

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

MORBIDITE EN CONSULTATION EXTERNE DANS LE SERVICE D'ORL-CCF DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV : BILAN DE 11 MOIS D'ACTIVITE

Présentée et soutenue publiquement le 16/08/2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par **M. Mohamed TOURE**

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

JURY

Président : Pr TIMBO SAMBA KARIM

Membre: Dr SISSOKO MAMA SY KONAKE

Co-directeur: Dr SIDIKI DAO

Directrice de Thèse : Pr DOUMBIA KADIDIATOU SINGARE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DEDICACES

Louange à Allah « Qui a enseigné par la plume, a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas. » Le saint coran Sourate 96 l'Adhérence <verset 4– 5> qu'Il soit loué, ALLAH le Très Haut, le Très Grand, le Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout Puissant, le Très miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme. Que la paix et le salut soient sur le PROPHETE MOHAMED, sa famille et ses compagnons.

Je dédie ce travail ...

❑ A mon cher père : Mahamadou TOURE

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Homme de vertu, de rigueur, tu resteras pour nous le papa exemplaire que tout enfant souhaiterait avoir.

Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

❑ A ma mère Aïssata TOURE

Pour l'affection, la tendresse et l'amour dont tu m'as toujours entouré, pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve, pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester. Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Trouve dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

❑ A mon oncle Fodé TOURE

Cher père, seul Dieu a une récompense à la hauteur de tes efforts à notre égard, car tes conseils et bénédictions n'ont jamais fait défaut pour la réussite de nos études. Ce travail est le fruit de ton soutien.

☐ A ma grande mère Manthiaba Sambaké :

Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi, tes encouragements et tes soutiens n'ont jamais fait défaut. Trouve ici mes sincères remerciements.

☐ A mes tantes Oumou et Tata TOURE :

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, pour vos soutiens, vos conseils et vos bénédictions. Recevez ici toute mon estime et ma profonde reconnaissance.

☐ A mon oncle et beau-père Amara TOURE:

Un bien fait n'est jamais perdu, les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer tout ce que j'approuve à ton endroit, je prie Dieu qu'il m'accorde le temps d'être reconnaissant toujours.

☐ A ma tante et belle-mère Oumou CAMARA :

Malgré la distance, tes conseils et bénédictions n'ont jamais fait défaut en mon égard, trouve ici l'assurance de ma reconnaissance.

☐ A mes sœurs et frères :

Vous avez montré par vos actes et vos soutiens moraux que le lien de sang ne ment pas et que nous sommes une famille soudée. La réussite de ce travail vous revient.

☐ A ma très chère bien aimée Manthiaba TOURE :

Les mots me manquent pour te dire combien j'ai été marqué par ta patience. Ce travail est le tien. Amour éternel.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit :

du corps Professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

Mes tontons et tantes :

Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi, vos encouragements et soutiens n'ont jamais fait défaut. Trouvez ici mes sincères remerciements.

Mes cousines et cousins :

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut.

Que nos liens fraternels se resserrent avec la bénédiction de Dieu et de nos parents.

Aux collègues de service

Aux personnels du service ORL-CCF et de l'unité d'échographie du CSRéf CIV, je ne sais comment vous remercier. En dehors des connaissances médicales. J'ai beaucoup appris sur le plan social.

Tous les faisant fonction d'interne du CSRéf CIV

Ce le moment de vous dire merci pour votre collaboration sereine et de votre esprit d'équipe.

Tout le personnel du CSRéf CIV

Ce le moment de vous dire également merci pour votre collaboration sereine et de votre esprit d'équipe.

❑ A tous amis de la côte d'Ivoire et du Mali

Par peur de ne pas en omettre, je me suis sciemment gardé de citer les noms. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et bon courage.

❑ A la 9^e promotion du numéris clausus

Nous avons passé des moments difficiles durant ces longues années mais il y a toujours de la lumière au bout du tunnel et le meilleur reste à venir. Je profite de ce moment pour vous dire merci.

❑ Aux différentes organisations étudiantes (Association des Étudiants Soninké et sympathisants du Mali (AESM), Association des Élèves et Étudiants Ressortissants du Bakhounou et Sympathisants (AEERBS), ...)

Ce fut fructueux de passer ces moments avec vous, que ce travail soit le témoignage de ma gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE JURY :

Professeur TIMBO SAMBA KARIM

- ✓ Professeur titulaire en ORL et CCF
- ✓ Président de la Société Malienne D'ORL et CCF (SMORL)
- ✓ Membre de l'Assemblée de la Faculté à la FMOS
- ✓ Membre de la Société Ivoirienne d'ORL
- ✓ Membre de la société d'ORL d'Afrique Francophone (SORLAF)
- ✓ Membre de l'institut Portmann
- ✓ Chef du DER de Chirurgie et spécialités
- ✓ Directeur médical du CHU Gabriel TOURE

Cher maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance.

Nous avons été impressionnés par votre personne, votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation et de méthode qui font de vous un maître exemplaire.

Homme de science éclairée, praticien infatigable, nous sommes très honorés de vous avoir comme président de ce jury ;

Nombreux sont ceux qui rêvent d'être parmi vos élèves ;

Trouvez ici cher maître, l'assurance de notre admiration et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr SISSOKO MAMA SY KONAKE

- ✓ Titulaire d'un Master en Santé Publique (Major de la 2^e promotion, option épidémiologie du DER de Santé Publique)
- ✓ Ancienne consultante à l'OMS pour la gestion de la crise humanitaire et investigatrice d'Ebola au Mali.
- ✓ Ancien médecin chef du CSRéf C IV
- ✓ Médecin chef du CSRéf C VI

Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations,

Nous avons été surpris par votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait,

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur DAO SIDIKI

- ✓ Médecin ORL et Chirurgien cervico-facial
- ✓ Praticien hospitalier au CSRéf CIV
- ✓ Ancien interne des hôpitaux
- ✓ Commissaire aux comptes de la SMORL

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous pour faire ce travail,

Votre dévouement envers les patients, votre simplicité, votre rigueur scientifique, vos conseils et votre amour pour le travail bien fait font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés,

A vos côtés nous avons appris à aimer l'ORL-CCF.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un modèle à imiter.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour le sacrifice consenti pour nous et pour tout le soutien que vous avez eus à déployer notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

PROFESSEUR DOUMBIA KADIDIATOU SINGARE

- ✓ Professeur Agrégé en ORL et CCF
- ✓ DIU en Cancérologie
- ✓ DIU en Pédagogie médicale
- ✓ Secrétaire Général de la SMORL
- ✓ Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone (SORLAF)

Cher maître,

C'était un véritable plaisir d'être encadré par vous pour l'élaboration de ce travail.

Nous tenons à vous remercier d'abord pour vos enseignements et vos conseils tout au long de ce travail.

Nous avons appris auprès de vous la rigueur scientifique.

Votre dévouement dans l'encadrement des étudiants et votre engagement perpétuel pour la promotion de la qualité des soins ORL font de vous un exemple à suivre.

Voici, l'occasion pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude tout en témoignant notre respect.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ABRÉVIATIONS ET SIGLES.

ADP : Adénopathies

AMALDEME : Association Malienne de Déficience Mentale

APEJ : Agence pour la Promotion de l'Emploi des jeunes

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACODJENEKA : Association de Santé Communautaire Djenekabougou

ASACODJIP : Association de Santé Communautaire Djicorni Para

ASACOHAM : Association de Santé Communautaire Hamdallaye

ASACOLA : Association de Santé Communautaire Lafiabougou

ASACOLABASAD : Association de Santé Communautaire Lassa Banconi Sanakoro
Diakoni

ASACOLA B5 : Association de Santé Communautaire Bougoudani - Taliko

ASACOSEK : Association de Santé Communautaire Sébénikoro

ASACOSEKASSI : Association de Santé Communautaire Sébénikoro extension
Kalabanbougou Sibiribougou

ASLO : Antistreptolysine O

CE : Corps étranger

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU – GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire

Coll : Collaborateurs

CSCOMs : Centre de Santé Communautaires

CSRéf : Centre de Santé de Référence

C4 : Quatrième vertèbre cervicale

C5 : Cinquième vertèbre cervicale

C6 : Sixième vertèbre cervicale

DAT : Dispensaire Anti Tuberculeux

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

FMOS-FAPH : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie – Faculté de
Pharmacie

IEC : Information, Education pour la Santé

MAE : Méat Acoustique Externe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMA : Otite Moyenne Aigue

OPN : Os Propres du Nez

ORL - CCF : Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico Faciale

PMI : Protection Maternelle infantile

PSTE : Pays Pauvre et Très Endetté

RGO : Reflux Gastro Œsophagien

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIS : Système Information sanitaire

USAC : Unité de Soins et d'Accompagnement

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Introduction :.....	1
Objectifs :.....	4
Généralités :.....	6
Méthodologie :.....	37
Résultats :.....	47
Commentaires et Discussion :.....	57
Conclusion et Recommandations :.....	63
Références bibliographiques :.....	66
Annexe :.....	71
· Fiche d'enquête	
· Fiche signalétique	
· Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La Santé selon l'organisation mondiale de la Santé (OMS) est un état complet de bien-être physique, mental et social. ^[1] Tout écart subjectif ou objectif à cet état de bien-être caractérise le concept de morbidité. ^[1] Le concept de morbidité est fonction de trois paramètres : le nombre de personnes malades, les maladies et la durée de la maladie.

L'Otorhinolaryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale (CCF) est une discipline médico-chirurgicale qui étudie l'anatomie, la physiologie, et la thérapie de la sphère otologique, rhinologique, laryngologique et cervicale. ^[1]

Les pathologies de ces régions sont diverses et concernent toutes les tranches d'âge. Elles sont infectieuses, inflammatoires, traumatiques, tumorales, malformatives, neuro sensorielles et chirurgicales. Font appel à ces pathologies plusieurs symptômes qui sont fonction d'organes atteints.

L'étroitesse des rapports de la sphère ORL avec certains organes nobles tels que : les orbites, les arcades bucco-dentaires, la sphère cérébrale et ses méninges et également le paquet vasculo-nerveux cervical ; confère à certaines de ces pathologies une particularité clinique en terme de complication. ^[2]

La fréquence de ces pathologies a été rapportée par les auteurs.

Cependant en France, il a été noté que 60% de la médecine pédiatrique relève du domaine de l'ORL. ^[3]

Au Mali notamment à Bamako, une étude réalisée en 1991 qui a affirmé que 12% des consultations effectuées à l'hôpital Gabriel TOURE ont été enregistrées en ORL. ^[5]

Tandis qu'à Tombouctou, les études ont montré que la fréquence des pathologies ORL était de 11,22% au CSRéf de Goundam, 09,02% dans le CSCOM de Niafouké, 05,09% dans le CSCOM de Dianké et 3,55% dans celui de Léré. ^[4]

En 2012, dans la commune I du district de Bamako, une étude a recensé que les pathologies ORL représentaient 5% des consultations. ^[6]

Des travaux ont été certes réalisés sur cette morbidité, cependant, le nôtre est original afin de dresser un panorama des pathologies ORL et CCF en pratique urbaine.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Identifier les principales pathologies rencontrées en consultation externe dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako de Décembre 2016 à Octobre 2017.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les profils sociodémographiques des patients ;
- Déterminer la provenance des malades ;
- Déterminer les motifs de consultation ;
- Déterminer le profil des pathologies ou syndromes rencontrés.

GENERALITES

GENERALITES

1- Rappels :

I- Rappel anatomique et physiologique :

1. Oreille :

L'oreille est un organe neurosensoriel à double fonction : il assure l'audition et joue un rôle très important dans l'équilibre. Cet organe comprend 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. ^[1]

1.3. Oreille externe :

Elle est constituée par le pavillon et le méat acoustique externe (MAE). Cette partie collecte le son. Le MAE peut être assimilé à un diverticule cutané étendu de la conque à la membrane tympanique qu'il tapisse. ^[1]

1.2. Oreille moyenne :

Elle comprend un ensemble de cavités aériennes centré sur la caisse du tympan (ou tympanum), prolongé vers l'avant par le protympanum et la trompe d'Eustache et vers l'arrière par les cellules mastoïdiennes. ^[1]

1.2.1. La membrane tympanique :

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

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

1.2.2. Dans la caisse :

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

- En haut : l'attique ou l'épitympanum, elle correspond à la pars flaccida de la membrane tympanique ;
- En bas : l'atrium ou le mésotympanum, elle correspond à la pars tensa de la membrane tympanique ;^[1]

1.2.3. Les cellules mastoïdiennes :

Elles communiquent en avant avec l'attique par l'antre, cellule constante et relativement importante. Les autres cellules (la grosse cellule de Lenoir, les cellules sous antrales superficielles, les cellules sous antrales profondes) ont un développement qui varie considérablement d'un sujet à l'autre.^[1]

1.2.4. La trompe d'Eustache :

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

- Une partie osseuse : le protympanum mesurant 11 à 12 mm ;
- Une partie fibro-cartilagineuse ou trompe cartilagineuse mesurant 24 à 25mm.

Elle rétablit l'égalité pressionnelle et protège la membrane tympanique ainsi que l'oreille interne des à-coups pressionnels.^[1]

1.3. L'oreille interne :

Elle contient les organes neurosensoriels pour les deux grandes fonctions :

- Le canal cochléaire pour l'audition ;

- Les macules de l'utricule et du saccule et les cupules des canaux semi-circulaires. L'ensemble constitue le vestibule destiné à l'équilibre.

Le nerf auditif est constitué par les fibres cochléaires et les fibres vestibulaires qui gagnent le tronc cérébral et les noyaux correspondants des voies centrales :

- La voie vestibulaire ;
- La voie cochléaire centrale, bilatérale pour chaque oreille qui se projette sur le cortex auditif dans l'aire temporelle.

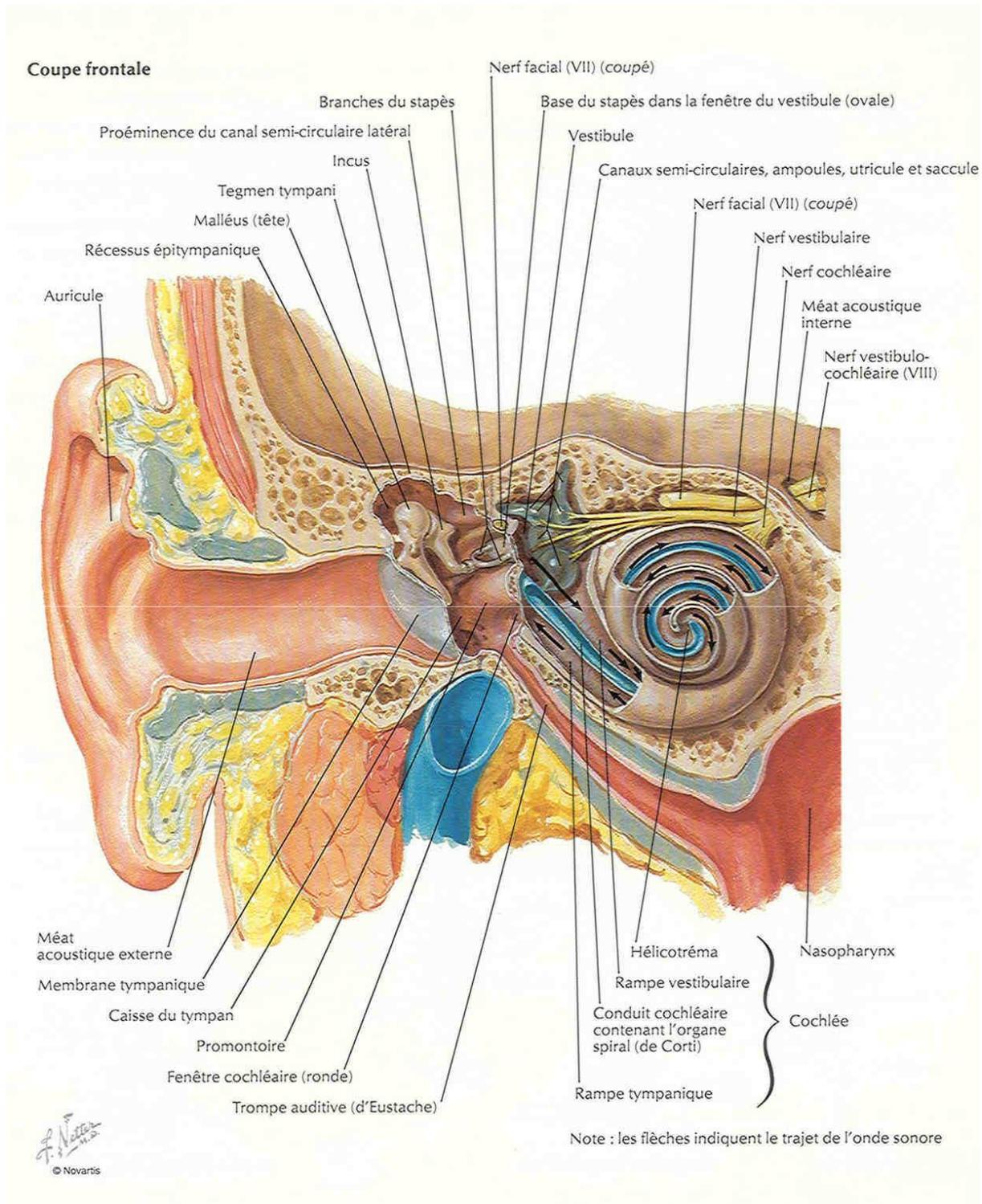


Schéma 1 : Coupe frontale de l'oreille. [36]

Source : FRANK. NETTER H, N.D. Atlas d'anatomie humaine.

2. Les fosses nasales et les sinus para nasaux :

2.1. Les fosses nasales :

Elles forment deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur, sous la partie médiane de l'étage antérieur de la base du crâne. Elles sont séparées par une cloison sagittale (septum), et protégées en avant par un auvent dénommé pyramide nasale. Leur paroi latérale joue un rôle considérable dans la physiologie respiratoire grâce aux cornets (inférieur, moyen et supérieur) qui augmentent considérablement la surface muqueuse et protègent les méats (inférieur, moyen et supérieur). ^[1]

Dans le méat moyen débouchent les sinus antérieurs, et dans le méat inférieur le canal lacrymal.

Richement vascularisées par deux systèmes artériels :

- Le système carotidien externe vascularise les fosses nasales par l'artère faciale en avant et l'artère maxillaire interne en arrière. La branche la plus importante de l'artère maxillaire interne pour la vascularisation des fosses nasales est l'artère sphéno-palatine; ^[1]
- Le système carotidien interne vascularise les fosses nasales par les artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches de l'artère ophtalmique.

Ces différents systèmes artériels s'anastomosent largement. Une région anastomotique a une importance particulière : « la tache vasculaire de **Kisselbach** » située à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale, génératrice de beaucoup d'épistaxis bénigne. ^[1]

2.2. Les sinus para nasaux :

Ce sont des cavités sinusiennes creusées dans les différents os de la charpente osseuse de la face. Tous les sinus sont tapissés d'une muqueuse de type respiratoire. A la naissance, il existe seulement le sinus ethmoïdal, les autres

sinus étant encore à un stade rudimentaire. Ils croissent lentement jusqu'à l'âge adulte. ^[1]

2.2.1. Le labyrinthe ethmoïdal :

Elles apparaissent vers le 5-6 mois de la vie intra-utérine sous forme de petit diverticules, à la naissance, les cellules sont sphériques, de 2 à 5 mm de diamètre ; à 4 ans, elles commencent à envahir le segment ethmoïdal du frontal ; à 12-13 ans le développement des cellules est terminé. ^[1]

2.2.2. Les sinus frontaux :

Ils s'individualisent des autres cellules ethmoïdales anatomiquement vers 2 ans et radiologiquement vers 6-8 ans. Leur développement n'est terminé que vers 15-20 ans. ^[1]

2.2.3. Les sinus maxillaires :

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

A 15 ans, la croissance s'arrête, sauf à l'extrémité postéro-inférieure qui ne prend sa forme définitive qu'après l'éruption de la dent de sagesse. ^[1]

2.2.4. Les sinus sphénoïdaux :

A 5 ans, volume d'un pois, à 12 ans la cavité n'occupe que la région antéro-inférieure du corps sphénoïde, mais s'individualise sur les radiographies. Vers 15 ans se terminent le développement. ^[1]

3. Pharynx et larynx :

3.1. Pharynx :

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

- Etage nasal : ouverture des fosses nasales par les choanes, et latéralement des trompes auditives : c'est le nasopharynx ;
- Etage buccal ou oropharynx qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier ;
- Etage inférieur ou hypopharynx ou laryngopharynx : s'ouvre en bas dans la bouche de l'œsophage. ^[1]

3.1.1. Nasopharynx ou rhinopharynx ou cavum :

Cette portion est purement aérienne, il entre en relation directe avec les fosses nasales en avant par les choanes, communique avec l'oreille moyenne par la trompe auditive latéralement et s'ouvre sur l'oropharynx en bas. Dans sa paroi postérieure, la tonsille pharyngienne qui est le segment dorsal de l'anneau de Waldeyer occupe la plus grande partie de la voûte pharyngée. Son augmentation signe une pathologie dénommée la végétation adénoïde. ^[1]

3.1.2. Oropharynx :

Il est limité en haut par la face antéro-inférieure du voile et l'ostium intra-pharyngien, latéralement par les fosses tonsillaires contenant les amygdales palatines dont l'inflammation est à l'origine des amygdalites, en avant par l'isthme du gosier et la base de la langue, en arrière par la paroi postérieure du pharynx et en bas par le plan virtuel horizontal passant au bord supérieur de l'épiglotte et au ras du corps de l'os hyoïde. ^[1]

3.1.3. Hypopharynx ou Laryngopharynx:

Il s'étend du bord supérieur de l'épiglotte au bord inférieur du cartilage cricoïde, ce qui correspond en arrière au corps des C4, C5, C6. Il est limité :

- En avant par la margelle laryngée et sa face postérieure (zone retro-cricoaryténoïdienne);
- En arrière la paroi postérieure de l'hypopharynx ;
- Latéralement, il présente les deux sinus piriformes qui s'étendent du pli pharyngo-épiglottique en haut à la bouche de l'œsophage en bas. ^[1] Ils sont le lieu préférentiel des cancers de l'hypopharynx.

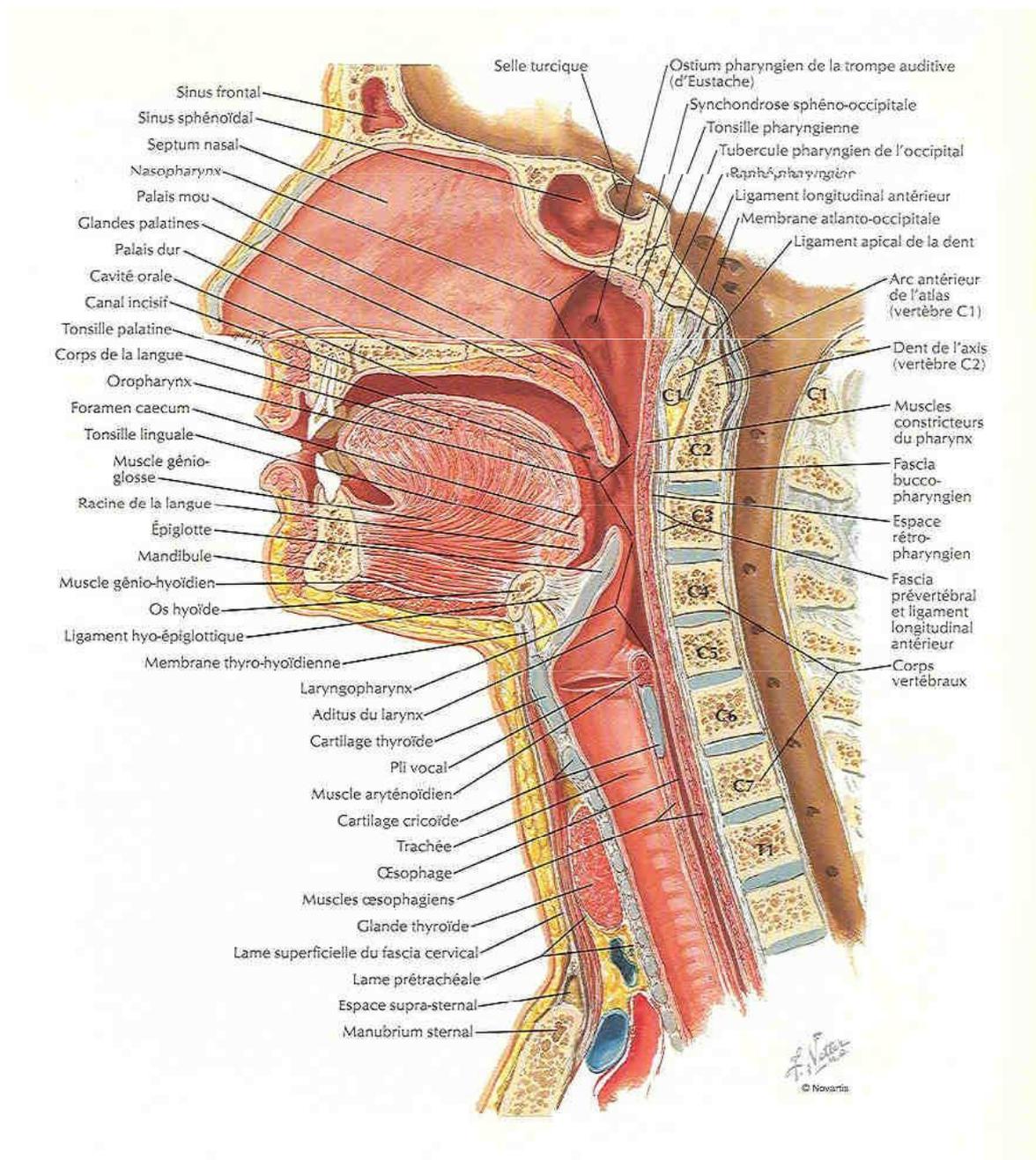


Schéma 2 : Coupe médiane du pharynx. [36]

Source : FRANK. NETTER H, N.D. Atlas d'anatomie humaine.

3.2 Le larynx :

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou. Il occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne en regard des vertèbres C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles. L'intérieur du larynx est divisé en trois étages par les deux cordes vocales : [7]

3.2.1. L'étage sus-glottique :

Il comprend le vestibule laryngé et le ventricule de Morgagni. Le vestibule laryngé : s'ouvre dans le pharynx par l'orifice supérieur du larynx appelé aditus ou margelle laryngée. On lui distingue quatre parois :

- En avant, l'épiglotte ;
- Latéralement, les deux bandes ventriculaires ;
- En arrière, l'échancrure inter-aryténoïdienne.

Le ventricule (de Morgagni) : c'est une dépression comprise entre la bande ventriculaire en haut et la corde vocale en bas. [1]

3.2.2. L'étage glottique :

On appelle glotte l'espace compris entre le bord libre des cordes vocales. Les cordes vocales ou plis vocaux : constituent l'élément noble du larynx. Ce sont deux rubans blanc nacré. Elles s'étendent de l'aryténoïde en arrière à l'angle rentrant du cartilage thyroïde en avant. Elles sont séparées en arrière par la région inter-aryténoïdienne qui constitue la commissure postérieure, les cordes se rejoignent en avant en formant la commissure antérieure. [1]

3.2.3. L'étage sous glottique :

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

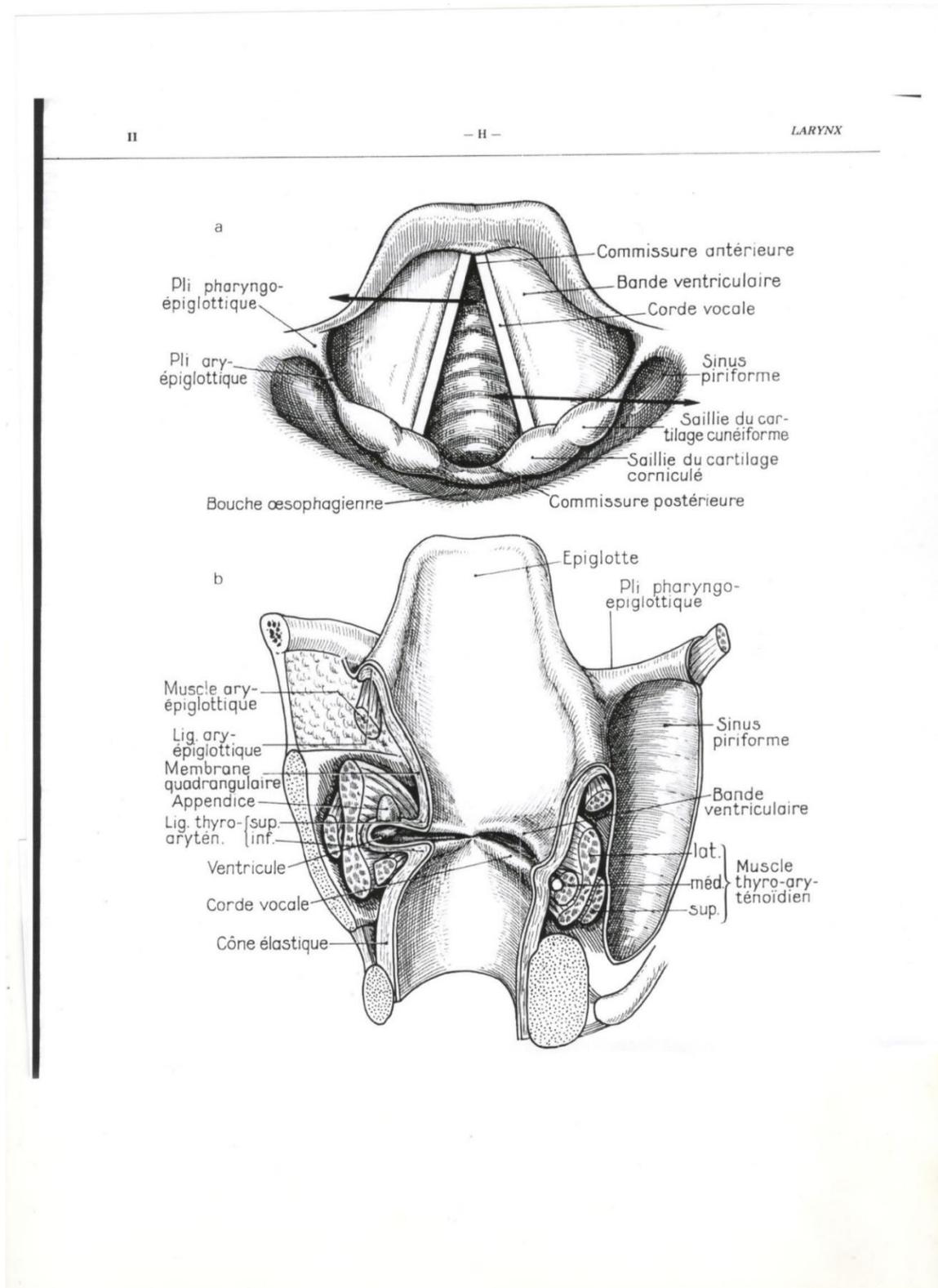


Schéma 3^[37] : La cavité endo-laryngée ; a) vue laryngoscopie, b) vue postérieure

Source : LEGNET F, PERLEMUTER L, VANDENBROUCK. Cahier d'anatomie.

4. Œsophage, trachée et bronches :

4.1. Œsophage :

C'est un conduit musculo-membraneux, qui fait suite au pharynx et achemine les aliments jusqu'à l'estomac. Il mesure 25 cm chez l'adulte, avec un diamètre moyen de 2-3 cm. Il est situé entre la colonne vertébrale et la trachée. Il traverse successivement la région cervicale, le médiastin postérieur, le diaphragme et se termine dans la région cœliaque. On peut observer quatre zones de rétrécissement physiologique : ^[8]

- Le sphincter supérieur de l'œsophage ou bouche de Killian;
- Le croisement avec l'aorte ;
- Le croisement avec la bronche souche ;
- Le sphincter inférieur de l'œsophage. ^[8]

4.2. Trachée et bronches :

La trachée est un conduit cervico-thoracique fibro-cartilagineux aërifère, oblique en bas et en arrière. Elle fait suite au larynx à hauteur de la sixième vertèbre cervicale. Elle se termine dans le thorax par la bifurcation en deux bronches principales au niveau du médiastin moyen. Ce conduit fibreux trachéal est renforcé par 15 à 20 anneaux cartilagineux. Ces anneaux sont incomplets dans leur quart ou leur cinquième postérieur.

La bronche principale droite fait un angle moyen de 25° avec l'axe trachéal : elle est courte (20 à 25 mm), verticale et de fort calibre (15 à 16 mm).

À l'opposé, la bronche principale gauche fait un angle moyen de 45° avec l'axe trachéal ; elle est plus longue (40 à 45 mm) que la droite, horizontalisée et de plus petit calibre (10 à 11 mm).

5. Les glandes du cou :

5.1. La thyroïde:

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

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

La thyroïde à une production endocrine double elle sécrète:

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

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

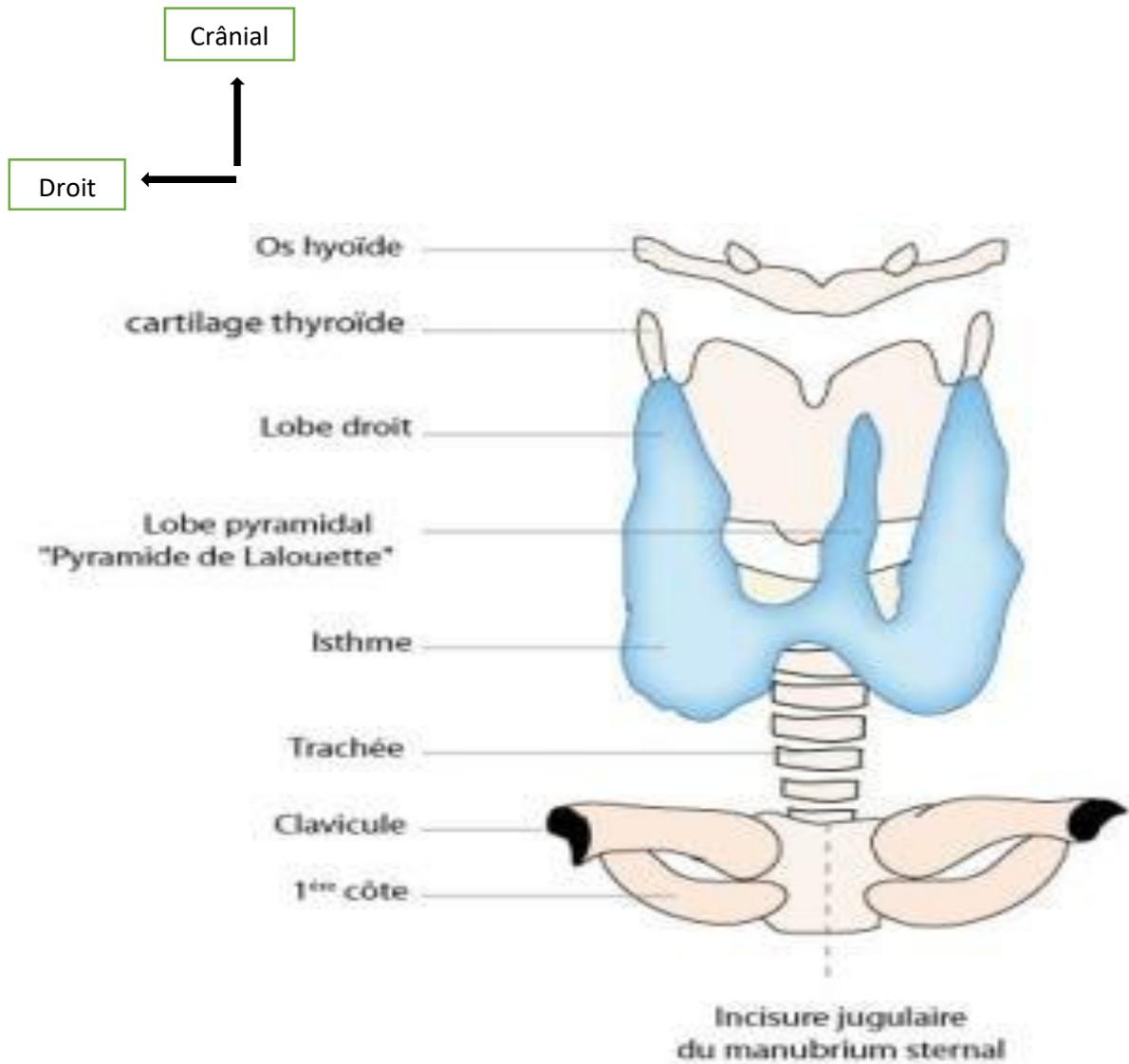


Schéma 4 ^[38] : Glande thyroïde: vue antérieure

5.2. Les glandes salivaires :

5.2.1. La glande parotide :

La plus volumineuse des glandes salivaires. Elle est de forme pyramidale avec des prolongements zygomatique, massétérin, cervical et latéro-pharyngée. Elle est située en avant du méat acoustique externe et englobe la branche montante de mandibule.

Son canal excréteur est appelé canal de Stenon, qui s'abouche au niveau de la muqueuse jugale en regard de la 2ème molaire supérieure. Les éléments qui passent dans cette glande sont :

a. Le nerf VII: les repères constants sont :

- la mastoïde, véritable promontoire du rocher ;
- l'arcade zygomatique, croisée par les filets de la branche temporo-faciale;
- le tragus ;
- le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien sur lequel chemine le plexus cervical superficiel. ^[9]

Le nerf facial divise la glande parotide en deux lobes. Il sort du trou stylomastoïdien, formant un tronc qui se divise en deux branches : une branche temporo-faciale et une branche cervico-faciale. ^[9]

b. Carotide externe: donnant sa branche auriculaire postérieure et se divisant en artère maxillaire et temporale superficielle.

c. Le plexus veineux intra-parotidien (veine jugulaire externe, temporale superficielle, maxillaire).

5.2.2. La glande sous maxillaire :

La glande sous-mandibulaire est située en avant de la région carotidienne et sous la région parotidienne. Ses rapports principaux se font essentiellement avec le pédicule facial, le nerf lingual en dedans et le rameau mentonnier le long du bord inférieur de la mandibule. En effet, en dehors l'artère faciale, branche de la

carotide externe, contourne le pôle inférieur de la glande pour cheminer le long du bord basilaire de la mandibule. La veine faciale, superficielle, est quant à elle située à la face profonde de l'aponévrose cervicale superficielle. Le rameau mentonnier cervical chemine entre l'aponévrose et le muscle peaucier. Le nerf lingual entre en rapport avec la face interne de la glande et contracte des rapports avec la glande par des fibres. ^[9]

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

[1]

B. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES RENCONTREES

B.1 L'otite moyenne aiguë

I. Généralités

I.1 Définition

L'otite moyenne aiguë est l'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne qui comprend non seulement la caisse du tympan, mais aussi la trompe et le revêtement des cellules mastoïdiennes. ^[10] Deux types sont décrits : les otites aiguës microbiennes extrêmement fréquentes et les otites moyennes aiguës non microbiennes représentées par les otites séreuses d'apparition brutales, le plus souvent d'origine traumatique. ^[10] Quel qu'en soit le mécanisme, le rôle majeur de l'éclosion de l'inflammation revient à la fermeture de la trompe d'Eustache par un processus soit de collapsus ou inflammatoire. ^[10]

I.2 Epidémiologie

L'otite moyenne aiguë est maximum entre 06 mois et 04 ans et se rencontre couramment jusqu'à 07 ans. ^[11] TRAN B H P et Coll trouvent que les otites moyennes aiguës sont essentiellement observées chez l'enfant, en particulier avant l'âge de 03 ans. Environ 70% des enfants font une otite aiguë avant l'âge de 03 ans. ^[12] Aux Etats- Unis, lors d'une étude prospective de 07ans, plus des trois-quarts (83%) des 498 enfants participant à l'investigation avaient présenté au moins un épisode d'OMA avant l'âge de trois ans et 45% avaient présenté au moins trois épisodes. ^[13]

II Signes ^[14]

II.1 Type de description : Otite moyenne aiguë de l'enfant

II.1.1 Signes

L'anamnèse doit rechercher :

- l'âge ; une fièvre +/- élevée ; l'évaluation de la douleur liée à l'otalgie ; un contexte de rhinopharyngite aiguë ; des facteurs de risques d'OMA récidivante et chronique :
 - rhinopharyngite à répétitions (+/- hypertrophie des végétations Adénoïdes),
 - RGO, allergie,
 - tabagisme passif,

II.1.1.1 Signes fonctionnels : Otagies : exprimés (à partir de 03 ans), et / ou équivalents : irritabilité, pleurs, insomnies (chez le nourrisson)

II.1.1.2 Signes généraux : fièvres, réduction de l'appétit, +/- vomissements alimentaires, douleurs abdominales.

II.1.2 Formes cliniques

II.1.2.1 Otite moyenne aiguë du nourrisson

Elle est fréquente, bilatérale et elle a souvent un retentissement important sur l'état général.

- La forme sthénique se manifeste comme chez le grand enfant par une otalgie (cris et pleurs intermittents spontanés ou à l'alimentation...) et par un tableau otoscopique flagrant.
- La forme asthénique se manifeste par des signes d'emprunt généraux : hyperthermie, chute pondérale, hypothrepsie, gastroentérite (pouvant aller jusqu'à la « toxicose »).

L'otoscopie montre des signes patents, ou peu significatifs : tympan simplement mat, givré (oto-antrite latente).

II.1.2.2 Otite moyenne aiguë de l'adulte

Beaucoup moins fréquente que celle du jeune enfant, elle a le même tableau clinique. Les formes torpides, asthéniques peuvent se rencontrer chez le vieillard ou le diabétique.

II.1.2.3 Otite moyenne aiguë nécrosante de la rougeole et de la scarlatine

Elle laisse comme séquelle une destruction tympanique importante.

II.1.2.4 Otite phlycténulaire.

En principe bénigne mais très douloureuse, elle se manifeste dans un contexte épidémique par une otorragie (écoulement séro-sanglant par l'oreille) et à l'otoscopie par des phlyctènes hémorragiques du tympan et/ou du conduit adjacent, associées de façon inconstante à un épanchement rétro-tympanique dans lequel *Haemophilus influenzae* ou le pneumocoque peut être isolé.

II.1.2.5 Otite barotraumatique

Épanchement séreux ou séro-hémorragique de la caisse du tympan, elle est consécutive à un accident pressionnel (plongée, aviation...), souvent favorisé par une dysperméabilité tubaire ou une obstruction nasale (déviation de la cloison, rhinite...). Elle se manifeste par une violente otalgie, une sensation d'oreille bouchée et une image otoscopique d'otite congestive. Elle guérit sans problème (spontanément ou par un traitement anti-inflammatoire), s'il n'y a pas de problème rhinopharyngé source de surinfection.

B2. LES ANGINES

I. Généralités

1. Définition :

Le terme « Angine » vient du latin « Angere » ou « j'étrangle ». C'est ainsi avant tout, la traduction d'un symptôme qui indique une constriction du cou, une impression d'étranglement et de douleur cervicale. Ce terme a été trop souvent rattaché à une inflammation des amygdales. En fait, il doit être associé à toute inflammation aiguë de l'oropharynx. Il est bien difficile de distinguer réellement les termes angine, amygdalite aiguë ou pharyngite aiguë.

L'angine est une inflammation aiguë de l'amygdale, douloureuse, fébrile, plus ou moins dysphagante, souvent accompagnée d'adénopathies satellites.

2. Epidémiologie :

L'angine aiguë est extrêmement fréquente (plus de 8 millions par an, en France) et dominée par le problème du streptocoque du groupe A. ^[15]

Au Bénin en 1999, Mbouapda a retrouvé que les angines représentent 1,55 % des affections ORL. ^[16]

Au Mali en 2006, les angines ont représenté 1,8 % des pathologies rencontrées dans le service d'ORL du CHU-GT avec un sex-ratio de 2,6 en faveur des femmes et la tranche d'âge la plus concernée a été de 20 à 24 (18,07 %). ^[17]

II. Signes : ^[18]

1. Type de description : les angines érythémato-pultacées

1.1. Signes cliniques :

1.1.1. Signes fonctionnels : une sensation de cuisson pharyngée, une dysphagie (odynophagie haute), une otalgie reflexe.

1.1.2. Signes généraux : une asthénie, des céphalées, une fièvre (38° -39°C).

1.1.3. Signes physiques : une rougeur diffuse, prédominant au niveau de l'amygdale, avec des enduits blanchâtres non adhérents ne dépassant pas l'amygdale ; des ADP cervicales sensibles.

1.2. Signes paracliniques :

- La culture du prélèvement pharyngé : le prélèvement de gorge reste l'examen fondamental pour préciser l'étiologie de l'angine.

- Les tests rapides d'identification du streptocoque : cette méthode permet un diagnostic en moins de 10 min au cabinet du médecin.

2. Formes cliniques :

2.1. Les formes non compliquées

L'examen permet ainsi de distinguer différentes variétés :

2.1.1. Angines pseudo-membraneuses : la diphtérie, la mononucléose infectieuse;

2.1.2. Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques:

· **L'atteinte peut être unilatérale :** il s'agit de l'angine de Vincent ou de l'angine ulcéreuse aiguë de Mours.

· **L'atteinte peut être bilatérale :** il s'agit des maladies hématologiques (agranulocytose, leucose aiguë) ou la mononucléose infectieuse.

- **L'ulcération peut être superficielle** : une aphtose de l'amygdale, un chancre syphilitique, une angine herpétique aigue de primo-invasion.

2.1.3. Les angines vésiculeuses : une herpangine, une angine herpétique

2.2. Les formes compliquées :

- **Complications loco-régionales** :

- le phlegmon péri-amygdalien : il associe une dysphagie très intense, un trismus, une fièvre à plus de 39°C et des ADP cervicales douloureuses.

A l'examen un refoulement de l'amygdale, un œdème asymétrique d'un pilier et de la luette.

- Une adénite et un adenophlegmon du cou.

- **Complications générales** : La septicémie; Les complications post streptococciques : ce sont essentiellement la glomérulonéphrite aiguë post streptococcique, le rhumatisme articulaire aigu, la cardite rhumatismale, la chorée, l'érythème noueux. Biologiquement, on note une augmentation très importante du taux des ASLO

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif : il s'agit d'un syndrome associant : la fièvre, l'odynophagie, et une modification de l'aspect de l'oropharynx (le plus souvent angine érythémateuse ou érythémato-pultacée)

2. Diagnostic différentiel:

- **Pharyngite** : une notion de RGO, une absence de fièvre

- **Cancer de la région amygdalienne** surtout chez un patient éthylo-tabagique.

B.3 RHINOPHARYNGITE

I Généralités

1. Définition

La rhinopharyngite désigne une inflammation modérée des voies aériennes supérieures d'origines infectieuses. Le terme de rhinopharyngite est spécifiquement français. Les auteurs anglo-saxons parlent de rhume (common cold) ou de upper respiratory tract infection (URI) pour décrire une inflammation aiguë des voies aériennes supérieures, et d'adénoïdite chronique (chronic adenoiditis) pour désigner une infection chronique des végétations adénoïdes responsable de rhinorrhées fébriles itératives ou d'obstruction des voies aériennes supérieures.^[19]

2. Epidémiologie.

Les rhinopharyngites représentent un problème de santé publique du fait de la fréquence des consultations médicales et des prescriptions, des jours d'absentéisme scolaire ou d'arrêt de travail et enfin des coûts induits par cette pathologie.^[20] Il s'agit de la première pathologie infectieuse de l'enfant et de la première cause de consultation en pédiatrie. En France, l'incidence annuelle des rhinopharyngites de l'enfant de moins de 7 ans est estimée à 5 millions.^[19]

3. Facteurs favorisants.

Les facteurs favorisants sont multiples : hypertrophie des végétations adénoïdes ; facteurs climatiques (printemps, automne) ; facteurs épidémiques (grippe...) ; mode de vie (crèche, école, milieu familial infectant, tabagisme passif); éruptives de l'enfance (rougeole, varicelle, scarlatine...) ; terrain, avec volontiers une notion familiale de « fragilité muqueuse », allergique ou non.

II. Diagnostic positif

Le tableau clinique associe de façon variable les symptômes suivants : rhinorrhée antérieure, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux.

III. Diagnostic différentiel

Il se pose rarement. En cas de rhinorrhée, la rhinite simple peut prêter à confusion. Elle est, la plupart du temps, associée à une rhinopharyngite.

En cas obstruction nasale : l'imperforation bilatérale du nouveau-né, l'imperforation unilatérale, tumeur bénigne (le fibrome nasopharyngien, tumeur saignante chez un garçon après 10 ans), tumeur maligne (les cancers du rhinopharynx).

IV. Evolution spontanée

La rhinopharyngite est pathologie bénigne, d'évolution spontanément favorable en 7 à 10 jours. Beaucoup de patients ayant une rhinopharyngite aiguë ne consultent pas de médecin. Si le patient consulte, un des rôles du médecin est de vérifier l'absence de complication.

B4. EPISTAXIS

I. GENERALITES :

1- Définition :

Les hémorragies nasales désignées en médecine sous le nom d'épistaxis qui vient du mot grec ("épié" qui veut dire sur et "staxis" qui signifie goutte à goutte). Elles peuvent s'extérioriser par les narines (épistaxis antérieure) ou par le rhinopharynx (épistaxis postérieure). Les épistaxis, urgences très fréquentes en ORL, peuvent n'avoir aucune signification pathologique ou être un symptôme d'une maladie connue ou méconnue. [21]

2- Epidémiologie :

La fréquence des épistaxis (environ 50 % de la population a présenté ou présentera un jour une épistaxis) s'explique par l'importante vascularisation des fosses nasales. [21]

Selon A. Chakibou les épistaxis ont représenté en 1996, 1,29 % des affections ORL au Benin. [22]

En 1994 au Mali, Ag. Mohamed et coll ont trouvé dans leur étude que cette affection représente 1,82% des motifs de consultation en ORL. [23]

II. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif est le plus souvent aisé voire évident lorsqu'on assiste à l'accident. Le tableau clinique est celui d'une hémorragie extériorisée par les fosses nasales le plus souvent et dont l'examen physique révèle que l'origine est nasale.

III. Diagnostic de gravité :

Il porte sur la présence de facteurs défavorisants et la présence de signes cliniques et biologiques de mauvais retentissement (quantité de sang perdu, notion de récurrence fréquent).

1. Facteurs défavorisants :

Il s'agit de l'âge (supérieur à 70 ans), de tares associées, de troubles de l'hémostase, de l'hypertension artérielle, de la durée de l'épisode hémorragique et de l'inefficacité des autres traitements.

2. Quantité de sang perdu :

L'épistaxis est minime lorsque la quantité de sang perdu est inférieure à 100cc ; moyenne abondance entre 100-500cc et de grande abondance lorsqu'elle est supérieure à 500 cc.

3. Signes cliniques de retentissement :

Il s'agit de l'hypotension artérielle, la tachycardie, la sueur, la pâleur et la dyspnée.

4. Signes biologiques de retentissement :

Il s'agit d'une anémie (inférieure à 10 g/dl), d'un hémocrite (inférieure à 35 %), d'une thrombopénie (inférieure à 80000). Nous parlerons donc d'épistaxis bénigne quand il n'y a aucun signe de retentissement tant clinique que biologique chez le patient et d'épistaxis grave chaque fois qu'il y a une épistaxis avec signe de retentissement ou de probabilité réelle de survenue de signes de retentissement.).

IV. Diagnostic différentiel :

Il se pose avec des saignements qui ne proviennent pas du nez, mais au cours desquels le sang est extériorisé par le nez :

- **Hématémèse** : le vomissement de sang.
- **Hémoptysie** : le crachement de sang provenant de la trachée, des bronches et des poumons ; au cours d'un effort de toux.

B5. LES CORPS ETRANGERS OESOPHAGIENS

I. Généralités :

1. Définition : un corps étranger œsophagien est défini comme une obstruction volontaire ou accidentelle, de la lumière œsophagienne par un obstacle exogène.

2. Epidémiologie :

Il a été le plus souvent rencontré chez l'enfant mais aussi chez l'adulte, souvent dans le cadre d'une pathologie psychiatrique ou neurologique ou chez le sujet âgé. Corps étrangers alimentaires sont plus volontiers l'apanage de l'adulte dans 68 à 84 % des cas. ^[24, 25]

On note une prédominance des CE métalliques à type de pièce de monnaie chez les enfants : 50 à 86,5 %. ^[26, 25] La pile bouton est un corps étranger très dangereux, à extraire en urgence (risque de corrosion chimique). ^[25]

II. Signes :

Les signes d'appel sont :

La notion d'un syndrome de pénétration, une dysphagie ou une odynophagie avec une sensation de blocage ou d'accrochage des aliments, une aphagie et une hypersialorrhée.

Les corps étrangers des voies digestives exposent à des complications mécaniques liées au volume du corps étranger et à son caractère vulnérant :

Une gêne respiratoire, une perforation de l'œsophage avec un risque de pneumomédiastin puis de médiastinite. Plus tardivement vont apparaître des

signes de complications infectieuses traduisant un phlegmon ou un abcès pariétal pharyngé, œsophagien ou péri œsophagien.

Examens complémentaires : L'examen radiographique cervico-thoracique (face et profil) peut fournir de précieux renseignements et doit systématiquement être effectué. En cas de doute, on peut demander une déglutition barytée afin de visualiser un obstacle radio-transparent.

III. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

- l'examen clinique : Il recherche la notion d'un syndrome de pénétration, d'une gêne douloureuse à la déglutition, d'une dysphagie, voire d'une aphasie, d'apparition brutale. [25]

- **l'examen paraclinique** : Le diagnostic d'un corps étranger radio-opaque est en principe aisé sur des clichés standards : ce bilan est positif dans 84 % des cas chez l'enfant. Le bilan d'imagerie reste d'interprétation difficile pour les corps étrangers de petite taille chez l'adulte, en raison des calcifications des structures cartilagineuses : 30 % de diagnostic radiologique. [25]

2. Diagnostic différentiel :

- Les lésions œsophagiennes induites lors du passage d'un corps étranger acéré
- Les tumeurs de l'œsophage
- Les troubles moteurs de l'œsophage

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

1.1 Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

1.2 Historique de la commune IV:

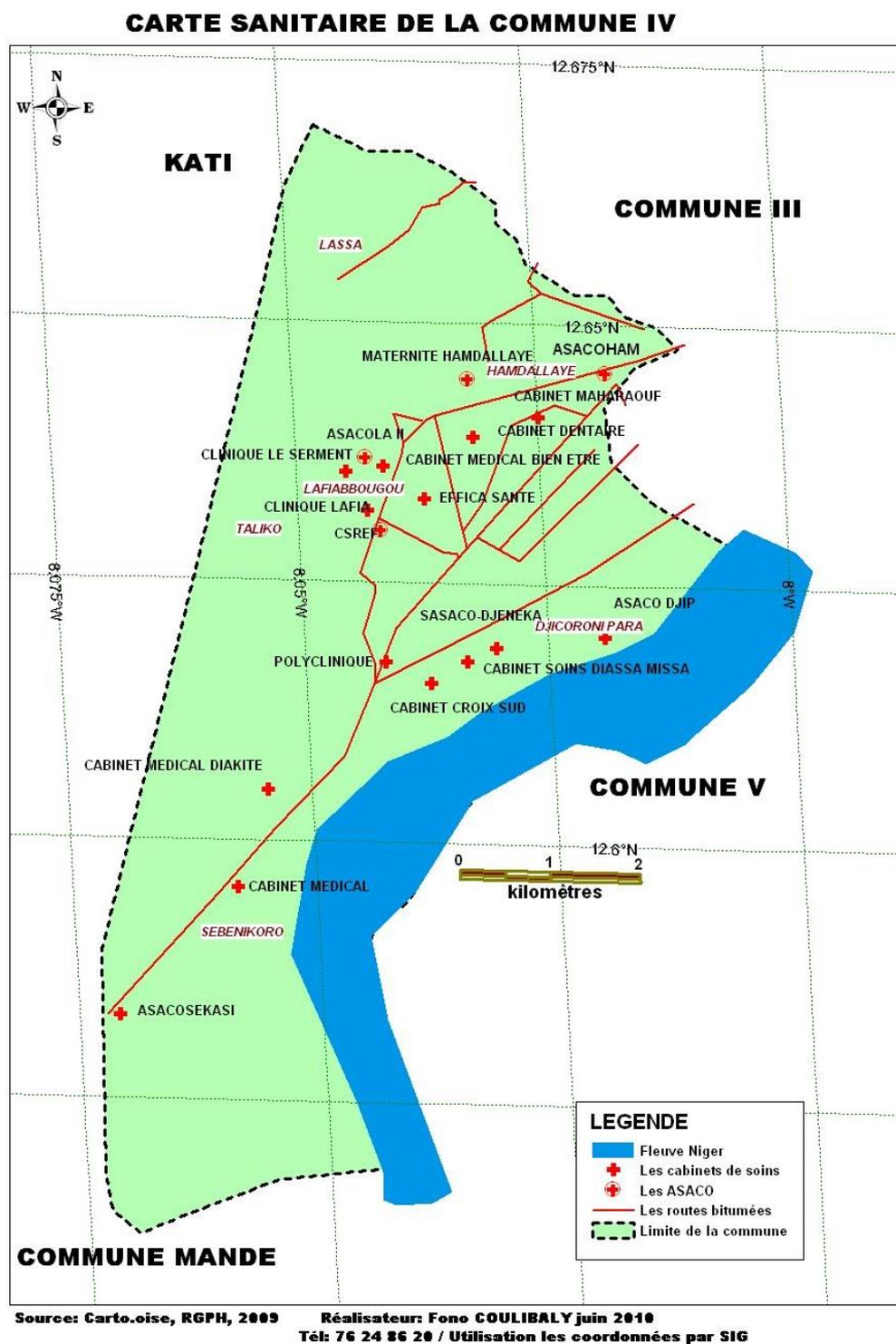
L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes du District de Bamako.

Actuellement la commune IV est régie par les textes législatifs suivants :

- La loi N° 93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.
- La loi N° 95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- Loi N° 95-022 du 20 Mars 1995 portant statut des fonctionnaires des collectivités territoriales.
- Loi N° 96-025 du 21 Février 1996 portant statut particulier du District de Bamako.

2. Données géographiques :



Source : Carto-oise, RGPH, 2009

Située dans la partie Ouest de Bamako, la Commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du District avec une densité de 10266 habitants/ km².

Elle est limitée : à l'Ouest par le Cercle de Kati, à l'Est et au Nord par la Commune III, au Sud par le lit du Fleuve Niger et la Commune III. (Source PUS CIV mars 2001).

3. Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale de la commune en 2017 est estimée à 390 137 habitants.

4. Les structures sanitaires :

La Commune est composée de huit (08) quartiers qui abritent neuf (09) CSComs et une (01) maternité :

- Quartier de Lafiabougou : ASACOLA 1 et ASACOLA 2 ;
- Quartier de Hamdallaye : ASACOHAM et Maternité RENE CISSE ;
- Quartier de Djikoroni Para : ASACODJENEKA et ASACODJIP ;
- Quartier de Taliko : ASACOLAB 5 ;
- Quartier de Lassa : ASACOLABASAD ;
- Quartier de Sébénikoro : ASACOSEK ;

- Quartier de Sibiribougou : ASACOSEKASI ;
- Quartier de Kalabambougou : absence de CSCOm fonctionnel mais les populations sont prises en charge par ASACOSEK et ASACOSEKASI.

En outre la Commune compte une cinquantaine de structures privées de santé et une trentaine d'officines pharmaceutiques :

- ✓ 37 officines pharmaceutiques ;
- ✓ 06 centres de santé socio-humanitaires (Luxembourg, Mali Gavardo, El Razi, El Héral d'Iran, AMALDEME, Centre Islamique d'Hamdallaye) ;
- ✓ 01 centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) ;
- ✓ 25 cliniques et polycliniques (Pasteur, Lac Télé);
- ✓ 24 cabinets médicaux et de soins ;
- ✓ 03 cabinets dentaires ;
- ✓ 02 cabinets d'ophtalmologie ;
- ✓ 02 cabinets de sage-femme ;
- ✓ 07 cabinets de soins infirmiers ;
- ✓ 05 structures de médecine traditionnelle.

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 CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Situation du personnel socio-sanitaire :

Le centre de santé de référence (C S Réf) de la commune IV compte 198 agents. Il appuie les centres de santé communautaires par l'affectation en personnel qualifié, la dotation en matériel et équipements, par la conduite de missions de supervision et par la formation continue du personnel. Le personnel des centres de santé communautaires à l'instar de celui du C S Réf est pris en charge soit par l'état, le C S Réf, les fonds PPTE, l'APEJ, la mairie ou les ASACO.

a- Les locaux : le CS Réf 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 de réveil,
- 1 salle de stérilisation,
- 1 salle d'accouchement,
- 1 salle de suites de couche,

- 1 salle de réunion,
- 1 salle pour le SIS,
- 1 salle pour la brigade d'hygiène,
- 10 salles d'hospitalisation, dont : (5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits, 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits, 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie),
- 1 bureau de consultation prénatale,
- 1 bureau de consultation postnatale,
- 1 bureau de consultation ORL
- 1 bureau des examens d'explorations ORL
- 1 bureau de consultation de cardiologie
- 1 bureau de consultation de neurologie
- 1 bureau de consultation de gastro-entérologie.
- 1 salle d'endoscopie
- 02 salles d'échographies,
- 1 unité d'anesthésie-réanimation,
- 1 unité PEV,
- 1 unité pour le développement social,
- 1 salle des faisant fonction d'interne,
- 1 salle pour le surveillant général,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 laboratoire,
- 1 DAT,
- 1 unité USAC,
- 1 salle de soins infirmiers,

- 1 morgue, 1 Mosquée, 1 cantine et des toilettes.

NB : le CSRéf est en rénovation

b- Personnel : le CS Réf CIV emploie :

- 21 médecins spécialistes,
- 02 biologistes,
- 36 médecins généralistes,
- 01 pharmacien,
- 28 sages-femmes,
- 18 assistants médicaux,
- 14 infirmiers d'état,
- 50 techniciens supérieurs,
- 15 aides-soignants,
- 14 administrateurs,
- 11 comptables,
- 01 informaticien,
- 01 électricien,
- 04 agents d'assainissements,
- 01 aspergeur,
- 02 plantons,

09 manœuvres,

06 chauffeurs,

03 gardiens,

01 portier,

01 lingère.

c- Présentation du service ORL

c.1 Ressources humaines :

Le service d'ORL comprend :

- Deux (02) Médecins ORL dont un professeur
- Deux (02) assistantes médicales spécialistes en ORL-CCF
- Trois (03) étudiants en thèse de la FMOS de Bamako
- Deux (02) étudiants en thèse de l'INFSS pour la spécialisation en ORL-CCF.

c.2 Les activités du service :

Les activités sont centrées sur :

- La consultation externe qui est effectuée du lundi au vendredi,
- Les explorations (audimétrie et nasofibroscopie) réalisées tous les jeudis
- La chirurgie
- Les soins (lavage d'oreille)
- Les encadrements et recherches (stagiaires des écoles de formations en santé, Mémoires/Thèses)

5. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive allant du mois de Décembre 2016 au mois d'Octobre 2017 soit une période de 11 mois.

6. Population d'étude

Tous les patients admis dans le service d'ORL-CCF du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako du mois de Décembre 2016 au mois d'Octobre 2017.

7. Critères d'inclusion

Tous les patients ayant été consultés et enregistrés dans le registre de consultation externe du service d'ORL-CCF durant la période d'étude.

8. Critères de non inclusion

Les patients qui n'ont pas été consultés pendant la période d'étude et ceux dont l'enregistrement n'a pas été effectif.

9. Collecte des données

Le recueil des données a été fait à l'aide des fiches d'enquêtes à partir du registre de consultation.

10. Analyse et traitement des données

Les données seront saisies et analysées sur les logiciels Microsoft Office WORD 2013 et IBM SPSS Statistics 20.

11. Variables : Sexe, Age, Profession, Ethnie, Provenance, Symptôme, Diagnostic.

RESULTATS

RESULTATS :**I.CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

Nous avons colligé 2188 cas, dont 1022 de sexe masculin et 1166 de sexe féminin soit 46,% contre 53,3%. Le sexe ratio de notre population était de 0,87 en faveur du sexe féminin.

TABLEAU I : Distribution des patients selon la tranche d'âge.

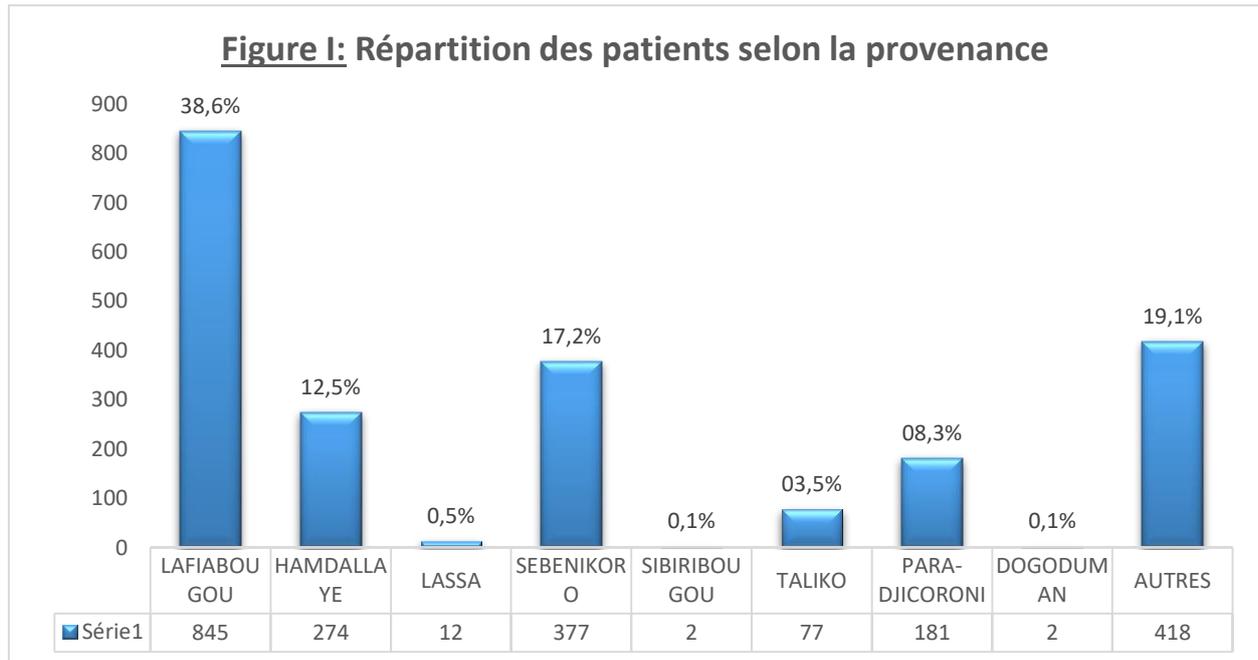
TRANCHE D'AGE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
[0 - 9ans]	901	41,2
[10 - 19ans]	376	17,2
[20 - 29ans]	353	16,1
[30 - 39ans]	226	10,3
[40 - 49ans]	134	6,1
[50 - 59ans]	86	3,9
[60 et + [112	5,1
Total	2188	100,0

La tranche d'âge [0-9] a été la plus représentative avec 901 cas soit 41,2%. L'âge moyen était de 03 ans avec des extrêmes de 01 mois à 88 ans. L'écart type était de 1,77.

Tableau II : Répartition des patients selon la période de consultation.

MOIS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
DECEMBRE	123	5,6
JANVIER	151	6,9
FEVRIER	72	3,3
MARS	22	1,0
AVRIL	101	4,6
MAI	234	10,7
JUIN	211	9,6
JUILLET	278	12,7
AOUT	376	17,2
SEPTEMBRE	343	15,7
OCTOBRE	277	12,7
TOTAL	2188	100,0

La majorité de nos patients ont consulté au mois d'août avec 376 cas soit 17,2%.



Autres : Kanadjiguila 70, Oueizzinbougou 44, Samako II 33, Baco Djicoroni 25, Samaya 23, Badialan 21, Torokorobougou 19, Samè 18, Mamaribougou 18, Sangarebougou 15, Dar Salam 13, Niaréla 13, Kalaban Coro 11, Médine 11, Siby 10, Kabalan Coura 9, Fadjiguila 8, Magnabougou 8, Niamakoro 8, Badalabougou 7, Garantiguibougou 7, Bamako Coura 6, Bolibana 4, Quartier Mali 4, Faladiè 3, Hippodrome 2.

La majorité de nos patients provenait de Lafiabougou soit 38,6%.

Tableau III : Répartition des patients selon leur profession.

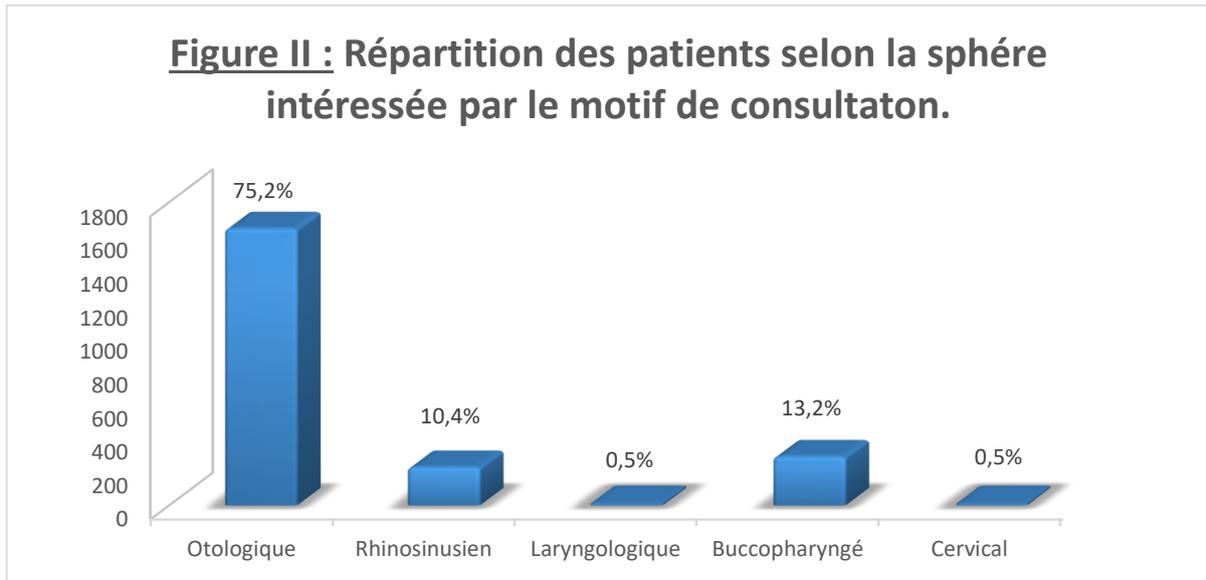
NIVEAU DE VIE SOCIO-ECONOMIQUE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
FONCTIONNAIRES	201	09,2
NON FONCTIONNAIRES	275	12,6
ELEVES - ETUDIANTS	595	27,2
MENAGERE	279	12,7
ENFANTS	380	17,4
NOURISSONS	356	16,3
PERSONNES AGEES	102	04,7
TOTAL	2188	100

Les élèves-étudiants étaient majoritairement représentés avec 27,2%

II. ASPECTS CLINIQUES :**Tableau IV :** Répartition des patients selon le motif de consultation.

	SYMPTÔMES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Otologique	OTALGIE	1173	53,6
	OTORRHEE	202	9,2
	C E AURICULAIRE	26	1,2
	TRAUMATISME DE L'OREILLE	15	0,7
	ACOUPHENE	25	1,1
	HYPOACOUSIE	73	3,3
	PLENITUDE DE L'OREILLE	15	0,7
	BDC	114	5,2
	VERTIGE	03	0,1
	rhino sinusienne	CEPHALEES	26
EPISTAXIS		21	1,0
OBSTRUCTION NASALE		46	2,1
RHINORRHEE		126	5,8
TRAUMATISME NASAL		8	0,4
CACOSMIE		03	0,1
Bucco-pharyngée	ODYNOPHAGIE	252	11,5
	DYSPHAGIE	34	1,5
	HALITOSE	02	0,1
Cervicale et Laryngée	TUMEFACTION LATERO CERVICALE	12	0,5
	DYSPHONIE	09	0,4
	DYSPNEE	03	0,1
	TOTAL	2188	100

L'otalgie a représenté 53,6 % des symptômes suivie de l'odynophagie 11,5%.

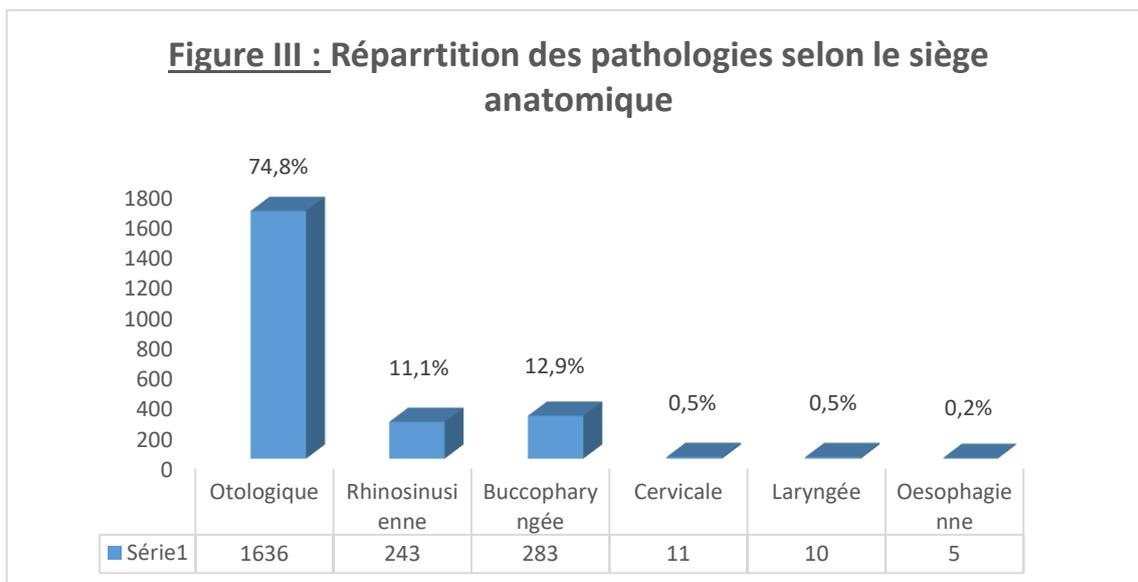


Plus des $\frac{3}{4}$ de nos patients ont consulté pour un symptôme otologique soit 75,2%.

Tableau V : Répartition des différentes affections.

	AFFECTIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Otologique	OMA	776	35,5
	C E AURICULAIRE	30	1,4
	OTIE EXTERNE	296	13,5
	PLAIE DE L'OREILLE	22	1,0
	ACOUPHENE	02	0,1
	OMC	156	7,1
	OSM	35	1,67
	BDC	295	13,5
	SURDITE	19	0,9
	POLYPE AURICULAIRE	03	0,1
	Arthrite temporo mandibulaire	1	0,05
	VPPB	1	0,05
RHINO SINUSIENNE	FRACTURE DES OPN	5	0,2
	C E NASAL	11	0,5
	EPISTAXIS	22	1,0
	FURONCLE DU NEZ	02	0,1
	RHINO-SINUSITE	50	2,3
	RHINOPHARYNGITE	24	1,1
	RHINTE	127	5,8
BUCCOPHARYNGEE	AMYGDALITE	241	11,0
	C E PHARYNGE	02	0,1
	PHARYNGITE	21	1,0
	PHLEGMON PERI AMYGDALIEN	19	0,9
	Parotidite	5	0,2
CERVICALE	ADP cervicales	4	0,2
	NODULE THYROIDIEN	1	0,05
	TUMEUR PAROTIDIENNE	1	0,05
LARYNGEE ET OESOPHAGIENNE	LARYNGITE	10	0,5
	C E OESOPHAGIEN	04	0,2
	OESOPHAGITE	01	0,05
TOTAL		2188	100

L'otite moyenne aigüe était la principale pathologie de notre étude soit 35,5%



Les affections otologiques ont représenté 74,8% de notre échantillon.

.TABLEAU VI : Répartition du siège anatomique des affections en fonction de la tranche d'âge.

SIEGE ANATOMIQUE TRANCHE AGE	OTOLOGIQUE	RHINOSINUSIENNE	BUCCOPHARYNGEE	CERVICALE	LARYNGEE	OESOPHAGIENNE
0 - 9ans	789	57	50	3	0	2
10 - 19ans	256	32	85	0	2	1
20 - 29ans	247	47	52	3	2	2
30 - 39ans	139	41	43	1	2	0
40 - 49ans	78	27	26	1	2	0
50 - 59ans	49	18	17	1	1	0
60 et +	78	21	10	2	1	0

Les atteintes de l'oreille en termes de pathologies ont été les plus notées dans toutes les tranches d'âge notre échantillon.

Tableau VII : Répartition des affections otologiques en fonction de la tranche d'âge

AFFECTION OTOLOGIQUE	TRANCHE AGE						
	[0-9ans]	[10-19ans]	[20-29ans]	[30-39ans]	[40-49ans]	[50-59ans]	[60ans et +]
Acouphène d'origine vasculaire	0	0	0	0	0	1	1
Arthrite temporo mandibulaire	0	0	0	0	0	1	0
Bouchon de cérumen	149	44	41	20	10	9	22
C E auriculaire	18	3	5	0	2	0	2
Otite externe	75	68	74	31	24	9	14
O M A	466	96	92	56	33	17	16
O M C	73	31	16	16	2	7	11
Otite seromuqueuse	3	7	9	10	5	1	0
Polype auriculaire	0	2	1	0	0	0	0
Surdité	0	1	1	4	2	2	9
PLAIE DE L'OREILLE	5	4	8	2	0	2	1
VPPB	0	0	0	0	0	0	1

Nous avons noté 466 cas d'otite moyenne aigue chez les plus jeunes dans notre série.

Tableau VIII : Répartition des affections buccopharyngées en fonction de la tranche d'âge.

AFFECTION BUCCOPHARYNGEE	TRANCHE							
	AGE	[0- 9ans]	[10- 19ans]	[20- 29ans]	[30- 39ans]	[40- 49ans]	[50- 59ans]	[60ans et +]
AMYGDALITE		47	73	46	33	20	16	6
C E PHARYNGE		1	1	0	0	0	0	0
PHARYNGITE		1	2	4	5	4	1	4
PHLEGMON PERI AMYGDALIEN		1	9	2	5	2	0	0

L'amygdalite a été la première pathologie de la sphère buccopharyngées avec 73 cas dans la tranche d'âge [10 – 19].

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence :

Nous avons colligé 2188 cas d'affections ORL de décembre 2016 à octobre 2017 sur une période de 11 mois. Leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été étudiées et comparées aux études antérieures. La taille de notre échantillon était considérablement supérieure à celle de DAO S et al qui ont rapporté 513 cas en 06 mois au CHU Gabriel TOURE de Bamako. Cette différence pourrait s'expliquer par l'accès facile des centres de santé de référence, à la population, par rapport au CHU.

2. Caractéristique sociodémographique :

2.1 Sexe

Dans notre échantillon, le sexe féminin a prédominé avec un ratio à 0,87. Le constat similaire a été fait par BOIRE S. ^[27] Par contre de SIDIBE Y et SOUMAORO S qui ont trouvé un sex-ratio supérieur à 1. ^[28, 5]

2.2 Age

Notre population d'étude était relativement jeune avec un pic de prévalence, situé entre [0 et 09 ans], soit 41,2%. Cette proportion est comparable à celle de BOIRE S qui a trouvé que 46,9% correspondaient à la tranche d'âge suivante de 0 à 10 ans. ^[27] Dans la série de TRAORE C, 66,66% des patients souffrants d'affections ORL avait l'âge compris entre 0 et 15 ans. ^[29] La fréquence du recrutement pédiatrique pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

- Le jeune âge donc l'immaturité du système immunitaire est surtout responsable des otites et des rhinopharyngites ;
- Les mauvaises conditions d'hygiènes du milieu et la promiscuité ;
- Les conditions économiques difficiles.

2.3 Période de consultation

Nous avons enregistré 719 consultations durant les mois d'août et de septembre et 277 cas au mois d'octobre. Ce résultat semble être partagé par AROUWANI S et de SABLIKOU O qui ont noté une augmentation de la prévalence des affections ORL en fin de saison de pluie et la saison froide qui commence au mois d'octobre jusqu'au mois de janvier. ^[4, 30]

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la saison humide favorise le développement des virus qui fragilise le système immunitaire.

2.4 Provenance

La majeure partie de nos patients provenait de la commune IV soit 80,9% ; et 47,7% de ces patients vivait à Lafiabougou. Ce résultat est comparable à celui de BOIRE S qui a trouvé que 87,2% de ses patients résidait en commune IV et parmi eux 47,2% était de Lafiabougou lors de son étude. ^[27] Cela peut s'expliquer par position géographique du centre de santé (situé à Lafiabougou).

2.5 Niveau de vie socio-économique

Toutes les classes socio-économiques ont été enregistrées durant notre étude avec un pic chez les scolaires et les préscolaires.

Par contre COULIBALY K ET SIDIBE Y ont trouvé que les ménagères étaient les plus nombreuses de leurs échantillons. ^[31, 28] Quand à BOIRE S, les non scolarisés étaient plus représentés dans sa série. ^[27] Notre population, majoritairement jeune, peut justifier cette prévalence des scolaires et des préscolaires.

3. Aspects cliniques

La sphère Otologique a été le premier siège anatomique des affections de notre série soit 75,2%. Ailleurs, KONAN K S et SANOGO H ont trouvé que les pathologies de l'oreille étaient les plus fréquentes par rapport aux autres sphères avec 55,42% et 69% respectivement. [32, 33]

L'otalgie et l'odynophagie ont été les maîtres symptômes de notre série avec 53,5% et 11,5% respectivement. SANOGO H a trouvé que l'otalgie et l'hypoacousie étaient les motifs de consultations fréquemment rencontrés avec 27,09% et 13,37%. [6] Par contre, SISSOKO A H a trouvé que la dysphagie et la rhinorrhée constituaient les motifs de consultations les plus fréquents dans son étude. [34]

3.1 Sphère Otologique

L'otalgie était le symptôme principal de la sphère otologique avec 71,2%. SANOGO H, SISSOKO A H, KONAN K S et BOIRE S ont également trouvé que l'otalgie était le motif de consultation fréquemment rencontré leurs études avec un pourcentage respectif de 27,09%, 11,10%, 36,98% et de 54,2%. [33, 6, 32, 27] Quant à l'étude de CAMARA N, l'hypoacousie bilatérale était le premier motif de consultation avec 60%. [34]

3.2 Sphère Buccopharyngée

Dans notre série, l'odynophagie a constitué le premier motif de consultation de la sphère Buccopharyngée avec 86,3%. La tranche d'âge [10 à 19 ans] était la plus représentée avec 31,1%. Par ailleurs, SISSOKO A H a trouvé que la dysphagie était le symptôme principal de la sphère buccopharyngée. [6]

3.3 Sphère Rhinosinusienne

La rhinorrhée était le symptôme fréquemment rencontré dans la sphère rhinosinusienne avec 55,5% et un pic de prévalence dans la tranche [20 – 29 ans].

SANOGO H, SISSOKO A H et BOIRE S ont tous confirmés que la rhinorrhée était le premier symptôme de la sphère rhinosinusienne. [33, 6, 27]

3.4 Sphère Laryngée

La dysphonie et la dyspnée ont été les deux symptômes laryngés enregistrés durant notre étude. Nous avons colligé 9 cas de dysphonie contre 3 pour la dyspnée soit 75% contre 25%. Toutes les tranches d'âges étaient concernées par la dysphonie sauf les moins âgés de notre étude [0 à 9 ans].

4. Aspects diagnostiques

4.1 Sphère Otologique

L'otite moyenne aigue était la première cause de consultation externe dans notre série avec un pourcentage de 47,4. KONE F, a trouvé un résultat contraire dans son étude où l'otite moyenne chronique avait un pourcentage de 65,80%. [35] Le collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale affirme que l'Otite moyenne aigue est l'infection la fréquemment rencontrée chez l'enfant, avec une incidence maximale chez le nourrisson entre 6 et 24mois.[14] LACHIVER X dans son ouvrage, dit que l'otite moyenne aigue est maximum entre 06 mois et 04 ans et se rencontre couramment jusqu'à 07 ans. [11] TRAN B H P et Coll trouvent que les otites moyennes aiguës sont essentiellement observées chez l'enfant, en particulier avant l'âge de 03 ans. [12] Environ 70% des enfants font une otite aiguë avant l'âge de 03 ans. Dans une étude prospective de 7 ans réalisée aux Etats- Unis, plus des trois-quarts (83%) des 498 enfants participant à l'investigation avaient présenté au moins un épisode d'OMA avant l'âge de trois ans et 45% avaient présenté au moins trois épisodes. [13] Ces affirmations sont conformes avec notre résultat où les cas d'otites moyennes aiguës étaient plus retrouvée dans la tranche d'âge 0 – 9 ans soit 28,6%. Cette assertion peut s'expliquer par l'immaturation du système immunitaire dans cette tranche d'âge.

Le bouchon de cérumen a suivi l'otite moyenne aigüe soit 18%. Dans la série de TRAORE C, les bouchons de cérumens étaient plutôt au premier rang des diagnostics avec 27,3%.^[26, 9] Les Bouchons de cérumens ont représentés 8,97% des affections lors de l'étude de SANOGO H.^[33]

4.2 Sphère buccopharyngée

Dans notre série, les amygdalites étaient au premier rang des affections buccopharyngées avec 85,2%. Nous avons trouvé que la majorité des patients souffrants d'angines soit 25,8% avaient un âge compris entre [10 et 19 ans] suivie de 16,2% dans la tranche [20 à 29 ans], et le taux le plus bas était chez les personnes ayant [60 ans et +] soit 2,1%. SIDIBE Y dans son étude, a trouvé que les angines ont constitué la deuxième cause de morbidité hospitalière en ORL avec 12,4%.^[28] Les tranches âges prédominantes de sa série étaient de [0 – 9ans] et [10 – 19 ans] avec un pourcentage respectif de 31,5 et 28,9%.^[28] Le collège Français d'ORL et de CCF trouve que les amygdalites aigües se rencontrent volontiers chez l'enfant et l'adolescent, rarement au-dessous de 18 mois ; elle survient surtout à partir de l'âge de 03 ans, son pic d'incidence se situe entre 05 ans et 15 ans.^[14] Au Mali en 2006, S. K. Timbo et coll ont observé que les amygdalites aigües représentent 1,8% des pathologies rencontrées en ORL dans le service avec la tranche d'âge 20 à 24 ans comme la plus concernée.^[17] Au Bénin, Mbouapda a trouvé que les angines représente 1,55% des affections ORL en 1999.^[16]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

Nous avons effectué une étude rétrospective en consultation externe d'ORL s'étendant sur une période de 11 mois. Il en résulte que la morbidité est dominée par les pathologies infectieuses et inflammatoires. Les moins âgés de l'échantillon ont été majoritairement représentés avec 41,2%. Cette place de la morbidité en consultation externe ORL dans la population pédiatrique est dû au fait que les pathologies infectieuses et inflammatoires sont plus fréquentes chez ce groupe.

Le principal motif de consultation était l'otalgie avec 53,5%. L'otite moyenne aiguë était la pathologie la plus retrouvée de notre étude soit 35,5%. L'otalgie corroborait avec l'otite moyenne aiguë soit 55,9% des otalgies avaient comme diagnostic l'otite moyenne aiguë.

A travers les diverses pathologies rencontrées, cette étude nous permet d'établir une base de donnée révérencielle en terme épidémiologique et clinique.

2. RECOMMANDATIONS

❖ Aux Autorités sanitaires :

- Renforcer le plateau technique en vue de faciliter l'accès aux soins de qualité ;
- Etendre le système du tiers payant à toute la population afin de leur permettre l'accès aux soins spécialisés ;
- Encourager la formation des spécialistes en Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico Faciale pour améliorer les conditions de diagnostic et de prise en charge ;
- Formation et recyclage du personnel qualifié.
- Etablir un registre national des affections ORL

❖ Aux personnels sanitaires :

- Evacuer les patients tôt vers les services spécialisés ;
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire
- Développer l'IEC pour la santé à tous les niveaux.

❖ Aux populations

- Venir en consultation dès le début des symptômes afin d'éviter les complications
- Plus de vigilance autour des nourrissons et des enfants afin de diminuer la fréquence des corps étrangers

REFERENCES

Références Bibliographiques :

- [1] Manuila L, Manuila A, Nicoulin M. Dictionnaire médical. 7^{ème} édition Paris 1998, MASSON. 488 pages.
- [2] Becker W, Naumann HH, Précis d'Otorhinolaryngologie. Flammarion Médecine-Sciences 1986 ; 2^{ème} édition 176_310
- [3] Laurent T, Thomas C, Paul. Surveillance épidémiologique des pathologies ORL chez l'enfant en France. Service de statistique et informatique médicale, groupe hospitalier Necker, Paris France. Bulletin épidémiologique, 06 janvier 2009 n I.
- [4] AROUWANI S – Evaluation de la prévalence des affections ORL de janvier 2008 à décembre 2009 et une étude prospective au cours de janvier et février 2010 au niveau du CS réf de Goundam et Niafunké, et des Cscm de Dianké et Léré. Thèse de médecine, Bamako, 2010, n°287
- [5] SOUMAORO S – Analyse du bilan d'activités d'un an du service d'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE (du 01^{er} janvier au 31 décembre 1991). Thèse de médecine, Bamako, 1991 n°43.
- [6] SISSOKO A H - Evaluation de la prévalence des affections ORL au niveau du cscm de Banconi. Thèse de médecine, Bamako, 2012, n°138
- [7] Chevalier D, Dubrulle F et Vilette B. Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhinolaryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13 p.
- [8] Moreau S, Goulet de Rugy M, Babin E, Valdazo A et Delmas P. Anatomie et physiologie de l'œsophage. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhinolaryngologie, 20-800-A-10, 1999, 6 p.

- [9] Malka G et Danino A. Chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-mandibulaire. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie, 22-351-A-10, 2003, 9 p.
- [10] Godeau P, Herson S, Piette J C et Coll. Traité de médecine. Otorhinolaryngologie. Médecine-Sciences Flammarion 2004 ; 4^{ème} édition, tome 2.
- [11] Lachiver X. O . R. L . Paris : Vernazobres-Gregg ; pages 61
- [12] Tran Ba Huy P. O.R.L. Paris 1996, ELLIPESES. 460 pages.
- [13] Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in greater Boston : a prospective, cohort study. J Infect Dis 1989; 160:83-94.
- [14] DEBRY C, MONDAIN M, REYT E et coll – ABREGES connaissances et pratiques ORL. 2^e édition Paris 2011 : Elsevier Masson SAS, Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, 978-2-294-711116-9
- [15] Pessey J J, Angines : étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat 2000. 50. B 202. pp 329-333
- [16] MBOUAPDA F – Aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des angines et leurs complications locorégionales à propos de 421 cas. Thèse de médecine, Cotonou, 1999, n° 845
- [17] TIMBO S K, KEITA M, TOGOLA F-KONIPO et coll – Aspect épidémiologique de l'angine à Bamako, Mali Médical : 2006 TXXI-N°4
- [18] Brant E, Konter M, Ronco P. Infections adénoïdo-amygdaliennes. D.C.E.M.-Internat-Médecine. Oto-Rhino-Laryngologie. 20.2.03.1, pp 95-100

- [19] Carbon C. Rhinopharyngites. Rev Prat Méd Gén 1999; 452: 407-410
- [20] Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale Société Française de Pédiatrie Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique Les infections ORL. Méd Mal Infect 1996; 26 suppl: 1-810e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse
- [21] Albert S, Bozec H. Epistaxis. ORL et chirurgie Cervico-Faciale. Ellipses Edition marketing S.A., 2002, pp : 97-107
- [22] Chakibou A A – Les épistaxis : Aspects cliniques, problèmes diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 542 cas colligés au CNHU de Cotonou dans le service d'ORL et chirurgie cervico- faciale de 1987 à 1998. Thèse de médecine, Benin, 1998, N°761, 139 p
- [23] Ag Mohamed A, Tounkara A - Bilan a "minima" chez des patients souffrant d'épistaxis répétées au Mali. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (6), pp : 405-408.
- [24] Deguenonvo R E A, N'diaye M, Loum B. Les corps étrangers de l'œsophage. A propos de 212 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2009-56(7) pp : 410-416
- [25] Barros (de) A, Dehesdin D. Corps étrangers de l'oesophage. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Oto-rhino-laryngologie, 20-835-A-10, Gastroentérologie, 9-203-D-10, 2000, 5 p.
- [26] Mohamed A Ag, Keita M, Timbo S K, - L'endoscopie dans un service ORL subsaharien : cas du Mali. Notre expérience sur 10 ans, à propos de 374 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2)

[27] BOIRE S – Connaissances, Attitudes et comportements des patients face aux pathologies ORL dans l'unité ORL du centre de santé de référence de la commune IV. Thèse de médecine, Bamako, 2014, n°260

[28] SIDIBE Y - Morbidité en hospitalisation ORL : analyse de 6 mois d'activités au CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako, 2012, n°150

[29] TRAORE C M J – Etude comparative des affections ORL en milieu défavorisé et en milieu non défavorisé. Thèse de médecine, Bamako, 2018, n°139

[30] SABLIKOU O – Bilan d'activité d'un an des unités ORL des centres de santé de référence des communes I, II et IV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2005, n°12

[31] COULIBALY K – Morbidité hospitalière des urgences O.R.L : Analyse de 06 mois d'activités au CHU- Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako, 2012, n°149

[32] KONAN K S – Etude de la morbidité en consultation externe d'ORL à l'hôpital général d'Abobo sur trois mois d'activité. Thèse de médecine, Abidjan, 2003

[33] SANOGO H – Etude des affections ORL et cervico-faciales chez les personnes âgées dans les six centres de santé de référence des communes du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako, 2012, n°143

[34] CAMARA N – Etude de la surdité de transmission A propos de 100 cas. Thèse de médecine, Bamako, 2010, n°289

[35] KONE F I - Complications des otites moyennes : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako, 2014, n°3

[36] FRANK. NETTER H, N.D. : Atlas d'anatomie humaine. 2ème édition. Section 1 Tête et cou

[37] LEGENT F, PERLEMUTER L, VANDENBROUCK CI: Cahier d'anatomie ORL. 4ème édition.

[38] Glande thyroïde, vue antérieure. Coupe sagittale. www.univ-brest.fr/S_Commune/Biblio/ANATOMIE/Web_anat/Tete_Cou/Thyroide/Thyroid_e.htm (03 août 2019 à 17h)

ANNEXES

Au niveau de la face : Oui Non
○ Si oui à préciser :.....

Au niveau de l'œsophage : Oui Non
○ Si oui à préciser.....

Au niveau trachéobronchique: Oui Non
Si oui à préciser.....

IV- Diagnostic retenu :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : TOURE

Prénom : Mohamed

Date et lieu de naissance : 07 Octobre 1993 à Abengourou (RCI)

Titre de la thèse : Morbidité en consultation externe ORL, bilan de 11 mois d'activité

Année de la thèse : 2018 - 2019

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie cervico-Faciale, Santé Publique.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS-FAPH

Contact : touremohamed961@gmail.com Tél : 00223 72 85 33 52

RESUME :

La santé selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) est un état complet de bien-être physique, mental et social. Tout écart subjectif ou objectif à cet état de bien-être caractérise le concept de morbidité. L'Otorhinolaryngologie (ORL) et Chirurgie cervico-faciale (CCF) est une discipline médico-chirurgicale qui étudie l'anatomie, la physiologie, et la thérapie de la sphère otologique, rhinologique, laryngologique et cervicale.

Nous avons identifié à travers notre étude les principales pathologies en consultation externe le service d'ORL et de CCF du centre de santé de référence

de la commune IV du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude rétrospective de 11 mois (Décembre 2016 à Octobre 2017) portant sur 2188 malades.

Le sexe féminin a présenté 53,3% de l'échantillon. Les extrêmes d'âges étaient de 1 mois et 88 ans, la tranche d'âge de 0 à 09 ans était dominante avec 41,2%.

La plupart de nos patients provenaient de la commune IV soit 80,9%. Au niveau du volet professionnel, les élèves et étudiants étaient les plus concernés avec 27,2%. Les pics de prévalence ont été notés pendant les mois d'août et de septembre avec 17,2% et 15,7% respectivement. L'otalgie était le principal motif de consultation avec 53,5% suivie de l'Odynophagie avec 11,5% ;

Les pathologies de la sphère Otologique étaient les plus fréquentes avec une prédominance de l'otite moyenne aigüe soit 35,5%

Mots clés : Morbidité, Otorhinolaryngologie, Chirurgie cervico Faciale, consultation externe.

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.