



RETEC

Organe de diffusion SOMETEC

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS DE LA REVUE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE TÊTE ET COU

Instructions générales

La revue de la Société Médicale Tête et Cou dénommée RETEC est publiée par la Société Médicale Tête et Cou (SOMETEC) du Bénin. Sa parution est biannuelle.

Les travaux scientifiques sont publiés en français. Ils se rapportent exclusivement à l'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale, l'Ophtalmologie, l'Imagerie Médicale, la Stomatologie, l'Histopathologie, la Neurologie, la Neurochirurgie et à l'Anesthésie Réanimation. Les publications concernent les rubriques suivantes: éditorial, article original, cas clinique, note technique, revue générale, mise au point, enseignement, lettre à la rédaction.

Copyright et clauses légales

Tout article ou toute publication dans la revue en devient la propriété.

Tout document soumis devra être accompagné d'une déclaration signée par les trois premiers auteurs, confirmant que le document n'a jamais été publié ni soumis simultanément pour publication ailleurs.

Les déclarations et opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs.

Présentation des articles soumis

Tous les articles soumis seront envoyés par internet à l'adresse suivante :

Sometec_2011@yahoo.com

Les documents soumis doivent respecter la séquence suivante : page du titre, résumé et mots clés en français et en anglais, texte, références, tableaux et figures (chacun sur une page séparée).

Page de titre

Sur la première page doit figurer le titre de l'article,

en français et traduit en anglais, sans sous-titre ; le nom des auteurs en entier suivi des initiales des prénoms; les affiliations des auteurs (nom des services, des départements et institutions de provenance); le nom et l'adresse e-mail de l'auteur responsable pour la correspondance.

Résumés

Chaque article soumis à publication doit comporter un résumé en français avec sa traduction en anglais. Ce résumé ne doit pas dépasser 250 mots. Il doit être structuré en quatre paragraphes : introduction et but de l'étude, matériel et méthode, résultats, conclusion.

Mots clés

Six mots clés au maximum doivent accompagner l'article. Ils seront inscrits au bas du résumé. Ils seront conformes au MESH de l'index Medicus.

Pages de texte

Le texte devra être divisé en introduction, matériel et méthode, résultats, discussion et conclusion.

Saisie des articles

Le texte est saisi en interligne 1,5, recto seulement, avec des marges de 2,5 cm. Les pages seront numérotées en bas et à droite. Les polices conseillées sont Arial et Courier 12.

Tableaux et figures

Le nombre total de tableaux et figures ne doit pas dépasser 5 pour les articles originaux et les autres formes de publication.

Références

Les références sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte. Elles sont indexées dans le texte sous la forme de chiffres arabes entre crochets ([2]) . En cas de références multiples dans le texte, les chiffres sont séparés par une virgule ([2,5]) ou par un tiret si elles sont consécutives ([2-5] pour ([2,3,4,5])). Seuls les

six premiers auteurs seront cités dans chaque référence. Le nombre maximum de références est de 25 pour les articles originaux, 10 pour les observations cliniques, 05 pour les notes techniques ou thérapeutiques, 05 pour les notes d'imagerie et les lettres à la rédaction.

La présentation des références se fera selon la norme de Vancouver (Colin C, Perret du Cray MH, Maître MF. L'audit clinique dans la littérature médicale. J Econ Med 1996;14:291-9.).

Longueur

La longueur totale du texte ne doit pas dépasser 8 pages par articles.

Publication

Les documents soumis ne seront publiés qu'après avis favorable d'un comité de lecture.

Frais de publication

La publication d'article par la revue de la Société Médicale Tête et Cou (RETEC) sera payante à partir du 2e numéro, soit 100000FCFA par article retenu.

Directeur de la Revue :

Professeur ADJIBABI Wassi

Rédacteurs en chef :

Pr SOUNOUVU Ignace

Pr BIAOU Olivier

Pr AVAKOUDJO François

Pr ALAMOU Soulé

Comité scientifique international de lecture :

Pr SOUNOUVU Ignace (Bénin)

Pr ALAMOU Soulé (Bénin)

Pr BONI Séverin (Côte d'Ivoire)

Dr KUAOVI Roger (Togo)

DIALLO Jean Wenceslas (Bobodioulasso - Burkina Faso)

AYENA Didier (Togo)

ZABSONRE-ANOUS Agbébatatou (Burkina Faso)

Pr ADJIBABI Wassi (Bénin)

Pr AVAKOUDJO François (Bénin)

Pr HOUNKPATIN H. Spéro Raoul (Bénin)

Pr LAWSON AFOUDA Sonia (Bénin)

Pr DIALLO Karim Baye (Sénégal)

Pr DEGUENONVO Richard (Sénégal)

Pr KOUASSI Bertin (Côte d'Ivoire)

Pr BOURAÏMA Fatao (Côte d'Ivoire)

Pr KEITA Abdoulaye (Guinée Conakry)

Pr SINGARE DOUMBIA Kadidja (Mali)

Pr OUEDRAOGO Bertin (Burkina Faso)

Pr OUOBA Kapamdilemba (Burkina Faso)

Pr DIALLO Oumar Alpha (Guinée Conakry)

Pr KEITA Mohamed (Mali)

Pr ONDZOTTO Gontran (Congo Brazzaville)

Pr ITIERE ODZILI FA (Congo Brazzaville)

Pr N'DJOCK Richard (Cameroun)

Pr MILOUDJA Jérôme (Gabon)

Pr BOKO Essohanam (Togo)

Pr AMANA Bathokédéou (Togo)

Pr MATANDA Richard (Congo Kinshasa)

Pr VAN DER VOST Sébastien (Belgique)

Pr LAWSON Georges (Belgique)

Pr De GABORY Ludovic (France)

Pr DARROUZET Vincent (France)

Pr KONAN Emmanuel (Côte d'Ivoire)

Pr KONSEM Tarcisus (Burkina Faso)

Dr FAYE Boubacar (Sénégal)

Dr GUËYE Moctar (Sénégal)

Dr LECOR Papa Abdou (Sénégal)

Dr KATTIE Louka (Côte d'Ivoire)

Pr BIAOU Olivier (Bénin)

Pr YEKPE AHOUANSOU Patricia (Bénin)

Pr TCHAOU Joseph (Togo)

Pr ADJENOU Victor (Togo)

Pr SIDIBE Siaka (Mali)

Pr CISSE Rabiou (Burkina Faso)

Pr N'DRI COUADJO (Côte d'Ivoire)

Pr MWAFO Joseph (Cameroun)

Pr ADJEIN K. Constant (Bénin)

Pr ADOUKONOU Thierry (Bénin)

Pr FATIGBA Holden (Bénin)

Pr BRUN Luc (Bénin)

Pr ASSOUTO Pamphile (Bénin)

Comité d'honneur :

Pr HOUNKPE Célestin Y. Y. (BENIN)

Pr Kouassi Bertin (Cote d'Ivoire)

Pr OUOBA Kampadilemba (Burkina Faso)

Pr AG Mohamed (Mali)

Adresse de la Revue : 06 BP 758 Cotonou

EDITORIAL

Le quatrième numéro de votre journal aborde des sujets variés et couvre toute la panoplie nosologique de la Traumatologie, d'oncologie et des atteintes neurovasculaires siégeant dans la région tête et cou.

Qu'il s'agisse des cancers nasosinusiens ou pseudotumeurs nasosinusiennes l'examen anatomopathologique vient asseoir le diagnostic et permet d'entreprendre une prise en charge adaptée.

Les corps étrangers oesophagiens peuvent être extraits dans certains cas par voie de cervicotomie, la règle étant la voie naturelle. Certaines paralysies peuvent être causées par une atteinte vasculaire notamment un traumatisme de l'artère centrale de la rétine ou un anévrysme de l'artère communicante postérieure gauche et des ischémies.

Enfin les aspects médico-légaux du traumatisme facial ont été abordés ainsi que la pollution sonore.

BONNE LECTURE

SOMMAIRE

07	TRAUMATISME FACIAL: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX EN EXPERTISE DU DOMMAGE CORPOREL À COTONOU.
	BIGOT C. ¹ , VODOUHE U. ² , N'GONGNAG O. G. ³ , BOURAIMA F. ⁴ , ALAMOU S. ² , ALAGNIDE H.E. ¹ , AZON-KOUANOU A. ¹ , AVAKOUDJO F. ²
13	EXTRACTION DES CORPS ETRANGERS OESOPHAGIENS PAR VOIE DE CERVICOTOMIE : A PROPOS DE 37 CAS EN COTE D'IVOIRE
	ADJE YA, VROH BTS, KOUASSI NH, KOUASSI-NDJEUNDO JE, NAWATTA KDC, ASSUA KA, KOFFI WJ, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NBM
20	PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DU SYNDROME DU CHOC ACOUSTIQUE AUPRES DES EMPLOYES DE DEUX CENTRES D'APPELS TELEPHONIQUES DE YAOUNDE-CAMEROUN
	MEVA'A BIOUÉLÉ RC ^{1,4} , MANDENG RR ² , ATANGA LC ^{3,4} , ASMAOU BOUBA D ⁴ , MOSSUS Y ⁴ , DJOMOU F ⁴
27	CANCERS NASO-SINUSIENS : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS A POINTE- NOIRE
	Sylvain DIEMBI ¹ , Sydney Frousse NGATALI ² , Gérard Chidrel NGOUONI ³ , Franck ITIERE ODZILI ³ , Sofrène OKOMBI ³ , Harold Boris OTOUANA NDZON ⁴ , MS Ag Med ELMEHDI ELANSARI ⁵ , Donatien MOUKASSA ⁶ , Gontran ONDZOTTO ³
35	PARALYSIE RECURRENTIELLE UNILATERALE POST-THYROIDECTOMIE : A PROPOS D'UN CAS PRIS EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOUAKE
	Kouassi NH, Vroh BTS, Adje YA, Kouassi-Ndjeundo JE, Nawatta KDC, Koffi W, N'gattia KV, Kacouchia BN
40	OCCLUSION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : A PROPOS D'UN CAS.
	MEDA TA ¹ , DJIGUIMDE WP ² , SANOU J ³ , LALLOGO SSB ⁴ , MEDA-HIEN G. ³ , SANKARA P ⁵ , DOLO M ⁶ , AHNOUX-ZABSONRE A ¹ , MEDA N ¹
46	PTOSIS REVELANT UNE URGENCE VASCULAIRE AU BURKINA FASO : A PROPOS DE TROIS CAS
	Gertrude A. HIEN/MEDA ¹ , B. Ulrich HABOU ¹ , Jonas J. Y. BADO ¹ , Jérôme SANOU ¹ , Zakaria SAWADOGO ¹ , Pathé SANKARA ⁵ , Pierre DJIGUIMDE ³ , Hamadou KABORE ⁸ , Mariam DOLO ² , Emanuel BAMOGO ¹ , Lydia NANA ¹ , Janice SIMO ¹ , Léon S. ZONGO ¹ , Adama SIDIBE ¹ , Léa OUBDA ¹ , Amadou OUATTARA ⁴ , Sylvain D. ZABSONRE ⁶ , YAMEOGO valentin ⁷ , Jean W. DIALLO ² , Ahgbatouhabéba AHNOUX/ZABSONRE ¹ .
51	UN CAS RARE DE PSEUDOTUMEUR NASOSINUSIENNE PRIS EN CHARGE EN ORL AU CNHU-HKM AU BENIN
	Lawson Afouda S. ¹ , Avakoudjo F. ² , Medji S. ¹ , Vodouhè U. ² , Vignikin Yehouessi B. ¹ , Adjibabi W ¹ .

TRAUMATISME FACIAL: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX EN EXPERTISE DU DOMMAGE CORPOREL À COTONOU.

FACIAL TRAUMA:EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOTICS AND MEDICOLEGAL ASPECTS SEEN IN COMPENSATION EXPERTISE IN COTONOU.

BIGOT C.¹, VODOUHE U.², N'GONGNAG O. G.³, BOURAIMA F.⁴, ALAMOU S.², ALAGNIDE H.E.¹, AZON-KOUANOU A.¹, AVAKOUDJO F.²

1- DÉPARTEMENT DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES – FSS - COTONOU(BÉNIN)

2- DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES – FSS-COTONOU(BÉNIN)

3- DÉPARTEMENT DE MORPHOLOGIE / FMSB - YAOUNDÉ (CAMEROUN)

4- DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE- FM – PARAKOU(BÉNIN)

AUTEUR CORRESPONDANT : BIGOT CEDRIC EGNONWA BP87 ABOMEY CALAVI

E-MAIL : BIGOT.CE@GMAIL.COM - TÉLÉPHONE :00229 97180898

NOMBRE TOTAL DE MOTS : 1917

RESUME

Introduction : La face est avec le crâne, la partie du corps humain, la plus exposée aux traumatismes routiers. Cette étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques et médicaux légaux des traumatismes de la face.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Elle inclut 310 rapports d'expertises médico-légales réalisées en 2017 et 2018, dans le cadre de procédures d'indemnisation pour des personnes qui présentaient au moins une lésion du massif facial.

Résultats : Cette étude a révélé que 25,3% des victimes d'accident routier présentaient des lésions de la face. L'âge moyen des victimes était de 36 ans. Les victimes de sexe masculin représentaient 71,3% des cas. La majorité des blessés se déplaçait à motocyclette (62,6%). Les collisions opposant une motocyclette et une voiture représentaient 53,6% des cas. Des plaies et des abrasions ont été observées dans des proportions respectives de 45,5 et 44,2%. Des fractures des os de la face ont été observées dans 6,8% des cas. Au plan médico-légal, la moitié des victimes avait une durée d'incapacité temporaire totale de moins de 45 jours. L'incapacité permanente partielle était en moyenne de 12,5%. Le pretium doloris et le préjudice esthétique étaient respectivement décrits comme modéré dans 53,5% et 28,4% des cas.

Conclusion : les préjudices physiologiques, esthétiques et moraux subis par les traumatisés de la face ne sont pas négligeables. L'accent doit être mis sur la prévention à travers la promotion du respect des règles de sécurité routière.

Mots clés : Face, traumatismes; l'incapacité permanente partielle; préjudice; indemnisation prématurés, lésions cérébrales, facteurs associés.

ABSTRACT

Introduction : The face is indeed one of the parts of the body most exposed to the trauma of road traffic.

Aims : Authors study epidemiological and medicolegal issues of facial trauma seen during medicolegal expertise.

Material and methods: It was a study with descriptive and analytical aims. It has included 310 forensic reports, from 2017 and 2018, as part of compensation procedures for people with at least one facial lesion.

Results : This study revealed that 25.3% of road accident victims had facial lesions. The average age of the victims was 36 years old. Male victims accounted for 71.3%. The majority of the injured moved on motorcycles (62.6%). Collisions between a motorcycle and a car accounted for 53.6% of the cases. Wounds and abrasions were observed in respective proportions of 45.5 and 44.2%. Fractures of the bones of the face were observed in 6.8% of the cases. On a medicolegal level, half of the victims had a total temporary disability of less than 45 days. The partial permanent disability was on average 12.5%. Pain and distress were respectively reported as moderate in 53.5% and 28.4% of cases.

Conclusion : The physiological, aesthetic and moral damage suffered by the traumatized face is not negligible. The focus must be on prevention through the promotion of compliance with road safety rules.

Key-word : Face; Trauma; partial permanent disability; sequelae; compensation

INTRODUCTION

La face est avec le crâne, la partie du corps humain, la plus exposée aux traumatismes[1,2]. Les accidents de la circulation routière et la violence physique interpersonnelle (rixes bagarres) sont les premières causes de traumatisme de la face[1]. Les traumatismes de la face se caractérisent par une grande variété de lésions au plan clinique[3]. De nombreuses études menées en Afrique noire, se sont intéressées à leurs aspects épidémiologiques et cliniques[3-5]. Leurs aspects médico-légaux sont par contre moins abordés. Bah et al. se sont intéressés à l'occurrence des aspects médico-légaux des fractures du nez[4]. Dans la vie du traumatisé, l'étape de l'expertise du dommage corporel est le moment le plus propice pour se prononcer sur les aspects médico-légaux des traumatismes. Les objectifs de cette étude étaient de décrire les aspects épidémiologiques, traumatologiques et médico-légaux des traumatismes de la face vue en expertise du dommage corporel.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale, rétrospective descriptive et analytique. Elle a été conduite dans 4 cabinets d'expertise du dommage corporel. Elle a couvert la période allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2018. La collecte des données a été effectuée durant le mois de février 2019.

Cette étude, a pris en compte toutes les expertises en dommage corporel réalisées sur des blessés durant la période d'étude. L'expertise devait avoir été demandée dans le cadre d'une procédure d'indemnisation. Pour être éligible à l'étude, le certificat médical initial du blessé devait faire mention d'un traumatisme crânien ou de la face avec description clinique et paraclinique des lésions. L'ensemble des rapports d'expertises répondant aux critères sus cités et disponibles durant la période d'étude a été colligé. Une fiche de dépouillement établie dans le cadre spécifique de l'étude a été exploitée pour la collecte des données. Les données

d'intérêt étaient relatives aux caractéristiques des victimes, aux circonstances de survenue des blessures, au profil lésionnel, aux doléances, aux séquelles identifiées à l'expertise ainsi qu'aux résultats de l'évaluation des chefs de préjudice prévus par le code CIMA[5]. Les données ont été encodées dans un tableur Excel puis analysées avec le logiciel SPSS v25. Le test de chi carré a été utilisé pour les analyses statistiques.

RESULTATS

Durant la période couverte par l'étude, 310 blessés ayant présenté des lésions au niveau de la face ont été reçus pour expertise. Le nombre total d'expertises en dommage corporel réalisé sur la période est de 1225 victimes d'accident de la circulation soit une fréquence de 25,3%.

Profil des blessés

L'âge médian des blessés était de 35 ans (36,5 (16). La tranche des 25-45 ans était la plus représentée. Les hommes représentaient 71,3% de la population soit un sexe ratio de 3. Les artisans et les personnes exerçant des emplois libéraux étaient les plus représentés avec des fréquences respectives de 20% et 26,5% (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des blessés vus en expertise (n=310)

	n	%
	23	7,42
	55	17,74
	68	21,94
	74	23,87
	50	16,13
	24	7,74
	16	5,17
	310	100,00
	82	XS26,45
	52	16,77
	46	14,84
	30	9,68
	24	7,74
	62	20,00
	14	4,52
	310	100,00

Contexte de survenue des blessures

La totalité des lésions était en rapport avec des accidents de la circulation routière. L'expertise était demandée par une compagnie d'assurance dans 97,4% des cas. Le reste des expertises avait été réalisé sur demande des blessés eux-mêmes.

Le tableau II présente la répartition des blessés en fonction de leur moyen de locomotion et la nature de l'agent responsable du traumatisme.

Tableau II : Répartition des blessés en fonction de leurs moyens de locomotion et du type de collision ayant engendré le traumatisme (n=310)

	n	%
Situation du blessé au moment de l'accident Z		
À moto	194	63,2
En voiture	56	18,2
En bus	12	3,9
En camion	12	3,9
À vélo	2	0,7
Piéton	31	10,1
Total	310	100,00
Type de collision		
Collision avec un bus	2	0,7
Collision avec un camion	46	15,0
Collision avec une voiture	220	71,7
Sans intervention extérieur	39	12,7
Total	310	100,00

La majorité des blessés se déplaçait à motocyclette (62,6%). Les collisions opposant une motocyclette et une voiture représentaient 53,6% des cas; celles impliquant deux voitures représentant 7,1%. Le ramassage médicalisé des blessés n'a été effectif que dans 38,4% des cas.

Bilan lésionnel et traitement

Le tableau III présente les fréquences des différentes lésions décrites sur le certificat médical initial de chacune des victimes.

Tableau III : Fréquence des lésions de violence (n=310)

Lésions des violences	n	%
Plaies	141	45,5
Abrasions	137	44,2
Contusion	52	16,8
Fractures	21	6,8

La lésion la plus fréquente au niveau des parties molles était la plaie. Elle concernait 151 blessés soit 48,7%. Les lésions des parties molles étaient associées à des fractures chez 21 blessés soit une fréquence de 6,8%. Il y avait 11 cas de fracture alvéolo-dentaires et d'avulsion dentaire (52,4%), 5 cas de fracture de la mandibule (24,8%), 3 cas de fracture des maxillaires (14,3%) et 2 cas de fracture du nez (9,5%).

Les lésions de la face étaient associées à d'autres lésions corporelles dans 81,6% des cas (n=253).

Tous les blessés ont reçu un traitement médical composé d'antalgique et d'antibiotique. Un traitement avec une composante chirurgicale a été institué pour 58,7% des blessés. Le traitement a été orthopédique dans 76,2 des cas (n=16). Une ostéosynthèse a été effectuée dans 23,8 des cas (n=5).

Préjudices

La durée de l'incapacité temporaire totale variait de 20 à 300 jours, avec une médiane de 45 jours. Sur l'ensemble des dossiers, l'incapacité permanente partielle (IPP) variait de 0 à 70% avec une moyenne de 12,5% (écart-type=10%). La médiane était de 10%. Les victimes qui présentaient des gênes modérées qui ne modifiaient pas de façon constante ou importante leurs activités habituelles (IPP inférieur à 10%) représentaient 63,9% des victimes.

Le tableau IV décrit la distribution des qualifications décrivant le Pretium doloris et du

préjudice esthétique.

Tableau IV : Répartition des blessés en fonction du taux d'IPP et des qualifications du préjudice esthétique et du pretium doloris

	Existence de lésions extra faciale				p
	Oui n=58 (%)	Non n=252 (%)	Total n=310 (%)		
(%) Taux d'IPP					
10	52 (89,7)	146 (57,9)	198 (63,9)	0,0001	
20 - 10	6 (10,3)	88 (34,9)	94 (30,3)		
20	-	18 (7,1)	18 (5,8)		
Préjudice esthétique					
Très léger ou léger	10 (17,2)	78 (31,0)	88 (28,4)	0,0001	
Modéré	27 (46,6)	57 (22,6)	84 (27,1)		
Moyen	14 (24,1)	74 (29,4)	88 (28,4)		
Assez important	7 (12,1)	27 (10,7)	34 (11,0)		
Important à très important	-	16 (6,3)	16 (5,2)		
Pretium doloris					
Très léger ou léger	14 (24,1)	20 (7,9)	34 (11,0)	0,002	
Modéré	40 (69,0)	126 (50,0)	166 (53,5)		
Moyen	4 (6,9)	66 (26,2)	70 (22,6)		
Assez important	-	40 (15,9)	40 (12,0)		

Le pretium doloris était modéré chez plus de la moitié des victimes (53,5%). Le préjudice esthétique était décrit comme modéré pour 88 victimes (soit 28,4%) et léger pour 84 d'entre elles (21,1%). Les préjudices étaient moins importants chez les traumatisés qui présentaient exclusivement des lésions de la face.

DISCUSSION

Cette étude sur les victimes d'accident de la route vues en expertise du dommage corporel à Cotonou, avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et médico-légaux des traumatismes de la face à Cotonou. Elle a pris en compte uniquement des sujets vus en expertise du dommage corporel. Le mode de recrutement présente un biais de sélection. En effet les victimes de traumatismes ne demandent pas toujours à être indemnisés. Ce biais n'entache en rien la qualité des résultats de cette étude.

Cette étude révèle que les victimes d'accident de la route concernées par des lésions de la face représentent 25,3% de l'ensemble des

traumatisés de la route. Les victimes sont majoritairement des personnes jeunes et de sexe masculin. Ce constat a été fait par d'autres auteurs [6,7]. Les jeunes constituaient la plus grande partie de la population dans les pays du tiers monde. Les jeunes hommes africains sont plus présents sur les axes routiers. Ils exercent des activités économiques qui les emmènent loin de leur domicile tandis que l'activité économique des femmes est beaucoup plus locale.

Dans notre série, la motocyclette était le moyen de locomotion le plus utilisé par les victimes (62,6%). La motocyclette est le premier moyen de locomotion motorisé utilisé dans les pays à faibles revenus [8,9]. La tête est la partie du corps qui présente le plus de lésion à l'issue des accidents de moto. Bien que le code de la circulation routière recommande le port du casque au motocycliste et le port de ceinture de sécurité aux passagers des voitures [10], il n'y a pas de dispositif de contrôle du respect de cette disposition légale. C'est donc le non-respect des dispositions légales en matière de sécurité routière qui explique que l'on observe autant de lésions de la face chez les accidentés de la route. Le port du casque permet de réduire la mortalité routière des motocyclistes de près de 42% et de réduire l'incidence des traumatismes de la face et du crâne de 69% [11]. L'adoption d'une législation plus stricte sur le port du casque avec l'institution d'amende pour les contrevenants pourrait certainement aider à réduire la mortalité et la morbidité des traumatismes de la face sur les routes [12]. La collision auto-moto est le type de collision le plus fréquente dans notre série (53,6%). Par contre dans les séries de Bah et al. [2] et celles de Soumah et al. [13], la collision moto-piéton est la plus fréquente. Dans ces deux études, les patients ont été recrutés dans les services des urgences. Dans notre étude l'inclusion s'est faite à la phase des séquelles et les blessés étaient dans leur grande majorité adressés par des compagnies d'assurance. Les victimes d'accident de la route impliquant une voiture sont celles qui sont les plus vues en expertise du dommage corporel. La législation en vigueur oblige les détenteurs de

véhicule dont la cylindrée est supérieure à 125 centimètre cube, à souscrire à une assurance responsabilité civile pour garantir la couverture des dommages éventuels qu'ils pourraient causer à d'autres usagers de la route[10]. Le processus d'indemnisation de ces victimes impose qu'une expertise soit réalisée pour évaluer les préjudices subis par les victimes[5]. Cette assurance n'étant pas encore obligatoire au Bénin, pour les propriétaires de moto, les experts en dommage corporel reçoivent très peu de victimes de dommages causés par les motos. Dans notre série les plaies sont les lésions les plus fréquentes de la face tandis que chez Pietzka et al.[14] les plaies viennent en seconde position après les abrasions. Les abrasions sont des lésions superficielles et bénignes. Les médecins rédacteurs de certificats médicaux ont une certaine tendance à ne pas les signaler ou à ne pas les décrire surtout lorsqu'elles sont associées à des lésions plus significatives telles que les plaies et les fractures. Soumah et al. avaient déjà souligné le manque de rigueur dans la rédaction des certificats médicaux initiaux[15]. L'incidence médico-légale des lésions de la face est appréciée à l'étape des séquelles. Le médecin qui prend en charge un traumatisé de la face craint surtout d'avoir des séquelles esthétiques et fonctionnelles. Dans notre série, le préjudice esthétique a surtout été décrit comme léger ou modéré. Chez les blessés qui présentent des lésions isolées de la face, les séquelles esthétiques sont en rapport avec le caractère disgracieux de certaines cicatrices et à l'absence de certaines dents. L'appareillage des lésions dentaires (prothèse, implants) permet de réduire considérablement le préjudice[16] . Aucun des blessés de notre série n'a bénéficié de ce type de soins. Le pretium doloris traduit la souffrance physique et morale engendrée par le traumatisme depuis l'accident jusqu'à la consolidation en passant par les différentes étapes de la prise en charge médicale[17]. Dans la majorité des cas, les blessés ont présenté des lésions des parties molles qui ont nécessité une prise en charge médicale et un acte de petite chirurgie. Pour ce type de lésion et ce mode de prise en charge,

le pretium doloris est généralement considéré comme léger. Le traumatisé de la face qui ne présente que des lésions de la face est sujet à une souffrance légère. Les traumatisés de la face qui présentent des lésions osseuses du massif facial ou au niveau d'autres parties du corps seront sujet à un pretium doloris dont la cote sur 7 sera supérieure à 2. La prise en charge de lésions des membres lorsqu'il s'agit des fractures induit plus de souffrance (douleur post opératoire de l'ostéosynthèse, ou inconfort du plâtre). L'IPP moyen dans notre série était de 12,5%. Pour des blessés âgés de 35 ans à la consolidation, dont le taux d'IPP est compris entre 10 et 15%, la valeur du point d'incapacité permanente, est égale à 14% du Salaire minimal interprofessionnel garantie (SMIG) annuel. Le SMIG mensuel au Bénin est de 40.000 francs CFA[18]. L'indemnisation du préjudice physiologique coutera donc moyenne 840.000 francs CFA par blessé. Les conséquences des accidents de la route avec traumatisme faciale ont donc des conséquences économiques importantes.

CONCLUSION

La face est très exposée aux lésions lors des accidents de la route. Les hommes, adultes jeunes en sont les premières victimes. Les plaies de la face sont les lésions les plus fréquentes. Même si les lésions sont parfois spectaculaires, l'évolution se fait vers peu de séquelles. Cependant les préjudices physiologiques, esthétiques et moraux occasionnés aux victimes ne sont pas négligeables. Le respect des règles de sécurité routière reste le meilleur outil de prévention.

REFERENCES

1-Abhinav R, Selvarasu K, Maheswari Gu, Taltia A. The patterns and etiology of maxillofacial trauma in South India. Annals of Maxillofacial

Surgery 2019, 9(1): 114-17.

2-Bah H, Abatty OC, Felemou G, Bah ML. Les accidents de moto: Aspects épidémiologiques et médico-légaux à l'hôpital régional de Kindia. *Revue Française de Dommage Corporel* 2009, 1(1): 65–70.

3-Bissa H, Pegbessou EP, Adam S, Foma W, Essolam T, Amana E, et al. Maxillofacial Trauma at Lome: About 501 Cases. *Open Journal of Stomatology* 2017, 7(12): 511–8. 4- Diallo AO, Bah ML, Bah H, Sidibé M. Les traumatismes du nez ; aspects épidémiologiques, cliniques et médico-légaux au CHU Ignace-Deen de Conakry (Guinée). *Revue Française de Dommage Corporel* 2014, 4(1): 377–85.

5-FANAF. Traité CIMA : Code des assurances. Ed. FANAF, Libreville (2018), pp 582.

6-Diallo AO, Itiere Odzili FA, Keita A, Bah M, Allo H, Kourouma A. Traumatismes isolés de la face à Conakry : considérations épidémiologiques et prise en charge. *Health Sciences and Diseases* 2017,18(4): 44-7. 7-Fan H-P, Chiu W-T, Lin M-R. Effects of helmet nonuse and seating position on patterns and severity of injuries in child motorcycle passengers. *BMC Public Health* 2019, 19(1): 1070-79.

8-Ibrahim NA, Ajani AWO, Mustafa IA, Balogun RA, Oludara MA, Idowu OE, et al. Road Traffic Injury in Lagos, Nigeria: Assessing Prehospital Care. *Prehospital and Disaster Medicine* 2017, 32(4): 424–30.

9-karouma K, Delamou A, Lamah L, Camara BS, Kolie D, Sidibé S, et al. Frequency, characteristics and hospital outcomes of road traffic accidents and their victims in Guinea: a three-year retrospective study from 2015 to 2017. *BMC Public Health* 2019, 19(1): 7341-9 10-Présidence de la république du Bénin. Décret 1965-01 rendant obligatoire la souscription d'assurance par tout utilisateur d'un véhicule à moteur terrestre. 1965.

11-Kuo SCH, Kuo P-J, Rau C-S, Chen Y-C, Hsieh H-Y, Hsieh C-H. The protective effect of helmet use in motorcycle and bicycle accidents:

a propensity score–matched study based on a trauma registry system. *BMC Public Health* 2017, 17(1): 639-49.

12-Meyyappan A, Subramani P, Kaliamoorthy S. A comparative data analysis of 1835 road traffic accident victims. *Annals of Maxillofacial Surgery* 2018, 8(2): 214-17.

13-Soumah MM, Sy MH, Diouf AG, Sane JC. Les accidents de circulations liés au scooter. À propos de 145 cas colligés dans la région de Dakar. *Revue Française de Dommage Corporel* 2005, 1(2): 45–51

14-Pietzka S, Kämmerer PW, Pietzka S, Schramm A, Lampl L, Lefering R, et al. Maxillofacial injuries in severely injured patients after road traffic accidents-a retrospective evaluation of the TraumaRegister DGU® 1993-2014. *Clin Oral Investig* 2019, 3(1) :24-26.

15-Soumah MM, Ngwa HEE, Ndiaye M, Sow ML. Qualité

des certificats de coups et blessures volontaires sur adultes à Dakar et Diourbel, Sénégal. *Pan African Medical Journal* 2011; 10: 59-67.

16-Whaites E. Traumatismes dentaires et du squelette facial. in :Drage N, Whaites E. *Radiographie et Radiologie Dentaires*. Elsevier Masson, Paris, (2019): pp 391–414.

17-Manaouil C, Graser M, Verrier A, Jardé Évaluation des souffrances endurées en expertise. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 2005, 6(6): 355–64.

18-Présidence de la République du Bénin. Décret 2014-292 portant relèvement du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). 2014.

EXTRACTION DES CORPS ETRANGERS OESOPHAGIENS PAR VOIE DE CERVICOTOMIE : A PROPOS DE 37 CAS EN CÔTE D'IVOIRE

EXTRACTION OF FOREIGN ESOPHAGIAN BODIES BY CERVICOTOMY: ABOUT 37 CASES IN COTE D'IVOIRE

ADJE YA, VROH BTS, KOUASSI NH, KOUASSI-NDJEUNDO JE,
NAWATTA KDC, ASSUA KA, KOFFI WJ, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NB

Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Correspondance : ADJE Yapo Arsène, Service ORL et Chirurgie

Cervico-Faciale du CHU de Bouaké, arseneadje03@gmail.com. Tel : +225 48 92 74 29

RESUME

Introduction : l'extraction des corps étranger œsophagien (CEO) se fait en général par voie endoscopique et exceptionnellement par cervicotomie. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique des patients, de décrire les aspects diagnostiques et de préciser les indications de la cervicotomie dans les centres hospitaliers et universitaires de Côte d'Ivoire.

Matériel et méthodes : c'était une étude observationnelle, descriptive et rétrospective, qui s'est déroulée du 1er janvier 2003 au 31 mars 2019 (16 ans 3 mois).

Résultats : la prévalence de l'extraction de CEO par cervicotomie a été de 5,2% (37 cas/712). Les patients étaient âgés de 14 mois à 65 ans. La dysphagie (67,57%), l'odynophagie (51,35%) et les douleurs cervicales (37,83) ont été les principaux signes fonctionnels. Les signes physiques ont concerné les tuméfactions cervicales collectées et non collectées respectivement dans 27,03% et 16,22% des cas. Le diagnostic de CEO a été fait à l'aide de la radiographie standard cervico-thoracique (78,38%) et de la tomodensitométrie cervico-thoracique (16,22%). L'indication de la cervicotomie a été motivée par la présence de CEO compliqué d'abcès cervical secondaire à une perforation œsophagienne (48,65%) et l'échec de l'extraction de CEO par voie endoscopique (43,24%).

Conclusion : L'extraction de CEO par cervicotomie est rare. Les complications des CEO notamment l'abcès cervical post perforation œsophagienne, et l'échec d'extraction de CEO par voie endoscopique ont été les principales indications de la cervicotomie. La diminution du recours à cette prise en charge chirurgicale requiert non seulement une consultation ORL précoce, mais aussi nécessite la disponibilité d'un plateau technique endoscopique adéquat.

Mots clés : corps étranger, œsophage, épidémiologie, diagnostic, indications, cervicotomie.

SUMMARY

Introduction : the extraction of esophageal foreign bodies (EFO) is generally done endoscopically and exceptionally by cervicotomy. The objective of this study was to determine the epidemiological profile of patients, describe the diagnostic aspects and specify the indications of cervicotomy in the hospitals and universities in Côte d'Ivoire.

Material and methods : retrospective and descriptive study which took place from January 1, 2003 to March 31, 2019 (16 years 3 months).

Results : the prevalence of esophageal foreign body (EFB) extraction by cervicotomy was 5.2% (37 cases/712). Patient's age ranged from 14 months to 65 years. Dysphagia (67.57%), odynophagia (51.35%) and neck pain (37.83) were the main functional signs. The physical signs involved cervical abscess and non-abscessed cervical swelling represented 27.03% and 16.22% of cases, respectively. The diagnosis of CEO was made using standard cervico-thoracic radiography (78.38%) and cervico-thoracic CT scan (16.22%). Fish bones (62.16%), zipper medallions (13.51%), dentures (8.11%) were the most found. The indication for cervicotomy was motivated by the presence of cervical abscess secondary to esophageal perforation (48.65%), and the failure of the extraction of the EFB by endoscopic route (43.24%).

Conclusion : EFB extraction by cervicotomy is rare. Complications of EFB including cervical abscess post esophageal perforation, and the failure of endoscopic extraction of the EFB were the main indications of cervicotomy. Reducing the use of this surgical treatment not only requires an early ENT consultation, but also requires the availability of an adequate endoscopic technical platform.

Keywords : foreign body, esophagus, epidemiology, diagnosis, indications, cervicotomy.

INTRODUCTION

La présence de corps étranger œsophagien (CEO) constitue un motif fréquent de consultation en ORL. L'endoscopie au tube rigide est la méthode de traitement la plus réalisée pour l'extraction de ces CEO [1]. Néanmoins, l'extraction par voie chirurgicale de corps étranger de l'œsophage bien que rare, reste le dernier recours souvent du fait de leur nature et de la présence de complications [2]. La plupart des études portant sur la prise en charge chirurgicale des corps étrangers œsophagiens sont des cas cliniques. En Côte d'Ivoire, très peu d'étude se sont consacrées à la problématique de la prise en charge chirurgicale des CEO. Cette problématique concerne surtout les indications de la cervicotomie sur lesquelles il est difficile de dégager un consensus entre médecins ORL. La présente étude avait pour but de déterminer le profil épidémiologique des patients, de décrire les aspects diagnostiques et de préciser les indications de l'extraction par voie chirurgicale des CEO.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective et descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier 2003 au 31 mars 2019, soit une durée de 16 ans 3 mois. Elle a eu lieu dans les services d'oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie-cervico-faciale (CCF) des centres hospitaliers et universitaires Cote d'ivoire : Bouaké et Abidjan (Cocody, Treichville et Yopougon). L'étude a concerné les dossiers de patients, qui ont été pris en charge dans ces services pendant la période d'étude pour une ingestion de corps étranger œsophagien, et dont l'extraction a été faite par voie de cervicotomie. On désigne par le terme « d'endoscopie blanche » lorsque le corps étranger n'a pas été visualisé lors de l'intervention par voie endoscopique. Les données ont été collectées à partir des registres d'hospitalisation, de compte rendu opératoire, et des dossiers médicaux des patients répondant aux critères d'inclusion.

Les paramètres épidémiologiques ont concerné

la prévalence, l'âge et le sexe.

Au niveau diagnostique, il y avait :

-les aspects cliniques:

-le délai de consultation jugé précoce quand le patient a été reçu dans les 24 heures suivant l'ingestion du CE, et tardif au-delà de 24h;

-les circonstances de survenue: accidentelle ou volontaire, au cours d'un repas, lors d'un jeu, ou autre circonstance;

-les signes fonctionnels digestifs et respiratoires; les traitements antérieurs (traditionnel ou médical) pris par le patient de lui-même ou prescrit par un agent de santé ;

o l'état général du patient: fièvre, amaigrissement, asthénie, indice de performance de l'organisation mondiale de la sante (OMS) ;

-l'examen physique cervical (normal, aspect inflammatoire de la peau, tuméfaction collectée (fistulisée ou non) ou non collectée);

-les aspects paracliniques (radiographie standard, tomodensitométrie, échographie, fibroscopie œsophagienne, et leurs résultats),

-la nature du corps étranger ;

-et les motifs de la cervicotomie.

RESULTATS

Sur 712 cas de CEO recensés, 37 ont été extraits par voie de cervicotomie, soit une fréquence de 5,20%. L'âge moyen des patients a été de 18,45 ans avec des extrêmes de 14 mois et 65 ans. Les patients âgés de 0 à 14 ans ont représenté 43,24% des cas (tableau I).

Tableau I : répartition des patients selon l'âge

	Effectif	Pourcentage
[0-15]	16	43,24
[15-30]	8	21,62
[30-45]	7	18,92
[45-60]	4	10,81
60 ≤	2	5,41
Total	37	100

Les patients de sexe masculin ont constitué 70,27% de l'effectif (n=26) et le sexe féminin 29,73% (n=11), soit un sex-ratio de 2,36. Le délai

de consultation variait de 1 à 120 jours, avec une moyenne de 16,16 jours. Les patients ont été reçus dans les 24 heures suivant l'ingestion du corps étranger dans 13,51% des cas (n=5) ; entre 1 et 7 jours dans 18,92% des cas (n=7) ; entre 8 et 14 jours dans 43,24% des cas (n=16) ; et au-delà de 14 jours dans 24,33% des cas (n=9). Avant leur admission en ORL, 37,84% des patients ont entrepris un traitement traditionnel. Il s'agissait d'ingestion de décoction de feuilles, d'application de cataplasme fait de racines de plantes, et de massage cervical par usage de produits non identifiés. Dans 32,43% des cas, les patients ont été reçus dans une structure sanitaire où ils ont bénéficié d'un traitement médical constitué d'antibiotiques, d'antalgiques, d'anti-inflammatoires par voie orale. Dans 29,73% des cas, aucun traitement n'a été réalisé avant l'admission du patient. L'ingestion du CEO était survenue dans des circonstances diverses : au cours d'un repas (67,57%, n=25); au cours d'un jeu (24,32%, n=9); pendant la prise d'un médicament par voie orale (5,41%, n=2); pendant un bâillement (2,70%, n=1). Les CEO survenus par accident de jeu ne concernaient que les enfants (9 cas). Les patients de moins de 15 ans représentaient 28% (n=7) des cas d'accidents per-prandiaux (n=25). Les signes fonctionnels présentés par les patients étaient variés (tableau II).

Tableau II : répartition des signes fonctionnels

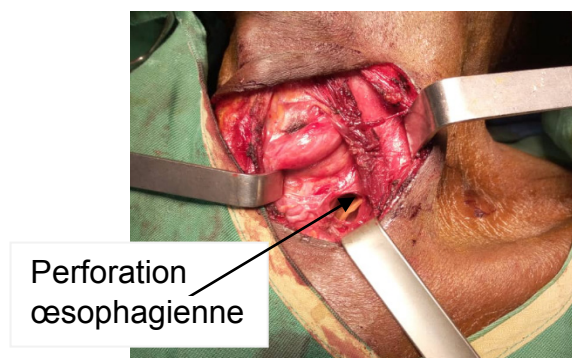
	Effectif	Pourcentage (n=37)
Dysphagie	25	67,57
Odynophagie	19	51,35
Douleurs cervicales	14	37,83
Hypersialorrhée	10	27,03
Tuméfactions cervicales	9	24,32
Nausée/Vomissements	4	10,81
Toux	4	10,81
Hématémèse	1	2,70
Douleurs thoraciques	1	2,70
Expectorations purulentes striées de sang	1	2,70

La fièvre a été présente chez 32,43% (n=12) des patients. L'état général des patients a été jugé bon dans 86,49% des cas (n=32). Il s'agissait de patients qui ne présentait pas d'amaigrissement ni d'asthénie invalidante avec un indice OMS de 0 ou 1. Les patients à état général altérés (avec un amaigrissement et une dénutrition importants) et un indice OMS de 2 à 4 ont été de 13,51% (n=5). L'examen physique a objectivé un abcès cervical (27,03%), une tuméfaction cervicale non abcédée (16,22%), un emphysème sous cutané cervical (5,41%), et un hématome latéro-cervical pulsatile (2,70%). Dans 48,64% des cas, l'examen physique était normal. La radiographie standard cervico-thoracique de face et/ou de profil a permis de mettre en évidence le CE dans 78,38% des cas. Dans le reste des cas, le CE a été objectivé par la tomodensitométrie (TDM) cervico-thoracique dans 16,22% des cas, par l'échographie cervicale et la fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) dans 2,70% des cas chacun. Le bilan lésionnel locorégional (perforation œsophagienne avec ou sans migration du CE, abcès cervical, atteinte médiastinale et pleuropulmonaire) a été fait à l'aide de ces examens paracliniques sus-mentionnés. Les examens physiques et les différents examens paracliniques (radiographie standard, TDM, échographie et FOGD) ont permis de conclure aux diagnostics suivants : signe de Menningerode d'abcès cervical avec CE extraluminal :43,24% (n=16) ; CEO intraluminal :37,84% (n=14) ; CEO avec pneumopathie :13,51% (n=5), CEO avec médiastinite :5,41% (n=2) et CEO avec emphysème thoracique :2,70% (n=2). Divers CE ont été trouvés : les arêtes de poisson (62,16%), les médaillons de fermeture éclair (13,51%), les prothèses dentaires (8,11%). L'ensemble des corps étrangers en cause est représenté dans le tableau III.

Tableau III : nature des corps étrangers

		Effectif	Pourcentage
CE organiques (67,56%)	Arête de poisson	23	62,16
	fragment d'os	1	2,70
	Noix de cola	1	2,70
CE inorganiques (32,44%)	Médaille de fermeture éclair	5	13,51
	Prothèse dentaire	3	8,11
	Clou	2	5,41
	Ressort d'épingle à linge	2	5,41
Total		37	100,00

Les différentes situations qui ont justifié la décision de l'extraction du corps étranger par cervicotomie ont été classées en trois groupes. Le premier groupe a concerné les CEO avec perforation œsophagienne 48,65% (n=18). Ces cas ont concerné les patients qui ont présenté un abcès cervical (n=16), et devant 2 cas de CE intraluminal (un cas de prothèse dentaire avec des crochets et un autre de médaillon de fermeture éclair). Le drainage de l'abcès a conditionné le traitement chirurgical. Le second groupe a concerné les d'échec de l'extraction du CEO par voie endoscopique 43,24% (n=16). En effet, l'impossibilité de la préhension d'un volumineux corps étranger tel qu'une noix de cola, et le risque potentiel de perforation œsophagienne en cas de tentative d'extraction endoscopique de certains CEO (dentier, médaillon de fermeture éclair, ressort d'épingle à linge) dont les spicules peuvent être impactés dans la muqueuse œsophagienne (figures 1 et 2), ont été les raisons du choix du traitement chirurgical.

**Figure 1**: radiographies de face et profil montrant un CE présentant des crochets métalliques indiqués par les flèches**A****B****Figure 2**: A :CE avec perforation de la paroi œsophagienne.

B :CE extrait (prothèse dentaire)

Le dernier groupe a concerné 8,11% (n=3) des patients chez qui le CEO (arête de poisson) n'a pas été visualisé lors des interventions d'œsophagoscopie. Deux de ces trois patients ont bénéficié chacun de deux interventions d'endoscopie sous anesthésie générale avec différents opérateurs y compris des seniors. Le dernier patient a eu une seule intervention d'endoscopie au tube rigide infructueuse avec trois opérateurs dont deux seniors. Les radiographies standard de contrôle réalisées

juste après chaque intervention infructueuse objectivaient toujours le CE dans la lumière œsophagienne. Il s'agissait en per opératoire d'arêtes de poisson, implantées partiellement dans la muqueuse œsophagienne, accolées à la paroi luminale.

Une sonde nasogastrique (SNG) pour alimentation post opératoire a été mise en place en per opératoire dans 89,20% (n=33) des cas. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 12,32 jours avec des extrêmes de 2 jours et 40 jours. L'évolution a été favorable dans 32 cas, soit 86,49%. Les complications ont été observées chez 5 patients (13,51%) : 3 cas de médiastinite pris en charge en chirurgie thoracique, 1 cas de pharyngostome, et 1 cas d'hémorragie du site opératoire. A l'issue de cette prise en charge complémentaire multidisciplinaire, 4 patients ont été guéris. Un cas de décès par choc septique chez un patient qui avait présenté une médiastinite a été enregistré.

DISCUSSION

La prévalence de l'extraction des corps étrangers par voie de cervicotomie dans notre étude (5,20%) est similaire à celle rapportée par Togo et al. [2] au Mali (5,5%). En Côte d'Ivoire, N'gattia et al. [3] rapportait une prévalence de 3,3% dans une série en 2011. Toutes ces études tendent à montrer que le recours à la cervicotomie dans l'extraction de CEO demeure un fait rare, voire exceptionnel.

Dans la présente série, seulement 13,51% des patients ont été reçus dans les 24 premières heures suivant l'ingestion du CE. N'gattia et al. [3] avaient observé un délai moyen de consultation de 10,7 jours qui est nettement inférieur au nôtre (16,16 jours). Ce retard de consultation favorise la survenue de complication. Les signes fonctionnels les plus fréquents ont concerné la dysphagie, l'odynophagie et les douleurs cervicales. Ces signes non spécifiques pourraient expliquer le retard de diagnostic, surtout en l'absence de notion d'ingestion de corps étranger comme c'est le cas le plus souvent chez les enfants.

Le recours à la tradithérapie (37,84%) qui s'explique par l'indigence des patients et les croyances socio-culturelles, entraînent un retard de consultation, augmentant le risque de survenue de complication. Cette tradithérapie a consisté parfois à la réalisation de manœuvres physiques intempestives de massage cervical. Celles-ci peuvent être sources de perforation œsophagienne et de migration extraluminale en cas de CEO acéré [4,5]. La tuméfaction cervicale, qu'elle soit abcédée ou non, a été la principale anomalie physique cervicale observée (43,25%). Plusieurs autres études ont rapporté des cas de tuméfactions cervicales abcédées ou non à l'admission des patients [3, 4, 6]. L'examen physique a été normal dans 48,64% des cas.

L'imagerie notamment le scanner cervical joue un rôle déterminant dans la prise en charge des CEO. Elle permet de confirmer le diagnostic en mettant en évidence le corps étranger, de déterminer sa nature, sa localisation, sa taille, sa forme, de rechercher d'éventuelles complications et de choisir la voie d'abord chirurgical [3, 7-9]. La radiographie standard comporte des limites surtout en présence de CEO non radio-opaque. C'est pourquoi, le scanner apparaît comme l'examen de choix pour détecter la présence d'un corps étranger (fin, minuscule), et fournit des informations additionnelles précieuses pour le bilan lésionnel loco-régional surtout en cas de complication. Dans la présente série, le scanner cervical ou thoracique a été réalisé seulement dans 6 cas. Ce faible nombre d'examen scannographique pourrait être dû à son coût de réalisation élevé, qui n'était pas à la portée de la plupart des patients à faible revenu financier. Les corps étrangers en cause dans cette série étaient de nature diverse. Les corps étrangers organiques (64,86%) étaient dominés par les arêtes de poisson (62,16%). Ces arêtes de poissons demeurent les principaux CEO qui justifient souvent une extraction par voie de cervicotomie [3,5,6,8]. Les corps étrangers inorganiques notamment les médaillons de fermeture éclair (13,51%) et les prothèses dentaires (8,11%) avec des spicules rendent difficile leur extraction par voie endoscopique

à cause du risque potentiel de perforation de la paroi œsophagienne.

Dans la littérature, le traitement chirurgical s'impose dans deux circonstances: soit parce que l'extraction endoscopique a échoué, soit en cas de complication à type de perforation due avant tout au corps étranger lui-même, et exceptionnellement aux manœuvres d'extraction [2,3,10-12]. L'extraction chirurgicale a été réalisée d'emblée chez 48,65% (n=18) des patients ; il s'agissait des cas de perforation œsophagienne associée à un abcès cervical (n=16) et devant deux cas de CE intraluminal avec des spicules. Le drainage de l'abcès cervical a conditionné le choix de la voie chirurgicale permettant la pose de sonde nasogastrique sous contrôle de la vue et une réparation de la paroi œsophagienne dans le même temps opératoire.

Dans 43,24% des cas, la cervicotomie a fait suite à l'échec du traitement par voie endoscopique. La difficulté de préhension de certains CEO par les instruments (pinces) disponibles, et le risque de perforation œsophagienne en cas de tentatives répétées d'extraction endoscopique de CEO avec des spicules, ont justifié le recours à l'extraction par voie chirurgicale. Il est donc indispensable de disposer de matériel endoscopique à multiples pinces (en taille et en forme) adaptés aux différents CE rencontrés. Chez 3 patients (8,11%), la cervicotomie a été secondaire à une endoscopie blanche. Il s'agissait de corps étrangers (exclusivement des arêtes de poisson) qui n'ont pas été visualisés lors des interventions par voie endoscopique avec différents opérateurs. Cela témoigne de la difficulté d'extraction de certains CEO notamment les arêtes de poisson. Leur extraction nécessite souvent un opérateur expérimenté. L'extraction de ces corps étrangers acérés aurait pu se faire par FOGD si le service en disposait. L'insuffisance du plateau technique dans les hôpitaux de nos pays en voie de développement limite inexorablement nos possibilités de choix thérapeutique.

CONCLUSION

L'extraction de CEO par cervicotomie est rare. Les complications des CEO notamment l'abcès cervical post perforation œsophagienne, et l'échec d'extraction de CEO par voie endoscopique ont été les principales indications de la cervicotomie. Le scanner examen de référence dans le diagnostic de CEO et permet de faire le bilan lésionnel locorégional. La diminution du recours à cette prise en charge chirurgicale requiert non une consultation ORL précoce afin de prévenir les complications, mais aussi nécessite la disponibilité d'un plateau technique endoscopique (rigide et flexible) adéquat.

REFERENCES

- 1-Kacouchia N, N'gattia KV, Kouassi M, Yoda M, Buraïma F, Tanon-Anoh M-J, Kouassi B. Corps étrangers des voies aéro-digestives chez l'enfant. rev. col. odonto-stomatol. afr. chir. maxillo-fac 2006;13 (3): 35-9.
- 2-Seydou Togo et al. Prise en charge des corps étrangers enclavés de l'œsophage : à propos de 36 cas. Pan African Medical Journal 2017;27:207. Doi:10.11604/pamj.2017.27.207.7463
- 3-N'Gattia KV, Kacouchia NB, Kouassi YM, Vroh Bi TS, Mobio NM, Kouassi-Ndjeundo J, et al. Extraction de corps étrangers œsophagiens par voie de cervicotomie : à propos de 9 cas. Rev Laryngol Otol RhinoL 2011;132(2):123-8.
- 4-Kéita A, Fofana M, Diallo I, Diallo MA, Diallo MMR, Camara A, et al. Corps étranger œsophagien à migration thyroïdienne. Jaccr Africa 2018 ; 2(1): 184-7.
- 5-Buraima F, Badou KE, Yoda M, Kouassi YM, Melleu V, Tanon-Anoh MJ, et al. Migration insolite d'un corps étranger œsophagien. La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 2015;340:18-9.
- 6-Koffi-Aka V, Mobio ANM, Ngouan-Tano TN, Kendja F. Pseudo-anévrysme carotidien provoqué par une arête de poisson. La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 2011;324:28-9.

7-Zohra T, Ikram M, Iqbal M, Akhtar S, Abbas SA. Migrating foreign body in the thyroid gland, an unusual case. J Ayub Med Coll Abbottad 2006; 18(3):65-66.

8-N'gattia KV, Vroh BTS, Ouede R, Kouassi-Ndjeundo JE, Mobio NM, Dje Bi IH. Abscès rétropharyngé et médiastinite compliquant un corps étranger Oesophagien. La Lettre d'Oto-Rhino-Laryngologie 2016;347: 37-9.

9-Chirica M, and al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. World journal of emergency surgery 2019; 14(26): <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0245-2>

10-Rodrigues-pinto E, Pereira P, Macedo G. Endoscopique management of a delayed diagnosed foreign body esophageal perforation. GE J Port Gastreterol 2014;21(1): 35-6.

11-Virgilo E, Giuliani D, Nigro A, Gasparrini M, Balducci G. Cervical esophagotomy for removal of an ingested clam shell:a very uncommon foreign body ingestion. Med Princ Pract 2017;26: 390-2.

12-Heger P, Weber TF, Rehm J, Pathil A, Decker F, Schemmer F, Cervical esophagotomy for foreign body extraction - Case report and comprehensive review of the literature. Annals of Medecine and Surgery 2016;7:87-91.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**



PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DU SYNDROME DU CHOC ACOUSTIQUE AUPRES DES EMPLOYES DE DEUX CENTRES D'APPELS TELEPHONIQUES DE YAOUNDE-CAMEROUN

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF THE ACOUSTIC SHOCK SYNDROME AMONG EMPLOYEES OF TWO CALL CENTERS IN YAOUNDE-CAMEROON

MEVA'A BIOUÉLÉ RC^{1,4}, MANDENG RR², ATANGA LC^{3,4}, ASMAOU BOUBA D⁴, MOSSUS Y⁴, DJOMOU F⁴

1Service ORL et CCF, Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

2Service ORL et CCF de l'Hôpital de District d'Efoulam, Yaoundé, Cameroun

3Service ORL et CCF de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

4Département d'Ophtalmologie d'ORL et de Stomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

Auteur correspondant : Meva'a Biouélé RC, Service ORL et CCF, Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

Email : roger_meva@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Rapporter la prévalence et les facteurs de risques du syndrome de choc acoustique dans une population de téléopérateurs au Cameroun.

Matériel et méthodes : Les variables démographiques, cliniques et celles relatives aux conditions de travail ont été recueillies auprès des téléopérateurs de Yaoundé sur une période de 20 mois. Une analyse de régression multivariée a été menée pour déterminer les facteurs associés au choc acoustique et une valeur $p < 0,05$ était statistiquement significative.

Résultats : Nous avons retenu 246 employés dont 151 femmes (61,38%) et 95 hommes (38,62%). L'âge moyen était de $29,8 \pm 3,43$ ans. Au moins un incident acoustique avait été relevé chez 245 téléopérateurs (99,6%). Leurs symptômes étaient la fatigue, les céphalées, les cervicalgies, l'otalgie et les troubles de l'intelligibilité. Le stress post-traumatique était présent chez 187 employés (76%). La prévalence du syndrome du choc acoustique était de 79,7% (retrouvé chez 196 employés). Les facteurs associés étaient l'ancienneté supérieure à deux ans (ORa:2,9; 95% IC1,5 – 5,6; $p = 0,02$), le temps de communication journalier supérieur à huit heures (ORa: 12,2; 95% IC1,6 – 90,9; $p = 0,02$), et le temps de transport routier supérieur à une heure par jour (ORa:2,1; 95% IC1,1 – 4,1; $p = 0,023$).

Conclusion : Le syndrome de choc acoustique était très fréquent et était lié aux conditions de travail dans cette population.

Mots clés : Syndrome de choc acoustique, prévalence, facteurs de risque, téléopérateurs, Cameroun

SUMMARY

Objective : To report the prevalence and risk factors of acoustic shock syndrome among a sample of cameroonian call center workers.

Material and methods: Demographic and clinical data and those relating to working conditions were collected from call center workers in Yaoundé over a period of 20 months. Multivariate regression analysis was performed to determine factors associated with acoustic shock and a p value less than 0.05 was statistically significant.

Results : We retained 246 employees of which 151 were women (61.38%) and 95 were men (38.62%). The average age was 29.8 years (SD = 3.43). At least one acoustic incident was noted in 245 of workers (99.6%). Main symptoms were fatigue, headache, neck pain, earache, and poor intelligibility. Post-traumatic stress was present in 187 of workers (76%). The prevalence of acoustic shock syndrome was 79.7% (involving 196 workers). Associated factors were seniority greater than two years (aOR: 2.9; 95% CI 1.5 - 5.6; $p = 0.02$), daily communication time greater than eight hours (aOR: 12.2; 95% CI 1.6 - 90.9; $p = 0.02$), and road transport time greater than one hour per day (aOR: 2.1; 95% CI 1.1 - 4.1; $p = 0.023$).

Conclusion : Acoustic shock syndrome was very common and was related to working conditions in the studied population.

Keywords : Acoustic shock syndrome, prevalence, risk factors, call centers, Cameroon

1.INTRODUCTION

Le choc acoustique est une perturbation temporaire ou permanente du fonctionnement de l'oreille ou du système nerveux auditif. Il est causé par une élévation brutale et inattendue de la pression acoustique du système de télécommunication. Le bruit responsable, dénommé incident acoustique, peut être un sifflement, un larsen, une sonnerie de fax [1,2]. Son mécanisme physiopathologique est encore mal connu. Il impliquerait d'une part un trouble du réflexe du muscle tenseur du tympan et d'autre part une lésion des cellules ciliées externes cochléaires [3]. Il se manifeste par des symptômes oto-neurologiques dont les plus fréquents sont l'otalgie, l'acouphène, la phonophobie, voire les vertiges. La récupération rapide et spontanée est fréquente. Ces symptômes cependant peuvent persister et s'associer à des signes de stress post-traumatique. On parle dès lors de syndrome de choc acoustique [1,3].

Les centres d'appels téléphoniques sont des espaces ouverts, divisés en compartiments composés de poste de travail. Chaque poste est doté d'un ordinateur et d'un téléphone relié à un casque d'écoute mains libres (oreillette-microphone) [4]. Les conditions de travail dans ces centres d'appel et les nuisances sonores qui y règnent au quotidien sont autant d'éléments favorables au développement d'un syndrome de choc acoustique [4].

Le nombre de téléopérateurs est sans cesse croissant. Au Royaume-Uni il s'agit de l'emploi le plus répandu. En Afrique subsaharienne, il est passé de 60 à 180 en 15 ans [5,6]. Ce constat fait du syndrome du choc acoustique une nouvelle exposition qui doit interpeller les services de santé au travail. Ses effets peuvent être lourds de conséquences aux plans personnel, professionnel et médico-légal [7]. Une étude danoise révélait que 22% des employés d'un centre d'appel présentaient un syndrome de choc acoustique [8].

Le but de cette étude était de contribuer à la connaissance du syndrome du choc acoustique au Cameroun en rapportant sa prévalence et en recherchant ses facteurs de risque chez les

téléopérateurs.

2.MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective descriptive et analytique sur une période de 20 mois de décembre 2017 à août 2019 auprès des téléopérateurs de deux centres d'appels téléphoniques de la ville de Yaoundé au Cameroun.

Ont été inclus dans l'étude les employés justifiant d'au moins six mois d'ancienneté. Ont été exclus ceux ayant déjà eu une affection otologique avant leur recrutement dans l'entreprise, ceux ayant une malformation auriculaire ou une perforation tympanique à l'otoscopie et ceux ayant une surdité appareillée. L'échantillonnage a été consécutif et non aléatoire.

Les données ont été collectées en deux phases. Une phase d'analyse de l'environnement sonore de la plateforme téléphonique où les variables recueillies étaient la surface de travail par poste et le niveau de bruit ambiant. Un sonomètre de marque Brüel & Kjaer® 2238 Mediator avait permis cette évaluation du bruit ambiant. Le résultat retenu, exprimé en décibels (dB), correspondait à la valeur moyenne de deux enregistrements d'une durée de 30 minutes chacun, en deux lieux distincts des différents plateaux téléphoniques. Une phase d'entretien avec chaque employé après obtention d'un consentement éclairé. Chaque téléopérateur apendant son temps de pause répondait à un questionnaire anonyme et semi-dirigé adapté à partir d'un modèle standardisé [3]. Les données recueillies étaient les variables démographiques : âge et sexe, le nombre d'années de travail, la notion d'exposition aux incidents acoustiques, les habitudes de vie par rapport au bruit, les plaintes fonctionnelles régulières à la fin du temps de communication téléphonique journalier (le temps total d'utilisation des écouteurs ou du casque pendant une journée de travail), les manifestations de stress post-traumatique l'autoévaluation par Echelle Visuelle Analogique (EVA) du niveau de stress au travail.

Les analyses statistiques ont été effectuées

à l'aide du logiciel SPSS 23.0. La différence de proportions a été évaluée à l'aide du test de Chi-Carré. La comparaison des moyennes à l'aide du test t de Student. Une analyse de régression multivariable de l'Odds ratio ajusté (ORa) et de l'intervalle de confiance (IC) à 95% avait permis d'explorer les facteurs associés au choc acoustique. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative. Ce travail avait reçu l'approbation du Comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (Réf. : N°135 / UY1 /FMSB /VDRC /CSD) et les autorisations administratives des responsables des centres d'appels téléphoniques. Le consentement éclairé des participants avait été obtenu avant chaque entretien. L'anonymat et la confidentialité avaient été respectés.

3.RESULTATS

3.1.Caractéristiques générales

La population d'étude comportait 246 sujets constitués de 151 femmes (61,4%) et 95 hommes (38,6%). L'âge moyen était de $29,8 \pm 3,43$ ans, la tranche majoritaire étant celle des [25 – 35[ans avec 195 cas (79,3%). L'analyse de l'environnement de la plateforme téléphonique relevait que la surface de travail moyenne par employé était de 5,11m². Le bruit de fond ambiant était en moyenne de 69,1 décibels. Une durée d'exposition à cet environnement supérieure à un an avait été retrouvée chez 201 (81,7%) employés. Le tableau I montrait que 97,2% (239) des employés n'utilisaient pas de protection lorsqu'ils étaient exposés au bruit en dehors des heures de travail ; de même que 83,7% (206) accumulaient jusqu'à huit de temps de communication téléphonique journalier

3.2.Caractéristiques cliniques

Un incident acoustique avait été noté chez 99,6% (245) des téléopérateurs. Cet incident acoustique s'est répété plus de 10 fois chez

88,2% (217) des sujets. Les principales plaintes fonctionnelles étaient la fatigue et les céphalées retrouvées dans 66,7% (164) et 65,9% (162) des cas respectivement.

La figure 1 présente les autres symptômes notés.

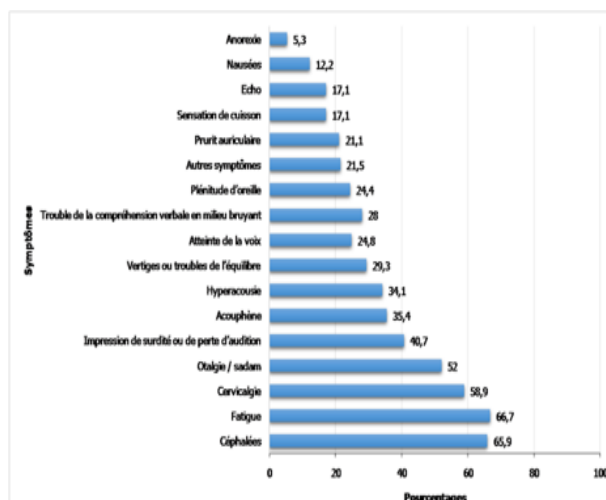


Figure1:Répartition des plaintes fonctionnelles retrouvées dans la population d'étude

La figure 2 montre les signes de stress post traumatique retrouvés.

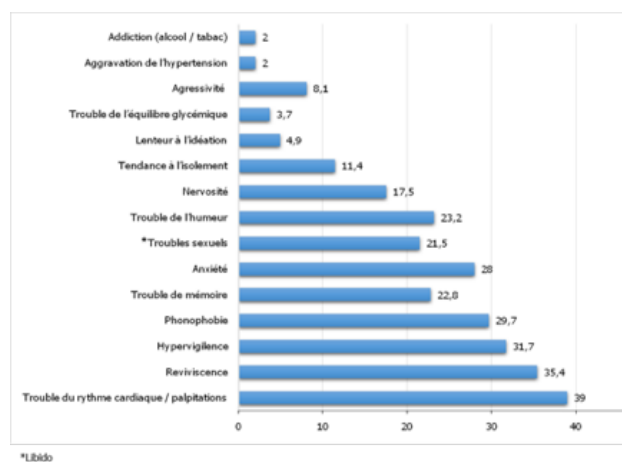


Figure1:Distribution des manifestations de stress post-traumatique dans la population d'étude

Les palpitations en l'absence de toute affection cardiaque, étaient le principal symptôme dans 39% (96) des cas. Des troubles de la libido avaient été notés chez 21,5% (52) des employés.

Tableau I : Répartition des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et professionnelles dans la population d'étude

	N	%
	13	
Age (ans)	195	
< 25	34	5,3
[25-35	4	79,3
[35-45		13,8
≥ 45	95	1,6
Sexe	151	
Masculin		38,6
Féminin	60	61,4
Antécédents	186	
Tabac	175	24,4
	Oui	71
	Non	75,6
Alcool	1	71,1
	Oui	245
	Non	28,9
Diabète	5	0,4
	Oui	241
	Non	99,6
Hypertension artérielle	45	2
	Oui	98
	Non	
Ancienneté au poste de travail	78	
6 mois -1 an	123	18,3
1-2 ans		31,7
> 2 ans		50
Activités menées hors des heures de service	70	
Ecoute de la musique avec casque / écouteurs	11	
Concerts	129	28,5
Discothèques, snack ou cabarets	143	4,5
Utilisation d'un outil bruyant	179	52,4
Transport routier > 1 heure	239	58,1
Absence de protection auditive en cas d'exposition au bruit		72,8
Temps de communication journalier	206	97,2
≥ 8 heures	40	
<8 heures		83,7
		16,3

communication journalier supérieur à huit heures étaient lié à la survenue du syndrome de choc acoustique. La régression logistique en analyse multivariée montrait qu'une durée de transport routier > une heure (ORa : 2, ; 95% CI 1,02 – 4,2 ; p = 0,045) et un temps de communication journalier > 8heures (ORa : 9, 95% CI 1,2 – 69,5 ; p = 0,034) constituaient les facteurs associés au syndrome de choc acoustique. A contrario la fréquentation des lieux de loisirs (discothèques, snack bars ou cabarets) n'était pas liée à la survenue du syndrome de choc acoustique

Tableau II : Analyses des facteurs associés au syndrome de choc acoustique dans la population d'étude

	Syndrome de choc acoustique	Analyse univariée	Analyse multivariée Oui (%) n
Activités à risque			
Ecoute de la musique avec casque écouteur	(81,4) 57	(18,6) 13	(2,4 – 0,6) 1,2
Concerts	(90,9) 10	(9,1) 1	(21,1 – 0,3) 2,6
,Discothèques			
*snack ou cabarets			
Utilisation d'un outil bruyant	(74,4) 96	(25,6) 33	(0,9 – 0,3) 0,6 0,666 0,118
Transport	(77,6) 111	(22,4) 32	(1,4 - 0,4) 0,7 0,470
*routier > 1 heure	(83,2) 149	(16,8) 30	(4,1 – 1,1) 2,1 0,031
Ancienneté au poste			0,346 0,045
*mois – 1 an 6	(60) 27	(40) 18	(0,6 – 0,1) 0,3 0,001 0,086
ans 2 – 1	(78,2) 61	(21,8) 17	(1,7 – 0,5) 0,9 0,696
*ans 2 <	(87,8) 108	(12,2) 15	(5,6 – 1,5) 2,9 0,002 0,082
Temps de / communication jour			
*heures 8 <	(97,5) 39	(2,5) 1	(90,9 – 1,6) 12,2 0,002 0,034
heures 8 ≥	(76,2) 157	(23,8) 49	

variables incluses dans la régression logistique
OR : Odd Ratio, IC : Intervalle de Confiance

4.DISCUSSION

Nous avons inclus un effectif de 246 employés où la tranche d'âge majoritaire était celle de 25-35ans. C'est dans ce groupe que nous avons eu plus de cas de syndrome de choc acoustiquesoit 78,5%. Ceci se rapproche des données rapportées par Ayugi et al. où la tranche d'âge la plus touchée était celle de 30 à 34 ans [3]. Le sexe féminin était le plus atteint dans cette étude, de même que dans celle de

3.2.Prévalence et facteurs associés

La prévalence du syndrome de choc acoustique (associant notion d'incident acoustique, signes oto-neurologiques et manifestations de stress post-traumatique) était de 79,7 % (196) dans la population étudiée. Un syndrome de choc acoustique était présent chez 78,5% (154) des employés. Ces derniers avaient un âge compris entre 25 et 25 ans

Le tableau 2 présente les facteurs associés au syndrome de choc acoustique retrouvés chez les employés. Un temps de transport routier supérieur à une heure par jour, une ancienneté au poste supérieure à deux ans un temps de

Parker et al. [3] ; contrairement au travail d'Ayugi et al. où les deux sexes étaient atteints de façon égale [1]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des recrutés de la présente étude était des femmes.

4.1.Caractéristiques cliniques

Dans le présent travail, la fatigue et les céphalées étaient les principales plaintes fonctionnelles des employés dans 66,7% et 65,9% des cas respectivement. Ces résultats se rapprochent de l'étude de Njock et al. [6] où les céphalées étaient le symptôme principal dans 33,9 % des cas, mais la fatigue était la quatrième plainte fonctionnelle dans 7,1% des cas. Les acouphènes étaient le maître symptôme, suivi de l'otalgie dans 90% et 63% des cas respectivement dans la série de Parker et al. [3], alors que Milhinch et al avaient retrouvé que l'otalgie était la plus commune suivie des acouphènes [7]. On a aussi noté d'autres symptômes à type de cervicalgies, troubles du sommeil, hyperacousie, vertiges.

Avec le temps, la symptomatologie des sujets de la présente étude s'est enrichie de signes de stress post-traumatique à l'instar des troubles du rythme cardiaque, troubles de l'humeur, phonophobie, troubles cognitifs, troubles de l'équilibre glycémique, troubles psychosomatiques, troubles sexuels. Dans une étude française, 03 sujets sur 04 déclaraient avoir souffert de signes de stress post traumatique [6]. Cette étude avait montré que 79,7% des téléconseillers enquêtés, ont développé un syndrome de choc acoustique. Ce résultat se rapprochait de celui rapporté par Ayugi et al. en 2015 au Kenya, où la prévalence du syndrome de choc acoustique était de 80% [1,5].

Les téléopérateurs de la présente étude ont été victimes de plus de 10 incidents acoustiques dans 88,2% des cas. Ce résultat tranche avec les données rapportées dans la série de Parker et al où seulement 27% des sujets signalaient trois incidents acoustiques ou plus [3]. La forte exposition aux incidents acoustiques dans la présente série pourrait s'expliquer par l'absence d'amplificateurs ou des protecteurs numériques dans les casques. Ces mesures ont pour effet

d'atténuer le signal sonore entrant dans le casque

9

L'expérience professionnelle avait été identifiée comme étant un des facteurs de risques du syndrome de choc acoustique. C'est ainsi que 87,8% des employés de notre série ayant exercé plus de deux ans présentait un syndrome de choc acoustique. Ceci corroborait les résultats d'Ayugi et al., où les groupes les plus touchés étaient ceux ayant trois à cinq ans d'expérience professionnelle.

Le temps de communication téléphonique journalier supérieur à huit heures était statistiquement lié à la survenue du syndrome de choc acoustique dans 76,2% des cas. La série de Njock et al., avait retrouvé qu'au-delà de cinq heures de travail, 13 % des employés étaient sujet à des atteintes neurosensorielles de l'audition [6]. Ce serait le fait d'un bruit ambiant élevé dans l'environnement de travail des employés de notre étude, dont la moyenne était de 69,1 décibels. Ce chiffre était au-dessus de la limite de confort fixée à 45-55 décibels [9]. Le bruit ambiant serait un des facteurs influençant l'opérateur à régler le volume de réception de son casque téléphonique à un niveau élevé, s'exposant ainsi au risque d'incidents acoustiques [8,9].

Dans la présente étude, la surface de travail moyenne par employé était de 5,11 m² ; soit en dessous de la surface recommandée, qui devrait être comprise entre 10 et 15 m² pour un confort de travail optimal [9]. Ces résultats se rapprochent de ceux de Chatillon et al. qui incriminait la faible surface de travail par opérateur à la survenue d'un syndrome de choc acoustique

Le présent travail révélait qu'un transport routier supérieur à une heure par jour était significativement lié à la survenue du syndrome choc acoustique ($p= 0,023$). Les résultats de Rösli et al. corroboraient ces faits. Ils avaient été mis en évidence un lien entre l'exposition au bruit de trafic routier et la survenue du syndrome de choc acoustique [10]. Nous n'avons pas trouvé de lien statistique entre la fréquentation des lieux de loisirs (discothèques,

snack bars ou cabarets) et la survenue du syndrome de choc acoustique ($p=0,031$). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces lieux bien que bruyants, favorisent la détente, luttant ainsi contre les signes de stress post-traumatiques retrouvés dans le syndrome de choc acoustique

CONCLUSION

Le syndrome de choc acoustique était très fréquent chez les téléopérateurs camerounais. Les facteurs de risques étaient liés à l'environnement et aux conditions de travail. L'ancienneté au poste, le temps de communication journalier, le bruit ambiant et le temps passé dans le trafic routier étaient impliqués. Des conditions de travail adaptées et des mesures préventives adéquates pourraient en réduire l'incidence. Des études sur l'état antérieur des employés seraient utiles afin de mieux cerner son implication réelle et son impact médical

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contribution des auteurs

Les auteurs ont contribué de façon équivalente à ce travail.

Roger Christian Meva'a Biouélé : conception et design, analyse et interprétation des données, rédaction du manuscrit.

Rachel Raïssa Mandeng : collection, analyse et interprétation des données, révision du manuscrit

Lionel Christophe Atanga : analyse des données et révision du manuscrit.

Dalil Asmaou Bouba : interprétation des données, révision du manuscrit.

Yannick Mossus : interprétation des données, révision du manuscrit.

François Djomou : révision du manuscrit et approbation de la version à publier.

Remerciements

Des remerciements sont adressés aux responsables des entreprises disposants de centres d'appels téléphoniques à Yaoundé : Interstis et Camtel Cameroon, qui ont permis que ce travail se déroule dans leurs locaux.

REFERENCES

- [1] Ayugi J, Nyandusi M, Poonamjeet KL, Mugwe P, Irungu C. Acoustic shock syndrome in a large call center. *International Research Journal of Basic and Clinical Studies* 2016;4(1):1-4.
- [2] Ohresser M. Choc acoustique et syndrome du tenseur du marteau. In: Ohresser M, Bischoff H, Bizaguet E, et al, editors. *Les Acouphenes*, Elsevier Masson; 2017, p. 203-205.
- [3] Parker W, Parker V, Parker G, Parker A. 'Acoustic shock': A new occupational disease? Observations from clinical and medico-legal practice. *International Journal of Audiology* 2014;53:764-769.
- [4] Cédric A. Evaluation de la fatigue auditive périphérique et de ses déterminants dans les centres d'appels téléphoniques par le dispositif EchoScan®. 2017. *Médecine humaine et pathologie*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01516132/document>. Consulté le 30 janvier 2019.
- [5] Ayugi J, Poonamjeet KL, Mugwe P, Nyandusi M. Demographic patterns of acoustic shock syndrome as seen in a large call centre. *Occupational Medicine & Health Affairs* 2015;3(4):212-214.
- [6] Njock LR, Fouda A, Ndjolo A, Bengono G. Impact de la nuisance sonore dans une population d'un call-centre. *Médecine d'Afrique Noire* 2006;53(10):529-532.
- [7] Milhinch J. Acoustic shock injury: real or imaginary? www.audiologyonline.com. Visité le 17 juin 2019.
- [8] Tin SS, Wiwanitkit V. Health issues among call center employees. *Indian J Community Med* 2015;40(4):282.
- [9] Chatillon J, Trompette N. Evaluation des risques pour l'audition des opérateurs des

centres d'appels téléphoniques et solution de prévention. 2010. Hygiène et sécurité du travail. <https://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications> Visité le 30 janvier 2019.

[10] Rööslä M, Wunderlich JM, Brink M, Cajochen C, Probst-Hensch N. Bruit du trafic, mortalité cardiovasculaire, diabète, troubles du sommeil et nuisance: L'étude Sirène. <https://medicalforum.ch/fr/article/doi/fms.2019.03433>. Visité le 30 janvier 2019.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**



CANCERS NASO-SINUSIENS : Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs à Pointe-Noire

NASO-SINUSIAN CANCER: Epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects in Pointe-Noire

Sylvain DIEMBI¹, Sydney Frousse NGATALI², Gérard Chidrel NGOUONI³, Franck ITIERE ODZILI³, Sofrène OKOMBI³, Harold Boris OTOUANA NDZON⁴, MS Ag Med ELMEHDI ELANSARI⁵, Donatien MOUKASSA⁶, Gontran ONDZOTTO³

1-Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire

2- Hôpital Général de Loandjili

3-Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

4-Hôpital de référence de Talangai

5-Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré Bamako, (MALI)

6-Département des masters université Marien NGOUABI

Correspondante et tiré à part

RESUME

L'objectif : décrire les aspects épidémiologiques, d'analyser les aspects thérapeutiques, de déterminer leurs aspects évolutifs

Matériels et Méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective et transversale allant du 1er janvier 2006 à décembre 2019, soit une période de 13 ans, L'étude s'est déroulée à Pointe-Noire, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Adolphe SICE.

Résultats : La fréquence des cancers naso-sinusal était de 33%. L'âge moyen des patients a été de 42,28 ans avec des extrêmes de 24 et 84ans, le sex ratio a été de 0,9 avec une prédominance masculine Les professions de ménagères et enseignants ont été plus exposées. 51% des patients ont consulté tardivement à 1 an, 44% à 6 mois et 5% seulement entre 6 mois et 12 mois.

L'obstruction nasale et la rhinorrhée ont été retrouvées respectivement 40% et 28%. Le mode évolutif a été progressif dans 93%. La tuméfaction faciale était présente dans 68%. Elle a concerné respectivement la face (44%), la joue (2%), le sillon naso-génien (17%) et la région naso-fronto-orbitaire (2%). On retrouvait une masse solide ferme dans 68%, La muqueuse endobuccale présentait une voussure palatine avec mobilité dentaire (14%) et muqueuse inflammatoire (14%). Une masse endonasale unilatérale (70%). Les adénopathies cervicales ont été retrouvées chez 10%. L'otite séro-muqueuse était présente dans 10%. Une exophtalmie unilatérale dans 12% des cas.

Le carcinome épidermoïde était retrouvé 64% au stade T2N0M0 suivi de l'adénocarcinome 12%. La voie paralatéronasale était plus pratiquée. La chimiothérapie seule et l'association chimiothérapie et radiothérapie étaient pratiquées dans 40%. Les complications neurologiques et oculaires ont été notées à 32%. Les récidives ont été observées dans 32%. La guérison a été observée dans 54%. La mortalité était de 5% de cas.

Conclusion : Les cancers naso-sinusiens sont d'une extrême gravité que, le pronostic reste sombre, malgré la multiplication des moyens diagnostiques et thérapeutiques actuels.

Mots clés : Cancer, naso-sinusal, épidémiologie, traitement, Pointe Noire, Congo-Brazzaville

ABSTRACT

The objective of this work was to describe the epidemiological aspects, to analyze the therapeutic aspects, to determine their evolutionary aspects

Materials and Methods : This was a retrospective and cross-sectional descriptive study from January 1, 2006 to December 2019, a period of 13 years. The study took place in Pointe-Noire, in the Department of Otolaryngology and Cervicofacial Surgery of the Adolphe SICE Hospital.

Results : The frequency of nasosinus cancers was 33%. The average age of the patients was 42.28 years with extremes of 24 and 84 years, the sex ratio was 0.9 with a male predominance. The professions of housewife and teacher were more exposed. 51% of patients consulted late at 1 year, 44% at 6 months and only 5% between 6 and 12 months.

Nasal obstruction and rhinorrhea were found in 40% and 28% respectively. The evolutionary mode was progressive in 93%. Facial swelling was present in 68%. It concerned respectively the face (44%), the cheek (2%), the nasolabial fold (17%) and the nasofrontoparietal region (2%). A firm solid mass was found in 68%,

The endobuccal mucosa showed a palatal curvature with tooth mobility (14%) and inflammatory mucosa (14%). A unilateral endonasal mass (70%). Cervical adenopathies were found in 10%. Seromucosal otitis was present in 10%. Unilateral exophthalmos was present in 12% of cases.

Squamous cell carcinoma was found in 64% of cases at stage T2N0M0 followed by adenocarcinoma in 12%. The

in 32%. Recurrences were observed in 32%. Cure was observed in 54%. Mortality was 5% of cases. Conclusion Nasosinus cancers are extremely serious and their prognosis remains poor, despite the multiplication of current diagnostic and therapeutic means.

Key words: Nasosinus cancer, epidemiology, treatment, Pointe Noire, Congo-Brazzaville

INTRODUCTION

Les cancers nasosinusiens représentent 3% des cancers des voies aéro-digestives dans le monde [1].

Le diagnostic de ces tumeurs passe par l'examen ORL, l'imagerie et l'histopathologie.

Dans les pays en voies de développement ces tumeurs posent des problèmes de diagnostic tardif avec apparition de complications comme relevé par ces différents auteurs YOUSSEF DAROUASSI et al retrouvait 32 cas sur 10 ans soit 1 cas par an au Maroc[1]. Par contre AMANA B (TOGO) et KOFFI AKA (Côte-d'Ivoire) notaient respectivement 33,71% et 9 cas[3].

Ce travail a été initié pour étudier les cancers naso-sinusiens dans le service ORL de l'Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire. Il s'agissait spécifiquement de décrire les aspects épidémiologiques, d'analyser les aspects thérapeutiques, de déterminer leurs aspects

sur logiciel OMNIPRO.

Critères d'inclusion

Ont été inclus, tous les patients présentant une tumeur naso-sinusienne:

-Vus en consultation et hospitalisés durant la période d'étude,

-Hommes ou des femmes de tout âge présentant un cancer naso-sinusal avec confirmation histologique.

Ces patients ont bénéficié :

-Scanner NEZ-SINUS objectivant la lésion tumorale

-Une chirurgie dont la pièce opératoire a fait l'objet d'une analyse histopathologique

-Une Radiographie pulmonaire systématique.

Etaient exclus, les patients dont l'examen anatomopathologique était non disponible, les cas de cancers du rhinopharynx étendus aux fosses nasales, ainsi que les dossiers inexploitable.

Les Variables étudiées étaient épidémiologiques (Fréquence, âge, sexe, facteurs de risque), cliniques (Signes fonctionnels, signes physiques, signes paracliniques), anatomopathologiques et thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) évolutifs.

Les tumeurs ont été classées selon la classification TNM de l'Union Internationale

Cadre et méthode d'étude

L'étude s'est déroulée à Pointe-Noire, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Adolphe SICE.

Méthode d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective et transversale allant du 1er janvier 2006 à décembre 2019, soit une période de 13 ans, Toutes les données anamnestiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été reportées sur des fiches synoptiques, préalablement rédigées puis transférées dans un tableau Excel

contre le cancer(UICC) 2009 qui distingue :

T: Tumeur

Tx: inclassable

T0: Pas de signe de tumeur primitive

Tis: Carcinome non invasif (carcinome in situ)

T1: Tumeur limitée à la muqueuse du sinus maxillaire (antre) sans atteinte osseuse

T2: Tumeur avec ostéolyse de l'infrastructure y compris le palais dur et ou région du méat médian excepté la paroi postérieure du sinus maxillaire et les apophyses ptérygoïdes

T3: Paroi osseuse postérieure du sinus maxillaire tissu sous cutané, plancher et ou paroi interne de l'orbite, fosse ptérygoïde, sinus ethmoïdal.

T4 a: Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : cavité orbitaire antérieure, peau de la joue, apophyse ptérygoïde, fosse infra temporale, lame criblée, sinus sphénoïdal ou sinus frontal.

T4b: Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : toit de l'orbite, dure-mère, cerveau, étage moyen de la base du crâne, nerfs crâniens autre que la division maxillaire du nerf trijumeau(V2), nasopharynx ou clivus.

-La classification pour les fosses nasales et le sinus éthmoïdal

Tx: inclassable

T0: Pas de signe de tumeur primitive

Tis: Carcinome non invasif (carcinome in situ)

T1: Tumeur limitée à une sous-localisation de la fosse nasale ou du sinus éthmoïdal avec ou sans atteinte osseuse.

T2: Tumeur s'étendant à 2 sous-localisations ou dans une seule localisation ou envahissant une localisation voisine à l'intérieur du complexe naso-éthmoïdal avec ou sans atteinte osseuse.

T3: Tumeur envahissant la paroi interne ou plancher de l'orbite, le sinus maxillaire, le palais ou la lame criblée.

T4 a: Tumeur s'étendant à l'une des structures suivantes: orbite antérieure, peau du nez ou de la joue, extension minime à l'étage antérieur de la base du crâne, apophyse ptérygoïde, sinus sphénoïdal ou sinus frontal.

T4b: Tumeur envahissant l'une des structure suivante: toit de l'orbite, dure-mère, cerveau, étage moyen de la base du crâne, nerfs crâniens

autres que V2, nasopharynx ou clivus.

N: Ganglions régionaux

N0: Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1: Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension

N2: Métastases telles que :

N2a: Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≥ 3 mais ≤ 6 cm

N2b: Métastases homolatérales multiples ≤ 6 cm

N2c: Métastases bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm

N3: Métastases dans un ganglion lymphatique ≥ 6 cm dans sa plus grande dimension

M: Métastase à distance

M1: Pas de métastase à distance

M1: Pas de métastase à distance

M2: Présence de métastases à distance.

Données thérapeutiques :

-La chirurgie : T+/- N selon la situation

-Radiothérapie post opératoire sauf T1N0

-+/- Chimiothérapie

-Surveillance

La chirurgie est contre indiquée devant :

-En cas de tumeurs radio ou chimio sensibles (Neuroblastome olfactif)

-Mauvais état général

-Extension de la tumeur (chiasmatique, cérébrale, nerfs optiques, sinus caverneux, nasopharynx)

-En cas de métastase à distance

Données évolutives :

-Surveillance

Les patients ont été revus une fois par mois pendant la première année, une fois tous les deux mois pendant la deuxième année et une fois par trimestre la troisième année, puis une fois par semestre à la recherche de poursuite évolutive, de récurrence ou de nouveaux cancers. Ainsi il a été réalisé après examen clinique une radiographie pulmonaire systématique et une échographie abdominale..

-Survie

Elle a été calculée à 3 ans.
Considérations éthiques et conflit d'intérêt
Le présent travail a été mené dans le cadre d'une recherche scientifique. L'enquête relative a garanti la confidentialité des données des malades. Il n'y avait aucun conflit d'intérêt.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons colligé 75 cas de tumeurs nasosinusiennes dont 25 présentant un cancer naso-sinusien soit une fréquence de 33%.
Age et sexe
L'âge moyen des patients a été de 42,28 avec des extrêmes de 24 et 84, la tranche d'âge la plus touchée a été celle de 25-50 ans.
Le sex ratio a été de 0,9 avec une prédominance masculine comme le montre le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

AGE/ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TO- TAL
<25	1	1	2
25-50	5	7	12
>50	7	4	11
TOTAL	13	12	25

Profession

Les professions de ménagères et enseignants ont été plus exposées.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession et le sexe.

Profession/ Sexe	masculin	féminin	Total
Ebéniste	3	0	3
Enseignant	6	0	6
Coiffeuse	0	3	3
Ménagère	0	10	10
Non précisé	3	0	3
Total	12	13	25

Délai de consultation

51% des patients ont consulté tardivement à 1 an, 44% à 6 mois et 5% seulement entre 6 mois et 12 mois.
L'obstruction nasale et la rhinorrhée ont été les symptômes dominants soit respectivement 40%

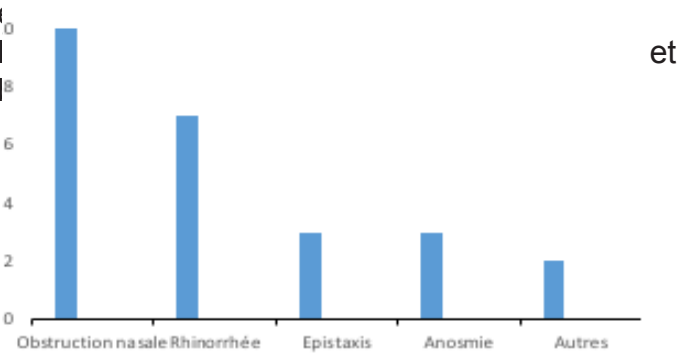


Figure 1 : Répartition selon les signes fonctionnels

Sur le plan clinique :

A L'Inspection l'on notait L'existence de la tuméfaction dans 68%. Cette tuméfaction a concerné respectivement la face (44%), la joue (2%), le sillon naso-génien (17%) et la région naso-fronto-orbitaire (2%).L'absence de la tuméfaction était notée chez 32%.



Image 2 : Tuméfaction nasosinusienne gauche avec masse endonasale

A la palpation on retrouvait une masse solide ferme dans 68%, l'existence de la douleur sous-orbitaire a été rencontrée dans 29%, cependant l'on n'a pas noté de douleur dans 2% des cas. L'examen endobuccal à l'abaisse langue retrouvait une muqueuse normale dans 66% des cas, la muqueuse est dite anormale dans 33% des cas respectivement représentée par voussure palatine (5%), voussure palatine avec mobilité dentaire (14%) et muqueuse inflammatoire (14%).

La rhinoscopie antérieure retrouvait une muqueuse anormale dans 86% marquée par une congestion nasale (9%), une masse endonasale bilatérale (7%), une masse endonasale unilatérale (70%). Par contre la muqueuse pituitaire est normale dans 12%.

Les adénopathies cervicales ont été retrouvées chez 10%..

L'examen otoscopique était normal dans 90% des cas, l'otite séro-muqueuse était présente dans 4 cas soit 10%. L'examen ophtalmologique était normal dans 88% des cas, il a été noté une exophtalmie unilatérale dans 12% des cas, avec acuité visuelle maintenue.

L'endoscopie notait une masse endonasale unilatérale (73%), une masse endonasale bilatérale (7%) et une tumeur de la cloison nasale (2%), congestion nasale (5%). L'endoscopie était normale dans 13%.

Caractéristiques paracliniques

L'imagerie médicale a permis de noter des lésions des hypodeuss avec des calcifications.

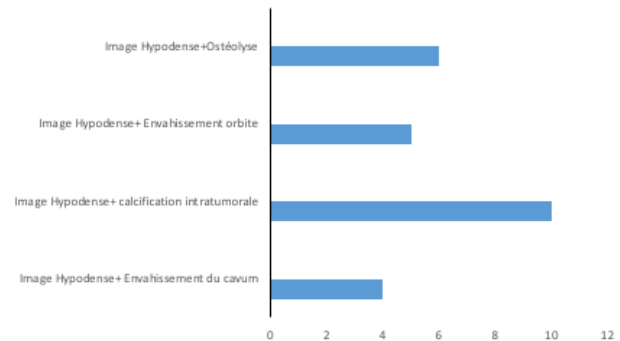


Figure 2 : Répartition selon les caractéristiques radiologiques

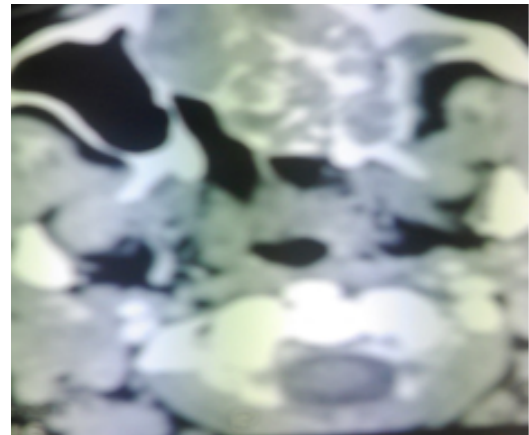


Image 1 : Scanner nez-sinus montrant une tumeur ethmoïdo-maxillaire gauche avec ostéolyse

Nature histologique

LMHN : Lymphome Malin non Hodgkinien

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus retrouvé 64% suivi de l'adénocarcinome 12%.

Classification TNM

Le stade histologique T2N0M0 était le plus rencontré suivi du stade T3N0M0.

Traitement chirurgical

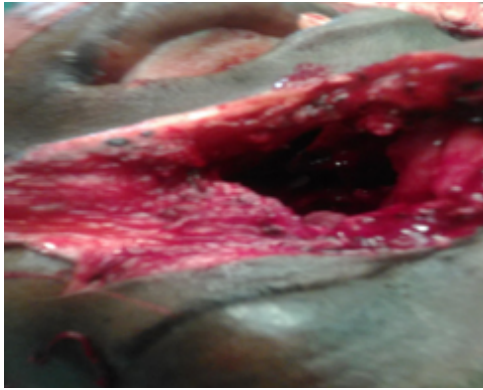


Image 3 : Abord chirurgical par la voie paralatéro-nasale gauche

L'abord chirurgical par la voie paralatéronasale était plus pratiqué secondé par l'intervention de cadwell-luc.

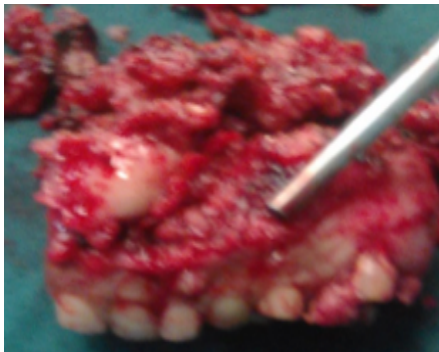


Image 4 : Exposition de la cavité opératoire après extraction de la tumeur

Traitement complémentaire

La chimiothérapie était le traitement complémentaire le plus présent (40%), suivie de l'association chimiothérapie et radiothérapie (40%)

Evolution

Les suites opératoires ont été simples dans 68% des cas, les complications neurologiques et oculaires ont été notées à 32%.

Les récurrences ou reprise tumorale ont été observées dans 32%. La guérison a été observée dans 54%, les perdus de vue ont représenté 41%. La mortalité était de 5% de cas.

DISCUSSION

Dans notre étude la fréquence est de 33% sur une période de 13 ans soit 2 cas par an. Cependant YOUSSEF DAROUASSI et al retrouvait 32 cas sur 10 ans soit 1 cas par an au Maroc [1]. Par contre AMANA B (TOGO) et KOFFI AKA (Côte-d'Ivoire) notaient respectivement 33,71% et 9 cas par an [3].

L'âge moyen des patients a été de 42,28 avec des extrêmes de 24 et 84, les tranches d'âge les plus touchées ont été celle de 25-50 ans.

Le sex ratio a été de 0,9 avec une prédominance masculine dans notre série est inférieur à la moyenne d'âge de 76 ans pour Garg et Mathur [2]. Seul un cas atteint d'adénocarcinome de l'ethmoïde était exposé au bois contre 80% dans la littérature [3]. Constat relevé dans notre étude où l'on trouve 3 cas, cependant les professions de ménagères et enseignants sont plus exposées. Le délai de consultation était souvent élevé 51% des patients ont consulté tardivement à 1 an, 44% à 6 mois et 5% seulement entre 6 mois et 12 mois. Contre 4,4 mois dans la série de Boudet [4]. Ceci s'explique par l'apparente banalité des symptômes et la négligence de la part des patients. Cliniquement, les signes naso-sinusiens étaient les plus fréquents dans notre série (71,8%) conformément à ce qui est décrit dans la littérature. Une extension de la tumeur était responsable de signes extra naso-sinusiens, notamment ophtalmologiques (12,5%) et neurologiques dans 15,6% des cas, pourcentages similaires à la série de Boudet [4]. Les cancers nasosinusiens sont peu lymphophiles. Nous avons noté 04 cas d'envahissements ganglionnaires (12,5%). Dans la littérature, 20% de ces cancers se développent au niveau de l'ethmoïde, 70% au niveau du sinus maxillaire et 10% au niveau des fosses nasales [5,6]. Les carcinomes épidermoïdes sont généralement décrits comme étant les plus fréquents, comme en témoigne cette étude multicentrique réalisée en France sur 700 cas de tumeurs du massif facial supérieur [7]. Dans notre série, le ratio des carcinomes épidermoïdes / adénocarcinomes

est inversé. Nous avons également retrouvé un carcinome muco-épidermoïde (3,1%) alors qu'au sein des tumeurs d'origine salivaire, le carcinome adénoïde kystique paraît plus fréquent [7]. 82% des patients étaient en stade T3 ou T4 lors de la première consultation, chiffres en accord avec la série de Boudet (76% des cas) [4,8]. L'exploration des tumeurs du massif facial relève actuellement du scanner et de l'IRM [9]. Tous les patients de notre série ont bénéficié d'un bilan scanographique. Certains critères étaient considérés comme suspects: l'ostéolyse, le caractère invasif et dans une moindre mesure, l'unilatéralité de l'atteinte [4]. Néanmoins l'imagerie ne permet pas la différenciation entre bénignité et malignité. Cette difficulté est en général résolue, par l'accès à la biopsie directe de la plupart de ces tumeurs [9]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est particulièrement utile car elle permet d'analyser de façon plus précise le volume et les extensions tumorales [9]. La chirurgie endoscopique représente l'étape la plus récente des techniques chirurgicales en rhinologie. Utilisée au début dans de rares cas de TMNS localisées, elle est actuellement de plus en plus employée, y compris dans certains cas évolués. La chirurgie par voie externe (voies paralatéronasale et sous-labiale) garde toutefois une grande place et a été pratiquée chez l'ensemble de nos patients. La radiothérapie constitue un des éléments essentiels du traitement des TMNS [7]. En effet tous nos patients en ont bénéficié en postopératoire. La place de la chimiothérapie dans la stratégie thérapeutique est moins établie, exception faite des lymphomes naso-sinusiens [4] traités par radiochimiothérapie, comme cela a été le cas dans notre série. 18,75% des patients ont présenté une récurrence dans l'année qui a suivi, chiffre conforme à la littérature [4]. La mortalité à un an était de 28,1%, proche de celle de Boudet (20%) [4]. Enfin, les progrès actuels dans la chirurgie robotisée donneront probablement de nouvelles perspectives dans les années à venir [10].

CONCLUSION

Les cancers naso-sinusiens sont d'une extrême gravité que, le pronostic reste sombre, malgré la multiplication des moyens diagnostiques et thérapeutiques actuels. La prévention passe par la surveillance des patients en réalisant des examens cliniques, endoscopiques, et radiologiques réguliers, pour dépister au plus tôt d'éventuelles récurrences. Le pronostic restant étroitement lié à un diagnostic précoce et au contrôle local de la maladie.

REFERENCES

- 1-Youssef Darouasi, Mohamed Mliha Touadi, Mahdi Chihani, Jihana EL Alani, Brahim, Haddon Amman : Les tumeurs malignes naso-sinusiennes : à propos de 32 cas et revues de la littérature, Pan African Medical Journal, 2015 ; 22 :1-7
- 2-Nigam J1, Misra V, Dhingra V, Jain S, Varma K, Singh A. Comparative study of intra-operative cytology, frozen sections, and histology of tumor and tumor-like lesions of nose and paranasal sinuses. J Cytology. 2013 Jan-Mar; 30(1): 13-17. PubMed | Google Scholar
- 3-Amana B, Bissa H, Pegbessou EP, DarreT, Amegbor K, Kpemisssi E, Napo-Koura : Tumeurs naso-sinusiennes : Aspects épidémiologique cliniques et anatomopathologiques à propos de 89 cas observés au CHU de Lomé, Rev. Col. OdontoStomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac, 2013, vol20, N°2, 33-36
- 4-Grag D, Mathur K. Clinico-pathological study of space occupying lesions of nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. J Clin Diagn Res. 2014 Nov; 8(8): FC04- FC07. PubMed | Google Scholar
- 5-d'Errico A, Pasian S, Baratti A, Zanelli R, Alfonzo S, Gilardi L, Beatrice F, Bena A, Costa G. A case-control study on occupational risk factors for sino-nasal cancer. Occup Environ Med. 2009

Jul;66(7):448-55.PubMed | Google Scholar

6-Boudet S. Les tumeurs malignes naso-sinusiennes: à propos de 58 cas. Thèse de doctorat. 2000.Google Scholar

7-Koffi-Aka V, Ehouo F, Nenkam E, DemeidoRose. Caractéristiques histologiques des affections des cavités naso-sinusiennes. Etude rétrospective à propos de 96 cas dans les services d'ORL à Abidjan. Med. Afr. Nre 2007;54(10): 493-6

8-Schwaab G, Julieron M, Janot F. Epidémiologie des cancers du massif facial supérieur. Neurochirurgie. 1997;43(2):61- 63. PubMed | Google Scholar

9-Fanucci E, Fiaschetti V, Fusco N, Viarani S, Gargari M, Barlattani A, Assako EP, Simonetti G. Role of diagnostic imaging to malignant sinus tumors in presurgical staging. Oral Implantol (Rome). 2008 Jul;1(2):56-65. Epub 2009 Feb 1. PubMed | Google Scholar

10-Richard J, Guerrier Y. Les tumeurs du massif facial supérieur. Actualités de carcinologie

PARALYSIE RECURRENTIELLE UNILATERALE POST-THYROIDECTOMIE A PROPOS D'UN CAS PRIS EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOUAKE

POST-THYROIDECTOMY UNILATERAL RECURRENTIAL PARALYSIS ABOUT A CASE CARE IN BOUAKE TEACHING HOSPITAL

Kouassi NH, Vroh BTS, Adje YA, Kouassi-Ndjeundo JE, Nawatta KDC, Koffi W, N'gattia KV,
Kacouchia BN

Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant: KOUASSI N'DRI HARMAND
harmand3112@gmail.com

RESUME :

Le traitement des paralysies récurrentielles est varié. La chirurgie par voie endoscopique au laser est de plus en plus utilisée dans les pays développés. Dans nos pays où le plateau technique fait défaut, la chirurgie par voie externe reste la technique de choix. Nous rapportons un cas de paralysie laryngée unilatérale pris en charge dans notre service après une thyroïdectomie totale.

Mots clés : paralysie laryngée, thyroïdectomie, traitement, chirurgie.

SUMMARY

The treatment of recurrential paralysis is varied. Endoscopic laser surgery is increasingly used in developed countries. In our countries where the technical plateau is lacking, external surgery remains the technique of choice. We report a case of unilateral laryngeal paralysis treated in our department after total thyroidectomy.

Key words : laryngeal paralysis, thyroidectomy, treatment, surgery.



RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**

The background features a blue gradient with a faint globe. On the right side, there is a cluster of white hexagonal icons containing medical symbols: a DNA helix, a shield with a cross, a pill, a water drop, a heart with a pulse line, and a stethoscope.

INTRODUCTION

Les causes des paralysies récurrentielles sont multiples. Elles sont dominées par les interventions chirurgicales sur le trajet du nerf [1]. La thyroïdectomie, la chirurgie des glandes parathyroïdes et la chirurgie thoraco-médiastinale sont pourvoyeuses de plus de la moitié des paralysies récurrentielles unilatérales [2]. Le traitement de ces paralysies récurrentielles peut être fonctionnel ou chirurgical. Le traitement fonctionnel consiste à une rééducation orthophonique. Elle est la méthode non invasive la plus utilisée en occident, cependant elle a des limites et est utilisée dans les cas de paralysie laryngée avec des signes fonctionnels minimes [3]. La chirurgie peut se faire par la voie endoscopique ou la voie externe pour poser un geste qui dépend de la position de la corde vocale paralysée. Il sera réalisé une médialisation si la corde vocale est en abduction et une cordopexie ou cordectomie en cas de paralysie laryngée en adduction. De nouvelles techniques de prise en charge des paralysies récurrentielles ont fait leur apparition comme la ré-innervation.

Nous rapportons un cas de paralysie récurrentielle unilatérale post-thyroïdectomie pris en charge dans notre service en passant en revue les moyens thérapeutiques décrits dans la littérature.

OBSERVATION

Une patiente de 67 ans sans antécédent particulier a consulté dans le service d'ORL du CHU de Bouaké en février 2018 pour une tuméfaction cervicale antérieure indolore évoluant depuis 2 ans. L'examen clinique a mis en évidence une masse thyroïdienne sans signe clinique de malignité, ni de dysthyroïdie. A l'échographie cervicale, il s'agissait d'une hypertrophie hétérogène aux dépens des deux lobes et de l'isthme de la thyroïde avec deux nodules classés TI-RADS 3. Le bilan hormonal thyroïdien était normal. La cytoponction évoquait un adénocarcinome vésiculaire. La patiente a

bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec un curage ganglionnaire médiastino-récurrentiel bilatéral. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un goitre adénomateux hétéronodulaire sans signe histologique de malignité, en discordance avec le résultat de la cytoponction.

Les suites opératoires immédiates après extubation furent marquées par la survenue d'une dyspnée laryngée sévère et d'une dysphonie. La nasofibroscopie en post-opératoire a mis en évidence une immobilité de la corde vocale gauche qui était en position paramédiane, la corde vocale droite était peu mobile. Une trachéotomie a été réalisée en urgence. A j7 post-opératoire, nous avons entamé le processus de décanulation en diminuant progressivement le calibre de la canule de trachéotomie jusqu'à la décanulation complète à j13 post-opératoire. La patiente signalait après cette décanulation des épisodes de gêne respiratoire sans signe clinique de dyspnée laryngée. Elle a été autorisée à sortir du service à j 17 post-opératoire. Environ deux mois après la thyroïdectomie (j65 post-opératoire), la patiente a présenté un cornage et des difficultés respiratoires à l'effort, un tirage sus-sternal et sus-claviculaire. Le cornage était aggravé par le décubitus associé à des sensations d'étouffement empêchant le sommeil. La nasofibroscopie objectivait une immobilité de la corde vocale gauche en adduction et une hypomobilité de la corde vocale droite avec fermeture quasi complète de la glotte lors de la respiration. Devant la persistance des symptômes, l'indication d'une cordopexie gauche a été posée et réalisée après une trachéotomie première. Après thyrotomie médiane, un fil de traction est placé sur chaque aile du cartilage thyroïde pour maintenir l'ouverture du cartilage thyroïde. Nous avons fixé la corde vocale gauche à la face postérieure de l'aile gauche du cartilage thyroïde par deux points transfixiants au fil non résorbable (figure 1). Nous avons pris le soin de faire les nœuds à la face antérieure de l'aile gauche du cartilage thyroïde pour éviter les sensations de corps étranger laryngé post-opératoire. A la nasofibroscopie post-cordopexie,

la corde vocale gauche n'était plus visible, la corde vocale droite était en position paramédiane avec une ouverture normale de la glotte lors de la respiration. On notait un œdème laryngé qui a nécessité un traitement médical à base de corticoïde (méthylprednisolone 120 mg par jour par voie parentérale pendant 7 jours). Après régression de l'œdème laryngé, la décanulation a été effective à j12 après la cordopexie. La voix et la respiration étaient normales après fermeture spontanée de l'ouverture cutanée de la trachéotomie. On ne note pas de troubles respiratoires, phonatoires, ni de la déglutition après un recul de 24 mois.

DISCUSSION

La paralysie récurrentielle est survenue chez la patiente au cours d'une thyroïdectomie totale. La découverte de lésion maligne à la cytoponction justifie le curage médiastino-récurrentiel associé à la thyroïdectomie totale. En l'absence d'examen extemporané, le type de chirurgie pratiquée a été choisi sur la base de la cytoponction. L'atteinte du nerf récurrent est survenue pendant le curage, l'équipe ne disposant pas de neurostimulateur.

Les techniques de prise en charge des paralysies récurrentielles sont nombreuses et dépendent du plateau technique. La prise en charge est toujours orthophonique ou chirurgicale encadrée par l'orthophonie sauf urgence respiratoire [4]. Dans les pays développés, la corpectomie au laser (voie endoscopique) qui entraîne moins d'œdème laryngé et la ré-innervation par voie externe sont les techniques les plus utilisées [5]. Cette voie externe offre aussi d'autres alternatives comme la corpectomie, l'aryténoïdectomie et la cordopexie. Notons que la cordopexie contrairement aux autres techniques évoquées, est l'un des procédés les plus préservateurs et moins traumatique alors que l'aryténoïdectomie entraîne des troubles de la déglutition [6]. La corpectomie est souvent source d'œdème laryngé important en post-opératoire. Ces quelques raisons en plus du plateau technique de notre service où la chirurgie

par voie endoscopique n'est pas possible, nous ont amené à opter pour une cordopexie gauche. Y a-t-il eu d'autres études sur la cordopexie dans les mêmes indications pour les comparer à la vôtre ? Nous n'avons pas retrouvé d'étude traitant seulement de la cordopexie. Certains auteurs préconisent d'associer l'aryténoïdectomie à la cordopexie dans les paralysies récurrentielles bilatérales en adduction et de n'envisager la corpectomie qu'en cas d'échec de celles-ci [7]. Quelle que soit la technique, le but est le même : assurer une ouverture de la glotte afin de normaliser la respiration. Au Sénégal, une étude comparant les paralysies récurrentielles bilatérales en adduction traitées par la chirurgie par voie externe (aryténoïdopexie) à celles traitées par voie endoscopique au laser dans les pays développés a été réalisée. Elle a conclu à des résultats quasi identiques [8]. Dans les pays développés, malgré le niveau du plateau technique, le traitement des paralysies récurrentielles reste controversé. La ré-innervation associée à l'injection intracordale était le choix le plus évoqué concernant la prise en charge des immobilités des cordes vocales [9]. Selon Schultz et al. [10], l'aryténoïdopexie par voie externe associée à une injection de toxine botulique donne de meilleurs résultats dans la prise en charge des paralysies laryngées bilatérales chez le nouveau-né. Quelle que soit la technique opératoire d'une paralysie récurrentielle, il est important d'associer un traitement médicamenteux à base d'anti-inflammatoire (corticothérapie) pour diminuer l'œdème post-opératoire. Le délai de décanulation de notre patiente était de 12 jours. Ce délai de décanulation était inférieur à celui de Djafarou et al. [8] au Sénégal dont la durée moyenne était de 30 jours. Avez-vous une explication sur le fait que ce délai de décanulation soit si variable ? Pensez-vous que cela relèverait uniquement du temps de résorption de l'œdème laryngé ? Nous pensons que cela relève uniquement de la resorption de l'œdème. MAIS AUSSI NOTRE DELAI PLUS COURT QUE CELUI DE DJAFAROU AU SENEGAL PEUT S'EXPLIQUER PAR LE FAIT

QUE DANS NOTRE CAS C'EST SEULEMENT LA CORDOPEXIE (MOINS POURVOYEUSE D'OEDEME CAR MOINS INVASIVE) QUI A ETE REALISEE. PAR CONTRE DANS L'ETUDE DE DJAFAROU LA CORDOPEXIE AUAND ELLE ETAIT REALISEE, ETAIT ASSOSIEE A D'AUTRES GESTES SUR ARYTENOIDE. Cette décanulation ne doit être envisagée qu'après régression complète de l'œdème laryngé. L'évolution a été satisfaisante chez notre patiente qui ne présente ni de dysphonie, de dyspnée ni de dysphagie jusqu'à 24 mois après la cordopexie. Il s'agit d'une technique simple qui n'exige pas de matériel spécifique. Nous la recommandons devant une paralysie laryngée dans les centres où la chirurgie au laser par voie endoscopique n'est pas réalisable.

CONCLUSION

L'apport du laser au traitement des paralysies laryngées par voie endoscopique a permis à celle-ci de prendre le pas sur la voie externe. Cependant, cette voie externe reste d'actualité dans nos pays où le plateau technique fait défaut. Le résultat satisfaisant du cas que nous rapportons nous emmène à conseiller la cordopexie par voie externe qui ne nécessite pas de matériel spécifique.

REFERENCES

- 1.Laccoureye O. Paralysies laryngées unilatérales. In : Bonfils P, Laccoureye O, Couloigner V. Le livre de l'interne orl. Paris : Editions Médecine Sciences ; 2011. p 411-21,
- 2.Laccoureye O, Délas B, Bonfils P, Malinvaud D. Paralysies laryngées unilatérales isolées de l'adulte : étude d'une cohorte de 591 patients pris en charge en centre hospitalo-universitaire. Bull. Acad. Natle Méd. 2010;194:805-18.
- 3.Laccoureye O, El Sharkawy L, Hans S. Paralysie laryngée unilatérale après chirurgie de la glande thyroïde. La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2005;299:12-6.
- 4.Lazard D. dysphonies postopératoires après chirurgie thyroïdienne : le cas particulier du nerf laryngé supérieur. Le journal orl décembre 2016-janvier 2017;29:17-20.
- 5.Lagier A, Marie J-P. Chirurgie des paralysies laryngées. EMC - Techniques chirurgicales - Tête et cou 2014;9(1):1-21 [Article 46-380].
- 6.Paralysies récurrentielles de l'adulte. SFORL – LOB Conseil – Recommandations pour la pratique clinique 2002. Disponible sur https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/RPC3_PR_court.pdf (09/02/2019).
- 7.Calvo BE, Santa Cruz RS, Sancipriano JA, Suarez OS, Garcia GC, Munoz HA. Recurrent bilateral paralysis: our 15 year experience. Acta Otorrinolaringol Esp 1997;48 (1): 41-4.
- 8.Djafarou AB, Ndiaye C, Ndiaye M, Diom ES, Ahmed H, Thiam NF, et al. Paralysie récurrentielle bilatérale: l'aryténoïdopexie est-elle toujours compétitive ? Médecine D'Afrique Noire 2017;4:443-8.
- 9.Bouhabel S, Hartnick CJ. Current trends in practices in the treatment of pediatric unilateral vocal fold immobility: A survey on injections, thyroplasty and nerve reinnervation. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018; 109:115-8.
10. Schultza P, Charpiota A, Edrissib M, Fauveta F, Donatoc L, Debrya C. Paralysies bilatérales des cordes vocales chez le nouveau-né. Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico - faciale 2007;124:103-9.



Figure 1: aspect per-opératoire : deux fils tracteurs sur les ailes du cartilage thyroïde, corde

vocale droite visible (flèche noire), corde vocale gauche non visible car fixée à la face postérieure de l'aile gauche du cartilage thyroïde

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**



OCCLUSION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO A PROPOS D'UN CAS.

CENTRAL RETINAL ARTERY OCCULSION AT YALGADO OUEDRAOGO TEACHING HOSPITAL A CASE REPORT.

MEDA TA¹, DJIGUIMDE WP², SANOU J³, LALLOGO SSB⁴, MEDA-HIEN G.³, SANKARA P⁵, DOLO M⁶, AHNOUX-ZABSONRE A¹, MEDA N¹

1-Unité d'ophtalmologie, CMA de Nouna, Burkina Faso

2-Service d'ophtalmologie et d'exploration fonctionnelle, CHU Bogodogo, Burkina Faso

3-Service d'ophtalmologie, CHU YalgadoOuédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

4-Service d'ophtalmologie, CHR de Dédougou, Burkina Faso

5-Centre National de Lutte contre la Cécité, Ouagadougou, Burkina Faso

6-Service d'Ophtalmologie, CHU SourôSanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Correspondance : MEDA Tierinyê Armand, meda_armand@yahoo.fr

Central retinal artery occlusion at YalgadoOuédraogo teaching hospital: a case report.

RESUME

Introduction : L'occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) est une urgence ophtalmologique, rare.

But : décrire les aspects cliniques et évolutifs de l'OACR chez un patient reçu dans le service d'ophtalmologie du CHU-Yalgado Ouédraogo.

Observations : il s'agit d'un homme de 49 ans, sans antécédents particuliers, référé dans le service d'ophtalmologie du CHUYO pour baisse d'acuité visuelle (BAV) brutale à l'œil gauche (OG), précédée de céphalées et vertiges. L'examen retrouvait, à l'œil droit (OD) une BAV, des exsudats secs au fond d'œil (FO), et à OG une acuité visuelle limitée à la perception lumineuse, une semi-mydriase réactive, une pression intra oculaire (PIO) à 07 mm Hg, un œdème rétinien blanchâtre subtotal épargnant une zone para papillaire en temporal et une hémorragie para papillaire. L'examen général retrouvait une hypertension artérielle sévère. Le bilan cardio-vasculaire clinique et paraclinique n'a objectivé qu'une hypertrophie ventriculaire gauche, des troubles secondaires de la repolarisation et un bloc de branche droit incomplet. L'évolution a été marquée au 3e mois par une normalisation de la tension artérielle sous traitement et un regain d'acuité visuelle à OG à 2/10.

Conclusion : l'OACR est une urgence engageant le pronostic fonctionnel, et vital de par son étiologie. L'hypertension artérielle en est une cause.

Mots clés : baisse brutale d'acuité visuelle, urgence, hypertension artérielle, cécité.

ABSTRACT

Introduction : Central retinal artery occlusion (CRAO) is rare ophthalmic emergency.

Aim : Describe clinical aspect and disease evolution of a patient received for CRAO in the ophthalmology department of -YalgadoOuédraogo Teaching Hospital (CHU YO).

Case report : This is a 49-year-old man, with no particular history, referred to the CHUYO ophthalmology department for a sudden decrease vision in the left eye, preceded by headaches and dizziness. The examination found, in the right eye a decreased vision, dry exudates on the fundus. In the left eye we found a decreased vision limited to light perception, reactive semi-mydriasis, an intra ocular pressure at 07 mm Hg, subtotal whitish retinal edema sparing a parapapillary area temporally, and parapapillary hemorrhage. General examination revealed a severe high blood pressure. Cardiovascular assessment (clinical and paraclinical) only objectified left ventricular hypertrophy, secondary repolarization disorders and incomplete right bundle branch block. Clinical evolution was marked at 3 months of follow-up by a normalization of blood pressure under treatment and an increased vision at the left eye to 2/10

Conclusion : CRAO is an emergency involving functional prognosis but also vital prognosis due to its etiology. High blood pressure is an etiology.

Keywords : sudden decrease vision, emergency, high blood pressure, blindness.

INTRODUCTION

L'occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR), interruption brutale du débit sanguin dans l'artère centrale de la rétine, est relativement rare. Son incidence estimée varie de 1 à 10/100000 [1, 2,]. Sa première description a été faite en 1859 par Von Graefe [3]. Équivalent oculaire d'un accident vasculaire cérébral (AVC) [2], l'OACR constitue une urgence ophtalmologique, et parfois vitale [4], aboutissant à des dégâts cellulaires irréversibles. Quoique sa présentation clinique ait très peu changé depuis sa première description, nous n'avons trouvé que peu de publications en Afrique et plus particulièrement au Burkina Faso en Afrique subsaharienne.

Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté une OACR dans le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO) à Ouagadougou au Burkina Faso, l'intérêt étant d'en rappeler l'extrême dont la cause peut mettre en jeu le pronostic vital. Nous discuterons par ailleurs des données épidémiologiques cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives. Observation:

Il s'agit de KI, âgé de 49 ans, sexe masculin, commerçant ambulant, résidant à Ouagadougou, sans antécédent particuliers avec cependant une notion de baisse d'acuité visuelle (BAV) progressive à l'œil droit (OD) depuis 6 mois. Référé d'un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de Ouagadougou 14/12/15 pour BAV brutale à l'œil gauche (OG) précédée de céphalées vertiges, survenue le 13/12/15 aux environs de 15h, le patient est reçu dans le service d'ophtalmologie du CHU YO le 15/12/15 à 11h. L'examen retrouvait à l'œil droit, une acuité visuelle de 3/10 inaméliorable au trou sténopéique, des annexes saines, un segment antérieur normal, une pression intraoculaire (PIO) à 14 mm Hg au tonomètre de Goldmann. L'examen du fond d'œil retrouvait une papille normale avec un rapport cup/disc (c/d) à 0,3, , une couronne d'exsudats secs maculaires et des anomalies du croisement artério-veineux (fig. 1).

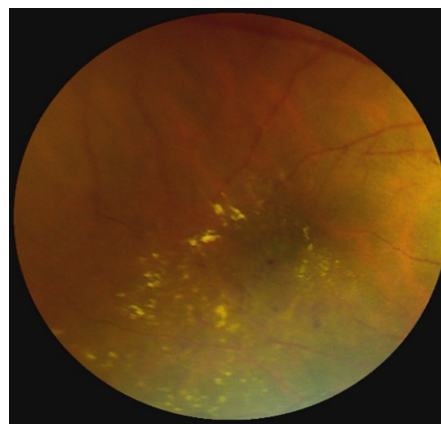


Figure 1 : placard d'exsudats secs maculaire à l'œil droit

L'examen de l'œil gauche retrouvait une AVL réduite à laperception lumineuse, des annexes saines, une semi-mydriase réactive à la lumière, une PIO à 07 mm Hg au tonomètre de Goldman. L'examen du fond d'œil retrouvait un œdème rétinien blanchâtre subtotal épargnant une zone para papillaire d'environ une surface papillaire en temporal inférieur avec une macula de couleur « rouge cerise », et une hémorragie papillaire (fig. 2).



Figure 2 : Occlusion de l'artère centrale de la rétine à l'œil gauche avec épargne cilio-rétinienne

Par ailleurs l'examen général notait un assez bon état général, une conscience claire (Glasgow coma scale 15/15) et une hypertension artérielle sévère (grade 3 selon l'OMS) avec une tension artérielle à 200/120 mm Hg au bras droit et 185/120 mm Hg au bras gauche. Le patient est transféré aux urgences médicales du CHU YO où il a bénéficié d'une mise en observation de 24

heures et d'un traitement par nicardipine (20mg) dans 250 ml de sérum glucosé isotonique pendant 4 heures par voie intraveineuse. Un exéat lui est donné après stabilisation de sa tension artérielle à 170/90mmHg, et un relais per os d'Amlodipine, de Furosémide, et de chlorure de potassium.

Le bilan cardio-vasculaire clinique et paraclinique (ECG, écho cœur et écho doppler des vaisseaux du cou) n'a objectivé qu'une hypertrophie ventriculaire gauche, des troubles secondaires de la repolarisation et un bloc de branche droit incomplet.

Le bilan biologique (Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, glycémie à jeun, créatininémie, uricémie et bilan lipidique) était dans les limites de la normale.

L'évolution a été marquée par une normalisation de la TA et un début de reperméabilisation de l'ACR gauche dès la première semaine. L'acuité visuelle de l'œil gauche était de 2/10 au 3e mois.

DISCUSSION

Sur le plan épidémiologique, l'OACR est relativement rare (1/10000), quoique la plus fréquente des occlusions artérielles rétinien (57%), et touche de préférence le sujet masculin de plus de 60 ans avec un sex ratio de 2/1 [1]. Si dans notre cas le patient était âgé de 49 ans, Vonor trouvait un âge moyen de 52 ans $\pm$ 9,9 à Lomé [5]

Sur le plan clinique L'OACR se caractérise le plus souvent par la survenue brutale, en quelques secondes à quelques minutes, d'une baisse d'acuité visuelle profonde, indolore, liée à l'anoxie aiguë de la rétine interne. L'acuité visuelle est habituellement réduite à une perception lumineuse mal définie du fait d'un petit territoire rétinien irrigué par une artère cilio-rétinienne autour du nerf optique [6]. Une ou plusieurs artères cilio-rétiniennes sont présentes dans 6 à 32 % de la population [7]. Extérieurement, l'œil est blanc et calme en semi-mydriase peu ou aréactive, avec conservation du réflexe consensuel. Le segment antérieur et le tonus oculaire sont normaux [6]. L'examen du fond

d'œil retrouve des signes d'ischémie rétinienne, une interruption de la vascularisation rétinienne (artères rétinien grèles avec un courant granuleux et ralenti) [6]. Notre patient a présenté un tableau de BAV brutale unilatérale à l'œil gauche associée à une hypotonie oculaire, un œdème ischémique rétinien subtotal épargnant un îlot de rétine inter papillo-maculaire, une macula « rouge cerise ».

Selon Hayreh et Zimmerman, la tache rouge cerise et le blanchiment du pôle postérieur sont les 2 signes les plus fréquemment retrouvés avec respectivement 90% et 58% des cas, suivi de la pâleur papillaire, du rétrécissement artériolaire et de l'œdème papillaire respectivement dans 39%, 32% et 22% des cas [1].

Sur le plan diagnostic, quelques diagnostics différentiels sont à considérer. Il s'agit de l'occlusion de l'artère ophtalmique, le syndrome d'ischémie oculaire, et l'occlusion de la veine centrale de la rétine.

La présence d'une hypotonie oculaire et l'aspect plus ou moins sombre de la macula plutôt que « rouge cerise » justifiait l'évocation d'une occlusion de l'artère ophtalmique ou un syndrome d'ischémie antérieur comme hypothèse diagnostique d'autant plus que 5% des patients présentant une OACR sont en fait atteints d'une occlusion de l'artère ophtalmique [1]. Toutefois les étiologies et la conduite à tenir devant ces diagnostics sont les mêmes que pour l'occlusion isolée de l'artère centrale de la rétine [6].

Le syndrome d'ischémie oculaire résulte d'une hypoperfusion chronique et lentement progressive du globe oculaire liée à une insuffisance carotidienne sévère. Il est caractérisé généralement par une BAV progressive, une atteinte du segment antérieur (uvéite rubéose irienne, glaucome néo vasculaire) et la présence d'une douleur oculaire ou orbitaire (40%) [7]. Vu l'absence de douleur, d'atteinte du segment antérieur et le caractère brutal de la BAV, le syndrome d'ischémie oculaire restait peu probable.

L'occlusion de l'artère ophtalmique implique des répercussions à la fois rétinien et ciliaires,

si bien qu'en plus des signes observés en cas d'OACR, peuvent s'y associer une absence totale de perception lumineuse, une absence de conservation du réflexe consensuel en raison de l'ischémie irienne, une hypotonie oculaire une absence de la tache rouge cerise liée à l'absence de perfusion choroïdienne et une altération de l'épithélium pigmentaire rétinien [1,6]. Cependant du fait de la présence d'une perfusion d'une probable artère cilio-rétinienne (îlot de rétine inter papillo- maculaire perfusé) l'occlusion de l'artère ophtalmique restait peu certain.

Même si dans la majorité des cas, aucun examen complémentaire n'est indispensable au diagnostic d'occlusion artérielle [6], une angiographie à la fluorescéine (AGF) concluante aurait permis d'éliminer formellement ces diagnostics en objectivant un remplissage choroïdien normal. En effet, l'anomalie du remplissage choroïdien étant plus spécifique dans le syndrome ischémique oculaire [8], le remplissage choroïdien et papillaire est très limité avec un blocage du remplissage rétinien dans l'occlusion de l'artère ophtalmique [1]. Un diagnostic différentiel non moins important pourrait être une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) d'autant plus que l'HTA en est un des principaux facteurs de risque [7 ; 9], et qu'une hémorragie pré papillaire était observée chez notre patient. De plus il présentait une hypotonie oculaire, ce qui concordait avec le fait qu'il soit courant de constater que la tension oculaire d'un œil atteint d'OVCR est plus basse (typiquement de 1 à 5 mm Hg) que celle de l'œil adelphe [9]. En effet selon Paque une OVCR ayant un bas débit aigu peut être confondue avec une occlusion de l'artère centrale de la rétine ou une occlusion isolée de l'artère cilio-rétinienne, les hémorragies rétinienne caractéristiques des occlusions veineuses rétinienne ne devenant évidentes que secondairement. Cependant, certaines occlusions de l'artère centrale de la rétine peuvent présenter quelques stries hémorragiques dans la zone péri-papillaire, voire une discrète dilatation veineuse. D'où l'intérêt de la recherche d'hémorragies périphériques

orientant vers l'OVCR et la réalisation d'une angiographie dynamique surtout lorsqu'elle met en évidence un flux veineux franchement pulsatile [9]. Vu l'absence de dilatation veineuse généralisée et des hémorragies rétinienne à disposition péri-veineuse allant jusqu'à la périphérie dans les quatre quadrants, associée à l'existence d'une pathologie vasculaire controlatérale, ce diagnostic reste également peu probable [9].

Sur le plan étiologique, les causes d'OACR sont nombreuses, associant les embolies (graisseuse, tumorale exogène, cholestérol, fibrinoplaquettaire, calcaire, provenant de plaque d'athérome ulcérée), les thromboses (radique, coagulopathies, artérite dont la maladie de Horton), la dissection carotidienne, des causes locales oculaires (toxoplasmose...) ou orbitaires (trauma, cellulite injection rétrobulbaire...) [4]. De nombreuses pathologies systémiques ont également été associées à l'OACR dont l'hypertension artérielle (HTA) dans 2/3 des cas [1]. Dans notre cas le facteur étiologique retrouvé a été l'hypertension artérielle. Cette hypertension artérielle était en l'occurrence sévère, jusqu'à ignorée, avec un œdème maculaire à l'œil controlatéral (œil droit). Leavitt et al, retrouvaient l'HTA dans 88% des cas tandis que pour Vonor à Lomé au Togo elle était retrouvée dans 50% des cas. Les patients présentant une OACR sont souvent porteurs d'un facteur de risque cardio-vasculaire non encore diagnostiqué dont les principaux étant l'HTA et le Diabète [2] ; l'intérêt d'un bilan cardio-vasculaire aussi complet que possible est donc un impératif.

Sur le plan thérapeutique, Il n'y a pas de traitement curatif ayant prouvé son efficacité au cours des OACR [3, 6]. Les résultats de la fibrinolyse, quoi qu'encourageant pour certains auteurs [7], sont controversés [1,6] à moins d'être instauré dans les 6 heures suivant l'apparition des symptômes [2]. L'oxygénothérapie hyperbare est une option thérapeutique qui permet d'améliorer le pronostic si elle est instaurée dans les 24 premières heures suivant le début des symptômes de l'OACR [10]. Des ponctions de chambre antérieures ou un massage du globe oculaire dans le but de faire

chuter la tension oculaire et de faire progresser les embolies dans le réseau artériel ont été proposés, sans preuve de leur efficacité [6]. Bien que l'OACR constitue une des vraies urgences médicales en ophtalmologie, dans notre cas le patient a été reçu 44 heures après le début de la symptomatologie, au-delà du délai recommandé pour certains traitements prometteurs (oxygénothérapie hyperbare, fibrinolyse). Selon Hayreh, les altérations cellulaires irréversibles sont présentes 90 minutes (1,5 heure) après une occlusion expérimentale chez le singe [7]. Le traitement préventif se limite le plus souvent à des antiagrégants plaquettaires, et à celui d'une cause déclenchante si elle est retrouvée (par exemple, cure chirurgicale d'une sténose carotidienne) [6].

Sur le plan évolutif, le pronostic visuel suite à une OACR est très souvent réservé, la récupération visuelle se limitant à une perception lumineuse ou au mieux au décompte des doigts [1, 6, 7] bien que quelques cas de gains visuels aient été rapportés surtout en présence d'une artère cilio-rétinienne [7]. Selon Cugati et al., les rapports récents faisaient état de 1-10% d'amélioration de l'acuité visuelle chez les patients présentant une OACR non artéritique [2]. Le pronostic visuel des OACR est essentiellement lié à l'acuité visuelle lors du premier examen plus qu'à l'aspect du fond d'œil ; les patients ayant une absence totale de perception lumineuse auront une vision finale moins bonne que les patients ayant la vision des mouvements de la main, témoignant d'une perfusion résiduelle et/ou de la présence d'une artère cilio-rétinienne [3 ; 6]. En effet, en dehors de l'OACR non artéritique transitoire (amaurose transitoire), le pronostic visuel serait meilleur en cas d'OACR non artéritique avec épargne cilio-rétinienne (67%) [3]. La précision de la forme anatomoclinique d'OACR permettrait donc une meilleure appréciation du pronostic visuel. L'œdème ischémique régresse après quelques semaines, associé à un rétrécissement généralisé des artérioles, une atrophie optique par destruction ischémique des fibres nerveuses. La survenue de néo vascularisation rétinienne ou irienne

reste possible dans 18 à 20% [1]. Dans notre cas le patient a présenté une reperméabilisation artérielle le premier mois d'évolution, avec une récupération de l'AVL à 2/10 à 3 mois.

CONCLUSION :

L'OACR est une urgence ophtalmologique et parfois « vitale » à suspecter devant un œil blanc avec baisse d'acuité visuelle brutale surtout chez un patient hypertendu. Le pronostic fonctionnel reste réservé d'où l'intérêt d'une recherche étiologique pour préserver l'œil controlatéral et surtout le pronostic vital du patient.

REFERENCES

1. Pournaras J.-A. C, Pournaras C. J. Occlusion artérielle oculaire. Dans : Pournaras C. J, eds. Pathologies vasculaires oculaires. Issy-les-Moulineaux : Société Française d'Ophtalmologie-Masson, 2008: 529-545.
2. Cugati S, Vana D. D, Chen C. S and al.; Treatment Options for Central Retina Artery Occlusion. Current Treatment in Neurology 2013;15: 63-77
3. Hayreh S. S.; Ocular Vascular occlusive disorders: Natural History of visual outcome. Prog Retin Eye Res. 2014;0: 1-25
4. De Nicola R., Pâques M., Heron E. Occlusion de l'artère centrale de la rétine. Dans : Tuil E., De Nicola R., Mann F. et col. Eds. Ophtalmologie en urgence. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson 2014 :31-36
5. Vonor K., Santos M., Amédomé K. M. et col. Les occlusions vasculaires rétinienne à Lomé. JFO, 38, (8) : e167-e168
6. Pâques M. Occlusions artérielles rétinienne. Sang Thrombose Vaisseau 2006 ; 18, 1 : 43-46
7. Chaine G., Imbs J. L. Pathologie de l'appareil cardio-circulatoire. Dans : Flament J., Storck D., eds. Œil et pathologie générale. Paris : Société Française d'Ophtalmologie – Masson, 1997 :283-317.
8. Mendrinos E., De Haller R., Pournaras C. J., Syndrome d'ischémie oculaire. Dans : Pournaras C. J, eds. Pathologies vasculaires oculaires.

Paris : Société Française d'Ophtalmologie-Masson, 2008 : 515 - 527

9. Pâques M. Occlusion veineuse rétinienne ; EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Ophtalmologie, 21-240-E-15, 2007 : 1 - 24

10. Riza A., Celebi C. Hyperbaric Oxygen Therapy for Central Retinal Artery Occlusion: Patient Selection and Perspectives. Clinical Ophthalmology 2021;15: 3443-3457

Flèche noire : Artère centrale de la rétine

Flèches bleues : Artère cilio-rétinienne



RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**

The graphic features a blue background with a faint globe. In the bottom right corner, there is a cluster of white hexagons containing various medical icons: a DNA helix, a shield with a cross, a pill, a water drop, a heart with an ECG line, and a stethoscope.

PTOSIS REVELANT UNE URGENCE VASCULAIRE AU BURKINA FASO : A PROPOS DE TROIS CAS

VASCULAR EMERGENCIES REVEALED BY PTOSIS: A REPORT OF THREE CASES IN BURKINA FASO

Gertrude A. HIEN/MEDA¹, B. Ulrich HABOU¹, Jonas J. Y. BADO¹, Jérôme SANOU¹, Zakaria SAWADOGO¹, Pathé SANKARA⁵, Pierre DJIGUIMDE³, Hamadou KABORE⁸, Mariam DOLO², Emanuel BAMOGO¹, Lydia NANA¹, Janice SIMO¹, Léon S. ZONGO¹, Adama SIDIBE¹, Léa OUBDA¹, Amadou OUATTARA⁴, Sylvain D. ZABSONRE⁶, YAMEOGO valentin⁷, Jean W.DIALLO², Ahgbatouhabéba AHNOUX/ZABSONRE¹.

1-Service d'Ophtalmologie CHU YalgadoOuédraogo- Ouagadougou- Burkina Faso.

2-Service d'Ophtalmologie CHU Souro Sanou- Bobo-Dioulasso- Burkina Faso

3- Service d'Ophtalmologie CHU Bogodogo- Ouagadougou- Burkina Faso

4- Service d'Ophtalmologie CHU de Ouahigouya- Ouagadougou- Burkina Faso

5- Centre National de Lute Contre la Cécité- Ouagadougou- Burkina Faso

6-Service de Neurochirurgie CHU YalgadoOuédraogo- Ouagadougou- Burkina Faso.

7-Service de Cardiologie CHU Yalgado Ouédraogo- Ouagadougou- Burkina Faso.

8-Service de Radiologie de l'hôpital Saint Camille- Ouagadougou HOSCO Burkina Faso.

Auteur Gertrude Augustine HIEN/MEDA1 Maitre-assistante en Ophtalmologie, 13 BP 108 Ouaga 13,

Tel: +226 70266710, email: medagertrude.2017@gmail.com

RESUME

OBJECTIF : Rapporter trois cas de ptosis de survenue brutale révélant des urgences vasculaires.

OBSERVATIONS

Le ptosis non traumatique de survenue brutale peut révéler des étiologies graves pouvant engager le pronostic vital. Nous rapportons trois cas de ptosis non traumatique chez trois patients âgés respectivement de 42 ans, 54 ans et 66 ans. Ils ont été admis au CHU-YO pour un ptosis unilatéral douloureux avec des céphalées hémicrâniennes, homolatérales associés à une baisse d'acuité visuelle (BAV) de survenue brutale.

L'examen ophtalmologique avait retrouvé chez la première, un ptosis providentiel de l'œil gauche avec une BAV de loin, une ophtalmoplégie à type de paralysie du nerf oculomoteur (III). L'angio-IRM avait révélé un anévrisme thrombosé de l'artère communicante postérieure gauche.

L'évolution sous traitement était favorable.

La seconde patiente présentait une BAV de loin, un ptosis de l'œil droit avec une ophtalmoplégie partielle du III, une hémiparésie du membre supérieur controlatéral au ptosis. L'imagerie cérébrale avait révélé des lésions typiques d'un accident vasculaire ischémique du tronc cérébral faisant retenir le diagnostic d'un syndrome de Weber.

Le dernier cas est un patient, reçue pour un ptosis unilatéral associé à des céphalées et une BAV brutale de l'œil gauche chez qui le bilan clinico-biologique et radiologique a permis de retenir le diagnostic d'une mono neuropathie ischémique du III sur terrain diabétique.

CONCLUSION

Le ptosis peut révéler des urgences vasculaires pouvant engager le pronostic vital.

Une prise en charge rapide, adéquate et multidisciplinaire s'impose dans ces cas.

MOTS CLÉS : urgence, ptosis, anévrisme, accident vasculaire ischémique, neuropathie,

ABSTRACT

OBJECTIVE : To report three cases of sudden onset ptosis revealing vascular emergencies

OBSERVATIONS

Non-traumatic ptosis of sudden onset can reveal severe, life-threatening etiologies. We report three cases of non-traumatic ptosis in three patients aged 42, 54 and 66 years respectively. They were admitted to Yalgado Ouedraogo teaching hospital for painful unilateral ptosis with homolateral hemi-cranial headaches associated with a sudden decrease in visual acuity.

The ophthalmological examination found providential ptosis of the left eye with decreased distance visual acuity and ophthalmoplegia resulting from oculomotor nerve paralysis (III) in the first patient. Magnetic Resonance Angiography revealed a thrombosed aneurysm of the left posterior communicating artery.

The evolution under treatment was favourable.

The second patient presented with a decreased distant visual acuity, ptosis of the right eye with partial ophthalmoplegia of cranial nerve III and hemiparesis of the upper limb contralateral to the ptosis.

Cerebral imaging revealed lesions typical of an ischemic stroke of the brain stem, leading to the diagnosis of Weber's syndrome.

The last case is a patient, received for a unilateral ptosis associated with headaches and a sudden decrease of visual acuity of the left eye. The clinical, biological and radiological investigation of the patient revealed the diagnosis of a cranial nerve III ischemic mononeuropathy in a diabetic context. .

CONCLUSION

Ptosis can reveal life threatening vascular emergencies. Rapid, appropriate and multidisciplinary management is required in these cases.

KEY WORDS : demergency, ptosis, aneurysm, ischemic stroke, neuropathy

INTRODUCTION

Le ptosis est une chute de la paupière supérieure par faiblesse des muscles élévateurs [1]. Il peut être à l'origine d'une gêne fonctionnelle et/ou esthétique importante. Il révèle des atteintes diverses, allant de la paupière au système nerveux central, qui peuvent nécessiter une prise en charge urgente [1, 2].

Nous rapportons trois cas d'urgences vasculaires neuro-ophtalmologiques révélées par un ptosis.

OBSERVATION 01

Il s'agissait d'une patiente de 42 ans, avec un antécédent récent de dengue à antigène NS1 positif, reçue pour ptose palpébrale associée à des céphalées hémicrâniennes et une baisse de l'acuité visuelle (BAV) unilatérale brutale de l'œil gauche (OG), sans déficit hémicorporel.

L'examen ophtalmologique montrait à l'œil gauche : une acuité visuelle de loin à 3/10 non améliorée, et de près à Parinaud 2 (P2). Un ptosis providentiel. Une ophtalmoplégie partielle avec impossibilité de l'élévation, de l'abaissement et de l'adduction.

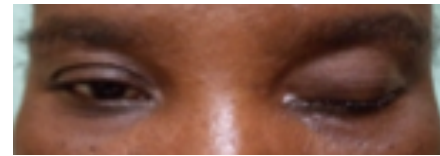


Figure 1 : Ptosis de l'œil gauche

Le test à la néosynéphrine et au glaçon était négatif. Le réflexe mandibulo-palpébral était absent. L'examen du segment antérieur a retrouvé une semi-mydriase aréflexique, une pression intraoculaire normale à 14 mmHg, une cornée épaisse avec pachymétrie à 572 um. Le fond d'œil était normal.

L'examen de l'œil adelphe était sans particularité. L'angio-IRM révélait un anévrysme thrombosé de l'artère communicante postérieure (ACqP)

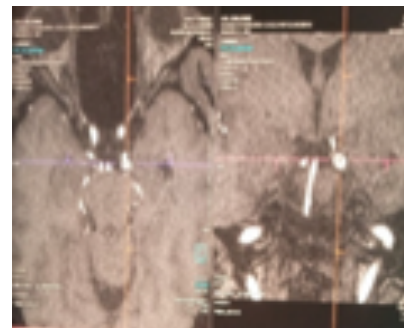


Figure 2: coupe axiale angio-IRM

Le bilan biologique était sans particularité. Une prise en charge multidisciplinaire a indiqué un traitement anti-agrégant plaquettaire, antalgique, anxiolytique et un repos strict pendant la période du traitement.

L'évolution a été marquée au bout d'un mois (1) par l'amélioration de l'acuité visuelle de l'œil gauche de 03/10 à 5/10, la rémission de la ptose palpébrale et la restauration de l'oculomotricité.

OBSERVATION 02

Il s'agissait d'une patiente de 54 ans avec antécédents d'amaurose transitoire à deux reprises, deux mois auparavant. Elle est reçue pour ptose palpébrale, douleur oculaire associée à des céphalées hémicrâniennes droites et une

BAV unilatérale brutale de l'œil droit (OD). L'examen ophtalmologique montrait à l'OD : une meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) à 08/10, et de près à P2 ; une ptose palpébrale supérieure droite, une ophtalmoplégie partielle avec impossibilité isolée de l'adduction, une semi-mydriase avec un réflexe photomoteur présent, une pression intraoculaire normale à 12 mmHg, une cornée fine avec une pachymétrie à 566 um, un fond d'œil normal. Le reste de l'examen était sans particularité.

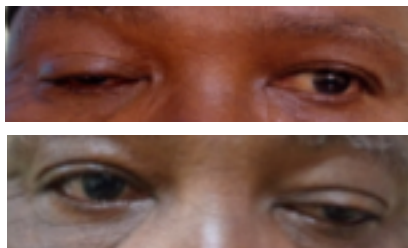
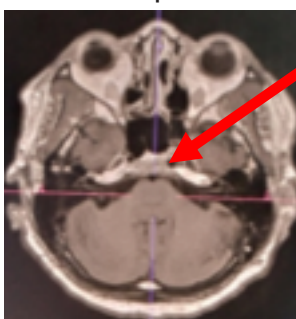


Figure 3: Ptosis à bascule de l'œil droit et gauche

L'examen neurologique retrouvait une hémiparésie du membre supérieur gauche. L'Angio-IRM a révélé un accident vasculaire cérébral ischémique du tronc cérébral



Foyer de prise de contraste centimétrique Aspect hétérogène du tronc cérébral

Le diagnostic d'un AVCI du tronc cérébral réalisant un syndrome de Weber (alterne) a été retenu.

Une écho-doppler trans-thoracique et des tronc supra-aortiques (TSA) révélaient des troubles de relaxation du ventricule gauche et une surcharge athéromateuse des TSA.

Le bilan biologique était normal (NFS, CRP, VS glycémie à jeun, SRV).

La patiente a bénéficié d'un traitement anti-agrégant plaquettaire, antalgique, anxiolytique, hypocholestérolémiant et antihypertenseur.

L'évolution à deux (02) semaines a été marquée par une régression du ptosis, une amélioration de l'AVL qui est passée à 10/10 et une restauration de l'adduction.

La patiente revient 01 mois après avec un ptosis controlatéral associé à une ophtalmoplégie partielle, survenus dans un contexte d'interruption du traitement, donnant ainsi un tableau de ptosis à bascule (Figure 03).

OBSERVATION 03

Il s'agissait d'un patient de 66 ans, de sexe masculin, sans antécédent pathologique connu, reçu pour un ptosis palpébral associé à des céphalées et une baisse de l'acuité visuelle brutale de l'OG évoluant depuis 24 heures. L'examen ophtalmologique montrait à l'œil gauche : une MAVC de 7/10 et P2. Une ptose palpébrale supérieure (Figure 5) avec une exotropie.

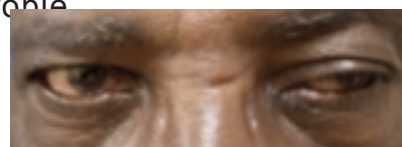


Figure 5: Ptosis palpébral supérieur de l'oeil gauche

Une ophtalmoplégie partielle avec impossibilité de l'élévation, l'abaissement, et de l'adduction, une PIO à 14 mmHg, une cornée fine avec une pachymétrie à 572 um. Le reste de l'examen ophtalmologique était normal. L'examen de l'œil adelphe était sans particularité. Le bilan biologique retrouvait une hyperglycémie à 12,23mmol/L, une CRP et une VS normales. L'angio-IRM cérébral, retrouvait une microangiopathie avec une lacune au niveau du noyau lenticulaire gauche.

Cette atteinte partielle du III extrinsèque avec respect du contingent intrinsèque (absence de mydriase) associée à une hyperglycémie de découverte fortuite nous font retenir le diagnostic d'une mono neuropathie diabétique du III de découverte fortuite.

Le patient a été mis sous traitement

antidiabétique, anti-agrégant plaquettaire, hypocholestérolémiant, antalgique et anxiolytique.

DISCUSION

Parmi les ptosis, on distingue l'origine neurogène, myogène ou aponévrotique [1, 2]. Nous avons colligés dans notre série, trois cas de ptosis neurogènes; dont deux centraux et un périphérique de survenue brutale.

Selon la littérature, l'anévrysme est une cause rare, mais grave, de paralysie du III par compression de l'artère communicante postérieure, dont la rupture peut engager le pronostic vital par hémorragie méningée. Il est prudent de suspecter l'existence d'un anévrysme responsable d'une paralysie du III chez un patient jeune entre 20-50 ans[1,3,4] comme notre cas clinique N° 1.

Les étiologies de l'anévrysme non traumatique pourraient être malformative, inflammatoire, infectieuse, et hypertensive [3].

Selon la littérature, les malformations vasculaires sont les principales causes d'anévrysme artériel et 80% sont de causes indéterminées[4].

Celle de notre cas N°1 serait probablement liée à une malformation vasculaire au regard de la normalité des bilans cardiaque, infectieux inflammatoire.

Le mécanisme initiateur de l'anévrysme congénital est inconnu dans la plupart des cas. L'anévrysme congénital n'évolue qu'en se dilatant, selon la loi de Laplace qui stipule que plus le diamètre d'un vaisseau est grand, plus la tension pariétale qui s'exerce sur les parois est importante [4]. L'augmentation du débit cardiaque favorise ce phénomène [4]. Le débit cardiaque est le produit de la fréquence cardiaque par le volume d'éjection systolique [4]. Cette augmentation du débit cardiaque chez notre patiente pourrait s'expliquer par le syndrome de réponse inflammatoire systémique induit par la dengue en phase de conversion [5]. Le flux sanguin étant ralenti et turbulent dans l'anévrysme, associé à un contexte de sédentarité liée à l'alitement, l'alluvionnement

de thrombus est très fréquent [4].

Cela pourrait expliquer la thrombose de l'anévrysme de l'artère communicante postérieure.

Ce tableau clinique se différencie du second cas qui s'est révélé chez une patiente de 54 ans, avec des antécédents d'amaurose transitoire et des facteurs de risques thrombo-emboliques. Selon la littérature les AVC surviennent chez les patients porteurs de facteurs de risque cardio-emboligènes[4,6] : c'est le cas de notre patiente N°2.

La mono neuropathie par atteinte des paires crâniennes est une forme rare de neuropathie diabétique et survient chez les patients dont l'âge est supérieur à 50 ans [7]. Les complications diabétiques non rétinienues représentent 1 à 3 % des manifestations oculaires du diabète [8]. Un diabète déséquilibré peut donc occasionner une atteinte extrinsèque du III [2] comme c'est le cas de notre patient N°3 âgé de 66 ans. Ce résultat est similaire à celui de Bognounou Renée et al [9] dans le service de médecine interne du CHU-YO qui rapportaient un cas de mono neuropathie diabétique ophtalmique chez un patient de 54 ans [9].

Une revue de la littérature nous décrit quelques cas de paralysies oculo motrices sur la base d'études anatomopathologiques de patients diabétiques en post-mortem. Diverses hypothèses physiopathologiques ont été avancées: atteintes métaboliques, inflammatoires ou occlusives conduisant à une dégénérescence du nerf, un infarctus ou une hémorragie dans le noyau ou dans le trajet intra médullaire de celui-ci [10].

CONCLUSION

Le ptosis non traumatique de survenue brutale est une urgence ophtalmologique nécessitant une prise en charge rapide. Il a des étiologies variées et peut révéler plusieurs pathologies associées. En cas de comorbidité, le diagnostic étiologique devient difficile, plusieurs mécanismes pouvant être retrouvés et s'intriquer. C'est pourquoi le bilan étiologique orienté est important en

REFERENCES

- 1-Fournié P, Gualino P, Ancèle-Douat E et al; Le livre de l'interne. Paris, France: Lavoisier 2015 :144-157.
- 2-Bourges J-L, Bourcier T., Bruno Fayet B et al; Urgence en ophtalmologie: Rapports de la Société Française d'Ophtalmologie. Paris, France: Elsevier MASSON 2018 : 460-463.
- 3-Fournié P, Gualino P, Ancèle-Douat E et al; Le livre de l'interne. Paris, France: Lavoisier 2015:829-832.
- 4-Larifla L, Antoine J M, Czernchow P, Housset B, et al; Athérosclérose-hypertension-thrombose. Paris, France: MASSON 2002 : 03-15.
- 5- Delmont J, Pichard E, Jauréguiberry S, et al; e-pilly TROP; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicale. Paris, France: Alinéa Plus 2012 :166-179
- 6-Cauraud S.Hulot J. S., Mechtouff-Cimarelli L et al; ECN en fiches neurologie. Paris, France: Ellipse 2012 : 92-127.
- 7-Tadmori A, Andzouana N, Agerd L,Ajdi F. P128Aspect épidémiologique et diagnostique de l'ophtalmopathie chez le diabétique. Diabètes. 2014; 40(1): A59.
- 8-Ducrey N. Les complications ophtalmologiques du diabète à l'exclusion de la rétinopathie diabétique. J Fr Ophtalmol. 1999; 22(3) : 400-407.
- 9-Bognuounou R; mono-neuropathie ophtalmique chez un patient diabétique. RAMReS Sciences de la santé 2019: 1 (2) :1682.
- 10-SebaitreN, El Wadeh I, Kabbaj F, et al. La paralysie oculomotrice: complication rare du diabète (à propos d'un cas). Diabètes Metab. 2012; 38 : A112-A124.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

**Vos articles sont diffusés
à travers le monde
dans cet espace.**



UN CAS RARE DE PSEUDOTUMEUR NASOSINUSIENNE PRIS EN CHARGE EN ORL AU CNHU- HKM AU BENIN

TREATMENT OF A RARE CASE OF NASO-PSEUDOTUMOR AT CNHU-HKM'S ENT IN BENIN

Lawson Afouda S. (1), Avakoudjo F.(2), MedjiS.(1), Vodouhè U.(2), VignikinYehouessi B.(1), Adjibabi W(1).

1.Service ORL/CCF - CNHU-HKM Cotonou (Bénin)

2.Service ORL/CCF - HZ-Suru Léré Cotonou (Bénin)

Département de chirurgie et de spécialités chirurgicales

Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC)

Auteur référent : Lawson Afouda Sonia

Mail-olatundeother@yahoo.fr

RESUME

Introduction: Nous rapportons le cas d'une rhinosinusite chronique qui a mimé une tumeur maligne des sinus.

Observation: Patient Emm. H., 57 ans sans antécédent particulier a été reçu le 26/10/2021 pour la prise en charge d'une rhinopathie chronique. La symptomatologie évoluait depuis 6 mois et était faite d'une rhinorrhée purulente et d'une obstruction nasale. A l'examen, le vestibule nasal est comblé des deux côtés par une masse plus importante à gauche et une cloison soufflée. La tomodensitométrie (TDM) des sinus a permis d'objectiver une hyperdensité ethmoïdo-sphéno-maxillo-nasale gauche, qui a détruit la cloison intersinus-nasale puis la cloison nasale. Il en résulte une masse étendue à l'ethmoïde du côté controlatéral. Le premier décembre 2021 le patient a été opéré par voie paralatéro-nasale gauche; ce qui a permis l'exérèse d'une masse fractionnée blanchâtre engluée dans un magma grisâtre et fétide. L'examen anatomopathologique a conclu à une aspergillose naso-sinusienne dans sa forme invasive

Conclusion: L'examen clinique ORL a permis d'orienter la démarche diagnostique. La TDM l'a affinée pour une meilleure prise en charge thérapeutique. Dans certains cas comme celui rapporté, l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse permet d'asseoir le diagnostic de certitude mieux que la mycologie

Mots-clés: Pseudotumeur naso-sinusienne

-Tomodensitométrie- lyse osseuse- Aspergillose invasive.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: We are reporting a case of a chronic rhinosinusitis which mimicked malignant tumor of sinuses.

Case Report: On October 26, 2021, we received the 57 years old patient, Emm. H., without any history of chronic rhinopathy treatment. The symptomatology progressed for six months and composed of purulent nasal discharge and nasal airway congestion. The examination indicated that the nasal vestibule was congested on both side with a larger mass on the left and a perforated septum. A CT scan (TDM) of the sinuses revealed a left ethmoid-sphenoid-maxillary-nasal hyperdense which destroyed the intersinus-nasal septum and then the nasal septum. This results in a mass extending to the ethmoid on the contralateral side. In December 2021, a surgery was performed on the patient through the left para-latero-nasal. This enabled the removal of whitish fractional mass embedded in greyish and fetid magma. The anatomopathological examination concluded that the invasive form of naso-sinus aspergillosis was present.

Conclusion: The ENT clinical examination allowed to guide the diagnosis approach. The CT scan has improved it for a better therapeutic treatment. In some cases, like the reported case, the anatomopathological examination of the excision specimen allows to establish a better certainty than mycology.

Key Words: Naso-sinus pseudotumor-CT scan-Bone lysis-Invasive aspergillosis.

INTRODUCTION

L'aspergillose naso sinusienne est une rhinosinusite fongique liée à plusieurs types de champignons dont le plus fréquent est *Aspergillus fumigatus*, responsable dans 80% des cas d'aspergillose humaine[1]. Totalement inoffensive pour la majorité de la population, la forme invasive de l'aspergillose est décrite classiquement chez les sujets immunodéficients. Elle peut être responsable de complications locales osseuses et crâniocérébrales. Le tableau clinique dans certains cas peut simuler une tumeur maligne. Le traitement est essentiellement chirurgical. Nous rapportons le cas d'une aspergillose naso sinusienne dans sa forme invasive mimant une tumeur maligne.

OBSERVATION

Patient Emm. H. 57 ans sans antécédent particulier a été reçu le 26/10/2021 pour la prise en charge d'une rhinosinusite chronique. La symptomatologie évoluait depuis six mois, faite de rhinorrhée purulente et d'obstruction nasale. Le patient se plaignait aussi d'acouphènes et d'otalgie bilatérale traités sans succès par des antibiotiques. A l'examen, le vestibule nasal était comblé des deux côtés par une masse plus importante à gauche avec une cloison soufflée et déviée vers la droite. La sérologie rétrovirale à HIV a été négative, les autres examens biologiques ont révélé une glycémie normale et une hyperleucocytose à 11400/l de globules blancs avec une formule leucocytaire normale. Sur la tomodensitométrie des sinus, il a été noté une hyperdensité ethmoïdo-sphéno-maxillo-nasale gauche, avec lyse de la cloison intersinuso-nasale et de la cloison nasale et extension du processus à l'ethmoïde contralatéral (Figure 1-2-3). Devant ce tableau, une indication chirurgicale a été posée et a permis le 01/12/2021 l'ablation d'une masse blanchâtre engluée dans un magma grisâtre d'odeur nauséabonde. Les caractères invasifs et destructeurs de cette « pseudo-tumeur » ont imposé une voie externe complémentaire

(paralatéronasale) pour une exérèse complète. Les sinus concernés étaient le sinus maxillaire, l'ethmoïde et le sphénoïde gauches. A droite, nous avons réalisé une méatotomie moyenne et évacué la même masse du sinus maxillaire contralatéral. L'examen anatomopathologique a révélé des filaments mycéliens au sein de fragments tissulaires comportant du tissu osseux. Le diagnostic d'une aspergillose naso-sinusienne dans sa forme invasive a été retenu. Après un recul de 8 mois, les suites opératoires ont été simples, la rhinorrhée et l'obstruction nasale ayant disparu.

DISCUSSION

Les rhinosinusites fongiques sont en nette recrudescence depuis quelques années ; 13,5 à 28,5% des sinusites maxillaires chroniques sont d'origine fongique ou mixte associées à une infection bactérienne[2-3]. On distingue 2 formes de la maladie, l'aspergillose non invasive et l'aspergillose invasive avec des spécificités [4]. Selon leur classification, les rhino-sinusites fongiques non invasives surviennent chez les sujets immunocompétents et admettent 4 groupes :

- la colonisation superficielle;
- la balle ou truffe aspergillaire;
- la sinusite fongique allergique ;
- la sinusite fongique éosinophilique.

Quant aux rhino-sinusites fongiques invasives, elles admettent 3 formes :

- l'aiguë fulminante de découverte sur un terrain toujours immunodéprimé;
- une forme invasive chronique sur des tares;
- une forme invasive granulomateuse

qui est la plupart du temps retrouvée chez l'immunocompétent.

Il est établi que la forme invasive survient surtout chez les sujets immunodéprimés ou des sujets présentant une tare. Au nombre des multiples facteurs prédisposant la survenue d'une aspergillose dans sa forme invasive, il existe le diabète qui est l'une des tares fréquentes en Afrique, l'infection au VIH, des soins dentaires mal encadrés par une antibiothérapie. Ces

mêmes facteurs ont été signalés dans les travaux de Siddiqui et Marsot-Dupuch [5-6]. Ceux-ci créent une fragilisation de l'organisme avec pour conséquence de favoriser la colonisation et la multiplication de champignons dans les sinus. Aucun facteur de risque n'a été retrouvé chez le patient de cette étude, néanmoins selon la classification de Dhong et Lanza la forme invasive peut se retrouver chez le sujet sain sans facteur de risque. Il s'agit dans le cas ici présenté de la forme granulomateuse signalée dans la classification de Dhong et Lanza. La symptomatologie rhinologique observée par le patient était faite d'une rhinorrhée muco-purulente striée de sang, fétide et d'une obstruction nasale. Les signes associés que sont l'otalgie, traduction de l'expression des céphalées temporales et les acouphènes peuvent être assimilés à l'effet de masse du magma des fosses nasales. Les plaintes du patient étaient peu spécifiques et ont fait suspecter une rhinosinusite banale ; et c'est leur évolution trainante ainsi que la résistance aux antibiotiques usuels qui a motivé la réalisation de la tomodensitométrie des sinus. Celle-ci a été d'un apport considérable en localisant les lésions osseuses et cartilagineuses et en précisant leur extension. En effet, dans plus de 90% des cas, la TDM objective une hyperdensité hétérogène partielle ou totale d'un sinus au sein de laquelle l'on retrouve des microcalcifications[2]. Dans le cas observé, il s'y est associé des lésions osseuses destructrices qui nous ont fait évoquer une tumeur maligne.

La chirurgie par voie endonasale est le traitement de choix dans la prise en charge d'une aspergillose naso sinusienne. Devant ces lésions faisant suspecter une pathologie plus préoccupante, nous avons abordé comme Benzartiles différents sinus par voie para latéro-nasale[7] ; l'exérèse tumorale a emporté dans le même temps opératoire la muqueuse naso sinusienne inflammatoire et le magma grisâtre très fétide; geste suivi en post-opératoire d'un lavage abondant au sérum salé des fosses nasales et des sinus. Le diagnostic d'aspergillose naso-sinusienne a été fait à l'examen anatomopathologique de la pièce

opératoire. Nous n'avons pas réalisé l'examen mycologique du matériau d'exérèse par défaut de logistique. Si cet examen a une forte spécificité, il est peu sensible. Une mauvaise qualité de prélèvement associée à un délai d'acheminement trop long au laboratoire peut être responsable d'une fragilité du champignon. Toutefois, l'examen mycologique garde sa valeur lorsqu'il est positif. Dans ce cas, il isole à l'examen direct des filaments mycéliens et à la culture l'espèce de champignon en cause dans 30% à 60% des cas [8]. Un test négatif n'élimine pas le diagnostic d'aspergillose que seul l'examen anatomopathologique est en mesure de confirmer avec une sensibilité de 90%. Il a été réalisé après coloration PAS, Gromori et Grocott de la pièce opératoire et a conclu à une sinusite aspergillaire dans sa forme pseudotumorale. Cette forme anatomopathologique se distingue par une réaction granulomateuse de la muqueuse sinusienne avec une fibrose, des cellules mycéliennes géantes multinuclées, et des zones d'envahissement tissulaire. Le geste chirurgical a un but diagnostique mais également thérapeutique. A cet effet, la majorité des auteurs préconise dans la forme invasive de l'aspergillose naso-sinusienne sur terrain immunodéprimé d'associer des antifongiques par voie intraveineuse au traitement chirurgical pour un meilleur résultat [2,9]. Pour Naha, cette association est moins formelle[10] ; de même pour Adjibabi en 2011, le traitement chirurgical seul donne de bons résultats sur le long terme [11]. Après un recul de huit (08) mois, le patient présente une bonne évolution clinique avec une disparition de la rhinorrhée, de l'obstruction nasale, de l'épistaxis, des céphalées et une bonne perméabilité naso-sinusienne. Le contrôle scanographique des sinus n'a révélé aucune récurrence.

CONCLUSION

L'examen clinique est capital, la tomodensitométrie est d'un grand intérêt pour localiser les lésions et d'en suspecter le caractère bénin ou malin selon leur caractéristique; mais

seul l'examen anatomopathologique est utile pour la confirmation diagnostique.

REFERENCES

1. Gangneux J.P., Bouchara J.P., Chabasse D. Biologie et diagnostic des infections à *Aspergillus*. Encyclop. Méd. Chir. Maladies infectieuses. 2013;8-600-A-10.
2. Grosjean P., Weber R. Fungus of the paranasal sinuses. Eur Arch Otorhinol. 2007; 264:461-70.
3. Eggimann P., Chevrolet J.C., Starobinski M., Majno P., Totsch M., Chapuis B. et al. Primary invasive aspergillosis of the digestive tract : report of two cases and review of the literature. Journal Infection 2006;6:333-38.
4. Dhong H.Z., Lanza D.C. Diseases of the sinuses : diagnosis and management. 2001:179-95.
5. Siddiqui A. A., Bashir S. H., Ali Shah A., Sajjad Z. et al. Diagnostic MR imaging features of craniocerebral Aspergillosis of sino-nasal origin in immunocompetent patients. Acta Neurochir. 2006;148:155-166.
6. Marsot-Dupuch K., Quillard J., Meyohas M.C. Head and neck lesions in the immunocompromised host. Eur radiol 2004;14: 155-167.
7. Benzarti S., Mardassi A., Ben hamida N., Ben mhamed R., Brahem H. l'aspergillose naso-sinusienne dans sa forme pseudo-tumorale J. Tun. Orl. 2008;20: 67-70
8. Coste A. Mycoses rhinosinusiennes. In : EMC:20-455-A (2003).
9. Pinzer T., Reib M., Bourquain H., Krishnan KG., Schakert G. Primary Aspergillosis of the sphenoid sinus with pituitary invasion – a rare differential diagnosis of sellar lesions. Acta Neurochir 2006; 148:1085-1090.
10. Naha L., Nadour K., Hemmaoui B., Errami N., En-Nafaa I., Bouaity B., mimouni B.L. Sinusite aspergillaire d'origine dentaire dans sa forme pseudo-tumorale. Doi : 10.1016/j. mycmed.2014.01.061.
11. Adjibabi W., Biaou O., Lawson Afouda S., Avakoudjo F., Alamou S., Hounkpation SHR., Hounkpe YYC. Prise en charge de 20 cas

d'aspergillose naso-sinusienne à Cotonou. Médecine d'Afrique Noire. 2011;58(12):545-550.

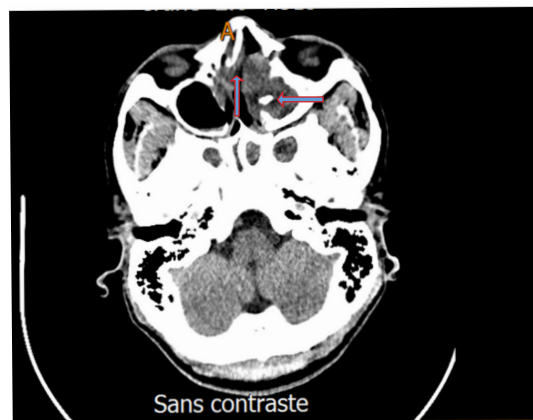


Figure 1 : Image de tonalité métallique du sinus maxillaire gauche au sein d'une hyperdensité hétérogène (←). Destruction de la cloison nasale (↑).

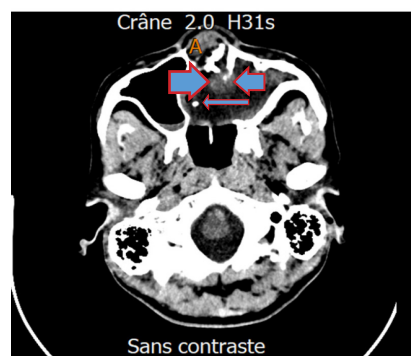


Figure 2 : Destruction de la cloison nasale (→) Et de la cloison intersinuso-nasale gauche (←) Microcalcification dans la fosse nasale droite (↖)

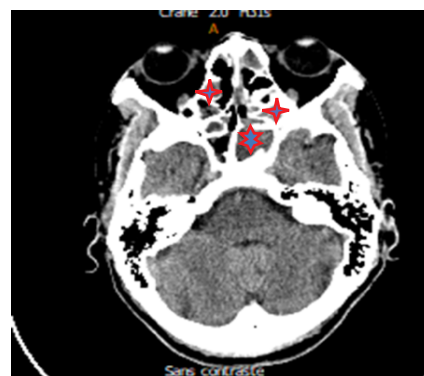


Figure 3 : Opacité hétérogène des cellules ethmoïdales (★) antérieures et postérieures (★)