

NASOFIBROSCOPIE EN ORL : REVUE DES INDICATIONS ET RÉSULTATS AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOMÉ.

NASOFIBROSCOPY IN ENT : REVIEW OF INDICATIONS AND RESULTS IN SYLVANUS OLYMPIO TEACHING HOSPITAL OF LOMÉ.

FOMA W¹, PEGBESSOU E¹, AMANA B¹, BISSA H¹, LAWSON S L A³, AMANA E¹, BOKO E², KPEMISSI E¹.

1- Service d'ORL et chirurgie cervico-maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo.

2- Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale du CHU Campus de Lomé au Togo

3- Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale du CHU de Kara au Togo.

Correspondance: Dr FOMA Winga

BP : 57 CHU Sylvanus Olympio, Lomé (TOGO)

E-mail : adrienfoma@yahoo.fr / Tel : 00228 90 87 48 90

RÉSUMÉ

Objectif : faire ressortir l'intérêt diagnostique de la nasofibroscopie en faisant une revue des indications et des résultats dans un service ORL au Togo.

Matériels et Méthode : il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les patients ayant bénéficié d'une nasofibroscopie dans le service d'ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale (CCMF) du CHU Sylvanus Olympio (S.O) de Lomé et répertoriés dans les registres de compte rendu de nasofibroscopie sur une période de 4 ans.

Résultats : la nasofibroscopie a été réalisée chez 296 patients dans le service au cours de la période d'étude ; ce qui représentait 0,87% des consultations. L'âge moyen des patients était de 45,4 ans (\pm 15,9) avec des extrêmes de 2 mois et 90 ans. Le sexe masculin était prédominant (51,35%) avec un sex-ratio de 1,06. La nasofibroscopie a été principalement réalisée pour explorer la dysphonie dans la majorité des cas (56,08%), suivie de loin par la dysphagie (13,85%), la dyspnée laryngée (7,43%) et la gêne pharyngée (5,41%). Les résultats de l'examen étaient répartis entre la pathologie laryngée (55,40%) dominée par les tumeurs bourgeonnantes et les laryngites, la pathologie pharyngée (16,89%) et la pathologie nasosinusienne (2,03%).

Conclusion : la nasofibroscopie est un outil précieux caractérisé par une diversité d'indication. La pathologie tumorale qu'elle soit bénigne ou maligne constitue le principal résultat de cet examen dans notre pratique.

MOTS CLÉS : NASOFIBROSCOPIE, ORL, TOGO.

ABSTRACT

Objective: to highlight the diagnostic value of the nasofibroscopy by reviewing the indications and results in an ENT department in Togo.

Materials and Method: it was a retrospective study of patients in whom nasofibroscopy was performed in ENT and maxillofacial surgery department of Sylvanus Olympio Teaching Hospital of Lomé listed in the account registers rendering nasofibroscopy over a 4 year period.

Results: the nasofibroscopy was performed in 296 patients during the study period and accounted for 0.87 % of consultations. The average age of patients was 45.4 years (\pm 15.9) with extremes of 2 months and 90 years. Male gender was predominant (51.35%) with a sex ratio of 1.06. The nasofibroscopy was primarily conducted to explore dysphonia in the majority of cases (56.08%), followed distantly by dysphagia (13.85%), laryngeal dyspnea (7.43%) and pharyngeal discomfort (5.41%). The results of the review were shared between the laryngeal pathology (55.40%) dominated by the burgeoning tumors and laryngitis, pharyngeal disease (16.89%) and sinonasal disease (2.03%).

Conclusion: the nasofibroscopy is a valuable tool characterized by a variety of indications. Tumor pathology of benign or malignant pace is the main result of this review in our practice.

KEYWORDS: NASOFIBROSCOPY, ENT, TOGO.

INTRODUCTION

La nasofibrosopie est un examen pratiqué au cours de la consultation oto-rhino-laryngologique (ORL) permettant, à l'aide d'une fibre optique souple de petit calibre, d'examiner les fosses nasales, le cavum, l'oropharynx, l'hypopharynx et le larynx ^[1]. Elle permet une exploration du larynx et du pharynx sur le plan anatomique et dynamique dans des conditions quasi « physiologiques » d'une façon aisée et non invasive ^[2]. La fibrosopie laryngée permet, dans la majorité des cas, de faire le diagnostic de la pathologie en cause et de se passer d'exploration plus invasive chez l'enfant; elle est le meilleur moyen de faire le diagnostic d'anomalies dynamiques, telles que la laryngomalacie et la paralysie laryngée ^[3]. La nasofibrosopie est devenue un examen incontournable en ORL dans la pathologie naso-pharyngolaryngée en hospitalisation et en ambulatoire.

Le but de ce travail était de faire ressortir l'intérêt diagnostique de la nasofibrosopie en faisant une revue des indications et des résultats dans le service d'ORL et chirurgie cervico-maxillo-faciale (CCMF) du CHU Sylvanus Olympio (S.O) de Lomé.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015 dans le service d'ORL et CCMF du CHU S.O soit une période de 4 ans.

Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant bénéficié d'une nasofibrosopie dans le service et répertoriés dans les registres de compte rendu de nasofibrosopie au cours de la période d'étude.

Les données ont été recueillies à partir des registres de compte rendu sur une fiche de collecte des données préétablie.

L'examen nasofibrosopique se fait dans le service à l'aide d'un appareil (Karl StorzTM, Tuttlingen, Allemagne) adaptable au câble de lumière et à la caméra, sans canal opérateur, de diamètre externe 3 mm, de longueur utile 320 mm, de béquillage 130° et de champ de vision 80°. Il est réalisé après une anesthésie locale de contact au niveau d'une fosse nasale par mise en place pendant 10 à 15 minutes d'une mèche de compresse imbibée de xylocaïne 5% naphazolinée. Le fibroscope est introduit délicatement dans la narine et permet l'exploration par vision directe des structures naso-pharyngolaryngées. Chez le tout petit enfant, on est parfois amené à introduire le fibroscope par la cavité buccale. La mobilité des structures pharyngées et laryngées

est étudiée lors de la respiration, de la phonation et des efforts de toux.

Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques des patients, les indications et les résultats de l'examen. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info 7. Les décisions ont été prises avec un risque α de 5%.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au cours de cette période, 296 nasofibrosopies ont été réalisées dans le service, soit une moyenne annuelle de 74; ce qui représentait 0,87% des consultations. Les indications ont été posées par des médecins ORL ou des médecins en spécialisation en ORL dans 99,3% des cas ; 2 nasofibrosopies ont été demandées par des médecins du service de pneumologie. Cent quarante-quatre patients (48,65%) étaient de sexe féminin et 152 (51,35%) de sexe masculin. La sex-ratio était de 1,06. L'âge moyen des patients était de 45,4 ans (\pm 15,9) avec des extrêmes de 2 mois et 90 ans. Cette moyenne d'âge était de 43,2 ans chez les femmes et de 47,5 ans chez les hommes. Les tranches de 30 à 44 ans et de 45 à 59 ans étaient les plus représentées avec chacun 100 cas (33,78%). La figure montre la répartition des nasofibrosopies en fonction du sexe et de l'année.

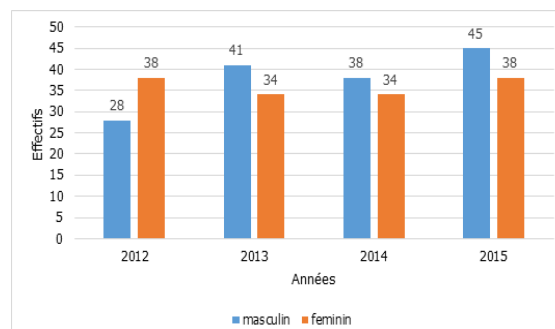


Figure: répartition des nasofibrosopies en fonction du sexe et de l'année.

INDICATIONS ET ASPECTS FIBROSCOPIQUES

La nasofibrosopie a été réalisée pour explorer la dysphonie dans 56,08% des cas Cette indication a été suivie par la dysphagie dans 13,85% des cas, la dyspnée laryngée dans 7,43% des cas et la gêne pharyngée dans 5,41% cas. La dysphonie était associée à la dysphagie chez 5 patients tandis que l'association dysphagie et dyspnée laryngée était présente chez 4 patients.

Le tableau I montre la répartition des indications de la nasofibroscopie au cours de la période d'étude. Les résultats de la nasofibroscopie étaient répartis entre la pathologie laryngée avec 164 cas (55,40%), la pathologie pharyngée avec 50 cas (16,89%) et la pathologie nasosinusienne avec 6 cas (2,03%) ; l'examen était normal chez 76 patients (25,68%). Les lésions les plus retrouvées étaient les tumeurs (42,57%) réparties entre 74 hommes et 52 femmes.

Tableau I : répartition des indications de la nasofibroscopie.

Indications	Effectif	Pourcentage (%)
Dysphonie	166	56,08
Dysphagie	41	13,85
Dyspnée laryngée	22	7,43
Boule pharyngée	16	5,41
Rhinolalie fermée	8	2,70
Epistaxis	8	2,70
Douleur pharyngée	7	2,36
Surveillance postopératoire (laryngectomie)	5	1,69
Otite séro-muqueuse	5	1,69
Corps étranger	5	1,69
Ronflement	5	1,69
Obstruction nasale	5	1,69
Crachat sanguinolent	4	1,35
Traumatisme*	2	0,68
Adénopathie cervicale métastatique	2	0,68
Autres**	8	2,70
Dénominateur	296	

*Traumatisme pharyngolaryngé externe et ingestion de caustique

**Halitose, prurit pharyngé, otalgie réflexe, mucocèle fronto-ethmoïdo-nasale, hématomérose, fausses routes, surveillance de trachéotomie et syndrome sinusien compliqué d'un syndrome d'hypertension intracrânienne dans chacun 1 cas.

Le tableau II montre répartition des nasofibroscopies selon les résultats et l'âge. Macroscopiquement, les tumeurs étaient en majorité des lésions bourgeonnantes (43,65%), des nodules glottiques (32,54%), des polypes (15,08%) et des papillomes laryngés (3,97%). Parmi les lésions bourgeonnantes, le larynx était le siège prédominant (50,91%) suivi de l'hypopharynx (21,82%), de l'oropharynx (12,73%), du cavum (10,91%) et des fosses nasales (3,63%). Les polypes étaient répartis entre le larynx (16 cas), les fosses nasales (2 cas) et l'oropharynx (1 cas). L'immobilité laryngée

retrouvée dans 8 cas, a été unilatérale en adduction, unilatérale en abduction, unilatérale en paramédiane et bilatérale en paramédiane dans 2 cas chacun. Les immobilités unilatérales étaient droites dans 2 cas, gauches dans 4 cas et liées aux antécédents de thyroïdectomie (3 cas), à un tumeur thyroïdienne infiltrante (2 cas) et à un abord latéro-cervical droit pour une ostéosynthèse du rachis cervical ; celles bilatérales étaient associées à des antécédents de thyroïdectomie et d'accident vasculaire cérébral.

Tableau II : répartition des nasofibroscopies selon les résultats et l'âge

Résultat de la nasofibroscopie	< 15	15- < 30	30- < 45	45- < 60	60- < 75	≥ 75	Total
Tumeurs	1	12	46	42	21	4	126
laryngites	1	4	18	15	3	2	43
pharyngites	0	2	3	3	1	1	10
Immobilité laryngée	0	0	1	5	2	0	8
Hypertrophie des végétations adénoïdes	0	2	1	2	0	0	5
Mauvaise confrontation des cordes vocales	0	1	0	1	2	1	5
Epaississement de corde vocale	0	0	1	3	1	0	5
Stase salivaire dans l'hypopharynx	0	1	0	1	1	1	4
Edème laryngé	0	0	1	1	1	0	3
Autres*	2	2	5	2	0	0	11
Examen normal	2	11	24	25	13	1	76
Total	6	35	100	100	45	10	296

* ulcérations pharyngées, sténose sous glottique, laryngomalacie, corps étranger, plaie de la muqueuse laryngée post-traumatique, palmure laryngée, caillots sanguins de l'hypopharynx, poche mucocélique nasale, radiomucite nasale, hypertrophie des amygdales linguales et pétéchies de la muqueuse pharyngée dans 1 cas chacun.

La gêne et la douleur pharyngées étaient associées à un examen nasofibroscopique normal (Tableau III).

Tableau III : répartition des nasofibroscopies selon les principales indications et les principaux résultats.

	Tumeurs	Laryngites	Pharyngites	Immobilité laryngée	Autres résultats	Examen normal	TOTAL	p value
Dysphonie	88	41	1	4	11	21	166	0
Dysphagie	20	0	4	0	5	12	41	0,0375
Dyspnée laryngée	13	1	0	4	4	0	22	0
Gêne pharyngée	0	1	3	0	1	11	16	0,0001
Rhinolalie fermée	3	0	0	0	2	3	8	0,4271
Epistaxis	2	0	0	0	1	5	8	0,5413
Douleur pharyngée	0	0	1	0	0	6	7	0,0238

DISCUSSION

La nasofibroscopie s'est imposée sans difficulté en consultation ORL de nos jours venant en appui à l'examen au miroir qui se rend parfois difficile ou incomplet pour plusieurs raisons : importance du réflexe nauséux surtout chez l'adulte, manque de coopération chez l'enfant insuffisance de l'ouverture buccale, difficulté d'extériorisation de la langue, épiglotte plongeante ou en « fer à cheval » masquant l'avant du larynx, difficulté voire impossibilité de réalisation chez le sujet alité et chez le patient inconscient [4]. Toutefois, cette nasofibroscopie est relativement rare dans notre pratique avec 0,87% des consultations. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le nasofibroscope n'est pas positionnée au poste de consultation pour une utilisation au besoin. La nasofibroscopie est généralement considérée dans notre pratique courante comme tout autre examen d'imagerie à réaliser après la consultation et après paiement des frais d'analyse. Néanmoins nous avons observé une augmentation des cas au fil des années. Notre fréquence annuelle de 74 cas est supérieure à celle de Ouedraogo et al [5] qui ont rapporté 115 cas en 3 ans soit 38,33 cas/an mais inférieure à celle de Adjoua et al [6] qui ont rapporté 140 cas en 15 mois. La faible demande de la nasofibroscopie par les médecins non ORL dénote de la méconnaissance de sa disponibilité ou de son apport dans le diagnostic des affections ORL. L'utilité de la nasofibroscopie dans la prise en charge de la pathologie naso-pharyngolaryngée a été rapportée par plusieurs auteurs et n'est plus à démontrer [1, 2, 6]; d'où l'intérêt d'une vulgarisation de la nasofibroscopie en consultation ORL et des campagnes d'information auprès des différents personnels médical et paramédical sur son apport dans le diagnostic des affections ORL. Nous avons noté une légère prédominance masculine (51,35%), compatible avec les résultats d'autres auteurs : Ouedraogo et al (52%) [5], Adjoua et al (54,3 %) [6]. L'explication pourrait en être la hantise des tumeurs ORL chez l'homme devant un symptôme persistant, ce qui amène le plus souvent à une exploration plus fouillée. La dysphonie, la dysphagie et la dyspnée laryngée ont dominé les indications dans notre série, ce qui est compatible avec la prédominance de la pathologie tumorale laryngée et hypopharyngée que nous avons observée. En effet ces signes cliniques sont classiquement retrouvés dans les cancers du larynx et de l'hypopharynx et sont plus ou moins présents selon le point de départ et l'évolution de la tumeur [7, 8]. A des degrés divers les indications ont varié dans les séries d'autres auteurs: Ouedraogo et al ont rapporté une

prédominance des signes pharyngés dans 44,35 % des cas, et la dysphonie dans 38,26 % [5]; Adjoua et al ont rapporté une prédominance de la dysphonie (47,7 %) suivie de l'obstruction nasale (11,4 %), de la sensation de corps étranger pharyngé (10 %) et de la dysphagie (7,9 %) [6]. La constance de la dysphonie dénote de la place fondamentale qu'occupe la nasofibroscopie dans l'exploration du larynx. Dans notre série, les cas d'hypertrophie des végétations adénoïdes ont été observés chez des patients de plus de 15 ans, ceci dans le cadre d'un syndrome d'obstruction du cavum. Dans notre pratique courante, la nasofibroscopie n'est pas utilisée pour le diagnostic d'hypertrophie des végétations adénoïdes chez l'enfant ; seules la clinique et la radiographie du cavum constituent les éléments clés de ce diagnostic. L'hypertrophie des végétations adénoïdes est en général rare chez l'adulte mais elle en augmentation du fait de la recrudescence des infections rhinopharyngées chroniques, des allergies, de la pollution et du tabagisme [9]. Les cas d'immobilité laryngées dans notre série sont à considérer comme liés à une atteinte nerveuse périphérique (7 cas) et central (1 cas) du fait de l'immobilité de la bande ventriculaire et de l'aryténoïde en cas de toux ; ceci pour éviter la confusion avec une atteinte articulaire cricoaryténoïdienne. La démarche diagnostique et la sémantique utilisées sont compatibles avec celles proposées par Laccourreye et al en matière d'immobilité laryngée [10]. Les immobilités laryngées étaient d'étiologies essentiellement cervicales et prédominaient à gauche dans notre série. D'autres auteurs ont également rapporté cette prédominance gauche : Laccourreye et al dans une série de thyroïdectomies (57,8 %) [10], Shafkat et al dans un service ORL (61,9%) [11]. Les atteintes nerveuses à l'origine de l'immobilité laryngée peuvent être d'origine intracrânienne, cervicale et sa prédominance gauche pourrait être liée aux particularités anatomiques du nerf récurrent gauche comme par exemple la longueur de son trajet [12, 13].

CONCLUSION

La nasofibroscopie est un outil précieux en ORL surtout devant un patient difficilement examinable. Cette étude nous révèle la diversité d'indication qu'elle offre bien qu'elle soit dominée de loin par la dysphonie. La pathologie tumorale qu'elle soit d'allure bénigne ou maligne constitue le principal résultat de l'examen nasofibrosopique dans notre pratique.

RÉFÉRENCES

- 1- SABBAH L. Naso-fibroscopie. In : Méga Guide STAGES IFSI Tous les services de soins et le rôle infirmier. 2e éd. Paris : Elsevier Masson SAS, 2015, p 1287-8.
- 2- HANS S, DE MONÈS E, BEHM E, LACCOURREYE O, BRASNU D. Comment faire une nasofibroscopie laryngée chez l'adulte ? *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006; 123(1) : 41-5.
- 3- TRIGLIAJ-M. Comment faire une fibroscopie laryngée chez l'enfant ? *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006; 123(6) : 344-5.
- 4- REMACLE M, LAWSON G, GIOVANNI A, WOISARD V. Exploration du larynx. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie*, 20-635-A-10, 2005.
- 5- OUEDRAOGO B, OUATTARA M, SEREME M, GYEBRE Y, ELOLA A, COMPAORE K et al. La nasofibroscopie en pratique orl a ouagadougou. *J Rech Sci Univ Lomé* 2010 ; 12(2).
- 6- ADJOUA RP, N'GATTIA KV, TEA ZB, KACOUCHIA NB, KOFFI -N'GUESSAN L, N'GOUAN JM et al. La place de la nasofibroscopie dans le diagnostic des affections ORL. *Rev Africaine d'ORL et de chirurgie cervicofaciale* 2005 ; 3(1) : 11-7.
- 7- LEFEBVRE J.-L, CHEVALIER D. Cancers du larynx. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie*, 20-710-A-10, 2005.
- 8- PATRICK J B. Cancer of the hypopharynx. *Operative Techniques in Otolaryngology* 2005 ; 16(1) :55-66.
- 9- ROUT M R, MOHANTY D, VIJAYLAXMI Y, BOBBA K, METTA C. Adenoid Hypertrophy in Adults: A case Series. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 ; 65(3):269-274.
- 10- LACCOURREYE O, MALINVAUD D, MÉNARD M, BONFILS P. Immobilités laryngées unilatérales après chirurgie de la glande thyroïde. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2010 ; 127, 110-115.
- 11- SHAFKAT A, AJAZ M, MOHD L. A study of incidence and etiopathology ofvocal cord paralysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 54(4): 294-6.
- 12- TUCKER HM. Vocal cord paralysis -etiology and-management. *Laryngoscope* 1980; 90(4) : 585-90.
- 13- DANKBAAR J W, PAMEIJER F A. Vocal cord paralysis: anatomy, imaging and pathology. *Insights Imaging* 2014 ; 5: 743-51.