

République du BENIN
UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année 1995

N° 631

**LA PATHOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE ET
CERVICO-FACIALE
VUE DANS UN CENTRE DE SANTE
PERIPHERIQUE DE 1990 à 1994
(CAS DE LA CIRCONSCRIPTION MEDICALE
D'APLAHOUE)
THESE**

*présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine
DIPLOME D'ETAT*

par
Gaspard DANSOU GBESSI
Né en 1961 à Houétan (Bénin)

Président du Jury

Professeur Léon Ayité MEDJI (Bénin)

Membres du Jury

Professeur Didier Koffi GNAMEY (Togo)

Professeur Agrégé Thérèse A. A. AGOSSOU (Bénin)

Professeur Agrégé Célestin Y. Y.HOUNKPE (Bénin)

Directeurs de Thèse:

-Professeur Léon Ayité MEDJI

-Professeur Agrégé Célestin Y. Y.HOUNKPE

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DOYEN : Professeur Eusèbe ALIHONOU

VICE-DOYEN : Professeur Nazaire PADONOU

**SECRETAIRE
PRINCIPAL
PAR INTERIM**

Monsieur Charlemagne M. AHOSSI

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 1994 - 1995

PROFESSEURS

1- Dr. Vincent DAN	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
2- Dr. Edouard GOUDOTE	ANATOMIE-CHIRURGIE
3- Dr. Henry-Valère T. KINIFFO	PATHOLOGIE CHIRURGICALE
4- Dr. Eusèbe Magloire ALIHONOU	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5- Dr. Benoît-Christophe SADELER	PARASITOLOGIE
6- Dr. Honoré ODOULAMI	CHIRURGIE GENERALE
7- Dr. Félix Adjaï HAZOUME	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
8- Dr. Alexis HOUNTONDJI	MEDECINE INTERNE
9- Dr. Bruno MONTEIRO	MEDECINE INTERNE
10- Dr. Souleymane K. BASSABI	OPHTALMOLOGIE
11- Dr. Léon Ayité MEDJI	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
12- Dr. Nazaire PADONOU	CHIRURGIE GENERALE
13- Dr. Théophile Kossi ZOHOUN	SANTE PUBLIQUE
14- Dr. René Gualbert AHYI	PSYCHIATRIE
15- Dr. Béatrice AHYI-AGUESSY	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
16- Dr. Florencia do ANGO-PADONOU	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
17- Dr. René-Xavier PERRIN	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
18- Dr. Kémoko O. BAGNAN	CHIRURGIE GENERALE

PROFESSEURS-AGREGES

1- Dr. Isidore Sossa ZOHOUN	HEMATOLOGIE
2- Dr. César AKPO	UROLOGIE
3- Dr. Théophile SODOGANDJI	PHARMACOLOGIE
4- Dr. Hippolyte AGBOTON	CARDIOLOGIE
5- Dr. Thérèse Ange A. AGOSSOU	PSYCHIATRIE
6- Dr. Martin K. CHOBLI	ANESTHESIE-REANIMATION
7- Dr. Raphaël B. DARBOUX	BIOLOGIE HUMAINE
8- Dr. Dominique S. ATCHADE	ANESTHESIE-REANIMATION
9- Dr. Blaise AYIVI	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
10- Dr. Martin GNINAFON	PNEUMO-PHTSIOLOGIE
11- Dr. Achille MASSOUGBODJI	PARASITOLOGIE
12- Dr. Marina d'ALMEIDA-MASSOUGBODJI	CARDIOLOGIE
13- Dr. Germain OUSSA	OPHTALMOLOGIE
14- Dr. Simon AKPONA	BIOCHIMIE
15- Dr. Célestin Y. Y. HOUNKPE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
16- Dr. Jijoho Léonard PADONOU	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
17- Dr. Sèmiou LATOUNDJI	HEMATOLOGIE
18- Dr. José de SOUZA	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
19- Dr. Karl Augustin AGOSSOU-VOYEME	ANATOMIE-CHIRURGIE
20- Dr. Benjamin E. FAYOMI	MEDECINE DU TRAVAIL
21- Dr. Sikiratou A. ADEOTHY-KOUMAKPAI	PEDIATRIE
22- Dr. Sévérin Y. ANAGONOU	BACTERIOLOGIE

COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

PROFESSEUR

Monsieur Jacques SETONDJI BIOCHIMIE
Faculté des Sciences et Techniques
(FAST-U.N.B.)

MAITRES DE CONFERENCES

1- Monsieur Georges ACCROMBESSI CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des sciences et
Techniques
(FAST-U.N.B.)

2- Monsieur Taofiki AMINOU PHYSICO-CHIMIE GENERALE
Faculté des sciences et
Techniques
(FAST-U.N.B.)

AUTRES INTERVENANTS

1- Monsieur Jacques YEHOUESSI SOINS INFIRMIERS
2- Dr. Georges HAZOUME PHARMACO LOGIE
3- Madame Honoria AKOGBETO SOINS INFIRMIERS
4- Dr. Joseph DA-ZOCLANCLOUNON PHARMACOLOGIE
5- Dr. Alfred DAVAKAN PHARMACOLOGIE
6- Monsieur Jean TCHOUGBE BIBLIOTHECONOMIE

PROFESSEURS-ASSISTANTS

1- Dr. Comlan Théodore ADJIDO	PSYCHIATRIE
2- Dr. Abdou Rahmann AGUEMON	ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
3- Dr. Cyrille AHOSSI	BACTERIOLOGIE
4- Dr. Jean AKPOVI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5- Dr. Vénérand ATTOLOU	NEPHROLOGIE
6- Dr. Martin AVIMADJÈ	RHUMATOLOGIE
7- Dr. Gilbert AVODE	NEUROLOGIE
8- Dr. Amidou BABA-MOUSSA	SANTE PUBLIQUE
9- Dr. André C. BIGOT	HEMATOLOGIE
10- Dr. Vicentia BOCO-TOGNISSO	RADIOLOGIE
11- Dr. Vincent C. DJOSSOU	ODONTO-STOMATOLOGIE
12- Dr. François DJROLO	MEDECINE INTERNE
13- Dr. Claudia GBAGUIDI-DOUTETIEN	OPHTALMOLOGIE
14 Dr. Prosper GANDAHO	PSYCHIATRIE
15- Dr. René HODONOU	UROLOGIE
16- Dr. Fabien HOUNGBE	MEDECINE INTERNE
17- Dr. Josiane EZIN-HOUNGBE	PSYCHIATRIE
18- Dr. Gervais HOUNNOU	ANATOMIE-CHIRURGIE
19- Dr. Nicolas KODJOH	MEDECINE INTERNE
20- Dr. Ambroise KOURA	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
21- Dr- Michel LAWSON	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
22- Dr. Antoinette MEGNIGBETO-OBHEY	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
23- Dr. Issifou TAKPARA	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
24- Dr. Joseph S. VODOUHE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
25- Dr. Hubert G. YEDOMON	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE

COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Mission d'enseignement)

PROFESSEURS

- 1- Dr. Jacques BERTHET
PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)
- 2- Dr. Philippe DE WITTE
PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)
- 3- Dr. Michel DUMAS
NEUROLOGIE
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Limoges
(FRANCE)
- 4- Dr. Jaroslaw KOLANOWSKI
PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)
- 5- Dr. Jacques LLORY
BIOPHYSIQUE
Faculté de Médecine
Université de Montpellier
(FRANCE)
- 6- Dr. Pierre WITTOUCK
PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine
Université Catholique de Louvain
(BELGIQUE)
- 7- Dr. R. MENIER
PHYSIOLOGIE
Centre Hospitalier Régional et
Universitaire
LIMOGES (FRANCE)
- 8- Dr. Claude RICHIR
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Centre Hospitalier Régional
BORDEAUX (FRANCE)

VU, LE PRESIDENT DU JURY

VU, LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

**LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE NATIONALE
DU BENIN**

**PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES
SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ
QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE
N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.**

DÉDICACES

A MON DIEU, MON CRÉATEUR !

Je vous remercie de m'avoir donné la vie.

*Aidez-moi à exercer pleinement dans la joie mon
métier sur le droit chemin.*

A MON PÈRE HABADA, IN MEMORIAM

Tu nous as appris que l'homme doit s'affirmer par la bonne qualité de son travail, s'imposer par la rigueur dans la conduite de sa vie et chasser l'ignorance.

Pour cela tu as décidé que tous tes enfants en âge scolaire aillent à l'école autant qu'ils le peuvent. C'était une fierté pour toi parmi tes pairs.

Mais très tôt, la mort a eu raison de toi et a rendu vide ton siège ce jour parmi nous. Tu m'as manqué et tu me manques encore plus aujourd'hui.

Que ce travail constitue pour toi dans l'au-delà, l'idéal, auquel tu nous avais toujours convié.

Repose en paix.

A MA MÈRE

Par toi Dieu m'a donné la vie.

Tu voulais que je sois un homme digne et tu as consenti beaucoup de sacrifices pour mon éducation.

Trouve par ce travail le symbole de ma profonde gratitude.

Puisse Dieu te garder encore longtemps auprès de moi, et te permettre de bénéficier des fruits de tes efforts, de tes peines.

Je t'aime bien Maman.

A MON GRAND FRÈRE FRANÇOIS HABADA, IN MEMORIAM

Tu avais été le premier fils que notre père a envoyé à l'école coloniale. A la fin de tes études primaires, la maladie t'avait empêché de continuer. Revenu à la maison, tu avais pris la résolution avec notre père que tous tes frères aillent à l'école.

C'est ainsi que mon envoi à l'école fut décidé.

Mais ce jour où tu devrais manifester ta joie à la fin de mes études universitaires, je ne te vois plus. La mort t'a emporté créant autour de moi un grand vide.

Daigne Dieu, le miséricordieux d'accorder une paix éternelle.

A FOO MICHEL

Premier intellectuel de notre famille, tu t'es sacrifié pour nous frayer le chemin.

Ce travail est le tien. Trouves-y l'assurance de mon profond attachement fraternel.

A TOUS MES FRÈRES, SOEURS, COUSINS ET COUSINES

Restons unis

A MA GRANDE SOEUR AKOUAVI, IN MEMORIAM

Repose en paix.

A MES ONCLES, IN MEMORIAM :

ATCHIOKE

EXPEDIT dit N'PA

*Vous m'avez assisté au cours de mes études
médicales pour l'honneur de toute la famille. Mais vous
avez été rappelé prématurément à Dieu au moment où
ma modeste assistance pourrait vous être utile.*

Reposez en paix.

A MES TANTES

NAKUI

SOUHOU

Pour vos soutiens.

A MAMAN ETCHO, IN MEMORIAM

*Tu m'appelais déjà quand j'avais cinq ans
"Dotogan" qui veut dire "Docteur". Ce travail est la
traduction ce jour de la puissance de ta parole.*

Paix divine à ton âme.

A MON ÉPOUSE, VÉRONIQUE

*Ce travail est le couronnement de toutes tes peines
et de ton soutien de tous les instants. Reçois-le en signe
de gratitude.*

Je reste fidèle à notre attachement.

A MON FILS, ALEX FERRY

Tu me séduis par l'ébauche de ton intelligence.

*Puisse ce travail constituer pour toi un modèle pour
ta vie.*

Du courage !

A TOUS MES NEVEUX

Le travail est libérateur.

A MON NEVEU PHILIPPE

*Les études médicales sont longues, mais très
passionnantes.*

Tu viens de les entreprendre de façon rassurante.

Courage et abnégation.

A MON NEVEU GATIEN AYA OVI

*Je dois reconnaître que ta contribution à la
réalisation de ce travail a été déterminante.*

Ce travail est le tien..

Du courage pour tes études en informatique.

A TOUTE MA BELLE FAMILLE AGBOGNON SOGLOHOUN.

En reconnaissance de votre soutien.

**A TOUT LE PERSONNEL DU CABINET MÉDICAL ARY A
GODOMEY**

Votre assistance a été fort appréciable.

Remerciements infinis.

**A MONSIEUR SABIN ADJANOHOUN
ET SON ÉQUIPE.**

*Pour la frappe et l'immense travail de mise en forme
de cette thèse,*

Merci infiniment.

AU RÉVÉREND PÈRE PIERRE MARCHAND.

*Vos innombrables sollicitations et occupations
paroissiales n'ont rien enlevé à la réalisation et à la
qualité que vous avez voulu donner à notre thèse.*

*Recevez ce travail en signe de reconnaissance et de
notre profond respect.*

A TOUS MES AMIS.

Pour les bons et difficiles moments passés ensemble.

**AU PERSONNEL DU CENTRE DE DOCUMENTATION DU
MINISTÈRE DE LA SANTÉ À AKPAKPA
(COTONOU.)**

Merci pour votre disponibilité.

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA CIRCONSCRIPTION
MÉDICALE D'APLAHOUÉ.**

Pour tout le soutien dont j'ai bénéficié.

Sincères remerciements.

**AU DOCTEUR DOROTHÉE YEVIDE
MÉDECIN-CHEF DE LA CIRCONSCRIPTION
MÉDICALE D'APLAHOUÉ.**

*Plus qu'une Mère, vous m'avez entouré de tout le
nécessaire pour me faciliter la recherche dans votre
centre.*

*J'ai été très sensible à toute l'aide que vous m'avez
apportée pour la réalisation de ce travail. Grâce à votre
dynamisme, presque tous les services du centre sont
désormais fonctionnels. Ceci pour le bonheur de la
population d'Aplahoué.*

*Trouvez en ce travail l'expression de ma profonde
gratitude.*

AU DOCTEUR LOUPEDA

**DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DE LA SANTÉ DU
MONO.**

*Vous m'avez permis de faire l'étude dans la
Circonscription Médicale d'Aplahoué.*

*Trouvez ici l'expression de mes sincères
remerciements.*

**A TOUS LES ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SANTÉ DE COTONOU.**

Courage et abnégation.

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION.

Pour tout le temps passé ensemble.

**A TOUS MES AÎNÉS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA
SANTÉ DE COTONOU.**

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF DE LA FACULTÉ
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU.**

Pour le soutien dont j'ai bénéficié.

**A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE D'O.R.L. ET C.C.F. DU
C.N.H.U. DE COTONOU.**

Pour la bonne ambiance permanente de travail.

A TOUT LE PERSONNEL DU C.N.H.U. DE COTONOU.

*En reconnaissance de tout ce qui a pu être fait pour
ma formation au sein de l'hôpital.*

AU DOCTEUR JOSEPH S. VODOUHE

*Vos conseils ont été mis à contribution pour parfaire
ce travail.*

*Nous vous prions d'accepter ici l'expression de notre
gratitude.*

***A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE
LA SANTÉ DE COTONOU.***

*Vous avez tous oeuvré pour me donner un
enseignement de qualité pour ma formation de Médecin.*

*Les mots me manquent en cette circonstance pour
témoigner de ma profonde gratitude pour l'immensité de
la connaissance qui caractérise chacun de vous.*

*Recevez ce travail en signe de modeste
reconnaissance.*

***A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ, CÉLESTIN Y.Y. HOUNKPE.***

Plus qu'un Maître, vous êtes un grand frère pour nous. Votre connaissance pratique de l'art médical et votre ardeur au travail nous ont toujours séduit. Votre abord facile et votre disponibilité de tous les instants font de vous un grand Maître.

Vous nous avez guidé et avez largement contribué à la réalisation de ce travail malgré vos occupations quotidiennes.

Nous ne trouvons pas ici les mots pour traduire réellement notre satisfaction.

Nous vous prions de recevoir ici l'expression de notre profonde et indéfectible reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE,
LE PROFESSEUR LÉON AYITÉ MEDJI.**

Les mots pour vous qualifier sont toujours insuffisants pour traduire la valeur que vous incarnez; Professeur émérite, travailleur infatigable et très discret, vous avez toujours cherché à nous montrer les aspects particuliers de chaque cas clinique. Nous avons toujours été admirateur devant votre personnalité. incomparable. Malgré vos lourdes et multiples responsabilités, et au moment où vous traversez une dure épreuve humaine, celle de la disparition de votre chère et regrettée Mère dont nous saluons ici la mémoire, vous avez su diriger dans une rigueur scientifique ce travail. C'est le témoignage de l'amour indéfectible que vous avez pour vos élèves.

Nous vous prions de recevoir ici l'expression de notre profonde déférence.

A NOS JUGES,

*** MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU JURY,**

C'est pour nous un honneur de vous voir présider ce Jury.

Nous restons conscient que vos conseils et recommandations nous permettront de parfaire cette oeuvre.

Nous vous prions de recevoir l'expression de nos hommages respectueux et notre profonde gratitude.

*** MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY,**

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Soyez rassurés que vos critiques seront mises à contribution pour notre progrès.

Hommages respectueux.

A SON EXCELLENCE MADAME LE MINISTRE DE LA SANTÉ.

Vous nous avez avec promptitude autorisé à faire ce travail de recherche dans le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué.

Nous osons croire qu'il pourrait apporter un plus dans la recherche d'une meilleure santé à la population béninoise en général, et plus particulièrement aux populations rurales.

Veillez recevoir ici , l'expression de notre profonde gratitude.

**LA PATHOLOGIE OTO-RHINO-
LARYNGOLOGIQUE
ET CERVICO-FACIALE
VUE DANS UN CENTRE DE SANTÉ
PÉRIPHÉRIQUE
DE 1990 à 1994.
(CAS DE LA CIRCONSCRIPTION
MÉDICALE d'APLAHOUE.)**

LES ABRÉVIATIONS

. O.R.L. et C.F. :	Oto-Rhino-Laryngologie et Cervico-Faciale
. O.R.L. et C.C.F. :	Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
. M.S. :	Ministère de la Santé
. C.N.H.U. :	Centre National Hospitalier et Universitaire
. C.H.D. :	Centre Hospitalier Départemental
. C.S.S/P. :	Centre de Santé de Sous-Préfecture
. C.S.C.U. :	Centre de Santé de Circonscription Urbaine
. C.C.S. :	Centre Communal de Santé
. U.V.S. :	Unité Villageoise de Santé
. C.H.U. :	Centre Hospitalier et Universitaire
. S.S.D.R.O. :	Service des Statistiques de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle
. M.P.R.E. :	Ministère du Plan et de la Restructuration Économique
. I.N.S.A.E. :	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
. R.G.P.H. ₂ :	Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation
. coll. :	collaborateurs
. P. :	Page
. ≅ :	sensiblement égal à
. al. :	alliés

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'homme dans ses nécessaires relations avec son environnement se sert de ses cinq sens : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher. Trois d'entre eux, et pas des moindres sont assurés par les organes situés au niveau de la sphère oto-rhino-laryngologique et faciale. Leur fonctionnement normal assure une première phase importante du consensus vital au niveau de l'organisme.

Dès lors, une perturbation des fonctions de ces organes et leur support est à l'origine des troubles importants générateurs de pathologies diverses dénommées pathologies oto-rhino-laryngologiques et cervico-faciales (O.R.L. et C.F.). Il s'agit essentiellement des pathologies auriculaire, rhinosinusienne, bucco-pharyngée, cervico-faciale. Elles requièrent une importance particulière eu égard à la multiplicité des formes cliniques, des complications allant de la rapide chronicité au décès en l'absence d'une prise en charge adéquate et précoce.

Ubiquitaire et très fréquente et, d'après MEYER (B.) (75), *"très vaste spécialité, à la fois médicale et chirurgicale s'intéressant aux voies aérodigestives supérieures, à la plupart des organes des sens, à la traumatologie cervico-faciale, à la cancérologie, spécialité frontière avec d'autres, l'O.R.L. a une part très importante dans la pratique médicale quotidienne"*. Son champ d'action très étendu fait que le médecin généraliste, médecin traitant ou médecin de famille, se trouve en première ligne dans la prise en charge des malades, et joue un grand rôle dans cette pathologie.

Ainsi, poursuit MEYER (B.) (75), *"à côté d'aspects très pointus, souvent méconnus, mais passionnants, qui ne peuvent qu'être pris en charge par le spécialiste, une part non négligeable de la pathologie et son traitement peuvent être assumés par le médecin généraliste"*.

Plusieurs études ont été faites sur la pathologie O.R.L. et C.F. dans les villes et les milieux spécialisés. Cependant dans la pratique courante, plusieurs aspects sont pris en charge dans les centres de santé non spécialisés. Il apparaît donc nécessaire de se rendre compte de la situation dans ces centres surtout le milieu rural, loin des centres urbains, voire de référence.

Ainsi, préoccupé par la santé des populations des zones rurales, notre Maître, le Professeur L. A. P. MEDJI nous a suggéré le travail suivant : "la pathologie O.R.L. et C.F. vue dans un centre de santé périphérique au BÉNIN".

Cette étude présente pour nous plusieurs intérêts :

- La pathologie O.R.L. et C.F. est très fréquente et cosmopolite
- La nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement adéquat pour éviter des complications graves
- La nécessaire formation médicale continue du personnel des formations sanitaires périphériques afin de communiquer et de partager les spécificités thérapeutiques en O.R.L..

Dans ce travail inspiré par notre maître, nous nous proposons d'atteindre les objectifs suivants :

1. Recenser, à partir de cette étude, les différentes affections O.R.L. et C.F. rencontrées et établir leur incidence.
2. Analyser la prise en charge de ces affections en périphérie
3. Proposer, à la lumière des résultats, des stratégies pour la thérapeutique adéquate en O.R.L. et la prévention de ces affections.

Pour ce faire, le plan de notre travail est le suivant :

PLAN DU TRAVAIL

Le plan de notre travail s'articule autour des points suivants :

INTRODUCTION.....	2
I - GÉNÉRALITÉS.....	5
II - CADRE, MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE.....	7
III - RÉSULTATS ET ANALYSES.....	23
IV - DISCUSSIONS.....	89
CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....	132
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	137

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

I - GÉNÉRALITÉS

La pathologie oto-rhino-laryngologique (O.R.L.) et cervico-faciale (C.F.) a bénéficié dans le monde de nombreux travaux de recherche. Ces derniers ont abordé divers domaines dont nous livrons ici quelques brèves notions épidémiologiques.

1.1. DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS

- A Paris, GEHANNO (P.) et coll. (43), en 1982 ont travaillé sur la pathologie O.R.L. et les méningites à pneumocoques. Ils ont montré que sur 100 observations récentes de malades âgés de 16 à 79 ans, la mortalité a été de 38% et 12% ont gardé des séquelles. Ils ont révélé une otite aiguë dans 21 cas, une sinusite dans 6 cas, une brèche ostéo-dure-mérienne dans 28 cas.

- GOODWIN (W. J. J.) et coll. (44) en 1985 en Amérique du Nord ont prouvé que les infections orbitales sont dues dans 75% des cas à des sinusites et notamment la sinusite ethmoïdale.

1.2. DANS LES PAYS DITS SOUS-DÉVELOPPÉS

- Au centre hospitalier et universitaire (C.H.U.) de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire, AÏHOUNZONON (L.) et Coll. (5) ont révélé que les hypertrophies amygdaliennes obstruantes sont relativement fréquentes chez l'enfant dans 28,38% des cas. La population à risque est constituée par les enfants âgés de 4 ans dans 68,62% des cas.

- D'après BENGONO (G.) et coll. (15), une étude faite à Yaoundé sur le profil bactériologique des otites moyennes suppurées a montré que les otites moyennes suppurées continuent d'occuper une place importante à leur consultation O.R.L.. Leur pourcentage varie entre 20 et 30% des motifs de consultation.

1.3. AU BÉNIN

Le Bénin qui fait partie des pays en développement n'est pas à l'abri de la pathologie O.R.L. et C.F..

- VODOUHE (S.J.) et Collaborateurs (110), après un travail de réflexions sur les oto-mastoïdites sur une période de 10 ans au C.N.H.U. de Cotonou, ont trouvé que l'affection peut se voir à tout âge, mais frappe surtout les enfants et adolescents dans 52,92% de leurs patients.

- Au C.N.H.U. de Cotonou dans le service de Pédiatrie, les affections O.R.L. constituent la troisième cause de mortalité infantile après le paludisme et les anémies.

- Selon CAPO-CHICHI (S.) (23), une étude analytique des rapports statistiques en 1993, au centre médical St Luc de Cotonou révèle, sur 8210 cas de consultants, 1881 cas d'affections O.R.L. dont 252 cas d'urgence.

- Dans l'ensemble du Bénin pour les affections notifiées les affections O.R.L. et broncho-pulmonaires représentent 15% des cas (79).

C'est dire donc, au vu de ces données épidémiologiques, que la pathologie O.R.L. et C.F. représente une part importante dans la pratique médicale quotidienne.

La plupart des travaux effectués se sont déroulés dans les centres urbains où le recours au spécialiste est aisé.

Que se passe-t-il alors dans les zones périphériques où le médecin généraliste est seul devant toutes les affections parmi lesquelles les affections O.R.L. et C.F. ?

C'est ce que nous allons tenter de montrer tout au long de ce travail.

CHAPITRE II

CADRE, MATERIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE

II - CADRE, MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.1. CADRE D'ÉTUDE

Notre travail s'est déroulé à la circonscription médicale de la Sous-Préfecture d'Aplahoué dans le département du Mono au Bénin.

2.1 1.. Bref aperçu sur la République du Bénin (R.B.)

La carte administrative de la R.B. Fig N° 1 -



La république du Bénin (R.B.) est située au Sud-Est de l'Afrique Occidentale, en pleine zone intertropicale.

Elle couvre une superficie de 112.622 kilomètres carrés inégalement répartie. Il existe de vastes étendues inhabitées au Nord tandis que les zones du Sud sont surpeuplées (80).

Elle s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve du Niger sur une longueur de 700 kilomètres. Sa largeur varie de 125 kilomètres le long de la côte à 325 kilomètres à la latitude de Tanguéta.

La population béninoise est estimée en 1994 à 5.251.698 habitants dont presque la moitié est composée essentiellement de sujets jeunes (78).

Sur le plan administratif, la R.B. est divisée en six (6) départements, 77 Sous-Préfectures et circonscriptions urbaines qui se subdivisent en 517 communes et en 3378 villages et quartiers de villes. C'est sur cette base que va s'organiser le système de santé du pays.

En effet, le système de santé du Bénin est calqué sur le découpage administratif. Il a une structure pyramidale à trois niveaux :

- le niveau central
- le niveau intermédiaire
- le niveau périphérique.

Ce système est résumé dans le tableau ci-après :

SYSTEME NATIONAL DE SANTE-BENIN, 1994

Tableau a1

NIVEAU		INSTITUTIONS	STRUCTURES HOSPITALIÈRES ET SANITAIRES	SPÉCIALITÉS
CENTRAL		Ministère de la Santé (M.S.)	Centre National Hospitalier et Universitaire (C.N.H.U.)	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Gynéco-obs. - Radiologie - Laboratoire - O.R.L., OPH - Autres spécialités
INTERMÉDIAIRE ou DÉPARTEMENTAL		Direction Départementale de la Santé (D.D.S.)	Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.)	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Gynéco-obs. - Radiologie - Laboratoire - Autres spécialités
PÉRIPHÉRIQUE	Chef lieu de Sous-Préfecture ou de Circonscription Urbaine	Centre de Santé de Sous-Préfecture ou de Circonscription Urbaine (C.S.S.P./C.S.C.U.)	Centre de Santé de Sous-Préfecture ou de Circonscription Urbaine (C.S.S.P./C.S.C.U.)	- Médecine - Chirurgie - Maternité - Radiologie - Laboratoire - Pharmacie
	Chef lieu de commune	Complexe Communal de Santé (C.C.S.)	Complexe Communal de Santé (C.C.S.)	- Dispensaire - Maternité - Pharmacie
	Village ou quartier de Ville	Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	- Soins - Accouchements - Caisse de pharmacie

Source : SSDRO (M.S.)

- Au niveau central, nous avons :

- le ministère de la santé (M.S.) d'où émanent les grandes décisions du pays.

- le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (C.N.H.U.) est le centre de référence. Outre les activités de soins spécialisés qui s'y déroulent, on y assure également la recherche scientifique et la formation des différentes catégories du personnel de la santé du pays.

- Au niveau intermédiaire ou départemental, existent la Direction Départementale de la Santé (D.D.S.) et le Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.). Ce dernier accueille en principe les malades venant des centres de santé périphériques pour des soins spécialisés.

- Au niveau périphérique, on retrouve :

- des Centres de Santé de Sous-Préfecture (C.C/S.P) ou des Centres de Santé des Circonscriptions Urbaines (C.S./C.U.)
- des Centres Communaux de Santé (C.C.S)
- et des Unités Villageoises de Santé (U.V.S.)

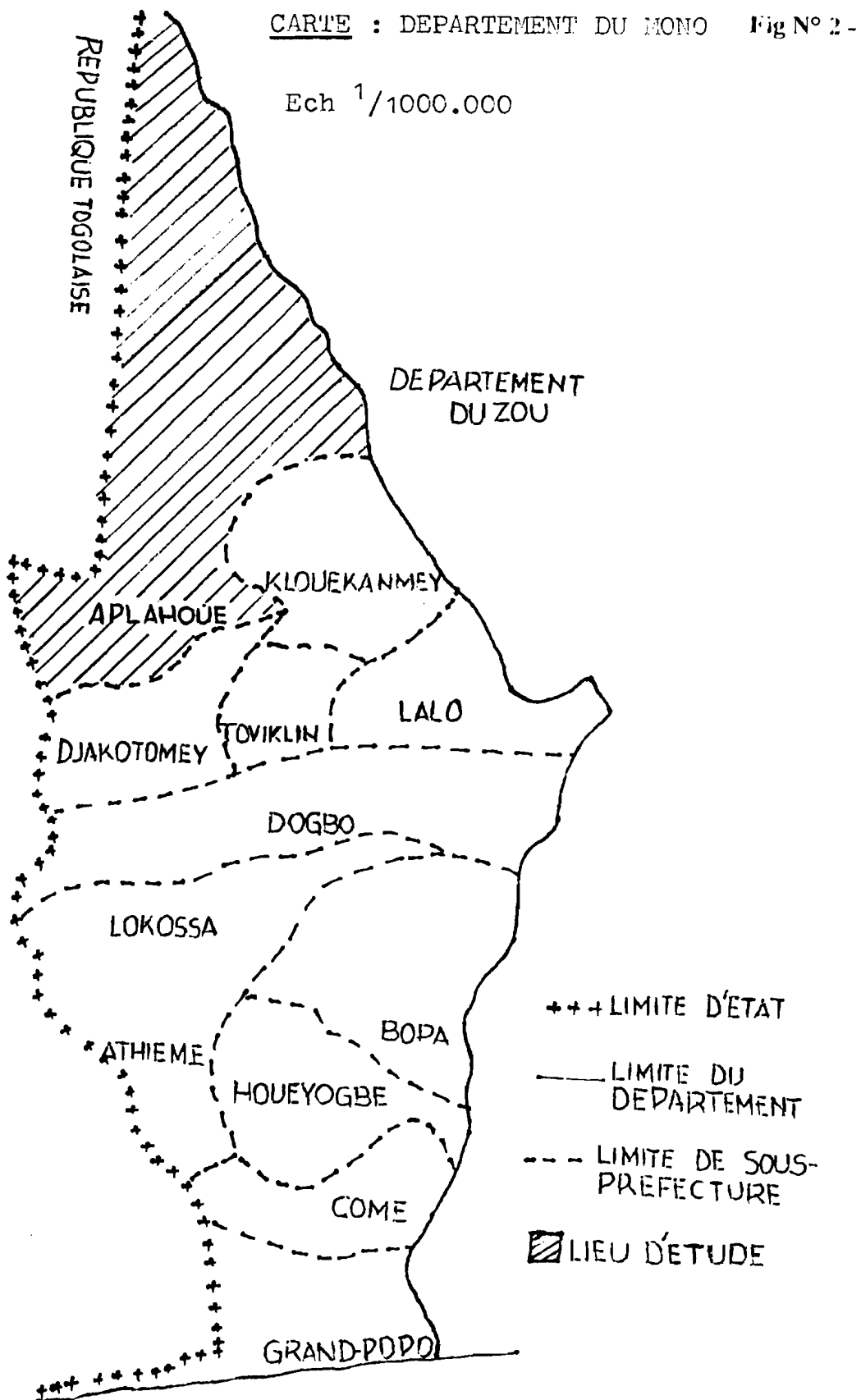
Des soins de santé primaires sont prodigués dans les C.C.S. et les U.V.S.

Dans les Centres de Santé des Sous-Préfectures ou Circonscription Urbaines se déroulent les activités de médecine générale, de chirurgie, de maternité et de radiologie.

Ces centres sont dirigés par les praticiens de première ligne que sont les médecins généralistes.

C'est sur la base de cette structure sanitaire au Bénin que nous avons choisi de faire notre étude sur les affections O.R.L. et C.F. dans le département du Mono et plus spécialement dans le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué.

2.1.2.. Bref aperçu sur Le Département du Mono



Source:Carto-Géo-UNB

Le Mono est le département qui couvre la partie Sud-Ouest de la République du Bénin.

Ce département du Mono s'étend en latitude entre les 6°15' et 7°30' parallèle nord et en longitude Est entre 1°35' et 2°10', sur une superficie de 3.800 kilomètres carrés (68)

Il est limité au Nord par la dépression de Tchi (dans le département du Zou) qui est le prolongement au Mono de la dépression de Lama, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par la République du Togo et à l'Est par le département de l'Atlantique.

L'altitude dépasse rarement 90 mètres et le plateau dit "plateau des Adja", s'incline doucement vers l'ouest et vers le Sud.

Ce département bénéficie d'un climat de type sub-équatorial toujours chaud avec une légère tendance à la sécheresse. Il est caractérisé par de faibles variations de température. Les températures moyennes mensuelles varient entre 27° et 31°.

Les températures maximales sont enregistrées en Mai et les minimales sont enregistrées en Janvier en période d'harmattan.

Comme tout le Sud du Bénin, le Mono bénéficie de deux saisons de pluie :

- la grande saison de pluie évolue de mi-Mars à mi-Juillet. C'est la période des plus fortes précipitations,

- la petite saison de pluie va de mi-Septembre à mi-Novembre.

Ces deux saisons de pluie s'alternent par deux saisons sèches :

- la grande saison sèche s'étend de mi-Novembre à mi-Mars,

- la petite saison sèche va de mi-Juillet à mi-Septembre.

L'humidité relative de l'air varie entre 95% et 53%. Le département est arrosé par le fleuve Mono qui lui a donné son nom.

Divers groupes ethniques peuplent le plateau des Adja : les Adja, les Ouatchi, les Pédah, les Mina, les Sahouè, et les Kotafon constitués de Tchi et

de Fon. Ils viennent presque tous du royaume de Tado situé aujourd'hui au Togo, sur la rive gauche du fleuve Mono. Ils entretiennent de bons rapports.

La population est estimée à 730104 habitants répartis dans 10 Sous-Préfectures et une Circonscription Urbaine (77).

L'activité économique principale est l'agriculture avec une nette prédominance des cultures vivrières. La production animale est faite de pêche, d'élevage de petits ruminants et de volaille. L'élevage du gros bétail n'est pas développé.

Les guérisseurs traditionnels jouent un rôle important dans ce milieu. Sur le plan religieux, l'animisme est en tête, puis suivent quelques catholiques et protestants.

Contrairement aux autres départements du Bénin, le Mono est pauvre en formations sanitaires adéquates.

En effet, on note une absence totale d'un Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.). Un projet Chinois est en cours de réalisation et pourra faire le bonheur des populations dans ce domaine.

Au niveau des Sous-Préfectures, des communes et des villages ou quartiers de ville, les activités de soins de santé se déroulent comme l'a prévu le système de santé du pays. Cependant les différentes structures n'existent pas partout. Et même s'il y en a, le manque de matériel et de personnel les rend inexploitable.



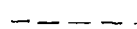







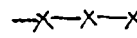
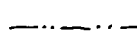
Eu égard à tout ce qui précède, nous avons porté notre choix sur le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué.

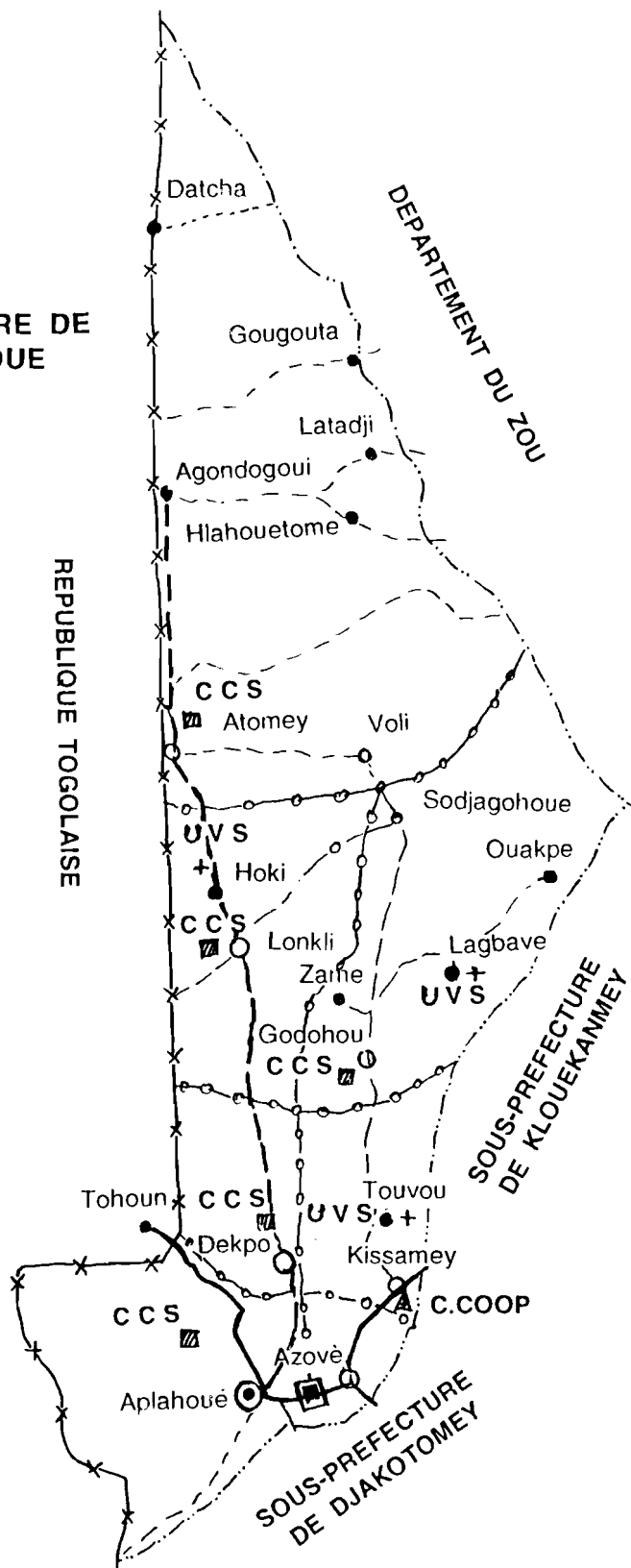
2.1.3.. La Sous-Préfecture d'Aplahoué

Fig N° 3

CARTE ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DE LA SOUS-PREFECTURE D'APLAHOUE

LEGENDE

-  Limites de Communes
-  Routes principales
-  Routes secondaires
-  Voie bitumée
-  Chef-lieu de Sous-Préfecture
-  Chef-lieu de Commune
-  Circonscription médicale d'APLAHOUE
-  Centre Communal de Santé (C. C. S)
-  Unité villageoise de Santé
-  Clinique coopérative
-  Limite de pays
-  Limites de Sous-Préfecture.



L'un des trois grands cercles à l'ère coloniale, après Grand-Popo et Athiémé, Aplahoué fut créé en 1905.

Ce cercle a ensuite accouché des Sous-Préfectures de Djakotomey, de Toviklin, et de Klouékanmey. Ces dernières sont les résultats des modifications et des dénominations administratives diverses depuis 1960, année de l'accession du Dahomey, aujourd'hui Bénin à l'indépendance. Ainsi la Sous-Préfecture d'Aplahoué ne couvre actuellement qu'une aire géographique de 915 Km² et compte 101492 habitants en 1995.(78)

La Sous-Préfecture d'Aplahoué est limitée à l'Ouest par la République du Togo, à l'Est par le département du Zou, au Nord par le fleuve Couffo, et par les Sous-Préfectures de Djakotomey et de Klouékanmey au Sud et au Sud-Est.

Sa population est estimée à 98536 habitants en 1994 et se répartit dans sept (7) communes subdivisées en soixante-six (66) villages.(78)

Le tableau suivant permet de comprendre mieux certaines données en 1992.(77)

Tableau N° all : Répartition par communes, villages et par groupes ethniques.

N°	Communes	Nombre de villages par commune	Population	Groupes ethniques
1	APLAHOUE	14	15176	Adja et Yoruba
2	AZOVE	9	16390	Adja et Yoruba
3	DEKPO	12	11675	Adja
4	KISSAMEY	12	12632	Adja
5	LONKLY	6	6116	Adja et Fon
6	GODOHOU	6	7645	Adja
7	ATOMEY	7	7857	Adja et Fon
	Total	66	77491	

Source : RGPH₂, APLAHOUE, 1992, INSAE /MPRE.

La Sous-Préfecture d'Aplahoué bénéficie d'un climat sub-équatorial avec ses quatre (4) saisons comme au niveau de l'ensemble du département du MONO.

Son économie présente les mêmes caractéristiques comme définies au niveau du département.

Sur le plan de la santé, les guérisseurs traditionnels et les formations sanitaires se partagent la responsabilité d'assurer un mieux être aux populations.

Les formations sanitaires de la Sous-Préfecture d'Aplahoué

Pendant l'ère coloniale, le cercle d'Aplahoué disposait déjà depuis 1947 d'un centre de santé au chef-lieu qui se trouvait à Aplahoué.

Les activités principales de ce centre étaient la chirurgie générale, la maternité et la médecine générale. Après le retrait des colons au lendemain de l'accession de notre pays à l'indépendance, le centre a été réduit aux activités de dispensaire et de maternité simple.

Au cours des années, de 1970 à 1980, l'objectif de la politique sanitaire du pays a consisté à rapprocher les agents de santé des populations, d'où la création des structures sanitaires citées plus haut (cf. le tableau aI du système de santé du BÉNIN).

Actuellement six (6) Centres Communaux de Santé (C.C.S.), quelques Unités Villageoises de Santé (U.V.S.) et le Centre de Santé de la Sous-Préfecture (C.S./ S.P.) assurent la santé des populations. Seule la

commune de Kissamey n'a pas de C.C.S., mais une clinique coopérative de santé est venue combler cette lacune depuis deux (2) ans environ.

Par ailleurs, un dispensaire confessionnel et deux cabinets privés concourent au même but.

De toutes ces formations sanitaires périphériques, notre étude sur les affections O.R.L. et C.F. a été faite dans le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué.

2.1.4. Le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué

Actuellement c'est un centre qui est sis au bord de la route inter-Etat N° 2 reliant la commune urbaine d'Azovè et la commune urbaine d'Aplahoué. Il est à 14 Km de Tohoun (Togo), à 160 Km environ du C.N.H.U. de Cotonou, centre de référence du pays, et à 40 Km environ du Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.) de Goho dans le département du Zou.

Sa construction, commencée en 1980, n'est terminée qu'en 1985 avec le financement du Fonds Africain de Développement (F.A.D.) et la Banque Africaine de Développement (B.A.D.).

C'est un centre de santé dont la structure se présente comme suit :

- un bâtiment pour le service des entrées.
- un bloc comprenant quatre (4) salles de consultations médicales et une salle pour le secrétariat.
- un pavillon d'hospitalisation de 36 lits.
- un bâtiment pour les activités de maternité avec 12 lits.
- un bloc opératoire.
- une salle de radiologie.
- une salle de laboratoire d'analyses médicales.
- un bâtiment d'isolement des malades tuberculeux en traitement sous la supervision du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthisiologie (C.N.H.P.-P.) d'Akpakpa à Cotonou. Ce bâtiment compte 10 lits et est équipé par l'association humanitaire "COMITÉ TIERS-MONDE ISIGNY-CARENTAN" (France).
- un bâtiment pour la pharmacie.
- trois logements dont deux sont occupés par le médecin-chef et la sage-femme principale.

Inauguré le 12 Juillet 1989, ce centre a été dirigé par le Docteur Justin ATADE et l'est actuellement par le Docteur Dorothee YEVIDE. Son exploitation n'est faite qu'à moitié en raison du manque de personnel qualifié

et de matériel adéquat. Ainsi seules les activités de médecine générale et de maternité simple y sont assurées.

Mais depuis le début du deuxième semestre de l'année 1995 les activités de chirurgie générale ont enfin démarré.

Actuellement, le personnel médical et paramédical du centre se présente comme suit :

- un médecin-chef
- deux médecins généralistes
- un chirurgien
- un médecin anesthésiste réanimateur
- huit infirmiers dont quatre diplômés d'État
- deux sages-femmes d'État
- trois techniciens de laboratoire
- un technicien de radiologie
- treize aide soignants dont douze occasionnels.

Soit au total 32 agents auxquels s'ajoutent 2 gardiens et un chauffeur.

Parmi les aide soignants, trois (3) assurent la vente des médicaments essentiels et des produits pharmaceutiques de l'organisme "Tiers-Monde".

Par ailleurs, le service administratif est inexistant et pourrait voir le jour avec le démarrage des services spécialisés.

Au nombre des différentes affections rencontrées dans ce centre, figurent les affections O.R.L. et C.F. qui occupent une place importante en consultation externe. Ces dernières constituent l'objet de notre présente étude.

Les pathologies étudiées sont :

- la pathologie auriculaire
- la pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée
- la pathologie cervico-faciale.
- la pathologie rhino-sinusienne

Quelle est alors la base de notre méthode de travail ?

2.2. MÉTHODE DE TRAVAIL

2.2.1. Nature et durée

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de cinq (5) ans. Elle va du 1^{er} Janvier 1990 au 31 Décembre 1994 dans le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué dans le département du Mono.

2.2.2. Collecte et traitement des données

Les données sont recueillies par des fiches calquées sur les registres des malades. Un exemplaire est joint en annexe. Le dépouillement a été manuel compte tenu de nos possibilités financières.

2.2.3. Difficultés rencontrées

- Nous avons effectué des voyages sur notre lieu de recherche. Ceci a engendré d'énormes dépenses dont le détail est joint en annexe.

- Dans les registres ou fiches des malades, beaucoup de renseignements ont fait défaut et n'ont pu être étudiés dans ce travail. (Profession, religion, antécédents, rendez-vous)

- Les registres ou fiches n'ont pas été conçus dans la rigueur scientifique pour des recherches ultérieures.

- Le dépouillement a été manuel. Il a donc nécessité une attention plus soutenue et beaucoup plus de travail.

- L'absence de travaux du genre dans la sous-région.

Malgré ces difficultés nous avons abouti à des résultats exploitables.

2.3. MATÉRIEL D'ÉTUDE

Le matériel d'étude est fait de :

- différents registres et fiches de consultation externe
- différents registres du service de garde, d'hospitalisation et des urgences.

Tous les cas dont les différents paramètres étudiés ne sont pas mentionnés sont rejetés.

Il s'agit en particulier de l'âge, du sexe du malade, du diagnostic et du traitement.

Nous avons sélectionné 1991 cas de malades en cinq ans soit en moyenne 398 cas par an.

III - RÉSULTATS et ANALYSES

La pathologie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale est fréquente. Elle se voit couramment en pratique médicale quotidienne.

En effet au cours de notre étude rétrospective sur cinq années du 1er Janvier 1990 au 31 Décembre 1994, nous avons recensé 1991 cas d'affections ou symptômes de maladie.

Ces différents cas sont regroupés en :

- pathologie auriculaire
- pathologie rhino-sinusienne
- pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée
- pathologie cervico-faciale.

Les résultats de notre travail se présenteront sous la forme de tableaux récapitulatifs, de diagrammes, d'histogrammes ou de courbes suivis de quelques analyses succinctes.

3.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

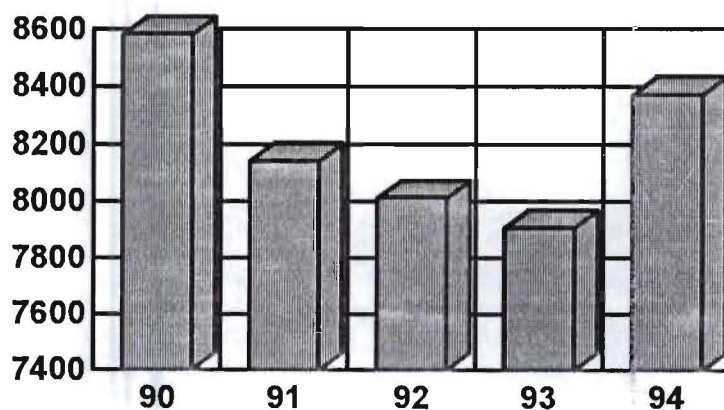
3.1.1. La fréquentation du Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué(C.S./S-P.).

Le C.S./S-P d'Aplahoué est très fréquenté. Le tableau suivant indique l'évolution de la fréquentation dudit centre depuis le 1er Janvier 1990 au 31 Décembre 1994.

Evolution de la fréquentation du centre par la population

Années	1990	1991	1992	1993	1994	Total	Moyenne
Nombre de cas	8583	8145	8013	7908	8373	41022	8204

Histogramme N°1 Nombre de cas



Le tableau N°I et l'histogramme nous montrent que :

- La fréquentation du centre de santé est régulière avec 41022 cas en cinq (5) ans soit une moyenne arithmétique de 8204 par an.

- L'année 1990 a enregistré le plus fort nombre de malades : 8583. Elle est suivie les autres années d'une légère baisse du nombre de cas jusqu'en 1993 où le plus faible nombre a été observé. La remontée du nombre de cas est observée dans l'année 1994.

Nous avons au cours de cinq ans, enregistré 41022 cas de consultation externe et avons recensé 1991 cas d'affections O.R.L. et C.F. au sein d'une population estimée à 98 536 habitants en 1994.

Ainsi, l'incidence des affectations O.R.L. et C.F. dans la population générale est de 2,02% (ou 20,20‰) et dans la population consultante 4,85% (ou 48,5‰)

Ces incidences qui ne sont pas à négliger témoignent de l'importance desdites affections dans la population rurale.

3.1.2. La répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

Le tableau N° II nous indique le nombre d'hommes et de femmes suivant les tranches d'âge

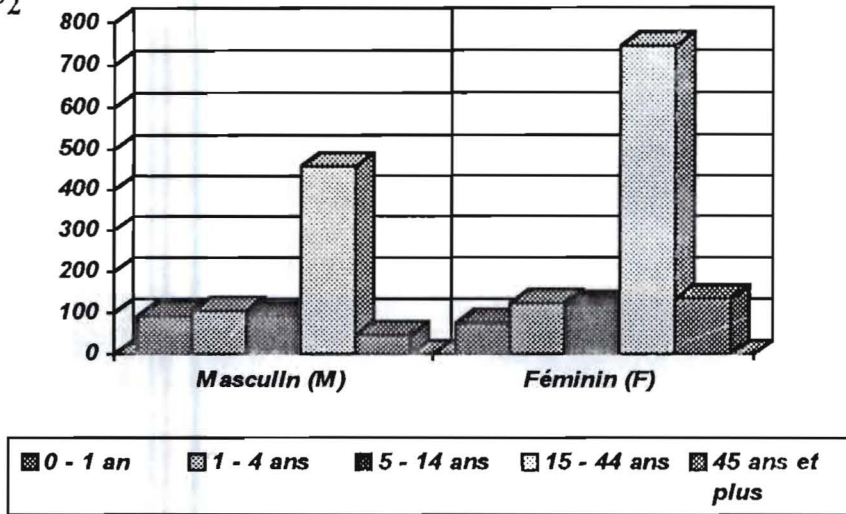
Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge :

Tranche d'âge	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	93	76	169	8,49%
1 - 4 ans	105	124	229	11,50%
5 - 14 ans	91	120	211	10,60%
15 - 44 ans	458	743	1201	60,32%
45 ans et plus	46	135	181	9,09%
Total	793	1198	1991	100%
Pourcentage	39,83%	* 60,17%	100%	

3.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

L'histogramme de la répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

- Histogramme N°2



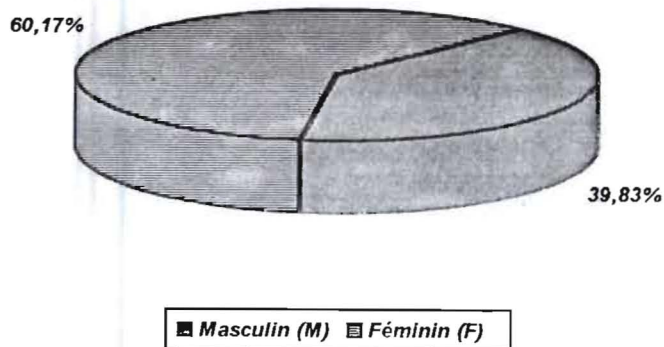
D'après le tableau N° II et l'histogramme, les sujets de sexe féminin sont retrouvés dans une grande proportion au cours de notre travail :

- 1198 cas, soit 60,17% contre 793 cas soit 39,83% de sujets de sexe masculin.

- Les pathologies O.R.L. et C.F sont présentes dans toutes les tranches d'âge. La tranche la plus intéressée est celle de 15 à 44 ans avec 1201 cas, soit 60,32%. La part infantile de 0 à 14 ans est non négligeable avec 609 cas, soit 30,59 % des cas.

Le diagramme suivant montre la répartition des cas selon le sexe.

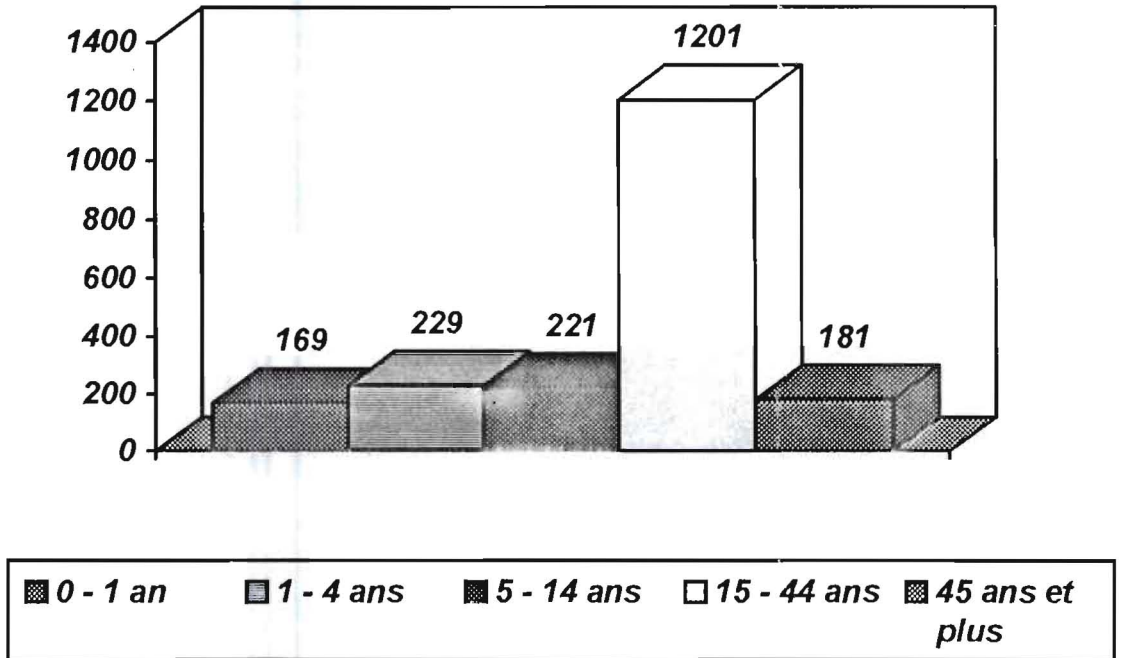
Diagramme N° 1



Le diagramme indique clairement la prédominance féminine avec un sex-ratio Femmes/Hommes égal à 1,51.

La figure suivante nous montre la répartition des malades par tranche d'âge.

Histogramme N°3



- Une nette prédominance des malades âgés de 15 à 45 ans avec 60,32% du total.
- Les sujets les moins représentés sont ceux de 0 à 1 an et de plus de 45 ans avec respectivement 8,49% et 9,09% de tous les malades.

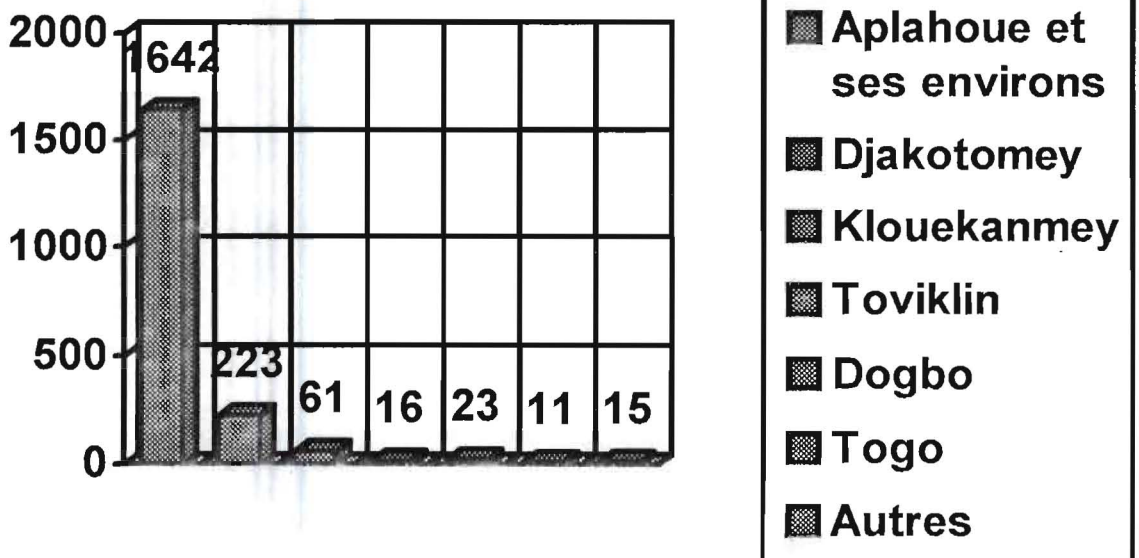
3.1.3. La répartition des cas en fonction de la provenance

Le tableau N° III nous montre la répartition des malades selon leur provenance.

Tableau N° III : La répartition des cas selon leur provenance

Cas	Provenance							Total
	Aplahoué et ses environs	Djakotomey	Klouekanmey	Toviklin	Dogbo	Togo	Autres	
En nombre absolu	1642	223	61	16	23	11	15	1991
En pourcentage	82,47%	11,2%	3,07%	0,80%	1,16%	0,55%	0,75%	100%

Cas



- Histogramme N°4 -

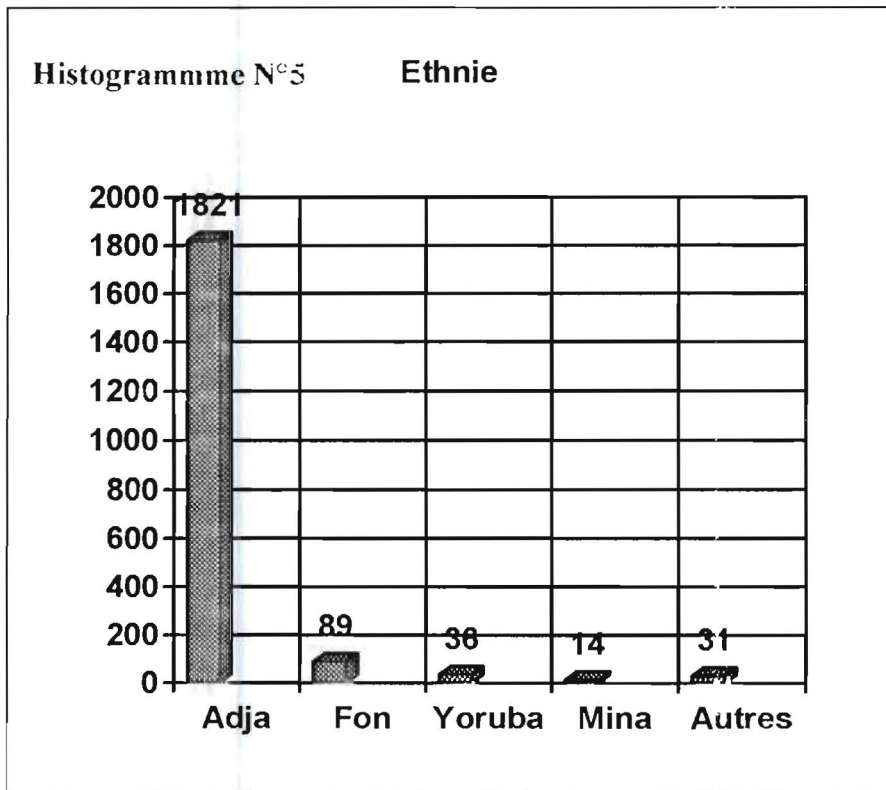
Le tableau N° III et l'histogramme nous montrent que la plupart des malades de notre étude proviennent de la Sous-Préfecture d'Aplahoué et ses environs : terrain où l'étude est faite.

3.1.4. La répartition des cas en fonction de l'ethnie

Nos malades sont regroupés dans le tableau suivant en fonction de l'ethnie.

Tableau N° IV : La répartition des cas en fonction de l'ethnie.

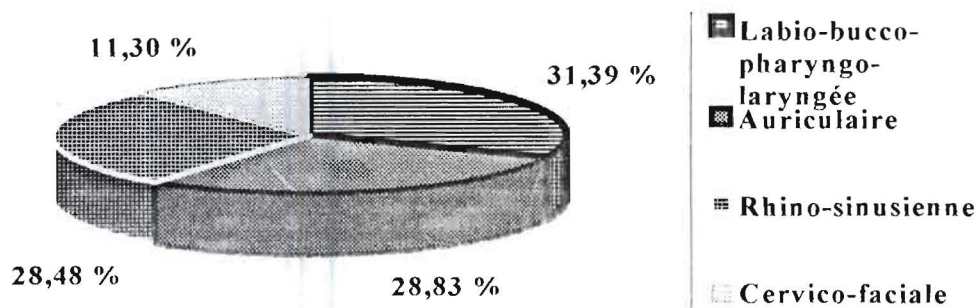
Cas	Ethnie					TOTAL
	ADJA	FON	YORUBA	MINA	Autres	
En nombre absolu	1821	89	36	14	31	1991
En pourcentage	91,46%	4,47%	1,81%	0,70%	1,56%	100%



Le tableau N° IV et l'histogramme révèlent que le groupe ethnique Adja est dominant dans notre série. Ce groupe occupe 91,46% des cas. Ceci n'est que le reflet de la population.

TABLEAU N° V : La répartition des malades par pathologie

Cas	Pathologie				Total
	Labio-bucco-pharyngo-laryngée	Auriculaire	Rhino-sinusienne	Cervico-faciale	
En nombre absolu	625	574	567	225	1991
En pourcentage	31,39 %	28,83 %	28,48 %	11,30 %	100 %

Diagramme N° 2 : La répartition des malades par pathologie

Le tableau N° V et le diagramme N° 2 nous montrent que quatre groupes de pathologies O.R.L et C.F se partagent les 1991 malades recensés : les pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées, auriculaires, rhino-sinusiennes et cervico-faciales.

Les pathologies labio-bucco-pharyngées arrivent en tête avec 625 cas soit 31,39 %. Elles sont suivies immédiatement des auriculaires avec 574 cas soit 28,83 % et des rhino-sinusiennes avec 567 cas soit 28,48 %.

Ensuite viennent les cervico-faciales avec 225 cas soit 11,30 %.

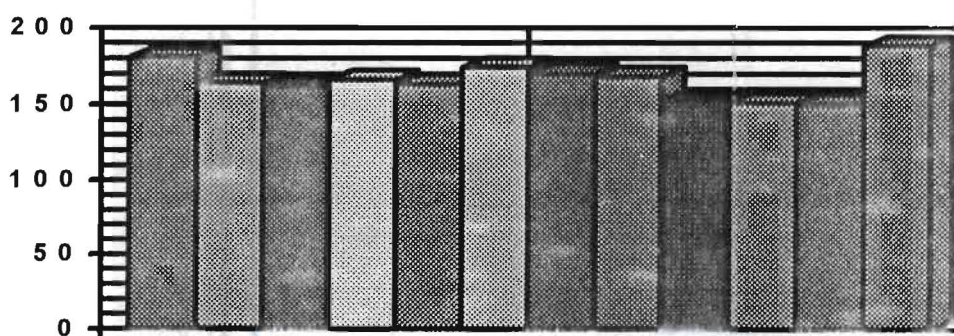
3.1.6. La répartition des cas par mois et par année

Le tableau N° VI nous montre la répartition des cas par mois et par année.

Tableau N° VI : La répartition par mois et par année

Mois	Année					Total	Pourcentage	Moyenne par année
	1990	1991	1992	1993	1994			
Janvier	21	34	33	39	54	181	9,10%	36,2
Février	22	53	22	26	41	164	8,24%	32,8
Mars	34	27	23	38	40	162	8,14%	32,4
Avril	29	27	31	34	45	166	8,34%	33,2
Mai	46	23	31	32	31	163	8,19%	32,6
Juin	44	13	50	37	30	174	8,74%	34,8
Juillet	40	24	23	44	39	170	8,54%	34
Août	29	50	28	26	35	168	8,44%	33,6
Septembre	26	38	46	26	17	153	7,69%	30,6
Octobre	35	37	26	16	37	151	7,59%	30,2
Novembre	34	22	35	9	50	150	7,54%	30
Décembre	36	11	55	42	45	188	9,45%	37,6
Total	396	359	403	369	464	1991	100%	398,2
Pourcentage	19,89%	18,03%	20,24%	18,53%	23,31%	100%		
Moyenne par mois	33	29,9	33,5	30,7	38,6	33,1		

Histogramme N°6 - C.S./S-P

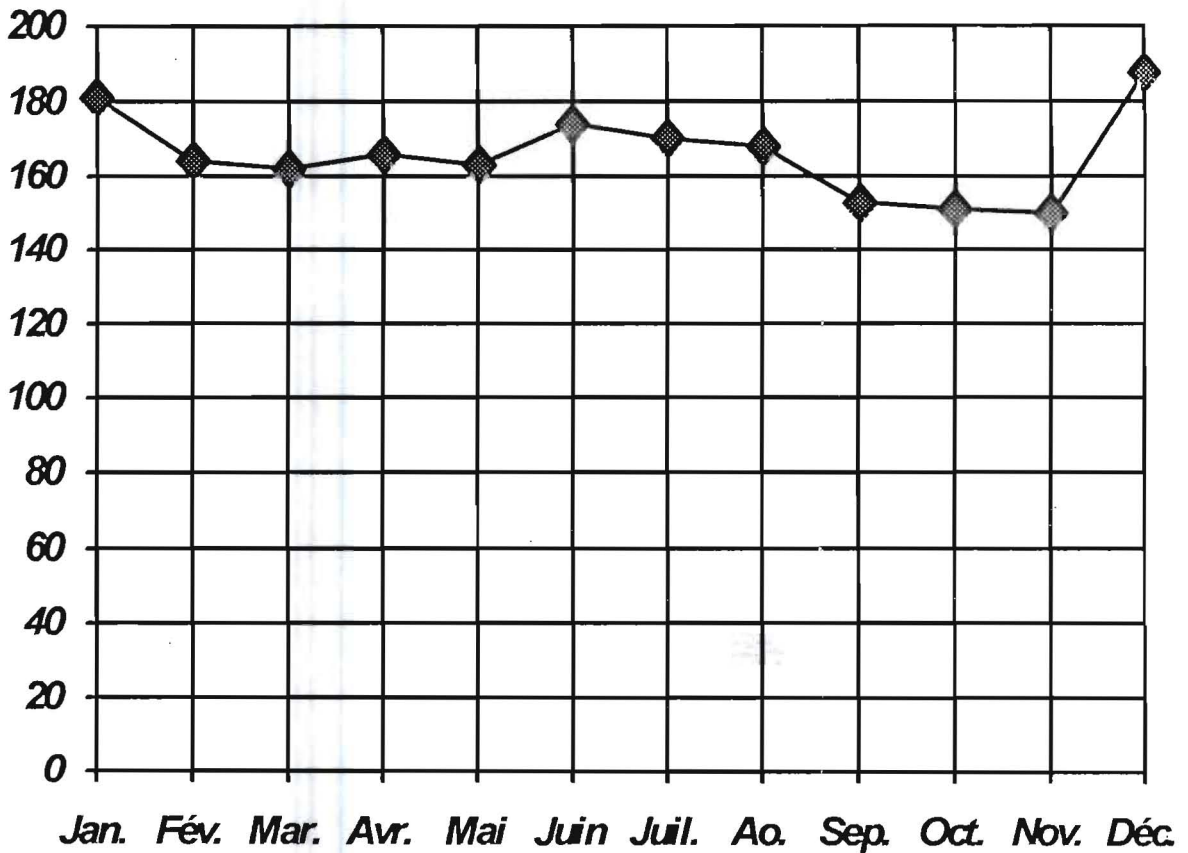


01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Le tableau N° VI et l'histogramme nous montrent que :

- les mois de Décembre et de Janvier ont enregistré les plus forts nombres de cas de malades avec respectivement 188 cas (9,45%) et 181 cas (9,10%)
- Le nombre faible des cas est observé aux mois de Novembre : 150 cas (7,54%), et d'Octobre : 151 cas (7,59%).
- l'année 1994 a enregistré l'effectif le plus élevé avec 23,31%
- L'année 1991 a obtenu le plus faible nombre de malades avec 18,03 %.

Fig N° 4 Courbe de la répartition des cas par mois cumulés



Cette courbe montre un effectif cumulé des malades élevé aux mois de Janvier et Décembre.

3.1.7. La répartition des cas par saisons

Le tableau N° VII nous montre les cas selon les pathologies et par saisons.

Tableau N° VII : La répartition des cas par saisons

Saisons	Pathologies			Pourcentage
	Pathologies infectieuses et inflammatoires	Autres pathologies	Total	
grande saison sèche (mi-Novembre Décembre, Janvier, Février, mi-Mars)	392	278	670	33,65%
Grande saison des pluies : (mi-Mars, Avril, Mai Juin, mi-Juillet)	344	345	689	34,61%
Petite saison sèche : (mi-Juillet, Août, mi-Septembre)	179	150	329	16,52%
Petite saison des pluies : (mi-Septembre, Octobre, mi-Novembre)	172	131	303	15,22%
Total	1087	904	1991	100%
Pourcentage	54,60%	45,40%	100%	

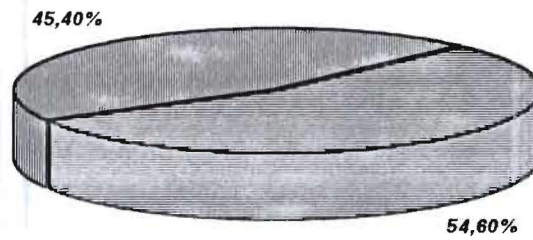


Diagramme N° 3

■ Pathologies infectieuses et inflammatoires	■ Autres pathologies
--	----------------------

Le tableau N° VII et le diagramme nous montrent que les différents cas sont inégalement répartis au cours des différentes saisons ; pendant les cinq années d'étude .

- Les cas sont importants pendant les grandes saisons des pluies et grandes saisons sèches : 689 et 670 cas. Les plus faibles sont observés pendant les petites saisons sèches et des pluies.

- Les pathologies inférieures et inflammatoires sont prépondérantes au cours des différentes saisons avec des chiffres élevés pendant les grandes saisons.

3.1.8. - La répartition des pathologies infectieuses et inflammatoires par saison

Le tableau N° VIII montre les maladies infectieuses et inflammatoires par saisons

TABLEAU N° VIII : La répartition des cas par saisons

Pathologies infectieuses et inflammatoires		SAISONS				Total	Pourcentage
		Grande saison sèche	Grande saison de pluie	Petite saison sèche	Petite saison de pluie		
Pathologie bucco-pharyngo-laryngée	Amygdalites	103	87	30	35	255	23,46 %
	Stomatites	60	52	26	24	162	14,90 %
	Affections dentaires	36	48	23	20	127	11,69 %
	Candidoses buccales	22	11	7	6	46	4,23 %
	Laryngites	2	0	0	0	2	0,18 %
	Total₁ (T₁)	223	198	86	85	592	54,46 %
Pathologie auriculaire	Otites	75	68	49	38	230	21,16%
	Mastoidites	1	1	0	1	3	0,28 %
	Total₂(T₂)	76	69	49	39	233	21,44%
Pathologie rhino-sinusienne	Rhinites	55	32	22	27	136	12,51 %
	Sinusites	17	16	11	12	56	5,15 %
	Total₃ (T₃)	72	48	33	39	192	17,66 %
Pathologie cervico-faciale	Parotidites	15	15	8	6	44	4,05 %
	Adénopathies Cervicales	6	6	1	1	14	1,29 %
	Parotidites ourliennes	0	7	2	2	11	1,01 %
	Algie mandibulaire	0	1	0	0	1	0,09
	Total₄ (T₄)	21	29	11	9	70	6,44 %
	TOTAL (T₁, T₂, T₃, T₄)	392	344	179	172	1087	100 %
Pourcentage	36,06 %	31,61 %	16,74 %	15,82 %	100 %		

Le Tableau N° VIII nous montre que :

- La pathologie infectieuse la plus dominante est la pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée avec 592 cas soit 54,46%

- Les maladies infectieuses les plus dominantes sont les amygdalites et les otites.- Les pathologies infectieuses et inflammatoires sont prépondérantes pendant les grandes saisons avec une prédominance en grande saison sèche avec 392 cas.

En conclusion, la grande saison sèche est la plus pourvoyeuse des maladies infectieuses et inflammatoires avec 392 cas soit 36,06%.

3.2 - DIFFERENTES PATHOLOGIES O.R.L. et C.F.

3.2.1 - Les Pathologies auriculaires

3.2.1.1. - La répartition des pathologies auriculaires

Le tableau N° IX nous montre les groupes de pathologies observées.

TABLEAU N° IX : Répartition des cas par pathologie

Pathologies	Affections		
	Affections ou symptômes	Nombre de cas	Pourcentage
Pathologies Infectieuses et inflammatoires	Otites aiguës non suppurées	103	17,95 %
	Otites aiguës suppurées	123	21,43 %
	Otites chroniques	1	0,17 %
	Furoncle du conduit auditif externe	3	0,52 %
	Mastoidite	3	0,52 %
	TOTAL₁ (I)	233	40,59 %
Pathologies Traumatologiques	* Corps étrangers exogènes (grain de maïs)	5	0,87 %
	* Corps étrangers par accident de la voie publique	2	0,35 %
	* Plaie traumatique du lobule de l'oreille	2	0,35 %
	TOTAL₂ (T₂)	9	1,57 %
Atteinte labyrinthique	Vertiges	301	52,44 %
	Surdi-mutité	20	3,49 %
	Hypoacousie	8	1,39 %
	Acouphènes	3	0,52 %
	TOTAL₃ (T₃)	332	57,84 %
	TOTAL T₁, T₂, T₃	574	100 %

Le tableau N° IV nous montre que :

- L'atteinte labyrinthique est prédominante avec 332 cas (57,84 %), soit 16,68 % de tous les malades. Elle est dominée par les vertiges avec 301 cas (52,44 %), soit 57,84 %.

- La pathologie infectieuse et inflammatoire occupe le second rang avec 233 cas soit 40,59 %. Elle est dominée par les otites 230 cas (40,07 %) soit 11,55 % du total des malades.

**3.2. DIFFERENTES
PATHOLOGIES O.R.L. ET
C.F.**

3.2.1.2. La répartition des pathologies auriculaires selon le sexe et la tranche d'âge

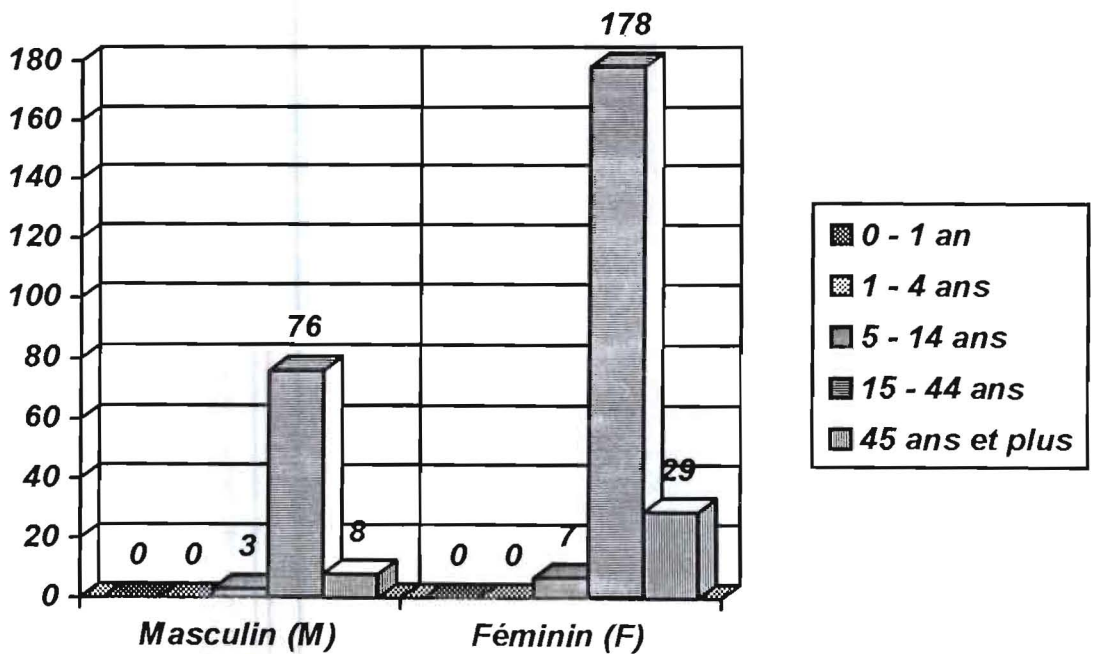
3.2.1.2.1. La pathologie labyrinthique

3.2.1.2.1.1. Les vertiges

Le tableau N° X montre la répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° X : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Sexe		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	3	7	10	3,32%
15 - 44 ans	76	178	254	84,39%
45 ans et plus	8	29	37	12,29%
Total	87	214	301	100%
Pourcentage	28,90%	71,10%	100%	



Histogramme N°7 -

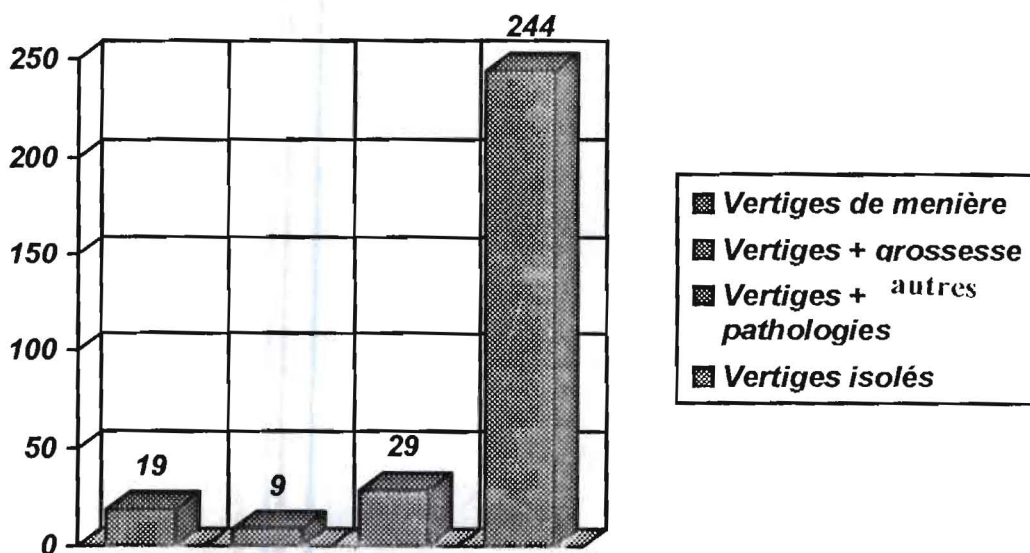
Le tableau N° X et l'histogramme montrent une prédominance féminine des vertiges avec 214 cas (71,10%)

- Les vertiges sont rencontrés dans la tranche d'âge de 15 à 44 ans avec 254 cas (84,39%).

Le tableau N° XI montre la répartition des vertiges selon le type.

Tableau N° XI : Répartition selon le type de vertiges

<i>Cas</i>	<i>Vertiges</i>				Total
	Vertiges de Ménière	Vertiges + grossesse	Vertiges + autres pathologies	Vertiges isolés	
en nombre absolu	19	9	29	244	301
en pourcentage	6,31%	2,99%	9,64%	81,06%	100%



Histogramme N°8

Vertiges de Ménière	Vertiges + grossesse	Vertiges + autres pathologies	Vertiges isolés
19	9	29	244

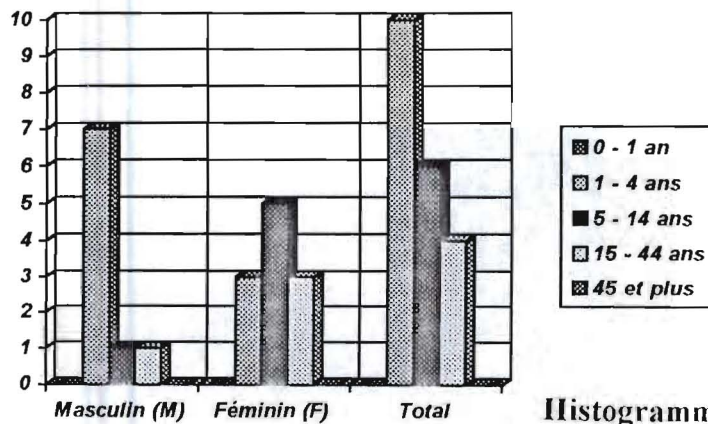
Le tableau N° XI et l'histogramme montrent que les vertiges sans cause évidente dominent avec 244 cas soit 81,06%

3.2.1.2.1.2. Les surdi-mutités

Le tableau N° XII montre la répartition des cas de surdi-mutités selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	Pourcentage
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	7	3	10	50%
5 - 14 ans	1	5	6	30%
15 - 44 ans	1	3	4	20%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	9	11	20	100%
Pourcentage	45%	55%	100%	



Histogramme N°9 -

Le tableau N° XII et l'histogramme montrent une prédominance des cas de surdi-mutités dans les tranches d'âge de 1 à 14 ans avec 16 cas soit 80%

3.2.1.2.1.3. L'hypoacousie

Le tableau N° XIII indique la répartition des malades atteints d'hypoacousie en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XIII : Répartition des cas selon la tranche d'âge et le sexe.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	Pourcentage
0 - 1an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	3	2	5	62,50%
45 ans et plus	0	3	3	37,50%
Total	3	5	8	100%
Pourcentage	37,50%	62,50%	100%	

Le tableau N° XIII montre que :

- les sujets âgés de 15 ans et plus sont les seuls intéressés dans notre étude avec une prédominance des sujets de 15 à 44 ans : 5 cas soit 62,50%.
- La prédominance est féminine avec 62,50%.

3.2.1.2.1.4. Les acouphènes

Le tableau N° XIV montre la répartition des acouphènes en fonction du sexe et de tranche d'âge.

Tableau N° XIV : Répartition selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	Pourcentage
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	2	1	3	100%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	2	1	3	100%
Pourcentage	66,67%	33,33%	100%	

Le tableau N° XIV nous montre que les acouphènes de notre étude sont observés chez des adultes jeunes de 15 à 44 ans.

3.2.1.2.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire

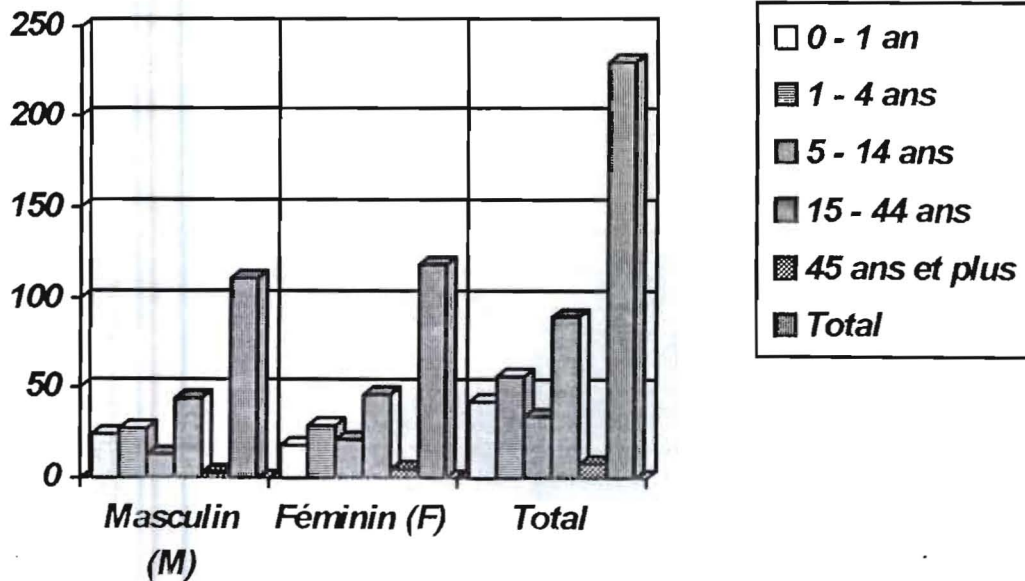
3.2.1.2.2.1. Les otites

Le tableau N° XV montre la répartition des otites selon la tranche d'âge et le sexe.

Tableau N° XV : Répartition des otites en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	
0 - 1 an	24	18	42	18,26%
1 - 4 ans	27	29	56	24,35%
5 - 14 ans	13	21	34	14,78%
15 - 44 ans	44	46	90	39,13%
45 ans et plus	3	5	8	3,48%
Total	111	119	230	100%
Pourcentage	48,26%	51,74%	100%	

Tranche d'âge



Histogramme N°10 -

Le tableau N° XV et l'histogramme n° 10 montrent que :

- les femmes dominent légèrement la série avec 119 cas, soit 51,74 %
- les otites sont assez fréquentes chez les enfants avec 132 cas, soit 57,39 %. La prédominance est observée chez les enfants de 0 à 4 ans avec 98 cas, soit 42,61 %

Le tableau N° XVI indique la répartition des otites selon l'évolution.

TABLEAU N° XVI: Répartition selon l'évolution

Tranche d'âge	OTITES			Total	Pourcentage
	Otites Congestives	Otites aiguës suppurées	Otite chronique		
0 - 1 an	15	27	0	42	18,26 %
1 - 4 ans	15	41	0	56	24,35 %
5 - 14 ans	14	20	0	34	14,78 %
15 - 44 ans	56	33	1	90	39,13 %
45 ans et plus	6	2	0	8	3,48 %
TOTAL	106	123	1	230	100 %
Pourcentage	46,09 %	53,48 %	0,43 %	100 %	

Le tableau N° XVI révèle une prédominance des otites aiguës suppurées avec 123 cas soit 53,48 %. Les enfants sont les plus atteints avec 88 cas soit 71,54 % des otites suppurées, et 38,26 % de toutes les otites.

3.2.1.2.2.2. Les mastoïdites

Le tableau N° XIX indique la répartition des mastoïdites en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XIX : Répartition des mastoïdites selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	2	2	66,67%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	0	1	1	33,33%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	0	3	3	100%
Pourcentage	0%	100%	100%	

Les mastoïdites de notre série sont observées chez les femmes avec une prédominance des nourrissons de 0 à 1 an : 2 cas.

3.2.1.2.3. La pathologie traumatologique

3.2.1.2.3.1. Les corps étrangers exogènes (grains de maïs)

Le tableau N° XX indique la répartition des malades selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XX : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	1	0	1	20%
5 - 14 ans	2	1	3	60%
15 - 44 ans	0	0	0	0%
45 ans et plus	0	1	1	20%
Total	3	2	5	100%
Pourcentage	60%	40%	100%	

Le tableau N° XX montre que l'introduction accidentelle du grain de maïs dans le conduit auditif est surtout observée chez les enfants avec 4 cas (80%). On note une prédominance masculine avec 3 cas (60%).

3.2.1.2.3.2. Les plaies et les otorragies par accident de la voie publique.

Le tableau N° XXI montre la répartition des traumatismes auriculaires selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXI : Répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Sexe			Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	1	1	25%
15 - 44 ans	1	2	3	75%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	1	3	4	100%
Pourcentage	25%	75%	100%	

Le tableau N° XXI montre une prédominance féminine avec 3 cas.

Les cas observés appartiennent à la tranche d'âge de 5 à 44 ans.

3.2.2. Les pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées

3.2.2.1. La répartition des pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées

Le tableau N° XXII montre la répartition des pathologies observées au cours de notre étude.

Tableau N° XXII : Répartition des cas par pathologie.

<i>Pathologies</i>	<i>Affections</i>		
	Affections ou symptômes	Nombre de cas	Pourcentage
Pathologie infectieuse et inflammatoire	Amygdalites	255	40,80%
	Stomatites	162	25,92%
	Candidoses buccales	46	7,36%
	Laryngites	2	0,32%
	Total ₁ (T ₁)	465	74,40%
	Pathologie malformative	Frein de langue	27
Total ₂ (T ₂)		27	4,32%
Pathologie traumatologique	Plaies traumatiques labiales	5	0,80%
	Total ₃ (T ₃)	5	0,80%
Pathologie tumorale	Tumeur linguale	1	0,16%
	Total ₄ (T ₄)	1	0,16%
Autres Pathologies (Affections dentaires)	Parodontopathies	98	15,68%
	Carie dentaire	28	4,48%
	Kyste dentaire	1	0,16%
	Total ₅ (T ₅)	127	20,32%
Total (T ₁ , T ₂ , T ₃ , T ₄ , T ₅)		625	100%

Le tableau N° XXII montre que :

- les pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées sont dominées par la pathologie infectieuse et inflammatoire dans notre série avec 465 cas (74,40%). Les amygdalites arrivent en tête avec 255 cas (40,80%)

- la pathologie malformative est représentée par les freins de langue : 27 cas (4,32%).

3.2.2.2. *La répartition des pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées selon le sexe et la tranche d'âge.*

3.2.2.2.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire

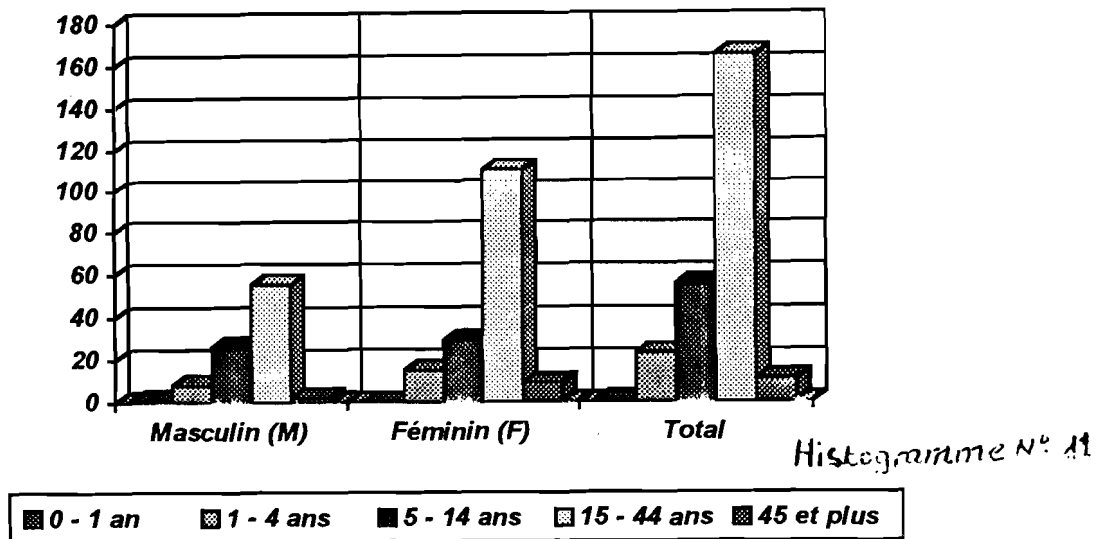
3.2.2.2.1.1. Les amygdalites

Le tableau N° XXIII indique la répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXIII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	1	0	1	0,39%
1 - 4 ans	8	15	23	9,02%
5 - 14 ans	26	29	55	21,57%
15 - 44 ans	55	110	165	64,71%
45 ans et plus	2	9	11	4,31%
Total	92	163	255	100%
Pourcentage	36,08%	63,92%	100%	

L'histogramme indique la répartition des amygdalites selon le sexe et la tranche d'âge.



Le tableau N° XXIII et l'histogramme nous montrent que :

- les amygdalites sont rencontrées dans tous les âges. Elles sont prédominantes chez les adolescents et les adultes jeunes avec 165 cas (64,71%)
- les femmes sont beaucoup plus atteintes que les hommes avec 63,92%.

3.2.2.2.1.2. Les stomatites

Le tableau N° XXIV montre la répartition des stomatites suivant le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXIV : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	12	6	18	11,11%
1 - 4 ans	27	36	63	38,89%
5 - 14 ans	7	5	12	7,41%
15 - 44 ans	20	41	61	37,65%
45 ans et plus	1	7	8	4,94%
Total	67	95	162	100%
Pourcentage	41,36%	58,64%	100%	

Le tableau N° XXIV révèle :

- une prédominance des stomatites chez les enfants de 0 à 4 ans dans la moitié des cas : 81 cas (50%)
- une prédominance féminine avec 95 cas (58,64%).

3.2.2.2.1.3. Les candidoses buccales

Le tableau N° XXV montre la répartition des candidoses buccales en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXV : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	
0 - 1 an	13	9	22	47,83%
1 - 4 ans	3	9	12	26,08%
5 - 14 ans	0	2	2	4,35%
15 - 44 ans	8	2	10	21,74%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	24	22	46	100%
Pourcentage	52,17%	47,83%	100%	

Le tableau N° XXV nous montre que :

- les hommes sont plus atteints de candidoses buccales avec 24 cas (52,17%) que les femmes : 22 cas (47,83%)
- les candidoses buccales sont rencontrées chez les enfants avec une nette prédominance dans la première année de vie.

3.2.2.2.1.4. Les laryngites

Le tableau N° XXVI montre la répartition des laryngites selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXVI : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	Pourcentage
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	1	1	50%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	0	1	1	50%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	0	2	2	100%
Pourcentage	0%	100%	100%	

Le tableau N° XXVI montre que les 2 cas de laryngites sont observés chez les femmes.

3.2.2.2. Les pathologies malformatives : les freins de langue

Le tableau N° XXVII montre la répartition des freins de langue selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXVII : Répartition des cas suivant le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	
0 - 1 an	10	7	17	62,96%
1 - 4 ans	6	4	10	37,04%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	0	0	0	0%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	16	11	27	100%
Pourcentage	59,26%	40,74%	100%	

Le tableau N° XXVII révèle que :

- les freins de langue constituent la seule pathologie malformative rencontrée dans cette région.

- les freins de langue sont relativement plus fréquents chez les garçons avec 16 cas (59,26%) que chez les filles : 11 cas (40,74%)

- la pathologie malformative est observée chez les enfants avec une prédominance dans la première année de vie : 17 cas (62,96%).

3.2.2.2.3. La pathologie traumatologique : traumatisme labial

Le tableau N° XXVIII montre la répartition des traumatismes labiaux en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXVIII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	1	0	1	20%
5 - 14 ans	0	1	1	20%
15 - 44 ans	2	0	2	40%
45 ans plus	1	0	1	20%
Total	4	1	5	100%
Pourcentage	80%	20%	100%	

Le tableau N° XXVIII montre que les hommes viennent en tête dans les traumatismes labiaux avec 4 cas (80%).

3.2.2.2.4. La pathologie tumorale : tumeur linguale

Le tableau N° XXIX montre la répartition des tumeurs linguales en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXIX : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	0	1	1	100%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	0	1	1	100%
Pourcentage	0%	100%	100%	

Le tableau N° XXIX montre que la pathologie tumorale est observée chez une femme âgée de 43 ans.

3.2.3. Les pathologies rhino-sinusiennes

3.2.3.1. La répartition des pathologies rhino-sinusiennes

Le tableau N° XXX montre la répartition des pathologies rhino-sinusiennes observées dans notre étude.

Tableau N° XXX : Répartition par pathologie

<i>Pathologie</i>	<i>Affections</i>		
	Affections ou symptômes	Nombre de cas	Pourcentage
Pathologie infectieuse et inflammatoire	Rhinites aiguës	136	23,99%
	Sinusites aiguës	26	4,58%
	Sinusites chroniques	30	5,29%
	Total ₁	192	33,86%
Pathologie vasculaire	Epistaxis	27	4,76%
	Total ₂	27	4,76%
Pathologie traumatologique	Corps étrangers exogènes	3	0,53%
	Total ₃	3	0,53%%
Pathologie tumorale	Polype endonasal	1	0,18%
	Total ₄	1	0,18%
Autres pathologies	Céphalées	58	10,23%
	Migraines	286	50,44%
	Total ₅	344	60,67%
	Total	567	100%

Le tableau N° XXX nous montre :

- une prédominance des rhinites aiguës dans la pathologie infectieuse et inflammatoire avec 136 cas soit 60,99%
- les épistaxis comme seule pathologie vasculaire rencontrée avec 27 cas soit 4,76%
- une rareté de la pathologie tumorale avec un cas de polype endonasal soit 0,18%
- une forte prédominance d'autres pathologies : migraines (286 cas), céphalées (58 cas).

3.2.3.2. La répartition des pathologies rhino-sinusiennes selon le sexe et la tranche d'âge

3.2.3.2.1. La pathologie rhino-sinusienne infectieuse et inflammatoire

3.2.3.2.1.1. Les rhinites

Le tableau N° XXXI nous montre la répartition des rhinites selon le sexe et la tranche d'âge

Tableau N° XXXI : Répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	27	32	59	43,38%
1 - 4 ans	7	9	16	11,77%
5 - 14 ans	3	7	10	7,35%
15 - 44 ans	15	31	46	33,82%
45 ans plus	1	4	5	3,68%
Total	53	83	136	100%
Pourcentage	38,97%	61,03%	100%	

Le tableau N° XXXI nous montre que :

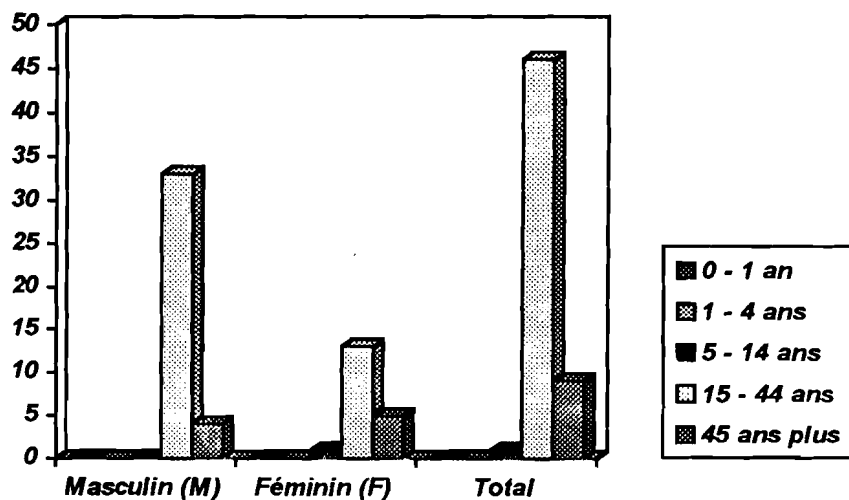
- les sujets de sexe féminin sont atteints de rhinites dans 83 cas soit 61,03%
- les rhinites sont prédominantes dans la période infantile avec 85 cas soit 62,50%

3.2.3.2.1.2. Les sinusites

Le tableau N° XXXII montre la répartition des cas de sinusites en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXXII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	1	1	1,79%
15 - 44 ans	33	13	46	82,14%
45 ans plus	4	5	9	16,07%
Total	37	19	56	100%
Pourcentage	66,07%	33,93%	100%	



Histogramme N°12

Le tableau N° XXXII et l'histogramme montrent que :

- la prédominance des sinusites est masculine avec 37 cas soit 66,07%
- la majorité des cas est observée chez les sujets de 15 à 44 ans avec 46 cas soit 82,14%.

3.2.3.2.1.3. Les sinusites aiguës et chroniques

Le tableau N° XXXIII montre la répartition des sinusites selon l'évolution

· Tableau N° XXXIII : Répartition selon l'évolution et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	Sinusites			Pourcentage
	Sinusites aiguës	Sinusites chroniques	Total	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	1	1	1,79%
15 - 44 ans	21	25	46	82,14%
45 ans plus	5	4	9	16,07%
Total	26	30	56	100%
Pourcentage	46,43%	53,57%	100%	

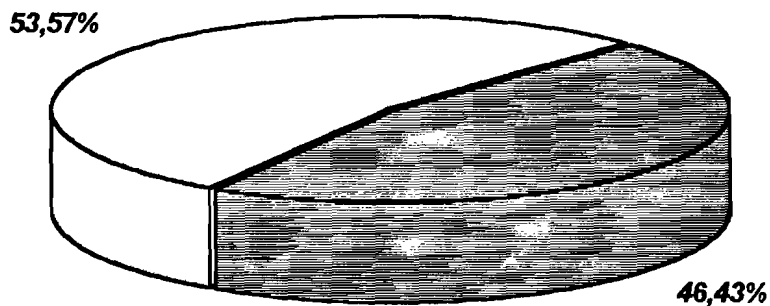


Diagramme N° A

■ Sinusites aiguës
□ Sinusites chroniques

Le tableau N° XXXIII et le diagramme montrent que :

- les sinusites chroniques arrivent en tête avec 30 cas soit 53,57%
- la plupart des cas chroniques sont observés chez les sujets de 15 à plus de 45 ans.

3.2.3.2.2. La pathologie vasculaire : les épistaxis

Le tableau N° XXXIV montre la répartition des cas d'épistaxis selon le sexe et la tranche d'âge

Tableau N° XXXIV : Répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	2	1	3	11,11%
5 - 14 ans	9	3	12	44,45%
15 - 44 ans	3	8	11	40,74%
45 ans plus	0	1	1	3,70%
Total	14	13	27	100%
Pourcentage	51,85%	48,15%	100%	

Le tableau N° XXXIV révèle une prédominance des épistaxis chez les sujets de 5 à 44 ans avec 23 cas soit 85,19%.

3.2.3.2.3. La pathologie traumatologique : les traumatismes rhino-sinusiens (corps étrangers exogènes)

Le tableau N°XXXV montre une répartition des traumatismes rhino-sinusiens en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N°:XXXV : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	1	0	1	33,33%
5 - 14 ans	0	1	1	33,33%
15 - 44 ans	0	1	1	33,33%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	1	2	3	≅ 100%
Pourcentage	33,33%	66,67%	100%	

Le tableau N° XXXV montre que les corps étrangers exogènes nasaires (grains de maïs) sont relativement dominants chez les femmes.

3.2.3.2.4. La pathologie tumorale : le polype endonasal

Le tableau N° XXXVI; montre la répartition des cas de polype endonasal selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXXVI: Répartition selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	0	0	0%
15 - 44 ans	0	1	1	100%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	0	1	1	100%
Pourcentage	0%	100%	100%	

Le tableau N° XXXVI montre qu'un seul cas de polype endonasal a été observé au cours de notre étude : il s'agit d'une femme âgée de 40 ans

3.2.3.2.5. Autres pathologies : les migraines et les céphalées

Le tableau N° XXXVII montre la répartition des cas de migraines et des céphalées suivant le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XXXVII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	2	0	2	0,58%
5 - 14 ans	5	11	16	4,65%
15 - 44 ans	117	171	288	83,72%
45 ans plus	11	27	38	11,05%
Total	135	209	344	100%
Pourcentage	39,24%	60,76%	100%	

Le tableau N° XXXVII montre que les migraines et les céphalées observées comme symptômes souvent retrouvés dans la pathologie O.R.L. sont réparties comme suit :

- la prédominance est féminine avec 209 cas soit 60,76%
- les sujets de 15 à 44 ans sont plus touchés avec 288 cas soit 83,72%

3.2.4. - Les pathologies cervico-faciales

3.2.4.1 - La répartition des pathologies cervico-faciales

Le tableau N°XXXVIII montre la répartition des cas selon les pathologies

TABLEAU N°XXXVIII : Répartition des cas

Pathologies	Affections		
	Affections ou symptômes	Nombre de cas	Pourcentage
Manifestations Neurologiques	Névralgies cervico-brachiales	113	50,22 %
	Paralysies faciales a frigore	4	1,78 %
	TOTAL₁ (T₁)	117	52 %
Pathologies infectieuses ou inflammatoires	Parotidites	44	19,55 %
	Adénopathies cervicales	15	6,67 %
	Parotidites ourliennes	11	4,89 %
	Algie mandibulaire	1	0,44 %
	TOTAL₂ (T₂)	71	31,55 %
Pathologies traumatologiques	Traumatismes faciaux	10	4,45 %
	TOTAL₃ (T₃)	10	4,45 %
Pathologies tumorales	Tumeurs du maxillaire supérieur	4	1,78 %
	Goitres	3	1,33 %
	Tumeurs mandibulaires	2	0,89 %
	TOTAL₄ (T₄)	9	4 %
Autres pathologies	Torticolis	18	8 %
	TOTAL₅ (T₅)	18	8 %
	TOTAL (T₁, T₃, T₄, T₅)	225	100 %

Le tableau N° XXXVIII montre que :

- les pathologies cervico-faciales de notre étude sont dominées par les manifestations neurologiques avec 117 cas soit 52%, elles-mêmes dominées par les névralgies cervico-brachiales

- la pathologie infectieuse et inflammatoire occupe le second rang avec 71 cas soit 31,55 %

3.2.4.2. La répartition des pathologies cervico-faciales selon le sexe et la tranche d'âge

3.2.4.2.1. Les manifestations neurologiques

3.2.4.2.1.1. La névralgie cervico-brachiale

Le tableau N° XXXIX montre la répartition des cas de névralgie cervico-brachiale en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XXXIX : Répartition des cas de névralgie selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	1	0	1	0,88%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	1	1	0,88%
15 - 44 ans	31	43	74	65,49%
45 ans plus	10	27	37	32,75%
Total	42	71	113	100%
Pourcentage	37,17%	62,83%	100%	

Le tableau N° XXXIX nous révèle que :

- les névralgies cervico-brachiales atteignent les sujets des deux sexes avec une prédominance féminine avec 71 cas soit 62,83%
- les névralgies cervico-brachiales touchent les sujets surtout de 15 à plus de 45 ans.

3.2.4.2.1.2. Les paralysies faciales à frigoré

Le tableau N° XL montre la répartition des cas de paralysie faciale à frigoré selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XL : Répartition des cas selon le sexe et tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	1	0	1	25%
15 - 44 ans	2	0	2	50%
45 ans plus	1	0	1	25%
Total	4	0	4	100%
Pourcentage	100%	0%	100%	

Le tableau N° XL montre que les paralysies faciales à frigoré sont observées chez les hommes dans notre étude.

3.2.4.2.2. La pathologie infectieuse

3.2.4.2.2.1 Adénopathies cervicales

Le tableau N° XLI montre la répartition des cas d'adénopathies cervicales en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XLI : Répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	1	1	2	13,33%
1 - 4 ans	4	3	7	46,67%
5 - 14 ans	1	4	5	33,33%
15 - 44 ans	0	1	1	6,67%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	6	9	15	100%
Pourcentage	40%	60%	100%	

Le tableau N° XLI montre que les adénopathies cervicales sont rencontrées dans notre étude chez les enfants avec 14 cas soit 93,33%.

3.2.4.2.2.2 - Les Parotidites

Le tableau N°XLII* indique la répartition des malades atteints de parotidites selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XLII* : Répartition des parotidites selon le sexe et la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Sexe			Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)	Total	
0 - 1 an	2	0	2	4,5 %
1 - 4 ans	4	8	12	27,27 %
5 - 14 ans	10	8	18	40,91 %
15 - 44 ans	4	8	12	27,27 %
45 ans et plus	0	0	0	0 %
TOTAL	20	24	44	100 %
Pourcentage	45,45 %	54,55 %	100 %	

Le tableau N° XLII* montre que :

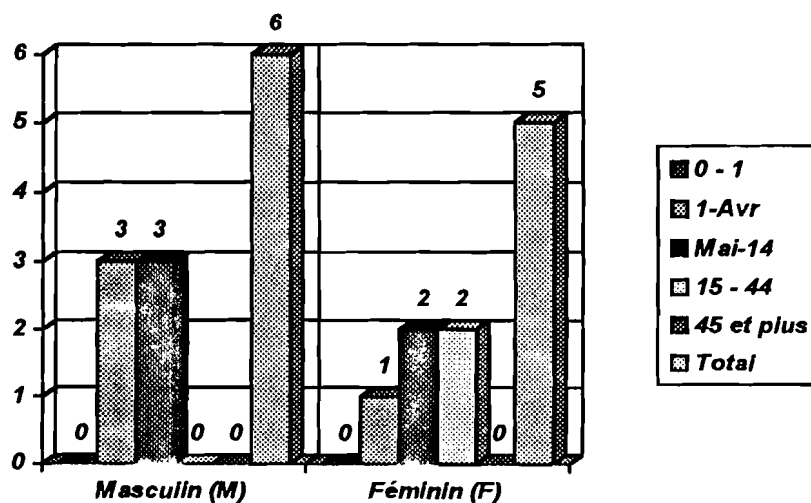
- les parotidites sont rencontrées chez sujets de 0 à 44 ans dans notre étude ;
- la prédominance est infantile avec 32 cas, soit 72,73 % ;
- la prédominance féminine est relative avec 24 cas, soit 54,55 %.

3.2.4.2.2.3. Les parotidites ourliennes

Le tableau N° XVIII montre la répartition des parotidites ourliennes en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N° XVIII : Répartition des parotidites ourliennes selon le sexe et la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	3	1	4	36,36%
5 - 14 ans	3	2	5	45,46%
15 - 44 ans	0	2	2	18,18%
45 ans et plus	0	0	0	0%
Total	6	5	11	100%
Pourcentage	54,55%	45,45%	100%	



Le tableau N° XVIII et l'histogramme montrent que :

- Les parotidites ourliennes sont prédominantes chez les enfants de 1 à 14 ans avec 9 cas soit 81,82%.
- L'affection atteint aussi bien les hommes que les femmes dans presque les mêmes proportions.

3.2.4.2.3. Les pathologies traumatologiques : les traumatismes faciaux

Le tableau N° XLII montre la répartition des traumatismes de la face suivant le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XLII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	0	1	1	10%
15 - 44 ans	5	2	7	70%
45 ans plus	1	1	2	20%
Total	6	4	10	100%
Pourcentage	60%	40%	100%	

Le tableau N° XLII montre que les traumatismes faciaux sont observés avec une prédominance des sujets de 15 à 44 ans.

3.2.4.2.4. Les pathologies tumorales

3.2.4.2.4.1. Les tumeurs maxillaires (tumeurs mandibulaires et du maxillaire supérieur)

Le tableau N° XLIII montre la répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge.

Tableau N° XLIII : Répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>		Total	Pourcentage
	Masculin (M)	Féminin (F)		
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	1	1	16,66%
5 - 14 ans	0	1	1	16,66%
15 - 44 ans	2	1	3	50%
45 ans plus	0	1	1	16,66%
Total	2	4	6	≅ 100%
Pourcentage	33,33%	66,67%	100%	

Le tableau N° XLIII montre une prédominance féminine des tumeurs maxillaires avec 4 cas, et une prédominance chez les sujets de 15 à plus de 45 ans.

3.2.4.2.4.2. Le Goître

Le tableau N°XLIV montre la répartition des cas de goître en fonction du sexe et de la tranche d'âge.

Tableau N°XLIV : Répartition des cas de goître selon le sexe et la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Sexe</i>			<i>Pourcentage</i>
	<i>Masculin (M)</i>	<i>Féminin (F)</i>	<i>Total</i>	
0 - 1 an	0	0	0	0%
1 - 4 ans	0	0	0	0%
5 - 14 ans	1	0	1	33,33%
15 - 44 ans	0	2	2	66,67%
45 ans plus	0	0	0	0%
Total	1	2	3	100%
Pourcentage	33,33%	66,67%	100%	

Le tableau N°XLIV montre que le goître a été observé dans les 2 sexes avec une prédominance féminine : 2 cas (66,67%)

3.3. TRAITEMENT

3.3. TRAITEMENT

Nous aborderons dans ce chapitre, les différentes sanctions thérapeutiques des cas recensés au cours de notre étude.

Le tableau suivant donne les différents types de traitement.

Différents actes thérapeutiques

<i>Traitement</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Médical	1926	96,74%
Chirurgical (Suture, section de frein de langue)	43	2,16%
"Endoscopique"	6	0,30%
Cas référés	16	0,80%
Total	1991	100%

Ce tableau montre que :

- 96,74% des malades ont bénéficié d'une sanction thérapeutique médicale.
- 43 malades (2,16%) ont subi un traitement de petite chirurgie (suture de plaie, section de frein de langue)
- 16 malades (0,80%) ont été référés sur des centres plus équipés (cas de malformation, de tumeur)
- 6 malades (0,30%) ont bénéficié d'un traitement "endoscopique".

3.3.1. Traitement médical

La sanction thérapeutique médicale a été pratiquée chez la plupart de nos malades : 1926 cas (96,74%).

Divers médicaments ont été utilisés soit par voie générale, soit par voie locale ou les deux. Ces médicaments sont soit des antibiotiques, soit des anti-inflammatoires, soit des antalgiques, antiseptiques ou antifongiques ou leurs associations.

Les tableaux ci-après récapitulent les différentes thérapeutiques administrées dans certaines pathologies courantes.

3.3.1.1. Les otites aiguës et chroniques

Le tableau N° XLVI indique les différents types de médicaments utilisés dans les otites.

Tableau N°XLVI : Les différents médicaments administrés dans les otites.

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotiques + gouttes auriculaires + antalgiques	67	29,13%
Gouttes auriculaires + antalgiques	46	20%
Gouttes auriculaires	40	17,39%
Antibiotiques + Gouttes auriculaires	31	13,48%
Gouttes auriculaires + anti-inflammatoires	9	3,91%
Antibiotiques + anti-inflammatoires + antalgiques	9	3,91%
Antibiotiques + antalgiques	8	3,04%
Gouttes auriculaires + anti-inflammatoires + antalgiques	7	2,6%
Lavage + alcool boriqué	6	2,61%
Antibiotiques + gouttes auriculaires + anti-inflammatoires + antalgiques	3	1,30%
Antibiotiques	2	0,87%
Antalgiques	1	0,44%
Antibiotiques + anti-inflamatoire + alcool boriqué	1	0,44%
Total	230	100%

Le tableau N° XLVI nous indique que :

- La triple association : gouttes auriculaires, antibiotiques, antalgiques est prédominante avec 67 cas (29,13%)

- La double association : gouttes auriculaires, antalgiques occupe la seconde place avec 46 cas (20%)

- L'utilisation de la goutte auriculaire seule est observée dans 40 cas (17,39%)

- L'association gouttes auriculaires et antalgiques représente 31 cas (13,48%)

- L'association antibiotique, gouttes auriculaires, anti-inflammatoires et antalgiques est observée seulement dans 3 cas (1,30%)

Au total le traitement local par les gouttes auriculaires est prédominant dans le traitement des otites de notre étude. Son emploi seul ou en association avec d'autres médicaments représente 212 cas (92,17%)

L'usage des antibiotiques est observé seulement dans 121 cas (52,61%).

3.3.1.2. Les amygdalites

Le tableau N° XLVII récapitule les différents types de médicaments employés dans le traitement des amygdalites.

Il s'agit des médicaments utilisés par voie locale et/ou par voie générale.

Tableau N° XLVII : Répartition des différents médicaments dans les amygdalites.

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotiques + antalgiques	67	26,27%
Antibiotiques + antalgiques + anti-inflammatoires	64	25,10%
Antibiotiques + anti-inflammatoires	35	13,72%
Antibiotiques + anti-inflammatoires +	31	12,16%
Antibiotiques + antalgiques + antiseptiques	24	9,41%
Antibiotiques	12	4,71%
Antibiotiques + anti-inflammatoires + antalgiques + antiseptiques	8	3,14%
Anti-inflammatoires + antalgiques	4	1,57%
Antiseptiques	4	1,57%
Antalgiques + antiseptiques	3	1,18%
Antibiotiques + antiseptiques	2	0,78%
Antalgiques	1	0,39%
Total	255	100%

Le tableau N° XLVII montre que :

- L'association antibiotiques et antalgiques est dominante avec 67 cas (26,27%)
- L'association antibiotiques, antalgiques et anti-inflammatoires suit immédiatement avec 64 cas (25,10%)

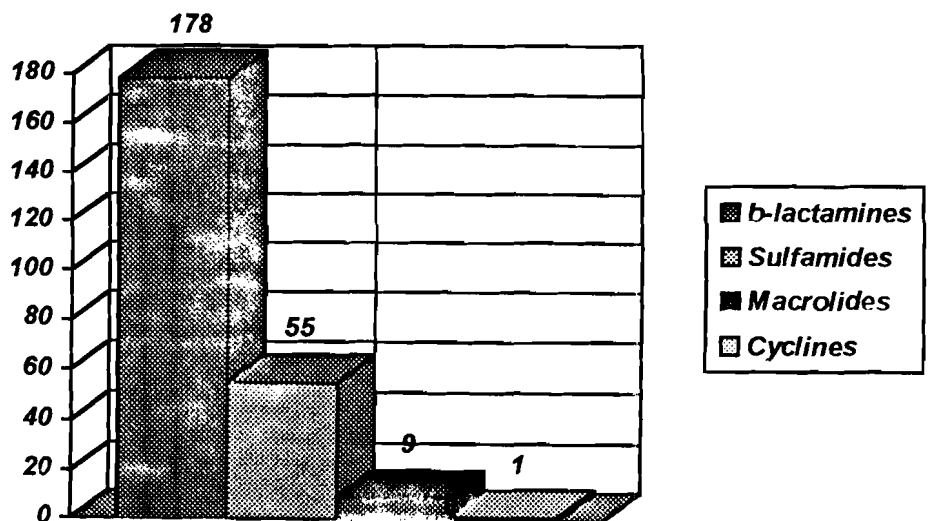
- L'emploi d'antalgiques seuls ou d'antiseptiques seuls ou leur association est rarement observé respectivement dans un cas (0,39%), 4 cas (1,57%) et 3 cas (1,18%).

En conclusion, l'emploi d'antibiotiques associés plus ou moins aux traitements adjuvants a prédominé dans le traitement des amygdalites dans notre étude avec 243 cas (95,29%)

Le tableau N° XLVIII nous donne les types d'antibiotiques utilisés

Tableau N° XLVIII : Répartition des antibiotiques dans les amygdalites

<i>Antibiotiques</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
β -lactamines	178	73,25%
Sulfamides	55	22,63%
Macrolides	9	3,71%
Cyclines	1	0,41%
Total	243	100%



Histogramme N° 13

Le tableau N° XLVIII et l'histogramme montrent que les β -lactamines sont les antibiotiques les plus utilisés dans le traitement des

amygdalites : 178 cas (73,25%). Ils sont suivis de loin par les sulfamides : 55 cas (22,63%).

3.3.1.3. Les rhinites aiguës et récidivantes

Le tableau N° XLIX indique les types de médicaments utilisés dans la prise en charge des rhinites de notre étude.

Tableau N° XLIX : Médicaments utilisés dans les rhinites

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antiseptique nasal + antibiotique + antihistaminique	48	35,29%
Antiseptique nasal + antihistaminique	24	17,65%
Antiseptique nasal	23	16,91%
Antibiotique + antiseptique nasal	15	11,03%
Antibiotique + antihistaminique	5	3,68%
Antalgique + antihistaminique	5	3,68%
Antibiotique + antihistaminique + anti-inflammatoire	4	2,94%
Antibiotique + antiseptique nasal + antihistaminique	4	2,94%
Antalgique + antiseptique nasal	3	2,21%
Antibiotique + antalgique	2	1,47%
Antibiotique	2	1,47%
Antihistaminique	1	0,73%
Total	136	100%

Le tableau N° XLIX révèle que :

- L'association antiseptique nasal - antihistaminique - antibiotique est l'attitude thérapeutique la plus utilisée avec 48 cas (35,29%)
- L'emploi d'antiseptique nasal est retrouvé dans 117 cas (86,03%) et celui d'antihistaminique dans 94 cas (69,12%)
- L'usage des antibiotiques est observé dans 80 cas (58,82%)

Au total l'emploi de l'antiseptique nasal seul ou associé à d'autres produits médicamenteux est souvent retrouvé dans la prise en charge des rhinites (86,03%)

3.3.1.4. Les sinusites aiguës et chroniques

Les sinusites aiguës et chroniques ont bénéficié de traitements médicaux.

Le tableau N° L indique les différents médicaments utilisés seuls ou en association.

Tableau N° L : Médicaments utilisés dans les sinusites

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotique + anti-inflammatoire + antiseptique nasal	23	41,07%
Antibiotique + antiseptique nasal + antalgique	13	23,21%
Antiseptique nasal + antibiotique	6	10,71%
Antibiotique + antiseptique nasal	5	8,93%
Anti-inflammatoire + antiseptique nasal	3	5,36%
Antiseptique nasal	3	5,36%
Antibiotique + antalgique + antihistaminique	2	3,57%
Antiseptique nasal + corticoïde + antihistaminique	1	1,79%
Total	56	100%

Le tableau N° L montre que :

- L'association antibiotique-antiseptique nasal-anti-inflammatoire est plus employée avec 23 cas (41,07%)
- Le traitement général (antibiotique) est observé dans 49 cas (87,50%)
- Les traitements local (antiseptique nasal) et général sont retrouvés dans 47 cas (83,93%)
- L'association des traitements adjuvants (anti-inflammatoire, antalgique, antihistaminique) est observée dans 38 cas (67,86%)

Au total, l'emploi des antibiotiques par voie générale et des antiseptiques nasaux associés à des adjuvants constitue la thérapeutique médicale des sinusites de notre étude.

3.3.1.5. Les laryngites

Le tableau N° LI indique les types de médicaments utilisés dans les laryngites de notre étude.

Tableau N°LI : Répartition des médicaments utilisés dans les laryngites

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotique + anti-inflammatoire + antihistaminique	1	50%
Antibiotique + anti-inflammatoire + antiseptique local	1	50%
Total	2	100%

.Le tableau N° LI indique que les antibiotiques et les anti-inflammatoires sont employés dans les 2 cas observés (100%).

3.3.1.6. Autres affections infectieuses et inflammatoires

Il s'agit des stomatites, des candidoses buccales, des parodontopathies, des caries dentaires, des adénopathies cervicales et du polype endonasal.

3.3.1.6.1. Les stomatites

Le tableau N° LII montre la répartition des types de médicaments utilisés dans les stomatites.

Tableau N° LII : Médicaments dans les stomatites

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antifongique buccal	49	30,25%
Antifongique buccal + antibiotique	33	20,37%
Antifongique buccal + complexe vitaminique B	24	14,82%
Antibiotique	15	9,26%
Antiseptique buccal + antibiotique	14	8,64%
Antiseptique buccal	13	8,02%
Complexe vitaminique B	12	7,40%
Antibiotique + complexe vitaminique B	2	1,24%
Total	162	100%

Le tableau N° LII montre que :

- l'emploi des antifongiques buccaux est prépondérant dans le traitement des stomatites : 106 cas (65,43%)
- les antibiotiques par voie générale sont employés dans 62 cas (38,27%)
- l'usage du complexe vitaminique B est observé dans 38 cas (23,46%).

Au total les bains de bouche et les antibiotiques constituent la première arme thérapeutique dans les stomatites de notre étude.

3.3.1.6.2. Les candidoses buccales

Les candidoses buccales ont été traitées par des médicaments dont le tableau N° LIII retrace les différents types.

Tableau N° LIII : Types de médicaments dans les candidoses buccales.

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antifongique buccal	36	78,27%
Antifongique buccal + β-lactamines	3	6,52%
Antifongique buccal + vitamine B ₆	3	6,52%
Antiseptique buccal + vitamine B ₆	2	4,35%
Sulfamide + antalgique	1	2,17%
β-lactamines	1	2,17%
Total	46	100%

Le tableau N° LIII montre que les antifongiques constituent l'arme thérapeutique la plus employée dans les candidoses buccales de notre étude.

3.3.1.6.3. Les parodontopathies et les caries dentaires

Le tableau N° LIV indique les types de médicaments utilisés dans les parodontopathies et les caries dentaires dans notre série.

Tableau N°LIV : Médicaments utilisés

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotique + anti-inflammatoire + antalgique	41	33,33%
Antibiotique + anti-inflammatoire + antiseptique buccal	22	17,89%
Anti-inflammatoire + antiseptique buccal	12	9,75%
Antibiotique + antalgique + antiseptique buccal	10	8,13%
Antibiotique + anti-inflammatoire	9	7,32%
Antibiotique + antiseptique buccal	7	5,69%
Antibiotique + antalgique	7	5,69%
Antibiotique	4	3,25%
Antiseptique buccal	4	3,25%
Anti-inflammatoire	3	2,44%
Antalgique + anti-inflammatoire	2	1,63%
Antalgique	2	1,63%
Total	123	100%

Le tableau N° LIV montre que :

- Les antibiotiques sont utilisés dans 100 cas (81,30%)
- L'association des adjuvants (antalgique, anti-inflammatoire, antiseptique buccal) au traitement général antibiotique est observée dans 96 cas (78,05%)

En conclusion les antibiotiques par voie générale associés aux adjuvants constituent l'arsenal thérapeutique médical des parodontopathies et caries dentaires de notre étude

3.3.1.6.4. Les adénopathies cervicales

Les adénopathies cervicales sont souvent la traduction clinique des affections de la sphère O.R.L. et C.F. ou qui pourraient dépasser cette dernière. Les médicaments qui assurent leur traitement symptomatique sont récapitulés dans le tableau N° LV.

Tableau N° LV : Répartition des médicaments

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Antibiotique + anti-inflammatoire	14	93,33%
Anti-inflammatoire	1	6,67%
Total	15	100%

Le tableau N° LV montre que les adénopathies cervicales, malgré leur caractère symptomatique, ont bénéficié d'un traitement antibiotique et anti-inflammatoire dans 14 cas (93,33%).

Parmi les 15 cas il a été demandé un bilan de la tuberculose dans 3 cas (20%).

3.3.1.6.5. Le polype endonasal

Le tableau N° LVI montre les médicaments utilisés dans le traitement du polype endonasal.

Tableau N° LVI : Les médicaments utilisés

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Sulfamide (Cotrimoxazole) + acide acétylsalicylique (aspirine) + corticoïde nasal (prednisolone)	1	100%
Total	1	100%

Le tableau N° LVI montre que le polype endonasal de notre série a été traité à base de sulfamide, d'acide acétylsalicylique et de prednisolone (Solucort* O.R.L.).

3.3.1.7. Les épistaxis

Les épistaxis sont des urgences médicales qui nécessitent une prise en charge rapide et correcte.

Le tableau N° LVII indique les médicaments utilisés.

Tableau N° LVII : Répartition des médicaments

<i>Médicaments</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Hémostatique par voie générale + antiseptique nasal	11	40,74%
Hémostatique par voie générale	9	33,34%
Hémostatique par voie générale + hémostatique local	6	22,22%
Antiseptique local	1	3,70%
Total	27	100%

Le tableau N° LVII montre que l'hémostatique est la seule thérapeutique médicale utilisée dans les épistaxis de notre étude : 26 cas (96,30%) (Dicynone*, Adrénoxyl*, Daflon*)

3.3.2. Traitement chirurgical

Certains de nos malades ont bénéficié d'une sanction thérapeutique chirurgicale. Le tableau N° LVIII récapitule les types de traitement chirurgical réalisé.

Tableau N° LVIII : Répartition des types de sanctions chirurgicales

<i>Types de sanctions chirurgicales</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Section de frein de langue	32	74,42%
Suture de plaie traumatique faciale	9	20,93%
Suture de plaie traumatique du lobule de l'oreille	2	4,65%
Total	43	100%

Le tableau N° LVIII montre que les sanctions chirurgicales réalisées relèvent de la petite chirurgie (section de frein de langue : 74,42% ; suture de plaie traumatique : (25,58%).

3.3.3. Traitement "endoscopique"

Il a été réalisé dans 6 cas. Le tableau N° LX indique les différentes régions intéressées.

Tableau N° LIX : Répartition des cas de traitement "endoscopique"

<i>Régions</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Corps étrangers auriculaires	3	50%
Corps étrangers narinaires	3	50%
Total	6	100%

Le traitement "endoscopique" a intéressé les régions narinaires et auriculaires dans les proportions égales.

3.3.4. Les cas référés

Certains des cas recensés dans notre série n'ont bénéficié ni d'un traitement médical ni d'un traitement de petite chirurgie.

Ils ont été référés sur des centres plus équipés.

Le tableau N° LX récapitule les différents cas référés

Tableau N° LX : Répartition des cas référés

<i>Maladies référées</i>	<i>Cas</i>	
	en nombre absolu	en pourcentage
Surdi-mutités	5	31,25%
Tumeurs faciales	4	25%
Goître (tumeur antéro-cervicale)	3	18,75%
Corps étrangers auriculaires	2	12,50%
Tumeur linguale	1	6,25%
Carie dentaire	1	6,25%
Total	16	100%

Le tableau N° LX montre que :

- Les surdi-mutités dominent la série avec 5 cas (31,25%)
- Les tumeurs prises ensemble représentent la moitié des cas référés : 8 cas (50%)

3.3.5. Évolution et suivi

L'évolution des malades de notre étude n'a pas pu être précisée.

En effet, tous les cas sont de nouveaux malades.

Les anciens malades n'ont pas été revus après la première prise en charge. De ce fait nous n'avons pas pu nous rendre compte de leur suivi dans le temps.

CHAPITRE IV

DISCUSSIONS

- **Commentaire**
- **Explication**
- **Comparaison**
- **Revue de la littérature**

IV - DISCUSSIONS

Dans cette partie Discussions, nous aborderons successivement après les caractéristiques générales et épidémiologiques, les différentes pathologies courantes observées pour déboucher sur leur prise en charge.

4.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

4.1.1. La fréquentation du service

La fréquentation du Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué a été plus élevée en 1990 puis a diminué jusqu'en 1993 pour de nouveau remonter en 1994 comme l'indique le tableau N° I (P. 24).

En effet, ce nouveau centre de santé qui a été inauguré en Juillet 1989 a redonné confiance à la population qui s'est massivement déplacée vers ledit centre pour ses soins; ce qui expliquerait l'affluence observée en 1990.

La baisse régulière de la fréquentation serait due à une redynamisation des C.C.S. avec le programme élargi de vaccination, la reprise des activités de soins de santé dans les dispensaires confessionnels. De même l'implantation de deux cabinets médicaux privés à Azovè et celle de la clinique coopérative de Kissamey y ont contribué.

Cette situation est comparable à celle observée par ADJIBABI (W.) (2), dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou de 1987 à 1988 avec la création des cabinets médicaux privés dans la ville de Cotonou.

La remontée de la pente de fréquentation du service émanerait de l'arrivée des réfugiés togolais dans la région et de la dévaluation du FRANC C.F.A. Cette dévaluation a entraîné l'augmentation du coût des produits pharmaceutiques. Mais ces derniers peuvent être obtenus à coût réduit au C.S./S.-P. par le biais de l'organisme " Tiers-Monde " qui y est implanté.

Quant aux affections O.R.L. et C.F., leur affluence a été observée dans le mois de Décembre et Janvier au cours des cinq (5) années d'étude. Les mois

qui ont enregistré le moins de cas sont : Novembre, Octobre et Septembre comme l'indique le tableau N° VI et la courbe correspondante (P. 31).

Ces constatations s'opposent à celles observées à Cotonou au C.N.H.U. par ADJIBABI (W.) (2). Il a observé la plus grande fréquentation du service d'O.R.L. aux mois de Septembre, Novembre, Février et Juin; et la plus faible affluence dans le mois de Janvier.

Par rapport aux saisons de l'année, les saisons sèches ont connu une légère prédominance des malades par rapport aux saisons des pluies.

En effet, sur 1991 malades, 999 soit 50,18 % sont observés pendant les saisons sèches contre 992 soit 49,82 % en saisons des pluies comme l'indique le tableau N° VII (P. 33)..

Ces résultats sont superposables à ceux observés par ADJIBABI (W.) (2) au C.N.H.U. de Cotonou. Il a trouvé sur 6431 malades, 50,35 % des cas pendant la saison sèche et 49,65 % pendant la saison des pluies.

Au vu de ces résultats nous pouvons dire qu'au Sud-Bénin les affections O.R.L. et C.F. surviennent presque au même rythme au cours des différentes saisons de l'année, la différence statistique étant non significative.

4.1.2. L'âge

La manifestation de la pathologie O.R.L. et C.F. n'épargne aucune tranche d'âge dans notre étude. Les enfants de zéro à quatorze ans sont atteints au même titre que les adolescents et les adultes.

Sur une population de 1991 malades, les enfants de 0 à 14 ans occupent une proportion non négligeable avec 609 cas soit 30,59 % comme l'indique le tableau N° II (P. 25).

Ces chiffres se rapprochent de ceux de certains auteurs :

- KOUYOUPOUA (N.M.) (63), en 1987, sur 31642 malades, a trouvé 11174 enfants soit 35,16 % en 9 ans et demi.

- ADJIBABI (W.) (2) en 1988, a recensé, sur une population de 3129 cas en 1 an, 1239 enfants âgés de 0 à 15 ans soit 39,60 % des cas étudiés.

La tranche d'âge la plus dominante est celle des adolescents et des adultes jeunes de 15 à 44 ans avec 60,32%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de ADJIBABI (W.) (2) qui a observé dans la même tranche une proportion de 46,54 %.

Après 45 ans les cas sont non négligeables avec 181 malades soit 9,03 %. La rareté dans cette tranche d'âge observée par ADJIBABI (W.) (2) avec 6,67 % de son échantillon n'est donc pas retrouvée dans notre série à Aplahoué.

Les sujets de 0 à 4 ans représentent 398 cas soit 20 %.

Au total nous pouvons dire qu'au cours de notre étude :

- 1 malade sur 5 qui souffrent d'affection O.R.L. et C.F. est un enfant de 0 à 4 ans.

- 1 malade sur 3 est un enfant de 0 à 14 ans.

- les 2/3 de nos malades sont des adolescents et adultes jeunes, bras valides devant assurer l'activité économique de la région.

- Sur 100 malades, 9 sont âgés de plus de 45 ans.

En conclusion, nous dirons qu'en milieu périphérique, la pathologie O.R.L. et C.F. est non négligeable dans la population étudiée. Parmi celle-ci 20 % ont moins de 5 ans. Cette fréquence élevée chez les enfants pourrait s'expliquer par l'existence de la pathologie d'adaptation de cette tranche d'âge et par la faiblesse des moyens de défense immunitaire aggravée par des déséquilibres nutritionnels souvent observés dans ces milieux.

4.1.3. Le sexe

Notre étude réalisée sur une population de 1991 patients a fait ressortir une prédominance féminine comme le montrent le tableau N° II (P. 25) et le diagramme correspondant : nous avons 1198 femmes soit 60,17 % contre 793 hommes soit 39,83 %. Ainsi nous avons un sex-ratio F/M égal à 1,51 femme pour 1 homme. Cette prédominance féminine se trouve justifiée par une forte proportion des femmes par rapport aux hommes au dernier recensement général de la population et de l'habitation de Février 1992 (77).

En effet, dans la Sous-Préfecture d'Aplahoué, ledit recensement fait ressortir 41047 femmes pour 36444 hommes avec un sex-ratio de 1,13.

De plus il est à remarquer que de façon générale les femmes arrivent plus vite en consultation médicale que les hommes.

Cette prédominance féminine observée dans notre série n'est pas rencontrée dans plusieurs études effectuées par d'autres auteurs :

- GUEHI (A.) (46), sur 2420 malades dans le service de médecine de Treicheville (Côte d'Ivoire) en 1974 a observé 60,75 % de sexe masculin et 39,25 % de sexe féminin.

- ZAFFRAN (M.) (111) trouve en France à Tours en 1982, 65,5 % des malades de sexe masculin et 34,5 % de sexe féminin en consultation urologique.

- ADJIBABI (W.) (2), sur 3129 malades dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou, a trouvé 1650 hommes soit 52,73 % contre 1472 femmes soit 47,27 % en 1989.

Ces différents résultats permettent de faire quelques commentaires :

- le sex-ratio au niveau de notre lieu d'étude est de 1,51 et de 1,1 femme pour 1 homme au niveau du département justifiant ainsi cette prédominance féminine observée.

- le souci majeur des femmes à se préoccuper de leur santé et à consulter au moindre malaise dans un centre de santé est retrouvé dans notre étude avec une prédominance remarquable.

- les hommes, dans les milieux périphériques se réfèrent aux guérisseurs traditionnels au premier abord dans la recherche de solutions à leur problème de santé. Ils considèrent d'ailleurs certaines affections telles des tumeurs comme de mauvais sorts qui leur sont jetés.

- les autres études réalisées par des auteurs sus-cités qui trouvent une prédominance masculine dans leur série sont réalisées dans des centres spécialisés. Ces centres spécialisés accueillent souvent les cas graves qui dépassent les moyens humains et matériels des centres périphériques.

En conclusion, nous dirons que, si en Afrique comme en France dans les centres spécialisés la prédominance des malades est masculine, la situation paraît autre en zone non spécialisée et rurale où nous avons retrouvé une prédominance féminine en consultation externe.

4.1.4. La provenance des malades

La majorité des malades recensés pour les affections O.R.L. et C.F. proviennent de la Sous-Préfecture d'Aplahoué et de ses communes. Ils représentent 1642 cas soit 82,47 % comme l'indique le tableau N° III (P. 28).

Cette situation s'explique par le fait que le Centre de Santé de la Sous-Préfecture est le centre de référence au niveau périphérique comme l'a préconisé l'organigramme du Système National de Santé au Bénin (voir tableau a1, P. 10).

Cette constatation est comparable à celle observée par ADJIBABI (W.) (2) qui trouve 88,85 % des cas provenant de la ville de Cotonou et de ses environs.

Les autres malades proviennent surtout des Sous-Préfectures limitrophes et du Togo. Ils représentent 349 cas soit 17,53 %.

En plus du caractère frontalier, d'autres raisons peut-être subjectives n'amènent-elles pas les patients à consulter dans un centre plutôt que dans un autre? Nous dirons que la connaissance personnelle que le malade a de son traitant, la " notoriété " de ce dernier et du cadre dans lequel il exerce, comme l'a signalé ZAFFRAN (M.) (111) dans son travail, joueraient dans la provenance des malades.

Au total, nous dirons que la zone d'implantation d'un centre de santé joue un rôle important dans sa fréquentation par les habitants de cette localité et n'a donc pas de spécificité pour quelques affections que ce soit.

4.1.5. .L'ethnie

Notre étude a permis de trouver que le groupe ethnique Adja est dominant au sein de nos malades avec 1821 cas soit 91,46 % comme l'indique le tableau N° IV (P. 29).

Les autres groupes Fon, Yoruba, Mina et autres ne représentent que 170 cas soit 8,54 %.

Cette prédominance du groupe Adja s'explique par le fait que la population de la Sous-Préfecture d'Aplahoue est essentiellement dominée par les Adja. Les autres groupes sont le fait des migrations anciennes et des mouvements de la population surtout que Azové constitue une zone commerciale importante proche du centre de santé. Leur proportion au niveau de la population étudiée est faible.

Les mêmes remarques sont faites par d'autres auteurs dans leur milieu d'étude comme celles de DEFFON (G.) (28) qui trouve une prédominance du groupe ethnique Fon à Cotonou, les Fon étant dominants avec 62,02 % de la population selon le recensement de 1979.

En conclusion, nous pouvons dire que l'ethnie Adja bien que majoritaire dans notre étude ne veut nullement signifier sa prédisposition aux affections O.R.L. et C.F.. Cette prédominance tient plutôt à la majorité de ce groupe au sein de la population étudiée.

4.2. .LES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES RENCONTRÉES

Il s'agit des pathologies :

- auriculaires : 629 cas soit 31,59 %
- labio-bucco-pharyngo-laryngées : 625 cas soit 31,39 %
- rhino-sinusiennes : 567 cas soit 28,48 %
- cervico-faciales : 170 cas soit 8,54 % .

Les affections auriculaires et labio-bucco-pharyngo-laryngées arrivent en tête avec des parts presque égales. Elles représentent toutes deux presque les 2/3 des cas étudiés comme l'indique le tableau N° V et son diagramme (P. 30).

La pathologie la moins représentée est cervico-faciale avec 170 cas soit 8,54 %.

Il apparaît donc que 91,46 % des malades viennent consulter pour une affection soit auriculaire, soit labio-bucco-pharyngo-laryngée, soit rhino-sinusienne. Par contre 8 malades seulement sur 100 présentent une affection cervico-faciale.

La pathologie O.R.L. et C.F. est donc dominante dans notre série par les affections auriculaires, labio-bucco-pharyngo-laryngées et rhino-sinusiennes.

Par contre ADJIBABI (W.) (2), dans son étude a observé une prédominance des atteintes auriculaires et rhino-sinusiennes.

4.2.1. Les maladies auriculaires

Elles constituent l'un des premiers motifs de consultation dans notre étude. Un (1) malade sur trois (3) vient consulter pour des problèmes auriculaires

En effet, sur 1991 patients recensés sur cinq (5) ans, 629 malades ont des atteintes auriculaires soit 31,59 %. Ces malades se répartissent comme suit : (voir le tableau N° IX, P. 37)

- la pathologie labyrinthique : 332 cas soit 52,78 % des affections auriculaires soit 16,68 % de toute la pathologie étudiée

- la pathologie infectieuse et inflammatoire : 288 cas soit 45,79 % des malades auriculaires soit 14,47 % de tous les cas

- la pathologie traumatologique avec 9 cas soit 1,43 % des affections de la région soit 0,45 % du total.

4.2.1.1 La pathologie labyrinthique

Elle regroupe dans notre série :

4.2.1.1.1. Les vertiges

Ils représentent 301 cas soit 47,85 % des atteintes auriculaires et 15,12 % de la pathologie O.R.L..

Leur grande proportion pourrait s'expliquer par leur caractère subjectif, leur association à d'autres pathologies telles que la grossesse, l'hypertension artérielle, ou une mauvaise interprétation d'une autre affection par le malade (otite aiguë, bouchon de cerumen, catarrhe tubaire).

Ainsi parmi les 301 cas, nous dénombrons : 244 cas de vertiges isolés, 9 cas de vertiges associés à la grossesse, 29 cas de vertiges associés à l'hypertension artérielle, 19 cas de vertiges de Ménière (tableau N° XI et son diagramme, P. 39).

Dans tous les cas, les vertiges de notre étude sont observés dans les tranches d'âge de 5 à 45 ans et plus. Ils sont prédominants chez les adolescents et les adultes jeunes dans 254 cas soit 84,39 %. Ils sont surtout observés chez les femmes comme le montre le tableau N° X et son diagramme.

Cette prédominance féminine ne voudrait nullement signifier une prédisposition particulière des femmes à ce symptôme, mais leur promptitude à consulter dans un centre de santé au moindre déséquilibre de leur organisme.

4.2.1.1.2. La surdi-mutité

La surdi-mutité est le mutisme consécutif à la surdité bien que l'organe vocal soit absolument normal (37).

Elle est observée dans notre étude dans 20 cas soit 3,18 %.

Les cas intéressent les tranches d'âge de 1 à 14 ans avec 16 cas soit 80 % comme l'indique le tableau N° XII et l'histogramme correspondant (P. 40).

Dès lors l'interrogatoire et la recherche des antécédents de l'enfant seraient d'un bon secours afin d'envisager des actions préventives dans la région. Mais la présente étude ne nous permet pas d'y faire face. Une étude prospective dans l'avenir serait souhaitable.

4.2.1.1.3. Les hypoacusies et les acouphènes

Ils sont peu fréquents dans la pathologie labyrinthique avec 11 cas soit 3,31 % et 1,75 % de la pathologie auriculaire comme l'indique le tableau N° IX (P. 37).

Ils sont observés chez les sujets de 15 à plus de 45 ans dans notre série comme le montrent les tableaux N° XIII et XIV (P. 41).

Au total les vertiges sont fréquents et amènent 4 malades sur 10 à consulter en pathologie auriculaire.

Cette grande fréquence est signalée par CHOBAUT (J.C.) (25) chez qui les vertiges représenteraient près de 5 % des motifs de consultation en médecine générale.

4.2.1.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire

Elle constitue le second motif de consultation dans la pathologie auriculaire dans notre étude.

Nous dénombrons 288 cas soit 45,79 % comme le montre le tableau N° IX. (P. 37). Elle représente 26,50 % des pathologies infectieuses et inflammatoires dans la sphère O.R.L. (tableau N° VIII, P. 35) et 14,47 % de tous les malades de l'étude.

4.2.1.2.1. Les otites

Les otites constituent la principale affection des maladies infectieuses dans notre série avec 230 cas soit 79,86 % et 36,57 % des pathologies de la région auriculaire et 11,55 % de l'ensemble de nos malades (voir le tableau N° IX).

Elles sont prédominantes chez les femmes dans 51,74 %. Elles sont beaucoup plus rencontrées chez les enfants dans 57,71 % des cas comme l'indique le tableau N° XV (P. 42).

Les otites suppurées occupent la première place avec 53,48 % de toutes les otites. Elles sont prépondérantes chez les enfants de 0 à 14 ans avec 71,54 % des otites suppurées. Leur incidence est de 46 cas par an.

Les otites chroniques sont rares avec 0,43 % comme l'indique le tableau N° XVI (P. 44).

Les études de certains auteurs sur les otites ont donné les résultats suivants :

- PUKANDER (J.) (88), dans son étude sur les otites moyennes aiguës chez les enfants finlandais en milieu rural en 1982, a trouvé que la fréquence des otites moyennes aiguës (O.M.A.) avoisine 30 % chez les enfants finlandais de moins de 5 ans en particulier chez les enfants de 2 à 4 ans et 15 % dans la tranche de 5 à 16 ans.

- DEFFON (G.T.) (28) a retrouvé que l'otite moyenne aiguë suppurée du nourrisson et de l'enfant sévit avec une incidence de 123 cas par an.

- AKPAGBE (F.) (6) a retrouvé, en 1987, sur 26412 cas en 10 ans, que les otites représentent 7,12 %.

- ADJIBABI (W.) (2), en 1989 a trouvé que les otites constituent la première affection infectieuse avec 86,92 % des affections infectieuses auriculaires et 16,90 % de toute la pathologie O.R.L..

En conclusion, nos résultats se rapprochent un peu de ceux de ADJIBABI (W.) (2).

Cette prédominance des otites chez les enfants nécessite la recherche des facteurs favorisants pour une action judicieuse dans leur prise en charge.

Des constats ci-dessous ont été faits par des auteurs :

- Pour PUKANDER (J.) (88), parmi les facteurs favorisants, on observe en particulier l'atopie, la brièveté de l'allaitement maternel et la fréquence des infections respiratoires.

- Quant à LUOMA (R.) (69), en Scandinavie, les enfants atopiques ont fait plus d'otites, étaient plus fréquemment des vomisseurs que les enfants non atopiques. De même les enfants de parents atopiques, même si eux-mêmes ne le sont pas, font également plus d'otites.

Mais dans nos contrées et plus précisément dans notre milieu d'étude, en dehors des infections respiratoires, la fréquence des otites chez les enfants pourrait s'expliquer par :

- les traumatismes auriculaires dûs au nettoyage des oreilles à l'aide des tiges ou bûchettes d'allumettes par les parents et les enfants eux-mêmes.

- la pénétration accidentelle de l'eau dans le conduit auditif lors des bains des enfants.

La brièveté de l'allaitement maternel évoquée par PUKANDER (J.) (88) ne saurait constituer un facteur favorisant dans notre milieu d'étude.

L'allaitement maternel est effectué chez les enfants du milieu pendant plus de 15 mois.

Par contre l'atopie évoquée par LUOMA (R.) (69) et PUKANDER (J.) (88) est à considérer et devra faire l'objet d'études ultérieures dans nos régions.

4.2.1.2.2. Les autres pathologies infectieuses et inflammatoires

Les parotidites constituent la seconde cause de consultation après les otites avec 44 cas soit 6,99%.

Ensuite viennent les parotidites ourliennes : 11 cas soit 1,75% et les mastoïdites avec 3 cas soit 0,48%.

Elles sont faiblement représentées :

- les parotidites : 6,99%
- les parotidites ourliennes : 1,75%, les mastoïdites 0,48%

4.2.1.3. La pathologie traumatologique

Elle est peu fréquente et représente 1,43% de la pathologie auriculaire et 0,45% de l'ensemble des affections O.R.L. et C.F. de notre série. Il s'agit de :

- otorragie post-traumatique par accident de la voie publique : 2 cas (0,32%)
- plaies traumatiques du lobule de l'oreille : 2 cas (0,32%)
- corps étrangers exogènes (grains de maïs) : 5 cas (0,79%) comme l'indique le tableau N° IX. (P. 37).

Ces chiffres sont très faibles par rapport à ceux trouvés par ADJIBABI (W.) (2) dans son étude. Chez lui, le corps étranger représente 2,37% des traumatismes et 1,33% des affections en otologie.

En conclusion, la pathologie otologique est très fréquente en consultation O.R.L.. Elle est dominée par les vertiges et les maladies infectieuses et inflammatoires. Les otites constituent la première cause de consultation en pathologie infectieuse auriculaire. Elles sont prédominantes chez les enfants en particulier chez les enfants de moins de 5 ans.

4.2.2. Les affections labio-bucco-pharyngo-laryngées

Ces maladies occupent la deuxième place dans notre étude avec 625 cas soit 31,39% des cas comme l'indique le tableau N °XXII (P. 49).

Elles sont dominées par les pathologies infectieuses et inflammatoires dont les amygdalites suivies des stomatites sont prépondérantes

4.2.2.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire

Sur 100 malades souffrant d'affections labio-bucco-pharyngo-laryngées, 74 présentent une maladie infectieuse et inflammatoire.

4.2.2.1.1- Les Amygdalites

Elles occupent le premier rang avec 255 cas soit 40,80%, 29,46% de toutes les maladies infectieuses étudiées et 12,81% de la pathologie O.R.L. et C.F. de notre série.

Elles intéressent surtout les sujets de 1 à 44 ans avec une nette prédominance chez les adolescents et les adultes jeunes avec 165 cas soit 64,71%.

La prédominance féminine est observée avec 163 cas soit 63,92%.

Les études de certains auteurs sur les amygdalites ont donné les résultats suivants :

- KINTIN (D) (61), en 1983 dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U., a trouvé sur 717 cas une fréquence moyenne des amygdalites de 5,24%.

- Pour ADJIBABI (W) (2), en 1989 au C.N.H.U. de Cotonou, les amygdalites représentent 79 cas soit 15,36%.

- Quant à AÏHOUNZONON (L) et coll. (5), au C.H.U. de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire, ils ont observé que les hypertrophies amygdaliennes obstruantes sont relativement fréquentes avec 28,38% chez les enfants.

Nos résultats se rapprochent plus de ceux de AÏHOUNZONON (L.) et Coll. (5) avec 30,98% de cas d'amygdalites observées chez les enfants comme l'indique le tableau N° XXIII (P. 50).

La différence observée dans nos résultats avec ceux des autres auteurs tient au fait qu'en milieu périphérique on y rencontre aussi bien les cas simples que les cas compliqués, d'où la fréquence élevée des amygdalites. Par contre dans les centres spécialisés, seuls les cas compliqués y sont en principe adressés, ce qui entraînerait la faiblesse des chiffres observés.

4.2.2.1.2. Les autres affections d'origine infectieuse

Les stomatites occupent le second rang après les amygdalites avec 162 cas soit 25,92%.

Les autres sont constituées par les candidoses buccales avec 46 cas soit 7,36% et les laryngites avec 2 cas soit 0,32%.

En conclusion, la pathologie infectieuse labio-bucco-pharyngo-laryngée est dominée par les amygdalites qui sont relativement fréquentes chez les enfants de 1 à 14 ans. Ces amygdalites sont prédominantes chez les sujets de 15 à 44 ans.

4.2.2.2. La pathologie malformative : les freins de langue

Elle est constituée par les freins de langue comme l'indique le tableau N° XXII (P. 50).

Les freins de langue représentent 4,32% des pathologies de la région avec 27 cas et 1,36% de toutes les affections O.R.L..

Ils sont observés chez les enfants de 0 à 4 ans et constituent donc une pathologie exclusivement infantile. Ils sont généralement découverts dès la naissance, ce qui explique leur prédominance en première année de vie : 17 cas soit 62,96% dans notre étude comme l'indique le tableau N° XXVII (P. 54).

Les cas observés entre 1 et 4 ans sont signalés parfois lors de certains troubles de langage constatés chez les enfants. Le problème est de savoir

s'ils constituent réellement ou à tort les étiologies de ces troubles de langage.

4.2.2.3. La pathologie traumatologique : les traumatismes labiaux

Elle est représentée par des traumatismes labiaux secondaires à des rixes. Ils sont surtout dominants chez les hommes en raison de leur caractère violent. Sur 5 cas, 4 sont observés chez les hommes soit 80%.

Dans cette région labio-bucco-pharyngo-laryngée nos chiffres sont faibles par rapport à ceux d'autres auteurs :

- MEDJI (A.L.P.) et Coll.(74) ont trouvé, en avril 1988, sur un total de 64130 patients vus en consultation en 8 ans et 9 mois, 696 traumatisés de la sphère O.R.L. dont 103 cas bucco-pharyngo-laryngées soit 0,16%.

- ADJIBABI (W.) (2), quant à lui, a recensé pendant l'année 1988, 13 cas de traumatismes divers de la langue, des lèvres et de la cavité buccale.

En conclusion, nous dirons que la pathologie traumatologique est très peu rencontrée dans la région labio-bucco-pharyngo-laryngée de notre étude.

4.2.2.4. La pathologie tumorale

Elle est très rare dans notre étude qui n'a enregistré qu'une seule tumeur linguale en 5 ans. Elle représente 0,16% des affections de la région et 0,05% du total.

L'absence d'un examen histologique des tumeurs dans les centres de santé périphériques ne permet pas de juger de la bénignité ou de la malignité des tumeurs rencontrées.

Des auteurs ont trouvé des résultats différents du nôtre.

- HOUNKPATIN (S.H.R.) (51) trouve une incidence moyenne de 3 cas par an des cancers de la langue au Bénin.

- VIGAN (M.) (107) au Sénégal arrive aux mêmes conclusions que HOUNKPATIN (S.H.R.) (51) dans son étude.

Selon SABUE, cité par HOUNKPATIN (S.H.R.) (51) à Kinshasa, le cancer de la langue représente 3,09% de l'ensemble de tous les cancers O.R.L..

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces études sont réalisées dans des hôpitaux où sont adressés la plupart des cas de tumeurs.

La faiblesse de la fréquence des tumeurs linguales dans notre étude pourrait être imputée au comportement de la population de ladite localité. Cette population considère ces affections comme des cas maléfiques et devant être traités par les guérisseurs traditionnels. De même le retard à la consultation conduit ces malades au décès.

Au total, la pathologie tumorale de la région labio-bucco-pharyngo-laryngée est souvent dominée par des cancers comme l'ont souligné la plupart des auteurs. Notre étude n'a recensé qu'un seul cas de tumeur linguale en 5 ans.

4.2.3. La pathologie rhino-sinusienne

28 malades sur 100 personnes venues consulter pour des affections O.R.L. présentent des pathologies rhino-sinusiennes. (voir le tableau N° V, P. 30)

Ce résultat est en accord avec celui de ADJIBABI (W.) (2) qui trouve 27 malades sur 100.

4.2.3.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire

Elle est fréquente et est rencontrée chez 3 malades sur 10 souffrant d'affection rhino-sinusienne : les rhinites et les sinusites y prédominent comme l'indique le tableau N° XXX (P. 57).

4.2.3.1.1. Les rhinites aiguës

Elles représentent 23,99% des cas rhino-sinusiens, 12,51% des maladies infectieuses et inflammatoires et 6,83% de l'ensemble de nos malades.

Elles sont dominantes dans l'enfance avec une prédilection dans la première année. Sur les 136 cas, 59 sont observés chez les enfants de 0 à 1 an (43,38%); 26 cas soit 19,12% sont observés chez les enfants de 1 à 14 ans comme en témoignage le tableau N° XXXI (P. 58).

Cette prédominance de l'affection à cet âge pourrait s'expliquer par le phénomène d'adaptation des enfants aux différents climats de l'année et aux diverses agressions microbiennes de la région rhino-sinusienne, la respiration étant essentiellement nasale.

A cet effet, PONCET (E.) (86) affirme que, de 6 à 18 mois, la respiration est essentiellement nasale, c'est l'âge des rhino-pharyngites et des otites récidivantes.

De 0 à 14 ans, les rhinites représentent 85 cas soit 62,50% et 4,27% de tous nos patients.

Il apparaît donc que l'affection est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adolescent et le sujet adulte de 15 ans et plus : 51 cas soit 37,50%.

. AÏHOUNZONON (L.) (4), sur une population totale de 2373 enfants reçus en consultation au service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou, de 1984 à 1985 a dénombré 1231 cas soit 51,87% qui présentaient une rhinite muqueuse ou muco-purulente.

. ADJIBABI (W.) (2) en 1988 a trouvé une fréquence de 4,79% du total chez les enfants.

. MAHADA (K.N.) (70) a trouvé, en 1987, 4,92% des rhinites purulentes en 9 ans et demi.

Nos résultats sont en accord avec ceux des auteurs sus-cités.

Les rhinites de notre étude ont une prédominance féminine avec 83 cas soit 61,03%.

La prédominance est plutôt masculine chez MAHADA (K.N.) (70).

Au total les rhinites sont fréquentes à tous les âges en particulier chez l'enfant avec une prédominance féminine dans notre étude.

4.2.3.1.2. Les sinusites

Elles sont soit aiguës, soit chroniques et représentent 56 cas soit 9,88% des malades rhino-sinusiens, et 2,81% du total. C'est la seconde maladie infectieuse après les rhinites en pathologie rhino-sinusienne comme l'indique le tableau N° XXX (P. 57).

L'affection paraît rare dans l'enfance dans notre étude : 1 cas soit 1,79% a été observé dans la tranche d'âge de 5 à 14 ans. Mais elle est prédominante chez l'adolescent et l'adulte jeune avec 46 cas soit 82,14%. Le sujet de plus de 45 ans n'est pas épargné. Il est atteint dans 9 cas soit 16,07% (tableau N° XXXII, P. 59).

Des auteurs ont abordé le sujet et ont trouvé les résultats suivants :

. QUENUM (A.), cité par ADJIBABI (W.) (2), a trouvé, en 1981, 6% de sinusite frontale sur 438 cas au C.N.H.U. de Cotonou.

. BIDE (L) (19) a trouvé, en 1981, 3,80% de sinusites maxillaires sur une population de 1516 patients au C.N.H.U. de Cotonou.

. TARANTINO (V.) et Coll.(102), quant à eux en 1983 en Italie, ont trouvé que, sur 150000 enfants (entre 3 jours et 14 ans d'âge), 5340 soit 3,50% présentaient une inflammation rhino-sinusienne Les atteintes multi-sinuses étaient fréquentes avec 48,8%, les sinusites maxillaires et les ethmoïdites, 16%.

. AÏHOUNZONON (L.) (4) a retrouvé, en 1986 au C.N.H.U. de Cotonou, que les sinusites s'observent chez les enfants de plus de 10 ans avec une prédilection chez les enfants de 14 à 15 ans dans son étude.

Ces différents résultats amènent à faire quelques commentaires :

- la rareté des cas de sinusites observée dans notre étude chez les enfants n'est pas habituelle. Elle pourrait être imputée au mode de diagnostic du milieu qui est essentiellement clinique. Plusieurs cas seraient passés inaperçus surtout avec la fréquence élevée des rhinites dans notre étude.

- les sinusites sont relativement fréquentes et intéressent tous les âges.

- Presque tous les différents sinus sont atteints pour la plupart des auteurs.

Par ailleurs, les complications des sinusites sont fréquentes selon plusieurs auteurs.

. VODOUHE (S.J.) et Coll.(109), dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou, ont trouvé que les sinusites chroniques représentent 65,16% de leur cas.

. TARANTINO (V.) et Coll. (102), en Italie, ont remarqué dans leur étude que les complications orbitaires des sinusites sont les plus importantes et les plus fréquentes. Elles sont surtout présentes chez les enfants entre 2 et 5 ans d'âge:66,2%, ainsi que dans le groupe des enfants de 0 à 2 ans d'âge, 17%.

Dans notre étude, nous avons globalement observé 53,57% de sinusites chroniques. Elles intéressent les sujets de 15 à 45 ans et plus dans 98,21% des cas et un cas de la tranche de 5 à 14 ans soit 1,79% des cas (voir le tableau N° XXXIII, P. 61).

Nos résultats pourraient s'expliquer par :

- des ruraux qui sont des gens solides, ne sont guère inquiétés par les petites rhinites qui font malheureusement le lit des sinusites.

- les cas de sinusites aiguës déclarées par des symptômes plus ou moins gênants sont d'abord pris en charge par les guérisseurs traditionnels

- le recours à un centre de santé est tardif.

Ainsi la plupart des cas de notre étude sont vus à l'état de chronicité.

En conclusion, nous dirons que les sinusites sont relativement fréquentes et intéressent surtout les adolescents et les adultes jeunes de notre étude. Les formes chroniques sont prédominantes comme elles sont signalées par plusieurs auteurs.

4.2.3.2. La pathologie vasculaire : les épistaxis

Sur 100 malades venus consulter pour des pathologies rhino-sinusiennes, 4 présentent des troubles vasculaires à type d'épistaxis.

Ces épistaxis représentent 1,36% de toute la pathologie O.R.L. de notre étude.

Plusieurs études faites par certains auteurs ont donné les résultats suivants :

- En France, en 1984, VALDAZO (A.) et coll. cités par ZANOUE (B.A.) (112) ont trouvé que 3,4 % des patients ont pour motifs de consultation l'épistaxis.

- Au Bénin, au C.N.H.U. de Cotonou en 1986 dans le service d'O.R.L., selon ZANOUE (B.A.) (112), sur 21550 patients en 6 ans, 1,29 % sont vus pour une épistaxis.

•Au C.N.H.U. de Cotonou en 1988, ADJIBABI (W.) (2) a trouvé que les épistaxis représentaient 1,17 % de la pathologie O.R.L..

Nos résultats sont en accord avec ceux trouvés par ZANOOU (B.A.) (112).

Les épistaxis de nos patients prédominent dans la population infantile et masculine.

En effet, sur les 27 cas de notre étude, 15 enfants ont présenté une épistaxis soit 55,56 %. Parmi ceux-ci 11 sont des garçons soit 40,74 % contre 4 cas soit 14,81 % chez les filles comme le montre le tableau N° XXXIV (P. 62).

Des auteurs ont trouvé des résultats comparables aux nôtres dans leurs études :

•DOSSO (F.), cité par ZANOOU (B.A.) (112), a trouvé en France en 1979 que les épistaxis sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, notamment en période prépubertaire.

•Quant à PETRUSON (B.) et all. cités par ZANOOU (B.A.) (112), en 1982 aux Etats-Unis, 30 % des enfants au-dessus de cinq (5) ans ont eu au moins un saignement du nez.

•Selon ZANOOU (B.A.) (112), en 1986 dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou, les enfants de cinq à dix ans ont présenté des épistaxis dans 13,40 %, et les garçons sont arrivés en tête avec 61,15 % des cas.

Au total les épistaxis, que ce soit en milieu spécialisé ou non comme le nôtre, sont fréquentes. Elles sont prédominantes dans la population infantile de plus de cinq ans et surtout chez les garçons. Le problème est leur prise en charge symptomatique et surtout étiologique.

4.2.3.3. La pathologie tumorale : le polype endonasal

Elle est rare. Un cas de polype endonasal a été observé dans notre étude soit 0,18 % des cas de la région rhino-sinusienne.

4.2.3.4. La pathologie traumatologique

Elle est représentée par les traumatismes rhino-sinusiens. Il s'agit des corps étrangers exogènes (grains de maïs) dans trois cas soit 0,53 % des cas de la région et 0,15 % du total de nos malades (tableau N° XXX, P. 57).

Ces accidents rhino-sinusiens paraissent banals. Mais les lésions des muqueuses nasales sont souvent fréquentes. Ainsi la prévention des surinfections passe par l'emploi des gouttes nasales antiseptiques après leur extraction.

4.2.3.5. Les autres pathologies

Elles sont constituées par :

- les céphalées : 58 cas soit 10,23 %
- les migraines : 286 cas soit 50,40 %.

Ces deux symptômes sont très souvent des motifs de consultation en O.R.L.. Mais leur fréquence très élevée dans notre série pourrait s'expliquer par le fait qu'ils constituent souvent des signes rencontrés dans plusieurs affections dont les pathologies O.R.L..

Des études prospectives ultérieures pourraient dégager leur incidence dans les affections O.R.L. en milieu périphérique.

En conclusion, nous dirons que la pathologie rhino-sinusienne est fréquente. Elle est dominée par les maladies infectieuses et inflammatoires, elles-mêmes dominées par les rhinites et les sinusites.

4.2.4. La pathologie cervico-faciale

Huit malades sur 100 viennent consulter pour des affections cervico-faciales dans notre étude comme en témoigne le tableau N° V (P. 30).

Les manifestations neurologiques dominent avec 117 cas soit 68,82 %. Elles sont suivies des pathologies infectieuses et inflammatoires dans 15 cas soit 8,82 %. Les affections tumorales et traumatologiques occupent 10 cas chacune soit 5,88 % comme l'indique le tableau N° XXXVIII (P. 66).

4.2.4.1 Les manifestations neurologiques

4.2.4.1.1. La névralgie cervico-brachiale

Elle domine la pathologie cervico-faciale avec 113 cas soit 66,47 %. Elle atteint les sujets des deux sexes avec une prédominance féminine : 71 cas soit 62,83 %. Elle touche surtout les sujets de 15 à plus de 45 ans, bras valides pour les activités agricoles dans le milieu (tableau N° XXXIX, P. 67).

Cette prédominance de la névralgie cervico-brachiale dans cette tranche de la population rurale pourrait-elle avoir une liaison avec les habitudes de la population : transport de lourdes charges sur la tête, les travaux champêtres avec la houe et le coupe-coupe? Les otites étant bien traitées, il ne peut donc s'agir de leurs complications à manifestations neurologiques.

4.2.4.1.2. - La paralysie faciale a frigore

Elle est peu fréquente avec 4 cas. Elle pourrait être ~~due~~ **due** au froid lié à l'humidité relative de la région.

4.2.4.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire

Les adénopathies cervicales dominent cette pathologie avec 15 cas soit 8,82 % (tableau N° XXXVIII, P. 66).

Elles sont rencontrées presque en totalité chez les enfants avec 14 cas soit 93,33 %. La prédominance est observée chez les enfants de 1 à 4 ans avec 7 cas soit 46,67 % (tableau N° XLI, P. 68).

Selon LANG (J.) (64), la découverte d'une adénopathie pose le problème de sa cause avec la hantise d'une possible origine maligne. Mais la plupart des cas étant observés chez les enfants, nous pensons beaucoup plus à une origine infectieuse de la sphère O.R.L.. La prise en charge de ces adénopathies tiendra donc compte de leur aspect et de leur caractère.

Toutefois, selon KINDE GAZARD (D.) et coll. (60), la persistance des adénopathies cervicales depuis plus de trois semaines, sans qu'il soit possible de mettre en évidence un épisode aigu ou subaigu antérieur local ou général, pose un problème diagnostique. C'est certainement ce qui explique que le bilan de la tuberculose a été demandé dans trois cas : Intradermo-réaction à la tuberculine, tubage gastrique, radiographie pulmonaire.

Il est donc inutile de rappeler qu'au moindre doute, le malade doit être adressé au spécialiste O.R.L. pour une biopsie exérèse et histologique de la pièce opératoire.

4.2.4.3. La pathologie tumorale

Elle est faiblement représentée dans notre étude avec 9 cas soit 5,29 % des affections de la région et 0,45 % du total.

4.2.4.3.1. Les tumeurs maxillaires

Elles dominent cette pathologie avec 6 cas soit 3,53 %. Elles intéressent surtout les femmes dans 4 cas. La prédominance est observée chez les sujets de 15 à plus de 45 ans dans 4 cas comme l'indique le tableau N° XLIII (P. 70).

L'absence d'une étude histologique dans notre travail ne nous permet pas de préjuger de leur malignité ou de leur bénignité.

Par contre divers auteurs ont signalé dans leurs études une fréquence relativement élevée des tumeurs malignes dans la région maxillaire.

- HOUNNASSO (P.P.) (53), à Cotonou, a remarqué que 23,59 % des cancers O.R.L. siègent sur les maxillaires.

- En Europe, GAILLARD et GIGNOUX, cités par VIGNIKIN (B.) (108), ont trouvé que le cancer du massif facial supérieur représente 6 % des cancers.

- Quant à VIGNIKIN (B.) (108), à Cotonou, sur 147 tumeurs malignes histologiquement confirmées de la sphère O.R.L., 70 cancers étaient maxillaires soit 47,61 %.

Il est fort probable devant la grande fréquence des cancers maxillaires qu'une origine maligne des tumeurs maxillaires de notre étude soit suspectée. Cependant la durée, l'évolution, l'âge et l'état clinique des personnes atteintes sont des éléments importants pour évoquer le diagnostic. Et le recours au spécialiste O.R.L. permet de faire une biopsie pour un examen histologique de la pièce opératoire afin de décider d'une thérapeutique adéquate. Ainsi tous nos malades sont adressés dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du C.N.H.U. de Cotonou pour leur prise en charge.

4.2.4.3.2. Affection thyroïdienne

Elle est représentée dans notre étude par le goître dans 3 cas soit 1,76 % et 0,15 % du total (voir le tableau N° XXXVIII, P. 66).

La prédominance est féminine avec 2 cas.

Nos résultats sont différents par rapport à ceux trouvés par la plupart des auteurs.

- TOESSI (J.C.) (104) a trouvé, en 1983, à Cotonou dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U., 13 cas de tumeurs thyroïdiennes soit 1,13 %.

•ADJIBABI (W.) (2) a observé une fréquence de 1,01 % des affections O.R.L..

Cette faible fréquence observée dans notre série pourrait s'expliquer par :

- la mentalité de la population de notre lieu d'étude. Une tumeur antéro-cervicale est souvent considérée comme un mauvais sort jeté à un sujet. La consultation des tradipraticiens passe donc au premier plan.

- la consultation dans un centre de santé ne se fait qu'après échec du traitement traditionnel ou lors d'une complication (dysphonie, dyspnée).

- l'esthétique de la région n'est nullement recherchée ou ne constitue pas une préoccupation pour cette population.

En définitive, la faible fréquence observée (0,15 %) ne traduit pas la réalité au niveau de ces affections thyroïdiennes dans notre milieu d'étude. Des études prospectives ultérieures pourraient permettre de déterminer l'incidence de cette affection dans la population de la Sous-Préfecture d'Aplahoué.

4.2.4.4 La pathologie traumatologique

Elle est dominée dans notre travail par les traumatismes de la face : plaies traumatiques après une rixe, une contusion mandibulaire.

Ces traumatismes représentent 10 cas soit 5,88 %, et 0,50 % du total de nos malades. Ils sont observés chez les adolescents et les adultes jeunes avec une prédominance relative chez les hommes avec 6 cas contre 4 cas chez les femmes.

4.3. PRISE EN CHARGE DANS UN CENTRE DE SANTÉ PÉRIPHÉRIQUE

4.3. PRISE EN CHARGE DANS UN CENTRE DE SANTÉ PÉRIPHÉRIQUE

Au cours de notre travail, trois différentes thérapeutiques ont été pratiquées comme l'indique le tableau N° XLV (P. 72).

4.3.1. Le traitement médical

Le traitement médical est dominant avec 1926 cas soit 96,74 %.

Il est tout à fait normal d'observer un tel résultat pour des raisons suivantes :

- la pathologie infectieuse et inflammatoire qui nécessite un recours médical est prédominante dans notre étude avec 1087 cas soit 54,60 % (voir le tableau N° VIII, P. 35).

- les affections O.R.L. et C.F., en dehors de quelques aspects très pointus qui nécessitent le recours au spécialiste, sont pour la plupart du domaine du médecin généraliste dont la première arme est la thérapeutique médicale.

- l'étude a été réalisée dans un centre non spécialisé où la pratique de la chirurgie spécialisée est inexistante.

Cette prise en charge médicale est en accord avec la plupart des auteurs dans la littérature.

Ainsi nous passerons en revue le traitement médical de quelques affections infectieuses et inflammatoires courantes.

4.3.1.1. Les otites aiguës et chroniques

Le but du traitement médical dans les otites est de :

- calmer la douleur dans les otites aiguës et lors des réchauffements des otites chroniques;
- lutter contre l'infection et l'inflammation;
- assécher la caisse du tympan;

- corriger le terrain;
- éviter les complications.

Pour ce faire, plusieurs auteurs s'accordent à réaliser un traitement général par antibiotique, un traitement local par des gouttes auriculaires et un traitement adjuvant par les anti-inflammatoires, les antalgiques, les antipyrétiques et les gouttes nasales.

L'antibiothérapie par voie générale rompt le cercle infectieux, assure la guérison totale et évite les complications. Elle ne souffre d'aucune contestation dans le traitement des otites.

Dans les centres équipés, elle n'est instituée qu'après une étude bactériologique du pus suivie d'antibiogramme (cas suppurés). Par contre ailleurs, dans les centres moins ou non équipés où l'antibiogramme ne peut être réalisé, le choix porte sur des antibiotiques à large spectre et efficaces sur les germes. Ces germes sont : le Diplococcus pneumoniae, l'Haemophilus influenzae, le Pseudomonadaceae.

Dans notre étude, le traitement antibiotique des otites est observé dans 52,61 % des cas. Ce qui paraît insuffisant pour la prise en charge effective.

Le traitement local est assuré par les gouttes auriculaires dans lesquelles l'antibiotique est associé à un anti-inflammatoire cortisonique. Il fait l'objet de critique de la part de certains auteurs :

- WAYOFF et SIMON, cités par DEFFON (G.) (28) considèrent les gouttes auriculaires comme un traitement adjuvant dans les otites.

- BEDOURET (B.) (13), dans son étude portant sur 96 malades, n'a utilisé les gouttes auriculaires que dans 2 cas.

- GOMULINSKI (L.) et coll. (45) demandent d'observer une prudence dans l'utilisation de ces produits du fait de l'association aux corticoïdes qui pourraient retarder la cicatrisation dans les otites à tympan perforé.

Malgré es réserves les gouttes auriculaires sont souvent employées dans les otites.

DEFFON. (G.) (28) a constaté leur recours pour l'asepsie de l'oreille et pour une action psychologique des malades qui se plaignent d'otalgies.

Dans notre étude, sur 230 malades les gouttes auriculaires ont été largement utilisées dans 212 cas soit 92,17 %.

La thérapeutique adjuvante est aussi observée dans les otites et va souvent de pair avec les deux premiers.

L'assèchement du cavum est indispensable pour assurer une guérison totale des otites.

En effet, le cavum constitue un carrefour où s'abouchent l'oreille interne et les voies aériennes supérieures d'où l'importance de l'usage des gouttes nasales dans les otites.

- DEFFON (G.) (28) , dans son étude, a signalé un recours parfois aux gouttes nasales.

- FRANÇOIS (M.) (40) affirme qu'en plus des antibiotiques dans les otites aiguës chez le nourrisson, il faut toujours associer une désinfection rhino-pharyngée.

Eu égard à tout ce qui précède, les gouttes nasales doivent donc être systématiques dans le traitement des otites chez les enfants.

Mais dans notre travail, nous n'avons noté aucun emploi de gouttes nasales dans le traitement des otites.

Avec le traitement médical, de bons résultats ont été rapportés par plusieurs auteurs :

- BEDOURET (B.) (13) a retrouvé, dans son travail en FRANCE, 83,50 % de résultats favorables.

- DEFFON (G.) (28) a trouvé que 67 % des malades suivis ont une évolution favorable sous le traitement médical.

Les malades de notre série n'ont pas été régulièrement suivis après leur prise en charge. Nos résultats ne pourront pas être objectivement appréciés. Mais en nous référant aux bons résultats des auteurs précités et sous

quelques réserves, nous pourrions dire que les résultats de notre travail seraient également favorables.

Qu'en est-il des rhinites et des sinusites de notre étude ?

4.3.1.2. Les rhino-sinusites

Selon TERRIER (G.) cité par ROUVIER (P.) et GARCIA (Cl.) (90), l'organe nasal est une entité fonctionnelle formée par les fosses nasales, les cavités sinusiennes annexes et l'épipharynx.

Les rhino-sinusites sont donc le résultat des désordres entraînés au niveau de cet organe par les agressions diverses (les infections, l'inflammation, l'allergie). La conséquence est l'oedème de la muqueuse naso-sinusienne.

Ainsi FLOTTEs, CLERC, RIU et DEYILLE, cités par AÏHOUNZONON (L.) (4), affirment que le phénomène physiopathologique le plus déterminant est l'oedème de la muqueuse naso-sinusienne qui est responsable de l'obstruction ostiale.

Dès lors l'action thérapeutique médicale visera à :

- lutter contre l'oedème de la muqueuse naso-sinusienne tout en respectant la perméabilité ostiale.
- lutter contre l'infection
- éliminer les causes favorisantes si possible.

4.3.1.2.1. Les rhinites

Elles sont très fréquentes et constituent la majorité des cas de la pathologie rhino-sinusienne infectieuse.

Selon PONCET (E.) (86), les rhinites sont, chez les enfants, considérées comme une "maladie d'adaptation" qui apparaît comme une étape obligatoire à l'acquisition du capital immunitaire indispensable. Elle ne devient

pathologique que lorsqu'elle entraîne des complications comme les rhinosinusites.

Ainsi chez les nourrissons, l'action thérapeutique se limitera à lutter contre le phénomène allergique par des antihistaminiques, assécher la muqueuse nasale par des gouttes nasales antiseptiques respectant la fonction muco-ciliaire nasale. Les substances huileuses sont donc à éviter.

Les vaso-constricteurs sont à proscrire du fait des accidents sévères qu'ils pourraient entraîner (perte de connaissance, hypothermie, tachycardie).

Dans notre étude, 47 sur 75 ont reçu un antiseptique nasal soit 62,67 %. Des 47 enfants 20 ont reçu un vaso-constricteur par voie nasale (Otrivin*) soit 42,55 %. 27 enfants soit 57,45 % ont reçu un antiseptique nasal respectant la physiologie de la muqueuse nasale (Sérum physiologique, Soufrane*).

Il ressort de ce qui précède que 42,55 % des enfants ont reçu, un traitement qui pourrait entraîner des accidents. Les enfants étant traités à titre externe, nous ne saurions apprécier les conséquences.

Par ailleurs les rhinites de notre étude ont bénéficié d'un traitement anti-infectieux dans 80 cas soit 58,82 % (tableau N ° XLIX, P. 77). Il a intéressé en particulier les sujets adultes et quelques cas de rhinites purulentes chez les enfants.

Au total, nous pourrions dire que l'attitude thérapeutique des rhinites de notre étude répond dans plus de la moitié des cas à l'idéal rapporté par la littérature. Mais l'usage des vaso-constricteurs est à proscrire chez les enfants.

4.3.1.2.2. Les sinusites

Contrairement aux rhinites, les sinusites de notre étude sont l'apanage des adolescents et des adultes jeunes dans 55 cas soit 98,21% (voir le tableau N° XXXII, P. 59).

Elles ont bénéficié d'un traitement local (antiseptique nasal) et général (antibiotique) dans 83,93 % des cas.

Les traitements adjuvants y sont associés dans 67,86 % des cas (voir le tableau N° L, P.79). L'emploi des antihistaminiques est peu rencontré avec 5,36 %.

Un traitement bien conduit des sinusites entraîne la guérison rapide et évite les complications. La plus fréquente des complications est le passage à la chronicité.

En effet, VODOUHE (S.J.) et coll. (109), au cours de leur travail dans le service d'O.R.L. du C.N.H.U. de Cotonou, sur 2371 cas de sinusites compliquées, ont trouvé que la chronicité est la plus fréquente avec 65,5 % des cas.

L'attitude thérapeutique adoptée dans notre étude répond bien aux exigences de cette région et présage théoriquement d'un bon résultat. Mais les résultats du suivi des malades qui ,devraient nous rassurer font malheureusement défaut.

Nous déplorons par ailleurs le manque de précision du siège des cas de sinusites (maxillaire, ethmoïdal, frontal ou sphénoïdal). La connaissance du siège jouerait également dans l'attitude thérapeutique des patients.

4.3.1.2.3. Le polype endonasal

Selon SERANO (E.) et PERCODANI (J.) (96), la polypose nasosinusienne est une maladie inflammatoire chronique de la muqueuse des sinus extériorisée dans les fosses nasales sous forme visible en rhinoscopie.

La thérapeutique visera donc à lutter de façon continue contre l'inflammation et la douleur et une surinfection éventuelle. L'usage d'une corticothérapie et d'une antibiothérapie s'avère indispensable.

Dans notre étude, le traitement s'est inscrit dans ce cadre avec l'emploi d'antibiotique et d'antibactérien de synthèse (sulfamide : cotrimoxazole), de l'acide acétylsalicylique et de corticoïde nasal (prednisolone O.R.L.).

D'après SERANO (E.) et PERCODANI (J.) (96), le traitement de la polypose naso-sinusienne passe par une corticothérapie locale en relais d'une corticothérapie par voie générale. Mais ces auteurs ne font pas état de l'usage d'une antibiothérapie.

Eu égard à tout ce qui précède, nous dirons que la polypose naso-sinusienne doit bénéficier d'une corticothérapie générale associée au début à une antibiothérapie de couverture et relayée par une corticothérapie locale.

Une surveillance régulière du malade s'impose.

4.3.1.3. Les amygdalites

Elles sont fréquentes dans notre étude avec 255 cas soit 40,80% des affections de la région.

Le traitement médical des amygdalites vise 3 buts :

- supprimer l'inflammation et la douleur éventuelle
- lutter contre l'infection
- éviter les complications

Pour ce faire, plusieurs moyens s'offrent à nous :

- l'antibiothérapie basée sur les β -lactamines en particulier les pénicillines ou les macrolides en cas d'allergie.
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- les antalgiques
- l'immunothérapie en cas de récurrence
- les mesures hygiéno-diététiques (boissons chaudes, repos)

Dans notre étude, la prise en charge médicale de nos 255 patients a consisté à l'emploi d'antibiotiques plus ou moins associés aux anti-inflammatoires ou aux antalgiques dans 243 cas soit 95,29%.

Les antibiotiques utilisés sont dominés par les β -lactamines 178 cas soit 73,25% de cas. Ils sont suivis de loin par les macrolides et les sulfamides.

BERTRAND (J.L.) (17) préconise dans son étude à Paris, en 1991, deux attitudes :

- avant 3 ans un traitement symptomatique en raison de la rareté de l'étiologie streptococcique à cet âge.

- après 3 ans, un traitement systématique par une pénicilline G ou V.

Notre attitude est presque identique à celle de BERTRAND (J.L.) (17) et à celle préconisée dans la littérature.

La plupart de nos malades sont âgés de 5 à plus de 45 ans. Cette attitude devrait nous permettre d'avoir de bons résultats dans notre série. Mais l'absence de suivi de nos malades après l'institution du traitement a été observée. Néanmoins cette attitude se trouve réconfortée par la similitude observée.

Les cas compliqués qui ne sont pas déclarés mais qui existeraient sont du ressort du spécialiste O.R.L..

Le traitement local dans les amygdalites n'a pas été pratiqué dans notre étude. Ce dernier permettrait une action locale sur les amygdales par le gargarisme ou les pulvérisations avec antiseptiques oropharyngés. Il en est de même des gouttes nasales qui ne sont pas souvent employées.

4.3.1.4. Les adénopathies cervicales

Selon LANG (J.M.) (64) , la découverte d'une adénopathie pose essentiellement le problème de sa cause avec la hantise d'une possible origine maligne.

C'est dire que les adénopathies cervicales rencontrées dans notre étude constituent un problème car elles sont habituellement la traduction clinique

d'une maladie. Leur siège n'a pas été précisé. Elles intéressent vaguement les aires cervicales.

Au total 15 cas ont été enregistrés au cours de l'étude dont la majorité se trouve chez les enfants de 0 à 14 ans.

Dans cette tranche d'âge, la pathologie infectieuse est souvent prédominante sans oublier l'éventualité rare d'une malignité.

Devant cette problématique, 3 cas dans notre étude ont fait l'objet d'un bilan à la recherche d'une tuberculose. Le bilan d'une investigation tuberculeuse a été demandé mais malheureusement les résultats n'ont pas été donnés. Mais il est à reconnaître que l'adénopathie cervicale ne posera de problème que si elle n'est liée à une maladie de la sphère O.R.L.. Le bilan à la recherche d'une tuberculose et une biopsie exérèse pour une histologie et la sérologie à H.I.V sont nécessaires.

Malgré cette insuffisance les cas de notre étude ont subi un traitement médical très correct fait d'antibiotique et d'anti-inflammatoire dans 93,33% des cas.

4.3.1.5. Les épistaxis

Les épistaxis sont des saignements du nez et sont une urgence médicale. Leur prise en charge passe par :

- l'arrêt de l'hémorragie en urgence
- le traitement de la cause et des signes associés
- la diminution des récidives voire leur suppression.

Les moyens à utiliser sont l'hémostase locale ou générale, les hémostatiques locaux ou la cautérisation.

Dans notre travail il s'agit des épistaxis de petite et de moyenne abondance. Les hémostatiques par voie générale sont les plus utilisés dans 26 cas 96,30%. Les voies générales et locales sont observées dans 6 cas soit 22,22%. Le traitement adjuvant constitué par les antiseptiques nasaux est réalisé dans 40,70%.

Nos résultats sont comparables à ceux de ZANOUE (B.A.) (112), qui dans son travail sur les épistaxis a trouvé que le traitement symptomatique est basé sur les hémostatiques par voie générale couplée d'une action locale (compression digitale, compression par tamponnement postérieure ou antérieure et la compression par ballonnet).

Mais l'essentiel n'est pas seulement d'arrêter l'hémorragie mais il faut pouvoir traiter la cause et éviter les récurrences.

4.3 2. Le traitement chirurgical

Il se limite aux actes de petites chirurgies.

Néanmoins, nous dirons que la section du frein de langue, qui a constitué l'essentiel de la chirurgie de notre étude mérite qu'on s'y attarde un peu.

Souvent cette malformation fait l'objet de polémique tant dans le rang des soignants que des parents des enfants. Cette malformation est considérée à tort comme un élément du trouble de langage chez un enfant qui ne parle pas.

Le trouble de langage est :

- soit la conséquence d'une maladie infectieuse chez un enfant dont l'ouïe est normale à la naissance. Il s'agit là d'une surdi-mutité acquise ;
- ou soit d'un problème psychologique qui relève du domaine du psychiatre.

Un enfant qui présente un frein de langue parlerait mais présenterait certaines gênes dans l'articulation de certains mots.

Au total, la surdi-mutité n'est pas liée à un trouble du langage.

4.3.3. Le traitement "endoscopique"

Il intéresse les corps étrangers nasaux et auriculaires de notre étude (grain de maïs). Ce traitement paraît banal mais non anodin.

En effet, les conduits auditifs et les orifices nasaux sont très minces et très fragiles. Leurs lésions sont très fréquentes au moindre traumatisme. Ce qui laisse supposer qu'au moment de l'extraction de ces grains de maïs, ces muqueuses peuvent être lésées et être génératrices des lésions infectieuses redoutables.

Il importe donc que le traitement "endoscopique" bien que relevant du domaine du spécialiste se fasse dans des centres non spécialisés avec une attention soutenue. Une couverture antiseptique associée serait indispensable.

4.3.4. Évolution et suivi

Les malades de notre série n'ont pas été revus après le premier traitement. Ceci fait appel à quelques commentaires.

Un malade qui n'a pas été revu après les premiers soins, suppose que :

- soit le traitement prescrit a assuré la guérison parfaite du malade ou entraîné une amélioration et ce dernier ne juge plus opportun de se présenter à son médecin traitant.
- soit le contraire et le patient refuse de se présenter à nouveau dans le même centre.
- soit l'ordonnance délivrée n'a pas été honorée et le malade se résigne dans cet état ou alors se confie aux guérisseurs traditionnels.
- soit le rendez-vous du malade n'a pas été précisé avant la fin de l'entretien avec son médecin traitant.

En effet, au cours de notre étude les rendez-vous même s'ils sont donnés et précisés n'ont pas été transcrits dans le registre ou sur la fiche du malade.

Toutefois il est à remarquer qu'en général les malades ne répondent pas surtout au rendez-vous dans nos centres.

ADJIBABI (W.) (2), a fait le même constat au C.N.H.U. et a affirmé que le malade béninois est difficile à traiter.

Au total, bien que les malades béninois soient difficiles à traiter, il faut à l'avenir leur préciser leurs rendez-vous et les y sensibiliser. Ceci permettra de juger de l'impact de nos prestations médicales dans l'intérêt de tous.

4.4. LES CAS MAÎTRISÉS

L'analyse de la prise en charge de quelques affections de notre étude nous permet de dire que les cas suivants pourraient être considérés comme maîtrisés :

- les otites
- les rhinites
- les sinusites
- les amygdalites
- le polype endonasal
- les épistaxis
- les freins de langue.

4.5. LES CAS RÉFÉRÉS

Dans notre étude, 16 cas ont été référés sur des centres plus équipés. Il s'agit essentiellement des tumeurs dans la moitié des cas, les surdi-mutités : 5 cas (31,25%) et, une carie dentaire et 2 cas de corps étrangers auriculaires enclavés.

Au total les différents cas référés dans notre étude nécessitent une action qui est du ressort du spécialiste O.R.L..

4.6 LES INSUFFISANCES

La prise en charge des affections O.R.L. et C.F. dans notre étude a permis de relever les insuffisances suivantes rencontrées souvent dans les centres non spécialisés.

Elles paraissent minimales mais elles sont d'une importance capitale pour maîtriser correctement les différentes affections. Elles constituent la spécificité dans les affections O.R.L. et C.F.. Il s'agit de :

a) - dans les otites

- l'usage peu courant des antibiotiques par voie générale
- chez les enfants, l'absence d'emploi de gouttes nasales dans les otites surtout chez les nourrissons.

b) - dans les rhinites

- la prescription de gouttes nasales n'a pas été systématique dans la plupart des cas
- l'usage des vaso-constricteurs nasaux sont à proscrire des prescriptions chez les enfants.
- l'absence souvent d'emploi d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

c) - dans les sinusites

- la topographie des sinus n'a pas été indiquée

d) - dans les épistaxis

- la recherche étiologique n'a pas été abordée pour éviter les récurrences éventuelles

e) - dans les amygdalites

- l'absence de l'emploi d'un antiseptique local sur les amygdales et de gouttes nasales

f) - dans les adénopathies cervicales

- le siège des adénopathies n'a pas été signalé
- les résultats des bilans n'ont pas été communiqués

g) - dans l'évolution et le suivi,

- en périphérie dans notre étude, les malades n'ont pas été du tout suivis car ils n'ont pas été revus pour des contrôles afin de dépister des complications éventuelles.

De ce suivi ultérieur du malade dépendront les actions à entreprendre pour l'amélioration de la qualité des prestations médicales en milieu non spécialisé.

**CONCLUSION
ET
SUGGESTIONS**

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

5.1. CONCLUSION

Au terme de notre étude rétrospective sur 5 ans, du 1^{er} Janvier 1990 au 31 Décembre 1994, dans la circonscription médicale de la Sous-Préfecture d'Aplahoué dans le département du Mono, nous pouvons faire les observations suivantes :

- la pathologie O.R.L. et C.F. est riche et variée. Son incidence dans le centre de santé est de 48,50‰ dans la population consultante.

- le centre de santé reçoit en moyenne 398 cas par an et 33 cas par mois d'affection O.R.L. et C.F..

- les mois de Janvier et de Décembre enregistrent les plus grands nombres dans l'année.

- la prédominance féminine est manifeste avec 60,17%.

- toutes les tranches d'âge sont concernées avec une prédominance des sujets de 15 à 44 ans.

- trois grandes pathologies dominant dans des proportions peu différentes :

- la pathologie auriculaire : 28,83 %

- la pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée : 31,39%

- la pathologie rhino-sinusienne : 28,48%

- la pathologie cervico-faciale est peu fréquente avec 11,30 %

- les affections infectieuses et inflammatoires sont les plus fréquentes avec 54,60%

- la grande saison sèche est la plus pourvoyeuse des affections infectieuses et inflammatoires avec 36,06% présentant des pics en Janvier et en Décembre.

- la pathologie infectieuse la plus rencontrée est la pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée avec 54,46%. Elle est suivie de loin par la pathologie auriculaire : 26,50%.

- les maladies infectieuses les plus dominantes sont les amygdalites avec 255 cas et les otites avec 230 cas.

Au niveau des différentes grandes pathologies les constatations suivantes sont faites :

- la pathologie auriculaire est dominée par les affections labyrinthiques avec 52,78%, elles-mêmes dominées par les vertiges avec 47,50%. Les maladies infectieuses occupent le second rang avec 47,79% parmi lesquelles les otites arrivent en tête avec 36,57%.

- la pathologie labio-bucco-pharyngo-laryngée a pour chef de file les affections infectieuses et inflammatoires avec 74,40% dont les amygdalites occupent la plus grande proportion avec 40,80%.

- dans la pathologie rhino-sinusienne, les infections sinusiennes représentent 33,86%. Les rhinites y sont prépondérantes avec 23,99% avec une prédominance infantile.

- la pathologie cervico-faciale voit une prédominance des manifestations neurologiques avec 68,82% dont les névralgies cervico-brachiales représentent 66,47%.

- les adénopathies cervicales représentent 8,82% avec une prédominance infantile.

Dans notre étude, les affections relativement rares sont :

- les tumeurs : 11 cas (0,55% du total)
- les traumatismes : 27 cas (1,36%)
- les troubles vasculaires (épistaxis) : 27 cas (1,36%)

Au plan thérapeutique, en dehors des 16 cas référés soit 0,80% sur les centres plus équipés, trois types de traitement ont été pratiqués :

- le traitement "endoscopique" : 0,30% des cas

- la petite chirurgie : 2,16% des cas
- le traitement médical : 96,74% des cas. C'est l'acte thérapeutique le plus pratiqué témoignant de l'importance du rôle du médecin généraliste en périphérie.

Toutefois certaines insuffisances restent à combler pour une prise en charge plus globale des affections O.R.L. et C.F..

Ce qui nous amène à faire des suggestions suivantes.

5.2. SUGGESTIONS

* Au personnel de la santé :

- accorder une attention plus soutenue aux affections O.R.L. et C.F. plus qu'elles ne l'ont été -
- faire un examen clinique O.R.L. systématique chez tout patient venu consulter même pour des motifs autres que O.R.L. et C.F., en particulier chez les enfants,
- traiter les infections O.R.L. et C.F. en ayant à l'esprit leurs bases physiopathologiques,
- proscrire les vaso-constricteurs locaux de la prescription médicamenteuse des enfants en particulier chez les nourrissons,
- l'emploi des gouttes nasales doit être systématique dans le traitement des otites surtout chez les nourrissons,
- le traitement antibiotique par voie générale doit tenir compte de son spectre d'action qui doit être aussi large que possible en particulier sur les germes anaérobies,
- l'usage du traitement adjuvant doit toujours compléter le traitement antibiotique par voie générale et le traitement local,
- revoir les malades traités pour des contrôles cliniques afin de dépister d'éventuelles complications.

* Aux autorités académiques

- insister encore davantage sur la particularité de la thérapeutique médicale O.R.L. aux étudiants,
- rendre obligatoires les stages dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. pour tous les étudiants de 5ème année de médecine pour mieux les aguerrir dans la prise en charge des dites affections,
- organiser des recyclages périodiques post-universitaires pour réactualiser les indications thérapeutiques O.R.L.

* Aux autorités politico-administratives

- doter tous les centres de santé périphériques de personnel qualifié et de matériel adéquat,
- assurer la formation de médecin spécialiste O.R.L,
- assurer l'éducation et l'information pour la santé afin de démystifier les populations rurales sur les conceptions rétrogrades en matière de santé par le canal des radios rurales,
- organiser des séances de recyclages périodiques des agents des formations sanitaires périphériques pour une prise en charge plus globale des affections rencontrées.

* Aux populations

- savoir que l'oreille se nettoie d'elle-même,
- éviter les traumatismes auriculaires lors des nettoyages d'oreille inutiles avec des tiges ou des bûchettes d'allumettes surtout chez les enfants,
- respecter en général l'hygiène corporelle,
- éviter d'occulter les maladies en général et celles de la sphère O.R.L. en particulier,
- consulter au plus tôt les centres de santé dès le moindre déséquilibre de l'organisme,
- éviter l'auto-médication en général et dans les maladies de la sphère O.R.L. en particulier car le passage à la chronicité est très rapide,
- répondre aux rendez-vous du personnel soignant pour des contrôles de suivi.

**REFERENCES
ET
BIBLIOGRAPHIE**

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1 **ADEGBEDIN (A.)**

La surdité brusque chez le grand enfant et l'adulte :
Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques.
(À propos de 115 cas colligés dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du
C.N.H.U. de Cotonou.)

Th. Méd. Cotonou, 1992, N° 01, 125 P.

2 **ADJIBABI (W.)**

Motifs de consultation en O.R.L. :
Exploitation du fichier nosologique des 3129 malades vus en
consultation externe.

Th. Méd. Cotonou, 1989, N° 004, 128 P.

3 **AGUENOU (G. V.)**

Les urgences O.R.L. pédiatriques dans le service d'O.R.L. et C.C.F.
du C.N.H.U. de Cotonou.
à propos de 272 cas de 1991 à 1993.

Th. Méd. Cotonou, 1994, N° 007, 156 P.

4 **AÏHOUNZONON (L.)**

Les rhino-sinusites de l'enfant.

Th Méd. Cotonou, 1986, N° 004, 175 P.

5 **AÏHOUNZONON (L.) ; SOSSOUHOUNTO (R.) ; BOGUIFO (J.) ; ETTE (E.E.) ; ETTE (A.) ; EHOUE (F.) ; KOUASSI (B.) ; BAMBA (M.) ; HOUNKPE (Y.Y.C.) ; VODOUHE (S.J.) ; MEDJI (A.P.L.)**

Le syndrome obstructif oro-pharyngé par hypertrophie des amygdales
chez l'enfant. (Analyse de 44 observations en O.R.L. au C.H.U. de
Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire)

*Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et
C.C.F. Cotonou, Déc. 1991, P. 99-106.*

6 AKPAGBE (F.)

Les otites moyennes chroniques du nourrisson et de l'enfant : Aspects cliniques et thérapeutiques
(À propos de 455 cas).

Th. Méd. Cotonou, 1987, N° 014, 140 P.

7 ASSAH (A.) ; GNAHORE (D.) ; SERY (B.) AKA (G.) ; CREZOIT (G.) ; ADOU (A.) ; ANGOH (Y.) ; GADEGBEKU (S.)

Les infections en stomatologie

Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et de C.C.F. Cotonou, 1991, P. 243 - 256

8 ATIGOSSOU (M.D.)

Morbidité et mortalité dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du C.N.H.U. de Cotonou de 1979 à 1988.

Th. Méd. Cotonou 1989, N° 010, 109 P.

9 AVOGNON (Z.) ; SAÏZONOU (L.)

Infections orbitaires aiguës d'origine sinusienne au C.H.D. de l'OUÈME

Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et C.C.F.. Cotonou, Déc. 1991, P. 268 - 270.

10 AWEDE (B.L.S.)

Prise en charge des affections bucco-dentaires au BÉNIN.

Expérience de trois formations sanitaires du département de l'ATLANTIQUE

Th. Méd. Cotonou, 1994, N° 015, 143 P

11 BADIROU (Ch.)

Les corps étrangers des voies aéro-digestives

Problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

(À propos de 70 observations colligées au C.N.H.U. de Cotonou.)

Th Méd. Cotonou, 1983, N° 008, 120 P

**12 BASSEREAU (G.) ; MANCEAU (A.) ; SOIN (C.) ;
MAITRE (F.) ; BRETEAU (N.)**

Carcinome neuro-endocrine cutané primitif. (Tumeur de MERKEL).
Actualités cliniques et thérapeutiques à propos de quatre cas.

*Ann. d'O.R.L. et de C.C.F.. Paris, 1995, T.
112, 3, P. 123 - 128.*

13 BEDOURET (B.)

Contribution à l'étude clinique et bactériologique de l'otite moyenne
aiguë purulente de l'enfant.

A propos de 96 cas hospitalisés.

Th. Méd. Paris, 1980, N° 111.

14 BEREZIN (A.)

Angines aiguës

*EMC. Paris, O.R.L., 20 - 500 A10 - 09,
1980.*

**15 BENGONO (G.) ; CHATAP (C.) ; WAFFO (M.) ;
FOUDA (A.) ; NDJOLO (A.) ; MINDJA (E.)**

Profil bactériologique des otites moyennes suppurées à YAOUNDE.

*Actes du 1^{er} congrès ord. d'O.R.L. et
C.C.F.. Cotonou, Déc. 1991, P. 36 - 46*

16 BENHAMOU (P.H.) ; PAUTARD (J.C.) ; PUISSAN (C.)

Infections O.R.L. et bronchiques récidivantes de l'enfant.

A propos de 100 cas.

*Revue internationale de pédiatrie. Jan.
1986, N° 157, P. 17 - 24.*

17 BERTRAND (J.L.)

Angines

Épidémiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.

*Rev. Prat. Paris, 1991, 41, N° 5, P. 485 - 486.***18 BLAOU (O.)**

Étude de l'allergie naso-sinusienne au C.N.H.U. de Cotonou.

Aspects épidémiologiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

*Th. Méd. Cotonou, 1986, N° 016, 178 P.***19 BIDE (L.)**

La sinusite maxillaire : aspects cliniques et thérapeutiques

(à propos de 1516 observations)

*Th. Méd. Cotonou, 1981, N° A 064, 126 P.***20 BORKOWSKY (W.) ; MARTIN (D.) ; LAWRENCE (H.S.)**

Juvenile laryngeal papillomatosis with pulmonary spread

Regression following transfer factor therapy.*American journal of diseases of children, 1984, 138, N° 7, Juil, P. 667 - 669***21 BRASNU (D.)**

Tuméfaction parotidienne

Orientation diagnostique.

*Rev. Prat. Paris, 1991, 41, 8, P. 732 - 734***22 BROOK (I.)**

Bacteriologic features of chronic sinusitis in children.

JAMA, 1981, 246, N° 9, August, P. 967 - 969

23 CAPO-CHICHI (S.)

Études analytiques des rapports statistiques du CM St Luc. Cotonou.
Bilan d'activités, 1993 P.102 - 103

24 CATRAYE (D.J.)

Surdité et surdi-mutité chez l'enfant et l'adolescent en République
 Populaire du Bénin. Approches diagnostiques et thérapeutiques.
 (A propos de 104 observations colligées à l' cole béninoise pour les
 sourds au C.N.H.U. de Cotonou.)

Th. Méd. Cotonou, 1983, N  12, 190 P.

25 COBALT (J.C.)

Troubles de l'équilibre ou vertiges ?
 Pratique quotidienne en O.R.L..

*Publication médicale des laboratoires
 SERVIER, 1991, 24 P.*

26 DEBRIE (J.C.) ; QUINIOU (M.) ; PLASSART (H.) ; (et al.)

Conduite à tenir devant une sinusite maxillaire chronique de l'enfant.
 (A propos de 115 cas)

*Dakar médical, 1982, 27, N  3, P. 311 -
 316*

**27 DEBRY (C.) ; GRANDJEAN (E.) ; BRICHE (D.) ; EL JERRARI (A.) ;
 GENTINE (A.) ; CONTRAUX (C.)**

Surdités brusques. Analyse d'une série de 117 cas.

*Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. Paris, 1992, T. 109, 4,
 P. 175 - 181*

28 DEFFON (G.T.)

Les otites moyennes aiguës suppurées du nourrisson et de l'enfant.
 Aspects cliniques, bactériologiques et thérapeutiques

Th. Méd. Cotonou, 1984, N  009, 95 P.

29 DELMOTTE (J.) ; MARIE (J.P.) ; ANDRIEU-GUITRANCOURT (J.)

Les angines : (1^{ère} PARTIE)

Diagnostic clinique et étiologique

*Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1991, N° 5, P. 8 - 15*

30 DELMOTTE (J.) ; MARIE (J.P.) ; ANDRIEU-GUITRANCOURT (J.)

Les angines : (2^{ème} PARTIE)

Complications à rechercher, traitements

*Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1992, N° 6, P. 2 - 8*

31 DESAULTY (A.) ; BOUS (C.) ; LANSIAUX (V.) ; SAVAGE (C.)

Otite chronique, bactériologie et antibiothérapie.

JF O.R.L.. 1995, Vol. 44, 2, P.133 - 138

32 DESPREZ (P.) ; DUPONT (P.) ; VAUDOUR (G.)

Les infections à Haemophilus influenzae chez l'enfant : Pathologie d'actualité.

*Semaine des hôpitaux de Paris. 1984, 60, N° 36 - 37,
P. 2539 - 2541.*

33 DIANSOLA (F.S.)

Contribution à l'étude des végétations adénoïdes.

Aspects cliniques et thérapeutiques :

A propos de 756 cas observés au C.N.H.U. de Cotonou.

Th. Méd. Cotonou, 1986, N° 053, 119 P.

34 DISANT (F.) ; LEBLOND (J.)

Infections naso-sinusiennes et pharyngées de l'enfant.

Etiologie, physiopathologie, diagnostic, principes du traitements.

Rev. Prat., 1991, 41, 15, Mai, P. 1421 - 1424

35 DUTAU (G.)

Infections O.R.L. récidivantes et déficit en sous-classes d'IG_G
Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1992, N° 6, P. 9 - 11.

36 EINTERZ (E.M.) ; EINTERZ (R.M.) ; BATES (M.E.)

Traditional uvulectomy in northen CAMEROUN.
Lancet. 1994, 343, P. 1644.

37 ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE

Pathologie auditive.

Médecine 2000, EDILEC, T. 2, P.74-89.

38 FRAGER (P.)

Le goître : physiopathologie, diagnostic et traitement.

Rev. Prat. Paris. 1982, 32, 29, P. 1961

39 FRANÇOIS (M.)

Écoulement d'oreille
 Orientation diagnostique

Rev. Prat. Paris, 1991, 41, 3, P. 254 - 256.

40 FRANÇOIS (M.)

Otites moyennes aiguës
 Étiologie, diagnostic, principes du traitement.

Rev. Prat. Paris, 1991, 41, 3, P. 257 - 258.

41 GEHANNO (P.) ; BRUGERE (J.) ; BAILLET (F.)

Cancers de la langue

EMC. Paris, O.R.L., 20627 A10, 7, 1987,
12 P.

- 42 GEHANNO (P.) ; MARCHE (C.) ; DESCHAMPS (V.) ; GUEDON (C.). MEYRIER (A.) ; ROYER ; BOSCHI LAOT (M.T.)**

Otites séreuses et angéites nécrosantes

Ann. d'O.R.L. et C.C.F., 1984, T. 101, 5, P. 401 - 405.

- 43 GEHANNO (P.) ; WOLFF (M.) ; BOSCHI LAOT (M.T.) ;(et al.)**

O.R.L. et méningites à pneumocoque

(A propos de 100 observations récentes)

Ann. O.R.L. et C.C.F.. 1982, 99, N° 3, P. 103 - 108

- 44 GOODWIN (W.J.J.)**

Orbital complications of ethmoïditis otolaryng - in north America.

1985, 18 (1), P.139 - 147.

- 45 GOMULINSKI (L.) ; BOULANGEOT (R.) ; PONS (M.)**

Aspects actuels des otites de l'enfant.

Gaz.Méd. de FRANCE, N° 8, du 29.11.80, P. 861 - 871

- 46 GUEHI (A.)**

Morbidité et mortalité d'un service de médecine interne du C.H.U. d'ABIDJAN en 1974

Th. Méd. Bordeaux II. 1977, N° 86, 95 P.

- 47 GUERRIER (Y.)**

Le goût et l'odorat :

Deux fonctions chimio-sensorielles totalement distinctes

Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1991, N° 5, P. 18 - 20

48 GUINGNI (B.)

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes et pseudo-tumeurs des maxillaires

Th. Méd. Cotonou, 1987, N° 033, 156 P;

49 HOUENOU (Z.A.)

Bilan de la pathologie thyroïdienne dans la clinique d'O.R.L. et de C.C.F. du C.N.H.U. de Cotonou

Th. Méd. Cotonou, 1988, N° 033, 142 P;

50 HOUNKPATIN (S.A.P.)

La maladie de BURKITT en République Populaire du BENIN. Aspects cliniques et thérapeutiques.

A propos de 23 cas observés au C.N.H.U. de Cotonou.

Th. Méd. Cotonou, 1987, N° 034, 222 P.

51 HOUNKPATIN (S. H. R.)

Contribution à l'étude des cancers de la langue en République Populaire du BÉNIN.

A propos de 27 observations colligées au C.N.H.U. de Cotonou.

Th. Méd. Cotonou, 1985, N° 024, 170 P.

52 HOUNKPE (Y.Y.C.) ; OUSSA (G.B.) ; VODOUHE (S.J.)

Les cellulites cervico-faciales :

A propos de 55 cas colligés dans les services d'O.R.L. et d'ophtalmologie du C.N.H.U. de Cotonou.

Médecine d'AFRIQUE Noire; 1990, 37 (1), P.29-34.

53 HOUNNASSO (P.P.)

Les cancers chirurgicaux au C.N.H.U. de Cotonou.

Th.méd. Cotonou, 1981, N° A001, 402 P.

54 JANKOWSKI (R.)

Rhinite, sinusite et polypose : Quelle approche clinique

Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1991, N° 2, P. 10 - 20

55 JANNERT (M.) ; ANDREASSON (L.) ; HELIN ; (et al.)

Acute sinusitis in children-symptoms, clinical findings and bacteriology related to initial radiologic appearance.

International journal of pediatric Oto-rhinolaryngology, 1982, 4, N° 2, June, P. 139 - 148

56 JEZEQUEL (J. A.)

Les acouphènes :

Démarche diagnostique et traitement

Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1991, N° 3, P. 10 - 20

57 JULIEN (N.) ; PERIE (S.) ; LASSEN (C.) ; SEVALI GARCIA (J.) ; STERKERS (O.)

Epidémiologie bactérienne de l'otite chronique

Déductions prophylactiques et thérapeutiques.

Ann. Oto-laryng. Paris 1993, T. 110, 2, P. 81 - 86

58 KALUZINSKI (E.) ; LABRE (D.) ; COMPERE (J. F.) ; DOMPMARTIN (A.)

Cari didoses bucco-pharyngées (1ère Partie) :

Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1992, N° 6, P. 16 -18

**59 KALUZINSKI (E.) ; LABRE (D.) ; COMPERE (J. F.) ;
DOMPMARTIN (A.)**

Candidoses bucco-pharyngées (2ème Partie) :
Causes, diagnostic mycologique, traitements

*Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1992, N° 7, P. 10 -13*

**60 KINDE GAZARD (D.) ; ANAGONOU (Y. S.) ; TAWO (L.) ;
GNINAFON (M.)**

Les adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse :
Problème diagnostique au Centre National Hospitalier de pneumo-
phthysiologie de Cotonou.

*Actes du 1er congrès ord d'O.R.L. et de
C.C.F.. Cotonou, Déc. 1991, P. 219 - 228*

61 KINTIN (D.)

Les amygdalites aiguës et chroniques non spécifiques d'origine
bactérienne.

Aspects cliniques et thérapeutiques

(A propos de 117 cas recensés au C.N.H.U. de Cotonou)

Th. Méd. Cotonou 1983, N° 031, 149 P.

**62 KOUASSI (B.) ; BOGUIFO (J.) ; ADJOUA (R.P.) ;
ETTE (E. E.) ; N'GUESSAN (L. I.) ; ADAHE (W. R.) ;
BOKO (E. H.) ; BAMBA (M.) ETTE (A.)**

Morbidité hospitalière du troisième âge dans un service d'O.R.L. et de
C.C.F. au C.H.U. de Cocody - Abidjan (COTE D'IVOIRE)

*Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et de C.C.F. des
pays francophonesd'Afrique. Cotonou, Déc. 1991,
P. 19 - 27*

63 KOUYOUPOUA (N.M.)

Les rhinites chroniques purulentes de l'enfant.
Étude clinique et thérapeutique.

Th. Méd. Cotonou, 1987, N° 355, 118 P.

64 LANG (J.M.)

Adénopathies superficielles.
Orientation diagnostique

Rev. Prat. Paris, 1991, 41, 18, P. 1727 - 1729

65 LAUFER (J.)

Affections de la langue et des joues.

E.M.C. Paris, stomatologie I, 22055 A¹⁰, 2 - 1987, 8 P.

**66 LEMAITRE (M.P.) ; PORTET (L.) ; LONDERO (A.) ;
LETTRE (M.J.) ; VINCENT (D.) ; PRADALIER (A.)**

Dysphonie révélatrice d'une tuberculose laryngée associée à une tuberculose pulmonaire latente

Rev. Méd. Interne. Paris 1995, vol. 16, N° 5, P. 371 - 372.

67 LOKOSSOU (A. M.)

Les cancers de la thyroïde.

Aspects cliniques et thérapeutiques.

(A propos de 14 cas colligés au C.N.H.U. de Cotonou de 1978 à 1992)

Th. Méd. Cotonou 1993, N° 20, 150 P.

68 LOUPEDA (R.)

Rapport des activités de l'année 1992 et programmation pour l'année 1993.

*Direction Départementale de la Santé du
Mono, LOKOSSA, Avril 1993, 69 P.*

69 LUOMA (R.)

Environmental allergens and morbidity in atopic and non-atopic families

*ACTA PAEDIATRICA SCANDINAVICA, 1984, 73,
N° 4, P. 448 - 453*

70 MAHADA (K.N.)

Les rhinites purulentes de l'enfant.
Etude clinique et thérapeutique.

Th. Méd. Cotonou, 1987, N° 039, 119 P.

71 MARCHANT (C. D.) ; SHURIN (E.A.) ; TURCZYK (V. A.) ; (et al.)

Course and outcome of otitis media in early infancy : a prospective study.

Journal of Pediatric, 1984, 104, N° 6, June, P. 826 - 831

72 MARTIN (H.)

Olfaction et gustation

*Carnets pratiques d'O.R.L..Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1991, N° 5, P. 1*

**73 MASSON (C.) ; STERKERS (O.) ; CHAIGNE (P.)
COLOMBANI (J.M.) ; MASSON (M.)**

Vertige isolé révélateur d'un infarctus dans le territoire de l'artère
cérébelleuse postérieure et inférieure.

Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. Paris 1992, T. 109, 2, P. 80 - 86

**74 MEDJI (A.L.P.) ; HOUNKPE (Y.Y.C.) ; KOUTANGNI (M.) ;
ADAHE (R. W.)**

Panorama des principaux problèmes de traumatologie O.R.L. rencontrés au
C.N.H.U. de Cotonou de 1978 - 1986

*Communication scientifique faite aux journées
scientifiques des anesthésiologistes d'Afrique de l'Ouest
(19th annual meeting)*

Cotonou les 13 et 14 Mai 1987

75 MEYER (B.)

Thérapeutique pratique.

*Ouvrage. Med-line. Ed. 1990 - 1991, O.R.L., P. 508***76 MYER (C. M. III) ; COTTON (R. T.)**

Nasal obstruction in the pediatric patient.

*Pediatrics. 1983, 72, N° 6, Déc., P. 766 - 777***77 Ministère du Plan et de la Restructuration Économique.**

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

*Deuxième recensement général de la population et de l'habitation (Février 1992)**1993, Vol. I, P. 2 - 55***78 Ministère du Plan et de la Restructuration Économique.**

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

*Deuxième recensement général de la population et de l'habitation (Février 1992)**Synthèse des résultats**Juillet 1994.***79 Ministère de la Santé**

Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

*Annuaire statistique. 1993, P. 85.***80 Ministère de la Santé**

Service des Statistiques de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle.

Système National de Santé. BENIN, 1994

Annuaire statistique. 1994, P. 5

81 MOULONGUET (L.) ; DELGUIDICE (P.) ; CHAUVIN (J. L.)

L'angine tuberculeuse.

A propos d'un cas au Sénégal.

*Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. Paris, 1995, 112, 1 - 2, P. 78 - 79***82 NARCY (P.) ; BOBIN (S.) ; CONTENCIN (P.)**

Pathologie O.R.L. des voies aériennes supérieures.

*EMC. Pédiatrie. 1984, 55, N° 90, 4061 A10, P. 1 2- 74***83 OUOBA (K.) ; DIOP (E. M.) ; DIOUF (R.) et coll.**

Les abcès retropharyngés.

A propos de 6 observations

*Méd. Trop. 1994, 54, P. 149 - 151***84 PANDRAUD (L.)**

Inflammation en O.R.L. : la clé de la chronicité.

*Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1992, N° 6, P. 1***85 PESSEY (J. J.)**

L'amygdalectomie.

Pourquoi et comment ?

*Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale des laboratoires SERVIER. 1991, N° 1, P. 10 - 12***86 PONCET (E.) ; PEYNEGRE (R.) ; TROTOUX (J.)**

Les rhino-sinusites

Éléments d'O.R.L., Paris, Ed. médicales et universitaires, 1975, 35-43.

87 PRADES (J.M.)

Les rhinites vaso-motrices : en pratique ,
Quelles différences ?

*Carnets pratiques d'O.R.L.. Publication médicale
des laboratoires SERVIER. 1991, N° 1, P. 2 - 3.*

88 PUKANDER (J.)

Acute otitis media among rural children in FINLAND.

*International journal of pediatric oto-rhino-
laryngology, 1982, 4, N° 4, October, P. 325 - 3322*

**89 RADJI (A.) ; DETSOULI (M.) ; ESSAADI (M.) ;
TOUHAMI (M.) ; BENGHALEM (A.) ; MOKRIM (B.) ;
CHEKKOURY (I. A.) ; BENCHAKROUN (V.)**

Les mucocèles sinusiennes.

*Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. Paris, 1995, 112, 1 - 2,
P. 73 - 76*

90 ROUVIER (P.) ; GARCIA (Cl.)

Les sinusites maxillaires

EMC, 11, 20430 A10, 1-20.

91 ROUX (O.) ; EYRAUD (S.)

Le traitement des sinusites.

Cah. Méd 1980, 6, (12), P. 777 - 784

**92 RUAUX (Ch.) ; COLIN (L.) ; LEGALL (F.) ; GODEY (B.) ;
INIGUES (J. P.) ; LE CLECH (G.) ; BOURDINIÈRE (J.)**

Adénopathies cervicales à mycobactéries tuberculeuses :

Données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques actuelles.

*Journal Français d'O.R.L., Vol. 44, N° 2,
1995, P. 88 - 92*

**93 RUAUX (Ch.) ; PRIOU (J.Ph.) ; KERVENNIC (P.) ;
GODEY (B.) ; LE CLECH (G.) ; BOURDINIÈRE (J.)**

Malformation de l'oreille interne et méningites à répétition :
Corrélations radio-chirurgicales.

*Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. Paris, 1995, T. 112,
3, P. 6, P. 118 - 122*

94 SAÏ (B. A. G. M.)

Les cellulites cervico-faciales.

Aspects étiopathogéniques et thérapeutiques.

(A propos de 58 cas colligés dans le service d'O.R.L. et C.F. du
C.N.H.U. de Cotonou.

Th. Méd. Cotonou, 1994, N° 054, 158 p.

**95 SAUVAGE (J.P.) ; BESSEDE (J. P.) ; ORSEL (S.) ;
CHASSAGNAC (F.)**

La pathologie du confinement en O.R.L..

Inflammation O.R.L. de l'aigu au chronique de l'enfant à l'adulte.

Monographie des laboratoires UPSA, 1992, 20 P.

96 SERRANO (E.) ; PERCODANI (J.)

Corticothérapie et polyposé naso-sinusienne.

JF O.R.L.. 1995, Vol. 44, N° 2, P. 141 - 145

97 SIDIBE (E. H.) ; SOW (A. M.)

Maladie de BASDOW et grossesse en milieu noir africain :

Epidémiologie et interrelations dans 51 gestations à Dakar.

*Rev. française de gynécologie et
d'obstétrique. Mars 1995, N° 3, P. 134 - 137*

98 SIMON (C.) ; WAYOFF (M.)

Le bon usage des gouttes auriculaires.

C.M. 1, 12. 1973, 101, 44, 7183 - 7190

**99 SOSSOUHOUNTO (R.) ; ETTE (E. E.) ; BOGUIFO (J.) ;
KOUASSI (B.) ; BAMBA (M.) ; ETTE (A.)**

Le BRANHAMELLA CATARRHALIS et les germes sécréteurs de BETA-LACTAMASES en O.R.L..

Actes du 1er congrès ord.d'O.R.L. et de C.C.F.. Cotonou, Déc. 1991, P. 257 - 266

**100 STRUNSKI (V.) ; LAGRUE (G.) ; LAURENT (J.) ;
AUDOIN (J.) ; PEYNEGRE (R.)**

Rapports entre les sinusites et les glomérulonéphrites primitives.

Ann. d'O.R.L. et C.C.F.. 1984, T. 101, 3, P. 221 - 226

101 SYLLA (S.D)

Les adénopathies cervicales chroniques : problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

A propos de 138 cas observés au C.N.H.U. de Cotonou.

Th. Méd. Cotonou., 1984, N° 032, 170 P.

102 TARANTINO (V.) ; PERRONI (L.) ; STRADOLINI (L.) ; et al.

Rhinosinusal inflammation and orbital complication.

*MINERVA PEDIATRICA, 1983, 35, N° 12
GIUGNO, P. 649 - 654*

103 TEVI (Y.P.)

Etude sociologique de l'exploitation agricole des terres en fermage dans la Sous-Préfecture d'APLAHOUE.

Cas de la commune rurale de KISSAMEY.

Département du MONO.

*Mémoire de maîtrise de sociologie-
anthropologie, UNB/FLASH, ABOMEY-
CALAVI, 1993, 97 P.*

104 TOESSI (C. J.)

Contribution à l'étude de la pathologie thyroïdienne en chirurgie au C.N.H.U. de Cotonou.

A propos de 79 observations

Th. Méd. Cotonou, 1983, N° A 116, 214 P.

105 TOTO (P.)

Les tumeurs mixtes salivaires au C.N.H.U. de Cotonou.

Aspects cliniques et thérapeutiques.

Th. Méd. Cotonou, 1986, N° 048, 155 P.

106 TRIGLIA (J. M.)

Dyspnée laryngée de l'enfant.

Orientation diagnostique et traitement d'urgence.

Rev.prat. Paris, 1993, 43, N° 9, P.1179-1182.

107 VIGAN (M.)

Le cancer de la langue.

A propos de 62 cas observés au Sénégal.

Th. Méd. Dakar, 1978, N° 11, 180 P.

108 VIGNIKIN (B.)

Les cancers des maxillaires et des sinus de la face.

Aspects cliniques et thérapeutiques.

A propos de 70 observations au C.N.H.U. de Cotonou

Th. Méd. Cotonou, 1984, N° 034, 175 P.

**109 VODOUHE (S. J.) ; ADEGBINDIN (R.) ; HOUNKPE (Y. Y. C.) ;
MEDJI (A. P. L.)**

Les complications des sinusites :

A propos de 2371 cas colligés dans le service d'O.R.L. et C.C.F. du C.N.H.U. de Cotonou de 1978 à 1989.

*Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et C.C.F..
Cotonou, Déc.1991, P.72 - 89.*

**110 VODOUHE (S. J.) ; HOUNKPE (Y. Y. C.) ; GBAGUIDI (E. A. C.) ;
MEDJI (A. P. L.)**

Réflexions sur les oto-mastoïdites :

A propos de 34 cas observés dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du
C.N.H.U. de Cotonou de 1978 à 1988.

*Actes du 1er congrès ord. d'O.R.L. et de
C.C.F.. Cotonou, Déc. 1991, P. 113-133.*

111 ZAFFRAN (M.)

Motifs de consultation en urologie

Gestion informatique d'un fichier de 300 patients de consultation
externe adressés ou venus de leur propre initiative pendant l'année
1980.

Th. Méd. Tours, 1982, N° 166, 78 P.

112 ZANOU (B. A.)

Les épistaxis

Aspects cliniques, problèmes diagnostiques et thérapeutiques

A propos de 291 cas colligés au C.N.H.U. de Cotonou

Th. Méd. Cotonou, 1986, N° 051, 167 P.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
I - GÉNÉRALITÉS	5
1.1. DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS.....	5
1.2. DANS LES PAYS DITS SOUS-DÉVELOPPÉS.....	5
1.3. AU BÉNIN.....	6
II - CADRE, MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE	7
2.1. CADRE D'ÉTUDE.....	7
2.1.1. <i>Bref aperçu sur la République du Bénin (R.B.)</i>	8
2.1.2. <i>Bref aperçu sur Le Département du Mono</i>	12
2.1.3. <i>La Sous-Préfecture d'Aplahoué</i>	15
2.1.4. <i>Le Centre de Santé de la Sous-Préfecture d'Aplahoué</i>	19
2.2. MÉTHODE DE TRAVAIL	21
2.2.1. <i>Nature et durée</i>	21
2.2.2. <i>Collecte et traitement des données</i>	21
2.2.3. <i>Difficultés rencontrées</i>	21
2.3. MATÉRIEL D'ÉTUDE.....	22
III - RÉSULTATS ET ANALYSES	23
3.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES	24
3.1.1. <i>La fréquentation du Centre de Santé de la Sous-Préfecture</i> <i>d'Aplahoué(C.S./S-P.)</i>	24
3.1.2. <i>La répartition des cas selon le sexe et la tranche d'âge</i>	25
3.1.3. <i>La répartition des cas en fonction de la provenance</i>	28
3.1.4. <i>La répartition des cas en fonction de l'ethnie</i>	29
3.1.5. <i>La répartition des malades par pathologie</i>	30
3.1.6. <i>La répartition des cas par mois et par année</i>	31
3.1.7. <i>La répartition des cas par saisons</i>	33
3.1.8. <i>La répartition des pathologies infectieuses et inflammatoires par saisons</i>	35
3.2. DIFFÉRENTES PATHOLOGIES O.R.L. ET C.F.....	37
3.2.1. <i>Les pathologies auriculaires</i>	37
3.2.1.1. <i>La répartition des pathologies auriculaires</i>	37
3.2.1.2. <i>La répartition des pathologies auriculaires selon le sexe et la tranche d'âge</i>	38

3.2.1.2.1. La pathologie labyrinthique.....	38
3.2.1.2.1.1. <u>Les vertiges</u>	38
3.2.1.2.1.2. <u>Les surdi-mutités</u>	40
3.2.1.2.1.3. <u>L'hypoacousie</u>	41
3.2.1.2.1.4. <u>Les acouphènes</u>	41
3.2.1.2.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire.....	42
3.2.1.2.2.1. <u>Les otites</u>	42
3.2.1.2.2.2. <u>Les mastoïdites</u>	44
3.2.1.2.3. La pathologie traumatologique.....	45
3.2.1.2.3.1. <u>Les corps étrangers exogènes (grains de maïs)</u>	45
3.2.1.2.3.2. <u>Les plaies et les otorragies par accident de la voie publique</u>	46
3.2.2. <i>Les pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées</i>	47
3.2.2.1. La répartition des pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées.....	47
3.2.2.2. La répartition des pathologies labio-bucco-pharyngo-laryngées selon le sexe et la tranche d'âge.....	48
3.2.2.2.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire.....	48
3.2.2.2.1.1. <u>Les amygdalites</u>	48
3.2.2.2.1.2. <u>Les stomatites</u>	49
3.2.2.2.1.3. <u>Les candidoses buccales</u>	50
3.2.2.2.1.4. <u>Les laryngites</u>	51
3.2.2.2.2. Les pathologies malformatives : les freins de langue.....	52
3.2.2.2.3. La pathologie traumatologique : traumatisme labial.....	53
3.2.2.2.4. La pathologie tumorale : tumeur linguale.....	54
3.2.3. <i>Les pathologies rhino-sinusiennes</i>	55
3.2.3.1. La répartition des pathologies rhino-sinusiennes.....	55
3.2.3.2. La répartition des pathologies rhino-sinusiennes selon le sexe et la tranche d'âge.....	56
3.2.3.2.1. La pathologie rhino-sinusienne infectieuse et inflammatoire.....	56
3.2.3.2.1.1. <u>Les rhinites</u>	56
3.2.3.2.1.2. <u>Les sinusites</u>	57
3.2.3.2.1.3. <u>Les sinusites aiguës et chroniques</u>	59
3.2.3.2.2. La pathologie vasculaire : les épistaxis.....	60
3.2.3.2.3. La pathologie traumatologique : les traumatismes rhino-sinusiens (corps étrangers exogènes).....	61
3.2.3.2.4. La pathologie tumorale : le polype endonasal.....	62

3.2.3.2.5. Autres pathologies : les migraines et les céphalées	63
3.2.4. <i>Les pathologies cervico-faciales</i>	64
3.2.4.1. La répartition des pathologies cervico-faciales	64
3.2.4.2. La répartition des pathologies cervico-faciales selon le sexe et la tranche d'âge	65
3.2.4.2.1. Les manifestations neurologiques	65
3.2.4.2.1.1. <u>La névralgie cervico-brachiale</u>	65
3.2.4.2.1.2. <u>Les paralysies faciales à frigore</u>	66
3.2.4.2.2. La pathologie infectieuse : les adénopathies cervicales	65
3.2.4.2.3. Les pathologies traumatologiques : les traumatismes faciaux	69
3.2.4.2.4. Les pathologies tumorales	70
3.2.4.2.4.1. Les tumeurs maxillaires (tumeurs mandibulaires et du maxillaire supérieur).....	70
3.2.4.2.4.2. <u>Le Goître</u>	71
3.3. TRAITEMENT	72
3.3.1. <i>Traitement médical</i>	72
3.3.1.1. Les otites aiguës et chroniques	73
3.3.1.2. Les amygdalites	75
3.3.1.3. Les rhinites aiguës et récurrentes.....	77
3.3.1.4. Les sinusites aiguës et chroniques	78
3.3.1.5. Les laryngites	79
3.3.1.6. Autres affections infectieuses et inflammatoires	80
3.3.1.6.1. Les stomatites	80
3.3.1.6.2. Les candidoses buccales	81
3.3.1.6.3. Les parodontopathies et les caries dentaires	82
3.3.1.6.4. Les adénopathies cervicales	83
3.3.1.6.5. Le polype endonasal.....	84
3.3.1.7. Les épistaxis.....	85
3.3.2. <i>Traitement chirurgical</i>	86
3.3.3. <i>Traitement "endoscopique"</i>	87
3.3.4. <i>Les cas référés</i>	88
3.3.5. <i>Évolution et suivi</i>	88
IV - DISCUSSIONS	89
4.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES	89
4.1.1. <i>La fréquentation du service</i>	89
4.1.2. <i>L'âge</i>	90

4.1.3. <i>Le sexe</i>	92
4.1.4. <i>La provenance des malades</i>	93
4.1.5. <i>L'ethnie</i>	94
4.2. LES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES RENCONTRÉES	96
4.2.1. <i>Les maladies auriculaires</i>	96
4.2.1.1 La pathologie labyrinthique.....	97
4.2.1.1.1. Les vertiges	97
4.2.1.1.2. La surdi-mutité	98
4.2.1.1.3. Les hypoacusies et les acouphènes	98
4.2.1.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire.....	99
4.2.1.2.1. Les otites	99
4.2.1.2.2. Les autres pathologies infectieuses et inflammatoires	101
4.2.1.3. La pathologie traumatologique	102
4.2.2. <i>Les affections labio-bucco-pharyngo-laryngées</i>	103
4.2.2.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire.....	103
4.2.2.1.1- Les Amygdalites	103
4.2.2.1.2. Les autres affections d'origine infectieuse	104
4.2.2.2. La pathologie malformative : les freins de langue.....	104
4.2.2.3. La pathologie traumatologique : les traumatismes labiaux.....	105
4.2.2.4. La pathologie tumorale	105
4.2.3. <i>La pathologie rhino-sinusienne</i>	107
4.2.3.1. La pathologie infectieuse et inflammatoire	107
4.2.3.1.1. Les rhinites aiguës	107
4.2.3.1.2. Les sinusites	108
4.2.3.2. La pathologie vasculaire : les épistaxis	110
4.2.3.3. La pathologie tumorale : le polype endonasal	111
4.2.3.4. La pathologie traumatologique	112
4.2.3.5. Les autres pathologies.....	112
4.2.4. <i>La pathologie cervico-faciale</i>	113
4.2.4.1 Les manifestations neurologiques	113
4.2.4.1.1. La névralgie cervico-brachiale.....	113
4.2.4.1.2. - La paralysie faciale à frigore.....	113
4.2.4.2. La pathologie infectieuse et inflammatoire.....	114
4.2.4.3. La pathologie tumorale	114
4.2.4.3.1. Les tumeurs maxillaires	114
4.2.4.3.2. Affection thyroïdienne.....	115
4.2.4.4 La pathologie traumatologique.....	116

4.3. PRISE EN CHARGE DANS UN CENTRE DE SANTÉ PÉRIPHÉRIQUE	117
4.3.1. <i>Le traitement médical</i>	117
4.3.1.1. Les otites aiguës et chroniques	117
4.3.1.2. Les rhino-sinusites	120
4.3.1.2.1. Les rhinites	120
4.3.1.2.2. Les sinusites	122
4.3.1.2.3. Le polype endonasal	122
4.3.1.3. Les amygdalites	123
4.3.1.4. Les adénopathies cervicales	124
4.3.1.5. Les épistaxis	125
4.3.2. <i>Le traitement chirurgical</i>	126
4.3.3. <i>Le traitement "endoscopique"</i>	126
4.3.4. <i>Évolution et suivi</i>	127
4.4. LES CAS MAÎTRISES	129
4.5. LES CAS RÉFÉRÉS	129
4.6 LES INSUFFISANCES	130
CONCLUSION ET SUGGESTIONS	132
5.1. CONCLUSION	132
5.2. SUGGESTIONS	135
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	137

ANNEXE

Un travail de recherche sur le terrain dans le domaine de la santé nécessite des préalables :

- une autorisation du Ministre de la Santé
- une autorisation du Directeur Départemental de la Santé
- l'approbation du Médecin Chef du C.S.S./P. ou C.S.C.U.

Outre ces préalables, certaines dépenses s'imposent.

Ainsi au cours de notre travail :

- les frais de voyages sur le lieu d'étude s'élèvent à 57000 F C.F.A.
 - la restauration : 28500 F C.F.A.
 - les dépenses diverses : 8105 F C.F.A.,
- soit au total un montant de 93605 f C.F.A..



SERMENT

*Devant le Peuple Béninois,
en présence des Maîtres de cette faculté et de mes condisciples,
je promets et je jure d'être fidèle dans l'exercice de la profession,*

*- aux intérêts du peuple béninois,
- aux principes fondamentaux de la médecine universelle,
- aux lois de l'honneur et de la probité,*

*Je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue
de mes Maîtres en m'acquittant dignement et honnêtement
de mes fonctions dans le but de :*

*- promouvoir, améliorer et renforcer l'état de santé du Peuple,
- aider la communauté à prendre en charge elle-même sa santé,
- contribuer aux progrès de la Pratique Médicale et de la Science.*

*Que le Peuple m'accorde son estime si je reste fidèle à mes promesses.
Qu'il me méprise et me rejette si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Notre étude rétrospective va de la période du 1^{er} Janvier 1990 au 31 Décembre 1994. Elle concerne 1991 patients vus en consultation externe pour les affections Oto-Rhino-Laryngologiques et Cervico-Faciales (O.R.L. et C.F.) dans la Circonscription Médicale de la Sous-Préfecture d'Aplahoué. Elle aboutit aux résultats suivants :

- . les affections O.R.L. et C.F. sont fréquentes et variées avec une incidence de 48,50% dans la population consultante
- . les affections infectieuses et inflammatoires sont les plus fréquentes avec 54,60% des cas
- . les amygdalites et les otites sont les plus prédominantes avec respectivement 12,81% et 11,55% des cas
- . les rhinites représentent 6,83% des cas
- . les sinusites occupent 2,81% des cas
- . les affections relativement rares sont les tumeurs avec 0,55% des cas.

Sur le plan thérapeutique :

- 96,74% des patients ont bénéficié d'un traitement médical,
- 2,16% ont subi un acte de petite chirurgie, et 0,30% d'extraction de corps étrangers O.R.L..

Eu égard à ce qui précède, la prise en charge adéquate et la prévention des affections O.R.L. et C.F. en milieu périphérique interpellent les agents de santé, les populations, les autorités académiques et l'Etat.

MOTS CLÉS

Pathologie O.R.L. et C.F.

Centre de Santé périphérique - Aplahoué - Mono.