



### Article original

## Suivi des patients hospitalisés : aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif au service de Chirurgie Maxillo-Faciale au CHU-CNOS de Bamako

Monitoring of hospitalized patients: epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects in the Maxillofacial Surgery department at the CHU-CNOS in Bamako

O Diawara<sup>\*1,7</sup>, T Keita<sup>2</sup>, MB Coulibaly<sup>3</sup>, A Badini<sup>4</sup>, MSD Fadiga<sup>2</sup>, AA Camara<sup>2</sup>, B Lamah<sup>2</sup>, M Ba<sup>4,7</sup>, A Niang<sup>6,7</sup>, A Nimaga<sup>1</sup>, M Koné<sup>4</sup>, F Ann<sup>1</sup>, R Koné<sup>5</sup>, AD Coulibaly<sup>5,7</sup>, H Koita<sup>5,7</sup>, B Diallo<sup>7</sup>, H Traore<sup>5,7</sup>, B Ba<sup>4,7</sup>, N Traore<sup>2</sup>

### Résumé

**Introduction :** La prise en charge des pathologies bucco-dentaires et maxillo-faciales peut être chirurgicale ou médicale parfois médico-chirurgicale, elle impose parfois des hospitalisations et des suivis. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patients hospitalisés suivis afin d'améliorer leur prise en charge.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif allant d'Août 2016 à Janvier 2017 portant sur 64 patients.

**Résultat :** La moyenne d'âge était de 31,57 ans avec des extrêmes de 4-73 ans. Le sexe masculin représentait 70,33% des cas soit un sex ratio de 2,3. Les élèves/étudiants ont été les plus représentés 32,81% suivis des femmes au foyer 18,75%. Les pathologies rencontrées étaient surtout les cellulites 39,06% suivies des traumatismes 26,57%. Selon le type de chirurgie, l'incision plus le drainage représentait 42,18% suivie de l'ostéosynthèse avec orthopédie 26,58%. Aucune complication n'a été observée. La durée de séjour d'une semaine représentait 73,43%.

**Conclusion :** La prise en charge adéquate des pathologies bucco-dentaires et maxillo-faciales requiert le plus souvent une hospitalisation dans un service spécialisé. Le contrôle attentif des patients hospitalisés constitue un enjeu majeur de la gestion des risques pour les services de santé et notamment les hôpitaux.

**Mots-clés :** Patients hospitalisés, Stomatologie – Maxillo-faciale – CHU-CNOS.

### Abstract

**Introduction:** The management of oral and maxillofacial pathologies can be surgical or medical, sometimes medico-surgical, it sometimes requires hospitalizations and follow-ups. The objective of this work was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of hospitalized patients followed in order to improve their care.

**Methodology:** This was a prospective descriptive study running from August 2016 to January 2017 involving 64 patients.

**Result:** The average age was 31.57 years with ranges of 4-73 years. The male sex represented 70.33% of cases,

ie a sex ratio of 2.3. Pupils / students were the most represented 32.81% followed by housewives 18.75%. The pathologies encountered were mainly cellulite 39.06% followed by trauma 26.57%. Depending on the type of surgery, the incision plus drainage represented 42.18% followed by osteosynthesis with orthopedics 26.58%. No complications were observed. The length of stay of one week represented 73.43%.

Conclusion: Adequate management of oral and maxillofacial pathologies most often requires hospitalization in a specialized department. Careful monitoring of hospitalized patients is a major issue in risk management for health services and in particular hospitals.

Keywords: Hospitalized patients, Stomatology - Maxillofacial - CHU-CNOS.

---

## Introduction

Le contrôle attentif des patients hospitalisés sur une période définie constitue un enjeu majeur de la gestion des risques pour les services de santé et notamment les hôpitaux, il témoigne le plus souvent d'une bonne maîtrise du diagnostic posé en amont et de l'acte thérapeutique permettant de soulager le malade (1).

L'évolution des connaissances et des traitements des affections buccodentaires et maxillo-faciales, est semblable à celle de la médecine qui est-elle même, aussi ancienne que l'humanité. Cette évolution pourrait être subdivisée en trois grandes périodes en rapport avec l'amélioration des techniques de soins (Antiquité : le début de l'art médical, moyen âge à la renaissance : les pères fondateurs de la chirurgie maxillo-faciale, développement de la Stomatologie comme une spécialité à la fin du XIXème siècle et au XXème siècle en France) (2).

En Afrique en 2014, les pathologies bucco-faciales ont représenté 51,68 % des consultations (3). Elles sont nombreuses, diversifiées et peuvent être réparties comme suit : les pathologies infectieuses, tumorales, traumatiques, congénitales, malformatives (4). Le complexe facial peut être le siège de lésions différentes

comme des lésions des parties molles qui vont des dermabrasions aux délabrements, des atteintes vasculaires et nerveuses, des fractures qui sont des solutions de continuité osseuses, on peut également assister à des dislocations voire à la disparition de segments osseux (5)

Le diagnostic est clinique basé sur l'examen local maxillo-facial, l'examen régional (examen ophtalmologique, O.R.L) et l'examen des autres appareils après avoir éliminé une urgence (2,5). Il est complété par les radiographies standards, le bilan tomodensitométrique maxillo-facial réalisé conjointement au bilan craniocérébral et rachidien ou du corps entier selon les cas permet de gagner du temps dans l'élaboration du bilan lésionnel mais affine aussi ce dernier grâce à ses images de meilleure qualité (2,5).

En parallèle, les progrès réalisés ces vingt dernières années en chirurgie orthognathique et en orthodontie amènent de plus en plus de patients à se faire opérer. Le traitement préopératoire est basé sur une évaluation précoce et une préparation afin d'obtenir des conditions chirurgicales optimales sur les plans musculaire et fonctionnel (6).

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif de six mois allant d'août 2016 à janvier 2017. Elle s'est déroulée dans le service de chirurgie buccale et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire \_Centre national d'OdontoStomatologie (CHU-CNOS) au Mali.

Nous avons inclus les patients hospitalisés ayant subi une intervention chirurgicale et qui ont été hospitalisés dans le service pendant la période d'étude. Nous n'avons pas inclus les patients mis en observation pour une raison non chirurgicale et ceux nécessitant une hospitalisation mais qui pour une raison ou une autre ont renoncé de rester dans le service. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les patients hospitalisés dans le service pendant la période d'étude.

Variabes étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, la provenance, les examens para cliniques, le diagnostic, le type d'intervention, le pronostic, le traitement, le suivi.

Un questionnaire a été administré aux malades. Toutes les fiches d'enquêtes ont été centralisées et dépouillées grâce aux logiciels Epi info7 pour l'analyse des données.

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles de l'éthique en matière de recherche.

## Résultats

Sur 100 patients opérés, nous avons enregistré 64 patients hospitalisés soit 64%.

Les tranches d'âge 24-33 ans et 14-23 ans ont été le plus représentées avec respectivement 31,25% et 26,56% ; la moyenne d'âge était de 31,57 ans avec des extrêmes allant de 4-73 ans (tableau I). Le sexe masculin représentait 70,33 des cas soit un sex ratio de 2,3 (tableau I). Les patients venus de Bamako représentaient 62,5% (tableau I). Les élèves/étudiants ont été les plus représentés 32,81% suivis des femmes au foyer 18,75% (tableau II).

Dans notre étude les cellulites d'origine dentaires prédominaient avec 39,06% suivi des traumatismes soit 26,57 % (figure 1).

Les examens les plus réalisés étaient dominés par la NFS, le Groupe sanguin/Rhésus, la Créât, le TCK, la SRV, le TC, le TS, et le TP. Ces examens ont été demandés de manière systématique dans le cadre du bilan préopératoire dans la plupart des cas. Les examens radiologiques ont été donnés à 78,13% des malades, ils ont été dominés par la radiographie tomodensitométrie. La radiographie de la face selon l'incidence de Blondeau, l'orthopantomogramme a été réalisée aussi chez certains patients. Les pathologies rencontrées étaient surtout les cellulites 39,06% suivies des traumatismes 26,57%.

Selon le type de chirurgie, l'incision et drainage représentait 42,18% suivie de l'ostéosynthèse avec orthopédie 26,58% (tableau III). Les pansements étaient faits quotidiennement dans 84,38% (n=54)

suivi des pansements biquotidiens 7,81% (n=5).

La majorité de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical par voie générale ou parentérale, associé ou non aux soins locaux. Les médicaments étaient de nature variée et le plus souvent associés. L'utilisation des antibiotiques a été systématique avec une prédominance des bêta lactamines 54,68%, les antalgiques ont été prescrits dans 76,56% des cas et les anti-inflammatoires 32,81%. La voie parentérale était privilégiée au cours de l'hospitalisation, la voie orale était requise lorsque le malade peut avaler ou plus souvent en ambulatoire.

Le pronostic était favorable dans 90% des cas. Aucune complication n'a été observée au cours de cette étude. La durée de séjour la plus fréquente était une semaine avec 73,43%, cependant 23,43% des patients étaient restés hospitalisés pendant deux semaines (tableau IV). Les patients satisfaits représentaient 78,13% suivi des patients très satisfait 14,06% (figure 2).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique sociodémographique	Effectif	Fréquence (%)
<b>Tranche d'âge (ans)</b>		
[4 - 13]	4	6,25
[14- 23]	17	26,56
[24 - 33]	20	31,25
[34 - 43]	11	17,18
[44 - 53]	5	7,81
[54 - 63]	3	4,70
[64 - 73]	4	6,25
<b>Sexe</b>		
Masculin	45	70,31
Féminin	19	29,69
<b>Provenance</b>		
Bamako	40	62,50
Hors de Bamako	24	37,50

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Fonctionnaires	8	12,50
Commerçants	6	9,37
Cultivateurs	6	9,37
Chauffeurs	3	4,68
Elèves/Étudiants	21	32,81
Femmes au foyer	12	18,75
Ouvriers	8	12,50

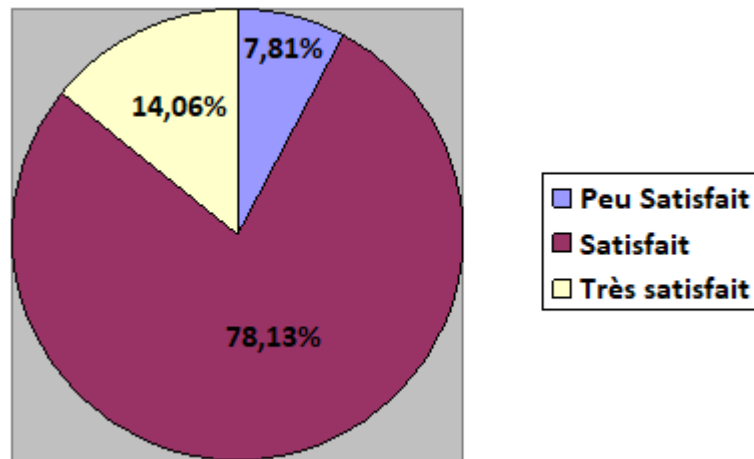


Figure 2 : Répartition des patients selon leur satisfaction

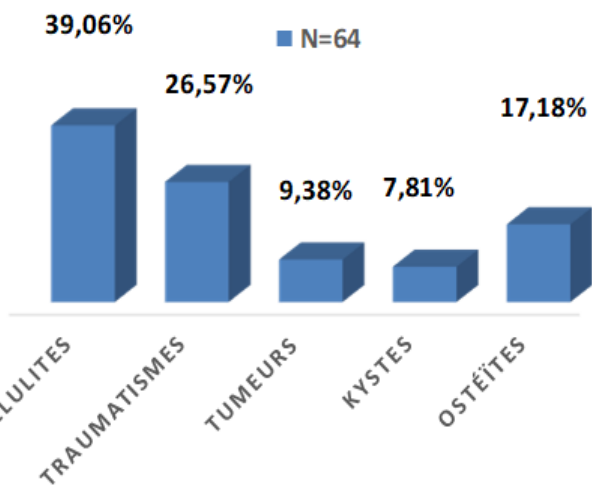


Figure 1 : Répartition des patients en fonction des pathologies rencontrées.

Tableau III : Répartition des patients selon le type de chirurgie

Type de chirurgie	Effectif	Fréquence (%)
Incision Drainage	27	42,18
Incision Exérèse	9	14,06
Incision Curetage	11	17,18
Osteosynthèse+Orthopedie	17	26,58
Total	64	100

Tableau IV : Répartition des patients selon la durée de séjour à l'hôpital

Durée de séjour à l'hôpital	Effectif	Fréquence (%)
1 semaine	47	73,43
2 semaines	15	23,43
3 semaines	3	4,69
Total	64	100,00

### Discussion

Dans notre étude sur une période de 6 mois nous avons enregistré 64 patients hospitalisés soit 64%. Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part par la pauvreté de nos patients et d'autre part par une tradithérapie désormais ancrée dans nos mœurs. Notre résultat était inférieur à celui trouvé par Eyenga MN et al qui avaient retrouvé 75,3% (1).

Il ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus représentée était celle de 24-33 ans soit 31,25% suivi de 14-23 ans soit 26,56%. La moyenne d'âge était 31,57ans avec des extrêmes allant de 4-73 ans. Ce résultat nous confirmerait que les pathologies bucco faciales pourraient concerner tout âge. Ce résultat pourrait s'expliquer par la structure de la population du Mali lié à une forte prédominance des jeunes. Notre résultat était comparable à ceux rapportés par Ganebang P et al qui observaient des extrêmes de 3 à 97 ans avec un âge moyen de 31,06 ans (3). De même, l'étude réalisée dans le CHU d'Ignace Deen en Guinée par Eyenga MN et al retrouvaient des extrêmes de 3 à 80 ans avec un âge moyen de 32,22 ans (1). Alors que Belhadji Z et al avaient trouvé une moyenne d'âge de 25,07 ans ± 14,54 avec un minimum d'un an et un maximum de 74 ans avec une tranche âge majoritaire entre 20 et 29ans (7).

Dans notre série le sexe masculin était le plus dominant soit 70,31% contre 29,69% du sexe féminin avec un

sex ratio de 2,36. On observe une nette prédominance masculine dans notre étude. Ces résultats pourraient être expliqué par le fait que les femmes prennent plus de soin de leur bouche qui peut prévenir les affections bucco-faciales que les hommes. Nos résultats étaient comparables à ceux trouvés par Ganebang P et al au Burkina qui avaient trouvé un sex ratio de 2,7 et légèrement supérieur à celui de Eyenga M.N. qui avait trouvé un sex ratio de 1,9 (1). La même prédominance masculine 58% avec un sex ratio de 1,40 a été observée dans le travail de Belhadji Z et al (7).

Les élèves/étudiants et les femmes au foyer ont constitué les catégories les plus touchées avec les pourcentages respectifs de 32,81% et 18,75 %. En effet, nos résultats pourraient être expliqués d'une part que ces couches n'avaient pas une activité rémunérative formelle et d'autre part parce qu'elles n'avaient pas de connaissance sur l'hygiène bucco-dentaire et également le manque d'information, de communication et d'éducation relative à l'hygiène. Nos résultats étaient en adéquation avec ceux de Doumbia I et al qui avaient rapportés 37,25% des élèves/étudiants et 17,65% des ménagères (8).

La ville de Bamako était le lieu de résidence de la majorité des patients soit 62,50%. Le coût engendré par le déplacement et l'hébergement pourraient expliquer la réticence des patients qui résident loin de la capitale.

Dans notre étude les cellulites d'origine dentaire prédominaient avec 39,06% suivi des traumatismes soit 26,57 %. Ce résultat serait lié au mauvais état bucco-dentaire, à la négligence au niveau des soins buccodentaires et le non-respect du code de la route. Par contre les traumatismes faciaux représentaient 30 % de l'activité du service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Grenoble dans l'étude de Lebeau J et al en 2006 (9). Cependant les cellulites cervico-faciales ont représenté 3% de l'ensemble des hospitalisations au service d'ORL pour Rouadi S et al en 2013(10). Mais notre résultat était comparable à celui de Belhadji Z et al qui avaient trouvé pour une prédominance des pathologies infectieuse/inflammatoire 56% et traumatique 33,5% (7).

Les examens les plus réalisés étaient dominés par la NFS, le Groupe sanguin/Rhésus, la Créat, le TCK, la SRV, le TC, le TS, et le TP. Ces examens ont été demandés de manière systématique dans le cadre du bilan préopératoire dans la plupart des cas. Les examens radiologiques ont été réalisés chez 78,13% des malades. Ils ont été dominés par la radiographie tomодensitométrie. Elle est la radiographie la plus performante dans la détection de certaines lésions ainsi que leur extension. Selon Pasquet G et al, toute la pathologie odonto-stomatologique est concernée la tomодensitométrie mais la pathologie endodontique fine, très « redoutée » par les imageurs, devient accessible à l'imagerie en coupe et parmi les techniques les plus récentes, figure l'imagerie tomographique volumique à faisceau conique (11). Cependant Bourjat P pense que l'efficacité de l'imagerie du massif facial et du cou s'est accrue avec la généralisation de la scanographie volumique multi coupe et les modalités de reconstruction rapide 3D, et avec la diversification des séquences IRM permettant une bonne caractérisation tissulaire (12).

La majorité de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical par voie générale ou parentérale, associé ou non des soins locaux. Les médicaments étaient de nature variée et le plus souvent associés. L'utilisation des antibiotiques a été systématique avec une prédominance des betalactamines 54,68%, les antalgiques ont été prescrits dans 76,56% des cas et les anti-inflammatoires 32,81%. Le traitement médical repose en premier sur l'administration d'antibiothérapie ; l'amoxicilline est la préférence sauf allergie, associée à la métronidazole selon Mättö J et al (13). Tandis que Benzarti S et al pensent que les antalgiques sont prescrits en cas de douleurs et les AINS sont proscrits car ils sont source d'exacerbation de l'infection (15). Cependant Davido N et al dans leur travail pensent qu'une prescription médicamenteuse ne doit jamais substituer l'acte chirurgical (16).

Selon le type de chirurgie, l'incision et drainage représentait 42,18% suivie de l'ostéosynthèse avec orthopédie 26,58%, il s'agissait surtout de blocage bi maxillaire par arc vestibulaire. Ce résultat serait lié

à la prédominance de diagnostic observé dans cette étude.

La durée de séjour la plus fréquente était une semaine avec 73,43%. Ce résultat serait associé à suite favorable de l'intervention chirurgicale. Cependant les patients étaient hospitalisés pendant deux à trois semaines respectivement dans 23,43% et 4,69%. Nos résultats étaient contraires à ceux trouvés par Ganebang P et al qui avaient rapporté une moyenne de 1,31 jour cela pourrait être expliqué par le fait que notre étude était sur le suivi des patients hospitalisés par contre ceux de Ganebang P qui était sur la pathologie stomatologie et chirurgie maxillo-faciale en pratique privée. [6] HAOUANE M A a rapporté une durée moyenne d'hospitalisation de 12 jours, avec des extrêmes allant de 3 jours à 30 jours (17). Alors que pour Gouzland Th et al pensent que la courte période d'hospitalisation était riche en rééducation et bien protocolisée (6).

Le pronostic était favorable dans 90% des cas. Aucune complication n'a été observée au cours de cette étude. Tandis que Renggle J C et al en Suisse avaient rapporté en 2008 un taux de complication post opératoires de 23,3% (18). Les patients satisfaits représentaient 78,13% suivi des patients très satisfait 14,06%. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que la prise en charge a été bien conduite, mais aussi que le personnel avait fait preuve d'attention envers les patients.

## Conclusion

La prise en charge adéquate des pathologies bucco-dentaires et maxillo-faciales requiert le plus souvent une hospitalisation dans un service spécialisé. Les cellulites d'origine dentaire et les traumatismes maxillo-faciaux ont été les pathologies les plus fréquemment rencontrées. L'incidence de ces affections aurait peut-être diminuée si les mesures d'hygiène bucco-dentaires et le respect du code la route avaient été pris en compte par les patients.

L'évolution de ces pathologies dans la phase aigüe et celle chronique peut mettre parfois en jeu les

pronostics esthétiques, fonctionnels et vitaux. Leur prise en charge peut être chirurgicale ou médicale parfois médico-chirurgicale. Cela impose les hospitalisations et des suivis.

---

## \*Correspondance

Ousseynou Diawara

[usseynu@gmail.com](mailto:usseynu@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 4 Octobre 2020

- 1 : Service de Parodontologie CHU-CNOS
- 2 : FMPOS Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
- 3 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou, Ségou
- 4 : Service de Chirurgie Buccale CHU-CNOS
- 5 : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale CHU CNOS
- 6 : Service de Pédiodontie CHU-CNOS
- 7 : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Eyenga M N. Evaluation du suivi des patients hospitalisés au service d'odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Thèse chir dentaire, Guinée, 2014.
- [2] Daïeff C Y. Le Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillofaciale française. Paris 2011. [Http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm](http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm)
- [3] Ganebang P. Pathologie Stomatologique Et Chirurgie Maxillo-Faciale En pratique Privée Dans La Ville De Ouagadougou : A Propos De 385 Cas. Thèse med, Burkina Fasso 2012.
- [4] Chechom Kammogne C C. Profil bactériologique des infections en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.

Thèse Med, Abidjan, 2010.

- [5] Giraud O, Duhamel P, Seigneuric J B, Cantaloube D. Traumatologie maxillofaciale : modalités thérapeutiques. *Encycl. Méd. Chir. Stomatologie (Editions Scientifiques et Médicales)*. Paris : Elsevier, 2002. 22-068-A-10.- p. 142.
- [6] Gouzland Th, Fournier M. La rééducation oro-maxillo-faciale dans les protocoles chirurgico-orthodontiques. *Rev Orthop Dento Faciale* 2016 ; 50 : 21-40.
- [7] Belhadji Z, Belkacem B, Bensafi S, Benyelles AF, Boudjema Ta. Les Urgences en Odontostomatologie Au niveau du CHU Tlemcen Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques. *Mémoire med, faculté de médecine Dr B. Benzerdjeb-Tlemcen, Alger* 2017, P112.
- [8] DOUMBIA I. Ameloblastomes mandibulaires dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS. *Thèse med, FMPOS, Bamako*, 2014.
- [9] Lebeau J, Kanku V, Duroure F, Morand B, Sadek H, Raphaël B. Traumatismes faciaux au CHU de Grenoble. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale* 2006 ; 107(1) : 23–29.
- [10] Rouadi S, Ouaisi L, Khiati R E, Abada R, Mahtar M, Roubal M et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan African Medical Journal* 2013, 14.
- [11] Pasquet G, Cavezian R. Moyens diagnostiques en imagerie odonto-stomatologique cone beam : résultats. *Journal de Radiologie* 2009, 90(5).
- [12] Bourjat P. L'imagerie utile en chirurgie maxillo-faciale : avantages et inconvénients des modalités d'examen (1re partie). *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale* 2006 ; 107(2) : 86–92.
- [13] Mättö J, Asikainen S, Väisänen M-L, Von Troil-Lindén B, Könönen E, Saarela M, et al.  $\beta$ -Lactamase Production in *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, and *Prevotella pallens* Genotypes and In Vitro Susceptibilities to Selected Antimicrobial Agents. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 1999 ; 43(10) :2383-8.
- [14] Marty M, Palmieri J, Noirrit-Esclassan E, Vaysse F, Bailleul-Forestier I. Necrotizing periodontal diseases in children: A literature review and adjustment of treatment. *Journal of tropical pediatrics*. 2016 ; 62(4) :331-7.
- [15].Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : à propos de 150 cas. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale* 2007 ; 19(1).
- [16] Davido N, Toledo-Arenas R. Focos infecciosos dentales y sus complicaciones. *EMC-Tratado de Medicina*. 2011 ;15(1) :1-6.
- [17] HAOUANE MA. Les cellulites cervico-faciales Expérience du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie hôpital militaire Avicenne Marrakech. *These med dent FMPOS Marrakech, N° 208*, 2018
- [18] Rencdi J C, Chevre F, Delgadillo X, Lekeufack J-B, Merlini M. Analyse prospective des complications fondées sur un collectif de 10066. *Annale de chirurgie* 2008 ; 128 : 488-518.

**Pour citer cet article :**

O Diawara, T Keita, MB Coulibaly, A Badini, MSD Fadiga, AA Camara et al. Suivi des patients hospitalisés : aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif au service de Chirurgie Maxillo-Faciale au CHU-CNOS de Bamako. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 30-36