

KYSTE VALLECULAIRE OBSTRUCTIF : DESCRIPTION D'UN CAS OPÉRÉ CHEZ UNE ADOLESCENTE.

NGO NYEKI A-R* 1,2, MINKA NGOM E. 3, MEKA L. 2, NKODO Y. 2, SIYAPZE E. 1,2, MEYEBE T. 1,2, TSELE 1,2, ANEGA D. 1,2, MOBOUNG P. 1,2, ONDIGUI T. 1,2, ELONO S. 1,2, DJOMOU F. 1, NDJOLO A. 1, NJOCK R. 1

Page 9

AMYGDALECTOMIES ET ADÉNOÏDECTOMIES EN ORL-CCF DANS UN HÔPITAL AU MALI

HAIDARA ABDOUL WAHAB¹, FOFANA AMINATA¹, SANOGO HAROUNA², DEMBELE ALI¹, TOUNKARA HAMIDOU³, TRAORE BAGOUA⁴, DAVID DACKOUE⁵, COULBALY OUMOU⁶, DOUMBIA MAHAMADOU⁶, COULIBALY DEMBA⁷, SANOGO BOUBACAR⁸, MARIAM SANGARE⁹, SIDIKI DAO¹⁰, YOUSSEF SIDIBE⁸, KONE FATOGOMA ISSA⁶, BOUBACARY GUINDO⁶, SIAKA SOUMAORO⁶, KADIATOU SINGARE⁶, MOHAMED AAMDOUN KEITA⁶

Page 14

UN CORPS ÉTRANGER ŒSOPHAGIEN MÉCONNU MIGRANT DANS LE LARYNX

MBOUA NDENGA V-J 1,2, NGO NYEKI A R 3, BILO'O L 2,6, MOSSUS Y 3, AMOUGOU S 1, NKODO EY 4, MELLEU V 5, BISAY S UB 1,2, MESSAKOP M Y 2, BINAM B CE 2, EHOZOU M N 2, ATANGANA E HN 2, NGO UM SAP S 2, BENGONO BENGONO RS 2,3, DJOMOU F 3, NJOCK L R 3

Page 18

ABCÈS CERVICAL SUITE À UN CORPS ÉTRANGER ALIMENTAIRE : À PROPOS D'UN CAS

BADANG AFD, MINKA NE, MOUANGUE ML, KAFAND NKOAZE CVL, ESSAMA EB, NJIFOU NA, NJOCK LR

Page 22

BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS) AU SERVICE ORL DU CENTRE HÔPITALIER RÉGIONAL DE SAINT-LOUIS

NDOUR N 1, TINE FB 1, SALL AC 2, TALL H 1, NIANG D 3, DIALLO OA 1, NDIAYE C 4, NDIAYE M 2, TALL A 4, DIALLO BK 5

Page 26

L'ENDOSCOPIE ORL DE L'ENFANT EN CONSULTATION AMBULATOIRE : REVUE DE 10 ANS D'EXPERIENCE AU SERVICE ORL-CCF DU CENTRE HOSPITALIER D'ESSOS DE YAOUNDE.

NGO NYEKI A-R* 1,2, ALIME J. 1,2, ATANGA L. 1,2, NKODO Y. 1,2, MOSSUS Y. 1, MEKA L. 1,2, DJOMOU F. 1, NDJOLO A. 1, NJOCK LR. 1

Page 32

LARYNGOMALACIE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS

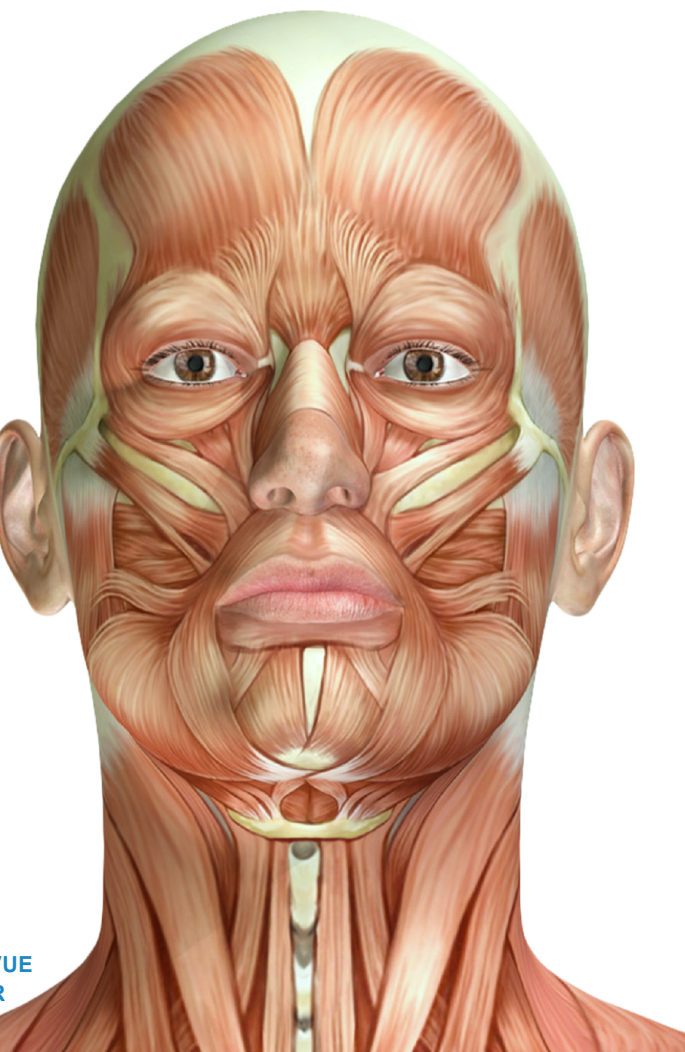
BARGO CR 3, KABA MK 1, SARE WH 2, DIALLO AG 1, BAZIEMO AMA 4, BONKOUNGOU BMWD 1, ZAGHRE N 2, KADYOGO M 3, MEDA NC 3, OUEDRAOGO BP 2, SEREME M 3

Page 37

TECHNIQUE DE RETHI DANS LA PRISE EN CHARGE DES KYSTES DERMOÏDES DU DOS DU NEZ DE L'ENFANT À L'HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

MOUANGUE-MBONJO L¹, ATANGA L², NGO NYEKI AR 2, MBOUA - NDENGA V 3, MEVA'A BIOUELE RC 2, DJOMOU F 2, NDJOLO A 2.

Page 44



ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES DES OTITES MOYENNES AIGÛES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS

MINKA NGOM E.G.S 1,2*, NGO NYEKI A-R. 3, BADANG AMBADIANG D 2, MOUANGUE-MBONJO L 2, FOKOUO FOGHA J.V. 3, KUIFO C. 1, NJOCK L.R. 1,2,3, NJIMAH A. 2,4

Page 50

VOLUMINEUSES TUMEURS MAXILLO-FACIALES : UN DÉFI D'ACTUALITÉ AU BÉNIN

BANCOLE POGNON SA 1,3*, AFFOKPON BS 2, CHABI AW 1, BEHETON R 1, DAHOUE TR 1, DOHOU GAM 1, ADJIBABI W 3

Page 56

Directeur de la Revue :

Professeur ADJIBABI Wassi

Rédacteurs en chef :

Pr SOUNOUVOU Ignace

Pr BIAOU Olivier

Pr AVAKOUDJO François

Pr ALAMOU Soulé

Comité de rédaction :

Professeur ADJIBABI Wassi

Professeur AVAKOUDJO François

Professeur BIAOU Olivier

Professeur ALAMOU Soulé

Professeur ADOUKONOU Thierry

Comité scientifique international de lecture :

Pr SOUNOUVOU 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)

Pr FAYE Babacar (Sénégal)

Dr GUËYE Moctar (Sénégal)

Dr LECOR Papa Abdou (Sénégal)

Dr KATTIE Louka (Côte d'Ivoire)

Pr BIAOU Olivier (Bénin)

Pr YEKPE AHOUANSON 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

www.retec.uac.bj

Edition Sometec



RETEC

Organe de diffusion SOMETEC

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

Instructions générales

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

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

Copyright et clauses légales

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

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

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

Présentation des articles soumis

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

Sometec_2011@yahoo.com

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

Page de titre

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

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

Résumés

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

Mots clés

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

EDITORIAL

Dans ce numéro 11, votre journal la RETEC vous expose les travaux effectués dans divers domaines.

Les tumeurs et pseudotumeurs valléculaires et maxillaires ont été abordées à travers des cas cliniques. Les travaux originaux se sont appuyés sur les infections auriculaires et cervicales dans une approche méthodologique bien structurée.

Les malformations laryngées et les traumatismes du tractus digestif n'ont pas été négligés.

Enfin le bilan préthérapeutique des cancers des VADS et les résultats des adéno amygdalectomies ont été présentés.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

SOMMAIRE

9	KYSTE VALLECULAIRE OBSTRUCTIF : DESCRIPTION D'UN CAS OPÉRÉ CHEZ UNE ADOLESCENTE. NGO NYEKI A-R* 1,2 , MINKA NGOM E. 3 , MEKA L. 2 , NKODO Y. 2 , SIYAPZE E. 1,2 , MEYEBE T. 1,2 , TSELE 1,2 , ANEGA D. 1,2 , MOBOUNG P. 1,2 , ONDIGUI T. 1,2 , ELONO S. 1,2 , DJOMOU F. 1 , NDJOLO A. 1 , NJOCK R. 1
14	AMYGDALECTOMIES ET ADÉNOÏDECTOMIES EN ORL-CCF DANS UN HÔPITAL AU MALI HAIDARA ABDOUL WAHAB ¹ , FOFANA AMINATA ¹ , SANOGO HAROUNA ² , DEMBELE ALI ¹ , TOUNKARA HAMIDOU ³ , TRAORE BAGOUMA ⁴ , DAVID DACKOU ⁵ , COULBALY OUMOU ⁶ , DOUMBIA MAHAMADOU ⁶ , COULIBALY DEMBA ⁷ , SANOGO BOUBACAR ⁸ , MARIAM SANGARE ⁹ , SIDIKI DAO ¹⁰ , YOUSSEUF SIDIBE ⁸ , KONE FATOGOMA ISSA ⁶ , BOUBACARY GUINDO ⁶ , SIAKA SOUMAORO ⁶ , KADIATOU SINGARE ⁶ , MOHAMED AAMDOUN KEITA ⁶
18	UN CORPS ÉTRANGER ŒSOPHAGIEN MÉCONNU MIGRANT DANS LE LARYNX MBOUA NDENGA V-J 1,2 , NGO NYEKI A R 3 , BILO'O L 2,6 , MOSSUS Y 3 , AMOUGOU S 1 , NKODO E Y 4 , MELLEU V 5 , BISAY S UB 1,2 , MESSAKOP M Y 2 , BINAM B CE 2 , EHOZOU M N 2 , ATANGANA E HN 2 , NGO UM SAP S 2 , BENGONO BENGONO RS 2,3 , DJOMOU F 3 , NJOCK L R 3
22	ABCÈS CERVICAL SUITE À UN CORPS ÉTRANGER ALIMENTAIRE : À PROPOS D'UN CAS BADANG AFD, MINKA NE, MOUANGUE ML, KAFAND NKOAZE CVL, ESSAMA EB, NJIFOU NA, NJOCK LR
26	BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS) AU SERVICE ORL DU CENTRE HÔPITALIER RÉGIONAL DE SAINT-LOUIS NDOUR N 1 , TINE FB 1 , SALL AC 2 , TALL H 1 , NIANG D 3 , DIALLO OA 1 , NDIAYE C 4 , NDIAYE M 2 , TALL A 4 , DIALLO BK 5
32	L'ENDOSCOPIE ORL DE L'ENFANT EN CONSULTATION AMBULATOIRE : REVUE DE 10 ANS D'EXPERIENCE AU SERVICE ORL-CCF DU CENTRE HOSPITALIER D'ESSOS DE YAOUNDE. NGO NYEKI A-R.* 1,2 , ALIME J. 1,2 , ATANGA L. 1,2 , NKODO Y. 1,2 , MOSSUS Y. 1 , MEKA L. 1,2 , DJOMOU F. 1 , NDJOLO A. 1 , NJOCK LR. 1
37	LARYNGOMALACIE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS BARGO CR* 3 , KABA MK 1 , SARE WH 2 , DIALLO AG 1 , BAZIEMO AMA 4 , BONKOUNGOU BMW 1 , ZAGHRE N 2 , KADYOGO M 3 , MEDA NC 3 , OUEDRAOGO BP 2 , SEREME M 3
44	TECHNIQUE DE RETHI DANS LA PRISE EN CHARGE DES KYSTES DERMOÏDES DU DOS DU NEZ DE L'ENFANT À L'HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDÉ MOUANGUE-MBONJO L ¹ , ATANGA L ² , NGO NYEKI AR 2 , MBOUA -NDENGA V 3 , MEVA'A BIOUELE RC 2 , DJOMOU F 2 , NDJOLO A 2 .
50	ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES DES OTITES MOYENNES AIGÛES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS MINKA NGOM E.G.S 1,2 , NGO NYEKI A-R. 3 , BADANG AMBADIANG D 2 , MOUANGUE-MBONJO L 2 , FOKOUO FOGHA J.V. 3 , KUIFO C. 1 , NJOCK L.R. 1,2,3 , NJIMAH A. 2,4
56	VOLUMINEUSES TUMEURS MAXILLO-FACIALES : UN DÉFI D'ACTUALITÉ AU BÉNIN BANCOLE POGNON SA 1,3 , AFFOKPON BS 2 , CHABI AW 1 , BEHETON R 1 , DAHOUE TR 1 , DOHOU GAM 1 , ADJIBABI W 3

KYSTE VALLECULAIRE OBSTRUCTIF : DESCRIPTION D'UN CAS OPÉRÉ CHEZ UNE ADOLESCENTE.

OBSTRUCTIVE VALLECULAR CYST : CASE REPORT IN AN ADOLESCENT.

NGO NYEKI A-R 1,2 , MINKA NGOM E. 3 , MEKA L. 2 , NKODO Y. 2 , SIYAPZE E. 1,2 , MEYEBE T. 1,2 , TSELE 1,2 , ANEGA D. 1,2 , MOBOUNG P. 1,2 , ONDIGUI T. 1,2 , ELONO S. 1,2 , DJOMOU F. 1 , NDJOLO A. 1 , NJOCK R. 1

1- Département Ophtalmologie-ORL-Stomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

2- Service Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale, Centre Hospitalier Essos, Yaoundé, Cameroun

3- Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Cameroun

Correspondant : NGO NYEKI ADÈLE-ROSE, Médecin Oto-Rhino-Laryngologiste et Chirurgienne Cervico-Faciale (ORL-CCF), Département Ophtalmologie-ORL-Odontostomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun ; Email :adele-rose.ngonyeki@fmsb-uy1.com

RÉSUMÉ

INTRODUCTION ET BUT DE L'ÉTUDE :

Les kystes de la vallécule représentent une pathologie bénigne rare se développant entre la base de langue et la face antérieure de l'épiglotte. Ils sont souvent asymptomatiques mais deviennent cliniquement significatifs en cas de croissance importante. Nous présentons l'intérêt de l'approche endoscopique dans le traitement de ce type de kyste chez l'adolescent.

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE :

Nous rapportons le cas d'une adolescente de 15 ans présentant une sensation de corps étranger oropharyngé sans dysphonie et sans signe de détresse respiratoire aiguë. L'examen laryngé au nasofibroscope a retrouvé une formation kystique non pulsatile refoulant l'épiglotte vers l'arrière. La tomodensitométrie a mis en évidence une masse supraglottique médiane arrondie homogène et hypodense ne prenant pas le contraste ; associée avec une diminution de la lumière pharyngolaryngée. Le diagnostic de kyste obstructif de la vallécule a été posé et une ablation chirurgicale complète par voie endoscopique transorale a été réalisée sous anesthésie générale. L'analyse histopathologique a confirmé la nature bénigne du kyste compatible à un kyste épithélial. L'évolution post-opératoire a été favorable avec une résolution rapide de la symptomatologie initiale et l'absence de

complication infectieuse. Il n'y a eu aucune récurrence à 6 mois post-opératoire.

CONCLUSION : Le diagnostic de kyste valléculaire doit être évoqué devant la persistance d'une symptomatologie oropharyngée non spécifique. La prise en charge chirurgicale par voie endoscopique transorale est recommandée.

MOTS CLÉS : kyste valléculaire, adolescente, chirurgie endoscopique

ABSTRACT

INTRODUCTION AND STUDY AIM :

Vallecular cyst is a rare benign condition that develops between the tongue's base and the epiglottis anterior surface. They are often asymptomatic but become clinically significant when they grow meaningfully. We present the interest of the endoscopic approach in treating this type of cyst in adolescents..

CASE PRESENTATION : We report the case of a 15-year-old girl presenting with an oropharyngeal foreign body sensation without dysphonia or signs of acute respiratory distress. Laryngeal examination with a nasofibroscope revealed a non-pulsatile cystic formation pushing the epiglottis backward. The Computed tomography scan showed a homogeneous, rounded, hypodense midline supraglottic mass with no contrast enhancement, associated with a narrowing of the pharyngolaryngeal lumen. The diagnosis of obs-

tructive vallecular cyst was made, and a complete surgical removal via a transoral endoscopic approach was performed under general anesthesia. Histopathological analysis confirmed the benign nature of the cyst, consistent with an epithelial cyst. The postoperative course was favorable, with rapid resolution of initial symptoms and no infectious complications. There was no recurrence 6 months postoperatively.

CONCLUSION : The diagnosis of obstructive vallecular cyst should be considered in case of persistent nonspecific oropharyngeal symptoms. Transoral endoscopic surgical management is recommended.

KEYWORDS : vallecular cyst, adolescent, endoscopic surgery

INTRODUCTION

Les kystes laryngés sont des lésions bénignes qui peuvent avoir une localisation supraglottique, glottique ou infraglottique [1] ; au plan supra glottique, on peut retrouver le kyste valléculaire qui se développe entre la base de la langue et la face linguale de l'épiglotte [2,3]. Cette lésion bénigne est rare et représente 5 à 10 % de toutes les kystes laryngés bénins [2]. Chez l'adulte, ils sont souvent asymptomatiques mais deviennent cliniquement significatifs en cas de croissance importante [2–6]. Nous rapportons le cas d'un kyste obstructif de la vallécule découvert fortuitement chez une adolescente se plaignant d'une sensation de corps étranger oropharyngé depuis 3 mois. Une exérèse chirurgicale totale a été effectuée par voie transorale endoscopique. Le diagnostic de kyste valléculaire doit être évoqué devant la persistance d'une symptomatologie oropharyngée non spécifique. Nous montrons l'intérêt de l'approche endoscopique dans le traitement de ce type de kyste chez l'adolescent.

PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente de 15 ans sans antécédents particuliers, venue en consultation pour une gêne pharyngée avec une sensation de corps étranger oropharyngé évoluant depuis 3 mois associée à une dysphagie aggravée à la prise d'aliments solides ayant entraîné une perte pondérale modérée. Les paramètres vitaux étaient normaux ; L'examen laryngoscopique par nasofibroscopie a mis en évidence une forma-

tion kystique arrondie, translucide, parcourue de fins lacis vasculaires, lisse non douloureuse, non pulsatile occupant toute la vallécule et une partie de la base de langue. Elle obstruait la filière laryngée, refoulait l'épiglotte dorsalement et était mobile à la déglutition et à la traction de la langue (Figure 1).

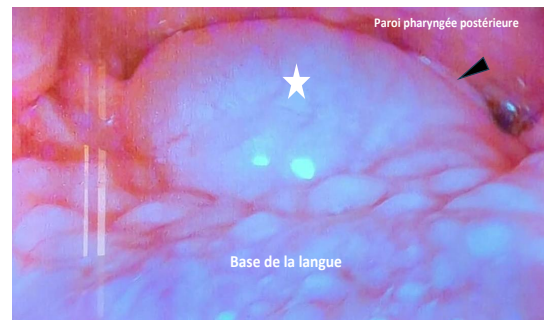


Figure 1 : Vue laryngoscopique indirecte par nasofibroscopie de la masse kystique de la vallécule (étoile blanche) refoulant totalement l'épiglotte (flèche noire) et obstruant l'oropharynx.

Le reste de l'examen ORL et cervical était normal. Il n'y avait aucune adénopathie cervicale. Nous avons émis le diagnostic de kyste de la vallécule obstructif avec en diagnostic différentiel une glande thyroïde ectopique. Le scanner cervico-facial réalisé avec et sans contraste, montrait une masse supra-glottique médiane arrondie bien délimitée, homogène et hypodense, aux contours réguliers mesurant approximativement 3,16cm x 2cm sur le plan axial. Cette masse était de tonalité liquidienne ne prenant pas le contraste et était associée à une diminution importante de la lumière pharyngolaryngée. En outre, l'imagerie a permis de préciser l'absence d'infiltration des structures anatomiques avoisinantes. La glande thyroïde était de constitution et de localisation normale (Figure 2).

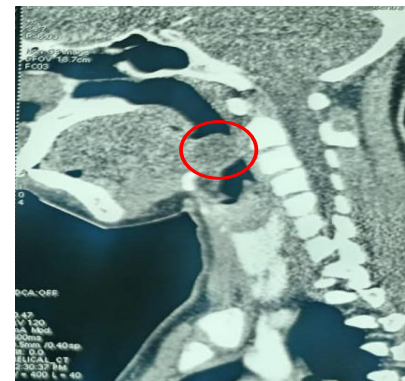


Figure 2 : Image scanographique cervicale en coupe sagittale mettant en évidence une formation kystique arrondie bien limitée de densité liquidienne (cercle rouge) se développant à partir de la vallécule et comblant la quasi-totalité de l'espace oropharyngé.

Il a été proposé à la patiente une exérèse chirurgicale du kyste par voie transorale endoscopique sous anesthésie générale. Après lui avoir donné les informations concernant l'intervention et obtenu son consentement libre et éclairé, nous avons effectué une exérèse complète du kyste par voie transorale endoscopique sous anesthésie générale. L'intubation orotrachéale a été réalisée minutieusement sans lésion du kyste lors du passage de la sonde d'intubation. (Figure 3).

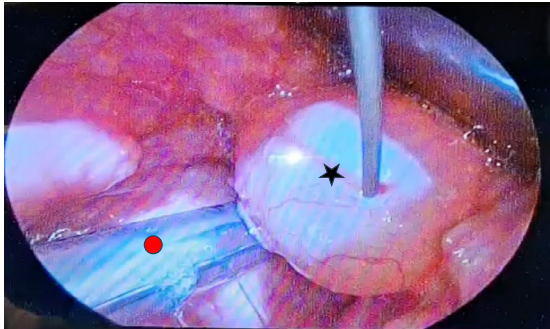


Figure 3 : Vue endoscopique directe peropératoire de l'intégrité de la masse kystique de la vallécule (étoile noire) après mise en place de la sonde d'intubation orotrachéale (point rouge)

La patiente a été installée en décubitus dorsal et l'exposition a été faite après mise en place d'un ouvre bouche de Boyle-Davis. Le premier temps a consisté en une aspiration première du contenu du kyste mais devant l'échec du geste, nous avons opté pour une micro-incision de la paroi kystique pour aspirer la totalité de son contenu muqueux très épais. Dans un deuxième temps, nous avons effectué un décollement de la totalité de la coque du kyste tout en respectant le bord libre du cartilage épiglottique. Le contrôle endoscopique de l'intervention se faisait avec une optique rigide à 0° pour s'assurer de la totalité de l'exérèse. A la fin de l'ablation, nous avons effectué une électrocoagulation de la base d'implantation kystique au niveau valléculaire et de la base de langue (Figure 4).

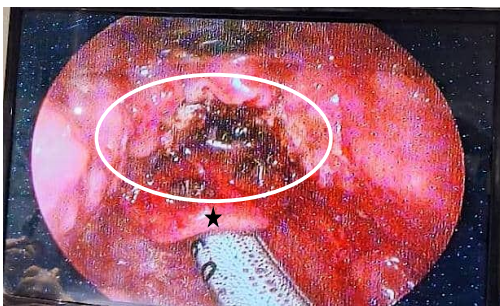


Figure 4 : vue endoscopique peropératoire immédiate après l'ablation du kyste montrant les zones d'électrocautérisation (cercle blanc) et le respect du bord libre épiglottique (flèche noire)

Les suites opératoires ont été simples, la reprise alimentaire par voie orale a été possible dès la 6^{ème} heure post opératoire, un traitement antalgique, antiinflammatoire et antibiotique a été institué pour 5 jours et la patiente est sortie au deuxième jour post opératoire. Il y avait amende-ment de la gêne pharyngée mais persistance de douleurs résiduelles légères à la déglutition. Des contrôles endoscopiques post opératoires ont été réalisés à une semaine puis à un mois post opératoire avec une cicatrisation muqueuse satisfaisante et une absence de complications (figure 5).



Figure 5 : vue endoscopique peropératoire immédiate après l'ablation du kyste montrant les zones d'électrocautérisation (cercle blanc) et le respect du bord libre épiglottique (flèche noire)

L'analyse histo-pathologique de la pièce opératoire a mis en évidence un kyste de type épithélial avec remaniement inflammatoire chronique non spécifique sans signes de malignité. Le recul post opératoire actuel est de 6 mois, la patiente n'a aucune plainte et nous n'avons observé aucune anomalie de la muqueuse pharyngo laryngée.

DISCUSSION

Les kystes valléculaires peuvent être congénitaux ou acquis. La pathogénie la plus fréquente proviendrait d'un mécanisme rétionnel dû à l'obstruction canalaire des glandes salivaires sous muqueuses qui sera responsable d'une accumulation du mucus entrainant la formation d'un kyste dit kyste rétionnel [2,5,7]. Une étiopathogénie congénitale a été émise car certains kystes ont été diagnostiqués chez des nouveau-nés. Rao et al en Inde en ont décrit chez nouveau-né âgé de 3 jours [8] et un autre de 6 jours a été décrit par Doumbia et al au Mali [7] mais aussi des cas chez des nouveaux nés de quelques semaines [9]. Chez l'adolescent et l'adulte, ils sont habituellement asymptomatiques et de découverte fortuite lors d'un examen laryngé ou en inciden-

talome lors d'une exploration morphologique cervico-faciale. la manifestation clinique est variable et parfois peu spécifique comme une gêne pharyngée à type de sensation de corps étranger, une dysphagie, des paresthésies pharyngées ou une dysphonie. [2,4–6] Chez les enfants, la symptomatologie est habituellement bruyante se manifestant soit par un stridor inspiratoire voire un syndrome de détresse respiratoire sévère du fait de l'augmentation brutale du volume kystique, mettant en jeu le pronostic vital comme décrit par plusieurs auteurs [5,7,9,10] ; parfois par des difficultés alimentaires à cause de l'obstruction de la filière pharyngée entraînent un retard de croissance [11]. Ces manifestations cliniques varient en fonction de la taille du kyste, des dimensions de la filière pharyngolaryngée et de la présence ou non d'une infection associée. Le diagnostic est fait par laryngoscopie indirecte à l'aide d'une optique rigide ou d'un nasofibroscope qui mettra en évidence une tuméfaction translucide non pulsatile à contours réguliers, entre la base de langue et l'épiglotte, parcourue par des fins lacis vasculaires [2,5]. La laryngoscopie directe peut parfois méconnaître le diagnostic si la lame de laryngoscope charge le kyste par inattention [5]. L'imagerie cervico-faciale apportera des précisions morphologiques. Le scanner est l'examen de première intention, il confirme le caractère liquidien de la lésion et décrit une masse sus épiglottique régulière, homogène, hypodense, ne prenant pas le contraste [2,4,5]. L'imagerie par résonance magnétique mettra en évidence une lésion de même intensité que le liquide céphalo-rachidien en T1 et T2 [4,5]. Le diagnostic de confirmation reste l'analyse histopathologique de la pièce opératoire qui va confirmer la nature kystique. Il s'agit dans la majorité des cas, de kyste épithéliaux ou lymphoépithéliaux comme pour notre cas ou des kystes rétentionnels [2]. D'autres formes histopathologiques comme des lipomes valléculaires [12,13], des thyroïdes linguales, des tératomes et des maltomes ont également été décrits [2]. Le traitement est essentiellement chirurgical et peut se faire soit par voie endoscopique soit par abord externe [4]. Lors du traitement endoscopique, plusieurs techniques peuvent être adoptées, on peut effectuer une incision simple du kyste avec aspiration de son contenu ou une marsupialisation instrumentale ; mais ces 2 techniques exposent à une plus grande fréquence de récurrences [4,5]. La meilleure

approche reste l'exérèse complète du kyste qui doit être disséqué jusqu'à son orifice qui est lié et les reliquats peuvent être vaporisés au laser (1,7). Certaines équipes utilisent la technique transorale assistée par laser [2]. Chez notre patiente, nous avons opté pour la voie endoscopique et par une ponction première du kyste pour éviter sa rupture accidentelle et pour faciliter sa mobilisation comme décrite par Maiga et al au Sénégal [14] puis par une ablation complète terminée par une électrocoagulation du pied d'implantation nous permettant de nous assurer de l'hémostase du site opératoire, technique partagée dans plusieurs travaux [2,6,15]. Il peut exister des challenges sur le plan anesthésique, une coopération étroite entre les chirurgiens ORL et l'équipe anesthésique est essentielle afin de préparer de manière multidisciplinaire les patients pour anticiper une éventuelle difficulté à l'intubation due à l'obstruction des voies aériennes par le kyste. Lors des kystes volumineux avec détresse respiratoire ou lorsqu'il peut exister des risques d'inondation bronchique lors de la rupture d'un volumineux kyste surtout chez les enfants, une trachéotomie de sécurité sera envisagée en premier temps opératoire [2,4,5]. Les kystes de type épithélial récidivent rarement après la chirurgie et les contrôles sont souvent satisfaisants sans grand taux de récurrence contrairement au type oncocytique (13). La surveillance se fait par laryngoscopie indirecte à 01 semaine, 01mois, puis chaque année. Les suites opératoires sont habituellement simples (4,5,7,8).

CONCLUSION

Les kystes de la vallécule sont des affections rares développés aux dépens de glandes salivaires accessoires de la région supraglottique. Habituellement asymptomatique chez l'adolescent, leur symptomatologie est non spécifique et leur diagnostic se fait de façon fortuite à l'examen laryngoscopique. Le traitement chirurgical par résection complète du kyste limite le risque de récurrence et la voie endoscopique transorale est recommandée.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Evans DA.** Saccular cyst of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128:303- 4.
- 2- **Puneeth PJ, Balushi F, Gandhi S.** **Vallecular Cyst** : 10 Years Experience and Review of the Literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;75(2):492- 5.
- 3- **Kaur J, Gaurkar SS, Deshmukh PT.** **A Giant Vallecular Cyst in an Adult: A Case Report.** *Cureus.* 10 juill 2024;16(7):e64254.
- 4- **Hasnaoui M, Masmoudi M, Chefai J, Hmida NB, Mighri K, Driss N.** Le kyste de la valécule symptomatique chez l'adulte: à propos de 4 cas. *Pan Afr Med J.* 2018;31.
- 5- **Hariga I, Mardassi A, Zribi S, Charfeddine A, Amor M, Gamra O, et al.** Le kyste de la valécule : a propos de 2 observations. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale.* 2010;20(1).
- 6- **Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D, Saba K, et al.** Adult vallecular cyst: Thirteen-year experience. *Head and Neck Surgery.* 2008;138(3).
- 7- **Doumbia-Sangare K, Timbo SK, Diakité A, Traoré L, Guindo B, Soumaoro S, et al.** Le kyste de la vallécule : À propos de 3 observations. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2015;22(2):33- 6.
- 8- **Rao S, Zameer MM, C V, D'Cruz A.** **Laryngeal Cyst in Children** : A Retrospective Analysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* sept 2023;75(3):1352- 5.
- 9- **Muslim NN, Mohd Shakri N, Kalimuthu S, Gopalan S, Zainal Abidin PNB.** Vallecular Cysts in Newborns: A Case Series Demystifying the Obscured Anomaly. *Cureus.* 2024;16(4):e57626.
- 10- **Khashu M, Osiovič H, Kozak F, Pelligra G, Hirsh D, Smyth J.** Congenital epiglottic cyst presenting with severe airway obstruction at birth. *J Perinatol.* 1 janv 2006;26(1):71- 2.
- 11- **Lee PS, Larrow A, Stover LB, Gardiner M.** **Vallecular cyst:** a dangerous cause of failure to thrive in infants. *BMJ Case Rep.* déc 2020;13(12):e237216.
- 12- **Neville B, Everistus A, Feudjio G, Monika BC, Virginia C, Marleens N, et al.** Lipoma of the vallecula: a rare cause of upper aerodigestive tract obstruction: case report. *PAMJ-CM [Internet].* 2023 [cité 9 mars 2025];11(52). Disponible sur: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/11/52/full>
- 13- **Sharudin SN, Thangavelu T, Roslim SN, Hitam S, Mat Baki M.** **Large Vallecula Epiglottica Lipoma: A Rare but Fatal Cause of Dysphagia.** *Cureus.* 13 oct 2022;14(10):e30250.
- 14- **Maiga S, Deguenonvo REA, Diouf MS, Barry MW, Regonne EJP, Ndiaye C, et al.** Kyste valléculaire symptomatique de l'adulte. A propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire.* 2017;64(1):5- 9.
- 15- **Alharbi SM, Alahmari M, Al Hamoud M, Al Malwi K, Abujamilah H.** **Successful Management of a Symptomatic Vallecular Cyst in an Adult: A Case Report.** *Cureus.* 13 juill 2023;

RETEC

REVUE TÊTE ET COU



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

AMYGDALECTOMIES ET ADÉNOÏDECTOMIES EN ORL-CCF DANS UN HÔPITAL AU MALI

TONSILLECTOMIES AND ADENOIDECTOMIES IN ENT-CCF IN A HOSPITAL IN MALI

Haidara Abdoul Wahab¹, Fofana Aminata¹, Sanogo Harouna², Dembele Ali¹, Tounkara Hamidou³, Traore Bagouma⁴, David Dackouo⁵, Coulbaly Oumou⁶, Doumbia Mahamadou⁶, Coulibaly Demba⁷, Sanogo Boubacar⁸, Mariam Sangare⁹, Sidiki Dao¹⁰, Youssouf Sidibe⁸, Kone Fatogoma Issa⁶, Boubacary Guindo⁶, Siaka Soumaoro⁶, Kadiatou Singare⁶, Mohamed Aamdou Keita⁶

1. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou-Mali
 2. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, centre de Sante de Reference de la Commune de Kalaban Coro, Kati
 3. Service de radiologie et imagerie medicale, Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou-Mali
 4. Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou-Mali
 5. Service de chirurgie generale, Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou-Mali
 6. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, CHU Gabriel Touré, Bamako
 7. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, centre de Sante de Reference de Koutiala
 8. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Mere-enfant le Luxembourg, Bamako-Mali
 9. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, centre de Sante de Reference de la Commune II, Bamako
 10. Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, centre de Sante de Reference de la Commune IV, Bamako
- Correspondant** : Dr Abdoul Wahab Haidara Email : haidarabdoul27@gmail.com

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Une amygdalectomie consiste à retirer l'amygdale dans sa totalité en la disséquant le long de sa capsule fibreuse.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée au service d'ORL de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur une période de 3 ans. Nous avons inclus 190 dossiers de patients ayant bénéficié d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie ou d'une adéno-amygdalectomie. Les paramètres suivants ont été étudiés : paramètres sociodémographiques, type d'intervention chirurgicale et les complications.

RÉSULTATS

En Trois ans, nous avons enregistré 387 interventions chirurgicales ORL, dont 190 (49,10%) cas d'amygdalectomie. Dans notre étude 78 (41,05%) patients de sexe masculin et 112 (58,95%) de sexe féminin, soit un sex ratio de 0,70. La tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus touchée avec 38,95%. L'adenoido-amygdalite a été l'indication la plus fréquente avec 43,16% suivie par une amygdalite à répétition avec 27,89 % et une amygdalite chronique avec 14,21%, les halitoses et les phlegmons periamygdaliens ont été représenté respectivement avec

10% et 4,74%. Tous les patients ont fait 2 jours d'hospitalisation après leur amygdalectomie. Durant les deux premiers jours postopératoires, l'alimentation était liquide et froide. Nous avons noté 4 cas de complication post opératoire soit 1 cas d'hémorragie en post opératoire immédiate et 3 cas d'agueusies en post opératoire tardif. La mortalité opératoire a été nulle.

CONCLUSION

L'amygdalectomie étant une pratique courant en ORL, parfois considérée comme une intervention de routine, n'est pas dénuée de risques.

MOTS CLÉS : Amygdalectomie, indications de l'amygdalectomie.

ABSTRACT

INTRODUCTION

A tonsillectomy consists of removing the tonsil in its entirety by dissecting it along its fibrous capsule.

RESULTS : Treatment was based on antibiotic therapy and incision-drainages observed in 12.3% of which 7.7% were fatal.

MATERIAL AND METHOD : This was a retrospective study conducted at the ENT department of Nianankoro Fomba Hospital in Segou over a period of 3 years. We included 190 patient files who had undergone tonsillectomy, adenoidectomy or adenotonsillectomy. The following parameters were studied: age, surgical indications, type of surgical procedure and complications.

RESULTS : In three years, we had recorded 387 ENT surgical interventions, including 190 (49.10%) cases of tonsillectomy. In our study 78 (41.05%) male patients and 112 (58.95%) female, a sex ratio of 0.70. The age group of 0 to 10 years was the most affected with 38.95%. Adenoidotonsillitis was the most common indication with 43.16% followed by recurrent tonsillitis with 27.89% and chronic tonsillitis with 14.21%, halitosis and periamygdalar phlegmons were represented respectively with 10% and 4.74%. All patients were hospitalized for 2 days after their tonsillectomy. During the first two postoperative days, the diet was liquid and cold. We noted 4 cases of postoperative complications, namely 1 case of hemorrhage in the immediate postoperative period and 3 cases of ageusia in the late postoperative period. Operative mortality was zero.

CONCLUSION : As tonsillectomy is a common practice in ENT, sometimes considered a routine procedure, it is not without risks.

KEY WORDS : Tonsillectomy, indications for tonsillectomy.

INTRODUCTION

Une amygdalectomie consiste à retirer l'amygdale dans sa totalité en la disséquant le long de sa capsule fibreuse. Ce geste est réalisé sous anesthésie générale, avec protection des voies aériennes par une intubation orotrachéale [1]. Cette intervention courante et commune à l'échelle internationale se pratique depuis des siècles. Elle est pratiquée depuis au moins 2 000 ans. Aulus Cornelius Celsus, un médecin et écrivain romain, a décrit, vers l'an 30 après Jésus-Christ, l'amygdalectomie au doigt lors d'épisodes infectieux [2]. À travers ce travail, nous allons étudier le profil épidémiologique, les différents aspects cliniques et surtout l'expérience du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou dans

la prise en charge chirurgicale de l'amygdalectomie.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée au service d'ORL de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur une période de 3 ans allant du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2023. Nous avons inclus 190 dossiers de patients ayant bénéficié d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie ou d'une adéno-amygdalectomie. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le sexe, les indications opératoires, le type d'intervention chirurgicale et les complications. Deux techniques chirurgicales avaient été utilisées pour l'amygdalectomie :

- L'amygdalectomie par dissection : sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale, par dissection extra-capsulaire de l'amygdale et à l'aide du bistouri électrique monopolaire.
- L'amygdalectomie par dissection : sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale, par dissection extra-capsulaire de l'amygdale et à l'aide du bistouri froid.

RESULTATS

En Trois ans, nous avons enregistré 387 interventions chirurgicales ORL, dont 190 (49,10%) cas d'amygdalectomie, soit une fréquence générale de 49,10%. Dans notre étude 78(41,05%) patients étaient de sexe masculin et 112(58,95%) étaient de sexe féminin (Figure 1)

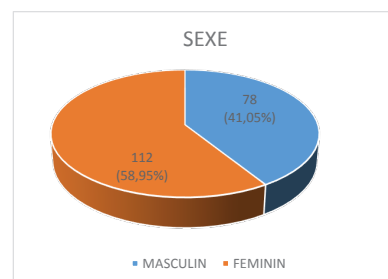


Figure 1 : répartition selon le sexe

soit un sex ratio de 0,70. La tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus touchée avec 38,95% (tableau I).

Tableau I : Répartition des malades selon la Tranche d'âge

TRANCHE D'ÂGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 à 10	74	38,95
11 à 20	43	22,63
21 et 30	35	18,42
31 et plus	38	20
Total	190	100

Les indications opératoires (Tableau II)

Tableau II : Indications d'amygdalectomie

INDICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Adenoidoamygdalite	82	43,16
Amygdalite à répétition	53	27,89
Amygdalite chronique	27	14,21
Halitose	19	10
Phlegmon	9	4,74
TOTAL	190	100

L'adenoido-amygdalite a été l'indication la plus fréquente avec 43,16% suivi par une amygdalite à répétition avec 27,89 % et une amygdalite chronique avec 14,21% les halitoses et les phlegmons periamygdaliens ont été représentés respectivement avec 10% et 4,74%. Tous les patients ont fait 2 jours d'hospitalisation après leur amygdalectomie. Un contrôle post opératoire a été effectué à J7 et à J12. Durant les deux premiers jours postopératoires, l'alimentation était liquide et froide. Elle est ensuite passée à une texture semi-liquide les jours suivants. Au-delà du 10^e jour, le patient pouvait reprendre une alimentation normale, tout en restant sous surveillance jusqu'à la fin de la cicatrisation. Nous avons noté 4 cas de complication post opératoire soit 1 cas d'hémorragie en post opératoire immédiate et 3 cas d'agueusies en post opératoire tardif. La mortalité opératoire a été nulle.

DISCUSSION

Pendant la période d'étude l'amygdalectomie a représenté 49,10% de l'ensemble des activités chirurgicales ORL enregistrées dans notre service. Au Niger [3] elle représente 42,91% des activités chirurgicales. À Abidjan, ce geste représente 29,7% des interventions [4], cette intervention constitue 41,4% de la chirurgie ORL à Yaoundé au Cameroun Selon Ndjolo [5]. Au Sénégal (l'hôpital de Diamniadio) [6], elle représente 71% des activités opératoires du service D'ORL pour enfants. En pratique ORL, C'est une intervention fréquente chez les enfants, surtout de la tranche d'âge de 0 à 5 ans. Bien que le sexe ne constitue pas un facteur significatif, nous avons noté une prédominance féminine avec 58,95%. Nos résultats concordent avec les données de la littérature ouest-africaine [7, 8]. Dans 47,37% des cas, l'amygdalectomie a été associée à l'adénoïdectomie.

L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie sont les interventions chirurgicales les plus fréquentes en ORL pédiatriques [6].

L'adenoido-amygdalite a été indication la plus

fréquente avec 43,16% suivi par une amygdalite à répétition avec 27,89 % et une amygdalite chronique avec 14,21% les halitoses et les phlegmons periamygdaliens ont été représentée respectivement avec 10% et 4,74% dans notre étude par contre. Les amygdalites à répétition sont des indications les plus fréquentes de l'amygdalectomie au Soudan [9] et au Cameroun [5]. Nous avons noté 4 cas de complications post opératoire soit 1 cas de hémorragie en post opératoire immédiate et 3 cas d'agueusies en post opératoire tardif. Aucun cas de mortalité opératoire n'a été noté. Nos résultats sont similaires à ceux de Illé S et coll à Niamey qui ont enregistré 4 cas d'hémorragie, dont 2 cas primaires liés à un défaut d'hémostase et 2 autres secondaires respectivement au 5^{ème} et au 10^{ème} jour ; liés à la chute d'escarre et à un début précoce d'alimentation solide [3]. L'amygdalectomie est une intervention bien maîtrisée mais qui comporte des risques, notamment hémorragiques et douloureux. Une surveillance post-opératoire rigoureuse et une bonne prise en charge de la douleur permettent de minimiser ces complications [10, 11, 12]. L'agueusie est une complication rare mais possible après une amygdalectomie. Elle se traduit par une perte partielle ou complète du goût, souvent temporaire, pouvant durer de quelques semaines à plusieurs mois. La cause la plus fréquente étant de Lésion du nerf glossopharyngien (IX^e nerf crânien). Ce nerf est responsable de l'innervation sensorielle du tiers postérieur de la langue. Son irritation ou sa lésion lors de l'amygdalectomie peut entraîner une altération du goût [12, 13]. Tous les patients ont été hospitalisés pendant deux jours après leur amygdalectomie. Un suivi post-opératoire a été réalisé aux 7^{ème} et 12^{ème} jours. Ce résultat est identique à celui de Illé et coll [3]. La durée d'hospitalisation après une amygdalectomie dépend de plusieurs facteurs, dont l'âge du patient, la technique chirurgicale utilisée et l'évolution postopératoire [11]. En général : Chez l'adulte : L'hospitalisation dure généralement 24 à 48 heures pour surveiller la douleur, le risque de saignement et assurer une bonne hydratation. Chez l'enfant : L'hospitalisation est souvent plus courte, parfois en ambulatoire avec une sortie le jour même si tout va bien, ou une nuit d'observation en cas de risque particulier [11]. La convalescence dure environ 10 à 15 jours, avec un risque de saignement secondaire autour du 7^e jour. Il est important de suivre les recommandations médicales

(alimentation adaptée, hydratation, prise d'analgésiques) [11,14]. Il faut noter que l'alimentation joue un rôle clé dans la récupération et la réduction de la douleur [11, 14]. La reprise d'une alimentation normale se fait progressivement en fonction de la douleur et de la cicatrisation (généralement en 7 à 10 jours) [11, 14].

CONCLUSION

L'amygdalectomie est l'intervention chirurgicale qui consiste à retirer les amygdales palatines en partie ou en totalité. Ce geste très courant dans la pratique d'un otorhinolaryngologiste (ORL), bien que parfois considéré comme une intervention de routine, n'est pas dénuée de risques. Chaque étape de la prise en charge soulève des interrogations.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Lescanne PE, Moreddu DE, Couloigner PV.** RCP Amygdalectomie de l'enfant - Actualisation 2020 de la recommandation SFORL & CFC. 2021
<https://www.sforl.org/wp-Content/uploads/202210/Recommandation-SFORL-Amygdalectomie2021/pdf>.
- 2- **Younis RT, Lazar RH.** History and current practice of tonsillectomy. *Laryngoscope* 2002 ; 112 : 3-5.
- 3- **Illés et al.** Bilan de deux ans d'amygdalectomie à l'Hôpital National de Niamey. *Health Sci. Dis*: Vol 19 (4) October – November – December 2018 Available at www.hsd-fmsb.org
- 4- **Téa ZB, Diandaga MA, N'Gouan JM et coll.** Profil de l'amygdalectomie à Abidjan. *Rev. Col.Odonto.Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac* 2011; 18 (3): 48-52.
- 5- **Ndjolo A, Epossé EC, Bob Oyono JM, Fouda OA, Bengono G.** La pratique chirurgicale ORL en milieu africain : une évaluation de cinq années et demie dans les hôpitaux de Yaoundé. *Médecine d'Afrique Noire* 2006; 53 (1) :29-33.
- 6- **Abdou Sy, Eric Joël RP, Mamady F et coll.** L'amygdalectomie et adénoïdectomie à l'hôpital pour enfants de Diamniadio au Sénégal: une évaluation de 3 ans. *Health .Sci. Dis* 2016;17(2) :50-54.
- 7- **Dao OM, Ouedraogo WT, Ouedraogo B, Ouaba K.** Amygdalectomie au Burkina Faso. *Médecine d'Afrique Noire* 2006; 53(5):320-324.
- 8- **Ahmed AO, Aliyu I, Kolo ES.** Indications for tonsillectomy and adenoidectomy : our experience. *Niger J Clin Pract* 2014; 17:90-94.
- 9- **Shamboul K, Yousif YM.** Tonsillectomy and adenotonsillectomy in Sudanese patients. *East Afr Med J* 2001; 78:405- 407
- 10- **Krishna P, Lee D.** Post-tonsillectomy bleeding : a meta-analysis. *The Laryngoscope*. 2001 Aug;111(8):1358-61.
- 11- **RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE : Prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte 2020.**
<https://www.sforl.org/>
- 12- **Orliaguet G.** Complications après amygdalectomie chez l'enfant. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008 ; 27 :21-29
- 13- **Smith, G., & Alderman, C.** «Taste Dysfunction Following Tonsillectomy: A Review of the Literature.» *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, (2018). 159(4), 617-623.
- 14- **Guide de préparation à une chirurgie – Amygdalectomie – Adénoïdectomie 2020.**
https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Soins_et_services/Chirurgie/ORL



UN CORPS ÉTRANGER ŒSOPHAGIEN MÉCONNU MIGRANT DANS LE LARYNX

An unrecognized esophageal foreign body migrating into the larynx

Mboua Ndenga V-J 1,2 , Ngo Nyeki A R 3 , Bilo'o L 2,6 , Mossus Y 3 , Amougou S 1 , Nkodo E Y 4 ,
Melleu V 5 , Bisay S UB 1,2 , Messakop M Y 2 , Binam B CE 2 , Ehouzou M N 2 , Atangana E HN 2 ,
Ngo Um Sap S 2 , Bengono Bengono RS 2,3 , Djomou F 3 , Njock L R 3

1. Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa, service de chirurgie et spécialités

2. Faculté de Médecine de des Sciences Pharmaceutiques/ Université d'Ebolowa

3. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales / Université de Yaoundé I

4. Hôpital de Référence de Sangmélina, service ORL et chirurgie cervico-faciale

5. Hôpital Régional d'Ebolowa, service d'ORL et chirurgie cervico-faciale

6. Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa, service de chirurgie de pédiatrie

Auteur correspondant : Dr Mboua Ndenga Véronique-Jordane Epouse Ndille Ossom, Médecin ORL-CCF,

Téléphone (+237) 698 799 528 ; e-mail : mbouandendilossom@gmail.com

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les corps étrangers œsophagiens sont fréquents et leur extraction est souvent simple. Nous rapportons un cas de corps étranger œsophagien ayant migré dans le larynx en cours d'extraction.

OBSERVATION : Il s'agissait d'un garçon de 4 ans, sans antécédents contributifs, adressé en Octobre 2024 pour un corps étranger œsophagien méconnu. L'interrogatoire a révélé un syndrome de pénétration suivi d'une toux pendant deux mois, une dysphagie aux solides et une fièvre intermittente depuis un mois, motivant la réalisation d'une radiographie du thorax la veille de la consultation. Une opacité à hauteur des vertèbres T2/T3 a motivé une consultation ORL dans un Hôpital de la ville d'où il nous a été adressé pour une extraction, faute de plateau technique. L'indication d'une extraction par oesophagos copie rigide sous anesthésie générale a été posée. Au moment de l'intubation et avant l'exploration de l'oesophage, l'apparition d'une toux quinteuse et d'une dyspnée laryngée brutale stade III avec désaturation à 30% a motivé une exploration laryngée après oxygénothérapie au masque, permettant d'identifier le corps étranger en regard de la région cricoaryténoïdienne postérieure, obstruant la bouche œsophagienne, avec un œdème. L'extraction a été réalisée sous une sédation. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance d'une dyspnée laryngée de stade I, indiquant une antibio corticothérapie locale et

générale durant 8 jours, la sortie étant autorisée au 3^e jour post extraction.

CONCLUSION : Les corps étrangers œsophagiens anciens peuvent migrer vers le larynx et entraîner une obstruction de la filière laryngée, imposant une prise en charge urgente et adaptée.

MOTS CLÉS : Corps étranger - œsophage - migration - larynx

ABSTRACT

INTRODUCTION : Esophageal foreign bodies are common and their extraction is often straightforward. We report a case of an esophageal foreign body that migrated into the larynx during extraction.

OBSERVATION : This was a 4-year-old boy, with no contributory history, referred in October 2024 for an unrecognized esophageal foreign body. Questioning revealed a penetration syndrome followed by coughing for two months, dysphagia to solids and intermittent fever for one month, prompting a chest X-ray the day before the consultation. An opacity at the level of the T2/T3 vertebrae prompted an ENT consultation at a local hospital, from where he was referred to us for extraction, due to a lack of technical facilities. A rigid esophagoscopy under general anesthesia was indicated. At the time of intubation and prior to exploration of the oesophagus, the onset of a coughing fit and sudden

stage III laryngeal dyspnoea with desaturation at 30% prompted laryngeal exploration after oxygen therapy with a mask, enabling the foreign body to be identified opposite the posterior cricoarytenoid region, obstructing the oesophageal opening, with oedema. Extraction was performed under sedation. The postoperative course was marked by persistent stage I laryngeal dyspnea, indicating local and general antibiotic corticotherapy for 8 days, with discharge authorized on post-extraction day 3.

CONCLUSION : Old oesophageal foreign bodies can migrate to the larynx and cause obstruction of the laryngeal tract, requiring urgent and appropriate management.

KEY WORDS : Foreign body - esophagus - migration - larynx

INTRODUCTION : Les corps étrangers ORL représentaient 50% des urgences pédiatriques ORL au CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire en 2017 [1]. La localisation œsophagienne varie de 30 à 70% des corps étrangers ORL [2] et les pièces de monnaie sont les plus retrouvés, soit 46,2% [3]. Le diagnostic est souvent évoqué devant une notion d'ingestion dans l'histoire de la maladie, une dysphagie, une hyper sialorrhée et une radiographie cervico-thoracique de face et profil. Les corps étrangers œsophagiens évoluent habituellement dans le tube digestif de manière naturelle sans intervention. L'extraction par voie endoscopique par voie d'œsophagoscopie sous anesthésie générale étant nécessaire dans environ 20% des cas. Parmi les complications des corps étrangers l'on peut citer l'amaigrissement et la détresse respiratoire [2, 4]. La migration d'un corps étranger initialement œsophagien est rare mais a déjà été rencontrée dans la littérature au niveau du cavum et en région latéro-cervicale [5, 6] Nous rapportons un cas de corps étranger œsophagien méconnu au Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa, ayant migré dans le larynx au moment de l'extraction.

OBSERVATION : Il s'agissait d'un enfant de 4 ans, de sexe masculin, résidant à Ebolowa, sans antécédents particuliers et reçu en consultation ORL en Octobre 2024 au Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa (Hôpital de référence régional du Sud). Il avait été référé d'un Hôpital de troisième

Catégorie régional (Hôpital Régional d'Ebolowa) le même jour pour extraction d'un corps étranger œsophagien. L'interrogatoire a révélé que deux mois avant notre consultation, la maman aurait remarqué un syndrome de pénétration passager lors d'un jeu. L'évolution a été marquée de manière progressive par l'installation un mois après d'une toux grasse chronique, d'une dysphagie aux solides et d'une fièvre intermittente ayant motivé une automédication sans réelle amélioration. Ce tableau a motivé une consultation la veille à l'Hôpital Régional d'Ebolowa pour la réalisation d'une radiographie du thorax. Celle-ci a mis en évidence une opacité arrondie dans l'œsophage, motivant une référence dans notre formation hospitalière, du fait de l'indisponibilité d'un œsophagoscope. L'examen clinique à l'entrée réalisé deux heures après une ingestion d'eau, avait retrouvé un état général moyen, un poids de 18 Kgs, une tension artérielle de 96/68 mmHg, une fébricule à 38,2°C, une saturation en oxygène de 98% à l'air ambiant, un pouls à 102 pulsations par minute, une fréquence respiratoire de 23 cycles par minutes, des signes de dénutrition modérée et une légère déshydratation. Au plan ORL, l'on notait une hypersialorrhée et une oropharyngoscopie normale. L'auscultation pulmonaire a mis en évidence des râles bronchiques bilatéraux. La radiographie disponible de la veille présentait une opacité arrondie et plate à hauteur des vertèbres T2/T3.

Ce tableau clinique a permis d'indiquer une œsophagoscopie rigide sous anesthésie générale pour l'extraction du corps étranger. La mise en condition du patient a consisté en une hospitalisation, une mise en place d'une voie veineuse périphérique, une dose d'antibiotique et de corticoïde (méthylprednisolone 2mg/Kg, d'amoxicilline+acide clavulanique 80mg/kg/jour en trois doses dont la première avant l'intervention), une hydratation parentérale de 500 ml en 6heures et une diet. Une consultation pré anesthésique, et des examens biologiques satisfaisants ont permis de valider une anesthésie générale. Les résultats ont mis en évidence des globules blancs à 9300/mm³, une Hémoglobine à 11,5g/dl, des plaquettes à 250.000 / mm³ ; une créatininémie à 11mg/l et un Groupe Sanguin O Rhésus Positif ; le Temps de prothrombine était de 80%. Le consentement éclairé a été signé par les parents du patient. Le patient a été installé en décubitus dorsal avec mise en place d'un scope pour la surveillance

des paramètres. Au moment de l'induction de la séquence anesthésique, le patient a brutalement présenté une toux avec une dyspnée laryngé stade III et une désaturation à 40% puis un arrêt cardiaque nécessitant une réanimation. L'intubation n'étant pas possible, une laryngoscopie rapide après oxygénation et sédation du patient à la kétamine a permis d'identifier un corps étranger de la région retro crico-aryténoïdienne. Il s'agissait d'une vieille pièce de 25F recouverte de dépôts noirâtres. Les figures 1 et 2 montrent la radiographie du thorax réalisée la veille et le corps étranger après extraction.

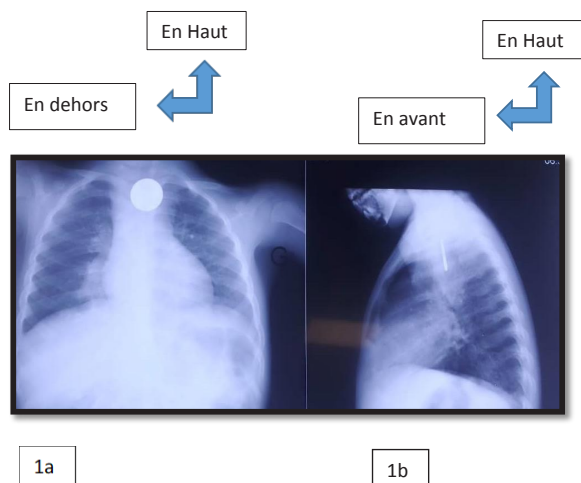


Figure 1 : Radiographie de face 5 (1a) et de profil (1b) montrant une opacité arrondie à hauteur de T2/T3



Figure 2 : Pièce de monnaie après extraction

L'exploration endoscopique laryngo-oesophagienne après stabilisation de l'état du patient a mis en évidence un œdème de la bouche œsophagienne et une inflammation de la partie supérieure de l'œsophage, à environ 12 cm des arcades dentaires. Après le réveil du patient, l'antibiothérapie et la corticothérapie ont été administrées pendant 8 jours dont deux par voie parentérale. L'alimentation liquide a débuté 24 heures après l'extraction. L'évolution était favorable au contrôle clinique effectué trois jours puis 7 jours

après la sortie.

DISCUSSION

La première localisation des corps étrangers aérodigestives est l'œsophage et les pièces de monnaie dominent les autres natures identifiées [2,3]. Le cas étudié fait état d'une pièce de monnaie. La manipulation des pièces de monnaie par les enfants en bas âge interpelle sur l'importance de sécuriser tout objet de jeu hors de la portée des enfants. Le sexe masculin est régulièrement retrouvé dans les études sur les corps étrangers en général et chez l'enfant en particulier. Vodouhé et al au Bénin dans une étude sur les corps étrangers en général, a retrouvé un sexe ratio de 1,13 en 2023 et 60% de sa population avait moins de 10 ans [7]. De plus, la série de Badou et al en Côte d'Ivoire retrouvait une moyenne d'âge de 4,26 ans dans un contexte où les corps étrangers représentaient 50% des urgences pédiatriques ORL [1]. Ce résultat corrobore celui de l'étude par rapport à l'âge du patient qui est l'âge de découverte du monde extérieur par l'enfant. Le délai d'admission était de deux mois dans notre cas, ce qui est très élevé par rapport au constat fait par Diallo et al en Guinée Conakry en 2015, stipulant que le délai moyen d'admission était de 68,75% avant 24 heures [8]. Cette différence était dû au fait qu'aucun adulte n'avait assisté à l'ingestion du corps étranger dans notre cas, d'où sa méconnaissance. Par ailleurs, le cas étudié a posé un problème de diagnostic topographique. En effet, la notion de syndrome de pénétration dans l'histoire fait évoquer une première localisation laryngée. Par la suite, le patient n'a eu aucune difficulté respiratoire jusqu'au jour de l'extraction mais plutôt une dysphagie, ce qui suppose un séjour du corps étranger dans la voie digestive. Ngo Nyeki et al trouvaient dans le cadre des corps étrangers trachéobronchiques dans 60% de syndromes de pénétration incomplet, c'est-à-dire sans détresse respiratoire soutenue ni tirage ni toux rauque [9]. Cet état des choses nous permet d'insister sur l'importance de l'interrogatoire précis dans un contexte de corps étranger d'une part, et sur la nécessité d'éduquer les parents des enfants dans notre société à propos des signes permettant de reconnaître une inhalation de corps étranger. La localisation finale du corps étranger au moment de l'intubation étant la limite entre la partie postérieure du larynx et

la bouche œsophagienne sans une intervention préalable a permis de conclure à une migration à partir de l'œsophage. Les cas de migration de corps étrangers œsophagiens étaient retrouvés en direction de la région latéro-cervicale et du cavum [5,6]. Il est donc opportun de garder à l'esprit que tout corps étranger œsophagien, en fonction de sa nature et de sa forme, peut migrer dans les voies aérodigestives sans signes prémonitoire. Dans ce cas, la capacité de l'équipe à s'adapter à cette migration inattendue de corps étranger a permis d'éviter une asphyxie. Cet état des choses remet en bonne place l'importance de la collaboration multidisciplinaire et la réactivité devant les surprises.

CONCLUSION

Ce cas clinique a mis en évidence une migration inattendue d'un ancien corps étranger œsophagien méconnu vers la laryngée avec des signes de détresse respiratoire aiguë. Nous retenons ainsi que l'évolution d'un corps étranger des voies aérodigestives supérieures peut être imprévisible. Ainsi, aucun geste endoscopique visant à extraire un corps étranger n'est banal.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Prise en charge du cas et rédaction Mboua Ndenga, Amougou, révision du manuscrit : (Mossus, Ngo Nyeki, Binam, Bengono) Lecture (Bilo'o, Ehouzou, Bisay, Messakop, Nkodo, Melleu, Atangana), supervision (Ngo Um Sap, Djomou, Njock)

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES :

- 1- Badou-N'guessan, K. E; Tanon-Anoh, M. J; N'Guessan, N. S; Yoda, M; Buraima, F; Kouassi, B. Urgences ORL de l'enfant au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire) Med. Afr. noire (En ligne). 2017 ; 64(02): 91-98,
- 2- Saroul N, Dissard A, Gilain L. Corps étrangers de l'oesophage. EMC - Oto-rhinolaryngologie. 2016;11(1):1-10 [Article 20-835-A-10].
- 3- Kacouchia N, N'gattia K.V, Kouassi M, Yoda M, Buraima F, Tanon-Anoh M-J, Kouassi B. Corps étrangers des voies aérodigestives chez l'enfant. Rev. Col. Odon-

to-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac. 2006 ;13 (3) : 35-39.

- 4- Nicollas R, Bréaud J, Delarue A et Triglia JM. Pathologie œsophagienne de l'enfant. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-rhino-laryngologie, 20-826-A-10, 2003, 12 p.
- 5- Gyébré YMC, Ouattara M, Elola, Sérémé M, Konsem T, Ouédraogo PB, Diallo O, Ouoba K. Un corps étranger insolite de l'œsophage. J. Tun Orl 2012 ; (28): 80-2.
- 6- Timbo SK, Keita MA, Yena S, Konipo-Togola F, Traore L, Mohamed A. Migration transverse de corps étranger: un cas d'hameçon ingéré. Med Afr Noire ; 2009, 56 (2) : 73-6
- 7- Bidossessi Vodouhe U, Daouda F, Avakoudjo F, Do Santos-Zounon A, Bouraima F, Ametonou B, Lawson-Afouda S, Adjibabi W. Characteristics of Ent Foreign Bodies in a Hospital at Cotonou, Benin. Int. J. Otolaryngology and Head & Neck Surgery ; 2023, 12(4) : 259-268. DOI: 10.4236/ijohns.2023.124026
- 8- Diallo AO, Keita A, Itiere Odzili F A, Diallo OA, Fofana M, Conde B, Diallo M, Diallo MMR. Les Corps Étrangers en OtoRhinoLaryngologie : Analyse de 192 Cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. Health Sci. Dis: 2018 ; 19 (2) : 61-5. Available at www.hsd-fmsb.org.
- 9- Nyeki, A., Miloundja, J, Dalil, A., et al. (2015) Les corps étrangers laryngo trachéobronchiques: Expérience de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville. The Pan Afr. Med J. 2015, 20, Article 298. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.298.4576>.



ABCÈS CERVICAL SUITE À UN CORPS ÉTRANGER ALIMENTAIRE : À PROPOS D'UN CAS

CERVICAL ABSCESS FOLLOWING A FOOD FOREIGN BODY: CASE REPORT

Auteurs : BADANG AFD, MINKA NE, MOUANGUE ML, KAFAND NKOAZE CVL,
ESSAMA EB, NJIFOU NA, NJOCK LR

1. *Hôpital Militaire de Région N°2 Douala*

2. *Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, département de chirurgie et spécialités,
Université de Douala*

Correspondant : BADANG AMBADIANG Florent Dimitri. Service ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale,
Hôpital Militaire de Région N°2 Douala, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de L'Université
de Douala, Cameroun. BP : 470 Douala, Téléphone : 00 (237) 699 948 888. Email : dfbadang@yahoo.fr

RÉSUMÉ

INTRODUCTION :

Les corps étrangers (CE) ingérés représentent une pathologie fréquemment rencontrée en pratique ORL d'urgence. Selon les auteurs, ils constituent 11% en moyenne de l'ensemble des urgences de cette spécialité. Possible à tout âge, ils seraient plus fréquents entre l'âge de préhension et la sixième année de vie, avec une prédominance masculine. Chez l'adulte, la fréquence d'ingestion de CE augmente avec l'âge à partir de la septième décennie. Nous rapportons le cas d'une adulte de 53 ans, ayant consulté dans un centre de santé de la ville de Douala pour dysphagie après ingestion d'un corps étranger alimentaire 02 jours auparavant. Non objectivé à l'examen clinique, la patiente sera mise sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avec prescription de mesures hygiéno-diététiques. Deux semaines plus tard, la persistance de la symptomatologie et l'apparition d'une tuméfaction latéro-cervicale droite motivent une nouvelle consultation à l'Hôpital Militaire de Région numéro 2, où un scanner cervical sera demandé et mettra en évidence une arête de poisson dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit. Le traitement était médico-chirurgical, avec des suites simples dans les deux semaines post thérapeutiques.

MOTS-CLÉS : Corps étranger, abcès cervical, arête de poisson, cervicotomie.

ABSTRACT :

Ingested foreign bodies (FBs) are a frequently encountered pathology in ENT emergencies. According to the authors, they account for an average of 11% of all emergencies in this speciality. Possible at any age, they are more frequent between the age of grasping and the sixth year, with a male predominance. In adults, the frequency of EC ingestion increases with age from the seventh decade onwards. We report the case of a 53-year-old adult who consulted a health centre in the city of Douala for dysphagia after ingesting a foreign body of food 2 days later. The patient was put on non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and hygienic and dietary measures were taken. Two weeks later, the persistence of the symptoms and the appearance of a right laterocervical swelling prompted a further consultation at the Regional Military Hospital 2, where a cervical CT scan was ordered and revealed a fishbone in the right sternocleidomastoid muscle. The patient underwent outpatient medical and surgical treatment, with simple after-effects in the two weeks following treatment.

KEY WORDS : Foreign body, cervical abscess, fishbone, cervicotomy.

INTRODUCTION

L'ingestion de corps étranger (CE) est un accident fréquent chez l'enfant et le vieillard après 70 ans, mais rare chez l'adulte. Elle expose à des complications graves dont la révélation tardive pourrait menacer le pronostic vital. Les manifestations cliniques dépendent de la nature et de

la localisation du CE. L'hypersialorrhée, la dysphagie et la douleur cervicale sont à rechercher devant un corps étranger de l'œsophage ou du pharynx, tout en faisant attention au syndrome de pénétration pariétal souvent passé inaperçu et qui peut faire laisser le CE en place [1,2]. C'est le cas de cet adulte qui pose un problème d'urgence diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION

Il s'agit d'une adulte de 53 ans, ménagère, admise dans le service d'ORL de l'Hôpital Militaire de Région numéro 2 pour dysphagie et tuméfaction cervicale. Deux semaines avant, on note une ingestion d'un corps étranger à type d'arête de poisson au cours d'un repas. La patiente aurait consulté deux jours après l'ingestion du CE, dans un centre de santé de la ville de Douala où le CE ne sera pas objectivé. Elle a été mise sous un traitement à base d'AINS et mesures hygiéno-diététiques (consommation d'aliments durs) pour faire passer le corps étranger. Devant la persistance de la dysphagie et l'apparition d'une masse latéro cervicale droite, la patiente consulte en urgence dans notre service. L'examen clinique montrait une patiente consciente, stable avec un état général conservé. Sa tension artérielle était à 110/76 mmHg, sa fréquence cardiaque à 89 battements par minute, sa température à 37,3°C pour un poids de 65 kilogrammes sans antécédents contributifs. L'examen de la sphère oto-rhino-laryngologique retrouvait une tuméfaction latéro cervicale droite, de forme grossièrement arrondie, mesurant 4cm de diamètre environ, à peau de revêtement luisante, non translucide, de consistance molle, douloureuse et fluctuante sans adénopathies palpables (figure 1).

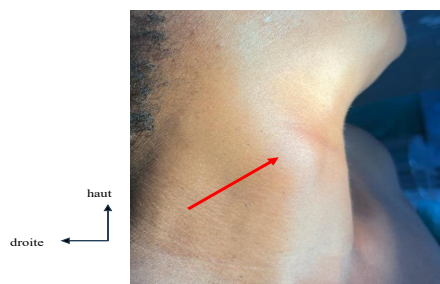


Figure 1: Tuméfaction cervicale

Les autres compartiments ORL étaient sans particularités. Le diagnostic évoqué était celui d'un abcès cervical focal droit compliquant l'ingestion d'un CE pharyngé. La prise en charge initiale était médicale et comportait une antibiothérapie

par voie orale faite d'amoxicilline + acide clavulanique 1 gramme toutes les 6 heures si douleur. Un scanner cervical réalisé dans les 24h, objectivait un corps étranger à type d'arête de poisson dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien avec myosite (figure 2).

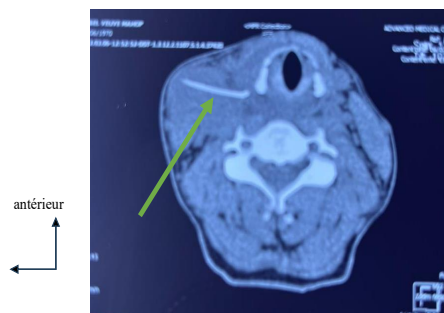


Figure 2: Scanner cervical montrant l'arête de poisson

Le diagnostic positif était celui d'un abcès cervical focal droit compliquant l'ingestion d'une arête de poisson chez adulte. Le traitement était en hospitalisation de jour. L'extraction du CE (arête de poisson de 3 centimètres de long) s'est faite par cervicotomie horizontale de 4 centimètres sous anesthésie générale et ramenait 10 cc de pus franc (figures 3 et 4).

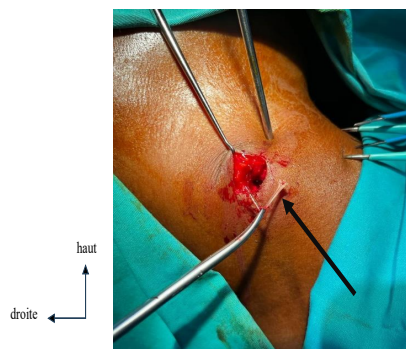


Figure 3: Extraction de l'arête de poisson



Figure 4: Arête de poisson de 3 cm extraite par cervicotomie

Une mèche de compresses bétadinées avait été laissée en place pendant 48h. La patiente est sortie sous traitement à base d'antibiotiques et antalgiques pour une durée de 10 jours. Le suivi post opératoire était simple. La patiente a été revue tous les 2 jours pour son pansement. Au 2e jour de méchage, la propreté du site conduira à la fermeture de la plaie opératoire en un plan avec du fil à peau (4-0) en points séparés. L'ablation des fils s'est faite au 7e jour post opératoire et la cicatrisation totale au 14e jour post op (figure 5)

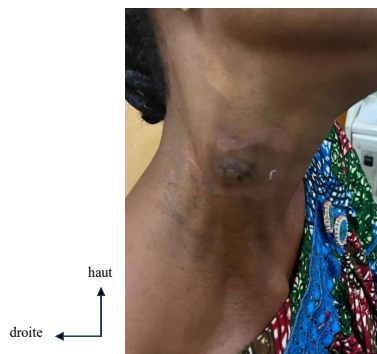


Figure 5: Cicatrisation 14 jours après

DISCUSSION

Les corps étrangers constituent une urgence fréquente en pratique ORL avec en moyenne 11% de l'ensemble des urgences ORL. Possible à tout âge, ils seraient plus fréquents entre l'âge de préhension et la sixième année de vie. La dysphagie et la douleur sont récurrentes comme symptomatologie dans l'ingestion des CE oro-pharyngés comme l'affirment Anapha et al [3]. L'absence de douleur chez notre patiente pourrait s'expliquer par la prise d'AINS, et la consommation d'aliments durs à sa phase aiguë, ayant provoqué l'enclavement du CE. Pour Page et al [4], le scanner est l'examen de choix lors de la suspicion d'un abcès cervical profond, car il permet d'établir le diagnostic, de localiser le CE, de rechercher des complications et de guider l'acte thérapeutique. Dans notre cas, il a été demandé dans le but de confirmer la présence ou non du CE et sa localisation exacte, permettant de déterminer l'attitude thérapeutique à adopter. Les corps étrangers pointus à localisation pharyngée, méconnus ou mal traités, peuvent évoluer vers des complications infectieuses (abcès cervical et/ou retropharyngé ou de médiastinite), vasculaires ou encore neurologiques [5]. Dans notre cas, il s'agissait d'un abcès cervical, comme celui d'Elansari et al.

rapporté chez un nourrisson secondaire à la migration d'un CE de type métallique (hameçon) [6]. La gravité de cette pathologie revêt des degrés variables avec des incidents anodins et des cas compliqués à type de perforation et d'infection [7] pouvant mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas d'une femme de 45 ans ayant ingéré un morceau d'os de viande qui avait secondairement migré du pharynx à la veine jugulaire interne en passant par l'espace para-pharyngé rapporté par Anapha et al [3]. De même, Ouoba et al [8] rapportaient chez un enfant de deux ans, le cas d'une brindille de balai dans la bouche ayant pénétré accidentellement l'oropharynx après une chute, pour ressortir par le conduit auditif externe droit. Notre cas est similaire à ces deux autres par le syndrome de pénétration pariétale favorisé par la consommation d'aliments durs recommandés comme mesures hygiéno-diététiques. La prise en charge repose sur deux moyens thérapeutiques que sont la cervicotomie exploratrice pour le corps étranger pénétrant et l'endoscopie ou voie naturelle pour les autres types de corps étrangers. L'attitude thérapeutique varie selon la nature et du mécanisme du CE [9]. Notre patiente a bénéficié d'un traitement adapté deux semaines après l'ingestion du CE. Ce retard s'explique par son transit dans un centre de santé non outillé. La prise d'AINS serait un facteur favorisant la survenue des infections selon Piroulas [10]. Dans notre cas, on note la prise d'AINS pendant une dizaine de jours ayant ainsi favorisé la formation d'une collection de pus.

CONCLUSION

Les corps étrangers en ORL constituent un motif fréquent de consultation et serait l'apanage des enfants mais peuvent aussi faire exception chez l'adulte. Leur ingestion est une situation peu fréquente chez l'adulte. Le retard diagnostique pourrait entraîner des complications et la prise en charge de ces complications est très souvent chirurgicale.

DÉCLARATION

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Vignon R. K, Kodjoh N, Sehonou J, Olo-ry-Togbe J.L** La prise en charge endoscopique des corps étrangers de l'œsophage au Bénin. J. Afr Hépatol. Gastroentrol. 2014; 8: 135-138
- 2- **Doumbia S.K, Timbo S.K, Keita M, Togola K. F , Guindo-B, Soumaoro-S et al.** Corps étrangers de l'œsophage chez l'adulte : à propos de 26 cas. Mali Médical. 2011 ;15 (3): 1- 4
- 3- **Anapha A J, Renuka A.** A Foreign body in the pharynx migrating through the internal jugular vein. American journal of Otolaryngology. 2003 ; 24 (2): 89-91
- 4- **Page NC, Bauer EM, Lieu JEC.** Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. Otolaryngol Neck Surg. 2008 Mar; 138(3):300–6.
- 5- **Molard O, Beauvilain de Montreuil C.** Corps étrangers et perforation du pharynx. Encyclopédie médicochirurgicale (Elsevier, Paris). Oto-Rhino-Laryngologie, 20-620-A-10, 1998, 3p.
- 6- **Elansari E, Soumaoro S, Maiga M, Coulibaly D, Konate M, Diallo M et al.** Abscess cervical chez un nourrisson secondaire à la migration d'un corps étranger. Jaccr Infectiology 2021; 3(1):1-4
- 7- **Jayachandra S, Eslick GD.** A systematic review of paediatric foreign body ingestion : presentation, complications, and management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2013; 77:311–7
- 8- **Ouoba D, Diop EM.** Histoire insolite d'un corps étranger de l'oropharynx. . Dakar Médial, 1993 ; 34(5): p
- 9- **Goueta A , Gyebre Y, Bakyono K. E, Nao E, Bambara C, Ouattara M et al.** Corps étranger insolite de l'oropharynx: A propos d'un cas, J TUN ORL.2020; 44 : 27-74
- 10- **Piroulas C.** Non-steroids anti-inflammatory drugs and risk of peritonsillar abscess in pharyngitis: a French longitudinal study in primary care. Family practice. 2018; Volume XX. 1–6.

RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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

A decorative graphic on the right side of the banner consists of seven white-outlined hexagons arranged in a triangular pattern (1 on top, 2 in the middle, 4 at the bottom). Each hexagon contains a white medical icon: a DNA double helix, a shield with a cross, a pill bottle, a water drop, a heart, a brain, and a stethoscope.

BILAN PRÉ THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS) AU SERVICE ORL DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE SAINT-LOUIS

Ndour N 1 , Tine FB 1 , Sall AC 2 , Tall H 1 , Niang D 3 , Diallo OA 1 , Ndiaye C 4 , Ndiaye M 2 ,
Tall A 4 , Diallo BK 5

1. Service ORL et CCF du centre hospitalier régional de Saint-Louis
2. Service ORL et CCF de l'hôpital d'enfant de Diamniadio
3. Service Anatomie pathologie du centre hospitalier régional de Saint-Louis
4. Service ORL et CCF du CHNU de Fann
5. Service ORL et CCF de l'hôpital d'enfant Albert Royer

Auteur correspondant : Ngor Ndour, service ORL et CCF du centre hospitalier régional de Saint Louis

Email : ngor86@hotmail.fr

RÉSUMÉ :

OBJECTIFS : l'objectif de ce travail était de décrire les données épidémiologique, clinique, radiologique et endoscopique des cancers des VADS dans la zone nord du Sénégal.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Ce travail était une étude rétrospective et descriptive sur une période d'un an (1er octobre 2022 au 30 septembre 2023). Il portait sur 30 patients suivis au service d'ORL et CCF de l'hôpital régional de Saint-Louis pour un cancer des VADS pour lequel un bilan pré-thérapeutique avait été réalisé.

RÉSULTATS : l'âge moyen des patients était de 60 ans. On notait une prédominance masculine avec un sexe-ratio de 2. L'intoxication tabagique était le principal facteur de risque retrouvé. Chez 13 patients (44% des cas), aucun facteur de risque n'a été rapporté. Le délai de consultation moyen était de 6 mois. Après la réalisation d'un examen clinique et radiologique, un bilan endoscopique avait été réalisé chez tous les patients. Le délai moyen de réalisation de cette endoscopie était de 38 jours. La localisation laryngée était la plus fréquente dans notre série 11 cas soit 37% des cas, suivie 9 cas de la localisation hypopharyngée (30%). Le stade tumoral était avancé chez 25 patients T3, T4 à 85% des cas.

CONCLUSION : La réalisation d'un bilan pré thérapeutique exhaustif est fondamentale avant toute décision thérapeutique. Les stades avancés des lésions notés chez des sujets non éthylo-tabagiques doivent inciter à la recherche d'autres facteurs de risque pour une meilleure

campagne de sensibilisation des populations.

MOTS CLÉS : Saint-Louis ; cancer ; VADS ; endoscopie

OBJECTIVES : The objective of this work was to describe the epidemiological, clinical, radiological and endoscopic data of VADS cancers in the northern zone of Senegal.

PATIENTS AND METHODS : This work was a retrospective and descriptive study over a period of one year (October 1, 2022 to September 30, 2023). It involved 30 patients followed in the ENT and CCF department of the Saint-Louis regional hospital for VADS cancer for which a pre therapeutic assessment had been carried out.

RESULTS : The average age of our patients was 60 years. There was a male predominance with a sex ratio of 2. Tobacco intoxication was the main risk factor found. In 44% of patients, no risk factors were reported. The average consultation time was 6 months. After carrying out a clinical and radiological examination, an endoscopic assessment was carried out in all our patients. The average time taken to complete this endoscopy was 38 days. The laryngeal location was the most common in our series (37%), followed by the hypopharyngeal location (30%). The tumor stage was advanced in the majority of our T3, T4 patients in 85% of cases.

CONCLUSION : Carrying out an exhaustive pre-therapeutic assessment is fundamental before any therapeutic decision. The advanced

stages of lesions found in non-alcohol smokers should encourage research into other risk factors for better awareness among our populations.

KEY WORDS : Saint-Louis; cancer ; VADS; endoscopy

INTRODUCTION

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent l'ensemble des néoplasies malignes primitives et secondaires de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et des cavités naso sinusiennes. Ils représentent le 7ème cancer le plus fréquent au monde avec une incidence estimée à 931 000 nouveaux cas en 2020, soit 5,1% du total des cas et une mortalité de 467 125 décès [1, 2, 3]. L'Afrique représente 5,7% du nombre total de cas avec une mortalité de 7,2% dans le monde. Ces cancers sont dominés par le carcinome épidermoïde avec comme principal facteur de risque l'intoxication ethylo-tabagique [2, 4, 5]. Deux localisations sont très particulières de par leur épidémiologie et leurs facteurs de risque : le cancer du nasopharynx et les cancers des sinus et fosses nasales. [3, 6] La réalisation d'un bilan pré-thérapeutique exhaustif et précis demeure indispensable dans leur bilan diagnostique. La prise en charge thérapeutique de ces cancers fait appel à une approche multidisciplinaire. Devant l'absence de données hospitalières antérieures dans la région Nord du Sénégal, nous avons décidé d'effectuer cette étude pour décrire les aspects épidémiologique, clinique, radiologique et endoscopique des patients atteints de cancers des VADS dans cette contrée.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur une période d'un an allant du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023 dans le service ORL de l'hôpital régional Lt Colonel Mamadou Diouf de Saint-Louis. Nous avons inclus tous les patients suivis dans le service, ayant bénéficié d'une endoscopie diagnostique pour une lésion maligne des VADS durant la période de l'étude et présentant un dossier bien renseigné. Les patients étaient suivis en ambulatoire après une première consultation pour la réalisation du bilan d'imagerie d'extension loco-régionale et à distance et d'une consultation dentaire. Le bilan endoscopique était réalisé en ambulatoire sauf

pour les patients ayant bénéficié d'une trachéotomie ou d'une gastrostomie d'alimentation dans le même temps opératoire. L'acte endoscopique intégrait le programme réglé du bloc opératoire sauf chez les patients qui présentaient une aphasie ou une dyspnée laryngée stade 3 ou 4. Les données épidémiologiques, cliniques et para-cliniques ont été recueillies et analysées avec un logiciel de type Microsoft Excel.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au total 30 patients étaient éligibles dans notre série soit une incidence mensuelle de 2,5 cas. L'âge moyen était de 60 ans avec des extrêmes de 31 ans et 85 ans. Parmi les 30 patients, 93% avait un âge ≥ 40 ans. On notait une prédominance masculine avec un sexe-ratio de 2. L'intoxication tabagique était le principal facteur de risque retrouvé. Chez 44% des patients, aucun facteur de risque n'était rapporté par les patients (Figure 1).

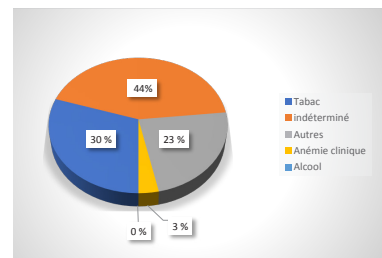


Figure 1 : Répartition des patients selon les facteurs de risque

ASPECTS CLINIQUES

Le délai de consultation moyen était de 6 mois avec des extrêmes de 1 mois et 24 mois. Le tableau I nous renseigne sur les circonstances de découverte des patients.

Tableau I : Répartition des motifs de consultation selon la fréquence

Motifs de consultation	Nombre	Fréquence (%)
Dysphonie	14	20
Odynophagie	13	19
Dysphagie	10	14
Dyspnée laryngée	7	10
Algie pharyngée	4	6
Otalgie réflexe	4	6
Rhinolalgie fermée	4	6
Adénopathies cervicales	4	6
Aphasie	2	3
Glossodynie	2	3
Céphalées	1	1
Épistaxis unilatérale	1	1
Hypersialorrhée	1	1
Obstruction nasale unilatérale	1	1
Fausse route	1	1

L'état général des patients était classé stade 1 de l'OMS dans 40% des cas et stade 3 dans 47% des cas. L'examen de la cavité buccale et oropharynx retrouvait une lésion présumée maligne chez 8 patients (amygdale palatine chez 4 patients, base de la langue chez un patient, bord latéral de la langue mobile chez un patient et un cas de trigone rétromolaire). L'exploration pharyngo-laryngée réalisée chez 27 patients avec un nasofibroscope visualisait une lésion suspecte de malignité ou des signes indirects chez 20 patients. Parmi les 30 patients, 37% présentaient des adénopathies cervicales à la palpation du cou. (Figure 2).

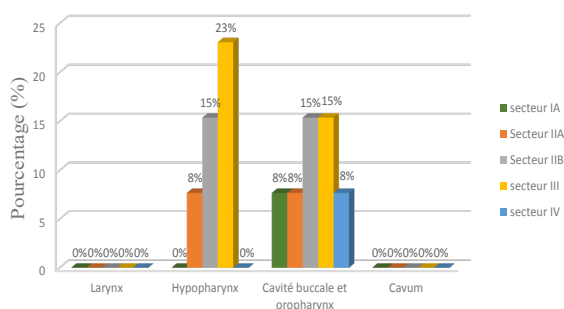


Figure 2 : Répartition des adénopathies cervicales selon les secteurs de la classification de Robbins et la localisation de la lésion.

Bilan d'extension loco-régionale et à distance. Un bilan d'imagerie d'extension loco-régionale et à distance était réalisé chez tous les patients excepté un patient qui avait une TDM du massif facial sans TDM cervico-thoracique. Une atteinte ganglionnaire cervicale était notée dans 14 cas toutes localisations confondues. Une extension des parties molles antérieures, une lyse mandibulaire et une atteinte œsophagienne étaient objectivées respectivement chez un cas de lésion du larynx, un cas de lésion de l'oropharynx et 3 cas de lésion de l'hypopharynx. Ce bilan révélait aussi des nodules pulmonaires suspects de localisation secondaire chez deux patients (hypopharynx et larynx) et une localisation synchrone de Carcinome hépato-cellulaire du foie chez un patient porteur d'une lésion laryngée. Après la réalisation d'un bilan initial comportant examen clinique, biologique et radiologique, un bilan endoscopique sous anesthésie générale était réalisé chez tous les patients. Le délai moyen de réalisation de cette polyendoscopie était de 36 jours. La localisation laryngée était la plus fréquente soit 37% des cas, suivie de celle hypopharyngée

(30%) puis celle bucco-oropharyngée (23%) (Figure 3).

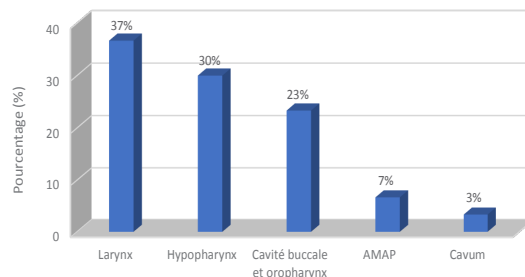


Figure 3 : Répartition des patients selon le siège des lésions à l'endoscopie

Concernant le siège laryngé, les atteintes glottiques et sus-glottique, glottique pur et des 3 étages étaient retrouvés respectivement dans 27% des cas. Au niveau de l'hypopharynx, le point de départ de la lésion semblait être la RCA dans 44% des cas et une lésion de toutes les parois totopharynx dans 33%. La localisation de l'amygdale palatine dominée pour les lésions bucco-oropharyngées (43%). Le carcinome épidermoïde était le type histologique retrouvé chez 28 patients et un lymphome chez 2 patients. La majorité de nos patients étaient classés T4a et 43% des patients étaient N2c (Figure 4a et b).

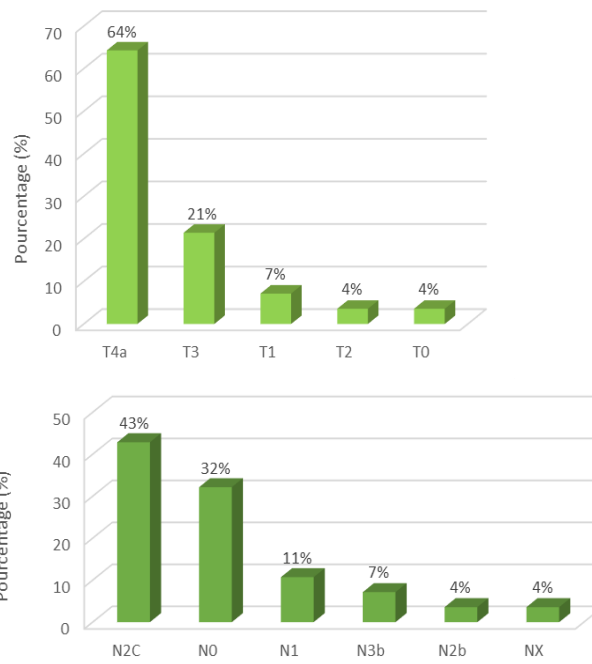


Figure 4 : Répartition des patients selon la classification TNM

Aucune complication liée à l'endoscopie n'a été noté dans notre série.

DISCUSSION

Selon l'étude de Sung H et al, plus de 931 000 nouveaux cas de cancer des VADS ont été enregistrés dans le monde en 2020. En termes de mortalité, plus de 467 125 nouveaux cas de décès dus aux tumeurs de la tête et du cou sont survenus la même année [2]. Ces données sont en nette augmentation par rapport à celles de 2018 [7]. Parmi les cancers des VADS, le carcinome épidermoïde de l'hypopharynx est le cancer le plus dans notre pays [8, 9]. Contrairement dans les pays développés où les cancers de la cavité buccale restent dominants [1, 2, 3, 4]. Notre étude portait sur 30 cas de cancers de VADS sur une période d'un an soit une incidence mensuelle de 2,5 cas. L'incidence de ces cancers est difficile à estimer au Sénégal devant l'absence de registre national des cancers. Ce manque de données a été le moteur de cette étude rétrospective qui décrit les aspects épidémiologiques des patients atteints de cancers des VADS dans un service ORL au nord du Sénégal. L'âge moyen de nos patients était de 60 ans avec des extrêmes de 31 ans et 85 ans. La majorité (93%) des patients avait un âge supérieur à 40 ans. Une prédominance masculine était notée dans notre série. Ces constats trouvent une concordance avec les données de la littérature [4, 10]. Il en ressort que les cancers des VADS sont essentiellement des pathologies de l'adulte. Toutefois, une population de cas pédiatriques a été retrouvée dans nos pays africains [11]. Durant ces dernières années, on observe chez les hommes une baisse de l'incidence liée à la diminution de la consommation d'alcool en France et chez la femme une augmentation du nombre annuel de nouveaux cas. Ces chiffres sont notamment corrélés à l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool par les femmes [3]. Les principaux facteurs de risque rapportés dans la littérature sont l'alcool et le tabac [4, 10, 12, 13]. L'intoxication tabagique était le principal facteur de risque retrouvé dans notre étude. Chez 44% des patients de notre série aucun facteur de risque n'avait été rapporté. Dans nos régions, nous avons à faire de plus en plus à des patients n'étant exposés ni à l'alcool ni au tabac. Ces constats nous amènent à discuter sur le rôle d'autres facteurs dans la carcinogenèse des VADS. Cependant, le rôle du

papillomavirus humains dans la carcinogenèse des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx est bien établi [14, 15]. En Baltimore, l'étude méta-analytique de Hua R et al [16] a constaté que les régimes alimentaires pro-inflammatoires sont associés à un risque accru de survenue de cancer des VADS. Le délai de consultation moyen retrouvé dans notre étude était de 6 mois avec des extrêmes de 1 mois et 2 ans. Ce délai avoisine le délai retrouvé dans la plupart des séries sur les cancers des VADS dans nos régions africaines [10]. Ce long délai s'explique dans notre contexte par une errance diagnostique liée à un accès difficile à un spécialiste ORL mais aussi par le recours en premier à la médecine traditionnelle. L'atteinte ganglionnaire des secteurs III et IIb était la plus fréquente avec des proportions respectives de 38% et 30%. Elle était prédominante dans les localisations hypopharyngées et bucco-oropharyngée. Ce qui est logique, vu que sur le plan anatomique ces secteurs constituent un site de drainage lymphatique commun à toutes les régions des VADS. L'autre argument qui pourrait justifier ces observations est le fait que les cancers de l'hypopharynx et de la cavité buccale sont plus lymphophiles parmi les cancers des VADS. Tous les patients avaient bénéficié d'un bilan d'extension locorégionale et à distance sauf un patient qui avait réalisé une TDM du massif facial seule. La réalisation du bilan radiologique avant la biopsie est l'idéal surtout pour les petites lésions. Au cas échéant, la radiologie doit être différée d'au moins 3 semaines après la biopsie pour éviter une surestimation de la lésion liée au phénomène inflammatoire. Ce bilan fait appel essentiellement au scanner dans notre contexte. L'IRM disponible qu'à Dakar et le TEP-SCANNER qui n'est pas disponible au Sénégal sont les examens radiologiques de référence respectifs dans les lésions bucco-oropharyngées et les lésions localement avancées [17,18]. Aucun de nos patients n'avait effectué ces examens à cause de l'inaccessibilité. Deux des patients (patient porteur d'une lésion maligne du larynx et un autre une lésion de l'hypopharynx) présentaient des métastases pulmonaires lors du bilan à distance. Une localisation synchrone de CHC du foie était aussi retrouvée chez un patient avec du cancer du larynx. Après la réalisation d'un examen clinique et radiologique, un bilan endoscopique plus une biopsie était réalisé chez tous nos patients. Le délai moyen de réalisation de cette endosco-

pie était de 38 jours avec des extrêmes de 1 jour et 136 jours. Cependant pour les patients admis dans un contexte d'urgence pour une dyspnée laryngée ou une aphagie, l'endoscopie était effectuée dans un délai de 2 semaines. Ces derniers bénéficiaient d'une trachéotomie d'urgence et/ou une gastrostomie d'alimentation dans le temps endoscopique. Les longs délais étaient liés soit à une perte de vue des malades ou à des difficultés de réalisation du bilan d'extension radiologique par défaut de moyens financiers ou une panne du scanner de l'hôpital. Dans les recommandations de la SFORL [17], le délai de réalisation de tout le bilan préthérapeutique y compris l'endoscopie des cancers des VADS doit être compris entre 2 et 4 semaines. Le siège laryngé (37%) était le plus fréquent, suivi de l'hypopharynx (30%) puis de la cavité buccale et de l'oropharynx (23%). Alors que d'autres auteurs rapportent un ordre de fréquence différent [3,10,19]. Au niveau laryngé, on retrouvait respectivement une atteinte glottique et sus-glottique, glottique pur et des 3 étages du larynx dans 27% des cas. Au niveau de l'hypopharynx, la RCA était le point de départ prédominant dans 44% des cas. Le stade tumoral était avancé chez la majorité de nos patients. Une proportion 85% des cas étaient classés T3 et T4a. Ceci se justifie par les longs délais de consultation et de réalisation de l'endoscopie.

CONCLUSION

La prise en charge des cancers des VADS est multidisciplinaire. La réalisation d'un bilan préthérapeutique exhaustif est fondamentale avant toute décision thérapeutique. Les stades avancés des lésions notés chez des sujets non éthylo-tabagiques doivent inciter à la recherche d'autres facteurs de risque, à la sensibilisation des populations et à l'amélioration du plateau technique

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Auperin A.** Epidemiology of head and neck cancers : an update. *Curr Opin Oncol.* 2020 ; 32(3) : 178-1862.
- 2- **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al.** Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN.* 2021 ;71 :209-249.
- 3- **Blanchard D, Louis MY, Rame JP, De Raucourt D.** Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures. *Rev Prat.* 2013 Mar 11 ; 62 : 411-412.
- 4- **Delagrandaa A, Letermea G, Chirpaz E, Ferdynus C, Fernandez C, Rubin F.** Caractéristiques épidémiologiques des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du larynx sur l'île de la Réunion. *Ann fr ORL et path cervico-faciale.* 2018 ; 135 : 175-181.
- 5- **Zeng J, Tang Y, Wu P, Fang X, Wang W, Fan, Y et al.** Alcohol Consumption, Tobacco Smoking, Betel Quid Chewing and Oral Health Associations with Hypopharyngeal Cancer among Men in Central South China: A Case-Control Study. *Cancer Management and Research.* 2019 ; 11 : 6353-6364.
- 6- **Okekpa SI, Mydin RBSMN. Mangantig E, et al.** Facteurs de risque du carcinome du nasopharynx (NPC): une revue systématique et une méta-analyse de l'association avec le mode de vie, les régimes alimentaires, socio-économiques et sociodémographiques dans la région asiatique. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019 ; 20 :3505-3514.
- 7- **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA.** Global Cancer Statistics 2018 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN.* 2018 ; 68 : 394-424.9
- 8- **Ndour N, Ndiaye C, Déguenonvo RAE, Ndiaye M, Faye B, Sylla I et al.** Etude de la prévalence du papillomavirus humains dans les cancers de l'hypopharynx au Sénégal. *Rev Med d'Afrique Noire.* 2023 ; 70 : 365 -367.
- 9- **Ndiaye C, Diom ES, Deguenonvo REA, Djegui A, Ndiaye M, Ahmed H,et al.** Cancer de l'hypopharynx et grossesse : une situation problématique. *Rev CAMES SANTE.* 2016 ; 4(2): 29-32.
- 10- **Djomou F, Bola Siafa A, Andjock Nkouo YC, Mindja Eko D, Asmaou Bouba D, Ntep Ntep DB et al.** Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Histologiques des Cancers de la Sphère ORL : Une Étude Transversale à Yaoundé. *Health Sci. Dis.* 2021 ; 22 :37-41.

- 11- **Ndiaye IC, Diom ES, Tall A, Ndiaye M, Es-salki I, Déguénouvo R et al.** Squamous carcinoma of the hypopharynx in children in Senegal: between disaray and enigma. *Int J Ped. ORL.* 2009 ; 73 : 357-361
- 12- **Che-Hong C, Wen-Lun W, Ming-Hung H, Daria MR et al.** Alcohol Consumption, ALDH2 Polymorphism as Risk Factors for Upper Aerodigestive Tract Cancer Progression and Prognosis. *Life.* 2022, 12, 348-359.
- 13- **Di Credico G, Polesel J, Dal Maso L, Pauli F, Torelli N, Luce D et al.** Alcohol drinking and head and neck cancer risk: The joint effect of intensity and duration. *British journal of cancer.* 2020 ; 123(9) : 1456-1463.
- 14- **Mirghani H, Bellera C, Delaye J, Dolivet G, Fakhry N, Bozec A et al.** Prevalence and characteristics of HPV-driven oropharyngeal cancer in France. *Cancer Epidemiology.* 2019 ;61 :89-94.
- 15- **Tumban E.** A Current Update on Human Papillomavirus-Associated Head and Neck Cancers. *Viruses.* 2019 ; 11 (922) :2-19.
- 16- **Hua R, Liang G, Yang F.** Meta-analysis of the association between dietary inflammatory index (DII) and upper aerodigestive tract cancer risk, *Medicine (Baltimore).* 2020 Apr 24 ; 99(17): 189-198.
- 17- **De Monès E, Vergez S, Barryc B, Righini C, Rollande F, Raoult G et al.** Bilan initial des carcinomes épidermoïde de la cavité buccale, du larynx et du pharynx (nasopharynx exclu). Partie 3 : bilan général. *Recommandations SFORL 2012. Ann fr ORL et path cervico-faciale.* 2018 ; 135 : 175-181.
- 18- **Abgral R, Valette G, Salaun PY, Rousset J.** Intérêt complémentaire de la TEP/TDM au FDG et de l'imagerie conventionnelle dans le bilan initial et le suivi post-thérapeutique des cancers des VADS : recommandations et perspectives. *Médecine Nucléaire.* 2018 ; 1-6.
- 19- **Vigier S, Tassin C, Romero G, Girodet D, Zrounbaa P, Deneuve S.** Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures en ambulatoire : étude à propos de 436 procédures. *Annales françaises d'Oto-rhino laryngol et de Pathologie Cervico-faciale* 2017 dec. 134(6) :377-381.



RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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

L'ENDOSCOPIE ORL DE L'ENFANT EN CONSULTATION AMBULATOIRE : REVUE DE 10 ANS D'EXPERIENCE AU SERVICE ORL-CCF DU CENTRE HOSPITALIER D'ESSOS DE YAOUNDE.

ENT ENDOSCOPY OF CHILDREN IN OUTPATIENT CONSULTATIONS: A 10-YEAR REVIEW
IN THE ENT DEPARTMENT OF ESSOS MEDICAL CENTER IN YAOUNDE

NGO NYEKI A-R.* 1,2 , ALIME J. 1,2 , ATANGA L. 1,2 , NKODO Y. 1,2 , MOSSUS Y. 1 ,
MEKA L. 1,2 , DJOMOU F. 1 , NDJOLO A. 1 , NJOCK LR. 1

1. Département Ophtalmologie-ORL-Stomatologie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales -
Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

2. Service Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale, Centre Hospitalier Essos, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant : NGO NYEKI ADELE-ROSE Médecin Oto-Rhino-Laryngologiste et Chirurienne
Cervico-Faciale (ORL-CCF) - Département Ophtalmologie-ORL-Odontostomatologie - Faculté de Médecine et
des Sciences Biomédicales - Université de Yaoundé I, Cameroun Email : adele-rose.ngonyeki@fmsb-uy1.com

RÉSUMÉ

INTRODUCTION ET BUT DE L'ÉTUDE

L'endoscopie est une méthode d'exploration clinique en ORL qui peut se faire à l'aide d'un endoscope souple ou rigide. En Afrique, plusieurs études ont été publiées sur cette exploration mais peu sur sa pratique en consultation ORL de l'enfant. Notre étude présente les indications et les résultats des examens endoscopiques réalisés en ambulatoire chez l'enfant dans le service ORL-CCF du Centre Hospitalier d'Essos de Yaoundé-Cameroun.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons mené une étude rétrospective sur 10 années entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2022. Étaient inclus les dossiers d'enfants âgés de 0 à 15 ans qui ont bénéficié d'une endoscopie ambulatoire durant cette période. Les caractéristiques démographiques ; les différentes indications, les types d'endoscopies et les principaux diagnostics retrouvés ont été étudiés. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SPSS23®.

RÉSULTATS

Nous avons recensé 242 dossiers d'enfants ayant bénéficié d'une endoscopie ambulatoire : 119 garçons et 123 filles soit un sex-ratio de 0,97. La tranche d'âge 0-10 ans était la plus représentée (83,05%). Les indications majoritaires des examens étaient le ronflement (30,99%) et l'obstruction nasale (14,47%). La cavoscopie et la rhinoscopie avec nasofibroscope souple étaient les plus pratiquées avec chacune une fréquence

de 33,88%. Le diagnostic le plus fréquent était les végétations adénoïdes (35,12%) et l'examen était normal pour 18,6% des enfants.

CONCLUSION

Nous mettons en évidence l'importante progression de l'évaluation endoscopique et son intérêt dans le diagnostic des pathologies ORL en consultation ambulatoire chez les enfants.

MOTS CLÉS: endoscopie – ORL – ambulatoire – enfants - Cameroun

ABSTRACT

INTRODUCTION AND STUDY PURPOSE

Endoscopy is a method of clinical exploration in ENT that can be done using a flexible or rigid endoscope. In Africa, several studies have been published on this exploration but few on its practice in outpatient ENT consultations for children. This study highlighted the indications and results of endoscopic examinations performed on outpatient children in ENT Department of Essos' Medical Center in Yaoundé-Cameroon.

MATERIAL AND METHOD

We carried out a retrospective study over 10 years from January 1st 2013 to December 31st 2022. We included records of children aged 0 to 15 years in who underwent outpatient endoscopy during this period. Demographic characteristics, different indications, types of endoscopies and the main diagnoses found were studied. Incomplete files were excluded due to missing data. Data analysis was performed using SPSS23®

software.

RESULTS

We registered 242 records of children who had undergone outpatient endoscopy: 119 boys and 123 girls with a sex-ratio of 0.97. The 0-10 age group was the most represented (83.05%). The main indications of endoscopic examinations were snoring (30.99%) and nasal obstruction (14.47%). Cavityscopy and rhinoscopy with a flexible nasofibroscope were the most commonly performed each with a frequency of 33.88%. The most frequent diagnosis was adenoids (35.12%) and the examination was normal for 18.6% of the children.

CONCLUSION

We highlight the significant progress of endoscopic assessment and its interest in the diagnosis of ENT pathologies in outpatient consultations in children.

KEY WORDS: endoscopy - ENT- outpatient - children- Cameroon

INTRODUCTION

L'endoscopie est une méthode d'exploration visuelle des conduits et des cavités à orifice étroit à l'aide d'un instrument appelé endoscope. Cet instrument permet un examen visuel direct de ces cavités en les éclairant avec une lumière extérieure dont les rayons étaient autrefois réfléchis par les parois de l'appareil, actuellement il se fait à l'aide d'une lampe électrique ou par fibres optiques [1]. L'examen endoscopique occupe une place incontournable dans le diagnostic et le traitement des pathologies des voies aéro-digestives supérieures tant chez l'adulte que chez l'enfant. Il peut être réalisé sous anesthésie locale ou générale [2]. L'endoscopie est une composante du bilan clinique de l'examen ORL qui peut être réalisée avec des optiques souples ou rigides. Elle peut s'effectuer en ambulatoire, au cours d'une hospitalisation ou lors d'interventions chirurgicales [3]. En Afrique, l'activité endoscopique est de plus en plus pratiquée actuellement comparée aux années antérieures. Au Cameroun, des études ont montré que la pratique de l'endoscopie en ambulatoire est en constante progression ; Mpesa et al à Douala en 2019 retrouvaient un taux de réalisation de nasofibroscopie à 7,4% [4].

Devant l'insuffisance de données sur la pratique de l'endoscopie ambulatoire en général et précisément celle effectuée chez les enfants dans les services ORL-CCF au Cameroun, nous avons mené cette étude ayant pour objectif principal de présenter les principales indications et les résultats de l'endoscopie ambulatoire réalisée dans la population pédiatrique du service ORL-CCF du Centre Hospitalier d'Essos-Yaoundé (CHE).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective où nous avons recensé tous les dossiers de patients chez qui ont été réalisés des examens endoscopiques ambulatoires dans le service d'ORL et CCF du Centre Hospitalier d'Essos durant la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2022, soit une durée de 10 ans. Nous avons inclus dans cette recherche tous les dossiers d'enfants âgés de 0 à 15 ans ayant réalisé une endoscopie ambulatoire dans le service durant cette période. Les variables concernant les caractéristiques démographiques desdits patients ; les différentes indications, les types d'endoscopies et les principaux diagnostics retrouvés ont été étudiées. Nous avons exclu les dossiers dont on ne pouvait pas compléter les données manquantes des archives. Toutes les informations ont été recensées dans l'anonymat et la confidentialité des résultats a été respectée. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SPSS23®. Les variables qualitatives ont été représentées par les effectifs et fréquences et les variables quantitatives étaient représentées par leur moyenne lorsque la distribution était normale et la médiane et l'écart-type lorsque la distribution n'était pas normale.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 28486 consultations ORL d'enfants au total ; le nombre total d'endoscopies ambulatoires réalisées chez eux étaient de 242 après que nous ayons exclu 6 dossiers n'ayant pas la totalité des informations requises. Le matériel utilisé était un nasofibroscope ORL Machida® standard avec diamètre de l'extrémité à 3mm, béquillage bidirectionnel 100-130°, longueur utile 300 mm. La fréquence de réalisations de l'endoscopie ambulatoire dans la population pédiatrique sur la période de notre étude était de 0,88%. Durant cette période, 2 endoscopies ont été réalisées en 2013

contre 133 en 2022. L'évolution de la fréquence de réalisation de ces examens endoscopiques ambulatoires au fil des années est représentée sur la figure 1. La cavoscopie et la rhinoscopie

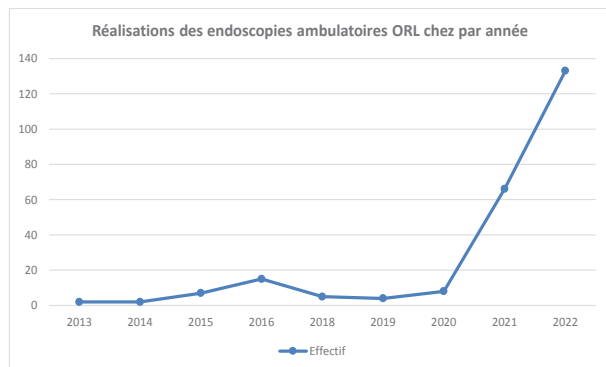


Figure 1 : évolution de la fréquence des examens endoscopiques ambulatoires chez es enfants au fil des années

avec nasofibroscopie souple étaient les deux types d'endoscopies les plus pratiquées en ambulatoire chez les enfants avec une fréquence de 33,88% (n=82) pour chaque examen. La laryngoscopie et l'otoendoscopie étaient faites dans 23,14% (n=56) et 8,3% (n=2) des cas respectivement. L'échantillon de notre étude a regroupé 242 enfants dont 119 patients de sexe masculin soit 49,18% et 123 enfants de sexe féminin (50,82%) (figure 2) avec un sex-ratio de 0,97.

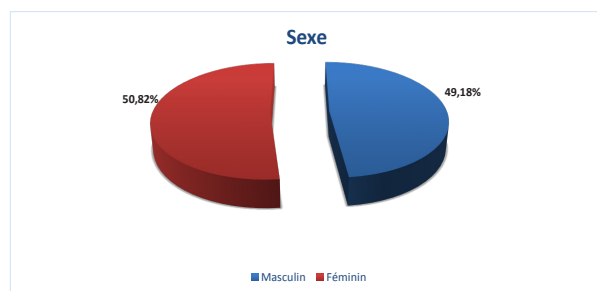


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

L'âge des patients variait de 1 mois à 15 ans. La tranche d'âge de 1 à 5 ans était la plus représentée dans 60,33% des cas tandis que celle de 10 à 15 ans était la moins fréquente dans 16,11% de notre échantillon. La tranche d'âge de 0 à 10 ans représentait 83,05% de l'échantillon total. La figure 3 montre la répartition de notre série par tranche d'âge.

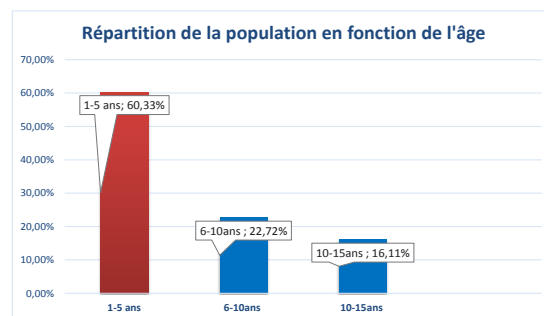


Figure 3 : Répartition de la population étudiée selon l'âge

Chez ces enfants, les indications des examens endoscopiques réalisés en ambulatoire étaient majoritairement le ronflement dans 30,99% de notre échantillon et l'obstruction 5 nasale dans 14,46 % des cas. Le bilan clinique pour épistaxis et pour rhinorrhée persistante étaient retrouvées dans 10,33% des cas respectivement.

Le détail de ces indications est mentionné dans le tableau I.

Tableau I : indications d'endoscopie pour la population pédiatrique

Indications d'endoscopie	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Ronflement	75	30,99
Obstruction nasale	35	14,47
Epistaxis	25	10,33
Rhinorrhée persistante	25	10,33
Odynophagie	23	9,5
Gene pharyngée	21	8,68
Dysphonie	14	5,78
Hypoaccousie	10	4,14
Troubles olfactifs	3	1,23
Otalgie	4	1,65
Adénopathies cervicales	5	2,06
Dyspnée laryngée	2	0,84
Total	242	100

Les végétations adénoïdes était la pathologie la plus retrouvée chez les enfants (35,12%) suivi des laryngites (14,04%) puis des rhinites et des sinusites représentant 25 et 23 % respectivement. L'examen endoscopique était normal dans 18,59% des cas (tableau II).

Tableau II : diagnostics retrouvés dans la population pédiatrique

Diagnostics	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Végétations adénoïdes	85	35,12
Examen normal	45	18,6
Laryngite	34	14,05
Rhinite	25	10,33
Sinusite	23	9,50
Ectasie tache vasculaire	8	3,30
Otites	4	1,65
Polypose nasale	3	1,24
Tumeur du larynx	7	2,90
Tumeur du cavum	3	1,24
Hypertrophie des cornets inférieurs	2	0,83
Paralysie laryngée	1	0,41
Laryngomalacie	2	0,83
Total	242	100

DISCUSSION

L'activité endoscopique ambulatoire a été plutôt minime en 2012 avec seulement 2 examens réalisés cette année-là, elle a connu une très importante progression avec le taux le plus élevé en 2022 soit 133 examens. On remarque une nette augmentation au cours des années de la pratique des endoscopies ambulatoires chez les enfants dans le service d'ORL-CCF du Centre Hospitalier d'Essos avec un coefficient multiplicateur de 65,5. Ces résultats sont semblables à ceux de et Mpessa et al en février 2019 qui trouvait une augmentation de l'activité au fil des années de son recrutement [4]. Cette évolution de l'endoscopie en milieu hospitalier est remarquée dans plusieurs domaines. En effet, les nouvelles technologies en médecine ont eu un essor ces dernières années ; vu leur précision et leur performance diagnostique et leur accessibilité améliorée dans la plupart des services des grandes villes du pays comme Yaoundé [4] et Douala [5]. Dans cette visualisation arithmétique, si la progression continue à ce même coefficient, nous pourrions atteindre les 8700 examens endoscopiques ambulatoires dans la population pédiatrique de notre service durant les 10 prochaines années. Dans notre série, les types d'endoscopies les plus réalisées étaient la cavoscopie (33,88%) et la rhinoscopie (33,88%). En effet, les symptômes rhinologiques étaient au premier plan dans notre population d'étude était le ronflement (30,99%) et l'obstruction nasale (14,46%). Les maladies d'adaptation comme la rhinopharyngite sont assez fréquentes chez l'enfant. Épee et al au Cameroun ont retrouvé la prédominance des pathologies pharyngées dans les affections ORL de l'enfant [6]. Chez le nourrisson et le petit enfant, cet examen va nécessiter la présence d'un aide ou d'une infirmière pour le maintien de l'enfant. Chez le plus grand ou l'adolescent, il faut obtenir la coopération du patient [7]. Les pathologies acquises ou congénitales de l'appareil respiratoire peuvent entraîner des symptômes de détresse respiratoire. Il est donc indispensable de faire un examen clinique approfondi et détaillé à l'aide d'un appareil flexible permettant de réaliser une évaluation dynamique afin de poser un diagnostic correct et adéquat et en toute sécurité [2,7]. Les filles dans notre étude représentaient 50,82% et 49,17% des enfants étaient de sexe masculin soit un sex-ratio hommes/femmes de 0,97 ne montrant pas de prédominance liée au sexe dans

notre série. L'âge minimum des patients dans notre étude était de 1 mois et l'âge maximum était de 15 ans. Ce service ORL-CCF du CHE de Yaoundé a été parmi les premiers centres hospitaliers de la région à être doté d'un nasofibroscope pédiatrique adapté pour des examens endoscopiques même chez des nouveaux nés. L'endoscopie étant un examen réalisable dès la naissance, permettant l'exploration des fosses nasales et de la filière pharyngo-laryngée [7]. La tranche d'âge la plus représentée dans la série était celle inférieure à 10 ans soit 83,05 % ; ces résultats sont semblables à ceux de Mpessa et al qui retrouvait la même tendance prédominante [4]. Les enfants de cet âge représentent une population non négligeable de la consultation en ORL. Ils sont fréquemment sujet aux pathologies respiratoires hautes du fait de l'immaturité de leur système immunitaire et des maladies dites d'adaptation [8,12]. Dans ce travail, les principales indications de l'endoscopie étaient le ronflement (30,99%) suivi de l'obstruction nasale (14,47%) et de la rhinorrhée persistante (10,94%). Le ronflement est un bruit respiratoire dû aux turbulences lié au passage du flux aérien dans le nez et le pharynx, faisant vibrer le voile du palais et les paires pharyngées latérales le ronflement est dû à un obstacle retrouvé dans la filière respiratoire [9]. Il est très inquiétant pour les parents surtout lorsqu'il s'accompagne de pauses respiratoires qui alarment la famille et les pousse à chercher des solutions ; chez les enfants la cause principale des ronflements voire des syndromes d'apnées de sommeil est la présence de végétations adénoïdes et/ou des amygdales palatines [10,11]. Toutes les pathologies atteignant les voies aérodigestives supérieures, l'oreille moyenne sont accessibles par un examen endoscopique qui permettra de visualiser avec précision et en fonctionnement dynamique les différentes parties notamment fosses nasales, pharynx, larynx, membrane tympanique. Les principaux diagnostics retrouvés dans ce travail étaient la présence des végétations adénoïdes (35,12%), suivi des laryngites (14,04%). L'examen était normal dans 18,6% des cas. Chez les enfants, cette hypertrophie peut entraîner un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), responsable d'une altération de l'architecture du sommeil (micro éveils répétés) et de possibles anomalies des échanges gazeux nocturnes (hypoxémie et parfois hypercapnie) [12]. Ce SAOS sera l'indication chirurgicale prin-

cipale d'adénoïdectomie, d'amygdalectomie ou des 2, chez l'enfant [6,11]. La nasofibroscopie restant alors l'examen le plus fiable pour poser le diagnostic de végétations adénoïdes[13]. Concernant les affections laryngologiques, la laryngite était le second diagnostic le plus retrouvé dans cette série. La nasofibroscopie est très informative en cas de stridor ou dyspnée laryngée chez le nourrisson, de fausses routes chez l'enfant, de dysphonie et d'obstruction nasale à tout âge [7].

CONCLUSION

L'endoscopie ambulatoire en ORL est une méthode d'exploration visuelle des cavités et du tractus aérodigestif à tout âge. Cette étude a permis de faire un bilan sur 10 ans de l'activité endoscopique ambulatoire chez les enfants dans notre service ORL-CCF. Nous avons mis en évidence l'importante progression de l'évaluation endoscopique en consultation ambulatoire ORL de l'enfant ainsi que son intérêt diagnostique considérable pour les pathologies de cette région.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Kelta A, Diallo AO, Fofana M, Diallo MMR, Conde M, Diallo MT, et al.** Endoscopie en ORL : bilan de cinq ans dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale à l'Hôpital National de Donka. 2018;65(8):416- 20.
- 2- **Hayden L, Boyer D, Hysinger EB, Moore PE, Faro A, Wilson KC, et al.** Flexible Airway Endoscopy in Children. *Annals ATS*. déc 2015;12(12):1873- 5.
- 3- **de Gabory L, Serrano E, Lecanu JB, Ébbo D, Coudert F, Hanau M, et al.** Recommandations de la SFORL sur la chirurgie ambulatoire en rhinologie. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*. 1 févr 2015;132(1):32- 8.
- 4- **Mpessa M, Njifou NA, Lingom LD, Kuifo C, Njock LR.** La Nasofibroscopie au Service d'ORL de l'Hôpital Général de Douala : Indications et Résultats à Propos de 848 Cas. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* [Internet]. 28 févr 2019 [cité 5 déc 2024];20(2). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1285>
- 5- **David ME, François D, Dalil AB, Antoine BS, Christian ANY, Biouélé RCM, et al.** La Chirurgie Endoscopique Endonasale À Yaoundé. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* [Internet]. 30 nov 2021 [cité 16 janv 2025];22(12). Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2825>
- 6- **Epee Ngoue J, Ngo Nyeki A, Mekone Nkwele I, Atanga L, Meka J, Tony Nengom J, et al.** Morbidité des affections otorhinolaryngologiques chez les enfants hospitalisés au centre hospitalier d'Essos à Yaoundé. *Jaccr Africa*. 2022;6(1):1- 7.
- 7- **Bois E.** La nasofibroscopie chez l'enfant en consultation ORL : modalités et indications. *Perfectionnement en Pédiatrie*. 1 mars 2019;2(1):51- 6.
- 8- **Kongolo Nkulu B.** Les infections des voies respiratoires supérieures chez les enfants de 0 à 15 ans aux Cliniques universitaires de Kalemie : prévalence clinique et évolutive. [Internet]. 2024 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04568196>
- 9- **François M.** Le ronflement peut-il être un symptôme d'allergie ? Cas clinique et revue de la littérature. *Revue Française d'Allergologie*. 1 oct 2020;60(6):491- 4.
- 10- **Bouaziz M, Bourahli MK, Bnezouid B, Bouchiha H, Boussof MK, Bougrida M.** Particularités cliniques et fonctionnelles du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'enfant. *Médecine du Sommeil*. 1 mars 2020;17(1):54.
- 11- **Djomou F, Asmaou DB, Andjock YN, Mindja DE, Bola AS, Meva'a RB, et al.** Pratique de l'Amygdalectomie et de l'Adénoïdectomie à Yaoundé. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* [Internet]. 28 mars 2021 [cité 7 mars 2025];22(4). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2662>
- 12- **Aubertin G, Akkari M, Andrieux A, Colas des Francs C, Fauroux B, Franco P, et al.** Management of obstructive sleep apnea syndrome type 1 in children and adolescents - A French consensus. *Arch Pediatr*. oct 2023;30(7):510- 6.
- 13- **Pisutsiri N, Vathanophas V, Boonyabut P, Tritrakarn S, Vitayaudom N, Tanphaichitr A, et al.** Adenoid measurement accuracy: A comparison of lateral skull film, flexible endoscopy, and intraoperative rigid endoscopy (gold standard). *Auris Nasus Larynx*. 1 avr 2022;49(2):222- 8.

LARYNGOMALACIE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS.

LARYNGOMALACIA IN THE CITY OF OUAGADOUGOU: EPIDEMIO-CLINICAL,
THERAPEUTIC AND EVOLUTIONARY ASPECTS

BARGO CR* 3 , KABA MK 1, SARE WH 2 , DIALLO AG 1 , BAZIEMO AMA 4, BONKOUNGOU BMWD 1,
ZAGHRE N 2 , KADYOGO M 3 , MEDA NC 3 , OUEDRAOGO BP 2 , SEREME M 3

1. Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo(Burkina Faso)

2. Unité d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Tengandogo (Burkina Faso)

3. Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Bogodogo (Burkina Faso)

4. Centre Médicale du Camp Général Aboubacar Sangoulé Lamizana (Burkina Faso)

Correspondance : BARGO Cheick Rachid, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU BOGODOGO,
Ouagadougou, Burkina Faso, E mai: cheickbargo01@gmail.com, Tel : 00226 71 36 31 35

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : la laryngomalacie est la cause la plus fréquente de stridor congénital.

BUT DE L'ÉTUDE : étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la laryngomalacie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : étude descriptive et analytique à collecte de données rétrospective allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, dans les services ORL/CCF de trois CHU de la ville de Ouagadougou.

RÉSULTATS : Nous avons recensé durant cette période 137 cas de laryngomalacie, dont 55 (40,15%) ont été confirmés par une nasofibroscopie et inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de $3,97 \pm 5,68$ mois. Le sexe masculin représentait 31 cas et le sexe féminin 24 cas (sex ratio=1,29). On notait des antécédents dans 11 cas (soit 20%) avec parmi eux un reflux dans 06 cas (soit 10,9%). Le stridor était le symptôme constant chez tous les patients et on notait 11 cas (soit 20%) de laryngomalacie sévère. La nasofibroscopie retrouvait plus fréquemment une épiglote en oméga et un aryténoïde épaissi, avec 50,9 % de type I, 38,19% de type II et 10,9% de type III La prise en charge se résumait en une simple surveillance le plus souvent (65,45%), sans aucun traitement chirurgical. La moitié de nos patients étaient perdus de vue. Pour les patients suivis, l'évolution était favorable dans 74,07 % et stationnaire dans 25,93 %.

CONCLUSION : Le diagnostic de la laryngomalacie nécessite une nasofibroscopie, peu réalisée dans notre contexte. La prise en charge repose sur le plus souvent sur une surveillance.

MOTS-CLÉS : laryngomalacie, stridor, nasofibroscopie, Ouagadougou

ABSTRACT

INTRODUCTION : Laryngomalacia is the most common cause of congenital stridor. Aim of the study : To study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of laryngomalacia.

MATERIAL AND METHODS : descriptive and analytical study with retrospective data collection, from 1 January 2017 to 31 December 2021, in the ENT/CCF departments of three university hospitals in Ouagadougou.

RESULTS : during this period, we identified 137 cases of laryngomalacia, of which 55 (40.15%) were confirmed by nasofibroscopy and included in our study. The mean age was 3.97 ± 5.68 months. Males accounted for 31 cases and females for 24 cases (sex ratio=1.29). There was a history of reflux in 11 cases (20%), with reflux in 06 cases (10.9%). Stridor was a constant symptom in all patients and 11 cases (20%) had severe laryngomalacia. Nasofibroscopy more frequently found an omega-shaped epiglottis and a thickened arytenoid, with 50.9% of type I, 38.19% of type II and 10.9% of type III. The management consisted of simple surveillance most often (65.45%), with

thout any surgical treatment. Half of our patients were lost to follow-up. For the patients followed up, the evolution was favourable in 74.07% and stationary in 25.93%.

CONCLUSION : Diagnosis of laryngomalacia requires nasofibroscope, which is rarely performed in our context. Management is most often based on monitoring.

KEY WORDS : laryngomalacia, stridor, nasofibroscope, UHC, Ouagadougou4

INTRODUCTION

La laryngomalacie est la cause la plus fréquente de stridor congénital et représente environ 60-70% des anomalies laryngées congénitales [1,2]. La plupart des nourrissons atteints de laryngomalacie présentent des symptômes légers et une évolution bénigne de la maladie qui disparaît vers l'âge de 12 à 24 mois ; cependant, il est important de reconnaître que tous les cas de laryngomalacie n'ont pas une évolution bénigne [3]. Bien qu'elle soit la plus fréquente, elle n'est pas la seule anomalie laryngée congénitale pouvant provoquer un stridor. Il est donc primordial d'exclure d'autres malformations des voies aériennes supérieures pouvant mimer une laryngomalacie [1]. Le diagnostic de la laryngomalacie peut être établi sur la base des symptômes et des signes, d'une laryngoscopie flexible et de radiographies incidences de profil du cou et du thorax [4]. En Afrique subsaharienne, où l'accès aux soins spécialisés reste limité, la prise en charge de la laryngomalacie pose des défis uniques. Cette étude évalue les démarches diagnostique et thérapeutique de la Laryngomalacie dans un service ORL au sud du Sahara.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique, à collecte de données rétrospective durant 05 ans allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 décembre 2021 dans les services d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL/CCF) de trois CHU de la ville de Ouagadougou (CHU-YO, CHU-B, CHU-T). Ont été inclus dans notre étude, les patients répondant aux critères suivants : être âgé de 0 à 5 ans pendant la période d'étude, avoir été reçu dans l'un des services d'ORL/CCF des CHU de la ville de Ouagadougou (CHU-YO, CHU-B, CHU-T), avoir bénéficié d'une endoscopie ORL ayant permis de poser le diagnostic de laryngomalacie. La classification de Olney a été utilisée pour la description endoscopique de la laryngomalacie.

gou (CHU-YO, CHU-B, CHU-T), avoir bénéficié d'une endoscopie ORL ayant permis de poser le diagnostic de laryngomalacie. La classification de Olney a été utilisée pour la description endoscopique de la laryngomalacie.

Classification de la laryngomalacie selon Olney [21]

- Type I : prolapsus de la muqueuse recouvrant les cartilages aryénoïdes.
- Type II : replis aryépiglottiques courts.
- Type III : déplacement postérieur de l'épiglotte.

Les dossiers incomplets et les patients n'ayant les modalités thérapeutiques, l'évolution, le délai de suivi. La prise en charge a consisté en une surveillance. L'évolution a été jugée favorable sur des arguments cliniques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.0. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

RÉSULTATS

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Fréquence : nous avons inclus dans l'étude 55 cas de laryngomalacie confirmés par une nasofibroscope soit 40,15% de l'ensemble des cas recensés (figure 1).

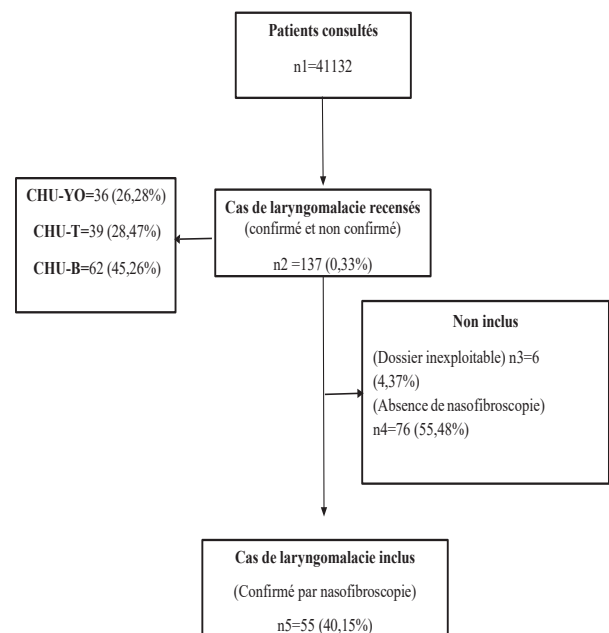


Figure 1 : Diagramme de flux

Âge : l'âge moyen des patients était de 3,97 mois avec un écart-type de 5,68 mois et des extrêmes de 12 jours et 36 mois. Le graphique ci-dessous (figure 2) illustre la répartition des patients par tranche d'âge.

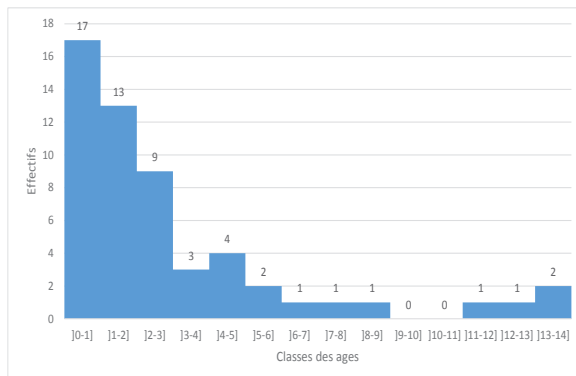


Figure 2 : Répartition des cas de laryngomalacie confirmés par nasofibroscopie selon les tranches d'âge (n=55)

Sexe : les patients de sexe masculin étaient au nombre de 31 (soit 56,36 %) soit un sex ratio de 1,29.

DONNÉES CLINIQUES

Antécédents personnels : les antécédents personnels ont été retrouvés chez 11 patients (soit 20 %). Six patients (10,91 %) avaient un antécédent de reflux pharyngo-laryngé ; un patient (1,82 %) était prématuré, Quatre patients (7,27 %) avaient un antécédent de rhinopharyngite.

Motif de consultation : les signes fonctionnels étaient retrouvés chez tous les patients, avec une association possible de plusieurs signes fonctionnels, pour un même patient. Le graphique ci-dessous (figure 3) représente la répartition des cas de laryngomalacie en fonction des signes fonctionnels retrouvés.

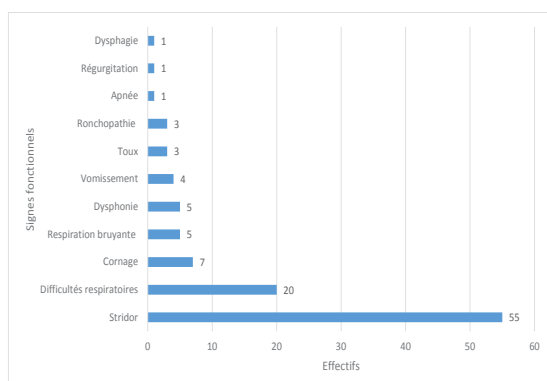


Figure 3 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels (n=55)

Signes et classification endoscopique : on notait 28 cas (soit 50,9 %) de laryngomalacie type I, 21 cas (soit 38,19%) de laryngomalacie type II et 06 cas (soit 10,9%) de laryngomalacie type III (selon la classification de Olney)

Répartition selon la gravité : dans cette étude, nous avons noté 11 cas (soit 20 %) de laryngomalacie sévère et 44 cas (soit 80 %) de laryngomalacie mineure.

DONNÉES THÉRAPEUTIQUES

Tous les patients ont été pris en charge en ambulatoire soit 100 % des cas. Les modalités thérapeutiques étaient constituées dans 36 cas (soit 65,45%) d'une surveillance uniquement associée à des mesures hygiéno-diététiques et posturales. Aucune prise en charge chirurgicale pour laryngomalacie n'a été réalisée dans l'étude.

DONNÉES ÉVOLUTIVES

La surveillance était uniquement clinique dans 100% des cas. Aucun patient au cours du suivi n'a bénéficié d'une nasofibroscopie de contrôle. Le délai de suivi allait de trois à six mois. Au-delà de six mois, aucun patient n'avait bénéficié de contrôle dans le cadre d'une laryngomalacie. L'évolution était favorable dans 48 cas (soit 87,27 %) et stationnaire, dans 07 cas (soit 25,93 % des cas). Aucun cas de décès dû à la laryngomalacie n'a été constaté dans l'étude.

DISCUSSION

La laryngomalacie est la cause la plus fréquente de stridor chez les nouveau-nés, touchant 45 à 75 % des nourrissons atteints de stridor congénital [3,6,7]. Son incidence dans la population générale est relativement méconnue, mais elle a été estimée entre 1 sur 2 000 et 1 sur 3 000 [8,9]. Dans notre étude, nous avons retrouvé une fréquence hospitalière de cinquante-cinq cas de laryngomalacie confirmé sur une période de cinq ans. De manière globale, cette fréquence hospitalière serait probablement sous-estimée. En effet, l'évolution spontanée de la laryngomalacie mineure se faisant vers la guérison la plupart du temps, il était évident que moins de cas seraient recensés dans les CHU. Par ailleurs cette forme mineure est le plus souvent suivie cliniquement par des pédiatres et peu diagnostiquée par endoscopie [8]. L'âge moyen de présentation des patients est très variable dans les différentes

études. En effet, pour Ghandi [10] en Inde et Kusak [11] en Pologne l'âge médian des enfants à la présentation était de 2,7 mois avec des extrêmes de 01 jour et 15,5 mois. Hariga [12] en Tunisie, et Mandour [13] en Egypte, retrouvaient respectivement un âge moyen de 5,1 mois et 6,3 mois. Si dans la littérature [8,14,15], il est couramment admis que la symptomatologie de la laryngomalacie débute dans les premiers jours de vie, dans 7 notre étude, nous avons retrouvé un âge moyen de 3,97 mois lors de la première consultation avec un écart-type de 5,68 mois. Ces résultats pourraient s'expliquer par un retard de consultation observé dans notre contexte de manière globale, qui fait qu'un patient peut être vu à un âge plus avancé, par rapport à l'âge de début de la symptomatologie. Par ailleurs, l'aggravation habituelle de l'intensité du stridor dans les 06 premiers mois de vie pourrait pousser les parents à consulter dans cette période malgré un stridor présent depuis la période néonatale. La prédominance masculine signalée, concorde avec la littérature. En effet l'incidence de la laryngomalacie serait 1,6 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles [1,7]. Ces résultats quasi-unanimes aussi bien dans la littérature, que dans notre contexte, peuvent tirer leurs explications dans la théorie neurologique de la pathogénèse de la laryngomalacie. En effet, certains auteurs [1,16] ont évoqué l'hypothèse d'une immaturité neurologique plus importante chez les garçons, contribuant à la survenue de la laryngomalacie. Dans la littérature, les reflux constituaient les antécédents les plus fréquents, avec une fréquence allant de 44 à 100% des cas [14,17,18]. Cette fréquence de l'association du reflux gastro-œsophagien (RGO) ou pharyngolaryngé à la laryngomalacie pourrait s'expliquer d'un point de vue physiopathologique. En effet, selon la théorie neurologique la laryngomalacie est due à une dysfonction neurosensorielle, qui entraîne un manque de coordination des voies aériennes supraglottiques, avec pour conséquence, une hypotonie quasi constante des muscles sous-hyoïdiens et une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage [1,3]. Cette hypotonie sphinctérienne est un facteur favorisant la survenue du RGO. Toutefois, dans notre étude, nous avons noté une fréquence des reflux estimée à 10,9%. Nos résultats pourraient se justifier par le fait que les reflux ont été diagnostiqués cliniquement, entraînant une sous-estimation de leur fréquence.

En effet, la pH-métrie permettant le diagnostic de RGO non évident cliniquement [3], était utilisée dans les différentes cohortes de la littérature pour diagnostiquer le RGO. Le stridor est perçu comme le signe le plus constant de la laryngomalacie [20,21]. Dans notre étude, nous sommes parvenus aux mêmes résultats, soit un stridor dans 100% des cas. Ces résultats s'expliquent d'un point de vue mécanique. En effet, le stridor est un bruit inspiratoire secondaire à l'obstruction partielle des voies aériennes laryngo-trachéales. La laryngomalacie, entraînant un collapsus de la sus-glottte, est par conséquent une cause d'obstruction laryngée, ce qui explique que le stridor soit constamment retrouvé dans cette pathologie. Tous les auteurs [3,5,11] s'accordent sur le fait que la nasofibroscopie est un examen clé qui permet la confirmation de la laryngomalacie. Toutefois, dans l'étude, nous avons constaté que cet examen était peu réalisé devant une suspicion clinique de laryngomalacie. En effet, sur 137 cas de laryngomalacie suspectés, moins de la moitié des cas soit 40,15% ont bénéficié de la nasofibroscopie. Nos résultats diffèrent de ceux de Olgum [7] en Turquie, et Bredun [22] en Pologne, chez qui la nasofibroscopie a été réalisée dans 100% des cas. Cette faible réalisation de la nasofibroscopie dans notre étude pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. D'abord, la faiblesse de nos plateaux techniques en termes de réalisation de nasofibroscopie surtout chez l'enfant. Ensuite, une faible prescription de la nasofibroscopie par les médecins, à cause de la relative bénignité de la laryngomalacie, et du faible niveau de vie de la population d'une manière générale.

Tableau I : Répartition des cas en fonction des signes endoscopiques retrouvés à la nasofibroscopie (n=55)

Signes endoscopiques	Effectifs	%
Formes isolées		
Épiglotte en omega	17	30,90
Aryténoïde épaissi	14	25,45
Repli ary-épiglottique court	08	14,55
Bascule antérieure du massif aryténoïdien	03	5,45
Bascule postérieure de l'épiglotte	03	5,45
Formes associés		
Épiglotte en oméga + repli ary-épiglottique court	03	5,45
Aryténoïde épaissi + bascule antérieure du massif aryténoïdien	03	5,45
Bascule postérieure de l'épiglotte + épiglotte en omega	03	5,45
Épiglotte en oméga + Laryngocœle	01	1,82
Total	55	100

Selon classification de Olney [5] utilisée dans notre étude, nous avons retrouvé 28 cas (soit 50,9 %) de type I, 21 cas (soit 38,19 %) de type II, et 06 cas (soit 10,9%) de type III. Nos résultats étaient différents de ceux de Reinhard [23] en Suisse, qui a retrouvé 26,6% de type I, 62% de type II et 11,4% de type III. Ils étaient également différents de ceux de Kusak [11] en Pologne, qui a retrouvé 53% de type I, 5% de type de II, 7% de type III et 35% de types combinés (type I+II et type I+III). Les différences de nos résultats avec ceux de la littérature peuvent s'expliquer par une hypothèse qui suggère que la morphologie de la sus-gllotte dans la laryngomalacie est différente chez le sujet noir que chez le sujet caucasien [8,9]. Toutefois, notons qu'il existe plusieurs systèmes de classification endoscopique dans la littérature [1,5,15] qui limite la comparaison des données. Nous avons utilisé celle de Olney [5], car elle est la classification la plus couramment utilisée. Cette multitude de systèmes de classification endoscopique est le témoin de l'absence d'unanimité des auteurs sur la classification la plus appropriée. La laryngomalacie peut être divisée en gravité légère, modérée et sévère [3]. Ces catégories ne sont pas basées sur l'intensité du stridor, mais plutôt sur les symptômes digestifs et obstructifs associés. L'étude a retrouvé 20 % de cas sévères avec, comme signe de gravité, une dyspnée laryngée, des épisodes de détresse respiratoire et des apnées obstructives du sommeil. Par ailleurs d'autres signes de gravité tels qu'un retard de la croissance staturo-pondérale, des épisodes de suffocation lors de 9 l'alimentation ou une difficulté à la prise alimentaire ont été décrit dans la littérature [3,22,24]. Nos résultats sont en adéquation avec ceux de la littérature [3,24] où les cas sévères représentaient entre 0 à 20 % des cas avec la détresse respiratoire, comme signe de gravité le plus souvent retrouvé. La prise en charge de la laryngomalacie va de simple surveillance à la chirurgie. L'ajustement de la posture et les changements dans les méthodes d'alimentation peuvent conduire à une amélioration progressive et à une récupération chez les enfants atteints de laryngomalacie légère à modérée [20,22]. Plusieurs auteurs [15,17,22] ont suggéré un traitement anti-reflux systématique, d'une part au regard de la fréquence de l'association du RGO à la laryngomalacie pouvant atteindre 100 % des cas [17], et d'autre part à cause du potentiel ag-

gravant du RGO sur la laryngomalacie. Toutefois, Thompson et al. tendent à remettre en cause l'effet thérapeutique du traitement anti-reflux dans la laryngomalacie [3]. Dans notre étude, le traitement anti-reflux a été utilisé dans 9,09%. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les médecins ORL dans notre contexte, avaient tendance à préférer une surveillance simple, en témoigne la fréquence de cette option thérapeutique estimée à 65,45% des cas dans notre étude.

Tableau II : Répartition des patients selon les critères de gravité de la laryngomalacie de la société française d'ORL (SFORL) (n=55)

Critères de gravité	Effectifs	%
Absence de signes de gravité	44	80
Détresse respiratoire	07	13
Dyspnée laryngée	03	5
Syndrome d'apnée obstructive du sommeil	01	2
Total	55	100

En effet, cette modalité thérapeutique avait tendance à produire de bons résultats, vu que la laryngomalacie se résolvait spontanément dans près de 89% des cas selon certains auteurs [25]. Le traitement chirurgical par supraglottoplastie fait l'unanimité dans la littérature [15,22], pour les cas de laryngomalacie sévère, avec des taux de succès élevés allant de 70 à 100 % des cas. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, malgré les 20 % de cas sévères retrouvé dans notre étude. Cela s'explique par notre contexte de sous médicalisation et d'insuffisance du plateau technique à réaliser une supraglottoplastie. L'évolution était favorable dans 48 cas (soit 87,27%) et stationnaire, dans 07 cas (soit 25,93 % des cas) dans notre série. Ces résultats étaient conformes à ceux de la littérature où les cas de laryngomalacie évoluaient favorablement dans la majorité des cas [7,20]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la structure laryngée acquiert sa maturité avec le temps chez l'enfant.

CONCLUSION

La laryngomalacie est une pathologie courante et la cause la plus fréquente de stridor congénital. La plupart des patients présentent une symptomatologie légère pouvant être traitée médicalement avec disparition spontanée des symptômes avant l'âge de deux ans. Pour les cas sévères avec obstruction des voies aériennes et troubles de la croissance, le traitement chirurgical est la

clé de la prise en charge. Il est également primordial d'exclure une autre anomalie des voies aériennes supérieures modifiant le traitement de ces patients.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Reinhard A, Sandu K.** Laryngomalacie : cause principale de stridor chez le nourrisson et le petit enfant. *Revue Medicale Suisse*. 2014 ; 10 : 1816-19
- 2- **Primadhiya SM, Ferrial NR.** Association of acid reflux and laryngomalacia: a comprehensive systematic review. *JARMHS*. 2024;10(5) :148- 56.
- 3- **Landry AM, Thompson DM.** Laryngomalacia: Disease presentation, spectrum, and management. *International Journal of Pediatrics*. 2012 ; 2012 :1- 6.
- 4- **Hasheem MG, Kolo ES.** Clinical Evaluation vs Endoscopic Findings in Laryngomalacia at a Tertiary Institution in Northern Nigeria. *TIJCR*. 2016 ;3(1) :39- 44.
- 5- **Olney DR, Greinwald JH, Smith RJ, Bauman NM.** Laryngomalacia and its treatment. *The Laryngoscope*. 1999;109(11):1770- 5.
- 6- **Richter GT, Thompson DM.** The Surgical Management of Laryngomalacia. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2008; 41(5) :837-64.
- 7- **Olgun Y, Ozay H, Cakir A, Erdag TK.** Laryngomalacia : Our Clinical Experience. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 2017;54(4):150- 3.
- 8- **Klinginsmith M, Goldman J.** Laryngomalacia. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
- 9- **Edmondson NE, Bent JP, Chan C.** Laryngomalacia: The role of gender and ethnicity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011 ;75(12) :1562- 4.
- 10- **Gandhi S, Bhatta S, Ganesuni D, Ghanpur AD.** Associated airway anomalies and their impact in patients with laryngomalacia: a retrospective review. *J Laryngol Voice*. 2019;9(2):51-56.11
- 11- **Kusak B, Cichocka-Jarosz E, Jedynak-Wasowicz U, Lis G.** Types of laryngomalacia in children: interrelationship between clinical course and comorbid conditions. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274(3):1577- 83.
- 12- **Hariga I, Abid W, Ben ghrib I, Zribi S, Ben gamra O, Mbarek C.** Prise en charge des laryngomalacies : à propos de 25 cas. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 2014;13 :A137- 8.
- 13- **Mandour Z, Fattah HMA, Gaafar AEH.** Laryngomalacia : Diagnosis and Management. *Pediatr Res*. 2011 ;70(5) :419- 423.
- 14- **Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.** Recommandation pour la pratique clinique : Laryngomalacie de l'enfant. Paris ; 2011.
- 15- **Teissier NC, Van D abbeele T.** Malformations congénitales du larynx. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)-Oto-rhino-laryngologie*. Paris: Elsevier SAS; 2017.
- 16- **Bent J.** Pediatric laryngotracheal obstruction: current perspectives on stridor. *The Laryngoscope*. 2006;116(7):1059- 70.
- 17- **Jain D, Jain S.** Management of Stridor in Severe Laryngomalacia: A Review Article. *Cureus*. 2022;14(9): 1-6.
- 18- **Luebke K, Samuels TL, Chelius TH, Sulman CG, McCormick ME, Kerschner JE, et al.** Pepsin as a biomarker for laryngopharyngeal reflux in children with laryngomalacia. *The Laryngoscope*. 2017;127(10):2413- 7
- 19- **Thompson DM.** Laryngomalacia: factors that influence disease severity and outcomes of management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;18(6):564-70.
- 20- **Ayari S, Aubertin G, Girschig H, Van Den Abbeele T, Denoyelle F, Couloignier V, et al.** Laryngomalacie : prise en charge. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 2013 ;130(1) :15- 21
- 21- **Pokharel A.** Prevalence of laryngomalacia among young children presenting with stridor in a tertiary care hospital. *J Nepal Med Assoc*. 2020 ;58(230) :712-716.

- 22- Bredun S, Kotowski M, Mezydło J, Szydłowski J.** Characteristics of Patients with Laryngomalacia: A Tertiary Referral Center Experience of 106 Cases. *Diagnos-tics*. 2023 ;13(20) :3180.
- 23- Reinhard A, Gorostidi F, Leishman C, Monnier P.** Laser supraglottoplasty for laryngomalacia; a 14-year experience of a tertiary referral center. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016 ;274(1) :367- 74.
- 24- Bedwell J, Zalzal G.** Laryngomalacia. *Semin Pediatr Surg*. juin 2016 ; 25 (3) : 119- 22.
- 25- Isaac A, Zhang H, Soon SR, Campbell S, El-Hakim H.** A systematic review of the evidence on spontaneous resolution of laryngomalacia and its symptoms. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016 ;83:78- 83.



RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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

The graphic features a blue background with a white outline of a globe. Overlaid on the globe are several white hexagons, each containing a medical icon: a DNA helix, a shield with a cross, a pill, a heart, a water drop, and a stethoscope.

TECHNIQUE DE RETHI DANS LA PRISE EN CHARGE DES KYSTES DERMOIDES DU DOS DU NEZ DE L'ENFANT À L'HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDÉ

RETHI TECHNIQUE IN THE MANAGEMENT OF DERMOID CYSTS OF THE DORSUM OF THE NOSE IN CHILDREN AT CENTRAL HOSPITAL IN YAOUNDE

MOUANGUE-MBONJO L¹, ATANGA L², NGO NYEKI AR 2, MBOUA NDENGA V 3, MEVA'A BIOUELE RC 2, DJOMOU F 2, NDJOLO A 2.

1. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Département de Chirurgie et Spécialités, Université de Douala, Cameroun
2. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, Département ORL-Ophtalmologie- Odontostomatologie, Université de Yaoundé I, Cameroun.
3. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Sangmélina, Département de Chirurgie et Spécialités, Université d'Ebolowa, Cameroun.

Auteur correspondant : Mouangue-Mbonjo Louise¹², Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Département de Chirurgie et Spécialités, Université de Douala, Cameroun, Cameroun, E-mail : lou_mouang@yahoo.fr Tél : (+237) 676313907, Boite Postale : 25612.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La technique de Rethi est pratiquée dans différentes circonstances. Cette étude vise à décrire la technique de Rethi dans la PEC des kystes dermoïdes du dos du nez et à en rapporter les résultats.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2023, il a été réalisé 30 rhinoplasties ouverte par technique de Rethi dans notre service. Cette technique consiste après avoir fait une excision cutanée en amande emportant la partie cutanée du kyste à pratiquer les incisions mésiales à 1-2 mm de l'ourlet de l'orifice narinaire – à découvrir des artères columellaires – à décoller puis poursuivre latéralement sur les crus latérales – à soulever le SMAS sous lequel sera effectué la dissection.

RÉSULTATS : l'âge médian était de 9,27 ± 3,54 ans (extrêmes de 1 ans et 15 ans) 15 :50% étaient âgés entre 10 et 15 ans, 18 :60% de sexe féminin. Tous les patients ont été opérés avec succès par la technique de Rethi et les suites étaient simples. La durée moyenne des interventions était de 60 min (±20). Les malformations associées étaient fréquentes dans 23,3% (n=7/30), dominées par les malformations préhélienne 10% (n=3/30), malformations des mains 6,7% (n=2/30) et malformations des oreilles et des lèvres respectivement dans 3,3%(n=1/30). La du-

rée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours, soit 76,7%. Aucune complication n'a été observée. Les cicatrices étaient inapparentes dans 60,0% des cas à 6 mois, 22/30 ont été perdus de vue à un an. Conclusion : Du fait de sa codification, la technique de Rethi dans le cadre d'un kyste dermoïde du nez est réalisable dans notre contexte socio-économique avec des résultats satisfaisants.

MOTS CLÉS : kyste dermoïde nasal, rhinoplastie, technique rethi.

ABSTRACT

INTRODUCTION : The Rethi technique is performed in different circumstances. This study aims to describe the Rethi technique in the management of dermoid cysts of the dorsum of the nose and to report the results.

MATERIALS AND METHODS: From January 1, 2017 to December 31, 2023, 30 open rhinoplasties using the Rethi technique were performed in our department. This technique consists of making an almond-shaped skin excision removing the cutaneous part of the cyst, making mesial incisions 1-2 mm from the edge of the nostril orifice - uncovering the columellar arteries – detaching and then continuing laterally on the lateral crura – lifting the SMAS under which the dissection will be performed.

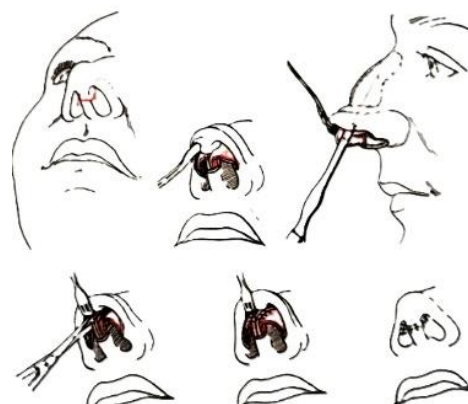
RESULTS: The median age was 9.27 ± 3.54 years (range 1 to 15 years). 15:50% were aged between 10 and 15 years, 18:60% were female. All patients were successfully operated on using the Rethi technique and the outcome was uneventful. The mean duration of the operations was 60 min (± 20). Associated malformations were common in 23.3% ($n=7/30$), dominated by prehelical malformations in 10% ($n=3/30$), hand malformations in 6.7% ($n=2/30$), and ear and lip malformations in 3.3% ($n=1/30$), respectively. The average hospital stay was 3 days, or 76.7%. No complications were observed. Scars were invisible in 60.0% of cases at 6 months, and 22/30 were lost to follow-up at one year.

CONCLUSION : Due to its codification, the Rethi technique for nasal dermoid cysts is feasible in our socioeconomic context with satisfactory results.

KEYWORDS : nasal dermoid cyst, rinoplasty, Rethi technique.1

INTRODUCTION

La Technique de Rethi encore appelée technique de rhinoplastie ouverte par approche externe dont le but est de réaliser une petite incision en forme soit en v inversé soit en marche d'escalier en travers de la columelle (cloison de peau qui sépare les deux narines) permet de soulever toute la peau qui recouvre le nez à la manière du capot d'une voiture. Cette méthode donne une vision parfaite et un accès à la quasi intégralité de la structure interne du nez d'une part puis du kyste d'autre part. Elle est largement pratiquée et comporte de moindres risques [1-9]. Cette incision transcolumellaire et abord externe de la pointe du nez a été décrite pour la première fois par le Dr Aurel Rethi, de Budapest en 1921, puis en 1934[10]. Le kyste dermoïde du nez est une anomalie congénitale rare qui peut avoir une extension intracrânienne et être associé à d'autres malformations. L'imagerie notamment la tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) sont nécessaires pour différencier les kystes limités au nez et ceux qui ont une extension intracrânienne. Le traitement de ces kystes est toujours chirurgical. Le but de ce travail était de décrire la technique de Rethi (Figure 1) et de présenter les résultats dans notre pratique.



Schémas pris tel quel dans la référence 4

Figure 1 : Schéma général de la technique de rhinoplastie ouverte par voie externe du Dr Aurel Rethi [4].

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive des cas de kyste dermoïde du dos du nez, pratiquée au service d'Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2023, selon la technique de Rethi. Toutes les interventions ont été programmées sous anesthésie générale, par un oto-rhino-laryngologue sénior après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des parents des patients. Nous avons exclu toutes les autres indications de technique de Rethi, notamment les cas de traumatismes, les kystes dermoïdes intracrâniens associés, les déviations du septum et du dorsum et tous les cas de chirurgie esthétique. Toutes les informations ont été recueillies à partir des dossiers des patients. Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel SPSS version 23.0.

MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS

Pour la réalisation de cette technique de Rethi, ont été utilisés : solution d'anesthésie locale à base de xylocaïne à la naphazoline 5% et lidocaïne 1% adrénalinée injectable, Tampons nasaux, mèche nasale Merocel®, atèle plâtrée, Povidone iodée, des compresses. Divers instruments sont utilisés pendant l'intervention chirurgicale. Une lampe frontale est utilisée comme source de lumière, et une boîte de rhinoseptoplastie contenant des portes bistouris (n° 11 ou 15) et des ciseaux de différentes tailles sont utilisés pour les incisions. Pour les travaux de précision, des pinces telles que Adson-Brown et bayonet sont préférées, tandis qu'un morselizer de septum est utilisé

pour la mise en forme du cartilage. De plus, des écarteurs tels que - les écarteurs de Milard - Le rétracteur columellaire - le décolleur-aspirateur de Guillen - l'écarteur de Hoffrich et des spéculums sont indispensables pour mieux visualiser la structure nasale.

TECHNIQUE CHIRURGICALE [11] :

Le but de la chirurgie est une exérèse complète en un seul temps du kyste dermoïde (Figure2).

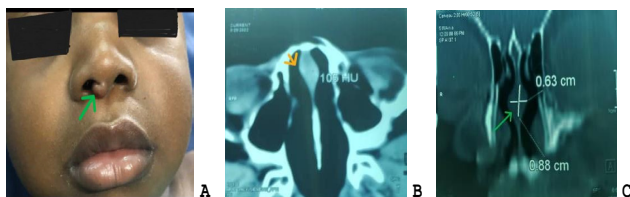


Figure 2 : **A** Image kyste dermoïde d'un patient de 03ans (flèche verte) ; **B** aspect TDM de prolongation du kyste dans le dos du nez dans le cartilage septal (flèche jaune) ; **C** Tomodensitométrie en coupe axiale kyste de 0,63 × 0,88cm.

L'enfant est installé en décubitus dorsal sous anesthésie générale les bras le long du corps, bilot sous les épaules, packing pharyngé en place ; la désinfection du site opératoire est faite de même qu'une anesthésie locale à la lidocaïne par infiltration de la peau et des plans sous-cutanés de la région columellaire 5 à 10 minutes avant l'incision ; L'incision transcolumellaire, en forme de V inversé ou en marche d'escalier, est située à la jonction des 2/3 antérieurs et du 1/3 postérieur. Une incision mésiales à 1—2 mm de l'ourlet de l'orifice narinaire permet de découvrir les artères columellaires. L'excision cutanée en amande emportant la partie cutanée du kyste dermoïde et une dissection du kyste après visualisation des cartilages alaires jusqu'à son insertion est réalisée. Deux fils-guides noués aux angles antérieurs permettent une bonne exposition (Figure 3).

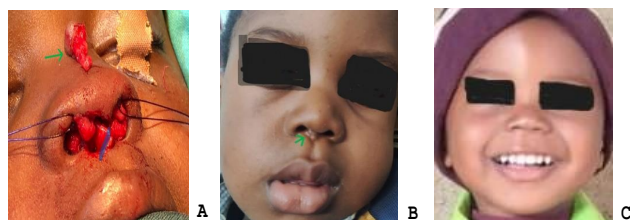


Figure 3 : **A** image per-opératoire du kyste excisé (flèche verte) des crura latéraux (flèche bleue) ; **B** de la cicatrice à 6mois post opératoire (flèche verte) ; **C** de la cicatrice du même patient à un an postopératoire.

Il est important de respecter le triangle mou lors de l'incision pour prévenir toute rétraction cicatricielle. Le kyste peut être cathétérisé, par exemple

à l'aide d'une sonde pour voies lacrymales, afin de faciliter sa dissection. Lorsque la lésion s'étend vers l'étage antérieur de la base du crâne, il y a nécessité d'une collaboration ORL/neurochirurgicalien. Les extrémités des incisions peuvent être prolongées à la demande sur le versant septal ou en regard de la queue de la cru latérale. La réalisation des gestes ostéo-cartilagineux n'est pas toujours nécessaires dans cette indication. La fermeture muqueuse au fil résorbable 4/0 et cutanée au monofilament 4/0 a été réalisée. Tous les patients ont bénéficié d'une mise en place d'un méchage nasal bilatéral au Merocel® et d'une tulle plâtrée. L'attelle plâtrée est maintenue en place à l'aide de bandelettes adhésives. Mise en place des stérilrips®. Le patient reçoit une analgésie per-opératoire ainsi qu'une corticothérapie, une antibiothérapie per-opératoire et en 4 relais oral. Le déméchage et l'ablation du fil est réalisée le 7ème jour postopératoire. L'ablation du plâtre est entreprise le 10ème jour postopératoire. Les soins postopératoires du patient sont assurés par le chirurgien opérateur. Des « exercices de massage nasal » sont recommandés pour réduire l'enflure. La surveillance postopératoire après sortie du patient se fait à J5, J10, J30, 3mois, 6mois et 12mois (Figure 3).

RÉSULTATS

Sur un total de 2600 enfants consultés au service ORL de l'Hôpital Central de Yaoundé pendant la période d'étude, 30 (1,15%) étaient porteurs de kyste dermoïde du dos du nez opérés. L'âge médian des patients était de $9,27 \pm 3,54$ ans, avec des extrêmes de 1 et 15 ans. Ils étaient âgés entre 10 et 15 ans (50,0%) et de sexe féminin 60,0% (n=18), soit une sex-ratio de 0,67 dont habitaient en milieu urbain (tableau I).

Variables	Modalités	Effectifs (N=30)	Fréquence (%)
Tranches d'âges	[≤ 5]	3	10,0
	[6-9]	12	40,0
	[10-15]	15	50,0
Sexe	Masculin	12	40,0
	Féminin	18	60,0
Lieu de résidence	Urbain	19	63,3
	Rural	11	36,7
	Aucune	23	76,7
	Préhélicienne	3	10,0
Malformations associées	Main	2	6,7
	Lèvre	1	3,3
	Oreille	1	3,3
	Aucune	23	76,7
Durée d'hospitalisation (jours)	[3]	23	76,7
	[5]	6	20,0
	[7]	1	3,3

Tableau I : Répartition de la population en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des malformations associées et de la durée d'hospitalisation.

Tous les patients avaient une malformation médiane à type de kyste du dos du nez. Les malformations associées étaient fréquentes dans 23,3% (tableau I) (n=7/30), dominées par les malformations préhéliennes 10% (n=3/30), malformations des mains 6,7% (n=2/30) et malformations des oreilles et des lèvres respectivement dans 3,3%(n=1/30). Tous les 30 cas opérés de par la technique de Rethi ont été réalisés avec succès. Les patients ont tous bien supporté l'intervention. La durée moyenne des interventions était de 60 min (± 20). La mèche de Merocel® a été adaptée à l'ouverture narinale de chaque patient. Aucune complication n'a été observée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours (tableau I), soit 76,7%. Les cicatrices étaient inapparentes dans 60,0% des cas à 6 mois. Nous avons perdu de vue 22 patients sur un total de 30 à 1 an.

DISCUSSION

Les masses congénitales de la ligne médiane ont une incidence comprise entre 1/20 000 et 1/40 000 naissances. Parmi elles, les kystes dermoïdes du dos du nez sont les plus fréquentes [12-13]. Le kyste dermoïde du dos du nez représente 6 à 7 % des kystes dermoïdes de la tête et du cou [14-15]. La TDM et l'IRM sont les examens clés. Une imagerie par TDM est donc utile en préopératoire pour préciser l'extension profonde et les rapports de la malformation avec la lame criblée et les méninges. L'IRM analyse mieux le trajet du kyste. La technique de Rethi, destinée aux déformations congénitales ou acquises, traumatiques [6, 8], est une solution socio-psychologique chez le patient souffrant de son nez. Le nez est un élément primordial dans l'identification et la reconnaissance du visage d'autrui [7]. Habituellement, la catégorie d'âge la plus concernée par la chirurgie esthétique est supérieure à celle vue dans cette série [16,17]. Cela amène à se poser la question sur l'âge idéal de la rhinoplastie. En effet, pour les rhinoplasties post-traumatiques (sauf indication fonctionnelle par obstruction nasale) et esthétiques il faut attendre la fin de la croissance faciale avant d'intervenir [17]. Dennis [18] dans son étude retient comme indications absolues de la voie externe chez l'enfant, les kystes dermoïdes du nez, les hémangiomes cyrano, les séquelles de fentes et les abcès de la cloison ; et comme indications relatives les déviations septales avec retentissement fonctionnel important. En fait,

cette discussion est plus marquée dans le cadre des rhinoplasties dans les séquelles de fentes labio-palatines, indication que nous excluons de cette étude. Les complications de la rhinoplastie sont généralement classées comme fonctionnelles, esthétiques, hémorragiques, infectieuses et traumatiques. Les complications liées à cette intervention varient selon les séries [1, 6]. Celles-ci sont liées aux Cicatrices disgracieuses, l'excès incomplet avec récurrence (4-12%), les enclaves [8,19]. Dans notre série, nous n'avons rencontré aucune complication de cette nature en raison de notre extrême vigilance dans la pratique de ce geste chirurgical et la sélection des cas. Quelques cas d'ecchymoses et d'hématomes (ruptures des vaisseaux sanguins et des accumulations de sang) peuvent se produire sous la peau. En fonction de leur importance, il se résorbera naturellement en moins d'une semaine, ou, s'il est accompagné de gonflement et de tensions douloureuses, peut nécessiter une réintervention pour l'évacuer. En effet Les hématomes septaux doivent être diagnostiqués et drainés rapidement afin de prévenir l'infection et l'érosion ultérieure du cartilage septal, qui peuvent entraîner une perforation septale et/ou une déformation en selle. Après évacuation de l'hématome, un drain ou un tamponnement des voies nasales doit être mis en place pour éviter une nouvelle accumulation de sang et le patient doit être réévalué dans les 24 heures [20]. D'autres méthodes ou techniques ont été proposées par d'autres auteurs, la voie endoscopique, l'usage des conformateurs narinaires, [8,21] notamment dans les fentes primaires ou secondaires, récemment la technique de trick-tip (Transcolumellar and Inter Cartilaginous Keystone with Tip conservation), utilisant une approche combinée ouverte et fermée avec conservation de l'anatomie de la pointe et support structuré de la pointe [22]. Bien que sûres, ces méthodes nous paraissent complexes et peuvent prendre dans leur exécution beaucoup de temps. A cela, s'ajoute pour toutes ces techniques la nécessité de disposer d'un plateau technique adéquat. Wigand et al. [1] ont été parmi les précurseurs dans ce domaine. Les autres avantages de la technique que nous avons pratiquée sont : la simplicité de la technique, la facilité et la rapidité d'exécution avec un matériel presque partout disponible. Pratiquée sous anesthésie générale, elle a permis la résection de kyste dermoïde du dos du nez, surtout de minimiser la survenue

de déchirures muqueuses dans les cas les plus complexes. L'utilisation de bleu de méthylène a été une alternative intéressante à la rhinoplastie ouverte dans les kystes dermoïdes permettant la résection complète du kyste. Nous pensons que la rhinoplastie ouverte plus précisément la technique de Rethi dans les kystes dermoïdes du dos du nez est à la portée de tout médecin spécialiste débutant cette technique chirurgicale et exerçant en milieu peu outillé.

CONCLUSION

La rhinoplastie par voie externe, décrite par Réthi, s'impose en cas d'orifices narinaires étroits ou de gestes complexes sur la pointe ou le tiers moyen, comme chez l'enfant. Elle est simple, peu onéreuse dans notre contexte socio-économique et donne des résultats satisfaisants.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES :

- 1- **Thomassin, J.-M., Bardot, J., Michel, J. et Radulesco, T. (2014).** Les septoplasties et gestes associés. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 59(6), 429-446.
- 2- **Jankowski, R., Gallet, P., Nguyen, D.-T., & Rumeau, C. (2021).** La septoplastie par désarticulation. *Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Pathologie Cervico-Faciale*, 138(3), 206–210.
- 3- **Chraïti, H; Driss, N; El Aoud, C; Hamida, N. B; Lahmar, I; Mighri, K.** Indications et résultats de la septoplastie chez l'enfant. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale* ; : 55-56, 2008.
- 4- **Kenneth R Dubeta.** Part I: Historical Milestones in Rhinoplasty. *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, 2014 No. 2.
- 5- **Aiach G.** rhinoplastie voie d'abord externe. Paris, Masson, 2008.
- 6- **Roelofse MM, Steyn M, Becker PJ.** Photo identification: facial metrical and morphological features in South African males. *Forensic Sci Int.* 2008;177:168-75.
- 7- **Foda HM.** External rhinoplasty: a critical analysis of 500 cases. *J Laryngol Otol* 2003;117:473-7.
- 8- **Mansouri Hattab N, El Bouihi M, Bouaichi A, Lahmiti S, Hiroual A, Fikry T.** Rhinoplastie par voie externe. Evaluation des résultats : à propos de 180 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2010;111:113-4.
- 9- **Adant JP, Bluth F, Fissette J.** La rhinoplastie externe : une voie d'abord utile pour le jeune plasticien. *Ann Chir Plast Esthet* 1998;43:635–48.
- 10- **Kenneth R Dubeta.** Part I: Historical Milestones in Rhinoplasty. *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, 2014 No. 2.
- 11- **Nguyen, P. S., Duron, J.-B., Bardot, J., Levét, Y., & Aiach, G. (2014).** Voies d'abord en rhinoplastie. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 59(6), 406–417.
- 12- **Rogers, G., Proctor, M., Greene, A., Mulliken, J.B., 2005.** Frontonasal osteotomy to facilitate removal of an intracranial nasal dermoid. *J Craniofac Surg* 16, 731–736.
- 13- **Zapata, S., Kearns, D.B., 2006.** Nasal dermoïds. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 14, 406–411.
- 14- **Nocini, P.F., Barbaglio, A., Dolci, M., Salgarelli, A., 1996.** Dermoid cyst of the nose: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 54,357–362.
- 15- **Weiss, D.D., Robson, C.D., Mulliken, J.B., 1998.** Transnasal endoscopic excision of midline nasal dermoid from the anterior cranial base. *Plast Reconstr Surg* 102,2119–2123.
- 16- **Dziewulski P, Dujon D, Spyriounis P, Griffiths RW, Shaw JD.** A retrospective analysis of the results of 218 consecutive rhinoplasties. *Br J Plast Surg* 1995;48:451-4.
- 17- **Sénéchal G, Sénéchal B.** Pour ou contre la rhinoplastie chez l'enfant? *Ann Chir Plast Esthet* 1989;34:439-42.
- 18- **Dennis SC, den Herder C, Shandilya M, Nolst Trenité GJ.** Open rhinoplasty in children. *Open rhinoplasty in children.Facial Plast Surg* 2007;23:259-66.

- 19- Meneghini F, Gottarelli P.** Lateral crus sculpturing in open rhinoplasty: the Delicate Alar Clamp. *Aesthetic Plast Surg* 2002;26:73-7.
- 20- Cochran CS, Landecker A.** Prévention et prise en charge des complications de la rhinoplastie. *Plast Reconstr Surg.* Août 2008 ; 122 (2) : 60e-67e.
- 21- Rombaux P, Avram M, Lengelé B, de Toeuf C, Collet S, Bertrand B.** The use of grafting material in rhinoseptoplasty. *B-ENT* 2010;6:89-96
- 22- Villegas-Alzate, F. La rhinoplastie TRICK-TIP :** préservation de la pointe du nez grâce à la synergie combinée des approches ouvertes et fermées. *Aesth Plast Surg* 48, 3098–3108 (2024).<https://doi.org/10.1007/s00266-024-03901-w> .



ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES DES OTITES MOYENNES AIGÛE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC FEATURES OF ACUTE OTITIS MEDIA
IN 0 TO 5 YEARS OLD CHILDREN

MINKA NGOM E.G.S 1,2 , NGO NYEKI A-R. 3 , BADANG AMBADIANG D 2 , MOUANGUE-MBONJO
L 2 , FOKOUO FOGHA J.V. 3 , KUIFO C. 1 , NJOCK L.R. 1,2,3, NJIMAH A. 2,4

1. Unité Oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Général de Douala, Douala, Cameroun

2. Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

3. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun

4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Dschang, Cameroun

Auteure correspondante : Dr MINKA NGOM Esthelle Geneviève Stéphanie (ORL) E-mail : esthelleminka@yahoo.fr

RESUME

INTRODUCTION

L'otite moyenne aiguë (OMA) se définit comme une inflammation aiguë de la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne. C'est l'une des infections pédiatriques les plus courantes. Les complications peuvent altérer la qualité de vie des enfants et engager leur pronostic vital. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des otites moyennes aiguës (OMA) chez les enfants de 0 à 5 ans.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons mené une étude transversale dans les services de pédiatrie et d'Oto-Rhino-Laryngologie de deux hôpitaux de référence au Cameroun durant 4 mois. Nous avons ciblé les enfants de 0 à 5 ans venus en consultation. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées avec une fiche d'enquête et analysées avec les logiciels R et Graphpad.

RÉSULTATS :

La prévalence de l'OMA a été de 4,7% (n=140). L'âge moyen était de 28,1±17,5 mois avec une prédominance masculine (57,1%). L'otalgie (28,6%) et la rhinorrhée (26,4%) étaient les signes fonctionnels les plus fréquents. Les principaux signes étaient la congestion tympanique (88,6%), la fièvre (79,3%) et la congestion de l'oropharynx (45,7%). Le tympan était rouge (89,3%) et la forme otoscopique la plus fréquente était l'OMA congestive. Les modalités thérapeutiques étaient l'antibiothérapie (97,9%) et des analgésiques (43,6%). Au cours du suivi, aucun enfant n'a présenté de complications. L'évolution

était favorable dans 79,3% des cas.

CONCLUSION

L'OMA est fréquente chez les jeunes enfants au Cameroun. La prise en charge précoce permettrait de réduire les complications et d'améliorer le pronostic thérapeutique.

MOTS-CLÉS : Prévalence, otite moyenne aiguë pédiatrie, d'Oto-Rhino-Laryngologie³

ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Acute otitis media is defined as an acute inflammation of the lining of the middle ear cavities. It is one of the most common pediatric infections. Severe complications of otitis can not only affect the quality of life of young children, but also threaten their vital prognosis. In Cameroon, little data is documented on this pathology, which hinders prevention and management strategies. Our study aimed to determine the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of acute otitis media in children aged 0 to 5 years.

MATERIAL AND METHODS

We conducted a cross-sectional study in the pediatric and otolaryngology departments of two reference hospitals in Cameroon over 4 months during which we targeted children aged 0 to 5 years who came for consultation. Sociodemographic, clinical and therapeutic data were collected using a survey form and analyzed with R and Graphpad software.

RESULTS:

The prevalence of acute otitis media was 4.7%

(n = 140). The mean age was 28.1 ± 17.5 months with a male predominance (57.1%) or a sex ratio of 1.36. Fever (79.3%), earache (28.6%) and rhinorrhea (26.4%) were the most common functional signs. The main physical signs were congestive eardrum (88.6%), fever (72.1%) and congestive oropharynx (45.7%). The eardrum had a red appearance in 89.3% of cases and the most common otoscopic form was acute congestive otitis media. Antibiotics (97.9%) and analgesics (43.6%) were the two main therapeutics. The evolution was favorable in 79.3% of cases.

CONCLUSION

Acute otitis media is common in young children in Cameroon. Early management would reduce complications and improve the therapeutic prognosis.

KEYWORDS : Prevalence, acute otitis media, pediatrics, Otorhinolaryngology4

INTRODUCTION

Les otites moyennes aiguës (OMA) se définissent comme une inflammation aiguë de la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne, caractérisée par l'apparition soudaine de signes cliniques tels que l'otalgie, l'irritabilité et, souvent, la présence d'un épanchement purulent derrière le tympan [1]. Elles constituent l'une des infections pédiatriques les plus courantes, affectant particulièrement les enfants âgés de 0 à 5 ans, période au cours de laquelle le système immunitaire est encore immature et la trompe auditive plus courte et plus horizontale, favorisant ainsi la stagnation des sécrétions [2]. Sur le plan de la qualité de vie, les OMA peuvent engendrer des douleurs intenses, des troubles du sommeil et de l'alimentation, susceptibles de perturber de manière significative l'équilibre familial et la socialisation de l'enfant [3,4]. Les absences répétées à la crèche, à la garderie ou à l'école, liées aux hospitalisations ou aux visites médicales, peuvent affecter le développement scolaire et social de l'enfant. Par ailleurs, ces infections ont des répercussions économiques notables en raison des coûts liés aux consultations, aux traitements, et à la nécessité pour les parents de s'absenter du travail [5-7]. D'un point de vue épidémiologique, l'OMA demeure l'une des principales causes de consultation en pédiatrie à travers le monde. Selon les estimations de l'Organisation Mondiale

de la Santé (OMS), elle touche près de 700 millions d'enfants chaque année, dont la moitié a moins de 5 ans [2]. En Afrique, plusieurs études rapportent des taux de prévalence plus élevés que dans les pays industrialisés, en raison de facteurs socio-économiques défavorables, de la promiscuité et d'un accès limité aux soins de santé [8,9]. Au Cameroun, bien que des données existent sur les pathologies ORL en général, les informations spécifiques à l'OMA chez les enfants de moins de 5 ans demeurent fragmentaires et insuffisamment documentées [10]. Le manque de données épidémiologiques fiables, ainsi que le peu d'informations disponibles sur les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'OMA dans le contexte camerounais, entravent considérablement l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention et de prise en charge adaptées. En effet, pour lutter efficacement contre l'OMA et prévenir ses complications, il est essentiel de disposer de données locales actualisées. Ces données contribueraient à orienter les 5 professionnels de santé et les décideurs vers une meilleure allocation des ressources sanitaires, l'amélioration des campagnes de sensibilisation, ainsi que l'adaptation des protocoles de traitement. Dans ce contexte, l'intérêt de la présente étude au Cameroun réside dans la nécessité de combler les lacunes en matière de connaissances épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur l'OMA. Les résultats obtenus permettront non seulement de dresser un état des lieux précis, mais également de proposer des recommandations adaptées à la réalité camerounaise. L'objectif de notre étude était donc d'identifier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'otite moyenne aiguë chez les enfants âgés de 0 à 5 ans au Cameroun.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

TYPE, LIEU ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Nous avons mené une étude transversale au sein des services de pédiatrie et d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) de l'Hôpital Général de Douala et de l'hôpital Laquintinie de Douala sur une période de 4 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Avril 2024.

POPULATION D'ÉTUDE

L'étude a ciblé tous les enfants âgés de 0 à 5 ans amenés par les parents pour consultation au sein des services de pédiatrie et d'ORL desdits hôpitaux pendant la période d'étude.

Étaient inclus dans notre étude les enfants de 0-5 ans chez qui le diagnostic d'OMA avait été posé par un médecin spécialiste ORL ou par un médecin pédiatre et dont les parents ont accepté qu'ils soient inclus dans l'étude en donnant leur consentement. Ces enfants ont été recrutés suivant un échantillonnage systématique consécutif et exhaustif et la taille minimale de l'échantillon a été calculée suivant la formule de Lorentz [11]. Suivant cette formule, la taille minimale était de 76 enfants.

Procédure de collecte des données.

Après approbation de l'étude par le comité d'éthique de l'université de Douala (N°4268/CEI-UDo), et l'autorisation de recherche par les administrations des différents hôpitaux (N°025/AE/MINSANTE/DHL et N°098/AR/MINSANTE/HLD), la collecte des données a commencé par un entretien d'environ 10 minutes au cours duquel les points d'intérêts de l'étude étaient expliqués à chaque parent dont l'enfant répondait aux critères d'inclusions afin d'obtenir son consentement. Chaque enfant a été examiné à la suite d'une hétéroanamnèse recueillie auprès de ses parents. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré permettant de recueillir des informations sociodémographiques, cliniques, et thérapeutiques des enfants âgés de 0 à 5 ans atteints d'otite moyenne aiguë (OMA). Les données sociodémographiques incluaient l'âge, le sexe, le lieu de résidence et la scolarisation, afin d'identifier les éventuelles disparités ces variables. Les informations cliniques portaient sur les antécédents médicaux, notamment les infections ORL récurrentes, les circonstances de découverte de la pathologie, le motif de consultation et les signes cliniques rapportés par les parents ou observés lors de l'examen médical, incluant l'otoscopie pour une confirmation diagnostique. Concernant les données thérapeutiques, nous avons relevé les modalités de prise en charge, distinguant les traitements médicamenteux (antibiotiques, antalgiques, antipyrétiques) et les éventuelles interventions chirurgicales (paracentèse, pose d'aérateurs transtympaniques). Enfin, le suivi des patients a permis de documenter l'évolution de la maladie, en classant les cas selon une issue favorable, défavorable (complications telles que perforation tympanique, otite séreuse chronique) ou les cas perdus de vue. Ces données ont été

collectées auprès des parents et des dossiers médicaux, garantissant une approche complète et rigoureuse pour une analyse approfondie des caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'OMA dans le contexte camerounais.

ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été enregistrées sur une feuille de calcul Excel et analysées avec les logiciels R version 4.4.2 et Graphpad version 8.3.4 pour Windows. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquence (n) et de pourcentage (%), et les quantitatives sous forme de Moyenne $\pm$ Ecart-type dans des tableaux et sur des graphiques.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les effectifs étaient globalement plus élevés dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Général de Douala (HGD), atteignant 84 cas, comparé au service ORL du même établissement (11 cas). La prévalence était cependant plus élevée dans le service ORL de l'Hôpital Laquintinie de Douala (HLD) avec 9,8 %, bien que les effectifs y soient faibles (23 cas). À l'échelle globale, 140 cas étaient enregistrés avec une prévalence moyenne de 4,7 % (figure 1)

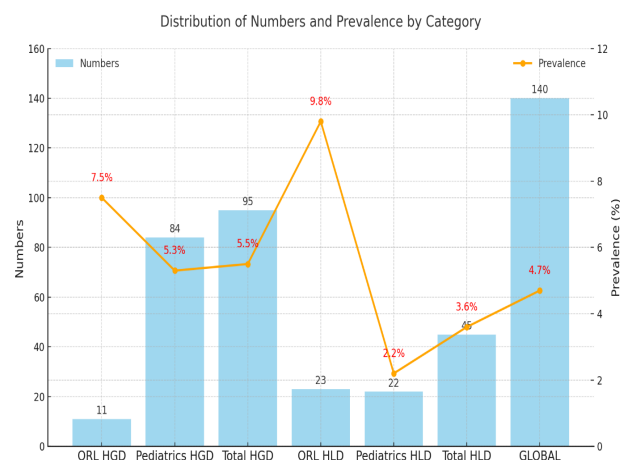


Figure 1 : Répartition des prévalences des OMA selon diverses études

L'âge moyen des enfants était de $28,1 \pm 17,5$ mois. La répartition par genre montrait une prédominance masculine avec 57,9 %. En termes de groupe d'âge, les enfants de 0 à 12 mois représentaient 22,8 %, tandis que les tranches d'âge 13-24 mois et 25-59 mois étaient chacune représentées

par 38,6 % des enfants. La majorité des enfants résidaient en milieu urbain (92,1 %). Concernant la scolarisation, 37,9 % des enfants étaient inscrits à un établissement éducatif (Tableau I).

Tableau I : Répartition de la population d'étude selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Moyenne âge (Mois)	28.1±17.5	
Sexe		
Masculin	81	57.9
Féminin	59	42.1
Tranche d'âge (mois)		
0-12	32	22.8
13-24	54	38.6
25-59	54	38.6
Résidence		
Urbaine	129	92.1
Rurale	11	7.9
Scolarisation		
Oui	53	37.9
Non	87	62.1

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Parmi les signes fonctionnels, la fièvre était le symptôme le plus fréquent, touchant 79,3 % des patients, suivie de l'otalgie (28,6 %) et de la rhinorrhée (27,1 %). Les autres signes, tels que la toux (15 %), les pleurs (18,6 %), et les éternuements (12,1 %), étaient moins fréquents. Concernant les signes physiques, une membrane tympanique congestive était retrouvée chez 88,6 % des patients, l'inflammation de l'oropharynx concernait 45,7% des cas. La douleur à la pression sur le tragus et celle à la manipulation du pavillon étaient également retrouvées, avec des fréquences respectives de 22,1% et 20%. Quant à l'aspect du tympan, 90% des patients présentaient un tympan rouge, et 10 % avaient un épanchement purulent. Enfin, le stade congestif de l'otite moyenne aiguë prédominait, affectant 89 % des cas, suivi du stade suppuré (10 %) et du stade collecté (1 %) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des caractéristiques cliniques des OMA selon les cas

Caractéristiques cliniques	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Signes fonctionnels		
Rhinorrhée	38	27,1
Otalgie	40	28,6
Fièvre	111	79,3
Adénopathie	0	0
Diarrhée	12	8,6
Otoliqorrhée	0	0
Surdité	7	5
Acouphènes	0	0
Pleurs	26	18,6
Vomissements	8	5,7
Insomnie	21	15
Otorrhée	11	7,9
Eternuement	17	12,1
Anorexie	7	5
Toux	21	15
Signes physiques		
Otoscopie	14	10
Disparition du cône lumineux	12	8,6
Membrane tympanique épaisse	0	0
Adénopathie	1	0,7
Inflammation de l'oropharynx	64	45,7
Membrane tympanique inflammée	124	88,6
Rhinite	48	34,3
Fièvre	101	72,1
Aspect de la membrane tympanique		
Rouge	126	90
Purulent	14	10
Stade de l'OMA		
Otite congestive	124	89%
Otite suppurée	14	10%
Otite collectée	2	1%

Caractéristiques thérapeutiques et évolutives des patients

Les antibiotiques étaient largement utilisés, avec une fréquence de 97,9%, suivis par les anti-inflammatoires (43,6%) et les antipyrétiques (42,1%). La désinfection rhinopharyngée était prescrite dans 30,7 % des cas, tandis que les corticost ro ides étaient utilisés dans 2,1% des cas, et aucun traitement chirurgical n'avait été réalisé. Parmi les types d'antibiotiques, l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique prédominait avec 88,6%, tandis que les autres antibiotiques, comme la cefuroxime, le cefpodoxime, la cefixime, et la ciprofloxacine, étaient chacun utilisés dans 2,9 % des cas, et l'ofloxacine dans 4,3%. Concernant l'évolution, 79,3 % des patients avaient une évolution favorable, 5 % montraient une persistance des symptômes, et 15,7 % étaient perdus de vue (Tableau III).

Tableau 3 : Répartition des caractéristiques thérapeutiques et évolutive des patients

Traitement	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Modalités		
thérapeutiques		
Antibiotiques	137	97.9
Anti-inflammatoires (ibuprofen)	61	43.6
Antipyrétiques (paracetamol)	59	42.1
Désinfection nasopharyngée	43	30.7
Corticostéroïdes	3	2.1
Traitement chirurgical	0	0
Types d'antibiotiques		
Amoxicillin + acide clavulanique	124	88.6
Cefuroxime	4	2.9
Cefpodoxime	4	2.9
Cefixime	4	2.9
Ciprofloxacine	4	2.9
Ofloxacine	6	4.3
Evolution		
Favorable	111	79.3
persistance	7	5
Perte de vue	22	15.7

DISCUSSION

La prévalence de 4,7% d'otite moyenne aiguë observée dans notre étude chez les enfants âgés de 0 à 5 ans s'inscrit dans les taux rapportés à l'échelle internationale, bien que les données varient considérablement selon les régions et les méthodes d'enquête [2, 3,12]. Cette variabilité peut s'expliquer par la diversité des facteurs de risque tels que les conditions socio-économiques, la densité de la population, le niveau d'hygiène et les politiques de vaccination [13]. Le fait de retrouver une prédominance masculine, avec un sex-ratio de 1,36, a également été décrit dans d'autres études, suggérant une susceptibilité légèrement plus élevée chez les garçons [14,15]. **Sur le plan clinique**, la forte prévalence de la fièvre, de l'otalgie et de la rhinorrhée comme signes fonctionnels, ainsi que la congestion tympanique, concorde avec la sémiologie classique de l'OMA [16,17]. Le tympan rouge et congestif, qui caractérise la forme congestive, demeure le signe otoscopique le plus fréquemment rapporté chez les jeunes enfants [18].

Sur le plan thérapeutique, tous les enfants qui se présentaient avec une rhinorrhée avaient aussi de façon systématique un lavage nasal. L'an-

tibiothérapie de première intention associée à la prise d'antalgiques, constitue le traitement standard et semble avoir permis une évolution favorable dans la majorité des cas (79,3 %) et l'absence de complications au cours du suivi [19,20]. Cette issue positive s'explique par la précocité du diagnostic et la bonne observance du traitement, évitant ainsi la survenue de complications telles que la mastoïdite ou la méningite [2]. Toutefois, l'absence de complications notée dans cet échantillon peut également tenir à des biais méthodologiques ou à une durée de suivi limitée, susceptibles de sous-estimer la survenue d'autres événements. De même, l'inclusion de deux hôpitaux de référence seulement pourrait ne pas refléter l'ensemble de la population infantile camerounaise, en particulier celle vivant en zone rurale ou ayant un accès limité aux soins. Malgré ces limites, les résultats soulignent l'importance de renforcer les stratégies de prévention et de sensibilisation, notamment par la vaccination contre les infections respiratoires (pneumocoque et *Haemophilus influenzae*) et par un suivi ORL systématique [20]. À terme, une collecte de données élargie et des enquêtes multicentriques permettraient d'affiner ces constats et de mieux orienter les politiques de santé pédiatrique au Cameroun.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence une prévalence de 4,7 % de l'otite moyenne aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans, avec une légère prédominance masculine. Les principaux signes cliniques (fièvre,otalgie, rhinorrhée) et l'aspect congestif du tympan reflètent la forme la plus fréquente (otite moyenne aiguë congestive). La prise en charge repose essentiellement sur l'antibiothérapie et les antalgiques, et l'absence de complications pendant le suivi témoigne de l'efficacité des traitements instaurés. Ces résultats soulignent l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rapide pour limiter les risques de complications et améliorer l'évolution clinique.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Vergison A, Dagan R, Arguedas A, Bonhoeffer J, Cohen R, Dhooge I, et al.** Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis.*2010;10(3):195 - 203.

- 2- **World Health Organization.** Childhood hearing loss: strategies for prevention and care. Geneva: World Health Organization.2016:28.
- 3- **Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Vecchi Brumatti L, Bavcar A, et al.** Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. PLoS One. 2012;7(4):36226.
- 4- **Mahadevan M, Navarro-Locsin G, Tan HKK, Yamanaka N, Sonzuwan N, Wang PC, et al.** A review of the burden of disease due to otitis media in the Asia-Pacific. Int J Pediatr Otorhinolaryngol.2012;76(5):623 - 35.
- 5- **Brouwer C n. m., Rovers M m., Maillé A r., Veenhoven R h., Grobbee D e., Sanders E a. m., et al.** The impact of recurrent acute otitis media on the quality of life of children and their caregivers. Clinical Otolaryngology. 2005;30(3):258 - 65.
- 6- **Grindler DJ, Blank SJ, Schulz KA, Witsell DL, Lieu JEC.** Impact of Otitis Media Severity on Children's Quality of Life. Otolaryngol Head Neck Surg.2014;151(2):333 - 40.
- 7- **Holl K, Rosenlund M, Giaquinto C, Silfverdal SA, Carmona A, Larcombe J, et al.** The Impact of Childhood Acute Otitis Media on Parental Quality of Life in a Prospective Observational Cohort Study. Clin Drug Investig. 2015;35(10):613 - 24.
- 8- **Orji FT.** A Survey of the Burden of Management of Chronic Suppurative Otitis Media in a Developing Country. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2013;3(3):598 - 612.
- 9- **Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Brumatti LV, Bavcar A, et al.** Burden of Disease Caused by Otitis Media: Systematic Review and Global Estimates. PLOS ONE. 2012;7(4):36226.
- 10- **Djomou F, Siafa AB, Nkouo YCA, Eko DM, Bouba DA, Ntep DBN, et al.** Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Histologiques des Cancers de la Sphère Orl. Etude Transversale Descriptive au Chu de Yaoundé de 2015 à 2020: Health Sciences and Disease.2021;22(8).
- 11- **Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH.** Sample Sizes for Clinical, Laboratory and Epidemiology Studies. John Wiley & Sons; 2018: 412.
- 12- **DeAntonio R, Yarzabal JP, Cruz JP, Schmidt JE, Kleijnen J.** Epidemiology of otitis media in children from developing countries: A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol.2016;85:65 - 74.
- 13- **Vergison A.** Microbiology of otitis media: a moving target. Vaccine. 2008;26 Suppl 7:5-10.
- 14- **Teele DW, Klein JO, Rosner BA.** Epidemiology of otitis media in children. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 1980;89(3 Pt 2):5 - 6.
- 15- **Klein JO.** Epidemiology, microbiology and management of otitis media. Paediatrician. 1979;8 Suppl 1:10 - 25.
- 16- **Klein JO.** The burden of otitis media. Vaccine.2000;19:S2 - 8.
- 17- **Rovers MM.** The burden of otitis media. Vaccine. 2008;26:G2 - 4.
- 18- **Njimah AN, Phylo PN, Vodouhe UB, Mpesa EM, Moho A, Kuiffo C, et al.** Les Otites Moyennes Aigues à Douala : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques à Propos de 120 Cas. Health Sciences and Disease. 2019;20(1).
- 19- **Vanneste P, Page C.** Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. A review. Journal of Otology. 2019;14(2):33 - 9.
- 20- **Thomas NM, Brook I.** Otitis media: an update on current pharmacotherapy and future perspectives. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2014;15(8):1069 - 83.



VOLUMINEUSES TUMEURS MAXILLO-FACIALES : UN DÉFI D'ACTUALITÉ AU BÉNIN.

VOLUMINOUS MAXILLOFACIAL TUMORS: A CURRENT CHALLENGE IN BENIN

BANCOLE POGNON SA 1,3 , AFFOKPON BS 2 , CHABI AW 1 , BEHETON R 1 , DAHOUE TR 1 , DOHOU GAM 1 , ADJIBABI W 3.

1. Clinique universitaire d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du CNHU HKM de Cotonou
2. UFR d'ORL-CCF de la faculté de Médecine de l'Université de Parakou Bénin
3. UFR d'ORL et de chirurgie cervico-faciale FSS/UAC Bénin

Auteur correspondant : BANCOLE POGNON Sylvie Arlette, MCA de chirurgie buccale à la FSS/UAC Bénin ;
02 BP 1376 Cotonou Bénin Email : pobasfr@yahoo.fr

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les tumeurs maxillo-faciales sont relativement fréquentes. Leurs dimensions très importantes en compliquent la prise en charge. Plus souvent bénignes, elles sont parfois malignes. A travers la présentation de 4 cas cliniques sur de volumineuses tumeurs maxillo-faciales, l'objectif de ce travail était d'identifier les causes et les conséquences de ces volumineuses tumeurs.

OBSERVATIONS CLINIQUES

La première observation était relative à un sujet de sexe féminin âgé de 40 ans qui présentait une épulis fibreuse de l'hémi mandibule droite. Le second cas clinique concernait une patiente de 28 ans porteuse d'une tumeur d'allure bénigne de la mandibule. Le troisième sujet de sexe masculin âgé de 67 ans, alcoololo-tabagique avait présenté un carcinome verruqueux de la commissure labiale gauche et le dernier cas portait sur un sujet de sexe féminin de 78 ans chez qui une tumeur palatine gauche d'allure maligne avait été diagnostiquée.

DISCUSSION

Les raisons financières étaient unanimement évoquées. La médecine traditionnelle, souvent le premier recours et l'automédication omniprésente dans notre contexte changent parfois le tableau clinique et rendent le diagnostic difficile. La prise en charge n'a été possible que pour un cas sur les quatre grâce à un financement par une Organisation Non Gouvernementale (ONG) internationale. Une intensification des sensibilisations pour un changement de comportement de même que l'amélioration du financement des soins et la régularité des consultations foraines sont autant

de solutions au recours tardif aux soins.²

CONCLUSION

La présentation de 4 cas cliniques a été l'occasion de discuter les causes et les conséquences des volumineuses tumeurs maxillo-mandibulaires.

MOTS CLÉS : Volumineuses tumeurs maxillo-mandibulaires, causes, conséquences, morbi-mortalité, Bénin

ABSTRACT

INTRODUCTION

Maxillofacial tumours are relatively common. Their large size makes them difficult to treat. They are mostly benign, but sometimes malignant. Through the presentation of 4 clinical cases of voluminous maxillofacial tumours, the aim of this paper was to identify the causes and consequences of these voluminous tumours.

CLINICAL OBSERVATIONS

The first observation concerned a 40-year-old female subject with a fibrous epulis of the right hemi-mandible. The second case was a 28-year-old female patient with a benign tumour of the mandible. The third case was a 67-year-old male alcoholic with a verrucous carcinoma of the left labial commissure, and the final case was a 78-year-old female with a malignant tumour of the left palate.

DISCUSSION

Financial reasons Only one of the four cases was treated thanks to funding from an international NGO. Increased awareness campaigns to change behaviour, improved funding for care and regular mobile clinics are all solutions to the problem of late seeking care.

CONCLUSION

The presentation of 4 clinical cases provided an opportunity to identify the causes and consequences of large maxillo-mandibular tumours.

KEY WORDS : voluminous maxillo-mandibular tumors, causes, consequences, morbidity-mortality, Benin.3

INTRODUCTION

Les volumineuses tumeurs maxillo-faciales sont relativement fréquentes dans nos consultations [1,2]. Elles sont dites tumeurs « historiques » du fait de leurs dimensions impressionnantes [1,3-6]. Elles sont plus souvent bénignes mais parfois malignes [2,3]. Du fait de l'ignorance peut-être, de la pauvreté certainement, notre contexte est caractérisé par le recours tardif aux soins unanimement rapporté [1-7]. Les pathologies bénignes sont dominées par les tumeurs odontogéniques et apparentées, auxquelles s'associent les tumeurs non odontogéniques. Le bilan diagnostique radiologique des tumeurs bénignes odontogènes et apparentées repose sur les clichés standards (panoramique dentaire) et le cone beam CT. Celui des tumeurs non odontogéniques et des tumeurs malignes repose plutôt sur le scanner, éventuellement complété par l'IRM dans le cadre du bilan d'extension [8]. Ces bilans ont un coût financier souvent inaccessible pour les populations en général démunies [1]. Le traitement de choix de ces volumineuses tumeurs est la résection tumorale avec reconstruction immédiate [5,9]. A travers la présentation de 4 cas cliniques, notre objectif est de discuter les causes et conséquences de cet état de fait et de proposer des pistes de solution adaptées à notre contexte d'exercice.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Cas n° 1 : c'était une patiente de 40 ans, sans antécédents particuliers, reçue en consultation foraine en octobre 2024 à Ilokpodji, une localité lacustre dans le département de l'Atlantique au Bénin. L'anamnèse rapporte un début remontant à environ 5 ans par une lésion bourgeonnante de la gencive. La patiente n'avait fait aucune consultation médicale antérieure pour des raisons financières. Un recours à la médecine traditionnelle avait été signalé. Son état général était bon. La tuméfaction, responsable d'asymétrie faciale comme présentée sur la figure 1a de la vue exobuccale, va de la région sous orbitaire droite au

rebord basilaire mandibulaire et de l'aile nasale homolatérale à l'angle mandibulaire. En endobuccal (figure 1b), la lésion va de la 42 jusqu'en région rétro molaire droite, comblant les vestibules, empêchant la mastication à droite et expliquant l'accumulation de blocs de tartre au niveau postérieur droit. Il n'y avait pas de saignement spontané ni provoqué. La masse était sessile avec une consistance élastique et une coloration identique à celle de la muqueuse avoisinante. Au vu de cet examen clinique, le diagnostic de tumeur d'allure bénigne de la gencive avait été évoqué et la décision de son exérèse chirurgicale sous anesthésie générale avait été prise. La tumorectomie, réalisée par un chirurgien maxillo-facial, a été possible grâce au financement d'une Organisation Non Gouvernementale (ONG) internationale. Comme présenté sur la figure 1c, la pièce opératoire pesait 127g et mesurait 7,5cm x 6,5cm x 5 cm. Les suites opératoires avaient été simples. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire avait conclu à une épulis fibreuse.

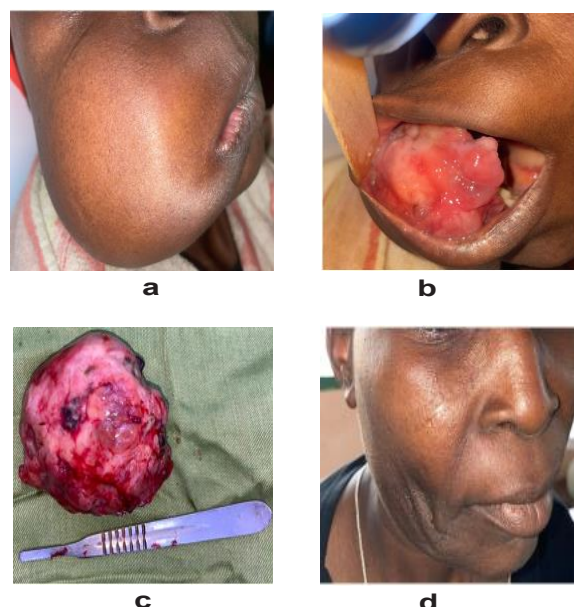


Figure 1 : Vues du cas 1 a) exobuccale de profil ¾, b) endobuccale de face, c) pièce opératoire et d) aspect post opératoire

Cas n° 2 : une patiente de 30 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour une importante tuméfaction de l'étage inférieur de la face. L'anamnèse rapporte un début remontant à environ 7 ans sans aucun recours aux soins de médecine moderne pour des raisons financières. Toutefois, elle signale des soins de médecine traditionnelle sans amendement de la symptomatologie. À l'examen exobuccal (figure 2a/b), on

a une inclusion labiale due à une tuméfaction plus accentuée à gauche allant de l'angle mandibulaire gauche jusqu'en région parasymphysaire droite. Il n'y avait pas d'adénopathies ni de trouble de la sensibilité labio mentonnière. En endobuccal (figure 2c), on note une augmentation de la largeur des tables osseuses, une hypervascularisation de la muqueuse de recouvrement, un comblement du plancher buccal refoulant la langue vers l'arrière, des migrations dentaires et la présence de blocs de tartre. L'occlusion dentaire est inversée. On note une gêne de l'élocution. Le maxillaire est sans particularité. Au regard de cet examen clinique, le diagnostic de tumeur mandibulaire d'allure bénigne du type améloblastome avait été évoqué. Le bilan paraclinique d'imagerie n'avait pas été réalisé par la patiente pour des raisons financières. La décision thérapeutique après le bilan préopératoire était l'exérèse chirurgicale mais la patiente avait été perdue de vue.

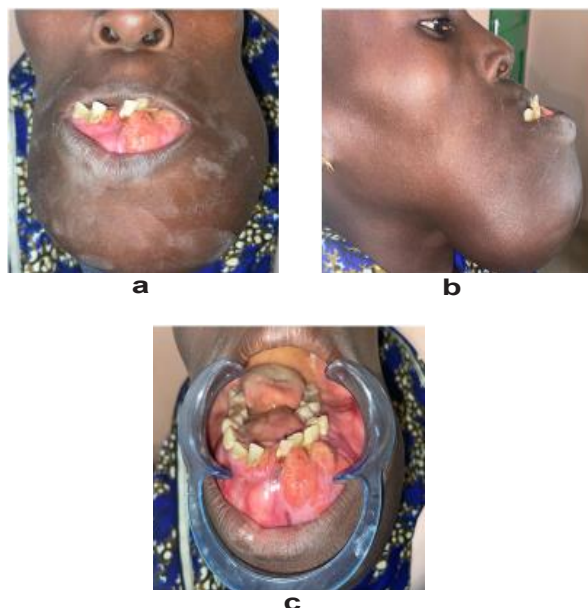


Figure 2 : Vues a) exobuccale de face, b) exobuccale de profil droit et c) endobuccale du cas 2

Cas n° 3 : il était relatif à un patient de 67 ans, non alcool-tabagique reçu en consultation en 2023 pour une tumeur bourgeonnante rétro-commissurale gauche évoluant depuis environ 1 an sans aucun recours aux soins médicaux modernes pour des raisons financières. Par contre, le sujet avait eu recours aux soins de médecine traditionnelle. Le sujet avait rapporté une notion d'amaigrissement non chiffré avec altération de l'état général. A l'examen exobuccal (figure 3a&b), on notait une lésion bourgeonnante avec des nodo-

sités par endroits et des croûtes sans saignement spontané ni provoqué. La consistance était ferme et la lésion douloureuse. Cette masse mesurait environ 6 cm dans le sens antéro-postérieur et 10 cm dans le sens crânio-caudal. Elle était sessile et la base fixée à la commissure labiale gauche. Il y avait des adénopathies submandibulaires gauches fixées. En endobuccal (figure 3c), la muqueuse jugale rétro-commissurale était ulcérée, blanchâtre, infiltrée et indurée. Cette induration muqueuse dépassait les limites de la tuméfaction endobuccale. La lésion était très douloureuse spontanément et à la palpation. Au terme de cet examen clinique, le diagnostic de tumeur rétro commissurale d'allure maligne avait été évoqué. L'examen anatomopathologique réalisé après biopsie de la lésion avait conclu à un carcinome verruqueux infiltrant de haut grade. La prise en charge thérapeutique n'a pas pu se faire car le patient a été perdu de vue.

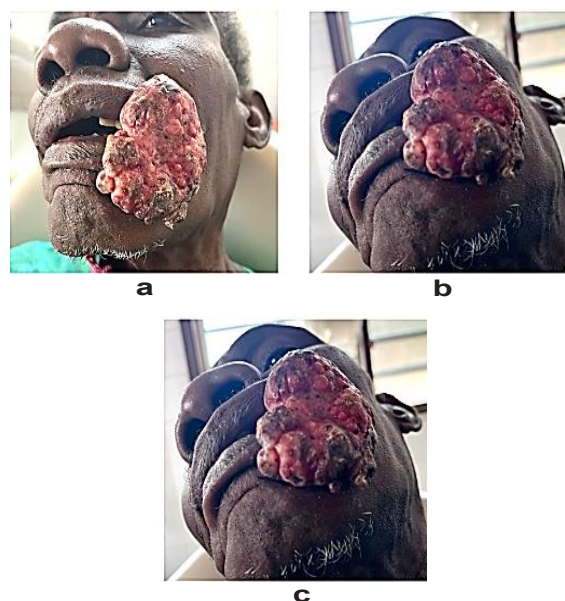


Figure 3 : Vues a et b) exobuccales et c) endobuccale du cas 3

Cas n° 4 : il s'agissait d'une patiente de 78 ans sans antécédents particuliers, référée d'une clinique privée pour une volumineuse masse palatine non douloureuse surtout à droite qui évoluerait depuis environ 3 ans et qui gênait l'alimentation et l'élocution. Il n'y avait eu de recours antérieur aux soins médicaux modernes pour des raisons financières. A l'examen exobuccal, on notait une symétrie faciale et il n'y avait pas d'adénopathies. À l'examen endobuccal (figure 4), on notait une tuméfaction palatine droite de consistance dure, la

muqueuse de recouvrement était normale à part une hypervascularisation. Le dossier de référence comportait un résultat d'IRM qui avait évoqué un processus expansif probablement suspect du palais avec un effet de masse sur le sinus maxillaire droit, la fosse nasale droite et la gencive maxillaire droite sans véritable lyse osseuse ni infiltration des structures associée à une sinusite droite. La tomodensitométrie et la biopsie demandées n'avaient pas été honorées.

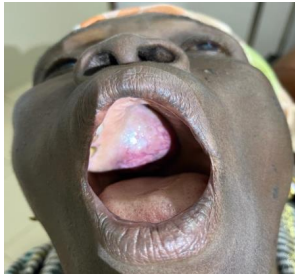


Figure 4 : vue endobuccale du cas 4

DISCUSSION

Les volumineuses tumeurs maxillo-faciales dites « tumeurs historiques » sont des tumeurs très évoluées [1-4]. Dans le contexte africain sous-développé, selon les auteurs, leur fréquence hospitalière annuelle varie entre 4 et 9 [1,3]. Plus souvent bénignes (88% des cas), elles sont dominées par l'améloblastome dans 65% des cas [1]. Une prédominance masculine avait souvent été rapportée [1,3]. Les tumeurs historiques rapportés par Loum et Salami avaient concerné des sujets de sexe masculin [4,6]. A l'instar des résultats de Coulibaly [9], dans ce travail, trois femmes et un homme étaient concernés par ces tumeurs de dimensions importantes. Cette situation pourrait s'expliquer par la répartition de la population béninoise qui est à majorité féminine mais elle pourrait être liée au caractère inesthétique de ces volumineuses tumeurs maxillo-faciales, les sujets de sexe féminin étant très soucieuses de leur esthétique faciale. Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées. Thiocary avait rapporté des extrêmes de 13 et 71 ans [3]. Quant à Millogo, les âges extrêmes étaient de 14 et 46 ans [1]. Les sujets de cette étude étaient âgés entre 30 et 78 ans. Les causes de ces tumeurs « historiques » sont multiples. Les raisons financières ont été unanimement évoquées pour expliquer le recours tardif aux soins [4,9]. Bien que n'étant pas pour autant accessible, la médecine traditionnelle a été le premier recours pour la

plupart des cas. Selon les croyances dans notre contexte africain, l'attribution de ces tumeurs à des raisons mystiques telles qu'un envoûtement explique ce recours fréquent à la médecine traditionnelle dans toutes les situations de pathologies graves aiguës ou chroniques [9-14]. L'automédication également fréquente dans notre contexte est source d'importante errance diagnostique et de recours tardif aux soins [11-15]. L'inaccessibilité géographique des soins est un autre frein au recours sanitaire [4,9]. Ces différentes raisons font que le délai de consultation est souvent long [1,3-6]. Certains auteurs avaient rapporté dans leurs séries des délais extrêmes de plus de 11 ans [14,16]. Dans cette série, le délai allait de 1 à 7 ans. Seul un sujet sur 4 avait été opéré sur financement extérieur d'une ONG. Ce qui prouve bien l'inaccessibilité géographique et financière des soins spécialisés pour la plupart des populations [1]. Au regard de ces différents freins au recours précoce aux soins, les conséquences sur la santé des patients en termes de morbi-mortalité de ces pathologies sont nombreuses. On peut citer, entre autres, l'évolution importante des tumeurs qui peuvent atteindre des dimensions extrêmes de 20 à 30 cm de grand axe et un poids de la pièce opératoire pouvant aller jusqu'à 3 kg [4,14,15,17]. De ce fait, des effets délétères (compression, envahissement, lyse osseuse) sont possibles sur les organes de voisinage. De plus, à un certain stade d'évolution des pathologies tumorales, surtout celles malignes, les possibilités thérapeutiques sont limitées du fait de la taille des tumeurs et de leurs répercussions sur les organes voisins et à distance [1,17]. Quand bien même, la chirurgie est possible, elle est souvent radicale et peut laisser des séquelles invalidantes [14]. De ce fait, le pronostic fonctionnel et esthétique est presque toujours engagé. Parfois celui vital est en jeu surtout dans le cas de tumeurs malignes [1,17]. Pour remédier à cette situation, il est important de réfléchir à des pistes de solution. Il s'agira d'intensifier les émissions de sensibilisation des populations non seulement sur les conséquences du recours tardif aux soins mais également sur les possibilités de prise en charge des tumeurs maxillo-faciales disponibles actuellement dans notre contexte. L'amélioration du financement des soins par la mise en place de la couverture médicale universelle et des mutuelles de santé, la multiplication des consultations foraines en zones déshéritées, la formation des relais com-

munautaires sur les pathologies oro-faciales surtout tumorales et pseudo-tumorales sont autant de pistes pour améliorer la prise en charge des pathologies tumorales au Bénin afin d'éviter les situations telles que celles présentées tout au long de ce travail qui n'est qu'un petit aperçu de la situation réelle dans notre contexte d'exercice.

CONCLUSION

A travers la présentation de 4 cas cliniques dont seul un seul a été traité grâce au financement d'une ONG internationale, les auteurs ont discuté des causes et conséquences des tumeurs « historiques » dans notre contexte de pays en développement. Ce travail a mis en évidence un réel problème d'accessibilité sanitaire aussi bien financière que géographique surtout pour les pathologies lourdes tumorales. Les moyens pour changer cet état de fait existent et sont multiples. Citons entre autres des émissions de sensibilisation pour un recours précoce aux soins, l'amélioration du financement des soins, la fréquence des consultations foraines et la formation des ressources humaines à tous les niveaux. Il urge de les utiliser pour promouvoir le diagnostic précoce des pathologies tumorales maxillo-faciales et en améliorer la prise en charge thérapeutique et le pronostic.

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

RÉFÉRENCES :

- 1- **Millogo M, Assouan C, Konsem T, Guiguidé WPL, Fall M, Ouedraogo Y, et al.** Prise en charge des volumineuses tumeurs maxillo-faciales dites historiques au CHU Yalgado (Ouagadougou, Burkina Faso). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2015;22(4):40-4.
- 2- **Millogo M, Ouédraogo D, Konsem T, Garé J, Dao M.** Améloblastome maxillaire géant. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Chir. Maxillo-Fac.* 2011;18(4):34-6.
- 3- **Thiocary S.** Prise en charge des tumeurs maxillo-faciales « historiques » au Centre National d'Odonto-Stomatologie Pr Hamady Traoré. *Mémoire DES Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale Bamako* 2023, 78p
- 4- **Loum B, Lame CA, Niang EM, Diop YC, Sissoko B, Ndiaye M.** Un cas historique d'améloblastome de la mandibule. *Rev Stomatol Chir Maxillo-fac Chir Orale* 2016;117(3):191-2.
- 5- **Maryame AE, Loubna E, Mohammed R, Mohammed M, Fami K :** Améloblastome historique de la mandibule. *Med Buccale Chir Buccale* 2015;21(1):45-7 .
- 6- **Salami A, Anzouan-Kacou E, Assouan C, N'Guessan ND.** Giant ameloblastoma. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2016;54(9):1054-5.
- 7- **Diallo OR, Condé A, Diallo I, Diallo AO.** Les tumeurs du maxillaire : aspects sociodémographiques, clinique et thérapeutique. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol.* 2021;23(2):42-6.
- 8- **Martin-Duverneuil N, Ruhin B, Amor-Sahli M, Drier A.** Pathologie tumorale maxillo-faciale de l'adulte. *Imagerie cervico-faciale.* Elsevier Masson Paris 2021:1-10.
- 9- **Coulibaly A, Traoré H, Salami A, Tangara M, Touré A, Konan E :** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs bénignes de la mandibule au centre national d'odontostomatologie de Bamako. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac,* 2021;28(3):20-4.
- 10- **Kouakou KR, Ouattara B, Sidibé O, Boka BL, Daweni J, Koffi M.** Cellulites cervico-faciales diffusées et nécrosantes : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en 15 ans au CHU de Cocody (Côte d'Ivoire). *Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac* 2018;25(2):5-9.
- 11- **Kassambara A, Touré A, Kéita K, Ba A, Koné R, Coulibaly A, et coll.** Facteurs de risque des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au CHU- centre national d'odonto-stomatologie de Bamako à propos de 120 cas. *Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac* 2022;29(4):22-5.
- 12- **Ory OADM, Harding-Kaba MB, Koffi KM, Amenou D, Djémi M.** Les ostéites de la mandibule d'origine dentaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 45 cas. *Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac* 2020;27(1):38-42.
- 13- **Diallo OR, Diallo AO, Condé A.** L'ostéomyélite des maxillaires au CHU de Conakry, à propos de 57 cas. *Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac* 2020;27(4):35-9.
- 14- **Anzouan-Kacou ERMA, Assouan C, Yapo R, Nguessan D, Salami A, Konan E.** Profil épidémiologique et clinique de l'améloblastome des maxillaires au CHU de Treichville.

Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo
Fac 2021;28(3):25-8.

- 15- Anzouan Kacou ERMA, Yapo ARE, Behibro R, Seguy FO, Laté S, Konan E.** Cellulites cervico-faciales de l'enfant. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au CHU de Treichville (Abidjan). Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac 2022;29(3):20-5

- 16- Agoda P, Amana B, Pegbessou B, Darre T, Hemou P, Betnora B, et coll.** Améloblastome mandibulaire : profil épidémiologique des sujets atteints. A propos de 30 cas dans le CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac 2015;22(3):14-22

- 17- Millogo M, Bambara TA, Ouédraogo RWI, Konsem T, Ili V, Ouédraogo D.** Cancers oro-faciaux au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Rev Col Odonto Stomatol Afr Chir Maxillo Fac 2019;26(2):42-7



RETEC
REVUE TÊTE ET COU

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

