

LES URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES DE L'ENFANT AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE. A PROPOS DE 105 CAS

G. ONDZOTTO¹, T. FOUEMINA², L. LOMBET², D. AKOLBOUT², F. ITIERE²

1- Chef de service Service ORL, CHU de Brazzaville, CONGO

2- Médecin spécialiste Service ORL, CHU de Brazzaville, CONGO

Correspondance: Pr Ag. G. ONDZOTTO
B.P :1441BRAZZAVILLE, CONGO
Tél : 00.242.9718693
E-mail : gondcgo@hotmail.fr

RESUME

Contexte : Les urgences ORL de l'enfant sont diverses, aussi bien dans leur forme clinique que dans leur gravité. Leurs caractéristiques ont été analysées à travers cette étude avait pour objectifs de déterminer la fréquence des urgences ORL de l'enfant, identifier les principales étiologies et en évaluer la prise en charge et le pronostic.

Patients et Méthodes : Il s'est agit d'une étude rétrospective descriptive du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2008. Au cours de cette période, 105 enfants âgés de 1 jour à 15 ans ont été admis pour une urgence ORL.

Résultats : Les urgences ORL de l'enfant représentaient 12,36% d'admission en ORL. L'âge moyen de survenue était de 5,88 ± 4,68 ans. Elles touchaient 56,2% de filles et 43,8% de garçons. Les patients consultaient en majorité pour une dyspnée (22,2%) et une tuméfaction cervico-faciale. 37% des cas étaient des urgences absolues. La pathologie infectieuse était retrouvée dans 42,9% et les corps étrangers dans 35,2%. 86 cas (81,9%) des patients avaient été hospitalisés, parmi lesquels 37,1% avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale. L'évolution avait été favorable chez 99 patients (94,9%) et 1 cas (0,99%) de décès avait été enregistré.

Conclusion : Le pronostic des urgences ORL de l'enfant reste sévère. Des actions conjuguées de sensibilisation des populations, de formation du personnel et de l'équipement des services doivent être entrepris.

Mots-clé : Urgence, ORL, Enfant, Infection, Corps étranger

SUMMARY

Background: Child's ORL emergencies are various, as well as in their clinical form than in their gravity. The aim of this study is to determine the frequency of child's ORL emergencies, to identify their mains causes and evaluate their management and prognosis.

Methodology: We carry out a retrospective study from 1st july 2003 to 30 june 2008. We had included all children with age between 0 to 15 years who were admitted for ORL emergency.

Results: During this period, 105 children had been admitted. ORL emergencies represented 12.36% of admission. The mean age was 5.88 ± 4.68 years. The emergencies touched 56.2% of girls and 43.8% of boys. The mains complains were dyspnea (22.2%) and cervico-facial swelling. 37% of cases were absolute emergencies. Infectious pathology was found in 42.9% and foreign body in 35.2%. 86 (81.9%) of patients had been hospitalized; 37.1% of these patients had an operation. Evolution was favorable in 94.9% (99 patients) and we registered one case of death (0.99%).

Conclusion: The prognosis of child's ORL emergencies indure severe. We need to sensibilize population, train practitioners, and provide equipment of our service.

Key words : emergency, ORL, child, infection, foreign body.

INTRODUCTION

Les urgences oto-rhino-laryngologiques sont diverses concernant, aussi bien leurs formes cliniques que leur gravité. Elles ont pour particularité d'engager le pronostic vital à plus ou moins brève échéance et d'imposer une prise en charge urgente, eu égard à la situation de la sphère ORL au niveau du carrefour aéro-digestif et des éléments anatomiques nobles. Les urgences oto-rhino-laryngologiques constituent une part importante des urgences pédiatriques dans la pratique quotidienne³. Le présent travail a pour but de présenter les caractéristiques des urgences ORL de l'enfant dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Brazzaville en poursuivant les objectifs suivants :

Déterminer la fréquence des urgences ORL de l'enfant ;

Identifier les principales étiologies ;

Evaluer la prise en charge et le pronostic.

PATIENTS ET METHODES

Cette étude a été réalisée dans le service d'ORL du CHU de Brazzaville du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2008, soit sur une période de 5 ans. Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive, incluant les patients âgés de 0 à 15 ans ayant présenté une urgence ORL et ayant bénéficié d'une prise en charge médicale ou chirurgicale dans le service d'ORL, en s'aidant des registres d'hospitalisation et des dossiers des malades hospitalisés ou reçus en consultation. Ont été exclus de notre étude les enfants dont l'urgence a été prise en charge dans les services de pédiatrie. Dans notre analyse, nous avons tenu compte :

- des données épidémiologiques : la fréquence, l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation : (préscolaire, scolaire, non scolarisé); la provenance ;

- des données cliniques : le motif de consultation, le délai de consultation, le type d'urgence : absolue, relative ou fonctionnelle ; la nature de l'urgence, les étiologies ;

- de la thérapeutique instituée ;

- de l'évolution, favorable par la régression des symptômes et défavorable par l'aggravation des symptômes ou la survenue de complications ou du décès.

RESULTATS

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au cours de notre étude, 849 enfants ont été admis dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Brazzaville. Parmi eux, 105 enfants soit 12,36% ont présenté une urgence ORL. Il s'agissait de 59 enfants (56,2%) de sexe féminin et 46 enfants (43,8%) de sexe masculin, soit un sex-ratio de 0,79.

La moyenne d'âge des enfants était de 5,88 ± 4,68 ans.

La répartition des patients par tranche d'âge et par sexe est présentée dans le tableau n° I.

Tableau n° I : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

AGE (ANS)	M		F		TOTAUX	
	N	%	N	%	N	%
[0-4]	25	23,8	32	30,5	57	54,3
[5-9]	13	12,4	16	15,2	29	27,6
[10-15]	8	7,6	11	10,5	14	13,3
Total	46	43,8	59	56,2	105	100

Parmi les 105 enfants colligés, 42 (40,0%) n'étaient pas scolarisés, 30 (28,5%) étaient à l'école primaire, 17 (16,2%) au collège, 15 (14,3%) au préscolaire et un seul (1,0%) au lycée.

66 (62,86%) provenaient du domicile familial, 25 (23,80%) des services de pédiatrie du CHU de Brazzaville, 7 (6,67%) des centres de santé de la capitale et de l'intérieur du pays.

Données cliniques

La répartition des patients selon le motif de consultation est présentée dans le tableau II.

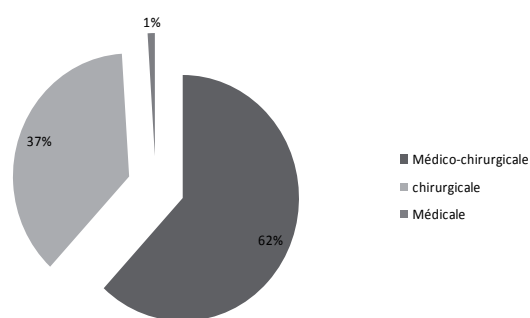
Tableau n°II : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif	N	%
Dyspnée	28	22,2
Tuméfaction cervico-faciale	20	15,9
Céphalée	17	13,5
Dysphagie	16	12,7
Hypersialorrhée	15	11,9
Odynophagie	8	6,3
Otorrhée	8	6,3
Rhinorrhée	7	5,6
Epistaxis	3	2,4
Otorragie	3	2,4
Paralysie faciale	1	0,8
Total	126	100

Le délai moyen de consultation était de 5,74 jours, avec des extrêmes 5 heures et 30 jours. Chez 66 patients (62,86%) l'admission variait entre 24 heures et 7 jours.

Selon le type d'urgence, l'on a noté 64 cas (59,3%) d'urgence relative, 40 cas (37%) d'urgence absolue et 4 cas (3,7%) d'urgence fonctionnelle.

La répartition des urgences selon la nature est présentée sur la figure n°1.

**Figure n° 1** : Répartition des urgences selon la nature

La répartition des urgences en fonction de l'étiologie est présentée dans le tableau III.

Tableau n°III : Répartition des urgences en fonction de l'étiologie

Etiologie	n	%
Cellulite cervico-faciale	12	11,4
Sinusite aiguë	12	11,4
Adénophlegmon	6	5,7
Phlegmon péri amygdalien	5	4,8
Mastoïdite	4	3,8
Abcès rétropharyngien	3	2,9
Adéno-amygdalite	2	1,9
Otite moyenne aiguë	1	1,0
Infection 45 cas soit 42,9%		
œsophagien	22	21,0
Corps étrangers 37 cas soit 35,2%		
Laryngo-trachéo-bronchique	7	6,7
Fosse nasale	4	3,8
Conduit auditif externe	4	3,8
Tumeur		
Papillomatose laryngée	13	12,4
Hématome de la cloison	4	3,8
Traumatisme craniofacial 8 cas soit 7,6%		
Plaie du conduit auditif externe	2	1,9
Traumatisme facial par éclat de grenade	2	1,9
Malformation 2 cas soit 1,9%		
Atrésie choanale bilatérale	2	1,9
Total	105	100

Données thérapeutiques

86 patients soit 81,9% ont été hospitalisés, pour une durée d'hospitalisation moyenne de $6,5 \pm 4,95$ jours.

La répartition des affections selon le type de traitement est rapportée dans le tableau n° IV

Tableau n° IV : répartition des groupes d'affections selon le type de traitement

Affection	Traitement	n	%
Infections	Antibiothérapie + Anti-inflammatoire + Incision-drainage	30	18,6
	Antibiothérapie + ponction	12	11,4
	Antibiothérapie + Thoracotomie	2	1,9
	Antibiothérapie	1	1
	oesophagoscope + extraction à la pince	22	21,0
Corps étrangers	Extraction à la pince	8	7,6
	Laryngoscopie + extraction à la pince	3	2,9
	Thoracotomie	4	3,8
Tumeur	Endoscopie + épluchage + corticothérapie	8	7,6
	Trachéotomie + endoscopie + épluchage + corticothérapie	5	4,8
	Excision - drainage	4	3,8
Traumatisme	méchage	2	1,9
	Suture + antibiothérapie	2	1,9
Malformation	Chirurgie transnasale	2	1,9
Total		105	100

DISCUSSION

Au cours de notre étude nous avons relevé que les urgences oto-rhino-laryngologiques de l'enfant dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Brazzaville, ont été observées dans 12,36% des cas. OUOBA rapporte une fréquence plus élevée de 38,7%¹³ tandis que YEHOUESSI-VIGNIKIN note une fréquence très nettement plus faible d'environ 3,69%¹⁵.

Les urgences ORL sont l'apanage de l'enfant¹¹⁻¹⁵. Cela pourrait s'expliquer entre autres par l'immaturité du système immunitaire de l'enfant responsable d'une plus grande susceptibilité aux infections d'une part, et par le risque majeur des accidents dès l'âge de la préhension. La moyenne d'âge de notre étude (5,58 ± 4,68 ans) corrobore les données de la littérature^{9,11}.

La tranche d'âge la plus représentée était est celle de moins de 5 ans (54,30%), en accord avec les travaux de plusieurs auteurs africains : NYARWAYA au Rwanda¹¹, FAKHRY et coll. En Côte d'Ivoire⁴, YEHOUESSI-VIGNIKIN au Benin¹⁵.

Les séries occidentales rapportent une fréquence élevée (45-58%) chez les enfants dont l'âge varie entre 1 et 2 ans³.

Nous avons retrouvés une prédominance féminine, contrairement aux données des autres séries africaines^{10,12,15}.

Les urgences ORL de l'enfant s'observent indépendamment du niveau de scolarisation. Les enfants âgés de moins de 3 ans ont été les plus concernés dans notre étude. Ceci s'expliquerait par le fait que les accidents en rapport avec les corps étrangers surviennent dès l'âge de la préhension (6 à 9 mois) et surtout lorsque l'enfant commence à se déplacer seul et explore son environnement.

La majorité de nos patients provenait du domicile (62,86%), tout comme dans la série de OUOBA au Burkina-Faso¹³.

Plusieurs auteurs retrouvent les mêmes motifs de consultation que ceux notés dans notre étude^{1,5,12}.

La consultation est généralement tardive en milieu africain¹³. 66 de nos patients (62,86%) avaient consulté dans un délai compris entre 24 heures et 7 jours. Ce constat est fait également par plusieurs auteurs africains parmi lesquels : KASSAL au Tchad⁹, OUOBA au Burkina-Faso¹³, MABIALA au Congo¹⁰. Ce retard de consultation s'expliquerait par plusieurs raisons : le faible niveau socio-économique des populations qui ne recourent à l'hôpital qu'après avoir épuisé les autres sources thérapeutiques (automédication, médecine traditionnelle), les croyances et coutumes, la méconnaissance de la gravité de certaines urgences, une prise en charge initiale inadaptée.

37% de nos patients avaient été admis pour une urgence absolue. OUOBA au Burkina-Faso rapporte une fréquence de 48% sur 124 patients¹³ et YEHOUESSI-VIGNIKIN au Benin trouve 53,68% d'urgence absolue¹⁵. Ces fréquences plus élevées s'expliqueraient par le mode d'admission des patients et la présence d'une unité d'urgence ORL et d'un bloc opératoire autonome dans les services concernés, alors que dans notre étude les patients sont d'abord reçus aux urgences avant d'être admis en ORL.

Les infections représentaient la première cause des urgences avec 42,9%. Notre étude a fait apparaître une prédominance des sinusites aiguës et des cellulites dans 11,4% des cas. Plusieurs auteurs africains retrouvent les mêmes infections^{13,15}, tandis qu'à Taiwan, ce sont les corps étrangers qui sont la première cause des urgences ORL de l'enfant⁷. La prédominance des

infections en Afrique se justifie par les mauvaises conditions de vie dans nos contrées et la fragilité du terrain sur lequel elles surviennent.

Les cellulites constituent l'une des plus graves des urgences ORL^{2,14}, caractérisées par des cloisonnements inflammatoires et la nécrose tissulaire qui empêchent la diffusion de l'antibiotique sur le site de l'infection.

Les autres infections moins fréquentes ont été recensées dans notre étude : mastoïdite, otite moyenne aiguë, abcès rétropharyngé, adéno-amygdalite.

Les corps étrangers ont représenté la deuxième cause des urgences dans notre étude. La localisation oesophagienne est la plus représentée selon ANTOINE¹ dominée par la présence des pièces de monnaie. Les ingestions de corps étrangers oesophagiens constituent un accident brutal, qui ne devient grave qu'en cas d'immobilisation intra-oesophagienne ou de perforation, avec le redoutable risque de survenue d'une médiastinite.

Si les corps étrangers oesophagiens sont fréquents, les plus dangereux sont les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques^{12,13}. En effet, l'obstruction de la filière respiratoire inférieure compromet à brève échéance l'hématose.

Le syndrome de pénétration oriente vers le siège laryngo-trachéo-bronchique^{3,6,11,12}.

Les corps étrangers des fosses nasales sont de diagnostic facile si un adulte a assisté à leur introduction. Dans les autres cas, on les suspecte devant une rhinorrhée unilatérale fétide.

Les corps étrangers du conduit auditif externe occasionnent essentiellement une gêne. Ils peuvent occasionner une infection locale.

La papillomatose laryngée représentait la troisième cause des urgences ORL de l'enfant (12,4%) dans notre travail. Nos patients ont été admis au stade de dyspnée laryngée, dans un contexte d'extrême urgence.

Les traumatismes ORL ont été retrouvés dans 7,6% des cas chez nos patients. Les garçons seraient les plus vulnérables. Ces résultats concordent avec ceux de YEHOUESSI-VIGNIKIN au Bénin¹⁵.

L'atrésie choanale a été retrouvée dans 1,9% des cas. Ces résultats concordent avec les données de la littérature africaine^{13,15}. En milieu africain, les malformations dyspnéisantes apparaissent relativement rares. Elles seraient largement sous-estimées car dans nos régions de faible couverture sanitaire, certains nouveau-

nés ne parviennent pas en milieu hospitalier spécialisé.

81,9% des patients ont été hospitalisés et 61,9% ont bénéficié d'une intervention chirurgicale et d'un traitement médical. OUOBA et coll. dans leur série trouvent 75,80%². YEHOUESSI-VIGNIKIN¹⁵ note 75,89% des cas de traitement médical exclusif.

L'évolution a été favorable dans 94,3% des cas de notre série, et 1 cas de décès a été enregistré soit 0,9%. Ces résultats sont superposables à ceux de OUOBA¹³.

CONCLUSION

Les urgences ORL de l'enfant peuvent mettre en jeu le pronostic vital et posent trois problèmes à résoudre : les reconnaître, apprécier leur gravité et les traiter. Les infections et les corps étrangers en sont les causes les plus fréquentes. La réduction du délai de recours à l'hôpital, une meilleure prise en charge, la sensibilisation de la population et la lutte contre la pauvreté en constituent le gage d'un bon pronostic.

REFERENCES

- 1- Antoine G. Urgences pédiatriques au CHU de Nice. Arch Pediatr 2008 ; 15 : 495 -7.
- 2- Brook I, Maford Gooch III, Jenkins SG et al. Medical management of acute bacterial sinusitis. Recommendations of a clinical advisory committee on pediatric and adult sinusitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 2-20
- 3- Elmalah-Berges M, Van Den AT. Infections sinusiennes et pétreuses de l'enfant. In : Marsot-Dupuch K et Bobin S. Les urgences en pathologie ORL et maxillo-faciale :Sauramps Médicale, Paris 2005 : 95-100.
- 4- Fakhry K, Ette A, Bamba M. Les corps étrangers en ORL, bilan de 200 cas observés en 6 mois au CHU de Cocody Abidjan. J. Fr. ORL.1983 ; 32 : 295-299.
- 5- Kacouchia N, Gattia KV, Kouassi M et coll. Corps étrangers des voies aérodigestives chez l'enfant. Rev. Col. Odontostomatol. Afr.Chir Maxillo-faciale 2006 ; 3 : 35-39.
- 6- Kassal B, Kane O, Diouf E, Beye MD. Les urgences dans un CHU en milieu tropical: le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur. Med Trop 2002 ; 62 : 247-250.
- 7- Lin Mt Yeung Y Lee H, Shev JC et al. Leeks management of foreign body ingestion in children : experience with 42 cases. Acta pediatr Taiwan 2003; 44: 269-273.
- 8- Haas H. Antibiothérapie probabiliste aux urgences dans l'abcès de la tête et du cou de l'enfant. Archi pédiatrie 2008 ; 15 : 495-497.
- 9- Hounkpe YVC, Vodouhe SJ, Medi ALP. Urgences ORL à Cotonou : Bilan d'activités d'un an. Cahier d'ORL 1991, 26 : 481-48.
- 10- Mabilia JR, Pandzou N, Koutaba E et coll. Urgences chirurgicales viscérales de l'enfant au CHU de Brazzaville. Med Trop 2006 ; 66 : 172-176.

- 11- Nyarwaya JB. Trachéo-bronchial foreign bodies in pediatric patients: anesthetic management. In the Lopi. *Jeur* 1991; 4: 122-199.
- 12- Ouoba K, Diara C, Dao Mo et coll. Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant au CHU de Ouagadougou (une analyse de 96 observations). *Med Trop* 2003 ; 62 : 611-614.
- 13- Ouoba K, Dao OM, Elola A et coll. Les urgences ORL au CHU de Ouagadougou à propos de 124 cas. *Med Afr Noire* 2006 ; 53 :241-246.
- 14- Sagnet P, Husson B. Infections cervicales de l'enfant. In : Marsot-Dupuch K et Bobin S. Les urgences en pathologie ORL et maxillo-faciale de la clinique de l'image de traitement. Sauramps Médical Paris 2005 : 55-61.
- 15- Yehouessi-Vignikin B, Vodouhe SJ, Aguenou et coll. Urgences ORL de l'enfant au CNHU de Cotonou à propos de 272 cas. *Med Trop* 2006 ; 62 : 180-183.