

ÉTUDE DU DIMORPHISME SEXUEL DES SUJETS BÉNINOIS À PARTIR DE MODÈLES D'ANALYSE DISCRIMINANTE DE MENSURATIONS AU SCANNER DES SINUS SPHÉNOÏDAUX
SAVI DE TOVE KM, YEKPE AHOUSOU P, ADJADOHOUN SBMG, BIGOT C, SAVI DE TOVE JL, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NB.

Page 07

EVALUATION DE L'ESTHÉTIQUE EN PROTHÈSE AMOVIBLE COMPLÈTE : EXPÉRIENCE DU CHU ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO
COULIBALY B, NDI BIEME T U, TOURÉ K, KAMISSOKO K, DIALLO B, SISSOKO S. TRAORÉ L, KANÉ AS.T, TRAORÉ H.

Page 13

CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES AU BURKINA FASO : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES À PROPOS DE 69 CAS
GOUÉTA A, SANOU E, KONATÉ ASH, OUOBA MB, GYÉBRÉ YMC, OUATTARA M, OUOBA K.

Page 19

CORPS ÉTRANGERS ORL À PROPOS DE 603 CAS : UNE EXPÉRIENCE DE 5 ANS
GOUÉTA A, DIALLO I, SANOU E, OUÉDRAOGO A, GYÉBRÉ YMC, OUÉDRAOGO BP, OUATTARA M, OUOBA K.

Page 25

ASPECTS TOMODENSITOMETRIQUES DE LA DYSPLASIE FIBREUSE OSSEUSE CRANIO-FACIALE DANS LE SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE DU CNHU-HKM A COTONOU (BENIN)
YEKPE A P, ADJADOHOUN SBMG, NGAMO DGM, SAVI DE TOVE KM, BIAOU O.

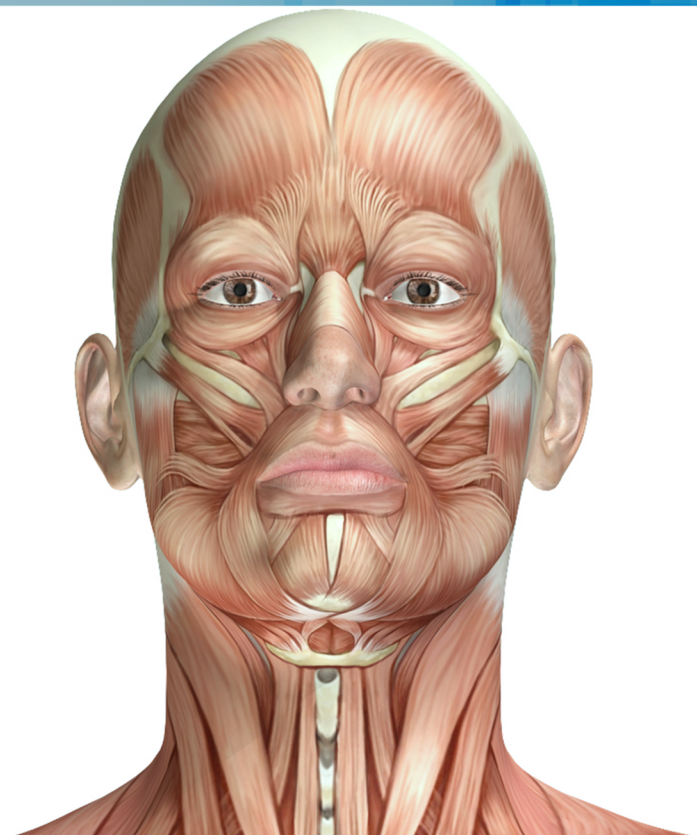
Page 34

PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUE CHEZ L'ENFANT PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES MÉDECINS EN PÉDIATRIE DE BOUAKÉ ET SA PÉRIPHÉRIE (CÔTE D'IVOIRE)
KOUASSI-NDJEUNDO J E, ADJÉ YA, KOUASSI NH, VROH BTS, NAWATA KDC, DOLÉ YMO, NGATTIA KV, KACOUCHIA NB.

Page 39

RESULTATS DE LA TRABECULECTOMIE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU
ABOUKI COA, AÏGBÈ N, VIDEGLA H, ALAMOU S, ODOULAMI L, SOUNOUVOU I, TCHABI S WJ, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NB.

Page 46



RESULTATS DU TRAITEMENT DES FRACTURES MANDIBULAIRES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO
SANFO M, MILLOGO M, COULIBALY A, KONSEM T, OUEDRAOGO D.

Page 52

CHORIORETINOPATHIE SÉVÈRE CENTRALE A COTONOU
ABOUKI COA, AÏGBÈ N, DOSSOU CV, ALAMOU S, ODOULAMI L, SOUNOUVOU I, TCHABI S.

Page 59

AFFECTION TROPICALE RARE : CAS D'UN RHINOSCLÉROME JUVÉNILE À BAMAKO, MALI
MOHAMED SAYDI AG MED ELMEHDI ELANSARI, BOURAIMA FATIOU ALABI, NFALY KONATÉ, KASSIM DIARRA, MARIAM MAIGA, MOHAMED AMADOU KEITA.

Page 67

TUMEUR PAPILLAIRE DU SAC ENDOLYMPHATIQUE AU NIVEAU DU ROCHER : À PROPOS D'UN CAS
LENGANE NI, TRAORE A, SOME MJM, BAMBARA C, NAO EEM, GYEBRE YMC.

Page 71

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 Médicus.

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 AHOUANSSOU 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

La Revue Tête et Cou (RETEC) de la Société Médicale Tête et Cou (SOMETEC) continue sa marche avec la parution de ce deuxième numéro qui affiche huit articles originaux et trois cas cliniques. Ils proviennent de différentes spécialités de la tête et du cou.

Dans cette parution, la revue propose à ses lecteurs cinq articles relevant de la spécialité Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et Chirurgie Cervico-Faciale, deux de l'Ophtalmologie, deux de l'Imagerie médicale et deux de la stomatologie et de la Chirurgie Maxillo-Faciale.

L'imagerie médicale rapporte l'intérêt médico-légal en deuxième intention des mesures anthropométriques des sinus sphénoïdaux dans l'identification des ossements du sujet de sexe masculin et les différents aspects scanographiques de la dysplasie fibreuse crânio-faciale, affection peu fréquente et souvent de découverte fortuite.

En ORL, l'un des articles a insisté sur la nécessité de continuer les efforts de formation continue des médecins généralistes et autres médecins intervenant en Pédiatrie dans le diagnostic et le traitement des otites moyennes de l'enfant. Les corps étrangers ORL réalisant souvent des situations d'urgence ont été abordés. A contrario, le diagnostic des cancers des voies aérodigestives supérieures se fait à un stade avancé avec ses corollaires selon une autre étude. Enfin deux cas rares de pathologies ORL ont été rapportés. Il s'agit de tumeur papillaire du sac endolymphatique du rocher et du rhinosclérome juvénile.

En Ophtalmologie, les auteurs se sont intéressés à la trabéculéctomie qui mériterait d'être mise en première ligne dans le traitement et le suivi du glaucome ainsi qu'à la chorioretinopathie séreuse centrale dont le traitement reste à être codifié dans nos régions.

En Chirurgie Maxillo-Faciale, un auteur rapporte que le traitement des fractures mandibulaires demeure archaïque dans le contexte africain en raison des conditions socio-économiques défavorisées des patients. Un autre chercheur stomatologue a rendu compte de ses travaux sur l'esthétique en prothèse amovible à Bamako.

Ainsi les thèmes abordés dans ce numéro sont variés et dignes d'intérêt.

Bonne lecture à chacun et à tous !

MCA François AVAKOUDJO

SOMMAIRE

1) ARTICLES ORIGINAUX

07	ÉTUDE DU DIMORPHISME SEXUEL DES SUJETS BÉNINOIS À PARTIR DE MODÈLES D'ANALYSE DISCRIMINANTE DE MENSURATIONS AU SCANNER DES SINUS SPHÉNOÏDAUX SAVI DE TOVE KM1, YEKPE AHOUANSON P2, ADJADOHOUN SBMG2, BIGOT C3, SAVI DE TOVE JL2, ADJOVI B2, BIAOU O2, BOCO V2
13	EVALUATION DE L'ESTHÉTIQUE EN PROTHÈSE AMOVIBLE COMPLÈTE : EXPÉRIENCE DU CHU ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO COULIBALY1 B; NDI BIEME1 T U ; TOURÉ1 K ; KAMISSOKO2 K ;DIALLO1 B; SISSOKO S.TRAORÉ2 L ; KANÉ2 AS.T ; TRAORÉ1 H
19	CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES AU BURKINA FASO : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES À PROPOS DE 69 CAS GOUÉTA A, SANOU E, KONATÉ ASH, OUOBA MB, GYÉBRÉ YMC, OUATTARA M, OUOBA K
25	CORPS ÉTRANGERS ORL À PROPOS DE 603 CAS : UNE EXPÉRIENCE DE 5 ANS Gouéta A1, Diallo I1, Sanou E1, Ouédraogo A1, Gyébré YMC1, Ouédraogo BP2, Ouattara M1, Ouoba K1
34	ASPECTS TOMODENSITOMETRIQUES DE LA DYSPLASIE FIBREUSE OSSEUSE CRANIO-FACIALE DANS LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE DU CNHU-HKM A COTONOU (BENIN) YEKPE A P1, ADJADOHOUN SBMG1, NGAMO DGM1, SAVI DE TOVE KM2, BIAOU O 1
39	PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUE CHEZ L'ENFANT PAR LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS EN PEDIATRIE DE BOUAKE ET SA PERIPHERIE (COTE D'IVOIRE) Kouassi-Ndjeundo J E, Adjé YA, Kouassi NH, Vroh BTS, Nawata KDC, Dolé YMO, Ngattia KV, Kacouchia NB
46	RESULTATS DE LA TRABECULECTOMIE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU Abouki COA1,2, Aïgbè N2,3, Videgla H1,2, Alamou S1,2, Odoulami L2,4, Sounouvou I2,5, Tchabi S1,2
52	RESULTATS DU TRAITEMENT DES FRACTURES MANDIBULAIRES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO SANFO M ¹ . MILLOGO M ² . COULIBALY A ³ . KONSEM T ¹ . OUEDRAOGO D ³ .

2) CAS CLINIQUES

59	CHORIORETINOPATHIE SEREUSE CENTRALE A COTONOU Abouki COA1, 2, Aïgbè N1, 3, Dossou CV1, 2, Alamou S1,2, Odoulami L1,2, Sounouvou I1,2, Tchabi S1,2
67	AFFECTION TROPICALE RARE : CAS D'UN RHINOSCLEROME JUVÉNILE À BAMAKO, MALI Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari1, Bouraima Fatiou Alabi 2, Nfaly konaté 3, Kassim Diarra3, Mariam Maiga1, Mohamed Amadou Keita3.
71	TUMEUR PAPILLAIRE DU SAC ENDOLYMPHATIQUE AU NIVEAU DU ROCHER : À PROPOS D'UN CAS LENGANE NI1*, TRAORE A2, SOME MJM3, BAMBARA C4, NAO EEM4, GYEBRE YMC4

ÉTUDE DU DIMORPHISME SEXUEL DES SUJETS BÉNINOIS À PARTIR DE MODÈLES D'ANALYSE DISCRIMINANTE DE MENSURATIONS AU SCANNER DES SINUS SPHÉNOÏDAUX

SAVI de TOVE KM1, YEKPE AHOUANSON P2, ADJADOHOUN SBMG2, BIGOT C3, SAVI de TOVE JL2, ADJOVI B2, BIAOU O2, BOCO V2

1 : Service d'Imagerie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou, Parakou, Bénin

2 : Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga, (CNHU/HKM) Cotonou, Benin

3 : Service de médecine interne/unité de médecine légale, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM) Cotonou, Benin

Auteur correspondant : SAVI de TOVE Kofi-Mensa,
Service d'Imagerie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou, Parakou, Bénin

Email : savitoveto@gmail.com

CONFLITS D'INTERET : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Evaluer l'apport de l'étude scanographique des sinus sphénoïdaux dans l'identification médico-légale du genre du sujet béninois.

MÉTHODE : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée dans l'unité de scanographie du service d'Imagerie Médicale du CNHU-HKM de Cotonou du 01er Janvier au 31 Juillet 2019 (7mois). Les scanners cranio-faciaux de sujets âgés d'au moins 18 ans ont été utilisés. Les différentes variétés anatomiques des sinus ont été recherchées selon la classification de Hamberger et les mensurations des sinus sphénoïdaux droits et gauches ont été prises.

RÉSULTATS : Au total, 200 scanners cranio-faciaux ont été analysés. La forme prédominante était la forme selle dans les deux sexes (80,5%). Parmi les différentes mesures que sont les diamètres antéro-postérieurs (DAP), médio-latéraux (DML) et cranio-caudaux (DCC), il existait une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes pour les diamètres cranio-caudaux (DML) et médio-latéraux (DCC) à droite. Les fonctions discriminantes obtenues à partir des mensurations des sinus sphénoïdaux permettaient de classer correctement les sujets dans 61% à 64,5% des cas.

CONCLUSION : L'étude des sinus sphénoïdaux peut aider à la détermination du sexe chez le sujet béninois. Cependant la précision est insuffisante pour une utilisation isolée en identification médico-légale.

MOTS CLÉS : Sinus sphénoïdal, Scanner, Identification médico-légale, Sexe, Bénin

ABSTRACT

OBJECTIVE : To evaluate sphenoidal sinuses scanographic study contribution in the determination of Beninese subject gender..

METHOD : This was a cross-sectional descriptive and analytical study with prospective collection which took place in the Medical Imaging Department of CNHU-HKM in Cotonou from January 1st to July 31st 2019 (7 months). Craniofacial scans of subjects aged at least 18 years were used. The different anatomical varieties of the sinuses were searched according to the Hamberger classification and measurements of the right and left sphenoidal sinuses were taken.

RESULTS : A total of 200 craniofacial scans were analysed. The predominant form was the saddle form in both sexes (80.5%). Among the different measures of anterior-posterior (APD), medio-lateral (MLD) and cranio-caudal (CCD) diameters, there was a statistically significant difference between men and women for the right-handed CCD and MLD. The discriminating functions obtained from the measurements of the sphenoidal sinuses enabled the subjects to be correctly classified in 61% to 64.5% of cases.

CONCLUSION : Sphenoidal sinuses study can help in sex determination in Beninese subject. However, the accuracy is insufficient for isolated use in forensic identification..

KEY WORDS : Sphenoidal sinus, Scanner, Forensic identification, Sex, Benin.

INTRODUCTION

L'imagerie médicale a de nombreuses applications en médecine légale surtout lorsqu'il s'agit de procéder à l'identification d'un squelette incomplet. De précédentes études anthropométriques ont montré qu'il était possible de distinguer des hommes des femmes adultes sur la base des mensurations des structures du crâne [1-3]. C'est le cas des mensurations du foramen magnum qui permettent de distinguer les hommes des femmes avec un important degré de précision [4-5]. Les sinus ont également été étudiés dans ce contexte [6-11]. En effet, ces structures qui font partie de la pneumatisation du crâne, se développent surtout dans l'enfance et n'évoluent plus après l'âge de 18 ans. Elles sont relativement peu affectées par les facteurs extérieurs (combustion, traumatismes, insectes nécrophages . . .) après la mort. C'est ce qui justifie leur intérêt pour l'imagerie médico-légale. Les travaux de recherches portant sur l'exploitation des sinus en identification médico-légale ont surtout porté sur les sinus frontaux et maxillaires. Très peu d'études ont jusqu'à présent porté sur les sinus sphénoïdaux. Wanzaler et al [12] ont cependant émis l'hypothèse qu'il était possible, comme avec les autres sinus du crâne, de distinguer les hommes des femmes sur la base des caractéristiques de leurs sinus sphénoïdaux. Ils avaient en effet observé un dimorphisme sexuel important dans leur échantillon de sujets hispaniques. Compte tenu des différences morphologiques et morphométriques qui existent entre les individus et les différentes origines géographiques, il est nécessaire de s'assurer que les résultats de l'étude de Wanzaler et al. [12] peuvent également s'appliquer à la population du Bénin. C'est dans cette optique que cette étude a été initiée.

METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période de 7 mois (1er Janvier - 31 Juillet 2019) dans l'unité de scanographie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin. Nous avons procédé à un recensement exhaustif des scanners crânio encéphaliques des sujets âgés d'au moins 18 ans, réalisés au cours de la période d'étude. Pour être inclus dans l'étude, les scanners devaient avoir été réalisés en dehors de tout contexte traumatique et les comptes rendus devaient avoir conclu à une absence d'anomalie des structures osseuses. Les scanners révélant un processus pathologique (processus inflammatoire, tumeur, traumatisme, séquelles post-traumatiques) ou présentant une agénésie des structures anatomiques étudiées n'ont pas été

également inclus. Les images scanographiques ont été obtenues sur un scanner Emotion Siemens Somatom 16 barrettes et étudiées grâce au logiciel Merge eFilm Workstation (MEW) 4.2.0. L'analyse des images a été réalisée en fenêtre osseuse sur des coupes axiales et sur des reconstructions multiplanaires (MPR). La morphologie des sinus sphénoïdaux a été étudiée selon la classification de Hamberger [13] qui distingue les sinus pré-sellaires, sellaires et post sellaires. La morphométrie a été obtenue grâce à l'outil règle du logiciel MEW. Les mensurations des sinus sphénoïdaux prises, étaient le diamètre antéro-postérieur (DAP) correspondant au plus grand diamètre à l'échelle visuelle entre les parois, antérieure et postérieure ; le diamètre cranio-caudale (DCC) entre les parois, supérieure et inférieure et le diamètre médio-latéral (DML) entre les parois, médiale et latérale (figures 1A et 1B).

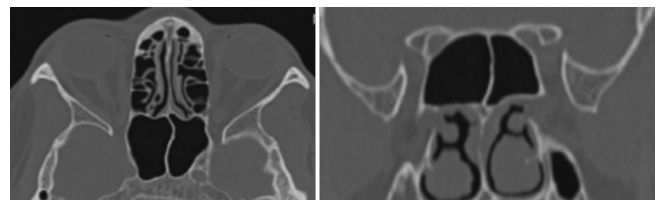


Figure 1 : Coupe axiale (A) et reconstruction frontale (B) montrant les différentes mensurations des sinus sphénoïdaux : DAP (flèche verte), DCC (flèche rouge) et DML (flèche jaune)

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel SPSS version 25. La comparaison des fréquences a été réalisée par des tests de χ^2 ou du test exact de Fischer au seuil de significativité de 5%. La comparaison des moyennes a été faite grâce au test t de Student. Nous avons réalisé des analyses discriminantes multifactorielles pour identifier un modèle mathématique (équations quadratiques) permettant de prédire le sexe à partir des trois diamètres des sinus (DCC, DML, DAP). Les performances des modèles ont été évaluées grâce à une matrice de confusion. Pour chacune des fonctions le pourcentage d'hommes et de femmes, bien classés a été calculé.

RÉSULTATS

Un total de 200 scanners crânio-faciaux ont été colligés dont 114 appartenaient à des hommes. L'âge moyen était de 51,43 $\pm$ 16,63 ans avec des extrêmes de 18 et 90 ans.

Morphologie

Le tableau I présente la répartition des sinus en fonction de leur forme. La pneumatisation sellaire (Figure 2) est prédominante dans les deux sexes, et ce aussi bien à droite (86,50%) qu'à gauche (85,50%) suivi de la forme pré sellaire (Figure 3) et de la forme post-sellaire (Figure 4). Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives de la répartition des différentes formes de sinus entre les 2 sexes ($p=0,31$)

Tableau I : Répartition des sinus sphénoïdaux droit et gauche de la population d'étude selon la classification de Hamburger et le sexe

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total n (%)
Sinus sphénoïdal gauche			
Pré-sellaire	010 (08,77)	012 (13,95)	022 (11,00)
Sellaire	101 (88,50)	072 (83,72)	173 (86,50)
Post-Sellaire	003 (02,63)	002 (02,32)	005 (02,50)
Total	114 (100,00)	086 (100,00)	200 (100,00)
Sinus sphénoïdal droit			
Pré-sellaire	012 (10,52)	013 (15,11)	025 (12,50)
Sellaire	100 (87,71)	071 (82,56)	171 (85,50)
Post-Sellaire	002 (01,75)	002 (02,32)	004 (02,00)
Total	114 (100,00)	086 (100,00)	200 (100,00)

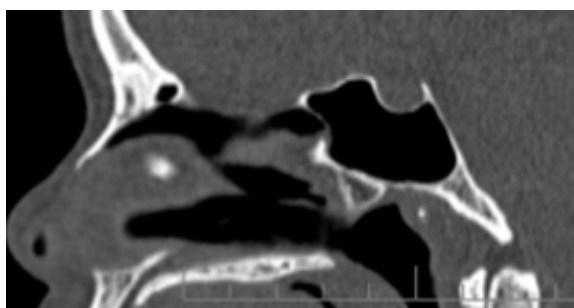


Figure 2 : Reconstruction sagittale montrant un sinus sphénoïdal de forme sellaire



Figure 4 : Reconstruction sagittale montrant un sinus sphénoïdal de forme post-sellaire

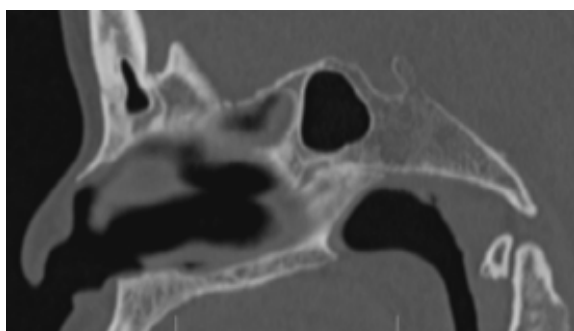


Figure 3 : Reconstruction sagittale montrant un sinus sphénoïdal de forme pré-sellaire

Mensurations des sinus sphénoïdaux

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux sexes, lorsqu'on compare le DCC et le DML du sinus sphénoïdal droit. Les mensurations des sinus sphénoïdaux droit et gauche sont présentées dans le **tableau II**.

Tableau II : Mensurations des sinus sphénoïdaux de la population d'étude (en mm)

		Hommes n (%)		Femmes n (%)	
		Min-Max	Moyennes ± ET	Min-Max	Moyennes ± ET
Sinus sphénoïdal gauche					
DCC*	10-35	21,54 ± 4,30	7-29	20,41 ± 3.70	0,051
DML**	8-40	19,72 ± 6,66	8-40	19,38 ± 6.43	0,721
DAP***	7-44	24,23 ± 8,07	7-38	24,28 ± 7.32	0,963
Sinus sphénoïdal droit					
DCC*	13-35	22,19 ± 4,75	5-51	20,59 ± 3.81	0,011
DML**	7-41	19,91 ± 6,89	7-42	17,97 ± 07.1	0,028
DAP***	9-41	24,23 ± 7,74	7-39	24,01 ± 6,65	0,836

* Diamètre cranio Caudal ; ** Diamètre médio latéral ; *** Diamètre antéro postérieur

Analyse discriminante

Le tableau III présente les équations et les proportions d'individus bien classés dans l'échantillon de façon globale et dans chaque groupe (hommes, femmes).

Tableau III : Résultats de l'analyse discriminante réalisée pour les sinus sphénoïdaux droit et gauche et de la matrice de confusion

Analyse discriminante	Prédications exactes n (%)		
Model	Homme	Femme	Total
Sinus sphénoïdal droit			
$F = 0,194DCC - 0,329DML - 0,464DAP + 0,003DC - Cx DML - 0,006DCC \times DAP - 0,018DAP \times DML + 0,001DCC^2 - 0,003DML^2 + 0,004DAP^2 + 4,605$	87(76,3)	42(48,8)	129(64,5)
Sinus sphénoïdal gauche			
$F = - 0,252DCC - 0,155DML - 0,246DAP + 0,026DCC \times DML - 0,008DCC \times DAP + 0,000DAP \times DML + 0,0031DCC^2 - 0,011DML^2 + 0,008DAP^2 + 5,275$	97(85,1)	25(29,1)	122(61)

Les 2 équations permettent de bien classer les individus dans 64,5 et 61,0% des cas. Les prédictions faites chez les hommes sont plus souvent justes (76,3% et 85,1%). Chez les femmes (48,8% et 29,1%) elles aboutissent à des erreurs dans plus de 50% des cas

DISCUSSION

Caractéristiques morphologiques

Dans notre étude, la forme prédominante était la forme sellaire (Figure 2). Ce résultat est concordant avec l'étude précédemment réalisée dans le même service par Yèkpè et al (Bénin 2018) [14]. Chez Stokovic et al. (Russie 2015) [15] et Tomovic et al. (Etats-Unis d'Amérique 2013) [16], la forme sellaire était aussi la forme prédominante. Que ce soit chez les afro-américains, les caucasiens, les hispanics ou les asiatiques la conclusion était la même. Les formes post-sellaire (Figure 3) et pré-sellaire (Figure 4) étaient en proportions variables. Il n'y a donc pas une grande variabilité morphologique du sinus sphénoïdal, d'une population à une autre, lorsqu'on utilise la classification de Hamberger.

Caractéristiques morphométriques et analyse discriminante

Les comparaisons entre les mensurations des sinus entre les deux sexes n'ont objectivé des différences statistiquement significatives que pour la DCC et la DML des sinus sphénoïdaux droits. Ces différences observées sont relativement discrètes. De ce fait nous avons jugés que des analyses discriminantes à plusieurs facteurs seraient plus pertinentes que celles à un facteur.

Nous n'avons pas retrouvé d'auteurs ayant effectué une étude sur l'analyse morphométrique des sinus sphénoïdaux pour comparaison. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont les sinus para nasaux les moins accessibles en anthropologie médico-légale. Les mesures des diamètres des sinus sphénoïdaux ne peuvent

se faire sur une table anthropométrique ou à l'aide d'un pied à coulisse comme c'est le cas pour la plus parts des structures osseuses. Les mesures ne peuvent se faire que par le recours aux techniques d'imagerie médico-légales.

L'étude a montré que les sinus sphénoïdaux classaient bien les hommes (76,3% à droite et 86,1% à gauche) mais classaient très mal les femmes (48,8% à droite et 29,1% à gauche), pour une précision totale de 61 % à gauche et 64,5 % à droite. Il n'y pas eu d'étude dans la littérature pour comparer nos résultats.

Nos résultats tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle il existerait une possibilité d'utiliser les sinus sphénoïdaux dans la détermination du sexe. Dans notre étude la précision globale de l'ordre de 61 à 65% que nous avons observées est certes plus faible que celle observées avec un crâne humain entier ou avec le bassin mais elle est proche de celle observées (69%) avec le foramen magnum □17□.

À défaut de pouvoir être utilisée en première intention, le recours au sinus sphénoïdaux nous paraît être un bon outil de vérification lorsque qu'à l'issue d'une expertise on tire la conclusion que les ossements sont ceux d'un homme.

La reprise de l'expérience avec un échantillon encore plus grand et plus diversifiés dans ces origines peut être nécessaire pour confirmer nos résultats.

À défaut de pouvoir être utilisée en première intention, le recours au sinus sphénoïdaux nous paraît être un bon outil de vérification lorsque qu'à l'issue d'une expertise on tire la conclusion que les ossements sont ceux d'un homme.

La reprise de l'expérience avec un échantillon encore plus grand et plus diversifiés dans ces origines peut être nécessaire pour confirmer nos résultats.

CONCLUSION

Notre étude montre qu'il existe quelques différences anthropométriques au niveau des

sinus sphénoïdaux des hommes et de des femmes dans la population béninoise. Les modèles discriminants que nous avons pu établir permettent de distinguer les hommes et les femmes avec une précision relative chez les hommes. Cette précision permet de considérer leur utilisation en seconde ligne en en identification médico-légale.

REFERENCES

1. Ubelaker DH, DeGaglia CM. Population variation in skeletal sexual dimorphism. *Forensic Sci Int.* 2017;278:407.e1-407.e7.
2. Kramer RSS. Sexual dimorphism of facial width-to-height ratio in human skulls and faces: A meta-analytical approach. *Evol Hum Behav.* 2017;38(3):414–20.
3. Krishan K, Chatterjee PM, Kanchan T, Kaur S, Baryah N, Singh RK. A review of sex estimation techniques during examination of skeletal remains in forensic anthropology casework. *Forensic Sci Int.* 2016;261:165.e1-165.e8.
4. Osunwoke E, Oladipo G. Morphometric analysis of the foramen magnum and jugular foramen in adult skulls in southern Nigerian population. *Am J Sci Ind Res.* 2012;3(6):446–54.
5. Ukoha U, Egwu O, Okafor I, Anyabolu A, Ndukwe G, Okpala I. Sexual Dimorphism in the Foramen Magnum of Nigerian Adult. *Int J Biol Med Res.* 2011;2(4):878–881.
6. Cappella A, Gibelli D, Vitale A, Zago M, Dolci C, Sforza C, et al. Preliminary study on sexual dimorphism of metric traits of cranium and mandible in a modern Italian skeletal population and review of population literature. *Leg Med.* 2020;44:101695.
7. Teke HY, Duran S, Canturk N, Canturk G. Determination of gender by measuring the size of the maxillary sinuses in computerized tomography scans. *Surg Radiol Anat.* 2007;29(1):9–13.
8. Emirzeoglu M, Sahin B, Bilgic S, Celebi M, Uzun A. Volumetric evaluation of the paranasal sinuses in normal subjects using computer tomography images: A stereological study. *Auris Nasus Larynx.* 2007;34(2):191–5.
9. Nethan ST, Chandra S, Sinha S. Frontal Sinus Dimensions: An Aid in Gender Determination. *Acta Sci Dent Sci.* 2018;2(12):02–6.
10. Patil N, Karjodkar FR, Sontakke S, Sansare K, Salvi R. Uniqueness of radiographic patterns of the frontal sinus for personal identification. *Imaging Sci Dent.* 2012;42(4):213–7.
11. Eboh DEO, Ogbeide OU, Ivwighren T. Radiographic anthropometric study of frontal sinus for sex determination in Benin city, South-South Nigeria. *J Forensic Dent Sci.* 2017;9(1):31–5.
12. Wanzeler AMV, Alves-Junio SM, Ayres L, da Costa Prestes MC, Gomes JT, Tuji FM. Sex estimation using paranasal sinus discriminant analysis: a new approach via cone beam computerized tomography volume analysis. *Int J Legal Med.* 2019;133(6): 1977-1984.
13. Benna E. Sinus sphenoidal : variantes anatomiques et leurs risques. Casablanca; 1953.
14. Yekpe Ahouansou P, Savi de Tové KM, Bigot CEP, Adjadohoun SBMG, Savi de Tove JL, Adjovi B, Biaoou O, Boco V. Sex Determination from the Morphometry of the Foramen Magnum in Benin : Potential Forensic Identification Tool. *International Journal of Medical Imaging;* 8(4):84-88.

EVALUATION DE L'ESTHÉTIQUE EN PROTHÈSE AMOVIBLE COMPLÈTE : EXPÉRIENCE DU CHU ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO

ASSESSMENT OF AESTHETICS IN COMPLETE REMOVABLE PROSTHESIS: EXPERIENCE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL CHU ODONTOSTOMATOLOGY OF BAMAKO

Coulibaly 1 B ; Ndi Bieme 1 T U ; Touré 1 K ; Kamissoko 2 K ; Diallo 1 B ; SISSOKO S. Traoré 2 L ;
Kané 2 AS.T ; Traoré 1 H

1 Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odontostomatologie (CHU-CNOS).

2 Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA).

Auteur correspondant : Dr Coulibaly Bougadary,

Chirurgien-dentiste Prothésiste, Praticien Hospitalier au CHU CNOS ;

Email : bougadary2368@yahoo.fr

RESUME

La perte des dents est, pour la majorité des patients, un trouble physique et psychologique fort.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'esthétique en prothèse adjointe complète dans le service de prothèse du CHU-OS de Bamako.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive et prospective. L'enquête a duré 3 mois, de Juillet à Septembre 2018. La population étudiée est constituée de toutes les personnes reçues dans le service de prothèse. Les variables étudiées étaient les variables socio démographiques (sexe, âge) et cliniques (motif de consultation, couleur forme et position des dents, couleur de la fausse gencive, appréciation personnelle de l'esthétique, identification du sourire, satisfaction du patiente). Les données obtenues ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 20 et traitée avec le logiciel Word 2013.

Nous avons examiné 70 patients et la répartition selon le sexe a montré une prédominance des femmes avec 52,9% avec un sex ratio de 0,89. L'étude a mis en évidence la vieillesse de notre population avec 60% des personnes qui ont entre 55 et 85 ans.

Dans cette étude, les dents blanches et bien positionnées sont les critères esthétiques dentaires les plus recherchés par les patients avec respectivement 61,4% et 24,3% des cas considèrent la position de la dent toujours en association avec la couleur comme élément important dans l'esthétique d'un sourire.

Le handicap de l'édentement ouvre une dimension psychologique que le praticien doit comprendre. Il s'agit d'une prise en charge globale du patient avec ses doutes et ses angoisses.

MOTS CLÉS : Évaluation, Esthétique, Sourire, Prothèse Amovible Complète, Chu-OS, Bamako

ABSTRACT

Tooth loss is, for the majority of patients, a strong physical and psychological disorder.

The objective of this study was to evaluate the esthetics in complete assistant prosthesis in the prosthesis department of the CHU-OS of Bamako.

It was an epidemiological, descriptive and prospective study. The survey lasted 3 months, from July to September 2018. The population studied consists of all those received in the prosthesis department. The variables studied were the socio-demographic (sex, age) and clinical variables (reason for consultation, color of shape and position, false gum color, personal appreciation of the esthetics, identification of the smile, individual satisfaction of the prosthesis). The data obtained were entered and analyzed with SPSS version 20 softwares and processed with Word 2013 software.

We examined 70 patients and the distribution by sex showed a predominance of women with 52.9% with a sex ratio of 0.89. 60% of the people in this study were between 55 and 85 years old.

In this study, white and well-positioned teeth are the most sought after dental esthetic criteria by patients with 61.4% respectively. 24.3% of cases who consider the position of the tooth always in association with color to be an important element in the aesthetics of a smile.

The handicap of toothlessness opens up a psychological dimension that the practitioner must understand. It is a comprehensive care of the patient with his doubts and anxieties.

KEYWORDS : Assessment, Aesthetics, Smile, Complete Removable Prosthesis, Chu-OS, Bamako.

INTRODUCTION

La perte des dents est, pour la majorité des patients, un trouble physique et psychologique fort [1]. Cela signifie, pour beaucoup d'entre eux, une perte de l'estime de soi, un rappel que le corps vieillit et que personne n'est immortel [2]. l'édentement total est une mutilation qui peut être aussi insupportable que l'amputation d'un membre [3].

La santé bucco-dentaire s'est améliorée du fait des progrès médicaux et de l'accès aux soins dentaires dans les pays industrialisés. De plus en plus de personnes conservent leurs dents naturelles même à un âge avancé [4]. L'édentement est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et parmi les classes sociales les plus défavorisées [5].

En France, chez les 35-44 ans, 28% portent une prothèse totale unimaxillaire supérieure et 16,5% bimaxillaire (18,6% chez les femmes contre 12,9% chez les hommes. [6]. En effet, vieillesse et édentement sont étroitement liés. En Suisse, le taux d'édentement est actuellement de 50% chez les sujets de plus de 65 ans, alors qu'il est inexistant chez les moins de 20 ans. Par contre, dans les pays scandinaves, en Grande Bretagne et dans les Pays Bas, 50 à 70% des personnes de plus de 65 ans étaient édentées en 1988 et 60 à 85% d'entre elles portaient une prothèse totale [7].

Le patient édenté a le sentiment de perdre sa vraie personnalité et éprouve souvent des difficultés à s'intégrer socialement. C'est pour ces raisons qu'il faut bien prendre en compte la personnalité du patient et ses souffrances et ne pas les nier pour répondre ainsi à l'ensemble de ses attentes.

De nos jours, grâce aux progrès techniques et notamment aux nouveaux matériaux, nous disposons d'un arsenal thérapeutique permettant de répondre à cette demande. La difficulté n'est pas de créer une prothèse parfaite mais de réaliser une prothèse qui paraisse naturelle, qui

passe inaperçue. Les patients édentés totaux souhaitent avoir une prothèse que l'on ne voit pas. L'esthétique en prothèse complète est un sujet qui, il y a encore 20 ans, ne suscitait pas l'intérêt de la profession, seulement 3% des publications concernaient ce thème [2].

Aujourd'hui sous l'influence des médias, la demande ne cesse d'augmenter et la pression des patients se fait grandissante. Nous sommes actuellement dans une société où le désir de plaire, de séduire et le regard des autres ont une réelle importance.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'esthétique en prothèse adjointe complète dans le service de prothèse du CHU-OS de Bamako.

METHODOLOGIE

Notre étude a été réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako (CHU-OS). Ce centre est situé dans le quartier du fleuve, Rue Raymond Poincaré de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. C'est un centre hospitalier spécialisé en odontostomatologie. Il s'agissait d'une enquête épidémiologique, descriptive et prospective reposant sur un questionnaire individuel et portant sur un échantillon d'hommes et de femmes venus en consultation pour une réhabilitation prothétique complète. L'enquête a duré 3 mois, de Juillet à Septembre 2018.

La population étudiée était constituée de toutes les personnes reçues dans le service de prothèse avec pour motif de consultation une réhabilitation prothétique complète. Cette enquête se déroulait durant les principaux jours de consultation prothétique (Lundi, Mercredi et Jeudi) et les jours de livraison prothétique (Mardi, Jeudi et Vendredi). N'ont pas été inclus, les patients réticents à notre étude ; les patients qui n'ont pas pu être suivis jusqu'à la livraison de la prothèse; les patients ayant consulté pour toute autre forme de prothèses. Une fiche d'enquête a été utilisée et nous a permis de consigner l'ensemble des informations recueillies lors de l'interrogatoire.

On prenait au moins cinq à dix minutes pour pouvoir leur expliquer le but de notre enquête ; nous nous sommes attardés sur la nécessité pour le sujet de bien exprimer ses désirs, ses attentes par rapport à la position, la forme et la couleur de sa denture naturelle, par rapport aussi à la couleur de la gencive prothétique et enfin par rapport à son degré de satisfaction actuelle.

Les paramètres étudiés étaient : les variables socio démographiques, le motif de consultation, la couleur, la forme et la position des dents la couleur fausse gencive, l'appréciation personnelle de l'esthétique, l'identification du sourire, la satisfaction du patient. Les données obtenues avaient été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 20 et le traitement de texte avec le logiciel Word 2013. La participation à notre étude était totalement volontaire. Les patients avaient été informés des buts de notre étude afin d'obtenir leur consentement éclairé. Notre étude s'est déroulée dans l'anonymisation et la confidentialité.

Les patients avaient donc la possibilité de se retirer en tout temps de l'étude sans toutefois compromettre leur prise en charge.

RESULTATS

ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

La répartition des sujets selon le sexe est représentée dans le tableau I

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	37	52,9
Masculin	33	47,1
Total	70	100

Le sex-ratio : H/F=33/37 =0,89

Le sexe féminin était le plus représenté avec

52,9% des cas, un sex-ratio de 0,89.

La répartition des sujets selon l'âge est représentée dans le tableau II

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
[20-34]	9	12,9
[35-44]	5	7,1
[45-54]	14	20
[55-64]	14	20
[65-74]	21	30
[75-85]	7	10
Total	70	100

La tranche d'âge de 65-74 ans a été la plus représentée avec 30% des cas.

Les âges extrêmes étaient de 20 et 85 ans avec une moyenne d'âge de 56,69 ans.

ASPECTS CLINIQUES

Tableau III: Répartition des patients selon la perception du beau sourire

Perception du beau sourire	Effectif	Pourcentage (%)
Dents blanches	36	51,5
Gencive noire	6	8,6
Dents bien alignées	15	21,4
Sourire montrant les dents	3	4,3
Sourire montrant les dents et	5	7,1
La gencive	2	2,8
Autres réponses		
Sans avis	3	4,3
Total	70	100

Autres : diastème inter incisif, dents saines.

Le beau sourire est défini par la présence des dents blanches et bien alignées avec respectivement 51,5% et 21,4%.

Tableau IV : Répartition des patients

Motivation de la réhabilitation prothétique	Effectif	Pourcentage (%)
Esthétique	19	27,1
Fonction	16	22,9
Fonction et Esthétique	32	45,7
Autres	3	4,3
Total	70	100

Autres : pressions familiales, malades référés pour algies des articulations temporo-mandibulaires.

La fonction et l'esthétique ont été le motif principal de consultation avec 45,7%

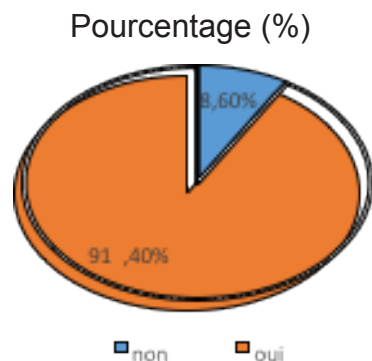


Figure 1 : Répartition des patients selon le degré de satisfaction de la réhabilitation prothétique.

Les 91,4% des cas étaient satisfaits de leur prothèse après leur réhabilitation.

DISCUSSION

Nous avons examiné patients. La prédominance féminine retrouvée dans notre série pourrait s'expliquer par 52,5 avec un sex ratio de 0,89. Ce résultat pourrait s'expliquer par la tendance des femmes à fréquenter de manière plus assidue les centres de soins dentaires parce que ayant plus de disponibilité mais aussi s'inquiétant plus de leur aspect esthétique.

L'étude a mis en évidence la vieillesse de notre population avec 60% des personnes qui sont entre 55 et 85 ans, ce qui dénote une fois de plus

du manque de sensibilisation à la prophylaxie dentaire.

Le nombre de personnes totalement édentées augmente avec l'âge. En effet vieillesse et édentement sont étroitement liés[9].. Les personnes âgées entretiennent souvent la fausse idée que la perte des dents est inévitable avec l'âge. Elles jugent les traitements dentaires moins importants pour elles que pour les jeunes et n'en font donc pas une priorité [9].

Le fait que les dents blanches et bien alignées soient retrouvées comme le principal critère d'esthétique dentaire dans notre série montre bien que, malgré des évolutions, 61,4% des personnes interrogées qui pensent que la couleur de la dent est primordiale dans l'esthétique d'un sourire. 24,3% des cas qui considèrent la position de la dent toujours en association avec la couleur comme élément important dans l'esthétique d'un sourire.

Malgré des évolutions dans les pensées, il est toujours admis que les dents participent à l'esthétique d'un visage. Il existe donc bien une certaine notion de beauté par les dents [7].. Elles ont même été décrites comme le plus bel ornement de la figure humaine, elles « flattent nos regards et ajoutent de nouveaux agréments à la beauté des traits du visage [7], véritables parures naturelles, prédominantes « sur tous les autres attraits de la figure » [8].

Environ 6% des sujets n'étaient pas satisfaits de leurs restaurations prothétiques » et expliquer les éventuelles raisons de non satisfaction rapportées dans la littérature.

Dans la littérature, il a été recommandé de faire concorder la forme des dents prothétiques à la forme du visage pour le montage des dents antérieures.[10]

Cependant, il ne faut pas omettre le fait que notre population d'étude est à majeure partie analphabète d'où sa méconnaissance criarde des principaux canons de beauté qui sont régis

dans la littérature. Il serait donc judicieux de savoir pour les prothésistes s'il faut adapter la conception prothétique à la demande de la population ou alors tout simplement d'appliquer les concepts recommandés.

CONCLUSION

La réhabilitation prothétique complète de la cavité buccale ne se résume pas uniquement en une succession d'actes techniques. Le handicap de l'édentement ouvre une dimension psychologique que le praticien doit comprendre.

Il s'agit d'une prise en charge globale du patient avec ses doutes et ses angoisses. Compte tenu de la diversité des canons de beauté et devant la complexité de la demande esthétique, l'approfondissement de la connaissance des critères esthétiques de certains groupes ethniques est d'un intérêt capital pour comprendre les exigences de certains patients et réussir une restauration prothétique complète. Nous avons pu constater grâce à cette étude que la majorité des patients interrogés ont réellement comme motif de consultation, la fonction et l'esthétique, comme motif esthétique de réhabilitation prothétique, l'amélioration du sourire et définissent un beau sourire par des dents blanches et bien alignées. La définition du beau, la détermination de ses critères et son évaluation relèvent autant de la subjectivité et varient selon les époques, les milieux, les cultures que des considérations objectives de forme, de taille relativement stables, communément et consensuellement admises. L'évaluation finale, «celle qui compte», reviendra toujours et nécessairement au patient et à son entourage.

REFERENCES

1. JAUDOIN P ; COUTAREL-FOND C ; MILLET C. Aspects psychologiques de l'édentation totale. Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23325B08, 2007, 7.
2. DELAPLANCHE CHARLES-ANTOINE. Esthétique en prothèse complète. Thèse : 3e cycle UFR Odonto, Nantes, 2012, 163p.
3. AMANI S. R ; BAMBA ; N'DINDIDN A.C ; N'GUESSAN K.S ; ASSI K.D. Les doléances objectives immédiates en prothèse adjointe totale. Rev.Col. Odonto-Stomatol.Afri. Chir. Maxillo-Fac; Vol.13, 2006, pp.51-56.
4. Lejoyeux E. Esthétique du visage. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Odontologie/Orthopédie dento-faciale, 23-460-C-20, 2003,8p.
5. BLANDIN M ; POMAR Ph et SOULET H. Spécificité gériatrique en prothèse adjointe complète et maxillo-faciale. Inf Dent 1994b ; 76 (2) : 101-110.
6. BUDTZ-JORGENSEN E et CLAVEL R. Les prothèses totales ; situations globales. La prothèse totale, théorie pratique et aspects médicaux. Paris : Masson, 1995. pp. 66-73
- 7.] Laurent M, Ratel P. L'esthétique du naturel en prothèse totale adjointe. Actualités Odonto-Stomatol 2003; 223: 255-267.
- 9.
10. BUDTZ-JORGENSEN E et MOJON P. Épidémiologie de l'édentement total. Real Clin 1997 ; 8 (4) :359-367.
11. DE LORRAINE S. Les secrets de la beauté du visage et du corps : traité complet d'hygiène, de physionomie et d'embellissement. Chez L'Auteur, 1855- Chapitre XVII, Des dents, pp.129
12. DUCKETT W. (FILS) Dictionnaire de la conversation et de la lecture : inventaire raisonné des notions générales les plus indispensables à tous. 1854 ;7, .
13. THIOUNE N. Esthétique en prothèse conjointe évaluation de l'attente d'une population urbaine Sénégalaise. (Enquête auprès de 400 sujets dakarois). Thèse Chir. Dent ; Dakar, 2005, 3, 152-155.
- 10- FAJRI .L, ABDELKOUI .A, ABDEDINE. Approche esthétique en prothèse amovible complète. EDP Sciences, 2013.
11. Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness Self perception and influence on personality. Angle Orthod 2007; 77(5): 759-765.

12. Hüe O, Muller J-L, Frot. A. La fausse gencive en prothèse amovible. Cah Prothèse 2009, 145□:29-37.

14. Raux D, Postaire M. Morphologie et coloration de la fausse gencive et des surfaces polies stabilisatrices de prothèse adjointe (deuxième partie). Rev Fr Proth Dent 1990 ; 13:23-29.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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



CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES AU BURKINA FASO : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES À PROPOS DE 69 CAS

CANCERS OF THE UPPER AERODIGESTIVE TRACT IN BURKINA FASO: EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS ABOUT 69 CASES

Gouéta A, Sanou E, Konaté ASH, Ouoba MB, Gyébré YMC, Ouattara M, Ouoba K

Service d'ORL et de CCF, CHUYO, Ouagadougou

Auteur correspondant : Dr Aboubacar GOUETA, Médecin spécialiste en ORL/CCF
CHU-Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso
03BP 7022 Ouagadougou 03
Mail : egoueta@yahoo. com **Mobile :** +226 70362348

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont relativement fréquents dans notre pratique ORL. Le but de ce travail était de rapporter les aspects épidémiologiques cliniques et histologiques de ces cancers dans le service ORL et de Chirurgie Cervico-faciale (CCF) du CHU de Ouagadougou.

PATIENTS ET MÉTHODE : Il s'est agi d'une étude descriptive avec collecte rétrospective de données allant de janvier 2014 à décembre 2018.

RÉSULTAT : Nous avons colligé en 5 ans 69 cas de cancers des VADS histologiquement confirmés soit une fréquence de 52,3% de l'ensemble des cancers en ORL et 13,8 cas /an. L'âge moyen était de 51 ans $\pm 12,6$. Les classes d'âge de 40-49 ans et 50-59 ans étaient les plus représentées. Le sex-ratio était de 2,8. Le délai moyen de consultation était de 14,2 mois. Les cancers du pharynx venaient en tête avec une prédominance des cancers de l'oropharynx, suivis des cancers du larynx. Au plan histologique le carcinome épidermoïde était prédominant. Les tumeurs étaient classées T3-T4 dans 93,1% des cas. Ces tumeurs ainsi vues tardivement sont au-delà de toute ressource chirurgicale. Leur traitement est alors le plus souvent palliatif.

CONCLUSION : Le diagnostic des cancers des VADS est tardif, se faisant à des stades pour lesquelles les ressources thérapeutiques sont limitées. D'où l'intérêt d'une sensibilisation des populations à une consultation précoce et de tous les acteurs de soins pour une prise en charge optimale de ces tumeurs.

MOTS CLÉS: Cancers, VADS, ORL, Burkina Faso

ABSTRACT

INTRODUCTION : The cancers of the upper aerodigestive tract (UADT) are relatively frequent in our ENT practice. The aim of this work was to report the epidemiological, clinical and histological aspects of these cancers in the ENT/CervicoFacial Surgery (CFS) department of Ouagadougou teaching hospital.

PATIENTS AND METHOD : This was a descriptive study with retrospective data collection covering 5 years from January 2014 to December 2018.

RESULT : In 5 years, we have collected 69 cases of histologically confirmed cancers of UADT i.e. a frequency of 52.3% of all ENT cancers and 13.8 cases/year. The average age was 51 years $\pm 12,6$. The 40-49 and 50-59 age groups were the most incriminated. The sex ratio was 2.8. The average consultation time was 14.2 months. The cancers of the pharynx came first with a predominance of cancers of the oropharynx, followed by cancers of the larynx. Histologically, squamous cell carcinoma was predominant. The tumours were classified as T3-T4 in 93,1% of cases. These tumors seen late in life are beyond the reach of any surgical resources. Their treatment is then most often palliative.

CONCLUSION : The diagnosis of VADS cancers is late, occurring at stages for which therapeutic resources are limited. Hence the importance of raising public awareness of early consultation and of all those involved in care for optimal management of these tumours.

KEYWORD : Cancers, UADT, ENT, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les cancers ORL sont essentiellement les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) développés aux dépens de la cavité buccale, du pharynx, du larynx [1]. L'incidence des cancers est en constance progression dans le monde, aussi bien dans les pays développés que dans les pays émergents [2]. Le développement de ces cancers est soumis à l'intrication de plusieurs facteurs [1, 2].

Nous nous proposons à travers cette étude de préciser les aspects étiolo-épidémiologiques de ces tumeurs, leurs différentes présentations cliniques et les types histologiques rencontrés.

PATIENTS ET MÉTHODE

Cette étude s'est déroulée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Nous avons colligé 102 dossiers cliniques des patients pris en charge pour un cancer des VADS entre Janvier 2014 et Décembre 2018. Tous les patients porteurs d'un cancer des voies aérodigestives supérieures avec une preuve histologique ont été inclus dans cette étude.

Sont considérés comme cancers des VADS, les cancers de la cavité buccale, cancers de l'oropharynx, cancers de l'hypopharynx, les cancers du larynx.

Les paramètres pris en compte dans la présente étude ont été épidémiologiques (âge, sexe, profession, origine géographique, facteurs de risque, cliniques (délai de consultation, signes fonctionnels, signes associés, résultats de l'examen clinique), paracliniques (radiologique essentiellement tomodensitométrie et endoscopie, histologiques par les résultats de l'examen histopathologique de la pièce opératoire. Ces cancers ont ensuite été classés selon la classification stades AJCC (American Joint Comite on Cancer) 2010, 7ème édition, et Ann Arbor.

RÉSULTATS

En 5ans, 132 cas de cancers ont été enregistrés dans le service dont 69 cas de cancers des VADS soit 52,3 % de l'ensemble des cancers ORL. L'incidence annuelle de ces cancers était de 13,8.

L'âge moyen était de 51 ans $\pm$ 12,6. La tranche d'âge de [40-59] était la plus représentée. Les patients de plus de 40 ans représentaient 73,7% des patients. Nous avons enregistré 51 hommes et 18 femmes soit un sex-ratio de 2,8.

Les facteurs de risque étaient constitués par le tabac 42,1 %, l'alcool 20,6 %, et association alcool et tabac 13,7%. Dans 37 %, nous n'avons retrouvé aucune notion de tabac ni d'alcool.

Le délai moyen de consultation a été de 12,4 mois $\pm$ 2,3. La dysphagie et la dysphonie étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 42 cas soit 60,9% et 33 cas soit 47,8%. Les signes fonctionnels retrouvés à l'interrogatoire sont représentés dans le tableau I.

Tableau I : Répartition selon le motif de consultation, des patients admis au Service ORL du CHU YO, 2014-2018. (N=69)

Motivation de la consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Dysphagie/odynophagie	42	60,9
Dysphonie	33	47,8
Dyspnée laryngée	24	34,8
Adénopathie cervicale	23	33,3,4
Ulcérations buccales	11	15,9
Otalgie réflexe	9	13
Algies bucco-dentaires	7	10,1
Autres* motifs	6	8,7

Autres* : mobilité dentaire, toux, trismus...

L'examen physique a permis de noter une tumeur de la cavité buccale (langue) dans 5 cas, une tumeur de l'oropharynx dans 1cas (figure) et des adénopathies dans 23 cas.

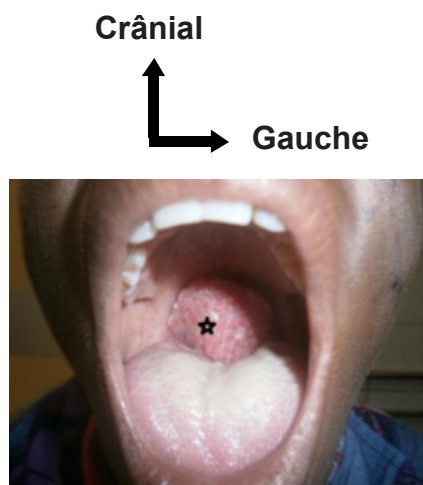


Figure : Tumeur de l'oropharynx (sarcome de l'oropharynx)

La nasofibroscopie a été réalisé chez 5 patients. Elle objectivait une tumeur de l'hypopharynx dans 3 cas et une tumeur du larynx dans 2 cas. La panendoscopie a été réalisée chez 44 patients soit 63,8%. Elle a révélé 24 tumeurs de l'oropharynx, 7 tumeurs de l'hypopharynx et 32 tumeurs du larynx. Elle a permis de préciser qu'il s'agissait d'une tumeur bourgeonnante dans 48% des cas, ulcérée 21%, nécrosée 5%, hémorragique 5%, infiltrante 5% et ulcéro-bourgeonnante 16%.

La tomodensitométrie (TDM) cervico-faciale a été réalisée chez 29 patients soit 42% des cas. Elle nous a permis de préciser le siège des cancers dans tous les cas.

Une échographie abdominale et radiographie pulmonaire ont été réalisées chez 40 patients (58%) dans le cadre du bilan d'extension de la tumeur. Elles étaient normales dans tous les cas. L'examen histopathologique des pièces de biopsie ou d'exérèse chirurgicale a mis en évidence 3 types histologiques comme indiqué sur le tableau II.

Tableau II : Type histologique des cancers des VADS en fonction de leur siège (N=69)

Type histologique		Pharynx*	Larynx	Cavité buccale	Total
Carcinomes	Epidermoïdes	21	28	6	55
	Glandulaires	3	1	-	4
	Adénoïdes kystiques	1	1	-	2
Lymphomes		3	2	-	5
Sarcomes		3	-	-	3
Total		31	32	6	69

La classification des cancers des VADS a montré une prépondérance des tumeurs T3 et T4, comme indiqué sur le tableau III.

Tableau III : Classification par stades des tumeurs des VADS (N=69)

Stades	Pharynx*	Larynx	Cavité buccale	Total
Stade 1	1	0	0	1
Stade 2	2	1	2	5
Stade 3	7	6	2	15
Stade 4	21	25	2	48
Total	31	32	6	69

Pharynx* : oropharynx, hypopharynx

Concernant les lymphomes, il y avait 1 patient au stades 1 (1,4%), 3 patients au stade 2 (4,3%) et 1 patient (1,4%) au stade 3 selon la classification d'Ann et Arbor.

Le traitement des cancers des VADS a été palliatif dans la majorité des cas.

DISCUSSION

Les cancers des VADS sont de fréquente croissance dans le monde, avec cependant des variations géographiques [1, 2, 3]. En France, près de 20 000 nouveaux cas de cancers des VADS sont diagnostiqués chaque année et représentent le quatrième rang des cancers chez l'homme et le cinquième rang en termes de

mortalité [1, 2]. Les pays en développement sont particulièrement affectés avec plus de 60% du nombre total des cancers dans le monde [1, 2, 3]. En ORL au CHUYO, la fréquence annuelle était de 13,8 cas. Ce résultat se rapproche de celui de Amégbor [4] qui trouvait un taux d'incidence de 18,3 cas/an.

La prédominance masculine de ces cancers notée par notre étude est également retrouvée dans la littérature [1-5]. Ces résultats s'expliqueraient par une grande exposition des hommes aux substances cancérigènes (alcool, tabac, graisses animales). Pour Ouoba [5], ce sont surtout les hommes qui fument et « boivent », ce qui expliquerait leur vulnérabilité.

L'étiopathogénie de ces cancers n'est pas encore bien connue, mais plusieurs auteurs s'accordent à dire que le tabac et l'alcool constituent des facteurs favorisant des cancers des VADS [2-6]. Selon Rothmann [6], le risque relatif de survenue d'un cancer des VADS est de 1,5 chez les fumeurs ; 1,2 chez les sujets éthyliques et 5,7 chez les sujets alcool-tabagiques. Hans [2] a montré dans une étude que chaque facteur de risque à lui seul multiplie par 3 le risque de cancer et l'association des deux multiplie ce risque par 15. La corrélation entre le risque des cancers des VADS chez les fumeurs et le siège de ce cancer est apparemment liée aux modalités de passage de la fumée de tabac dans ces régions anatomiques [7]. L'influence de l'alcool sur la genèse des cancers des VADS a été évoquée par certains auteurs [2, 7, 8]. Cependant pour ces auteurs, l'activité cancérigène directe de l'alcool n'a jamais été démontrée. L'alcool seul (contrairement au tabac) ne provoque pas de cancer chez l'animal [2, 9]. Il a un rôle de cocarcinogène en facilitant le développement d'un cancer.

L'hypothèse émise serait l'irritation chronique de la muqueuse, en particulier par les alcools forts. Dans la présente étude, 37% des patients n'avaient pas d'antécédent d'intoxication à l'alcool ni au tabac. Cela doit conduire à rechercher l'implication d'autres facteurs de risque. Ces facteurs pourraient être génétiques, viraux (Human Papilloma Virus, Epstein Barr

Virus), environnementaux, alimentaires et certaines pathologies. Nous pensons que des études prospectives intégrant des recherches biochimique et génétique pourraient permettre l'identification de ces facteurs.

Le diagnostic positif des cancers des VADS est rarement effectué au stade de début. Le délai moyen de consultation était de 12,4 mois. Ils sont initialement pauci-symptomatiques. Aucun signe n'est pathognomonique, d'où le retard diagnostique [10, 11]. La négligence et/ou l'ignorance dans notre contexte accentueraient ce retard à la consultation. Ainsi, les patients arrivent à un stade avancé de la maladie. Cependant le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme ORL unilatéral et persistant.

Dans la littérature comme dans la présente étude, les signes fonctionnels révélateurs des cancers des VADS sont fonction du stade clinique et de la topographie de la tumeur. Ainsi, au stade de début, les signes d'appel étaient dominés par la dysphagie et la dysphonie. En effet, la dysphagie est le signe d'appel fréquent des cancers du pharynx. Elle est également retrouvée dans les cancers du larynx de localisation sus-glottique et dans les stades évolués des cancers du larynx [12, 13]. La dysphonie est le signe d'appel majeur des cancers du larynx [4, 14]. Son association à une dyspnée laryngée témoigne d'un stade avancé du cancer par une obstruction de la filière laryngée. Dans cette étude le principal signe d'appel était la dysphagie suivie de la dysphonie, signes ayant dominé le tableau clinique au début. Yehouessi [15] a trouvé une proportion de dysphagie dans 22,5% des cas et celle de la dysphonie dans 27,7% des cas.

Les cancers des VADS en particulier ceux de la cavité buccale et du pharynx sont très lymphophiles et peuvent être révélés par une atteinte ganglionnaire cervicale isolée [10]. Le diagnostic positif de ces cancers est généralement tardif en raison de la non-spécificité des signes fonctionnels de ces cancers et de leur long développement intracavitaire ; ce qui explique la découverte tardive de ces cancers [16]. Ces cancers sont donc en général découverts à un stade plus évolué

après l'apparition de signes d'envahissement locorégionaux [17]. Quel que soit le stade de découverte de ces cancers, le diagnostic de certitude repose sur l'histopathologie (ou anatomo-pathologie) de la pièce de biopsie. Différents types histologiques sont décrits dans la littérature avec une nette prédominance de carcinome épidermoïde [18, 19] comme nous l'avons noté dans cette étude. La muqueuse des voies aéro-digestives supérieures est revêtue en majorité d'un épithélium malpighien sensible à l'alcool et au tabac et dont la dégénérescence aboutit aux carcinomes.

La classification par stades AJCC dans notre série a montré une prédominance des stades T 3 et T4 (93,1%). Ce même constat a été par Koffi [14] (90, 6%). Le diagnostic de ces tumeurs à des stades cliniques évolués est noté par plusieurs autres auteurs [10-17]. Ce stade avancé trouve également son explication dans le retard diagnostique. Ce retard diagnostique dans notre contexte s'explique par le long itinéraire thérapeutique de nos patients : l'automédication omniprésente, le recours primordial à la médecine traditionnelle. Aussi, à cela s'ajoute-t-il l'insuffisance du plateau technique et de spécialistes dans nos pays sous-développés, l'ignorance et le manque de sensibilisation des différents acteurs en particulier des patients. Les principales difficultés rencontrées étaient liées à l'insuffisance des moyens diagnostiques. En outre le manque de service de cancérologie rend parfois difficile la prise en charge des patients. Cette prise en charge thérapeutique non abordée dans la présente étude devra être évaluée par des travaux futurs.

CONCLUSION

Le diagnostic des cancers des VADS est tardif, se faisant à des stades avancés dans un contexte d'insuffisance du plateau technique. D'où l'intérêt d'une sensibilisation des populations à une consultation précoce et de tous les acteurs de soins pour une prise en charge optimale de ces tumeurs.

RÉFÉRENCES

1. Sturgis EM, Wei Q, Spitz MR. Descriptive epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *Semin Oncol.* 2004 ; 31: 726-33.
2. Hans S, Bouccara D, Brasnu D. Evolution des facteurs de risque des cancers des voies aérodigestives : analyse des données récentes de la littérature. *Annales d'Otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale.* 2009 ; 126(1) : 29-34
3. International Agency for Research on Cancer (IARC). World cancer report 2014. <https://www.drugsandalcohol.ie/28525/1/World%20Cancer%20Report.pdf>.
4. Amégbor K, Darré, Lawson SLA, Pegbesou EP, Bissa H, Tagba E et al. Cancers des voies aérodigestives supérieures au Togo: aspects épidémiologiques et histopathologiques à propos de 457 cas. *La Rev Afr d'ORL et chirurgie cervico-faciale.* 2010 ; 8(1) :8-13.
5. Ouoba K, Dao M, Sano D, Guigma Y, Sakande, Kabre M et al. Les cancers ORL et cervico-faciaux au Burkina Faso : épidémiologie, problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. *Méd d'Afr Noire.* 1997; 44(8, 9): 452-56.
6. Rothman KJ, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J. Chron. Dis.* 1972 ; 25 : 711-69.
7. Kouassi YM, Tanon-Anoh MJ, Tea B, Buraima F, Yoda M, Kouassi B. Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures à Abidjan. *La Rev Afr d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale.* 2004 ; 2(3) : 79-86.
8. Lefebvre JL, Chevalier D. Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures. *EMC d'oto-rhino-laryngologie.* 2012; 20-947-A-10.

9. Stevens MH. Synergistic effect of alcohol and tobacco on epidermoid carcinogenesis in the larynx. *Otolaryngol Head and Neck Surg.* 1979 ; 87 : 751-6.
10. Blanchard D, Louis MY, Rame JP, De Raucourt D. Tumeurs de la cavité buccale et des voies.
12. Luft A, Pons Y, Conessa C. Alarm and detection signs of upper digestive and respiratory tract cancers. *La Revue du Praticien.* 2011 ; 61(9) : 1199-206.
13. Pons Y, Luft A, Conessa C. Signes d'appel des cancers des voies aérodigestives supérieures. *La Revue du Praticien, Médecine générale.* 2011 ; 61 (9) : 1199-1206.
14. Koffi B, Malendoma JR, Bata Bonozon P, Nali MN. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures : étude de 73 cas colligés dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie de Bangui. *La Rev Afr d'ORL et chirurgie cervico-faciale.* 2006 ; 4(1,2,3) :65-73.
15. Yehouessi V, Flatin M, Vodouhe UB, Lawson St AL, Vodouhe SJ, Houkpe YYC, et al. Signes d'appel des cancers des voies aéro-digestives supérieures en ORL au CNHU de Cotonou. *Bénin Médical.* 2014 ; 22 : 103-9.
16. Baglin AC, Benlyazid A, Borel C, Castillo L, Choussy O, DE Gabory L, et al. Recommandation pour la pratique clinique: tumeurs malignes primitives des fosses nasales et des sinus. Paris. Refcor Sinus-Bloc-notes. 2009, 27 p.
17. Sérémé M, Bengaly S, Ouédraogo D, Nao EEM, Ouattara B, Bambara C et al. Les cancers des sinus de la face. Aspects épidémio-cliniques et histologiques. *La Rev Afr d'ORL et chirurgie cervico-faciale.* 2015 ; 15(2) :60-64.
18. Conway DI, Mckinney PA, McMahan AD, Ahrens W, Schmeisser N, Benhamou S et al. Socioeconomic factors associated with risk of upper aerodigestive tract cancer in Europe. *European journal of cancer.* 2010; 46: 588-98.
19. Ndahindwa V, Ngendahayo L, Vyankandondera J. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) du Rwanda. *Rwanda Médical Journal.* 2012 ; 69 (1) : 40-9.

CORPS ÉTRANGERS ORL À PROPOS DE 603 CAS : UNE EXPÉRIENCE DE 5 ANS

FOREIGN BODIES ENT ABOUT 603 CASES: AN EXPERIENCE OF 5 YEARS

Gouéta A1, Diallo I1, Sanou E1, Ouédraogo A1, Gyébré YMC1, Ouédraogo BP2, Ouattara M1, Ouoba K1

1. Service d'ORL et de CC-F, CHU-Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso

2. Service d'ORL et de CC-F, CHU Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

CORRESPONDANT : Dr Aboubacar GOUETA, Médecin ORL et CCF
CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso
Email : egoueta@yahoo.com, **Tel** : +22670362348

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les corps étrangers (CE) représentent une pathologie fréquemment rencontrée en pratique ORL d'urgence.

OBJECTIFS : Etudier les CE de la sphère ORL dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU Yalgado Ouédraogo.

PATIENTS ET MÉTHODE : Il s'est agi d'une étude descriptive avec collecte rétrospective réalisée en 5 ans (2014- 2018), portant sur 603 patients admis pour CE ORL.

RÉSULTATS : Les corps étrangers ORL représentaient 2,8 % des consultations. Les enfants ont constitué 82,1% de nos patients. L'âge moyen était de 10,8 ans. Le sex-ratio était de 1,6. Les CE pharyngo-œsophagiens étaient les plus fréquents (44,6%). Les pièces de monnaies étaient les plus retrouvées chez les enfants et les prothèses dentaires chez les adultes. Les complications ont été rencontrées dans 4% des cas. La mortalité était de 0,49%.

CONCLUSION : Les corps étrangers ORL sont l'apanage du sujet jeune. La prise en charge nécessite du matériel adapté. La prévention reste la meilleure solution.

MOTS CLÉS : Corps étrangers, ORL, Traitement.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Foreign bodies (FB) represent a pathology frequently encountered in emergency ENT practice.

AIMS : To study the FB of the ENT sphere in the department of Otorhinolaryngology and Cervico-Facial Surgery of the Yalgado Ouédraogo University Hospital.

RESULTS : ENT FB accounted for 2.8 % of all consultations. The children constituted 82.1 % of our patients. The mean age was 10.8 years. The sex ratio was 1.6. The FB pharyngo-esophageal was the most common (44.6 %). The pieces of coins were the most common in children and dentures in adults. The complications rate was 4 %. The mortality rate was 0.49 %.

CONCLUSION : ENT FB are the prerogative of the young subject. The treatment requires the use of adapted material. The prevention remains the best solution.

KEYWORDS : Foreign bodies, ENT, Treatment.

INTRODUCTION

Un corps étranger (CE) de la sphère ORL est tout corps solide exogène qui est introduit et enclavé dans les oreilles, les fosses nasales ou la cavité buccale, ou arrêté dans le pharynx ou l'œsophage au cours de la déglutition ou passé par inhalation et enclavé dans le larynx, la trachée ou les bronches [1]. Les CE constituent une urgence fréquente en ORL. Ils peuvent engager parfois le pronostic vital du patient en fonction de leur localisation et nature [1, 2]. Parmi les plus dangereux, figurent les piles boutons, les aiguilles, les lames tranchantes, les prothèses dentaires avec crochets, les ressorts, les morceaux de verre, les arrêtes de poison et aimants [1, 3]. La localisation laryngée est grave pouvant engager dans l'immédiat le pronostic vital du patient [1-3]. Le but de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des corps étrangers de la sphère ORL dans un service d'ORL de la sous-région ouest africaine, afin d'en améliorer la prise en charge.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive avec collecte rétrospective portant sur les patients reçus pour corps étranger ORL, de janvier 2014 à décembre 2018, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado Ouédraogo (CHUYO).

Tous les patients qui ont été pris en charge pour un corps étranger ORL pendant la période d'étude ont été inclus dans l'étude. Les explorations blanches ont été exclues.

Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques des patients, le registre de consultations externes et le registre des comptes rendus opératoires. Les paramètres d'étude comportaient l'âge, le sexe, le motif et le délai de consultation, la localisation, la nature des corps étrangers, le diagnostic, l'extraction et l'évolution.

RÉSULTATS

Du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2018, nous avons colligé 603 cas de corps étrangers de la sphère ORL durant cette période. Ce motif de consultation représentait 2,8 % (603/21832) des admissions et 10% de l'ensemble des urgences ORL dans notre service. Les enfants de 0 à 15 ans représentaient 82% de la population d'étude. L'âge moyen des patients était de 10,8 ans avec des extrêmes de 28 jours de vie et 90 ans. Un pic de fréquence des CE a été noté chez les enfants âgés de [0-5] ans. Les patients de sexe féminin représentaient 45,8% et ceux de sexe masculin 54,2%). Le sex-ratio était de 1,6.

La durée moyenne du séjour du CE dans la sphère ORL était de 72 jours (2 heures - 3 ans). Les corps étrangers étaient localisés dans : la région pharyngo-œsophagienne (44,6%), les voies respiratoires inférieures (10,1%), les fosses nasales (18,4%), l'oreille (26,9%). Les CE du larynx représentaient 17 cas (2,8%). Les corps étrangers de nature anorganique représentaient la majorité des CE de la sphère ORL (56,7%) (Figure1).

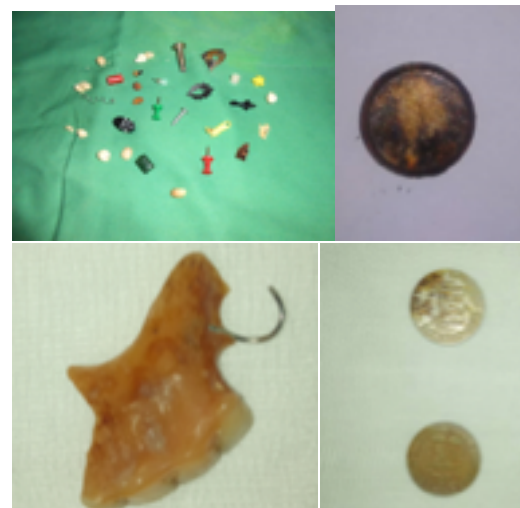


Figure 1 : Corps étrangers de la sphère ORL après extraction, certains étant dangereux : piles bouton (flèche rouge), prothèses dentaires (flèche noire), lame (flèche jaune)

Parmi les CE anorganiques, les piles boutons venaient en 6eme position dans cette série avec 3,8 % des cas. Le Tableau I représente la nature des CE retrouvés en fonction du siège au niveau de la sphère ORL.

Tableau I : Répartition des CE selon leur nature et leur localisation

		Oreille	Fosses nasales	Pharynx-œsophage	Larynx-trachée-bronches	Total
Organique (34,8%)	Végétaux*	20	27	23	34	104
	Coton	30	1	-	-	31
	Os-viande	-	-	29	-	29
	Arrête	-	-	23	-	23
	Insecte	23	-	-	-	23
	Sous Total 1	73	28	75	27	210
Anorganique (56,7%)	Piece de monnaie	-	-	143	1	144
	Caillou	17	4	-	3	24
	Perle	13	19	1	10	43
	Plastique	14	15	-	7	36
	Métallique	2	3	7	2	14
	Pile bouton	1	-	12	-	13
	Dentier	-	-	16	-	16
	Autres*	15	13	12	3	43
	Sous Total 2	65	54	187	27	342
Non précisé	-	24	29	7	-	51
Total		162	111	269	61	603

Végétaux* : grain de maïs, raisin, noix de karité, bézoards, coques..

Autres* : craie, crayon, gomme, papier, stylo, Chwingum..

La durée moyenne de séjour du CE dans la sphère ORL était de 72 heures (2heure-3ans). Trois cent soixante-cinq (365) patients soit 60,5% ont été admis après 24 heures de l'incident. Quatre-vingt-onze (15,1 %) CE ont bénéficié d'une tentative d'extraction.

La symptomatologie clinique était fonction de la

localisation (siège) du corps étranger. Le corps étranger était méconnu dans 4 cas (0,7%). Le tableau II résume les modes de révélation en fonction du siège du CE.

Tableau II : Symptômes d'appels du corps étranger en fonction du siège

	Symptômes	Nombre	Pourcentage
Pharynx et œsophage (269 cas)	Dysphagie	113	42
	Hypersialorrhée	113	42
	Vomissement	73	27,1
	Sensation de CE	59	21,9
	Odynophagie	54	20
Fosse nasale (111 cas)	Sensation de CE	95	85,6
	Obstruction nasale	20	18
	Rhinorrhée purulente	10	9
	Cacosmie	5	4,5
Oreille (162 cas)	Sensation de CE	149	92
	Otalgie	9	5,6
	Otorrhée	1	0,6
	Prurit	2	1,2
	Otorragie	1	0,6
	Hypoacousie	1	0,6
VRI (61 cas)	Dyspnée	39	63,9
	Syndrome de pénétration	7	11,5
	Toux	16	26,2
	Hémoptysie	2	3,3

VRI : Voies Respiratoires Inférieures (larynx-trachée- bronches)

Les radiographies standards étaient réalisées de façon systématique pour les localisations pharyngées et œsophagiennes soit 226 cas (37,5%) ; pour localiser les corps étrangers métalliques et osseux. Elles ont été contributives en montrant une image radio-opaque chez tous les patients. Une TDM a été réalisée chez un (1) patient et mettait en évidence un CE œsophagien ayant migré

à travers la paroi et ayant causé un abcès cervical.

L'extraction du CE s'est faite selon deux modalités. L'extraction du CE s'est faite au fauteuil dans 232 cas (40%) et au bloc sous anesthésie générale dans 348 cas (60%).

Les modalités thérapeutiques sont résumées dans le tableau III.

Tableau III : Modalités thérapeutiques (N=580)

	Méthodes	Nombre	Pourcentage
Extraction au fauteuil 232 cas (40%)	Lavage évacuateur	122	52,6
	Micro pince	85	36,6
	Crochet	20	8,6
	Autres	5	2,1
Extraction sous AG 348 cas (60%)	Voie externe	1	0,3
	Voie endoscopique	347	99,7
Total	-	580	100

Le traitement complémentaire a été associé chez 202 patients (33,5%). Il était médical dans 33% des cas et chirurgical (trachéotomie) dans 0,5% des cas. Le traitement médical était constitué d'antibiotiques 105 cas (17,4%), d'antiinflammatoires 58 cas (9,7%), d'antalgiques 32 cas (5,3%), d'hygiène nasale 4 cas (0,7%), de bains de bouche 1 cas (0,2%).

L'évolution a été favorable dans 92,2% des cas. Il a été noté 23 cas d'échec d'extraction des CE. Les complications étaient notées dans 24 cas (4% des cas). Les complications étaient à type de migration du CE (10 cas), spasme laryngé (2cas), hémorragie (7cas) bouchon trachéal (2cas) emphysème sous cutané (2cas), abcès cervical (1cas). Le taux de mortalité était de 0,49%. La durée d'hospitalisation moyenne était de 2,54 jours avec des extrêmes de 1 jour et 21 jours.

DISCUSSION

Les corps étrangers ORL restent une pathologie d'actualité. En effet, la prévalence hospitalière des CE est de 2,76% de toutes les admissions du service. Elle est variable selon les auteurs. Elola A. en 2012 [2] retrouvait 5,46%. Les CE ont représenté 10% de l'ensemble des urgences ORL. Ce constat corrobore les données de la littérature, en moyenne 11% des urgences ORL [3, 4].

Les corps étrangers ORL peuvent survenir à tout âge. Ils surviennent en général à partir de l'âge de préhension et surtout chez l'enfant de moins de 6 ans, avec une nette prédominance masculine. Dans la littérature, la plupart des auteurs rapportent cette prédominance chez l'enfant [5,6]. Cette prédominance résulte du fait que ces derniers à partir de six mois (âge de la préhension) apprennent à découvrir le monde extérieur qui les entoure à travers leurs organes de sens. Ils ont donc tendance à porter à leurs orifices naturels en particulier la bouche, tous les objets avec lesquels ils s'amuse. La prédominance masculine de ces CE dans notre étude est retrouvée par d'autres auteurs [1-5]. Cette prédominance masculine trouve classiquement son explication dans le tempérament plus vif, la grande turbulence et le caractère plus audacieux du jeune garçon par rapport à sa sœur.

La durée moyenne de séjour d'un corps étranger est variable selon les auteurs. En effet elle était 72 heures dans cette étude et de 5,35 jours dans celle de Khaoula [5]. Le diagnostic des CE ORL est avant tout clinique. Le diagnostic est évident lors d'un accident survenant en présence de l'entourage ou rapporté par le patient lui-même, mais peut parfois être méconnu surtout chez le jeune enfant. Ce même constat a été fait par d'autres auteurs [2-5]. Le CE était méconnu dans 0,7% dans cette étude. La symptomatologie

clinique est non spécifique et variable en fonction du siège. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires pour le diagnostic, puisque la majorité des CE sont radio-transparents [1, 5]. La visualisation directe lors de l'examen clinique et endoscopique à l'optique rigide ou au nasofibroscope sont généralement suffisants pour identifier et localiser les CE [5].

Dans la littérature, la distribution des corps étrangers de la sphère ORL varie selon les auteurs [5, 7]. Effet dans notre série la localisation pharyngo-œsophagienne a été prédominante avec 44,36%. Ce résultat était similaire à celui de Khaoula [5] (47,53%) et Kitcher [8] (41,3%). Par ailleurs certains auteurs [4, 7, 9] rapportent une prédominance de la localisation auriculaire, avec une proportion variant de 44% à 68% selon les séries. La localisation laryngée (2,8% dans cette étude) est la plus redoutée des CE en pratique ORL car elle est source de morbidité et de mortalité en particulier chez l'enfant de moins de 3 ans. Ce diagnostic doit être évoqué devant toute détresse respiratoire aiguë de l'enfant et nécessite une prise en charge en extrême urgence [5].

La nature du CE varie en fonction de l'âge, la localisation, et les particularités sociodémographiques [5]. En effet les corps étrangers anorganiques à type de pièce de monnaie représentaient la majorité des CE de la sphère ORL dans la littérature [2, 5, 10] chez l'enfant. L'enfant joue avec tout ce qui se trouve dans son environnement et la diversité des corps retrouvés n'a de limite que l'imagination fertile de ces derniers [5]. Les CE d'origine alimentaire prédominent dans la littérature [5, 7] chez l'adulte. Parmi les CE anorganiques, les piles boutons, en 6ème position dans notre série avec 3,8 % des cas présentent une gravité particulière qui à notre sens mérite d'être relevée. En effet, ces corps étrangers sont associés à une morbidité et une mortalité non négligeables [5, 11]. Elles engagent le pronostic vital [3]. L'ingestion de pile bouton constitue une urgence car elle est responsable de lésions de l'œsophage qui apparaissent en moins de 4 heures si la pile y reste enclavée. Il s'agit de lésions de nécrose

et de perforation œsophagienne causées par 3 mécanismes : mécanique, chimique et électrique. Le risque de perforation est quasi-présent après 06 heures [11]. Certaines études n'en rapportent pas [3, 12, 13]. Cependant la faible fréquence de ces piles boutons ne doit pas amener à les confondre avec les pièces de monnaie.

Les CE organiques ont été dominés par les végétaux (noyaux de fruits, graines et coques) avec 17,2% des cas. Ils étaient suivis des morceaux os/viande (4,8%) et d'arêtes de poissons (3,8%). Tazi [14] a rapporté 22% d'os /viande et 10% d'arête de poisson. Khaoula [5] trouvait respectivement 6,67% d'os et 4,13% d'arête de poisson et Bakyono [10] notait respectivement 12,08% d'os et 6,25% d'arête de poisson. Ces CE présentent un risque plus important de lésions œsophagiennes, car ils sont la source principale de perforation et d'infection [5, 10, 13, 14]. En accord avec d'autres auteurs, nous pensons que ces CE doivent être extraits en urgence du fait du risque d'ulcération muqueuse, de perforation et d'infection [2, 10, 11, 12]. Nous avons noté un cas d'abcès cervical secondaire à une migration d'une arête de poisson.

Tout CE ORL doit être extrait. S'il a pénétré par les voies naturelles, il peut être extrait par les mêmes voies, à condition qu'il n'ait pas migré à travers la paroi de ces voies disait Chevalier Jackson [15]. Cela illustre la primauté de l'extraction endoscopique. Les moyens thérapeutiques dépendent du siège du CE et notre traitement a consisté en une ablation par les voies naturelles dans 99,83% des cas. Deux groupes de manœuvres peuvent être distingués : les manœuvres non instrumentales et les manœuvres instrumentales [16, 17]. Les manœuvres non instrumentales doivent être tentées chaque fois que possible, surtout lorsque le CE est visible. Les manœuvres instrumentales sont nombreuses, le choix dépendant de la nature et de la forme de l'objet, de la coopération de l'enfant et de l'expérience de l'opérateur. L'extraction du CE doit être la plus atraumatique possible [5]. Le choix d'une technique adaptée d'extraction permet de diminuer de façon significative la morbidité [18]. L'extraction se fait

souvent sans ou sous anesthésie par les voies naturelles, sous guidage visuel sous miroir de Clar, à l'aide du microscope ou de l'endoscopie rigide ou souple.

L'extraction au fauteuil est indiquée et efficace pour les corps étrangers de l'oreille et des fosses nasales. Cependant, lorsque l'enfant est agité ou le CE est enclavé, le recours à l'anesthésie générale est souvent nécessaire. Le recours à l'anesthésie générale pour l'extraction des CE dans la littérature varie entre 8,6% et 30% des cas [5].

L'extraction sous anesthésique générale (AG) dans notre série (59% des cas) a concerné essentiellement les CEO et les VRI, les patients avec CE de l'oreille ou du nez non coopérants et d'âge jeune, ou après échec de plusieurs tentatives d'extraction [5, 12]. Le recours à l'anesthésie générale pour l'extraction des CE dans la littérature varie entre 8,6% et 30% des cas. Ce taux élevé dans notre série pourrait être expliqué par le mode d'extraction (endoscopie au tube rigide) nécessitant une AG alors que dans les pays développés la fibroscopie est la plus utilisée. Par ailleurs, il peut être expliqué par l'incidence élevée des CE œsophagiens. En outre, nous pensons que devant des enfants très jeunes et pusillanimes, l'AG s'impose car offre une sécurité tant à l'opérateur qu'aux patients. Les deux(02) méthodes d'extraction endoscopique loin de s'opposer se complètent [11, 16]: l'endoscopie au tube rigide et la fibroscopie. La fibroscopie n'a pas été utilisée dans notre service car elle n'est pas disponible. Pour plusieurs auteurs dans la littérature elle a permis l'extraction avec succès du CEO [19, 20, 21]. Dans la littérature, l'utilisation du tube souple semble plus l'apanage des hépato-gastro-entérologues et des équipes d'explorations digestives pédiatriques [19-21] tandis que le tube rigide est préféré par les ORL [5, 14, 16]. Mais on retrouve des passerelles allant de l'une à l'autre nous confortant dans la même position que Ouoba, à savoir que les deux méthodes se complètent [16].

L'évolution a été favorable chez 92,2% de nos patients après extraction du corps étrangers.

Les complications représentaient 4%. Le taux de mortalité dans notre série était de 0,49 %. Les complications les plus fréquentes étaient les lésions de la muqueuse digestive suivies par les complications infectieuses. Les CE de l'œsophage et du pharynx ainsi que ceux des VRI sont les plus pourvoyeuses de complications. Ce même constat a été fait par Khaoula [5] qui notait 11,69% de complications et un taux de mortalité de 0,22%. Les complications des CE de la sphère ORL sont le plus souvent simples, mais peuvent être graves comme l'obstruction des voies respiratoires supérieures, les perforations viscérales et les infections graves (médiastinite, pneumopathie) [5, 18, 22]. Le taux des complications peut atteindre jusqu'à 22% dans la littérature [5]. La plupart des auteurs rapportent une incidence plus élevée de complications iatrogènes en cas de manipulation précédente [5]. Il faut alors dissuader le personnel de base de l'extraction de CE en absence de matériel adapté. Les complications dépendent aussi d'autres facteurs : la coopération du patient, l'expérience du médecin, le type du CE, la durée de séjour, la visibilité et la profondeur du CE, ainsi que la disponibilité d'un équipement adapté. Mais il faut toujours garder à l'esprit la complémentarité des différentes modalités thérapeutiques dans la prise en charge des corps étrangers œsophagiens.

Le meilleur traitement reste la prévention. Elle est l'affaire de tous : patients, parents et personnels de santé. Le CE ORL est avant tout un accident domestique, en particulier chez l'enfant. La maison est donc le point de départ de leur prise en charge qui passe par la vigilance des membres de la famille. C'est un combat pour toute la société. Il appartient à l'Etat de s'assurer de la conformité des normes en ce qui concerne les jouets fabriqués ou importés. La vaste campagne de sensibilisation régulière à l'endroit de tous par le biais des médias publics s'impose.

CONCLUSION

Les corps étrangers de la sphère ORL restent un motif fréquent de consultation en pratique ORL d'urgence surtout chez l'enfant après l'âge de la préhension. Leur diagnostic est souvent facile, mais ces CE peuvent parfois être fatales par leur siège ou leur nature. La prise en charge nécessite un plateau technique adéquat dont le renouvellement et la maintenance doivent être périodiques. Au regard de leur gravité, la prévention reste la meilleure solution et passe par l'organisation de vastes campagnes de sensibilisation des parents, des patients et du personnel de santé sur les dangers des corps étrangers.

RÉFÉRENCES

1. Ouoba K, Dao MO, Sérémé M, Ouédraogo BP, Elola A. Les corps étrangers œsophagiens au CHU de Ouagadougou: une étude de 246 cas. *Méd d'Afr Noire*. 2003 ;50(5) : 236 - 40.
2. Elola A, Cessouma K, Ouattara M. Corps étrangers ORL à propos de 1382 cas. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 2012 ; 129(4) :149–50.
3. Diallo AO, Keita A, Odzili FI, Diallo OA, Fofana M, Conde B, et al. Les Corps étrangers en Oto-Rhino-Laryngologie : Analyse de 192 Cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Health Sciences And Disease*. 2018;19(2):61-5.
4. Da Silva BSR, Souza LO, Camera MG, Tamiso AGB, Castanheira LR. Corpos estranhos em otorrinolaringologia: um estudo de 128 casos. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2009 ;13(4) :394–9.
5. Hssaine K, Belhoucha B, Rochdi Y, Nouri H, Aderdour L, Raji A. Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans. *PAMJ*. 2015 ; 21(1) :6.
6. Calmels M-N, Bergès C. Les corps étrangers chez l'enfant en oto-rhino-laryngologie. *Archives de Pédiatrie*. 2009; 16(6) :956-8.
7. Endican S, Garap JP, Dubey SP. Ear, nose and throat foreign bodies in Melanesian children: an analysis of 1037 cases. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2006;70(9):1539-

45.

8. Kitcher ED, Jangu A, Baidoo K. Emergency ear, nose and throat admissions at the Korle-Bu Teaching Hospital. *Ghana medical journal*. 2007; 41(1):9.
9. Acharya A, Singh MM, Shah S. Aerodigestive and Ear Foreign Bodies at Lumbini Medical College. *Journal of Lumbini Medical College*. 2013; 1(1):1–3.
10. Bakyono K, Gouéta EA, Zaghré N, Diasso K, Bambara C, Nao E, et al. Les corps étrangers œsophagiens au service ORL du CHU Yalgado Ouédraogo. *Jaccr Africa*. 2020, 4(2): 238-46.
11. De Barros A, Dehesdin D. Corps étrangers de l'œsophage. *Encycl Méd Chir*. 2000 ; 9: 203-10.
12. Giguère C. Les corps étrangers de la sphère ORL. *Méd Québec*. 2007; 5:51-59.
13. Mukherjee A, Haldar D, Dutta S, Dutta M, Saha J, Sinha R. Ear, nose and throat foreign bodies in children: a search for socio-demographic correlates. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2011 ; 75(4) : 510-12.
14. Tazi N, Barhmi I, Rouadi S, Abada R, Roubal M, Mahtar M. Les corps étrangers pharyngo-œsophagiens, l'expérience de notre service : à propos de 310 cas. *Ann fr d'Oto-rhino-laryngol et de Pathologie Cervico-faciale*. 2014 ;131(4): A118.
15. Diop EM, Tall A, Diouf R, Ndiaye IC. Corps étrangers laryngés : prise en charge chez l'enfant au Sénégal. *Arch Pédiatrie*. 2000 ; 7 :10-5.
16. Ouoba K, Gyébré Y, Ouédraogo B. Indications et apports de l'endoscopie dans l'exploration des VADS. *Rev Afr ORL et chir cervico-fac*. 2009 ;12(3) :5.
17. Claudet I, Salanne S, Debuissou C, Maréchal C, Rekhroukh H, Grouteau E. Corps étranger nasal chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*. 2009 ; 16(9) :1245–51.
18. Shafi M, Suhail Z, Ashrafi SK, Sajjad SM. Frequency of tracheobronchial foreign bodies and their management in urban population of Sindh. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(9): 896–99.
19. Vignon RK, Kodjoh N, Sehonou J, Olory-Togbe JL. La prise en charge endoscopique

des corps étrangers de l'œsophage au Bénin.
Journal Africain d'Hépatogastroentérologie.
2014 ; 8(3) :135-38.

20. Benhassine F, Benhassine ML, Smati L, Benhalla NK, Baghrich M. Complications des corps étrangers œsophagiens chez l'enfant. Endoscopy. 2009 ; 41(03) : 77.

21. Lakdhar-Idrissi M, Hida M. L'ingestion de corps étranger chez l'enfant : à propos de 105 cas. Archives de pédiatrie. 2011 ; 18(8) : 856-62.

22. Gouéta A, Gyébré YMC, Ouédraogo BP, Sérémé M, Ouoba K. Abscès cervical sur migration transversale d'un corps étranger œsophagien et accident vasculaire cérébral ischémique : à propos d'un cas au CHU YO (Burkina Faso). ORL MAG. 2016 ; (62) : 28-29.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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



ASPECTS TOMODENSITOMETRIQUES DE LA DYSPLASIE FIBREUSE OSSEUSE CRANIO-FACIALE DANS LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE DU CNHU-HKM A COTONOU (BENIN)

TOMODENSITOMETRIC ASPECTS OF CRANIO-FACIAL BONE FIBROUS DYSPLASIA IN THE MEDICAL IMAGING SERVICE OF CNHU-HKM IN COTONOU (BENIN)

YEKPE A P¹, ADJADOHOUN SBMG¹, NGAMO DGM¹, SAVI DE TOVE KM², BIAOU O¹

1 SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE DU CNHU HKM

2 SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE DU CHUD BORGOU-ALIBORI

RESUME

INTRODUCTION : La dysplasie fibreuse osseuse (DFO) crânio-faciale est une maladie osseuse bénigne congénitale rare. L'objectif de cette étude était de décrire ses caractéristiques tomodensitométriques dans le service d'imagerie médicale du CNHU HKM de Cotonou.

MATERIEL ET METHODE : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive à collecte rétrospective réalisée sur une période de 7 ans. Elle a porté sur les comptes rendus de scanners crânio-faciaux où le diagnostic de DFO a été retenu. Les variables étudiées étaient les données socio-démographiques ; les motifs d'examen, les données sémiologiques tomodensitométriques.

RESULTATS : Sur une période de 7 ans, 20 cas de DFO ont été répertoriés. L'âge moyen au diagnostic était de 38,75 +/- 22,83 ans. Nous avons noté une prédominance masculine. Les circonstances de découverte étaient fortuites dans 80 % des cas. Les formes polysostotiques étaient prédominantes (12/20). L'os ethmoïdal était le plus concerné (10/12) dans les formes polyostotiques alors que dans les formes monostotiques, l'os frontal et l'os sphénoïdal étaient les plus touchés respectivement dans 03 cas sur 08. La forme scléro-condensante était la plus fréquente (18/20). Les lésions étaient extensives dans 06 cas.

CONCLUSION : La DFO crânio-faciale est une affection peu fréquente et de découverte fortuite. Les formes polyostotiques et scléro-condensante étaient les plus fréquentes.

MOTS CLÉS : Dysplasie fibreuse osseuse, crânio-faciale, TDM.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Cranio-facial fibrous bone dysplasia (DFO) is a rare congenital benign bone disease. The objective of this study was to describe its tomodensitometric characteristics in the medical imaging department of CNHU HKM in Cotonou.

METHOD : This was a cross-sectional, descriptive study with retrospective collection carried out over a period of 7 years. It focused on the reports of cranio-facial scans where the diagnosis of DFO was made. The variables studied were socio-demographic data; the reasons for the examination, the semiological tomodensitometric data.

RESULTS : Over a period of 7 years, 20 cases of DFO were identified. The mean age at diagnosis was 38.75 +/- 22.83 years. We noted a male predominance. The circumstances of discovery were fortuitous in 80% of cases. The polysostotic forms were predominant (12/20). The ethmoidal bone was the most affected (10/12) in the polyostotic forms while in the monostotic forms, the frontal bone and the sphenoid bone were the most affected respectively in 03 out of 08 cases. The sclerocondensing form was the most frequent (18/20). The lesions were extensive in 06 cases.

CONCLUSION : Craniofacial DFO is an uncommon condition and is discovered incidentally. The polyostotic and sclerocondensing forms were the most frequent.

KEY WORDS : fibrous bone dysplasia, craniofacial, CT.

INTRODUCTION

La dysplasie fibreuse osseuse (DFO) est une maladie osseuse bénigne, congénitale mais non transmissible, dans laquelle l'os est remplacé par du tissu ostéo-fibreux renfermant une ostéogénèse immature. Elle est responsable de fractures, de troubles fonctionnels, de déformations et de douleurs [1]. Les lésions osseuses sont soit uniques (formes monostotiques), soit multiples (formes polyostotiques). La DFO est considérée comme une maladie rare avec une prévalence inférieure à 1 sur 2000 [2]. Elle représente environ 2,5 % des maladies osseuses et environ 7 % des lésions osseuses d'allure tumorale bénigne. [3] La DFO touche également les deux sexes. L'âge au diagnostic est le plus souvent compris entre 5 et 30 ans [2]. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques tomodensitométriques de la DFO cranio-faciale dans le service d'imagerie médicale du Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU HKM).

MATERIEL ET METHODE

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive à collecte rétrospective réalisée dans le service d'imagerie médicale du CNHU HKM sur une période de 7 ans, allant de Janvier 2011 à Décembre 2017. Elle a porté sur les comptes rendus de scanners cranio-faciaux. Tous les scanners ont été réalisés avec un scanner Siemens Somatom Emotion (16 CT Scanner) 16 barrettes ; en acquisition hélicoïdale crânio-faciale sans injection de produit de contraste en coupes fines, en fenêtre osseuse et cérébrale. Des reconstructions multi planaires et tridimensionnelles ont été réalisées à l'aide des logiciels, efilms WorkStation®, Radiant Dicom viewer® 4.6.2 et Osirix Dicom viewer®. Les interprétations ont été faites par un médecin radiologue.

Ont été inclus tous les comptes rendus de scanners ayant retenu le diagnostic de DFO. Les Variables étudiées étaient : les données socio-démographiques à savoir, le sexe, l'âge ;

les motifs d'examen, les aspects à la TDM à savoir la forme de DFO (monostotique, polyostotique), le type sémiologique (sclero-kystique, ostéo-condensation ou mixte) les extensions : ligne médiane, sutures, orifices de la base, cortex composante kystique ou fibreuse.

Les données des comptes rendus ont été encodées dans un logiciel Microsoft Office Excel 2016 ® et traitées à l'aide du logiciel Epi info 7.1.

RESULTATS

Sur une période de 7 ans, 20 cas de DFO ont été répertoriés.

Données socio-démographiques

L'âge moyen au diagnostic était de 38,75 +/- 22,83 ans. Nous avons noté une prédominance masculine, avec une sex-ratio de 2.33.

Les motifs d'examen : Les circonstances de découvertes étaient fortuites dans 16 cas sur 20. Les céphalées chroniques ont été retrouvées dans 01 cas.

Les aspects à la TDM : Les différentes formes et les os atteints sont résumés dans le tableau 1. Les formes polysostotiques représentaient 12 cas sur 20. L'os ethmoïdal (figure 1) était le plus concerné 10 cas sur 12, suivi de l'os sphénoïde 05 cas sur 12 (figure 2) dans ces formes.



Figure 1 : Dysplasie fibreuse fr onto-ethmoïdale droite. TDM, reconstruction sagittale en fenêtre osseuse passant par la fosse nasale droite. Du fait de l'extension de la lésion, le sinus frontal droit (flèche blanche) n'est plus visible, de même que les cellules ethmoïdales droites (flèches rouges).

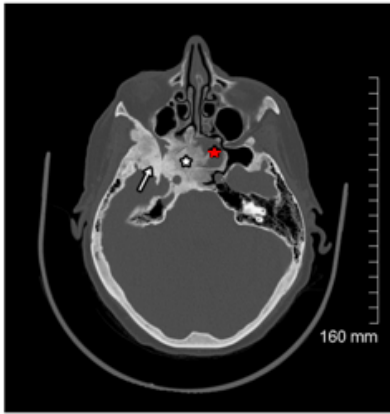


Figure 2 : Dysplasie fibreuse sphénoïdale. TDM, coupe axiale en fenêtre osseuse passant par les sinus maxillaires. Lésion mixte avec une composante dense (flèche), une composante en verre dépoli (étoile blanche) et une composante kystique (étoile noire).

Par contre dans les formes monostotiques l'os frontal et l'os sphénoïdal étaient les plus touchés respectivement dans 03 cas sur 08.

Tableau I : Répartition des os atteints en fonction du type de DFO

	Monostotiques	Polysototiques
Frontal	03	04
Ethmoïdal	-	10
Sphénoïdal	03	05
Temporal Droit	01	04
Temporal gauche	01	01
Pariétal gauche	-	01
Maxillaire gauche	-	02
Maxillaire droit	-	04
Zygomatique droit	-	03
Zygomatique gauche	-	01

Sur le plan sémiologique, un épaissement osseux avait été retrouvé dans tous les cas, la forme scléro-condensante (figures 3, 4) était la plus fréquente (18/20), suivie des lésions mixtes 02 cas sur 20.



Figure 3 : Dysplasie fibreuse sphénoïdale. TDM, coupe axiale passant par les sinus maxillaires. Lésion mixte avec une composante dense avec extension au sinus carotidien à gauche et comblant totalement la cellule sphénoïdale droite (flèche rouge).

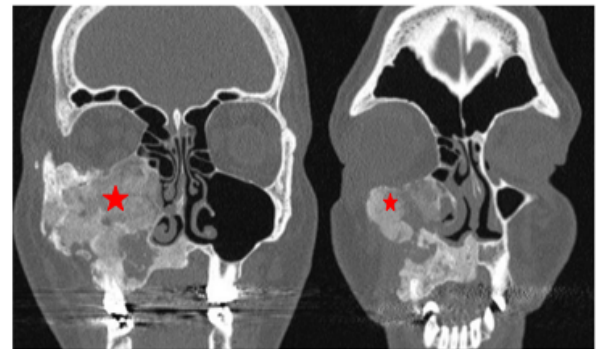


Figure 4 : Dysplasie fibreuse sphénoïdale. TDM, reconstruction coronale passant par les sinus maxillaires. Lésion mixte avec une composante dense avec extension au sinus maxillaire à droite (flèche rouge).

Il n'y avait pas de composante kystique. Une différenciation cortico-spongieuse a été retrouvée dans 14 cas. La table interne était amincie dans 4 cas.

Les lésions étaient extensives dans 06 cas avec les extensions réparties comme suit : les forams de la base du crâne (03 cas), le cortex cérébral temporal droit (02 cas) et 01 cas d'extension aux sutures (suture temporo-sphénoïdale droite).

Les forams atteints étaient rétrécis, il s'agissait

du canal carotidien gauche, le canal optique droit et la fente sphénoïdale droite.

DISCUSSION

La dysplasie osseuse est une anomalie du développement osseux, caractérisée par une métaplasie ostéo-fibreuse détruisant l'architecture normale de l'os. La pathogénie de l'affection congénitale est à ce jour encore méconnue [4]. Elle serait due à une mutation activatrice du gène *GNAS 1* (guanine nucléotid binding protein, alpha stimulating) touchant les cellules somatiques [1]. Dans cette étude nous avons retrouvé en 7 ans, 20 cas de DFO diagnostiqués à la TDM. Ce qui est concordant avec les données de Frisch et al [5] au USA (2014) 66 cas de DFO temporal en 13 ans et Ziadi [6] en Tunisie (2009) 18 cas en 15 ans. Il s'agit d'une affection osseuse bénigne, à caractère polymorphe. Elle est peu fréquente et représente 2,5 % des maladies osseuses et 7 % des tumeurs osseuses bénignes primitives [3]. Dans la population générale on retrouve moins d'01 cas sur 2000 [2].

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La DFO est habituellement observée chez l'enfant et l'adolescent et 75 % des sujets atteints ont moins de 30 ans [7]. Dans notre série, sa découverte était fortuite dans la quasi-totalité des cas. Frisch et al aux USA avaient retrouvé une découverte fortuite dans 27 % [5]. L'âge moyen lors du diagnostic était de 38,75 ans ; plus élevé que celui rapporté par Frisch et al au USA et Ziadi et al [6] en Tunisie qui avait rapporté respectivement un âge moyen de 24 ans et 28 ans. Cette découverte tardive et fortuite pourrait s'expliquer par le caractère souvent asymptomatique de la DFO.

Les hommes sont touchés aussi bien que les femmes, avec une légère prédominance féminine surtout lorsque la DFO est retrouvée dans un contexte de syndrome McCune Albright [8]. Dans notre étude, l'atteinte était majoritairement masculine, ce qui diffère des résultats de Ziadi S et al en Tunisie en 2009 qui ont retrouvé une

prédominance féminine [5]. Ces résultats restent à confirmer par une étude prenant en compte un échantillon plus large.

LES ASPECTS À LA TDM

On distingue deux principales formes de DFO, la forme monostotique, la plus fréquente (70%) et la forme polyostotique (20 à 30 %) [9]. Ces dernières atteignent plusieurs os dont majoritairement le massif facial avec une distribution fréquemment unilatérale des sites atteints [4]. Nous avons retrouvé une prédominance de la forme polyostotique dans notre série de même que Frisch et al [5]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les atteintes cranio-faciales surviennent plus fréquemment dans les formes polyostotiques (50 %) que dans les formes monostotiques (10 à 25 %) [4].

La localisation crânio-faciale intéressait dans notre série de façon décroissante l'ethmoïde suivi du sphénoïde le frontal le maxillaire droit proportions similaires à ceux retrouvées par Lustig et al en 2001 à Baltimore [10].

Au niveau de la base du crâne, la forme condensante est quasi la règle [7]. Ce fut le cas dans notre série. Cette ostéocondensation peut faire évoquer un méningiome en plaques, un fibrome ossifiant ou la maladie de Paget. Une sinusite chronique ne saurait être écartée dans ce contexte [11].

La DFO peut franchir aussi bien les sutures de la voûte que les synchondroses de la base, sans limites nettes entre l'os normal et l'os dysplasique. L'épaississement de l'os malade s'étend aux forams de la base et réduit ces derniers entraînant une compression des structures neurologique comprise dans les différents forams [1]. Dans notre série, nous avons noté 06 des cas de lésions extensives intéressant les forams de la base du crâne, le cortex et les sutures. Ces résultats étaient similaires à ceux de Ben hadj Hamida et al en Tunisie [4]. Les manifestations symptomatiques peuvent être une exophtalmie, une baisse de la vision par neuropathie optique compressive, secondaire à un rétrécissement du canal optique et de la fente

sphénoïdale par exemple [12]. Dans notre série ces rétrécissements ont été retrouvés mais les patients n'étaient symptomatiques.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir des liens d'intérêts.

CONCLUSION

La DFO crânio-faciale est une affection bénigne et polymorphe, peu fréquente et de découverte fortuite le plus souvent en milieu Hospitalier à Cotonou. La TDM est indispensable pour le diagnostic et le bilan d'extension. Sa forme scléro-condensante et le type polyostotique restent les plus retrouvés au CNHU-HKM.

REFERENCES

1. Couturier A, Aumaître O, Mom T, Gilain L, André M. La dysplasie fibreuse osseuse cranio-faciale. *Rev Med Interne*. 2016;37(12):834–9.
2. Orcel P, Chapurlat R. Dysplasie fibreuse des os. *Rev du Prat*. 2007;57(16):1749–55.
3. Hart ES, Kelly MH, Brillante B, Chen CC, Ziran N, Lee JS, et al. Onset, progression, and plateau of skeletal lesions in fibrous dysplasia and the relationship to functional outcome. *J Bone Miner Res*. 2007;22(9):1468–74.
4. Ben Hadj Hamida F, Jlaïel R, Rayana N Ben, Mahjoub H, Mellouli T, Ghorbel M, et al. La dysplasie fibreuse cranio-faciale. À propos d'un cas. *Craniofacial fibrous dysplasia: a case report*. *J Fr Ophtalmol*. 2005;28:6.
5. Frisch CD, Carlson ML, Kahue CN, Pelosi S, Haynes DS, Lane JI, et al. Fibrous dysplasia of the temporal bone: A review of 66 cases. *Laryngoscope*. 2015;125(6):1438–43.
6. Ziadi S, Trimeche M, Mokni M, Sriha B, Khochtali H, Korbi S. Dix-huit cas de dysplasie fibreuse craniofaciale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2009;110(6):318–22.
7. Pollandt K, Engels C, Werner M, Delling G. Fibröse Dysplasie. *Pathologe*. 2002;23(5):351–6.

8. Deshpande A, Naidu G, Dara B, Gupta M. Craniofacial fibrous dysplasia: A summary of findings with radiological emphasis. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 2016;28(4):403–403.
9. Akasbi N, Abourazzak FE, Talbi S, Tahiri L, Harzy T. La dysplasie fibreuse: état des lieux *Seminar Open Access. Pan African Med Journal-ISSN*. 2015;21(21):1937–8688.
10. Lustig LR, Holliday MJ, McCarthy EF, Nager GT. Fibrous dysplasia involving the skull base and temporal bone. *Arch Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2001;127(10):1239–47.
11. Chong VFH, Khoo JBK, Fan YF. Fibrous dysplasia involving the base of the skull. *Am J Roentgenol*. 2002;178(3):717–20.
12. Bradley J. Katz, Jeffrey A. Nerad, Md. Ophthalmic manifestations of fibrous dysplasia. *Ophthalmology*, 1998;105:2207-15.

PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUE CHEZ L'ENFANT PAR LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS EN PEDIATRIE DE BOUAKE ET SA PERIPHERIE (COTE D'IVOIRE)

Kouassi-Ndjeundo J E, Adjé YA, Kouassi NH, Vroh BTS, Nawata KDC, Dolé YMO, Ngattia KV, Kacouchia NB

Service d'Oto-rhino-laryngologie du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

RÉSUMÉ

OBJECTIF : apprécier les connaissances et les pratiques des médecins généralistes et des médecins en pédiatrie sur la prise en charge de l'otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : c'était une étude transversale, prospective et descriptive, qui s'est déroulée de septembre à décembre 2018 (4 mois). Elle a concerné 88 médecins généralistes et 19 médecins en pédiatrie (médecins pédiatres et non pédiatres) exerçant dans les services de pédiatrie de Bouaké et sa périphérie.

RÉSULTATS : les principaux facteurs favorisant incriminés par les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie étaient les infections virales des voies aériennes supérieures (respectivement 69,32% et 78,95%), et le dysfonctionnement tubaire (56,82% et 63,16%). Les signes fonctionnels du diagnostic de l'OMA étaient pour les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie : l'otalgie (100%), la fièvre (respectivement 92,05% et 94,74%) et l'otorrhée purulente (respectivement 90,91% et 100%). À l'otoscopie, les généralistes et les médecins en pédiatrie posaient le diagnostic d'OMA sur la base des éléments cliniques suivants : une membrane tympanique rouge/violacée (respectivement 64,34% et 73,68%), une membrane tympanique bombée (respectivement 57,95% et 84,21%), et une absence de relief ossiculaire (respectivement 43,18% et 68,42%). Le niveau de connaissance des facteurs favorisant de l'OMA était jugé moyen chez 60,2% des généralistes et 68,4% chez les médecins en pédiatrie. Quant aux critères diagnostiques otoscopiques, les généralistes et les médecins en pédiatrie avaient un niveau de connaissance moyenne dans respectivement 62,6% et 68,4%. L'antibiothérapie était systématique pour 32,95% des médecins généralistes et 15,79% des médecins en pédiatrie.

CONCLUSION : les dernières recommandations pour le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de l'OMA de l'enfant ne sont pas correctement appliquées par les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie.

MOTS CLÉS : otite moyenne aiguë, médecins généralistes, médecins en pédiatrie, prise en charge.

SUMMARY

OBJECTIVE : appreciate the knowledge and practices of general practitioners and pediatric physicians on the management of acute otitis media (AOM) in children.

MATERIALS AND METHOD : it was a cross-sectional, prospective and descriptive study, carried out between september to december 2018 (4 months). It involved 88 general practitioners and 19 pediatric physicians (pediatric and non-pediatric physicians) working in the pediatric departments of Bouaké and its periphery.

RESULTS : the main contributing factors incriminated by general practitioners and pediatric physicians were viral upper airway infections (69.32% and 78.95% respectively), and tubal dysfunction (56.82% and 63.16 %). The functional signs of the diagnosis of AOM were for general practitioners and pediatric physicians: otalgia (100%), fever (respectively 92.05% and 94.74%) and purulent otorrhea (respectively 90.91% and 100%). On otoscopy, general practitioners and pediatric physicians diagnosed AOM by the following clinical elements: a red / purplish tympanic membrane (64.34% and 73.68% respectively), a bulging eardrum (respectively 57.95% and 84.21%), and an absence of ossicular relief (43.18% and 68.42% respectively). The level of knowledge of the contributing factors of AOM was considered average in 60.2% of general practitioners and 68.4% of pediatric physicians. As for otoscopic diagnostic criteria, general practitioners and pediatric physicians had an average level of knowledge in 62.6% and 68.4% respectively. Antibiotic therapy was systematic for 32.95% of general practitioners and 15.79% of pediatric physicians.

CONCLUSION : the latest recommendations for the diagnosis and therapeutic management of AOM in children are not correctly applied by general practitioners and pediatric physicians.

KEYWORDS : acute otitis media, general practitioners, pediatric physicians, management.

INTRODUCTION

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne évoluant depuis moins de 3 semaines [1]. Particulièrement fréquente chez l'enfant, elle est observée chez 62% des enfants de moins d'un an, et chez 83% des enfants de moins de 3 ans [2,3]. C'est un motif fréquent de consultation En médecine ambulatoire. Il a été estimé à une consultation sur trois chez les enfants de moins de cinq ans en médecine générale. Avec la rhinopharyngite, elle représente la première cause de prescription d'antibiotiques chez l'enfant. Le problème actuel que pose l'OMA est l'émergence de nouvelles résistances bactériennes, conséquence d'un diagnostic par excès. De nombreuses recommandations et propositions thérapeutiques ont vu le jour et sont en perpétuelle mise à jour. Le but de cette étude était d'apprécier les connaissances et les pratiques des médecins généralistes et des médecins en pédiatrie sur la prise en charge de l'OMA de l'enfant.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive portant sur la prise en charge de l'OMA de l'enfant à Bouaké et sa périphérie. Elle a été menée sur 4 mois, (septembre à décembre 2018). La population d'étude était constituée de médecins généralistes et de médecins en pédiatrie. Les médecins en pédiatrie regroupent les médecins pédiatres, les médecins en formation en spécialité de pédiatrie, et les médecins internes des hôpitaux qui étaient en fonction dans les services de pédiatrie. Tous les enquêtés étaient des praticiens qui exerçaient dans les services de pédiatrie ou non, des centres de santé public et privé des zones sanitaires concernées. Cette étude a concerné les médecins présents pendant l'enquête et ayant donné leur consentement éclairé. Les praticiens n'ayant pas d'enfant dans leur patientèle n'ont pas été inclus dans l'étude. Le niveau de connaissances générales et de démarches

diagnostiques de l'OMA des praticiens a été évalué par la méthode suivante : bon pour 80 à 100% de bonnes réponses ; moyen pour 50 à 80% de bonnes réponses ; mauvais pour moins de 50% de bonnes réponses.

Les données ont été collectées à travers une fiche d'enquête auto-administrée et distribuée à chaque praticien. Cette fiche remplie de façon anonyme, comportait 29 questions principalement à choix multiples, renseignant les caractéristiques socio-professionnelles, les connaissances générales et les habitudes diagnostiques et thérapeutiques des praticiens en cas d'OMA.

RÉSULTATS

La population d'étude était constituée de 107 praticiens dont 88 médecins généralistes, et 19 médecins (pédiatres ou non) exerçant dans les services de pédiatrie. Le sex-ratio était de 3,6 en faveur des hommes. L'âge des praticiens variait entre 25 et 56 ans. Les médecins ayant un âge compris entre 31 et 35 ans représentaient 42,99%. Dans 57,01%, il s'agissait de praticiens qui exerçaient depuis moins de 5 ans.

Les principaux facteurs favorisant incriminés par les médecins généralistes interrogés étaient: les infections virales des voies aériennes supérieures (69,32%), le dysfonctionnement tubaire (56,82%) et l'hypertrophie des végétations adénoïdes (53,41%). Concernant les en pédiatrie, il s'agissait d'infections virales des voies aériennes supérieures (78,95%), du dysfonctionnement tubaire (63,16%) et de la vie en collectivité (52,63%).

Les éléments cliniques fonctionnels du diagnostic de l'OMA étaient pour les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie (pédiatres ou non): l'otalgie (100%), la fièvre (respectivement 92,05% et 94,74%) et l'otorrhée purulente (respectivement 90,91% et 100%). L'ensemble de ces signes sont résumés dans les tableaux I et II.

Tableau I : Facteurs favorisant selon les médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage (n=88)
Infections virales des voies aériennes supérieures	61	04
Dysfonctionnement tubaire	50	10
Hypertrophie des végétations adénoïdes	47	05
Tabagisme passif	42	04
Vie en collectivité	38	01
Allergie/Terrain atopique	34	01
RGO*	13	02
Antécédent familiaux d'OMA	5	04
Utilisation d'une sucette	4	03
Présence d'autre enfant à la maison	4	01

* : reflux gastro-oesophagien

Tableau II : Facteurs favorisant selon les médecins en pédiatrie

	Effectif	Pourcentage (n=19)
Infections virales des voies aériennes supérieures	15	78,95
Dysfonctionnement tubaire	12	63,16
Hypertrophie des végétations adénoïdes	9	47,37
Tabagisme passif	6	31,58
Vie en collectivité	10	52,63
Allergie/Terrain atopique	6	31,58
RGO	4	21,05
Antécédents familiaux d'OMA	6	31,58

Les signes otoscopiques décrits par les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie étaient une membrane tympanique rouge/violacée (respectivement 64,34% et 73,68%), une membrane tympanique bombée (respectivement 57,95% et 84,21%), une membrane tympanique perforée (respectivement 65,91% et 47,37%) et une absence de relief ossiculaire (respectivement 43,18% et 68,42%). Les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie considéraient l'association otite hyperalgique + fièvre > 38°C en faveur de l'OMA à staphylocoque respectivement dans 67,04% et 52,63%. L'association d'une conjonctivite purulente à l'OMA est en faveur de l'*Haemophilus influenzae* dans 60,23% pour les généralistes et 47,37% pour les médecins en pédiatrie. Les connaissances générales et démarches diagnostiques des praticiens sur l'OMA de l'enfant sont résumées dans le tableau III.

Tableau III : Evaluation de la connaissance générale et démarche diagnostique des praticiens sur l'OMA de l'enfant

		Médecins généraliste (n=88)	Médecins en pédiatrie (n=19)	
	Effectif	%	Effectif	%
Degré de connaissance des facteurs favorisants de l'OMA de l'enfant				
Bon	3	3,4	1	5,3
Moyen	53	60,2	13	68,4
Mauvais	32	36,4	5	26,3
Degré de connaissance des signes fonctionnels de l'OMA de l'enfant				
Bon	63	71,6	14	73,7
Moyen	19	21,6	4	21,0
Mauvais	6	6,8	1	5,3
Degré de connaissance des signes otoscopiques de l'OMA de l'enfant				
Bon	3	3,4	3	15,8
Moyen	55	62,5	13	68,4
Mauvais	30	34,1	3	15,8

L'antibiothérapie était systématique pour 32,95% des médecins généralistes et 15,79% des médecins en pédiatrie. Pour les autres praticiens, les principales indications étaient l'infection sévère supposée (68,22%), l'absence d'évolution favorable après quelques jours (58,88%) et la fièvre élevée (51,40%). Les autres indications concernaient la présence d'un terrain débilité (34,58%), l'otalgie très importante (24,30%), l'âge de l'enfant (4,67%), et la surveillance des parents peu fiable (0,93%). Pour le choix de la molécule de première intention, 60,23% des généralistes et 89,47% des médecins en pédiatrie optaient pour l'association amoxicilline + acide clavulanique contre respectivement 35,23% et 10,53% pour l'amoxicilline. En seconde intention, les céphalosporines de 3ème génération étaient les plus prescrites (32,95% des généralistes et 57,89% des médecins en pédiatrie). En cas d'échec thérapeutique, la conduite la plus adoptée par les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie était d'adresser l'enfant à un médecin ORL dans respectivement 98,9% et 94,7%. La figure montre les complications de l'OMA énumérées par les praticiens. La méningite (87,9%) et la mastoïdite (82,2%) étaient les plus connues.

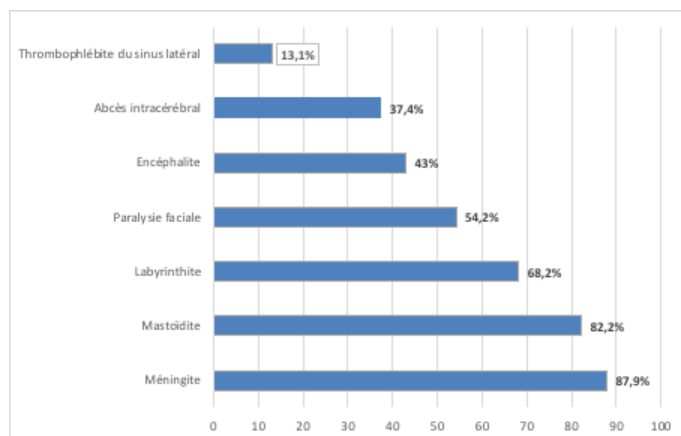


Figure : complications énumérées par les praticiens

DISCUSSION

Bien que parfois sujets à controverse, de nombreux facteurs sont associés à une augmentation de la survenue de l'OMA. En effet, le rôle des virus dans la pathogénie de l'OMA est bien établi, mais l'importance respective des différents virus reste encore incertaine. Dans une étude prospective, environ 43% de toutes les infections des voies aéro-digestives supérieures ont été associées à une OMA [4]. Les virus isolés étaient en majorité: le virus respiratoire syncytial, le virus influenzae et parainfluenzae et l'adénovirus [5]. Dans notre étude, 69,32% des médecins généralistes et 78,95% des médecins en pédiatrie interrogés trouvaient que les infections virales des aériennes supérieures favorisaient la survenue de l'OMA.

Le dysfonctionnement tubaire semble jouer un rôle important dans la genèse de l'OMA. Dans cette série, 56,82% des médecins généralistes et 63,16% des médecins en pédiatrie le considéraient comme facteur favorisant. L'hypertrophie des végétations adénoïdes favorise également l'infection de l'oreille moyenne par voie ascendante naso-tubo-tympanique et peut aussi constituer un réservoir de germes pathogènes [3]. Les médecins généralistes et les médecins en pédiatrie de cette enquête l'ont incriminée dans respectivement 53,41% et 47,37% des cas. La vie en collectivité expose les enfants à une incidence particulièrement accrue d'OMA. En effet, le risque de présenter un épisode d'OMA est multiplié par trois chez les enfants en crèche, et le risque d'avoir un épisode d'OMA avant l'âge de deux ans est multiplié par cinq [6]. Dans la présente étude, la vie en collectivité n'a été considérée comme facteur favorisant que par 43,18% des généralistes et 52,63% des médecins en pédiatrie. Ces faibles proportions constatées chez les praticiens de Bouaké seraient probablement dues à la rareté des crèches en Côte d'Ivoire et le peu de fréquentation de celles existantes. Dans la littérature tout comme dans notre étude, d'autres facteurs ont été relevés notamment les antécédents familiaux d'OMA, le tabagisme

passif, l'utilisation de tétine de succion, l'allergie ou l'atopie et le reflux gastro-œsophagien [7,8]. Le diagnostic d'OMA est clinique. Il repose sur l'interrogatoire et sur l'otoscopie. L'otalgie d'apparition brutale était le symptôme clé qui amenait les parents à la consultation. Dans une série de 354 enfants consultant pour une affection respiratoire aiguë, l'otalgie était le signe d'appel qui caractérisait le mieux l'inflammation de l'oreille moyenne [9]. Le diagnostic d'OMA était fortement associé à l'otalgie (RR: 5,4), au frottement d'oreille (RR: 5) et à la sensation d'oreille bouchée (RR: 4,5) [9]. L'otalgie était un élément diagnostique pour la quasi-totalité des praticiens (100%) de cette étude. Par ailleurs, l'otorrhée purulente, qui lorsqu'elle est présente témoigne de la rupture du tympan mis sous pression par l'épanchement rétrotympanique, a été relevée par nos praticiens (90,91% des médecins généralistes et 100% des médecins en pédiatrie). Ceci s'explique par le fait que l'écoulement de liquide purulent et malodorant de l'oreille de l'enfant, inquiète véritablement les parents qui l'amènent consulter un médecin dans le plus bref délai. L'otalgie ou l'otorrhée de l'enfant sont le plus souvent accompagnées d'une fièvre qui contraint les parents à accompagner l'enfant dans un centre de santé. C'est à juste titre que dans notre étude, la fièvre était fortement considérée comme symptôme de l'OMA par plus de 90% de nos praticiens. L'examen otoscopique est la clef de voûte du diagnostic de l'OMA. Les signes fonctionnels et généraux, bien qu'indispensables, n'avaient aucune spécificité. Parmi les praticiens de cette enquête, 62 (58%) ont déclaré qu'ils ne disposaient pas d'otoscope, dont 55 médecins généralistes (62,50%) et 7 médecins en pédiatrie (36,84%). Cela témoigne non seulement de l'insuffisance du plateau technique des formations sanitaires de la région de Bouaké, mais aussi de l'ignorance des praticiens quant à l'importance de l'examen otoscopique dans la certitude diagnostique de l'OMA. Il résulte de ces résultats que contrairement aux médecins généralistes, les médecins en pédiatrie avaient recours à l'examen otoscopique dans leur grande

majorité. Ces derniers le jugeaient indispensable au diagnostic de l'OMA de l'enfant, qui demeure une affection fréquente en consultation en pédiatrie.

La majorité des écoles [10,11] était unanime sur le fait que deux signes otoscopiques étaient indispensables pour parler d'OMA ; il s'agit de l'inflammation de l'oreille moyenne et l'épanchement rétrotympanique extériorisé ou non. En effet, selon l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), les éléments nécessaires pour porter le diagnostic d'OMA sont l'aspect otoscopique (inflammation+ épanchement rétrotympanique) associés à des signes fonctionnels (otalgie, hypoacousie) ou généraux (fièvre) [10]. Dans le même sens, pour l'académie américaine de pédiatrie (AAP), le diagnostic d'OMA doit être basé sur l'installation brutale des signes fonctionnels, la présence d'épanchement dans l'oreille moyenne et des signes et symptômes de l'inflammation de l'oreille moyenne [11].

Le traitement antimicrobien, représente l'une des pierres angulaires du traitement de l'OMA, mais certaines études portent à croire que son utilisation systématique n'est pas indiquée, puisque la majorité des cas d'OMA guérissent spontanément [12]. Dans cette étude, 32,95% des médecins généralistes et 15,79% des médecins en pédiatrie prescrivaient systématiquement un traitement antibiotique. La difficulté de revoir l'enfant pour sa réévaluation dans les 48 heures après la première consultation pourrait expliquer la prescription systématique d'antibiotique par les praticiens. En effet, le non-respect des visites de contrôle de soins par les parents pour des raisons diverses ne facilite pas le suivi médical de la plupart des patients dans notre milieu de travail.

Une antibiothérapie probabiliste est recommandée d'emblée chez les enfants de moins de 2 ans, ou chez ceux âgés de plus de 2 ans mais à risque infectieux particulier, ou en cas de manifestations bruyantes (fièvre élevée, otalgie aiguë). En dehors de ces cas, un traitement symptomatique seul peut être indiqué à condition d'une réévaluation

après 48 à 72h [7,13]. L'état général altéré de l'enfant (infection sévère supposée), l'absence d'évolution favorable après quelques jours et la fièvre élevée étaient les principales indications de prescription d'antibiotique selon les praticiens de cette enquête. Contrairement aux dernières recommandations de l'AFSSAPS de 2011, l'âge de l'enfant n'était pas du tout pris en considération par nos praticiens (seulement 4,67%) pour la prescription d'antibiotique. Selon leurs dernières recommandations, l'AFSSAPS [13] et l'AAP [11] préconisaient en première intention l'amoxicilline à la dose de 80 mg/kg/jour. La durée est essentiellement de 8 à 10 jours pour l'enfant de moins de 2 ans et de 5 jours pour celui de plus de 2 ans. Dans cette enquête, la majorité des généralistes (60,23%) et des médecins en pédiatrie (89,47%) prescrivaient plutôt en première intention l'amoxicilline-acide clavulanique. En ce qui concerne l'amoxicilline, elle était prescrite par 35,23% des généralistes et 10,53% des médecins en pédiatrie. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Levy et al. [14] dans laquelle l'amoxicilline était prescrite dans 85,1% des cas d'OMA étudiés. En cas d'échec du traitement de première intention, la quasi-totalité des praticiens de cette étude adressaient le patient à un spécialiste ORL. En seconde intention, les céphalosporines de 3ème génération, suivies de l'association amoxicilline - acide clavulanique, puis des macrolides étaient les classes thérapeutiques auxquelles les praticiens faisaient recours.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que les dernières recommandations en matière d'OMA ne sont pas convenablement appliquées par les praticiens aussi bien sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. Il est donc nécessaire non seulement de poursuivre les efforts dans le domaine de la formation continue, mais également de renforcer les outils d'aide au diagnostic pour une meilleure prise en charge de l'OMA de l'enfant.

RÉFÉRENCES

1. Van den AT, Dang H, Dupont E, Kania R, Herman P, François M et al. Otites aiguës, otites sérumuqueuses de l'enfant. Les monographies amplifon 2013 ; 54: 23-47.
2. Berche P, Nguyen L, Ferroni A. Epidémiologie des bactéries rencontrées au cours des otites moyennes aiguës de l'enfant. *Méd Mal Infect* 1997;27:388-96.
3. Nicollas R, Sudre-Levillain I, Triglia JM. Otites moyennes aiguës de l'enfant. *Encycl Méd Chir-Médecine* 1 ; 2004 : 433-9.
4. Nokso-Koivisto J, Tapani HT, Pitkäranta A. Viral upper respiratory tract infections in young children with emphasis on acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006 ; 70 : 1333-42.
5. Bingen E. Co-infections dans l'otite moyenne aiguë. *Médecine et enfance* 2000 ; 20 (9) : 511-3.
6. Ovetchkine P. Otites récidivantes: quelle place pour les examens complémentaires? *Arch Pédiatr* 1999; 6: 893-87.
7. Le Saux N, Robinson JL. La prise en charge de l'otite moyenne aiguë chez les enfants de six mois et plus. *Paediatr Child Health* 2016;21(1):45-50
8. Coticchia JM, Chen M, Sachdeva L, Mutchnick S. New paradigms in the pathogenesis of otitis media in children. *Front Pediatr* 2013;1:52.
9. Niemela M, Uhari M, Jounio-Ervasti K, et al. Lack of specific symptomatology in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:765-8.
10. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant octobre 2005. Disponible sur : <http://www.afssaps.sante.fr/>. Consulté le 17/09/2018.
11. American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics* 2004; 113:1451-65.
12. Mudry A. Controverses autour de l'OMA. *Arch Pédiatr* 1999;6:1338-44.

13. Société de pathologie infectieuse de langue française. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, novembre 2011. Disponible sur : URL : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>. Consulté le 04/07/2018.
14. Levy C, Pereira M, Guedj R, Abt-Nord C, Gelbert NB, Cohen R, et al. Impact of 2011 French guidelines on antibiotic prescription for acute otitis media in infants. Med Mal Infect. 2014; 44 : 102-6.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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



RESULTATS DE LA TRABECULECTOMIE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

RESULTS OF THE TRABECULECTOMY AT THE NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL CENTER HUBERT KOUTOUKOU MAGA IN COTONOU

Abouki COA1,2, Aïgbè N2,3, Videgla H1,2, Alamou S1,2, Odoulami L2,4, Sounouvou I2,5, Tchabi S1,2

1. Centre National Hospitalier Universitaire/Hubert Koutoukou MAGA (CNHU/HKM) de Cotonou
2. Unité d'Enseignement d'Ophtalmologie-Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi
3. Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou
4. Centre Hospitalier Universitaire de Suru- Léré (CHUZ/SL)
5. Centre Hospitalier Universitaire Départemental / Ouémé-Plateau (CHUD/O-P)

RESUME

BUT : Evaluer les résultats de la trabéculéctomie au Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou.

MÉTHODE : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive. Elle a été réalisée sur une période de dix ans. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les patients opérés de trabéculéctomie pendant la période d'étude.

RÉSULTATS : Sur les 1206 interventions chirurgicales réalisées durant la période d'étude, 45 patients ont bénéficié de la trabéculéctomie, soit 3,7%. L'âge des patients variait entre 1 mois et 75 ans. Une prédominance masculine a été notée (55,2%). Le glaucome congénital et le glaucome primitif à angle ouvert étaient les plus représentés avec respectivement 44,5% et 42,3%. L'acuité visuelle de loin s'est améliorée dans 24,5% des cas. La pression intraoculaire était élevée dans 82,3% des cas tandis qu'après la chirurgie un abaissement pressionnel a été observé dans 77,3% des cas. La survenue de complications post-opératoires était de 41,4%.

CONCLUSION : Chirurgie de référence, la trabéculéctomie mériterait d'être mise en première ligne dans le traitement et le suivi du glaucome dans nos régions, afin de pallier les difficultés socioéconomiques des patients.

MOTS CLÉS : glaucome, trabéculéctomie, cécité.

ABSTRACT

PURPOSE : To evaluate the results of the trabeculectomy at the CNHU-HKM in Cotonou.

METHOD : The study was retrospective, descriptive. It was carried out over a period of ten years. We carried out an exhaustive recruitment of all patients undergoing trabeculectomy during the study period.

RESULTS : Out of 1206 surgeries during the study period we found 45 cases of trabeculectomy i.e 3.7%. The age of patients ranged from 1 month to 75 years, with predominance of age groups less than 5 years and over 25 years. Male predominance was noted (55.2%). Tritherapy was the most established treatment, i.e. 27.6% and the duration of the medical treatment less than one year in 82.8% of cases. Congenital glaucoma and GPO were most represented with 44.8% and 41.4%, respectively. A blindness rate of 64.4% has been recorded. Intraocular pressure was elevated in 82.3% of cases while after surgery pressure lowering was observed in 77.3% of cases. The occurrence of post-operative complications was 41.4%.

CONCLUSION : Reference surgery, trabeculectomy deserves to be put on the front line of treatment of glaucoma at the CNHU-HKM ophthalmologic Clinic in Cotonou. The use of anti-metabolites will allow the reduction of the rate of complications.

KEY WORDS : trabeculectomy, glaucoma, blindness.

INTRODUCTION

Le terme glaucome regroupe un ensemble de maladies qui ont en commun une neuropathie optique caractérisée par une excavation et une altération des éléments tissulaires conjonctifs et nerveux du disque optique ainsi que par le développement final de déficits caractéristiques du champ visuel [1]. Le glaucome est la seconde de cécité au plan mondial. Globalement, on estime que 60 millions de personnes souffriraient de cette affection avec près de 8,4 millions d'aveugles [2]. Le glaucome est une affection chronique comme d'autres affections telles que le diabète et l'hypertension artérielle qui ne se guérissent pas, mais se contrôlent très bien. Il existe différents moyens thérapeutiques, à savoir le traitement médical (anti-glaucomateux collyre), physique (trabéculoplastie au laser à argon ou yag), et chirurgicaux (trabéculéctomie et sclérectomie profonde). La chirurgie du glaucome est habituellement proposée lorsque le traitement médical maximum toléré est insuffisant pour atteindre une pression intraoculaire cible. La trabéculéctomie est une excellente intervention chirurgicale laissant un globe normotone, étanche et présentant une bonne chambre antérieure grâce à la protection qu'assurait la découpe du volet scléral [3]. Le manque de données dans la littérature au Bénin a motivé cette étude dont le but était d'évaluer les résultats de la trabéculéctomie au Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou en vue d'identifier le taux de trabéculéctomie, d'évaluer l'évolution de l'acuité visuelle, de décrire la courbe tonométrique et de répertorier les complications post opératoires de la trabéculéctomie dans les différents types de glaucome.

PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

L'étude a été réalisée à la clinique ophtalmologique du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er janvier

2007 au 31 décembre 2017, soit une période de dix ans. La population d'étude était constituée des patients glaucomateux ayant été opérés par la trabéculéctomie durant la période d'étude dans la clinique d'Ophtalmologie du CNHU-HKM. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients suivis pour le glaucome ayant bénéficié d'une trabéculéctomie, et ayant été suivis pendant au moins trois mois après la chirurgie avec un examen ophtalmologique complet. Ont été exclus de l'étude, les glaucomateux ayant bénéficié d'une chirurgie combinée de la cataracte et du glaucome et ceux dont les dossiers médicaux étaient incomplets ainsi que les patients perdus de vue. Nous avons défini comme hypertonie oculaire, toute pression intraoculaire supérieure à 21 mmHg. L'âge était subdivisé en 3 tranches à savoir de la naissance à cinq (05) ans, de cinq (05) ans à vingt-cinq (25) ans et supérieure à vingt-cinq (25) ans. La classification suivante a été adoptée pour l'acuité visuelle de loin (AVL) initiale :

- AV < 1/20è = état de cécité,
 - AV comprise entre 1/20 et 3/10è = AV faible,
 - AV comprise entre 3/10 et 7/10è = AV moyenne,
 - AV ≥ 7/10è = AV dans les limites de la normale.
- Ainsi, l'acuité visuelle finale a été regroupée en 3 catégories que sont :
- AV améliorée = AV finale supérieure à l'AV initiale,
 - AV stationnaire = AV finale égale à l'AV initiale,
 - AV dégradée = AV finale inférieure à l'AV initiale.
- Il en est de même pour la pression intraoculaire (PIO) finale :
- PIO améliorée = PIO finale inférieure à la PIO initiale,
 - PIO stationnaire = PIO finale égale à la PIO initiale,
 - PIO dégradée = PIO finale supérieure à la PIO initiale.

Les données ont été recueillies à partir des fiches nosologiques, des dossiers médicaux des patients, des registres de consultation et du bloc opératoire.

L'analyse et le traitement des données ont été réalisés à l'aide des logiciels EPIDATA version 3.1 et STATA 12.0. Le seuil de significativité

retenu était p inférieur à 5%.

RESULTATS

Taux de trabéculéctomie

Sur les 1206 interventions chirurgicales réalisées durant la période d’étude, 45 yeux ont bénéficié de la trabéculéctomie, soit 3,7%.

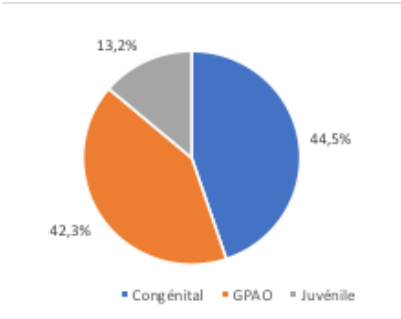
Caractéristiques de la population d’étude

Age et sexe

Vingt-neuf (29) patients ont bénéficié de la trabéculéctomie sur 45 yeux. L’âge était inférieur à 5ans pour 12 (soit 41,4%) patients ont un âge inférieur, soit 41,4% et compris entre 5 et 25 ans pour 5 patients. Pour les 12 patients autres l’âge supérieur à 25 ans. L’âge moyen était avec des extrêmes de 1mois et 75ans. Le sexe masculin était prédominant avec 16 (55,2%) patients, soit un sex-ratio de 1,23.

Types de glaucome

La figure 1 illustre la répartition des yeux en fonction des différents types de glaucome.



GPAO= glaucome primitif à angle ouvert

Figure 1 : Répartition des yeux en fonction du type de glaucomes (CNHU-HKM 2018).

Le glaucome congénital était prédominant 44,5% des cas (soit 20 yeux sur 45) suivi du glaucome primitif à angle ouvert et du glaucome juvénile dans respectivement 42,3% (soit 19 yeux sur 45) et 13,2% (soit 6 yeux sur 45).

Acuité visuelle initiale de loin

Le tableau I montre la répartition des yeux en fonction de l’acuité visuelle initiale de loin (AVL).

Tableau I : Répartition des yeux en fonction de l’acuité visuelle initiale de loin (CNHU-HKM, 2018)

	OD		OG	
	N	%	N	%
Cécité	16	69,6	13	59,1
Faible	4	17,4	5	22,7
Moyenne	0	0,0	1	4,6
Bonne	3	13,0	3	13,6
Total	23	100,0	22	100,0

Parmi les 45 yeux ayant été opérés de la trabéculéctomie, 81,8% ont une acuité visuelle en dessous de 3/10è. Vingt-neuf (29) cas de cécité ont été recensés, soit 64,4%.

Acuité visuelle finale de loin

La répartition des yeux en fonction de l’acuité visuelle finale de loin est représentée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des yeux en fonction de l’acuité visuelle finale de loin (CNHU-HKM, 2018)

	OD		OG	
	N	%	N	%
Améliorée	6	26,1	5	22,7
Dégradée	6	26,1	4	18,2
Stationnaire	11	47,8	13	59,1
Total	23	100,0	22	100,0

L’acuité visuelle finale était stationnaire dans 24 cas soit 53,3% des cas.

Pression intraoculaire initiale

La répartition des yeux en fonction de la pression intraoculaire initiale est présentée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des yeux en fonction (de la PIO initiale (CNHU-HKM, 2018

	OD		OG	
	N	%	N	%
Normale	5	21,7	3	13,6
Elevée	18	78,3	19	86,4
Total	23	100,0	22	100,0

La PIO était élevée dans la majorité des cas (37 yeux sur 55), soit 82,3% aux deux yeux.

Pression intraoculaire finale

Le tableau IV présente la répartition des yeux de la PIO finale.

Tableau IV : Répartition des yeux de la PIO (finale (CNHU-HKM, 2018

	OD		OG	
	N	%	N	%
Abaissée	20	87,0	17	77,3
Elevée	2	8,7	4	18,2
Stationnaire	1	4,3	1	4,5
Total	23	100,0	22	100,0

Dans la grande majorité des cas (17 yeux sur 22) soit 77,3, la PIO s'était abaissée après la trabéculéctomie.

Complications post-opératoires

Douze (12) patients sur 29, soit 41,4% ont présenté des complications post-opératoires. Ces complications étaient représentées par des anomalies de la bulle de filtration (bulle kystique ou aplatie) pour six yeux, l'hypertonie oculaire post-opératoire pour six yeux, la cataracte pour trois yeux, le décollement choroïdien pour un œil, et l'endophtalmie pour un œil. Certains patients ont eu plusieurs complications associées.

Tableau V : Répartition des complications post-opératoires et le type du glaucome (CNHU)-HKM, 2018

	COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES		TOTAL
	NON	OUI	
Congénital	5	8	13
Juvénile	4	0	4
GPAO	8	4	12
Total	17	12	29

Complications post-opératoires et le type de glaucome

Le tableau V illustre la répartition des complications post-opératoires et le type de glaucome.

Le glaucome congénital présentait plus de complications post-opératoires avec 27,6%.

DISCUSSION

Taux de trabéculéctomie

Dans notre série, le taux de réalisation de la trabéculéctomie est de 3,7%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Adegbehingbe et al. [4] en 2007 au Nigeria qui est de 8,2% pour 694 glaucomateux. Les raisons de ce faible taux seraient multifactoriels, et selon la littérature [4] la principale raison est due à la mauvaise acceptabilité de cette chirurgie par les patients glaucomateux. Cependant, d'autres raisons de ces faibles taux étaient également rapportées telles que l'état de pré-cécité dans lequel les patients ont finalement recours aux soins, leur réticence à cette chirurgie et leur préférence pour le traitement médical [5].

La prédominance masculine (55,2%) retrouvée

dans notre population d'étude a été également confirmée par Zabsonre et al. [6] en 1998, Sounouvou et al. [7] en 2012 et Ellong et al. [8] en 2007, avec des taux respectivement de 59,4%, 57,6% et 57,4%. Ce constat peut être dû au fait que dans le contexte africain, les hommes ont plus facilement accès aux soins que les femmes.

Au plan de l'évolution de l'acuité visuelle

En ce qui concerne l'acuité visuelle initiale de loin, 64,4% cas de cécité ont été répertoriés, soit 69,6% pour l'œil droit et 59,1% pour l'œil gauche. Alliot et al. [9] ainsi que Daghfous et al. [10] ont rapporté un taux de cécité inférieur au nôtre, soit respectivement 42,8% et 45,5%. Ce taux élevé de cécité pourrait s'expliquer d'une part par la prédominance dans cette étude du glaucome congénital qui met en jeu le pronostic fonctionnel, et d'autre part par le retard au diagnostic car certains patients viennent en consultation au stade de pré-cécité (81,8% d'AVL inférieure à 3/10^e).

La perte visuelle due au glaucome étant généralement irréversible, la prédominance de l'acuité visuelle stationnaire dans notre étude soit 53,3% était attendue car visée dans les objectifs de la chirurgie. Ce résultat est similaire aux 51,0% rapporté par Lam et al. [11] dans leur série. Toutefois, l'acuité visuelle s'est améliorée dans 24,5% des cas dans notre série. Ce taux se rapproche des 20,0% noté par Lam et al. [11].

Au plan tonométrique

La pression intraoculaire était élevée dans la majorité des cas, 78,3% à l'œil droit et 86,4% à l'œil gauche, soit 82,3% aux deux yeux. Ce taux observé dans notre population d'étude est supérieur à ceux rapportés par Yehouessi et al. [12] et Sounouvou et al. [7] qui sont respectivement de 63,2% et 62,5%. Ces différences pressionnelles pourraient s'expliquer par le fait que leur échantillon a concerné tous les patients glaucomateux, tandis que le nôtre a considéré les patients ayant bénéficié de la trabéculéctomie. La normalisation de la pression intraoculaire permet d'obtenir un contrôle de l'évolution de la maladie chez la majorité des

patients [13]. Un abaissement pressionnel a été noté dans 77,3% des cas. La trabéculéctomie a été le meilleur traitement du glaucome juvénile car la baisse pressionnelle a été observée dans 100,0% des cas. La trabéculéctomie demeure le traitement de choix dans le glaucome juvénile surtout de par son caractère chronique et des difficultés d'observance au traitement médicamenteux par les patients.

Complications post opératoires

Les complications post-opératoires les plus fréquentes étaient représentées par une anomalie de la bulle de filtration (bulle kystique ou aplatie) et l'hypertonie oculaire avec six cas chacun. Dans l'étude sénégalaise [11], 22,5% avaient également une anomalie de la bulle de filtration. Ce résultat dans notre série pourrait s'expliquer par la non utilisation des antimétiotiques qui augmenterait le risque de certaines complications post-opératoires telles que l'enkystement de la bulle de filtration et sa cicatrisation précoce [3, 14].

CONCLUSION

La trabéculéctomie reste encore très peu réalisée dans nos régions mais permet de normaliser la pression intraoculaire et d'améliorer la fonction visuelle. Elle devrait être instituée en première intention, afin de soulager les patients glaucomateux au plan socioéconomique et d'améliorer leur qualité de vie.

REFERENCES

- 1- Sellem A. Glaucome primitif à angle ouvert. Ed Technique, Encycl Méd Chir (Paris), ophtalmologie, 21275 A10, 6-1990 :29.
- 2- Zhao Y, Fu J-L, Li Y-L, Li P, Lou F-L. Epidemiology and clinical characteristics of glaucoma : an analysis of hospital data between 2003 and 2012. Indian J Ophthalmol. 2015 ;63(11) : 825-831.
- 3- Baudouin C. Quand opérer un glaucome J Fr Ophtalmol. 2001 ; 24(10) :1103-1110.
- 4- Adegbehingbe BO, Majemgbasan T. A review of trabeculectomy at a Nigerian teaching hospital. Ghana Med J. 2007, 41(4) : 176-180.
- 5- Kizor-Akaraiwe NN, Ogbonnaya CE. Practice of trabeculectomy by Ophthalmologists in Nigeria. Niger J Clin Prat. 2017, 30(5) : 507-511.
- 6- Zabsonre A, Ahnoux, Keita C, Saafede K, Tanoe A. Prévalence du glaucome chronique à angle ouvert en Côte d'Ivoire. J. Fr Ophtalmol. 1998 ; 21 :643-7.
- 7- Sounouvou I, Tchabi S, Monteiro L, Yehouessi L, Doutetien C et al. Thérapeutique du glaucome primitif à angle ouvert à Cotonou : à propos de 224 cas. J Fr Ophtalmol. 2012 ; 35(2) : 100-105.
- 8- Ellong A, Ebana MC, Nyouma ME. Le glaucome juvénile au Cameroun. Bull Soc Belge Ophtalmol. 2007 ; 305 : 69-77.
- 9- Alliot E, Merle H, Jallot N, Sainte-Rose N, Richer R et al. Le glaucome juvénile à propos de 7 cas. J Fr Ophtalmol. 1998 ; 1, 3 : 176-179.
- 10- Daghfous F, Jeddy A, Sebai L, Nacef L, Ayed S. Profil épidémiologique du glaucome primitif à angle ouvert en Tunisie. Rev Int Trach. 1991 ; 116-121.
- 11- Lam A, Seck CM, Borzeix A, Faye M, Pintart D. la trabéculectomie chez le noir africain dans le GPAO. J Fr Ophtalmol. 2000 ; 23 : 563-568.
- 12- Yehouessi L, Doutetien C, Tchabi S, Avognon C, Bassabi SK. Dépistage du GPAO au CNHU-HKM de Cotonou Bénin. J Fr Ophtalmol. 2009 ; 32 :20-24.
- 13- Wilensky JT, Chen TC. Long-term results of trabeculectomy in eye that were initially successful. Trans Am Ophthalmol Soc. 1996; 94: 147-167.
- 14- Ian Murdoch. Prise en charge post opératoire de la trabéculectomie durant les trois premiers mois. Revue de Santé Oculaire

RESULTATS DU TRAITEMENT DES FRACTURES MANDIBULAIRES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO

RESULTS OF TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES IN UNIVERSITY HOSPITAL CENTER YALGADO OUEDRAOGO

SANFO M¹. MILLOGO M². COULIBALY A³. KONSEM T¹. OUEDRAOGO D³.

1. Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo (BURKINA-FASO)

2. Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU de Tengandogo (BURKINA-FASO)

3. Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire de Bogodogo (BURKINA-FASO)

Auteur correspondant : Sanfo Mahamadi. Service de stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo. Tel: 0022672727702.

E-mail : sanfomoha85@gmail.com.

RESUME

INTRODUCTION ET BUT DE L'ÉTUDE : Le traitement des fractures mandibulaires est de loin le plus archaïque dans les pays en développement. Parfois les indications du traitement ne tiennent pas compte des aspects anatomopathologiques mais des conditions socioéconomiques des populations qui sont pour la plupart défavorisées.

Le but de notre étude était de faire l'état des lieux du traitement des fractures mandibulaires dans le contexte africain.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive sur 10 ans allant de janvier 2003 à décembre 2012. Ont été inclus tous les patients présentant une fracture mandibulaire et ayant un dossier clinique complet.

RÉSULTATS : Au total 409 cas de fractures mandibulaires ont été rapportés chez des patients dont l'âge moyen était environ 27 ans avec des extrêmes allant de 2 à 70 ans et un sex ratio de 2,48. La majorité de nos patients (78,73%) avait un bas niveau socioéconomique. Le traitement orthopédique a été indiqué dans 324 cas pour les fractures peu déplacées ou non, contre 85 cas de fractures déplacées instables pour la chirurgie. Les complications post-opératoires étaient présentes dans 15% des cas et dominées par les troubles de l'articulé dentaire, mais dans la majorité des cas les résultats du traitement étaient très bons, soit 93,83% pour le traitement orthopédique contre 100% de bons résultats pour le traitement chirurgical et 95,45% de bons résultats pour le traitement mixte.

CONCLUSION : Le traitement des fractures mandibulaires reste toujours archaïque dans notre contexte africain. Leurs indications dans notre contexte ne tiennent pas compte des aspects anatomopathologiques mais des conditions socioéconomiques. Néanmoins les résultats sont satisfaisants.

MOTS CLÉS : fracture, mandibule, traitement, résultats.

ABSTRACT

INTRODUCTION : The treatment of mandibular fractures is by far the most archaic in the developing countries.

Sometimes the indications of treatment do not respect anatomopathological aspects but rather the socioeconomic conditions of the patient who are in majority poor.

The objective of our study was to make a review about treatment of mandibular fractures in the African context.

MATERIEL AND METHOD : It is a retrospective study, descriptive on 10 years from January 2003 to December 2012. It included all the patients presenting a mandibular fracture and having a full clinic file.

RESULTS : A total of 419 mandibular fractures cases have been reported with an average age around 27, extreme age ranging from 2 to 70 years olds and sex ratio from 2,48. The majority (78,73%) of our patients had a poor socioeconomic level. An orthopedic treatment was recommended in 324 cases for little displaced fractures or no, against 85 unstable displaced cases for surgery. Postoperative complications were present in 15% of cases and dominated by dental joint disorders, but in the majority of cases the result of the treatment was satisfactory, about 93,83% good results for the orthopedic treatment against 100% for the surgical treatment and 95,45% good results for the mixed treatment.

CONCLUSION : The treatment of mandibular fractures is still obsolete in the African context. Their indications do not respect anatomopathological aspects but rather the socioeconomic conditions. Despite these conditions the results are sometimes satisfying.

KEYWORDS : Fracture, mandible, treatment, results.

INTRODUCTION

Les fractures mandibulaires sont très fréquentes. Elles représenteraient 36 à 59% des fractures maxillo-faciales en Europe [1]. En Afrique cette incidence est en hausse soit 40 à 77% dans les pays en développement du fait de l'accroissement du parc automobile et des violences [2, 3, 4].

Le traitement des fractures mandibulaires est sujet à des difficultés quant au choix de la méthode thérapeutique à utiliser dans les pays en développement où le plateau technique est loin des normes internationales. En effet dans les pays à haute technologies la tendance est à l'utilisation de matériels d'ostéosynthèses d'actualité permettant de réduire les complications et en même temps d'offrir un confort au patient. Ces méthodes restent plus ou moins archaïques dans le contexte africain et en particulier le Burkina-Faso où les ressources sont limitées.

Notre travail avait pour but de faire l'état des lieux du traitement des fractures mandibulaires dans un contexte où les conditions socioéconomiques sont défavorables.

MATERIEL ET METHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive sur 10 ans

allant de Janvier 2003 à Décembre 2012. Les données ont été collectées dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Elles ont été recueillies à l'aide des fiches de consultations, des dossiers cliniques d'hospitalisation, des registres d'urgences, des registres d'hospitalisations, et des registres des comptes rendus opératoires.

Ont été inclus dans notre étude tous les patients reçus pour fracture mandibulaire confirmée par une incidence radiographique et ayant un dossier clinique complet ou une fiche de consultation exploitable avec un recul d'au moins six mois. Ont été exclus les patients non pris en charge dans le service de maxillo-facial et ceux

dont les dossiers cliniques sont incomplets.

Les paramètres étudiés étaient :

EPIDÉMIOLOGIQUES : Age, sexe, niveau socioéconomique.

Le SMIG (salaire minimal interprofessionnel) au Burkina-Faso a été une base pour classer les patients selon leur niveau socioéconomique. Sa valeur en 2006 était de 32.218 francs soit 56 \$. D'autres indicateurs tels que la profession, et l'éducation pouvaient être associés mais nous avons retenus le revenu mensuel du patient ou des parents. Ainsi, nous avons obtenu cette classification :

- Bas niveau socioéconomique : SMIG < 56 \$
- Moyen : SMIG compris entre 56- 112 \$
- Elevé : SMIG > 112 \$

ASPECTS ANATOMOCLINIQUES : Le siège, le type de fracture ont été analysés à partir des images radiographiques (incidence fosse basse, défilé maxillaire, panoramique dentaire et le scanner crâniofacial)

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES : les modalités thérapeutiques comprenaient le traitement chirurgical qui consistait en une réduction sanglante et un rétablissement de la continuité osseuse par ostéosynthèse au fil d'acier ou aux plaques vissées, il est réservé aux fractures très déplacées et instables. Le traitement orthopédique consistait en un blocage maxillomandibulaire par une ligature dentaire à l'aide d'arcs vestibulaires et du fil d'acier, il est indiqué dans les fractures non déplacées et stables. La troisième modalité était le traitement mixte qui associait les deux précédentes, son indication concernait les fractures traitées chirurgicalement par ostéosynthèse au fil d'acier. La durée du blocage variait de 10 à 45 jours. Un traitement médical a été systématique chez tous les patients et comprenait un antibiotique (bêtalactamines), un antalgique de palier I (paracétamol) ou II (tramadol, paracétamol+néfopam ou codéine) et anti septique pour bain de bouche (chlorexidine, hypochlorite de sodium).

Les résultats thérapeutiques : Les résultats du traitement ont été appréciés en se basant sur les critères proposés par Beziat (occlusal, morphologique, fonctionnel de mobilité mandibulaire et en fonction de l'existence de séquelles neurologiques). Ils ont été classés en bons résultats et mauvais résultats.

BON RÉSULTAT :

- Restauration de l'anatomie mandibulaire
- Articulé dentaire normal
- Sensibilité labiomentonnière normale

MAUVAIS RÉSULTAT :

- Cals vicieux
- Troubles sensitifs importants
- Complications infectieuses

Les données ont été saisies sur micro-ordinateur et analysées à l'aide de logiciels Epi info version 3.5.3 et Excel 2007.

Le test de Chi 2 a été utilisé avec une valeur de $\alpha = 0,05$.

RESULTATS

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Fréquence

Nous avons colligé 409 cas de fractures mandibulaires soit une moyenne annuelle de 40.9 cas.

Age et sexe

La tranche d'âge de 20-30 ans a été la classe modale. L'âge moyen était de 27.65 ans avec des extrêmes allant de 2 et 70 ans. Le sexe masculin prédominait avec un sex ratio de 4.68. Le tableau I indique la répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

	N	%
0-10	27	6,60
10-20	81	19,80
20-30	169	41,32
30-40	75	18,34
≥ 40	57	13,94
Total	409	100,00

Les patients ont été répartis dans une catégorie socioprofessionnelle.

Les catégories socio-professionnelles

Tableau II : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique

	N	%
Elevé	7	1,71
Moyen	80	19,56
Bas	322	78,73
Total	409	100

La majorité de notre échantillon (78,73%) avait un niveau de vie économiquement bas en dessous du SMIG.

LES ÉTIOLOGIES

Les accidents de la circulation routière étaient la principale cause des fractures mandibulaires (77,80%) suivis des rixes (9,50%) et des chutes du haut d'un arbre (6,10%).

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES

Les fractures unifocales étaient majoritaires avec 62.8% suivi des fractures bifocales avec 32.8%. Nous avons noté un cas de fracture comminutive.

La région symphysaire était le siège de prédilection des foyers de fracture avec 48% suivie de la région condylienne 18%.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

MODALITES THERAPEUTIQUES

Le délai de prise en charge variait d'un (1) à quatre-vingt-dix (90) jours avec une moyenne d'environ trois (3) jours.

Tableau III : Répartition des cas selon les moyens utilisés

	N	%
Orthopédique	7	1,71
Chirurgicale	80	19,56
Mixte	322	78,73
Total	409	100

RESULTATS DU TRAITEMENT

Sur les 409 patients traités nous avons enregistré 94,37% de bons résultats. En fonction de la méthode utilisée l'analyse des résultats a donnée 100% de bons résultats pour la chirurgie contre 93,83% pour le traitement orthopédique et 95,45% pour le traitement mixte.

Tableau IV : Résultats thérapeutiques en fonction des moyens utilisée après un recul de 6 mois.

	Moyens			N
	Orthopédique	Mixte	Chirurgicale	
Bon	304	63	19	386
Mauvais	20	3	0	23
Total	324	66	19	409

Chi-2= 0.887 p = 0.183 ($\alpha = 0.05$) ; DDL = 1

LES COMPLICATIONS

Tableau V : répartition des complications selon les méthodes utilisées

COMPLICATIONS	N	METHODES		
		Orthopédique	Chirurgicale	Mixte
Trouble de l'articulé dentaire	18	13	3	2
Cals vicieux	7	6	0	1
Suppuration	9	7	0	2
SADAM	8	7	0	1
Total	42	33	3	6

DISCUSSION

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Le sujet jeune de sexe masculin était la principale cible avec une tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans et un sex ratio de 4,68. Ceci s'expliquerait par la frange jeune de notre population, où l'adulte jeune est plus actif donc plus exposé aux traumatismes, volontiers de sexe masculin selon la littérature. Cette prédominance masculine corrobore avec certaines études notamment Adeyemo (2008) au Nigeria, Pognon au Benin (2013), et Rocton (2007) en France [4, 5, 6].

La majorité de notre échantillon était composée d'une population dont le niveau socio-économique est très bas (78,73%) avec un revenu mensuel en dessous du SMIG. En effet le revenu national brut par habitant et par an était de 700 \$ soit 402500 FCFA (source : Banque mondiale 2014) avec un SMIG en 2006 avoisinant 32218 francs soit 56 \$. Ceci reflèterait le niveau réel de pauvreté du pays avec pour conséquence une difficulté dans le choix de la méthode thérapeutique en rapport avec les indications et les aspects anatomopathologiques.

Les accidents de la circulation routière étaient la principale étiologie dans 77,80% des cas. Ils

impliquaient à majorité les engins à deux roues responsables de chocs directs et indirects par des chutes avec réception sur le menton et des chocs latéraux. Cette prédominance des accidents de la circulation routière s'expliquerait par l'augmentation du parc automobile, la vétusté, l'étroitesse des routes et surtout le non-respect du code de la route dans notre contexte. Nos résultats sont similaires à d'autres pays en voie de développement [4, 7]. Par contre dans les pays développés ce sont les rixes et agressions qui prédominaient [1]. Cela pourrait être lié d'une part à la prévalence des violences, et d'autre part à l'application rigoureuse du respect du code de la route.

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

La région symphysaire était dans notre série le siège de prédilection avec 48% des foyers suivi de la région condylienne 18%. Dans notre contexte la prédominance de l'atteinte de l'arc mandibulaire pourrait être occasionnée par la violence du choc les chutes sur le menton lors des accidents impliquant les engins à deux roues [8]. Par contre l'atteinte de la région condylienne est liée à un mécanisme de choc indirect lors des chutes sur le menton notamment les chutes du haut d'un arbre [9, 10] ; ce qui justifie l'association fréquente de ces deux types de fractures. Elle est majoritaire dans certaines études notamment Rocton en France avec 32% de fracture de l'angle associée à une fracture du condyle mandibulaire [6].

ASPECTS THERAPEUTIQUES ET RESULTATS

Le traitement orthopédique était la modalité thérapeutique la plus sollicitée dans cette série soit 79,20% des cas. Elle était plus accessible pour la plupart de nos patients qui avait une situation économique défavorable (78,73%). Le traitement orthopédique ne nécessitait qu'un faible investissement avec un coût relativement moindre que le traitement chirurgical. Certaines indications du traitement orthopédique

ont été effectuées sans tenir compte des aspects anatomopathologiques mais plutôt à l'insuffisance du plateau technique en matériels et en spécialistes entre autres. Par contre chez les enfants, cette méthode a été privilégiée [9, 10,11].

Cette prédominance du traitement orthopédique a été également rapportée dans d'autres séries africaines [4, 12, 13].

L'ostéosynthèse par plaque miniaturisée a été réalisée dans deux (2) cas, le reste au fil d'acier (20,29%). Dans notre contexte, elle était relativement onéreuse [8,10]. Cependant elle a l'avantage de donner un confort, de réduire les risques de l'anesthésie générale, la durée du blocage maxillo-mandibulaire ou de s'en passer [8] réduisant ainsi la reprise du travail mais elle n'était pas accessible surtout les plaques miniaturisées. Le coût moyen global de ce type d'intervention était estimé à environ 378.000 F CFA (652\$) avec un coût moyen d'une plaque vissée à 60.000 F CFA (103\$), et 168.000F CFA (290\$) comme coût du K opératoire ou de l'intervention, le reste représentait le coût de l'anesthésie et de l'ordonnance médicale préopératoire. Tandis que le coût moyen d'une ostéosynthèse au fil d'acier avoisinait 258.000 FCFA (445\$) y compris le fil d'acier. Nos résultats sont comparables à d'autres études africaines qui ont le même niveau de développement [7, 8, 13]

Par contre dans les séries européennes l'ostéosynthèse était la méthode la plus utilisée [6, 14]. Ceci s'expliquerait par la qualité du plateau technique et des conditions socioéconomiques favorables.

Dans cette étude, les complications post-opératoires représentaient environ 15%. Nos résultats sont similaires à ceux de Ba au Mali (14,5%) [15]

Le traitement orthopédique dans notre série a enregistré plus de complications que le traitement chirurgical soit 11% des cas. Les troubles de l'articulé dentaire et les infections étaient prédominantes. Ces complications pourraient être liées dans notre contexte d'une part à l'opérateur. En effet, le traitement orthopédique

a été réalisé dans la plupart des cas par un personnel non qualifié (l'interne du service ou par l'attaché de santé en odontostomatologie). D'autre part il a été effectué sous anesthésie locale dans des conditions peu aseptiques avec un état buccodentaire défectueux, ce qui ne permettait pas très souvent d'obtenir une bonne réduction du foyer de fracture avec pour conséquence une augmentation du risque infectieux et des troubles de l'articulé dentaire. Les complications telles que les troubles de l'articulé dentaire ont été corrigées par un meulage sélectif dans certains cas. Ngouoni (1996) a fait le même constat [8].

Nos résultats ont été appréciés en se référant aux critères de Beziat [16]. ils étaient très satisfaisants dans la majorité des cas. Nous avons observés 100% de bons résultats pour le traitement chirurgical contre 93,83% pour le traitement orthopédique et 95,45% pour le traitement mixte. Les tests statistiques montraient qu'il n'y avait pas assez de preuve pour conclure qu'il existait une association entre les résultats et le type de traitement. En effet, la plupart de certaines indications du traitement orthopédique ont été posées du fait de la paupérisation de notre population mais aussi à l'insuffisance de notre plateau technique en matériels et en spécialistes. D'autre part certaines fractures très déplacées auraient bénéficiées de l'utilisation de plaques vissées mais fautes de matériels disponibles nous avons optés pour l'ostéosynthèse au fil d'acier qui malheureusement n'offre pas une bonne stabilité tridimensionnelle [17]. L'instabilité du foyer de fracture pourrait être responsable de la survenue de trouble de l'articulé dentaire, de pseudarthrose ou de cals vicieux par un déplacement secondaire. Pour réduire ces complications cette méthode est le plus souvent associée au blocage maxillomandibulaire qui est du moins très contraignant et inconfortable pour le patient, conduisant parfois à des manipulations intempestives et une mauvaise coopération du malade. Par conséquent, certaines complications seraient imputables au malade [8].

Nos résultats du traitement étaient comparables

à d'autres auteurs notamment ceux de Ngouoni et de Ba et al au Mali [8,15].

CONCLUSION

Le traitement des fractures mandibulaires pose une réelle problématique dans les pays en développement par rapport à l'indication et au choix de la méthode à utiliser. Ce problème reste toujours lié à nos conditions socioéconomiques exécrables qui sont un handicap pour offrir des soins de qualités à nos patients. Les indications doivent nécessairement tenir compte des aspects anatomopathologiques et l'âge du patient si nous voulons obtenir d'excellents résultats.

REFERENCES

1. Alexander J, Sojat, Tina M, George KB, Sador, Cameron ML et al. Epidémiologie des fractures de la mandibule traitée à l'hôpital général de Toronto : revue de 246 cas/j Can dent assoc. 2001;67(11):640-4
2. Razafindrabe JAB, Rakotoarisoa AHN, Rakoto FA, Randriamanantenasa VH, Rakotozafy LF, Rakotovao JD. Épidémiologie des fractures de la mandibule traitées au Centre hospitalier universitaire d'Antananarivo-Madagascar. Rev Trop Chir 2007;1:33-5
3. Bouguila J, Zairi I, Khonsari RH, Jablaoui Y, Hellali M, Adouani A. Epidemiology of maxillofacial traumatology in Tunis. Rev Stomatol Chir Maxillofac. déc 2008;109(6):353-7
4. Adeyemo W L, Iwegbu I O, Bello S A, Okuturo E, Olaitan A A, Ladeinde A L, et al. Management of mandibular fractures in a developing country: A review of 314 cases from two urban centers in Nigeria. World J Surg. 2008;32:2631-2635
5. Pognon S B, Biotchane I, Akpovi G D. Prise en charge des fractures mandibulaires à l'hôpital Saint Luc de Cotonou (Bénin). A propos de 83 cas. Med Buccale Chir Buccale 2013;19:85-89
6. Rocton S, Chainé A, Ernenwein D, Bertolus C, Rigolet A, Bertrand J-C, Ruhin B.

Fracture de la mandibule : épidémiologie, prise en charge thérapeutique et complications d'une série de 563 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2007;108:3-12

7. Mahamane R, Samuila S, Amadou M, Nasser T, Addo G, Mahaman B. Aspects cliniques et thérapeutiques des fractures de la mandibule: A propos de 126 cas colligés à l'hôpital national de Niamey. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.* 2013;20(2):5-8

8. Ngouoni B G, Mathey M, Moïkoit A. Résultat du traitement des fractures mandibulaires à propos de 169 cas. *Revue tropicale d'odonto-stomatologie* (1992):258

9. Konsem T, Millogo M, Ouédraogo R W L, Traore A, Ouédraogo D. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fractures maxillo-faciales de l'enfant au centre hospitalier universitaire yalgado Ouédraogo. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac,* 2015;22(1):46-51

10. Millogo M, Ouédraogo D, Konsem T, Gare J, Diallo A, Ouoba K. Les fractures mandibulaires, notre expérience au CHUYO. *Rev. CAMES, Série A,* décembre 2011;12(2):231-232

11. Ouédraogo D, Konsem T, Gare J V, Beogo R, Ouoba K. Les fractures mandibulaires de l'enfant. A propos de 20 cas. *Odontostomatologie Tropicale* 2006. N°114, 8p

12. Tine S D, Tamba B, Niang P, Barry C G, Gueye N F, GUEYE I et al. Fractures de la mandibule en pratique odontologique : à propos de 103 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2009;15:137-145

13. Bouguila J, Zairi I, Khonsari R H, Lankriet C, Mokhtar M, Adouani A. Particularités épidémiologiques et thérapeutiques des fractures de la mandibule au CHU Charles-Nicolle de Tunis. *Rev Stomatol Chir maxillofac* 2009;110:81-85

14. Soriano E, Kankou V, Morand B, Sadek H, Raphaël B, Bettega G. Fracture de l'angle mandibulaire : Facteurs prédictifs des complications infectieuses. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005;106:146-8

15. Ba B, Coulibaly D T, Dicko Traore F, Diallo M, Coulibaly S, Camara M et al. Etude des fractures isolées de la mandibule au CHU D'odontostomatologie de Bamako : A propos de 55 cas. *Le Mali médical.* 2014;(1):56-60

16. Beziat J L, Ribeiro C, Champsaur A, Freidel M, Dumas P. Etude critique du traitement des fractures de la mandibule. *Revu. Stomatol. Chir. Maxillo-fac.* 1989;90:301-304

17. Gola R, Cheynet F. Traitement des fractures de la mandibule. In: *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie, France: Paris;* 2005. 22-070-A-30.

CHORIORETINOPATHIE SEREUSE CENTRALE A COTONOU

CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY IN COTONOU

Abouki COA1, 2, Aïgbè N1, 3, Dossou CV1, 2, Alamou S1,2, Odoulami L1,2, Sounouvou I1,2, Tchabi S1,2

Unité d'enseignement d'ophtalmologie – Faculté des Sciences de la Santé/Université d'Abomey-Calavi (FSS/UAC)

1. Centre National Hospitalier Universitaire/Hubert Koutoukou MAGA (CNHU/HKM) de Cotonou
2. Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou
3. Centre Hospitalier Universitaire de Zone / Suru- Léré (CHUZ/SL)
4. Centre Hospitalier Universitaire Départemental /Ouémé-Plateau (CHUD/O-P)

Auteur correspondant : Dr ABOUKI Chakiratou O.A. Email : oladouke@gmail.com

RESUME

BUT : les auteurs ont étudié la chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) à Cotonou.

PATIENTS ET MÉTHODE : il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec un recueil rétrospectif et prospectif des données. Elle s'était réalisée sur une période de 45 mois. La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée. Les choix portaient sur les patients reçus en exploration maculaire et qui présentaient une maculopathie durant ces trois dernières années. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients de la population d'étude qui présentaient une CRSC confirmée à la tomographie par cohérence optique maculaire et qui ont eu un suivi clinique et paraclinique d'au moins trois mois.

RÉSULTATS : La fréquence était de 1,5% (soit 13 cas sur 872 patients). L'âge médian était de 37 ans avec des extrêmes de 29 à 58 ans. Une prédominance masculine était observée avec 10 patients sur 13 ; soit un sex- ratio de 3,3. La baisse visuelle était le principal motif de consultation signalée par tous les patients. Les antécédents des patients étaient représentés par l'hypertension artérielle pour 5 patients ; le stress pour 3 patients et la corticothérapie générale pour 3 patients. La CRSC était unilatérale pour 12 patients (avec 7 cas à l'œil droit et 5 cas à l'œil gauche) et bilatérale pour un patient. L'acuité visuelle était comprise entre 3/10 et 7/10ème pour 10 patients sur 13. Une hypermétropie induite de +1 dioptrie a été notée chez un patient et de +1,50 dioptrie chez un autre patient. L'examen du segment antérieur était normal sur les 14 yeux. Une bulle de décollement séreux rétinien en région maculaire au fond d'œil était objectivée sur 8 yeux. L'œil controlatéral était normal pour tous les patients. A l'angiographie rétinienne à la fluorescéine, le point de fuite était focal en région maculaire et était observé sur 4 yeux. Le motif de fuite en « tache d'encre » a été observé chez les 4 patients. Une absence d'atrophie multifocale ou en coulées gravitationnelles de l'épithélium pigmenté était notée chez tous les patients. A la tomographie par cohérence optique, l'épaisseur centrale maculaire médiane de 333 µm avec des extrêmes de 183 à 881µm. Un décollement séreux rétinien était présent chez tous les patients avec une taille médiane de 160 µm avec des extrêmes de 91 à 779 µm. Le décollement de l'épithélium pigmentaire était présent chez trois patients. L'épaisseur de la choroïde rétro fovéolaire médiane était de 285,7 µm avec des extrêmes de 220 à 460 µm. Le délai de suivi était de 3 mois pour 13 patients et de 1 an pour 6 patients. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'acuité visuelle d'au moins 8/10ème avec une disparition complète du décollement séreux rétinien (DSR).

CONCLUSION

La chorioretinopathie séreuse centrale est une affection rare. Sa prise en charge doit être également codifiée dans nos régions conformément aux données de la littérature.

MOTS CLÉS : baisse visuelle, décollement séreux de la rétine, point de fuite focal, corticothérapie.

SUMMARY

PURPOSE : the authors studied the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary aspects of central serous chorioretinopathy (CRSC) in Cotonou.

PATIENTS AND METHOD : this was a descriptive cross-sectional study with retrospective and prospective data collection. It was carried out over a period of 45 months. The non-probability sampling method was used. The choices concerned patients received for macular exploration and who presented a maculopathy during the past three years. Included in the study were all the patients from the study population who presented with confirmed macular optical coherence tomography CRSC and who had clinical and paraclinical follow-up of three months at least.

RESULTS : The frequency was 1.5% (ie 13 cases out of 872 patients). The median age was 37 with extremes of 29 to 58. A male predominance was observed with 10 out of 13 patients ; or a sex ratio of 3.3. Visual impairment was the main reason for consultation reported by all the patients. Patient history was represented by arterial hypertension for 5 patients ; stress for 3 patients and general corticosteroid therapy for 3 patients. CRSC was unilateral for 12 patients (with 7 cases in the right eye and 5 cases in the left eye) and bilateral for one patient. Visual acuity was between 3/10 and 7 / 10th for 10 out of 13 patients. Induced hyperopia of +1 diopter was noted for one patient and +1.50 diopter for another patient. The anterior segment examination was normal for all the 14 eyes. A serous retinal detachment bubble in the macular region of the fundus was objectified on 8 eyes. The contralateral eye was normal for all the patients. On retinal fluorescein angiography, the leak point was focal in the macular region and was observed on 4 eyes. The «inkblot» leak pattern was observed on all the 4 patients. An absence of multifocal atrophy or gravitational flow of the pigmented epithelium was noted in all patients. On optical coherence tomography, the median central macular thickness of 333 µm with extremes of 183 to 881 µm. Serous retinal detachment was present in all patients with a median size of 160 µm with extremes of 91 to 779 µm. Detachment of the pigment epithelium was present on three patients. Median retro-foveolar choroid thickness was 285.7 µm with extremes of 220-460 µm. The follow-up period was 3 months for 13 patients and 1 year for 6 patients. The course was marked by an improvement in visual acuity for at least 8 / 10ths with complete disappearance of the RSD.

Conclusion : Central serous chorioretinopathy is a rare condition. Its management must also be codified in our regions in accordance with the data in the literature.

KEY WORDS : visual impairment, serous retinal detachment, focal point of leakage, corticosteroid therapy.

INTRODUCTION

La chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) est définie comme un décollement séreux de la rétine (DSR), avec ou sans décollement de l'épithélium pigmentaire (DEP), le plus souvent observé dans la région maculaire. C'est une affection relativement handicapante au plan fonctionnel [1]. Son incidence annuelle est estimée entre 6 et 10 pour 100000 habitants dans une population caucasienne [2, 3]. Elle se caractérise par une bulle de décollement séreux rétinien plus ou moins associée à des décollements de l'épithélium pigmentaire au pôle postérieur [4]. La présomption diagnostique n'étant pas aisée à l'examen du fond d'œil, la tomographie par cohérence optique (OCT) maculaire ainsi que l'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine sont des outils nécessaires au diagnostic de la CRSC. La littérature en Afrique sub-saharienne (notamment au Bénin) est pauvre sur ce sujet. C'est ce qui a motivé le choix de ce travail, dont le but était d'étudier les aspects épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif de la chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) à Cotonou.

PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec un recueil rétrospectif et prospectif des données. Elle s'était effectuée sur plusieurs sites de la ville de Cotonou. Le site principal, où les données tomographiques ont été relevées, était le « Centre d'Exploration de la Rétine Saint Antoine de Padoue » de Cotonou. Les examens réalisables dans ce centre sont l'OCT papillaire et des cellules ganglionnaires, l'OCT maculaire et la rétinographie. Les autres sites étaient représentés par la clinique ophtalmologique du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, la clinique ophtalmologique « La Lumière », la clinique ophtalmologique de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou et la clinique ophtalmologique de « La

Vue ». La population d'étude était constituée de tous les patients reçus sur l'un des sites ci-dessus durant la période d'étude, pour un syndrome maculaire, puis ayant bénéficié d'un examen OCT maculaire. La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée. Les choix portaient sur les patients reçus en exploration maculaire et qui présentaient une maculopathie durant ces trois dernières années. Ont été inclus dans ce travail, tous les patients qui présentaient une CRSC confirmée à l'OCT maculaire et qui ont eu un suivi clinique et paraclinique d'au moins trois mois. N'ont pas été inclus, les patients perdus de vue avant la fin du troisième mois de suivi ou non consentants et ceux dont les dossiers médicaux étaient incomplets. L'étude s'était effectuée sur la période de 45 mois (soit 3 ans 9 mois) allant du 1er Janvier 2016 au 30 septembre 2019. La variable dépendante était représentée par la présence d'une CRSC confirmée à l'OCT maculaire. Les variables indépendantes concernaient les caractéristiques épidémiologiques (fréquence, sexe, âge, profession), les aspects cliniques (signes fonctionnels, antécédents, signes physiques à savoir : latéralité, acuité visuelle, présence d'une hypermétropie induite, état du segment antérieur, état du segment postérieur), les aspects paracliniques angiographiques (présence d'un point de fuite focal ou multiple, motif du point de fuite), tomographiques (épaisseur centrale de la rétine, taille du DSR : décollement séreux rétinien, épaisseur choroïdienne rétrofovéolaire, présence de DEP : décollement de l'épithélium pigmentaire, présence de FIPED : Flat Irregular Pigment Epithelium Detachment, présence de néovaisseaux choroïdiens, d'épithéliopathie rétinienne diffuse, d'œdème maculaire cystoïde), les aspects thérapeutiques (abstention thérapeutique, traitement médical, photocoagulation au laser argon, photothérapie dynamique, anti-VEGF) et les aspects évolutifs à 3 mois puis à 1 an. Tous les examens d'OCT maculaire étaient réalisés par des ophtalmologistes. Les traitements informatisés des données ont été faits à l'aide des logiciels Epidata pour la conception de la base de

données, Epi Info 7 et le tableur Excel pour la présentation des résultats.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Fréquence

Au total, 872 patients ont bénéficié d'un OCT maculaire, et parmi eux 13 patients présentaient une CRSC, soit une fréquence de 1,5%.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre série, 10 patients étaient de sexe masculin et 3 de sexe féminin soit un sex-ratio de 3,3. L'âge médian était de 37 ans avec des extrêmes de 29 à 58 ans. La tranche d'âge de 31 à 40 ans étaient les plus représentés (8 sur 13). La profession la plus représentée était celle des cadres d'entreprise (7 sur 13) suivie de celle des commerçants (2 sur 13) et artisans (2 sur 13) ainsi que de celle des ménagères (1 sur 13).

ASPECTS CLINIQUES

Signes fonctionnels

La baisse visuelle était signalée par tous les patients et les métamorphopsies par 2 patients sur 13.

Antécédents des patients

Les antécédents des patients étaient représentés par l'hypertension artérielle pour 5 patients ; le stress pour 3 patients, la corticothérapie générale pour 3 patients, l'asthme pour 2 patients et la polyarthrite rhumatoïde pour 1 patient.

Signes physiques

Uni ou bilatéralité

Au total, 14 yeux étaient atteints de CRSC pour 13 patients. L'œil droit était atteint chez 7 patients, l'œil gauche chez 5 patients et les deux yeux chez un patient.

Acuité visuelle

La figure 1 montre la répartition des yeux atteints de CRSC selon l'acuité visuelle.

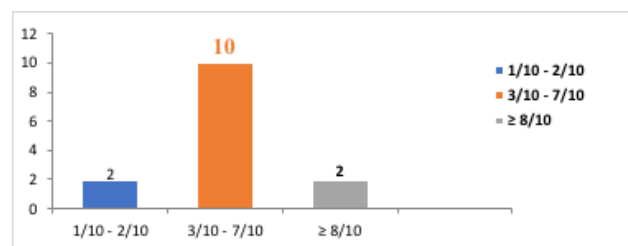


Figure 1 : Répartition des yeux atteints de CRSC selon l'acuité visuelle

Hypermétropie induite

Une hypermétropie induite de +1 dioptrie a été notée chez l'un des patients, tandis qu'un autre avait une hypermétropie de +1,50 dioptrie.

Etat du segment antérieur

L'examen du segment antérieur était normal sur les 14 yeux.

Etat du segment postérieur

Huit (8) yeux sur les 14 ont présenté une bulle de DSR en région maculaire à l'examen du fond d'œil.

Etat de l'œil adelphe

L'examen du segment antérieur et postérieur était normal à l'œil adelphe pour tous les patients.

ASPECTS PARACLINIQUES

Aspects angiographiques

Le point de fuite était focal en région maculaire sur 4 yeux. Le motif de fuite en « tache d'encre » a été observé chez les 4 patients. Une absence d'atrophie multifocale ou en coulées gravitationnelles de l'épithélium pigmentaire a été notée chez tous ces patients. Aucun patient n'a présenté de point de fuite multifocal.

Aspects tomographiques

L'épaisseur centrale maculaire médiane était de 333 μm avec des extrêmes de 183 à 881 μm . Un DSR était présent chez tous les patients. Leur taille médiane était de 160 μm avec des extrêmes de 91 à 779 μm . Le DEP était présent chez trois patients. L'épaisseur de la choroïde rétro fovéolaire médiane était de 285,7 μm avec des extrêmes de 220 à 460 μm . Aucun cas de néovaisseaux choroïdiens ni de FIPED n'a été observé. Il en était de même pour l'épithéliopathie rétinienne diffuse et l'œdème maculaire cystoïde.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

Huit patients étaient traités avec des corticoïdes à base de spironolactone pendant un mois à raison d'un comprimé par jour. Un patient était sous spironolactone associé à de l'acétazolamide. L'acétazolamide a été utilisé pendant une semaine à raison de deux comprimés par jour. Une surveillance et un arrêt de la corticothérapie étaient faits chez 4 patients.

ASPECTS EVOLUTIFS

Délai de suivi

Le délai de suivi était de 3 mois pour 13 patients et de 1 an pour 6 patients.

Evolution à 3 mois

Acuité visuelle

La figure 2 illustre la répartition des patients en fonction de l'acuité visuelle initiale de loin et après 3 mois de traitement.

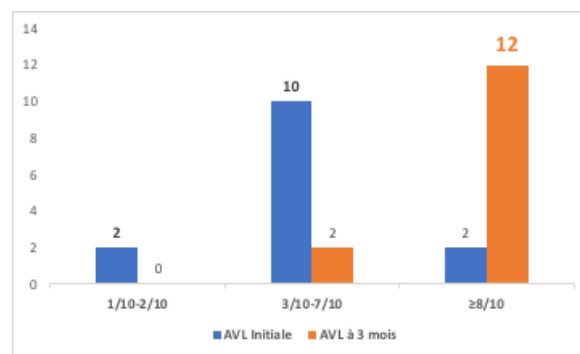


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de l'acuité visuelle initiale de loin et à trois mois de traitement

Au 3ème mois de traitement, la majorité des yeux (12 sur 14) avait une acuité visuelle supérieure ou égale à 8/10ème.

Aspects tomographiques après traitement

L'OCT de contrôle n'a été réalisée que chez 4 patients après 3 mois. L'épaisseur centrale médiane de la rétine était de 215 μm . Une disparition complète du DSR était observée après 3 mois de suivi. Aucun cas de persistance de DEP n'était relevé.

Evolution à 1 an

Acuité visuelle

La figure 3 résume l'évolution de l'acuité visuelle pour les 6 patients revus.

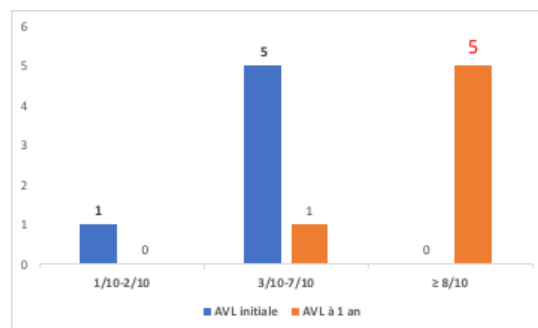


Figure 3 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin avant et après un an de traitement.

Après 1 an, l'acuité visuelle de l'œil qui était de 2/10 s'était améliorée à 7/10ème. Les 5 autres yeux avaient une acuité visuelle supérieure ou égale à 8/10ème.

Aspects tomographiques après traitement

L'épaisseur centrale médiane de la rétine était de 189 μm . Une absence de décollement séreux de la rétine était constatée chez tous les patients. Un cas de récurrence était observé avec un DSR extra maculaire associé à un DEP.

DISCUSSION

AU PLAN EPIDEMIOLOGIQUE

La fréquence de la CRSC de 1,5% dans notre série témoigne du caractère peu courant de cette affection. Cette dernière ne serait pas souvent diagnostiquée, soit du fait que la baisse visuelle reste relative, soit des difficultés d'accessibilité aux soins oculaires par les patients dans nos régions. Fanny et al. [5] à Abidjan ont rapporté 6 cas de CRSC sur une période de deux (2) ans. Une prédominance masculine était observée (10 patients sur 13) avec une sex-ratio de 3,3. Ceci est conforme aux résultats de Kitzmann et al. [3] à Minnesota aux Etats-Unis et à ceux de Tsai et al. [6] au Taïwan en Chine qui étaient respectivement de 6 et 1,74. L'âge médian de 37 ans est comparable au 38 ans rapporté par Fanny et al. [5] à Abidjan et Tsai et al. [6]. En revanche, Maalej et al. [7] à Tunis ont rapporté un âge médian plus élevé (44 ans). Dans tous les cas, la CRSC semble être une pathologie de l'adulte jeune. La profession la plus représentée était celle des cadres d'entreprise (7 sur 13). Le même constat a été fait par Fanny et al. [5] qui ont retrouvé comme professions les entrepreneurs et cadres de société. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces professions sont sujettes à beaucoup de stress. Ainsi, le stress subi en milieu professionnel reste une donnée non négligeable dans la survenue de la CRSC.

AU PLAN CLINIQUE

Les signes fonctionnels étaient dominés par la baisse visuelle chez tous les patients de notre série, comme rapporté par Fanny et al. [5] à Abidjan ainsi que Diallo et al. [8] à Bobo-Dioulasso.

Les antécédents retrouvés dans notre étude constituent les facteurs de risque prédisposants à la CRSC. Une méta-analyse de Liu et al. [9], en Chine, incluant 17 études avait montré l'association significative entre ces facteurs de risque et la CRSC. Eom et al. [10] ont rapporté le risque élevé d'apparition de la CRSC chez des sujets coréens hypertendus, ce qui concorde avec notre série où l'hypertension artérielle a représenté l'antécédent le plus noté. Bouzas et al. [11] en 2002, à Athènes en Grèce, ainsi que Nicholson et al. [12] en 2013, à Maryland aux Etats-Unis et Thinda et al. [13] en 2015 en Californie aux Etats-Unis ont montré la relation étroite entre la corticothérapie et l'apparition de la CRSC. Toutefois, plusieurs auteurs [15-17] ont signalé également qu'il existe une corrélation étroite entre la CRSC et le stress.

La prédominance de l'unilatéralité observée est en adéquation avec les données rapportées par Daruich et al. [2] à Paris en France sur une série de 74 cas. Il en est de même de Bujarborua et al. [16] à Guwahati en Inde. Toutefois, Comment et al. [18] de Singapour en Asie ont relevé une bilatéralité élevée aussi bien chez les asiatiques que chez les caucasiens et afro-américains. L'acuité visuelle était peu altérée. Le même constat était fait par Behar et al. [4] à Paris en France. En effet, une baisse d'acuité visuelle relative est la règle au cours de la CRSC qui peut être compensée par la correction de l'hypermétropie induite, ce qui explique que l'acuité visuelle corrigée peut rester longtemps conservée. Deux cas d'hypermétropie induite étaient observés dans notre série. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Manayath et al. [1] à Thekkady en Chine ainsi que Daruich et al. [2] à Paris.

La bulle de décollement séreux de la rétine objectivée au fond d'œil est également décrite

chez 1 patient sur 3 par Leduc et al. [15] à Edmonton au Canada. Maalej et al. [7] à Tunis ont noté une bulle de DSR, visible à l'examen du fond d'œil, dans 80% des cas. Un examen fundoscopique bien mené permet déjà d'avoir une orientation diagnostique, ce qui est bien utile dans les zones où la réalisation de l'OCT n'est pas toujours à la portée des malades. Un cas de DSR a été noté à l'œil adelphe. Ceci témoigne du potentiel risque de bilatéralisation de l'affection, comme souligné par Bujarborua et al. [18]. Ainsi, en l'absence d'une prise en charge des facteurs de risque, une bilatéralisation de la CRSC reste possible, d'où la nécessité de l'examen systématique des deux yeux.

AU PLAN PARACLINIQUE

Le point de fuite unique était situé en région maculaire avec un motif de fuite de tache d'encre dans tous les cas. Cet aspect angiographique du point de fuite est aussi identifié par Shahin et al. [17] à Mansoura en Egypte ainsi que Comment et al. [18] à Singapour chez respectivement 53% et 80% des patients. Ceci est conforme aux données de la littérature. Le point de fuite à l'angiographie à la fluorescéine traduit bien la rupture de la barrière hémato-rétinienne externe focale. L'épaisseur centrale médiane de la rétine de 333 μm est supérieure à la valeur normale qui est de 180 $\pm$ 20 μm à l'OCT. Sampo et al. [19] à Marseille en France ainsi que Borrelli et al. [20] à Milan en Italie ont rapporté une épaisseur centrale plus élevée, respectivement de 371,6 et 392,3 μm .

Le DSR objectivé à l'OCT chez tous les patients de notre série est semblable au résultat de Maalej et al. [7]. Borrelli et al. [20] ont relevé une hauteur moyenne de DSR de 182 μm qui est similaire à la nôtre. Le DEP était constaté sur 3 yeux comme dans les travaux de Daruich et al. [2] à Paris ainsi que Lai et al. [21] à Hong Kong en Chine qui ont rapporté que la moitié des yeux examinés présentaient un DEP. L'épaisseur choroïdienne rétrofovéolaire médiane 285,7 μm est identique à la valeur normale qui est de 285 μm . La majorité des études est unanime sur

une choroïde plus ou moins épaissie. D'autres auteurs, tels que Lehmann et al. [22] en France ont rapporté une augmentation de l'épaisseur choroïdienne rétrofovéolaire de 491,5 μm à l'œil atteint. Selon Daruich et al. [2], les cas typiques de CRSC peuvent se présenter sans une augmentation de l'épaisseur choroïdienne. De plus, au niveau de tous les appareils d'OCT disponibles, la segmentation de la frontière rétino-choroïdienne est manuelle et sujette à une grande variabilité opérateur-dépendant en l'absence du mode EDI ou de la technologie Swept Source récente. Ces raisons pourraient expliquer cette différence avec nos résultats. Une pachychoïde dans la CRSC reste une donnée tomographique systématique à rechercher. Sa présence explique une congestion des vaisseaux choroïdiens.

AU PLAN THERAPEUTIQUE

Les antagonistes des minéralocorticoïdes étaient instaurés de première intention. Dans la littérature [16,18] l'abstention thérapeutique est de première intention. La prise en charge à la phase aigüe dans notre série était faite d'une mise en place d'emblée d'une thérapeutique par les ophtalmologistes traitants. Toutefois, Zucchiatti et al. [23] à Milan en Italie ont rapporté que les patients présentant une CRSC aigüe et traités avec les antagonistes des minéralocorticoïdes ont atteint une résolution plus rapide du DSR par rapport au groupe d'observation. En revanche, l'arrêt de la corticothérapie et l'abstention thérapeutique constatés dans notre série restent conformes aux données de la littérature [1,6,18].

AU PLAN EVOLUTIF

L'évolution à 3 mois était favorable avec une amélioration de l'acuité visuelle de loin, chez la majorité des patients, comme signalé dans la littérature en général [1,4, 6,18]. La nette diminution de l'épaisseur centrale de la rétine et la disparition complète du DSR à l'OCT de contrôle sont concordantes avec les données de la littérature [23]. Le fait que la plupart des

patients de notre série aient reçu un traitement d'emblée à base de minéralocorticoïdes pourrait expliquer cette évolution, sans omettre la possibilité d'une régression spontanée. L'évolution à un an était marquée par une amélioration de l'acuité visuelle, une baisse de l'épaisseur centrale de la rétine et une disparition du DSR conformément aux données de la littérature [23]. Un cas de récurrence avec un DSR extra maculaire a été enregistré, et pourrait s'expliquer par le passage à la chronicité chez ce patient.

CONCLUSION

La chorioretinopathie séreuse centrale est une affection oculaire peu fréquente. Elle atteint essentiellement l'adulte jeune de sexe masculin. Les facteurs de risque prédisposants sont l'hypertension artérielle, le stress et la corticothérapie. La baisse visuelle en constitue le principal motif de consultation. L'angiographie rétinienne à la fluorescéine et la tomographie par cohérence optique maculaire sont des examens incontournables pour son diagnostic. Son traitement bien que codifié n'est pas encore bien mis en application dans nos régions. Ainsi, une collaboration entre les ophtalmologistes pour un recours aux examens complémentaires s'impose afin d'améliorer le pronostic fonctionnel et anatomique des patients.

REFERENCES

1. Manayath G, Ranjan R, Shah V, Karandikar S, Saravanan V. Central serous chorioretinopathy : Current update on pathophysiology and multimodal imaging. *Oman J Ophthalmol*. 2018, 11(2) : 103-12.
2. Daruich A, Matet A, Dirani A, Bousquet E, Zhao M, Farman N et al. Central serous chorioretinopathy : Recent findings and new physiopathology hypothesis. *Prog Retin Eye Res*. 2015, 48 : 82-118.
3. Kitzmann A, Pulido J, Diehl N, Hodge D, Burke J. The incidence of central serous chorioretinopathy in Olmsted County, Minnesota, 1980-2002. *Ophthalmology*. 2008, 115 : 169-73.
4. Behar-Cohen F, Bousquet E. Chorioretinite séreuse centrale. *Encycl Méd Chir, Ophtalmologie*. 2014, 21-245-A-35 : 1-11.
5. Fanny A, Gbe K, Coulibaly F, Béréty-Coulibaly R, Boni S, Ouattara A et al. Chorioretinopathie séreuse centrale : étude de 6 cas observés à Abidjan entre 2003 et 2005, rôle évoqué de la crise ivoirienne. *J Fr Ophtalmol*. 2008, 31 (10) : 381-3.
6. Tsai D, Chen S, Huang C, Chou P, Chung C, Huang P et al. Epidemiology of idiopathic central serous chorioretinopathy in Taiwan, 2001-2006 : a population-based study. *PLoS One*. 2013, 8 (6) : 58-63.
7. Maalej A, Khallouli A, Wathek C, Rannen R, Gabssi S. La chorioretinite séreuse centrale : corrélations anatomo-cliniques. *J Fr Ophtalmol*. 2014, 37(10) : 787-95.
8. Diallo J, Daboue A, Boni S, Ouedraogo M, Sanfo O. Résultats de la prise en charge des trois premiers cas de chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) par photocoagulation au Burkina Faso à propos de 3 cas. *Rev Int Sc Med*. 2008, 10 (2) : 51-6.
9. Liu B, Deng T, Zhang. Risk factors for central serous chorioretinopathy : a systematic review and meta-analysis. *Retina*. 2016, 36 (1) : 9-19.
10. Eom Y, Oh J, Kim S, Huh K. Systemic factors associated with central serous chorioretinopathy in Koreans. *Korean J Ophthalmol*. 2012, 26 (4) : 260-4.
11. Bouzas E, Karadimas P, Pournaras C. Central serous chorioretinopathy and glucocorticoids. *Surv Ophthalmol*. 2002, 47 (5) : 431-48.
12. Nicholson B, Noble J, Forooghian F, Meyerle C. Central serous chorioretinopathy : update on pathophysiology and treatment. *Surv Ophthalmol*. 2013, 58 : 103-26.
13. Thinda S, Lam K, Park S. Unintentional secondary exogenous corticosteroid exposure and central serous chorioretinopathy. *Eye Lond*. 2015, 29 (4) : 577-9.
14. Piskunowicz M, Jaracz M, Lesiewska H, Malukiewicz G, Brozek-Pestka M, Borkowska

- K. Temperament profile in patients with central serous chorioretinopathy : a case-control Study. *Eur J Ophthalmol*. 2014, 24 : 392-5.
15. Leduc C. Chorioretinite séreuse centrale et stress du personnel militaire en opérations. *J Fr Ophtalmol*. 2007, 30 (2) : 38-46.
 16. Bujarborua D, Chatterjee S, Choudhury A, Bori G, Sarma A. Fluorescein angiographic features of asymptomatic eyes in central serous chorioretinopathy. *Retina*. 2005, 25 (4) : 422-9.
 17. Shahin M. Angiographic characteristics of central serous chorioretinopathy in an Egyptian population. *Int J Ophthalmol*. 2013, 6 (3) : 342-5.
 18. Comment A, Koh A. Angiographic characteristics of acute central serous chorioretinopathy in an Asian population. *Ann Acad Med Singapour*. 2006, 35 (2) : 77-9.
 19. Sampo M, Soler V, Gascon P, Wang Yin G, Hoffart L, Denis D et al. Traitement par Eplérénone dans la chorioretinite séreuse centrale chronique. *J Fr Ophtalmol*. 2016, 36 (6) : 535-42.
 20. Borrelli E, Zuccaro B, Zucchiatti I, Parravano M, Querques L, Costanzo E. Optical Coherence Tomography parameters as predictors of treatment response to Eplerenone in central serous chorioretinopathy. *J Clin Med*. 2019, 8 (9) : 1271-3.
 21. Lai T, Wong R, Chan W. Long-term outcome of half dose verteporfin photodynamic therapy for the treatment of central serous chorioretinopathy (an American Ophthalmological Society Thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2015, 8 : 113-8.
 22. Lehmann A, Wolff B, Vasseur V, Martinet V, Manasseh N. Retinal and choroidal changes observed with « En face » enhanced-depth imaging OCT in central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol*. 2013, 97 (9) : 1181-86.
 23. Zucchiatti I, Sacconi R, Parravano M, Costanzo E, Querques L. Eplerenone versus observation in the treatment of acute central serous chorioretinopathy : a retrospective controlled study. *Ophthalmol Ther*. 2018, 7 (1) : 109-18.

AFFECTION TROPICALE RARE : CAS D'UN RHINOSCLEROME JUVÉNILE À BAMAKO, MALI

RARE TROPICAL CONDITION: CASE OF A JUVENILE RHINOSCLEROMA IN BAMAKO, MALI

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari¹, Bouraima Fatiou Alabi², Nfaly konaté³, Kassim Diarra³, Mariam Maiga¹, Mohamed Amadou Keita³.

1-Centre de santé de référence de la commune VI, Bamako, Mali.

2- Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, BP 123 Parakou Bénin

3- CHU Gabriel Toure, Bamako.

Auteur correspondant : Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari

Email: elansarisaydi@yahoo.fr

Conflit d'intérêt : Aucun.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉSUMÉ :

BUT : Nous décrivons le parcours erratique d'une patiente de 13 ans vue pour anosmie progressive et obstruction nasale gauche évoluant depuis 2 ans.

Observation : il s'agissait d'une patiente admise pour obstruction nasale progressive unilatérale gauche avec anosmie évoluant depuis 2 ans. Elle a consulté pour obstruction nasale et gêne respiratoire avec des antécédents de rhinites d'évolution sans épisodes de rémission associée à une rhinorrhée antérieure séreuse. Elle présentait un bon état général sans amaigrissement ni anorexie.

L'examen physique a mis en évidence une masse endonasale de consistance ferme, de coloration translucide obstruant toute la fosse nasale gauche prenant tout le cavum et visible en arrière du voile. Le reste de l'examen ORL était sans particularité. Une tomodensitométrie des sinus a trouvé un processus expansif de la fosse nasale gauche s'étendant au cavum. L'exérèse de la masse a été faite sous anesthésie générale par chirurgie endoscopique par voie endonasale. L'examen anatomopathologique a retrouvé un infiltrat inflammatoire du chorion sans atypie parfois contigu à une métaplasie malpighienne donnant l'aspect de rhinosclerome. L'évolution a été marquée par un amendement de l'obstruction nasale et de l'anosmie dès le réveil post opératoire.

Le suivi a été fait sur 2 ans sans récurrence.

CONCLUSION : Le rhinosclerome est une affection granulomateuse rare. Elle touche surtout les fosses nasales avec une évolution chronique et insidieuse.

MOTS - CLÉ : Obstruction nasale, anosmie, granulome, rhinosclerome.

SUMMARY :

PURPOSE: We describe the erratic course of a 13-year-old patient seen for progressive anosmia and left nasal obstruction evolving for 2 years.

Observation: This was a patient admitted for progressive unilateral left nasal obstruction with anosmia evolving since 2 years. She consulted for nasal obstruction and respiratory discomfort with a history of evolving rhinitis without episodes of remission associated with serous anterior rhinorrhea. She was in good general condition with no weight loss or anorexia. The physical examination revealed an endonasal mass of firm consistency, translucent in color, obstructing the entire left nasal fossa taking up the entire cavum and visible behind the veil. The rest of the ENT examination was unremarkable. A sinus CT scan found an expansive process of the left nasal fossa extending into the cavum. Removal of the mass was performed under general anesthesia by endoscopic endonasal surgery.

Anatomopathological examination found an inflammatory infiltrate of the chorion without atypia sometimes contiguous to a squamous metaplasia giving the appearance of rhinoscleroma.

The evolution was marked by a change in nasal obstruction and anosmia upon post-operative awakening.

The follow-up was done over 2 years without recurrence.

CONCLUSION : Rhinoscleroma is a rare granulomatous disease. It mainly affects the nasal fossae with a chronic and insidious evolution.

KEYWORDS : Nasal obstruction, anosmia, granuloma, rhinoscleroma.

INTRODUCTION :

Le rhinosclérome est une affection granulomateuse chronique et spécifique due à une entérobactérie de la famille des Klebsiella : « Klebsiella rhinoscleromatis » qui possède un tropisme remarquable pour les voies aériennes supérieures. Les lésions se développent habituellement dans les fosses nasales, mais peuvent également siéger sur toute l'étendue de l'arbre respiratoire jusqu'aux bronches [1].

Le début de l'affection est très insidieux. L'évolution des lésions granulomateuses, lente et progressive, s'étale sur plusieurs mois, voire sur plusieurs années, avec des poussées entrecoupées de rémissions. Ce n'est qu'après une longue période marquée par une symptomatologie fruste que le tableau anatomo-clinique se complète permettant de poser un diagnostic de certitude [2].

Le but était de décrire un cas d'une pathologie assez rare, de préciser sa prise en charge effectuée dans notre structure et discuter de cette maladie.

OBSERVATION : Il s'agissait d'une adolescente de 13 ans originaire de Bamako sans antécédent particulier, immunocompétente qui présentait une anosmie progressive et une tuméfaction faciale évoluant depuis 2 ans. Elle a consulté à plusieurs reprises chez les médecins généralistes avec de multiples médications sans succès.

L'examen physique a mis en évidence une masse translucide endonasale obstruant toute la fosse nasale prenant tout le cavum et étendue dans l'oropharynx comme sur la figure 1 suivante.



Figure 1 : Masse comblant la fosse nasale gauche et visible sur la paroi postérieure du pharynx

Une tomodensitométrie des sinus a mis en évidence un processus expansif prenant la fosse nasale gauche et étendu au cavum avec comblement du sinus maxillaire gauche (voir figure 2).

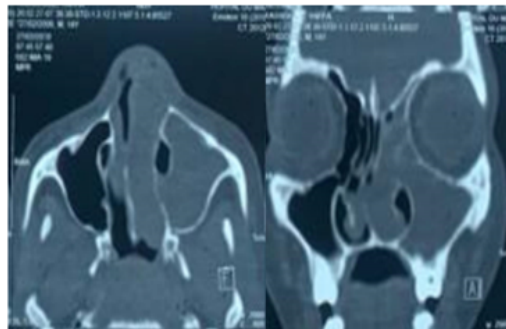


Figure 2 : Image scanographique montrant la lésion (coupes axiale et frontale)

Le traitement a consisté en une exérèse de la masse en monobloc sous anesthésie générale par voie endonasale endoscopique associée à une antibiothérapie à base de cotrimoxazole sur deux mois (voir pièce d'exérèse figure 3).

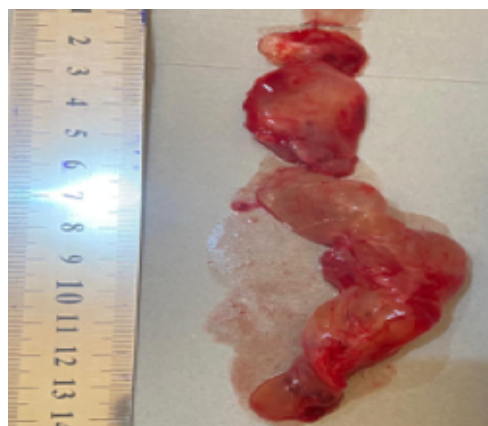


Figure 3 : Pièce opératoire post chirurgie.

L'examen anatomopathologique a trouvé Un infiltrat inflammatoire du chorion fait de lymphoplasmocytes et de polynucléaires neutrophiles avec en périphérie un épithélium respiratoire parfois hyperplasique sans atypie parfois contigu à une métaplasie malpighienne donnant l'aspect de rhinosclérome.

L'évolution a été marquée par un amendement de l'obstruction nasale et de l'anosmie dès le réveil post opératoire. Le suivi a été fait sur 2 ans sans récurrence.

DISCUSSION

Le rhinosclérome est une affection très rare (au cours des deux dernières années d'activité, le seul cas colligé dans notre service). Une étude rétrospective réalisée dans le service d'ORL du Centre Hospitalier National Universitaire de Ouagadougou a trouvé sur une période de 10 ans, 51 cas de rhinosclérome [2]. Le même constat a été fait au CHU Sourou-Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso), sur une période de neuf ans (2002 à 2010), deux cas de rhinosclérome ont été répertoriés et pris en charge [3]. Au Mali, une étude réalisée au CHU Gabriel Touré sur une année a retrouvé 5 cas de rhinosclérome [4]. Selon une étude ivoirienne, l'âge moyen de survenue se situe entre 15 et 35 ans [5]. La plupart des séries situent les âges extrêmes à 8 ans et 76 ans, avec une incidence maximale entre la deuxième et la troisième décennie de la vie. La répartition selon le sexe paraît égale, avec une discrète prédominance féminine [1].

Le diagnostic est fait soit par la culture positive de rhinoscléromatis de *Klebsiella* ou des résultats histologiques classiques des cellules de Mikulicz et des cellules plasmiques transformées avec des corps de Russell [6, 7]. Le début de l'affection est très insidieux. L'évolution des lésions granulomateuses, lente et progressive, s'étale sur plusieurs mois, voire sur plusieurs années, avec des poussées entrecoupées de rémissions. Ce n'est qu'après une longue période marquée par une symptomatologie fruste que le tableau anatomo-clinique se complète permettant de poser un diagnostic de certitude.

Le sclérome s'étendant peu à peu à la muqueuse et aux téguments des voies aériennes et digestives supérieures (pharynx, larynx, trachée et bronches), la mort survient par surinfection, insuffisance respiratoire, voire une dénutrition. L'atteinte nasale est la plus fréquente. Elle représente la première localisation de la maladie dans la quasi-totalité des cas (95 % des cas). Elle est dénommée rhinosclérome. Les autres localisations sont « secondaires » dans les séries consultées. Elles sont appelées « sclérome » [1]. Le diagnostic immunologique utilise la réaction de fixation du complément. L'intérêt de la tomодensitométrie des sinus est d'apporter des renseignements sur

obtenue à partir du 3ème mois [8].

La corticothérapie est utilisée pour minimiser le processus de sclérose. Lorsque le patient est vu au stade de granulome obstructif, la chirurgie devient un complément incontournable du traitement médical pour éviter la dissémination des germes [2].

CONCLUSION :

Le rhinosclérome est une maladie rare, ce qui fait sa méconnaissance. Son évolution lente peut être sujette de confusion. Son diagnostic peut être posé devant toute masse endonasale.

L'examen bactériologique et anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic.

Dans certains cas, un traitement médical seul peut suffire. On peut faire recours à la chirurgie dans les cas rebelles au traitement.

RÉFÉRENCES :

1. A Ennouri ,H Hajri ,F El Mezni et al ;Sclérome et rhinosclérome,Traité d'Oto-rhino-laryngologie,EMC . 1991; 20-380-A-10
2. K. Ouoba, L. Sangare, M. Dao et al , le rhinosclérome : epidemiologie, clinique et therapeutique, à propos de 51 cas observes au centre hospitalier national de Ouagadougou , Médecine d'Afrique Noire.1997, 44 (7):422-25.
- 3.A. Elola, Y.M.C. Gyebre, M. Ouattara, K. Ouoba , Le rhinosclérome : deux observations à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso , Médecine et Santé Tropicales. 2012; 22 (4) :409-11
- 4.M Keita, M I Kampo, SK Timbo, CB Traoré, M Diallo, K. Doumbia-Singaré, A. Ag Mohamed , Morbidite par tumeurs de la sphère tête et cou à Bamako, Mali medical,2009; 24(3) :1-6.
- 5.K.V. N'gattia, N. Kacouchia, L. Koffi-N'guessan ,N.M. Mobio,J. Kouassi-Ndjeundo, M. Kouassi,M. Yoda, T.S. Vroh Bia et al , Retrospective study of the rhinoscleroma about 14cases in ENT departments of university hospitals(Côte d'Ivoire) European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases. 2011; 128: 8-11.
- 6.T V Chan J H Spiegel, Klebsiella rhinoscleromatis of the membranous nasal septum. J Laryngol Otol. 2007; 121 (10):998-1002.
7. O Lassikri, J Benayad, O Lachhab, A El Ayoubi, M A Benbouzid, L Essakalli, Rhinosclerome du cavum avec expression ganglionnaire cervicale: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2018; 30:11doi:10.11604/pamj.2018.30.116.13108
8. Mendez G, Lopez G. Ciprofloxacina en el tratamiento de la rinoscleroma respiratore Rev. Sanid Milit Mex. 2001; 5 5 (6) : 256-260.

TUMEUR PAPILLAIRE DU SAC ENDOLYMPHATIQUE AU NIVEAU DU ROCHER : À PROPOS D'UN CAS

PAPILLARY ENDOLYMPHATIC SAC TUMOR OF THE PETROUS BONE : A CASE REPORT

LENGANE NI^{1*}, TRAORE A², SOME MJM³, BAMBARA C⁴, NAO EEM⁴, GYEBRE YMC⁴

1. Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso

2. Service d'anatomie et de cytologie pathologiques ; CHU Yalgado Ouedraogo ; Burkina Faso

3. Service d'imagerie médicale ; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso

4. Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale ; CHU Yalgado Ouedraogo ; Burkina Faso

Auteur correspondant: Nogognan Ignace LENGANE, Service ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU Régional de Ouahigouya, BP 36, Ouahigouya, Burkina Faso;

Email : ignace210@yahoo.fr; **Tel:** 00226 76609380

RESUME

INTRODUCTION : La tumeur du sac endolymphatique est une tumeur neuroectodermique rare de structure papillaire provenant de la portion proximale intra pétreuse du sac endolymphatique.

OBSERVATION : Un patient de 70 ans a été reçu pour une masse du méat acoustique externe gauche. L'examen anatomopathologique de la biopsie a objectivé un carcinome papillaire de l'oreille.

CONCLUSION : Les tumeurs du sac endolymphatique sont des tumeurs rares de l'oreille. Elles doivent être discutées devant toute symptomatologie cochléo-vestibulaire unilatérale surtout chez les patients atteints de la maladie de Von Hippel-Lindau.

MOTS CLÉS : tumeur papillaire ; tumeur du sac endolymphatique ; rocher.

ABSTRACT

INTRODUCTION : Endolymphatic sac tumor is a rare neuroectodermal tumor of papillary structure arising from the proximal intrapetrous portion of the endolymphatic sac.

CASE REPORT : a 70 year old patient was received for a left auditory canal mass. Histopathological examination of the biopsy revealed papillary carcinoma of the ear.

CONCLUSION : Endolymphatic sac tumors are rare tumors of the ear. They should be discussed in case of any unilateral cochleo-vestibular symptomatology, especially in patients with Von Hippel Lindau disease.

KEYWORDS : Papillary tumor ; endolymphatic sac tumor ; petrous bone.

tumeur neuroectodermique rare de structure papillaire provenant de la portion proximale intra pétreuse du sac endolymphatique. L'incidence de cette tumeur dans la population générale est de 1 pour 30000. C'est une tumeur papillaire de bas grade, d'évolution lente. Elle est également désignée sous le terme d'adénome du sac endolymphatique ou de tumeur papillaire agressive de l'os temporal. Elle peut être sporadique ou associée à la maladie de Von Hippel-Lindau [1 - 3].

Nous rapportons un cas sporadique, non associé à la maladie de Von Hippel Lindau. Le but à travers ce cas clinique est de discuter les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

OBSERVATION

Un patient de 70 ans fut admis dans le service ORL pour une masse du méat acoustique externe gauche. La symptomatologie aurait débuté il y a environ 15 ans par une sensation de plénitude d'oreille associée à des épisodes d'otalgie, d'otorrhée et une hypoacousie d'aggravation progressive. Le patient aurait bénéficié de plusieurs traitements traditionnels sans amélioration des symptômes. L'otoscopie objectivait une masse rougeâtre du méat acoustique externe, saignant au contact. La tomодensitométrie réalisée sans et après injection de produit de contraste iodé a été analysée en fenêtres parenchymateuse et osseuse. Elle objectivait une masse tissulaire hétérogène occupant tout le conduit auditif gauche et comblant les cellules mastoïdiennes, entraînant une lyse osseuse extensive de l'os temporal gauche étendue à la partie postéro-latérale gauche du sphénoïde. Le lobe temporal gauche du cerveau était envahi avec une masse se rehaussant fortement après injection de produit de contraste (figures 1 et 2).

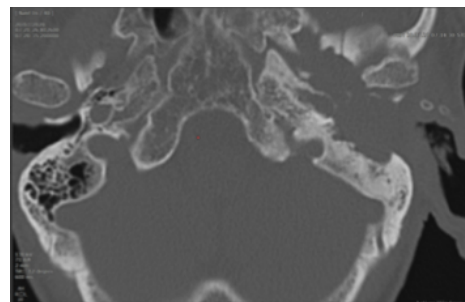


Figure 1: Coupe TDM axiale en fenêtre osseuse montrant un processus occupant la totalité du conduit auditif gauche avec comblement des cellules mastoïdiennes ainsi que lyses osseuses temporale extensive et de la partie postéro-latérale gauche du sphénoïde.



Figure 2 : Coupe TDM axiale en fenêtre parenchymateuse objectivant une masse du lobe temporal gauche très rehaussée après injection de produit de contraste

Le patient a bénéficié d'une biopsie et l'examen anatomopathologique a conclu à un aspect histologique de carcinome papillaire (figure 3 et 4).

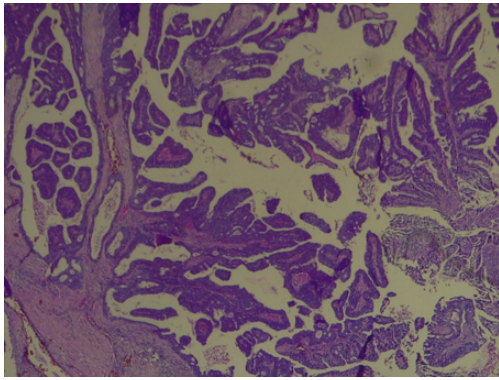


Figure 3 : Prolifération tumorale d'architecture papillaire (HEx25)

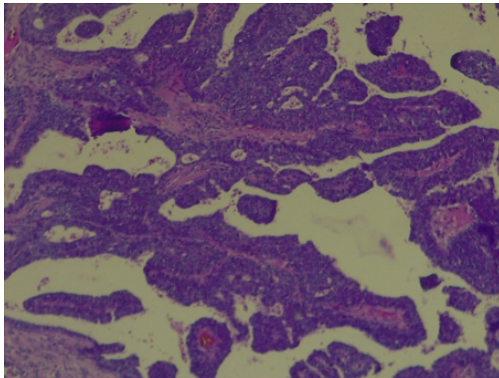


Figure 4 : Papilles coalescentes à axe conjonctivo-vasculaire revêtues par plusieurs assises de cellules atypiques (HEx40)

Le diagnostic de tumeur du sac endolymphatique dans sa forme papillaire a été retenu. Le patient n'avait pas de symptôme ou d'antécédent familial de la maladie de Von Hippel Lindau. Devant l'extension tumorale et l'absence de radiothérapie, des soins palliatifs ont été proposés au patient.

DISCUSSION

Les tumeurs du sac endolymphatique sont des tumeurs primitives de l'os temporal. La première description remonte à 1984, mais c'est en 1989 que Heffner caractérisa les tumeurs papillaires du sac endolymphatique comme des tumeurs provenant de l'épithélium du sac endolymphatique de l'oreille interne [1, 4]. Les tumeurs du sac endolymphatique peuvent survenir de façon isolée ou associée à

la maladie de Von Hippel-Lindau. La maladie de Von Hippel-Lindau est une maladie génétique autosomique dominante liée à une délétion ou une mutation du gène Von Hippel-Lindau situé sur le bras court du chromosome 3. Le gène Von Hipel-Lindau normal est un gène suppresseur de tumeur. La diminution de cette activité de suppression tumorale dans la maladie de Von Hippel-Lindau conduit à des manifestations variées de la maladie telles que, des kystes rénaux, des carcinomes rénaux, un phéochromocytome, des kystes pancréatiques, des tumeurs neuroendocrines [5]. L'incidence de cette tumeur dans la population générale est de 1 pour 30000, contre 10% chez les patients atteints de la maladie de Von Hippel-Lindau [1]. L'âge moyen de survenue est de 52 ans dans la population générale et de 31 ans chez les patients atteints de la maladie de Von Hippel-Lindau. Une prédominance féminine est retrouvée dans la littérature avec un sex ratio de 0,5 [6].

Cliniquement, le patient peut présenter une hypoacousie unilatérale, des acouphènes, un vertige, une otalgie, une otorrhée et une paralysie faciale périphérique dans 43% des cas [1, 6]. L'évolution des symptômes est lente. La tumeur augmente lentement de volume, infiltrant et érodant le rocher. Les métastases sont rares. La majorité des tumeurs sont volumineuses au moment du diagnostic [3, 4].

A la tomodensitométrie, la tumeur se caractérise par une ostéolyse de la partie postéro-médiale du rocher avec un rehaussement à l'injection de produit de contraste. A l'imagerie par résonnance magnétique, elle apparaît hétérogène avec des foyers de signaux faibles et élevés en T1 et T2 [1]. Il existe 4 voies d'extension de la tumeur du sac endolymphatique. En postéro-médial vers l'angle ponto-cérébelleux, latéralement vers l'oreille moyenne et externe, en haut vers la fosse cérébrale moyenne, en antéro-médial vers le sinus caverneux et le sinus sphénoïdal [4, 6]. Sur le plan anatomo-pathologique, les tumeurs du sac endolymphatique sont des carcinomes papillaires de bas grade. Par le passé, elles portaient à confusion avec les carcinomes

de l'oreille moyenne et les tumeurs des glandes cérumineuses. Les tumeurs du sac endolymphatique expriment plusieurs antigènes qui sont détectables à l'immunohistochimie. Elles sont positives à la cytokératine, l'antigène membranaire épithélial (EMA), et la vimentine [1].

Le diagnostic différentiel comporte les métastases du carcinome rénal à cellules claires, et des cancers de la thyroïde [1].

La prise en charge est pluridisciplinaire. La chirurgie constitue le traitement de référence. Elle consiste en une exérèse aussi complète que possible de la tumeur, sans entraîner de déficit neurologique iatrogène. Une embolisation préopératoire des vaisseaux nourriciers peut être réalisées pour cette tumeur très vascularisée. En cas de résection incomplète, la radiothérapie adjuvante peut être proposée [1, 5].

CONCLUSION

Les tumeurs du sac endolymphatique sont des tumeurs rares de l'oreille. La prise en charge est pluridisciplinaire. Elles doivent être discutées devant toutes symptomatologies cochléo-vestibulaire unilatérale surtout chez les patients atteints de la maladie de Von Hippel-Lindau.

REFERENCES

1. Ferri E, Amadori M, Armato E, Pavon I. A Rare Case of Endolymphatic Sac Tumour: Clinicopathologic Study and Surgical Management. Case Reports in otolaryngology. 2014; <http://dx.doi.org/10.1155/2014/376761>
2. Sinclair G, Al-Saffar Y, Brigui M, Heather M, Bystam J, Benmakhlouf H, Shamikh A, Dodoo E. Gamma knife radiosurgery in the management of endolymphatic sac tumors. Surg Neurol Int. 2018; DOI:10.4103/sni.sni_312_17
3. Kessab A, Rokhssi S, Rais M, Benbouzid MA, Esskalli L, Cherradi N. Tumeur du sac endolymphatique au niveau du rocher: à propos d'un cas. PAMJ. 2018 ; doi:10.11604/pamj.2018.31.6.13786
4. Poletti AM, Dubey SP, Colombo G, Cugini G, Mazzoni A. Treatment of endolymphatic sac tumour (Papillary adenocarcinoma) of the temporal bone. Rep Prat Oncol Radiother. 2016; 21: 391 - 4.
5. Alkotani A, Butt B, Khalid M, Binmahfoodh M, Al-Said Y. Endolymphatic sac tumor at the cerebellopontine angle: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2019; 58: 162 - 6.
6. Mishra G, Sharma Y, Padhya C, Parikh B, Gupta M. Endolymphatic Duct Papillary Tumour: Captured Undercover of Complicated Chronic Otitis Media. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 65(suppl 3): S662 - S664.

