

MINISTRE DE L'ÉDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

NATIONALE

**Un Peuple – Un But – Une Foi**



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

**Université des Sciences, des Techniques et  
des Technologies de Bamako**



**Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Année universitaire : 2017- 2018

N° 316

# THESE

**Place des affections ORL dans un centre de santé de 2<sup>e</sup>  
niveau : Cas du Centre de Santé Référence de la  
Commune V du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 22/12/2018 devant la

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Par Mr. THIOCARY Sinaly**

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

**JURY**

**Président : Pr Alhousseini AG MOHAMED**

**Membre : Dr Fatogoma Issa KONE**

**Co-directeur: Dr Djibril SAMAKE**

**Directeur : Pr Samba Karim TIMBO**

# **DEDICACES & REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES et REMERCIEMENTS**

Par la bonté à **Allah** Le Tout Puissant, créateur du ciel et de la terre, de l'univers visible et invisible. Dieu le Clément, le Miséricordieux, le très Miséricordieux.

Par la grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible en me donnant une bonne santé et courage. Sache que je me référerai toujours à Toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie.

Nous vous prions d'accepter que nous restons sous votre protection.

✓ **Je dédie ce travail :**

**Spécialement à ma mère Mariam dite Niamoye KOUREICHI**

Ton soutien constant de tous les jours et ton attachement aux valeurs humaines font de toi une référence pour nous. Tu as été toujours présente à nos côtés et continue de l'être.

Ton amour pour moi ne m'a jamais fait défaut.

Puisse qu'Allah te protège et te donne longue vie afin que tu puisses continuer à nous inspirer, à nous conseiller et à faire des bénédictions pour nous.

Chère mère, je voudrais te dire que je t'aime, car sans ton appui constant et ton soutien indéfectible, je ne serais pas là aujourd'hui.

**A mon père Mamadou THIOCARY :**

Je te remercie pour les conseils. Tu es une lumière sans source et sans terminaison.

Grâce à toi j'aurai une autre occasion de voir un nouveau soleil qui se lèvera bientôt. Merci père pour tout. Que Dieu te prête longue vie.

**A toute ma famille : THIOCARY, KOUREICHI ET TOURE**

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel j'ai bénéficié de l'encadrement, des encouragements et du soutien de plusieurs personnes, à qui je tiens à dire profondément et sincèrement merci.

**A mes Oncles et tantes :** Amadou Diadié TOURE, Ibrahim TOURE, Aligui et Amadou KOUREICHI, Mariam TRAORE, Farmata KOUREICHI

Vous avez été pour moi plus qu'une mère et un père. Je ne saurai vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Ce travail n'aurait pas pu se réaliser sans votre soutien, vos conseils et vos encouragements. Je dis sincèrement merci pour tout.

**A mon frère Hamidou dit Hasseye Ber THIOCARY :** je te remercie de ton soutien et conseils inconditionnels

**A la famille THIOCARY ET TOURE :** Djenné et Bamako, je ne saurai terminer ce travail sans vous remercier

**Mes amis :** Drissa O KONE, Seybou B DIARRA, Kouma GASSIRE, Aissata OUREIBA...

Je crois que notre amitié se fortifiera. Grâce à cette amitié nous pourrions nous améliorer. Merci pour votre considération

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

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

Je tiens à remercier Mme la Directrice régionale de la Santé du District de Bamako à travers le Médecin chef du Centre de Santé de référence de la Commune V et son staff.

**A mon Co-Directeur de thèse Docteur Djibril SAMAKE :** par reconnaissance pour les suggestions et les conseils que vous avez prodigués du début à la fin de ce travail. Merci cher maître.

**A nos Tontons et Tantes de l'Unité ORL et à mes collaborateurs** (TRAORE Mamadou, TOURE Salimata, Fatoumata KONATE, Yatémélou DARA et Youma M MAÏGA) pour leur contribution dans l'élaboration de ce travail. Merci pour tous les efforts consentis pour notre formation malgré les moyens limités.

**Aux personnels du service d'otorhinolaryngologie du CHU Gabriel Touré et à l'Hôpital mère enfant le Luxembourg.** Merci pour votre soutien et votre respect à mon égard.

A toutes et à tous, qui ont contribué de près ou de loin pour la réalisation de ce travail.

**A mes maîtres de la Faculté :**

Je réitère mes remerciements à mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie plus particulièrement ceux du service d'ORL-CCF à savoir le Professeur Alhousseïni AG MOHAMED, le Professeur KEITA Mohamed, le Professeur TIMBO Samba Karim, Professeur DOUMBIA Kadidiatou SINGARE, Dr GUINDO Boubacary, Dr SOUMAORO Siaka, qui n'ont ménagé aucun effort pour me rassurer dans le travail du service ORL-CCF.

**A ma patrie : Le Mali**

Merci chère patrie pour m'avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses qu'un homme puisse posséder et de m'y avoir facilité en octroyant les moyens humains, matériels et financiers.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître, et Président du jury :**

- ❖ **Professeur Alhousseïni AG MOHAMED**
- **Professeur honoraire en ORL et CCF**
- **Ex coordinateur du DES d'ORL et CCF**
- **Ex directeur Général de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- **Médecin aéronautique auprès de l'Agence Nationale de l'Aviation Civile(ANAC)**
- **Président d'Honneur de la Société Malienne d'ORL et CCF (SMORL)**
- **Ancien Président de l'Ordre National des Médecins du Mali**
- **Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie(FMPOS)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**
- **Chevalier de l'ordre national du Lion du Sénégal**
- **Membre fondateur de la société malienne d'ORL et CCF(SMORL)**
- **Membre de la Société d'ORL-CCF d'Afrique Francophone (SORLAF)**
- **Cher maître,**

Nous exprimons notre vive gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre soutenance de thèse. Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles que nous admirons en vous. Que Dieu vous accorde santé et longévité afin que nous puissions hériter de nombreuses vertus. Hommage respectueux.

## **A notre maître et membre du jury**

- ❖ **Dr Fatogoma Issa KONE**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Spécialiste ORL et CCF**
- **Ancien interne des Hôpitaux du Mali**
- **Secrétaire aux activités scientifiques de la SMORL**

Cher maître,

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

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

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

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

### **❖ Dr SAMAKE Djibril**

- **Spécialiste en ORL et CCF**
- **Responsable de l'Unité ORL du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**
- **Membre de la Société Malienne d'ORL (SMORL)**
- **Membre de la Société Française d'ORL (SFORL)**
- **Médecin Conseil à la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'ouest (BCEAO)**
- **Enseignant dans plusieurs établissements socio-sanitaires de Bamako**

**Cher Maître,**

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger notre travail malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait nous ont particulièrement séduits.

Votre grande disponibilité et vos qualités humaines nous ont permis de mener à terme ce travail.

Veillez trouver ici, cher Maître l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

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

❖ **Pr Samba Karim TIMBO**

- **Professeur titulaire en ORL et CCF**
- **Président de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico faciale (SMORL)**
- **Membre de l'Assemblée de la Faculté à la FMOS**
- **Membre de la Société d'ORL d'Afrique Francophone(SORLAF)**
- **Membre de l'Institut Portmann de Bordeaux(France).**
- **Chef du DER de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales.**
- **Directeur Médical du CHU Gabriel TOURE de Bamako.**

**Cher maître**

Vous avez accepté avec bienveillance de nous aider dans l'élaboration de ce travail. Malgré vos nombreuses occupations, votre disponibilité, vos conseils et orientations éclairées ne nous ont jamais fait défaut.

Votre accueil chaleureux, votre sourire bienveillant, la clarté de vos enseignements, votre sagesse, sont autant de qualités qui suscitent en nous admiration et profond respect. Veuillez accepter cher maître, l'expression de nos respectueux hommages.

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

## Liste des abréviations

CAE : Conduit auditif externe

CE : Corps étranger

CHU: Centre hospitalier universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSCOM: Centre de santé communautaire

GNA : Glomérulonéphrite aiguë

Hb : Hémoglobine

IEC : Information Education Communication

Km<sup>2</sup> : kilomètre carré

MAE : Méat acoustique externe

mm : millimètre

NFS : Numération formule sanguine

OE : Otite externe

OMA : Otite moyenne aiguë

OMC : Otite moyenne chronique

ORL-CCF : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico faciale

OSM : Otite séro-muqueuse

RAI : Agglutinine irrégulière

RAA : Rhumatisme articulaire aigu

SGA : Streptocoque  $\beta$  hémolytique du Groupe A

VPPB : Vertige paroxystique positionnel bénin

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

## **LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE**

Tableau I : Répartition des patients selon la date d'admission.....	41
Tableau II : Répartition des patients selon l'âge.....	42
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.....	44
Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence .....	45
Tableau V : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (signes otologiques).....	46
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (signes nasosinusiens).....	47
Tableau VII: Répartition des patients en fonction des motifs de consultations pharyngolaryngée.....	48
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (cou et face).....	49
Tableau IX : Répartition des patients selon la topographie du motif de consultation...	50
Tableau X : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	50
Tableau XI : Répartition des patients selon la topographie des affections ORL.....	53
Tableau XII: Répartition des patients selon le type d'affection .....	54
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections otologiques.....	55
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections rhinosinusiennes.....	56

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections pharyngo-laryngo-œsophagiennes .....	57
Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du diagnostic des autres affections cervico-faciales.....	58
Figure I : Répartition des patients selon le sexe.....	43
Figure II : Répartition des patients selon le mode d'installation.....	51
Figure III : Répartition des patients selon le contexte de survenue .....	52

## **LISTE DES SCHEMAS**

Schéma 1 : Coupe frontale de l'oreille.....	6
Schéma 2 : Paroi latérale des fosses nasales.....	8
Schéma 3 : Paroi de la cavité orale.....	11
Schéma 4 : Coupe médiane du pharynx .....	13
Schéma 5 : Vue postérieure du pharynx .....	14
Schéma 6 : Cavité endo-larynx .....	16
Schéma 7 : Corps de l'os thyroïde .....	19
Schéma 8 : Situation générale des glandes salivaires .....	22

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS. ....	2
II. GENERALITES.....	3
III. METHODOLOGIE .....	38
IV. RESULTATS.....	41
V. DISCUSSION.....	59
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	61
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	65

# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION :**

L'Oto-Rhino-Laryngologie prend en charge des pathologies diverses et variées affectant les organes de sens et de la communication et différentes structures anatomiques depuis les confins du cerveau jusqu'au thorax [1]. Les affections ORL constituent l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale et en pédiatrie [2] ; elles sont variées et il peut s'agir d'une affection infectieuse, inflammatoire, traumatique, malformative, tumorale ou dégénérative [3].

La présence de médecin spécialiste ORL dans les Centres de Santé de Référence de Bamako, 2<sup>e</sup> niveau de la pyramide sanitaire du Mali est récente. La suppléance était assurée par des assistants médicaux, des médecins généralistes, ou des pédiatres, qui parfois les referaient. La création d'unités spécialisées va certainement améliorer la prise en charge de ces affections ORL. La présente étude est une ébauche afin d'améliorer la qualité des soins prodigués.

**1. 1. Objectif général :**

Evaluer le profil épidémiologique et diagnostique des principales affections ORL observées dans l'unité d'ORL du CSRéf CV du District de Bamako.

**1. 2. Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- Recenser les différentes affections rencontrées.

## **II- GENERALITES :**

### **2.1. Rappels anatomique et physiologique de la sphère ORL et cervico-faciale**

L'anatomie de la sphère ORL et cervico-faciale couvre une vaste région allant de la base du crâne à la base du cou.

#### **2.1.1. Oreille [4]**

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.

##### **a. Oreille externe :**

Elle est constituée par le pavillon (auricule) 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.

##### **b. 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.

##### **➤ 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.

##### **➤ La caisse du tympan :**

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 ;

➤ **Les cellules mastoïdiennes :**

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

➤ **La trompe d'Eustache :**

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

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

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

L'ensemble des cavités de l'oreille moyenne est tapissé par une muqueuse de type respiratoire (épithélium prismatique stratifié cilié avec un chorion)

**c. L'oreille interne :**

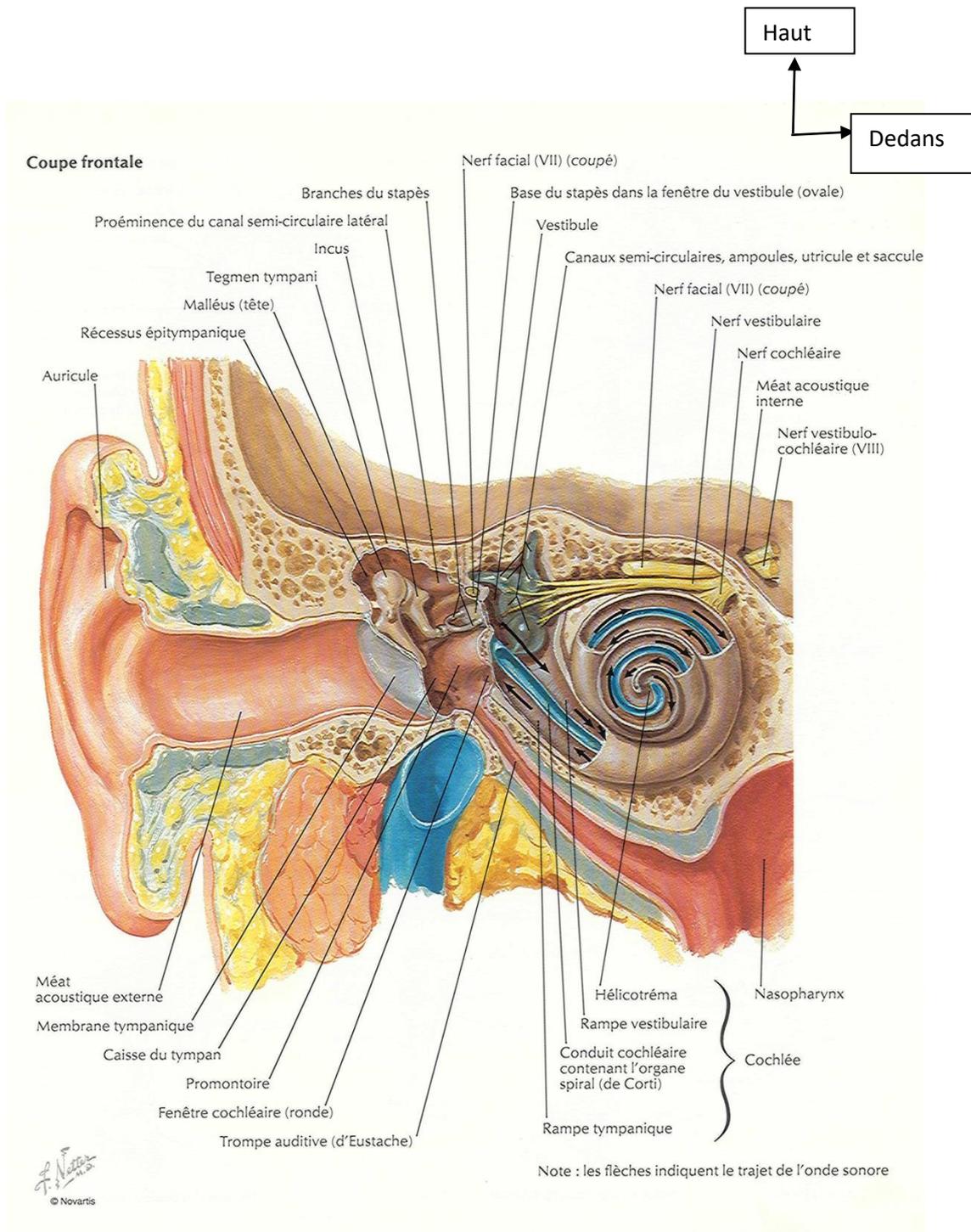
Elle contient les organes neurosensoriels pour les deux grandes fonctions :

- 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 temporale.



**Schéma 1 : Coupe frontale de l'oreille.**

**Source : FRANK. H NETTER.**

*Précis d'Anatomie clinique de la tête et du cou [8].*

### **2.1.2 Nez et Sinus para nasaux [4]**

#### **a. Les fosses nasales (cavités nasales) :**

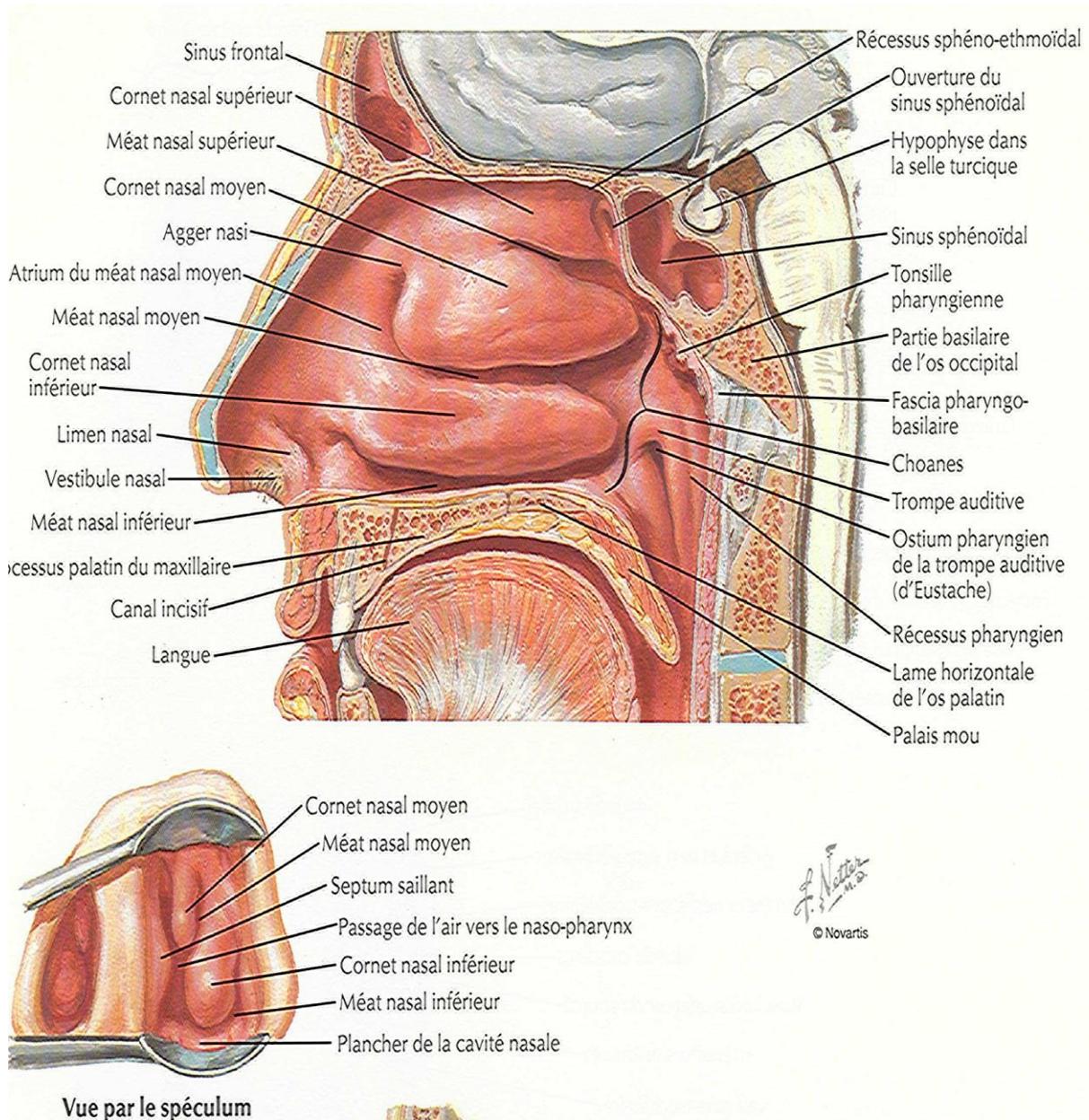
Elles forment deux cavités situées au milieu du massif facial supérieur, sous la partie médiane de l'étage antérieur de la base du crâne. Elles sont séparées par une cloison sagittale (septum), et protégées en avant par un auvent dénommé pyramide nasale. Leur paroi latérale joue un rôle considérable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

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

Les fosses nasales communiquent en avant par les orifices narinaux et en arrière par les choanes.

La muqueuse nasale est de type respiratoire sauf à la partie supérieure des fosses nasales où il existe une muqueuse olfactive.

**Haut** ↑  
**Avant** ←



**Schéma 2** : Paroi latérale des fosses nasales **Source** : FRANK. H NETTER. *Précis d'Anatomie clinique de la tête et du cou* [8]

### **b. Les sinus para nasaux : [4]**

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.

#### ➤ **Le labyrinthe ethmoïdal :**

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

#### ➤ **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.

#### ➤ **Les sinus maxillaires :**

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

#### ➤ **Les sinus sphénoïdaux :**

A 5 ans, le sinus sphénoïdal a le 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 termine son développement.

### **2.1.3. Cavité orale :**

Elle est divisée en deux parties par les arcades dentaires :

- En dehors d'elles, le vestibule de la bouche
- En dedans d'elles, la cavité orale proprement dite ou l'espace inter maxillo-mandibulaire

La cavité orale comprend six parois :

- Paroi antérieure : Lèvres (supérieure et inférieure)
- Paroi postérieure : isthme du gosier. En avant de l'arc palato-glosse se situe, dans la cavité orale, derrière la troisième molaire, une petite surface triangulaire qui recouvre la branche de la mandibule (c'est le trigone rétromolaire).
- Parois latérales : joues
- Paroi inférieure : le plancher oral dont la partie centrale est occupée par le corps de la langue (langue mobile)

- Paroi supérieure : palais osseux dans sa partie antérieure, musculaire dans sa partie postérieure

La muqueuse de type oral est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

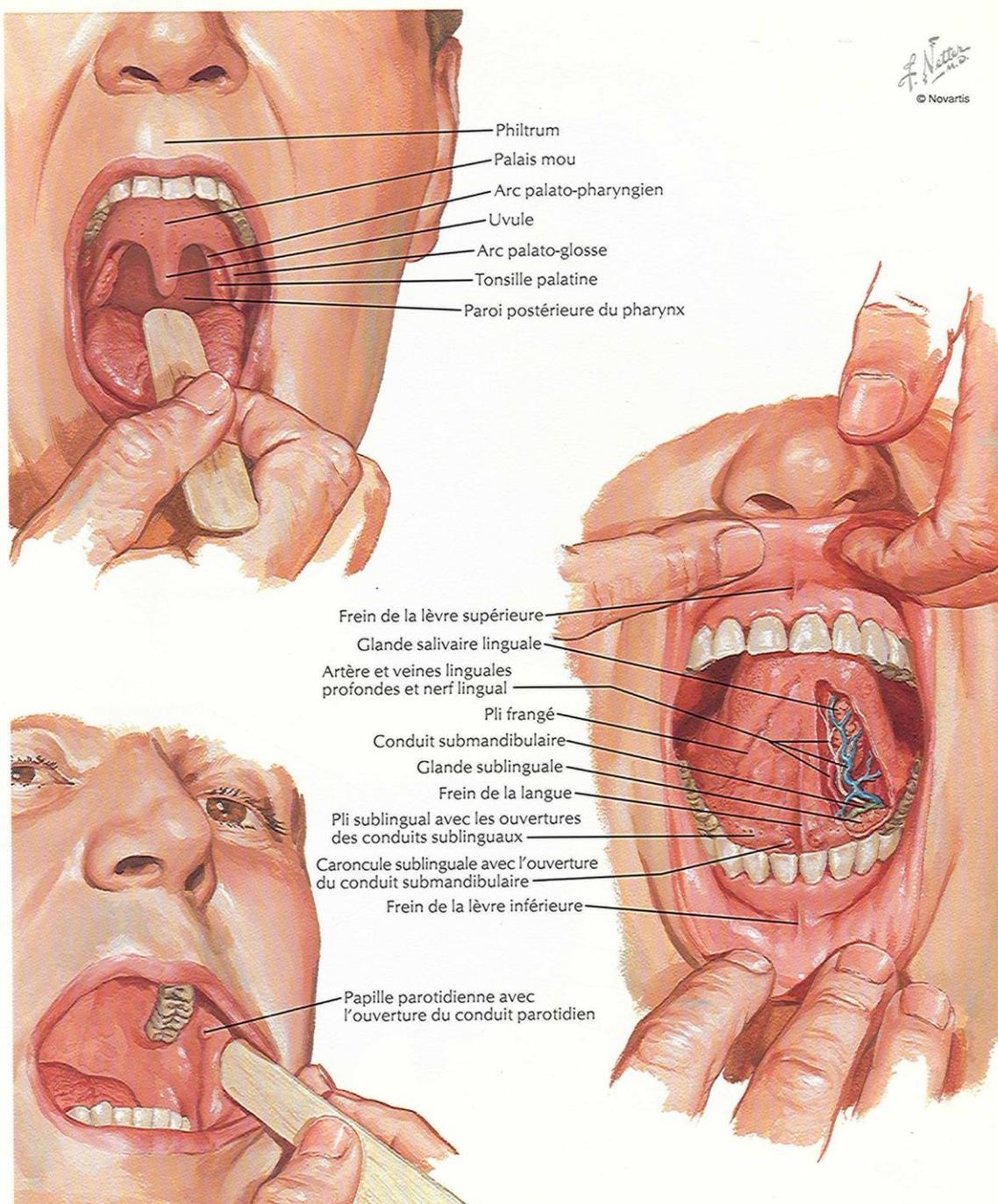


Schéma 3 : Parois de la cavité orale *Source : FRANK. H NETTER. Précis d'Anatomie clinique de la tête et du cou [8]*

#### **2.1.4. Pharynx et larynx :**

##### **a. Pharynx : [6]**

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, divisée en trois étages.

##### **➤ 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.

La limite entre le rhinopharynx et l'oropharynx passe par un plan horizontal reliant le bord postérieur du palais osseux au bord supérieur de l'arc ventral de l'atlas.

##### **➤ 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 (tonsilles) 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 bord supérieur de l'épiglotte qui correspond à un plan horizontal passant par le bord supérieur du corps de l'os hyoïde et le bord inférieur de la 3<sup>e</sup> vertèbre cervicale.

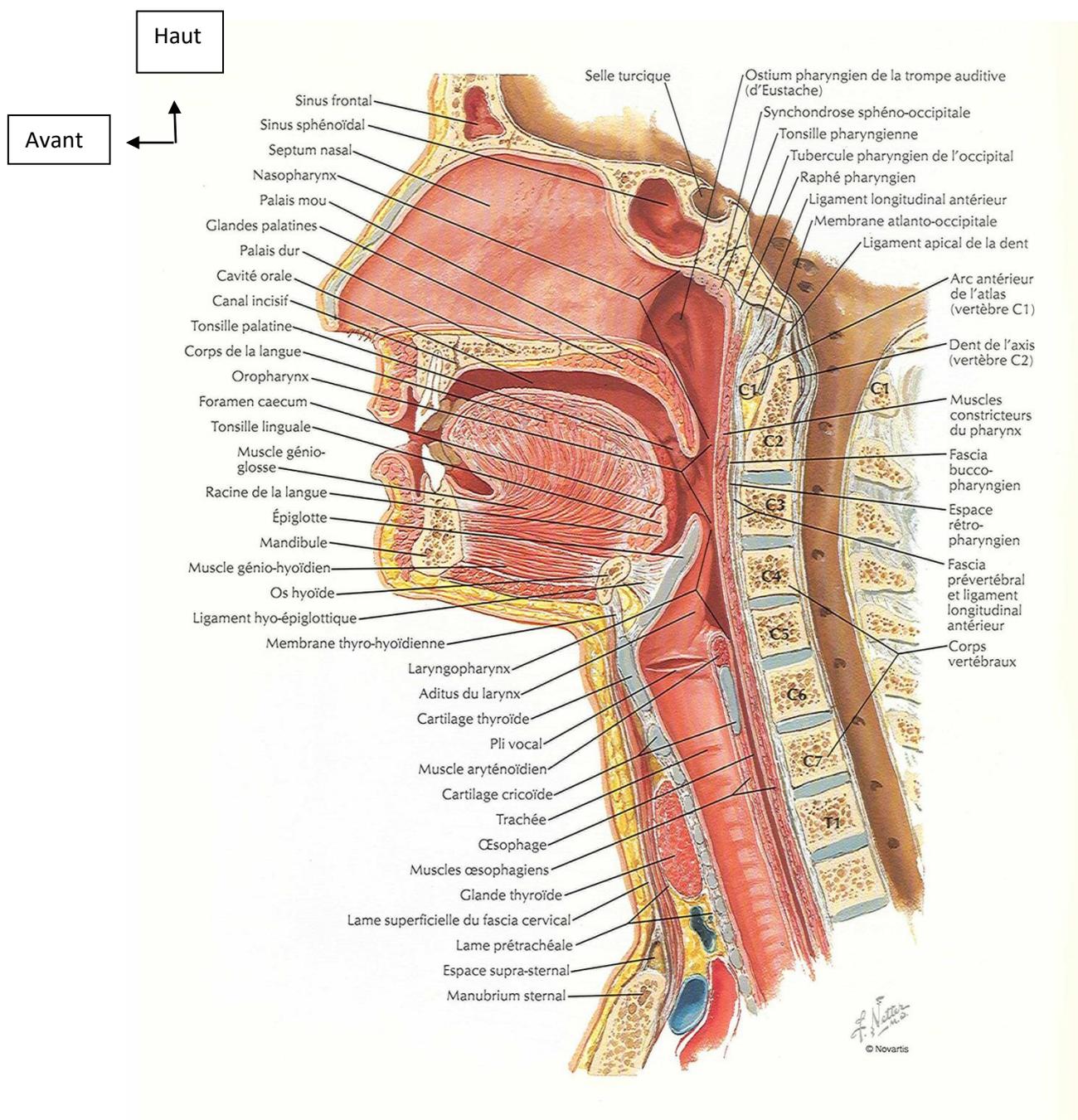
Il est tapissé par une muqueuse de type oral (épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé).

##### **➤ Hypo pharynx 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 rétro-crico-aryténoïdienne);
- En arrière la paroi postérieure de l'hypo pharynx ;
- Latéralement, il présente les deux sinus piriformes qui s'étendent du pli pharyngoépiglottique en haut à la bouche de l'œsophage en bas. Ils sont le lieu préférentiel des cancers de l'hypo pharynx.

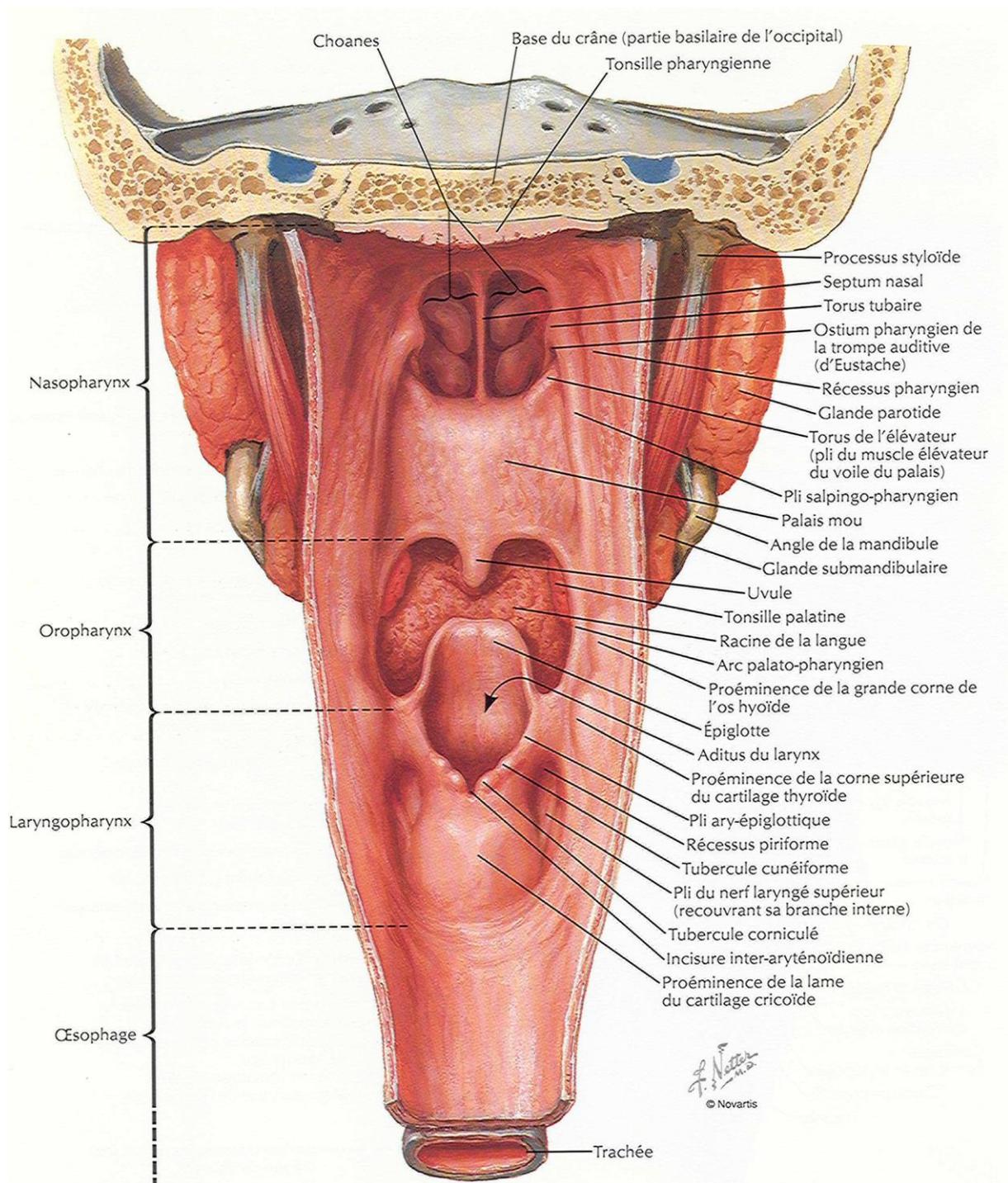
Il est tapissé par une muqueuse de type digestif (épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé).



**Schéma 4 : Coupe médiane du pharynx.**

*Source : FRANK. H NETTER.*

*Précis d'Anatomie clinique de la tête et du cou [8].*



**Schéma 5 : Vue postérieure du pharynx**  
*Source : FRANK. H NETTER. Précis d'Anatomie clinique de la tête et du cou [8].*

## **b. Le larynx : [7]**

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 C4, C5 et C6. Il est formé par un squelette cartilagineux (les cartilages épiglottique, thyroïde, cricoïde et aryténoïdes) suspendu à l'os hyoïde. La face antérieure du tiers supérieur de l'épiglotte appartient à l'oropharynx.

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 :

### ➤ **L'étage sus-glottique :**

Il comprend le vestibule laryngé et le ventricule de Morgagni (ou ventricule du larynx).

- Le vestibule laryngé : s'ouvre dans le pharynx par l'orifice supérieur du larynx. On lui distingue quatre parois :
  - En avant, la face postérieure de l'épiglotte ;
  - Latéralement, la face médiale des plis ary-épiglottiques et la face supérieure des plis vestibulaires (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.

### ➤ **L'étage glottique :**

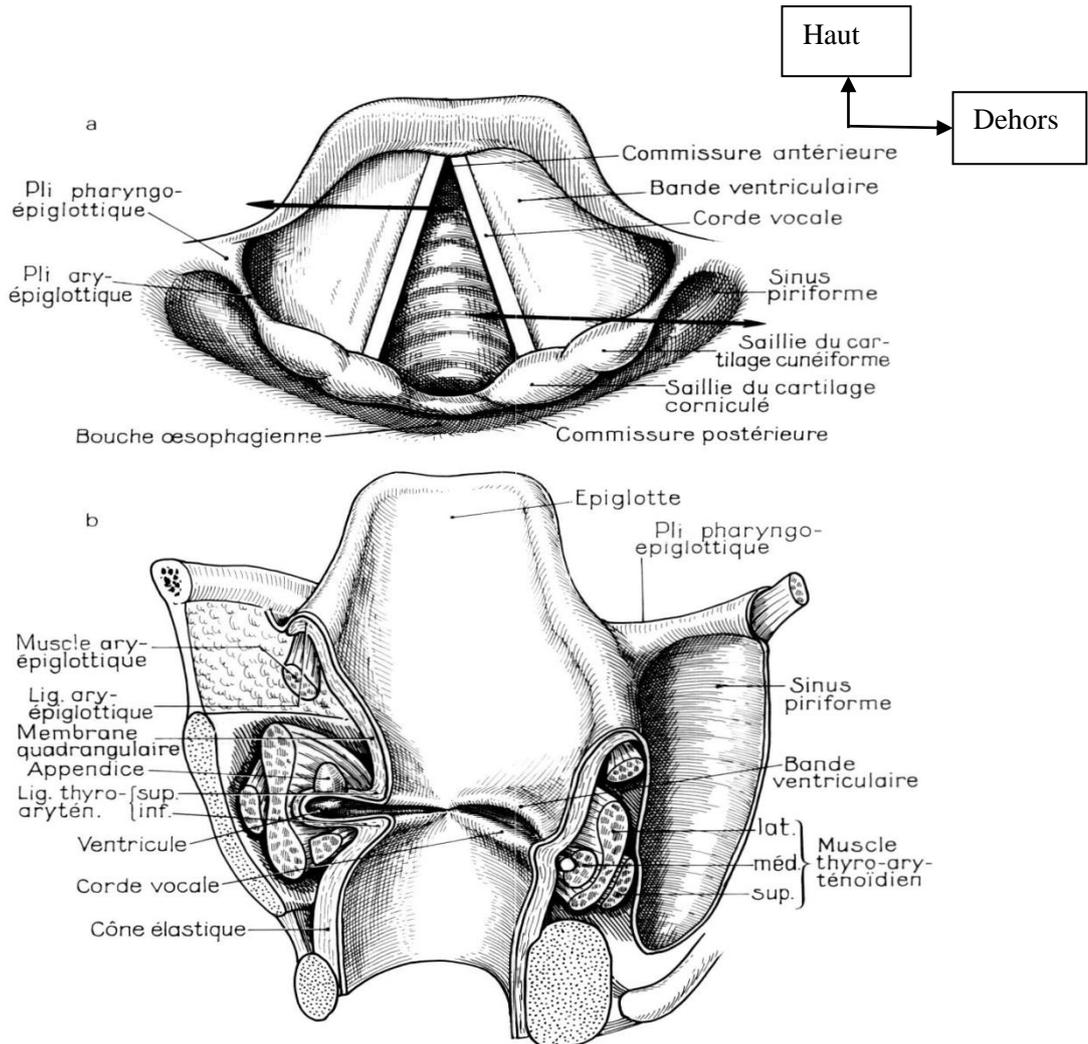
On appelle glotte l'espace compris entre le bord libre des cordes vocales.

Les cordes vocales ou plis vocaux : constituent l'élément noble du larynx. Ce sont deux rubans blancs nacrés. 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.

### ➤ **L'étage sous glottique :**

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

L'intérieur du larynx est tapissé par une muqueuse de type respiratoire sauf au niveau du pli vocal qui est recouvert d'un épithélium malpighien pluristratifié non kératinisé à cellules prismatiques pavimenteuses.



**Schéma 6 : Cavité endo-laryngée.**

a) Vue laryngoscopique

b) Vue postérieure après coupe suivant les indiqués.

**Source:** Legent F, Perlemuter L, Vandembrouck Cl [6].

Cahier d’anatomie ORL. 4<sup>ème</sup> édition [7].

### **2.1.5. Œsophage, trachée et bronches :**

#### **a. Œsophage : [4]**

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 :

- 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.

#### **b. 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).

### **2.1.6. Les glandes:**

#### **a. La thyroïde et les parathyroïdes:**

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

En position habituelle, elle se place en avant des 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 [4,6].

L'unité fonctionnelle fondamentale de la thyroïde est le follicule thyroïdien constitué d'une paroi épithéliale délimitant la lumière folliculaire (contenant la colloïde). L'épithélium contient

en majorité (99,9% du parenchyme thyroïdien total) des cellules folliculaires et des cellules para-folliculaires.

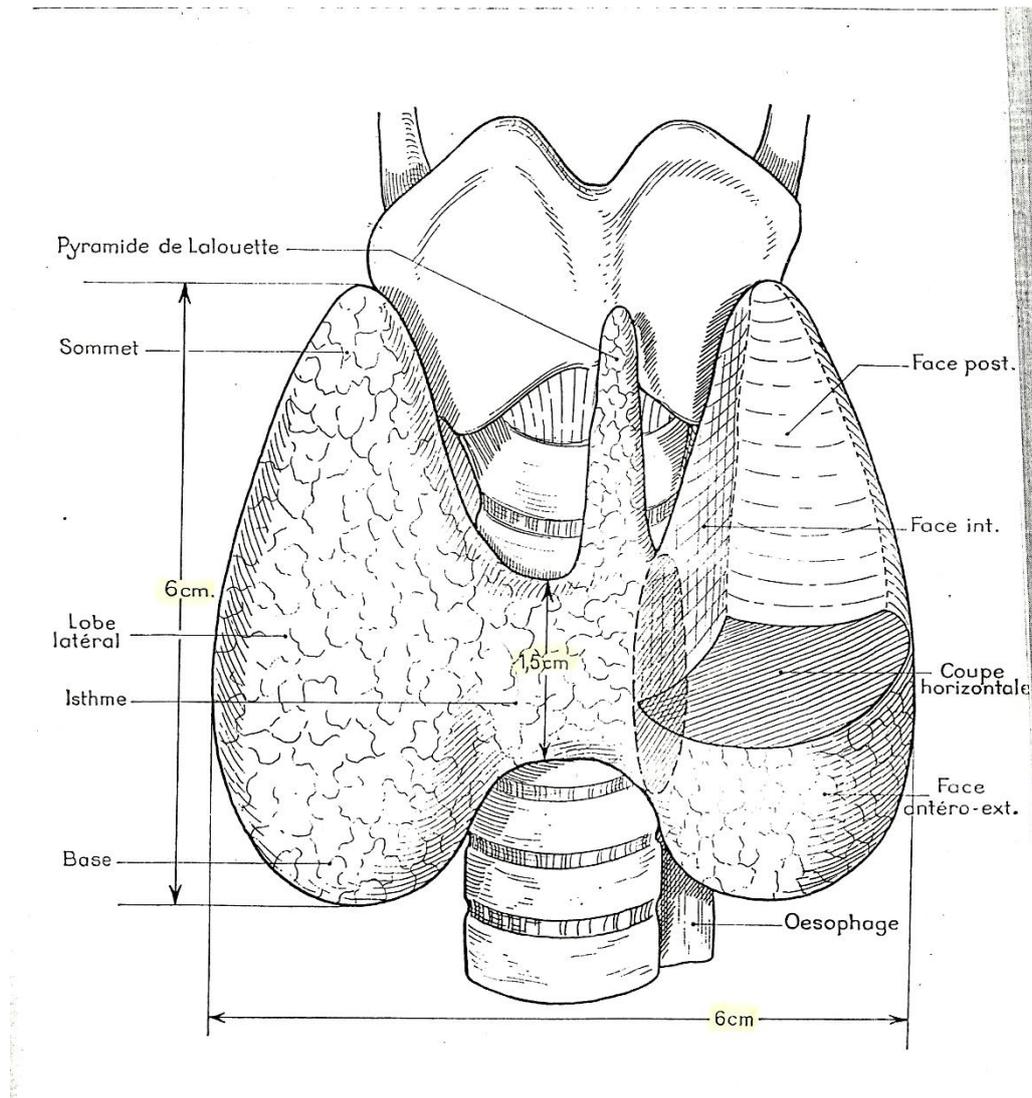
Les cellules folliculaires appelées également vésiculaires ou thyrocytes sécrètent la thyroglobuline et les hormones thyroïdiennes.

Les cellules para-folliculaires (ou cellules C ou cellules à calcitonine ou cellules claires) sécrètent la calcitonine [7].

De chaque côté est plaqué sur la face postérieure des lobes thyroïdiens les glandes parathyroïdes au nombre de quatre (une supérieure et une inférieure) de petite taille (3-5 mm).

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.

Les glandes parathyroïdes sécrètent la parathormone qui joue un rôle essentiel dans le métabolisme phosphocalcique.



**Schéma 7 : Corps thyroïde**

**Source : F. LEGENT, L. PERLEMUTER, Cl.  
VANDENBROUCK**

## **b. Les glandes salivaires :**

### ➤ **La glande parotide :**

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

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

✓ **Le nerf facial (VII):** les repères constants sont :

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

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.

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

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

✓ **Le nerf auriculo-temporal :** innervation sécrétoire

### ➤ **La glande sous mandibulaire :**

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

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

➤ **La glande sublinguale :**

Elle est de siège paramédian sous le plancher de la cavité orale, en arrière de la symphyse de la mandibule. Elle possède de nombreux canaux excréteurs dont un plus volumineux, naissant à la face médiale de la glande pour déboucher dans la cavité orale en dehors du frein de la langue. Entre la paroi médiale et la face médiale de la glande passent le conduit submandibulaire, le nerf hypoglosse, le nerf lingual et les vaisseaux sublinguaux [4,6].

➤ **Les glandes salivaires accessoires**

Les glandes salivaires accessoires sont ubiquitaires; elles sont localisées dans l'ensemble de la muqueuse des voies aérodigestives supérieures; les sites de prédilection sont néanmoins la muqueuse de la cavité orale et de la langue, les fosses nasales et les sinus para-nasaux, l'espace para-pharyngé antérieur. Leur nombre est estimé entre 600 et 1000 [5].

Les glandes salivaires sont des glandes lobulaires exocrines de type acineuses ou tubulo-acineuses: Lobes – Lobules – Acini – Acinus

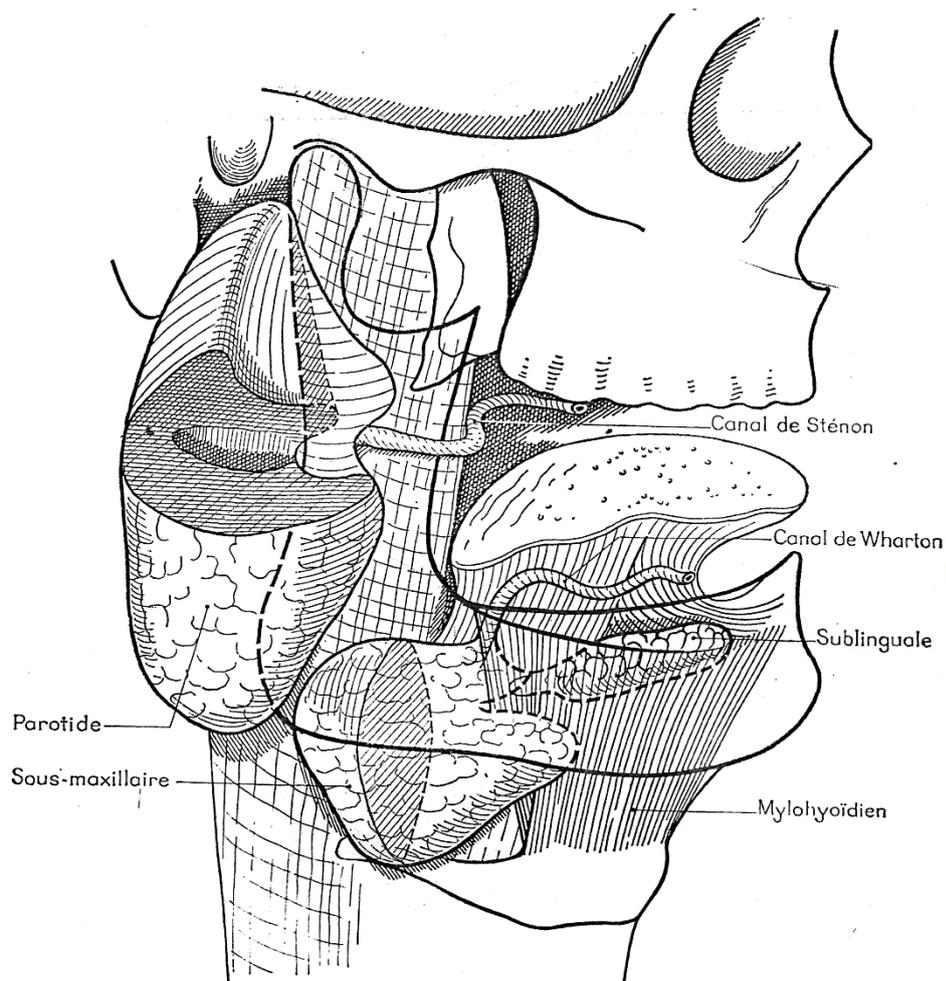
Un acinus est un amas de cellules sécrétrices s'organisant autour d'un canal intercalaire. Ces acini peuvent se différencier selon leur produit de sécrétion et selon leur coloration à l'hématoxyline éosine en :

- Acinus séreux : cellules basophiles synthétisant des enzymes
- Acinus muqueux : cellules acidophiles sécrétant du mucus
- Acinus mixte : cellules mucipares organisées en tube se terminant par un croissant de cellules séreuses.

Selon le type d'acini que contient chaque glande, on peut dire que:

- Les parotides sont des glandes séreuses
- Les submandibulaires mixtes à prédominance séreuse
- Les sublinguales : mixtes à prédominance muqueuse
- Les glandes accessoires: mixtes.

Les glandes salivaires ont pour fonction la sécrétion salivaire jouant un rôle essentiel dans la gustation, la phonation, la mastication et la déglutition [4].



**Schéma 8** : Situation générale des glandes salivaires (Parotide, Glandes sous mandibulaire et sublinguale).

**Source:** Legent F, Perlemuter L, CI Vandenbrouck

## **2.2. QUELQUES AFFECTIONS ORL COURANTES**

### **2.2.1. RHINOPHARINGITE [9]**

La rhinopharyngite est une infection de la muqueuse des fosses nasales et du rhinopharynx. Il s'agit d'une maladie obligatoire d'adaptation de l'enfant (de six mois à six ans). Elle est principalement d'origine virale.

#### **a. Tableau clinique**

Elle associe de façon variable les symptômes suivants : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre, des douleurs pharyngées et une toux. L'état général est conservé en absence de complications. L'examen clinique montre une inflammation nasale et pharyngée, une rhinorrhée antérieure et / ou postérieure qui peut être séro- muqueuse ou purulente. Il est habituel que le tympan soit discrètement congestif sans que l'on doive parler d'otite moyenne aigue. L'existence d'une fièvre, même élevée et le caractère purulent de la rhinorrhée ne sont pas synonyme d'une infection bactérienne. Une rhinorrhée purulente unilatérale doit faire rechercher un corps étranger nasal.

#### **b. Evolution**

Au cours des rhinopharyngites aiguës de l'enfant, les symptômes atteignent habituellement leur paroxysme après 2 à 3 jours d'évolution, puis s'atténuent, et la guérison spontanée intervient en 7 à 10 jours. La fièvre dure rarement plus de 4 jours.

Les patients et les parents seront avertis de la nécessité de recontacter le praticien en présence de signes évoquant la survenue d'une complication bactérienne :

- Fièvre persistante au-delà de 3 jours où réapparaissant secondairement après ce délai ;
- Persistance, sans tendance à l'amélioration, des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au-delà de 10 jours ;
- Otorrhée ;
- Œdème palpébral ;
- Apparition ou persistance d'une gêne respiratoire. La possibilité d'une infection respiratoire basse telle qu'une bronchite, bronchiolite ou pneumonie doit être également évoquée. Au moindre doute, le patient doit être réévalué.

### **c. Complications**

- Complications générales : Déshydratation, convulsions fébriles,
- Complications locorégionales : Otite moyenne aigue, rhino-sinusites, infections broncho-pulmonaires, conjonctivites, Adénites, Asthme.

### **d. Traitement**

La prise en charge d'une rhinopharyngite non compliquée peut justifier un traitement symptomatique (Antalgique, Antipyrétique, Désinfection rhinopharyngée) pour améliorer le confort. Les vasoconstricteurs par voie générale, comme par voie nasale ne sont pas recommandés avant 15 ans et les anti-inflammatoire non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire ainsi que les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués.

Le traitement antibiotique n'est pas justifié chez l'adulte comme chez l'enfant. Son efficacité n'est démontrée ni sur la durée des symptômes ni pour la prévention des complications (sinusites et OMA purulente), même en présence de facteur de risque. Ils exposent à des effets indésirables (cliniques et écologiques).

#### **2.2.2. OTITE MOYENNE AIGUE :**

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation de la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne dont la durée d'évolution n'excède pas trois semaines. La contamination infectieuse provient du rhinopharynx et des cavités nasales par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache [10].

##### **a. Epidémiologie :**

Il s'agit de l'infection la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant, avec une incidence maximale chez le nourrisson entre 6 et 24 mois. On considère que trois enfants sur quatre ont fait au moins une otite moyenne aiguë à l'âge de 2 ans.

##### **b. Germe :**

Les principaux germes rencontrés sont : Haemophilus Influenzae ; Streptococcus pneumoniae ; Staphylococcus aureus ; Pseudomonas aeruginosa ; Moraxella catharrhalis

**c. Diagnostic :**

Le tableau clinique typique est celui de l'OMA du jeune enfant.

Au cours ou au décours d'une rhinopharyngite plus ou moins fébrile, l'attention est attirée vers l'oreille par une otalgie, plus ou moins violente, par paroxysmes (coliques de l'oreille). Quelquefois, le premier signe est une otorrhée ; l'otalgie est alors peu marquée.

L'otoscopie affirme le diagnostic

- Au stade congestif, le tympan est rosé ou rouge vif, avec conservation des reliefs du marteau.
- Au stade suppuré :
  - A tympan fermé : le tympan est rouge violacé, bombant, avec disparition des reliefs, ou d'aspect jaunâtre (otite « camouflée » par les antibiotiques),
  - A tympan ouvert : perforation tympanique spontanée punctiforme, battante, laissant sourdre un liquide muco-purulent plus ou moins abondant.

Ne pas oublier d'examiner l'autre oreille (la bilatéralité de l'OMA est fréquente), le nez et le pharynx.

**d. Traitement :**

➤ **Stade catarrhal, congestif :**

- Un traitement simple suffit sous surveillance clinique et otoscopique.
- Désobstruction des fosses nasales : sérum physiologique, rarement vasoconstricteurs (prudence chez le nourrisson et le petit enfant : sérum adrénaliné).
- Instillations auriculaires, surtout à visée antalgique et décongestionnante. Les antibiotiques locaux sont inutiles.
- Antalgiques, anti-inflammatoire non stéroïdiens et antipyrétiques par voie générale.

➤ **Stade suppuré :**

Les deux questions suivantes se posent : antibiothérapie générale ? Et/ou paracentèse ?

- **Antibiothérapie :**

Elle a transformé le pronostic de l'OMA, dont les complications graves sont maintenant très rares. Elle n'a cependant ni diminué leur fréquence, ni leurs récurrences, ni le passage à la

chronicité. La prescription idéale serait celle qui serait guidée par l'étude bactériologique, mais il n'y a pas de tableau clinique typique d'un germe donné et les prélèvements sont difficiles à réaliser et à interpréter (souillure par les germes du conduit). Il s'agit donc d'une antibiothérapie probabiliste qui tient compte de deux notions : les souches productrices de bêta-lactamase en diminution et l'émergence du pneumocoque à sensibilité anormale à la pénicilline (4% de souches résistantes, 43% de souches intermédiaires.) les règles suivantes peuvent actuellement être adoptées :

- Chez le nouveau-né (rare), les germes sont souvent résistants aux antibiotiques (staphylocoque doré, Pseudomonas, streptocoques pyogènes). Les barrières épithéliales étant plus perméables à cet âge, ces infections nécessitent un bilan général comme toute fièvre néonatale. L'antibiothérapie à large spectre est indiquée. Le prélèvement bactériologique doit être systématique par paracentèse.
- Chez l'enfant, si l'otite est associée à une conjonctivite, l'*Haemophilus influenzae* est probablement en cause. Il convient de prescrire amoxicilline et acide clavulanique.

L'antibiothérapie s'impose formellement dans certains cas :

- OMA suppurée du nouveau-né et du petit nourrisson ;
- Formes avec atteinte sévère de l'état général ;
- OMA compliquant une maladie générale (rougeole, varicelle, scarlatine...)
- Otorrhée sur OMA perforée persistant plus d'une semaine, sans tendance à l'amélioration.

- **Paracentèse :**

Il s'agit d'une incision dans le quadrant antéro-inférieur du tympan, réalisée de préférence avec anesthésie, et avec une parfaite immobilité du sujet. La paracentèse n'est strictement indispensable sous couvert d'antibiotiques et d'une bonne surveillance, mais elle est utile au stade suppuré, car elle assure le drainage de l'abcès et permet une documentation bactériologique.

e. **Evolution :**

Elle est favorable dans la majorité des cas, spontanément ou sous traitement.

- Au stade congestif, elle peut guérir simplement, ou passer au stade suppuré, ouvert avec otorrhée.
- Au stade suppuré perforé, l'otorrhée est purulente puis, vers le 3<sup>ème</sup> jour, devient muco-purulente, puis muqueuse, alors que les signes généraux et fonctionnels disparaissent.

- La fermeture du tympan (en cas d'ouverture) survient vers les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> jours.

En cas d'échec d'un traitement antibiotique, par persistance des symptômes à la 48<sup>e</sup> heure, il faut suspecter un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) ou résistant à la pénicilline.

f. **Complications :**

➤ Mastoïdite

Il s'agit d'une infection des cellules mastoïdiennes avec destruction osseuse mastoïdienne.

Le tableau est celui d'une otite moyenne aiguë avec habituellement un syndrome général important, une tuméfaction inflammatoire rétro-auriculaire parfois collectée responsable d'un décollement du pavillon avec effacement du sillon rétro-auriculaire et d'une chute de la paroi postérieure du conduit auditif externe qui paraît refoulé par un processus inflammatoire. L'examen du tympan montre une otite moyenne aiguë collectée.

L'examen tomodensitométrique montre l'opacité mastoïdienne ; il doit être pratiqué non pas pour le diagnostic de mastoïdite, mais pour rechercher des complications méningo-encéphaliques qui peuvent être latentes (incidence de l'ordre de 10%). Sa fréquence a bien diminué depuis l'avènement des antibiotiques avec une prévalence de 1/10 000 otites moyennes aiguës.

Son traitement s'effectue en milieu spécialisé et repose sur une antibiothérapie, une paracentèse et une prise en charge éventuellement chirurgicale [11]

- Otite séro-muqueuse
- Perforation tympanique séquellaire
- Labyrinthite
- Paralysie faciale périphérique
- Méningite et Abscès du cerveau
- Thrombophlébite [12]

### 2.2.3. **OTITE EXTERNE** : [3]

Affection staphylococcique des follicules pilo-sébacés du conduit auditif externe, elle est favorisée surtout par des microtraumatismes du conduit auditif externe.

#### a. **signes cliniques** :

- Ootalgie à la pression sur le tragus, à la mobilisation du pavillon de l'oreille affectée ou à la mastication.
- Prurit du conduit auditif externe.
- Signes d'atteinte générale : céphalées, fébricule...
- Signes otoscopiques : rougeur et œdème des parois du conduit auditif externe, qui devient plus étroit; otorrhée muco-purulente.

#### b. **Traitement** :

- Antibiotique, surtout anti-staphylococciques par la voie locale et orale
- Antalgique et Antipyrétique

En cas abcès collecté (furoncle) non encore évacué spontanément, on peut faire une incision avec mise en place d'une mèche stérile dans le conduit auditif externe et instillation de gouttes auriculaires composée

### 2.2.4. **CORPS ETRANGER DES FOSSES NASALES** : [13, 14, 15]

Surtout fréquent chez l'enfant, il s'agit généralement de chiffons, de perles, de grain d'arachide, de morceau de coton, de mousse plastique.

#### a. **Signes cliniques** :

- Obstruction nasale unilatérale
- Rhinorrhée muco-purulente unilatérale fétide, souvent épistaxis de la fosse nasale où siège le corps étranger
- Dégagement d'odeur nauséabonde
- La rhinoscopie révèle le corps étranger

#### b. **Traitement** :

- Extraction du corps étranger à l'aide d'anse,
- Lavage nasal et Antibiotique si nécessaire.

### 2.2.5. ANGINES : [16]

L'angine est une inflammation des amygdales palatines. Les principales causes sont virales ; cependant le streptocoque B-hémolytique du groupe A est la principale source des complications.

#### a. Diagnostic :

- Signes fonctionnels : Dysphagie dans un contexte fébrile, douleurs pharyngées, parfois au cours ou au décours d'une rhinopharyngite.
- Examen clinique

On distingue 4 types d'angines :

- ✓ Angines érythémateuses : les amygdales sont rouges
- ✓ Angines érythémato-pultacées : les amygdales sont rouges et recouvertes d'un enduit pultacé (blanc)
- ✓ Angines pseudo-membraneuses : les amygdales sont recouvertes de fausses membranes
- ✓ Angines ulcéreuses : Ulcération à la surface des amygdales

Toutes ces formes d'angines peuvent être uni-ou bilatérales. On peut palper des adénopathies cervicales.

#### b. Evolution

Les angines virales ne sont en général pas compliquées et guérissent spontanément sans traitement. Les angines bactériennes guérissent en général sans séquelles mais quelques angines peuvent se compliquer localement : Phlegmon péri-amygdalien, adéno-phlegmon cervical.

L'angine à streptocoque du groupe A bêta hémolytique peut se compliquer de maladies graves : un rhumatisme articulaire aigu (RAA), une glomérulonéphrite aiguë, une chorée de Sydenhan, un érythème noueux.

#### c. Traitement

##### ➤ Mesures générales :

- ✓ Traitement symptomatique : Antalgiques, Antipyrétiques
- ✓ Traitement local : Bains de bouche, collutoire, antiseptique local
- ✓ Conseils : privilégier une alimentation molle, lactée, tiède

##### ➤ Médicaments :

- ✓ Antibiothérapie ; Amoxicilline pendant 6 jours
- ✓ Antalgique, Antipyrétique : Paracétamol

➤ **Traitement des formes terminales/sévères :**

Une angine, invalidante peut nécessiter une courte hospitalisation pour traitement intraveineux pour dénutrition, réhydratation, et éventuelle antibiothérapie (Angine bactérienne).

Un phlegmon péri-amygdalien ou un adéno-phlegmon cervical peuvent également nécessiter une hospitalisation pour incision et drainage de l'abcès associé à un traitement antibiotique intraveineux.

Une amygdalectomie peut être réalisée en cas de récurrence fréquente.

**2.2.6. EPISTAXIS : [16]**

L'épistaxis est une hémorragie d'origine nasale ; elle peut être uni- ou bilatérale, antérieure et/ou postérieure. C'est l'urgence la plus fréquente en ORL.

**a. Etiologie**

- ✓ Causes tumorales : tumeur des fosses nasales ou des sinus qu'elles soient bénignes ou malignes.
- ✓ Causes traumatiques : traumatisme du nez ou de la face avec ou sans fracture
- ✓ Causes infectieuses : rhinite, sinusite, paludisme, fièvre typhoïde, maladie à virus Ebola.
- ✓ Maladie de la coagulation : Maladie de Rendu-Osler, Maladie de Willebrandt, Hémophilie, Thrombopénie, Envenimation.
- ✓ Patient sous anticoagulants ou sous antiagrégants plaquettaires.
- ✓ HTA

Mais le plus fréquent : épistaxis sans cause retrouvée appelée épistaxis essentielle ou idiopathique de la tache vasculaire favorisée par l'exposition solaire, la chaleur, le grattage nasal.

**b. Conduite à tenir :**

➤ **En cas d'absence de signes de gravité (épistaxis bénigne)**

- ✓ Installation du patient : le mettre au repos, en position demi-assise et tête penchée en avant pour éviter l'écoulement postérieur. En cas de malaise, utiliser le décubitus latéral mais en aucun cas le décubitus dorsal.

- ✓ Rassurer le patient car le stress favorise le saignement, et nettoyer régulièrement toutes traces car la vue de sang est très souvent anxiogène. Lui expliquer les gestes qui vont être réalisés.
- ✓ Procéder à un interrogatoire qui permettrait de mettre en évidence une pathologie connue (Hypertension, Cancer), une prise médicamenteuse (Aspirine, Anticoagulant) ou un traumatisme crânien récent.
- ✓ Examen des fosses nasales : saignement minime en général unilatéral, se faisant goutte à goutte par la narine
- ✓ Agir directement sur le saignement :
- ✓ Faire moucher le patient narine par narine
- ✓ Compression bidigitale des ailes du nez pendant 10 minutes, cela suffit en général à arrêter ce type de saignement
- ✓ Faire sucer des glaçons
- **En cas de signes de gravité** (épistaxis grave)
  - ✓ Epistaxis bilatérale antérieure et/ou postérieure abondante rendant délicate l'examen ORL
  - ✓ Evaluer le retentissement de l'hémorragie (choc hémorragique) sur l'état général du patient : Evaluation de l'état de la conscience, Coloration cutanéomuqueuse, Prise de la tension artérielle, Prise du pouls, Fréquence respiratoire, Température, Diurèse.
  - ✓ Pose de deux voies veineuses périphériques de bon calibre
  - ✓ Prélèvement veineux en urgence ; Groupage-Rhésus, NFS, Créatininémie, Recherche d'Agglutinine irrégulière (RAI)
  - ✓ Tamponnement antérieur et/ou postérieur si nécessaire
  - ✓ Surveillance du patient
    - Constantes hémodynamiques

- Saignement antérieur et postérieur : changement régulier de la mouchette (compresse pliée en deux et maintenue par un sparadrap sous le nez) et observation d'un éventuel écoulement en arrière du voile du palais qui peut entraîner des vomissements de sang dégluti.
- Biologie : bilan d'hémostase et hémoglobine
- Anxiété : s'assurer que le patient reste le plus assuré possible
- ✓ Assurer une alimentation lactée froide au patient et lui mettre des glaçons à disposition pour qu'il les suce. L'informer que ses prises alimentaires seront gênées par la présence des mèches (modification du goût et de l'odorat, gêne respiratoire pendant les repas).
- ✓ Repos au lit

Traitement étiologique (dans tous les cas).

## 2.2.7. LES CELLULITES CERVICO-FACIALES

### a) Généralités :

- **Définition :** Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces cellulograsseux et aponévrotique du cou et de la face, poly-microbienne à tendance extensive, propagées à partir d'une inoculation septique dont l'étiologie causale est généralement « la dent ». Ces cellulites peuvent être à l'origine de complications graves mettant parfois en jeu le pronostic vital [17].
- **Epidémiologie :**

En Benin, Y.Y.C. Hounkpe et coll dans une étude en 1990 ont colligé 55 cas en 10 ans [18].

Au Mali M. Keita et coll [19] ont retrouvé une prédominance de sexe masculin avec 57 %.

#### ➤ **Facteurs favorisants :**

- Les facteurs physiologiques : l'âge, la grossesse (dernier trimestre), la nutrition (carence protéique et vitaminique) ;
- Les facteurs environnementaux : les traumatismes physiques et/ou psychiques ;

- Les facteurs immunitaires : ils peuvent être congénitaux ou acquis (le syndrome de l'immunodéficience acquise, les traitements immunosuppresseurs, le diabète et sa micro-angiopathie, l'obésité, l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique).
- Les prescriptions médicamenteuses : les anti-inflammatoires [17].

➤ **Germes en cause :**

Les germes incriminés sont issus de la flore buccale, dont principalement le streptocoque pyogène (hémolytique groupe A) le plus souvent associé à des germes anaérobies tels Fusobacterium, Prevotella, Bacteroides. Ils peuvent s'associer à d'autres germes (bacilles à Gram négatif font intervenir également des cocci à Gram positif et à Gram négatif). L'association spirochètes -Fusobacteriae est bien connue et redoutable [17].

**b) Signes:**

- **Type de description : la cellulite aiguë diffuse.**
- **Signes cliniques :**
- **Signes fonctionnels :** il s'agit de douleurs assez intenses, l'odontalgie, la dysphagie et l'otalgie réflexe.
- **Signes généraux :** l'asthénie, l'agitation et la fièvre (39°- 40°C).
- **Signes physiques :** on peut retrouver le trismus ; à la palpation une crépitation neigeuse, des tâches cyaniques témoignant la nécrose superficielle.
- **Examens para cliniques :**

NFS : on retrouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

La glycémie à jeun et la sérologie HIV à la recherche de terrain d'immunodépression à demander.

L'examen bactériologique : à la recherche du germe en cause.

Le scanner cervico-thoracique en urgence qui permet de situer le niveau des décollements et des poches hydroaériques par rapport au médiastin et pourra guider l'intervention.

➤ **Évolution et complications :**

Le plus souvent, la collection se fistulise à la peau et/ou à la muqueuse. Cette évolution peut également se faire vers la diffusion de l'infection vers les régions voisines, pouvant à son tour gagner les espaces cervicaux, voire le médiastin.

➤ **Formes cliniques :** [17]

• **Autres formes de cellulite aiguë diffuse :**

➤ **Phlegmon du plancher buccal de Gensoul (« Ludwig's angina » des Anglo-**

**Saxons) :** L'infection à point de départ d'une molaire inférieure gagne les loges sus- et sous-mylohyoïdiennes pour s'étendre très rapidement vers la région sous-mentale et le tissu cellulaire centrolingual, l'œdème pelvilingual est majeur ; la dyspnée s'aggrave rapidement.

➤ **Cellulite diffuse faciale (de Ruppe) :** La molaire inférieure est toujours en cause ; la cellulite, d'abord jugale, diffuse rapidement vers la région massétérine et vers la fosse infratemporale. Son extension cervicale mais surtout endocrânienne conditionne le pronostic.

➤ **Cellulite diffuse péripharyngienne (angine de Sénator) :** Elle succède à une infection amygdalienne ou de la dent de sagesse ; dyspnée, dysphonie et dysphagie sont présentes. Le pharynx apparaît rouge, tuméfié sur toute sa surface ; le cou est « proconsulaire ». L'extension médiastinale est particulièrement rapide.

• **Cellulites aiguës circonscrites:**

➤ **Cellulite séreuse**

La cellulite séreuse est le stade initial, purement inflammatoire ; les signes de la desmodontite aiguë prédominent : douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste ; puis une tuméfaction assez mal limitée. La peau en regard est tendue, lisse, rosée ; elle est collée à l'os sous-jacent, douloureuse avec augmentation de la chaleur locale.

➤ **Cellulite suppurée :**

En l'absence de traitement approprié, la cellulite suppurée s'installe dans les jours qui suivent et les caractères généraux d'un abcès, un trismus, une asthénie, une fièvre sont présents. La

douleur est devenue lancinante avec céphalées et sensation de battements au niveau de la tuméfaction faciale. À ce niveau, la peau est rouge, chaude et luisante ; une fluctuation peut être retrouvée. Les téguments prennent le Godet [17].

### c) Diagnostic

➤ **Diagnostic positif:** il est clinique, il s'agit du syndrome associant la fièvre, l'odynophagie, le trismus et la tuméfaction cervicale avec une crépitation neigeuse à la palpitation, évoluant depuis quelques jours.

➤ **Diagnostic différentiel :**

- **Dans la région génienne et naso-génienne**

- La peau (kyste sébacé)
- La glande parotide (infection, tumeur)
- Le muscle masséter (hypertrophie)
- Le conduit lacrymal (dacryocystite)
- Les veines (thrombophlébite du plexus alvéolaire ou facio-ophtalmique)

- **Dans la région labiale**

- Une glande salivaire accessoire (kyste mucoïde, tumeur mixte)
- Une dermo-hypodermite mycosique
- Une atteinte spécifique ou maligne

- **Dans la région mentonnière**

Une folliculite suppurée des poils de la barbe (sycosis)

- **Dans le vestibule**

- Un angiome
- Une diapneusie (nodule d'hyperplasie fibro-épithéliale)
- Une épulide (épulie)

- **Au niveau du palais**

- Un kyste d'origine dentaire
- Une tumeur mixte ou cylindromateuse
- Une ostéopathie

- **Dans la région sous mylo-hyoïdienne**

- Une glande sous maxillaire (sous maxillite)
- La mandibule (ostéite, tumeur)
- Des ganglions (adénophlegmon)
- Un kyste congénital
- Un lipome

- **Dans la région sus-mylohyoïdiennes**

- Le canal de Wharton (Whartonite)
- Une grenouillette
- Un kyste dermoïde
- Une stomatite

**d) Traitement :**

- But : éradiquer les germes et éviter les complications.
- Moyens :

· Médicaux:

Il s'agit des antibiotiques (pénicillines), des antalgiques, des soins locaux antiseptiques et antalgiques.

· Chirurgicaux:

Le drainage chirurgical et les soins dentaires.

- **Indications :**

- **Médicales :** Vis-à-vis de l'infection et en attendant les résultats de la bactériologie, on peut utiliser Amoxicilline : 2 g intraveineux en 30 minutes préopératoire ; 1 g intraveineux ou per os toutes les 8 heures ; Association possible à l'acide clavulanique. Ce traitement doit être adapté dès que les résultats bactériologiques sont connus.

- **Chirurgicales :**

- Le drainage chirurgical :

Il peut être endobuccal, cervical ou les deux associés. Il doit être effectué dans les conditions d'asepsie. L'anesthésie doit être adaptée à l'ampleur prévisible du geste.

- Soins dentaires :

C'est au minimum, la trépanation dentaire avec le drainage pulpaire et au maximum, l'extraction dentaire avec le curetage chirurgical de l'alvéole et du tissu parodontal [17].

### **III- MATERIELS ET METHODE**

#### **3.1. Cadre et lieu de l'étude**

Notre étude a été réalisée dans l'unité d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre de santé de référence de la commune V (CSRéf CV) du district de Bamako au Mali.

##### **3.1.1 Présentation du CSRéf CV**

###### **❖ Historique du CSRéf de la commune V**

En 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (avec appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V ; en regroupement avec le service Social de la Commune V). Il fut créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako.

Dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC), la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour dix aires de Santé par la création de douze CSCom (Centre de Santé Communautaire). Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de référence de la commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé et ceci a été couronné de succès surtout avec le bloc opératoire équipé et c'est ainsi que le centre a été nommé Centre Pilote du District de Bamako. C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres Communes et le Centre de Santé de la Commune V est devenu Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Actuellement le CSRéf CV compte huit unités et vingt-cinq sections. Il est dirigé par un Médecin-chef et compte un effectif de plus de 450 personnes dont plus de 150 affectées dans les CSCom.

###### **❖ Situation géographique :**

Le CSRéf CV est situé au Quartier-Mali qui est parmi les huit quartiers de la Commune V du District de Bamako. La commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41 km<sup>2</sup>, elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la commune de Kalaban-coro, à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger.

### **3.1.2. Présentation de l'unité ORL**

#### **❖ Infrastructures :**

#### **Elles comprennent :**

Une salle de consultation ;

Un bureau du médecin ;

Une toilette.

#### **❖ Ressources humaines :**

L'unité dispose de :

- ✓ Un Médecin spécialiste en ORL-CCF,
- ✓ Trois assistants médicaux spécialistes en ORL,
- ✓ Deux thésards

### **3.3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale

### **3.4. Période d'étude :**

Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois allant de janvier à décembre 2017.

### **3.5. Population d'étude :**

Notre étude a porté sur 1911 patients ayant été recensés au cours des consultations ORL dans ladite unité.

### **3.6. Echantillonnage :**

Les patients ont été recensés systématiquement au cours des consultations à partir des dossiers médicaux.

#### **a. Les critères d'inclusion :**

Tout patient ayant été reçu en consultation et chez qui une pathologie ORL a été diagnostiquée sur des bases cliniques associées au besoin à un examen para clinique.

#### **b. Les critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus les anciens patients qui venaient pour une 2<sup>e</sup> ou une énième consultation et ceux hospitalisés dans un autre service demandant un avis ORL.

### **3.7. Considérations éthiques :**

Les données ont été recensées avec le consentement des patients et l'autorisation des responsables du service tout en respectant les normes de l'établissement. Les données ont été saisies dans l'anonymat. Les résultats de notre étude seront mis à la disposition de l'administration du centre.

### **3.8. Collecte et Analyse des données :**

Les renseignements obtenus ont été mentionnés sur des fiches individuelles de collecte des données sur laquelle figure les variables à étudier. L'analyse Statistique a été faite par le logiciel SPSS 22.0, le Microsoft Excel et saisie par Microsoft Word.

### **3.9. Les variables étudiées :**

Les variables utilisées dans notre étude sont :

L'âge, le sexe, la provenance, la profession (occupation), le motif de consultation, la durée d'évolution, le contexte de survenue, le diagnostic retenu.

## IV- RESULTATS

Mille neuf cent onze patients ont été inclus dont mille quarante-cinq femmes soit 54,7% et huit cent soixante-six homme soit 45,3%. Le sex-ratio a été de 0,83.

Les patients qui ont consulté à l'unité ORL ont représenté 15,46% de l'ensemble des consultations dudit centre qui s'élevait à douze mille trois cent soixante patients hormis les cas obstétricaux

### 1. Aspects sociodémographiques

**Tableau I** : Répartition des patients en fonction de la date d'admission

Date d'admission	Effectif	Fréquence
Janvier	66	03,5
Février	52	02,7
Mars	06	0,3
Avril	61	03,2
Mai	149	07,8
Juin	62	03,2
Juillet	182	09,5
<b>Août</b>	<b>327</b>	<b>17,1</b>
Septembre	242	12,7
Octobre	257	13,4
Novembre	273	14,3
Décembre	234	12,2
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Plus de la majorité de nos patients ont consulté dans les six derniers mois avec un pic dans le mois d'août avec 17,1% des cas suivi du mois de novembre dans 14,3% des cas.

La moyenne d'admission par mois est de 159,25 patients

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge (an)	Effectif	Fréquence
[0 – 10[	402	21,0
[11-20[	624	32,7
[21-30[	368	19,3
[31-40[	222	11,6
[41-50[	119	06,2
[51-60[	79	04,1
[61 et plus]	97	05,1
Total	1911	100

La tranche d'âge 11 à 20 ans a représenté 32,7% et 53,7% des patients ont moins de 20 ans. La moyenne d'âge a été de 22 ans  $\pm$  18,9ans avec des extrêmes de 10 jours et 93 ans.

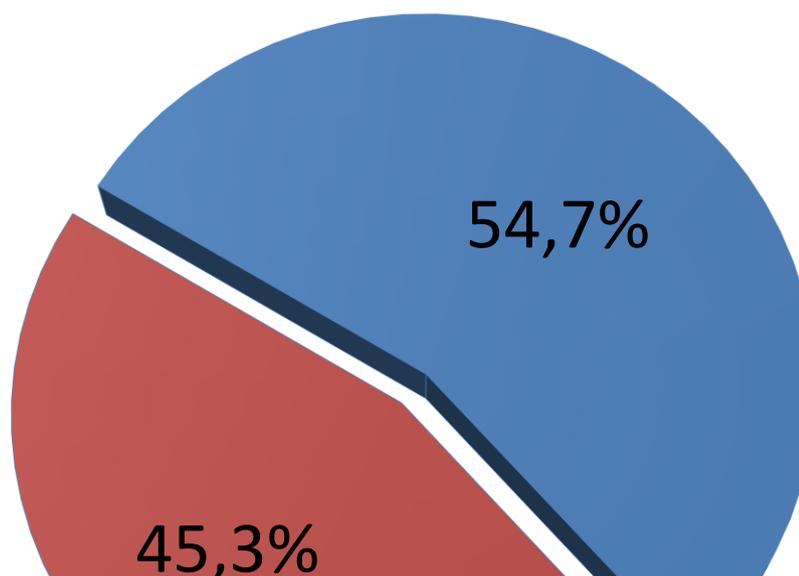


Figure I : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin a représenté 54,7% des cas contre 45,3% pour le sexe masculin.

Le sex-ratio est de 0,83

Tableau III : Répartition des patients selon l'occupation (Profession)

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Elèves et Etudiants</b>	<b>563</b>	<b>29,5</b>
Enfants préscolaires	506	26,5
Femmes au foyer	274	14,3
Fonctionnaires	263	13,8
Commerçants	137	07,2
Ouvriers	109	05,7
Retraités	50	02,6
Autres	09	0,4
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Autres : cuisinier (2 cas), éleveur (1cas), footballeur (1cas), imprimeur (2cas), maitre coranique (3cas).

Les élèves et étudiants ont représenté 29,5% et les enfants préscolaires 26,5%.

Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Commune I	39	2,0
Commune II	09	0,5
Commune III	26	1,4
Commune IV	28	1,5
<b>Commune V</b>	<b>1280</b>	<b>66,9</b>
Commune VI	273	14,3
Cercle de Kati	246	12,9
Koulikoro	10	0,5
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

66,9% des patients résidaient dans la commune V

## 2. Etude clinique

Tableau V : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (signes otologiques)

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Otalgie</b>	<b>581</b>	<b>43,5</b>
Hypoacousie	216	16,2
Otorrhée	197	14,8
Attouchement fréquent d'oreille	145	10,9
Acouphènes	80	06
Sensation de plénitude d'oreille	61	04,5
Prurit auriculaire	30	02,2
Tuméfaction du pavillon	05	0,4
Tuméfaction rétro-auriculaire	04	0,3
Otorragie	04	0,2
Vertige	03	0,2
Retard de langage	04	0,3
Auto-phonie	02	0,1
Déchirure traumatique du pavillon	01	0,1
<b>Total</b>	<b>1333</b>	<b>100</b>

L'otalgie a représenté 43,5% des cas ; 69,8% de nos patients avaient une plainte otologique.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (signes naso-sinusiens)

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Obstruction nasale</b>	<b>172</b>	<b>68,8</b>
Epistaxis	32	12,8
Rhinorrhée	30	12
Cacosmie	12	04,8
Tuméfaction de la pyramide nasale	03	01,2
Douleur de la pyramide nasale	01	0,4
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

L'obstruction nasale a représenté 68,8% des symptômes naso-sinusiens.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction des motifs de consultations pharyngolaryngées

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Odynophagie</b>	<b>156</b>	<b>66,7</b>
Dysphonie	15	06,4
Toux	15	06,4
Sensation de sècheresse pharyngée	12	05,1
Douleur	11	04,7
Sensation de boule pharyngée	10	04,3
Dysphagie	08	03,4
Hemmage	07	03
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>100</b>

L'odynophagie a représenté 66,7% des symptômes pharyngolaryngés.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du motif de consultation (cou et face)

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Céphalée	32	34
Douleur cervicale	12	12,8
Tuméfaction cervicale	17	18,1
Tuméfaction sous mentale	12	12,8
Stomatodynie	08	08,5
Halitose	07	07,4
Fente labio-palatine	02	02,1
Tuméfaction frontale	02	02,1
Exophtalmie	01	01,1
Tuméfaction sous-linguale	01	01,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

La céphalée a représenté 34% des symptômes cou et face

Tableau IX : Répartition des patients selon la topographie du motif de consultation

<b>Topographie du motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Otologique</b>	<b>1333</b>	<b>66,8</b>
Rhino-sinusienne	250	13,1
Pharyngo- laryngée	234	12,2
Cou et face	94	0,9
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Le motif de consultation otologique a représenté 66,8% du motif de consultation

Tableau X : Répartition des patients selon le délai de consultation

<b>Délai de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Moins de 24h	316	16,5
un jour---une semaine	862	45,1
une semaine –1mois	339	18
un mois ---6mois	169	08,9
6mois—1an	78	04,1
Plus d’un an	147	07,4
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des patients ont consulté dans un délai d’une semaine soit 61,6%

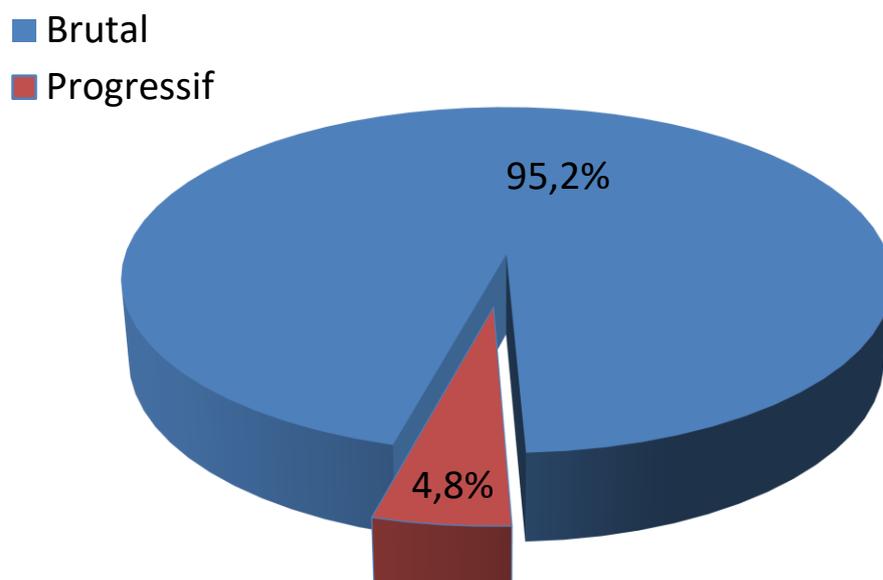


Figure II : Répartition des patients selon le mode d'installation

■ Spontané ■ Traumatique ■ Prise médicamenteuse

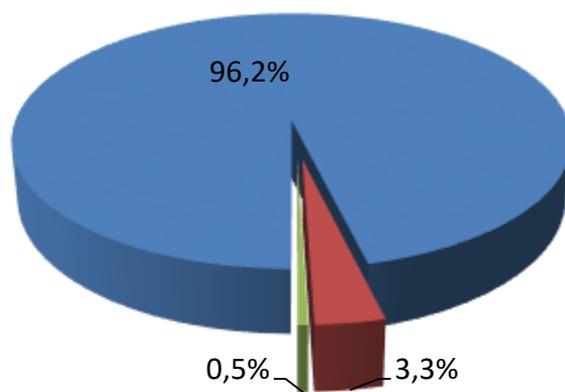


Figure III : Répartition des patients selon le contexte de survenue

Tableau X I: Répartition des patients selon la topographie des affections

<b>Topographie des affections</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Otologique</b>	<b>1270</b>	<b>66,4</b>
Rhino-sinusienne	320	16,6
Pharyngo- laryngée	236	12,4
Buccale	18	1,1
Œsophagienne	06	0,3
Autres localisations cervico-faciales	61	3,2
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Autres localisations cervico-faciales : Thyroïde, Glandes salivaires, Tractus thyro-glosse, Tissu cellulo-graisseux et musculo-aponévrotique cervico-facial, Vaisseaux du Cou et de la face.

66,4% des patients ont consulté pour une plainte otologique

Tableau XII: Répartition des patients selon le type d'affection

<b>Affection</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Infectieuse/inflammatoire</b>	<b>1416</b>	<b>74,1</b>
Bouchon de cérumen et épidermique	264	13,8
Traumatique	103	5,3
Neurosensorielle	75	3,9
Tumorale	27	1,4
Epistaxis	19	1
Malformative	07	0,4
<b>Total</b>	<b>1911</b>	<b>100</b>

Les affections inflammatoires et infectieuses ont représenté 74,1% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections otologiques

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Otite moyenne aigue purulente	446	35,1
Bouchon de cérumen et/ou épidermique	264	20,8
Otite externe	193	15,2
Otite séro-muqueuse	76	5,9
Otite moyenne chronique	71	5,6
Déficit neurosensoriel auditif	68	5,3
Catarrhe tubaire	64	5
Corps étranger d'oreille	48	3
Traumatisme auriculaire	19	1,5
Otomycose	07	0,6
Vertige paroxystique positionnel bénin	03	0,2
Mastôidite	03	0,2
Kyste Rétro-Auriculaire	02	0,2
Zona auriculaire	01	0,1
Fistule prétagienne	01	0,1
Déchirure séquellaire de pavillon par boucle d'oreille	01	0,1
Sténose du méat acoustique externe	01	0,1
Cicatrice chéloïde	01	0,1
Kyste du Pavillon	01	0,1
<b>Total</b>	<b>1270</b>	<b>100</b>

L'otite moyenne aigue purulente a représenté 35,1% des pathologies otologiques

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections rhino-sinusiennes

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Rhinites aigue et chronique	148	46,3
Rhino-pharyngite	68	21,3
Sinusites	45	14,1
Corps étranger nasal	22	6,9
Epistaxis	19	5,9
Polypose naso-sinusienne	08	2,5
Tumeur naso-sinusienne	03	0,9
Fracture des os propres du nez	02	0,6
Tuberculose naso-sinusienne	02	0,6
Furoncle du Vestibule Nasal	01	0,3
Rhinosclérome	01	0,3
Synéchie des Fosses Nasaales	01	0,3
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

Les rhinites ont représenté 46,3% des affections rhino-sinusiennes suivi des rhinopharyngites 21,3%.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du diagnostic des affections pharyngo-laryngo-œsophagiennes

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Angine</b>	<b>113</b>	<b>46,7</b>
Pharyngite	100	41,4
Phlegmon péri-amygdalien	07	2,9
Laryngite	07	2,9
Corps étranger de l'œsophage	06	2,5
Tumeur du cavum	02	0,8
Syndrome de Eagle	02	0,8
Corps étranger du pharynx	01	0,4
Malmenage vocal	01	0,4
Tumeur de l'hypo-pharynx	01	0,4
Polype des Cordes Vocales	01	0,4
Paralysie laryngée	01	0,4
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100</b>

Dans ce regroupement d'affections pharyngo-laryngo-œsophagiennes les angines et les pharyngites ont représenté respectivement 46,7% et 41,4%.

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction du diagnostic des autres affections cervico-faciales

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
Névralgie cervico-faciale	21	26,6
Stomatite	12	15,1
Thyroïdite	08	10,1
Goitre	08	10,1
Adénopathie cervicale chronique	08	10,1
Parotidite	05	6,3
Paralysie Faciale périphérique	03	3,8
Traumatisme facial	03	3,8
Cellulite cervico- faciale	03	3,8
Fente labio-palatine	02	2,5
Kyste du tractus thyroéoglosse	01	1,3
Sous maxillite	01	1,3
Grenouillette	01	1,3
Frein court de la langue	01	1,3
Kyste des glandes salivaires accessoires	01	1,3
Troubles fonctionnels de l'articulation temporo-mandibulaire	01	1,3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

La névralgie cervico-faciale a représenté 26,6% des autres affections cervico-faciales

## **V-DISCUSSION**

### **Prévalence :**

Les affections ORL ont représenté 15,46 % de l'ensemble des consultations dudit centre ; résultat supérieur aux études menées par Kéïta M [20], et Njiffou N [21] qui ont retrouvé respectivement que l'activité ORL représente 12% des consultations de l'hôpital régional de Ségou (Mali), et l'incidence des affections ORL a été de 2,14% à l'hôpital de Laquinitinie de Douala (Cameroun). Cette diversité et cette différence sont fonction de la vocation des structures, du niveau de la pyramide sanitaire, du nombre de spécialistes ORL et du niveau socio-économique et culturel des populations de la zone. Nous avons été confrontés à des difficultés tel qu'un manque d'équipements pour le bloc opératoire, la non disponibilité de certains examens complémentaires (Explorations fonctionnelles, imagerie, Endoscopie) indispensables, nous obligeant à orienter certains patients vers d'autres structures mieux équipées afin d'asseoir un diagnostic.

### **Aspect sociodémographique**

Le sexe féminin a représenté 54,7%, ce constat est le même à l'Hôpital de Laquinitinie de Douala et au centre Hospitalier départemental du Borgou (Bénin) où le sexe féminin était respectivement de 57,28% et 50,29% [21,22].

La majorité des patients était les élèves-étudiants et résidaient en Commune V, 29,5% des cas, suivis par les enfants en âge préscolaire 26,5%. Ce résultat pourrait s'expliquer par la proximité de la structure avec plusieurs écoles et les campus universitaires implantés dans ladite commune qui abrite des quartiers très peuplés et souvent populaires. Nous constatons que le tiers de nos patients provenaient de Kati, de Koulikoro ainsi que d'autres communes de Bamako malgré la présence d'unité ORL dans lesdites localités ; ceci pourrait s'expliquer par l'historique du CSRéf CV qui est le premier centre de Santé de Référence du Mali donc mieux connu, sa position géographique d'accès facile aux populations.

### **Aspect clinique**

Sur le plan topographique nos résultats ne concordent pas avec ceux de Attifi H [23] et de Njiffou N [21] qui ont retrouvé que les affections rhino-sinusiennes étaient les plus fréquentes. Sur le plan type d'affection nos résultats se rapprochent ; ces chiffres élevés de pathologies

infectieuses et inflammatoires pouvaient s'expliquer par : les facteurs anatomiques, les facteurs environnementaux, la promiscuité, la mauvaise hygiène de vie, et l'automédication [16].

Le jeune âge de nos patients à l'image de la population malienne majoritairement moins âgée [24] corrobore avec les travaux de N'Djolo à Yaoundé [25], explique en partie la fréquence de l'otite moyenne aigue [12,13].

Nous avons deux cas de tuberculoses naso-sinusiennes histologiquement confirmées et un cas de Fistule pré-tragienne surinfectées dont le prélèvement a mis en évidence la présence de bacille de Koch. La tuberculose constitue un problème de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en développement [26]. La tuberculose ORL extra-ganglionnaire est une localisation peu fréquente des atteintes extra-pulmonaires [27], dans un pays émergent, elle doit rester un diagnostic à évoquer devant tout cas de pathologie tumorale ou pseudo-tumorale et devant toute infection trainante n'ayant pas fait sa preuve sous traitement usuel. Le diagnostic est le plus souvent histologique et/ou bactériologique [28].

Les corps étrangers sont fréquents en consultation ORL surtout chez l'enfant, ils constituent souvent des urgences dont la gravité dépend de leur aspect, leur forme, leur localisation, leur nature (pile bouton) ou leur ancienneté. Ils peuvent mettre rapidement le pronostic vital en jeu [29,30] ; 77 cas (4%) ont été recensés dans notre étude. Des auteurs africains ont rapporté que les corps étrangers représentaient 50,79% des urgences ORL pédiatriques [31] et 33,07% des urgences ORL [32] alors qu'une étude française a retrouvé que les corps étrangers représentaient 8,08% des activités de l'interne d'ORL durant la garde au CHU de Strasbourg [33]. Singaré K a retrouvé que les corps étrangers de l'œsophage, sont beaucoup plus fréquents chez l'enfant 63% par rapport à l'adulte [34].

Deux cas de syndrome de Eagle ont été recensés. Sa rareté ne doit pas occulter son existence et doit être recherché devant toute symptomatologie pharyngée, oro-faciale ou oro-crânio-faciale d'autant plus qu'elle est unilatérale surtout n'ayant pas fait la preuve de son diagnostic. N'Jock à Douala a retrouvé une prévalence de trois cas par an en consultation ORL [35].

## VI-CONCLUSION

Cette étude montre une place notable des affections ORL en pratique communale avec une très grande diversité et par conséquent une multiplicité des soins devaient être prodigués dans un contexte de sous-médicalisation. Ceci permettra d'orienter objectivement le choix des politiques de santé pour une grande accessibilité des soins de proximité de qualité. En équipant ces infrastructures en matériels et ressources humaines compétentes, toute la pyramide sanitaire connaîtra un véritable essor.

## RECOMMANDATIONS

Pour assurer une meilleure prise en charge des différentes pathologies recensées au cours de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### 1. Aux autorités de notre Pays :

- Promouvoir des actions en matière de prévention et d'éducation en santé ORL ;
- Doter les centres de santé de référence en équipements adéquats pour le diagnostic et pour la prise en charge correcte des pathologies ORL courantes ;

### 2. Aux personnels de santé :

- Référer en temps opportun les cas nécessitant une prise en charge par un Médecin spécialiste ORL.
- Donner des conseils décisifs aux parents et aux patients souffrant de l'affection ORL.
- Œuvrer à une répartition adéquate du personnel ORL pour une détection précoce des cas et pour une meilleure prise en charge de l'ensemble de la population Malienne.

### 3. Aux parents :

- Consulter à temps un agent de santé pour les problèmes de santé ORL des enfants ;
- Respecter les conseils donnés par le personnel sanitaire ;
- Eviter le tabagisme actif ou passif ;
- Eviter les pollutions domestiques, hyper ventilation, hyper climatisation des locaux et le bain en plein air

## VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 : Brasnu D, Ayache D, Hans S, Hartl D, Papon J-F. Traité d'O.R.L. Médecine Sciences Flammarion. Paris 2008. 875 Pages.

2 : Legent F, Fleury P, Narcy P, Bauvillain C. ORL Pathologie cervico-faciale. 5<sup>e</sup> édition. Masson, Paris 1999. 385 Pages.

3: Garrabedian E-N, Bobin S, Monteil J-P, Triglia J-M. ORL de l'enfant. Paris, Médecine Sciences Flammarion, 2006, 106-126.

4 : Legent F, Perlemuter L, Vandenbrouck C. Cahiers d'anatomie ORL. Paris : Masson ; 1984. 298pages.

5 : Netter F. H. Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou. Paris Masson 2009 ; 610 pages.

6 : Bonfils P, Chevallier J-M. Anatomie : ORL. Médecine-Sciences Lavoisier. Paris 2011. 451 Pages.

7 : Raingeard I, Chalancon A, Vlaeminck-Guillem V. Physiologie de la glande thyroïde. In. Périé S, Garrel R. Pathologies chirurgicales de la glande thyroïde. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. 2012, 695 Pages.

8 : Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-628-B-10, 2007. 18 Pages.

9 : Bonfils P, Laccoureye O, Couloigner V. Le Livre de l'interne ORL. Médecine-sciences Lavoisier. Paris 2011. 899 Pages.

10 : Van Den Abbeele T. Otites aiguës, Otites séromuqueuse de l'enfant. Monographie amplifon N°54. Edition 2013. 134 Pages.

11 : Dubreuil C. Otite aiguë : Etiologie-Diagnostic-Traitement. Revue du praticien 1993 ; 43 : 2421-95.

12 : Collège français d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale. ORL, 3<sup>e</sup> Edition. Elsevier Masson 2014. 352 Pages.

13 : Sauvage J-P. Guide d'ORL clinique et thérapeutique. Elsevier Masson 2016. 328 Pages.

14 : Sauvage J-P ; Bessède J-P. Révision accélérée en Oto-Rhino- Laryngologie. Maloine 1987. 185 Pages.

15 : Dubreuil Ch, Haguénauer P, Morgon R. ORL pour le praticien. SIMEP 1987. 254 Pages.

16 : Simon D, Bensoussan L. Mémo infirmier ORL, Ophtalmologie. Masson 2008. 158 Pages.

17 : Peron JM et Mangez JF. Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir. Paris : Elsevier SAS, Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.

18 : Hounkpe YYC. Oussa GB. Vodouhe SJ. Babagbeto MJ. Medji AIP. Bassabi SK. Les cellulites cervico-faciales à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et Ophtalmologie du CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique noire 1990, 35(1) :29-34

19: Keita M, Doumbia. K, Diango D et all. La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali. Médecine d'Afrique Noire 2008-55(8-9).pp 464-470.

20 : Kéïta M, Dao K, Ag Mohamed A. Pratique oto-rhino-laryngologique en Afrique subsaharienne : cas du Mali à propos d'une expérience de 28 mois dans une province. Médecine d'Afrique noire 2005 ; 52 (4) : 228-32.

21 : Njiffou Njima A, Ndjock R, Essama L, Moby H, Fonyam V, Bitang L J, Zambo Oyono J C, N'Djolo A, Eban Mvogo C. Profil de la pathologie ORL à l'Hôpital Laquinitinie de Douala. Médecine d'Afrique noire 2013 ; 60 (10) : 415-18.

22 : Hounkatin SHR, Avakoudjo F, Lawson-Afouda S, Yemadjro FSR, Adjibabi W, Vodouhe SJ, Hounkpe YYC. Prévalence des affections ORL au Centre hospitalier régional départemental du Borgou dans le nord-bénin. La revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale 2011 ; 11 (1, 2, 3) : 47-51.

23 : Attifi H, Hmidi M, Boukhari A, Touihem N, Kettani M, Zalagh M, Messary A. Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. Pan African Medical Journal 2014; 19(40): 1-8.

24 : Institut National de la statistique du Mali. Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP). Rapport d'analyse premier passage 2017.

25 : N'Djolo A, Eposse EC, Bob Oyono JM, Fouda OA, Bengono G. La pratique ORL chirurgicale en milieu africain : une évaluation de cinq ans et demi dans les hôpitaux de Yaoundé. Médecine d'Afrique noire 2006 ; 53(1) : 29-33.

26 : Garrouche A, Zayani R, Njima H, Rejeb A, Knani H, Mezghani S, Hayouni A, Klabi N, Benzarti M, Jerray M. Profil évolutif de la tuberculose pleuro pulmonaire dans le centre tunisien de 1982 à 2002. Rev Mal Respir 2004 ; 21 : 58–104.

27 : El Ayoubi A, Benhammou A, El Ayoubi F, El Fahssi A, Nitassi S, Kohen A, Nazih N, Benbouzid A, Kzadri M. La tuberculose primitive ORL extraganglionnaire. Annales d'oto-laryngologie et chirurgie cervico-faciale 2009 ; 126 : 208-15.

- 28 : Kharoubi S. La tuberculose miliaire du pharynx ou maladie d'Isambert. *Annales d'oto-laryngologie et chirurgie cervico-faciale* 2008 ; 125 : 218-23.
- 29 : Kacouchia N, N'Gattia K.V, Kouassi M, Yoda M, Bouraima F, Tanon-Anoh M-J, Kouassi B. Corps étrangers des VADS chez l'enfant. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2006 ; 13(3) : 35-9.
- 30 : Lahmar J.J, Célerier C, Garabédian E.N, Couloigner V, Leboulanger N, Denoyelle F. Lésions de l'œsophage provoquées par l'ingestion de pile bouton chez l'enfant : analyse des causes et proposition de mesures préventives. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* 2018 ; 135(2) : 88-93.
- 31 : Badou N'guessan K.E, Tanon Anon M.J, N'guessan N.S, Yoda M, Bouraima F, Kouassi M. Urgence ORL de l'enfant au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire). *Médecine d'Afrique noire* 2017 ; 64(2) : 91-8.
- 32 : Ouoba K, Dao O M, Elola A, Ouedraogo I, Gyebre Y, Ouedraogo B, Bationo E. Les urgences ORL au Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou : à propos de 124 cas. *Médecine d'Afrique noire* 2006 ; 53(4) : 241-6.
- 33 : Hervé J.-F, Wiorowski M, Schultz P, Chambres O, Lannoy L, Rakotobe H, Gentine A, Debry C. Activité de l'interne d'ORL durant la garde au CHU de Strasbourg. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2004 ; 121(1) : 33-40.
- 34 : Doumbia Singare K, Timbo S. K, Kéïta M, Togola-Konipo F, Guindo B, Soumaoro S, Ag Mohamed A. Corps étranger de l'œsophage chez l'adulte: à propos de 26 cas. *Mali médical* 2011 ; 26(3) : 1-4.
- 35 : N'Jock R, Feuwou A, Bengono G. Aspects épidémiologiques et cliniques du syndrome de Eagle à l'hôpital général de Douala. *Médecine d'Afrique noire* 2006 ; 53(3) : 182-6.

## ANNEXES :

### Fiche d'enquête

**Date d'admission** : /.... /.... /....

N°.....

#### Statut sociodémographique :

Age/an : 0 à 10 , 11 à 20 , 21 à 30 , 31 à 40 , 41 à 50 , 51 à 60 , Plus de 60

**Sexe** : masculin  féminin

**Résidence** : Commune I , Commune II , Commune III , Commune IV , Commune V , Commune VI , Cercle de Kati , Koulikoro ville

**Profession** : ménagère , cultivateur , fonctionnaire , élève/étudiant , commerçant , ouvrier , enfant préscolaire  autre .....

#### Aspect clinique :

**Motif de consultation** : Ootalgie , otorrhée , acouphènes , hypoacousie   
dysphonie , oodynophagie , Rhinorrhée , Rhinolalie   
cacosmie , hyposmie , anosmie , Obstruction nasale ,

Dyspnée : Inspiratoire , Expiratoire , deux temps

Dysphagie : Liquide , solide , liquide et solide

Epistaxis : unilatérale , bilatérale

Douleur pharyngée , Douleur cervicale , céphalée

Masse cervicale , sensation de plénitude de l'oreille

Hyper sialorrhée , sensation de sècheresse pharyngée

Déviation labiale , sensation de boule pharyngée

Dysgueusie , trismus , vertige

**Mode d'installation** : brutal , progressif

**Durée d'évolution** : moins de 24 heures , un jour à une semaine ,  
une semaine à un mois , un mois à six mois , six mois à un an , un an et plus

**Context de survenue** : Spontané , traumatique , médicament

#### Diagnostic

Otite moyenne chronique : , Otite externe : , Otite moyenne aiguë :   
Otite moyenne suppurée : , Otite sero-muqueuse : , Bouchon de cérumen :

Otospongiose :  catarrhe tubaire :

Corps étrangers : bronchique  œsophage  pharynx  nez   
oreille  larynx

Tumeurs : nez  oreille  larynx

Pharynx : cavum  oropharynx  hypo pharynx

Sinusites : maxillaire  ethmoïdal  sphénoïdale  frontale

Polype naso-sinusiennne :

Masses cervicales :  goitres :

Fentes vélo-palatine :  Thyroïdite :  Autres .....

## **Fiche signalétique**

**-Nom :** THIOCARY

**-Prénom :** Sinaly

**-Nationalité :** Malienne

**-Titre de la thèse :** Place des affections ORL dans un centre de santé de 2<sup>e</sup> niveau : Cas du Centre de Santé Référence de la Commune V du District de Bamako

**-Année Universitaire :** 2017-2018

**-Ville de soutenance :** BAMAKO

**-Pays de soutenance :** MALI

**-Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

**-Secteur d'intérêt :** Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, Santé publique

### **Résumé**

**Objectif :** Evaluer la place des affections ORL au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako.

**Matériels et Méthode :** Il s'agit d'une étude transversale menée en consultation ORL de janvier 2017 à décembre 2017 au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

**Résultats :** Mille neuf cent onze patients ont été inclus dont 54,7% de femmes (sex-ratio 0,83) et une incidence de 15,46% audit centre. L'âge moyen était de 22 ans. Les affections otologiques ont représenté 66,4% des cas suivis par les affections naso-sinusiennes (16,6%). Les affections infectieuses et inflammatoires ont constitué les principaux diagnostics retenus (74,1%). Les difficultés ont été liées essentiellement au plateau technique.

**Conclusion :** La diversité de ces pathologies implique un renforcement des capacités en ressources humaines et matérielles de ces structures pour des soins de proximité de meilleures qualités.

**Mots clés :** Affections ORL, soins, Centre de Santé de Référence

### **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 !**