



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

International Journal of Current Research
Vol. 11, Issue, 06, pp.4383-4385, June, 2019

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.35119.06.2019>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES CHEZ L'ENFANT : EPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE AU SERVICE D'ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE DE NIAMEY

* Illé S., Djafarou Abarchi, B., Inoussa Daouada B and Timi N.

Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital général de référence de Niamey, Niger

ARTICLE INFO

Article History:

Received 24th March, 2019
Received in revised form
18th April, 2019
Accepted 19th May, 2019
Published online 30th June, 2019

Key Words:

Appendix Histopathology Carcinoid

*Corresponding author: Ille, S.,

Copyright©2019, Ille et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Ille, S., Djafarou Abarchi, B., Inoussa Daouada, B. and Timi, N., 2019. "Les végétations adénoïdes chez l'enfant : Epidémiologie et prise en charge au service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital général de référence de Niamey". *International Journal of Current Research*. 11. (06). 4383-4385.

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological aspects and analyze the management of adenoids in Niamey. **Materials and methods:** This was a retrospective study, on adenoids in children aged 0 to 15 years, managed in the ENT and Cervico-Facial Surgery department of the Niamey Reference General Hospital (Niger) from November 1, 2016 to November 31, 2018 The studied parameters are: frequency, age, sex, factors favoring adenoids, type and results of treatment. **Results:** In 02 years, we received 128 cases of adenoids, an overall frequency of 9.85%. The average age was 3.12 years old. Men predominated (58.6%). Children aged 0 to 5 years accounted for 75.78%. The reasons for consultation were night-time snoring (49%), mouth breathing (62%), sleep apnea (36%), recurrent rhinopharyngitis (43%), recurrent otitis media (55%) and irritative cough (45%). Allergy to house dust mites was noted in 52% of cases, indoor and outdoor pollution in 30%. The treatment was pure medical in (35.6%) and surgical (adenoidectomy) in 64.4%. The evolution under treatment was generally satisfactory. **Conclusion:** Adenoids are common in children, ENT, Niamey (Niger). Children from 0 to 5 years are the most affected. The hot and dry climate, made of dust, is the most favorable factor. The treatment is pure medical or supervises the surgical procedure ('adenoidectomy).
Keywords: Adenoids, epidemiology, adénoïdectomie, Niger.

INTRODUCTION

Les végétations adénoïdes sont l'hypertrophie, le plus souvent infectieuse des amygdales pharyngées de Luschka. C'est une affection fréquente en ORL pédiatrique. En France, les végétations adénoïdes constituent les premières causes de consultation en Pédiatrie avec une incidence annuelle estimée à 5 millions chez les enfants de 0 à 7ans [1]. En plus de gêner le passage du flux aérien par le cavum et diminuer l'aération de l'oreille moyenne par obstruction de la trompe d'Eustache, les végétations adénoïdes deviennent le support de l'infection [2]. Cette infection des végétations adénoïdes, entretient les récurrences des rhinopharyngites et ou des complications infectieuses otologiques ou sinusiennes, et des troubles de développement chez l'enfant. L'objectif de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques et analyser la prise en charge des végétations adénoïdes à Niamey.

MATERIELS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, sur une période de 2 ans (du 1^{er} novembre 2016 au 31 novembre 2018), des dossiers des enfants de 0 à 15ans, admis et traités pour végétations adénoïdes au service d'Orl et Chirurgie Cervico-Faciale de l'hôpital général de référence de Niamey au

Niger. Il est fonctionnel depuis octobre 2016 et 3 médecins spécialistes Orl assurent les activités médico-chirurgicales de ce service Les patients ne répondant pas aux critères ci-dessus et les dossiers incomplets ou inexploitables ont été exclus de l'étude. Le diagnostic des végétations adénoïdes était suspecté au cours de l'examen clinique Orl et confirmé par la nasofibroscopie ou à la radiographie des parties molles du cavum. Les paramètres étudiés sont : la fréquence, l'âge, le sexe, les facteurs favorisant les végétations adénoïdes, le type et résultats du traitement.

RESULTATS

1)Données épidémiologiques

En 02 ans, nous avons reçu et traité pour végétations adénoïdes ,128 enfants de 0 à 15 ans sur un total de 1299 consultations Orl, toutes pathologies, sexe et âge confondus, soit une fréquence de 9,85%. L'âge moyen était de 3,12 ans. Les enfants de 0 à 5 ans représentaient 75,78% (n=97). On notait 75 garçons (58,6%) et 53 filles (41,4%) ; le sex-ratio de 1,41. Parmi les motifs de consultation, le ronflement nocturne représentait 49%, la respiration buccale 62 %, l'apnée du sommeil 36%, la rhinopharyngite à répétition 43%, l'otite moyenne récidivante 55 % et la toux irritative 45 %.

On notait dans les antécédents de ces enfants, une notion d'allergie aux acariens dans 52%, les pollutions intra et extra domestiques dans 30%, et un tabagisme passif dans 8 %.

2) Type de traitement et suites thérapeutiques

Le traitement était médical pur dans (35,6%) et chirurgical dans 64,4%. Le traitement médical associait une désinfection rhinopharyngée, des anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens, et une antibiothérapie où l'association amoxicilline acide-clavulanique a été le plus utilisée (70%). Ce traitement médical était pur dans 35,6% des cas et a permis une guérison franche dans 19,2% et une simple amélioration clinique chez 16,40% des patients. Le traitement chirurgical (adénoïdectomie) était réalisé dans 64,4% des cas. L'adénoïdectomie était réalisée, avec du matériel illustré par la figure1,



Figure 1. Matériel nécessaire à une adénoïdectomie

L'intervention est réalisée au bloc opératoire, sous anesthésie générale, avec intubation orotrachéale et billot sous les épaules (Figure2).



Figure 2. Installation de l'enfant intubé pour adénoïdectomie

Nous procédions à l'aveugle au niveau du cavum, à un crurocuretage de la masse des végétations adénoïdes d'abord avec l'adénotome à panier puis sans panier, et au doigt

enroulé d'une compresse. La pièce opératoire des végétations (Figure3), déposée sur une compresse stérile est montrée au parent.



Figure3. Pièce opératoire des végétations adénoïdes

Le saignement était contrôlé par une hémostase par tamponnement compressif de la paroi postérieure du cavum pour quelques secondes. L'autorisation de sortie était de 6h de temps suivant l'intervention, après visite du chirurgien orl. Dans 50,6%, l'adénoïdectomie était associée à une amygdalectomie. Les suites opératoires étaient simples, avec guérison complète de tous les enfants opérés.

DISCUSSION

La fréquence des végétations adénoïdes relevée dans cette étude, est de 9,85%. Elle était à 14,80% en ORL au CNHU de Cotonou [3]. Les végétations adénoïdes sont fréquentes en ORL à Niamey. Une prédominance masculine (58,6%) a été constatée, avec un sex-ratio de 1,41. Par contre dans l'étude réalisée par Yéhouéssi [3] en 2010 à Cotonou, une prédominance féminine a été retrouvée. Les enfants de 0 à 5 ans prédominaient (75,78%), avec un âge moyen de 3,12ans. La fréquence de la pathologie infectieuse et inflammatoire des voies aérodigestives supérieures dans le cadre de la maladie d'adaptation serait l'explication. Les facteurs climatiques et environnementaux jouent un rôle important dans la genèse ou la persistance des végétations adénoïdes ; surtout au Niger, dont le climat chaud et sec, fait de poussière constitue un facteur favorisant. Il en a été pour plus de la moitié (52%) des enfants de cette série chez qui des antécédents d'allergie aux acariens, de pollution domestique ou extra-domestique (30%) ont été retrouvés. Un antécédent de tabagisme parental (8%) a été noté dans cette étude. Le tabagisme parental a tendance à rendre les enfants vivants dans un tel milieu, plus sensibles aux infections respiratoires rhinopharyngées que les autres enfants non exposés [4]. En France [5], les dérivés sulfurés et le monoxyde de carbone sont les facteurs les plus rapportés, favorisant la pollution de l'air des villes et directement responsables d'un état inflammatoire chronique de la muqueuse respiratoire, et donc du rhinopharynx. Sur le plan clinique, le ronflement nocturne (49%), la respiration buccale (62%) ont été les symptômes rapportés dans cette série. L'apnée du sommeil était notée dans 36% des cas et l'otite moyenne aigüe récidivante dans 55% des cas. Par contre, la rhinorrhée trainante (85%), le ronflement nocturne (58,02%) et le réniflement diurne (46,33%) ont été les signes fonctionnels les plus observés par certains auteurs en France [6], aux USA [7], et au Cameroun [8]. La présence de ces symptômes chez

un enfant, permettent de poser le diagnostic des végétations adénoïdes ; confirmé par la nasofibroscope ou encore la radiographie des parties molles du cavum, réalisée dans notre pratique. La radiographie du cavum a l'avantage d'être de réalisation facile, moins coûteuse et accessible aux patients.

Le traitement des végétations adénoïdes est médical et ou chirurgical. Le traitement médical peut être pur ou encadrer le traitement chirurgical. Dans notre pratique, le traitement des végétations adénoïdes a été d'abord médical pur. Il s'agit d'une antibiothérapie probabiliste associée à un traitement symptomatique. L'association amoxicilline acide clavulanique (70%) a été l'antibiotique le plus utilisé dans notre série. Ce traitement médical, offert à lui seul la guérison chez certains patients. Il en a été pour 25 enfants (19,2% de cette série guéris grâce au seul traitement médical. L'échec du traitement médical pur a été noté chez 16,4% (n=21) des patients de cette étude, contre 41,94% dans l'étude réalisée par Yéhoussi [3] à Cotonou ; chez qui le traitement médical pur a permis simplement d'améliorer les enfants, sans guérison franche. La chirurgie (adénoïdectomie) a été réalisée chez 64,4 % des enfants de notre étude. Yéhoussi - Vignikin B et coll [3] rapportent cette intervention à 58,03% à Cotonou (Bénin) en 2010. L'adénoïdectomie est une intervention fréquente en ORL. Elle constitue avec l'amygdalectomie, les deux interventions les plus réalisées en ORL [9]. L'échec du traitement médical, ou l'apparition de certaines complications à type de syndrome d'apnée obstructive du sommeil, les otites moyennes aiguës récidivantes ; en sont les indications opératoires des végétations adénoïdes [10]. La guérison a été notée chez tous les enfants opérés de cette série, aucune complication post-opératoire n'a été relevée. L'adénoïdectomie est nos jours sans gravité majeure et les complications post-opératoires son rarissimes.

Conclusion

Les végétations adénoïdes sont fréquentes chez les enfants, en ORL, à Niamey (Niger). Les enfants de 0 à 5 ans sont les plus

affectés. Le climat chaud et sec, fait de poussière, est le facteur favorisant le plus relevé. Le traitement est médical pur ou encadre l'intervention chirurgicale (adénoïdectomie). Les résultats du traitement ont été meilleurs, lorsque la chirurgie est associée au traitement médical.

REFERENCES

- Bourrillon A, Benoist G. Rhinopharyngites. Abrégés de Pédiatrie Ed Masson 2009, 30 : 348-352.
- Couloigner V, Van Den Abbeele T. Rhinopharyngite de l'enfant. EMC 2004, A10-20-510:13p.
- Yéhouessi - Vignikin B, Mèdji St , Vodouhè U-B , Djomou F, Flatin M, Vodouhè S-J. Environnement et végétations adénoïdes de l'enfant : 1420 cas en ORL au CNHU de Cotonou. La Revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale 2010 ; 8 (1) : 50-55.
- Dellamonica P, Pradier C, Leroy J. Rhinopharyngites. Médecine et maladies infectieuses 2002, 32 (12): 650-661.
- Percodani J, Vergez S, Pessy JJ, Serrano E. Végétations adénoïdes de l'enfant revue Française d'allergie et d'immunologie clinique 2008, 48 (1) :5-9.
- Nicolas R, Triglia JM. Prévention des infections rhinopharyngées de l'enfant. Concours médical 1994, 116 (06): 413-416.
- Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. Lancet 2003: 51-59.
- Ndjolo A, Eposse EC, Bob Oyono JM. Fouda D A. Activité chirurgicale en ORL dans les hôpitaux de Yaoundé. Méd d'Afr noire 2006, 5301 :29-33.
- Abdou Sy, Malick Ndiaye, Bay Karim Diallo, Issa Cheikh Ndiaye, Raymond Diouf. L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie à l'Hôpital pour Enfants de Diarnadio au Sénégal : une évaluation de 3 ans.
- Njock LR, Njifou N, Djomou F et al. Indications actuelles de l'adénoïdectomie, de l'amygdalectomie, et de l'adénoamygdalectomie à l'Hôpital Général de Douala. Health Sci Dis.2014;15:1-4.
