UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Les urgences ORL pédiatriques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge. A propos de 651 cas

Nkunzimana, Pierre; Directeur de thèse : Pr Gordien Ngendakuriyo

2021-06
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/783

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

LES URGENCES ORL PEDIATRIQUES AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE.

A propos de 651 cas

Par :

Pierre NKUNZIMANA

Directeur de thèse:

Pr Gordien NGENDAKURIYO

Thèse présentée et défendue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Juin 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

1. **Président : Pr Léonard BIVAHAGUMYE**
   Professeur d'Anatomie tête et cou et de Sémiologie chirurgicale

2. **Directeur : Pr Gordien NGENDAKURIYO**
   Professeur d'ORL

3. **Membre : Pr Hélène BUKURU**
   Professeur de Pédiatrie et de Néonatologie

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Pr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITES

1. Pr Evariste NDABANEZE : Hépato-gastroentérologie
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : PIP
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale et métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovat NTAGIRABIRI : Gastro-entérologie, Hépatologie, Synthèse clinique et thérapeutique
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie, Synthèse clinique et thérapeutique
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition
9. Pr Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L
10. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie fondamentale, Hématologie clinique, Biochimie pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie, Néonatologie

5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie médicale et Physiologie, Synthèse clinique et thérapeutique
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie et Soins maternels et infantiles
7. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie, Pathologie chirurgicale
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie médicale
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Synthèse clinique et thérapeutique, Education à la citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Sémiologie médicale, Synthèse clinique et thérapeutique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie médicale
12. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie, Obstétrique
13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine physique et de réadaptation
14. Pr Martin MANIRAKIZA : PIP, Endocrinologie, Synthèse clinique et thérapeutique
15. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
16. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
17. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie tête et cou, Sémiologie chirurgicale.
18. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-réanimation.
19. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie médicale, Physiologie et Sémiologie médicale
20. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
21. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie

22. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologique générale
23. Pr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Cytologie, Génétique et Embryologie
24. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie médicale

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie médicale.
2. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la recherche, Epidémiologie et Déontologie
3. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie
4. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
5. Dr Chantal MUREKATETE : Imagerie médicale
6. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
9. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie
10. Dr Alexandre NIYONKURU : Biophysique

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène, Epidémiologie et Socio- anthropologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP
3. Dr Désiré HABONIMANA : Epidémiologie, Méthodologie de la recherche

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Phn Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie générale
3. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des services de santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin Clovis BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie pathologique
4. Dr Epipode NTAWUYAMARA : Dermatologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie pathologique

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : C.C : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : C.C : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : C.C : Anatomie pathologique spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : C.C : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : C.C : Chimie générale et Chimie organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : C.C : Bio-statistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : C.E : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : C.C : Psychologie générale
9. Mme Joëlle GATORE : A : Maths
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : A : Anglais médical
11. Mme Michelle MUKESHIMANA : CC : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : A : Soins infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : CC : Médecine du travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : CC : Sémiologie chirurgicale
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : CC : Sémiologie chirurgicale
16. Dr Didier KAMATARI : CC : Anatomie
17. Dr Révérien NDAYIRORERE : CC : Urologie
18. Dr Stève NIMUBONA : CC : Traumatologie
19. Dr Freddy BAMPOYE : Anesthésie- réanimation
20. Dr Carter NDAYISABA : Anesthésie-réanimation

DEDICACES

A Dieu le tout puissant et miséricordieux,

Tu as toujours été ma force et ma protection. Merci pour m'avoir donné le courage, la force et la santé nécessaire pour mener à bout ce travail.

A mes parents,

Voilà le jour que vous avez attendu impatiemment. En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves et j'espère ne jamais vous décevoir. Que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous accorde santé, longue vie et bonheur afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.

A ma regrettée grande sœur,

Tu es partie trop tôt ! Dieu seul sait combien j'aurais aimé partager ce moment avec toi. Mais j'ai la conviction que depuis le ciel, tu veilles sur moi. Tu resteras toujours gravé dans mon cœur.

A mes frères,

L'unité familiale n'a pas de prix, nous devons rester unis et solidaires à jamais et je prie le bon Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé et vous donne la force de lutter pour atteindre vos objectifs.

A mes cousins et cousines, plus particulièrement à **Sœur Isidonie**. Merci pour votre part dans la réalisation de ce travail.

A mes neveux et nièces

A mes belles sœurs

A mes amis

A la 36ème promotion de la Faculté de Médecine à l'Université du Burundi, pour la joie et les peines partagées,

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je remercie du fond de mon cœur tous ceux qui ont contribué à sa réalisation, nos remerciements s'adressent plus particulièrement :

Au **Pr Gordien NGENDAKURIYO, Médecin spécialiste en ORL et Directeur de cette thèse**, C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme étudiant, les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez renforcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre sens du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

Recevez ici, cher maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

Au **Pr Léonard BIVAHAGUMYE**, **Médecin spécialiste en ORL et Président du jury**, je suis très honoré par votre acceptation de juger ce travail de recherche et de présider ce jury malgré vos nombreuses tâches. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au **Pr Hélène BUKURU, Médecin spécialiste en Pédiatrie et Membre du jury**, c'est un immense honneur pour moi de vous compter parmi mes juges. Trouvez ici le témoignage de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'université, vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Trouvez en ce travail votre fierté.

Au personnel du CHUK pour leur encadrement durant les stages hospitaliers.

Au personnel du service d'ORL du CHUK pour leur parfaite collaboration au cours de notre recherche.

A tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail,

Je dis sincèrement merci.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
A	: Assistant
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
Al.	: Collaborateurs
ATB	: Antibiotiques
CAE	: Conduit auditif externe
CC	: Chargé de Cours
CDS	: Centre de Santé
CE	: Corps étranger
CE	: Chargé d'Enseignement
CHU	: Centre Hospitalo-universitaire
CHUK	: Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge
CRP	: C-reactive protein
Dr	: Docteur
FN	: Fosse nasale
GE	: Goutte épaisse
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMA	: Otite moyenne aiguë
OMC	: Otite moyenne chronique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
Phn	: Pharmacien
PIP	: Pathologie Infectieuse et Parasitaire
Pr	: Professeur
RDC	: République Démocratique du Congo
T3	: Tri-iodothyronine
T4	: Tétra-iodothyronine
TCK	: Taux de Céphaline Kaolin
TP	: Taux de prothrombine
USA	: United States of America

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe frontale de l'oreille droite 4
Figure 2 : Schéma des cavités nasales et des sinus, coupe sagittale 6
Figure 3 : Coupe sagittale du pharynx 8
Figure 4 : Schéma du larynx et des voies respiratoires supérieures 9
Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe 15
Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission 20
Figure 7 : Répartition des patients selon l'origine du transfert 20
Figure 8 : Répartition des patients selon les heures de consultation 21
Figure 9 : Radiographie montrant un corps étranger (pièce de monnaie) œsophagien (photo du service d'ORL/CHUK) 24
Figure 10 : Radiographie montrant un corps étranger (Bouchon de bière) œsophagien (photo du service d'ORL/CHUK) 25
Figure 11 : Radiographie thoracique de face montrant un poumon gauche blanc avec atélectasie par obstruction par un CE (Photo du service d'ORL/CHUK) 25
Figure 12 : Cellulite cervico-faciale (photo du service d'ORL/CHUK) 27
Figure 13 : Bouchon de bière après son extraction de l'œsophage (photo du service d'ORL/CHUK) 28
Figure 14 : Tuméfaction polylobée sous angulo-mandibulaire droite (photo du service d'ORL/CHUK) 28
Figure 15 : Répartition des patients selon l'organe atteint 29
Figure 16 : Répartition des patients en fonction de la gravité de l'urgence 29
Figure 17 : Radiographie thoracique montrant un corps étranger (vis) trachéo-bronchique (photo du service d'ORL/CHUK) 30
Figure 18 : Radiographie montrant un corps étranger (clou) bronchique (photo du service d'ORL/CHUK) 31
Figure 19 : Corps étranger (insecte) extrait du CAE (photo du service d'ORL/CHUK) 33
Figure 20 : Pièce de monnaie après son extraction de l'œsophage (photo du service d'ORL/CHUK) 33

Figure 21 : Cellulite cervico-faciale (photo du service d'ORL/CHUK) 34
Figure 22 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge 34
Figure 23 : Répartition des patients selon le site de prise en charge..... 35
Figure 24 : Répartition des patients selon le type de traitement 35
Figure 25 : Loge sous mandibulaire après exérèse de la tuméfaction polylobée (photo du service d'ORL/CHUK)..... 37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge (en année) 15
Tableau II : Répartition des patients selon le niveau d'instruction 16
Tableau III : Répartition des patients selon le mois de consultation 16
Tableau IV : Répartition des patients selon la province d'origine 17
Tableau V : Répartition des patients selon la commune d'origine pour les ressortissants de la Mairie de Bujumbura 18
Tableau VI : Répartition des patients selon la zone d'origine pour les ressortissants de la Mairie de Bujumbura 18
Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de consultation 19
Tableau VIII : Répartition des patients selon les résultats de l'examen cervico-facial 21
Tableau IX : Répartition des patients selon les résultats de l'examen de la cavité buccale 22
Tableau X : Répartition des patients selon les résultats de l'otoscopie 22
Tableau XI : Répartition des patients selon les résultats de la rhinoscopie antérieure 23
Tableau XII : Répartition des patients selon le type d'imagerie réalisé 23
Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie 24
Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie 26
Tableau XV : Répartition des patients selon le bilan biologique fait 26
Tableau XVI : Répartition des patients selon le type d'urgence en fonction des étiologies 27
Tableau XVII : Répartition des patients selon le type d'urgences absolues 30
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type d'urgences relatives 32
Tableau XIX : Répartition des patients selon la nature du traitement médical 36
Tableau XX : Répartition des patients selon la nature du traitement chirurgical ... 36
Tableau XXI : Répartition des patients selon la nature du traitement instrumental 37
Tableau XXII : Répartition des patients selon la nature du corps étranger 38
Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'évolution du patient 39
Tableau XXIV : Répartition des patients selon les complications 39
Tableau XXV : Corrélation entre le type d'urgence et l'âge 40

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2019-2020 ii

DEDICACES vi

REMERCIEMENTS vii

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS viii

LISTE DES FIGURES ix

LISTE DES TABLEAUX xi

TABLE DES MATIERES xii

AVANT PROPOS xvi

INTRODUCTION 1

Objectifs de l'étude 3

CHAPITRE I : GENERALITES 4

I.1. Structure et fonction de l'oreille 4

I.1.1. Structure 4

I.1.2. Fonction 5

I.1.3. Urgences intéressant l'oreille 5

I.2. Structure et fonction du nez et des sinus 6

I.2.1. Structure 6

I.2.2. Fonction 7

I.2.3. Urgences naso-sinusiennes 7

I.3. Structure et fonction de la gorge et de l'œsophage 7

I.3.1. Structure 7

I.3.2. Fonction 8

I.3.3. Urgences pharyngées 8

I.4. Structure et fonction du larynx, de la trachée et des bronches 9

I.4.1. Structure 9

I.4.2. Fonction 9

I.4.3. Urgences laryngées 10
I.5. Structure et fonction du cou, de la glande thyroïde et des glandes parotides... 10
I.5.1. Structure..... 10
I.5.2. Fonction 11
I.5.3. Urgences du cou et de la face 11
CHAPITRE II : PATIENTS ET METHODES 12
II.1. Cadre de l'étude..... 12
II.2. Population d'étude..... 12
II.3. Type d'étude..... 12
II.4. Période d'étude..... 12
II.5. Critères d'inclusion..... 12
II.6. Critères de non inclusion 12
II.7. Recueil des données..... 13
II.8. Paramètres étudiés 13
II.9. Analyse des données..... 13
II.10. Autorisation administrative..... 14
II.11. Difficultés rencontrées..... 14
CHAPITRE III : RESULTATS 15
III.1. Aspects épidémiologiques 15
III.1.1. Prévalence 15
III.1.2. Age..... 15
III.1.3. Sexe..... 15
III.1.4. Niveau d'instruction 16
III.1.5. Mois de consultation..... 16
III.1.6. Résidence du patient..... 17
III.2. Aspects cliniques..... 19
III.2.1. Motif de consultation..... 19
III.2.2. Mode d'admission du patient..... 20
III.2.3. Heures de consultation..... 21

III.2.4. Examen physique 21
III.2.4.1. Examen cervico-facial 21
III.2.4.2. Examen de la cavité buccale 22
III.2.4.3. Otoscopie 22
III.2.4.4. Examen des fosses nasales 23
III.3. Examens complémentaires 23
III.3.1. Imagerie 23
III.3.1.1. Résultats de la radiographie 24
III.3.1.2. Résultats de l'échographie 26
III.3.2. Bilan biologique 26
III.4. Aspects diagnostiques 27
III.4.1. Type d'urgences selon les étiologies 27
III.4.2. Urgences selon l'organe atteint 29
III.4.3. Types d'urgences selon la gravité 29
III.4.3.1. Urgences absolues 30
III.4.3.2. Urgences relatives 32
III.4.3.3. Urgences fonctionnelles 34
III.5. Aspects thérapeutiques 34
III.5.1. Mode de prise en charge 34
III.5.2. Site de prise en charge 35
III.5.3. Nature du traitement 35
III.5.3.1. Traitement médical 36
III.5.3.2. Traitement chirurgical 36
III.5.3.3. Traitement instrumental 37
III.6. Evolution 39
III.7. Corrélation entre le type d'urgences selon l'étiologie et l'âge 40
CHAPITRE IV : DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE 41
IV.1. Aspects épidémiologiques 41
IV.1.1. Prévalence 41

IV.1.2. Age 41
IV.1.3. Sexe 42
IV.1.4. Niveau d'instruction 42
IV.1.5. Résidence du patient 42
IV.2. Données cliniques 43
IV.2.1. Mode d'admission du patient 43
IV.2.2. Heures de consultation 43
IV.2.3. Motifs de consultation 44
IV.2.4. Examen physique 44
IV.2.5. Examens complémentaires 45
IV.3. Aspects diagnostiques 46
IV.3.1. Type d'urgences selon les étiologies 46
IV.3.2. Type d'urgences selon l'organe atteint 47
IV.3.3. Type d'urgence selon la gravité de l'urgence 47
IV.4. Aspects thérapeutiques 48
IV.4.1. Mode de prise en charge 48
IV.4.2. Type de traitement 48
IV.5. Evolution post-thérapeutique 49
IV.6. Corrélation entre l'âge et le type d'urgences 49
CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS 50
V.1. Conclusion 50
V.2. Suggestions 51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 52
ANNEXES 57
Annexe 1 : Fiche d'enquête 57
Annexe 2 : Autorisation de recherche 60
SERMENT DE GENEVE 61
RESUME 62

AVANT PROPOS

À ses débuts la médecine était un mélange singulier de superstitions, d'empirisme et d'observations attentives (Abraham Flexner). La voie vers la médecine moderne est issue des efforts des médecins pour éliminer les superstitions et pour baser les pratiques médicales de moins en moins sur l'empirisme et de plus en plus sur les résultats de la recherche médicale.

Les urgences ORL constituent une part importante des urgences pédiatriques dans la pratique quotidienne.AU Burundi, une étude faite au CHUK en 2008 a retrouvé que les urgences ORL représentaient 6,27 % des consultations en ORL dont 43 % étaient des enfants. A notre connaissance, les urgences ORL de l'enfant n'ont pas encore été l'objet d'investigation.

Notre but avec ce travail était de fournir aux décideurs politiques et de la santé l'état des lieux des urgences ORL de l'enfant au Burundi et au CHUK en particulier. C'est à nos lecteurs de décider si ce but a été atteint, et aux décideurs de pouvoir utiliser les résultats de cette recherche afin d'améliorer la prise en charge des urgences ORL de l'enfant.

INTRODUCTION

L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement sous peine de conséquences graves pour la santé voire pour la vie **[1]**. L'oto-rhino-laryngologie (ORL) est une branche de la médecine spécialisée concernant les affections du nez, de la gorge, des oreilles, du cou et de la face **[2].** Lorsque cette situation concerne l'appareil oto-rhino-laryngologique de l'enfant, on parle d'urgence ORL pédiatrique. L'enfant constitue un être très précieux aux yeux de ses parents. L'inquiétude, l'angoisse ainsi que l'ignorance parfois des premiers gestes de soins par ces derniers rendent ce chapitre plus impressionnant et la tâche encore plus difficile **[3]**.

Les urgences oto-rhino-laryngologiques sont très variables selon leur fréquence, la sévérité de leur symptomatologie, la difficulté de leur prise en charge et l'âge de survenue ; ce qu'elles ont en commun c'est d'engager à brève échéance le pronostic vital et ou fonctionnel et d'imposer une prise en charge urgente, eu égard à la situation de la sphère ORL au niveau du carrefour aérodigestif et des éléments anatomiques notables **[4, 5, 6].**

Les urgences ORL constituent une part importante des urgences pédiatriques dans la pratique quotidienne **[6]**. Mais l'urgence n'a pas la même résonance pour le médecin et le malade (les parents dans le cas de l'enfant) ; en effet pour le premier c'est une situation pathologique qui met en jeu le pronostic vital et ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans un bref délai ; tandis que pour le second toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence qui justifie une demande pressante de soins **[4]**.

Il s'agit d'un problème de santé publique couramment rencontré dans notre contexte, où les conditions hygiéniques précaires, les accidents de jeux, la turbulence et l'ignorance caractérisent généralement l'enfance. Chez l'enfant, ces urgences sont relativement fréquentes et exigent un diagnostic rapide et une prise en charge précoce et adéquate afin de réduire leur morbi-mortalité **[7, 8].**

Selon l'OMS, 42 millions d'enfants présentent des troubles auriculaires dont le plus important est l'otite moyenne **[9, 10].**

En France, une étude réalisée par l'observatoire Hivern@le-KhiObs sur deux saisons hivernales 2005-2006 et 2006-2007 a confirmé l'importance des consultations pour cinq pathologies ORL chez l'enfant.

La pathologie ayant la plus grande incidence était la rhinopharyngite (11,9 millions) suivie par les otites moyennes aiguës (2,9millions) puis les angines (2,6 millions), les laryngites (1,5 millions) et les sinusites (0,8 million) **[11].**

Une étude de cohorte réalisée en 2007 en milieu rural au Bangladesh avait rapporté, chez les enfants de moins de 1 an, une incidence de 40% d'otite moyenne aiguë(OMA) **[12, 13]**.

Toutefois, aux USA, une étude réalisée en 2012 avait rapporté 40 400 cas d'ingestion de corps étrangers chez les enfants âgés de moins de 13 ans entre 1995-2010 **[12, 14].**

Au Congo-Brazzaville, une étude faite en 2009 a montré que les urgences ORL pédiatriques représentent 12, 36 %des admissions dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale **[6]**.

Au Madagascar, une étude faite en 2010 a retrouvé une prévalence des urgences ORL de l'enfant à 11, 23 % des consultations **[15].**

En Guinée, une étude réalisée au CHU de Conakry en 2017 a montré que les urgences ORL infantiles représentaient 17, 3% des admissions du service d'ORL **[12]**.

Au Burundi, une étude faite en 2008 a montré que les urgences ORL représentaient 6,27% des consultations en ORL et 43% étaient des enfants de 0 à 14 ans **[16].**

On constate à partir de ces données de la littérature que le problème des urgences ORL de l'enfant est plus connu dans d'autres pays qu'au Burundi où les résultats ne sont pas encore bien connus.

Dans le cas du CHUK, les urgences ORL de l'enfant n'ont pas encore été l'objet d'investigation.

Question de recherche :

Les urgences ORL de l'enfant sont-elles liées à l'âge ?

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre travail est de :

- Présenter les caractéristiques des urgences ORL de l'enfant dans le service d'ORL du CHUK

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer la fréquence des urgences ORL de l'enfant
- Déterminer les aspects cliniques et diagnostiques
- Identifier les principales étiologies
- Evaluer la prise en charge et le pronostic

CHAPITRE I : GENERALITES

La sphère ORL se compose de différents organes : l'oreille, le nez et les sinus, le pharynx, le larynx, l'œsophage, la trachée, le corps thyroïde, les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques cervicaux **[1].**

I.1. Structure et fonction de l'oreille. [4, 17, 18, 19, 20]

I.1.1. Structure

L'oreille comprend trois parties : une externe, une moyenne et une interne.

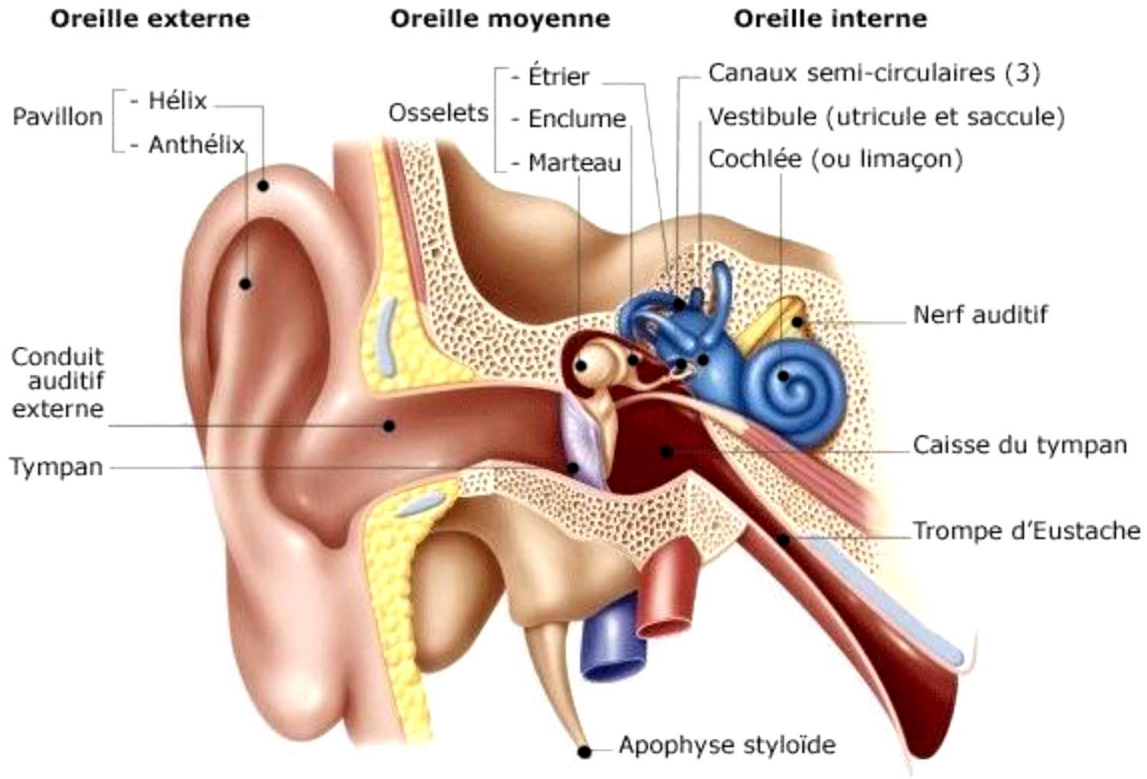


Figure 1 : Coupe frontale de l'oreille droite [18]

- **L'oreille externe** : L'oreille externe comprend en partie le pavillon et le conduit auditif externe qui relie la partie externe de l'oreille à sa partie moyenne, structures du nez à travers la trompe d'Eustache
- **L'oreille moyenne** : C'est la partie moyenne de l'oreille, elle comprend une fine membrane fragile appelée le tympan, une cavité (la caisse du tympan) comprenant les petits os de l'oreille, (les osselets) ; ceux-ci sont : le marteau, l'enclume et l'étrier soutenus par des muscles. La caisse du tympan est reliée aux structures du nez à travers la trompe d'Eustache.

L'oreille moyenne comprend également une structure osseuse importante la mastoïde, contenue dans l'un des os du crâne, l'os temporal. Elle est située postérieurement par rapport au pavillon de l'oreille et renferme une grande cellule : l'antre mastoïdien.

- **L'oreille interne :** C'est la partie interne de l'oreille, elle est composée essentiellement du vestibule qui assure l'équilibre de l'homme et de la cochlée, impliquée dans l'audition à travers les cellules nerveuses sensorielles.

I.1.2. Fonction

L'oreille externe :

- Capte, dirige et amplifie le son ;
- Protège le tympan par ses parcours tortueux, ses poils et cérumen.

L'oreille moyenne :

- Le tympan et la chaine ossiculaire transmettent les vibrations ;
- La trompe d'Eustache assure deux fonctions : une fonction équipressive et une fonction de drainage ;
- Protection de l'oreille interne par le réflexe stapédien.

L'oreille interne :

- La cochlée perçoit les vibrations sonores ;
- Le labyrinthe contrôle l'équilibre.

I.1.3. Urgences intéressant l'oreille

- L'OMA ;
- Les otites externes aiguës : Otite externe diffuse, Otite externe maligne, Furoncle du conduit auditif, Otomycose, Eczéma du conduit, Périchondrite aiguë… ;
- Mastoïdite aiguë ;
- Surdité brusque ;
- Fracture du rocher ;
- Lésions du pavillon ;
- Corps étranger auriculaire.

I.2. Structure et fonction du nez et des sinus [4, 17, 18, 19, 21]

I.2.1. Structure

Il comprend un nez externe, deux fosses nasales. Chaque fosse nasale renferme une cloison, mur ostéo-cartilagineux (composé d'os et de cartilage) séparant le nez en deux parties (deux fosses nasales), une muqueuse nasale, qui tapisse l'intérieur du nez, trois cornets (cornet inférieur, moyen et supérieur), trois méats (petits orifices) situés au-dessous de chaque cornet (méat inférieur, moyen et supérieur).

Le tiers antérieur de la cloison nasale est une zone très riche en vaisseaux sanguins (tache vasculaire), c'est pourquoi très souvent les saignements du nez proviennent de cette région.

Les orifices postérieurs des fosses nasales sont appelés choanes.

Les sinus sont les parties annexes du nez (situés autour du nez) au nombre de quatre (sinus maxillaires, ethmoïdaux, frontaux et sphénoïdaux), ils sont pairs et contiennent de l'air.

Le nasopharynx, appelé cavum, est la zone frontière entre le nez et la gorge. Il renferme les amygdales pharyngées.

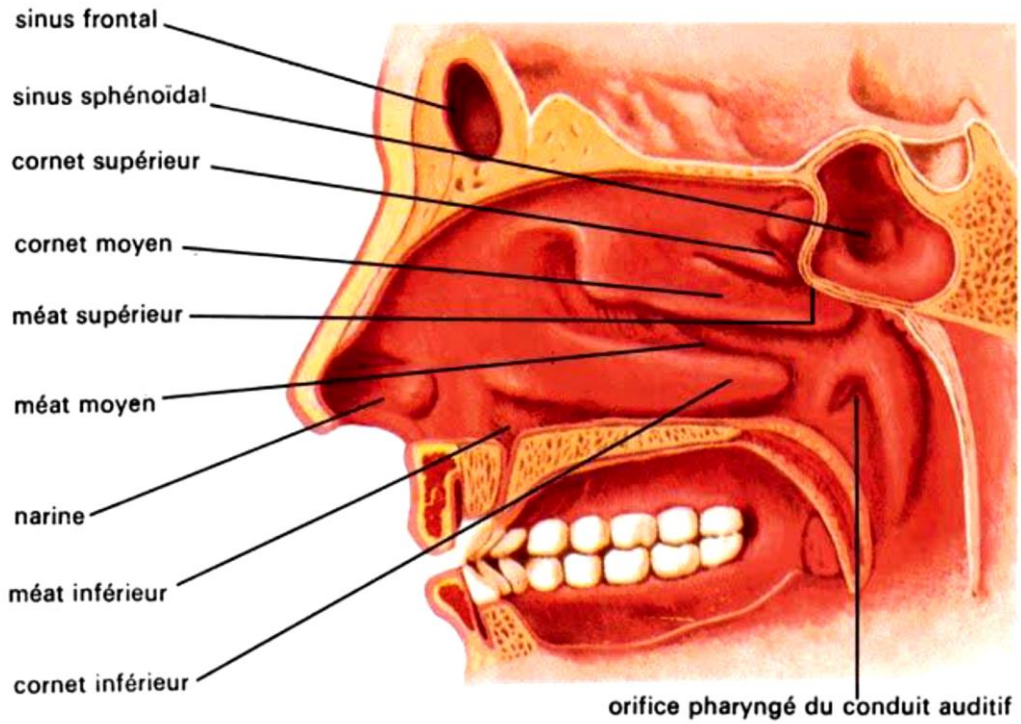


Figure 2 : Schéma des cavités nasales et des sinus, coupe sagittale [21]

I.2.2. Fonction

Le nez et les sinus ont pour fonctions :

- La respiration : l'air qui passe par les fosses nasales est réchauffé, humidifié, filtré et purifié
- L'odorat (olfaction) : la capacité de sentir les odeurs
- La défense contre les infections par les amygdales pharyngées
- La phonation et la résonance….

I.2.3. Urgences naso-sinusiennes

- Sinusite aiguë
- Rhinopharyngite aiguë
- Corps étranger nasal
- Epistaxis
- Fracture des os propres du nez
- Hématome de la cloison nasale
- Imperforation des choanes

I.3. Structure et fonction de la gorge et de l'œsophage [4, 19,20, 22, 23]

I.3.1. Structure

Le pharynx (gorge) est une partie de l'appareil digestif, constituée de muscles. Il se divise en trois étages : l'étage supérieur est le rhinopharynx encore appelé nasopharynx ou cavum, l'étage moyen est l'oropharynx, l'étage inférieur est l'hypopharynx, il est encore appelé pharyngolarynx ; c'est la partie de la gorge qui est reliée au larynx : l'organe de la voix.

La gorge renferme des structures lymphoïdes pour la défense de l'organisme, appelées amygdales, ce sont :

- Les amygdales pharyngées situées dans le rhinopharynx (étage supérieur du pharynx),
- Les amygdales palatines localisées dans l'oropharynx (bouche),
- Les amygdales tubaires situées vers les orifices pharyngés de la trompe d'Eustache,
- Et les amygdales linguales situées au niveau de la base de la langue (partie postérieure de la langue).

Toutes ces amygdales forment un anneau appelé l'anneau de Waldeyer, qui joue un rôle important dans la défense de l'organisme contre les infections.

L'œsophage est un organe musculo-membraneux. Il représente un prolongement du pharynx.

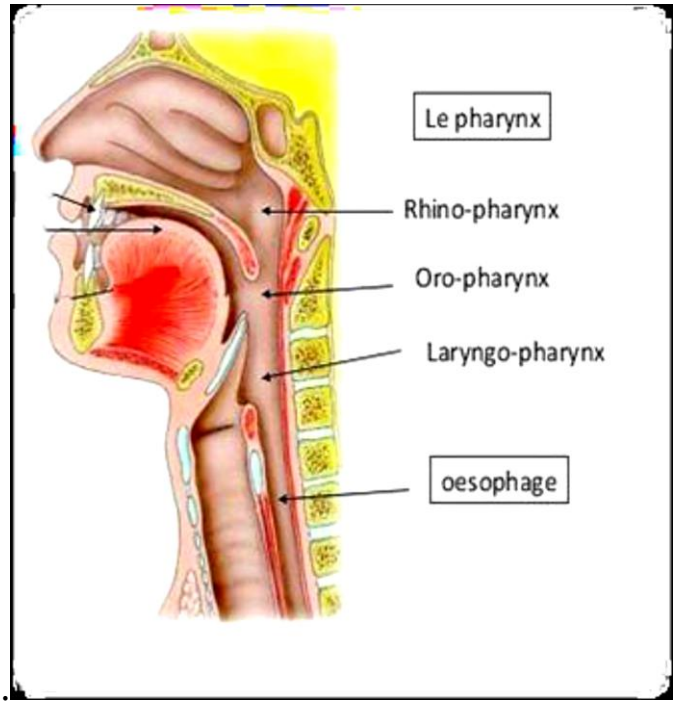


Figure 3 : Coupe sagittale du pharynx [22]

I.3.2. Fonction

Le pharynx assume plusieurs fonctions importantes :

- Déglutition (passage du bol alimentaire vers l'œsophage et l'estomac)
- Respiration
- Phonation (émission de la voix)
- Ouverture de la bouche de l'œsophage
- Audition (à travers la trompe d'Eustache)
- Défense immunitaire à travers les amygdales

L'œsophage permet l'acheminement du bol alimentaire vers l'estomac. Pendant la déglutition, la bouche œsophagienne s'ouvre sous l'action de l'onde péristaltique des muscles du pharynx d'abord et de ceux de l'œsophage par la suite, le bol alimentaire est envoyé dans l'estomac.

I.3.3. Urgences pharyngées

- Angine aiguë
- Corps étranger œsophagien
- Adénophlegmon
- Phlegmon péri-amygdalien -Brûlures caustiques

I.4. Structure et fonction du larynx, de la trachée et des bronches [4, 17, 19, 24, 25, 26]

I.4.1. Structure

Le larynx est situé à la partie antéro-médiane du cou, il a la forme d'un entonnoir et est constitué de cartilage et de membrane fibro-élastique ; sa partie supérieure s'ouvre dans la gorge et sa partie inférieure communique avec la trachée (vers les poumons).

La trachée représente le prolongement du larynx. Elle a une armature cartilagineuse et se divise en deux bronches souches (droite et gauche) dans les poumons.

La bronche droite est presque le prolongement direct de la trachée, ce qui expliquerait la localisation fréquente des corps étrangers des voies aériennes à ce niveau.

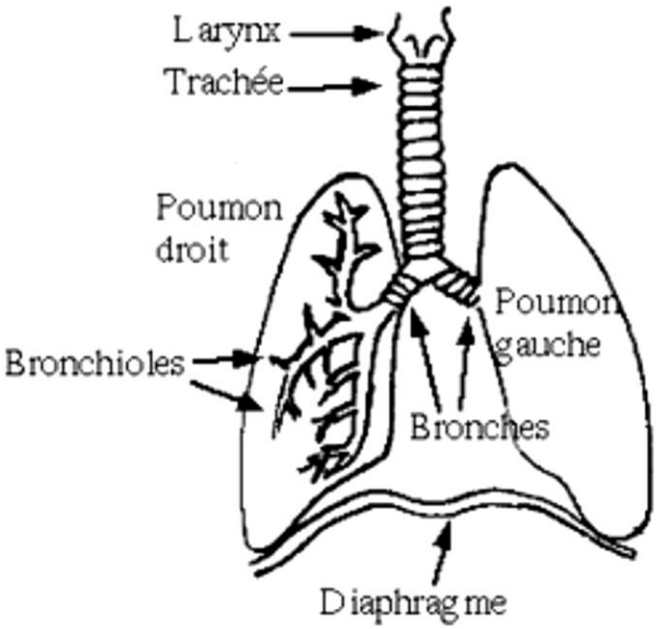


Figure 4 : Schéma du larynx et des voies respiratoires supérieures [26]

I.4.2. Fonction

Le larynx assume plusieurs fonctions importantes :

- Respiration : ouverture des cordes vocales afin de permettre le passage de l'air vers la trachée puis les poumons.
- Phonation : émission de son par rapprochement des deux cordes vocales

- Défense : protection par l'épiglotte des voies aériennes inférieures de fausses routes alimentaires par des muscles permettant sa mobilité (tendeur et dilatateur de la glotte, suspension et élévation du larynx)

La trachée et les bronches assurent les fonctions suivantes :

- La protection : elle est basée sur l'élimination de particules étrangères présentes dans l'air
- La respiration : l'air inspiré passe par le larynx, la trachée, les bronches et les poumons
- La phonation : les poumons, les bronches et la trachée participent pleinement à la phonation, au même titre que les cordes vocales du larynx et les cavités de résonance de l'oropharynx, du nez et des sinus de la face

I.4.3. Urgences laryngées

- Corps étranger trachéo-bronchique
- Papillomatose laryngée
- Laryngite aiguë
- Traumatisme laryngé
- Laryngomalacie

I.5. Structure et fonction du cou, de la glande thyroïde et des glandes parotides [4, 17, 19, 20, 26, 27]

I.5.1. Structure

Le cou renferme des structures importantes pour le bon fonctionnement de l'organisme :

- Des organes (pharynx, œsophage, larynx, trachée…)
- Des vaisseaux (artères carotides, veines jugulaires, drainages lymphatiques …)
- Des nerfs, muscles et ligaments
- Des ganglions lymphatiques
- Des cartilages**….**

Les ganglions lymphatiques sont répartis selon le cercle de Cuneo et Poirier et le triangle de Rouvière :

- Sur le cercle péri-cervical de Cuneo et Poirier s'ordonnent d'arrière en avant : les ganglions occipitaux, mastoïdiens, parotidiens, sous maxillaires et sous mentaux.

- Sur les trois côtés du triangle de Rouvière, s'ordonnent trois chaînes ganglionnaires : la chaîne jugulaire en avant, la chaîne transverse en bas et la chaîne spinale.

La glande thyroïde est située au niveau de la face antérieure du cou, se compose de deux lobes, droit et gauche.

Les glandes parotides représentent un organe pair, situé dans la région rétro-mandibulaire, en avant de l'oreille et compte les glandes salivaires principales qui sont au nombre de trois (glandes parotides, glandes sous- maxillaires et glandes sublinguales).

La glande parotide n'est visible que lorsque sa taille est augmentée.

Ses secrétions se déversent dans la bouche par un canal appelé le canal de Sténon

I.5.2. Fonction

Les ganglions lymphatiques cervicaux interviennent dans la défense immunitaire de l'organisme. L'enfant présente une faiblesse du système immunitaire, ce qui le rend plus vulnérable aux infections

La glande thyroïde produit des hormones (calcitonine et hormones thyroïdiennes : T3 et T4) qui agissent sur le métabolisme et l'activité du système nerveux (température, activités cognitives, croissance de l'organisme et psychisme)

I.5.3. Urgences du cou et de la face

- Cellulite cervico-faciale
- Traumatisme maxillo-facial
- Tumeur
- Abcès chaud
- Corps étranger traumatisant

CHAPITRE II : PATIENTS ET METHODES

II.1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au CHU Kamenge, au sein du département des spécialités, service d'ORL.

II.2. Population d'étude

Notre étude a porté sur les enfants âgés de 0 à 15 ans qui ont été reçus et suivis dans le service pour des urgences ORL durant notre période d'étude.

II.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive des dossiers médicaux des enfants âgés de 0 à 15 ans reçus et suivis dans le service d'ORL du CHU Kamenge pour une urgence ORL.

II.4. Période d'étude

La période concernée par le recueil des données de notre étude s'est étalée sur 2 ans, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019, portant sur les dossiers des enfants de 0 à 15 ans reçus dans le service.

II.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les patients de 0 à 15 ans qui ont été admis dans le service d'ORL du CHU Kamenge au cours de la période concernée par le recueil des données, avec l'existence d'un dossier médical précisant le type d'urgence d'une atteinte ORL, l'affection en cause et la conduite tenue.

II.6. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- les enfants de 0 à 15 ans, admis pour une affection ORL non urgente ;
- les enfants de 0 à 15 ans admis pour une urgence ORL et qui avaient un dossier médical incomplet ou non retrouvé.

II.7. Recueil des données

Nos sources de données étaient :

- le registre de consultation du service ;
- les fiches de consultation des patients ;
- les dossiers médicaux d'hospitalisation des patients ;
- le registre de compte rendu opératoire.

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête préétablie (annexe 1).

II.8. Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés comportaient les aspects épidémiologiques (âge, sexe, niveau d'instruction des enfants, résidence), cliniques (période d'admission, mode d'admission, motif de consultation, signes retrouvés à l'examen physique, type d'urgence diagnostiquée), ainsi que les aspects paracliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de ces urgences.

> Définition opérationnelle des termes :

Nous avons réparti les urgences en urgences absolues, relatives et fonctionnelles :

- l'urgence absolue concerne les pathologies mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant à une très brève échéance ;
- l'urgence relative regroupe les pathologies dont la prise en charge peut être différée de quelques heures sans préjudice pour la santé de l'enfant ;
- l'urgence est qualifiée de fonctionnelle lorsque l'affection en cause ne met pas en jeu le pronostic vital mais dont le traitement ne doit souffrir d'aucun retard car le risque d'infirmité ou de séquelles fonctionnelles est toujours présent ;
- les heures de consultation allaient de 8h00 à 12h00 et les heures de garde débutaient juste après les heures de consultation dans l'après-midi et s'étendaient de 12h à 8h du matin.

II.9. Analyse des données

L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info 7, quant au traitement de texte, il a été fait à partir du logiciel d'application Word 2010 et la confection des graphiques et des tableaux grâce au logiciel Excel2010.

II.10. Autorisation administrative

L'étude a été réalisée après l'autorisation de la Direction générale du CHU Kamenge (annexe 2).

II.11. Difficultés rencontrées

- Dossiers non retrouvés : 7 dossiers
- Dossiers incomplets : 16 dossiers
- Manque de données pour le délai entre la consultation et le début des symptômes mais également pour la consultation post-thérapeutique

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Aspects épidémiologiques

III.1.1. Prévalence

Durant la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019 soit 2 ans, 674 cas d'urgences ORL pédiatriques ont été enregistrés dans le service d'ORL du CHUK dont 651 cas avec un dossier exploitable sur un total de 6281 patients reçus dans le service, soit une prévalence globale de 10,73 %.

III.1.2. Age

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge (en année)

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
[0-5[	461	70,81
[5-10[	125	19,20
[10-15]	65	9,99
TOTAL	**651**	**100**

La tranche d'âge de 0 à 5 ans prédominait avec 70,81 % des cas. L'âge moyen était de 4,08 ans avec des extrêmes allant de J1 à 15 ans.

III.1.3. Sexe

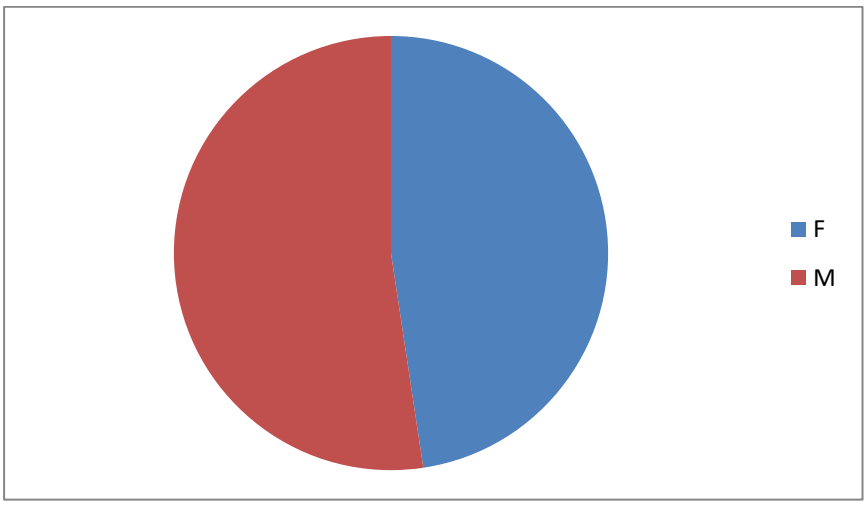


Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe

Les enfants de sexe masculin représentaient 52,38 % de nos patients contre 47,62 % pour les filles. Le sex ratio était de 1,10 en faveur des garçons.

III.1.4. Niveau d'instruction

Tableau II : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
N'ont pas l'âge scolaire	423	64,98
Préscolaire	91	13,98
Primaire	112	17,20
Fondamentale	25	3,84
Total	**651**	**100**

Les enfants qui n'avaient pas l'âge scolaire représentaient 64,98% de nos patients tandis que les élèves de l'école fondamentale étaient moins représentées avec 3,84% des cas.

III.1.5. Mois de consultation

Tableau III : Répartition des patients selon le mois de consultation

Mois	2018	2019	Total	Fréquence
Janvier	28	32	60	9,22
Février	18	30	48	7,37
Mars	24	37	61	9,37
Avril	29	19	48	7,37
Mai	23	28	51	7,82
Juin	32	36	68	10,44
Juillet	31	29	60	9,22
Aout	27	33	60	9,22
Septembre	23	18	41	6,30
Octobre	26	29	55	8,48
Novembre	25	25	50	7,67
Décembre	21	28	49	7,52
Total	**307**	**344**	**651**	**100**

Les périodes de pic de fréquences des urgences ORL de l'enfant étaient respectivement les mois de juin avec 10,44% et de mars avec 9,37%. La moyenne d'admission pour urgences ORL de l'enfant par mois est de 28,08 patients.

III.1.6. Résidence du patient

a) Province

Tableau IV : Répartition des patients selon la province d'origine

Province	Fréquence	Pourcentage
Bubanza	28	4,30
Bujumbura	102	15,67
Bururi	8	1,23
Cankuzo	1	0,15
Cibitoke	33	5,07
Gitega	13	2,00
Karusi	1	0,15
Kayanza	10	1,54
Kirundo	5	0,77
Mairie de Bujumbura	398	61,14
Makamba	9	1,38
Muramvya	10	1,54
Muyinga	4	0,61
Mwaro	9	1,38
Ngozi	4	0,61
Rumonge	6	0,92
Rutana	4	0,61
Ruyigi	1	0,15
Hors Burundi(RDC)	5	0,77
TOTAL	**651**	**100**

La majorité de nos patients résidait en Mairie de Bujumbura soit 61,14 % des cas, la province de Bujumbura venait en 2ème position avec 15,67 % et les provinces de Cankuzo, Karusi et Ruyigi étaient les moins représentées avec 1 cas chacune. Notons que 5 patients provenaient de la RDC.

b) Commune pour les ressortissants de la Mairie de Bujumbura

Tableau V : Répartition des patients selon la commune d'origine pour les ressortissants de la Mairie de Bujumbura

Commune	Fréquence	Pourcentage
Muha	38	9,55
Mukaza	39	9,80
Ntahangwa	321	80,65
TOTAL	**398**	**100**

La commune de Ntahangwa était la plus représentée avec 80, 65 % des patients habitant en Mairie de Bujumbura.

c) Zone de résidence pour les ressortissants de la Mairie

Tableau VI : Répartition des patients selon la zone d'origine pour les ressortissants de la Mairie de Bujumbura

Zone	Fréquence	Pourcentage
Buterere	24	6,03
Buyenzi	9	2,26
Bwiza	14	3,52
Cibitoke	37	9,30
Gihosha	78	19,60
Kamenge	91	22,86
Kanyosha	13	3,27
Kinama	53	13,32
Kinindo	7	1,76
Musaga	18	4,52
Ngagara	38	9,55
Nyakabiga	9	2,26
Rohero	7	1,76
TOTAL	**398**	**100**

La zone de Kamenge comptait 22,86 % de nos patients, suivie par la zone de Gihosha avec 19,60 % tandis que les zones de Kinindo et Rohero étaient les moins représentées avec 1,76 % chacune.

III.2. Aspects cliniques

III.2.1. Motif de consultation

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Corps étranger	271	41,62
Douleur	138	21,19
Fièvre	128	19,66
Tuméfaction	102	15,66
Difficultés respiratoires	65	9,98
Otorrhée	58	8,91
Epistaxis	34	5,22
Toux	20	3,07
Prurit auriculaire	18	2,76
Rhinorrhée	15	2,30
Hypoacousie	13	1,99
Plaie de la langue	9	1,38
Eternuement	9	1,38
Plaie de la voile du palais	7	1,07
Lésions du pavillon	6	0,92
Otorragie	5	0,77
Saignement endobuccal	4	0,61
Pleurs incessants	3	0,46
Autres	14	2,15

Les CE constituaient le motif de consultation le plus fréquent suivis par la douleur, la fièvre et la tuméfaction respectivement dans 41,62% ; 21,19% ; 19,66 % et 15,66 % des cas.

III.2.2. Mode d'admission du patient

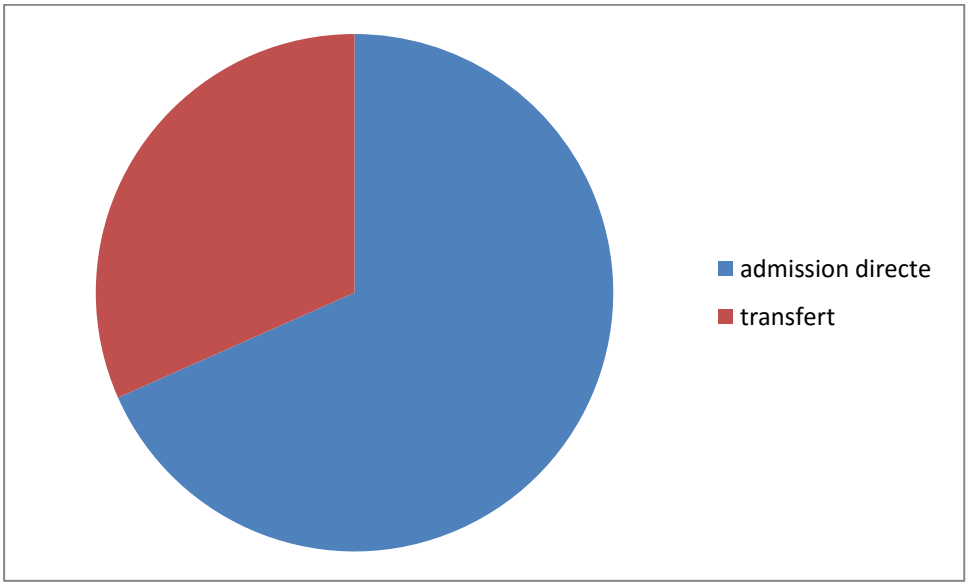


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission

Nos patients consultaient directement le service d'ORL du CHUK dans 68,36 % alors que 31,64 % étaient transférés.

a) Origine du transfert

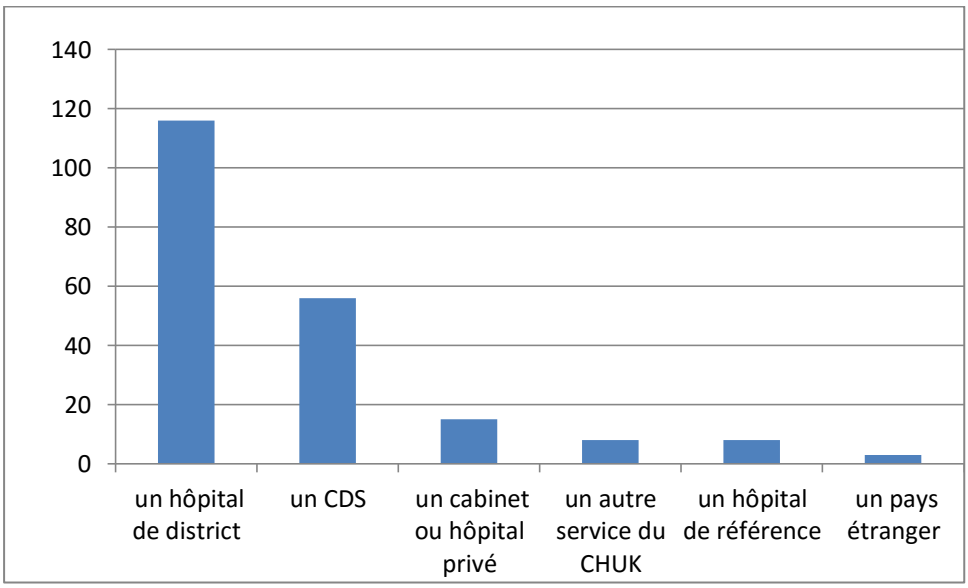


Figure 7 : Répartition des patients selon l'origine du transfert

Les patients étaient transférés d'un hôpital de district dans 56,32 % des cas alors que 1,46 % provenaient d'un pays étranger(RDC).

III.2.3. Heures de consultation

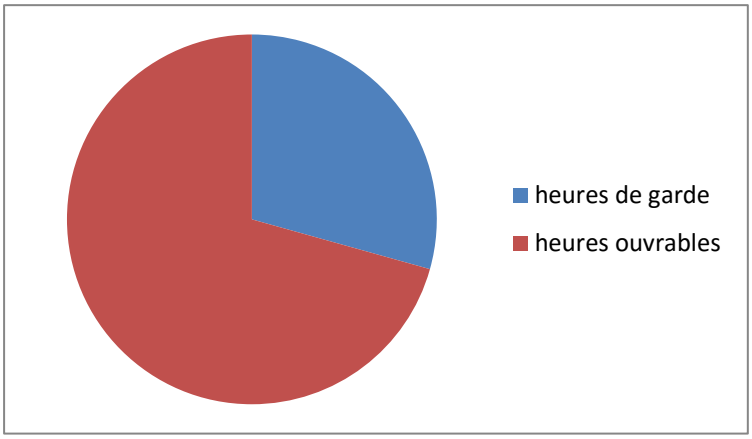


Figure 8 : Répartition des patients selon les heures de consultation

Dans 70,66 % des cas, les patients étaient admis aux heures de consultation (ouvrables).

III.2.4. Examen physique

III.2.4.1. Examen cervico-facial

Tableau VIII : Répartition des patients selon les résultats de l'examen cervico-facial

Examen cervico-facial	Fréquence	Pourcentage
plaie latéro-cervicale	1	0,15
tuméfaction parotidienne	3	0,48
tuméfaction cervico-thoracique	2	0,30
tuméfaction fronto-orbitaire	2	0,30
tuméfaction fronto-pariétale	3	0,48
tuméfaction latéro-cervicale	33	5,06
tuméfaction pré-auriculaire	24	3,68
tuméfaction sous angulo-mandibulaire	29	4,45
Tuméfaction sous mentonnière	12	1,84
Tuméfaction temporale	1	0,15
Normal	541	83,10
Total	**651**	**100**

La tuméfaction latéro-cervicale était la plus rencontrée dans 5,06 % des cas suivie par la tuméfaction sous angulo-mandibulaire et la tuméfaction pré-auriculaire dans 4,45 % et 3,68 % respectivement.

III.2.4.2. Examen de la cavité buccale

Tableau IX : Répartition des patients selon les résultats de l'examen de la cavité buccale

Examen de la cavité buccale	Fréquence	Pourcentage
Amygdalite	30	4,60
CE au niveau de la base de la langue	1	0,15
CE au niveau de la loge amygdalienne	2	0,3O
hypertrophie amygdalienne	31	4,76
plaie de la langue	10	1,53
plaie du voile du palais	8	1,22
ulcération oropharyngée	3	0,48
Normal	566	86,94
TOTAL	**651**	**100**

L'hypertrophie amygdalienne prédominait avec 4,76 % des cas, venait ensuite les amygdalites dans 4,60 % des cas.

III.2.4.3. Otoscopie

Tableau X : Répartition des patients selon les résultats de l'otoscopie

Otoscopie	Fréquence	Pourcentage
Inflammation du CAE	16	2,46
CE du CAE	129	19,81
lésions du pavillon	3	0,46
Tympan traumatisé	11	1,69
Otorragie et plaie du CAE	12	1,84
otorrhée purulente	40	6,14
tympan congestif	111	17,05
Normal	329	50,53
TOTAL	**651**	**100**

L otoscopie a retrouvé les corps étrangers du CAE dans 19,81 % des cas et le tympan congestif dans 17,05 % des cas.

III.2.4.4. Examen des fosses nasales

Tableau XI : Répartition des patients selon les résultats de la rhinoscopie antérieure

Rhinoscopie antérieure	Fréquence	Pourcentage
C E d'une FN	84	12,90
Epistaxis	34	5,22
Muqueuse nasale congestive	5	0,76
Obstacle au passage de la sonde	5	0,76
Plaie de la pyramide nasale	1	0,15
Rhinorrhée purulente	1	0,15
Normal	522	80,18
TOTAL	**651**	**100**

Les CE des FN étaient les plus retrouvés dans 11,36 % des cas et les épistaxis dans 5,22 % des cas.

III.3. Examens complémentaires

III.3.1. Imagerie

Tableau XII : Répartition des patients selon le type d'imagerie réalisé

Type d'imagerie	Fréquence	Pourcentage
Radiographie thoracique de face	59	9,06
Radiographie des sinus	8	1,23
Echographie de la sphère ORL	17	2,61

La radiographie thoracique a été réalisée dans 9,06 % des cas.

III.3.1.1. Résultats de la radiographie

Tableau XIII : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie

Résultats de la radiographie	Fréquence	Pourcentage
CE œsophagien	23	34 ,34
CE bronchique	18	26,86
Opacité thoracique	7	10,45
CE intra-abdominal	1	1,49
Atélectasie d'un hémi-champ pulmonaire	1	1,49
Ostéite mandibulaire	1	1,49
Sinusite aigue	1	1,49
Résultats non connus	15	23,39
Total	**67**	**100**

Les CE œsophagiens ont été le plus retrouvés à la radiographie dans 34,34 % des cas suivis par les CE bronchiques dans 26,86 % des cas.

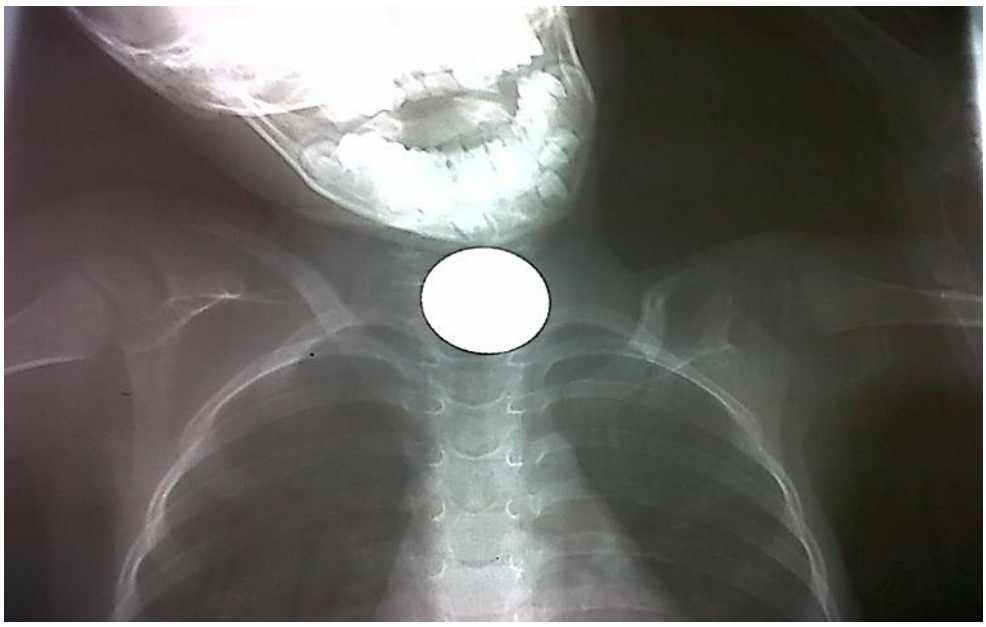


Figure 9 : Radiographie montrant un corps étranger (pièce de monnaie) œsophagien (photo du service d'ORL/CHUK)

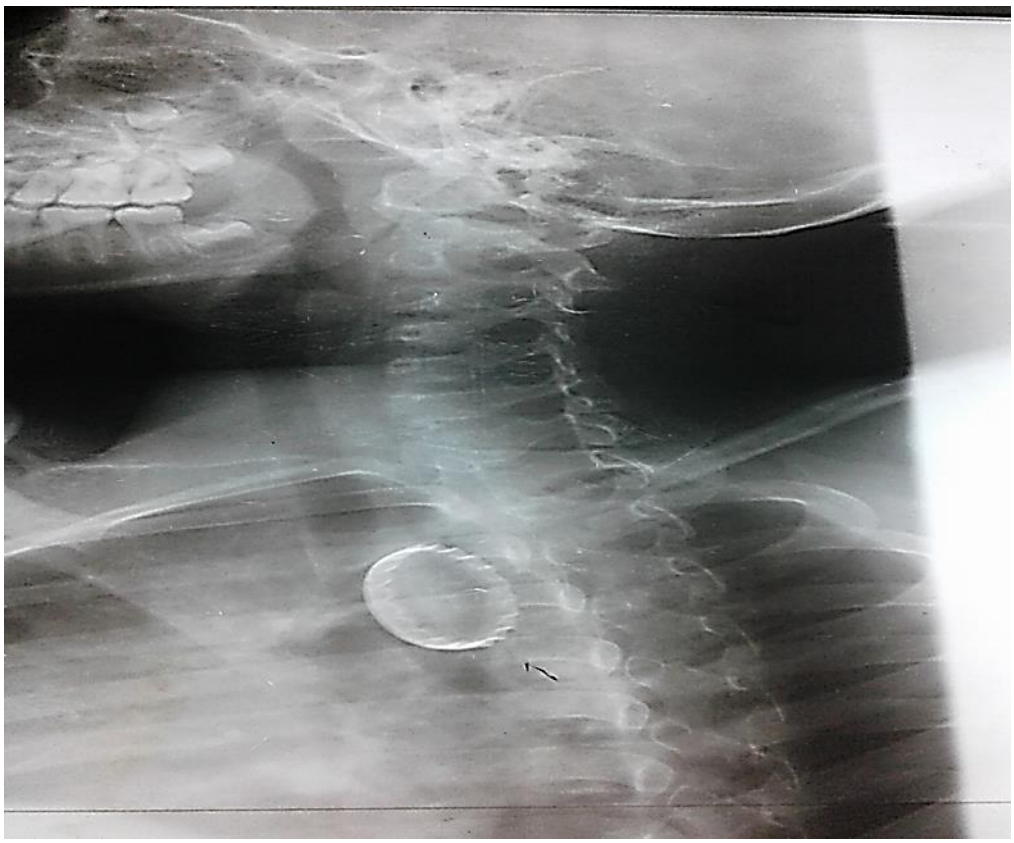


Figure 10 : Radiographie montrant un corps étranger (Bouchon de bière) œsophagien (photo du service d'ORL/CHUK)

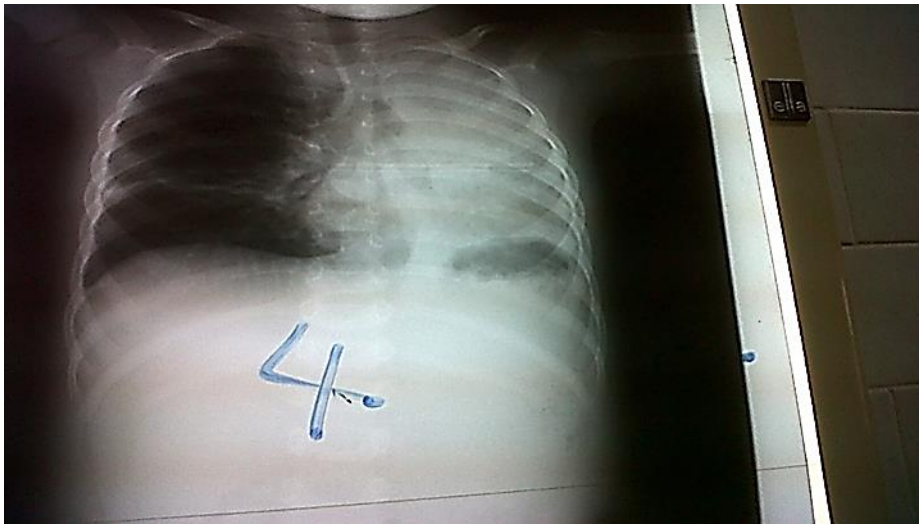


Figure 11 : Radiographie thoracique de face montrant un poumon gauche blanc avec atélectasie par obstruction par un CE (Photo du service d'ORL/CHUK)

III.3.1.2. Résultats de l'échographie

Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

Résultats de l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Abcès collecté au niveau de la sphère ORL	5	29,42
Collection hétérogène au niveau de la sphère ORL	2	11,76
Formation kystique au niveau de la sphère ORL	1	5,88
Image hypoéchogène de la sphère ORL	1	5,88
Plage hyperéchogène au niveau de la sphère ORL	1	5,88
Masse liquidienne au niveau de la sphère ORL	1	5,88
Parotidite + Adénopathie sous mandibulaire	1	5,88
Résultats non connus	5	2 9,42
Total	**17**	**100**

Les abcès collectés au niveau de la sphère ORL prédominaient dans 29 ,42 % des cas.

III.3.2. Bilan biologique

Tableau XV : Répartition des patients selon le bilan biologique fait

Examens biologiques	Fréquence	Pourcentage
NFS	17	2,61
Bilan de coagulation (TP, TCK)	15	2,30
Examen bactériologique	5	0,76
CRP	4	0,61
Glycémie	4	0,61
GE	4	0,61
Bilan hépatique	3	0,46
Bilan rénal	2	0,30

La NFS a été l'examen biologique le plus réalisé dans 2,61 % des cas suivie par les bilans de coagulation (TP, TCK) dans 2,30 % des cas.

III.4. Aspects diagnostiques

III.4.1. Type d'urgences selon les étiologies

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type d'urgence en fonction des étiologies

Type d'urgence selon les étiologies	Fréquence	Pourcentage
Infectieuse	293	45,01
Corps étrangers	277	42,55
Traumatique et hémorragique	66	10,14
Malformative	6	0,92
Fonctionnelle	6	0,92
Tumorale	3	0,46
TOTAL	**651**	**100**

Les urgences infectieuses étaient les plus retrouvées dans 45,01 % des cas, suivies par les corps étrangers dans 42,55 % des cas tandis que les urgences tumorales venaient en dernière position avec 0,46 % des cas.



Figure 12 : Cellulite cervico-faciale (photo du service d'ORL/CHUK)



Figure 13 : Bouchon de bière après son extraction de l'œsophage (photo du service d'ORL/CHUK)



Figure 14 : Tuméfaction polylobée sous angulo-mandibulaire droite (photo du service d'ORL/CHUK)

III.4.2. Urgences selon l'organe atteint

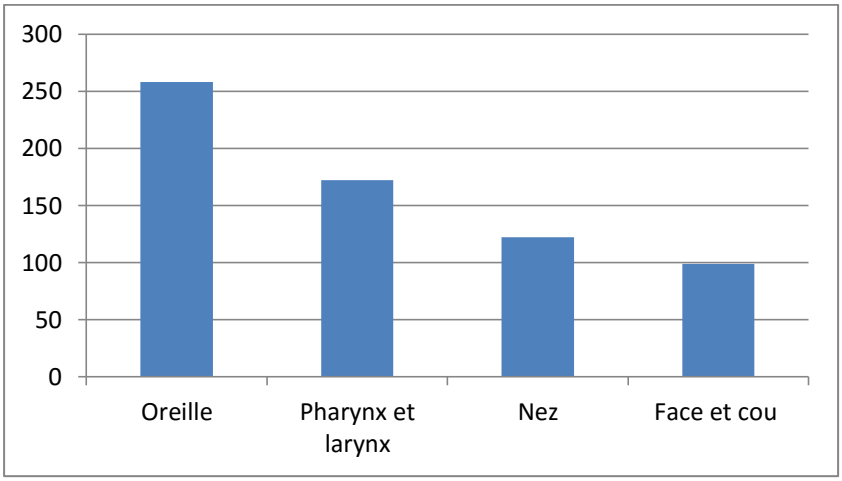


Figure 15 : Répartition des patients selon l'organe atteint

L'oreille a été l'organe le plus atteint dans 39,63% des cas suivi par le pharynx et le larynx dans 26,42 % des cas.

III.4.3. Types d'urgences selon la gravité

Les urgences sont classées en trois groupes :

- Urgences absolues ;
- Urgences relatives ;
- Urgences fonctionnelles.

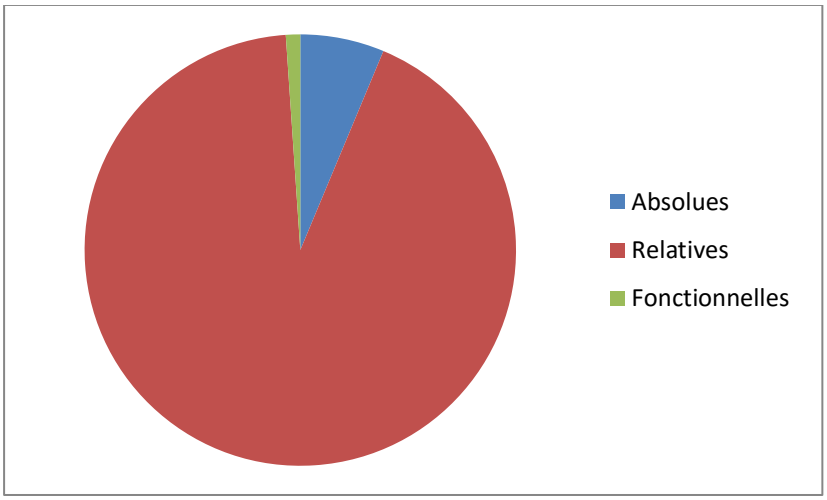


Figure 16 : Répartition des patients en fonction de la gravité de l'urgence

Les urgences relatives représentaient la majorité des cas soit 89,40% des cas suivies par les urgences absolues dans 9,52 % des cas et les urgences fonctionnelles étaient les moins représentées dans 1,08 % des cas.

III.4.3.1. Urgences absolues

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type d'urgences absolues

Urgences absolues	Fréquence	Pourcentage
Corps étrangers trachéo-bronchiques	32	51,61
Laryngite aigue	13	20,97
Adénophlegmon	5	8,06
Atrésie des choanes	5	8,06
Phlegmon péri-amygdalien	3	4,84
Hémorragie post-luettectomie	1	1,61
Epistaxis de grande abondance	1	1,61
Papillomatose laryngée	1	1,61
Autres	1	1,61
Total	**62**	**100**

Les corps étrangers trachéo-bronchiques représentaient 51,61 % des urgences absolues et les laryngites aigues représentaient 20,97 % des cas.

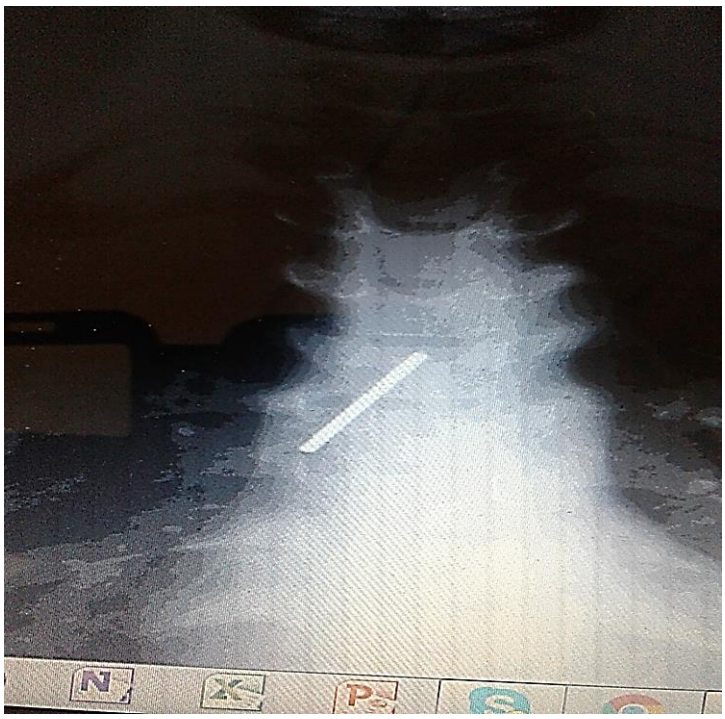


Figure 17 : Radiographie thoracique montrant un corps étranger (vis) trachéo-bronchique (photo du service d'ORL/CHUK)

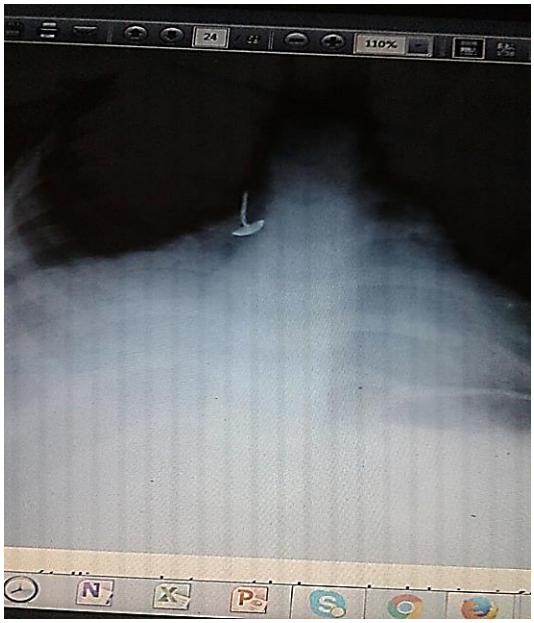


Figure 18 : Radiographie montrant un corps étranger (clou) bronchique (photo du service d'ORL/CHUK)

III.4.3.2. Urgences relatives

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type d'urgences relatives

Urgences relatives	Fréquence	Pourcentage
C E auriculaire	129	22,16
OMA	101	17,35
C E nasal	84	14,93
Abcès chaud	83	14,26
Angine aiguë	50	8,58
Epistaxis de faible à moyenne abondance	33	5,50
CE œsophagien	32	4,91
Otite externe aiguë	17	2,92
Traumatisme de la langue	10	1,72
Amygdalite aiguë	10	1,72
Cellulite cervico-faciale	9	1,55
Traumatisme du palais	8	1,37
Rhinopharyngite aiguë	7	1,20
Traumatisme auriculaire	6	1,02
Traumatisme du nez	4	0,69
Autres	3	0,52
Total	**582**	**100**

Parmi les urgences relatives, les CE auriculaires venaient en tête dans 22,16 % des cas suivis par l'OMA, les CE nasaux et les abcès chaud dans respectivement 17,35 % ; 14,43 % et 14,26 % des cas.



Figure 19 : Corps étranger (insecte) extrait du CAE (photo du service d'ORL/CHUK)



Figure 20 : Pièce de monnaie après son extraction de l'œsophage (photo du service d'ORL/CHUK)



Figure 21 : Cellulite cervico-faciale (photo du service d'ORL/CHUK)

III.4.3.3. Urgences fonctionnelles

Une seule urgence fonctionnelle qui est la surdité brusque a été retrouvée dans 7cas.

III.5. Aspects thérapeutiques

III.5.1. Mode de prise en charge

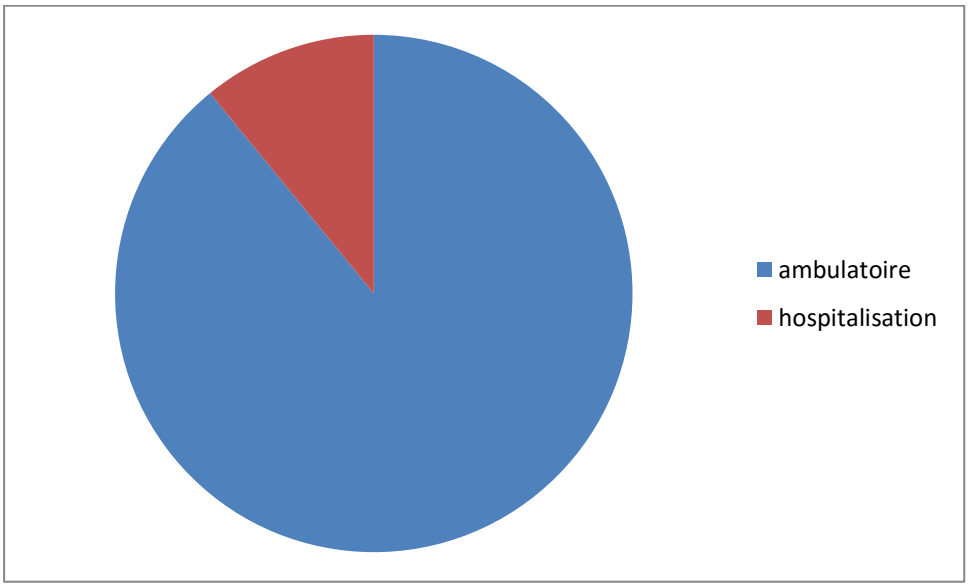


Figure 22 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge

89,09 % de nos patients étaient traités en ambulatoire alors que 10,91 % ont été hospitalisés.

III.5.2. Site de prise en charge

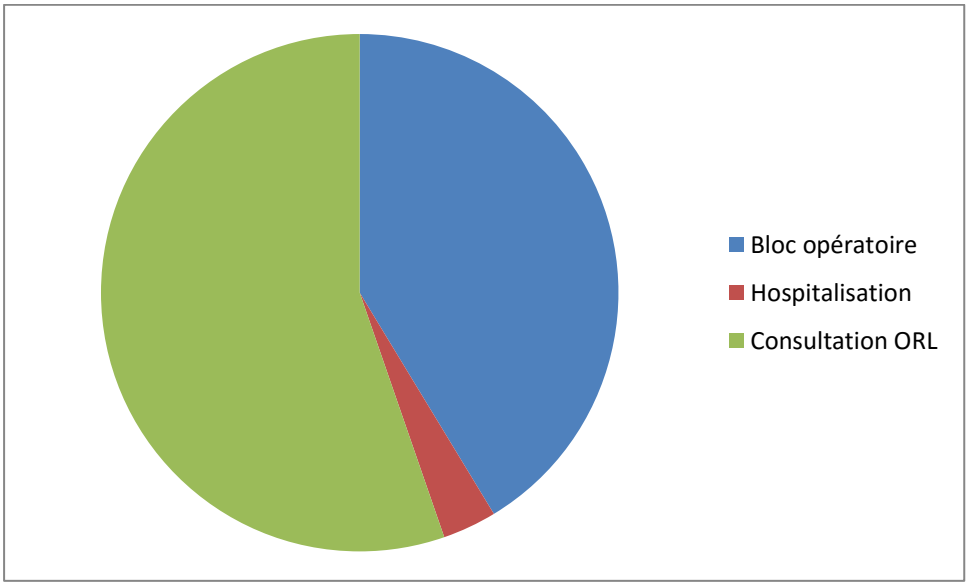


Figure 23 : Répartition des patients selon le site de prise en charge

55,30 % de nos patients ont été pris en charge en consultation ORL ; 41,32 % ont été pris en charge au bloc opératoire et 3,38 % ont été pris en charge en hospitalisation.

III.5.3. Nature du traitement

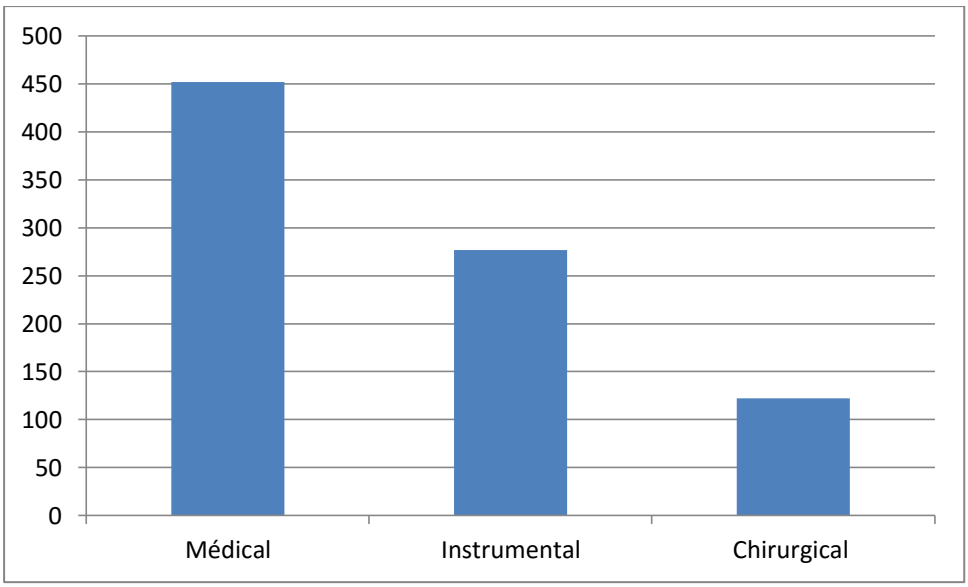


Figure 24 : Répartition des patients selon le type de traitement

69,43 % de nos patients ont reçu un traitement médical ; 42,55 % un traitement instrumental et 18,74 % ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

III.5.3.1. Traitement médical

Tableau XIX : Répartition des patients selon la nature du traitement médical

Nature de traitement médical	Fréquence	Pourcentage
ATB	413	91,37
Antalgiques-antipyrétiques	216	47,79
AINS	158	34,95
Corticoïdes	68	15,04
Hémostatiques	35	7,74
Antiseptiques	32	7,08
Antihistaminiques	20	4,42
Mucolytiques	12	2,65
Autres	7	1,55

L'antibiothérapie a été prescrite chez 91,37 % de nos patients, les antalgiques-antipyrétiques chez 47,79 % tandis que les AINS ont été prescrits dans 34,95 % des cas.

III.5.3.2. Traitement chirurgical

Tableau XX : Répartition des patients selon la nature du traitement chirurgical

Nature de traitement chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Incision et drainage	89	72,95
Suture	17	13,93
Soins locaux	9	7,38
Reperméabilisation choanale	5	4,10
Exérèse	3	2,46
Amygdalectomie	2	1,64

Le traitement chirurgical qui a été le plus pratiqué était l'incision et drainage dans 72,95 % des cas suivis par la suture dans 13,93 % des cas.

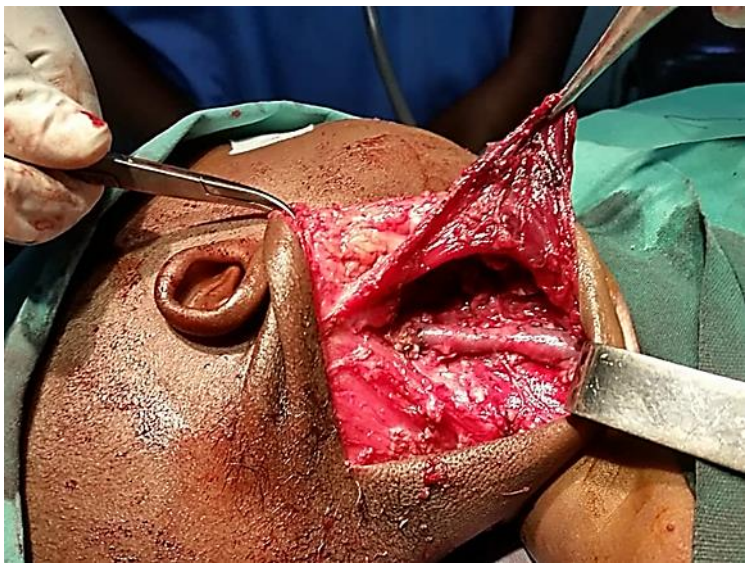


Figure 25 : Loge sous mandibulaire après exérèse de la tuméfaction polylobée (photo du service d'ORL/CHUK)

III.5.3.3. Traitement instrumental

Tableau XXI : Répartition des patients selon la nature du traitement instrumental

Nature de traitement instrumental	Fréquence	Pourcentage
Ablation d'un CE	268	96,75
Exploration (pas de CE retrouvé)	8	2,88
C E vu avec impossibilité d'extraction	1	0,36

Le traitement instrumental a abouti à l'extraction d'un CE dans 96,75 % des cas tandis qu'il a été impossible d'extraire le CE dans 1 cas.

a) Nature de corps étrangers

Tableau XXII : Répartition des patients selon la nature du corps étranger

Nature du corps étranger	Fréquence	Pourcentage
Bille	10	3,36
Bouchon de stylo	9	2,99
Bouton de chemise	2	0,75
Brin d'herbe	2	0,75
Caillou	17	5,97
Grain d'arachide	3	1,12
Grain de haricot	43	15,67
Grain de mais	11	3,73
Grain de riz	2	0,75
Insecte	3	1,12
Métal	8	2,61
Morceau de bois	3	1,12
Morceau de craie	5	1,49
Mousse de matelas	7	2,61
Perle	9	2,99
Pièce de monnaie	24	8,96
Pile bouton	3	1,12
Tige coton	3	1,12
Nature non précisée	113	40,80
TOTAL	**277**	**100**

Pour les CE, les grains de haricot ont été les plus retrouvés dans 15,67 % suivis par les pièces de monnaie dans 8,96 % des cas. Signalons que la nature n'a pas été précisée dans 40,80 % des cas.

III.6. Evolution

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'évolution du patient

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Bonne	126	19,35
Complications	15	2,31
Transféré dans un autre service	1	0,15
Non connu	509	78,19
TOTAL	**651**	**100**

L'évolution n'a pas été connue dans 78,19 %, elle a été bonne dans 19,35 % tandis qu'un patient a été transféré en chirurgie pour thoracotomie. Aucun décès n'a été enregistré durant notre période d'étude.

a) Complications

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les complications

Complications	Fréquence	Pourcentage
Récidive d'abcès	7	46,67
Otite moyenne chronique	4	26,67
Tuméfaction péri-cicatricielle	3	20,00
Otite externe aigue	1	6,66
Total	**15**	**100**

La récidive d'abcès a été la complication la plus retrouvée dans 46,67 % des cas suivi par l'OMC dans 26,67 % des cas.

III.7. Corrélation entre le type d'urgences selon l'étiologie et l'âge

Tableau XXV : Corrélation entre le type d'urgence et l'âge

Tranche d'âge	Corps étrangers	Fonctionnelles	Hémorragique et traumatique	Infectieuse	Malformative	Tumorale	**Total**
[0-5[	204 44,25 % 73,65 %	2 0,43 % 33,33 %	37 8,02% 56,06 %	210 45,55 % 71,67 %	6 1,30 % 100 %	2 0,43 % 66,67 %	**461** **100 %** **70,81 %**
[5-10[	61 48,80 % 22.02 %	1 0,80 % 16.67 %	19 15,20 % 28,79 %	43 34,40 % 14,68 %	0 0,00 % 0,00 %	1 0,80 % 33,33 %	**125** **100 %** **19,20 %**
[10-15]	12 12,46 % 4,33 %	3 4,62 % 50,00 %	10 15,38 % 15,15 %	40 61,54 % 13,65 %	0 0,00 % 0,00 %	0 0,00 % 0,00 %	**65** **100 %** **9,99 %**
Total	**277** **42,55 %** **100 %**	**6** **0,92 %** **100 %**	**66** **10,14 %** **100 %**	**293** **45,01 %** **100 %**	**6** **0,92 %** **100 %**	**3** **0,46 %** **100 %**	**651** **100 %** **100 %**

Test exact de Fisher: p-value < 0,0001

p-value < 0,05 ; le test est statistiquement significatif, il existe une corrélation statistiquement significative entre le type d'urgences selon l'étiologie et l'âge des patients. Plus l'âge augmente, plus les urgences diminuent sauf pour les urgences fonctionnelles qui prédominent pour la tranche d'âge de 10 à 15 ans.

Notons également que toutes les urgences malformatives étaient dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans.

CHAPITRE IV : DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Aspects épidémiologiques

IV.1.1. Prévalence

La prévalence des urgences ORL pédiatriques était de 10,73 % des cas au cours de notre étude. Nos résultats sont proches de ceux d'**Ouédraogo AK et al. [28**] au Burkina Faso et **Ramarozatovo et al. [15**] au Madagascar qui avaient respectivement trouvé 9,77% et 11 ,2 % d'urgences ORL infantiles.

Nos résultats sont inférieurs à ceux d**'Amzil [3]** au Maroc et **Gbe Mahika [1**] en Côte d'Ivoire qui trouvaient respectivement 20,82% et 17,93 % des cas.

Cette différence s'expliquerait par l'accès facile aux soins chez les deux auteurs mais également les heures de consultation (toute la journée).

Cependant d'autres auteurs comme **Zohoun et al. [29**] au Bénin et **Some [30**] au Burkina-Faso rapportaient des fréquences inférieures à celles de notre étude avec 5,37% et 2,09% des cas respectivement.

L'insuffisance des hôpitaux avec un service d'ORL qui peuvent gérer certaines urgences pourrait expliquer cette différence.

IV.1.2. Age

L'âge moyen de nos patients était de 4,08 ans avec des extrêmes allant de J1 à 15 ans. La tranche d'âge de 0 à 5 ans était la plus représentée avec 70,81 % des cas. Nos résultats sont semblables à ceux des autres auteurs comme **Badou- N'guessan et al. [31]** et **Abdala [32]** qui trouvaient respectivement l'âge moyen à 4,26 ans et 4,19 ans avec un pic de fréquence dans la tranche d'âge comprise entre 1 et 5 ans.

De même, la tranche d'âge de 0 à 5 ans était la plus concernée dans les séries de **Zohoun et al. [29]** (60 %) et **Diallo et al. [12] (**41,5 %) mais avec un âge moyen élevé par rapport à notre série (6,3 ans et 7,27 ans respectivement).

Cette prédominance des enfants de 0 à 5 ans pourrait être rattachée à l'immaturité immunologique liée à cet âge avec la disparition progressive des anticorps maternels favorisant les infections et l'âge de la préhension où l'enfant a tendance à tout porter au niveau de ses orifices naturels favorisant la survenue des CE sans oublier la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans donc un accès facile aux soins pour cette tranche d'âge.

IV.1.3. Sexe

Dans notre étude, on notait une prédominance masculine avec une fréquence de 52,38 % soit un sex-ratio de 1,10.

Nos résultats sont similaires à ceux d'autres auteurs comme **Nicimpaye [16]** au Burundi, **Diallo et al. [12]** en Guinée-Conakry et **Abdala [32]** au Maroc qui ont trouvé une prédominance masculine respectivement à 52,12 % des cas avec un sex-ratio de 1,08 ; 52,2% et un sex-ratio de 1,10 et 54% avec un sex-ratio de 1,17.

Une prédominance féminine a été retrouvée par **Ondzotto et al. [6]** au Congo-Brazzaville et **Siddalingappa [9]** aux Emirats Arabes Unis à 56,2% avec un sex-ratio de 0 ,79 et 58,56 % avec un sex-ratio de 0,70.

Le caractère turbulent des petits garçons pourrait expliquer nos résultats.

IV.1.4. Niveau d'instruction

La majorité des patients de notre étude n'étaient pas scolarisée soit 64,98 % et 17,20% étaient au primaire. Dans la série de **Gbe Mahika [1] ;** 42,04% n'avaient pas l'âge d'être scolarisés et 27, 80% étaient au primaire tandis que dans la série de **Diallo et al. [12],** 64,18% de ses patients étaient au primaire et 18,9% au secondaire.

Dans sa série, **Coulibaly K. [33]** a trouvé que 41,1 % des enfants étaient de pères non scolarisés et 62,3 % de mères non scolarisées.

Cela s'expliquerait par le fait que la majorité de nos patients avaient moins de 5ans avec un âge moyen à 4,08 ans alors que pour **Diallo et al. [12]** l'âge moyen était à 7,27 ans.

IV.1.5. Résidence du patient

La majorité de nos patients provenaient de la Mairie de Bujumbura soit 61,14 % des cas suivie par la province de Bujumbura avec 15,67 % de cas. Parmi les ressortissants de la Mairie ; 80,65 % résidaient dans la commune de Ntahangwa ; parmi ces derniers 22,86 % étaient de la zone Kamenge et 19,60 % de la zone Gihosha. Dans notre série, seule la RDC était représentée comme pays étranger avec 5 patients soit 0,77 % des cas.

Nos résultats sont superposables à ceux de **Coulibaly K. [33]** au Mali et **Nicimpaye A. [16]** au Burundi qui ont trouvé que 66,86 % et 67,87 % provenaient des villes de Bamako et Bujumbura respectivement mais inférieurs à ceux de

Hounkpatin SHR et al. [35] au Bénin qui trouvaient que 80,2 % provenaient de la ville de Parakou.

Par contre, **Abdala [32]** a trouvé que 53 % de ses patients provenaient du milieu rural.

Cela s'expliquerait par la proximité de ces entités avec notre centre de recrutement mais également le nombre élevé de patients consultant directement par rapport aux patients transférés.

IV.2. Données cliniques

IV.2.1. Mode d'admission du patient

Dans notre série, 68, 36 % des cas étaient admis directement en consultation ORL et 31,64 % étaient transférés soit par un autre service du CHUK soit par une autre formation sanitaire. Nos résultats sont proches de ceux d'**Ondzotto et al. [6]** qui ont trouvé que 62,86 % provenaient du domicile tandis que **Gbe Mahika [1]** et **Hounkpatin SHR et al. [35]** trouvaient des résultats supérieurs aux nôtres avec 87,26% et 96,1 % des cas respectivement.

Des résultats inférieurs ont été retrouvés par d'autres auteurs comme **Badou-N'guessan et al [30]** et **Ouoba et al. [36]** qui trouvaient respectivement 56,35% et 50,81% de consultation directe.

Nos résultats pourraient être expliqués par le fait que la majorité de nos patients provenaient des alentours de notre centre d'étude.

IV.2.2. Heures de consultation

Dans notre série, 70,66 % des patients ont consulté dans les heures de consultation tandis que 29,34% consultaient les heures de garde. Nos résultats sont proches de ceux de **Gbe Mahika [1]** qui a trouvé que 82,01 % consultaient durant les heures de consultation mais supérieurs à ceux de **Coulibaly K. [3 3]** qui trouvait que 51,8% d'urgences étaient reçues durant les heures de consultation.

Par contre nos résultats sont différents de ceux de **Badou-N'guessan et al. [34]** qui trouvaient que 73,81% des patients arrivaient aux urgences ORL en dehors des heures de consultation.

Cela s'expliquerait par le nombre élevé de cas d'urgences relatives dans notre série.

IV.2.3. Motifs de consultation

Les motifs de consultation étaient variés et parfois multiples chez un même patient. Les principaux motifs de consultation retrouvés étaient les CE (41,62%), la douleur (21,19 %), la fièvre (19,66%) et la tuméfaction (15,66%). Les mêmes motifs de consultation ont été retrouvés dans plusieurs séries parfois dans un ordre différent.

Certains auteurs ont trouvé que les CE venaient en premier lieu **[15 ; 16 ; 36].** Chez d'autres, c'est la douleur qui venait en premier lieu suivie par la fièvre **[1 ; 12]** et d'autres comme **Rukundo** [**37]** et **Nkongolo [38]** ont trouvé que c'était la fièvre qui venait en premier lieu respectivement dans 81,48 % et 76% des cas. **Ondzotto et al. [6]** ont trouvé que la tuméfaction cervico-faciale était le 2èmemotif de consultation après la dyspnée.

La fréquence des CE s'expliquerait par le fait que l'enfance est une période de curiosité, de découverte et d'exploration de soi alors que la douleur était le plus souvent associée à d'autres signes ; la fièvre et la tuméfaction étant les signes d'infections dues le plus souvent à l'immaturité immunologique et aux conditions d'hygiène précaires.

IV.2.4. Examen physique

Dans notre série, l'examen physique était pathologique pour un seul organe et normal pour d'autres organes dans la majorité des cas. Les principales lésions retrouvées étaient : tuméfaction latéro-cervicale dans 5,06 % des cas à l'examen cervico-facial, l'hypertrophie amygdalienne dans 4,76 % des cas à l'examen de la cavité buccale, les CE dans le CAE dans 17,97 % des cas à l otoscopie et les CE nasaux dans 11,36 % des cas à la rhinoscopie antérieure.

Dans la série de **Gbe Mahika [1**], la tuméfaction inflammatoire des régions parotidiennes à l'examen cervico-facial (2,88%) ; une hypertrophie inflammatoire des amygdales palatines à l'oropharyngoscopie (5,7%) ; la congestion tympanique (26,01%) à l'otoscopie ; la rhinorrhée (25,2%) et les CE des fosses nasales (12,11%) représentaient les principales anomalies retrouvées à la rhinoscopie antérieure. **Nicimpaye A. [16]** a trouvé l'existence d'un CE dans les cavités de la sphère ORL dans 25,90 % et un saignement dans 9,84 % des cas.

IV.2.5. Examens complémentaires

Le diagnostic a été clinique dans la majorité des cas. Dans certains cas, certains examens ont été réalisés pour confirmer le diagnostic suspecté. Dans notre étude, 84 patients ont bénéficié d'un examen d'imagerie médicale. Parmi eux, 67 patients soit 79,76 % ont fait une radiographie, 17 patients soit 20,23 % ont réalisé une échographie. Les CE œsophagiens étaient retrouvés à la radiographie dans 34,32% des cas et l'abcès collecté à l'échographie représenté 17,65% des cas Parmi les examens biologiques, la NFS a été réalisé chez 17 patients soit 30,69 % et le bilan de coagulation (TP, TCK) chez 15 patients soit 30,61 % des cas

Nos résultats sont d'une part, semblables à ceux de **Gbe Mahika [1]** avec des fréquences basses ; chez elle, la radiographie a été faite dans 92,77 % des cas suivie par la TDM dans 4,22 % des cas pour les bilans d'imagerie. Les CE œsophagiens représentaient 62,65 % des cas.

Pour les bilans biologiques, la NFS a été réalisée dans 70,13 % des cas suivie par l'examen bactériologique dans 11,69 % des cas.

Nicimpaye [16] a trouvé que la radiographie représentait 64,28 % des examens complémentaires réalisés.

Timsit et al. [39] en France ont trouvé que la demande d'examen complémentaire s'est accrue de façon marquante tant dans les domaines des explorations (audiométrie et examens vestibulaires) mais aussi la fibroscopie bronchique et digestive, que de la biologie, de la neuroradiologie et des consultations pré anesthésiques.

Cette différence avec cet auteur pourrait être expliquée par l'âge différent de nos populations d'étude mais également certains bilans qui ne sont pas disponibles dans notre pays.

IV.3. Aspects diagnostiques

IV.3.1. Type d'urgences selon les étiologies

Dans notre série, les urgences infectieuses venaient en première position dans 45,01 % des cas dominées par les OMA, les abcès chauds et les angines aiguës dans cet ordre. Nos résultats sont superposables à ceux d'autres auteurs comme **Fasunla et al. [40]** au Nigéria (41%) et rejoignent les résultats de **Diallo et al**. **[12]** en Guinée et **Kishve et al. [41]** en Inde qui avaient trouvé une prédominance des otites moyennes aiguës soit respectivement 33,3 % et 31,8% des cas ; d'autres auteurs ont trouvé en premier lieu les infections suivantes : mastoïdite **[28]**, sinusites et cellulites **[15].**

En 2ème position venaient les corps étrangers dans 42,55 % des cas. Dans la littérature, d'autres auteurs ont retrouvé la prédominance des corps étrangers **[15, 36].**

Dans notre série, la localisation auriculaire a été la plus représentée avec 46,57 % suivie par la localisation nasale dans 30,32 %, d'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires **[12, 42]**, la localisation nasale a été dominante dans la série de **Hounkpatin SHR et al. [43]** et la localisation œsophagienne dans la série de **Khaoula et al. [44].**

Dans notre étude, la nature des corps étrangers n'a pas été précisé dans 40,80 % des cas tandis que les CE inorganiques (caillou, pièce de monnaie, morceau de craie, bille……) ont été retrouvés dans 33,97 % des cas et les CE végétaux (grain de haricot, grain de mais, grain d'arachide …) représentaient 22,35 % des cas. **Diallo AO et al. [45]** ont trouvé une prédominance des corps étrangers inorganiques dans 76,56 % des cas suivi par les CE organiques dans 23,44 % des cas alors que **Abdala [32]** a trouvé que les CE organiques représentaient 49 % et les CE inorganiques 47 %.

Les CE étant avant tout l'apanage du jeune enfant, dès l'âge de la préhension (5 mois). C'est un accident relativement fréquent, grave, soit du fait du siège du corps étranger (enclavement laryngé ou corps étranger mobile), soit parce qu'il est méconnu **[46].**

Cela pourrait être expliqué par des conditions d'hygiène insuffisante d'une part pour les pathologies infectieuses mais également une surveillance défaillante des enfants pour les CE.

IV.3.2. Type d'urgences selon l'organe atteint

Les urgences otologiques étaient les plus représentées dans 39,63% des cas suivies par les urgences pharyngo-laryngées, les urgences rhinologiques et les urgences cervico-faciales dans respectivement 26,42 % ; 18,74 % et 15,21 % des cas.

Nos résultats sont semblables à ceux d'autres auteurs comme **Siddalingappa [9], Abdeslam et al. [34], Jufo Donkeng et al. [42]** qui ont trouvé une prédominance des affections otologiques dans 50,24 % ; 43,9 % et 33,68 % respectivement.

D'autres auteurs comme **Njifou et al. [47], Attifi et al**. **[48],** et **Tall et al. [49],** ont trouvé une prédominance des affections rhinologiques respectivement dans 35,25% ; 37,93 % et 38,65 %.

Bagayoko [17] et **Elansari et al. [50]** dans leurs séries ont trouvé une prédominance des pathologies pharyngées dans 30,19 % et 38,5 % respectivement.

Amzil [3] a trouvé une prédominance des pathologies cervico-faciales dans 61,64% des cas.

On constate que les urgences selon l'organe atteint varient selon les auteurs.

IV.3.3. Type d'urgence selon la gravité de l'urgence

Dans notre série, la majorité des enfants ont consulté pour des urgences relatives dans 89,40 % des cas suivies des urgences absolues dans 9,52 % des cas et les urgences fonctionnelles dans 7 cas soit 1,08 % des cas. Nos résultats concordent avec ceux d'autres auteurs **[1, 30]** qui ont trouvé des urgences relatives variant de 85,71 % à 97 % des cas. **Ondzotto et al. [6]** ont trouvé également une prédominance des urgences relatives avec une fréquence basse à 59,3 % des cas. D'autres auteurs ont trouvé une prédominance des urgences vraies ou urgences absolues comme **Coulibaly K. [33**] au Mali, **Ouoba et al. [36**] au Burkina Faso et **Hounkpatin SHR et al. [43**] au Bénin dans 56,80 %, 54,30 % et 49% des cas respectivement suivies des urgences relatives dans 37,50 % ; 16,80 % et 45 % des cas.

Par contre, **Jufo Donkeng M. et al. [42**] à Douala ont trouvé une prédominance des urgences fonctionnelles (50,7%) suivies des urgences relatives (43,5%).

Cela pourrait être expliqué par le fait que les urgences résultaient d'une infection ORL chez les enfants avec une immunité encore fragile ou l'introduction des CE par les enfants au niveau de la sphère ORL. Les urgences fonctionnelles prédominaient à l'âge adulte.

IV.4. Aspects thérapeutiques

IV.4.1. Mode de prise en charge

Dans notre étude, 89 ,09 % de nos patients ont été pris en charge en ambulatoire tandis 10,91 % ont été hospitalisés. Nos données sont corroborées par **Badou N'Guessan et al. [31], Zohoun et al. [29]** et **Jufo Donkeng et al. [42]** qui ont également trouvé que la plupart de leurs patients ont été pris en charge en ambulatoire mais à des fréquences inférieures aux nôtres (58,73% ; 58,04% ; 56,5%). **Gbe Mahika [1**] a trouvé des résultats supérieurs aux nôtres (91,35 %). Par contre, **Ouoba et al [36]** et **Some [30]** trouvaient que les patients étaient pris en charge en hospitalisation dans respectivement 62,09% et 55,41%.

Cela pourrait être expliqué par le fait que la majorité de nos patients consultaient directement notre centre d'étude par manque de centre de prise en charge ORL en amont alors que pour les autres auteurs ces centres ORL existaient.

IV.4.2. Type de traitement

Le traitement a été médical dans la majorité des cas (69,43%) et/ou traitement chirurgical dans 18,74 % ou bien un traitement instrumental dans 42,54 % des cas. Le traitement médical a fait appel aux antibiotiques et les antalgiques-antipyrétiques dans 91,37 % et 47,78 % respectivement. L'incision-drainage occupait 72,95 % du traitement chirurgical et le traitement instrumental a abouti à l'extraction d'un CE dans 96,75 % et chez un patient ; l'extraction d'un CE (bille) enclavé dans la bronche a été impossible et le patient a été transféré dans le service de Chirurgie pour thoracotomie.

Dans la série de **Gbe Mahika [1],** la prise en charge était médicale dans 81,60% des cas. Elle a fait appel aux antibiotiques et aux anti-inflammatoires dans respectivement 73,07% et 68,20% des cas et 2,65% des cas ont bénéficié d'un traitement chirurgical et il s'agissait d'une incision-drainage dans 54,35% des cas, un traitement instrumental a été réalisé dans 29,47% des cas.

Dans la série de **Jufo Donkeng [51],** tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical et un traitement chirurgical a été instauré dans 34 % des cas tandis que **Ouédraogo et al. [28]** ont trouvé que 90 % des cas ont reçu un traitement médical.

Ouoba et al. [16] et **Yehouessi-Vignikin et al. [52]** dans leurs séries ont trouvé respectivement 75,80 % et 75,89 % des cas de traitement médical exclusif.

Hounkpatin et al. [35] dans leur série ont trouvé une prédominance du traitement chirurgical dans 45 % des cas.

IV.5. Evolution post-thérapeutique

Dans notre série, l'évolution n'a pas été connu dans 77,88 % des cas, elle a été bonne dans 17,81 % des cas et on a noté des complications dans 2,31 %. Les complications les plus fréquentes étaient respectivement la récidive d'abcès (7 cas) et l'OMC (4 cas). Aucun décès n'a été enregistré au cours de notre étude.

Dans les séries d'**Ondzotto et al [6**] au Congo-Brazzaville, **Jufo Donkeng et al. [42]** au Cameroun et **Ouoba et al. [36]** ; l'évolution a été bonne dans 93,2 % à 95.96 % et la mortalité variait de 0,5 % à 0,9 % des cas. Les complications ont été observées dans 6,3 % à 13,8 % des cas.

Cette différence pourrait être expliquée par le fait que dans notre étude, peu de patients ont effectué une consultation post-thérapeutique.

IV.6. Corrélation entre l'âge et le type d'urgences

Dans notre étude, nous avons trouvé qu'il existait une corrélation statistiquement significative entre le type d'urgences selon l'étiologie et l'âge.

Nos résultats sont identiques à ceux de **Gbe Mahika [1]** qui a trouvé l'existence d'une corrélation entre l'âge et le type d'affection mais également à ceux de **Bagayoko [17]** qui a trouvé qu'il existait une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de la rhinite aiguë, les OMA, les angines, les sinusites et les rhinites allergiques.

CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Les urgences ORL constituent un problème de santé publique et touchent beaucoup plus les enfants. Elles sont très variables selon leur fréquence, la sévérité de leur symptomatologie, la difficulté de leur prise en charge et l'âge de leur survenue. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital et ou fonctionnel de l'enfant à brève échéance et imposent une prise en charge urgente.

Les urgences ORL pédiatriques avaient une prévalence globale de 10,36%. Les enfants de 0 à 5 ans étaient les plus touchés avec une prédominance masculine. La majorité des patients était non scolarisée et consultait directement dans le CHUK. Les motifs de consultation étaient dominés par les corps étrangers, la douleur, la fièvre et la tuméfaction. Les urgences étaient relatives dans la majorité des cas avec comme étiologie fréquente les corps étrangers et l'OMA et l'organe le plus atteint était l'oreille. Les urgences fonctionnelles étaient peu fréquentes. La majorité des urgences a été prise charge en ambulatoire. Le traitement était médical exclusif ou associé aux traitements instrumental et chirurgical. L'évolution n'a pas été connue pour la majorité des patients.

V.2. Suggestions

Au terme de ce travail, nous formulons les suggestions suivantes :

Au Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA

- Faciliter l'accès aux soins de la population par une couverture sanitaire pour tous.
- Renforcer la sensibilisation de la communauté sur le recours aux soins précoces en cas d'urgences ORL pédiatriques par tous les moyens

Au Ministère de l'Education nationale et de la recherche scientifique

- Former plus de médecins spécialistes en ORL.
- Organiser les études pour la formation des techniciens supérieurs en ORL

A la direction générale du CHUK

- Améliorer le plateau technique du service d'ORL afin d'assurer une prise en charge plus efficace des patients

Aux personnels du service d'ORL

- Renseigner en détail les dossiers médicaux.
- Améliorer le système d'archivage des dossiers médicaux.

A la population générale

- Surveiller rigoureusement les enfants en bas-âge.
- Consulter précocement dans les centres de santé pour une meilleure prise en charge en cas d'urgence ORL.
- Respecter les consultations post-thérapeutiques pour un meilleur suivi.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Gbe Mahika EC**: Les urgences ORL pédiatriques au CHU de Bouaké. Thèse de Médecine : Univ. Alassane Ouattara ; 2018 ; n°751.
2. **Sacko HB** : L'essentiel en oto-rhino-laryngologie et pathologie de la face et du cou (ISBN : 2-9518377-0- 4) ; Bamako, Mars 2002.
3. **Amzil K**: Les urgences ORL chez l'enfant. Thèse de Médecine: Univ. Hassan II de Casablanca ; 2006: n°24.
4. **Erminy M, Londero A, Biacabe B et Bonfils P**: Urgences en oto-rhino-laryngologie, EMC des urgences, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, (Paris-France) 24-162-A-10, 2000, 13p.
5. **Marsot-Dupuch K et Bobin S** : Les urgences en pathologie ORL et maxillo-faciale : Sauramps Médicale, Paris, 2005 ; 95-100.
6. **Ondzotto G, Foutmina T, Lombet L et al.** : Les urgences ORL de l'enfant au CHU de Brazzaville à propos de 105 cas, Rev.Int.SC.Méd.;2009, 11(1) : 48-53.
7. **Keita A, Diallo AO, Condé M et al.** : Les urgences ORL au CHU de Conakry; Guinée Méd. 2013, 8: 19-26.
8. **Aremu SK, Alabi BS, Segum-Busari S and Omotoso W**: Audit of Pediatric ENT Injuries; Int J Biomed Sci, 2012, 11:25-9.
9. **Siddalingappa YS:** Prevalence of ENT disorders in children: A tertiary medical study; Drtbalu's otolaryngology online; 2015; 5(3).
10. **Maharajan M, Bhandari S, Singh I and Mishra SC**: Prevalence of otitis media in school going children in eastern Nepal; Kathmandu university medical journal, 2005, 4(4): 479-82.
11. **Toubiana L, Clarisse T et Landais P**: Observatoire Hivern@le-KhiObs : Surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France ; BEH de l'InVS n°1, 2009.
12. **Diallo AO, Kolie D, Itiere Odzili FA, Kéita A. et al**. : Profils épidémiologiques et cliniques des urgences ORL infantiles à l'hôpital national Ignace Deen (CHU Conakry). Médecine d'Afrique Noire 2017; 64:287-93.
13. **Roy E, Hassan KHZ, Haque F, Siddique AK et Sack RB**: Acute otitis media during the first two years of life in a rural community in Bangladesh: a prospective cohort study, J Health Popul Nutr 2007, 25: 414-21.

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Injuries from batteries among children aged less than 13 years-United States, 1995-2010. MMWR, 2012, 61(34) : 661-6.

15. Ramarozatovo NP, Razafindrakoto RMF, Rakotoarisoa AH et al. : Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo: résultats préliminaires, Revue africaine d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgences, 2010 ; 2(1) :1-4.

16. Nicimpaye A : Les urgences ORL au CHUK : Aspects étio-épidémiologique. Une étude rétrospective sur 12 mois à propos de 193 cas. Thèse de Médecine, UB ; 2008.

17. Bagayoko AM : Panorama des affections ORL dans les Cscom de la Commune IV du District de Bamako. Thèse de Médecine ; ISSTB ; 2018, n° 145.

18. Thomassin JP, Belus JF : Anatomie de l'oreille moyenne. Traité d'Oto-rhino-laryngologie ; 20-015-A-10, 1995, 57p.

19. Diarra A : Profil des consultations orl en province. Cas de l'hôpital de Sikasso: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse de Médecine; USSTB; 2017.

20. Bonfils P, Chevalier JM. : Anatomie ORL 3ème éd. Médecine Sciences 2011: 295p.

21. Klossek JM, Fontanel JP.: Anatomie des cavités naso-sinusiennes. Traité d'Oto-rhino-laryngologie: 20-265-A-10, 1997,48p.

22. Dehesdin D, Choussy O : Anatomie du pharynx : EMC (Elsevier, Paris), ORL, 20-491-A-10; 1998, 31p**.**

23. Moreau S, Goullet De Rugy M, Babin E, Valdazo A et Delmas P. : Anatomie et physiologie de l'œsophage. EMC (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-800-A-10, 1999, 6p.

24. Chevalier D, Dubrelle F et Vilette B. : Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. EMC, Oto-rhino-laryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13p.

25. Prades JM et Chardon S : Anatomie et physiologie de la trachée. EMC (Elsevier, Paris). Oto-rhino-laryngologie 20-754-A-10; 1999, 10p.

26. Waligorat J., Perlemuter L. : Anatomie. Enseignement des centres hospitalo-universitaires. Ed. Masson. Paris, New-York, Barcelone, Milan 1976; 186-188p.

27. Boire S. : Connaissances, attitudes et comportements des patients face aux pathologies ORL dans l'unité ORL du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse de Médecine, ISSTB ; 2014.

28. Ouédraogo AK, Ouédraogo HP, Ouédraogo SAP et al. : Les urgences ORL au CHU Pédiatrique Charles de Gaulles (CHUP CDG) de Ouagadougou ; Jaccr. Africa ; 2020, 4(1) : 29-32.

29. Zohoun S, Guézo D, Médji S, Vodouhé U et al. : Les urgences ORL pédiatriques au CNHU de Cotonou. La Revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale 2014; 14: 11-6.

30. Some D: Les urgences ORL au centre hospitalier universitaire Biaise Compaoré : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutique à propos de 74 cas. Thèse de Médecine ; Université Ouaga 1 Pr Joseph Ki Zerbo (Burkina-Faso); 2017: n°73.

31. Badou-N 'guessan KE, Tanon-Anoh MJ, N'guessan NS et al. Urgences ORL de l'enfant au CHU de Yopougon (Côte d'ivoire) ; Médecine d'Afrique Noire, 2017 ; 6402 :91-8.

32. Abdala S. : Corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant: Expérience du Service des Urgences Pédiatriques. Thèse de Médecine; Université CADI AYYAD ; Marrakech ; 2017.

33. Coulibaly K: Les urgences médicales pédiatriques dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré ; Thèse de Médecine, Université de Bamako ; 2006.

34. Abdeslam L et Fares B: Les urgences ORL au CHU Bejaia. Etude rétrospective pour l'année 2015; Thèse de Médecine ; Université Abderrahmane Mira de Bejaia; 2016.

35. Hounkpatin SHR, Avakoudjo F, Lawson-Afouda S et al: Prévalence des affections ORL au centre hospitalier Régional du département du Borgou dans le nord-Bénin, Revue africaine d'ORL et de chirurgie cervico-faciale; 2011 ; 11(1 ,2 et 3).

36. Ouoba K, Dao OM, Elola A et al: Les urgences ORL au Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou : A propos de 124 cas. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 53: 241-.46.

37. Rukundo P : Les urgences infectieuses ORL chez l'enfant : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutique. Etude rétrospective menée à propos de 324 cas dans le service d'ORL du CHUK sur 1 année. Du 1er janvier au 31 décembre 2016.Thèse de Médecine, UB ; 2018.

38. Nkongolo Nkulu B. : La prévalence des infections des voies respiratoires supérieures chez l'enfant de 0 à 15 ans. Thèse de Médecine, Kalemie ; 2015

39. Timsit C-A, Bouchene K, Olfatpour B, Herman PH et Tran Ba Huy P: Etude épidémiologique et clinique portant sur 20 563 patients accueillis à la grande garde d'urgences ORL adultes de Paris Ile-de-France ; Ann. Oto-laryngol.et Chir cervico-fac.; 2001, 118: Paris, Masson, 250p.

40. Fasunla AJ, Samdi M and Nwaorgo OG: An audit of ear, nose and throat diseases in a tertiary health institution in South-western Nigeria ; Pan Afr Med j.,2013,14:1. doi:10.11604/pamj.2013.14.1.1092.

41. Kishve SP, Kumar N, Kishve PS, Aarif SMM and Kalakoti P: Ear, Nose and Throat disorders in pediatric patients at a rural hospital in India. AMJ, 2010, 12(3) : 786-790.

42. Jufo Donkeng MB, Djomou F, Koudjou NM, Ndjock JF: Les Urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala: Aspects Cliniques et Thérapeutiques, Health Sci. Dis. ; 2016;17 (2).

43. Hounkpatin SHR, Adedemy JD, Avakoudjo F et al: Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou de Parakou, Bénin, Revue africaine d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgences ; 2012; 17(3).

44. Khaoula H, Btissam B, Rochdi Y, Nouri H et al. : Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans du CHU Mohammed VI de Marrakech au Maroc au CHU Mohammed VI de Marrakech au Maroc, PAMJ. ; 2015; 21:91.

45. Diallo AO, Keita ., Itiere Odzili F A et al. : Les Corps Étrangers en Oto-rhino-laryngologie : Analyse de 192 Cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry ; Health Sci. Dis: 19 (2) ; 2018 ; 61-65.

46. Khaled Al Tabaa : LA Référence Ikb ORL, Chirurgie cervico-faciale, Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, Edition 2017.

47. Njifou NA, Ndjock R, Essama L et al. : Profil de la pathologie ORL à l'Hôpital Laquitinie de Douala. Médecine d'Afrique Noire ; 2013 ; 60(10): 415-2.

48. Attifi H, Hmidi M, Boukhari A et al: Expérience oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry; 2014; PAMJ; 19(40) :1-8.

49. Tall H., Lamarti I., Ndiaye M et Diallo BK : Pathologie oto-rhino-laryngologique(ORL) au Centre hospitalier régional de Louga(Sénégal). Profil épidémiologique et clinique ; RISM ; 2017 ; 19(2) :135-138.

50. Elansari E, Konaté N, Maiga M et al. : Panorama des pathologies en hospitalisation ORL au CHU Gabriel Touré. Bilan de 6mois d'activités ; Jaccr. Africa, 2020 ; 4(2) : 410-414.

51. Jufo Donkeng MB : Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala, Thèse de Médecine, Université Yaoundé I ; 2015.

52. Yehouessi-Vignikin B, Vodouhe SJ, Aguenou et al. : Urgences ORL de l'enfant au CNHU de Cotonou à propos de 272 cas. Médecine Tropicale 2006; 62: 180-183.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'enquête

I. Identification du patient

1. Nom et prénom :

2. Année de naissance : ……. Age : ….

3. Sexe : a. féminin b. masculin

4. Résidence : Province……..…. Commune……Quartier/Colline…….

5. Niveau de scolarité : a. non scolarisé b. préscolaire c. primaire

d. fondamentale e. post fondamentale

6. Profession :……

7. Nationalité :…….

II. Consultation

1. Provenance du patient : a. admission directe

b. transfert

1. d'un CDS ;

2. d'un hôpital de district

3. d'un hôpital de référence

4. d'un autre service du CHUK

2. Heures de consultation : a. heures ouvrables b. heures de garde

3. Motif de consultation : a. infectieux b. traumatisme c. tumoral

d. malformative e. autres……

4. Signes fonctionnels

-

-

III. Antécédents du patient

a. ORL……. b. médicaux…….c. chirurgicaux…….

IV. Mode de vie :

a. alcool b. tabac c. autres, préciser …….

V. Examen clinique

a. signes retrouvés à l'examen ORL

-cervico-facial

b. Examen des muqueuses

1. nez……

2. cavité buccale ……

c. Otoscopie……..

VI. Examens complémentaires

1. Biologie : - NFS : a. normale b. pathologique……..

- glycémie : a. normale b. pathologique…….

- bilan rénal : a. normal b. pathologique……

- bilan de coagulation : a. normal b. pathologique……..

2. Imagerie : - échographie : a. normale b. pathologique……..

- radiographie : a. normale b. pathologique ……

- scanner : a. normal b. pathologique…….

3. Tests fonctionnels audiologiques, préciser nature et résultats……..

4. Autres……..Résultats……

VII. Diagnostic retenu

a. infectieux

1. otite moyenne aiguë
2. otite externe maligne
3. urgence infectieuse sinusienne, préciser
4. urgence infectieuse pharyngée, préciser
5. cellulite cervico-faciale
6. Autres :……

b. hémorragique, préciser……..

c. dyspnée obstructive

1. d'origine nasale,……
2. d'origine laryngée…….
3. d'origine pharyngée……

d. traumatisme, préciser type et siège des lésions…….

e. corps étrangers, préciser nature et siège……..

f. brulures, préciser type et siège……

g. déficit aiguë neurosensoriel

1. vertiges
2. Paralysie faciale périphérique

h. surdité de perception brutale

i. autres, préciser…….

VII. traitement

1. site du traitement :

a. consultation ORL
b. hospitalisation
c. bloc opératoire

2. type de traitement

a. médical, préciser…….
b. chirurgical, préciser……..
c. instrumental, préciser…….

VIII. Evolution

a. bonne
b. complications, lesquelles……
c. décès

Annexe 2 : Autorisation de recherche

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE

V/Réf.:

Bujumbura, le 31/3/2020

N/Réf.: 2020/DGCHUK.674/11.5

A Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine
à l'Université du Burundi
BUJUMBURA

Objet : Accès aux données

Monsieur le Doyen,

Faisant suite à votre correspondance du 30/03/2020, je voudrais vous informer que je marque mon accord à votre demande d'accès aux données en faveur de votre étudiant **NKUNZIMANA Pierre** de la 6ème année de Médecine dans le cadre de son Etude intitulée : « **Les Urgences ORL Chez l'Enfant ».** Aspect épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques. Etude rétrospective menée au CHUK du 1er Janvier 2018 au 31 décembre 2019.

Je tiens à vous informer également que la confidentialité des dossiers médicaux doit être rigoureusement respectée.

Veuillez agréer, Monsieur le Doyen, l'assurance de ma considération distinguée.

LE DIRECTEUR GENERAL,

Pr Pontien NDABASHINZE

COPIE POUR INFORMATION A :
-Monsieur le Directeur Chargé des Soins
-Madame le Directeur Chargé des Finances
-Monsieur le Chef de Département des Spécialités

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE KAMENGE
DIRECTION GENERALE

B.P.2210 Bujumbura, Tél: (257) 22236062; (257) 22236060; Fax: (257) 22232267; Mail: chukamenge@Yahoo.fr

SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur »

RESUME

Objectif : l'objectif principal de notre étude est de presenter les caractéristiques des urgences ORL de l'enfant dans le service d'ORL du CHUK

Patients et méthodes : C'est une étude rétrospective à visée descriptive s'étalant sur une période de 2 ans, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019 menée chez les enfants de 0 à 15 ans ayant consulté le service d'ORL.

Résultats : La fréquence globale des urgences ORL pédiatriques était de 10,73 %. La tranche d'âge la plus représentée a été de 0 à 5 ans dans 70,81 % des cas avec un âge moyen de 4,08 ans et un sex ratio de 1,10. Les enfants n'étaient pas scolarisés dans 64,98 % des cas. Dans 70,66 % des cas, les patients ont été reçus durant les heures de consultation. Les motifs de consultation étaient dominés par les corps étrangers, la douleur, la fièvre et la tuméfaction. Les urgences relatives représentaient 89,40 % des cas contre 9,52 % pour les urgences absolues. Les urgences infectieuses et les corps étrangers représentaient 45,01 % et 42,55 % des cas. L'oreille était l'organe le plus touché dans 39,23 % des cas. Les OMA et les CE auriculaires étaient les principaux diagnostics observés. Les patients étaient pris en charge de manière ambulatoire dans 89,09 % des cas. Les moyens médicaux et instrumentaux ont été employés respectivement chez 69,43 % et 42,55 % des patients. L'évolution était favorable dans 17,83 % des cas et n'a pas été connue dans 76,50 % des cas.

Conclusion : les urgences ORL pédiatriques sont fréquentes dans notre contexte. Elles sont dominées par les urgences relatives qui regroupent les pathologies infectieuses et les corps étrangers. La surveillance des enfants est donc une mesure à prendre pour réduire la prévalence des urgences ORL dans notre pratique quotidienne.

Mots-clés : Urgences ORL, enfant, corps étrangers, OMA, traitement