

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Année : 2017-2018

N° /M

Thèse

PANORAMA DES AFFECTIONS ORL DANS LES CSCOM DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.

Présentée et soutenue publiquement le : 18 /05 / 2018

Devant la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. BAGAYOKO Abdoulaye Oumar

Pour l'obtention du grade de Docteur Médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr Samba DIOP

Membre : Dr SANGARE Nouhoun

Membre : Dr SANOGO Harouna

Directeur de Thèse : Pr SACKO Hamidou Baba

Dédicaces

Je dédie ce travail à Allah Soubhana Wa Taallah pour m'avoir maintenu en vie et me permettre d'effectuer mes études.

A mon père Oumar BAGAYOKO :

Merci d'avoir cru en moi, C'est le jour si attendu pour moi de te remercier. Ta confiance, tes conseils et ton grand soutien m'ont permis d'être là aujourd'hui. Tes qualités exceptionnelles font de toi un père exemplaire. Que Dieu te donne longue vie à nos côtés et sache que je transmettrais tes slogans à tes petits enfants :

« Honte à celui qui fait moins que son père » ;

« Le travail anobli l'homme » ;

« Quant on éduque un enfant comme un esclave on fini par le voir roi ailleurs et vis versa » etc...

A ma mère Aminata MARIKO :

Merci pour toutes tes bénédictions et tes prières nocturnes, ton profond attachement aux valeurs familiales fait de toi un exemple à suivre.

Que Dieu te garde en vie pour profiter des bénéfices de ton dur labeur.

A mes frères et sœur :

Hamidou, Fatoumata, Moctar, Mamadou, Bakay, Yaya, Modibo

A ma femme Aminata DIARRA :

Merci pour le soutien et la patience, sache que la grandeur d'un homme se mesure au courage de sa femme.

A mes enfants : Seydna Oumar, Balla Abdoulaye et tous ceux qui viendront après je vous dis ceci :

Honte à ceux qui feront moins que leur père...

MENTION SPECIALE

A mon directeur de thèse professeur SACKO Hamidou Baba :

Par reconnaissance pour les suggestions et conseils que vous avez prodigués du Début à la fin de ce travail.

A tous ceux qui ont de près ou de loin contribué au bon déroulement de mes études et à l'élaboration de cette thèse.

Remerciements :

J'adresse mes sincères remerciements à tout le personnel des différents Cscoms de l'air d'étude sans oublier personne.

A tous mes amis et camarades de la FMOS et du quartier qui m'ont aidé à surmonter ces moments oh combien difficiles.

A tous les membres de l'AMASA ORL.

Hommages aux membres du jury

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- **Professeur en anthropologie médicale**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique au DER de santé publique à la FMOS et à la FAPH**
- **Membres des comités d'éthique de la FMOS, de l'INRSP et du CNESS**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur, vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges font de vous un modèle de Maitre souhaités par tous les étudiants.

Veillez, accepter cher maitre, l'expression de notre profonde considération.

Merci.

-A notre Maître et juge:

Dr Harouna SANOGO

- **Médecin spécialiste en ORL**
- **Praticien hospitalier**

Cher maitre,

Malgré votre emploi du temps chargé, vous n'avez ménagé aucun effort pour le bon déroulement de ce travail.

Votre simplicité nous a vraiment touché , acceptez là nos sincères remerciements.

-A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur Hamidou Baba SACKO

- **Maître de conférences en ORL à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS)**
- **CES et Ph D en Oto-Rhino Laryngologie**
- **DU Santé Publique**
- **CU en Pédagogie "Approche par compétences intégrée"**
- **CES en Neuroanatomie**
- **DU en ORL pédiatrique.**
- **DU en Suivi Evaluation de projets et EIS (Etude d'Impact sur la**

Santé)

- **Médecin chef de l'unité ORL du CS réf commune IV**
- **Président fondateur de l'AMASA ORL (Association Docteur Mamadou**

SACKO pour la Promotion de l'ORL au Mali)

- **Directeur du Centre d'Etudes et de Recherche en Santé ORL Communautaire de l'AMASAORL**
- **Directeur de publication de la revue malienne pour la promotion de la santé ORL communautaire.**

Cher maitre.

Ce travail est le fruit de votre labeur, ceci est l'occasion pour nous de vous remercier pour l'enseignement donné depuis plus d'une dizaine d'année tant dans les classes qu'à travers les différentes sorties sur le terrain à Nioro du sahel, Kangaba, Barawili, Sanancorobaetc...

Votre rigueur scientifique, votre intégrité et votre disponibilité ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales.

Votre envie effrénée de promouvoir la santé dans ce pays fait de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge :

Dr NouhounSANGARE

- **Médecin généraliste**
- **directeur technique du centre de santé communautaire d'Hamdallaye (ASACOHAM).**

Cher maitre,

Vous nous avez facilité ce travail du mieux que vous avez pu, votre disponibilité, votre simplicité et votre sens du travail bien fait font de vous un homme hors du commun.

Veillez recevoir ici notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

AMALDEME: Association malienne de lutte contre la déficience mentale chez l'enfant

AMASA-ORL : Association Mamadou Sacko pour la Promotion de l'ORL

AMC : association des médecins de campagne

CE : corps étranger

CES : certificat d'étude spécialisée

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNESS : comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

EIS : Etude d'Impact sur la Santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

OMA : otite moyenne aigue

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PhD : Doctor of Philosopha

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	14-16
2. OBJECTIFS	17
3. GENERALITE	18-55
4. MATERIEL ET METHODE	56 - 60
5. RESULTATS	61 - 75
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	76 - 78
7. CONCLUSION	80
8. RECOMMANDATIONS	81
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	82 - 84
10. ANNEXE	85 - 89

Liste des figures

Titre des figures

Figure 1 :Schéma du pavillon de l'oreille droite

Figure 2 :Le tympan vu latérale otoscopique.

Figure 3 : vue de l'oreille externe, moyenne et interne droite. Coupe frontale.

Figure 4 : canaux semi-circulaires, la cochlée et le nerf cochléo-vestibulaire.

Figure 5 : la pyramide nasale vue de profile.

Figure 6 : Vue de la cloison nasale coupe sagittale.

Figure 7: Vue des cavités nasales et des sinus, coupe sagittale.

Figure 8 : Vascularisation artérielle du nez

Figure 9 : Vue des sinus para-nasaux de face.

Figure 10 :Le pharynx vu de profile.

Figure 11 : vue du larynx.

Figure 12 : vue du larynx.

Figure 13: Répartition en fonction des tranches d'âges.

Figure 14 :Répartition en fonction du sexe.

Figure 15 : Répartition des patients en fonction de la provenance.

Figure 16 : Répartition globale des patients selon le bilan des consultations.

Figure 17 : Répartition des patients en fonction des symptômes observés.

Figure 18 :Répartition des patients selon les affections ORL retrouvées

Figure 19 : Répartition des pathologies par organe ORL.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la profession.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des affections.

Tableau III : Répartition des pathologies par ASACO.

Tableau IV : Répartition des pathologies selon la profession.

Tableau V : Répartition des rhinites selon la tranche d'âge.

Tableau VI : Répartition des OMA selon la tranche d'âge.

Tableau VII : Répartition des angines selon la tranche d'âge.

Tableau VIII : Répartition des rhinites allergiques selon la tranche d'âge

Tableau IX : Répartition de la sinusite selon la tranche d'âge.

INTRODUCTION

I. Introduction :

L'oto-rhino-laryngologie(ORL) est la branche de la médecine spécialisée concernant les affections du nez, de la gorge, des oreilles, du cou et de la face [1][2]. La sphère ORL est le carrefour d'un grand nombre de pathologies touchant aussi bien les enfants que les adultes. Les maladies les plus courantes : angines, rhinites, sinusites, otites, rhino-pharyngites de l'enfant sont souvent bénignes [3][4].

La conférence internationale sur les soins de santé communautaire réunie à Alma Ata le 12 septembre 1978 souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour promouvoir la santé de tous les peuples du monde. Ce concept né dans les années 1980 a été adopté à la suite d'une réunion de la santé Africaine à Bamako en 1987 (37^{ème} comité régional de OMS)[1].

La prise en charge des maladies et lésions courantes affectant nos populations dont les pathologies des organes du nez, de la gorge et des oreilles constituent l'une des composantes de cette importante déclaration[5]

Les pathologies ORL sont de plus en plus fréquentes au sein de nos populations, ces dernières ne sont pas bien édifiées sur les problèmes de santé ORL.

Il est donc opportun de prendre en compte ce facteur et proposer des actions pour mieux faire comprendre ces maladies aux patients, avec leurs facteurs favorisants et les attitudes à adopter.

Mettre l'accent sur des axes comme l'éducation, la prévention en santé ORL [6]

Des enquêtes menées au sein des structures périphériques de santé (centre de santé communautaire) donnent un pourcentage d'environ 15% de maladies liées à la sphère ORL[4].

L'initiative de Bamako correspond à une réforme de la gestion des systèmes de santé[1][2][7].

L'ORL est une spécialité au carrefour d'autres spécialités avec lesquelles elle a une interaction, notamment l'ophtalmologie et l'odontostomatologie.

L'invention et l'amélioration de nouveaux matériels et de nouvelles techniques ont contribué à l'amélioration des méthodes diagnostiques et thérapeutiques.

Le champ d'action de l'ORL peut être défini par trois finalités thérapeutiques qui sont[8][9] :

Médicale :

Qui concerne toutes les pathologies en rapport avec les voies aériennes supérieures ou l'oreille et ses organes voisins.

Chirurgicale : Elle concerne

La chirurgie de la tête et du cou (base du crâne, sinus, thyroïdes, larynx, pharynx, trachée, œsophage cervical, cou)

La chirurgie esthétique et plastique cervico-faciale (oreille face et cou)

La microchirurgie (nez, oreille, larynx, vaisseaux et nerf)

Réhabilitation :

Elle concerne la réadaptation dans les domaines comme :

✚ L'audition et la communication verbale

✚ L'équilibre

- ✚ La motricité faciale
- ✚ La mastication et la déglutition
- ✚ La gustation et l'olfaction.

En France on peut noter en exemple que 60% de la médecine pédiatrique courante est du domaine de l'ORL [10].

En Afrique, grâce au faible niveau socio-économique et à la promiscuité, les affections ORL demeurent un véritable problème de santé publique.

Une étude réalisée en 1991 à Bamako au Mali affirme que 12% des consultations à l'hôpital Gabriel TOURE ont été enregistrées en ORL[11].

En 2010 une étude réalisée dans la région de Tombouctou montre que la fréquence des pathologies ORL est de 11,22% au CSRéf de Goundam, 9,02% dans le CSCOM de Niafouké, 5,09% dans le CSCOM de Dianké, 3,55% dans le CSCOM de Léré[12].

En 2012 au Banconien commune I du district de Bamako une étude a recensé que les pathologies ORL représentaient 5% des consultations[13].

Au Mali les difficultés d'accès aux soins de santé ORL, le nombre restreint de spécialiste ORL dans les régions, les cercles, les communes, l'insuffisance de structures ORL, Le coût élevé du traitement sur avis du spécialiste, la non compréhension de la médecine moderne par la population, et les activités professionnelles génératrices de revenus financiers ne permettent pas à certains patients de se faire consulter correctement[5][14].

Peu d'études ont été réalisées sur les affections ORL au niveau communautaire du district sanitaire de la commune IV d'où l'intérêt de notre étude dont le but était d'étudier le panorama des affections ORL.

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les affections ORL au niveau des centres de santé communautaire de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- ✚ Décrire le profil épidémio-clinique des patients vue en consultation ORL (L'âge, le sexe, la profession, la localité...);
- ✚ Déterminer la fréquence des affections ORL au niveau des centres de santé communautaire de la commune IV du district de Bamako ;
- ✚ Décrire les aspects cliniques des affections ORL au niveau des centres de santé communautaire de la commune IV du district de Bamako.

GENERALITES

II. Généralités:

1- Anatomie et physiologie de la sphère ORL [3]

1.1-Anatomie :

1.1. A- l'oreille :

L'oreille est l'organe de l'audition et de l'équilibre elle comprend trois parties qui sont :

L'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne[15].

Sur le plan embryologique nous rappelons tout d'abord que les trois feuillets élémentaires de l'embryon participent à la formation de l'oreille.

L'ectoblaste donne le labyrinthe membraneux et le revêtement cutané de l'oreille externe.

L'entoblaste donne la trompe d'eustache et la muqueuse de l'oreille moyenne.

Le mésoblaste donne la capsule osseuse du labyrinthe, les osselets et leurs muscles, les cartilages de l'oreille externe[16].

a) L'oreille externe :

Elle comprend le pavillon qui est la partie visible et que l'on appelle communément (oreille) et le conduit auditif externe (CAE).

a-1) le pavillon :

Le pavillon est constitué de cartilage élastique recouvert d'une fine couche de peau sur laquelle sont clairsemés des cils.

Le bord supérieur du pavillon est appelé **hélix**, suivi de l'**anthélix** vers le bas.

En avant se trouve le **tragus** et en arrière l'**antitragus** au centre se trouve un grand Creus : **laconque**, le bord inférieur est charnu et dépourvu de cartilage :

c'est le **lobule**. La fonction du pavillon est de diriger les ondes sonores vers l'oreille moyenne à travers le conduit auditif externe.

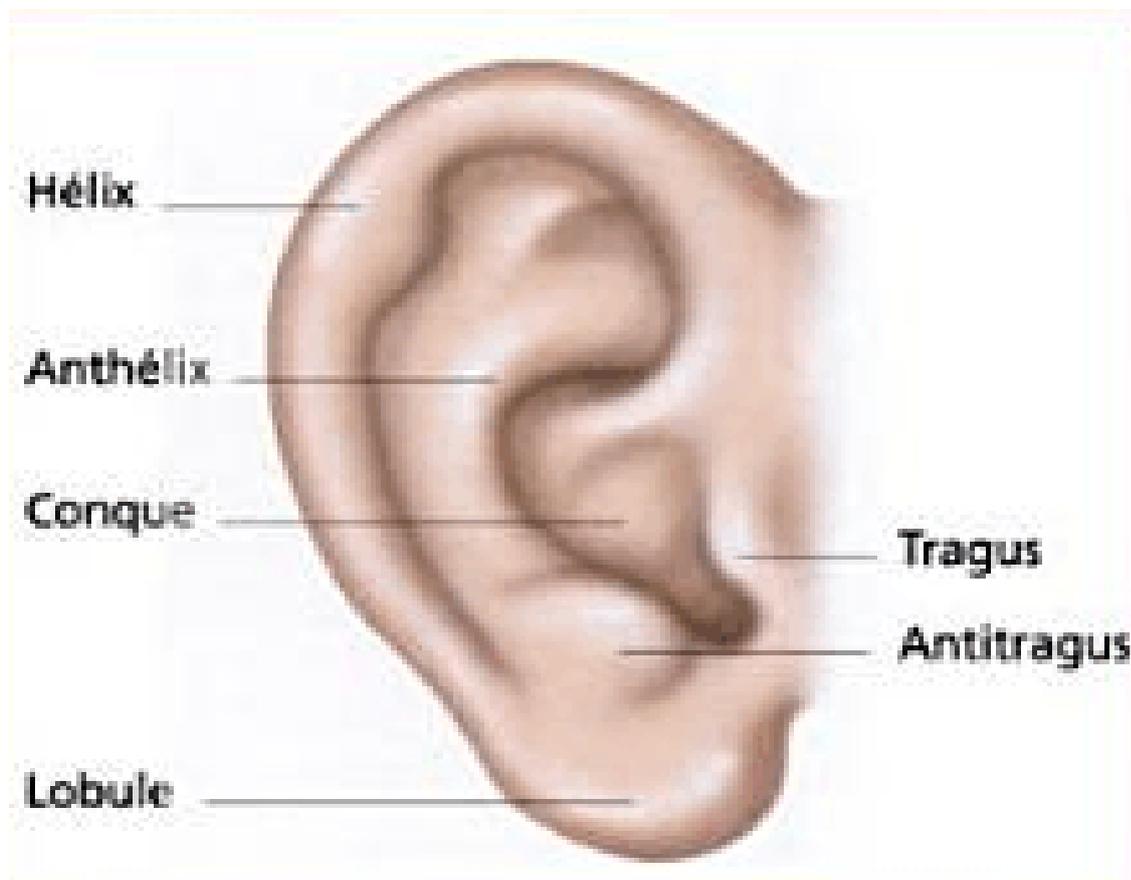


Figure [1] pavillon de l'oreille droite

a-2) le conduit auditif externe :

Encore appelé méatacoustique externe ou canal auditif externe est un tube court et oblique (d'environ 2.5cm de long sur 0.6 cm de large) qui relie le pavillon à la membrane tympanique. Dans la pratique cette courbure du CAE est compensée par une traction en haut et en arrière chez l'adulte ou en bas et en arrière chez l'enfant afin de mieux voir le tympan.

b) Oreille moyenne :

Elle comprend la **caisse du tympan** recouverte en dehors par le tympan, la **mastoïde** et la **trompe d'eustache**.

Le tympan (figure 2)

C'est une membrane de couleur blanchâtre légèrement bleutée (gris perle, blanc nacré) qui sépare le conduit auditif externe et la caisse du tympan. On distingue deux parties : **la pars tensa** qui occupe les deux tiers inférieurs de la surface du tympan et la **pars flaccida** ou membrane de *Shrapnell* plus fine qui est la portion supérieure du tympan.

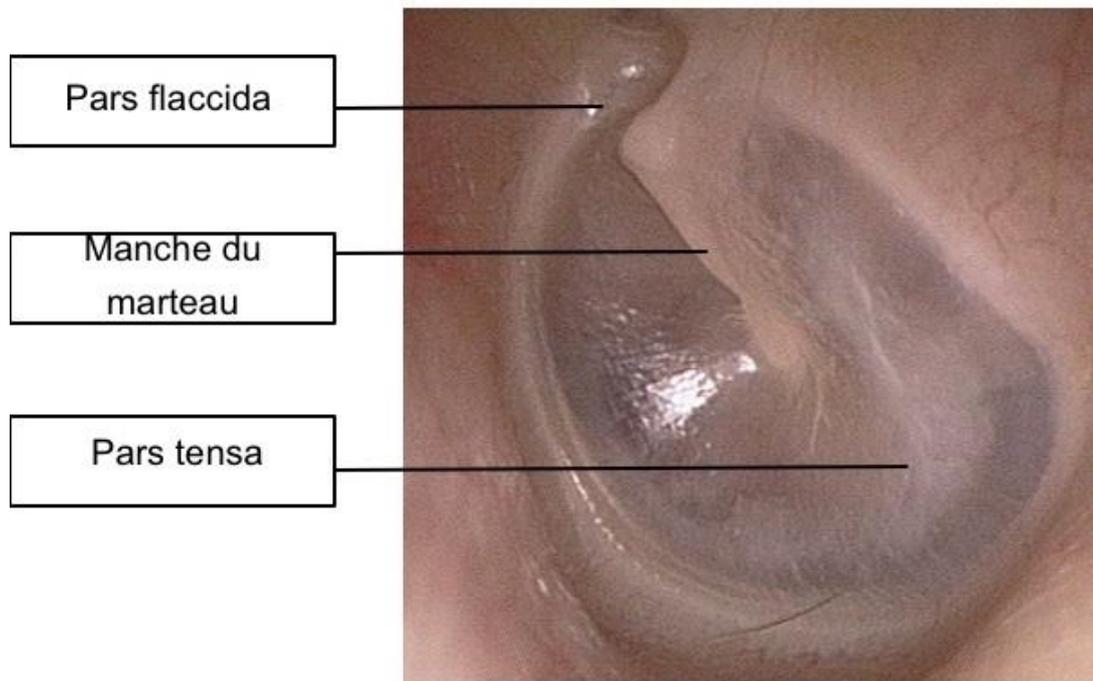


Figure 2 : Le tympan : Vue latérale otoscopique.

b-1) La caisse du tympan :

C'est une cavité creusée dans l'os temporal. Elle communique avec l'extérieur par le conduit auditif externe. la trompe d'eustache ou trompe auditive fait communiquer la caisse du tympan avec le rhinopharynx ou nasopharynx ou encore cavum.

Cette caisse du tympan abrite la chaîne des osselets composée du *marteau* (*malleus*) de *l'enclume* (*incus*) et de *l'étrier* (*stapes*).

b-2) la mastoïde :

C'est un système pneumatique osseux contenu dans l'os temporal dont la cellule la plus volumineuse est l'antre.

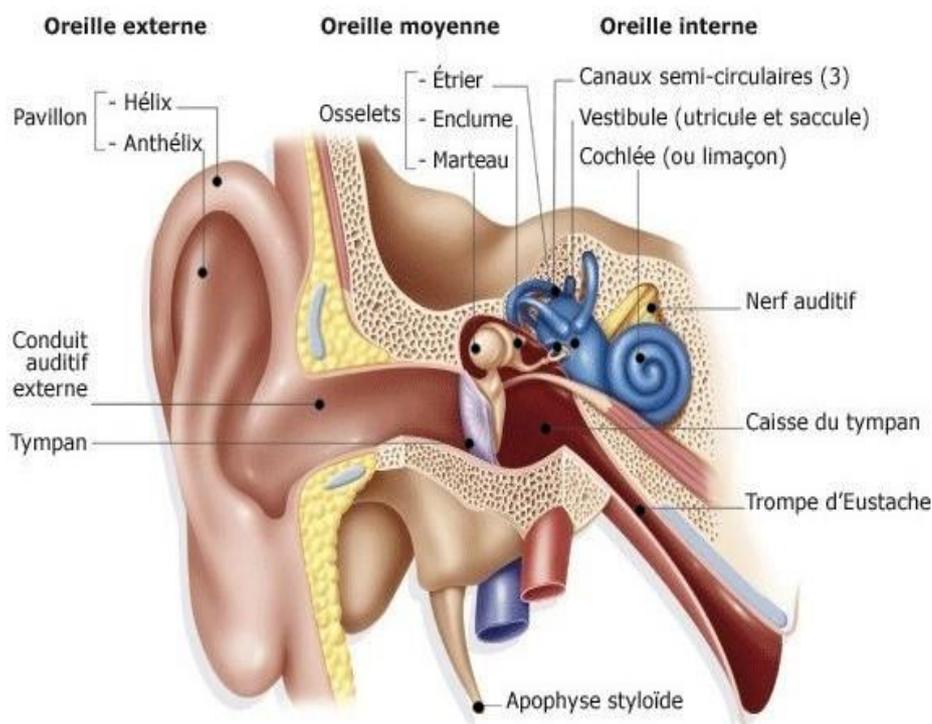


Figure 3 : vue de l'oreille externe, moyenne et interne droite. Coupe frontale.

c) Oreille interne :

C'est l'appareil de perception de l'organe auditif, elle est située dans le rocher et est divisée en deux compartiments qui sont le *labyrinthe osseux* et le *labyrinthe membraneux*.

- **Le labyrinthe osseux** : comprend trois parties : *le vestibule*, les *canaux semi-circulaires* et le *limaçon* ou la *cochlée*.
- **Le labyrinthe membraneux** :

C'est l'ensemble conjonctivo-épithélial qui tapisse l'intérieur du labyrinthe osseux. Les cavités du labyrinthe membraneux contiennent un liquide appelé endolymphe tandis que les espaces entre le labyrinthe osseux et membraneux contiennent la périlymphe.

La cochlée renferme les cellules neurosensorielles de l'audition (l'organe de *corti*) et les canaux semi-circulaires contiennent les cellules sensorielles de l'équilibre (crête ampullaire) ainsi que dans le vestibule (le macule, l'utricule, le saccule).

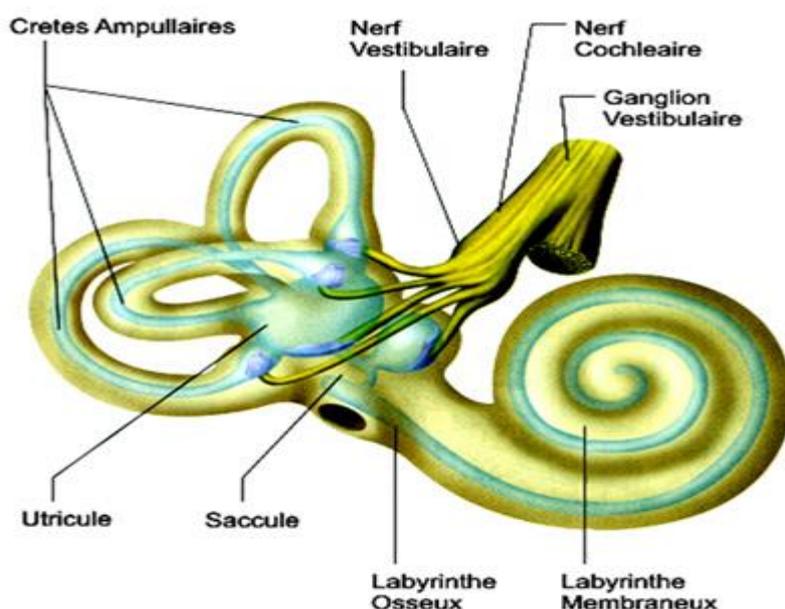


Figure 4 : canaux semi-circulaires, la cochlée et le nerf cochléo-vestibulaire.

1.2) physiologies de l'oreille :

L'oreille assure une fonction auditive et une fonction d'équilibre.

- Fonction auditive :

Après l'émission de son, qui n'est qu'une vibration ondulée de l'air ambiant.

Le pavillon reçoit ces sons et les concentrent par le conduit auditif externe au tympan qui se met à vibrer. Cette vibration est transmise au compartiment de l'oreille interne par la chaîne des osselets.

L'amplification de la pression transmise de la membrane tympanique à la platine de l'étrier correspond à un gain moyen de 30 décibels (l'oreille moyenne est un amplificateur de 30 décibels)[15]..

Le seuil de fréquences audibles varie généralement entre 20Hz et 20000Hz.

- Fonction d'équilibre :

Le système vestibulaire s'associe aux deux autres systèmes qui sont la vision et le système proprioceptif des membres pour mener à bien cette mission sous le contrôle du cerveau et du cervelet.

2-Anatomie et physiologie du nez et des sinus :

2.1 Anatomie :

2.1.1 Le nez :

Il comprend la pyramide nasale (nez externe) et les fosses nasales.

- **La pyramide nasale** : elle est formée par les os propres, les apophyses montantes des maxillaires supérieurs et les cartilages (triangulaires, alaires).

La pyramide présente une racine ou base, une pointe et le dos.

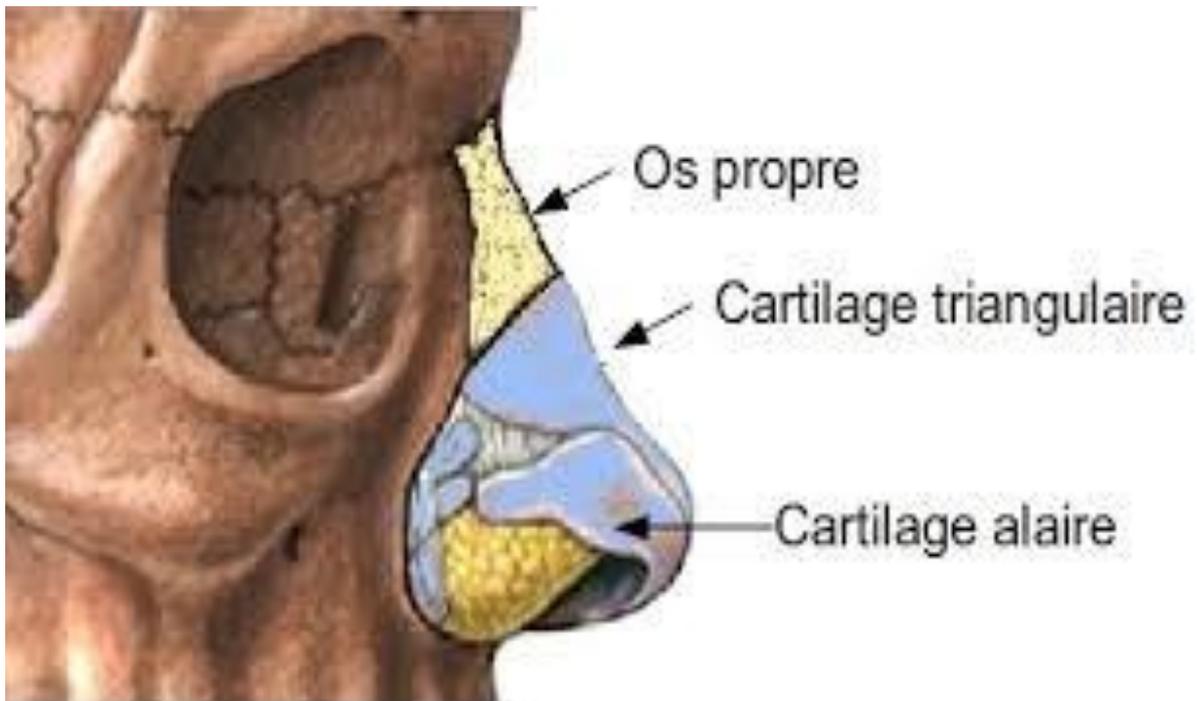


Figure 5 : la pyramide nasale vue de profile.

- **Les fosses nasales :**

Ce sont des cavités rarement symétriques séparées par la cloison nasale ou *septum* qui est composé d'une partie cartilagineuse en avant et d'une partie osseuse en haut (la lame perpendiculaire de l'éthmoïde) et en arrière (l'os vomer) le tiers antérieur de la cloison est une zone hyper vascularisée appelée *la tache vasculaire* ou zone de *Kisselbach*. Elles communiquent en avant avec l'extérieur par les orifices narinaires et en arrière avec le *cavum* par les *choanes*. la partie antérieure des fosses nasale est recouverte de peau et de poils et constitue le vestibule nasal.

La paroi latérale de chaque fosse nasale comporte trois cornets : supérieur, moyen, et inférieur. au dessous de chaque cornet se situe un méat portant le même nom. la cavité nasale est tapissée par une muqueuse respiratoire et une muqueuse olfactive.

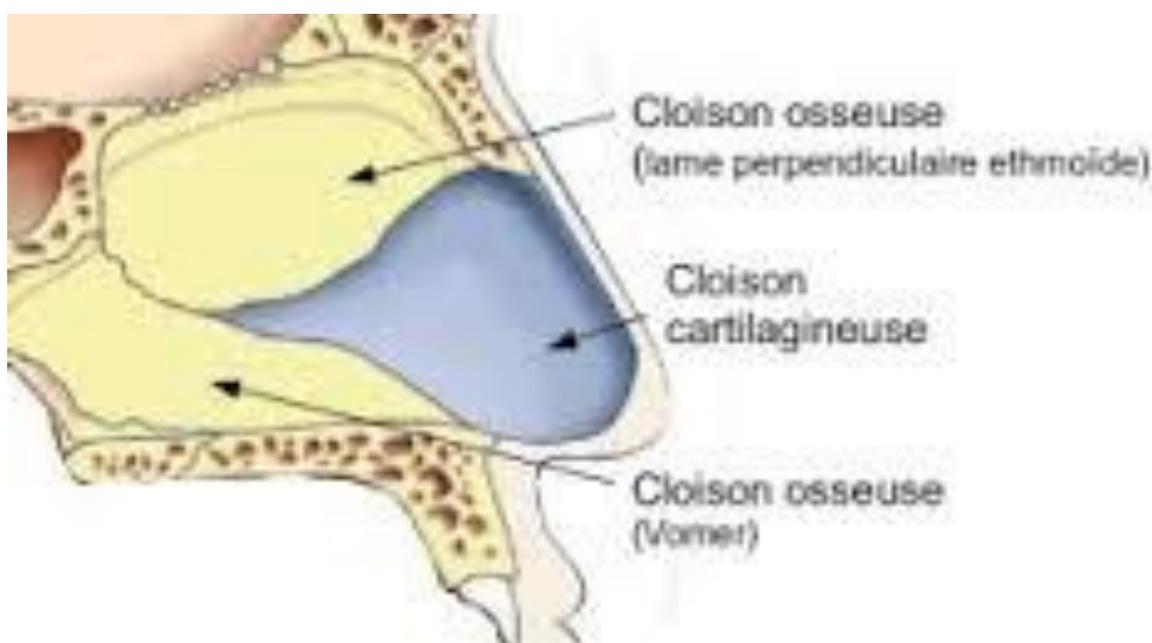


Figure 6 : vue de la cloison nasale coupe sagittale.

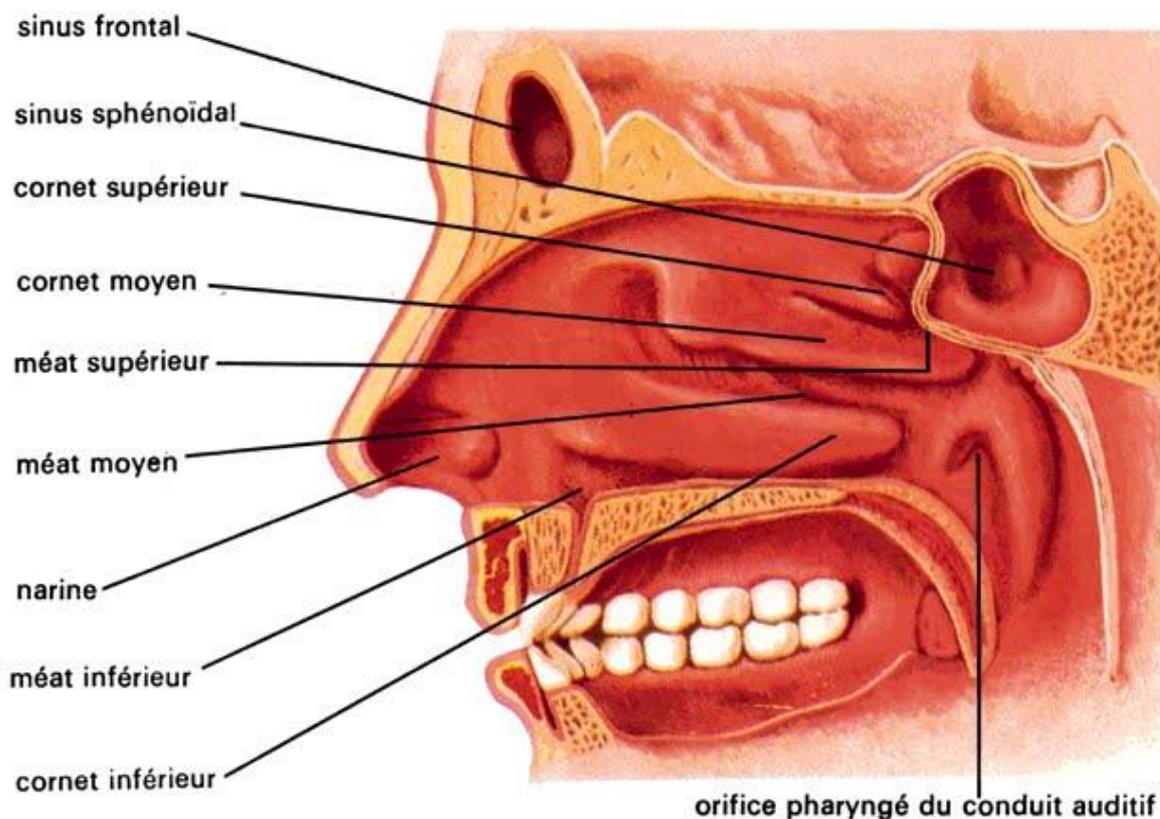


Figure 7 : vue des cavités nasales et des sinus, coupe sagittale.

Vascularisation[17].

Le nez est irrigué par les artères ethmoïdales antérieures et postérieures, l'artère ptérygoïdienne et les artères palatines.

Il faut retenir que ces vaisseaux et artères sont terminaux et s'anastomosent en un point situé à la partie antérieure de la cloison nasale. Cette caractéristique soumet cette zone à toutes les variations de pression du système circulatoire

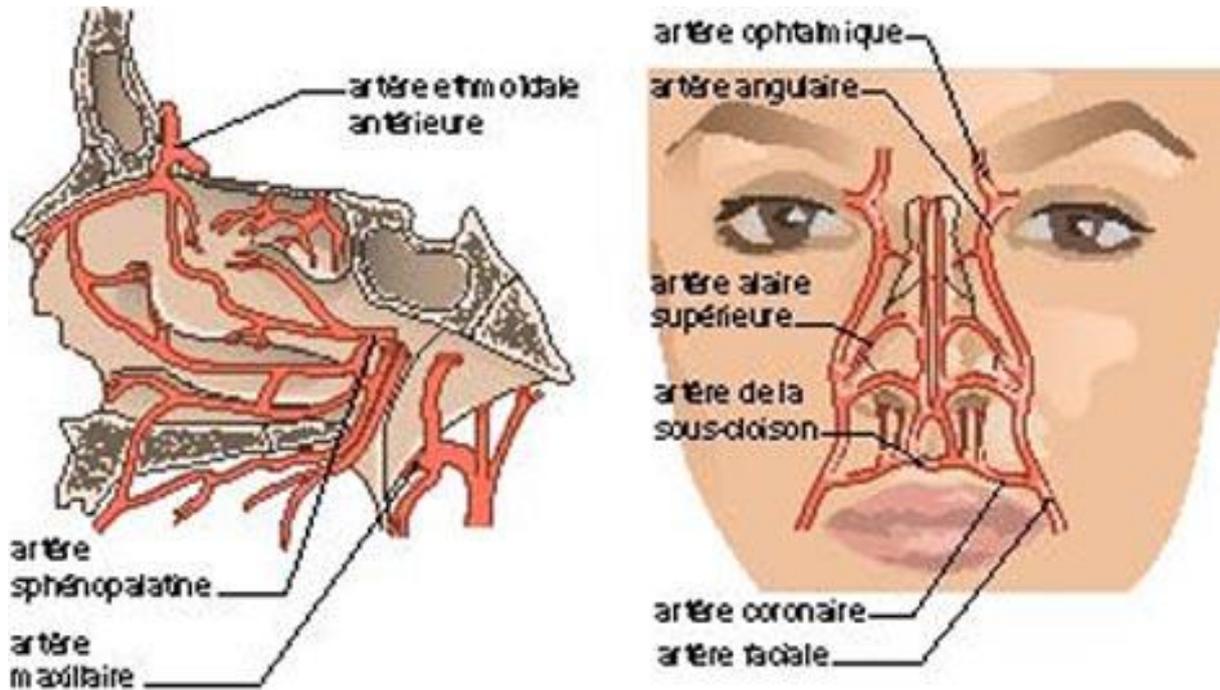


Figure 8 : vascularisation artérielle du nez

Innervation :

La partie supérieure des fosses nasales (purement sensorielle) est innervée par les rameaux du bulbe olfactif.

La partie antérieure est sous la dépendance du nerf ethmoïdale antérieur la partie postérieure dépend des nerfs palatins et du ganglion sphéno-palatin, relais important du système parasympathique et sympathique, situé en arrière du cornet moyen[17].

2.1.2 Les sinus

Ce sont des cavités pneumatiques creusées dans l'épaisseur des os de la face et porte les mêmes noms, ils sont quatre et sont par paires, Les sinus frontaux et sphénoïdes sont absents chez le nouveau-né, ils ne commencent leurs développements que vers l'âge de 3 ou 4 ans.

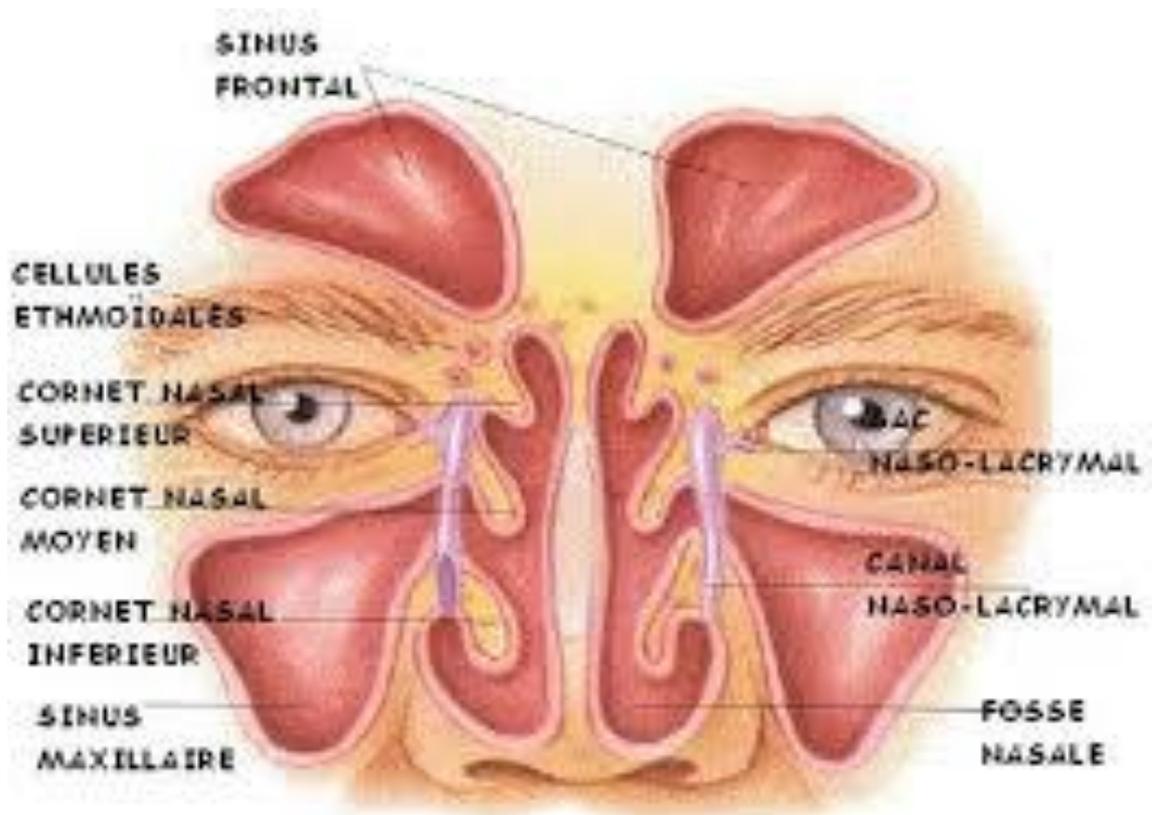


Figure 9 : vue des sinus para-nasaux de face.

2.2 physiologie nasosinusienne :

Le système naso-sinusien est constitué de cavités recouvertes d'une muqueuse ciliée qui remplit deux grandes fonctions :

- une fonction respiratoire et de protection
- une fonction olfactive

Les végétations adénoïdes jouent un rôle immunologique chez l'enfant.

Les cavités nasales jouent également un rôle dans la phonation en agissant comme cavité de résonance.

2- Anatomie physiologie du pharynx :

3.1 Anatomie :

Le pharynx fait partie des voies aéro-digestives c'est une jonction entre le nez, la bouche, et l'œsophage, c'est un organe complexe qui intervient dans la respiration la déglutition et la phonation. Il est divisé en trois étages : le rhinopharynx (nasopharynx, cavum, épipharynx), l'oropharynx, l'hypopharynx ou (laryngopharynx)

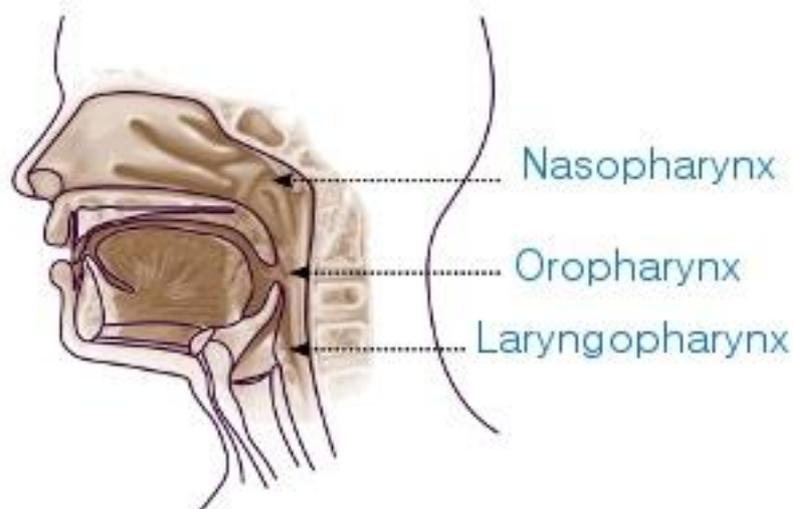


Figure 10 : le pharynx vu de profil.

3.2 Physiologie du pharynx

Le pharynx assure plusieurs fonctions importantes qui sont :

3.2.a La déglutition :

C'est un phénomène complexe comportant quatre phases faisant intervenir des processus volontaires et réflexes de propulsion du bol alimentaire et de protection des voies aériennes.

3.2.b La respiration :

En position de repos on respire par le nez, le cavum étant ouvert. Pendant la déglutition la respiration est impossible sauf chez les nourrissons.

3.2.c Phonation :

Le pharynx sert de cavité de résonance : la langue et le voile servent en particulier dans l'articulation de la voix.

3.2.d Le goût et l'olfaction :

Les papilles linguales permettent la distinction entre le caractère sucré, salé, et amer. L'arrivée des odeurs dans les fosses nasales donne une discrimination plus fine.

3.2.e Rôle anti-infectieux :

Au niveau du pharynx surtout rhino et oropharynx existent de nombreux organes lymphoïdes formés de lymphocytes et de polynucléaires regroupés en amas qui lorsqu'ils sont importants forment des amygdales plus ou moins développés selon l'âge et les stimulations immunitaires.

3.2.f Rôle du cavum :

Il conduit l'air depuis les fosses nasales jusqu'au larynx. Il joue un rôle dans l'équilibre pressionnel entre l'oreille moyenne et le pharynx par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, il intervient également dans la phonation ou il joue le rôle de cavité de résonance.

3- Anatomie et physiologie du larynx :

4.1 Anatomie du larynx :

Il fait partie de l'axe respiratoire, c'est le segment initial des voies respiratoires inférieures.

Le larynx comporte un squelette ostéo-cartilagineux constitué de haut en bas par :

Le cartilage cricoïde

Le cartilage thyroïde ;

Le cartilage épiglottique

Et quatre cartilages pairs :

Cunéiforme

Sésamoïde antérieur et postérieur

Cartilage de rus bergs

Les aryénoïdes.

Le larynx se compose de trois étages,

La région sus glottique,

La glotte,

La région sous glottique.

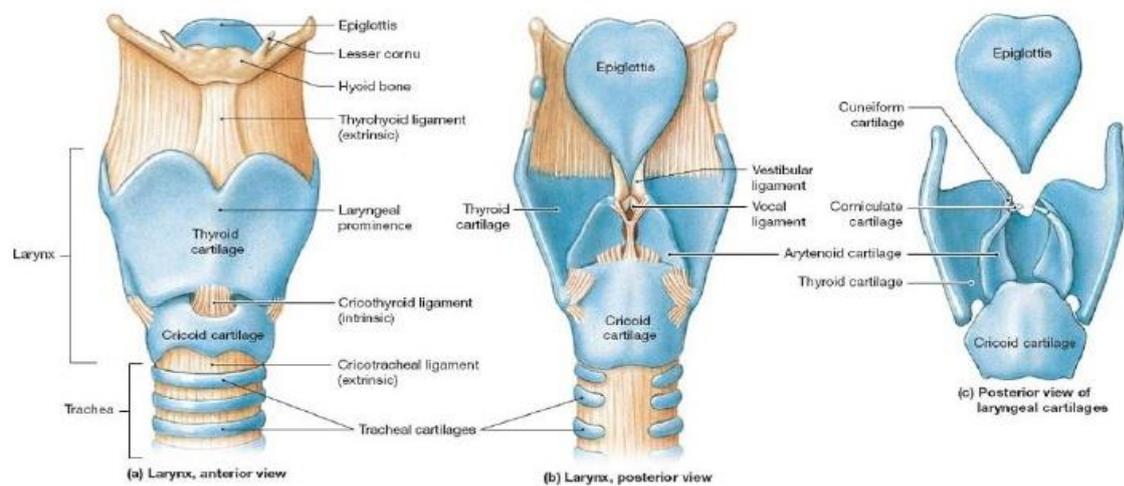


Figure 11: vue du larynx.

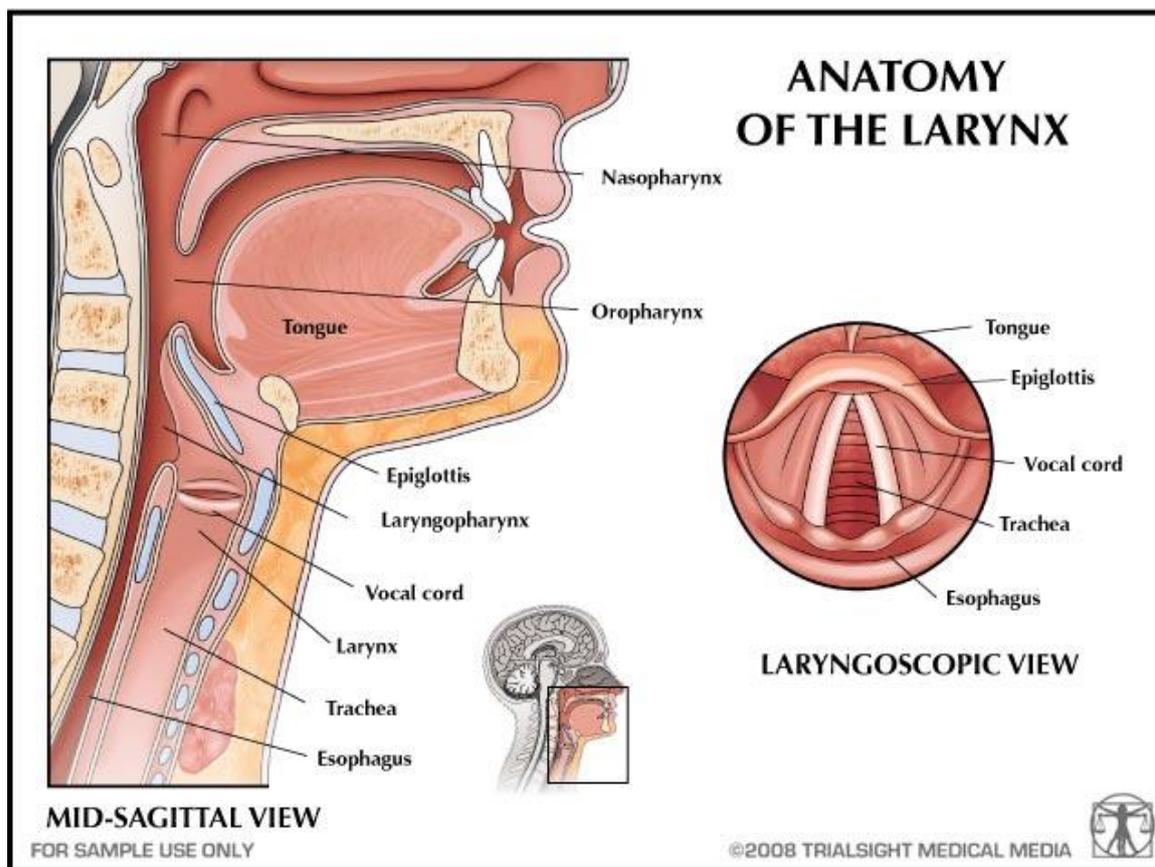


Figure 12 : vue du larynx.

4.2 La physiologie du larynx

Le larynx est mis en jeu dans trois fonctions essentielles :

La phonation, la respiration et la déglutition.

4- Quelques pathologies courantes

5.1 Rhinopharyngite [18] :

La rhinopharyngite est l'inflammation de la muqueuse de l'étage supérieur du pharynx, appelé rhinopharynx ou cavum ou sont localisées les végétations adénoïdes. Elle est une étape obligatoire de l'acquisition par le jeune enfant de son immunité. On parle de maladie d'adaptation.

Elle se caractérise dans sa forme typique par une obstruction nasale associée à une rhinorrhée antérieure et postérieure, muqueuse puis mucopurulente, une inflammation diffuse de la muqueuse pharyngée, une fièvre parfois élevée (jusqu'à 38,5°C) une otalgie avec des tympons congestifs, une toux surtout nocturne, parfois des adénopathies cervicales sensibles.

-l'évolution se fait vers une résolution spontanée en 4-5 jours en dehors des complications.

5.1.1 Traitement : Il est symptomatique dirigé contre : la fièvre (paracétamol 10mg/kg/j ou acide acétylsalicylique 50mg/kg/j) l'obstruction nasale (lavage au sérum physiologique) le traitement antibiotique n'est pas justifié dans la rhinopharyngite non compliquée.

5.1.2 Complications :

5.1.2.a Complications locales :

- La conjonctivite purulente bactérienne touche surtout le nourrisson.
- L'ethmoïde aigue.

5.1.2.b Complications régionales :

- Les complications otitiques : sont les plus fréquentes dominées par les otites moyennes aiguës
- Les complications laryngées : les laryngites striduleuses ou sous-glottiques et l'épiglottite aigue.
- Les complications broncho-pulmonaires : les bronchites aiguës
- Les complications ganglionnaires cervicales, sous mandibulaire en particulier peuvent évoluer vers les adénites et les adénophlegmons.

5.1.2.c Complications générales :

- La déshydratation est la conséquence de la répétition des vomissements chez le petit enfant.
- Les convulsions fébriles sont surtout rencontrées chez le nourrisson.
- Les méningites S.

5.2 Rhinite allergique :

C'est une inflammation d'origine allergique de la muqueuse nasale.

Cette rhinite allergique est classée par ARIA comme suite :

➤ **Intermittente** :

Symptômes inférieur à quatre jours par semaine ou inférieur à quatre semaines.

➤ **Persistante** :

Symptôme supérieur à quatre jours par semaine et supérieur à quatre semaines.

➤ **Légères** :

Sommeil normal

Activités perturbé

Symptômes gênant.

5.2.1. Signes cliniques :

- Obstruction nasale paroxystique,
- Rhinorrhée (sécrétion nasale) claire ou séreuse,
- Prurit nasale, auriculaire ou bucco pharyngée,

- Eternuement en salves,
- Souvent des signes oculaires (prurit oculaire, conjonctivite, larmoiement),
- Parfois association d'un asthme bronchique,
- La rhinoscopie antérieure montre une muqueuse pale, violacée, souvent des polypes (masses œdémateuses légèrement translucide) au niveau du méat moyen.

5.2.2. Signes para cliniques :

L'examen à l'optique ou avec nasofibroscope après rétraction de la muqueuse par un vasoconstricteur. Permet également de poser le diagnostic. L'origine allergique sera confirmée par des examens biologiques (hyperéosinophilie sanguine augmentation des immunoglobulines E spécifiques et totales) et cytologique (augmentation du taux d'éosinophiles, de mastocytes et de basophiles de la sécrétion nasale).

Les tests cutanés et les tests de provocation nasale permettent d'identifier le ou les allergènes mis en cause.

Diagnostic différentiel

- Rhinite hyperéosinophilique non allergique,
- Rhinite vasomotrice pure,
- Rhinite hypertrophique,
- Rhinite aigue.

Complications :

- Sinusite maxillaire
- Otites moyennes chroniques
- Laryngite chroniques
- Asthme bronchique

Traitement :

L'éviction de l'allergène, cure de désensibilisation spécifique (injection à dose progressive de l'allergène identifié).

Antihistaminiques par voie orale ou locale. Corticothérapie locale et ou générale à visé curative ou préventive.

Immunothérapie (immunoglobuline)

Calcium et soufre. Changement de zone climatique.

5.3. Otites moyenne aiguës :

L'otite moyenne aiguë est une inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne.[19]la contamination infectieuse provient du rhinopharynx et des cavités nasales par l'intermédiaire de la trompe d'eustache.la brièveté et l'élargissement de la trompe d'eustache chez l'enfant explique la grande fréquence des otites moyennes aiguës chez l'enfant.

5.3.1Étiologie :

-Bactériologie

Les germes en cause varient en fonction de la région, des saisons et de l'âge.

Et notre antibiothérapie probabiliste doit être dirigée contre les principaux germes rencontrés.

- *Haemophilus influenzae*,

- *Streptococcus pneumoniae*,
- *Staphylococcus aureus*,
- *Pseudomonas aeruginosa*.

5.3.2 Diagnostic :

Contexte de rhinopharyngite

Signes inconstants

Otalgie intense (hypoacousie associée, passe au second plan)

Température supérieure à 38,5°C

Irritabilité trouble, digestif.

-otoscopie :

Elle fait le diagnostic. Au stade évolutif on observe :

- Tympan rouge puis œdémateux
- Le relief du manche du marteau et le triangle lumineux disparus
- Bombement global du postérieur du tympan par une collection purulente dans la caisse du tympan
- Otorrhée spontanée par une perforation tympanique.

- signe d'orientation

Conjonctivite : évocatrice d'une infection à *H. Influenzae*

Fièvre supérieure à 38,5°C avec otalgie importante : évocatrice d'une infection à pneumocoque avant l'âge de deux ans.

5.3.3 L'évolution :

-Favorable

Les signes diminuent avant le 4^{ème} jour et disparaissent vers le 8^{ème} jour.

Du liquide peut être visible derrière le tympan pendant les 3 semaines suivantes l'épisode sans valeur pathologique.

5.3.4 Les complications :

1-Mastôidite :

2-paralysie faciale

- Survient généralement au début de l'otite.
- Régresse avec l'otite.

3-labyrinthite : extension de l'infection à l'oreille interne.

Très rares

Vertige et nystagmus témoignent d'un syndrome vestibulaire périphérique

Surdité de perception endo-cochléaire pouvant être définitive.

4-complication méningo-encéphalique :

Deuxième localisation contemporaine du germe plutôt qu'une complication de l'otite : l'otite est constatée à l'examen lors d'une méningite purulente.

5-otite récidivantes :

Facteurs favorisants :

- Otites séro-muqueuses sou jacentes
- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Vie collectivité
- Tabagisme passif
- Reflux gastro-œsophagien

5.3.5 Traitement :

-Antibiothérapie :

Elle est systématique, probabiliste et est prescrite 8 à 10 jours.

-Paracentèse :

Technique : incision du tympan en évitant le cadran postero-supérieur (chaîne des osselets) à visée thérapeutique de plus en plus rare.

Mesures adjuvantes :

- Antalgique et anti pyrétique
- Traitement de la rhinopharyngite
- Evolution sous traitement
- Persistance réapparition voire aggravation de l'otite.

Après la 72^{ème} heure de traitement : prélèvement du pus pour examen bactériologique avec antibiogramme, par paracentèse

Favorable : contrôle systématique dans les 5 jours qui suivent la fin des traitements puis à distance en cas d'anomalie persistante du tympan pour dépister les otites d'évolution prolongée et les otites séro-muqueuses.

5.4-les sinusites :

C'est une inflammation des cavités sinusiennes para-nasales. Elle peut être aiguë ou chronique selon la durée de l'infection. Elle survient l'ors qu'il existe un trouble de l'aération sinusienne avec accumulation de pus dans les sinus associés.

5.4.1 Facteurs favorisants :

Terrain allergique ; immunodépression ; mauvais état dentaire (abcès) baignades en piscines mal entretenues et les rivières ; voyage en avion pendant une infection des voies aériennes supérieures ; anomalies mucociliaires.

5.4.2 Étiologie :

Sinusites infectieuses :

- Infection virale le plus souvent

Infections bactériennes sont la complication des infections virales : *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, autres Streptocoques, *Staphylococcus aureus*, germes anaérobies lors des surinfections dentaires

- Infections mycosiques : *aspergillus*, mycose

▪ Facteurs favorisants :

-Infection des voies respiratoires supérieures inaugurales, déviation de cloison, anomalie des cornets, œdème chronique de la muqueuse, polyposse, allergie naso-sinusienne, modifications brutales de température, de pression (sinusite barotraumatique), tumeur intra- sinusienne, allergie

-Vascularités : maladie de Wegener, syndrome de Churg et Strauss

-Corps étranger intra- sinusien.

5.4.3 Signes cliniques :

Ils dépendent de la localisation, du caractère aigu ou chronique ;

Et du siège de la sinusite.

- Sinusite maxillaire aiguë : fièvre, rhinorrhée, douleur sous-orbitaire pulsatile accentuée par la flexion de la tête, œdème jugal. Point

douloureux de Barthez : douleur provoquée à l'émergence du nerf sous-orbitaire.

- **Sinusite maxillaire d'origine dentaire** : unilatérale, odontalgie associée, œdème de la joue, rhinorrhée fétide.
- **Sinusite frontale aiguë** : céphalée frontale, œdème sus-orbitaire, douleur à la pression de la paroi antérieure du sinus frontal.
- **Sinusite sphénoïdale aiguë** : fièvre, rhinorrhée postérieure, céphalée profonde rétro-orbitaire irradiant au vertex.
- **Sinusite ethmoïdale aiguë** : syndrome fébrile à 39°C associé à une altération de l'état général, rhinorrhée purulente unilatérale, œdème de l'angle interne de l'œil.

✚ **Sinusite chronique** : persistance de divers symptômes pendant une durée d'au moins trois mois :

- Obstruction nasale variable dans le temps et de localisation unilatérale ou bilatérale.

- Rhinorrhée : symptôme le plus fréquent, antérieure ou postérieure, pouvant entraîner toux ou dysphonie liées à une irritation laryngée chronique.

- Elle peut avoir des répercussions otologiques (otite séreuse, otite chronique) ou pulmonaires (surinfections bronchiques à répétition). Elle peut être fétide, évoquant une origine dentaire.

- Trouble de l'odorat : hyposmie ou anosmie, évoquant une polypose nasosinusienne.

- Douleurs faciales aiguës uniquement lors des épisodes de réchauffement sinon, impression de pesanteur faciale sous-orbitaire, céphalées.

5.4.4 Diagnostics différentiels :

- Rhinite virale, allergique, vasomotrice ;
- Tumeur sinusienne ou nasale ;
- Kystes intra sinusiens ;
- Corps étrangers de la fosse nasale.

5.4.5 Examens complémentaires :

Rhinoscopie antérieure : rarement suffisante.

1. L'endoscopie nasale (fibroscopie ou utilisation d'une optique rigide) identifie du pus au niveau des méats sinusiens, visualise des polypes, des anomalies morphologiques susceptibles de pérenniser l'infection.
2. NFS : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles si affection brutale.
3. Biopsie sinusienne en cas de suspicion de vascularité ou de tumeur.

Radiographie : Elle est inutile dans les sinusites maxillaires aiguë, la fièvre, la rhinorrhée suffisent à faire le diagnostic

(Recommandation SFORL 2004).

La radiographie est demandée en cas de sinusite :

- Ethmoïdale
- Frontale
- Sphénoïdale
- En cas de complication (orbitaire, méningée)

Scanner : indispensable dans certaines localisations, en cas de doute diagnostique, en cas de sinusite chronique ou de sinusite compliquée.

IRM : elle n'apporte pas d'éléments supplémentaires par rapport au scanner.

Panoramique dentaire pour le diagnostic étiologique d'une sinusite maxillaire unilatérale.

5.4.6 Traitement :[20]

Traitement médical institué rapidement

Antibiotiques :

Actifs sur le pneumocoque, les streptocoques, les germes producteurs de

Beta-lactamasetel que l'*Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* et les anaérobies : amoxicilline et acide clavulanique ou une céphalosporine de 2^{ème} ou de 3^{ème} génération pendant dix jours.

En cas d'allergie, triméthoprime-sulfaméthoxazole.

Vasoconstricteurs locaux pendant six jours

Les anti-inflammatoires stéroïdiens per os (1mg/kg /j) ou non stéroïdien pendant six jours.

Antalgiques antipyrétiques.

En cas d'échec du traitement, intérêt de l'antibiogramme. Utilisation du céfotaxime, de la ceftriaxone et un contrôle clinique, radiographie trois semaines après

Eviter le tabac et les polluants atmosphériques si possible ;

Intérêt des inhalations (mentholées) qui améliorent le confort et le drainage ;

En cas d'échec du traitement médical bien conduit, savoir proposer un drainage par ponction.

5.4.7 Complications : (des sinusites bactériennes) :

Chronicité, Méningite, Abscess cérébral, Thrombophlébite du sinus caverneux, sinusite sphénoïdale, Complications oculaires : (cellulite orbitaire, exophtalmie, baisse de l'acuité visuelle, paralysie oculomotrice).

5.5 Les angines :

L'angine définit dans le langage courant les infections amygdaliennes aiguës. Elles posent essentiellement un problème étiologique, à savoir leur origine virale ou bactérienne. Le germe le plus fréquent, le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA) fait la gravité potentielle des angines.

5.5.1 Signes fonctionnels et généraux :

L'angine est une douleur constrictive de la gorge qui s'associe à une dysphagie, une Odynophagie et une otalgie réflexe. Les signes généraux peuvent être au premier ou au second plan : fièvre, frissons, malaise général. L'angine peut être latente et dépistée sur la seule notion de la fièvre (nourrissons). L'examen pharyngé notera :

La taille, l'aspect des amygdales palatines, leur caractère cryptique. L'inspection permet de diviser les angines en plusieurs groupes, sans que cela ait une signification quant à l'origine virale ou bactérienne.

Les angines érythémateuses : les amygdales sont tuméfiées et rouges, associées de manière inconstante à un œdème de la luette et des piliers amygdaliens ;

Les angines érythémateuses pultacées : Elles ne diffèrent de la précédente que par la présence d'un enduit blanchâtre, plus ou moins abondant, facilement décollable de la surface amygdalienne ; Les angines érythémateuses ou érythemato-pultacées sont les plus fréquentes.

Ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques: il existe une ulcération de l'amygdale à contenu fibrino-purulent et recouvert de fausses membranes ; L'examen ORL recherchera une rhinopharyngite ou une laryngite associée, l'existence d'une éruption cutanée ou une splénomégalie (mononucléose infectieuse).

5.5.2 Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées :

Les germes responsables sont en grande majorité d'origine virale (adénovirus, myxovirus para-influenzae, virus grippal). Le traitement de référence depuis 40 ans est la Pénicilline V administrée pendant 10 jours ou en cas d'intolérance un antibiotique de la famille des macrolides. L'utilisation d'antibiotiques en traitement court est possible (Céphalosporine de 2ème ou 3ème génération, Azithromycine).

Au traitement antibiotique seront toujours associés des antalgiques, des antipyrétiques, éventuellement des anti-inflammatoires.

5.5.3 Angines pseudomembraneuses :

La mononucléose infectieuse en est certainement la cause la plus fréquente. Cependant des germes pyogènes (staphylocoque doré, streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, pneumocoque) peuvent en être responsables.

5.5.4 Angines ulcéreuses et ulcéronécrotiques :

➤ L'angine de Vincent :

Celle-ci est due à l'association de deux germes anaérobies : *Fusobacteriumnécrophorum* et un spirochète du genre *Borellia*, surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune. L'angine est douloureuse, unilatérale avec l'état général conservé, la fièvre à 37,5-38°C. L'amygdale est recouverte d'une ulcération à bords surélevés dont le fond est recouvert d'une fausse membrane grisâtre. L'haleine est fétide avec parfois hyper sialorrhée. Il existe une réaction

ganglionnaire unilatérale. Le prélèvement de gorge objective l'association fusospirillaire à l'examen direct. Le traitement : pénicilline G (IM) ou métronidazole (IV)

5.5.5 Angines vésiculeuses :

➤ Les angines herpétiques :

Le début est brutal avec une fièvre à 39-40°, un malaise général, des frissons, une dysphagie et une Odynophagie. L'examen montre des bouquets de petites vésicules sur les piliers et le voile qui sont inflammatoires. Ces vésicules vont se rompre pour laisser place à des tâches recouvertes d'un exsudat blanchâtre entourées d'une auréole rouge. Il existe des adénopathies cervicales. L'évolution est favorable en 7 à 15 jours sans séquelles. Le diagnostic clinique peut éventuellement être étayé par les sérologies virales.

Le traitement est purement symptomatique (repos, antalgiques, antipyrétiques, désinfection pharyngée, parfois anesthésiques locaux). Dans les formes étendues, un traitement antiviral peut être prescrit.

5.5.7 Complications :

➤ Complications locorégionales

- Le phlegmon péri-amygdalien : Odynophagie, trismus, bombement des piliers amygdaliens.
- Hypertrophie obstructive des amygdales pharyngées et palatines.

➤ Complications du au streptocoque

- La maladie inflammatoire post-streptococcique
- Le rhumatisme articulaire aigu

- La cardite rhumatismale

- La chorée de Sydenham

Autres : L'érythème noueux post-streptococcique, le rhumatisme post-angineux, la septicémie à streptocoque.

Traitement chirurgical

Les indications de l'amygdalectomie sont de deux ordres :

- Angines récidivante par leur répétition et leur gravité ; plus de 5 à 6 épisodes par an ; les amygdalites avec complications locorégionales.

- Hypertrophie des amygdales avec gêne respiratoire, syndrome apnée du sommeil.

- Phlegmon amygdalien

Quelques urgences ORL :

5.6 Epistaxis :

Une épistaxis est une hémorragie provenant des fosses nasales et des sinus. Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps, bénin. Dans certains cas cependant, il peut réaliser par son abondance, sa répétition, ou une fragilité du terrain, une véritable urgence médicochirurgicale.

5.6.1 Diagnostic :

Les causes sont locales, générales et idiopathiques

1. Causes locales :

Parmi les causes locales, on retrouve :

Rupture capillaire au niveau de la tache vasculaire, spontanée, probablement liée à un étirement excessif de vaisseaux reposant sur un support déformable cartilage septal ou consécutive à un grattage ;

-Une rhinite atrophique – une perforation de la cloison ;

-Un traumatisme : fracture des os propres du nez, fracture du squelette facial, fracture de l'étage antérieur de la base du crâne, voire exceptionnel traumatisme de la carotide interne.

-Un corps étranger

-Un polype saignant de la cloison

-Une tumeur maligne du nez et des sinus

-Une tumeur du nasopharynx

-Une infection banale rhinite, grippe, oreillons.

Causes générales :

-Une maladie vasculaire : hypertension artérielle,

Artériosclérose ;

- des troubles de la coagulation ou de l'agrégation plaquettaire, congénitaux ou acquis ;

- une prise médicamenteuse (anti vitamine K, aspirine et antiagrégant plaquettaire) ;

- la maladie de Rendu-Osler

3. conduite à tenir :

- NFS, (numération formule sanguine), groupe rhésus, taux de plaquette, taux de prothrombine, dosage des facteurs de coagulation, temps de saignement

- Elle est en fait guidée par l'anamnèse et l'importance du saignement. La plupart des épistaxis sont minimales et les patients ont volontiers tendance à surestimer la perte sanguine. Dans le cas des épistaxis importantes, 2 types de complications doivent être recherchés :

1) liées à la déglobulisation et à son retentissement hémodynamique : pâleur, sueurs, tachycardie, polypnée, hypotension ; plus rare mais non moins sévère, survenant en cas d'hémorragie importante chez un patient affaibli,

2) la détresse respiratoire liée à l'inhalation de sang : polypnée, encombrement bronchique, désaturation, etc.

Mesures générales :

Le patient doit être installé en position demi-assise pour éviter les fausses routes et l'inhalation de sang, rassuré car l'épistaxis est par elle-même angoissante (prescription d'anxiolytiques). Le mouchage jusqu'à évacuation des caillots qui entretiennent une fibrinolyse locale est effectué.

- **Moyens :**

Seule l'épistaxis minimale issue de la tache vasculaire (cause la plus fréquente) peut être arrêtée par la compression locale : l'index appuie sur l'aile nasales, juste sous les os propres du nez, afin d'appliquer celle-ci contre la cloison. Cette compression doit être maintenue cinq à dix minutes. Dans les autres cas, c'est le plus souvent une manœuvre de tamponnement qui est utilisée, toujours après une anesthésie locale avec rétraction de la muqueuse.

5.7 Les Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques :

L'inhalation de corps étranger demeure assez fréquente. Le diagnostic est parfois évident devant la symptomatologie typique (syndrome de pénétration), ou parfois plus difficile, mais devant amener à évoquer le diagnostic et à réaliser alors une endoscopie. Le pronostic des corps étrangers du larynx et de la trachée peut-être dramatique, alors que le corps étranger est habituellement toléré lorsqu'il est très périphérique dans une bronche distale . Cependant la rareté de cet accident avant 1 an doit faire évoquer systématiquement un corps étranger donné intentionnellement. En cas de localisation bronchique, c'est la bronche souche droite qui serait la plus exposée en raison de son plus grand calibre et de son angle plus ouvert avec la trachée. Le corps étranger des fosses nasales touche essentiellement l'enfant.

5.7.1 Diagnostic positif :

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

La forme typique associe un accès de suffocation aiguë, brutal et spasmodique accompagné de quintes de toux. L'enfant est cyanosé pendant l'accès de suffocation. Un état de gêne respiratoire s'installe ; il est de durée variable en fonction de la localisation du corps étranger.

L'existence d'un syndrome de pénétration fait le diagnostic de corps étranger des voies aériennes.

5.7.2 Formes cliniques :

- Diagnostic précoce de corps étranger des voies aériennes : Il repose sur l'existence d'un syndrome de pénétration. Ce diagnostic impose un geste de libération des voies aériennes.

- **Soit le tableau est alarmant :**

L'enfant présente un état de détresse respiratoire aiguë. Il est cyanosé, en position assise. La dyspnée est obstructive associant bradypnée et tirage inspiratoire. L'extraction du corps étranger doit se faire en extrême urgence, au mieux en milieu spécialisé après transport médicalisé ou si l'état de l'enfant se dégrade par la manœuvre de Heimlich.

- **Soit le tableau est moins alarmant :**

L'état général de l'enfant est conservé. La dyspnée est modérée voire absente. Des accès de toux ou d'aggravation de la dyspnée peuvent apparaître en cas d'agitation de l'enfant. L'état ventilatoire permet le transfert de l'enfant vers un milieu spécialisé où l'extraction pourra s'effectuer dans des conditions optimales par endoscopie. L'examen clinique doit être réduit au minimum.

- **Soit le tableau clinique s'est normalisé :**

Un transfert en milieu spécialisé pour extraction endoscopique du corps étranger doit être effectué en urgence. En effet, le possible déplacement secondaire du corps étranger impose le caractère urgent de l'extraction.

- L'examen radiographique n'est généralement pas pratiqué en cas de diagnostic précoce de corps étranger.

5.7.3 Diagnostic tardif de corps étranger des voies aériennes :

Le syndrome de pénétration est passé inaperçu ou n'est pas signalé par l'entourage. Le tableau clinique est varié et dominé par les signes bronchiques. C'est devant la persistance ou les récurrences d'un tableau broncho-pulmonaire subaigu ou chronique chez l'enfant que le diagnostic de corps étranger bronchique doit être évoqué. Un syndrome de pénétration fruste dans les antécédents ou la notion d'une situation antérieure à risque (apéritif) doivent être systématiquement recherchés par l'interrogatoire de l'entourage. Les formes cliniques sont variées.

L'examen radiographique peut visualiser le corps étranger s'il est radio-opaque. Il montre principalement des images de retentissement parenchymateux et pleural du corps étranger. Les images sont variées à type d'atélectasie, de pneumothorax localisé ou de pleurésie. Elles ne sont pas

Spécifiques d'un corps étranger. C'est leur persistance ou leur récurrence après traitement qui doit faire évoquer le diagnostic.

Des séquelles ventilatoires peuvent être observées en cas d'extraction tardive d'un corps étranger. Plusieurs facteurs favoriseraient les séquelles bronchiques dont la nature végétale du corps étranger, la localisation bronchique gauche et surtout l'ancienneté de l'inhalation (durée supérieure à quinze jours).

5.7.3.1 Syndrome asphyxique aigu :

Les signes d'asphyxie s'installent soit d'emblée et immédiatement après le syndrome de pénétration soit à distance suite à un déplacement puis un enclavement secondaire du corps étranger dans le larynx ou la trachée. L'histoire est souvent évidente du fait de l'existence d'un syndrome de pénétration et du caractère brutal de l'installation de la détresse respiratoire aiguë. La gravité du tableau est marquée par l'apparition d'une cyanose devenant intense, suivie d'une perte de connaissance reflétant l'anoxie cérébrale.

Le risque de décès immédiat par asphyxie doit conduire à la réalisation de la manœuvre de Heimlich qui est la seule dans cette situation à pouvoir aboutir à l'expulsion du corps étranger. La réalisation d'une trachéotomie en extrême urgence, si l'on dispose du matériel nécessaire et d'un praticien capable techniquement de la réaliser sans délai – est une autre possibilité. Les autres manœuvres d'extraction (manuelle, mobilisation de l'enfant) ne sont pas conseillées. L'urgence est absolue et il faut d'emblée choisir les gestes ayant une chance d'être immédiatement les plus efficaces.

5.7.3.2 Diagnostic différentiel :

Le corps étranger des voies aériennes est le premier diagnostic à envisager devant un trouble respiratoire d'installation brutale. On élimine :

- une laryngite aiguë sous-glottique

Marquée par le début nocturne, la toux rauque, la voix claire, une bradypnée inspiratoire avec cornage ;

- une épiglottite marquée par un tableau infectieux, une hypersalivation avec dysphagie ;

- une crise d'asthme avec sémiologie expiratoire, distension à la radiographie et antécédents ;

- un corps étranger œsophagien pouvant par compression donner une symptomatologie respiratoire chez le petit enfant. En cas de bronchoscopie négative, l'examen doit être complété par un contrôle œsophagien.

Les corps étrangers trachéo-bronchiques sont très souvent fréquents chez l'enfant et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Toute dyspnée de survenue brutale en l'absence de contexte fébrile, de même que toute symptomatologie broncho-pulmonaire chronique ou récidivantes dans le même territoire, doit

faire penser au diagnostic de corps étrangers des voies aériennes, et imposer un bilan radiologique et endoscopique. La prévention passe par l'éducation des enfants et des parents.

MATERIEL ET METHODE

III- Matériel et méthode :

3.1 Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée au niveau de huit centres de santé communautaires de la commune IV du district de Bamako.

3.2 Présentation des différents centres :

- **ASACOSEK** : association de santé communautaire de Sébénikoro et kalabanbougou. Le CSCom est situé à Sébénikoro secteur 1 près du marché. Il a commencé les activités en 1991, localisé dans ses propres locaux et fonctionnant sur fond propre. La population totale de l'aire de santé est de **44941** selon les données démographiques de 2017. Le CSCom de l'ASCOSEK est composé de :

Médecin : deux

Infirmier : deux

Sage femme : quatre

Biologiste : un

Manœuvre : un

Gestionnaire de stock : un

- **ASACOSEKASI** : association de santé communautaire de Sébénikoro extension kalabanbougou et Sibiribougou, c'est un Cscom créé en 2002, la population cible est de **37821** personnes, le CSCom est composé de :

Médecin : deux

Infirmier : deux

Sage femme : quatre

Biologiste : deux

Manœuvre : un

Gestionnaire de stock : un

-
- **ASACOLA 1** : association de santé communautaire de Lafiabougou. Le CSCCom est située à Lafiabougou Koda près de la colline. La population cible est de **33540**, le Cscom fonctionne comme tous les autres sur fond propre il est Composé de :
- Médecin : deux
 - Infirmier : quatre
 - Sage femme : huit
 - Biologiste : un
 - Gestionnaire de stock : un
 - Manœuvre : un.
- **ASACOLA2** : association de santé communautaire de Lafiabougou n°2, ce CSCCom est situé près du marché de Lafiabougou. il cible **54760** personnes et est composé de :
- Médecin : un
 - Infirmier : cinq
 - Sage femme : cinq
 - Biologiste : un
 - Gestionnaire de stock : un
 - Manœuvre : un
- **ASACOLA B5** : association de santé communautaire de Lafiabougou n°3 le centre est situé derrière l'AMALDEM. Il a été créé en 1997 et prend en charge une population de **36580** personnes. Il est Composé de :
- Médecin : deux
 - Infirmier : quatre
 - Sage femme : deux
 - Biologiste : un
 - Gestionnaire de stock : un
 - Manœuvre : un

- **ASACODJIP** : association de santé communautaire de Djikoroni para .Le CScCom est situé derrière le camp para, la population cible est de **37575** et Ce Cscm est composé de :
- Médecin : deux
Infirmier : deux
Sage femme : quatre
Biologiste : un
Gestionnaire de stock : un
Manœuvre : un
- **ASACODJENKA** : association de santé communautaire de Djikoroni Djènèkabougou. Le CScCom est situé près du marché, le centre a ouvert ses portes en 2005 et décerne **63308** personnes. Il est composé de :
- Médecin : deux
Infirmier : deux
Sage femme : quatre
Biologiste : un
Gestionnaire de stock : un
Manœuvre : quatre
Obstétricienne : cinq
- **ASACOHAM** : association de santé communautaire d' Hamdallaye .Le CScCom est situé derrière le centre islamique, il a été crée le 2 mais 2006 et cible **37634** personnes, ce centre est composé de :
- Médecin : deux
Infirmier : deux
Sage femme : cinq
Biologiste : un
Technicien de labo pharmacie : un
Manœuvre : un

Aide soignants : quatre

Réceptionniste : un

Gestionnaire de stock : un

- **ASACOLABASAD** : association de santé de Lassa, Banconi, Samanko, Diakoni. Le Cscm est situé sur la colline de Lassa en face de l'école publique. Ce centre n'est pas opérationnel à plein temps mais il y a un médecin et la population cible est de **6345** personnes. Il est localisé sur la colline de Lassa derrière l'école publique.

4 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et prospective étendue sur deux (2) mois allant du 15 octobre à 15 décembre 2017.

a) Critère d'inclusion :

Tous les patients ayant consulté pendant la période d'étude pour des pathologies ORL et qui ont accepté de se soumettre à l'étude.

b) Critères de non inclusion :

Les patients ou les parents des enfants qui n'ont pas voulu participer à notre étude.

Les patients qui n'ont pas de pathologie ORL

c) Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2017 et analysées à l'aide de logiciel IBM SPSS statistics 23.

Le test statistique utilisé était le test de Fischer exact avec un $\alpha=5\%$ (le test est significatif lorsque le p-value est inférieure ou égale à 0,05).

d) Recueils des données :

Les données ont été recueillies avec le consentement éclairé des patients. Nous avons procédé par un examen clinique et para clinique.

La dignité des personnes a été respectée, la confidentialité des données sera assurée, les résultats seront diffusés sous forme d'atelier et de séminaire.

RESULTATS

IV. Résultats :

4.1. Résultats uni-varies :

4.1.1. Données sociodémographiques :

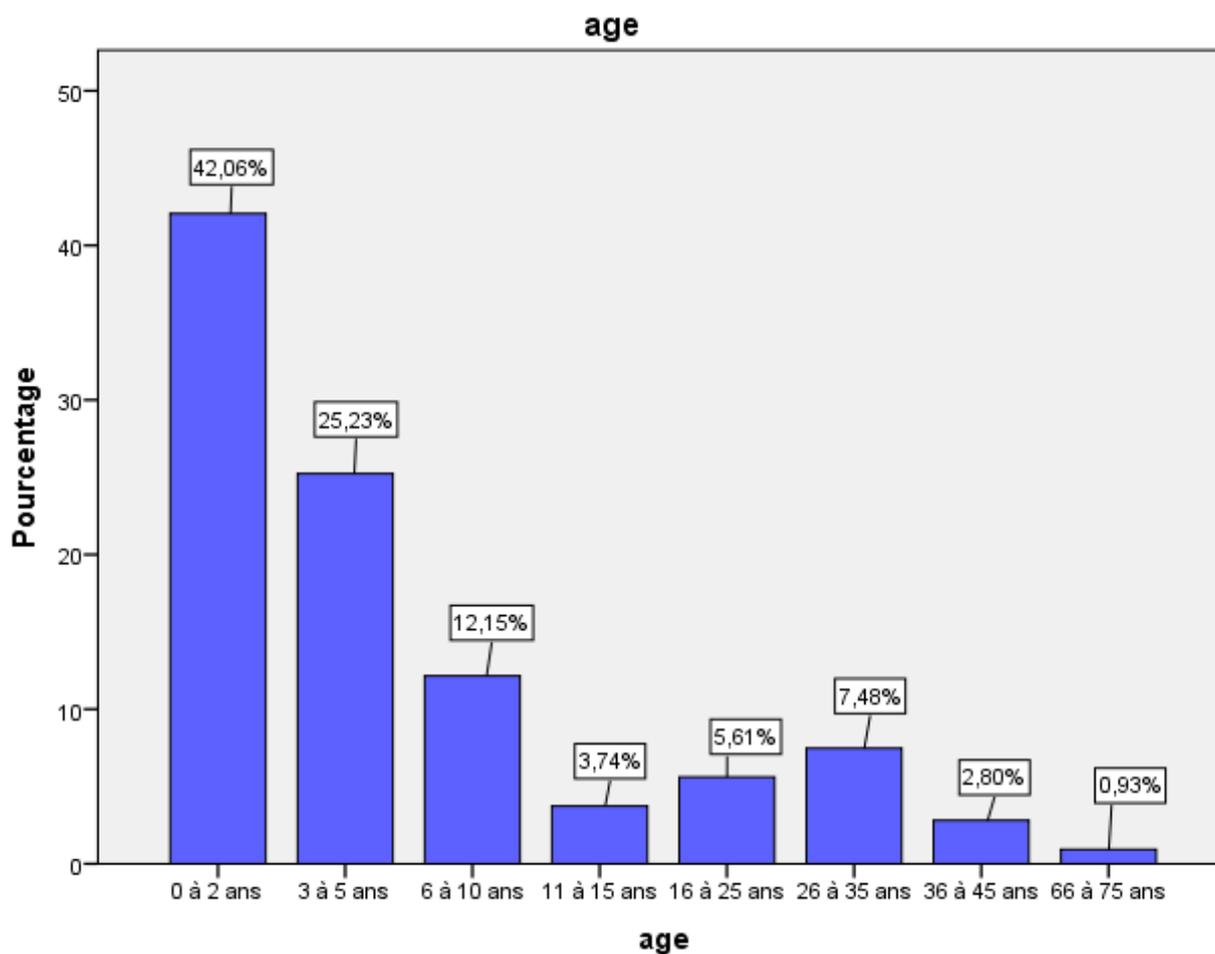


Figure 13 : Répartition en fonction des tranches d'âges.

La tranche d'âge la plus représentée était de 0 à 2 ans avec **42,06 %**.

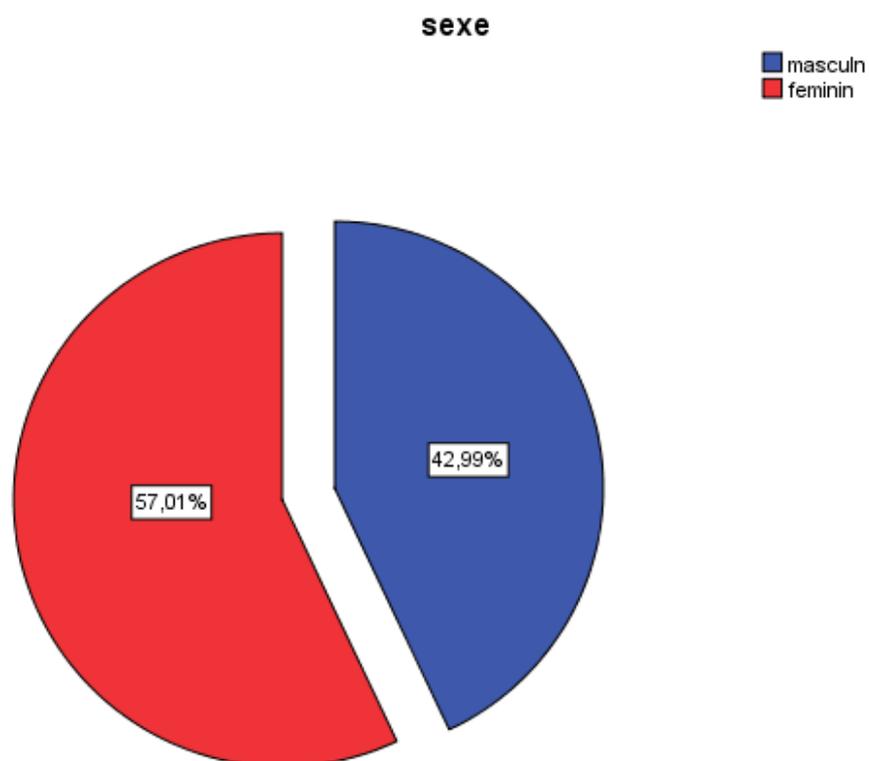


Figure 14 : répartition en fonction du sexe.

Le sexe féminin était le plus représenté avec **57,01 %** des cas et un sex-ratio de **0,73**

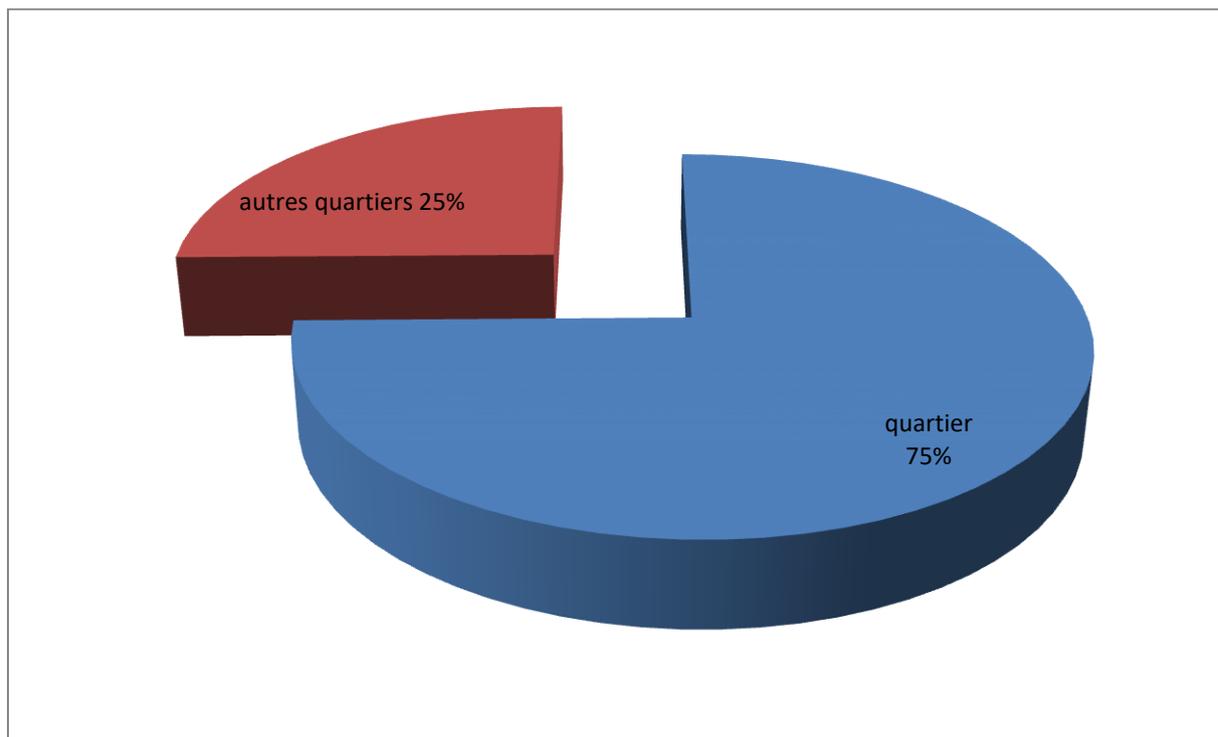


Figure 15 : Répartition des patients en fonction de la provenance.

Environ **75%** des patients résidaient dans l'air de santé des CSCOM.

Montrant ainsi la confiance des populations locale aux praticiens des CSCOM

Tableau I : répartition des patients en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	%
Elève/étudiant	24	22,40
Fonctionnaire	03	02,80
Ménagère	09	08,40
Enfant	71	66,40
Total	107	100

Les enfants qui n'ont pas atteints l'âge scolaire, étaient les plus représentés avec **66,40%**.

4.1.2. Données cliniques :

4.1.2.1. Place des pathologies ORL par rapport aux autres pathologies retrouvées :

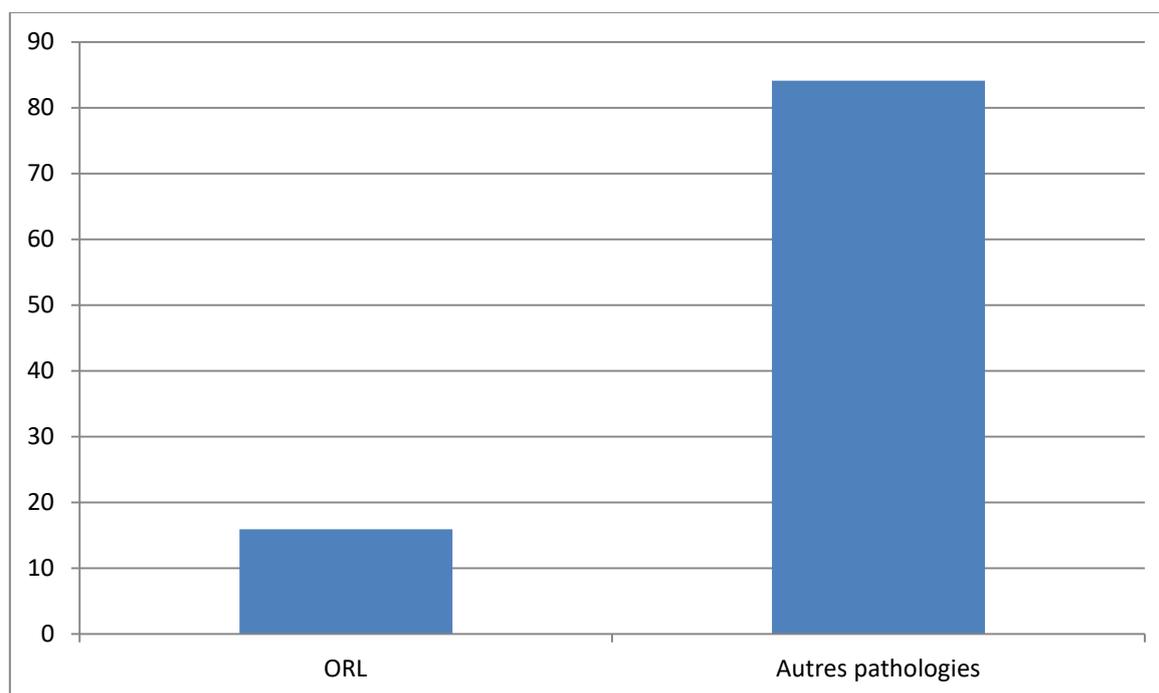


Figure 16 : Répartition globale des patients selon le bilan des consultations.

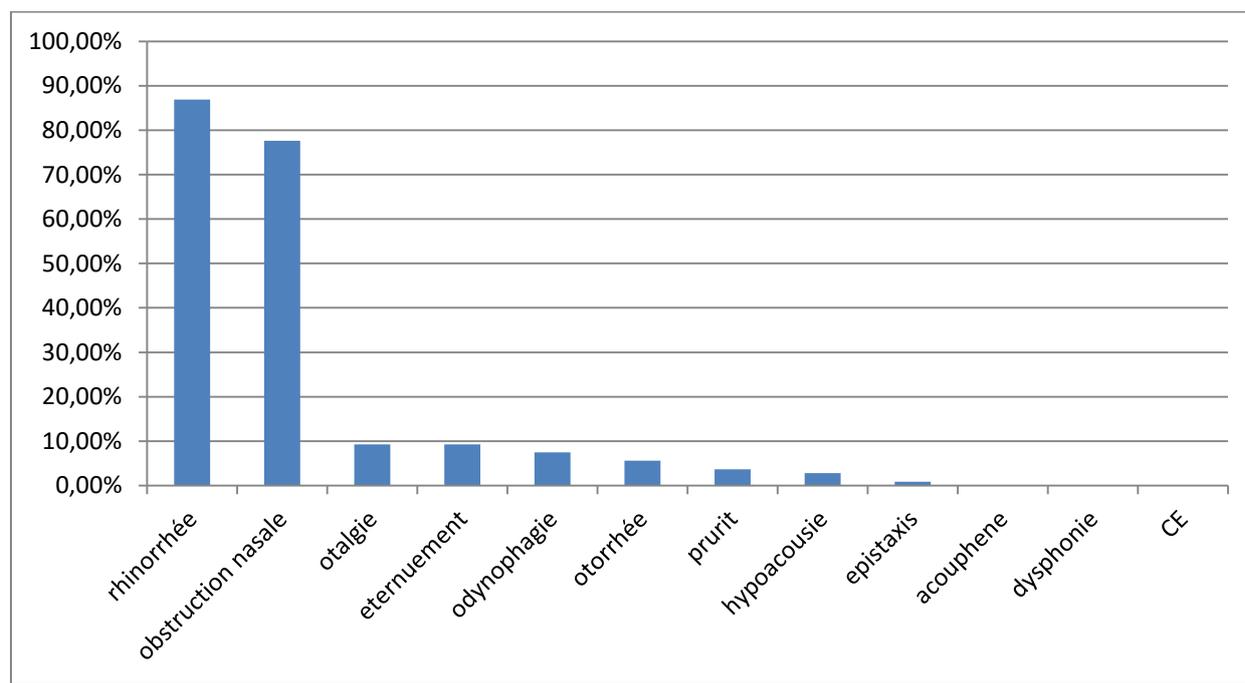
15,89 % des patients consultés sont venus pour une consultation pacifiquement ORL.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des affections.

Affections	Effectifs	%
Affections ORL	107	22,38
Affections non ORL	371	77,62
Total	478	100

Les affections ORL représentaient **22,38 %** de l'ensemble des pathologies rencontrées dans les Cscm pendant la période d'étude.

4.1.3. Les symptômes observés lors de la consultation :

**Figure17 : répartition des patients en fonction des symptômes observés.**

La rhinorrhée constitue le symptôme, le plus fréquent avec **86,90 %** des cas.

4.1.4. Les affections ORL retrouvées :

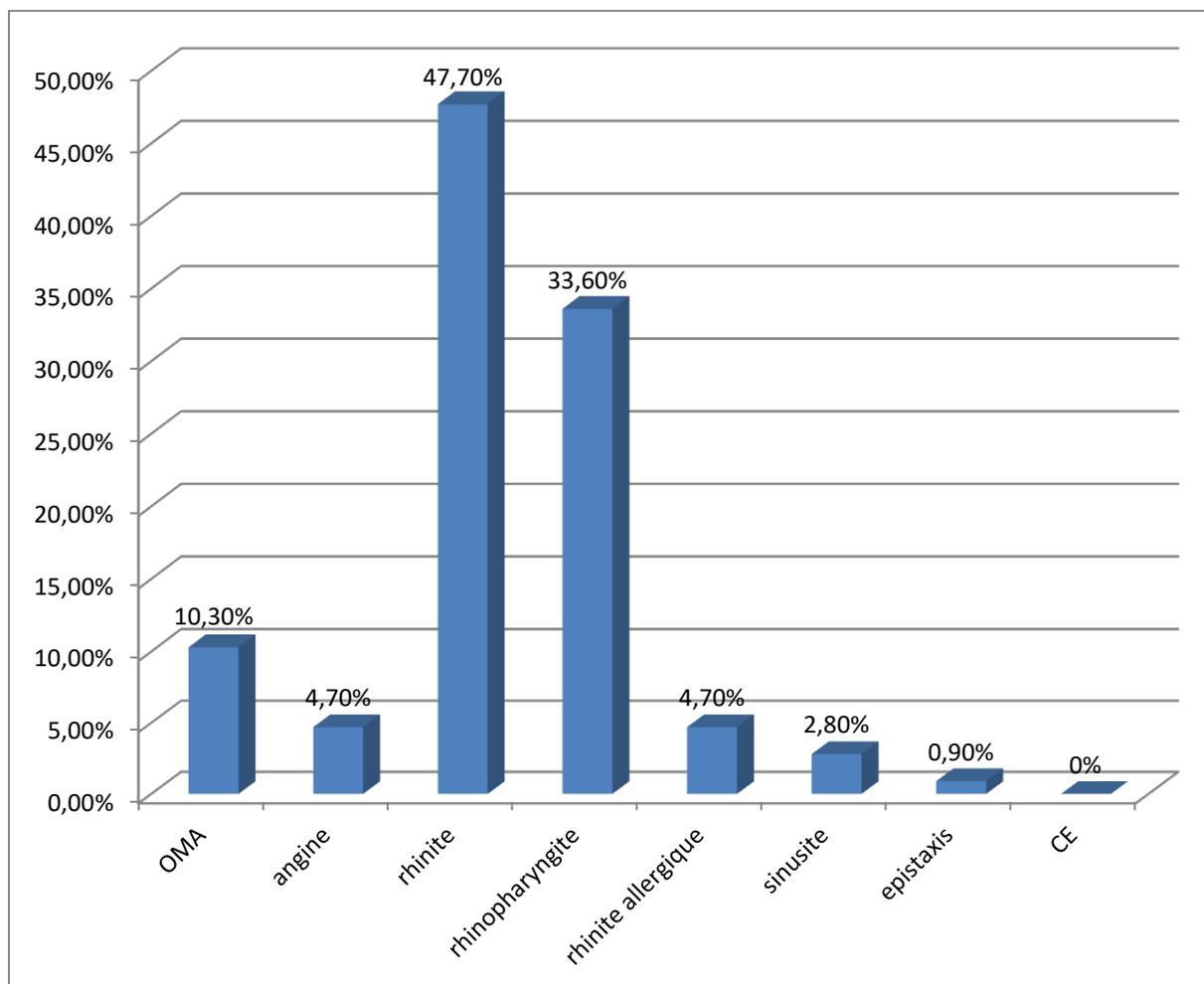


Figure 18 : répartition des patients selon les affections ORL retrouvées

Les rhinites et les rhinopharyngites constituaient les pathologies ORL les plus fréquemment rencontrées avec respectivement **47,70 %** et **33,60 %**.

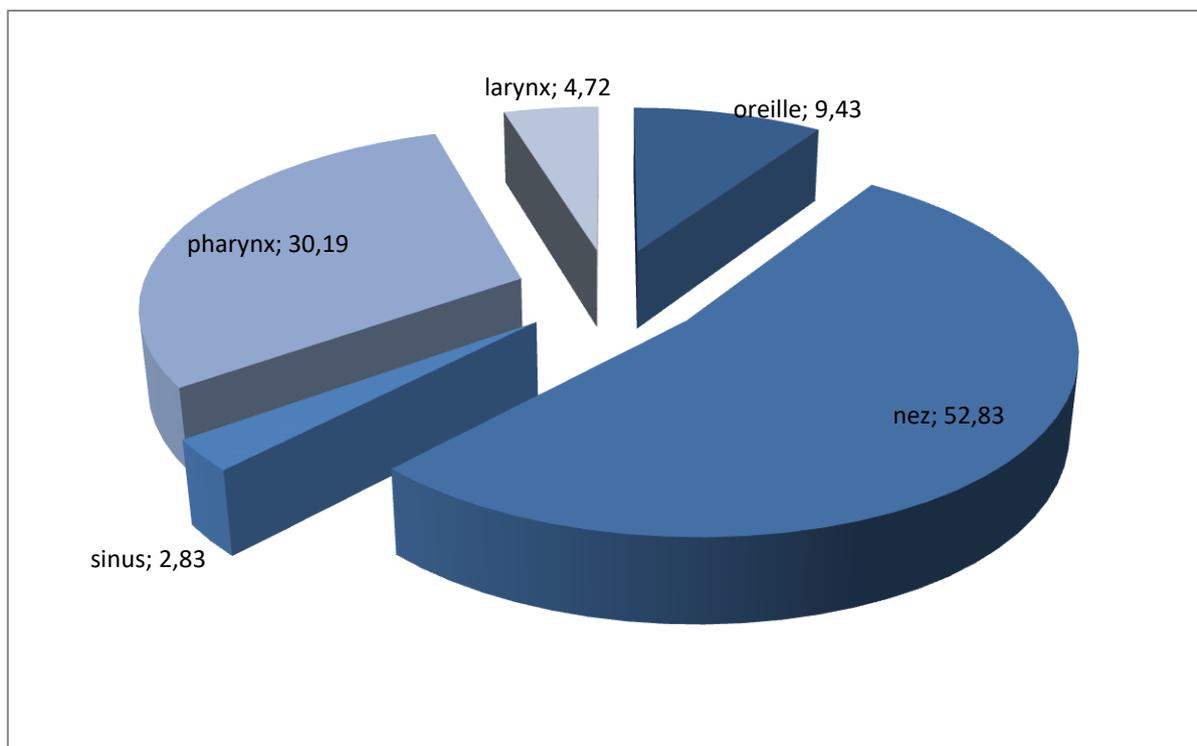


Figure 19 : Répartition des pathologies par organe ORL.

52,83% sont des pathologies rhinologiques.

4.1.5. Fréquence des pathologies ORL par CSCOM :**Tableau III : Répartition des pathologies par CSCOM :**

CSCOM	ORL	%CSCOM	Non ORL	Total
ASACODJENEKA	27	20,93	102	129
ASACOLA 1	17	18,89	73	90
ASACOSEK	10	14,49	59	69
ASACOSEKASI	16	24,24	50	66
ASACODJIP	17	28,33	43	60
ASACOLA 2	05	25	15	20
ASACOLA B5	07	38,88	11	18
ASACOHAM	08	30	18	26
Total	107	22,38	371	478

Les pathologies ORL ont surtout été retrouvées à **ASACOLA B5** avec **38,88%** de cas recensés par CSCom.

4.2. Résultats analytiques :**Tableau IV : répartition des pathologies selon la profession.**

Pathologies ORL	Profession				
	Ménagère	Elève/étudiant	Fonctionnaire	Enfant	Total
OMA	1	1	1	6	9
Angine	1	2	0	2	5
Rhinite	4	12	1	36	53
Rhino pharyngite	1	5	1	27	34
Rhinite allergique	2	2	0	0	4
Autre	0	2	0	0	2
Total	9	24	3	71	107

$p=0,021$ ddl=21 Test de Fischer=26,218.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la profession et la survenue des pathologies ORL.

Tableau V : Répartition des rhinites selon la tranche d'âge.

Age	Rhinite		Total
	Oui	Non	
0 à 2 ans	21	24	45
3 à 5 ans	15	12	27
6 à 10 ans	6	7	13
11 à 15 ans	3	1	4
16 à 25 ans	3	3	6
26 à 35 ans	3	5	8
36 à 45 ans	0	3	3
66 à 75 ans	1	0	1
Total	52	55	107

p=0,038

ddl=8

Test de Fischer=5,644.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de la rhinite.

Tableau VI : répartition des OMA selon la tranche d'âge.

Age	OMA		Total
	Oui	Non	
0 à 2 ans	6	39	45
3 à 5 ans	1	26	27
6 à 10 ans	0	13	13
11 à 15 ans	0	4	4
16 à 25 ans	1	5	6
26 à 35 ans	1	7	8
36 à 45 ans	2	1	3
66 à 75 ans	0	1	1
Total	11	96	107

p=0,036

ddl=8

Test de Fischer=10,845.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue des OMA

Tableau VII : Répartition des angines selon la tranche d'âge.

Age	Angine		Total
	Oui	Non	
0 à 2 ans	0	45	45
3 à 5 ans	1	26	27
6 à 10 ans	1	12	13
11 à 15 ans	0	4	4
16 à 25 ans	1	5	6
26 à 35 ans	2	6	8
36 à 45 ans	0	3	3
66 à 75 ans	0	1	1
Total	5	102	107

p=0,048

ddl=8

Test de Fischer=10,845.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la survenue des angines.

Tableau VIII : répartition des rhinites allergiques selon la tranche d'âge

Age	Rhinite allergique		Total
	Oui	Non	
0 à 2 ans	0	45	45
3 à 5 ans	0	27	27
6 à 10 ans	2	11	13
11 à 15 ans	0	4	4
16 à 25 ans	0	6	6
26 à 35 ans	1	7	8
36 à 45 ans	2	1	3
66 à 75 ans	0	1	1
Total	5	102	107

p=0,002

ddl=2

Test de Fischer=19,457.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue des rhinites allergiques

Tableau IX : répartition de la sinusite selon la tranche d'âge.

Age	Sinusite		Total
	Oui	Non	
0 à 2 ans	0	45	45
3 à 5 ans	0	27	27
6 à 10 ans	0	13	13
11 à 15ans	0	4	4
16 à 25 ans	0	6	6
26 à 35 ans	2	6	8
36 à 45 ans	1	2	30
66 à 75 ans	0	1	1
Total	3	104	107

p=0,002

ddl=8

Test de Fischer=16,538

.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue des sinusites.

COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

V - Commentaires et discussions:

5.1. Critique de la méthodologie :

Malgré les difficultés suivantes nous avons pu atteindre nos objectifs ;

- Manque de matériels ORL pour faire un bon examen ORL,
- Le non financement de l'étude.

5.2. Fréquence des pathologies ORL :

Notre étude descriptive transversale et prospective qui s'étendait sur une période de deux mois nous a permis de colliger **478** patients dans les CSCOM de la commune IV du district de Bamako, parmi lesquels les pathologies ORL représentaient **107** cas soit **22,38 %** de l'ensemble des consultations. Nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre la profession et la survenue des pathologies ORL ($p=0,021$). Bien que la majorité des patients étaient des enfants donc sans profession.

Ce résultat est largement supérieur à celui de **Sissoko A**[13] et **d'Arouwani S**[12] qui ont respectivement trouvé **5%** à ASACOBAMA, **5,09** à Léré et **3,55** à Dianké.

Cette différence s'explique par le fait que notre étude portait sur neuf Cscm et par ce qu'elle ne couvrait pas toute l'année. **15, 89%** sont venus pour un motif spécifiquement ORL et **84,11 %** pour d'autres motifs alors qu'ils sont atteints d'affection ORL. Ce constat reflète le manque d'information de la population vis-à-vis des pathologies ORL. Cette étude ne couvrant pas toute l'année ne nous a pas permis de ressortir l'aspect saisonnier des affections ORL.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques :

▪ Age :

Il résulte de notre étude que la population souffrant de pathologies ORL était jeune, la tranche d'âge de 0 à 15 ans représentait plus de **83,18 %**. Nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue des rhinites aiguës, otite moyenne aiguë, angine, rhinite allergique, sinusite ($p=0,038$; $p=0,036$; $p=0,048$; $p=0,02$; $p=0,002$).

Cet âge pédiatrique semble largement partagé par **Sissoko A**[13] et **Arouwani S**[12] à Léré Dianké, à Banconi.

La forte prévalence des affections ORL retrouvées chez les enfants et les adolescents pourrait s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- L'immaturité du système immunitaire et par le fait que
- la plupart des affections ORL à cet âge sont des maladies d'adaptation.

[4]

A ces raisons pourraient s'ajouter les mauvaises conditions d'hygiène du milieu, la promiscuité et les conditions économiques défavorables... Dans les pays en voie de développement, comme au Mali, du fait de la pauvreté et de la promiscuité ; les affections ORL demeurent donc un véritable problème de santé publique [14]

▪ **Sexe :**

Le sex-ratio était de **0,73** en faveur du sexe féminin, ce résultat est similaire à celui de Arouwani et de Sissoko qui ont tous trouvé un ratio en faveur du sexe féminin.

5.3. Motif de consultation :

15,89 % de notre population d'étude étaient venus pour une consultation ORL, la rhinorrhée a été le symptôme le plus fréquent avec **86,90 %** des cas.

5.4. Données cliniques :

Les pathologies de la sphère ORL étaient rhinologiques (**52,83 %**),

Pharyngées (**30,19 %**), otologiques (**9,43%**), laryngées (**4,72%**) et sinusiennes (**2,83 %**).

Nos résultats sont similaires à celui de Sissoko A [13] avec **53,8 %** de pathologie rhinologiques et à celui d'Arouwani S[12] qui a trouvé une prédominance des pathologies rhino-sinusienne. SACKO. HB affirme en 2004 que les infections respiratoires hautes (les rhinopharyngites, les angines, les pharyngites, les otites etc.), constituent souvent le motif important de consultation au Mali[21].

CONCLUSION

&

RECOMMANDATIONS

VI. Conclusion et recommandations :

6.1. Conclusion :

Au terme de cette étude descriptive, transversale et prospective qui s'étendait sur une période de deux mois, nous avons pu noter une fréquence de **22,38 %** de pathologie ORL.

La population fréquentait les centres de santé de proximité car nous avons recensé **75%** de patient résidant dans les aires de santé des CSCOM.

La majorité des patients étaient jeunes avec une prédominance du sexe féminin.

La tranche d'âge de 0 à 15 ans était la plus représentée avec **83,18 %** des cas et un sex-ratio de **0.73**.

La rhinorrhée a été le symptôme le plus fréquent avec **86,90 %** des cas.

Les pathologies de la sphère ORL étaient rhinologiques (**52,83 %**), pharyngées (**30,19 %**), otologiques (**9,43%**), laryngées (**4,72%**) et sinusiennes (**2,83 %**).

6.2. Recommandations :

Au terme de ce travail nous recommandons :

❖ **Aux autorités sanitaires :**

- ✓ Assurer la formation continue des médecins généralistes en ORL ;
- ✓ Doter les centres de santé communautaires d'un minimum d'équipements adéquats pour la prise en charge correcte des principales pathologies rencontrées (otoscope, abaisse langue, diapason etc.) ;
- ✓ Organiser des débats télévisés ou radiodiffusés pour expliquer les pathologies ORL à la population.

❖ **Aux personnels de sante :**

- ✓ Expliquer à la population de ne pas banaliser les pathologies ORL notamment les rhinites et rhinopharyngites, surtout chez les enfants.
- ✓ Orienter à temps opportun les cas compliqués vers un médecin spécialiste.

❖ **Aux parents :**

- ✓ Consulter tôt un agent de santé pour les problèmes de santé des enfants ;
- ✓ Savoir que les rhinites et les rhinopharyngites des enfants doivent être traitées tôt pour éviter les complications.

REFERENCES

Référence :

1. Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de santé primaire [Consulté le 9 aout 2017] à partir de : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr.
2. SACKO HB et coll. Modèle d'organisation des soins de santé primaire ORL au Mali [Consulté le 09 aout 2017] à partir de : <http://www.sorlaf.com>.
3. SACKO HB. L'essentiel en oto-rhino-laryngologie et pathologie de la face et du cou. BKO. mars 2002;
4. SACKO HB. Cours d'Oto-rhino-laryngologie. Paris Sept 2004.
5. SACKO H. ORL communautaire au Mali : Pistes de réflexion. 17èmes Journées de promotion de la santé ORL au Mali de l'Association Feu Dr Mamadou Sacko pour la promotion de la santé ORL au Mali (AMASA ORL), Koutiala Communication orale. février 2014;
6. MARGARET C. Déclaration liminaire à la Conférence internationale sur la santé et le développement. Contribution des soins de santé primaires aux objectifs du Millénaire pour le développement. Buenos-Aires, Argentine,. 16août2007;
7. Initiative de Bamako [Consulté le 09 aout 2017] à partir de : http://fr.m.wikipedia.org/wiki/initiative_de_Bamako.
8. BECKER W, NAUMAN H.H, PFALTZ C.R. Précis d'ORL Traduction de l'allemand par LUBOINSKI B. Ed Flammarion Médecine- Sci 2003.
9. DUBREUIL C. Otites aiguës : Etiologie, diagnostic, Traitement. Revue du Praticien 1993, 43 : 2421-2495.
10. LAURENT T THOMAS C, PAUL. Surveillance épidémiologique des pathologies ORL chez l'enfant en France. Service de statistique et informatique médicale, groupe hospitalier Necker, Paris France. Bulletin épidémiologique, 6 janvier 2009 n1.
11. SOUMAORO S. Analyse du bilan d'activités d'un an du service d'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE (du 1er Janvier au 31 Décembre 1991). Thèse Med Bamako. 1991;(19):43.
12. AROUWANI S. Evaluation de la prévalence des affections ORL dans les CSRéf de Goundam et Niafouké et les CSCOM de Dianké et Léré. Bko Thèse 2010 M 287.
13. SISSOKO A. Evaluation de la prévalence des affections ORL au niveau du CSCOM de Banconi. Bko. Thèse 2012. M.138.
14. SACKO H, SANOGO H, FANE S, MARIKO H, DEMBELE R. Eléments de soins de santé primaires ORL au Mali. Unité ORL du Centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako(Mali).
15. PIERRE BONFILS. Pathologie ORL et cervico-faciale 32rue Bargue, paris (15e) éd marketing S.A, 1996.

16. MAURICE AUBRY et PAUL PIALOUX. Progrès en oto-rhino-laryngologie, 20, rue de Vaugirard, paris VIe, col. Progrès de la médecine Éditions médicales Flammarion.
17. HENRI PLISNIER. Précis d'oto-rhino-laryngologie Paris :27, rue de l'école de médecine 1970.
18. rhinopharyngite (Consulter le 09 aout 2017) disponible à partir de : www.orl-marseille.com.
19. SACKO H. Otite moyenne aiguë congestive, Place de l'antalgique. Congrès annuel de l'association d'oto-rhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. sept 2004;
20. DUBREUIL C. Traitement raccourci des sinusites aiguës en cinq jours. J. Fr. Otorhinolaryngol.1992 ; N°2, 41 : 155-157.
21. SACKO H. Otite moyenne aiguë congestive, Place de l'antalgique. Congrès annuel de l'association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico -faciale du Québec,. sept 2004;

ANNEXES

Fiche d'enquête

Nom : _____ **prénom :** _____

Age : _____

Sexe : masculin /_ / féminin /_ /

Provenance : (1= du quartier 2=d'autre quartier)

Profession : /_ / (1= ménagère, 2=élève ou étudiant, 3=fonctionnaires, 4=autres)

Motifs de consultation :

Otalgie /_ /

Otorrhée /_ /

Hypoacousie /_ /

Acouphène /_ /

Vertige /_ /

Epistaxis /_ /

Obstruction nasale /_ /

Odynophagie /_ /

Rhinorrhée /_ /

Dysphonie /_ /

Prurit /_ / (1=nez, 2=oreille, 3=pharynx)

Cops étranger /_ / (1=nez, 2= oreilles, 3= pharynx, 4=larynx)

Examens ORL

Otoscopie : /_ /

Acoumétrie au diapason /_ /

Rhinoscopie : /_ / (1=antérieure, 2=postérieure)

Oropharyngoscopie /_ /

Laryngoscopie indirecte /_ /

Cou et aires ganglionnaires /_ /

Examens complémentaires : /_ / (1=oui, 2=non)

Si oui lequel :

.....

Diagnostic: /_ / (1=OMA, 2=angine, 3=rhinite, 4=pharyngite, 5=sinusite, 6=corps étranger)

Récidive /_ / (1=oui, 2=non)

Chronicité /_ /

Présence de matériel ORL de base

Miroir frontale /_ /, otoscope /_ /, diapason /_ / anse de Snellen /_ /abaisse langue /_ /

Référé /_ / (1=oui, 2= non)

Diagnostic d'orientation si référé

.....

Conduite tenue par les praticiens du centre pour ce cas si

.....

Personnel formé : /_ / (1=oui, 2= non)

Traitement :

.....

.....

Bamako le /___/___/2017

FICHE SIGNALÉTIQUE:**Nom: BAGAYOKO****Prénom : Abdoulaye Oumar****Titre: Panorama des affections ORL dans les CSCCom de la commune IV du district de Bamako.****Année universitaire : 2017-2018****Ville de soutenance: Bamako****Pays d'origine : Mali****Secteur d'intérêt: ORL, Santé publique, CSRef C IV.****Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), bibliothèque nationale.****RESUME:**

L'oto-rhino-laryngologie(ORL) est la branche de la médecine spécialisée concernant les affections du nez, de la gorge, des oreilles, du cou et de la face. La sphère ORL est le carrefour d'un grand nombre de pathologies touchant aussi bien les enfants que les adultes. Les maladies les plus courantes : angines, rhinites, sinusites, otites, rhino-pharyngites de l'enfant sont souvent bénignes.

Le but de ce travail était d'étudier les affections ORL au CSRef CIV du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et prospective étendue sur deux (2) mois allant du 15 octobre à 15 décembre 2017. Etaient inclus tous les patients ayant consulté pendant la période d'étude pour des pathologies ORL et qui ont accepté de se soumettre à l'étude.

Nous avons trouvé une fréquence communautaire de **22,38 %** pathologies ORL. La tranche d'âge de 0 à 15 ans représentait plus de **83,18 %** avec un sex-ratio de **0,73** en faveur du sexe féminin. **15,89 %** de notre population d'étude étaient venus pour une consultation ORL, la rhinorrhée a été le symptôme le plus fréquent avec **86,90 %** des cas. Les pathologies de la sphère ORL étaient rhinologiques (**52,83 %**),

Pharyngées (**30,19 %**), otologiques (**9,43%**), laryngées (**4,72%**) et sinusiennes (**2,83 %**).

MOTS CLES: Affections ORL, CscCom, Santé publique.

MSDS:**Name: BAGAYOKO****First name: Abdoulaye Oumar****Title: overview of ENT disorders in community health centers in commune IV of Bamako district .****Year: 2017-2018****City of defense: Bamako****Native country: Mali****Sector of interest: ENT, publish health, reference health center of Commune IV.****Deposit local: Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)****ABSTRACT:**

L'oto-rhino-laryngologie (ENT) is the branche of medicine spécialisée for nose, throat, ear , neck, and face disorders.the ENT sphere is the crossroads of number of pathologies affecting children as well as adults. The most common diseases are: angina, rhinitis, sinusitis, otitis, naso-pharyngitis of child.

The purpose of this work was to study ENT disorders in community health centers in commune IV of Bamako district .

It was a cross-sectional and prospective descriptive study extended over two months from october 15 to december 15 2017.included all patients who consulted during the study period for ENT diseases and who agreed to submit to the study.

we found a community frequency of **22,38 % of** ENT pathology the age group from 0 to 15 year old represented more than **83,18 %** with a sex ratio of **0,73** in favor of female sex.**15,89 %** of our study population had come for an ENT consultation ,rhinorrhea was the most frequent symptom with **86,90 %** of cases, pathology of ENT sphere were rhinologic (**52,83 %**),

Pharyngeal (**30,19 %**), otological (**9,43%**), laryngeal (**4,72%**) and sinus (**2,83 %**).

Key words: ENT affections, Cscm, publish health.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !