hôpital a pour missions d'assurer :

- Les soins curatifs de 2<sup>ème</sup> référence et la prise en charge des urgences ;
- La formation initiale des élèves et étudiants et la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux ;
- La recherche dans le domaine de la santé.

#### **4.1.2 Organisation :**

**L'hôpital est composé des services suivants :**

- Médecine, regroupe la médecine générale et la kinésithérapie,
- Pédiatrie, regroupe une unité d'URENI, de néonatalogie et de kangourou

- Ophtalmologie,
- Chirurgie, regroupe la chirurgie générale, la chirurgie pédiatrique, la chirurgie orthopédique et traumatologique, l'urologie, et la chirurgie maxillo-faciale,
- l'ORL et chirurgie cervico-faciale
- Odontostomatologie,
- Gynécologie-Obstétrique,
- Urgences
- Anesthésie- réanimation,
- Bloc opératoire,
- Pharmacie,
- Laboratoire,
- L'imagerie médicale,
- Un service de Néphrologie, doté d'une unité d'hémodialyse,
- Service Social,
- Maintenance,
- Administration, Financier et matériel

### **Unités rattachés :**

- Cantine
- Buanderie
- Morgue.

### **4.2. Service de l'ORL :**

#### **4.2.1 Constitution :**

Il est constitué de :

- Une salle de consultation équipée
- Une salle de soins avec une installation d'oxygène et de vide.
- Un bureau pour le chef de service
- Un hall d'accueil
- Un magasin

- Une toilette externe

#### **4.2.2. Ressources humaines du service ORL :**

Un(1) médecin spécialiste en ORL-CCF, trois (3) Assistants médicaux spécialistes en ORL, deux (2) techniciens supérieurs spécialiste en ORL, dont un militaire et des élèves et étudiants en stages, dont un préparant sa thèse.

#### **Matériel et méthode :**

##### **➤ Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur 12 mois réalisée dans le service ORL de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, de janvier 2021 à Décembre 2021.

##### **➤ Critère d'inclusion :**

A été inclu dans notre étude tout patient reçu en consultation ORL pendant cette période et dont le dossier était correctement rempli.

##### **➤ Critère de non inclusion :**

A été exclu de notre étude tout patient vu en dehors de la période d'étude et dont le dossier était incomplet.

##### **➤ Recueil des données :**

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

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

##### **➤ La saisie et l'analyse des données :**

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

##### **➤ Aspects éthiques :**

C'était une étude rétrospective, donc nous n'avions que les dossiers des patients.

Confidentialité a été strictement respectée.

# RESULTATS

## **VI. Résultats :**

### ***Aspects épidémiologiques :***

Au total, sur les 12 mois de notre étude, le service d'ORL et CCF de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti a enregistré 2634 patients (8,27 %) de l'ensemble des consultations (31817) dudit hôpital au cours de l'année 2021.

**Tableau I :** Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	1349	51,2%
Féminin	1285	48,8%
Total	2634	100%

Le sexe masculin a représenté avec 51,2% des cas contre 48,8% de sexe féminin. Le sex-ratio a été de 1,05 en faveur du sexe masculin.

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

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>[0 à 5 ans]</b>	<b>626</b>	<b>23,8</b>
<b>] 5 à 15 ans]</b>	369	14
<b>] 15 à 25 ans]</b>	437	16,6
<b>] 25 à 35 ans]</b>	445	16,9
<b>] 35 à 45 ans]</b>	313	11,9
<b>] 45 à 55 ans]</b>	215	8,2
<b>] 55 à 65 ans]</b>	158	6
<b>] 65 et plus [</b>	71	2,6
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de [0 à 5 ans [a été la plus représentée avec 23,8% des cas

**Tableau III** : Répartition des patients selon la résidence.

<b>Résidence des patients</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mopti ville	675	25,6
<b>Quartier de Sévaré</b>	<b>1386</b>	<b>52,7</b>
Autres localités de la région de Mopti	467	17,7
Autres localités en dehors de la région de Mopti	106	4,0
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

Les patients venus du quartier de Sévaré ont représenté dans notre série, 52,6 % des cas.

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

<b>Profession / Occupation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Elève et étudiant</b>	<b>626</b>	<b>23,8</b>
Agent de Santé	114	4,3
Chauffeur et conducteur	30	1,1
Commerçant	169	6,4
Eleveur	42	1,6
Enseignant	170	6,5
Autres fonctionnaires	195	7,4
Femme au foyer	315	12
<b>Nourrisson et enfant</b>	<b>631</b>	<b>24</b>
Ouvriers	139	5,2
Cultivateur	73	2,8
Pêcheurs	24	0,9
Retraité	38	1,4
Militaire	68	2,6
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

Les nourrissons et enfants ont représenté 24%.

*Aspects cliniques :*

**Tableau V** : Répartition des patients selon le délai de consultation.

Délai de consultation	Fréquence	Pourcentage
[1 à 3 jours]	576	21,9
[4 à 7 jours]	595	22,6
[8 à 14 jours]	265	10,1
[15 à 30 jours]	202	7,7
[31 à 60 jours]	95	3,6
<b>[90 Jours et Plus [</b>	<b>901</b>	<b>34,2</b>
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

Le délai de consultation le plus fréquent a été de **[90 Jours et Plus** [dans 34,2%.

**Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation.**

Motif de consultation		Fréquence	Pourcentage
<b>Oreille</b>	<b>Acouphènes</b>	<b>110</b>	<b>4,2</b>
	Corps étranger de l'oreille	55	2,1
	<b>Hypoacousie</b>	<b>160</b>	<b>6,1</b>
	<b>Otalgie</b>	<b>505</b>	<b>19,2</b>
	Otorragie	25	0,9
	Otorrhée	220	8,4
	Prurit auriculaire	45	1,7
	Sensation de plénitude d'oreille	50	1,9
	Surdit� brusque	5	0,2
	Vertiges	55	2,1
<b>Nez Et Sinus</b>	Epistaxis	60	2,3
	<b>Eternuement en salve</b>	<b>125</b>	<b>4,7</b>
	C�phal�es	80	3
	<b>Obstruction nasale</b>	<b>215</b>	<b>8,2</b>
	Troubles de l'odorat	19	0,7
	<b>Rhinorrh�e</b>	<b>235</b>	<b>8,9</b>
	Ronchopathie et syndrome d'apnée du sommeil	10	0,4
<b>Pharynx Et Larynx</b>	G�nes pharyngées/sensation de corps étranger	40	1,5
	<b>Odynophagie</b>	<b>300</b>	<b>11,4</b>
	Dysphagie	15	0,6
	Dysphonie	55	2,1
<b>Cou Et Face</b>	Dyspnée	60	2,3
	Adénopathie cervicale	10	0,4
	Cervicalgie	55	2,1
<b>Autres</b>	Tuméfaction cervico-faciale	40	1,5
	Ingestion de pièce de monnaie	10	0,4
	Retard de langage	5	0,2
	Déviation labiale	15	0,6
	Toux chronique	20	0,8
Coups et blessures	35	1,3	
<b>Total</b>		<b>2634</b>	<b>100</b>

Dans notre série l'otalgie a été le motif de consultation le plus fréquent avec **19,2%** des cas.

**Tableau VII:** Répartition des patients selon la Région de sphère ORL atteinte.

<b>Région de la sphère ORL atteinte</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oreille</b>	<b>1269</b>	<b>48,2</b>
Nez	608	23,1
Sinus	80	3
Larynx	100	3,8
Pharynx	399	15,1
Œsophage	13	0,5
Cou	101	3,8
Face	64	2,5
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

Dans notre série, l'atteinte otologique a prédominé avec 48,2% des cas.

**Tableau VIII:** Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu		Fréquence	Pourcentage	
Lésions de la cavité buccale	Aphte	10	0,4	
	Candidose	5	0,2	
	Plaie de la langue	5	0,2	
Lésions de l'oropharynx	<b>Amygdalite</b>	<b>265</b>	<b>10,2</b>	
	Uvulite	5	0,2	
	Traumatisme	5	0,2	
	Phlegmon péri-amygdalien	5	0,2	
	Lésion bourgeonnante	5	0,2	
Corps étrangers ORL	Corps étranger de l'œsophage	10	0,4	
	<b>Corps étranger de l'oreille</b>	<b>55</b>	<b>2,1</b>	
	Corps étranger de la fosse nasale	10	0,4	
	Corps étranger trachéobronchique	10	0,4	
Lésions naso-sinusiennes	Epistaxis	45	1,7	
	Fracture de l'os propre du nez	15	0,6	
	Polype nasale	10	0,4	
	<b>Sinusites</b>	<b>180</b>	<b>6,9</b>	
	Imperforation choanale	5	0,2	
	<b>Rhinites</b>	<b>260</b>	<b>9,9</b>	
Lésions otologiques	Ototoxicité médicamenteuse	10	0,4	
	<b>Otite externe</b>	<b>210</b>	<b>8</b>	
	<b>Otite moyenne aiguë</b>	<b>345</b>	<b>13,2</b>	
	<b>Otite moyenne chronique</b>	<b>270</b>	<b>10,3</b>	
	Otite séromuqueuse	10	0,4	
	Paralysie faciale périphérique	10	0,4	
	<b>Vertiges</b>	<b>60</b>	<b>2,4</b>	
	<b>Hypoacousie</b>	<b>95</b>	<b>3,6</b>	
	Trauma de l'oreille externe	40	1,5	
	Traumatisme du rocher	10	0,4	
	Presbyacousie	25	1,0	
	Blast auriculaire	15	0,6	
	Bouchon de cérumen	40	1,5	
	Eczéma du pavillon	15	0,6	
	Catarrhe tubaire	20	0,8	
	Mastoïdite	5	0,2	
	Lésions rhino-pharyngées	<b>Pharyngite</b>	<b>100</b>	<b>3,8</b>
		Lésion bourgeonnante de l'hypopharynx	10	0,4
<b>Rhinopharyngite aiguë</b>		<b>210</b>	<b>8</b>	
Végétation adénoïde		25	1,0	
Lésions cervicales	Thyroïdites aiguës	15	0,6	
	Plaie pénétrante du cou	5	0,2	
	Torticolis	15	0,6	
	Tuberculose ganglionnaire	10	0,4	
	Goitre	10	0,4	
	Arthrose cervicale	10	0,4	
	Cellulite cervicale	10	0,4	
Lésions laryngées	<b>Laryngite</b>	<b>60</b>	<b>2,4</b>	
	Tumeur laryngée	5	0,2	
	Traumatisme laryngée	10	0,4	
Lésions glandes salivaires	Sous-maxillite	10	0,4	
	Parotidite	5	0,2	
<b>Total</b>		<b>2614</b>	<b>100</b>	

Dans notre série, l'otite moyenne aigüe a été le diagnostic le plus fréquent avec 13,2% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon la nature de la prise en charge.

Nature de la prise en charge	Fréquence	Pourcentage
Médicale	1888	71,7
Chirurgicale	69	2,6
Médico-chirurgicale	110	4,2
Soins spécialisés	483	18,3
Référé vers un autre service	84	3,2
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>100</b>

Les prescriptions médicamenteuses ont été les plus utilisées dans notre série pour la prise en charge de nos patients, soit dans les 71,7% des cas.

❖ Les soins spécialisés ORL sont :

- Soins d'hygiène de l'oreille (lavage d'oreilles, méchage d'oreilles ...)
- Soins d'hygiène du Nez (désobstruction rhino-pharyngée ...)
- Retrait d'un corps étranger (auriculaire, nasal)
- Ponction lavage et drainage des sinus
- Soins de trachéotomie
- Aérosolthérapie / Nébulisation.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. Commentaires et discussion :**

Les consultations globales dans l'hôpital ont été 31817 malades sur la période de janvier 2021 à Décembre 2021, soit 12 mois. La part de l'ORL dans ces activités a été 8, 27 %.

Parmi ceux –ci 92 ,2% ont directement consultés en ORL contre 7, 8 % qui avaient été référé au service ORL.

### **VI.1. Données épidémiologiques :**

#### **VI.1.1. Sexe :**

Le sexe masculin a prédominé avec 51,2% des cas contre 48,8% de sexe féminin. Le sex-ratio a été de 1,05 en faveur du sexe masculin. Ces données se rapprochent de celles de **RAMAROZATOVO .N P et al.** [14], dans l'Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo : résultats préliminaires, qui avaient trouvé une prédominance masculine (58,28%), avec un sex-ratio de 1,39 en faveur du sexe masculin. Ainsi que chez **MAIGA. Mohamed B. et al** [18], dans leur série, Motifs de consultation dans le service de pédiatrie du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako, avec 58,2% de sexe masculin.

Contrairement à notre série, une prédominance féminine (56,04%) à été notée dans la série de **Hicham Attifi et al** [16], sur l'expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. Cette prédominance féminine s'expliquerait par le caractère humanitaire des soins, jointe au caractère étendu à toute la population de Conakry, à l'effectif technique relativement élevé de l'hôpital militaire médico-chirurgical de campagne et à la souplesse horaire de consultation. Ainsi que dans la série de **TOURE.M et al** [25], qui avaient travaillé sur la morbidité externe dans le service ORL et CCF du centre de santé de la commune IV de Bamako : Bilan de

11 mois d'activités. Le sexe féminin a prédominé avec un ratio à 0, 87. Par ailleurs dans le cadre de l'EDSM pour le programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 2018, la population des ménages de l'enquête est composée par une prédominance féminine de 51% et de 49 % d'hommes [26].

### **VI.1.2. Age :**

La tranche d'âge la plus représentée a été de [0 à 5 ans], avec 23,8% des patients, suivi de la tranche d'âge de] 25 à 35 ans] avec 16, 9% des patients. L'âge moyen a été de 48,02 ans avec des extrêmes d'âges allant de 16 jours à 96 ans. Ces données se rapprochent de celles de **RAMARAZATOVO. N P et al.** [14](57,37%) correspondant à la tranche d'âge de [1 à 5 ans] et **d'Amara et al** (50,71%) [15] à Yopougon en 1990 ainsi que par **Sissoko S et al** (64,4%) au service de pédiatrie du Gabriel TOURE de Bamako en 2005[17] et par **Toure. M et al** [25] (41 ,2%) correspondant à la tranche d'âge suivante (0 à 9 ans) dans le service ORL-CCF du centre de santé de référence de la commune IV(Bamako).

Pour appuyer cette affirmation, l'Enquête Démographique de Santé du Mali réalisée en 2018[26], avait rapporté que plus de la moitié (52%) de la population Malienne était âgée de moins de 15 ans.

### **VI.1.3. Résidence :**

Dans 52,6% des cas, nos patients résidaient à Sévaré, quartier d'implantation de l'hôpital et 17,7% qui venaient de l'intérieur de la région. Ce faible dynamisme de la population s'expliquerait par l'interdiction de la circulation des engins à deux roues du fait de l'insécurité qui sévit dans la région. Les 92,2% des patients avaient consulté directement dans le service ORL et les 7,8% a été référé par le service d'accueil des urgences, aussi 2,7%, avait été adressé par les autres structures sanitaires de la région. Ce faible taux de référence pourrait se justifier

par l'absence au préalable de médecin ORL - chirurgien cervico-facial dans la région et la méconnaissance souvent des pathologies ORL.

#### **VI.1.4. Profession :**

Sur le plan professionnel, la jeunesse de notre population se laissait voir par la forte domination des nourrissons et enfants avec les 24% des cas, suivi des élèves et étudiants (23,8%), et les ménagères (12%), dans notre étude. Le taux élevé de ménagère et commerçant dans notre série est le reflet de la population.

La proportion importante d'enseignant (6,5%) est un indicateur du caractère administratif du quartier de Sévaré, qui abrite les grandes écoles et les sites administratifs régionaux. Les autres fonctionnaires ont été redéployés sur la ville de Mopti, pour les raisons de sécurités.

La même jeunesse de la population africaine était rapportée par **Hicham Attifi et al** [16], avec un pic de fréquence entre 20 ans et 39 ans. Et encore en rappel des résultats de l'EDSM – 2018, avait rapporté que la structure par grands nombre d'âges de la population met en évidence la jeunesse de la population malienne ; plus de la moitié de la population (52%) était âgée de moins de 15 ans [26].

#### **VI.1.5. Délai de consultation :**

Le délai de consultation le plus fréquente été de 90 Jours et Plus, soit 34,2% des cas, suivi du délai de 4 à 7 jours avec 22,6% et 21,9% pour le délai de 1 à 3 jours, cela témoigne une fois de plus les difficultés d'évacuation et de la libre circulation des populations pendant cette période d'insécurité. Il faut noter l'habitude aux soins à domicile dont fait l'objet la population de Mopti.

## **VI.2. Données cliniques :**

### **VI.2.1. Le motif de consultation :**

Dans notre série les motifs des consultations ont été prédominés par l'otalgie 19,3% des cas, suivi de l'odynophagie (11,4%) et de la rhinorrhée avec 9% des cas. La même chronologie dans la symptomatologie ORL été retrouvée chez **Touré .Met al** [25] à Bamako, qui a retrouvé que l'otalgie et l'odynophagie ont été les motifs de consultation fréquemment rencontrés avec 53 ,5% et 11,5% sur une période de 11 mois, allant de décembre 2016 à octobre 2017.

**Sissoko S et al** [17] en 2005 et **MAIGA. Mohamed B. et al** [18] en 2010, avaient trouvé la fièvre comme premier motif de consultation dans leurs séries respectives. En comparaison à la série de **RAMARAZATOVO. N P et al** [14], la localisation nasale à été la plus observée (46,40%), comme rapporté par **Legent et al** [21], constituant le même principal motif de consultation dans le service des urgences ORL.

### **VI.2.2. La région de sphère ORL atteinte : localisation des lésions.**

Dans notre série, les signes d'appels otologiques ont prédominés avec 48,2% des cas, suivi des lésions rhinologique (23,1%) et pharyngée (15,1). Malgré le caractère d'urgence dans la série de **RAMARAZATOVO.N P et al** [14], les urgences infectieuses ont été dominées par l'atteinte otologique avec 42,55% des cas.

De même, **TOURE.M et al** [25] au CS Réf de la commune IV et de **SAMAKE.D et al** [27] au CS Réf de la commune V de Bamako, en 2019, dans leurs travaux ,ont trouvé dans leurs séries que la sphère otologique a été le premier siège anatomique des affections ORL avec respectivement 75,2 % et 66,4%.

En Guinée, les travaux de **Hicham Attifil et al** [16], rapportent plutôt une prédominance des affections rhino-sinusiennes (37,93%), suivies des affections otologiques (33,46%).

### **VI.2.3.Le diagnostic retenu :**

A la lumière des travaux réalisés, les diagnostics les plus représentés ont été l'otite moyenne aigüe (13,3%), l'otite moyenne chronique (10,3%); les amygdalites (10,2%) suivi de la rhinopharyngite aigüe et l'otite externe à proportion égale (8%).Le même constat a été rapporté, dans la série de **DIARRA.A à Sikasso**, l'otite moyenne aigüe a été le diagnostic le plus représenté avec 17,4 % de l'échantillon [4].

Dans la série de **RAMAROZATOVO. N P et al** [14], les urgences infectieuses ont été dominées par l'atteinte otologique avec 42,55% des cas. Les affections infectieuses et inflammatoires ont constitué les principaux diagnostics retenus avec 74,1% dans la série de **SAMAKE. D et al** [27].

Le même constat a été rapporté dans la littérature médicale ORL [18], [19], [20], à savoir une prédominance des affections otologiques sauf en pédiatrie [16], [17], où les infections respiratoires aigües prédominent.

### **VI.2.4.La nature de la prise en charge :**

Les prescriptions médicamenteuses ont été les plus utilisées dans notre série pour la prise en charge de nos patients, soit dans les 71,7% des cas, suivi des soins spécialisés avec 18,3%. **SACKO H et coll.** [23] ont trouvé que la pathologie ORL nécessitait une prise en charge médicale dans plus de 60% des cas.

Ainsi que dans la série de **DIARRA. A**, le traitement médical a prédominé avec 88,3 % des cas. [4]

## **CONCLUSION**

## **VII. Conclusion :**

Notre étude, rétrospective réalisée dans le service ORL de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, a concernée **2634** patients sur une période de 12 mois, soit de janvier 2021 à décembre 2021. Il en ressort de cette étude, le caractère jeune de la population, avec 71,3% de moins de 35 ans, une forte présence estudiantine (23,8%), et un faible taux de référence (7,8%). Sur le plan clinique, les signes d'appels otologiques ont prédominés avec 48,2% des cas, suivi des lésions rhinologique (23,1%) et pharyngée (15,3). Les motifs de consultations ont été prédominés par l'otalgie avec 19,2% et l'odynophagie avec 11,5% des cas. Les diagnostics ont été représentés par l'otite moyenne aigue (13,3%), et l'otite moyenne chronique (10,3%) des cas.

# **RECOMMANDATIONS**

## **VIII. RECOMMANDATIONS:**

### **❖ Aux autorités sanitaires:**

- ✓ Multiplier les services spécialisés à travers le pays en vue de rapprocher les compétences auprès de la population.
- ✓ Renforcer le plateau technique au niveau des structures sanitaires.
- ✓ Mettre en œuvre le système de tiers payant en vue de faciliter l'accès des populations aux soins spécialisés.
- ✓ Encourager la formation des spécialistes en Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale, en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, pour une amélioration des conditions de diagnostic et de prise en charge.
- ✓ Former le personnel des services de santé.
- ✓ Former et recycler le personnel qualifié.

### **❖ Aux personnels sanitaires:**

- ✓ Référer tôt les patients vers les services spécialisés.
- ✓ Renforcer la collaboration pluridisciplinaire.
- ✓ Développer l'IEC pour la santé à tous les niveaux et autour des urgences comme la pathologie des corps étrangers.

### **❖ Aux populations:**

- ✓ Cultiver le réflexe de l'hygiène buccodentaire.
- ✓ Respecter strictement le code de la route.
  - ✓ Etre plus vigilant autour des nourrissons et des enfants afin de diminuer la fréquence des corps étrangers en particulier et des pathologies ORL en général.
  - ✓ Mobiliser pour la paix et la sécurité dans la région de Mopti et dans le tout le territoire malien, facteur de la relance du niveau sanitaire.
  - ✓ Eviter les soins à domicile surtout en ce qui concernent les affections ORL.

## **REFERENCES**

## **IX .Références :**

- 1. Dubreuil.CH; Pignat.J C; Bolot. G; Ceruse. PH** Pour le Praticien, collection ORL, 2ème édition, Paris : Masson ; DL 2002.
- 2. Soumaoro S.** Analyse du bilan d'activités du service ORL de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako du 1er janvier 1991 au 31 décembre 1991. Thèse de médecine, Bamako, 1995 N°19. 43p.
- 3. Keita M, Dao K, Ag Mohamed A.** Pratique Oto-rhino-laryngologique en Afrique sub-saharienne : cas du mali à propos d'une expérience de 28 mois dans une province. Médecine d'Afrique noire 2005-52(4). pp 229-232.
- 4. Diarra A.** Profil des consultations ORL en province cas de l'hôpital de Sikasso : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques 2016-2017. [Thèse Med], FMOS Bamako 2017-110 P ; n° 124.
- 5. Alexandra Champeau.** Prise en charge de la rhinite chez l'adulte par les médecins généralistes installés et les internes de médecine générale à la Réunion .Médecine humaine et pathologie. 2017. Dumas-01524820.
- 6. [https:// dictionnaire.lerobert.com](https://dictionnaire.lerobert.com)**
- 7. Delas B, Dehesdin D.** Anatomie de l'oreille externe. EncyclMédChir (Elsevier, paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-010-A-10,2008 : 10p
- 8. Thomassin JM, Dessi P, Danvin JB et al.** Anatomie de l'oreille moyenne. EncyclMédChir (Elsevier, paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-015-A-10, 2008:21p
- 9. Sauvage JP, Puyraud S, Roche O et al.** Anatomie de l'oreille interne. EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-020-A-10, 1999 :16p.
- 10..Klossek J. M., Serrano E., Desmons C., Percodani J.** anatomie des cavités nasosinusiennes. EMC (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2-265-A-10, 1997,13p.

- 11. Legent F., Perlemuter L., Vandembrouck C.L.** Cahier d'anatomie d'ORL, 4ème édition. Collection MASSON, 1986 ; Tome 2 : 137 p.
- 12. Waligorat J., Perlemuter L.** anatomie. Enseignement des centres hospitalo-universitaires. Ed. Masson. Paris. New-York. Barcelone. Milan 1976 ; 186-188p.
- 13. Andrieux Z., Guitrain court. Gouly G.** Anatomie du pharynx. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2-485-A-10,16p.
- 14. Ramarozatovo. N.P et al.** Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo : résultats préliminaires. Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2010(Janvier-Février); 2(1): 1-4.
- 15. Amara B. et al.** Bilan d'activités d'un service orl et de chirurgie cervico-faciale au CHU de Yopougon période de 23 avril 1990 au 31 décembre 1990 Thèse Med Abidjan. 1993; n°1472.
- 16.. Hicham Attifi<sup>1</sup>, Mounir Hmidi<sup>1</sup>, Ali Boukhari<sup>1</sup> et al.** Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. Pan African Médical Journal. 2014; 19:40.Vol 19. 4908
- 17. Sissoko Seydou et al.** Motifs de consultation dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 2005. [Thèse Méd.] FMPOS de Bamako ; 2005 - 67p.n°065
- 18. Maiga Mohamed B. et al.** Motifs de consultation dans le service de pédiatrie du centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako, 2009-2010, [Thèse Méd.] FMOS de Bamako ; 2010 - 85p.n° 073
- 19. Camara Malick et al.** Prévalence des motifs de consultation dans le Service de Médecine Générale du Cs réf de Kati. Région de Koulikoro, 2009, [Thèse Méd.] FMOS de Bamako ; 2009 – 60p.n °099
- 20. Legros M, Rossant L.** Les maladies ORL de l'enfant. Paris : ellip- ses, 2003 ; 118 p.
- 21. Legent F, Narcy P, Beauvillain C, Bordure P.** ORL Pathologie cervico-faciale, 6 ème édition. Paris: Masson, 2003 ; 316 p.

- 22.Noupoue J. et al.** Contribution à l'étude de la pathologie ORL: bilan de 8 années de service au CHU de Yaoundé. Thèse Med. CUSS. Université de Yaoundé. 1991.
- 23.Sacko HB** .Otorhinolaryngologie de l'enfant au Mali. Aspects actuels et perspectives (bilan de 1118 patients). Mali Médical 1996 TXI N°3 et 4
- 24. J-J. Braun et al :** Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique. Elsevier Masson SAS.2011 ; Pages S 79-S 112.
- 25.Touré M. et al** Morbidité en consultation externe dans le service ORL-CCF du centre de santé de référence de la commune IV : bilan de onze (11) mois d'activité de décembre 2016 à octobre 2017, [Thèse Méd.] FMOS de Bamako 2019-94P n°03.
- 26.MLI-INSTAT-EDS-2018.**Pour le programme de développement sanitaire de santé (PRODESSIII) :[http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM\\_VI.pdf](http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM_VI.pdf) consulté le 20 /09/2022 .
- 27.Samaké D. et al.** Place des affections oto-rhino-laryngologiques dans un centre de santé de 2è niveau : cas du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako january 2019. International Journal of Otolaryngology and Head&Neck Surgery. 08 (03) : 91-97 n°11.

# **XI. ANNEXES**



Service des urgences [ ] Consultation externes ORL [ ] Autres services [ ]

12. Signes d'appel :

**Otologique** : Otalgie [ ] Otorragie [ ] Otorrhée [ ] Hypoacousie [ ]  
acouphènes [ ] Surdité [ ] Vertiges [ ] Paralyse faciale périphérique  
[ ]

**Rhinologique** : Rhinorrhée [ ] Eternuement et /ou prurit nasale [ ]  
Obstruction nasale [ ] Epistaxis [ ]

**Rhino-sinusienne** : Algies faciales [ ] Troubles de l'odorat [ ]

**Laryngée** : Dysphonie [ ] Dyspnée [ ]

**Pharyngée** : Dysphagie [ ] Aphagie [ ] Odynophagie [ ]

** sophagienne** : Dysphagie [ ] Reflux gastro-œsophagienne (RGO) [ ]

**Cervical** : Cervicalgie [ ] tuméfaction du cou [ ]

**Autres** : ..... [ ]

**13. Nature de la prise en charge** : Médicale [ ] Chirurgicale [ ] Médico-  
chirurgicale [ ].

## **FICHE SYGNALETIQUE**

**Nom :** DOUYON

**Prénom :** Abdoulaye. A

**Titre de la thèse :** Motifs de consultation ORL dans le service ORL –CCF de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

**Secteur d'intérêt :** ORL et CCF, Santé Publique

**Pays :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Année de soutenance :** 2023

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

## **RESUME :**

IL S'agit d'une étude rétrospective descriptive, réalisée dans le service orl-ccf de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Cette étude s'est déroulée de janvier à décembre 2021, soit d'une durée d'un (1) an et a consisté à l'examen de **2634** patients.

Au terme de ce travail nous avons obtenus les résultats suivants :

### **• Au plan épidémiologique :**

- La tranche d'âge la plus représentée a été de [0 à 5 ans].
- Le genre masculin a été la plus touchée avec un sex-ratio de 1 ,05.
- La majorité des patients résidaient à sévaré, quartier d'implantation de l'hôpital (HSDM).
- les nourrissons et enfants ont été les plus représentés avec 24 %.
- le délai de consultation le plus fréquenta été de [90 Jours et Plus [, soit 34,8% des cas.

### **• Au plan clinique :**

- Les signes d'appels otologiques ont prédominés avec (47,2%) des cas, suivi des lésions rhinologique (23,5%) et pharyngée (15,3%).
- les motifs des consultations ont été prédominés par l'otalgie (19, 2%) des cas, suivi de l'odynophagie (11,4%) et de la rhinorrhée avec (9%) des cas.
- Les diagnostiques ont été représentés par l'otite moyenne aigue, soit (13,2%) et l'otite moyenne chronique avec (10,4%) des cas.

### **• Au plan thérapeutique :**

Les prescriptions médicamenteuses ont été les plus utilisées dans notre série pour la prise en charge de nos patients, soit dans les 71,7% des cas.

Les soins spécialisés ont été 18,3%.

La prise charge chirurgicale a été faible et était réserver dans des cas extrêmes.

Une surveillance régulière était nécessaire concernant la plupart des enfants et nourrissons.

**Mots clés :** Epidémiologie - Motifs - consultation ORL - Otalgie.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, des chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

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

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 conditions de religion, 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 menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfant l'instruction que j'ai eu de leur père.*

*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 !***