

Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des urgences ORL et cervico- faciales au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou, Bénin

Epidemiological, clinical and therapeutic Aspects of ENT and Cervico-facial emergencies at the Teaching Hospital of Borgou, Benin

Vodouhe UB¹, do Santos Zounon A¹, Bouraima FA^{2,3}, Flatin MC^{2,3}, Hounkpatin SHR^{2,3}, Bolamo P², Avakoudjo F¹, Adjibabi W¹.

1. *Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi. 01 BP 188, Cotonou. BENIN*
2. *Faculté de Médecine, Université de Parakou. BP 123, Parakou. BENIN*
3. *Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou. BP 02 Parakou, Bénin.*

Auteur correspondant : Vodouhe Ulrich Bidossessi. 01 BP 188, Cotonou. Benin. Email : bidulrich@yahoo.fr

4. *Faculté de Médecine, Université de Parakou. BP 123, Parakou. BENIN*
5. *Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi. 01 BP 188, Cotonou. BENIN*
6. *Centre Hospitalier Universitaire Départemental du BORGOU. BP 02 Parakou, Bénin.*

Résumé :

Introduction : Le but de ce travail a été de décrire les urgences oto-rhino-laryngologiques et cervico-faciales admises au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou (CHUD-B) sur les plans épidémiologique-clinique et thérapeutique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale avec recueil prospectif des données, du 15 Juin 2015 au 31 Juillet 2016. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le motif de consultation, le type d'urgence, le mode de survenue, l'étiologie, le délai de prise en charge, le type de traitement, l'évolution, le mode de sortie. Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel épi info version 7.11.

Résultats :

Les Urgences représentaient 12,6 % des admissions du Service ORL. La moyenne d'âge a été de 24,1 ans \pm 18,3. Le sex ratio était de 1,6. Les urgences absolues, relatives et fonctionnelles ont représenté respectivement : 68,4% ; 23,5% et 8,1%. Les étiologies les plus fréquentes ont été les corps étrangers ORL (28,2%), les épistaxis (22,15%) et les traumatismes de la face (17%). Le délai moyen de prise en charge était de 1,75 heure \pm 1,00. L'état du patient a nécessité une hospitalisation dans 38,9% des cas. Le traitement administré a été médical (52,35%), instrumental (28,19%) ou médico-chirurgical (19,46%). L'évolution a été favorable (87,25%), défavorable (8,72%) ou stationnaire (4,03%). Les décès étaient survenus dans 11 cas (7,4%), surtout liés à des cas de cellulites cervicales extensives.

Conclusion :

Les urgences ORL et cervico-faciales étaient marquées au CHUD Borgou, par une mortalité élevée surtout due aux cellulites cervicales extensives. La prévention passe par l'éducation de la population, une meilleure hygiène bucco- dentaire et l'amélioration du plateau technique.

Mots clés : Urgences ORL, Corps étrangers, Parakou.

Conflit d'intérêt : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt

Summary:

Introduction : The purpose of this work has been to describe the Oto-rhino-otorhinolaryngological and Cervico-facial emergencies admitted to the Departmental University Hospital Centre of Borgou (CHUD-B) on the Epidemiological and therapeutic plans.

Method : This was a cross-sectional study with data-collection from June 15, 2015 to July 31, 2016. The variables studied were age, sex, reason for consultation, type of emergency, mode of occurrence, etiology, time to take care, type of treatment, evolution, mode of exit. The data collected was processed using the EPI Info software version 7.11.

Results: The emergencies accounted for 12.6% of the admissions of the ENT Service. The average age was 24.1 years \pm 18.3. The sex ratio was 1.6. Absolute, relative and functional emergencies represented respectively: 68.4%; 23.5% and 8.1%. The most common etiologies were ENT foreign bodies (28.2%), Epistaxis (22.15%) and facial trauma (17%). The average time to take charge was 1.75 hours \pm 1.00. The patient's condition required hospitalization in 38.9% of cases. The administered treatment was medical (52.35%), instrumental (28.19%) or medico-surgical (19.46%). The evolution was favorable (87.25%), unfavourable (8.72%) or stationary (4.03%). Deaths occurred in 11 cases (7.4%), mainly related to extensive cervical cellulite.

Conclusion : ENT and cervico-facial emergencies were marked with CHUD Borgou, with high mortality mainly due to extensive cervical cellulite. Prevention goes through the education of the population, better oral hygiene and the improvement of the technical plateau.

Key words: ENT emergencies, foreign bodies, Parakou.

Introduction

La situation des Urgences ORL est très variable dans le monde et est influencée par les habitudes culturelles, les distances à parcourir par les patients, mais aussi et surtout l'organisation du système de santé de chaque pays. Dans les pays occidentaux en général, face aux longues listes d'attente en consultation spécialisée ORL, les patients empruntent volontiers, le chemin du Service d'accueil des urgences des hôpitaux publics pour être vite pris en charge, assez souvent même pour des pathologies qui ne sont réellement pas urgentes [1]. Pour Timsit et al à Paris en France, seulement 10% des patients admis à la grande garde de l'hôpital Lariboisière ont présenté de réelles urgences médicales [2]. Il met ainsi en exergue le concept de « dérive de la notion d'urgence » [2]. A Strasbourg en France, les vraies urgences ont représenté 47% selon les travaux de Hervé et al [3]. En Israël, chez les sujets âgés (> 65 ans), les « urgences vraies » ont représenté 65,8% [4]. En Afrique et particulièrement au Bénin, la situation est plutôt marquée par de longs délais de consultation expliquée par des raisons culturelles, géographiques et financières [5]. Ce faisant, les patients sont reçus pour de vraies urgences, mais parfois dans des situations déplorables. Selon Tasche et al, la proximité de la région ORL de nombreuses structures vitales de la tête (cerveau, œil), rend les atteintes de la région particulièrement préoccupantes [6]. Ainsi, les Urgences ORL peuvent menacer tant le pronostic fonctionnel (ORL, oculaire, ...) que vital [6]. Le but de ce travail, réalisé au Bénin pays ouest- africain en voie de développement a été de décrire les urgences oto-rhino-laryngologiques et cervico-faciales admises au Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) Borgou, sur les plans épidémiologique et thérapeutique.

L'objectif était d'étudier les urgences ORL et cervico-faciales au CHUD Borgou

Patients et méthode :

Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale avec recueil prospectif des données. Elle s'était déroulée du 15 Juin 2015 au 31 Juillet 2016, soit 13 mois et demi.

Cadre de l'étude :

L'étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) Borgou, situé dans le Département du Borgou au Nord du Bénin. Le CHUD Borgou dispose d'un Service d'Accueil des Urgences et de plusieurs autres Services dont le Service d'ORL et Chirurgie Cervico- Faciale, seul service ORL du Nord Bénin. Trois médecins dont deux hospitalo- universitaires et 1 praticien y

travaillent avec le soutien d'un personnel paramédical. Les Urgences ORL ont été admis soit au Service d'Accueil des Urgences soit dans le Service d'ORL. Elles ont été prises en charge par le médecin ORL d'astreinte.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus, tous les patients admis pour des Urgences ORL au cours de la période d'étude.

Variables d'étude :

Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la provenance, le niveau de scolarisation, le motif de consultation, le type d'urgence, le mode de survenue, l'étiologie de l'urgence, le délai de prise en charge (délai écoulé entre l'arrivée au CHUD et la mise en route du traitement), le type de traitement, l'évolution, le mode de sortie. Les urgences ORL et cervico-faciales retrouvées étaient réparties en urgences absolues (corps étranger nasal, corps étranger du pharynx, dyspnée laryngée, ingestion de caustique, épistaxis, cellulite cervico-faciale), en urgences relatives (corps étranger de l'oreille, corps étranger de l'œsophage cervical à l'exception de la pile - bouton) et en urgences fonctionnelles (surdité brutale). Selon le cas des examens complémentaires ont été pratiqués pour confirmer le diagnostic suspecté cliniquement.

Considérations éthiques :

Un consentement éclairé a été recueilli chez chaque patient ou parent de patient mineur. Les données recueillies ont été gardées dans l'anonymat.

Analyse statistique :

Les données, pour chaque patient, ont été recueillies sur une fiche de collecte. Ces données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel épi info version 7.11. Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes (avec l'écart type) et les variables qualitatives par des proportions.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 149 patients ont été admis au CHUD Borgou pour des Urgences ORL. Durant la même période, 1181 nouveaux patients ont été admis dans le Service d'ORL du CHUD Borgou. Les Urgences ORL ont ainsi représenté 12,6% des admissions. La moyenne d'âge était de 24,1 ans \pm 18,3. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 0 à 5 ans (41 cas; 27,5%). La prédominance était masculine avec un sex ratio de 1,6. La ville de plus forte provenance était celle de Parakou (116 cas; 77,8%). Quant au niveau de scolarisation, 39,6% des patients n'étaient pas scolarisés.

Sur le plan clinique, les délais de consultation ont été longs avec une moyenne de 12,4 jours \pm 3. Le

Tableau I résume les motifs de consultation.

Tableau I : Répartition des Urgences ORL selon le motif de consultation, Juin 2015- Juillet 2016, Parakou, Bénin

	Effectifs	%
Motifs otologiques	29	19,5
Otorragies	10	06,7
Corps étranger oreille	10	06,7
Autres*	09	06,0
Motifs rhinologiques	51	34,2
Epistaxis	36	24,1
Corps étranger nasal	08	05,4
Autres**	07	04,7
Motifs pharyngés	28	18,8
Ingestion corps étrangers	12	08,1
Dyspnée	10	06,7
Autres***	06	04,0
Motifs cervico- faciaux	41	27,5
Tuméfaction faciale	19	12,8
Tuméfaction cervico- faciale	09	06,0
Plaie faciale	07	04,7
Autres****	06	04,0

* Otalgie (4 cas), Hypoacousie (3 cas), Douleur mastoïdienne (1cas), vertiges (1 cas)

**Rhinorrhée malodorante (4 cas), Cacosmie (2 cas), Obstruction nasale à bascule (1 cas)

***Ingestion caustique (3 cas), Douleurs rétrosternales (1 cas), Hypersalivation (1 cas), Odynophagie (1 cas)

****Plaie pénétrante du cou avec section de l'épiglotte (2 cas), Plaie cervicale (1 cas), Plaie vélaire (1 cas), déviation de la pyramide nasale (1 cas), Trismus (1 cas)

Le **Tableau II** fait part de la répartition des Urgences ORL selon la topographie lésionnelle.

Tableau II : Répartition des Urgences ORL selon la topographie lésionnelle et l'étiologie, Juin 2015- Juillet 2016, Parakou, Bénin.

	Effectifs	%
Urgences otologiques	30	20,1
Corps étranger	14	09,4
Plaie de l'auricule	07	04,7
Perforation tympanique traumatique	07	04,7
Surdité brutale	02	01,3
Urgences rhinologiques	52	34,9
Epistaxis	33	22,1
Corps étranger nasal	15	10,1
Fracture des OPN	03	02,0
Imperforation choanale bilatérale	01	00,7
Urgences pharyngo- laryngées	19	12,8
Dyspnée laryngée	09	06,0
Corps étranger du pharynx	04	02,7
Ingestion caustique	04	02,7
Traumatisme laryngé ouvert	02	01,3
Urgences œsophagiennes	09	06,0
Corps étranger	09	06,0
Autres	39	26,2
Cellulite cervico- faciale	17	11,4
Traumatisme maxillo- facial	16	10,7
Plaie faciale	05	03,4
Plaie pénétrante latéro- cervicale	01	00,7

Le **Tableau III** présente la répartition des patients selon le type d'urgence (absolu, relatif, fonctionnel) et les étiologies. Le mode de survenue de ces urgences a été brutal dans 116 cas (77,9%) et progressif dans 33 cas (22,1%).

Tableau III : Répartition des Urgences ORL selon le type et l'étiologie, Juin 2015- Juillet 2016, Parakou, Bénin.

	Effectifs	%
Urgences absolues	102	68,4
Corps étranger nasal	15	10,1
Corps étranger du pharynx	4	02,7
Dyspnée laryngée	9	06,0
Ingestion de caustique	4	02,78
Epistaxis	33	22,1
Cellulite cervico-faciale	17	11,4
Traumatisme maxillo-facial	16	10,7
Traumatisme laryngé ouvert	2	01,3
Plaie pénétrante latéro-cervicale	1	00,7
Urgences relatives	35	23,5
Corps étranger de l'oreille	14	09,4
Corps étranger de l'œsophage cervical	9	06,0
Plaie de l'oreille externe	7	04,7
Plaie de la face	5	03,4
Urgences fonctionnelles	12	08,1
Surdité brutale	2	01,3
Perforation tympanique	7	04,7
Fracture des OPN	3	02,0
Total	149	100

Le type et l'étiologie des Urgences ORL varient en fonction de l'âge (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des urgences ORL selon l'âge et l'étiologie, Juin 2015- Juillet 2016, Parakou, Bénin.

	Tranches d'âge			Total
	[0-15]	[16- 30]	31 et plus	
<i>Corps étranger nasal</i>	15	00	00	15
<i>Corps étranger du Pharynx</i>	02	01	01	04
<i>Dyspnée Laryngée</i>	06	01	02	09
<i>Ingestion de caustique</i>	03	00	01	04
<i>Epistaxis</i>	06	14	13	33
<i>Cellulite Cervico- faciale</i>	01	04	12	17
<i>Corps étranger de l'oreille</i>	07	03	04	14
<i>Surdité brutale</i>	00	00	02	02
<i>Corps étranger de l'œsophage cervical</i>	07	01	01	09
<i>Imperforation choanale bilatérale</i>	01	00	00	01
<i>Plaie pénétrante latéro cervicale</i>	00	01	00	01
<i>Traumatisme ouvert du larynx</i>	00	01	01	02
<i>Traumatisme auriculo-temporal</i>	03	05	06	14
<i>Traumatisme de la face</i>	02	12	10	24
<i>Total</i>	53	43	53	149

Ainsi, les urgences absolues ont été plus fréquentes chez les enfants de 0 à 5 ans (18,8%). Les corps étrangers ont représenté l'étiologie la plus fréquente (28,2% toutes localisations confondues) et ont concerné beaucoup plus les enfants de 0 à 5 ans et le siège nasal a prédominé (15 cas ; 10,1%). Les épistaxis ont été en cause dans 22,1% des cas et ont prédominé dans la tranche d'âge 21 - 30 ans. Les traumatismes de la face ont représenté 16,8% et ont prédominé dans la tranche d'âge 11 à 30 ans. Les étiologies de dyspnée laryngée étaient la papillomatose laryngée (4 enfants ; 2,7%), la laryngite sous – glottique (1 cas ; 0,7%), la

laryngomalacie (1 cas ; 0,7%), le traumatisme laryngé fermé (1 cas ; 0,7%), une tumeur de l'étage glottique (1 cas ; 0,7% ; 0,7%), une tumeur latéro-cervicale avec compression extrinsèque du larynx (1 cas).

Sur le plan thérapeutique, le délai moyen de prise en charge était de 1,75 heure \pm 1,00. La prise en charge a été réalisée en ambulatoire chez 91 patients (61,1%), par hospitalisation dans le Service ORL chez 46 patients (30,9%) et en Réanimation chez 12 patients (8,1%). Le traitement administré a été médical dans 78 cas (52,3%), instrumental par extraction de corps étranger dans 42 cas (28,2%) et

médico-chirurgical dans 29 cas (19,5%). Les principaux actes chirurgicaux effectués étaient les sutures de plaies faciales (8 patients), la trachéotomie chez 6 patients, la cervicotomie (pour cellulite) chez 5 patients. Les cas d'épistaxis ont bénéficié après la mise en condition, la prise des constantes vitales, le mouchage fosse nasale par fosse nasale, d'une application locale de vasoconstricteur. Chaque fois que cela était possible, une anesthésie de contact à l'aide de coton imbibé d'oxybuprocaine (collyre) a été effectuée avant tout méchage antérieur des fosses nasales (à l'aide d'une mèche grasse restée en place 48 heures sous couverture antibiotique) qui a permis de venir à bout de la quasi-totalité des épistaxis.

L'évolution après prise en charge de l'Urgence ORL, a été favorable chez 130 patients (87,2%), défavorable chez 13 patients (8,7%) et stationnaire chez 6 patients (4,0%). Cinq patients (3,4%) ont été référés au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou, pour insuffisance de plateau technique. Les décès ont été enregistrés dans 11 cas (7,4%). Ils étaient dus à la cellulite cervico-faciale (04 cas), la dyspnée laryngée (03 cas), les traumatismes faciaux complexes (02 cas), la détresse respiratoire néonatale par imperforation choanale bilatérale (01 cas) et l'ingestion caustique (01 cas).

Discussion

Les urgences ORL et cervico-faciales ont représenté 12,61% des admissions du service d'ORL-CCF du Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) Borgou. Ce pourcentage est proche des 16,15% rapportés par Lawson et al au Togo [7]. Pour Adedeji et al au Nigéria, les Urgences ont représenté 26,6% des admissions [8]. D'un autre point de vue, les Urgences ORL ont représenté 3,3 % de l'ensemble des urgences – chirurgicales des sujets âgés (65 ans) au Centre Hospitalier Universitaire Sheba en Israël [4]. Le sexe masculin a été majoritaire avec un sex ratio de 1,6. Ce ratio est superposable à celui rapporté par Adedeji (1,64). Plusieurs autres auteurs ont rapporté une prédominance masculine dans leurs études [7,9–14]. Pour certains auteurs, l'homme est autant touché que la femme [4] [15]. L'âge moyen était de 24,1 ans \pm 18,34. Il était comparable à celui rapporté par Kitcher et al (25,5 ans) au Ghana [12] et inférieur à ceux trouvés par Adedeji et al (32,8 ans) au Nigéria [8], Hervé et al (31,8 ans) à Strasbourg en France [3], Yojana et al (32 ans) au Gujarat en Inde [14], Sethi et al (44,7 ans) aux USA [15]. Cela pourrait être expliqué par la prédominance de la classe d'âge de 0 à 5 ans. Plusieurs études portant sur les urgences ORL pédiatriques ont souligné la prépondérance de cette classe d'âge [13,14,16]. Pour Adedeji, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 21 à 40 ans, avec 37% [8]. Pour Timsit et al à Paris, en France, la majorité des consultants étaient des

adolescents et jeunes : la tranche d'âge de 16 à 40 ans a regroupé 57,4% des patients admis [2].

Quant aux délais de consultation, ils étaient longs : 12,44 jours \pm 3. Donkeng et al à l'hôpital général de Douala au Cameroun avaient rapporté, un délai moyen de 03 jours [10]. Cette longueur des délais de consultation qui grève tant le pronostic vital que fonctionnel, peut être expliquée dans le Nord- Bénin, par des raisons culturelles, géographiques et financières. Sur le plan culturel, la pratique de la médecine traditionnelle (dont les résultats sont peu évalués ou carrément mitigés, du moins pour certaines pathologies) est très ancrée et constitue pour bien de malades, le premier recours thérapeutique [5]. Sur le plan géographique, les distances à parcourir sont très grandes pour parvenir au seul Service ORL du Nord Bénin. Sur le plan financier, les faibles revenus des populations les contraignent bien souvent à préférer des solutions intermédiaires peu coûteuses comme l'automédication [5]. Toutes ces raisons couplées à l'analphabétisme et à l'ignorance de certaines populations vivant dans des zones rurales vont expliquer l'état dans lequel les patients sont parfois admis pour des Urgences relevant de l'ORL. Les patients admis en urgence au CHUD Borgou, l'étaient surtout pour des affections rhino-sinusiennes (34,9%). Dans une étude réalisée par Adedeji et al au Nigéria, les affections pharyngo-laryngo- oesophagiennes étaient majoritaires avec 43,2% [8]. Hijano et al en Espagne ont rapporté une prédominance des motifs otologiques avec 32% [17], de même que Timsit et al à Paris en France (46,3%) [2] et Sethi et al aux USA (50%) [15]. Dans l'étude de Hervé et al, l'épistaxis était prépondérante avec 12,6% [3]. Cette variabilité est fonction de l'accessibilité géographique, de l'organisation du système de santé, du niveau socio- économique, du type de recrutement et des activités de chaque service. En ce qui concerne les mécanismes de survenue, les traumatismes étaient les plus représentés dans cette étude et particulièrement les accidents de la voie publique (21,5%), ayant concerné surtout les adultes de 21 à 40 ans. Au 2^{ème} rang des mécanismes de survenue, il y avait les accidents de jeu (18,1%) plus fréquents chez les enfants de 0 à 5 ans. Hounkpatin et al au Bénin, Ramarozatovo et al à Madagascar, avaient aussi rapporté une prédominance des accidents de jeu dans cette tranche d'âge [13,18]. Quant aux patients jeunes et adultes, les urgences ORL pour lesquelles ils ont été admis étaient l'épistaxis, les troubles de l'équilibre et les traumatismes de la face. A l'autre extrême de l'âge, le profil des urgences ORL des sujets âgés (65 ans) est un peu différent. Dans l'étude de Dagan et al en Israël, les pathologies fréquentes en urgence étaient l'épistaxis, les troubles de l'équilibre et les traumatismes de la face avec respectivement 20,1%,

15,75% et 13,7% [4]. Le vertige positionnel paroxystique bénin a représenté dans leur étude 46,5% de l'ensemble des vestibulopathies.

A Parakou, il y avait une prédominance des urgences absolues (68,4%). Cette situation a été comparable à ce qui a été observé en Israël, Dagan et al ont rapporté que 65% d'urgences absolues chez patients âgés (65 ans). Il existerait donc une similitude de la notion d'urgence entre notre population d'étude (pays sous- développé) et les sujets âgés de Israël (pays développé). A l'opposé, on a observé d'après l'étude de Timsit et al, une distorsion de la notion d'urgence, à Paris en France [2] : les urgences absolues n'ont représenté que 10% dans leur étude.

Sur le plan topographique, à Parakou, les urgences ont été otologiques (30 cas ; 20,1%), rhinologiques (52 cas ; 34,9%), pharyngo- laryngo- osophagiennes (28 cas ; 18,8%). Les corps étrangers toutes localisations confondues avaient représenté l'étiologie la plus fréquente dans cette étude (28,8%). Ils étaient nasaux dans la majorité des cas (10,1%). Les autres principales étiologies étaient les épistaxis (22,1%), les traumatismes de la face (17,0%) et les cellulites cervico-faciales (11,4%). Dans l'étude de Lawson et al à Kara au Togo, les corps étrangers toutes localisations confondues avaient occupé le deuxième rang (29,35%) avec une prédominance des corps étrangers auriculaires [7]. Au Nigéria, Adedeji et al, Amutta et al ont aussi noté dans leur étude, une prédominance auriculaire des corps étrangers [8,9].

Les épistaxis ont occupé le deuxième rang dans cette étude. Il en était de même pour Kitcher et al au Ghana avec 16,7% [12]. Elles ont cependant représenté la première cause d'urgence pour Adedeji et al au Nigéria : 16,1% [8]. En ce qui concerne les traumatismes de la face, ils ont occupé la troisième position dans cette étude. Par contre ils ont représenté la première cause dans les études de Yojana et al au Gujarat en Inde [14] et de Donkeng et al (23%) au Cameroun [10]. Pour Timsit et al à Paris en France, les urgences ORL les plus couramment rencontrées étaient l'épistaxis (24,57%), le phlegmon péri- amygdalien (18,20%), les surdités brusques (13,47%), les corps étrangers déglutis (10,86%) [2].

La papillomatose laryngée, pathologie laryngée infantile bénigne, d'évolution imprévisible dont le signe d'appel est la dysphonie [19] a été diagnostiquée à un stade tardif (stade de dyspnée avec signes de gravité ayant imposé une trachéotomie de sauvetage dans 4 cas (2,7%). Ce stade tardif de diagnostic, dû à la banalisation par les parents de la dysphonie, signe précoce, qui persistant depuis au moins 3 semaines, devrait suffire à lui seul pour évoquer le diagnostic, a été déploré par plusieurs auteurs [19-21]. La papillomatose laryngée a représenté 4,3 % dans l'étude de Adedeji

et al au Nigéria [8], 1,4% dans l'étude de Hounkpatin et al au Nord -Bénin [18] et 5,1% dans celle de Zohoun et al à Cotonou au Sud-Bénin [21].

Sur le plan thérapeutique, 61,1% des patients ont été traités à titre externe, 30,9% admis en hospitalisation en ORL et 8,1 % en réanimation. Pour Adedeji 26,6% des patients ont été admis en hospitalisation [8]. Les hospitalisations ont représenté 14,9% dans l'étude de Hervé et al à Strasbourg en France [3], 7,7% pour Sethi et al [15] aux USA et 6% dans celle de Timsit et al à Paris en France [2]. En effet, le taux d'hospitalisation semble bien corrélé avec la proportion de vraies urgences. Dans l'étude de Barman et al aux USA, les facteurs prédictifs de l'hospitalisation étaient les plaintes post-opératoires, l'admission nocturne et les plaintes laryngées [15].

Les corps étrangers ont été extraits par les voies naturelles d'introduction, conformément aux recommandations [22-24]. Les corps étrangers des fosses nasales, des oreilles et de l'oropharynx ont été extraits au fauteuil, parfois avec une anesthésie de contact chaque fois que cela était réalisable. Ceux de l'hypopharynx et de l'œsophage ont été extraits par voie endoscopique sous anesthésie générale. Il en était de même à Kara au Togo dans l'étude menée par Lawson et al [7]. L'endoscopie n'était envisagée qu'en cas d'échec de l'extraction du corps étranger oropharyngé au fauteuil. Les Urgences ORL après prise en charge thérapeutique, ont été marquées par une évolution favorable dans 87,25%. Cette évolution a été favorable dans 93,2% des cas dans l'étude de Donkeng et al au Cameroun [10] et dans 86,7% dans celle de Adedeji et al au Nigéria.

Le décès avait représenté 7,38% et était principalement dû aux cellulites, à Parakou. Ce taux était élevé comparativement aux résultats rapportés par Adedeji et al (1,4%), Kitcher et al (2,7%), Donkeng et al (0,5%) [8,10,12]. Ce taux élevé de décès dans notre contexte de travail pourrait être expliqué par l'itinéraire thérapeutique des patients marqué par l'automédication et le passage chez le tradithérapeute [5], la mauvaise hygiène bucco-dentaire de certaines populations vivant en région rurale, la précarité financière et les longues distances à parcourir (source de démotivation) pour être reçus dans le seul service ORL du Nord Bénin.

Conclusion

Les urgences ORL et cervico-faciales étaient fréquentes au CHUD Borgou, marquée par une mortalité élevée surtout due aux cellulites cervicales extensives d'origine dentaire, le retard de consultation et les difficiles conditions de travail. L'amélioration du plateau technique, la sensibilisation de la population et les mesures préventives comme la promotion d'une bonne hygiène bucco- dentaire, permettraient de réduire la fréquence et la mortalité des Urgences ORL dans le Nord - Bénin.

Références

1. **Hijano R, Hernández A, Martínez-arias À, Homs I.** Epidemiological study of emergency services at a tertiary care center. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009; 60: 32-7.
2. **Timsit C, Bouchene K, Olfatpour B, et al.** Étude épidémiologique et clinique portant sur 20 563 patients accueillis à la grande garde d'urgences ORL adultes de Paris Ile-de-France. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2001; 118: 215-24.
3. **Hervé J, Wiorowski M, Schultz P, Chambres O. et al.** Activité de l'interne d'ORL durant la garde au CHU de Strasbourg. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2004; 121: 33-40.
4. **Dagan E, Wolf M, Migirov L.** Why do geriatric patients attend Otolaryngology Emergency rooms? *IMAJ.* 2012; 14: 633-36.
5. **Hounkpatin S, Lawson Afouda S, Flatin M, Avakoudjo F et al.** itinéraire thérapeutique des patients orl dans un centre Hospitalier régional du nord-Bénin. *Rev Afr ORL Chir Cervico- Faciale* 2015;15: 47-52.
6. **Tasche KK, Chang KE.** Otolaryngologic Emergencies in the Primary Care Setting. *Med Clin NA.* 2017; 101: 641-56,
7. **Lawson S, Yehouessi- Vignikin B, Atigossou D.** Panorama des urgences en ORL. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2012.07.403>
8. **Adedeji T, Sogebi O, Tobih J.** Pattern of Otorhinolaryngological Admissions via Emergency Unit in a Suburban Tertiary Center. *Int J Biomed Sci.* 2015;11: 146-51.
9. **Amutta S, Iseh K, Aliyu D, Abdullahi M, Abdulrahman G.** Ear , nose and throat foreign bodies in a tertiary health institution in Sokoto , Nigeria. *Sahel Med J.* 2013; 16: 87-92.
10. **Donkeng J, Djomou F, Nzogang M et al.** Les Urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala: Aspects Cliniques et Thérapeutiques. *Heal Sci Dis.* 2016; 17: 41-6.
11. **Kacouchia N, N'Gattia K V, Kouassi M, Yoda M et al.** Corps étrangers des voies aéro- digestives chez l'enfant. *Rev col Odonto-stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2006; 13 : 35-9.
12. **Kitcher E, Jangu A, Baidoo K.** Emergency Ear, Nose and Throat admissions at the Korle-Bu teaching hospital. *Ghana Med J.* 2007; 41: 9-11.
13. **Ramarozatovo NP, Razafindrakoto RMJ, Rakotoarisoa AHN et al.** Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo: résultats préliminaires. *Rev Afr Anesth Méd Urgence.* 2010; 2 : 1-4.
14. **Yojana S, Mehta K, Girish M.** Epidemiological Profile of Otorhinolaryngological Emergencies at a Medical College , in Rural Area of Gujarat. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012; 64: 218-24.
15. **Sethi RK V, Kozin ED, Remen schneider** Subspecialty Emergency roomù as alternative model for otolaryngologic care: implications for emergency health care delivery. *Am J Otolaryngol.* 2015; 35: 758-65.
16. **Barman D, Maridal S, Goswami S, Hembram R.** Three years audit of the emergency patients in the department of ENT of a rural medical college. *J Indian Med Assoc.* 2012;110 : 370-74.
17. **Hijano R, Hernandez A, Martinez-Arias A, Homs I et al.** Epidemiological study of emergency services at a tertiary care center. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009; 60 : 32-7.
18. **Hounkpatin S, Adedemy J, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, et al.** Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou de Parakou , Bénin. *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2012; 17: 25-30.
19. **Vignikin-Yehouessi B, Vodouhè UB, Lawson SLA, Mèdji S et al.** Papillomatose laryngée de l'enfant: 75 cas en ORL au CNHU de Cotonou Vignikin-Yèhouessi. *Rev Afr ORL Chir cervico- faciale.* 2010; 10: 29-34.
20. **Maliki O, Nouri H, Ziad T, Rochdi Y, Aderdour L et al.** La papillomatose laryngée de l'enfant : aspects épidémiologiques , thérapeutiques et évolutifs. *J Pediatr Pueric.* 2012; 25: 237-41,
21. **Zohoun S, Guézo D, Medji S, Vodouhè U. et al.** Urgences ORL pédiatriques au CNHU de Cotonou. *Rev Afr ORL et de Chirurgie cervico- faciale.* 2014;14: 11-6.
22. **Saroul N, Dissard A, Gilain L.** Corps étrangers de l'œsophage. *EMC Oto- Rhino- Laryngologie* 2016; 11 : 1-10,
23. **François M.** Corps étrangers des fosses nasales, rhinolithiase. *EMC Oto-Rhino- Laryngologie* 2017; 11: 1-6.
24. **Erminy M, Londero A, Biacabe B et al.** Urgences en oto-rhino-laryngologie. *EMC Oto- Rhino- Laryngologie* 2007;25-130-A-10:4-13.