



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



ARTICLE ORIGINAL

# Sinusites maxillaires : 1752 cas en ORL au CNHU de Cotonou, Bénin<sup>☆</sup>

B. Yehouessi-Vignikin\*, S.-J. Vodouhe

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CNHU Cotonou 01, BP 386, Cotonou, République du Bénin

## MOTS CLÉS

Sinusite maxillaire ;  
Bilan

## Résumé

**Objectifs.** – Les sinusites maxillaires sont des infections fréquentes en ORL.

Le but de cette étude a été de déterminer la fréquence des sinusites maxillaires en ORL au CNHU de Cotonou, de recenser leurs aspects cliniques, paracliniques et d'exposer les résultats de la conduite thérapeutique adoptée.

**Patients et méthode.** – L'étude a été rétrospective, descriptive et analytique. Elle a concerné les dossiers des patients reçus et suivis pour des sinusites maxillaires entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2008.

**Résultats.** – Ces cinq (5) dernières années, 1752 cas de sinusites maxillaires ont été reçus et traités en ORL au CNHU de Cotonou soit une moyenne de 350 à 351 cas par an. Leur fréquence globale a été de 19,3%. Les sujets de 16 à 50 ans ont constitué 759 cas soit 83,1%.

Les sujets de sexe masculin ont représenté 984 cas soit 56,2%. Les facteurs avant favorisé ces sinusites maxillaires étaient la saison sèche avec la poussière 1051 cas soit 60% et la pollution atmosphérique 87,6%. La sinusite maxillaire était aiguë dans 528 cas soit 30,1%. Ces sinusites étaient chroniques dans 1224 cas soit 69,9%. Les sinusites maxillaires étaient d'origine rhinogène dans 960 cas soit 54,8%. Elles étaient sur fond allergique dans 668 cas soit 38,1% et d'origine dentaire dans 96 cas soit 5,5%. Dans les sinusites maxillaires chroniques, l'écosystème bactérien était dominé par staphylocoque doré 29,3%, pneumocoque 21,9%. Le traitement des sinusites maxillaires a été avant tout médical associant un traitement local par une désinfection rhinopharyngée ou des vasoconstricteurs. Dans les sinusites dentaires en plus des traitements médicaux, des soins dentaires ont été effectués. Dans les sinusites sur fond allergique, il a été fait recours aux gouttes nasales corticoïdes et aux antihistaminiques. L'évolution a été favorable avec 89,7% de bons résultats.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.01.006>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [bernadetteyehouessi@yahoo.fr](mailto:bernadetteyehouessi@yahoo.fr) (B. Yehouessi-Vignikin).

1879-7261/\$ - see front matter © 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2013.02.006>

## Introduction

En pathologie infectieuse ORL, les sinusites représentent les infections les plus fréquentes et elles sont dominées par les sinusites maxillaires [1–3]. La sinusite maxillaire aiguë est l'inflammation de la muqueuse de recouvrement du sinus maxillaire et qui évolue depuis moins de six semaines. Elle est dite chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de trois mois. Le diagnostic de la sinusite maxillaire aiguë est avant tout clinique : la découverte du pus au méat moyen et la présence d'un niveau hydroaérique à la radiographie des sinus de la face. En revanche, le diagnostic de la sinusite maxillaire chronique peut être aidé par l'endoscopie sinusienne et le scanner des sinus de la face. Leur traitement est médical mais peut aussi être médicochirurgical. Ces cinq dernières années, 1752 cas de sinusites maxillaires ont été recensés en ORL au CNHU de Cotonou. Cette étude détermine la fréquence de ces sinusites maxillaires. Elle décrit aussi leurs caractéristiques cliniques et paracliniques. Elle expose enfin les attitudes thérapeutiques adoptées et les résultats évolutifs obtenus.

## Matériel et méthode

L'étude a été réalisée dans le service d'ORL du CNHU de Cotonou. Elle a été rétrospective, descriptive et analytique. Elle s'est étalée sur une période de cinq (5) ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008. Le matériel utilisé était les dossiers des malades reçus et suivis dans le service pour des sinusites maxillaires.

## Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude, les dossiers des patients de tous âges et des deux sexes présentant une sinusite maxillaire qu'elle soit aiguë ou chronique. Le diagnostic d'une sinusite aiguë a été basé sur la notion d'une évolution depuis moins de six semaines avec la découverte ou non du pus au méat moyen et la présence d'un niveau hydroaérique à la radiographie des sinus. Le diagnostic d'une sinusite maxillaire chronique a été établi sur la notion d'une évolution depuis plus de trois mois, la présence d'une opacité ou d'un voile des sinus, l'examen cyto bactériologique après un prélèvement par écouvillonnage d'un pus traînant et la recherche étiologique (infection rhinogène, dentaire, allergie ou mycose de ces sinusites). Ces dossiers ont précisé :

- les motifs de consultation : rhinorrhée (muqueuse ou mucopurulente ou franchement purulente ou une hydrorrhée nasale), l'obstruction nasale (uni- ou bilatérale, partielle ou totale, permanente ou à bascule), les éternuements en salve ou non, les troubles de l'odorat : la cacosmie objective a fait redouter une sinusite dentaire et a imposé une consultation en stomatologie avec des films intrabuccionaux ou un orthopantomogramme, la cacosmie subjective, l'hyposmie et l'anosmie ont été également recherchées. En revanche, la fièvre n'a pas été systématiquement retenue du fait de l'automédication très prononcée mais également du fait que le malade

n'est vu en ORL qu'après le passage chez le médecin généraliste (milieu tropical où le paludisme existe en état endémique avec pour premier symptôme la fièvre) ;

- la recherche des antécédents pathologiques : asthme bronchique personnel ou familial, la notion d'allergie cutanée, ou nasosinusienne, de caries dentaires traitées ou non et les traitements antérieurs reçus ;
- les signes physiques observés à l'examen notamment à la rhinoscopie antérieure ou à la nasofibrosopie : état de la muqueuse nasale (normale, congestive ou pâle), les cornets nasaux, la présence d'un pus au méat moyen qui fait signer la sinusite maxillaire, son absence n'a pas infirmé le diagnostic ; la présence ou non de polypes uni- ou bilatéraux du même côté ou non de la sinusite ; l'existence ou non d'une déviation septale du même côté ou non de la sinusite, l'oropharyngoscopie a observé la présence ou non du pus ou du mucopus sur la paroi pharyngée postérieure ; l'otoscopie avec précision de l'état du tympan (mat, épaissi ou la présence d'un liquide derrière un tympan sain ou pathologique) ; et l'examen de l'état général ;
- l'imagerie médicale : la radiographie des sinus à l'incidence de Blondeau demeure la plus pratiquée car elle est à la portée de toutes les bourses. La sécurité sociale est presque inexistante et le scanner est hors prix (150 euros). Les indications de scanner ont été les suspicions de sinusites aspergillaires, ou devant les craintes de tumeurs des sinus de la face ;
- les prélèvements de pus ont été réalisés par écouvillonnage et adressés au laboratoire,
- les traitements administrés : les antalgiques, les décongestionnants nasals, les antibiotiques : amoxicilline + acide clavulanique, quinolones, macrolides, céphalosporines de deuxième et troisième générations. Les corticoïdes n'ont pas été systématiques, car en milieu tropical, les parasitoses intestinales sont fréquentes et certaines d'entre elles (comme l'anguillulose) contre-indiquent la corticothérapie qui se donne alors avec précaution ; un traitement chirurgical d'appoint : excrèse de kystes ou de polypes ou des cures d'aspergillose sinusienne ;
- l'évaluation de l'évolution a été basée sur la rétrocession ou la persistance des manifestations cliniques pour les malades ayant bénéficié du traitement médical pur ; la survenue ou non de complications ou de récives postopératoires, la rétrocession ou la persistance des manifestations cliniques pour les malades traités par la méthode chirurgicale. Ainsi nous avons considéré une évolution bonne lorsque la rétrocession des manifestations cliniques est nette, durable et complète. L'évolution est mauvaise en cas de persistance des manifestations cliniques, de leur intensification ou de leur reprise après une rétrocession éphémère. Au total, 1752 dossiers ont été retenus. Le test statistique utilisé a été le Chi<sup>2</sup>.

## Critères d'exclusion

Tous les dossiers incomplets portant les écrits illisibles, sans précision du type de sinusite maxillaire, sans notion de traitement et de suivis notés aux dossiers ont été exclus. Au total, 197 dossiers ont été exclus.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105150>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105150>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)