

1-Les infections sévères de la sphère ORL chez l'enfant

Khalsi F*,Frikha K*, Kebaier S*, Ben Romdhane M*, Trabelsi I*, Hamouda S*, Marrakchi J**, Belhadj I*, Boussetta K*

*Service de Médecine Infantile B, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

** Service d'Oto-rhino-laryngologie, EPS La Rabta

Introduction : Les infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) sont les plus fréquentes des infections de l'enfant. Dans la majorité des cas, elles sont d'origine virale donc d'évolution bénigne, plus rarement elles sont d'origine bactérienne, pourvoyeuses de complications locorégionales pouvant engager le pronostic vital et/ou fonctionnel et nécessitant parfois une intervention chirurgicale.

Objectifs : Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) sévères de l'enfant.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective colligée au service de médecine infantile « B » de l'hôpital Béchir Hamza de Tunis sur une période de 3 ans entre Janvier 2018 et Décembre 2020.

Résultats : Vingt-deux cas ont été colligés : 11 cas d'otomastoidite aiguë, 2 cas de syndrome de Lemierre, 2 cas d'éthmoidite aiguë compliquée, 3 cas d'abcès rétro pharyngés, 2 cas d'abcès amygdaliens, 1 cas de syndrome de Grisel et 1 cas d'adénophlegmon cervical compliqué. L'âge moyen au diagnostic était de 42 mois avec un délai diagnostique moyen de 4 jours. Les complications étaient à type de : collection sous cutanée (n=6), lyse osseuse (n=4) et thrombose veineuse cérébrale (n=5), abcès sous périosté,(n=2), une médiastinite antérieure (n=2). La prise en charge thérapeutique consistait en une antibiothérapie dans tous les cas avec une durée moyenne de 3 semaines, un drainage chirurgical dans 6 cas et une anticoagulation dans 3 cas. L'évolution clinique, biologique et radiologique était favorable dans tous les cas.

Conclusion : Les infections sévères de la sphère ORL chez l'enfant peuvent entraîner des complications locorégionales potentiellement graves si non diagnostiquées et traitées à temps.

2-Chirurgie du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant.

Chiboub D, Nefzaoui S, Sarray M, Ayari S, Zoghlami I, Nefzaoui S, Romdhane N, Hariga I, Mbarek CH.

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie.

Introduction: Les troubles respiratoires de l'enfant durant son sommeil sont souvent méconnus et sous-estimés. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) de l'enfant est une pathologie respiratoire du sommeil durant laquelle la ventilation est perturbée. Le SAOS de l'enfant répond à des critères diagnostiques spécifiques. Le traitement est le plus souvent chirurgical.

Objectif : diagnostiquer le SAOS chez l'enfant à partir des données et scores cliniques et/ou de l'enregistrement de sommeil et évaluer l'efficacité du traitement chirurgical du SAOS.

Méthodes : Nous avons mené une étude prospective portant sur 33 enfants diagnostiqués et opérés pour un SAOS durant la période allant de janvier 2019 à juin 2019.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 5 ans et 2 mois avec un sex ratio de 2,3. Des antécédents favorisant la survenue de SAOS ont été retrouvés dans 52% des cas. À l'examen, on a objectivé une hypertrophie amygdalienne dans 32 cas (97%), une hypertrophie des végétations adénoïdes dans tous les cas, une macroglossie dans 2 cas (6%), un palais ogival dans 2 cas (6%), une hypertrophie des cornets inférieurs dans 3 cas (9%) et une déviation partiellement obstructive de la cloison nasale dans 3 cas (9%). Le diagnostic du SAOS était porté sur des critères cliniques dans la majorité des cas (30 cas) (91%). Le ronflement nocturne était le principal signe clinique. Une polygraphie ventilatoire a permis de confirmer le diagnostic dans 3 cas (2 patients ayant une trisomie 21, 1 patient ayant une obésité modérée). Elle avait montré un index d'apnée hypopnée (IAH) respectivement à 11,4/h, 7/h et 17,3/h. Un SAOS type I a été diagnostiqué dans 91% des cas, un SAOS type II dans 3% des cas et un SAOS type III dans 6% des cas. Une évaluation de la sévérité du SAOS par le questionnaire de Spruyt Gozal a été faite avec un score > 2,75 dans tous les cas. Un score clinique : Sleep Related Breathing disorder Scale permettant une évaluation pronostique pré-opératoire de l'amélioration clinique après la chirurgie a été fait avec un score ≥ 0,33 dans 76% des cas. Tous les patients ont été opérés. Une adénoïdo-amygdalectomie a été faite dans 32 cas (97%) et une adénoïdectomie seule dans un cas (3%). Tous les patients étaient asymptomatiques au contrôle

de 3 mois. Une polygraphie de contrôle a été faite pour les 3 patients ayant un SAOS type II et III. Elle avait montré une nette amélioration avec diminution importante de l'IAH respectivement à 4,9/h, 3/h et 4,2/h avec persistance d'un SAOS léger chez les 3 patients sans retentissement important. On n'a pas eu besoin de recourir à une ventilation non invasive pour tous nos patients.

Conclusion : L'adénoïdo-amygdalectomie constitue le traitement de référence du SAOS chez l'enfant présentant une hypertrophie adénoïdo-amygdalienne. D'autres alternatives thérapeutiques, notamment une assistance respiratoire, peuvent être indiquées dans certaines situations.

3-Les traumatismes externes du larynx : prise en charge thérapeutique

Mejbri M, Marrakchi J, Ghabi M, Guebsi O, Zanine R, Mediouni A, Lajhoury M, Chahed ., BenAmor M, Beltaief N, Besbes G, Bechraoui R

Service d'ORL et de CCF la Rabta

Introduction : Les traumatismes externes du larynx sont relativement rares (moins de 1% de la pathologie traumatique). Ils constituent une urgence diagnostique et thérapeutique. Leur gravité tient au risque vital dans l'immédiat et aux séquelles fonctionnelles ultérieurement. Le but de ce travail est d'étudier les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques des traumatismes externes du larynx.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective colligeant 23 dossiers de patients victimes de traumatisme externe du larynx, pris en charge au service d'ORL et de CCF de l'hôpital La Rabta, sur une période de huit ans (janvier 2014-août 2021).

Résultats : L'âge moyen a été de 33 ± 15 ans. Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio = 6,7). Les accidents de la voie publique ont été la cause majeure de ces traumatismes (43,5%). Les signes cliniques ont été dominés par la dysphonie (69,5%), la dyspnée (21,7%) et l'odynophagie (8,7%). Le traumatisme du larynx était fermé dans 20 cas et ouvert dans trois cas. Un examen par nasofibroscopie a été réalisé dans 62% des cas. La laryngoscopie directe a été pratiquée dans 47,6% des cas et la tomodensitométrie du larynx dans 87% des cas. Le traumatisme a été classé en stade I dans quatre cas, stade II dans dix cas, stade III dans huit cas et stade IV dans un cas selon la classification de Schaefer-Fuhmann.

Une trachéotomie a été effectuée dans sept cas. Une exploration chirurgicale a été indiquée en urgence chez trois patients devant la gravité du tableau initial. Les lésions cartilagineuses étaient présentes dans 56,5% (atteinte du cartilage thyroïde dans 13 cas, du cartilage cricoïde dans sept cas, de l'arythénoïde dans trois cas et de l'épiglotte dans un cas). Une fracture de l'os hyoïde a été notée dans deux cas et une luxation arythénoïdienne dans trois cas. Une section du nerf laryngé inférieur a été notée dans un cas.

Le geste chirurgical a consisté en une suture nerveuse et vasculaire chez un patient, une suture de l'épiglotte et du sinus piriforme avec ligature de la région hyo- thyro -épiglottique chez un 2^{ème} patient et une suture des muscles sous hyoïdiens et de la membrane crico- trachéale avec un calibrage par un tube de Montgomery chez un 3^{ème} patient.

Le traitement médical seul a été indiqué dans les autres cas.

L'évolution a été marquée par la persistance d'une dysphonie dans huit cas, d'une dyspnée d'effort dans cinq cas, et des troubles de la déglutition dans quatre cas.

Conclusion : Bien que les traumatismes externes du larynx soient rares, leur prise en charge doit bénéficier d'une stratégie bien codifiée, basée sur l'évaluation clinique, endoscopique et radiologique, permettant ainsi de classer les traumatismes selon leur gravité et ainsi adapter l'attitude thérapeutique adéquate.

4-Les sténoses laryngo-trachéales acquises : A propos de 29 cas

Ferjaoui M, Bouattay R, Guizani H, Bouaziz N, Harrathi K, Elkorbi A, Kolsi N, Koubaa J

Service d'ORL et de CCF de l'Hôpital de Monastir

Introduction : Les sténoses laryngo-trachéales se définissent par le rétrécissement du calibre de la filière du larynx et de la trachée. Les sténoses laryngo-trachéales acquises sont rares. Elles représentent une complication grave de la réanimation. Le diagnostic se fait grâce à un bilan

endoscopique et radiologique. La prise en charge est lourde et le traitement est initialement médical puis endoscopique ou chirurgical.

Objectif : Etudier les caractéristiques endoscopiques, radiologiques et les modalités thérapeutiques des sténoses laryngo-trachéales acquises avec revue de la littérature

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 29 cas de sténoses trachéales acquises traités et suivis dans le service d'ORL et de CCF de l'Hôpital de Monastir durant une période de 19 ans (de 2000 à 2019)

Résultats : Il s'agissait de 29 patients d'âge moyen de 31 ans. Le sexe ratio était de 2,62. Les causes de ventilation assistée étaient dominées par le traumatisme crânien. La durée moyenne d'intubation était de 10 jours. Le délai moyen d'installation des signes fonctionnels était de 39 jours après extubation ou décanulation. La dyspnée et/ou la dysphonie dominaient le tableau clinique. L'endoscopie, faite sous anesthésie générale avait été pratiquée dans tous les cas et avait montré une sténose trachéale située en moyenne à 3,1cm du plan glottique, l'étendue moyenne était de 1,25cm, cette sténose réduisait la lumière trachéale de 70 % en moyenne. Une atteinte glottique avait été retrouvée chez les 6 patients qui présentaient une dysphonie.

La TDM avait été pratiquée chez 18 patients et avait permis de montrer la sténose et d'étudier ses caractéristiques, son siège, son degré et son étendue. L'IRM avait été pratiquée chez 3 patients et avait permis de préciser le caractère inflammatoire de la sténose.

Le traitement était médical dans tous les cas associés à un geste endoscopique avec dilatation chez 14 cas et lasérisation chez 7 patients. Le calibrage par tube de Montgomery avait été pratiqué chez 3 patients. Une résection anastomose trachéale avait été pratiquée dans 5 cas avec un délai d'intervention de entre 5 mois et 6 mois. L'évolution globale était favorable.

Conclusion : Les sténoses trachéales acquises représentent une pathologie rare, grave par sa morbidité importante. L'assistance ventilatoire représente la cause la plus fréquente. Si la résection anastomose trachéale reste le traitement de référence, le traitement endoscopique trouve son intérêt dans les sténoses en diaphragme et les patients ayant une contre-indication à la chirurgie. Mais le meilleur traitement reste la prévention primaire et secondaire.

5-Acquired laryngo-tracheal stenoses

Rebai F, Bouzguenda R, Sifaoui A, Ben Youssef A, Ayadhi Z
ENT department of Menzel Bourguiba regional Hospital.

Introduction: Acquired tracheal stenoses represent rare but serious disease. They are often secondary to inappropriate management of patients under artificial ventilation. The goal of this study is to evaluate our results in the management of these stenoses and to assess the benefits and the limits different therapeutic means.

Materials and methods: We carry a retrospective study about 6 cases of acquired tracheal stenoses treated and followed in our department. Initial endoscopic and radiological explorations have been performed in all cases. Treatment of the stenoses was medical, endoscopic and surgical. Follow up was clinical and endoscopic with mean period of 12 months.

Results: All patients were male with a mean age of 30 years (18-66). They were victims of pathologies needing intubation in an intensive care area with a mean stay of 50 days (13-180). Tracheotomy was performed after intubation in 4 cases after a mean period of 21 days. Dyspnea appeared after intubation or decannulation in a period of 29 days (14-100). Initial endoscopies showed a sub-glottic and/or cervical tracheal stenosis in all cases. Cervico-Thoracic CT-scan was performed in the 6 cases. All patients received medical treatment based on oral corticotherapy. 4 patients underwent an urgent tracheotomy. Endoscopic management was performed in 4 cases (70%), T tube in 2 cases, and resection-reconstruction in one other case for having extensive and severe stenoses.

Conclusion: Acquired tracheal stenoses represent a serious complication with high morbidity. If tracheal resection and reconstruction remains the gold standard treatment, endoscopy represents now a major alternative in their management. Nevertheless, prevention should be considered, given that most stenoses are iatrogenic due to traumatic or prolonged intubations.

6-Les sténoses laryngo-trachéales : Expérience de l'hôpital militaire de Tunis .

Masmoudi F, Boughzela W, Driss M, Zgolli C, Ben M'hamed R, Akkari K
Service ORL et CMF – Hôpital Militaire de Tunis

Introduction : Les sténoses laryngées et trachéales sont un rétrécissement pathologique de la filière aérienne d'un ou de plusieurs étages du larynx. Les étiologies sont dominées par les sténoses post intubations. C'est une affection grave qui peut mettre le pronostic vital du patient en jeu ainsi que le pronostic fonctionnel. Sa prise en charge est essentiellement chirurgicale qui permet au patient d'éviter une trachéotomie ou permet de le décanuler.

But : L'objectif de ce travail est d'analyser les facteurs favorisant les sténoses laryngo-trachéales, de préciser leur mode de présentation aux urgences et de standardiser les attitudes thérapeutiques pour une meilleure prise en charge.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était 41 ans avec des extrêmes de 3 ans à 72 ans et une prédominance des adultes (76.5%). L'étiologie la plus retrouvée dans notre série était une assistance respiratoire 88.2%. Tous les patients intubés avaient une intubation orotrachéale. Quatorze jours était la durée moyenne de l'intubation avec des extrêmes de quelques heures à 22 jours. 11.8% des intubations étaient traumatiques. Le mode de présentation aux urgences présentait de trois situations bimodales ; une détresse respiratoire aiguë (35.3%), une dyspnée laryngée intermittente positionnelle (29.4%) et une détresse respiratoire progressive (35.3%). Tous les patients avaient une LD et une imagerie par TDM cervico-thoracique. Les sténoses sont classées en 3 types, dans notre étude on trouve 47.1% des sténoses courtes en diaphragme et 52.9 % des sténoses complexes. Et on ne trouve pas de sténoses pseudo-glottiques. La localisation la plus fréquente dans notre étude était sous glottique en regard de C6-C7 (47.1%). Tous les malades avaient un traitement médical à base de corticothérapie et des nébulisations comme des mesures de temporisations. Quinze patients dans notre travail avaient eu un traitement chirurgical endoscopique dont 53.3% ont eu une incision radiale par électrocoagulation couplée à une dilatation mécanique par bronchoscope, 40% incision radiale au laser couplée à une dilatation au ballonnet à haute pression et 6.7% ont eu une incision radiale par électrocoagulation couplée à une dilatation par ballonnet à haute pression. 41.2% des patients avaient un complément de traitement chirurgical par voie externe, il s'agit d'une résection anastomose, compliquée dans 18.8% de récurrence de la sténose.

Conclusion : Les sténoses laryngo-trachéales sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques. La prise en charge repose sur deux piliers. Le premier est un bilan pré-thérapeutique, nécessitant une exploration endoscopie laryngotrachéobronchique avec une exploration fonctionnelle respiratoire et une imagerie par TDM cervico-thoracique. Le deuxième est un geste chirurgical, par voie endoscopique ou par voie externe si pas de contre-indication.

7-Outcomes of tracheal and cricotracheal segmental resection with end-to-end anastomosis

Sellami M, Achour I, Ben Ayed M, Hbaieb Y, Mnejja M, Hammami B, Charfeddine I
Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Objective: We aimed to evaluate the outcomes of tracheal and cricotracheal segmental resection in laryngotracheal stenosis and determine factors associated with post-operative complications.

Materials and methods: In this retrospective study we included all patients undergoing tracheal resection (including partial cricotracheal resection) in our department from January 2003 to June 2021. Surgical success was defined as no dyspnea at rest and no need for additional intervention. Risk factors of recurrence were evaluated by a statistical analysis.

Results: Twenty-three patients were included. The median age was 24 years old (range 6-46). Stenosis was secondary to intubation in intensive care units in 95.7 % of patients (22/23). Tracheoscopy revealed either a tracheal (n=20) or a cricotracheal (n=2) stenosis. According to the Cotton Meyer classification, most patients were classified as grade 3 (12/23) or grade 4 (7/23). We noted a median stenosis extent of 20mm (range [10 ;50]). Nineteen patients (92,6%) already had a previous tracheostomy whether during their hospitalization in intensive care units (13/23) or due to an acute dyspnea (11/23). Sixteen patients (69.56 %) still had a tracheostomy at surgery time.

Surgery was the first line treatment in 37 % patients while 15 patients had already received an endoscopic procedure. An end-to-end anastomosis was performed, either tracheal (n=17) or crico-tracheal. The median number of removed tracheal rings was 3 (range 2-6). An endoluminal calibration tube was required in 4 patients. During hospitalization period, eight patients developed a post-operative complication: sub cutaneous emphysema (n=4), infection of the surgery site (n=3) and a unilateral laryngeal palsy (n=2).

Surgical success was achieved in 73.91 % of patients. Patients who developed a recurrent stenosis were re-admitted in our department due to persisting dyspnea at rest after a median period of 60 days following discharge. Recurrences required a second surgery in 2 patients and a tracheostomy in 3 patients.

Extent of stenosis, timing before surgery, duration of intubation, Cotton Mayer classification, age, gender and postoperative complications were not statistically associated with a higher restenosis rate.

After a mean period of 43 days surgical success rate was 82.61 % (19/23) and we noted a sequellar dysphonia and effort dyspnea in respectively 21.7% (5/23) and 26.09 % (6/23) of patients.

Conclusion: We found that that single-stage tracheal resection and partial cricotracheal resection was efficient treatment of tracheal stenosis (success rate 73,91 %). However, it should always be regarded as a major surgical procedure with a non-negligible incidence of complications.

8-Intérêt d'un geste thyroïdien dans les cancers du larynx (à propos de 40 cas)

Chebil A, Bhar S, Lahmar R, Jebahi S, Bellelh A,* Masmoudi M, Hasnaoui M, Mighri K
Service ORL et CCF, EPS Tahar Sfar Mahdia

*service anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Objectif : L'incidence de l'atteinte de la glande thyroïde dans les tumeurs du larynx varie de 0 à 23% selon les séries. L'attitude chirurgicale vis-à-vis de la glande thyroïde dans le carcinome épidermoïde laryngé à extension sous glottique reste encore un sujet de controverse.

Le but de notre étude est de déterminer l'intérêt d'un geste thyroïdien associée à la laryngectomie totale dans les cancers laryngés sous glottique ; à travers l'étude de l'incidence de l'infiltration de la glande thyroïde.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective à propos de 40 patients ayant un carcinome épidermoïde du larynx traité par laryngectomie totale entre 1993 et 2020. La tumeur était glotto-sous glottique dans 25 cas et intéressant les 3 étages du larynx dans 12cas. Nos patients ont été divisés en deux groupes : le premier groupe renferme les patient ayant eu un geste thyroïdien : qui a été indiqué essentiellement devant une extension sous glottique > 1cm évaluée en per opératoire et ceci dans 24cas (20 loboisthmectomie et 4 thyroïdectomie totale).Le 2 ème groupe comporte les 16 patients qui n'ont pas eu de geste thyroidien malgré l'atteinte sous glottique évaluée de moins de 1 cm.

Résultat : tous les patients étaient des hommes avec un âge moyen de 59 ans (41 - 80ans).

Pour le premier groupe ; aucun cas d'infiltration carcinomateuse thyroïdienne n'a été noté. Chez un patient le geste thyroidien a révélé un carcinome papillaire thyroïdien de découverte fortuite à l'examen anatomopathologique définitif de la pièce. Le cartilage thyroïdien était infiltré dans 15 cas, la commissure antérieure dans 13 cas et la membrane crico-thyroïdienne dans 2 cas. Une métastase ganglionnaire était notée dans 5 cas dont 2 cas présentant une effraction capsulaire.

Pour le 2 ème groupe, le cartilage thyroïdien et la commissure antérieure étaient infiltrés dans 44% cas sans métastase ganglionnaire. Chez deux patients de ce groupe, l'examen anatomopathologique de la pièce a révélé une extension sous glottique supérieure à 1 cm (1.5 et 2 cm) avec aucun cas de récidence. Le recul moyen était de 47 mois.

Conclusion : La résection de la thyroïde ne devrait pas être systématique dans les cancers laryngés sous glottique. Des études à large échantillons paraient nécessaires en vue de standardiser les indications du geste thyroïdien face à un cancer du larynx

9-Atteinte ganglionnaire dans les carcinomes épidermoïdes du larynx : Impact pronostique

Chebil A, Zitouni C, Thabet W, Ben Njima M, Belleh A*, Masmoudi M, Hasnaoui M, Mighri K
Service d'ORL, CHU Tahar Sfar Mahdia, TUNISIE

*service anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Objectif : L'objectif de ce travail est d'étudier la fréquence de l'atteinte ganglionnaire dans les cancers du larynx et d'en évaluer la valeur pronostique.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique portant sur 63 patients ayant été diagnostiqués pour carcinome épidermoïde primitif du larynx et ayant eu une chirurgie ganglionnaire, colligés dans notre service d'ORL CHU Taher Sfar Mahdia entre 1992 et 2015. Nous avons inclus dans cette étude tous les patients ayant un recul minimum de 5 ans.

Résultat : L'âge moyen était de 59 ans avec nette prédominance masculine (98%). L'épicentre lésionnel était sus-glottique dans 15 cas, glottique dans 48 cas. La circonstance de découverte était une adénopathie dans 2 cas. Des adénopathies ont été palpées dans 15,9% des cas. Elles siégeaient au niveau du secteur IIa (5 cas), secteur III (4 cas), secteur IIa+IV (1cas). Aucune perméation cutanée ganglionnaire n'a été notée. La chirurgie tumorale pratiquée était une laryngectomie totale (LT) dans 56 cas, une pharyngo-LT dans 3 cas, une subglosso-LT dans 3 cas, une laryngectomie sus glottique dans 1 cas. L'évidement ganglionnaire était bilatéral dans tous les cas, fonctionnel chez 62 patients et radical modifié type 1 dans 1 cas. Les secteurs II, III et IV étaient emportés dans tous les cas. L'association à un évidement du secteur VI a été réalisée dans 22 cas. Une atteinte ganglionnaire histologique a été notée dans 23,8% des cas. Elle était bilatérale dans 6 cas, multiple dans 11 cas, avec rupture capsulaire dans un seul cas. Cette atteinte était occulte dans 46,66% des cas.

Parmi les patients ayant présenté une atteinte ganglionnaire histologique : 2 patients ont présenté une poursuite évolutive locale et 3 cas de récurrence ont été notés (1 cas de récurrence ganglionnaire et 2 cas de récurrence à distance). La survie globale et sans maladie à 5ans des patients pN+ était de 53,3% comparativement à celle des patients pN0 : 68,8%. L'étude statistique a montré que l'atteinte ganglionnaire histologique était un facteur de mauvais pronostic ($p=0,007$). En contrepartie, l'atteinte ganglionnaire palpable, le caractère multiple, le caractère bilatéral et la rupture capsulaire n'ont pas présenté un impact statistiquement significatif.

Conclusion : L'atteinte ganglionnaire dans le cancer du larynx reste fréquente et dépend essentiellement du siège et du stade tumoraux. Il s'agit de l'un des facteurs de mauvais pronostic les plus importants.

10-L'atteinte cartilagineuse dans le cancer du larynx avancé T3-T4 : corrélation anatomo-radiologique

Bouatay R, Bergaoui E, Nawar M, Ferjaoui M, El korbi A, Harrathi K, kolsi N, koubaa J
Service d'ORL et de CCF, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Tunisie

Objectifs : Le but de cette étude était d'évaluer la précision de la tomodensitométrie préopératoire dans la détermination de l'atteinte cartilagineuse chez les patients atteints de cancer du larynx avancé T3 T4 et de la confronter avec l'histopathologie définitive.

Matériels et Méthodes : 68 patients inclus dans notre étude ont eu une laryngectomie totale ou une pharyngo laryngectomie pour carcinome épidermoïde du larynx T3 T4. Tous les patients ont eu une tomodensitométrie cervico thoracique pré opératoire en moyenne un mois avant la chirurgie.

Résultats : Parmi les 68 patients, 53 (78%) montrait une invasion cartilagineuse au scanner pré opératoire. Le cartilage thyroïde était atteint dans 30 cas, le cartilage cricoïde dans 10 cas et le cartilage aryénoïde dans 13 cas. Le scanner avait une sensibilité de 71 %, une spécificité de 43 %, une valeur prédictive positive de 54 % et une valeur prédictive négative de 68 % pour la détection de l'invasion cartilagineuse. Le résultat était faussement négatif dans 8 cas et faussement positif dans 23 cas. Le cartilage thyroïde était le cartilage le plus responsable de faux négatif (88 %) et de faux positif (48 %).

Conclusion : la tomodensitométrie constitue une partie intégrante du bilan préopératoire des cancers avancés du larynx, ce qui contribuait énormément à la mise en scène et à la planification du traitement. L'ajout de l'IRM améliore la précision de la détection de l'atteinte du cartilage.

11-Dépistage du statut COVID en pré-hospitalisation par les tests rapides

Zoghalmi I ,Chiboub D, Farjallah H ,Hamdi M ,Nefzaoui S ,Romdhane N ,Hariga I , M'barek C
Service d'orl et de chirurgie cervico-faciale CHU Habib Thameur , Tunis , Tunisie .

Introduction :Les soins médicaux et chirurgicaux en ORL exposent à la transmission directe du SARS-CoV-2 par inhalation ou projection oculaire de gouttelettes contaminées, ou indirecte manuportée par l'intermédiaire d'objets ou de surfaces contaminées. Commune à de nombreux pays, l'une des priorités sanitaires nationales a été de limiter la transmission interhumaine, y compris parmi les soignants.

Objectif :Le but de notre travail est de préciser les modalités de dépistage de la Covid 19 en pré-hospitalisation.

Matériels et méthodes : Etude transversale descriptive incluant les patients qui ont eu un test de dépistage rapide SARS-CoV2 avant toute admission en urgence ou programmée au service ORL Habib Thameur durant la période allant du 19 avril 2020 (les tests rapides n'étaient pas disponibles avant cette date) au 15 Septembre 2021. Nous avons vérifié le statut COVID de tout les patients avant toute admission en urgence ou programmée. Ce test est fait pour les accompagnants des patients qui nécessitent une tierce personne (enfants, patients non autonomes). Ce test a été aussi pratiqué chez les accompagnants des patients qui nécessitent une tierce personne (enfants ,patients non autonomes) . Les tests rapides sont réalisés le jour de l'admission par le personnel médical du service ou réalisé la veille de l'admission (médecin de libre pratique, pharmacie ou laboratoire d'analyses médicale). Une zone Tampon a été aménagée en attendant le résultat du test.

Résultats : Durant cette période, 212 tests ont été pratiqués, la majorité des tests rapides ont été faits à notre service en collaboration avec le service de virologie de l'hôpital (191 tests soit 90%), 21patients (10%) se sont présentés le jour de l'admission avec le résultat du test rapide.

Le test était positif chez 09 patients soit 4.2 % des tests pratiqués. Parmi les 9 patients positifs, quatre patients ont été hospitalisés en urgences dans une chambre individuelle d'isolement, deux patients avaient une cellulite d'origine dentaire, une patiente admise pour oesophagoscopie , ils ont été opérés en prenant des mesures de protection renforcées (sur-blouse , FFP2 , visièrè) et selon un protocole d'anesthésie générale adaptéet un patient avait une plaie au niveau du pavillon de l'oreille qui a refusé les soins . Les patients positifs hospitalisés pour chirurgie programmée (05 patients) ont été mis sous traitement symptomatique, leurs actes étaient reportés. Un isolement à domicile avec vérification du statut COVID des sujets contact a été recommandé.

Conclusion : Dans le contexte pandémique actuel, la vérification du statut Covid de chaque patient en pré-hospitalisation protège le personnel soignant et le patient. Le test rapide constitue un moyen de dépistage rapide, de réalisation facile, avec un cout faible permettant d'assurer les prises en charge chirurgicales dans de meilleures conditions et de reprogrammer les actes opératoires non urgents après réévaluation des patients. Mais devant le taux de vaccination qui ne cesse d'augmenter et le nombre de cas positifs qui est en train de diminuer, le dépistage en pré-hospitalisation gardera -t- il son intérêt ?

12-Prise en charge des patients COVID positifs dans un service ORL :

Chiboub D, Romdhane N, Farjallah H, Hamroun N, Zoghalmi I, Nefzaoui S, Hariga I, M'barek CH
Service d'orl et de chirurgie cervico-faciale. Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

Introduction : La pandémie de Covid-19 se développe en Tunisie officiellement depuis le 2 mars 2020. En septembre 2021, on compte plus de 700 000 cas de contamination confirmées pour un total de plus que 24 000 décès.

Les services d'urgences et de réanimation dans notre hôpital étaient débordés devant l'afflux de patients . Face à cette situation, nous avons décidé de créer une unité Covid dans notre service.

Objectif : Le but de notre travail est de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques ainsi que les modalités de prise en charge des patients Covid + dans notre service.

Matériel et méthode : Etude transversale descriptive portant sur 87 patients covid (+) hospitalisés dans notre service durant la période allant d'Octobre 2020 à Août 2021.

Résultat : L'âge moyen de nos patients était de 63 ans [31 - 90 ans]. Une légère prédominance féminine a été notée avec un sex ratio de 0,9. L'indice de masse corporelle moyen était de 29. Les principales comorbidités retrouvées étaient le Diabète (17,3%), l'hypertension artérielle (14%), la dyslipidémie (1,7%), l'insuffisance rénale chronique (2%) et l'hypothyroïdie (1%). Le délai moyen du début de la symptomatologie était de 08 jours avant l'admission. Elle était dominée par la dyspnée (92%), l'asthénie (88%), la toux (47%), les céphalées (20%), les arthralgies-myalgies (42 %) et l'anosmie-agueusie (10%). Une PCR-RT a été faite dans 76 % cas. Elle était positive dans 70% des cas. Un test de diagnostic rapide a été fait dans 62 % des cas et il était positif dans 21% des cas. Le diagnostic a été retenu dans 3 % des cas sur des critères cliniques et radiologiques évocateurs avec PCR-RT négative. Tous les patients ont été hospitalisés en isolement dans une unité covid avec des mesures d'hygiène strictes. Ils ont été tous mis sous oxygénothérapie. Les besoins en oxygène variaient entre 8 et 15 litres/min avec un sevrage progressif ayant pour objectif une saturation en O₂ à l'air ambiant \geq 95 %. Une antibiothérapie à base d'azithromycine a été prescrite dans 65 % des cas en association avec le ceftriaxone dans 43 % des cas. Tous les patients ont reçu un traitement anti-coagulant à dose préventive, un traitement antalgique à base de paracétamol, du zinc et une vitaminothérapie.

En cours d'hospitalisation, 14% des patients ont présenté une aggravation des signes respiratoires : six patients (7%) ont été transférés en réanimation, 2 patients (2 %) ont eu une embolie pulmonaire distale diagnostiquée à la TDM, pour laquelle ils étaient mis sous traitement anti-coagulant à dose curative avec bonne évolution et nous avons eu trois décès (3,5%).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours [2-36 jours]. Les patients étaient mis sortants après le sevrage en oxygène avec une saturation en O₂ à l'air ambiant \geq 95% et l'équilibration de leur comorbidité.

Conclusion : La pandémie COVID-19 constitue un défi pour notre système de santé. En milieu hospitalier, cette prise en charge nécessite une collaboration étroite avec les services des urgences, de réanimation, de maladies infectieuses et de l'hygiène hospitalière. Cette gestion requiert des efforts d'organisation et de coordination.