

Relation entre asthme et pathologies orl au centre hospitalier universitaire du point G et au centre de référence commune IV du district de Bamako (a propos de 67 cas)

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEURE ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2011 - 2012

N°...../

TITRE

**RELATION ENTRE ASTHME ET PATHOLOGIES
ORL AU CHU DU POINT G ET AU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE IV DU
DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 67 CAS**

Thèse

*Présentée et soutenue publiquement le /...../ 200... àH, à la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par*

Melle Hawa Mohamed DICKO

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

Jury

Président:

Pr Tiéman COULIBALY

Membre :

Dr. Dianguina dit Noumou SOUMARE

Co-Directeur:

Dr. Dr. Hamidou Baba SACKO

Directeur de Thèse :

Dr. Mamadou KONE

Dédicaces

A Dieu le tout puissant pour m'avoir permis d'arriver en ce jour si important dans ma vie.

A mon Papa Mahamadi Dicko

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. Sache qu'être ta fille est la meilleure chose qui me soit arrivée, j'en suis fière. Tes qualités exceptionnelles font de toi un père exceptionnel. Que dieu te donne longue vie à nos côtés.

A ma Maman Adam Aissé Soumaré

ton soutien constant de tous les jours et ton attachement aux valeurs humaines de qualité font de vous une référence pour nous . Tu as été toujours présente à nos côtés et continue de le faire, que dieu te donne longue vie.

A mon homonyme Feue Hawa SOW

Ce travail est le fruit de tes bénédictions, tu resteras toujours dans mon cœur.

A ma grande sœur koudédia Keita

Tu es une seconde maman pour nous et je t'en remercie. Merci pour tes bénédictions et tes conseils.

A tous mes frères

Merci pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenu pour la réussite de ce travail.

A Mon Fiancé Drissa kaloga Bagayoko

Ce travail est le fruit de tes efforts. C'est grâce à ton attention particulière, tes nombreux conseils et ton soutien que ce travail a pu se réaliser. Tu es un mari modèle et je suis très fière de toi.

Remerciements

Aux familles Dicko à Bamako, France et Genève

A tous mes parents Maternels

A ma belle famille Bakayoko

A la famille Haïdara et Ascofaré

A ma tante Fati Soumaré

Aux deux familles Coulibaly du point G

A mon Codirecteur Docteur Hamidou Baba Sacko

Ton attention particulière, tes conseils, et ton expérience ont permis la réalisation de cette thèse

A docteur Toloba du service de Pneumologie

Ta simplicité, ta générosité et tes conseils ont contribué à la réalisation de ce travail

A tout les professeurs de la FMPOS

Pour l'enseignement de qualité reçu

A mes tantes Madame Diallo Awa Ouologem et Madame Dembélé Rosine Koné

Pour m'avoir accepté comme votre fille, soutenu et conseiller

A ma grande sœur Mata et son Mari

A Moussa Goita

Pour ton soutien et ta contribution dans la réalisation de cette thèse

A Kassim Diarra

Pour les bons souvenirs du point G

A docteur Sékou fané, docteur Harouna Sanogo et Amed Marico

A tout le personnel de CSREF de la commune IV

Aux internes du CSREF de la commune IV

A tout le groupe d'exercice

Pour tous les bons moments passés ensemble au point G

A mes amies Oumou Ascofaré , fatim koné, Rokiatou Samaké

A mes nièces Fanta keita, Dhé ,fati , Indi

A notre maître et président du jury:

Professeur Tiéman COULIBALY

Maître de conférences d'Orthopédie et de Traumatologie à la FMOS.

Chef de service de chirurgie Orthopédique et Traumatologique du CHU-HGT.

Membre de la société internationale d'Orthopédie et de Traumatologie.

Cher maître,

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

Votre accueil, votre simplicité, votre grande disponibilité, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué.

Nous garderons de vous le souvenir d'un maître dévoué, soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques et humaines inestimables.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A notre maître et juge

Dr Dianguina dit Noumou SOUMARE

Spécialiste en Pneumologie Phtisiologie

Praticien Hospitalier au CHU du Point G

**Membre Fondateur de la Société Malienne de la Pneumo Phtisiologie
(SOMAP)**

**Membre Fondateur de L'association Nationale de Formation Continue en
Allergologie (ANAFORCAL)**

Cher maître

Accepter de juger ce travail nous honore,

Nous avons été marqués par votre simplicité, votre dévouement et votre amour
du travail bien fait.

Recevez ici cher maître l'expression de toute notre reconnaissance, de notre
profond respect et que le tout puissant vous fortifie dans votre travail.

A notre Maître et codirecteur de thèse :

Dr Hamidou Baba SACKO

Ph D en oto-rhino laryngologie

Médecin chef de l'unité ORL du CSref commune IV

Maître assistant à la FMOS

**Président fondateur de l'AMASA ORL (Association Docteur Mamadou
SACKO pour la Promotion de l'ORL au Mali)**

Cher maître vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre générosité font de vous un grand maître à suivre.

Nous avons eu la chance de figurer parmi vos élèves et de bénéficier de votre remarquable enseignement.

Veillez accepter cher maître l'expression de toute notre reconnaissance.

Puisse dieu vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Mamadou KONE

Professeur en physiologie à la FMOS,

Directeur Général par Intérim du centre national des œuvres universitaires du Mali (CNOU),

Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,

Membre du comité scientifique international de la revue Française de médecine du sport (Med sport),

Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport,

Président du collège Malien de réflexion en médecine du sport,

Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo.

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre accueil chaleureux, votre humilité, votre disponibilité, votre générosité, ainsi que votre rigueur.

Nous avons gardé un très bon souvenir de votre enseignement de qualité en classe.

Recevez ici cher maître l'expression de notre gratitude.

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSref IV : Centre de Santé de Référence de la Commune IV

DAT : Dispensaire Antituberculeux

OE : Otite externe

OMA : Otite moyenne aigue

OMS : Organisation Mondiale De La Santé

ORL : Otorhinolaryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Prick Test : Test Cutané Allergique

SEREF0 : Centre de Recherche et de Formation pour le vif/Sida et la Tuberculeuse

USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma des voies aériennes supérieure et inférieure

Figure 2 : schéma des sinus de la face

Figure 3 : Répartition selon le sexe

Figure 4 : Répartition selon l'âge

Figure 5: Répartition selon la résidence

Figure 6: Répartition selon la durée de l'asthme

Figure 7: Répartition selon les résultats de la radiographie des sinus

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon la profession

Tableau II: Répartition selon les facteurs allergiques et le mode de vie

Tableau III: Répartition selon les pathologies ORL retrouvées

Tableau IV: Rapport Pathologies / Age

Tableau V: Rapport Pathologies / Sexe

Tableau VI: Relation Durée de l'asthme / Age

Tableau VII: Relation Age / Sexe

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I-Introduction ----- | 1 |
| II Objectifs | 2 |
| III-Généralités ----- | 3 |
| IV-Matériels et Méthodes ----- | 16 |
| V-Résultats ----- | 21 |
| VI-Commentaires et Discussion ----- | 29 |
| VII-Conclusions ----- | 31 |
| VIII-Recommandations ----- | 32 |
| IX Bibliographie | 33 |
| X ANNEXES | |

I-INTRODUCTION :

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes inférieures, elle est actuellement la plus fréquente des maladies chroniques des voies aériennes inférieures [1].

L'asthme peut être associé à certaines pathologies orl (Les rhinites, dont la rhinite allergique surtout et les rhino-sinusites).

Dans une étude réalisée en Géorgie en avril 2006, on retrouve dans **19,1%** des cas la rhinite allergique était associée à l'asthme bronchique [2].

A partir d'une approche épidémiologique par une enquête de **Prick** test (test cutanée allergologique) : la proportion des patients à Prick test positif était de **67,5%** lorsque l'asthme est associé à un foyer ORL et **45,5%** dans la pathologie ORL isolée [3].

Les affections ORL sont fréquentes chez l'asthmatique, selon une étude réalisée en cote d'ivoire sur **50** patients asthmatique 68% voient leur asthme s'aggraver avec la poussée de la pathologie ORL [4]. Le traitement de la sphère ORL améliore l'asthme chez **58%** des patients [4].

Une étude de 2006 a montré que, lorsqu'on les compare avec ceux qui ne souffrent pas d'asthme, des gens qui ont à la fois la sinusite et l'asthme ont tendance à avoir des symptômes d'asthme plus sévères ; chez les personnes atteintes d'asthme sévère, la sinusite semble faire les symptômes de l'asthme difficile à contrôler [5].

Les pathologies ORL sont très fréquentes et affectent 10-40% de la population mondiale [6] leurs associations avec d'autres pathologies respiratoires surtout l'asthme peut aggraver celui-ci et altérer de manière importante la qualité de vie [7].

Ses travaux représentent pour nous des références qui nous permettront de mener à point une première étude dans notre pays concernant le lien asthme bronchique et pathologies **ORL**.

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etablir la relation entre l'asthme et les pathologies ORL

Objectifs spécifiques :

Identifier les pathologies ORL en association avec l'asthme.

Déterminer la fréquence des pathologies ORL chez l'asthmatique.

Identifier les types d'affections orl couramment retrouvées chez l'asthmatique.

II-GENERALITES :

L'**asthme** du grec *ásthma*, via le latin *ásthma* signifiant « **respiration difficile** », est une maladie du système respiratoire touchant les voies aériennes inférieures et notamment les deux bronches, définie comme étant une gêne respiratoire à l'expiration. La maladie s'explique par trois mécanismes caractéristiques :

Une inflammation avec œdème de l'épithélium bronchique ;

Une broncho constriction par bronchospasme ;

Une hyperactivité bronchique (chronique ou non) se manifestant par une sécrétion accrue de mucus, notamment due à un remodelage des voies respiratoires supérieures (nez, sinus paranasaux, rhinopharynx, larynx) [8].

L'allergie étant un des facteurs de risque de l'asthme. Elle est le plus souvent liée à certaines pathologies d'origine allergique dont la **rhinite allergique** se caractérisant par, l'irritation et l'inflammation (aiguë ou chronique) des muqueuses de la cavité nasale provoquées par un ou plusieurs allergènes. Deux formes existent : la rhinite allergique périodique ou saisonnière (rhume des foins) due au pollen pendant la période de floraison et la rhinite allergique aperiodique ou perannuelle causée par plusieurs allergènes (poussière, aliments, bactéries, plumes et poils d'animaux ...) [9].

Les rhinites sont en augmentation dans le monde entier, lorsqu'elles sont chroniques elles affectent fortement la qualité de vie des personnes qui en sont victimes, au point que l'OMS a publié en **2001** une nouvelle classification de la maladie : elle a recours à la fois aux symptômes et aux paramètres de qualité de vie. Elle est par ailleurs fondée sur la durée permettant la distinction en maladie « **intermittente** » ou « **persistante** », est basée sur la sévérité, permettant la distinction, entre maladie « **légère** » et maladie « **modérée à sévère** ». Cette classification proposée par un consensus d'experts vient d'être validée par plusieurs études [9]. Environ la moitié des rhinites polliniques, dites

« **saisonnères** », sont **persistantes** et environ la moitié des rhinites dites « **per annuelles** », sont **intermittentes**. »

La rhinite est souvent accompagnée d'autres troubles tel que **l'asthme bronchique** et peut favoriser la **sinusite** et c'est une cause d'insomnie et de fatigue [10]. **50 %** des patients souffrant de rhinite allergique présentent un risque accru d'asthme. Inversement, les asthmatiques ont presque tous une rhinite (plus ou moins aiguë) associée aux crises d'asthme.

Une étude épidémiologique fondée sur **6500** adultes suivis durant plus de **9** ans a montré que la rhinite allergique était par ailleurs un facteur prédictif de l'asthme [11] :

Une rhinite allergique préjuge d'un risque **3,5** fois plus important de développer un asthme.

Les symptômes en sont :

Nez qui coule ; coloration pâle violacée de la muqueuse nasale

Congestion nasale pouvant conduire à une obstruction nasale ;

Irritation des muqueuses du nez, avec ou sans rougeur, **prurit** et lésions (croûtes, ulcérations..) et éventuellement accompagnée d'une irritation des yeux, de la gorge et/ou des oreilles.

L'OMS considère l'allergie comme étant la 4ème maladie dans le monde et en 2010 la moitié de la population mondiale a été concernée. Elle touche aujourd'hui entre 10 à 40 % de la population selon l'âge et le pays [12].

Epidémiologie de l'asthme :

Cette maladie chronique des bronches touche selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **300** millions de personnes dans le monde.

L'asthme est toujours responsable de **500 décès/an** en raison de l'existence de formes graves.

La prévalence de l'asthme a atteint un plateau dans certains pays, amorce une décroissance dans d'autres.

Au Mali : les études ont été menées d'abord par **Kamissoko en 1975** puis **Touré en 1981** chez les scolaires de **13-14** ans et **Toloba en 1999** et au service de pneumo-physiologie de l'hôpital du Point G et ont donné les prévalences respectives : **8%, 12,%, 14%**.

En France : l'asthme touche plus de **3,5** millions de personnes soit **10 %** des enfants mais également plus de **5 %** des adultes, selon l'Institut de veille sanitaire (INVS). Près de **1.500** décès attribuables à l'asthme sont ainsi recensés sur **le territoire français chaque année**. Ce qui traduit l'importance de l'asthme en termes de santé publique, ainsi que les défauts de prise en charge de cette maladie.

Lien physiopathologique entre l'asthme et la rhinite allergique :

Les muqueuses nasales et bronchiques présentent de nombreuses similitudes. Des données physiopathologiques suggèrent un lien étroit entre la rhinite et l'asthme. Bien qu'il existe des différences entre rhinite et asthme on considère que les voies aériennes hautes et basses sont atteintes d'un **processus inflammatoire commun**, inflammation qui peut être entretenue et amplifiée par des mécanismes interconnectés. Comme preuve ultime il est maintenant démontré que prendre en charge une rhinite symptomatique chez un asthmatique permet un meilleur contrôle de son asthme [9].

Lien physiopathologique entre l'asthme et la sinusite :

On pense que la maladie du sinus qui entraîne des symptômes des voies respiratoires inférieures telles que l'asthme est dû à un goutte à goutte constante de sécrétions inflammatoires et infectieux de l'arrière du nez à l'arrière de la gorge. Cette irritation de la gorge peut provoquer une constriction bronchique par un réflexe transmis par le système nerveux ou, l'écoulement nasal postérieur des sécrétions inflammatoires des voies aériennes supérieures peut créer une réaction inflammatoire secondaire des poumons, provoquant soit l'asthme ou la bronchite [5].

Rappel anatomo-physiologique des voies aériennes supérieures et inférieures :

1-Le nez : comprend la pyramide nasale (nez externe) et la cavité nasale (fosses nasales).

Les cavités annexes du nez :

Au nombre de quatre (sinus maxillaires, ethmoïdaux, frontaux, et sphénoïdaux), elles représentent des cavités pneumatiques qui communiquent avec les fosses nasales.

Le nez assume les fonctions principales suivantes : respiration (inspiration, expiration, réchauffement et humidification de l'air) olfaction, phonation et défense immunitaire.

2-Le pharynx constitue une partie de l'appareil digestif. Il se divise en trois étages : le rhinopharynx (naso-pharynx, cavum, épi pharynx), l'oropharynx et l'hypo pharynx.

Le naso-pharynx :

C'est la partie postérieure des fosses nasales qui communique avec les trompes d'Eustache et comprenant les végétations (amygdales pharyngées), tissu lymphoïde de structure identique a celle des amygdales palatines et linguales situées au niveau de la base de la langue.

L'oropharynx renferme les vallécules, la base de la langue, la face linguale de l'épiglotte, le voile du palais et les amygdales palatines qui siègent latéralement entre les piliers antérieurs et postérieurs.

L'hypopharynx est constitué essentiellement du bord inférieur de l'épiglotte, des sinus piriformes et de la base de la langue ou sont localisées les amygdales linguales.

Le pharynx assume plusieurs fonctions importantes : déglutition (passage du bol alimentaire), Respiration, Phonation, Fermeture du larynx pendant la déglutition pour éviter le passage du bol alimentaire dans les voies respiratoires (fausse

route), ouverture de la bouche de l'œsophage, audition (à travers la trompe d'Eustache), protection (contraction réflexe des muscles pharyngiens en cas de pénétration de corps étranger ou d'ingestion de substances irritantes), défense immunitaire (processus immunologiques des amygdales).

3-Le larynx :

Le larynx est situé en la partie antéromédiane du cou. Il à la forme d'un entonnoir et est constitué d'os, de cartilages, de ligaments, et de membranes fibroélastiques, la partie supérieure s'ouvre dans le pharynx et sa partie inférieure communique avec la trachée.

Le larynx assume des fonctions importantes :

Respiratoire (ouverture des cordes vocales afin de permettre le passage de l'air dans la trachée), phonatoire (émission de son par rapprochement des deux cordes vocales et vibration muqueuse), de défense (protection des voies aériennes inférieures des fausses routes alimentaires fermeture de la glotte), et autres (humidification et réchauffement de l'air inspiré).

Les muscles intrinsèques du larynx assument plusieurs fonctions : tendeur des cordes vocales (muscle cricothyroïdien), dilatateur de la glotte (muscle cricoaryténoïdien latéral, thyroaryténoïdien supérieur et inférieur, inter aryténoïdien), suspension et élévateur du larynx (muscles laryngés externes) [13].

4-Trachée et Arbre Bronchique :

La trachée représente le prolongement du larynx, elle est reliée au cartilage cricoïde et a la forme d'un tuyau cylindrique. La trachée mesure de 11 à 13 cm chez l'adulte. Son trajet débute à partir de la septième vertèbre cervicale et, c'est au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales que se situe la carène (bifurcation) où la trachée se divise en deux branches souches (bronches droite et gauche).

La bronche droite mesure 3 cm et la bronche gauche 5 cm. La bronche droite est presque le prolongement direct de la trachée, ce qui expliquerait la localisation fréquente des corps étrangers dans cette partie des bronches.

La paroi postérieure de la trachée est en rapport direct avec la paroi antérieure de l'œsophage (ce qui explique la survenue de fistule oesotrachéale).

La trachée est composée de 6 à 20 cartilages en forme de fer à cheval, au niveau des bronches. Ses derniers cartilages deviennent des anneaux entiers.

Les bronchioles contiennent un muscle spiralé.

La trachée et l'œsophage sont, respectivement, vascularisée par les artères thyroïdiennes inférieure et supérieure et l'aorte à travers les artères bronchiques.

Leur innervation est assurée par les nerfs pneumogastrique et sympathique.

La trachée et les bronches assurent les fonctions suivantes : la protection (elle est basée sur l'élimination de particules étrangères présentent 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 [13]

Figure I : Schéma des voies aériennes supérieure et inférieure [14]

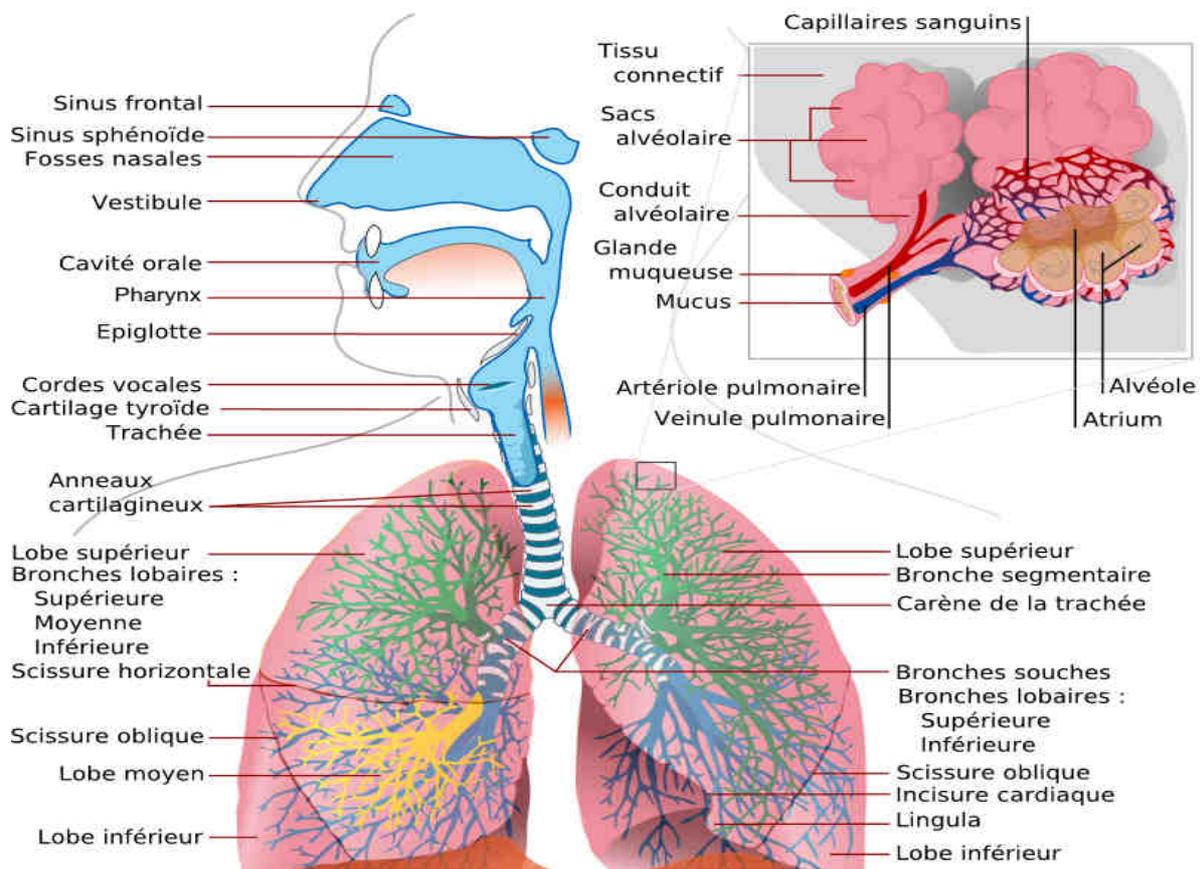
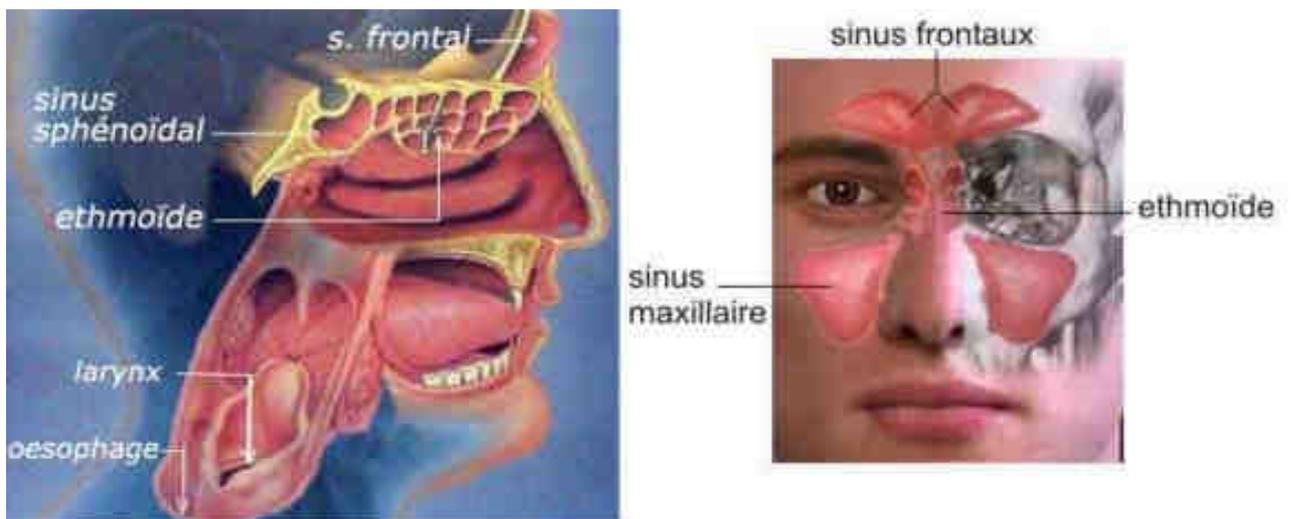


Figure II : schéma des sinus de la face[15]



Pathologies rhinologiques fréquentes chez les asthmatiques :

La rhinite allergique :

Définition et Causes :

L'allergène joue un rôle essentiel dans l'étiologie de cette affection. Deux formes existent : la rhinite allergique périodique ou saisonnière (rhume des foins) due au pollen pendant la période de floraison et la rhinite allergique apériodique ou perannuelle causée par plusieurs allergènes (poussière, aliments, bactéries, parasites, plumes et poils d'animaux...) permanents dans l'environnement.

Signes cliniques :

Obstruction nasale paroxystique, rhinorrhée (sécrétion nasale) claire ou séreuse, prurit nasal, auriculaire ou bucco pharyngé, éternuements en salves, souvent signe oculaires (prurit oculaire, conjonctivite, larmolement) parfois association d'un asthme bronchique. La rhinoscopie antérieure montre une muqueuse pâle, violacée, souvent des polypes (masses œdémateuses légèrement translucides) au niveau du méat moyen, l'examen avec un nasofibroscope permet également de poser le diagnostic

Signes paracliniques :

Éviction de l'allergène, cure de désensibilisation spécifique (injection à dose L'origine allergique sera confirmée par des examens biologiques (hyperéosinophilie sanguine, augmentation des taux d'immunoglobulines E spécifiques et totales, phadiatop positif) et cytologique (augmentation du taux d'oesinophiles, 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 aiguë

Complications :

Sinusites maxillaires, otites moyennes chroniques, laryngite chronique, asthme bronchique, pharyngite

Traitement :

Progressive de l'allergène identifié, antihistaminiques par voies oraux ou locaux, corticothérapie locale et/ou générale à visée curative ou préventive, immunothérapie (immunoglobulines), calcium et soufre, changement de zone climatique, éviction d'abus de gouttes nasales contenant des vasoconstricteurs, car risque de rhinite médicamenteuse

En présence de polypes le traitement est d'abord médical basé sur la corticothérapie générale et locale, si échec une polypectomie (ablation de polypes) est indiquée

[13 ; 21 ; 22 ; 23].

La sinusite :

Est l'une des complications de la rhinite allergique. C'est l'inflammation des cavités annexes du nez (sinus). La sinusite maxillaire est la plus fréquente par rapport aux affections des autres sinus possibles dès l'âge de 4-6 ans, ethmoïdaux (sinusite ethmoïdale ou ethmoidite chez le nourrisson et l'enfant), frontaux (sinusite frontale possible à partir de sa formation vers l'âge de 11-13ans), et sphénoïdaux (sinusite sphénoïdale après 15ans).

Nous parlons d'hémisinusite lorsque l'affection concerne plusieurs sinus d'un seul côté (partie droite ou gauche) et de pansinusite quand des groupes de sinus sont concernés (parties droite et gauche).

Les sinusites peuvent donner des complications broncho-pulmonaires avec 24,1% selon une étude de Hima Hadiza réalisée sur la prise en charge des sinusites maxillaires purulentes au mali. [16]

Une étude de 2006 qui à été faite par **Ibiapina Cda C et coll** a montré que l'asthme est beaucoup plus sévère lorsqu'elle est associée à la sinusite [17 ; 18 ; 19 ; 20]

Les sinusites aiguës :

Causes :

L'affection peut être d'origine nasale (extension de l'inflammation de la pituitaire aux sinus, perturbation dans la ventilation et le drainage des ostiums) ou dentaire par contiguïté (atteinte surtout de la 2^{ème} prémolaire et de la première molaire). Plusieurs autres facteurs étiologiques peuvent être cités : la grippe, le refroidissement, les traumatismes (variations brutale de pression, accidents...).

Les germes responsables de la sinusite sont multiples : anaérobies et aérobie (streptocoques, pneumocoques, staphylocoques...)

Signes cliniques :

Rhinorrhée (muqueuse, mucopurulente, purulente), Obstruction nasale, hyposmie, souvent cacosmie, douleur région périorbitaire, angle interne de l'œil et bosse frontale (ethmoidite, sinusite frontale), l'ensemble de l'orbite (sinusite maxillaire), sensation de plénitude de la face

Examen externe : gonflement de la joue, de la paupière inférieure ou de la région palpébrale supérieure et du sinus frontal, palpation douloureuse des régions sous orbitaires (sinusite maxillaire), sus-orbitaires (sinusite frontale) ou a l'angle interne de l'œil au niveau de la racine du nez (sinusite ethmoïdale)

Signes généraux : fièvre, courbatures...

Rhinoscopie antérieure: pus au niveau du méat moyen et des fosses nasales

Rhinoscopie postérieure : aucun signe particulier sauf si affection des sinus postérieurs (sinus sphénoïdal et sinus ethmoïdal postérieur)

Signes para cliniques :

Radiographie des sinus : souvent normale, car au stade aigu les sécrétions purulentes et l'œdème inflammatoire de la muqueuse sinusienne sont insuffisants pour évoquer une opacité du sinus ou des sinus

Scanner : pas nécessaire, sauf dans les formes compliquées

Complications :

Locales (sinusite bloquée, passage à la chronicité), régionales (ostéite du maxillaire supérieur, extension de l'infection à l'orbite et aux bronches, rarement à l'endocrâne, à distance (extension de l'infection à la trachée, aux bronches, rarement à l'endocrâne, septicémie...)

Diagnostic différentiel :

Rhinite purulente banale, réchauffement de sinusite maxillaire chronique, tumeur nasosinusienne, carie dentaire pure, névralgie, algie vasculaire de la face

Les sinusites chroniques :

Causes :

L'évolution de l'inflammation aiguë des sinus vers une forme chronique peut avoir plusieurs causes :

Rhinopathies vasomotrices, Rhinopathies atrophique (ozène) et granulomatose (rhino sclérose), concha bullosa, tumeurs, corps étranger banal, corps étranger dentaire (aspergillose), immunodéficiences primaires ou secondaires.

Signes cliniques :

La douleur est le plus souvent absente, le signe clinique essentiel reste la rhinorrhée mucopurulente antéro-postérieure souvent fétide

La rhinoscopie antérieure met en évidence l'existence de pus au niveau du méat moyen et souvent des polypes qui occasionnent l'hyposmie

La pharyngoscopie découvre des traînées mucopurulentes sur la paroi postérieure du pharynx.

Signes paracliniques :

Les radiographies standard confirment le diagnostic en montrant une opacité du sinus atteint ou une opacité de tonalité métallique au centre de l'opacité (pâte dentaire ou calcification) évoquant une sinusite chronique aspergillaire.

Les clichés dentaires panoramiques et rétroalvéolaire évoquent une affection dentaire causale de la sinusite (sinusite odontogène)

L'examen tomodensitométrique souligne le degré de l'atteinte et la nature des lésions surtout douteuses (processus malin)

La sinuscopie (examen endoscopique du sinus) dans un premier temps permet d'explorer la cavité endosinusienne au cours du geste chirurgical

Dans les cas de polypes nasosinusiens, il faudra rechercher une maladie de Widal (intolérance à l'aspirine + polypose nasosinusienne + asthme bronchique)

L'identification du germe mis en cause et l'antibiogramme permettent une thérapie rationnelle.

Diagnostic différentiel :

Sinusite antérieure, rhinite purulente, ozène, corps étrangers, rhinite spécifique (syphilis, tuberculose), néoformations surinfectées des fosses nasales, algies craniofaciales, syndrome méningé, vertiges, névrite optique rétrobulbaire unilatérale (sclérose en plaquée) [13; 21;22;23].

III-MATERIELS ET METHODES :

1-Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans deux structures sanitaires.

A- Le centre de santé de référence de la commune IV (CSref CIV) du district de Bamako dans l'unité ORL.

Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de **37,68 km²** soit **14,11%** de la superficie du District de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du District qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune **III**,
- au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars **2001**).

Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale était estimée à **245 421** habitants en **2008** (source **DNSI**).

Structures communautaires de **2^{ème}** niveau :

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) à sa création (en **1981**) érigé en CSref en juin **2002** pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

a- Les locaux : le CSref CIV comprend :

- ⇒ 2 bureaux de consultation gynécologique,
- ⇒ 2 bureaux de consultation médicale,
- ⇒ 2 salles de consultation pédiatrique,
- ⇒ 1 bureau de consultation ophtalmologique,

- ⇒ 1 salle des urgences,
- ⇒ 2 blocs opératoires,
- ⇒ 1 salle d'accouchement,
- ⇒ 2 salles d'hospitalisation, dont :
 - * 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits
 - * 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits,
 - * 3 salles pour la médecine et la pédiatrie,
 - * 1 salle pour l'ophtalmologie avec 4 lits.
 - ⇒ 1 bureau de consultation prénatale,
 - ⇒ 1 bureau de consultation postnatale,
 - ⇒ 1 bureau de consultation ORL,
 - ⇒ 1 cabinet dentaire,
 - ⇒ 1 laboratoire,
 - ⇒ 1 DAT (Dispensaire Antituberculeux),
 - ⇒ 1 USAC (Unité de soins d'animations et de conseils),
 - ⇒ 2 salles de soins infirmiers,
 - ⇒ 1 morgue

b- Personnel : le Csref CIV emploie :

- ✓ 3 médecins gynécologues obstétriciens
- ✓ 1 médecin ophtalmologiste, Maitre assistant à la FMPOS
- ✓ 1 médecin spécialiste ORL, Maitre assistant à la FMPOS
- ✓ 1 médecin pédiatre qui est le médecin chef du CSREF
- ✓ 5 médecins généralistes,
- ✓ 25 sages-femmes,
- ✓ 5 assistants anesthésistes réanimateurs,
- ✓ 7 infirmiers d'état,
- ✓ 3 techniciens supérieurs,
- ✓ 2 assistants de laboratoire,

- ✓ 2 assistants en odontostomatologie,
- ✓ 2 assistantes en ORL,
- ✓ 10 aides-soignants,
- ✓ 1 gérante de pharmacie,
- ✓ 4 manœuvres,
- ✓ 3 chauffeurs,
- ✓ 7 comptables.

Remarque : A ce personnel, s'ajoute un nombre variable d'étudiants terminalistes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CSref. Leur nombre était estimé à **18** en Février **2011** dont 11 en Gynéco Obstétrique, 3 en ORL, 3 en Médecine et 2 en Ophtalmologie.

B- le CHU du point G : (c'est le plus vaste hôpital du mali).

Sa première pierre a été posée en **1906**, c'était un hôpital militaire érigé de nos jours en CHU ; il est situé sur la colline de Koulouba et doté de services de chirurgies et de médecines dont un service de pneumologie).

Le service de **Pneumo-physiologie du CHU du point G** est situé au sud-est de l'entrée principale, c'est un bâtiment d'un étage qui comprend :

Au rez-de-chaussée

- Une unité composée de 6 salles avec 20 lits pour l'hospitalisation des malades atteints d'affections respiratoires.
- 5 bureaux de médecins pour les consultations.
- 1 salle des internes.
- 2 bureaux pour les techniciens de santé.
- 1 salle de fibroscopie bronchique et de biopsie pleurale.
- 1 salle de soins.
- 1 salle de prélèvements et d'observations pour SEROFO (Centre de Recherche Pour le VIH et la Tuberculose).

- 1 salle pour les techniciens de surface.
- 2 magasins de stockage des médicaments et des matériels médicaux.

A l'étage :

- 1 unité composée de 15 salles d'hospitalisations avec 31 lits réservés aux malades tuberculeux
- 1 Une salle de conférence
- 1 salle pour les infirmiers

Le personnel :

Il est composé de

- 7 médecins dont 1 professeur ,5 spécialistes et 2 généralistes.
- 6 étudiants faisant fonction d'internes.
- 7 infirmiers.
- 1 technicien socio sanitaire.
- 1 aide soignante.
- 4 techniciens de surface.

2-Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective et transversale qui s'est déroulée de **Mai 2011 à octobre 2011.**

3-Critères d'inclusion :

Tout patient asthmatique souffrant d'affections ORL ou non consultant dans le service d'ORL du CSref CIV et dans le service de pneumologie du point G.

4-Critères de non inclusion :

Tout patient asthmatique ne souffrant pas d'affections ORL

Tout patient souffrant d'affections ORL mais non asthmatique

Les patients souffrant d'asthme et d'affection ORL non consentants

5-Echantillonnage :

L'échantillon était constitué exclusivement des patients ayant été consultés en ORL de la commune IV et ceux de Pneumologie du point G souffrant d'affections ORL et d'asthme . La taille est calculée selon la formule suivante :

$$n = \frac{z^2 p \cdot q}{I^2}$$

$$Z=1,96$$

p = prévalence de l'asthme ; P = 0,1409

i = précision = 10%

$$q = 1 - P ; q = 1 - 0,1409 = 0,8591$$

$$n = (1,96)^2 \cdot 0,1409 \cdot 0,8591 : (0,1)^2 = 46$$

6-variables de l'étude :

Sociodémographique : âge, sexe, profession, résidence.

Variables étudiées : fréquence, types d'affections **ORL**.

7-Collections et analyses des données :

Les données seront recueillies sur une fiche d'enquête et analysées sur le logiciel **SPSS 16**.

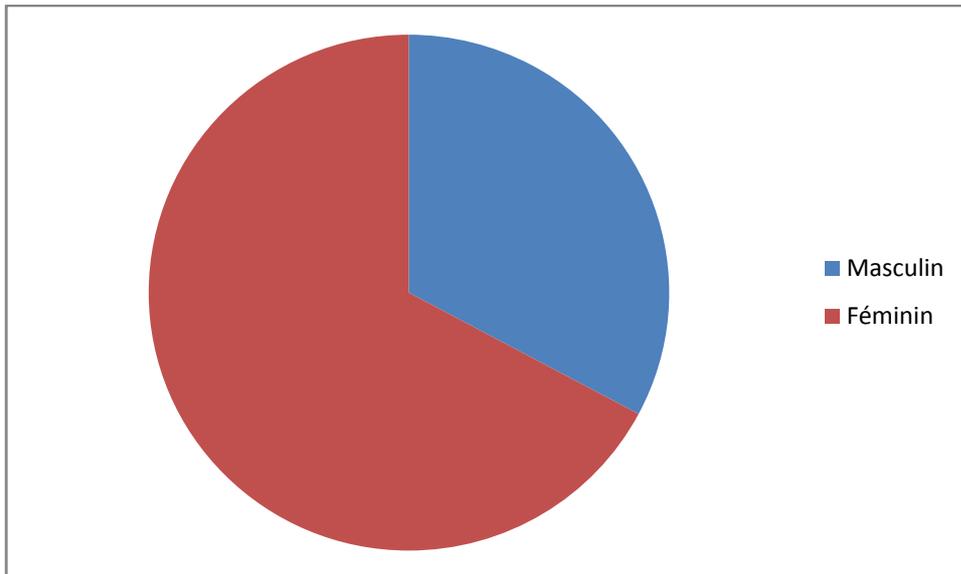
8- Considérations éthiques :

- Cette étude s'est déroulée avec l'accord des administrateurs des deux structures sanitaires (CHU du Point G et du CSref de la commune IV),
- le consentement éclairé des patients était verbal clairement expliqué toujours demandé et obtenu.
- Les résultats seront publiés sous le sceau de l'anonymat et ne feront l'objet d'aucune divulgation nominative.

RESULTATS :

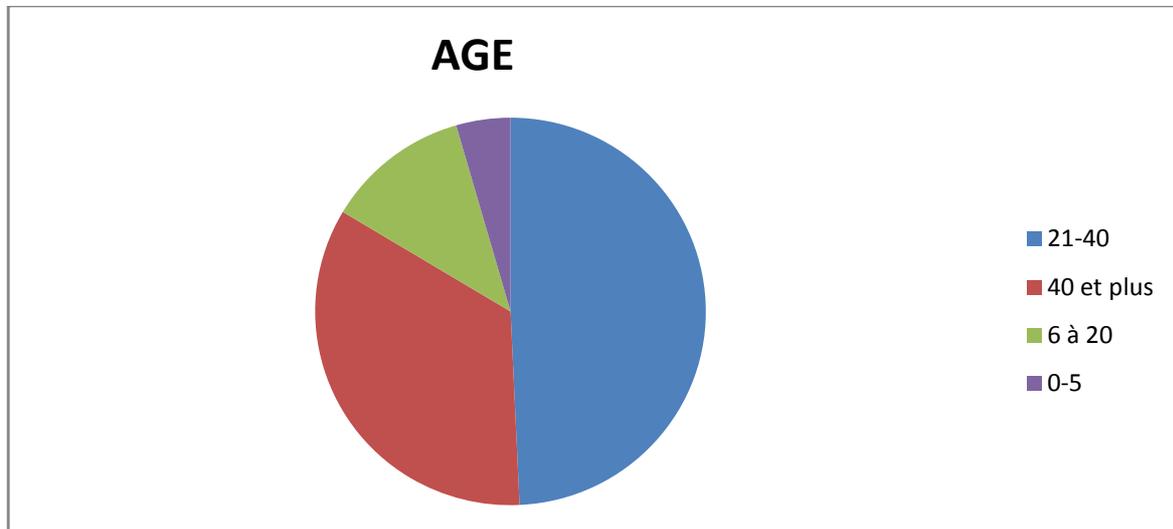
A Etude descriptive :

Figure III : Répartition selon le sexe



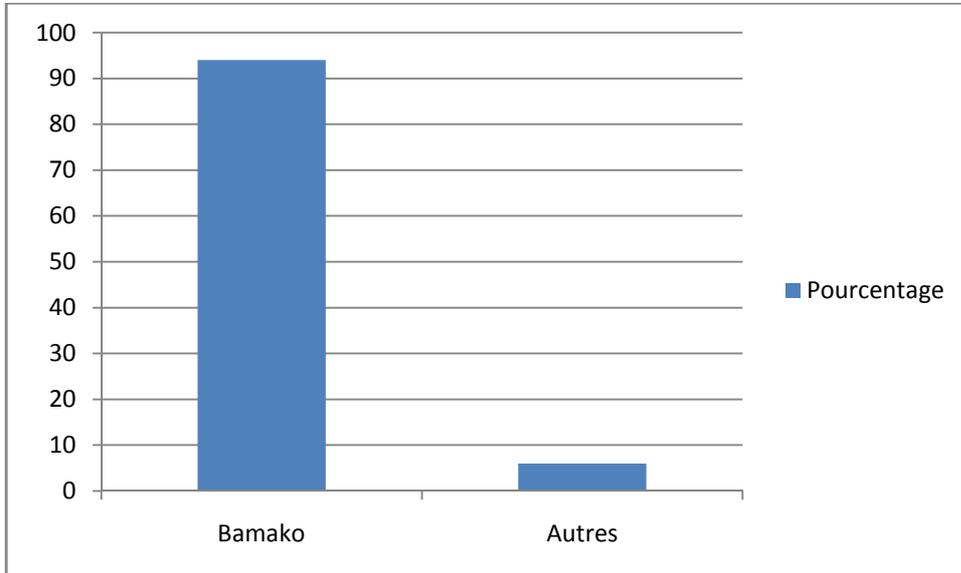
Le sexe **féminin** était prédominant avec **67,2%**

Figure IV : Répartition selon l'âge



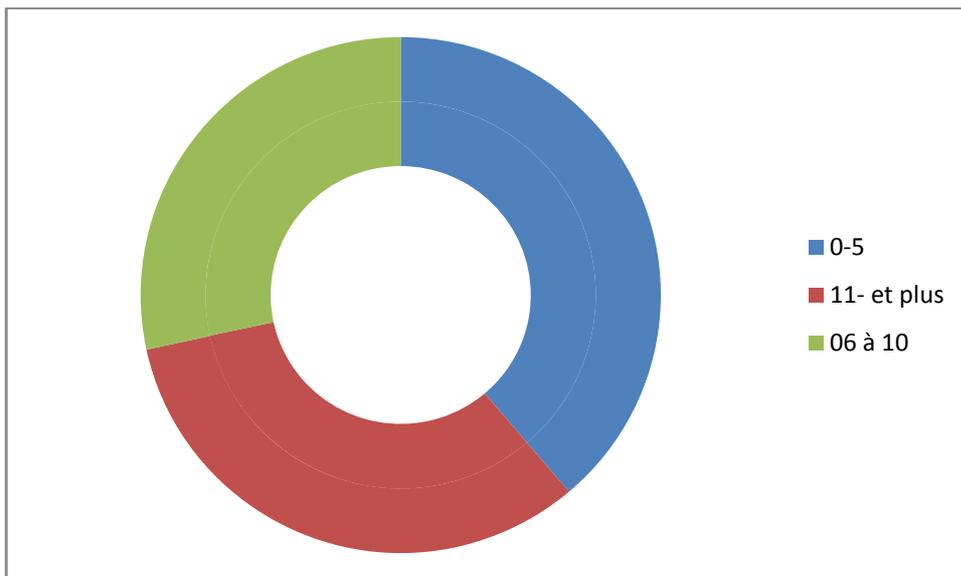
La tranche d'âge la plus représentée était celle de **21 à 40 ans (49,3%)** avec les extrêmes allant de **[7mois- 80 ans]**

Figure V: Répartition selon la résidence



La presque totalité de nos malades résidaient à Bamako (**94%**)

Figure VI: Répartition selon la durée de l'asthme



La durée de l'asthme chez **38,8%** des patients variaient entre **0-5 ans**

Tableau I: Répartition selon la profession

| PROFESSION | | |
|-------------------|------------------|--------------------|
| <i>Profession</i> | <i>Fréquence</i> | <i>Pourcentage</i> |
| Ménagère | 23 | 34,3 |
| Fonctionnaire | 21 | 31,3 |
| Autre | 17 | 25,4 |
| Commerçant | 3 | 4,5 |
| ouvrier | 1 | 1,5 |
| Total | 67 | 100,0 |

(Autre : scolaire, sans emploi, couturière)

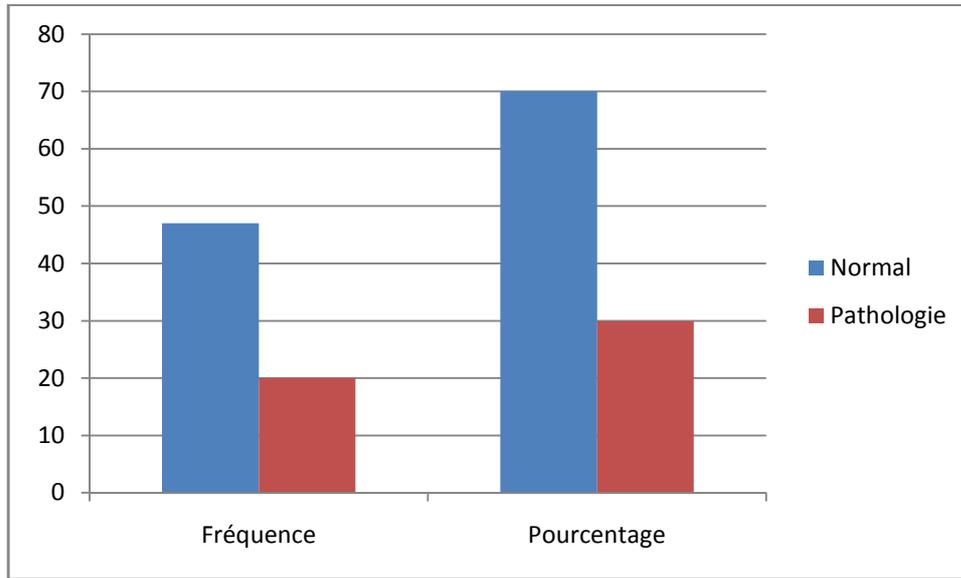
La profession dominante était les ménages avec **34,3%**

Tableau II: Répartition selon les facteurs allergiques et le mode de vie

| Facteurs allergiques / Mode de vie | | |
|---|------------------|--------------------|
| <i>Mode de vie</i> | <i>Fréquence</i> | <i>Pourcentage</i> |
| Poussière, fumée | 29 | 43,3 |
| Fraicheur | 12 | 17,9 |
| Poussière, fraicheur | 10 | 14,9 |
| Fumée, odeur | 3 | 4,5 |
| effort | 2 | 3,0 |
| Odeur, fraicheur | 1 | 1,5 |
| Effort, fraicheur | 1 | 1,5 |
| Fraicheur, effort | 1 | 1,5 |
| Tabac | 0 | 0 |
| Alcool | 0 | 0 |

La poussière et la fumée sont les plus retrouvés avec **43,3%**

Figure VII : Répartition selon les résultats de la radiographie des sinus



La radio des sinus a montré une sinusite dans 29,9%

Tableau III: Répartition selon les pathologies ORL retrouvées

| PATHOLOGIES ORL | | |
|--|------------------|--------------------|
| <i>Pathologie ORL</i> | <i>Fréquence</i> | <i>Pourcentage</i> |
| Rhinite allergique | 40 | 59,7 |
| Sinusite | 19 | 28,4 |
| Rhinite allergique + Otite Moyenne Aigue | 3 | 4,5 |
| Rhinite allergique +angine+Déviation septale | 2 | 3,0 |
| Rhinite hypertrophique + sinusite | 1 | 1,5 |
| Rhinite allergique + Otite Externe | 1 | 1,5 |
| Phlegmon périamygdalien | 1 | 1,5 |
| Total | 67 | 100,0 |

La rhinite allergique est la plus représentée avec 59,7%

B- ETUDE ANALYTIQUE :

Tableau IV: Rapport Pathologies / Age

| PATHOLOGIES ORL | Age | | | | | | | | Total | |
|--|----------|------------|----------|-------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| | 0-5 ans | | 6-20 ans | | 21-40 ans | | 40 et Plus | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Rhinite allergique | 1 | 33,3 | 5 | 62,5 | 20 | 60,60 | 14 | 60,86 | 40 | 59,70 |
| Rhinite allergique+OMA | 1 | 33,3 | 0 | 0 | 2 | 6,06 | 0 | 0 | 3 | 4,47 |
| Rhinite allergique+Angine+dévi- ation septale | 0 | 0 | 1 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 4,34 | 2 | 2,98 |
| Sinusite | 0 | 0 | 2 | 25 | 10 | 30,30 | 7 | 30,43 | 19 | 28,35 |
| Sinusite+Rhinite hypertrophique | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,03 | 0 | 0 | 1 | 1,49 |
| Rhinite allergique +OE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4,34 | 1 | 1,49 |
| Phlegmon périamygdalien | 1 | 33,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 3 | 100 | 8 | 100 | 33 | 100 | 23 | 100 | 67 | 100 |

Ch²=36,403

p=0,006

La rhinite allergique était la plus fréquente dans la tranche d'âge de **6-20 ans** avec **62,5 %**.

Il n'existe pas de relation entre l'âge et la survenue des pathologies ORL.

Tableau V: Rapport Pathologies / Sexe

| Pathologie ORL | Sexe | | | | Total | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Masculin | | Féminin | | | |
| | n | % | n | % | N | % |
| Rhinite allergique | 16 | 72,72 | 24 | 53,33 | 40 | 59,70 |
| Rhinite allergique+OMA | 0 | 0 | 3 | 6,66 | 3 | 4,47 |
| Rhinite allergique+Angine+Déviation septale | 1 | 4,54 | 1 | 2,22 | 2 | 2,98 |
| Sinusite | 4 | 18,18 | 15 | 33,33 | 19 | 28,35 |
| Sinusite+Rhinite hypertrophique | 0 | 0 | 1 | 2,22 | 1 | 1,49 |
| Rhinite+OE | 0 | 0 | 1 | 2,22 | 1 | 1,49 |
| Phlegmon périamygdalien | 1 | | 0 | 0 | 1 | 1,49 |
| Total | 22 | 100 | 45 | 100 | 67 | 100 |

Ch²=6,884

p= 0,332

Le sexe masculin était le plus atteint par la rhinite avec **72,72%** et **33,33 %** du sexe féminin étaient atteints de sinusite
Il existe une relation entre le sexe et la survenue des pathologies **ORL**.

Tableau VI: Relation Durée de l'asthme / Age :

| Age | Durée | | | | | | | |
|-------------------|---------|-------|----------|-------|------------|--------------|-------|--------------|
| | 0-5 ans | | 6-10 ans | | 11 et Plus | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 0-5 ans | 3 | 11,53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4,47 |
| 6-20 | 2 | 7,69 | 6 | 31,57 | 0 | 0 | 8 | 11,94 |
| 21-40 | 13 | 50 | 8 | 42,10 | 12 | 54,54 | 33 | 49,25 |
| 40 et Plus | 8 | 30,76 | 5 | 26,31 | 10 | 45,45 | 23 | 34,32 |
| Total | 26 | 100 | 19 | 100 | 22 | 100 | 67 | 100 |

On remarque que la tranche d'âge de **21- 40 ans** avait leur asthme il y a plus de **11 ans**.

Il n'existe pas de relation entre l'âge et la survenue de l'asthme

$\chi^2=15,457$

(p: 0,017)

Tableau VII: Relation Age / Sexe :

| Age | Sexe | | | | | |
|-------------------|----------|--------------|---------|--------------|-------|-------|
| | Masculin | | Féminin | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 0-5 ans | 1 | 4,54 | 2 | 4,44 | 3 | 4,47 |
| 6-20 | 4 | 18,18 | 4 | 8,88 | 8 | 11,94 |
| 21-40 | 9 | 40,90 | 24 | 53,33 | 33 | 49,25 |
| 40 et Plus | 8 | 36,36 | 15 | 33,33 | 23 | 34,32 |
| Total | 22 | 100 | 45 | 100 | 67 | 100 |

La tranche d'âge **21-40 ans** était la plus atteinte dans les deux sexes

Il existe une relation hautement significative et médiane entre l'âge et le sexe

$\chi^2=1,572$

(p : 0,666)

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1-Fréquence :

Durant notre période d'étude dans le service de pneumologie nous avons enregistré 1028 patients en consultations et parmi ceux-ci il y avait 110 asthmatiques ce qui donne une fréquence de la maladie asthmatique de 10,70% ce taux est inférieur à celui de Touré en 1981 et de Toloba Y en 1999 qui avaient respectivement trouvé 12% et 14% [24;25].

2- Aspect sociodémographique :

Age :

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était de 21- 40 ans ceci est inférieur à la tranche d'âge de vaitheeswaran natanayan et coll qui était de 5-12ans [26].

Le sexe :

Le sexe féminin était prédominant avec 67,2% ce résultat est supérieur à celui de N Koffi et coll qui avaient retrouvé 56% de femmes [4] ainsi qu'à celui de Devaki Perumal Rajaran et coll qui ont retrouvé dans leur étude un taux de 61% [26].

Résidence :

La presque totalité de nos malades résidaient en zone urbaine avec 94% ceci s'explique parce que les services de référence et la majorité de nos spécialistes sont en ville et aussi par le fait qu'il y a plus de pollutions atmosphériques (gaz et fumée).

3- Facteurs allergisants :

Les facteurs favorisant les plus fréquents étaient la Poussière, la fumée, la fraîcheur, forte odeur. Ce résultat est égal à celui de Toloba Y [25] et James E Gerace [5] qui avaient aussi trouvé dans leur étude les mêmes facteurs.

4- Les Pathologies ORL retrouvées en association avec l'asthme :

La rhinite allergique est la plus représentée avec 59,7% ce résultat est supérieur à celui de Toloba Y (43,5%) [25] et de Na Adamilic (19,1%) [2] mais inférieur à celui de N Koffi et coll qui avaient un taux (78%) [4].

La sinusite est la seconde pathologie (28,4%) ceci est inférieur à celui de M.Amelik (86%), supérieur à celui de Toloba Y (8,7%) mais presque égale à celui de Devaki Perumal Rajaram (30%) [26].

Une autre étude réalisée en 2011 par Marseglia GL et coll [27] parle de l'association de ces pathologies.

5- Pathologies ORL retrouvées selon le sexe :

Le sexe masculin était le plus atteint par la rhinite allergique avec 72,72% et 33,33% du sexe féminin étaient atteints de sinusite, ce taux est inférieur à celui de Vaitheeswaram Natarayan et coll [26] qui avaient retrouvé 61%.

Une étude réalisée en 2006 par Ibiapina Cda C [17] avait montré que la sinusite associée à l'asthme était plus fréquente chez les femmes.

6-La durée de l'asthme :

La durée de détection de l'asthme chez 38,8% de nos patients variait entre 0-5ans, ce résultat est inférieure à celui de N Koffi et coll [4] qui avaient trouvés que 52% de leur patients vivaient avec l'asthme il ya plus de 15ans ce qui démontre la chronicité de l'asthme.

VI- CONCLUSION :

Au terme de cette étude menée dans les deux services de référence de prise en charge de l'asthme et des pathologies ORL (service de pneumologie du CHU de point G et l'unité ORL de la commune IV) nous concluons que :

- La maladie asthmatique représente 10,70% de consultations externes avec une prédominance du sexe féminin (67,2%).
 - La tranche d'âge la plus représentée était de 21-40 ans avec des extrêmes allant de [7mois- 80 ans].
 - La majorité de nos malades résidaient en zone urbaine (94%)
 - La profession dominante était les ménages avec 34,3%.
 - Les facteurs allergisants les plus retrouvés étaient la poussière, la fumée (43,3%), suivi de la fraîcheur (17,9%).
 - La rhinite allergique était la pathologie ORL la plus fréquemment associée à l'asthme (59,7%), suivie de la sinusite (28,4%). Nous avons retrouvé des associations d'affections ORL dont notamment :
La rhinite allergique + otite moyenne aiguë (4,5%), rhinite allergique + angine + Déviation septale (3%), rhinite hypertrophique + sinusite (1,5%),
Rhinite allergique + otite externe (1,5%), phlegmon périamygdalien (1,5%).
 - Le sexe masculin était le plus atteint par la rhinite allergique en association avec l'asthme (72,72%) contrairement à la sinusite que nous avons surtout retrouvé chez les malades de sexe féminin (33,33%).
- Cependant pour la prise en charge des patients asthmatiques en vue d'améliorer leur qualité de vie, une pathologie ORL doit être toujours éliminée.

VII-RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, il paraît opportun dans le but d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients asthmatiques de faire des suggestions à l'endroit :

Aux Autorités Sanitaires :

- Elaboration du programme de recherche sur la santé environnementale
- Elaboration d'un guide pour la prise en charge de l'asthme et les pathologies ORL.
- Rendre accessibles et à moindre coût les médicaments contre l'asthme et les autres maladies allergisantes.
- Former et recycler les personnels pour la prise en charge de ces pathologies.
- Equiper les services concernés en matériels adéquats pour le diagnostic et la prise en charge des malades.

Aux Personnels Sanitaires :

- Référer les malades suspects d'asthme et d'affections ORL en milieu spécialisé pour le diagnostic et la prise en charge.
- Informer, éduquer et sensibiliser les malades asthmatiques associés ou non à d'autres pathologies ORL sur la chronicité, sur les agents allergènes et sur les médicaments d'urgences.

Aux Malades :

- Ecouter et appliquer les conseils prodigués par son médecin

A la Population :

- Eviter l'automédication devant tout cas de difficulté respiratoire associée ou non à un rhume.
- Demander conseil à un personnel sanitaire devant les symptômes.

REFERENCES :

- 1. Pr Didier, Pr Godard, Pr Tillie-Lebond et Coll.** Asthme de l'adulte
Item 226. Collège des Enseignants de Pneumologie Référentiel pour la
préparation de l'ENC 2006.
- 2. Na. Adamiia, LD. Zhorzholiani, NSH. Mandzhavidze, et coll.**
Particularité de la session conjointe de cours de la rhinite allergique et
l'asthme bronchique dans la population des enfants d'âge scolaire.
Géorgie Nouvelle Méd. Avr. 2006 ; (133) : 74-7.
- 3. K.S. NGOUM ABDOU, N. KOFFI, M. BLESSEY et Coll.**
Allergies respiratoires de l'enfant et de l'adulte en milieu africain.
Approche épidémiologique par une enquête de Prick-test **Rev., fr
Allergol., 1999, 39 (7), 539-545 ;**
- 4. N. KOFFI, K. NDRI, E.AKRE-ETTE et Coll.** Panorama des
anomalies ORL chez l'asthmatique Adulte Africain. **Médecine
d'Afrique Noire : 2000, 47 (12)**
- 5. James E. Gerace.** Infections des sinus et l'asthme. **Web MD
Médical Référence 2009.**
- 6. Mathieu Ozanam.** L'allergie, une maladie bénigne ? -Mis à jour le
19 février 2009 Medec 2002.
- 7. M Aharmier, A.Elmerini, S. Ebouge et coll** Prévalence de la rhinite
allergique chez les patients asthmatiques. **Revue des maladies
respiratoires. Janvier 2012 vol 29.P :60**
- 8. Le magnétisme : santé et maladie. Wikipédia du jeudi 25 mars-
10 :06**
- 9. Pascal Demoly.** La rhinite allergique et son impact sur l'asthme.
**Revue Française d'allergologie et d'immunologie clinique ARIA
2008 46 (2006) 59-S13**

10. **Bousquet.** Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) **Allergy 2008 ; 63 (Suppl. 86) P: 8-160**
11. **Mahmoud Zureik.** *Rhinitis and onset of asthma : a longitudinal population-based study, étude conduite par le laboratoire d'épidémiologie des maladies respiratoires de l'Unité Inserm 700.* **The Lancet du 20 septembre 2008**
12. **Mathieu Ozanam.** L'allergie, une maladie bénigne ? -Mis à jour le **19 février 2009 Medec 2002.**
13. **SACKO HB.** Essentiel en ORL et Pathologies de la face et du cou (1^{ère} édition, Bamako, février 2002)
14. **Appareil respiratoire** wikipédia ; encyclopédie libre (App respiratoire) consulté le 07 juillet 2012 à 20h 45mn
15. **Institut français de chirurgie** du nez et des sinus (**IFCNS : Anatomie et fonction du nez**) 26 avril 2011
16. **HIMA Hadiza épouse LERIBLE ;** Prise en charge des sinusites maxillaires purulentes au Mali ; **Thèse de médecine P : 88, 2000.**
17. **Ibiapina Cda C, Sarinho ES, da Cruz Filho AA et coll.** Rhinite, sinusite et l'asthme: difficile de dissocier ? **J Bras Pneumol. 2006 Jul-Aug; 32 (4) :357-66.**
18. **Jani AL, Hamilos DL.** La réflexion actuelle sur la relation entre la rhinosinusite et l'asthme. **J asthme 2005;42:1-7.**
19. **Krajewski Z.** Prévalence de la sinusite nasale chez les enfants atteints d'asthme bronchique - **Pneumonol Alergol Po. 1997; 65 Suppl 1:40 - 3.**
20. **Businco L, et al.** Aspects cliniques et thérapeutiques de la sinusite chez les enfants atteints d'asthme bronchique. **Int J. Paediatr Otorhino Laryngol. 1981 Dec; 3 (4): 287-94.**

- 21.A.AG Mohamed, Sacko HB.** Profil bactériologique des sinusites maxillaires purulentes observées dans le **service ORL de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako(Mali) Mali Médical 1995 10(1&2), 9-11.**
- 22.Sacko. HB, Ag. Mohamed A;** Etude bactériologique des sinusites maxillaires purulentes au Mali. Service ORL Hôpital Gabriel Touré (**Bamako**). **LXXXXe** Congrès Français d'Oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 20-23 septembre 1993 Paris(France).
- 23.Sacko HB ;** Etude clinique et épidémiologiques des sinusites maxillaires purulentes **à l'Hôpital Gabriel Touré.** Service ORL Hôpital Gabriel Touré **Bamako Mali ; IIIème** congrès ordinaire de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale (**SMORL**)] **Bamako 26 août 2000.**
- 24.Sacko HB, Lérible HH, A. AG Mohamed et coll.** Motifs de consultation pour sinusites maxillaires dans le service ORL de l'Hôpital Gabriel Touré (Bamako) Mali. Premières journées médico-chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré **12-13 janvier 2001.**
- 25.Yacouba Toloba ;** Etude de la prise en charge de l'asthme en milieu hospitalier spécialisé à Bamako (Mali) ; **Thèse de médecine 1999.**
- 26.Devaki Perumal Rajaram, Vaitheeswaram Natarayan ;** Traiter coexistence sinusite est-il bénéfique dans le traitement de l'asthme chez les enfants ? **Journal de la recherche clinique et de diagnostic [série en ligne] Avril 2012 28; 6:286-288.**
- 27. Marseglia GL, Merli P, D Caimmi et coll.** Maladie nasale et asthme La Rosa 2011,oct ; 24 (suppl) :7
- 28.Huang JL.** Sinusite et asthme bronchique chez les enfants. **Zhanghua Min Guo Xiao Er Key, Yi Xue Hui, Za Zhi 1995. Janvier-février; 36 (1): 23.**

- 29. Tosca MA, Cosentino C, E Pallestrini, et al.** Amélioration des paramètres cliniques et immunopathologiques chez les enfants asthmatiques qui ont été traités pour la rhinosinusite chronique concomitante. **Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 91:71-78.**
- 30. Tsao CH, Chen LC, Yeh KW, Huang JL.** Un traitement concomitant de la sinusite chronique chez les enfants atteints d'asthme léger: l'effet sur l'hyperréactivité bronchique. **Poitrine 2003 123:757-64.**
- 31. Marney SR.** Physiopathologie de la maladie réactive des voies aériennes et la sinusite. Département de médecine, **Ann Otol Rhinol Laryngol. 1996 Feb; 105 (2) 98-100.**
- 32. Marseglia GL, Merli P, D Caimmi et coll.** Maladie nasale et asthme La Rosa 2011, oct ; 24 (suppl) :7
- 33. M. Amelink, J. van den Bergh, B. van den Berg et coll.**
Prévalence des relations nasosinusale dans l'asthme d'apparition récente chez les adultes **2006**
- 34. Sacko HB ; Les Rhinopathies chroniques en milieu tropical : données actuelles et attitudes pratiques ;** Unité ORL du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ; VIIème congrès de la société ORL et de Chirurgie Cervico-faciale des pays d'Afrique Francophone(SORLAF) Brazzaville, les **13-14-15 Décembre 2005.**
- 35. Sacko HB ;** Environnement et organes des voies respiratoires inférieures (larynx, trachée, bronches) ; Unité ORL du centre de santé de référence de la commune IV du district de **Bamako(Mali).**
IIIème congrès de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico- faciale (SMORL)] Bamako Décembre 2009.
- 36. Sacko. HB, A.AG. Mohamed.** Evaluation de l'efficacité clinique et de

la tolérance de la cétirizine dans le traitement de la rhinite allergique.

Médecine d'Afrique noire : 1996, 43(4), 246-248.

37. Sacko. HB, A .Ag. Mohamed, S. Diallo et coll. Valeurs de la cytologie nasale dans les Rhinopathies chroniques (analyse de 93 prélèvements).

Xèmes journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso) 19 Mai 2000.

Fiche signalétique

Nom : DICKO

Prénom : Hawa Mohamed

Année 2011- 2012

Titre : RELATION ENTRE ASTHME ET PATHOLOGIES ORL AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G ET AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Résumé :

Introduction :

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes inférieures, elle est actuellement la plus fréquente des maladies chroniques des voies aériennes inférieures.

L'asthme peut être associé à certaines pathologies orl (Les rhinites, dont la rhinite allergique surtout et les rhino-sinusites).

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée de Mai 2011 à octobre 2011 dans le service de pneumologie du point G et dans le centre de santé de référence commune IV dans l'unité ORL du district de Bamako.

L'enquête était menée à l'aide d'une fiche d'enquête adressée aux patients.

Résultats : l'échantillon était composé de 67 patients. La tranche d'âge la plus représentée était de 21-40 ans avec une prédominance féminine (67,2%).

La majorité de nos malades résidaient en zone urbaine (94%). La profession dominante était les ménagères avec 34,3%.

Les facteurs allergisants les plus retrouvés étaient la poussière, la fumée (43,3%), suivi de la fraîcheur (17,9%).

La rhinite allergique était la pathologie ORL la plus fréquemment associée à l'asthme (59,7%), suivie de la sinusite (28,4%). Nous avons retrouvé des associations d'affections ORL dont notamment :

La rhinite allergique + otite moyenne aiguë (4,5%), rhinite allergique + angine + Déviation septale (3%), rhinite hypertrophique + sinusite (1,5%), rhinite allergique + otite externe (1,5%), phlegmon périamygdalien (1,5%). Le sexe masculin était le plus atteint par la rhinite allergique en association avec l'asthme (72,72%) contrairement à la sinusite que nous avons surtout retrouvé chez les malades de sexe féminin (33,33%).

Conclusion:

Au terme de cette étude menée dans les deux services de référence de prise en charge de l'asthme et des pathologies ORL (service de pneumologie du CHU de point G et l'unité ORL de la commune IV) nous concluons que : pour la prise en charge des patients asthmatiques en vue d'améliorer leur qualité de vie, une pathologie ORL doit être toujours éliminée.

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