



Article original

Les urgences ORL au CHU Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP CDG) de Ouagadougou, Burkina Faso

Emergencies Pediatric Otorhinolaryngology at the University Hospital Charles De Gaulle (CHUP CDG) in Ouagadougou (Burkina Faso)

A Kaboré Ouédraogo*¹, H P Ouédraogo¹, S A P Ouédraogo¹, S Kaboret¹, L Tamini¹, K Nagalo¹, A Zoungrana¹, R Ouédraogo², D Yé¹

Résumé

Les urgences ORL peuvent perturber les fonctions nobles et vitales que sont la respiration, la déglutition, la phonation, l'audition, l'olfaction et l'équilibration. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de ces urgences ORL dans l'unité des Urgences Médicales du CHUP-CDG.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive avec une collecte rétrospective de données allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016. Elle a concerné les dossiers des patients âgés d'un mois à cinq ans révolus, admis aux urgences médicales. Ces urgences ont été classées en trois groupes dont les urgences vraies ou absolues, les urgences relatives et les urgences fonctionnelles. Une revue documentaire a permis le recueil des données. Ces données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel de traitement statistique Epi-info version 7.2.1.0.

Résultats : Dans notre étude, nous avons enregistré 824 cas d'urgences ORL parmi 8433 enfants reçus aux urgences, soit une fréquence de 9,77%. Le sex-ratio était de 1,19. L'âge moyen des patients était de 19,74 mois. Le principal mode d'admission était direct soit 72,82% des cas. Les urgences relatives représentaient 96,60% (rhinopharyngites aiguës, otites moyennes aiguës, angines aiguës), les urgences vraies 3,27% et les urgences fonctionnelles 0,12%. La prise en charge en ambulatoire était prédominante dans 63,95% des cas. L'évolution immédiate était favorable dans 97,33% des cas. Huit cas de décès ont été notés dans notre série.

Conclusion : Les urgences ORL sont relativement fréquentes dans notre contexte de travail. Une étude prospective permettrait de décrire le devenir des cas d'urgences vraies référés en ORL.

Mots clés : Urgences ORL, pédiatrie, Burkina Faso

Abstract

Objective: To examine the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary features of the pediatric ENT emergencies in the Medical Emergency Unit of CHUP-CDG.

Matériel and methods: A descriptive retrospective study was conducted from January 1, 2015 to December 31, 2016. It included all patients in the age-range of 1 month to 5 years, who had been admitted for consultation in the Medical Emergency department of the CHUP-CDG, forming an ENT emergency table.

Results: We had a total of 824 ENT emergency cases among 8433 children, at 9.77% frequency. The predominant sex was male, revealing a 1.19 sex ratio. With an average patient age of 19.74 months, the extremes included 1 (one) month and 66 months. The majority of admissions was direct, as observed in 72.82% of the cases, while relative emergencies were 96.60%. The absolute ENT emergencies represented 3.27% and functional ENT emergencies 0.12%. The dominant etiologies were infections with acute rhinopharyngitis, acute otitis media and acute tonsillitis, in the order of ranking. Essentially, the treatment involved was medical and included all the patients. Predominantly, 63.95% of the cases required outpatient management. In the majority of the cases, meaning 97.33%, immediate evolution was favorable. Eight patient deaths were recorded.

Conclusion : emergencies are relatively frequent in our context. Our study must be completed by the outcome of absolute ENT emergencies in the ENT unit.

Keywords: pediatric ENT emergencies, Burkina Faso

Introduction

L'urgence ORL et cervico-faciale pédiatrique est toute pathologie de la sphère ORL, de la face et du cou qui survient chez un enfant âgé de moins de 15 ans et nécessitant une prise en charge thérapeutique d'urgence.

Ces pathologies urgentes peuvent avoir des complications graves [1,2] ou perturber les fonctions nobles et vitales que sont la respiration, la déglutition, la phonation, l'audition, l'olfaction et l'équilibration. Ces urgences sont généralement regroupées en trois classes que sont les urgences vitales, les urgences relatives et les urgences fonctionnelles [3].

La fréquence et le type de ces urgences ORL varient en fonction du groupe d'âge concerné et du service d'accueil.

En ORL ce sont les urgences vitales nécessitant un geste chirurgical [4, 5, 6,7] qui sont particulièrement plus reçus. En pédiatrie il s'agit plutôt des urgences infectieuses [8] ou les atteintes inflammatoires de la sphère ORL [9] qui sont rencontrées.

Le CHUP CDG est un centre de référence pédiatrique située dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Ce centre ouvert en 2002 dispose d'un service d'urgences médicales et chirurgicales et de six unités d'hospitalisation pour la médecine. Jusqu'en 2016, ce service ne disposait pas de service d'ORL fonctionnel. Les urgences relatives étaient traitées sur place et les urgences nécessitant un geste chirurgical ORL étaient référées dans le service d'ORL du CHU Yalgado Ouédraogo (CHU YO), distant de 3 Kilomètres. Au CHUP CDG, très peu d'études ont été menées sur les pathologies ORL [10, 11]. Le but de notre travail était de faire l'état des lieux sur les urgences ORL reçues aux urgences médicales. Ce travail pourrait servir de base de données à l'ouverture d'un service d'ORL.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive avec une collecte de données rétrospective sur une période de deux ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Une revue documentaire sur l'ensemble des dossiers des patients âgés de 1 mois à 5 ans révolus et présentant une urgence ORL, a été réalisée. Les dossiers cliniques des patients aux urgences et en hospitalisation, les registres médicaux et la base de données du Service Pédiatrique d'Information Hospitalière (SPIH) ont été nos sources de données. N'ont pas été retenus, les dossiers des enfants âgés de moins d'un mois et de plus de 5 ans révolus, et les dossiers incomplets. Les données recueillies à l'aide d'une fiche écrite, comportaient les aspects sociodémographiques, le statut vaccinal, le type et la topographie de l'urgence ORL, les signes cliniques et l'état nutritionnel à l'admission, les aspects thérapeutiques et évolutifs. Selon les normes de l'OMS [12] l'état nutritionnel de l'enfant était évalué à l'aide du rapport Poids pour Taille (P/T). L'état nutritionnel était normal si le rapport poids pour taille ≥ -2 Z score. L'enfant était en état de malnutrition aiguë modérée si le rapport poids pour taille était compris entre -3 et -2 Z-score (-3 Z-score \leq P/T < -2 Z-score) et en état de malnutrition aiguë sévère si le rapport poids pour taille était inférieur - 3 Z-score (P/T < -3 Z-score). Toutes les données recueillies ont été saisies sur un micro-ordinateur avec le logiciel Word 2007 et le logiciel Excel 2016, et analysées à l'aide du logiciel de traitement statistique Epi-info 7.2.1.0 dans sa version française.

Définitions opérationnelles

Nous avons considéré trois types d'urgences :

- Urgences vraies ou absolues : Ont été considérées comme urgences vraies ou absolues les pathologies qui pouvaient mettre en jeu rapidement le pronostic vital. Il s'agissait des hémorragies, des infections aiguës dyspnéisantes suppuratives ou non, des corps étrangers et traumatismes des voies aériennes aérodigestives, des brûlures corrosives des voies aérodigestives supérieures.
- Urgences relatives : Ont été considérées comme urgences relatives les pathologies qui sans mettre en jeu immédiatement le pronostic vital, ont nécessité une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée. Il s'agit des rhinopharyngites aiguës fébriles, des angines aiguës, des otites moyennes aiguës, des sinusites aiguës, et autres pathologies ORL avec une symptomatologie hyperalgique ou hyper pyrétique.
- Urgences fonctionnelles : Ont été considérées comme urgences fonctionnelles, les pathologies entraînant des troubles fonctionnels nécessitant une prise en charge urgente. Il s'agit des surdités brusques, des surdités fluctuantes, des paralysies faciales, des vertiges.

Résultats

Données générales

Caractéristiques des patients

Durant la période d'étude, 824 enfants ont été admis pour une urgence ORL. L'âge moyen des patients était de 19,74 mois avec des extrêmes de 1 mois et 66 mois. Les enfants de 1 à 24 mois représentaient 69,06%, ceux de 2 à 3ans étaient de 11,65% et ceux de plus de 3 ans de 19,33 %. Le sex- ratio était de 1,19 et 97,58% des enfants résidaient dans la ville de Ouagadougou.

Délai de consultation

Sur les 824 patients, 600 soit 72,82% ont consulté directement et 224 soit 27,18% ont été

référés. Le délai moyen de consultation était de 3,74 jours avec des extrêmes de 1 jour et 30 jours. Trente-quatre patients soit 4,13% ont consulté dans les 24 heures après le début des symptômes et plus de la moitié de nos patients (52,43%) a consulté au-delà de 72 heures après le début des symptômes.

Motifs de consultation

Les motifs de consultation comportaient des aspects ORL et des aspects généraux et plusieurs motifs de consultation pouvaient être retrouvés chez un même patient comme nous montre le **tableau I**.

La fièvre était le principal motif de consultation suivie des vomissements et de la toux respectivement dans 74,39%, 36,89% et 27,3% des cas.

Etat clinique à l'admission

Tous les paramètres de l'examen général n'ont pas été évalués chez nos patients.

Le **tableau II** révèle que 69,29% des enfants étaient à jour de leur vaccination selon le programme élargie de vaccination en vigueur au Burkina Faso.

Tableau I: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentages (%)
Signes généraux et fonctionnels		
Fièvre	613	74,39
Anorexie	56	6,79
Pleurs incessants	40	4,85
Céphalées	17	2,06
Otologiques		
Otalgie	18	2,18
Otorrhée	6	0,72
Otorragie	1	0,12
Rhino-sinusiens		
Rhinorrhée	48	10,68
Obstruction nasale	64	7,76
Epistaxis	4	0,48
Pharyngo-laryngés		
Dyspnée	80	9,70
Toux	225	27,3
Dysphagie	10	1,21
Odynophagie	7	0,84
Dysphonie	1	0,12
Digestifs		
Vomissements	304	36,89
Diarrhée	191	23,17
Douleur abdominale	56	6,79
Cervico-facial		
Tuméfaction faciale	04	0,48
Tuméfaction cervicale	1	0,12

Tableau II: Répartition des patients selon les signes généraux à l'admission.

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage(%)
Etat général	(n=751)	
Altéré	159	19,27
Conservé	592	71,84
Etat de conscience	(n=732)	
Altéré	27	3,28
Normal	732	88,83
Etat d'hydratation	(n=787)	
Bon	705	85,56
Signes de déshydratation	82	9,95
Etat nutritionnel	(N=759)	
Bon	691	
Malnutrition modérée	46	91,04
Malnutrition sévère	22	6,06
		2,90
Statut vaccinal	(824)	
Vaccins à jour	571	69,29
Vaccins non à jour	23	2,79
Non précisés	230	27,92

L'état général des enfants était conservé dans 71,84% des ca

Tableau III : Répartition trimestrielle des cas d'urgences ORL (N=824).

Période de l'année	Effectif	Pourcentage(%)
Janvier-Mars	269	32,65
Avril-Juin	184	22,33
Juillet-Septembre	209	25,36
Octobre-décembre	162	19,66

Les premiers trimestres de chaque année ont été les périodes pendant lesquelles nous avons enregistré plus de cas soit 32,65%

Prévalence en fonction du type d'urgence ORL.

Le diagnostic positif de l'urgence ORL était essentiellement clinique. Le recours à l'imagerie médicale (radiologie standard des sinus) ou à l'endoscopie en ORL (pour le diagnostic de corps étrangers) étaient nécessaires. Le bilan étiologique n'était pas systématique. La recherche de germes dans les différents prélèvements de la sphère ORL (gorge et oreille) a été réalisée dans 5 cas. Trois de ces prélèvements sont revenus positifs. Il s'agissait d'une infection à *streptococcus sp* (prélèvement de gorge), d'une infection à *pseudomonas sp* et à *enterococcus sp* (prélèvement de pus d'oreille). Trois cas de corps étranger (dont 1 cas œsophagien et 2 cas des voies respiratoires supérieurs) ont été notifiés. Toute la sphère ORL (Cou, face, oreilles, nez, larynx) était concernée par les urgences ORL et un même enfant pouvait présenter plusieurs sites d'infection. La fréquence des urgences relatives était de 96,60% (796/824) ; celle des urgences vraies de 3,27% (27/824) et celle des urgences fonctionnelles de 0,12% (1/824). Parmi les urgences ORL relatives, la rhinopharyngite aiguë fébrile était la plus rencontrée (68,93%) comme nous montre le **tableau IV**.

Tableau IV: Fréquence des urgences ORL en fonction du type et de la topographie.

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage(%)
Urgences relatives		
Rhinopharyngite aiguë fébrile	568	68,93
Otite moyenne aiguë	118	14,32
Angine aiguë	109	13,23
Rhinite aiguë	41	4,97
Laryngite aiguë non dyspnéisante	2	0,24
Parotidite aiguë	10	1,21
Adénoïdite	4	0,48
Rhinosinusite aiguë	2	0,24
Stomatite aiguë	1	0,12
Corps étranger œsophagien	1	0,12
Urgences vraies		
Laryngite aiguë dyspnéisante	21	2,55
Corps étranger* des voies respiratoires	2	0,24
Epistaxis	2	0,24
Abcès rétro-pharyngé	1	0,12
Cellulite de la face	1	0,12
Urgences fonctionnelles		
Hypoacousie par perforation tympanique	1	0,12

Pathologies associées

Le diagnostic de sortie comportait en dehors de l'urgence ORL d'autres pathologies associées comme indiqué dans le **tableau V**.

Tableau V: Pathologies associées chez 824 reçus pour urgences ORL

Pathologie associée	Effectifs	Pourcentage(%)
Gastro-entérite aiguë	147	17,84
Paludisme grave	105	12,74
Pneumopathie aiguë	57	6,92
Infection du tractus urinaire	41	4,97
Bronchiolite aiguë	29	3,52
Bronchite aiguë	27	3,28

La gastro-entérite et le paludisme grave ont été les pathologies les plus fréquemment associées soit respectivement dans 17,84% et 12,74%.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Aspects thérapeutiques

Parmi les urgences ORL et cervico-faciales reçues 527 cas (63,95%) ont bénéficié d'un traitement ambulatoire et 297 cas (36,09%) d'une hospitalisation. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,66 jours avec des extrêmes d'un jour et 30 jours. A l'admission, 26 enfants (3,15%) ont été hospitalisés en soins intensifs sous oxygénothérapie. Le reste du traitement médical a consisté en un traitement par voie générale (parentérale et orale) dans 90% des cas et d'un traitement local dans 10% des cas. Le traitement par voie orale a comporté des antibiotiques dans 754 cas (91,5%) dont les céphalosporines (46,42%), l'amoxicilline-acide clavulanique (30,24%). Trois patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique sous anesthésie générale dans le service d'ORL du CHU-YO pour extraction de corps étranger.

Evolution à court terme

Au cours de l'hospitalisation, neuf patients soit 1,1% ont présenté une complication ORL dont sept cas d'aggravation de détresse respiratoire compliquant les laryngites aiguës, un cas de perforation tympanique gauche compliquant une otite moyenne aiguë suppurée et un cas d'abcès retro pharyngé compliquant une angine aiguë érythémato-pultacée. Les autres complications étaient le sepsis (2 cas) et la déshydratation sévère (2 cas).

L'évolution a été favorable dans 802 (97,33%) des cas. Neuf (9) patients sont sortis contre avis médical, cinq enfants ont été transférés en ORL et huit sont décédés. Les cas de décès étaient associés à d'autres pathologies comme nous montre le **tableau VI**.

Tableau VI: Répartition des 8 cas de décès selon la pathologie associée

Pathologie ORL	Pathologie associée	Complication
OMA*	Broncho-pneumopathie	Septicémie
Laryngite aiguë	Cardiopathie congénitale	Exacerbation détresse respiratoire
Laryngite épiglottique	-	Exacerbation de détresse respiratoire
Cellulite de la face	Paludisme grave	Septicémie
Pharyngite aiguë	Gastro entérite aiguë	Déshydratation sévère
Laryngite épiglottique	Bronchiolite aiguë	Exacerbation de détresse respiratoire
Laryngite aiguë	Bronchiolite aiguë	Exacerbation de détresse respiratoire
Rhinopharyngite aiguë	Gastro entérite aiguë	Déshydratation sévère

OMA = otite moyenne aiguë, l'exacerbation de la détresse respiratoire était la complication la plus rencontrée chez les enfants décédés

Discussion

Données générales

Dans notre étude, la prédominance de la tranche d'âge d'un mois à 24 mois pourrait être rattachée à l'immaturité immunitaire à cet âge, avec la disparition progressive des anticorps maternels alors que les vaccinations infantiles et les expériences infectieuses préparent progressivement l'immunité acquise de l'enfant. La vaccination protège les enfants de moins de cinq ans contre les urgences ORL infectieuses [1] mais peu contre les infections respiratoires aiguës à répétition dont la rhinopharyngite (68,93% dans notre étude) et la bronchiolite (3,52% dans notre étude). En effet, ces pathologies inflammatoires sont généralement d'origine virale et d'évolution bénigne.

Le mode d'admission a été plus souvent direct dans notre étude soit 72,82% mais le délai moyen de consultation était relativement long soit 3,74 jours. Ce délai long est retrouvé par d'autres auteurs [13,14]. Cela pourrait être lié au fait que l'infection ORL chez l'enfant est souvent découvert par un examen systématique [9], et les motifs de consultations dominés par les symptômes généraux comme la fièvre [14, 15]. Ces symptômes ne sont pas bruyants ou douloureux comme l'odynophagie, l'otalgie [1,16], la tuméfaction cervicale [15] pour entraîner une consultation directe et rapide en pédiatrie. L'itinéraire thérapeutique des patients commence souvent par les centres de santé de premier niveau ou l'examen ORL n'est pas systématique.

Prévalence des urgences ORL

La prévalence globale des urgences ORL (9,77%) dans notre étude était proche de celle trouvée par Ramarozatovo et coll. en Madagascar [17] et Attifi et coll. [8] en Guinée qui rapportaient respectivement 11,23% et 8,14% d'urgences ORL pédiatriques dans leurs études.

Par ailleurs, dans notre série, 58% des cas sont survenus dans le premier trimestre de l'année entre janvier et Mars. Cette période correspond au Burkina Faso à la période de l'harmattan marquée par un vent sec et chargé de poussières. Ce vent est un facteur de recrudescence des infections respiratoires aiguës et des infections ORL en général par la sécheresse des muqueuses qu'elle entraîne et surtout par la transmission des infections virales. Ces infections ORL sont ainsi d'évolution saisonnière [9,18] et souvent associées à d'autres pathologies virales comme les diarrhées à rotavirus [19] ou la bronchiolite aigüe du nourrisson.

Dans notre étude, Malgré l'absence d'un bilan étiologique, plusieurs arguments sont en faveur de

l'origine virale de ces infections. Il s'agit de l'état général conservé (71,84% dans notre étude) de la co-morbidité avec les bronchites et la bronchiolite et de l'évolution favorable dans la majorité des cas (97,33%). Ces infections constituent ainsi des urgences relatives pouvant être prises en charge en pédiatrie. Diallo et coll. [13] en Guinée avaient trouvé dans un service d'ORL, 87,4% d'urgences relatives. Ce service d'ORL cohabitait avec le service de pédiatrie et recevait directement les enfants. L'examen ORL systématique en pédiatrie permet ainsi de ne référer en ORL que les urgences vraies ou vitales (3,27% dans notre étude). Parmi ces urgences vraies, les corps étrangers [11, 16] sont redoutés chez le nourrisson par les complications [20,21] et même la mortalité [11] qu'ils entraînent.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Dans notre étude, 63,95% des patients ont bénéficié d'un traitement médical ambulatoire. Nos résultats sont similaires à ceux de Barro et coll. [10] au Burkina-Faso et Amzil et Coll. [22] au Maroc qui rapportaient une prédominance de traitement médical ambulatoire dans respectivement 98,8% et 87% des cas.

L'évolution immédiate a été favorable dans la majorité des cas (97,33%). Ce résultat corrobore ceux d'Amzil et Coll. [22], de Barro et Coll. [10] au Burkina-Faso [10,22] qui avaient rapporté 100% d'évolution favorable dans leur étude.

Cependant le nombre de 8 décès dans notre étude était élevé comparativement à leur étude qui n'avait pas noté de décès [10, 22]. Ce taux de décès serait lié à la co-morbidité avec les infections bactériennes graves (sepsis) à la gastro entérite avec déshydratation ou à l'aggravation de la détresse respiratoire. Cette détresse respiratoire pourrait être liée à l'anatomie des voies respiratoires chez le nourrisson. En effet elles sont

étroites, souvent encombrées par les mucosités et sont vite obstrués en cas d'inflammation. L'installation d'une dyspnée obstructive haute [23] est rapide et pourrait expliquer certains décès dans notre étude.

Conclusion

Les urgences ORL sont relativement fréquentes dans notre contexte de travail. Une étude prospective permettrait de décrire le devenir des cas d'urgences vraies référés en ORL.

*Correspondance

Aissata Kaboré/ Ouédraogo

rita_kab@yahoo.fr

Disponible en ligne: 06 Janvier 2020

1. Service de pédiatrie médicale : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou, Burkina Faso

2. Service des laboratoires d'hématologie et de Virologie : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou, Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Sereme M, Tarnagda S, Guiguimde P, Gyebre Y M C, Ouedraogo B, Bambara C, et al. Les urgences infectieuses ORL. *PAMJ* 2016 ; 25(27) : 1-5
- [2] [Badou-N'guessan K E, Tanon-Anoh M J, N'guessan N S, Yoda M, Buraima F, Kouassi B. Urgences ORL de l'enfant au CHU de Yopougon (Cote d'Ivoire). *Med d'Afr Noire* 2017 ; 64 (2) : 91-8
- [3] Erminy M, Londero A, Biacabe B, Bonfils P. Urgence en oto-rhino-laryngologie. *Encycl. Med. Chir. Urgences* Paris Elsevier, 2000 ; 24-162-A-10 : 1-13
- [4] Bouchareb N, Abada R L, Rouadi S, Mathar M, Roubal M, Janah A, et al. Epidemiology of paediatric emergencies in ENT. *Rev de laryngologie-otologie-rhinologie* 2013 ; 134 (2) :95- 9.
- [5] Keita A, Diallo A O, Condé M, Fofana M, Barry A O, Diallo M T, Camara S. Les urgences ORL au CHU de Conakry. *Guinée Méd* 2013 ; 81:19-26.
- [6] Brito TP, Hazboun IM, Fernandes FL, Bento LR, Zappellini CEM, Chone CT et al. Deep neck abscesses: study of 101 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2017 May - Jun; 83 (3):341- 8. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.04.004.
- [7] Baldassari CM, Howell R, Amorn M, Budacki R, Choi S, Pena M. Complications in pediatric deep neck space abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011 Apr; 144(4):592-5. doi:10.1177/0194599810393882.
- [8] Attifi H, Hmidi M, Boukhari A, Touihem N, Kettani M, Zalagh M, et al. Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. *PAMJ* 2014 ; 19(40) : 1-8
- [9] Ngombe L K, Ditunga M, Kameya N, Malingo A A, Kayomb N K, Ngolomba J N, et al. Infection respiratoire aigüe et statut nutritionnel chez les enfants de 0-5 ans : Cas des cliniques universitaires de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *PAMJ* 2014 :1-5
- [10] Barro A F. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies ORL et cervico-faciales en consultation au centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle. Thèse de médecine n°141, 2016. Université Joseph Ki-Zerbo : page 58.
- [11] Kaboré A, Sanou M, Nagalo K, Tientrebeogo C, Dao L, Gyébré Y, Ouoba K, Yé D. Complications des corps étrangers à piles-boutons chez l'enfant : à propos d'un cas. *J Pediatr Pueric* 2019 ; 32 : 35-8.
- [12] OMS. Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aigüe sévère chez l'enfant, déclaration commune de l'OMS et de l'UNICEF ; 2009 [consulté le 15 juillet 2016 <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnnutrition/9789241598163r/>
- [13] Diallo A O, Kolié D, Itié Odzili F A, Keita A, Delamou A, Camara B S, Ondzontto G. Profils épidémiologiques et cliniques des urgences ORL infantiles à l'Hôpital National Ignace Deen. *Méd d'Afr Noire* 2017; 64(5) :287-93.
- [14] Harounian JA, Azab AR, Roberts CA, Carr MM. Infants Are More Likely Than Older Children to Have Surgery for Cervical Infections. *Int J Otolaryngol*. 2018 May 28; 2018:7824380. doi: 10.1155/2018/7824380.
- [15] Chang L, Chi H, Chiu NC, Huang FY, Lee KS. Deep neck infections in different age groups of children. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010 Feb; 43(1):47-52. doi: 10.1016/S1684-1182(10)60007-2.
- [16] Lawson S L A, Azoumah K D, Ayena K D, Amana B, Boko E, Kpemissi E. Les corps étrangers en ORL au CHU de Kara. *Med Afr Noire* 2010 ; 57(10) : 461-5.

- [17] Ramarozatovo N P, Razafindrakoto R M J, Rakotoarisoa A H N, Ratsimbazafy A B A, Randimbirinina Z L, Rakoto FA, et al. Epidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo : Résultats préliminaires. *Rev d'anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence* 2010 ; 2(1) :1-4.
- [18] Toubiana L, Clarisse T, N'guyen T T, Landais P. Observatoire Hivernale-Khiobs : Surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. *Bull Epidémiol Hebd* 2009 ; 1 : 1-5
- [19] Kaboré A, Zagré A, Kam M, Drabo D, Ouédraogo R, Yé D. Incidence des diarrhées à rotavirus chez les enfants de 0 à 5 ans hospitalisés à Ouagadougou (Burkina Faso) Incidences of rotaviral diarrhoeas in children from 0 to 5 years hospitalized at Ouagadougou (Burkina Faso). *J Pediatr Pueric* 2017; 30: 56-62.
- [20] Peters NJ, Mahajan JK, Bawa M, Chhabra A, Garg R, Rao KLN. Esophageal perforations due to foreign body impaction in children. *J Pediatr Surg* 2014;50(8):1260–3.
- [21] Jagdish K, Sahni, MS, MNAMS, Gautam Bir Singh, MS(ENT), Ravin Verma, MS, and Sunil K Dhanda, MS D. ILLUSTRATIVE CASE A Pediatric Case of Autoresuscitation. 2015;31(2):138–9.
- [22] Amzil K. Urgences ORL chez les enfants. Thèse de médecine n°24, 2003. Université Hassan II, Maroc : 194pages.
- [23] Contencin P. Conduite à tenir devant une dyspnée obstructive haute. *J Pediatr Pueric* 2015;28 (4):185–94.

Pour citer cet article:

A Kaboré Ouédraogo, H P Ouédraogo, S A P Ouédraogo, S Kaboret, L Tamini, K Nagalo. Les urgences ORL au CHU Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP CDG) de Ouagadougou (Burkina Faso). *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 29-32.