



Article Original

Aspects Cliniques des Urgences ORL Infantiles à l'Hôpital National Ignace Deen (CHU de Conakry)

Clinical pattern of pediatric ENT emergencies at the Ignace Deen Hospital (Conakry Hospital)

AO Diallo¹, D Kolié², FA Itié Odzili³, A Keita⁴, A Delamou², MT Diallo⁴, BS Camara², Ondzotto G³

RÉSUMÉ

¹ Service Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-faciale de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée.

² Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale, Maférinyah, Guinée.

³ Service Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-faciale du CHU de Brazzaville, Congo.

⁴ Service Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-faciale de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry, Guinée.

Auteur correspondant :
Dr Itiere Odzili Franck
Maitre Assistant-Université
Marien Nguoubi
ORL, BP 32
Téléphone :
00242066706308
Email : aitiere@yahoo.fr
odzili@gmail.com
aitiere@gmx.com

Mots clés : Urgences, otorhinolaryngologie, enfant, Conakry.

Keywords: Emergency, otorhinolaryngology, child, Conakry.

Introduction. Les urgences ORL de l'enfant exigent un diagnostic et une prise en charge précoce. En Guinée la fréquence de ces affections est mal connue. Le but de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique des urgences ORL infantiles dans le Service ORL de l'hôpital national Ignace Deen du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Conakry. **Patients et méthodes.** Nous avons effectué une étude prospective de type descriptif d'une durée de 06 mois. Les données sociodémographiques et cliniques de 159 enfants ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme, structuré et analysées à l'aide du logiciel Stata Version 13, StataCorp, College, Texas. **Résultats.** Les urgences ORL de l'enfant représentaient 17,3% des admissions du service ORL. L'âge moyen des enfants était de six ans avec une prédominance masculine (52,2%). 54,1% étaient reçus plus de 72 heures après le début des symptômes. Les principaux motifs de consultation étaient l'otalgie (85,5%) et la fièvre (74,8%). Le diagnostic était dominé par les urgences relatives (87,4%) contre 11,9% d'urgences absolues. Les principales circonstances de survenue des urgences absolues étaient les accidents de la voie publique (47,4%), les accidents de jeux (26,3%). Les urgences relatives étaient découvertes de façon fortuite dans 85,6% des cas. Les pathologies infectieuses, les corps étrangers étaient les principaux diagnostics observés. **Conclusion.** Les urgences ORL infantiles sont relativement fréquentes dans notre contexte. Elles sont dominées par les urgences relatives qui regroupent les pathologies infectieuses et les corps étrangers. Elles surviennent de façon fortuite ou à la suite d'un accident domestique.

ABSTRACT

Introduction. Pediatric ENT emergencies require early diagnosis and management. In Guinea, the frequency of these diseases is largely unknown. The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical profile of infant ENT emergencies in the ENT Department of the Ignace Deen Hospital, Conakry University Hospital. **Patients and methods.** This was a prospective, descriptive study of six months duration. The sociodemographic and clinical data of 159 children were collected using an anonymous structured questionnaire and analyzed using Stata software version 13, StataCorp, College, Texas. **Results.** Pediatric emergencies accounted for 17.3% of ENT admissions. The median age of children was six years with a male predominance (52.2%). 54.1% of children were seen on hospital more than 72 hours after onset of symptoms. The main reasons for consultation were otalgia (85.5%) and fever (74.8%). The diagnosis was dominated by relative emergencies (87.4%) versus 11.9% absolute emergencies. The main reasons for the occurrence of absolute emergencies were road traffic accidents (47.4%) and gambling accidents (26.3%). Relative emergencies were discovered incidentally in 85.6% of cases. Infectious diseases, foreign bodies were the main diagnoses observed. **Conclusion.** Pediatric ENT emergencies are relatively frequent in our context. They are dominated by relative emergencies that combine infectious pathologies and foreign bodies that occur accidentally or as a result of a domestic accident.

INTRODUCTION

Les urgences oto-rhino-laryngologiques (ORL) sont très variables selon leur fréquence, la sévérité de leur symptomatologie, la difficulté de leur prise en charge et l'âge de leur survenue [1,2].

Chez l'enfant, ces urgences sont relativement fréquentes et exigent un diagnostic rapide et une prise en charge précoce et adéquate afin de réduire leur morbi-mortalité [1].

Il s'agit d'un problème de santé couramment rencontré dans notre contexte [3], où les conditions hygiéniques précaires, les accidents de jeux, la turbulence et l'ignorance caractérisent généralement cet âge [4]. Une étude de cohorte réalisée en 2007 en milieu rural Bangladesh avait rapporté, chez les enfants de moins d'un an, une incidence de 40% d'otite moyenne aiguë (OMA) [5]. Toutefois, aux Etats Unis d'Amérique, l'étude réalisée en 2012 avait rapporté 40 400 cas d'ingestion de corps étrangers à base de piles chez les enfants âgés de moins de 13 ans entre 1995-2010 [6]. En France, les infections ORL constituent le principal motif de consultation chez les pédiatres en saison hivernale [7]. Au Maroc, Bouchareb N. et coll. [8] avaient rapporté que les urgences ORL chez l'enfant représentaient 20,82% de leur admission. Au Bénin, l'étude réalisée au Centre Hospitalier Départemental de Parakou avait retrouvé 26,3% d'urgences ORL infantiles [9]. En Guinée où 48% de la population a moins de 15 ans, la fréquence de ces affections est mal connue. Le but de cette étude était de décrire les profils épidémiologique et clinique des urgences ORL chez les enfants admis à l'hôpital national (HN) Ignace Deen (CHU de Conakry).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective, de type descriptif, d'une durée de six (6) mois (21 Juin au 20 Décembre 2014), réalisée dans le service d'Otorhinolaryngologie de l'Hôpital National Ignace Deen (CHU de Conakry). Elle a porté sur les enfants de moins de 15 ans admis en urgence dans le service durant la période d'étude.

Un questionnaire anonyme, structuré et standardisé a été utilisé pour la collecte des données. Les enfants dont les parents ont accepté de répondre au questionnaire ont été inclus dans l'étude.

Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (âge, sexe, niveau d'études de l'enfant, et profession des parents) et cliniques (délai d'admission, motif de consultation, les circonstances de survenue et type d'urgences diagnostiquées). Nous avons reparti les urgences en urgences absolues, relatives et fonctionnelles. L'urgence absolue concernait les pathologies mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant, à une très brève échéance. L'urgence relative regroupait les pathologies dont la prise en charge peut être parfois différée de quelques heures sans préjudice pour la santé de l'enfant. Et l'urgence était qualifiée de fonctionnelle lors que l'affection en cause ne met pas en jeu son pronostic vital mais dont le traitement ne doit souffrir d'aucun retard car le risque d'infirmité ou de séquelles fonctionnelles est toujours présent.

L'échantillonnage a été exhaustif. Un consentement libre et éclairé avait été obtenu auprès de chaque parent d'enfant avant l'entretien. Si nécessaire, un assentiment a été obtenu auprès des grands enfants (≥ 12 ans).

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi info 3.5.4, analysées à l'aide du logiciel Stata Version 13,

StataCorp, College, Texas, (USA) et décrites sous forme de proportions, de moyennes plus ou moins écart-types et de médianes avec des interquartiles. Une marge d'erreur de 5% (Intervalle de Confiance à 95%) a été considérée dans les analyses.

RÉSULTATS

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 932 enfants admis en consultation ORL dont 159 enfants en urgence soit une fréquence de 17,1%. La tranche d'âge de un à cinq ans était la plus touchée soit 41,5 % (n=66) avec un âge médian de 6 ans (IQR_{25%-75%} = 3-11 ans). Plus de la moitié d'entre eux était de sexe masculin soit 52,2% (n=83) des enfants et 64,8% (n=103) des enfants faisaient des études primaires. Concernant la catégorie socioprofessionnelle des parents d'enfants, 38,4% étaient ouvriers (Tableau I).

Tableau I: Caractéristiques socio démographiques des urgences ORL infantiles (n=159).

Variables	N	%
Age (année)		
≤ 4	66	41,5
5-9	53	33,3
10-14	40	25,2
Médian	6,0	
[IQR]	[3,0;11,0]	
Sexe		
Masculin	83	52,2
Féminin	76	47,8
Niveau d'études		
Aucun	26	16,3
Primaire	103	64,8
Secondaire	30	18,9
Profession du parent		
Ouvrier	61	38,4
Ménagère	45	28,3
Fonctionnaire/Employé	35	22,0
Commerçant	18	11,3

Sur le plan clinique, le délai de consultation avait été de plus de 72 heures dans 54,1% (n=86) des cas (Tableau II).

Tableau II : Délai d'admission des urgences ORL infantiles (n=159).

Délai d'admission	Effectif	Pourcentage
< 24h	25	15,7
24-72h	48	30,2
> 72h	86	54,1
Total	159	100

Durée moyenne d'évolution (\pm ET) : 51,8 (\pm 12)

Les motifs de consultation étaient dominés par l'otalgie soit 85,5% (n=136) et la fièvre soit 74,8% (n=104). Le mode de survenu des urgences absolues étaient principalement les accidents de la voie publique soit 47,4% (n=9), ou de jeux soit 26,3% (n=5) (Tableau III). Les urgences relatives, étaient quant à elles découvertes

de façon spontanée dans 85,6% (n=119) des cas ou causées par un accident domestique dans 9,4% (n=13). Les urgences fonctionnelles survenaient de façon brutale amenant les parents à faire consulter immédiatement l'enfant dans une structure sanitaire.

Tableau III: Motifs de consultation et Circonstance de survenue des urgences ORL infantiles (N=159).

Variables	Urgence absolue (n=19)	Urgence relative (n=139)	Urgence fonctionnelle (n=1)
Motif de Consultation			
Otalgie	8 (42,1%)	128 (92,1%)	-
Fièvre	-	104 (74,8%)	-
Rhinorrhée	-	37 (26,6%)	-
Obstruction Nasale	-	33 (23,7%)	-
Otorrhée	-	30 (21,6%)	-
Notion CE	7 (36,8%)	27 (19,4%)	-
Dysphagie	-	27 (19,4%)	-
Hypoacousie	-	23 (16,5%)	1 (100%)
Toux	-	18 (12,9%)	-
Eternuement	-	17 (12,2%)	-
Otorragie	7 (36,8%)	-	-
Epistaxis	4 (21,1%)	-	-
Circonstance de survenue			
Accident de la voie publique	9 (47,4%)	13 (9,4%)	-
Accident Domestique	-	-	-
Fortuite	2 (10,5%)	119 (85,6%)	1 (100%)
Accident de jeu	5 (26,3%)	7 (5,0%)	-
Bagarre	3 (15,8%)	-	-

Le diagnostic était dominé par les urgences relatives soit 87,4% (n=139) des cas, suivi des urgences absolues, 11,9% (n=19) des cas et des urgences fonctionnelles 0,6% (n=1) des cas (Tableau IV). Ces urgences relatives regroupaient essentiellement l'otite moyenne aiguë dans 33,3% (n=53), la rhinopharyngite dans 17% (n=27) et les corps étrangers de l'oreille, du nez et du pharynx dans 17% (n=27) des cas. Les urgences absolues comprenaient les traumatismes auriculaires avec perforation tympanique dans 5,0% (n=8), les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques 4,4% (n=7) et l'épistaxis dans 2,5% (n=4).

Tableau IV : Répartition des pathologies responsables d'urgences ORL infantiles (N=159).

Type d'urgence	Diagnostic	N	%
Urgences absolues			
	Traumatisme auriculaire + perforation tympanique	8	5,0
	Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques	7	4,4
	Epistaxis	4	2,5
Sous-total		19	11,9
Urgences relatives			
	Otite moyenne aiguë	53	33,3
	Rhinopharyngite aiguë	27	17,0
	Corps étrangers simples ^(a)	27	17,0
	Amygdalite aiguë	26	16,4
	Traumatisme auriculaire simple	4	2,5
	Parotidite aiguë	2	1,3
Sous-total		139	87,4
Urgences fonctionnelles			
	Surdité	1	0,6
Sous-total		1	0,6
Total		159	100,00

(a) Corps étrangers pharyngés (n=8; 5,0%), Corps étrangers auriculaires (n=11; 6,9%), corps étrangers nasaux (n=8; 5,0%).

DISCUSSION

Notre étude a été réalisée lors de l'épidémie de la maladie hémorragique à virus Ebola (MHVE), marquée par une méfiance des populations envers les structures sanitaires se matérialisant par une baisse de la fréquentation des dites structures. La prévalence des urgences ORL infantiles dans cette étude a été de 17,1%. Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Spero [9] au Bénin soit 26,3% mais supérieur à celui de Ramarozatovo [10] à Madagascar qui avaient trouvé 11,2% d'urgences ORL infantiles.

La tranche d'âge de 0 à 4 ans a été la plus représentée soit 41,5%. L'âge moyen de nos patients était de 6,3 ans avec des extrêmes de 3 mois et 14 ans. Nos résultats sont superposables à ceux rapportés par Bouchareb N. et Coll. [8]. Cette prédominance des enfants de 0 à 4 ans pourrait être rattachée à l'immaturation immunologique liée à cet âge, avec la disparition progressive des anticorps maternels alors que les vaccinations infantiles et les expériences infectieuses préparent progressivement l'immunité personnelle acquise de l'enfant. Le caractère turbulent des enfants à cet âge pourrait également expliquer la fréquence des corps étrangers. Ce fait suggère la nécessité d'une meilleure surveillance des enfants, en particulier ceux de moins de cinq ans.

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre étude soit 52,2% avec un sex-ratio de 1,1. Cette prédominance masculine a aussi été rapportée par Rakoto J. et Coll. [11] à Madagascar, s'expliquant par le caractère turbulent et imprudent des garçons, ce qui les expose davantage à certains facteurs de risque.

Dans notre étude, 54% des enfants (n=86) ont consulté 72 heures après le début de la symptomatologie. Dans la

littérature, le délai d'admission est très variable. Pour Spero H. et coll. [9] au Bénin et Bamjee D. et coll. [12] en Afrique du Sud, ce délai était respectivement de 63,4% et 80% d'enfants vus dans les 24 premières heures. Ces longs délais d'admission observés dans notre étude pourraient être liés au fait que, dans les urgences relatives, qui sont les plus fréquentes, non seulement, les enfants ne signalent pas tôt à leurs parents la survenue de l'affection (notamment les corps étrangers), mais aussi, dans notre contexte d'épidémie à virus Ébola, la méfiance des usagers envers les structures sanitaires était encore présente [13].

La majorité des enfants ont consulté pour une urgence relative. Il s'agissait essentiellement des pathologies infectieuses ORL (otite moyenne aiguë, rhinopharyngite aiguë, ...), suivies des corps étrangers de la sphère ORL. D'autres auteurs [14,15] ont également ressorti la prédominance des infections et des corps étrangers dans les urgences ORL infantiles. Nos résultats rejoignent ceux de Fasunla et coll. [16] au Nigéria et Kishve et coll. [17] en Inde qui avaient trouvé une prédominance des otites moyennes aiguës soit respectivement 41% et 31,8% des cas. Les corps étrangers retrouvés chez environ un enfant sur cinq étaient de localisation auriculaire. Ce qui corrobore les données de la littérature [3,15]. La localisation laryngo-trachéo-bronchique étant rare mais gravissime. C'est une urgence absolue car,

responsable de dyspnée, d'étouffement voire de décès infantile [11,18,19].

Les circonstances de survenue des urgences étaient très multiples. Les urgences relatives survenaient suite à une infection ORL sur un terrain dont l'immunité n'est pas encore complètement constituée ou fortuitement après l'introduction d'un corps étrangers dans la sphère ORL. La majorité des urgences absolues survenaient à la suite d'accidents de la voie publique ou de jeu donc avec une circonstance de découverte bruyante attirant immédiatement l'attention des parents. Une étude réalisée entre 2005-2009 au Bénin [9], avait rapporté que les urgences ORL de l'enfant survenaient principalement à la suite d'accidents de jeu (31,1%) et de la voie publique (17,9%). Ceci pose la question de la surveillance des enfants, en particulier ceux d'âges préscolaire et scolaire.

CONCLUSION

Les urgences ORL infantiles sont relativement fréquentes dans notre contexte, et concernent majoritairement les enfants de moins de cinq ans. Les urgences relatives notamment les pathologies infectieuses et les corps étrangers sont les plus courantes, survenant de façon fortuite ou à la suite d'un accident domestique.

RÉFÉRENCES

1. Kullar P, Yates PD. Infections and foreign bodies in ENT. *Surgery*, 2012,30,590-596.
2. Erminy M, Londero A, Biacabe B et coll. P. Urgences en otorhinolaryngologie. *Encycl Méd Chir Urgences. Paris, Elsevier*, 2000;24-162-A-10: 1-13.
3. Keïta A, Diallo AO, Condé M, Fofana M, Barry AO, Diallo MT, Camara S. Les urgences ORL au CHU de Conakry. *Guinée Méd*., 2013,81,19-26.
4. Aremu SK, Alabi B. S, Segun-Busari S, Omotoso W. Audit of Pediatric ENT Injuries; *Int J B iomed Sci* ; 2012,11,25-9.
5. Roy E, Hasan KhZ, Haque F, Siddique AK, Sack RB. Acute otitis media during the first two years of life in a rural community in Bangladesh: a prospective cohort study. *J Health Popul Nutr*, 2007,25,414-21.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Injuries from batteries among children aged less than 13 years--United States, 1995-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*., 2012,61, 34 ,661-6.
7. Toubiana L, Clarisse T, N'Guyen TT, Landais P. Observatoire Hivernale – KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2009,1 ,1-5.
8. Bouchareb N, Abada RL, Rouadi S. Epidemiology of pediatric emergencies in ENT. *Rev. laryngol. Otol. Rhinol.*, 2013,134 , 2, 95-99.
9. Spero HR. Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental du Bourguou de Parakou, Bénin *Rev. Afr. Anesth. Méd. Urg.*, Tome 17. N°3-2012.
10. Ramarozatovo N.P, Razafindrakoto RMF, Rakotoarisoa AHN. ENT paediatric emergencies' epidemiology in Antananarivo : preliminary results, *Anesth-Rea et Med Urg* 2(1), 2010.
11. Rakoto FA, Rakotovo DN, Rakotoarisoa AHN, Andriatahina PG, Rakotovo FJ. Extraction des CE laryngo-trachéobronchiques chez l'enfant. *J Med Ther.*, 2005,9,30-31.
12. Bamjee D, Hounkp Y, Vodouhe S. Urgences oto-rhinolaryngologiques au centre national hospitalier et universitaire de Johannesburg., 2011, 2 , 9, 2-7.
13. Delamou A, Hammonds RM, Caluwaerts S, Utz B, Delvaux T. Ebola in Africa: beyond epidemics, reproductive health in crisis. *Lancet*. 2014, 13,38 ,(9960):2105. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62364-3.
14. Kitcher ED, Jangu A, Baidoo K. Emergency ear, nose and throat admissions at the korle-bu teaching hospital. *Ghana Med J* .,2007,4, 1, 9-11.
15. Saha S, Chandra S, Kumar P, Das S, Mishra S, Rashid MA, Monda A. Emergency otorhinolaryngological cases in medical college, Kolkata—a statistical analysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2005, 57, 3, 219-225.
16. Fasunla AJ, Samdi M, Nwaorgu OG. An audit of Ear, Nose and Throat diseases in a tertiary health institution in South-western Nigeria ; *Pan Afr Med J.*, 2013, 14:1. doi: 10.11604/pamj.2013.14.1.1092
17. Kishve SP, Kumar N, Kishve PS, Aarif SMM, Kalakoti P. Ear, Nose and Throat disorders in paediatric patients at a rural hospital in India. *Australasian Medical Journal AMJ.*, 2010, 3,12,786-790.
18. Kieu V, Palit S, Wilson G, et al. Cervical spondylodiscitis following button battery ingestion. *J Pediatr.*, 2014,164,1500-1506.
19. Tovone X-G, Rasamoelisoa J, Rakoto F, Randriatahiana P, Rabesiaka F, Rakotovo F, Ramialiharisoa A. Extraction des corps étrangers trachéo-bronchiques chez l'enfant. Utilisation de la sonde de Dormia. *Cah Anesthesiol.*, 2001,49,4,249-54.