

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UFR EN SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2024

N° 152

PHARYNGITE CHRONIQUE DE L'ADULTE : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES, PARACLINIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS À PROPOS DE 180 CAS

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 24 décembre 2024

PAR

MAMI SABADOU MENDY

Née le 12 juillet 1999 à Dakar (SÉNÉGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Boubacar	FALL	Professeur Titulaire UASZ
Membres :	M. Evelyne Siga	DIOM	Professeur Titulaire UASZ
	M. Omar	SOW	Professeur Assimilé UASZ
Directeur de Thèse :	M. Evelyne Siga	DIOM	Professeur Titulaire UASZ
Co-directeur de Thèse :	M. Pape Samba	DIOP	Praticien Hospitalier HPZ

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directrice :	Mme Evelyne Siga	DIOM
Vice-Directeur :	M. Cheikh	DIOUF
Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles :	M. Habibou	SARR
Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales :	M. Omar	SOW
Chef du département de Médecine et Spécialités médicales :	M. Yaya	KANE
Cheffe des Services Administratifs :	Mme Aïo Marie Anne Béty	MANGA

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE LA
SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2024

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOM	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Issa	WONE	Santé Publique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Chérif Mohamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
♦M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatre
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Omar	SOW	Chirurgie générale

MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie Embryologie Cytogénétique
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie

II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2024

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Abdoulaye	BA	Physiologie
¹ M. Codé	BA	Neurochirurgie
¹ M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
⁽⁷⁾ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
² M. Chérif	BALDE	Chimie
+ ¹ M. Fallou	CISSE	Physiologie
¹ M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
¹ M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
² M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
¹ M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
¹ M. Saliou	DIOP	Hématologie
¹ M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
³ Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
¹ M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
² M. Kobor	DIOUMA	Physique
¹ M. Mamadou	FALL	Toxicologie
¹ M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
¹ M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie

² M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
³ M. Adama	KANE	Cardiologie
¹ M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
³ M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
⁴ M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
¹ M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
¹ M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
¹ M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
¹ M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
¹ M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
¹ Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
¹ M. Oumar	NDOYE	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
¹ M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
¹ Mme Anna	SARR	Médecine interne
¹ M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
¹ M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
¹ M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
⁵ M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
⁷ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
¹ Mme Marie Louis	BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie
¹ M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
¹ M. William	DIATTA	Botanique
¹ M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
¹ M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
¹ Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
¹ M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
¹ M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
⁸ Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
¹ Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
¹ M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
³ M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
⁸ Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
¹ M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
² M. Magatte	CAMARA	Chimie
² Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
¹ M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
² M. Abel	DIATTA	Informatique
¹ Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
¹ M. Demba	DIEDHIU	Maladies infectieuses
¹ M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
² M. Babacar	DIOP	Anglais
¹ M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
¹ M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
¹ M. Doudou	DIOUF	Oncologie
¹ Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
¹ M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
² Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
¹ M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
² M. Clément	MANGA	Mathématiques
² M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
⁶ M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
² M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
² M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
² M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale

¹ Mme Sokhna	SECK	Psychologie
¹ M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
² M. Moustapha	THIAM	Physique
² M. Modou	TINE	Physique
¹ M. Aminata	TOURE	Toxicologie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ Mme Fatimata	BA	Physiologie
¹ M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
¹ M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
³ M. Amadou Cambel	DIENG	Management
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

◆ Associé

III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

⁽¹⁾UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾BENIN

⁽⁵⁾MALI

⁽⁶⁾UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾EISMV

⁽⁸⁾UT : Université de Thiès

◆ Associé

**AU NOM DU PÈRE, DU FILS ET DU SAINT-ESPRIT,
GLOIRE ET LOUANGE À TOI SEIGNEUR JÉSUS,
AUJOURD'HUI ET POUR DES SIÈCLES ET DES
SIÈCLES ! AMEN**

**À LA TRÈS SAINTE VIERGE MARIE REINE DE L'UNIVERS ET
LA MÈRE PAR EXCELLENCE MERCI POUR TON AMOUR
CONTINU À NOUS ENVELOPPER DE TON MANTEAU
VIRGINAL ET MAINTIEN NOUS TOUJOURS UNI À VOTRE
DIVIN FILS.**

IN MEMORIUM

À Mon grand-père ARMAND MENDY que nous appelons affectueusement papa, j'aurais tellement, aimé que tu sois présent en ce jour et que je puisse t'entendre me dire que tu es fier de moi, mais hélas Dieu en a décidé autrement.
REPOSE EN PAIX

À Ma tante ROSALIE GOMIS, appelée affectueusement Rosita, tu as su rassembler toute la famille autour de toi. Pour l'unité de toute la famille, nous te disons merci. On prie pour que ton âme puisse reposer en paix.

À SÉBASTIEN MANGA notre Sébeau tu m'appelais la petite Mame Zoo. Le plus grand et le plus fort de tous, tu as su me protéger et égayer nos journées de ton beau sourire et de ton amour sans fin. Merci pour ta sollicitude, ta bienveillance.

Tu nous manques énormément. **REPOSE EN PAIX.**

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

À MON PÈRE PAUL MENDY : mon cher papa, mon plus grand fan dans mes victoires et mon épaule solide quand je me sentais dépassé.

Aujourd'hui, je souhaite exprimer ma gratitude profonde pour la personne extraordinaire que tu es dans ma vie. Tu es bien plus qu'un père ; tu es mon héros, un guide et le roc sur lequel je m'appuie chaque jour.

Ta sagesse inébranlable a été ma boussole, éclairant le chemin de ma croissance personnelle. Chaque conseil que tu as prodigué a été une perle de sagesse, chaque étreinte une source de réconfort. Ta présence inconditionnelle a été le phare qui a dissipé mes doutes et éclairé mes succès.

Merci papa, pour les leçons de vie, les encouragements constants et les sacrifices désintéressés. Ta force, ta gentillesse ont créé un havre de sécurité dans lequel je trouve toujours refuge. Chaque moment partagé à tes côtés est un trésor gravé dans le livre de mes souvenirs. À travers ces mots, je veux te dire à quel point tu es irremplaçable. Ton amour et ton dévouement ont façonné la personne que je suis devenue. Je suis honorée d'être ton enfant et reconnaissante pour tous les enseignements et l'amour que tu m'as offerts.

MERCI infiniment, papa, pour tout ce que tu fais, pour tout ce que tu es, je t'aime du plus profond de mon être.

Je prie le ciel de t'accorder une santé de diamant et une longue vie afin que nous puissions te combler et te rendre fier.

Ce travail est le « truc » de tes sacrifices.

À Ma mère BÉATRICE GOMIS, maman

Je suis la fille d'une femme forte dévouée et patiente qui m'a appris que Dieu est toujours avec moi. Maman fait partie de mon heureux destin, elle restera toujours ma fierté pour le reste de ma vie. Il n'y a pas assez de mots sur terre pour exprimer ma gratitude et mon amour inconditionnel et sans limites. À chaque étape de ma vie, j'emporte tes précieux conseils et ton amour avec moi. JE TE DOIS TOUT
Je t'aime comme je ne saurais le dire. Tu m'as appris à ne jamais abandonner.

J'ai grandi en regardant mes parents lutter chaque jour pour m'offrir une vie meilleure.

À MES SŒURS : ce travail est aussi le vôtre

- MARIA notre aînée, notre seconde maman, mon acolyte ;
- SINOÛ, merci pour les plats succulents que tu prépares avec amour ;
- FLORENCE merci pour l'esprit de famille que tu incarnes ;
- CHARLOTTE ma petite sœur, je prie d'être digne de l'idole que tu vois en moi.

À ma cousine préférée : ma plus que sœur, ma jumelle Marie Henriette Gomis dit bébé.

Depuis notre très tendre enfance, nous avons été des complices, très proches, je te dédie ce travail et espère que Dieu nous préservera et nous gardera toujours unies.

À tous mes cousins et cousines : merci à vous d'exister. Ma prière est que nous fassions fructifier ces précieux liens qui nous unissent. Je vous aime « mes gens ».

À Mon oncle Dr PAPE FORMOSE POUSSY : Papoo t'as su te comporter en véritable père depuis que papa m'a confié à vos soins à Ziguinchor. Tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. **MERCI POUR TA PATIENCE ET TES ENCOURAGEMENTS**. Ce travail est le tien.

À Mon oncle maternel AUGUSTIN GOMIS : c'est mon oncle capable. Le papa de tous ces neveux et nièces avec toi on comprend ce que la famille représente, merci de nous garder toujours unis.

Ma badiène ANNA MENDY : à toi dont le sens de l'humour dépasse tout ce que tu penses. Merci beaucoup badiène pour tout.

À Mes TANTES ET ONCLES, pour votre soutien indéfectible, vos encouragements constants et votre exemple de courage et de persévérance. Votre présence dans ma vie a été une source d'inspiration précieuse tout au long de ce parcours. Je vous dédie ce travail.

À mes neveux et mes nièces Tony, Papa, Joseph Antoine, Guillaume, Margot ; merci de faire de ma vie un rêve éveillé, merci d'illuminer ma vie de vos rires et de vos délicieux caprices. Je suis, tous les jours, reconnaissante au Ciel de vous avoir dans ma vie. Je vous aime.

À mes maîtres de l'école élémentaire, du CEM et du lycée, spécialement M. Issa FALL, M. BALLA FALLM. SARR, M. JACQUES, M. DIALLO, Mme BADJI et M. DIOP pour leur dévouement, patience et inspiration tout au long de mon parcours. Ce travail est dédié à l'influence précieuse qu'ils ont eue sur mes premières années d'apprentissage.

Au Dr NDIAGA DIAKHATÉ

Partenaire, visionnaire et souteneur sur tous les plans (matériel, conseils avisés et encouragements), vous avez été d'un grand soutien pour la réussite de ce projet. Permettez-moi de vous réserver une mention spéciale et particulière cher maître et pédiatre. Puisse DIEU vous le rende au centuple.

Au Dr BACARY NDIAYE : le grand frère que la médecine m'a donné. Tu m'as toujours épaulé et soutenu le long de mon parcours académique. Merci beaucoup pour ta gentillesse et ton amour inconditionnel. En témoignage de l'amour fraternel qui nous lie, je te dédie ce travail.

À tous mes promotionnaires de la 6^e promotion de médecine, la meilleure des promos, « promo bou yalla soutoural » ce travail vous est dédié en hommage à notre persévérance commune et aux liens qui nous uniront toujours. Pour les années partagées, les défis relevés ensemble et le soutien mutuel qui a fait de ce parcours intense une aventure collective. Votre camaraderie, vos encouragements et l'esprit d'équipe ont enrichi chaque étape de cette formation.

Que Dieu vous bénisse, vous et vos familles ainsi que vos carrières.

À l'« APPARTEMENT FONDE » : Drs DJIGUENE SARR, PENDA DIOUM, MAME DIARRA BOUSSO DIOUF, BASILE TOUDJI, ABDOULAYE FEDOU NDIAYE, FATOU SOW DIOUCK : les vrais et les fondateurs ; ADJA GAYE SARR DIOUCK (ADJA BAMBA), MAME ASSANE ET ALICE NADIELINE pour le soutien, l'amitié et les moments précieux partagés. Ensemble, nous avons formé une véritable famille, soudée par l'entraide, la camaraderie et le partage de valeurs communes. Ce travail vous est dédié, en reconnaissance de l'énergie et de la fraternité qui ont marqué ces années d'études. Merci de m'avoir accompagné avec bienveillance et enthousiasme dans cette aventure.

À MAME CHEIKH NDIAYE : « SOUGNOU KILIFEU BI », LE PDG ACTUEL DE L'« APPARTEMENT FONDE » notre homme riche, merci pour ma motivation et l'acharnement pour ce travail. Tu as toujours eu les mots pour m'encourager mon acolyte de toujours, un grand homme.

Tu es bien.

À Djiby Diagne Sambou : l'ami de tout le monde. La main tendue dans le noir, l'ange gardien de tout le monde.

Je rends grâce, pour ta vie. Merci pour la patience et le soutien que tu apportes à ma vie. Rendez-vous en spécialisation pour d'autres aventures, le seul urologue qui me reste.

À KOFFI SERGIO ADELAN, merci pour ton soutien dans les moments difficiles. Tes mots d'encouragement raisonnent encore dans ma tête et me poussent à surmonter les obstacles. Mon affection pour toi est sans commune mesure. Que notre symbiose soit préservée par la nature.

Aux Drs ABDOU BOMOU, MOUHAMADOU MAHY NIANG :

Mes plus beaux cadeaux que la Casamance m'a offerts c'est de vous rencontrer, des âmes si pures. Votre accueil et votre générosité m'ont ému alors que je n'étais encore qu'une sombre inconnue à vos yeux. Recevez mon éternelle reconnaissance. Que Dieu vous bénisse, ainsi que vos carrières et vos familles.

À TOUS MES AÎNES, PLUS PARTICULIÈREMENT Drs DAME MBENGUE, DAMA DIAWARA, BABACAR DIOP, CHEIKHNA DIAKHATE, ROKHYATOU EMILIE DIOUF, SOPHIE GOMIS, FAMA LO, ISSA DIAGNE, BINETA GUEYE NDIAYE, AISSATOU DIALLO, AMY NDIAYE, DIOGO, BECAYE SALL, DAOUR TEUW, SOUKEYE, MASSAER, FATIMA LY, HABIB GUEYE, JEANINE KAYOUNGA, KHADI SARR, JEAN CHRISTOPHE DIONOU, OUSMANE DIBA, CHERIF DIOP, OUSSEYNOU GUEYE, NIASS COUMBA ABDALLAH, MOUHAMED ANTA GAYE, DIARAYE DIABY, OUSSEYNOU NDOUR, ADIOUMA TINE, ANDRE BADIANE, RAIDATII .

Merci beaucoup pour vos encouragements ; votre solidarité a ouvert le chemin et m'a élevé là où je ne pensais pas. Merci pour l'exemple. Que Dieu vous bénisse.

À tous mes cadets de l'UFRm particulièrement à mes filleuls (Anthia Ndao, Ousmane Noreyni), Ndeye Awa (sama invité d'honneur), Dado Tall, Sandra Mendy, Louis Mendy, Joseph, Amy Séne, Baye Ndiawar, Rokhaya Sall pour tous ces moments de complicité estudiantine et d'attention à mon égard. Je vous suis très reconnaissante.

Aux personnels du service d'ORL de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor :

Drs Hussein, Pape Samba Diop, Mane Ephigénie Diouf, Noura, Claudine, Tata Ruffine, M. Cissé, le meilleur des services ; merci pour tout l'amour, le soutien, les conseils et les prières formulées que vous m'avez apportés. Merci d'avoir cheminé avec moi tout le long de ce travail. Que Dieu veille sur chacun de vous et vous bénisse, ainsi vos familles.

À BOUSSO TOURÉ pour ton amitié sincère et ta présence constante tout au long de ce parcours. Tu es devenue un membre important de ma famille. Ta franchise, ta générosité et ta bienveillance infinie sont des traits marqués au plus profond de mon cœur. Qu'Allah t'élève parmi les grands disciples de Cheikh Ahmadou Bamba et te guide vers le sommet. Ce travail t'est dédié, en signe de gratitude et d'affection profonde

À la toute famille Touré : merci de votre accueil, merci pour la nourriture, merci pour les conseils, merci pour le réconfort en temps difficiles. Que Dieu vous bénisse pour votre générosité et vous le rende au centuple.

Aux Drs DABO, DIOP NDIAYE, MARC, mes grands frères, mes acolytes.

Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offerts. J'ai beaucoup apprécié votre gentillesse, votre grande disponibilité, vos conseils et votre dévouement particulier à mon égard. Je vous exprime ma profonde reconnaissance

À tous mes amis de LPA U 13 : Baye Moussa Diagne, Tonton Ciré, Dr Babacar Fall, Diomaye Séne, Ablaye SY, Mouhamed Ndiaye, Djiby Touré, Maman Sarr, Bara, Amy Wade, Amy Thiam, Penda Ndiaye, Pape Alioune Ndiaye, Maréga, Dieynaba, Bintou Sy, Mame Maty merci infiniment pour votre soutien et votre aide. L'estime et l'affection que je vous porte renferment mes souhaits de réussite personnelle et professionnelle à votre égard. Que cette amitié fraternelle soit inaltérable.

À tous les amis de l'élémentaire SAINT-JOSEPH : Arkeita Mendy, Joa Opa Corrêa, Nafanta Mendy, Ndeye Astou Ngom, Marie Angel Gomis, Khady Coulibaly et à tous les amis du Cem de Grand-Yoff : Bigué, Astou Kane, Bator Pène, Baye Moussa Diagne, Saliou Faye, Oumou Sy. L'esprit de fraternité est l'une des vertus qui m'a impressionnée au cours de la collaboration avec vous. Merci pour toute votre sympathie.

Ma privée

- Kiné Souaré : (elle est comme une mère pour moi, je donnerai tout pour elle, je lui donnerai ma vie) Que dire de toi mon ange gardien. De privée à l'université jusqu'à la santé, tu m'as bercé et choyé telle une mère. Pour m'avoir accompagné et guidé *MERCI Cissé ngary*. « *Yalla nagnou yalla sam* »
- Christelle Corrêa : Corrêa des nations, l'âme du groupe, toujours bienveillante, tu sais nous rassembler.
- Ndeye Khoudia Seck : PDG et le cœur du groupe.
- Bineta privée : madame Gano, notre binationale.
- Ndeye Ndiaye : la meilleure amie de tous
- Coumba Soumaré : maman « capable »
- Marie Sow : meilleure trésorière du monde
- Penda Ndiaye : avec qui je partage la chaise de cadette

– Diamant noir : notre anti-stress

Merci d'être de si belles personnes au cœurs énormes. Vous êtes non seulement des modèles de réussite, mais aussi des sources d'encouragement et de motivation. Merci pour tout l'amour et la joie de vivre que vous m'apportez. Ce travail est aussi là votre

Aux MINETTES : Drs Woly Keïta, Maïmouna Ndiaye, Khady Ndao, Sala Ba Mme Ndiaye, Dr Thiané Sow

C'est avec une immense gratitude que je dédie ces mots à des âmes aussi brillantes et inspirantes que les vôtres. Notre parcours académique a été une aventure riche en défis, en réussites et en souvenirs inoubliables. Chacun de vous a apporté une contribution précieuse à notre parcours, que ce soit par vos connaissances, votre soutien inconditionnel ou simplement par la magie de votre présence. Ensemble, nous avons partagé des moments de joie, de peine, d'apprentissage et de croissance. Que notre amitié perdure au-delà des bancs de la faculté, et que nos chemins se croisent encore et toujours. Puisseons-nous continuer à nous soutenir mutuellement dans nos aspirations professionnelles et personnelles. Je souhaite un avenir brillant à chacun d'entre nous ! **QUE DIEU VOUS DONNE UNE RÉUSSITE SOCIOPROFESSIONNELLE.**

À LA PAROISSE SACRÉ CŒUR DE MBACKÉ, en commençant par son curé abbé Philippe ainsi que son vicaire abbé Henri vous m'avez accueilli et guidé mes pas dans les rues de Mbacké ; j'ai toujours une place à votre table, merci, et à toute la population de Mbacké, spécialement, à Stéphanie, Louise Néné, « wa tenou ndiago ».

À MARIE TRAORÉ et à son mari monsieur DAMATA :

Pour votre accueil chaleureux, votre bienveillance et le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce parcours. Vous avez été une véritable famille pour moi, m'offrant un foyer où j'ai trouvé encouragement et sérénité. Ce travail vous est dédié, en reconnaissance de votre générosité et de l'affection inestimable dont vous m'avez entouré.

Au DAARAY SOPE SERIGNE BASS, au DR BASSIROU SOW (un SERIGNE digne de ce nom), au Dr MARIÈME NDIAYE (mon coup de cœur) et au Dr NDEYE MAGUETTE KÉBÉ (la plus belle), plus que des amies et compagnons de stage, vous êtes devenues ma famille. Merci d'avoir été présentes, également pour vos conseils et votre soutien. Merci pour ces merveilleux moments, ces fous rires, qui ont sublimés notre parcours. Vous m'êtes vraiment spéciales. Que Dieu vous accorde le succès et la réussite dans vos projets. À jamais, vous serez dans mon cœur quelle que soit la distance. Je vous AIME.

Au personnel médical et paramédical du service d'accueil et des urgences du Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim, ainsi qu'à tous mes maîtres qui ont marqué notre formation pendant notre passage dans cet hôpital.

Chers Drs SECK, MBENGUE, KEITA, Mame Penda NDIAYE, Mar DIAW (mon ami), Fama LO, Cheikh GAYE, FALL, SERGIO et tous les autres, vos enseignements, votre dévouement et votre expertise ont façonné notre parcours professionnel. Vous avez été des guides exemplaires, partageant généreusement vos connaissances et expériences.

Une mention spéciale à Mme NDOYE, la surveillante de service et à toute son équipe, ainsi qu'à notre maître plâtrier Tonton THIOUB (J'ai beaucoup appris, j'ai également beaucoup « TIRÉ » à vos côtés). Vos rôles essentiels dans le fonctionnement du service et dans notre apprentissage sont incommensurables.

À travers cette dédicace, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à chacun d'entre vous. Merci pour votre engagement indéfectible envers la santé et l'éducation médicale.

Au Personnel médicale et paramédical de l'Hôpital Régional plus particulièrement, au Dr khady (chef de service SAU), Dr Sekouba Sagna, Dr Barro, Dr Omar Mbaye, Dr Assane Sarr, Dr Moustapha Sar, Dr Adjji Coumba, Dr Tom Diagne,

Vos enseignements, votre dévouement et votre expertise ont façonné notre parcours professionnel. Vous avez été des guides exemplaires, partageant généreusement vos connaissances et expériences.

Mention spéciale au major Tidiane, Yaya Badji, Ma Amina, Tata Adèle, Jules et Sambou.

À tous mes collègues de stage Dr Ousmane Ly, Dr Hassane Nargaye, Fatma (ma grande sœur), Cheikh Tidiane, Anna Tomety, la reine Esther,

Pour votre soutien, votre camaraderie et l'esprit d'équipe qui ont rendu cette expérience plus enrichissante et chaque défi plus léger. Ce travail vous est dédié en hommage à notre aventure commune et à l'apprentissage partagé.

À LA PÉDIATRIE HPZ mon service de cœur, spécialement au Dr Ndiaga Diakhaté, Dr Isabelle (la plus douce) major, madame Badji (mon acolyte), Samuel Yacine (merci pour les bons plats).

Ce travail est le fruit de vos encouragements et de vos bénédictions. Je vous remercie pour votre soutien et pour la confiance que vous avez placée en ma personne. Que Dieu vous bénisse gracieusement.

À Tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

À NOS MAÎTRES ET JUGES

*À notre Maître et Président du jury,
le Professeur Boubacar FALL*

Qu'il me soit permis d'exprimer l'immense honneur que j'ai de vous voir présider le jury de cette thèse.

Vos grandes capacités éducatives nous ont forgés, tout au long de nos études.

Vos qualités humaines et intellectuelles suscitent une admiration révérencielle justifiée chez tout jeune médecin. En témoignant ces générations d'étudiants formés sous la clarté et la pertinence de vos enseignements.

Nous vous prions d'accepter, cher maitre, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

*À notre Maître et Juge,
le Professeur Omar SOW*

Nous voudrions que ce travail soit un reflet des riches enseignements que vous nous avez donné durant notre formation. Vous nous avez toujours témoigné de votre constante disponibilité et vous n'avez ménagé aucun effort pour notre encadrement et notre formation. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus qui vous valent notre plus grande estime. Vous resterez pour nous un modèle. Veuillez trouver ici cher maitre, toute l'expression de notre gratitude et notre profonde admiration.

C'est un grand honneur de vous avoir parmi notre jury.

*À notre maître et Directrice de thèse,
Professeuse Evelyne Siga DIOM*

Nous avons été emportées de joie et honorées de travailler sous votre direction. Vous nous avez inspiré un profond respect par la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait. Vous êtes pour nous un modèle d'accomplissement féminin à suivre. Votre combativité, votre éloquence, votre rigueur scientifique et votre proximité avec vos étudiants nous ont profondément marqués et ont ouvert notre esprit à l'ORL. Nous vous adressons nos sincères remerciements pour la confiance que vous nous avez accordée en nous faisant participer à ce projet et de nous avoir mené au bout de cette aventure. Recevez notre profonde gratitude pour vos encouragements et vos marques de considération pour notre modeste personne. Que Dieu vous bénisse en abondance ainsi que votre famille.

*À mon Co-directeur de Thèse,
Dr Pape Samba DIOP*

Nous avons été séduits par la simplicité et la spontanéité par laquelle vous avez répondu à notre sollicitation. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos nombreuses sollicitations. Vos qualités scientifiques, votre simplicité et votre ouverture d'esprit restent pour nous une source d'inspiration et d'admiration. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ADP** : adénopathie
- AG** : anesthésie générale
- AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien
- ASLO** : anticorps antistreptolysine O
- ATB** : antibiotique
- ATCD** : antécédent
- BPCO** : broncho-pneumopathie chronique obstructive
- CMV** : cytomégalovirus
- CRP** : C-réactive protéine
- DES** : Diplôme d'Études Spécialisées
- EBO** : œsophagite de Barret (endobrachio-œsophage)
- EBV** : virus Epstein-Barr
- FOGD** : fibroscopie œso-gastroduodénale
- HCI** : hypertrophie des cornets inférieurs
- HTE** : hyo-thyro-épiglottique
- IG** : immunoglobuline
- IPP** : inhibiteur des pompes à proton
- LDL** : low density lipoprotein
- MHD** : moyens hygiéno-diététiques
- MNI** : mononucléose infectieuse
- NFS** : numération formule sanguine
- OMS** : organisation mondiale de la santé
- ORL** : oto-rhino-laryngologie
- OSM** : otite sero-muqueuse
- OSA** : obstructive sleep apnea
- RCA** : rétro-crico-aryténoïdienne
- RFS** : reflux finding score

RGO : reflux gastro-œsophagien
RPL : reflux pharyngo-laryngé
RSA : reflux sign assessment
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
SIO : sphincter inferieur de l'œsophage
TDM : tomodensitométrie
TPHA : *treponema pallidum haemagglutination*
TOGD: transit œso-gastro duodéal
TSH : *thyroid stimulating hormone*
VADS : voies aéro-digestives supérieures
VDRL : *venereal disease research laboratory*
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : pharynx : coupe sagittale.....	6
Figure 2 : rapports de la trompe d'eustache avec l'oreille moyenne.....	8
Figure 3 : anatomie et rapports du cavum.....	9
Figure 4 : coupe schématique frontale de l'oropharynx.....	11
Figure 5 : anatomie de l'hypopharynx.....	14
Figure 6 : anatomie de la cavité buccale.....	18
Figure 7 : coupe sagittale du larynx avec différents cartilages, ligaments et articulations.....	21
Figure 8 : constituants musculaires du larynx.....	22
Figure 9 : anatomie du larynx.....	24
Figure 10 : image de la pharyngite atrophique.....	28
Figure 11 : image de la pharyngite érythémateuse.....	30
Figure 12: image de la pharyngite rouge congestive.....	31
Figure 13: image de la pharyngite mucopurulente.....	32
Figure 14 :image érosion dentaire, vue faciale des lèvres et des dents.....	36
Figure 15 : image de l'érosion dentaire, vue palatine.....	36
Figure 16 : image de l'examen par la nasofibroscopie.....	38
Figure 17 : laryngite postérieure avec stase laryngée et granulome postérieur..	40
Figure 18 : pachydermie avec œdème et hypervascularisation laryngée.....	40
Figure 19: image de l'œdème du ventricule.....	41
Figure 20 :image de pseudosulcus laryngé bilatéral.....	41
Figure 21 : image de sulcus de la corde vocale droite en laryngoscopie indirect.....	42
Figure 22 :image d'un granulome postérieur de la corde vocale droite à la nasofibroscopie.....	42
Figure 23 : image de l'ulcère de la corde vocale droite à un stade précoce à la nasofibroscopie.....	43
Figure 24 :image d'un épanchement stérile rétrotympanique.....	45
Figure 25 : image d'une vidéocapsule endoscopique.....	47
Figure 26 : image d'une mycose buccopharyngée.....	57
Figure 27 : Ziguinchor et ses limites.....	69
Figure 28 : image de l'entrée de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor.....	71
Figure 29 : répartition mensuelle des patients en consultation.....	75
Figure 30 : répartition des patients selon la tranche d'âge.....	76
Figure 31 : répartition des tranches d'âge par sexe.....	77

Figure 32 : répartition des patients selon les résultats de la rhinoscopie antérieure	82
Figure 33 : répartition des patients selon les résultats de la laryngoscopie indirecte	83
Figure 34 : répartition des patients selon les résultats de la FOGD	84
Figure 35 : répartition des patients selon les résultats de la TDM des sinus	85
Figure 36 : répartition des patients selon les principaux étiologies retenus	86
Figure 37 : répartition des patients selon le nombre de consultation	88
Figure 38 : répartition des patients selon la durée du suivi	88
Figure 39 : répartition des patients selon l'évolution des patients.....	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : muscles du pharynx et leurs fonctions	13
Tableau II : muscles intrinseques du larynx.....	23
Tableau III : muscles extrinseques du larynx.....	23
Tableau IV : reflux finding score.....	44
Tableau V : répartition des patients selon l'origine géographique	77
Tableau VI : répartition des patients selon le statut professionnel.....	78
Tableau VII : récapitulatif des antécédents des patients.....	79
Tableau VIII : répartition des patients selon les motifs de consultations	80
Tableau IX : répartition des signes obtenus lors de la consultation des patients	81
Tableau X : répartition des patients selon le traitement reçus	87
Tableau XI : le sexe dominant dans les différentes séries	91
Tableau XII : les intervalles d'âge les plus représentés.....	92
Tableau XIII : répartition des patients en fonction des traitements médicaux reçus	98

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
I. ANATOMIE DU PHARYNX.....	5
I.1. Structure générale	5
I.1.1. Forme.....	5
I.1.2. Dimensions	5
I.1.3. Configuration interne	6
I.2. Anatomie du cavum	7
I.2.1. Rapports anatomiques	7
I.2.2. Vascularisation et innervation	10
I.3. Anatomie de l'oropharynx	10
I.3.1. Limites de l'oropharynx	10
I.3.2. Constitution de l'oropharynx.....	10
I.3.3. Vascularisation et innervation	12
I.4. Anatomie de l'hypopharynx.....	12
I.4.1. Subdivisions de l'hypopharynx	13
I.4.2. Vascularisation et innervation	15
I.5. Anatomie de la cavité buccale.....	16
I.5.1. Limites de la cavité buccale	16
I.5.2. Divisions topographiques et contenu de la cavité buccale	16
I.5.3. Vascularisation et innervation	19
II. ANATOMIE DU LARYNX	20
II.1. Structure et cartilage du larynx	20
II.2. Musculature du larynx	21
II.3. Division de la cavité laryngée	24
II.4. Vascularisation et innervation du larynx	24
III. PHYSIOLOGIE	25
III.1. Les grandes fonctions du pharynx	25
III.1.1. La déglutition	25
III.1.2. La Phonation	25
III.1.3. L'olfaction.....	26
III.1.4. La gustation.....	26
III.1.5. L'audition.....	26
III.1.6. La respiration.....	26
IV. IMMUNOLOGIE.....	27
V. PHYSIOPATHOLOGIE	27

V.1. Pharyngite atrophique.....	28
V.2. Pharyngite hypertrophique.....	29
V.3. Pharyngite rouge érythémateuse	29
V.4. Pharyngite congestive.....	30
V.5. Pharyngite mucopurulente congestive et hypertrophique	31
VII. ÉTUDE CLINIQUE	32
VII.1. Diagnostic positif.....	32
VII.1.1. Circonstances de découverte	32
VII.1.2. Examen clinique	33
VII.1.2.1. Interrogatoire	33
VII.1.2.2. Examen général.....	34
VII.1.2.3. Examen physique	34
VII.1.2.3.1. Examen ORL	34
VII.1.2.3.1.1. Examen des muqueuses.....	34
VII.1.2.3.1.2. Rhinoscopie antérieure et postérieure	37
VII.1.2.3.1.3. La Laryngoscopie indirecte et la Nasofibroskopie	38
VII.1.2.3.1.4. Otoscopie	44
VII.1.2.3.1.5. Examen de la peau cervico-faciale	45
VII.1.2.3.1.6. Examen des aires ganglionnaires.....	45
VII.1.2.3.1.7. Examen des glandes	46
VII.1.2.3.1.8. Examen des nerfs crâniens	46
VII.1.2.3.2. Examen des autres systèmes et appareils	46
VII.1.3. Examens paracliniques.....	46
VII.1.3.1. La panendoscopie.....	46
VII.1.3.2. La pH-métrie œsophagienne.....	46
VII.1.3.3. Fibroscopie œsogastroduodénale.....	47
VII.1.3.4. Transit œso-gastro duodenal.....	47
VII.2. Diagnostic différentiel.....	48
VII.3. Diagnostic étiologique	49
VII.3.1. Les pharyngites respiratoires.....	49
VII.3.2. Pharyngites digestives.....	50
VII.3.2.1. Action directe des aliments	50
VII.3.2.2. État bucco-dentaire	50
VII.3.2.3. Les pharyngites par reflux pharyngo-laryngé	51
VII.3.3. Pharyngites immunologiques	51
VII.3.4 Pharyngites diathésiques	51
VII.3.5. Désordres neurovasculaires.....	52

VII.3.5.1. La pathergie selon Godin	52
VII.3.5.2. La tétanie chronique constitutionnelle ou spasmodie.....	53
VII.3.6. Maladies auto- immunes	53
VII.3.6.1. L'anémie hypochrome hyposidérémique par carence martiale de Plummer-Vinson	54
VII.3.6.2. Le syndrome de Gougerot-Sjogren.....	54
VII.3.7. Pharyngites infectieuses	54
VII.3.7.1. Pharyngites bactériennes	54
VII.3.7.1.1. Le streptocoques Bêta du groupe A	54
VII.3.7.1.2. Pharyngites granulomateuses	55
VI.8. Pharyngites virales	56
VII.8.1. Pharyngite secondaire à une mycose buccopharyngée.....	56
VII.8.2. Pharyngites d'origine iatrogène.....	59
VII.8.3. Pharyngites psychogènes	59
VIII. TRAITEMENT	61
VIII.1. BUT.....	61
VIII.2. Moyens Thérapeutiques	61
VIII.2.1. Les mesures hygiéno-diététiques	61
VIII.2.2. Moyens médicamenteux	62
VIII.2.2.1. Les antiacides	62
VIII.2.2.2. Les prokinétiques.....	62
VIII.2.2.3. Les antihistaminiques H2.....	62
VIII.2.2.4. Inhibiteurs de pompe à protons	62
VIII.2.2.5. Les antibiotiques et antimycosiques :.....	63
VIII.2.2.6. Les anti-inflammatoires	63
VIII.2.2.7. Autres	64
IX. ÉVOLUTION	66
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE	68
I. MATÉRIELS ET MÉTHODES	69
I.1. Cadre d'étude.....	69
I.1.1. Services :.....	71
I.1.2. Personnel	72
I.1.3. Offre du service.....	72
II. MÉTHODES	73
II.1. Type et Période d'étude.....	73
II.2. Patients	73
II.2.1. Critères d'inclusion.....	73

II.2.2. Critères de non exclusion	73
II.3. Collecte de données	73
II.4. Saisie et analyse des données	74
II.5. Aspects éthiques	74
III. RÉSULTATS	75
III.1. Résultats globaux	75
III.1.1. Sur le plan épidémiologique	75
III.1.1.1. Répartition des patients selon la fréquence	75
III.1.1.2. Répartition des patients selon les mois	75
III.1.1.3. La répartition des patients selon l'Âge	75
III.1.1.4. Répartition des patients selon le sexe	76
III.1.1.5. Répartition selon l'Âge et le sexe	76
III.1.1.6. Répartition des patients selon l'origine géographique	77
III.1.1.7. Répartition des patients selon la profession	78
III.2. Sur le plan clinique	78
III.2.1. Antécédents	78
III.2.2. Données cliniques.....	79
III.2.2.1. Motifs de consultation	79
III.2.2.2. Données de l'examen physique.....	80
III.3. Sur le plan paraclinique	83
III.3.1. Données sur la biologie	83
III.3.2. Données sur l'imagerie	84
III.3.2.1. Fibroscopie	84
III.3.2.2. La tomodensitométrie des sinus	85
III.4. Données étiologiques.....	85
III.5. Données thérapeutiques	86
III.5.1. Mesures hygiéno-diététiques	86
III.5.2. Traitement médical.....	86
III.5.3. Traitement chirurgical	87
IV. SUR LE PLAN ÉVOLUTIF	88
IV.1. Nombre de consultation.....	88
IV.2. Durée de suivi	88
IV.3. Évolution.....	89
V. DISCUSSION	90
V.1. Analyse des Résultats Épidémiologiques et Sociodémographiques.....	90
V.1.1. Prévalence des Pharyngites Chroniques	90
V.1.2. Répartition selon le Sexe	90

V.1.3. Répartition des patients selon l'Âge.....	91
V.1.4. Répartition selon l'Origine Géographique	92
V.1.5. Caractéristiques Socioprofessionnelles	92
V.2. Aspects cliniques	93
V.2.1. Les antécédents.....	93
V.2.2. Symptomatologie dominante et impact sur la qualité de vie.....	94
V.2.2.1. Signes fonctionnels	94
V.2.2.2. Examen clinique	95
V.2.2.2.1. Examen de la cavité buccale et de l'oropharynx	95
V.2.2.2.2. Examen du rhinopharynx	95
V.2.2.2.3. Résultats nasofibroscopie.....	95
V.2.2.2.4. Paracliniques.....	95
V.2.2.2.4.1. Biologie	95
V.2.2.2.4.2. Imagerie.....	96
V.2.2.2.5. Diagnostics retenus	96
V.2.2.2.6. Prise en Charge Thérapeutique et Résultats Observés	96
V.2.2.2.6.1. Mesures Hygiéno-Diététiques	96
V.2.2.2.6.2. Traitements Médicaux	97
V.2.2.2.6.3. Traitements Chirurgicaux	98
V.2.2.2.7. Suivi et Évolution des Patients	99
V.2.2.2.7.1. Durée et Qualité du Suivi	99
V.2.2.2.7.2. Évolution des patients	99
VI. LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION	101
VI.1. Limites	101
VI.2. Perspectives d'amélioration.....	102
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	103
CONCLUSION.....	104
RECOMMANDATIONS	109
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	110
ANNEXES.....	110

INTRODUCTION

La pharyngite chronique est un ensemble hétérogène de troubles touchant principalement l'oropharynx. Il est important de souligner que, bien que le suffixe « -ite » implique généralement une inflammation, la pharyngite chronique ne repose pas toujours sur une origine infectieuse. La notion de chronicité peut varier en fonction des étiologies, allant de quelques semaines à plusieurs mois (environ 3 mois), ou prendre une allure constitutionnelle [101]. C'est une pathologie fréquente des voies aérodigestives supérieures, marquée par une inflammation persistante de la muqueuse pharyngée [80].

Les causes de ces pharyngites chroniques sont multiples et peuvent être locales (irritations, infections) ou générales (reflux gastrique, allergies). Elles sont parfois ascendantes (origine gastrique) ou descendantes (origine nasosinusienne). Une lésion néoplasique doit toujours être évoquée devant un doute sur la muqueuse pharyngée d'un fumeur. Un examen clinique très attentif est nécessaire et des explorations adaptées permettent une prise en charge thérapeutique adéquate [73]. Des études ont été réalisées un peu partout dans le monde. L'incidence des pharyngites chroniques au Royaume-Uni en 2009 était de 10 %, en Suisse 1,9 %. En Afrique, des études ont été menées au Mali en 2013 avec une incidence de 3,27 %, et en 2006 1,8 % [10].

Les pharyngites chroniques, bien que mal documentées au Sénégal, représentent une cause fréquente de consultation dans les services ORL, y compris dans des contextes tels que celui de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor.

Dans la région de Ziguinchor au Sénégal, la pharyngite chronique constitue une cause importante de consultation dans les services ORL, soulignant la nécessité d'une prise en charge adéquate et d'un suivi rigoureux. L'hôpital de la Paix de Ziguinchor, un centre de référence régional, accueille un nombre croissant de patients souffrant de cette pathologie.

Notre étude prospective sur les pharyngites chroniques, dans tous ses aspects, était ainsi une première contribution pour permettre une meilleure connaissance de cette pathologie dans notre pays.

L'objectif général de notre étude était de déterminer la prise en charge des pharyngites chroniques de l'adulte au service d'ORL de l'hôpital de la paix de Ziguinchor.

Les objectifs spécifiques étaient :

- d'évaluer la fréquence hospitalière des pharyngites chroniques ;
- d'apprécier les aspects cliniques et paracliniques ;
- d'analyser les aspects thérapeutiques et évolutifs.

PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. ANATOMIE DU PHARYNX

I.1. Structure générale

Le pharynx est un conduit musculomembraneux étendu verticalement depuis la base du crâne jusqu'à hauteur de la sixième vertèbre cervicale en arrière, ou le bord inférieur du cricoïde en avant, où il se poursuit par l'œsophage. Il s'applique sur le rachis cervical sur toute sa hauteur. Les reliefs de la face antérieure des corps vertébraux sont palpables, voire visibles, notamment au niveau de C6. Le pharynx comporte sept orifices qui le divisent en trois étages (figure 1) :

- étage nasal : ouverture des fosses nasales par les choanes et, latéralement, des trompes auditives, c'est le nasopharynx ou cavum ou épipharynx ;
- étage buccal : qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier, c'est l'oropharynx ;
- étage inférieur : c'est l'hypopharynx. Il se termine en bas au niveau de la bouche de l'œsophage (bouche de Killian)[4].

I.1.1. Forme

La forme du pharynx est celle d'un entonnoir irrégulier, évasé en haut, un peu élargi à sa partie moyenne au voisinage de l'os hyoïde, et rétréci en bas [79].

I.1.2. Dimensions

Quand le pharynx est au repos, sa longueur moyenne est de 15 centimètres. Quand le pharynx se contracte, son extrémité inférieure s'élève et sa longueur diminue de 3 centimètres environ. Le diamètre transversal du pharynx mesure de 4 à 5 centimètres au niveau de la partie moyenne des fosses nasales, 4 centimètres à la hauteur des grandes cornes de l'os hyoïde. Il diminue ensuite graduellement de haut en bas et ne mesure que 2 centimètres à l'extrémité inférieure du conduit[44].

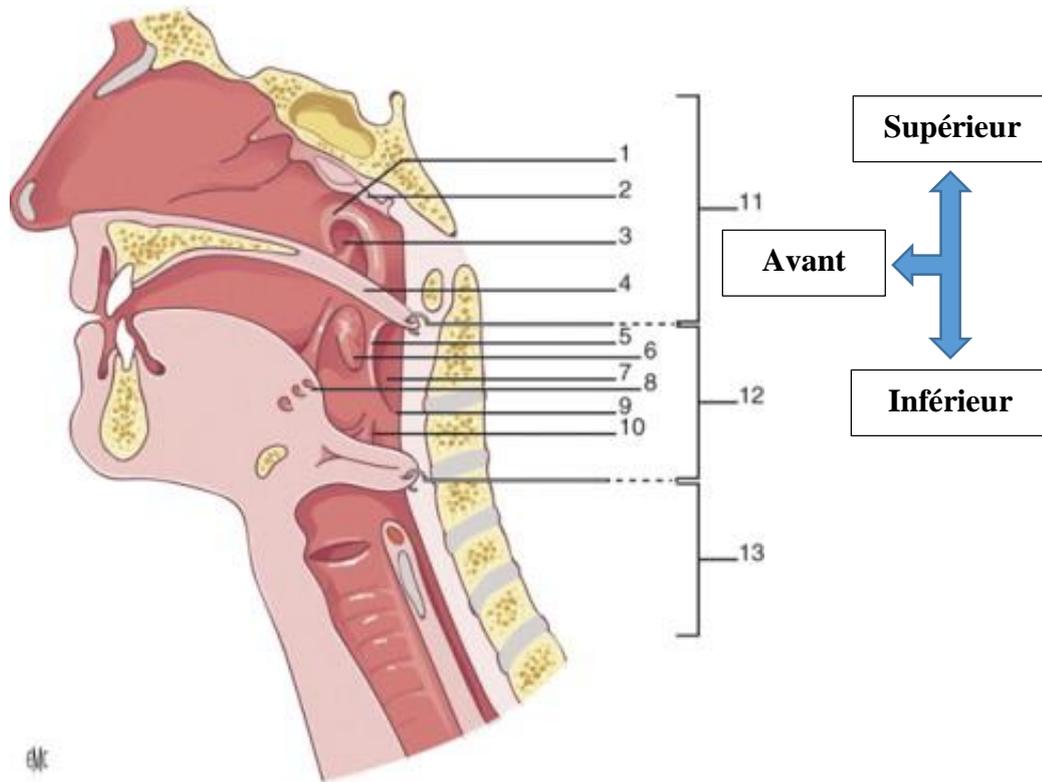


Figure 1 : pharynx : coupe sagittale (d'après Sobota) [84].

1. Torus tubaire ; 2. Tonsille ou amygdale pharyngienne ; 3. Ostium pharyngien de la trompe auditive ; 4. Palais mou ; 5. Arc palato-pharyngien ; 6. Tonsille ou amygdale palatine ; 7. Pli salpingo-pharyngien ; 8. Foramen caecum ; 9. Fascia pharyngo-basilaire ; 10. Pli pharyngoépiglottique ; 11. Nasopharynx ; 12. Oropharynx ; 13. Laryngo-pharynx.

I.1.3. Configuration interne

❖ Muqueuse

La cavité pharyngée est irrégulière : elle comporte de nombreux replis, récessus et ouvertures. La muqueuse et le fascia pharyngobasilaire, véritable aponévrose intra pharyngée, épousent les différents reliefs dessinés par les structures osseuses, cartilagineuses et musculaires. La muqueuse est soit :

- de type nasal, épithélium cylindrique stratifié avec cils vibratiles sur la voûte et les parois latérales du nasopharynx, l'orifice de la trompe auditive, la face dorsale du voile du palais ainsi qu'au niveau du vestibule laryngé ;

- de type oral, épithélium malpighien pavimenteux stratifié non kératinisé, identique à celui de la cavité buccale et de œsophage sur tout le reste de la cavité pharyngée : l’uvule palatine, les arcs palatins, la face antérieure du voile ainsi que la paroi postérieure sur toute sa hauteur. Les glandes muqueuses sont réparties dans la muqueuse de type nasal, plus particulièrement dans le récessus pharyngien. Les glandes salivaires accessoires sont retrouvées dans le tiers inférieur du voile mou. Le tissu lymphoïde est particulièrement riche sous forme d’un infiltrat lymphocytaire diffus, d’une part, de follicules lymphoïdes encapsulés, d’autre part. Ceux-ci sont isolés dans la muqueuse ou regroupés en amas qui constituent l’anneau de Waldeyer.

I.2. Anatomie du cavum [36, 66]

Le cavum, également appelé rhinopharynx ou nasopharynx, constitue la partie supérieure et postérieure du pharynx, située derrière les fosses nasales. Il est localisé sous la base du crâne, en avant du rachis cervical, et derrière les choanes. Cette cavité cuboïde, impaire et médiane, est composée de six parois et établit des rapports anatomiques importants avec plusieurs structures voisines (**figure 2**).

I.2.1. Rapports anatomiques

Le cavum communique en avant avec les fosses nasales via les choanes. Latéralement, Il est en rapport avec la trompe d'Eustache, dont l'orifice s'ouvre dans le nasopharynx. L’obstruction de la trompe d’Eustache due à une inflammation causée par le reflux acide gastrique peut entraîner une otite séromuqueuse.

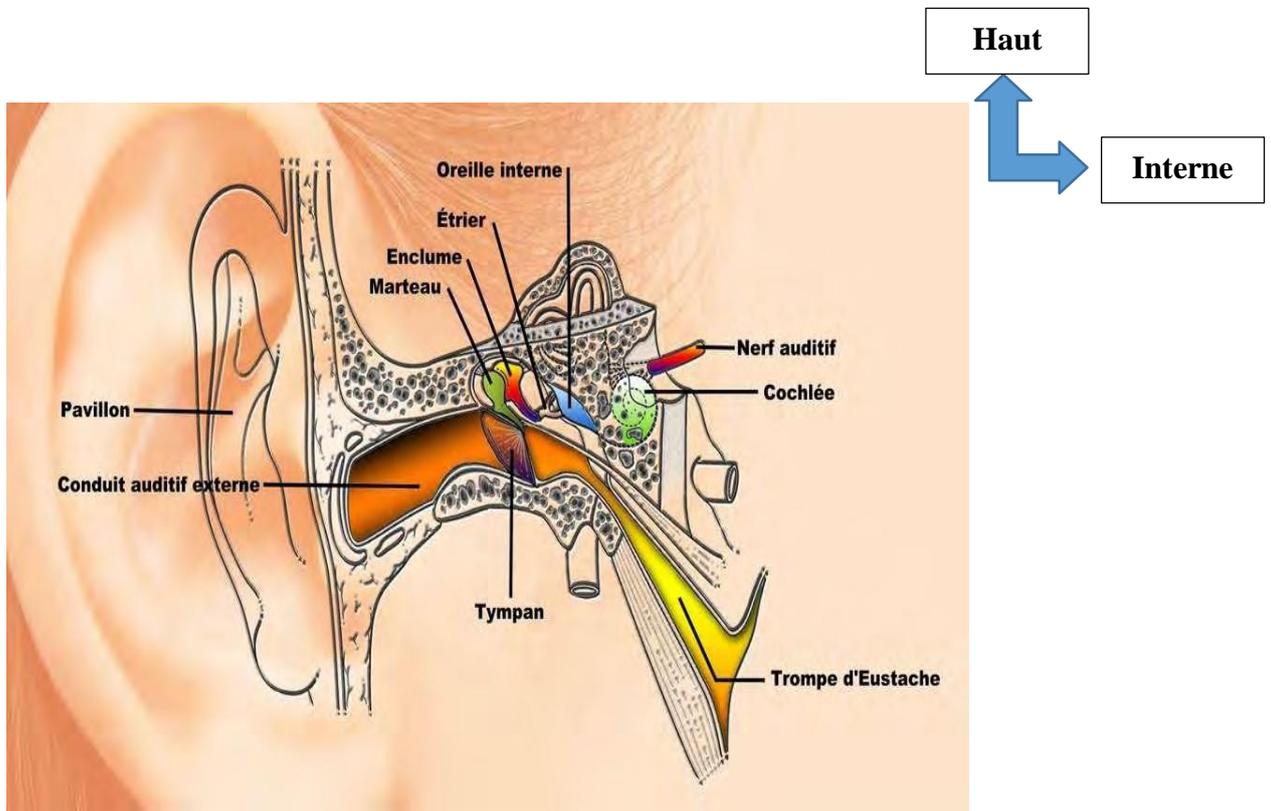


Figure 2 : rapports de la trompe d'eustache avec l'oreille moyenne[60]

Le cavum a pour rapport postéro-supérieur (**figure 3**) contact avec la base du crâne, notamment :

- ✓ l'apophyse basilaire de l'os occipital ;
- ✓ les corps des deux premières vertèbres cervicales ;
- ✓ par l'intermédiaire du sphénoïde, le cavum est en relation avec :
 - la fosse cérébrale moyenne, le sinus caverneux, et les nerfs crâniens V et VI,
 - la fosse cérébelleuse, le tronc cérébral et les nerfs crâniens IX, X, XI (trou déchiré postérieur) et XII (canal condylien antérieur).

Haut



Arrière

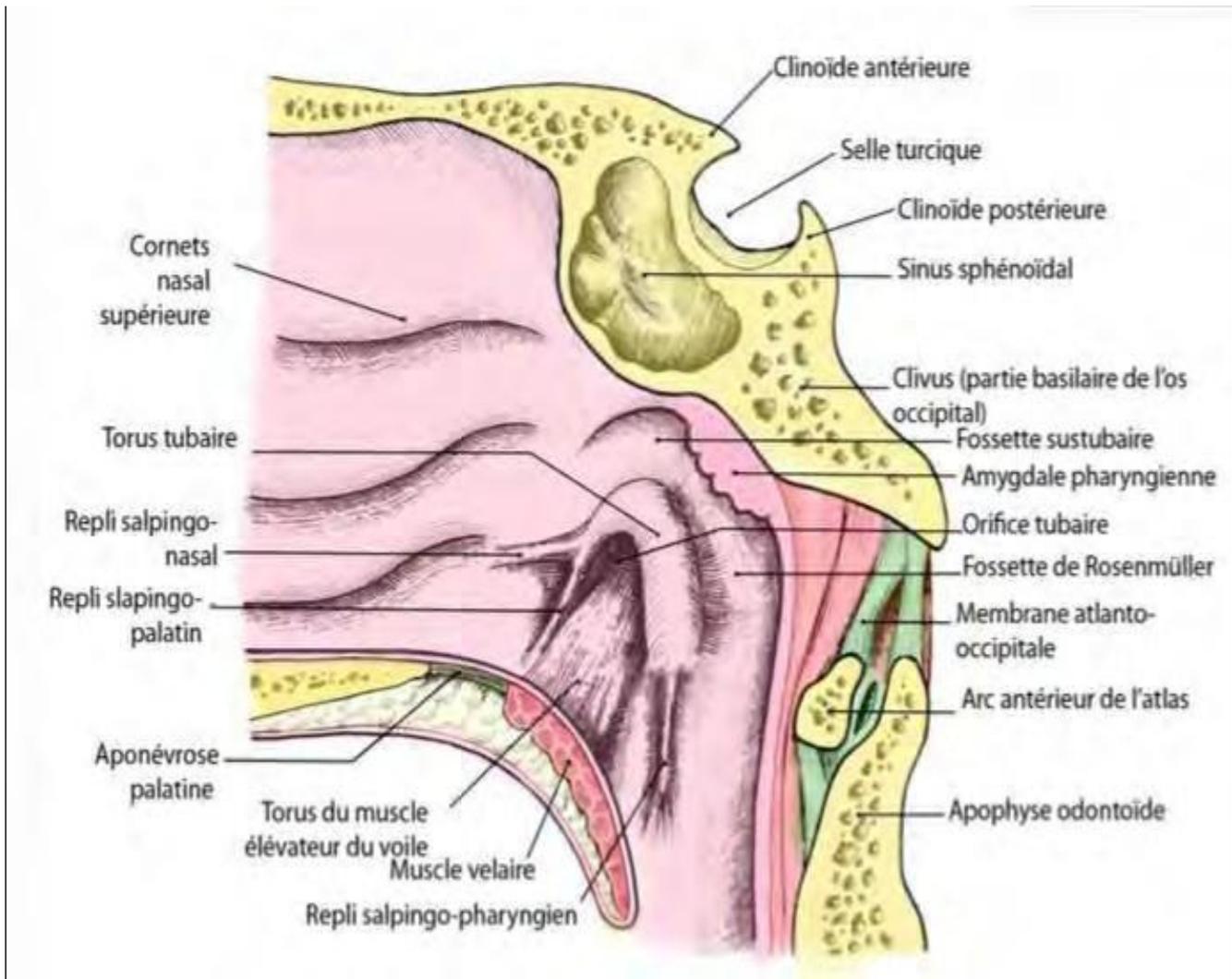


Figure 3 : anatomie et rapports du cavum [60]

Il est délimité en bas par la face dorsale du voile du palais et les piliers postérieurs de l'amygdale.

I.2.2. Vascularisation et innervation

- L'irrigation artérielle provient de l'artère carotide externe, tandis que le drainage veineux se fait vers le plexus ptérygoïdien ;
- les lymphatiques du cavum sont abondants et se drainent principalement vers les ganglions rétro-pharyngés, jugulo-carotidiens et spinaux ;
- le cavum est innervé par les nerfs mixtes (IX et X) ainsi que par le ganglion cervical supérieur.

I.3. Anatomie de l'oropharynx [16,50,57,65]

L'oropharynx est situé en arrière de la cavité buccale, au-dessus du larynx et de l'hypopharynx, en dessous du rinopharynx (cavum), et en avant du plan prévertébral. Cette région joue un rôle clé dans plusieurs fonctions vitales, notamment la déglutition, la respiration, la phonation, la gustation et l'immunité (figure 4).

I.3.1. Limites de l'oropharynx

Il est délimité en avant par l'isthme du gosier, comprenant le « V » lingual, les piliers antérieurs et le voile du palais. L'oropharynx est limité en haut par une ligne horizontale passant par le bord libre du voile du palais. Sa limite inférieure correspond en bas à une ligne horizontale passant par le fond des vallécules ou au niveau du corps de l'os hyoïde.

I.3.2. Constitution de l'oropharynx

L'oropharynx est constitué de cinq parois principales :

- paroi postérieure qui repose sur le rachis cervical par l'intermédiaire de l'espace rétropharyngé ;
- paroi supérieure qui s'étend de la limite postérieure du palais osseux jusqu'au bord libre du voile, comprenant l'uvule, et se prolonge latéralement par les piliers du voile.

- parois latérales qui abritent les loges amygdaliennes, situées entre les piliers antérieurs et postérieurs. Ces deux piliers se rejoignent en haut au niveau de l'ogive amygdalienne, formant un espace triangulaire où se trouve l'amygdale palatine. Latéralement, ces parois sont en contact avec les espaces parapharyngés contenant l'axe jugulo-carotidien.
- paroi antérieure, constituée par la base de la langue, elle est séparée de la partie mobile de la langue par le « V » lingual. Latéralement, elle est délimitée par les sillons amygdalo-glosses, et en bas par les sillons glosso-épiglottiques ou vallécules, qui séparent l'oropharynx du larynx.

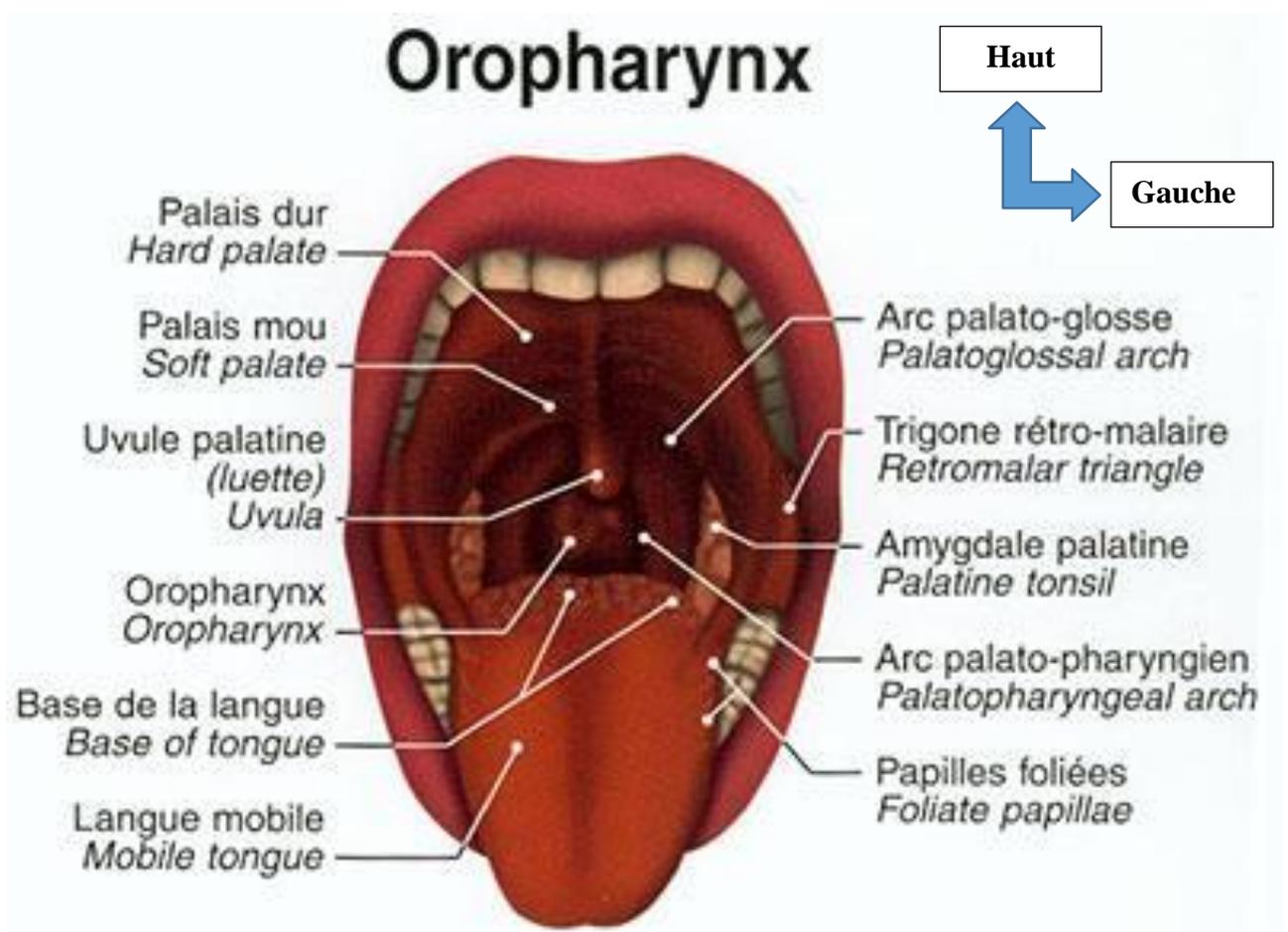


Figure 4 : coupe schématique frontale de l'oropharynx [63]

I.3.3. Vascularisation et innervation

La vascularisation artérielle de l'oropharynx est assurée par des branches de l'artère carotide externe. Le drainage veineux, quant à lui, s'effectue vers la veine jugulaire interne.

Le drainage lymphatique de l'oropharynx est bilatéral et se dirige principalement vers les ganglions sous-digastriques et jugulo-carotidiens.

L'oropharynx est innervé par les nerfs crâniens IX (glossopharyngien), X (vague).

I.4. Anatomie de l'hypopharynx [2,3,17,36,51,57,82,94]

L'hypopharynx représente la zone de transition entre l'oropharynx et l'œsophage. Il est situé entre le repli pharyngolaryngé et la bouche de l'œsophage, entourant ce dernier en forme de fer à cheval, et en avant de la colonne vertébrale cervicale. La limite supérieure de l'hypopharynx correspond au bord inférieur de la troisième vertèbre cervicale (C3), tandis que sa limite inférieure se situe au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à la hauteur de la sixième vertèbre cervicale (C6).

Cette région joue un rôle crucial dans la respiration et la déglutition grâce à l'interaction de ses différents muscles (**TABLEAU I**).

TABLEAU I : muscles du pharynx et leurs fonctions

Muscles du pharynx	
Nom	Fonctions
Constricteur supérieur	Réduction du diamètre du pharynx lors de la déglutition (Pression de propulsion sur le bolus) et fermeture vélo-pharyngée
Constricteur moyen	Réduction du diamètre du pharynx lors de la déglutition (Pression de propulsion sur le bolus)
Constricteur inférieur (Dont cricopharyngien)	Réduction du diamètre de la partie inférieure du pharynx et Action de sphincter à l'entrée de l'œsophage lors de la déglutition
Salpingo-pharyngien	Élévation du pharynx lors de la déglutition
Stylo-pharyngien	Élévation du larynx, élévation et expansion du pharynx lors de la déglutition

I.4.1. Subdivisions de l'hypopharynx

L'hypopharynx se divise en trois régions principales qui ne sont séparées par aucune barrière anatomique nette :

❖ **la région rétro-crico-aryténoïdienne (RCA) :**

Elle correspond à la paroi postérieure de l'anneau cricoïdien. Cette région est surmontée par la commissure postérieure avec le muscle inter-aryténoïdien, et est flanquée latéralement par les faces postérieures des cartilages aryténoïdes (figure 5).

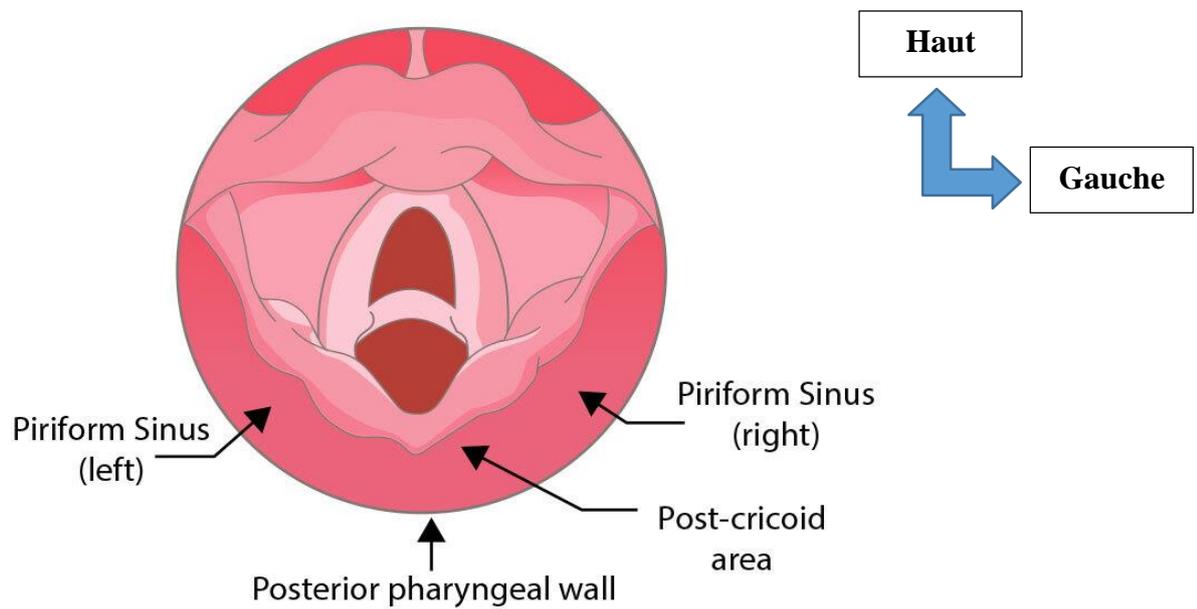
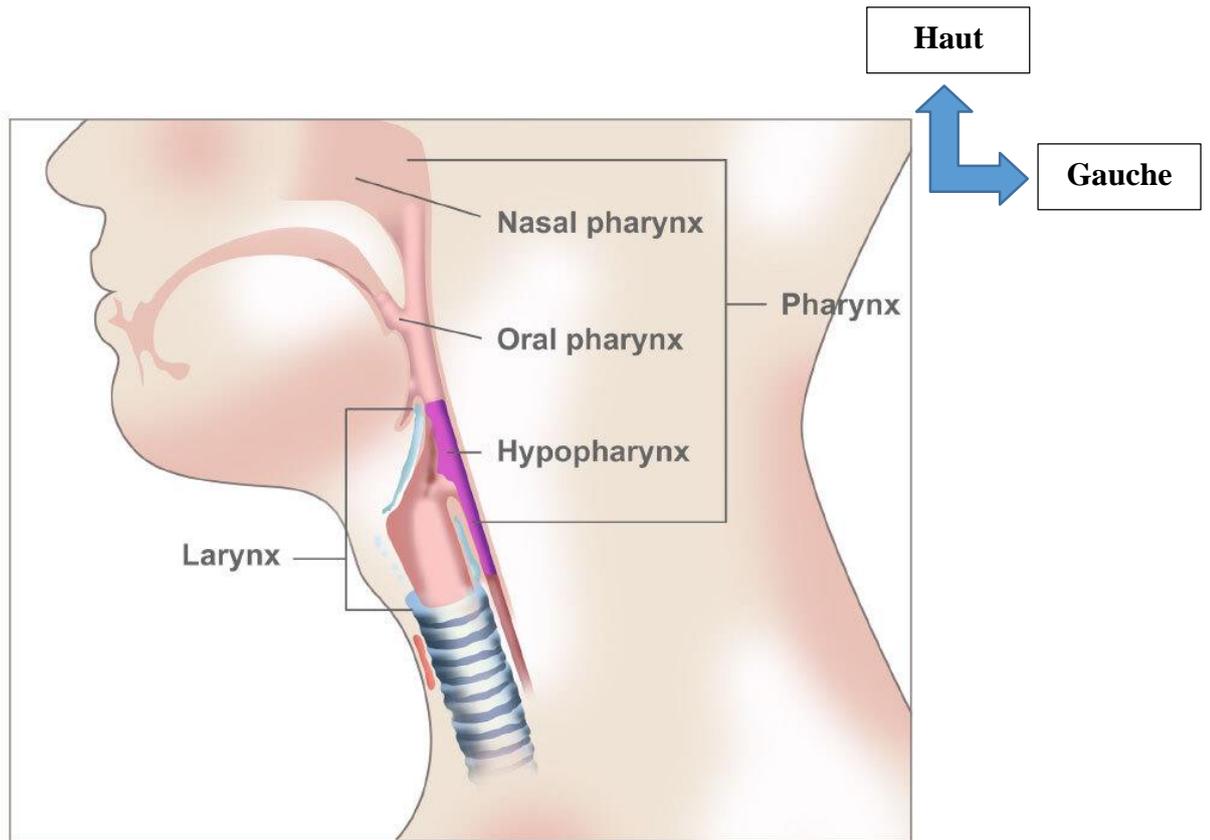


Figure 5 : anatomie de l'hypopharynx [39]

❖ **les sinus piriformes :**

Ces structures symétriques, situées latéralement par rapport au larynx, sont le site de départ de 85 % des cancers de l'hypopharynx. Chaque sinus piriforme comporte deux parties :

- une partie membraneuse en regard de la portion postéro-latérale de la loge pré-épiglottique (loge hyo-thyro-épiglottique ou loge HTE) ;
- une partie inférieure cartilagineuse correspondant au tiers postéro-externe de l'aile thyroïdienne.

❖ **La paroi postérieure**

Elle s'étend depuis l'os hyoïde en haut jusqu'à la sixième vertèbre cervicale en bas, en étant séparée du rachis cervical par l'espace rétro-pharyngien. La paroi postérieure relie les deux sinus piriformes et se prolonge sans interruption vers l'œsophage.

I.4.2. Vascularisation et innervation

L'hypopharynx est vascularisé par deux pédicules principaux :

- l'artère laryngée supérieure et l'artère laryngée postéro-inférieure, qui proviennent respectivement de l'artère thyroïdienne supérieure et de l'artère thyroïdienne inférieure ;
- le drainage veineux est assuré par des veines satellites qui se jettent dans la veine jugulaire interne.

❖ **Drainage lymphatique**

Le drainage lymphatique de l'hypopharynx est important, notamment au niveau des sinus piriformes et de la paroi postérieure. Les ganglions concernés incluent :

- les ganglions de la chaîne jugulaire, au niveau II (sous-digastrique) ;
- les ganglions au niveau III (sus-omohyoïdien) et IV (sous-omohyoïdien) ;
- les ganglions de la chaîne spinale dans les cas plus étendus.

❖ **Innervation**

L'innervation de l'hypopharynx est assurée par le nerf laryngé supérieur pour la sensibilité, et les branches terminales des nerfs récurrents pour la motricité. Ces nerfs jouent un rôle crucial dans le contrôle des mouvements pharyngés et laryngés lors de la déglutition.

I.5. Anatomie de la cavité buccale

I.5.1. Limites de la cavité buccale [74]

La cavité buccale est délimitée de la manière suivante :

- ✓ **En avant** : par les lèvres et la région labiale ;
- ✓ **Latéralement** : par les joues (région génienne) ;
- ✓ **En haut** : par la voûte palatine, qui la sépare des fosses nasales et se prolonge en arrière par le voile du palais ;
- ✓ **En bas** : par le muscle mylohyoïdien, principal composant du plancher buccal, qui la sépare de la région sus-hyoïdienne ;
- ✓ **En arrière** : par l'isthme du gosier, limité par le bord libre du voile du palais, les piliers du voile et l'amygdale, et la base de la langue en dessous.

I.5.2. Divisions topographiques et contenu de la cavité buccale [5]

La cavité buccale se divise en deux parties par les arcades dentaires :

- ✓ **Vestibule de la bouche** : situé à l'extérieur des arcades dentaires.
- ✓ **Cavité orale proprement dite** : située à l'intérieur des arcades dentaires, limitée par les faces internes des dents et du rebord gingival.

La cavité buccale comprend [87] :

- ✓ **Langue mobile** : un organe musculo-membraneux représentant les deux tiers antérieurs de la langue, composé de :
 - **Pointe** : où se rejoignent les bords latéraux.
 - **Corps** : avec une face dorsale rugueuse (présentant des papilles gustatives) et une face ventrale lisse, marquée au centre par le frein de la langue. La

face ventrale se prolonge latéralement sur le plancher buccal, formant le sillon pelvi-lingual.

- ✓ **Plancher buccal** : constitué de trois muscles (mylohyoïdien, géniohyoïdien, ventre antérieur du digastrique) qui relie la mandibule à l'os hyoïde. Il est divisé en :
 - **Plancher buccal antérieur** : avec deux saillies appelées caroncules sublinguales, où s'abouchent les canaux de Wharton des glandes submandibulaires et sublinguales.
 - **Plancher buccal postérieur** : qui correspond à la base de la langue et contient la glande sublinguale, les branches de l'artère linguale, les veines satellites, le canal de Wharton, le nerf hypoglosse, le nerf lingual, et de nombreux collecteurs lymphatiques (**figure 6**).

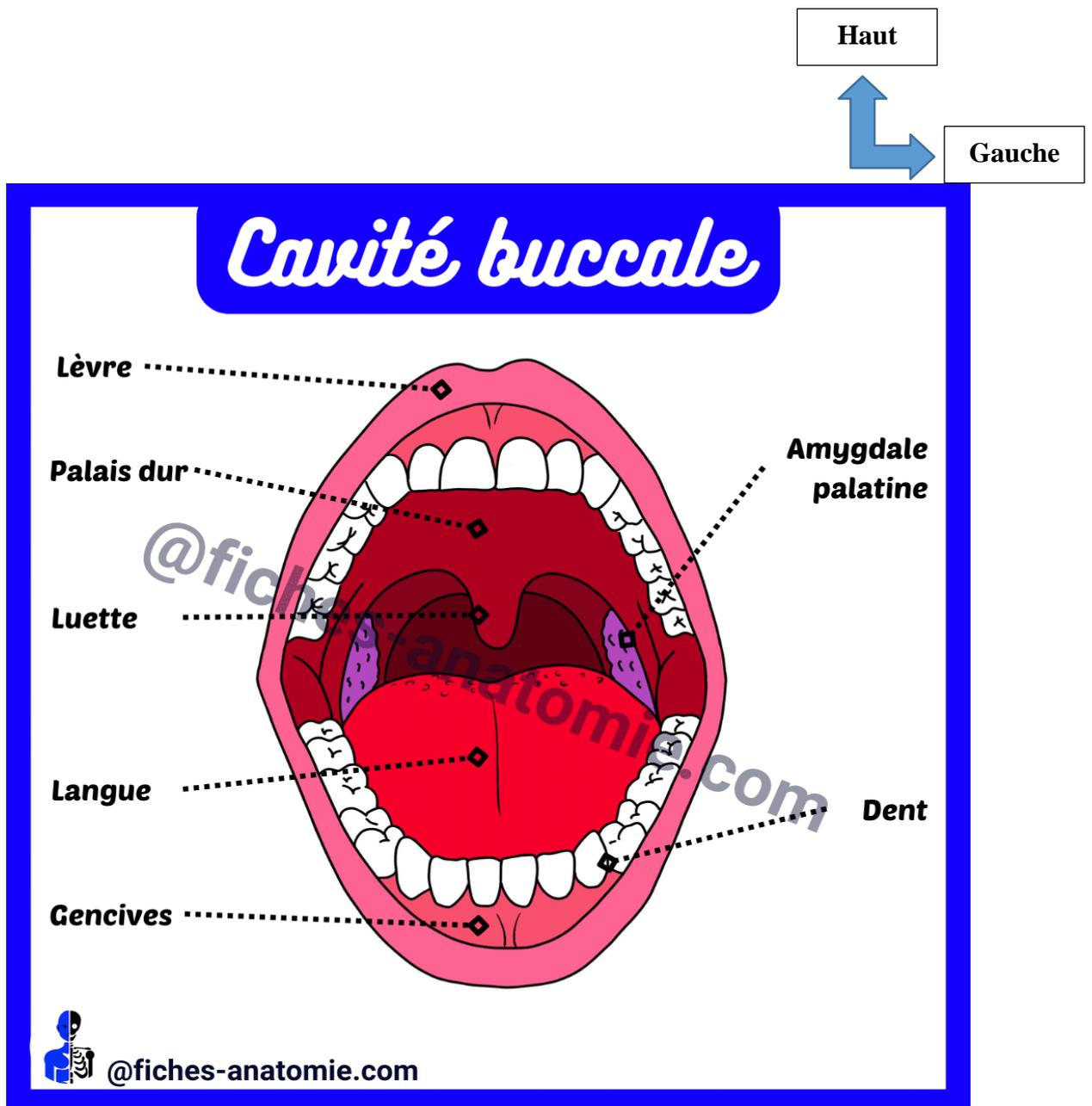


Figure 6 : anatomie de la cavité buccale [40]

I.5.3. Vascularisation et innervation [6]

➤ **Vascularisation**

- **artères** : carotide externe, artère linguale, artère palatine ascendante, artère pharyngienne ascendante, et artère labiale ;
- **les veines** sont des satellites des artères ;
- **le drainage lymphatique** se fait vers les chaînes sous-digastriques, sous-mento-maxillaires et sus-omohyoïdiennes.

➤ **Innervation**

- **motrice** : nerfs VII, IX et XII ;
- **sensitive** : nerfs V3 et IX.

II. ANATOMIE DU LARYNX

Le larynx, organe impair et médian, est situé dans la partie moyenne de la gaine viscérale du cou, au-dessus de la région infra-hyoïdienne. Il est impliqué dans la phonation, la respiration et la déglutition.

II.1. Structure et cartilage du larynx[36]

Le larynx est constitué d'un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde, comprenant :

- **cartilages pairs** : cartilages cornicules de Santorini, cartilages cunéiformes de Wrisberg, cartilages aryténoïdes ;
- **cartilages impairs et médians** : cartilage thyroïde, cartilage cricoïde, épiglotte.

Ces cartilages sont reliés par des articulations, des membranes et des ligaments :

- **articulations** : cricoaryténoïdienne et crico-thyroïdienne ;
- **membranes et ligaments** : membrane crico-trachéale, thyro-hyoïdienne, crico-thyroïdienne, ligaments de l'épiglotte et du complexe aryténoïdien (figure 7).

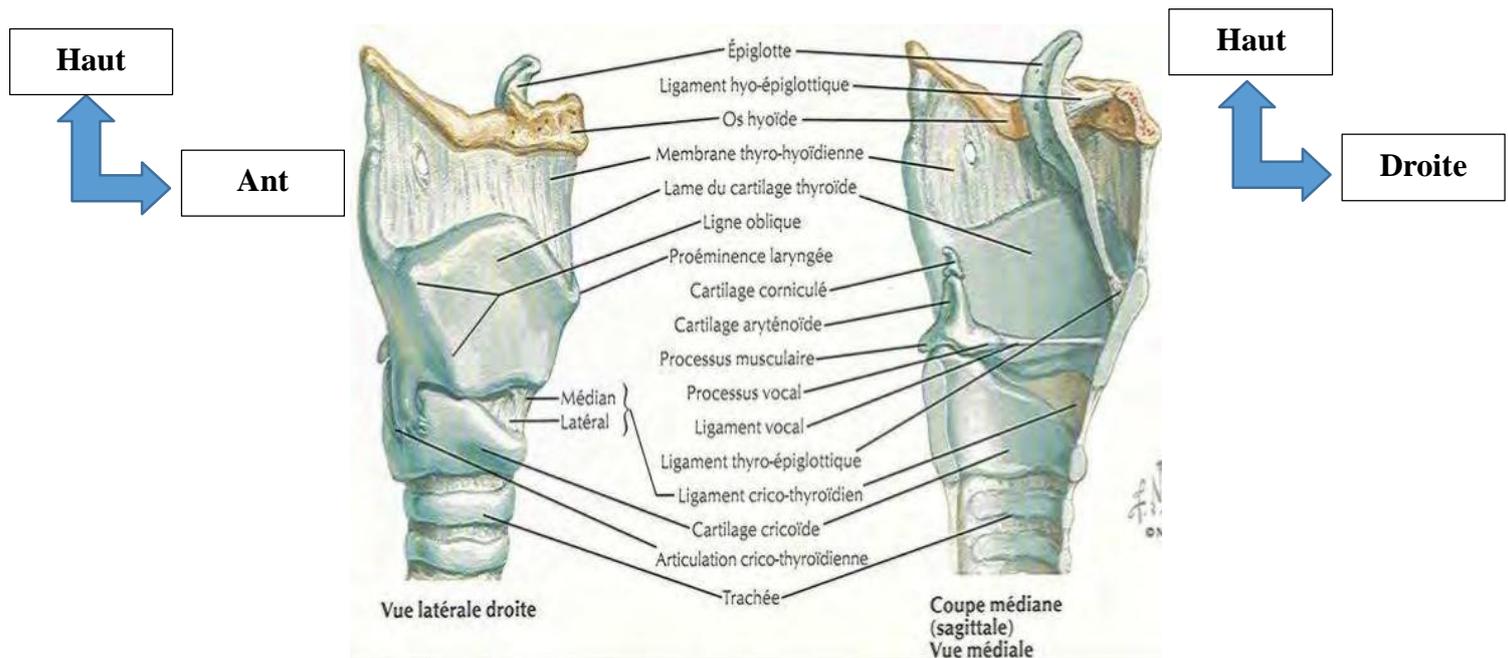


Figure 7 : coupe sagittale du larynx avec différents cartilages, ligaments et articulations [60]

Les cartilages sont recouverts par une muqueuse respiratoire et un appareil musculaire.

II.2. Musculature du larynx [18]

Les muscles du larynx sont divisés en :

- ✓ **Muscles intrinsèques** (attachés uniquement aux structures internes du larynx) :
 - Exemples et fonctions (**TABLEAU II**) : le muscle thyro-aryténoïdien raccourcit les plis vocaux, tandis que le crico-aryténoïdien postérieur ouvre la glotte (figure 8).
- ✓ **Muscles extrinsèques** (avec attache externe au larynx) :
 - Comprennent les muscles sus-hyoïdiens (élevateurs du larynx) et sous-hyoïdiens (abaisseurs du larynx) (**TABLEAU III**).

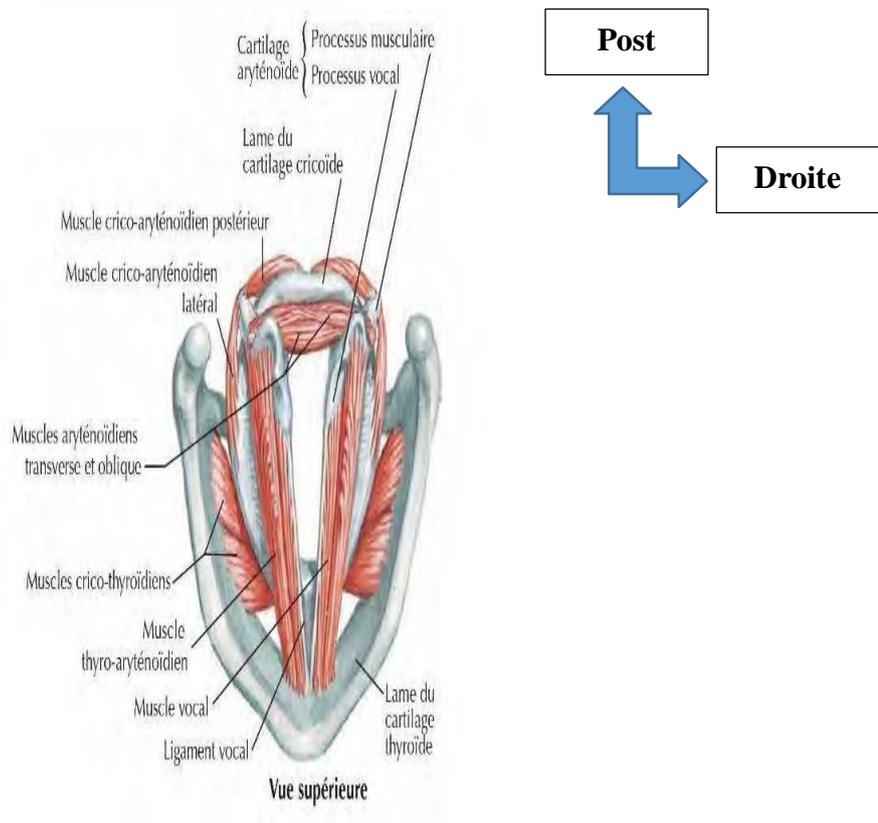
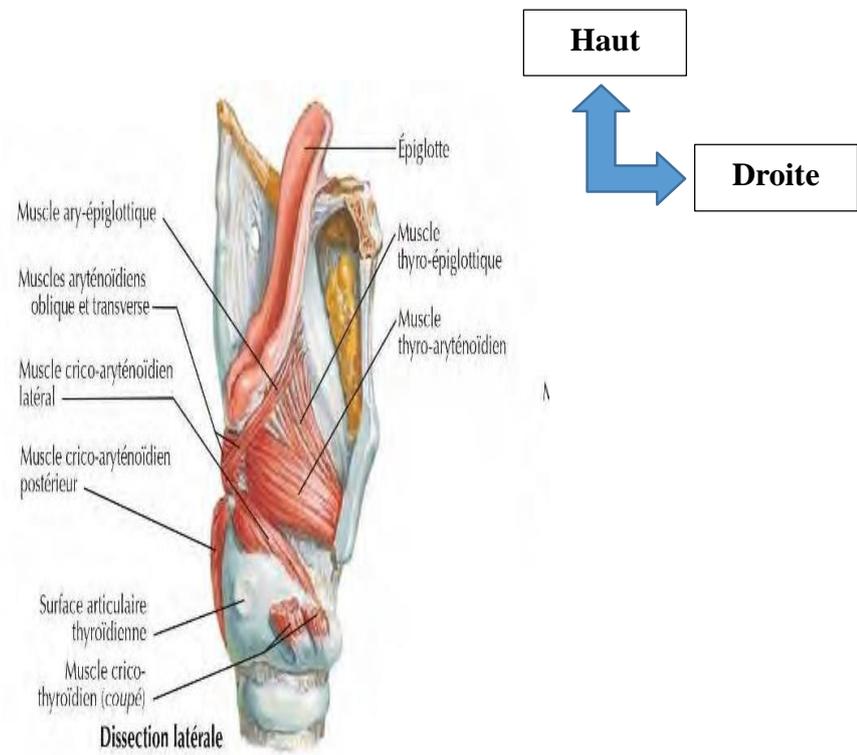


Figure 8 : constituants musculaires du larynx [60]

TABLEAU II : muscles intrinsèques du larynx

Muscles intrinsèques du larynx et leurs fonctions	
Nom	Fonctions
Thyro-aryténoïdien et muscle vocal	Raccourcissement des plis vocaux, adduction des cordes vocales + augmentation de la tension
Crico-thyroïdien	Augmentation de longueur et de la tension des plis vocaux, Adduction des cordes vocales
Crico-aryténoïdien postérieur	Abduction des aryténoïdes, ouverture de la glotte
Crico-aryténoïdien latéral	Rapprochement des apophyses vocales, fermeture de la glotte
Aryténoïdien transverse	Adduction des aryténoïdes, fermeture de la glotte

TABLEAU III : muscles extrinsèques du larynx

Muscles extrinsèques du larynx	
Nom	Fonctions
Muscles sus-hyoïdiens	
Digastrique	<i>Ventre postérieur</i> : élévation et rétractation l'os hyoïde, élévation du larynx <i>Ventre antérieur</i> : quand l'os hyoïde est fixé, abaissement de la Mandibule, élévation du larynx
Mylo-hyoïdien	Tire l'os hyoïde vers le haut et vers l'avant
Géno-hyoïdien	Tire l'os hyoïde vers l'avant
Stylo-hyoïdien	Élévation et rétractation de l'os hyoïde
Hyoglosse	Tire l'os hyoïde vers le haut et abaisse le dos de la langue
Muscles sous-hyoïdiens	
Thyro-hyoïdien	Abaisse l'os hyoïde ou élève le cartilage hyoïde
Sterno-hyoïdien	Abaisse l'os hyoïde et le larynx
Omo-hyoïdien	Abaisse l'os hyoïde
Sterno-thyroïdien	Abaisse le cartilage thyroïde et le larynx

II.3. Division de la cavité laryngée [55]

La cavité laryngée est divisée en trois étages (figure 9) :

- **étage supérieur ou vestibule laryngé** ;
- **étage moyen ou glottique**, limité par les cordes vocales ;
- **étage inférieur ou infra-glottique**, en continuité avec la trachée.

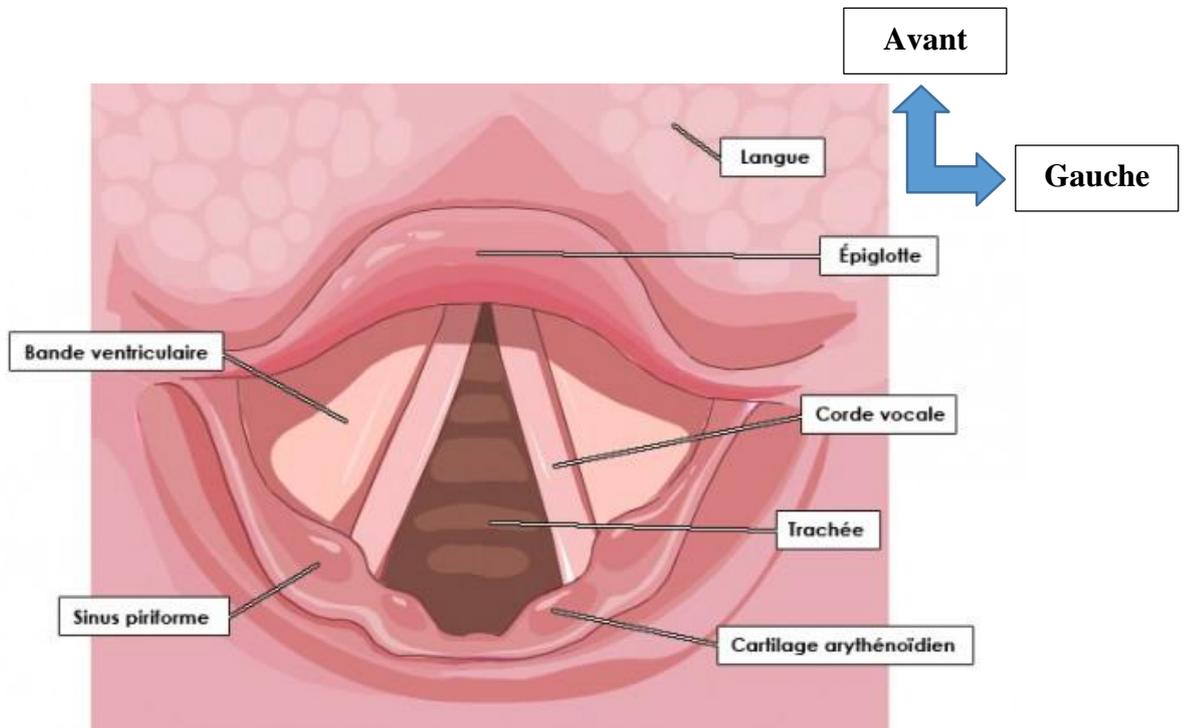


Figure 9 : anatomie du larynx[45]

II.4. Vascularisation et innervation du larynx [1]

✓ **Vascularisation :**

- **Artères** : artère laryngée supérieure, artère crico-thyroïdienne (laryngée moyenne) et artère laryngée inférieure.
- **Veines** : satellites des artères, drainées par les veines thyroïdiennes supérieures et postérieures.

✓ **Drainage lymphatique** : ganglions jugulaires moyens, inférieurs, sus-claviculaires et prétrachéaux.

✓ **Innervation** : assurée par les nerfs laryngés supérieur et inférieur.

III. PHYSIOLOGIE [18,13,86,91,58,12,78,89,81,19,96,98]

Le pharynx occupe une position stratégique au carrefour des voies aériennes et digestives supérieures, ce qui lui confère des fonctions vitales et complexes. Ces fonctions se répartissent entre la déglutition, la respiration, la phonation, la gustation, l'audition et même l'olfaction. Grâce à son rôle essentiel dans la coordination de ces différentes actions, il participe à de nombreux mécanismes réflexes et volontaires.

III.1. Les grandes fonctions du pharynx

III.1.1. La déglutition

La déglutition est une action complexe qui se déroule en trois phases :

- **phase buccale (volontaire)** : le bolus alimentaire est propulsé vers l'oropharynx par l'action des muscles de la langue ;
- **phase pharyngée (involontaire)** : le pharynx se contracte pour permettre le passage du bolus vers l'œsophage tout en fermant les voies respiratoires par l'élévation du larynx et la fermeture de l'épiglotte ;
- **phase œsophagienne (involontaire)** : le bolus est propulsé dans l'œsophage par des contractions péristaltiques.

Ces étapes garantissent que la nourriture suit le bon trajet, évitant son entrée dans les voies respiratoires.

III.1.2. La Phonation

Le pharynx intervient dans la formation des sons produits par le larynx. Lorsque l'air expiré traverse les cordes vocales, il est modulé par les structures sus-glottiques, y compris le pharynx, pour produire les phonèmes. Le timbre de la voix est déterminé par les harmonies produites dans les cavités du pharynx et de la bouche :

- **voyelles** : elles sont formées par la modulation du son laryngien, amplifié et modifié par les cavités buccale et pharyngée ;

- **consonnes** : leur formation implique des rétrécissements plus marqués au niveau de la bouche, impliquant la langue, les lèvres et le voile du palais.

III.1.3. L'olfaction

Le pharynx, particulièrement au niveau du rhinopharynx, est impliqué dans la perception des odeurs par le mécanisme de l'olfaction rétro nasale. Ce processus permet de percevoir les arômes alimentaires pendant la mastication et la déglutition.

III.1.4. La gustation

Les bourgeons gustatifs, présents sur la langue mais aussi au niveau du pharynx (en particulier sur l'épiglotte et les parois latérales du pharynx), permettent la perception des saveurs alimentaires. Cette perception est étroitement liée à l'olfaction, puisque les molécules odorantes sont également perçues lors de la déglutition par la voie rétronasale.

III.1.5. L'audition

Le pharynx joue un rôle dans la régulation de la pression dans l'oreille moyenne grâce à la trompe d'Eustache, qui s'ouvre au niveau du nasopharynx. Ce mécanisme permet d'équilibrer la pression de l'air de chaque côté du tympan, essentiel pour une audition normale.

III.1.6. La respiration

Le pharynx participe au flux d'air entre le nez, la bouche et les voies respiratoires inférieures. L'air inspiré traverse les fosses nasales et l'oropharynx pour atteindre la trachée, tandis que le voile du palais et l'épiglotte jouent un rôle de valve pour empêcher la pénétration des aliments dans les voies respiratoires lors de la déglutition.

IV. IMMUNOLOGIE [42,88,58]

Le **système immunitaire des muqueuses des voies aérodigestives supérieures (VADS)** est un élément clé de la défense de l'organisme contre les agents pathogènes inhalés et ingérés. Ce système repose principalement sur un tissu lymphoïde diffus, dont l'élément central est **l'anneau de Waldeyer**. Cet anneau est constitué des végétations adénoïdes (**amygdales pharyngiennes**), ainsi que des amygdales palatines et linguales.

Les amygdales et les végétations, grâce à leur position stratégique, captent les antigènes provenant à la fois de l'air inhalé et des aliments ingérés. Elles jouent un rôle crucial dans la mise en place de la défense immunitaire spécifique, par l'intermédiaire de deux mécanismes :

- **l'immunité humorale** : les plasmocytes présents dans le tissu amygdalien produisent des immunoglobulines (IgG, IgA, IgM, IgD), qui neutralisent les agents pathogènes.
- **l'immunité cellulaire** : les macrophages, cellules dendritiques, et lymphocytes T et B, présents dans les amygdales, captent les antigènes et déclenchent des réponses immunitaires adaptées.

L'exposition répétée aux antigènes permet la sélection de cellules spécifiques pour chaque antigène, conduisant à la prolifération de clones de lymphocytes spécifiques. Ce mécanisme d'apprentissage immunitaire joue un rôle fondamental dans le développement de la mémoire immunitaire.

Ainsi, la muqueuse des VADS a une double fonction : elle permet une reconnaissance rapide des antigènes (rôle d'information antigénique) et une protection efficace contre les agents pathogènes, qu'ils soient inhalés ou ingérés.

V. PHYSIOPATHOLOGIE [33,68,92,90,46]

Le diagnostic de la pharyngite chronique repose sur l'observation d'une variété d'aspects de la muqueuse pharyngée. Certains sont caractéristiques de cas cliniques bien définis, tandis que d'autres sont moins spécifiques et peuvent être

associés à des étiologies diverses. Il est également important de noter **la grande diversité d'aspects que peut présenter la muqueuse pharyngée normale**, ce qui rend l'identification des anomalies plus complexe.

V.1. Pharyngite atrophique

La **pharyngite atrophique** se caractérise par une muqueuse fine, dépouillée, de couleur uniforme, souvent rose ou rouge. Contrairement à la muqueuse pharyngée normale, qui est humide et brillante, celle-ci apparaît sèche et sans luisance. Lors des mouvements, de légers plis peuvent momentanément se former. La particularité de ce type de pharyngite est l'absence visible de formations lymphoïdes (figure 10).

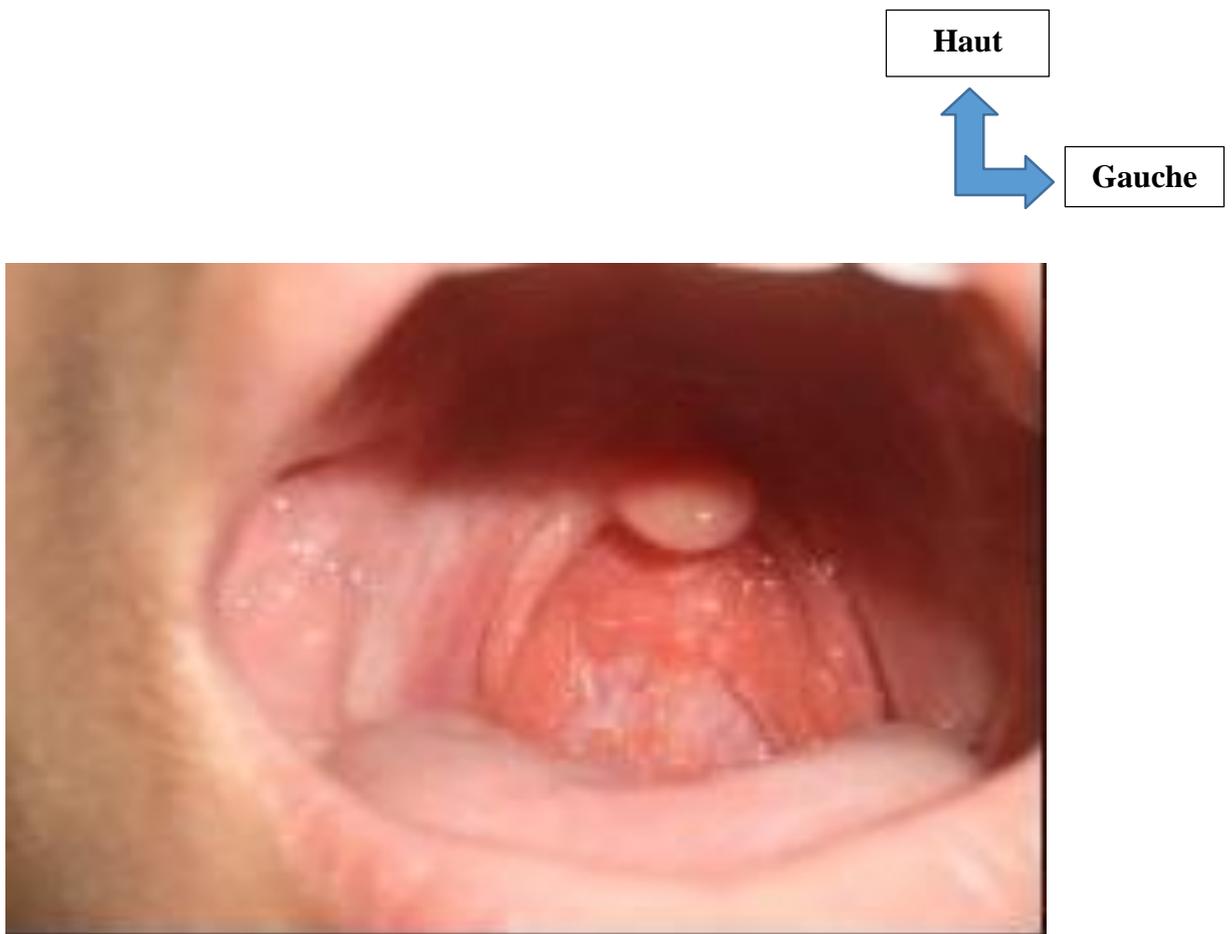


Figure 10 : image de la pharyngite atrophique [54]

Ce type de pharyngite est fréquemment observé dans des situations où il existe une béance exagérée des voies respiratoires, généralement due à des pathologies spécifiques ou à des interventions chirurgicales au niveau des fosses nasales. Un stade avancé de cette affection, comme dans le cas de l'ozène, présente une muqueuse atrophique accompagnée de croûtes abondantes, surtout dans le cavum et l'oropharynx. La déglutition peut alors faciliter le nettoyage des formations croûteuses.

V.2. Pharyngite hypertrophique

La **pharyngite hypertrophique** est marquée par une muqueuse épaissie et rougeâtre, avec un aspect humide et brillant au niveau du voile du palais, des piliers et des amygdales. Ce type de pharyngite peut s'accompagner d'une hypertrophie lymphoïde qui adopte deux formes principales :

- **forme granuleuse** : Elle se caractérise par une abondance de follicules lymphoïdes sur la surface de la muqueuse ;
- **faux piliers (ou troisièmes piliers)** : Dans cette forme, l'amas de follicules lymphoïdes est prédominant aux angles latéraux du pharynx, créant des bourrelets qui saillent derrière les piliers postérieurs et s'étendent dans le rhinopharynx et la fossette de Rosenmüller.

V.3. Pharyngite rouge érythémateuse

La **pharyngite érythémateuse** se présente comme un énanthème pharyngé diffus, principalement d'origine vasomotrice. Elle se manifeste par une rougeur généralisée de la muqueuse pharyngée, sans autres anomalies apparentes. Ce type de pharyngite est le moins spécifique et peut survenir dans de nombreuses circonstances étiologiques. Il est souvent retrouvé dans des cas d'intolérance (tabac, alcool, prothèses dentaires), de reflux gastro-œsophagien, ou au début d'une pharyngite inflammatoire qui évoluera ensuite vers une forme muco-

purulente. Il est également fréquemment observé dans les pharyngopathies associées aux rhinopathies vasomotrices allergiques (figure 11).



Figure 11 : image de la pharyngite érythémateuse [54]

V.4. Pharyngite congestive

La pharyngite congestive se distingue par une muqueuse rouge vif, épaisse et succulente. Le voile du palais, les piliers et les amygdales présentent également un aspect similaire. La surface de la muqueuse est souvent mate et sèche, parfois même vernissée, sans formations lymphoïdes visibles. La luette est fréquemment œdémateuse. Cette forme de pharyngite est souvent associée à des sécrétions épaisses et adhérentes, qui peuvent être retirées manuellement à l'aide d'une pince ou d'un écouvillon (figure 12).

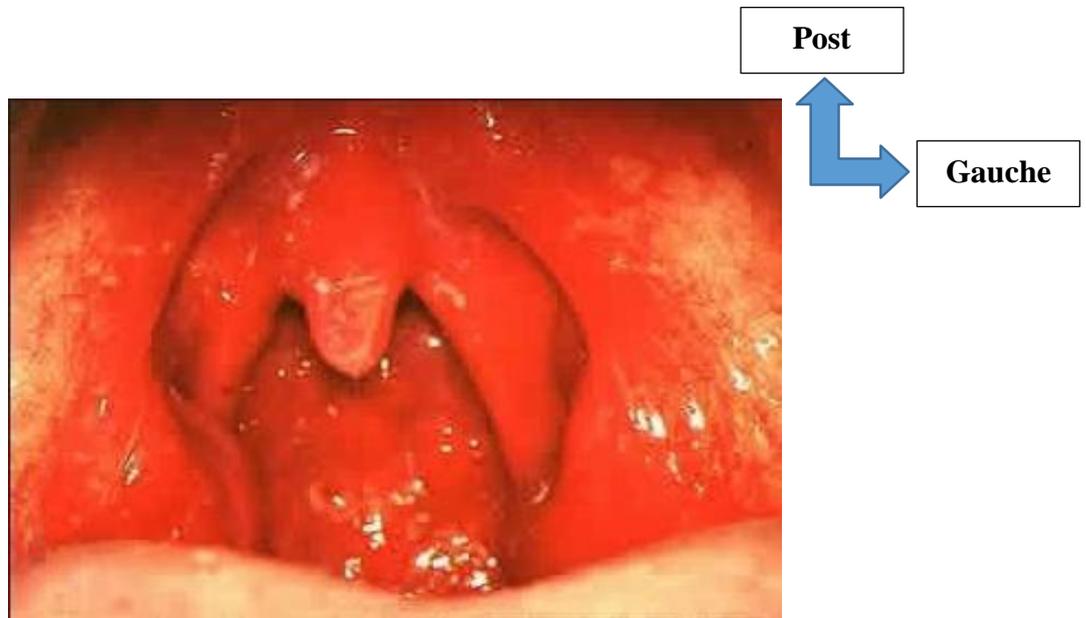


Figure 12: image de la pharyngite rouge congestive[54]

V.5. Pharyngite mucopurulente congestive et hypertrophique

Cette forme de pharyngite se rencontre particulièrement chez l'enfant et peut être associée à une inflammation chronique diffuse des tissus lymphoïdes du pharynx, formant ainsi une adéno-pharyngite. La muqueuse apparaît écarlate, sèche et vernissée, avec une perte progressive des îlots lymphoïdes. La luette est nettement œdémateuse. Les sécrétions sont épaisses, gommeuses, et collantes. Elles peuvent être difficilement expulsées par des manœuvres de toux, raclage ou reniflage, nécessitant parfois l'intervention d'une pince pour les détacher de la muqueuse (figure 13).

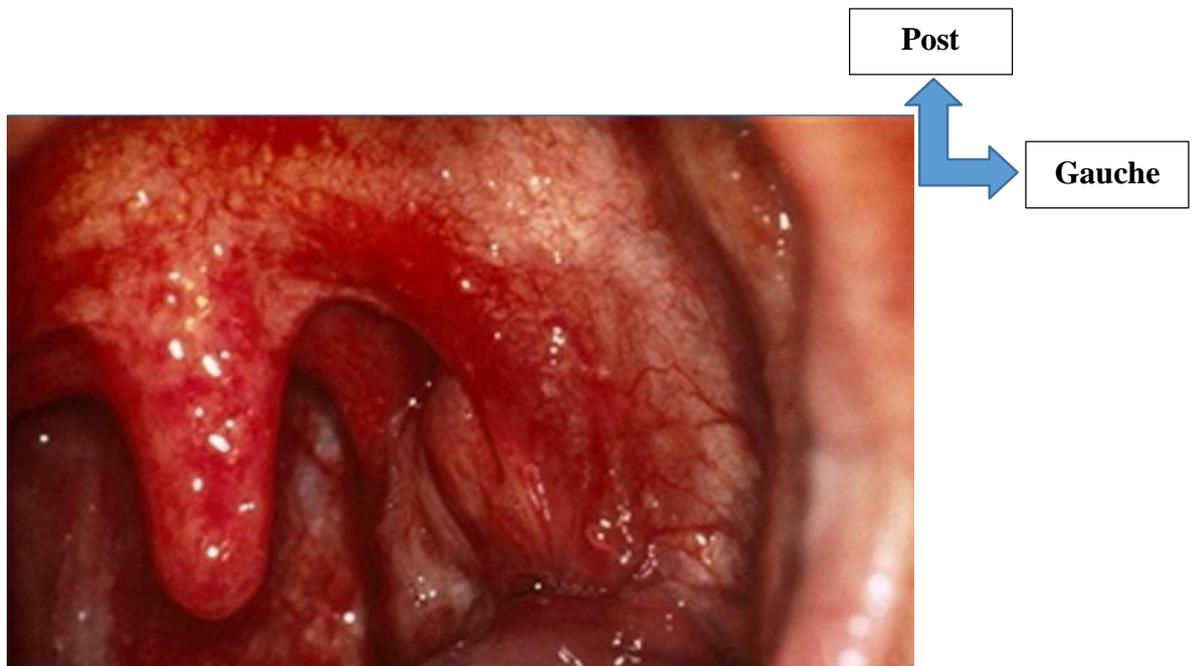


Figure 13: image de la pharyngite mucopurulente [15]

VII. ÉTUDE CLINIQUE

VII.1. Diagnostic positif

VII.1.1. Circonstances de découverte

Les circonstances diagnostiques de la pharyngite chronique peuvent varier en fonction de la symptomatologie présentée par le patient, son âge, ainsi que les signes fonctionnels associés. Le diagnostic peut être posé de manière fortuite lors d'un examen de routine ou en réponse à des complications spécifiques.

Les signes fonctionnels sont regroupés en plusieurs catégories :

- manifestations oropharyngées : les patients peuvent se plaindre de pharyngites chroniques ou de sensations désagréables dans la gorge, telles que des paresthésies chroniques (fourmillements, picotements), une impression de striction, des brûlures, ou encore une sensation de boule ou de corps étranger dans le pharynx. Ces symptômes entraînent souvent un hémage (raclement de gorge) fréquent ;
- manifestations laryngées : la dysphonie chronique, symptôme le plus fréquent dans ce cadre, est caractérisé par des altérations de la voix d'intensité variable. Elle peut évoluer jusqu'à une aphonie complète dans certains cas. Les patients peuvent également présenter une toux chronique ;

- manifestations oto-rhinologiques : certains patients présentent des otalgies réflexes (douleurs auriculaires sans pathologie de l'oreille), des rhinorrhées ou d'autres symptômes touchant les voies aériennes supérieures.
- devant des complications
- découverte fortuite (examen ORL, endoscopie)

VII.1.2. Examen clinique [34]

Pour identifier les manifestations ORL associées aux **pharyngites chroniques**, un examen clinique complet est essentiel. Cet examen se compose des éléments suivants :

VII.1.2.1. Interrogatoire

Il est la pierre angulaire de l'examen chez un patient présentant une pharyngite

➤ Malade :

Il convient de recueillir des informations sur l'état civil (âge, sexe, profession, origine, ethnie, date d'apparition des premiers symptômes, situation matrimoniale) ainsi que sur les facteurs favorisants. Ceux-ci incluent les habitudes alimentaires (repas copieux, épicés, aliments gras, heure du dernier repas, position après les repas), des éléments spécifiques comme la consommation d'arachides, de chocolat, de café, de boissons gazeuses, et le port de vêtements serrés. Les antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que le mode de vie (consommation d'alcool, tabagisme, stress), doivent également être pris en compte.

➤ Maladie :

Les signes fonctionnels à évaluer comprennent les rhinopharyngites chez l'enfant, des sensations de brûlure gastrique, une rugosité ou des paresthésies chroniques avec une impression de striction, ainsi que des sensations de brûlure ou de corps étranger dans la gorge. Il est important de noter le caractère récidivant de ces symptômes et l'absence de contexte infectieux.

VII.1.2.2. Examen général

Il consiste à évaluer l'état général du patient selon les critères de l'OMS, ainsi que l'hydratation et la nutrition. Il faudra vérifier la coloration des muqueuses, la tension artérielle, le poids (IMC), la taille, la température et l'état de conscience.

VII.1.2.3. Examen physique

Cet examen doit être rigoureux, bilatéral et comparatif. Il s'effectue sur un patient assis, avec la ceinture scapulaire dégagée, dans une salle bien éclairée respectant l'intimité du patient. L'examen doit inclure un matériel ORL complet, tel qu'un **miroir frontal de Clar**, un **miroir laryngé**, des **abaisse-langues**, des **compresses**, du **xylocaïne (spray et injectable)**, une **boîte à biopsie** et un **nasofibroscope...**

VII.1.2.3.1. Examen ORL

Cet examen doit être soigneux et méthodique, englobant l'ensemble de la sphère ORL. Les étapes à suivre incluent

VII.1.2.3.1.1. Examen des muqueuses

Examen de la cavité buccale et oropharyngée [34]

L'examen oropharyngé à la recherche d'une inflammation du pharynx se réalise à l'aide d'une lampe frontale ou miroir de clar et d'un abaisse-langue. Cet examen buccopharyngé doit être méthodique. Il commence par l'étude de la protrusion de la langue et ses mouvements de latéralité, l'aspect de la muqueuse (normale, rouge, décapillée, enduit blanchâtre), asymétrie (amyotrophie) puis explore de toute la cavité buccale de façon symétrique. L'examen de la dentition et le contrôle de l'hygiène des prothèses dentaires doit être également réalisé. La région du V lingual est aperçue en tirant d'une main sur la langue et en déprimant sa partie postérieure avec un abaisse-langue.

L'examen des loges amygdaliennes demande beaucoup d'attention pour préciser

le volume et l'aspect des amygdales et l'état des cryptes après avoir déplissé les piliers et les sillons amygdalo-glosse à l'aide d'un crochet mousse.

La palpation constitue un temps fondamental de l'examen qui permet de préciser le siège de la douleur, exprimer par pression les amygdales et mettre en évidence des sécrétions purulentes ou parfois découvrir une zone indurée passée inaperçue à l'inspection [71].

Elle révèle souvent une congestion uniforme de la muqueuse pharyngée, avec une atteinte prédominante des parois latérales, postérieures et des piliers postérieurs des amygdales, qui peuvent être dédoublés et épaissis. Les amygdales sont généralement saines, mais peuvent être cryptiques dans certains cas[26]. D'autres observations peuvent inclure de faux piliers postérieurs, une rhinorrhée postérieure, des îlots de tissus lymphoïdes inflammatoires, une chéilite ou une langue dépapillée. Des avulsions, des abcès, des caries ou des érosions dentaires peuvent également être retrouver[75] (figures 14 et 15).



Figure 14 :image érosion dentaire, vue faciale des lèvres et des dents[23]



Figure 15 : image de l'érosion dentaire, vue palatine[23]

VII.1.2.3.1.2. Rhinoscopie antérieure et postérieure

La rhinofibroscopie fait partie de l'examen clinique ORL, et se pratique en consultation après une courte anesthésie locale des fosses nasales. Le rhinopharynx ou cavum est sans doute le secteur pharyngé le plus difficile à explorer en raison des difficultés de son accès. La rhinoscopie antérieure, même après rétraction des cornets à l'aide de vasoconstricteurs, ne permet pas l'exploration du cavum. Elle permet tout de même l'examen général des fosses nasales à la recherche de polype ou de tumeur, l'examen de la cloison nasale à la recherche de déviation, l'examen des cornets à la recherche d'une hypertrophie ou une inflammation muqueuse et l'examen des méats pouvant objectiver un écoulement (purulent, sanguinolent, clair) [92].

Cette procédure permet d'évaluer l'état de la muqueuse nasale, notamment la présence d'écoulements purulents, une coloration violacée ou une hypertrophie des cornets inférieurs. Il est crucial de rechercher l'existence de masses endonasales [34].

La rhinoscopie postérieure est la méthode la mieux adaptée à l'examen du cavum. Elle en permet une exploration visuelle indirecte par l'intermédiaire d'un miroir placé par la bouche au-dessous et en arrière du voile et tourné en haut et en avant.

Examen de l'hypopharynx

L'examen au miroir ou laryngoscopie indirecte permet une vision de la région pharyngolaryngée. L'utilisation d'une loupe binoculaire améliore la vision.

La rhinopharyngoscopie directe consiste à examiner le cavum par l'avant à travers les fosses nasales en utilisant une fibre optique rigide ou encore un fibroscope souple qui explore facilement les différentes parois[11].

VII.1.2.3.1.3. La Laryngoscopie indirecte et la Nasofibroskopie [34]

La Laryngoscopie indirecte au miroir permet d'apprécier l'état de la base de langue, des fossettes sous-amygdaliennes, de la muqueuse pharyngo-laryngée à la recherche de l'existence ou non d'une anomalie muqueuse, de lésion suspecte. Cet examen peut être remplacé par la nasofibroskopie en cas de reflexe nauséeux important ou de refus du malade.

L'examen laryngé permet l'examen du larynx et révèle les anomalies.

La nasofibroskopie est un examen clinique qui sert à voir le cavum, l'oropharynx, une partie de l'hypopharynx et du larynx.

Elle consiste à introduire une petite fibre optique de 4,2 mm de diamètre dans une fosse nasale jusqu'à l'arrière-gorge. Le système optique est raccordé à une source lumineuse permettant la transmission à distance d'une lumière froide dont la puissance et l'intensité sont réglables. Cet examen n'est pas douloureux mais peut entraîner une sensation de gêne[21] (figure 16).



Figure 16 : image de l'examen par la nasofibroskopie
(Image Service ORL, hôpital de la Paix)

Le passage de la sonde dans des zones étroites peut entraîner une sensation d'irritation ou de légères douleurs qui disparaissent au retrait du nasofibroscope. La présence d'un corps étranger, que représente le nasofibroscope dans le nez, peut déclencher exceptionnellement un malaise « vagal », dû à son caractère stimulant sur la muqueuse. Il existe une possibilité d'anesthésie topique par du gel à la xylocaïne risque d'infection en absence de respect de règles de désinfection.

➤ **Au niveau glottique**

Certaines anomalies retrouvées à la face postérieure du larynx font évoquer un RPL (figures **17 et 18**) il s'agit de :

- érythème ou hyperhémie des aryténoïdes ;
- érythème des cordes vocales ;
- oedème des cordes vocales et pachydermie ;
- hypertrophie de la commissure postérieure **[53]**

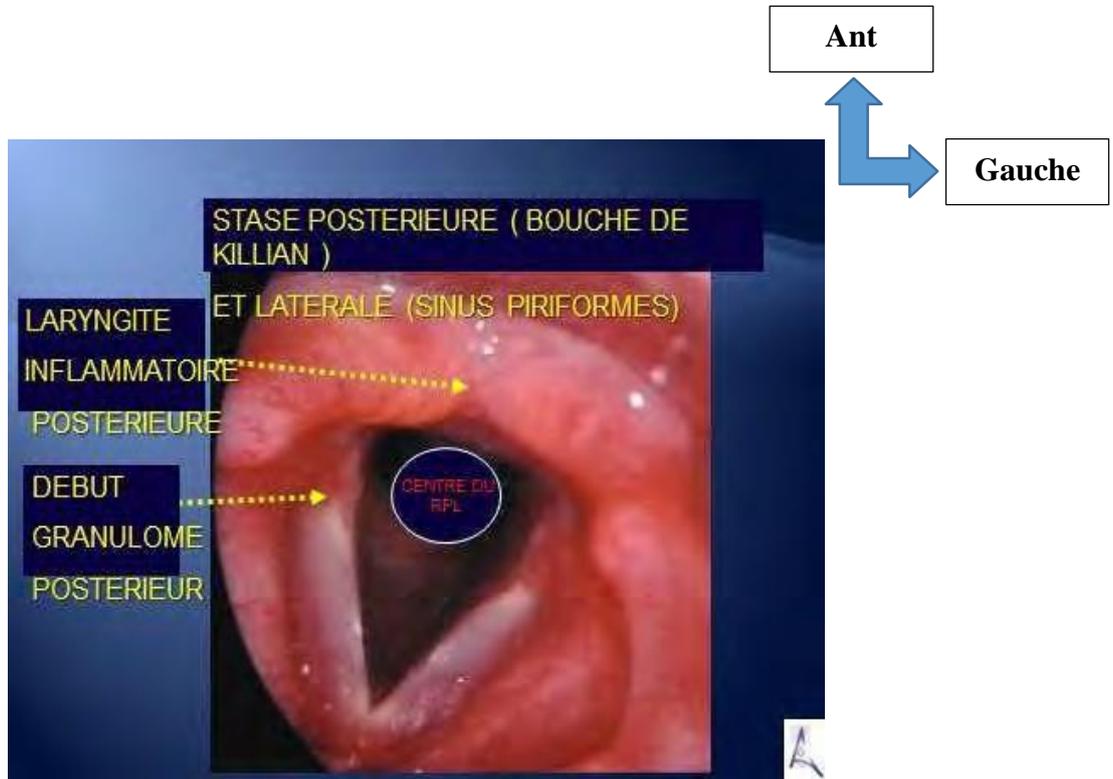


Figure 17 : laryngite postérieure avec stase laryngée et granulome postérieur (flèches) [34]

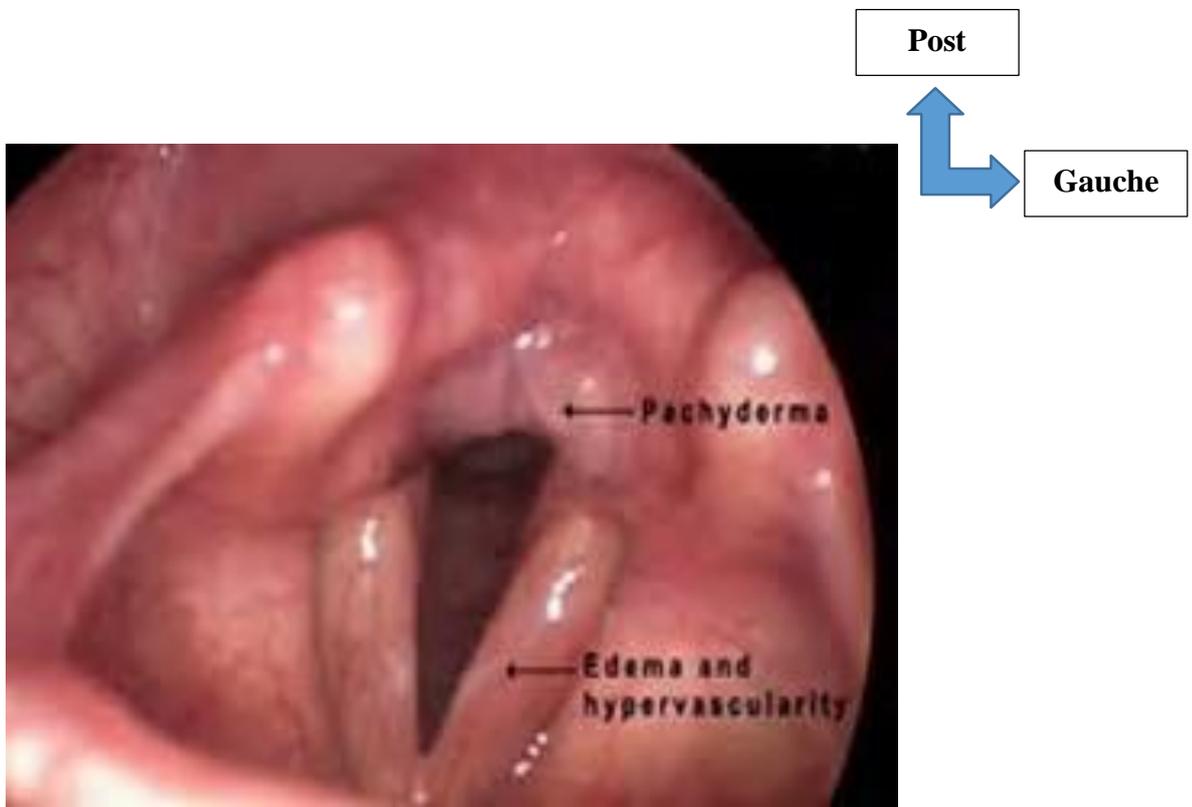


Figure 18 : pachydermie avec œdème et hypervascularisation laryngée (flèches) [34]

➤ **Au niveau supra-glottique**

Aspect du comblement du ventricule secondaire à l'œdème supra-glottique (figure 19).



Figure 19: image de l'œdème du ventricule [34]

L'œdème de la région sous-glottique peut modifier l'aspect de la corde vocale réalisant un aspect de pseudosulcus (figure 20).

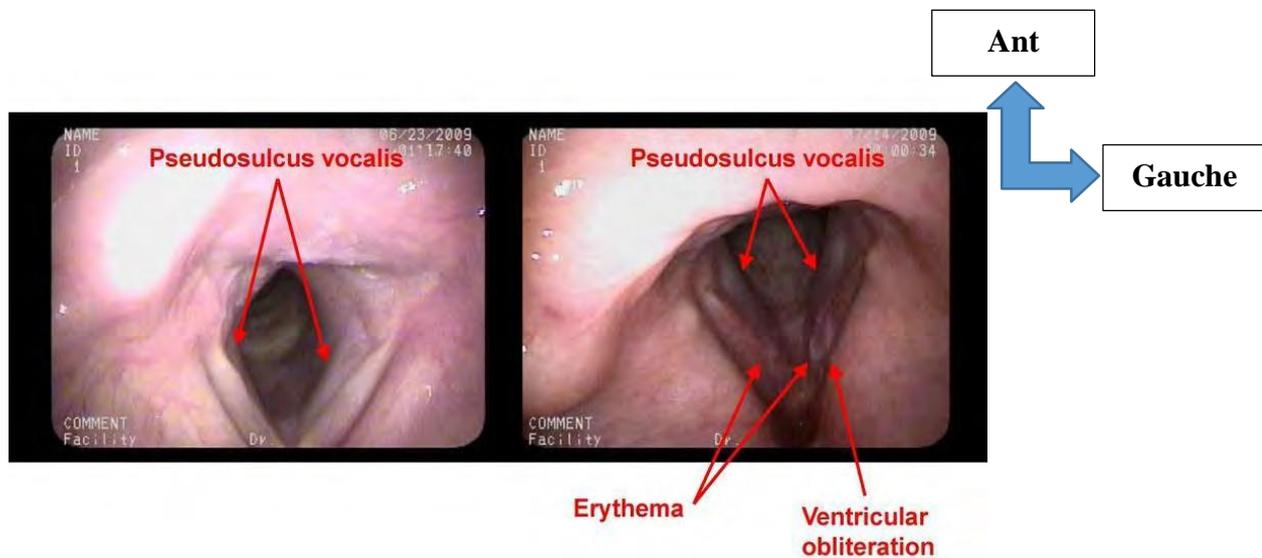


Figure 20 :image de pseudosulcus laryngé bilatéral (flèches) [34]

Dans le pseudosulcus, l'œdème sous forme de sillon s'étend à la partie postérieure du larynx, alors que dans le vrai sulcus il s'arrête au processus vocal (figure 21).

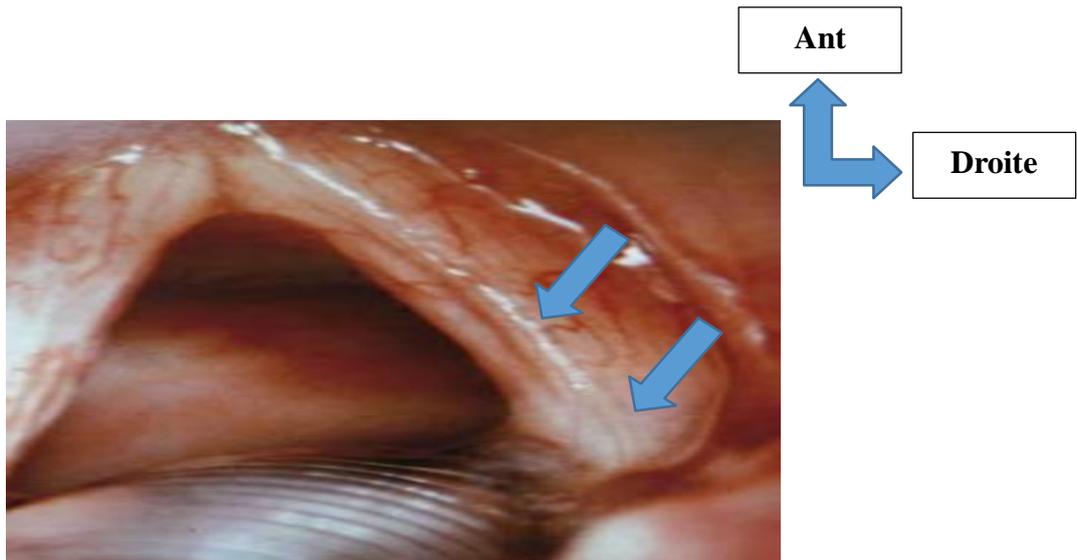


Figure 21: image de sulcus de la corde vocale droite en laryngoscopie indirecte (flèches)[34]

Les granulomes et les ulcères de l'aryténoïde sont estimés comme des complications du reflux pharyngolaryngé et constituent également des cofacteurs de carcinomes laryngés (figure 22).

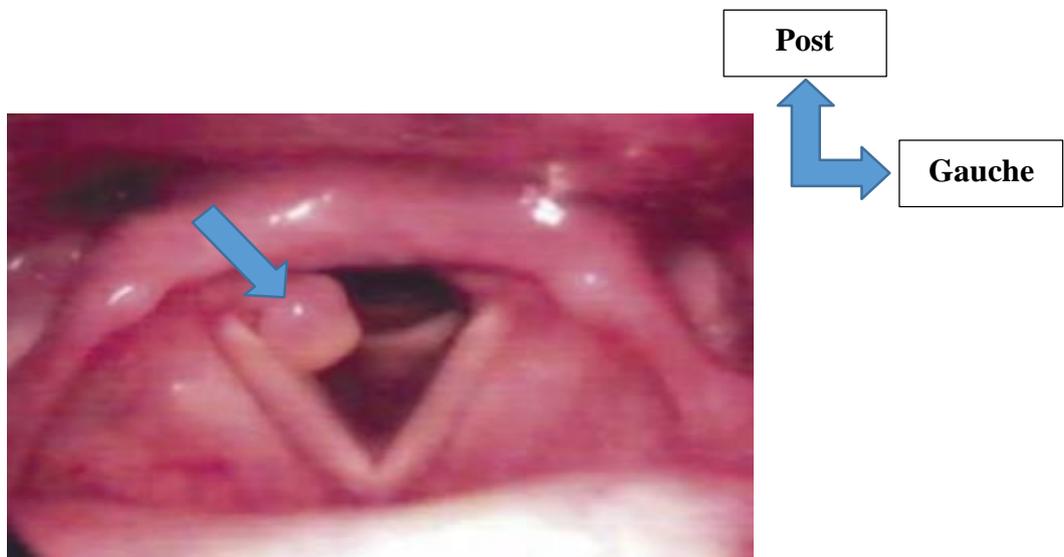


Figure 22 :image d'un granulome postérieur de la corde vocale droite à la nasofibrosopie (flèche) [34]

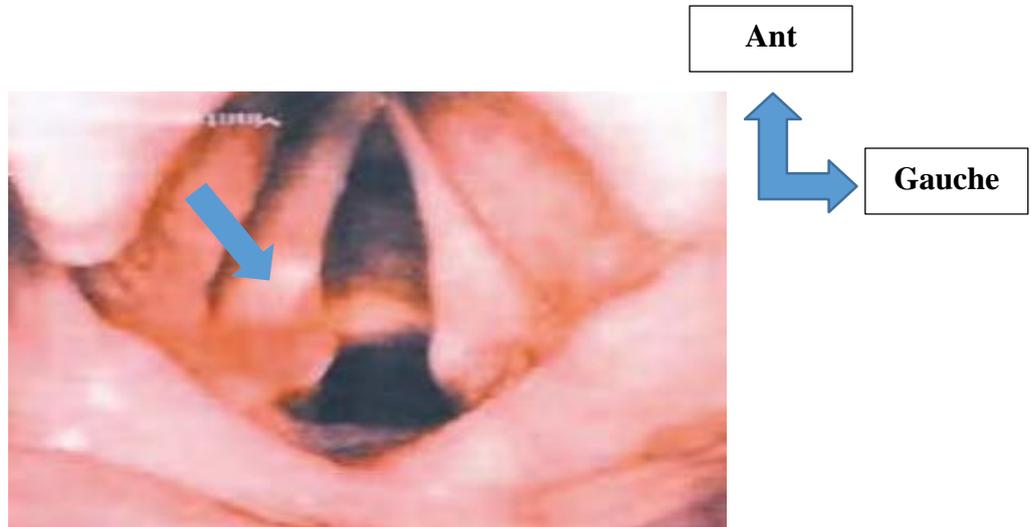


Figure 23 : image de l'ulcère de la corde vocale droite à un stade précoce à la nasofibroscope (flèche) [34]

➤ **Au niveau sous-glottique (examen fait sous AG)**

Le reflux pharyngolaryngé est considéré comme facteur de risque ou associé dans certaines sténoses.

Chez l'enfant, le RPL est considéré comme facteur aggravant des angiomes sous-glottiques et des laryngites allergiques, et joue un rôle majeur dans la pérennisation des sténoses sous-glottiques complètes des signes laryngés et extra-laryngés de reflux Belafsky et al. ont créé le Reflux Finding Score (RFS), une échelle clinique évaluant 8 signes de reflux cotés entre 0 et 26. Un score supérieur à 7 est fréquent chez les patients atteints de reflux pharyngolaryngé. Cependant, la subjectivité de cette méthode limite les comparaisons inter-études. Ces limites ont conduit au développement du Reflux Sign Assessment (RSA), récemment validé et jugé supérieur, permettant une évaluation plus complète des signes laryngés et extra laryngés.

TABLEAU I : reflux finding score [8]

1	Œdème subglotique	2 = présent 0 = absent
2	Oblitération ventriculaire	2 = partielle 4 = complète
3	Érythème/hyperémie	2 = limité aux aryténoïdes 4 = diffus
4	Œdème des plis vocaux	1 = léger 2 = modéré 3 = sévère 4 = polyploïde
5	Œdème laryngé diffus	1 = léger 2 = modéré 3 = sévère 4 = obstructif
6	Hypertrophie de la commissure postérieure	1 = léger 2 = modéré 3 = sévère 4 = obstructif
7	Granulome/granulation	2 = présent 0 = absent
8	Épaisseur du mucus endolaryngé	2 = présent 0 = absent
		Total

VII.1.2.3.1.4. Otoscopie

Elle permet de visualiser l'aspect de l'oreille externe ainsi la transparence du tympan qui peut être ambré, infiltré, parcouru de stries vasculaires, souvent

rétracté mais parfois bombé, rarement des niveaux hydro-aérique ou quelquefois d'aspect normal [34].

L'aspect souvent retrouvé est celui d'une OSM (figure 16) souvent liée à une contamination microbienne de l'oreille moyenne pouvant aboutir alors à une otite moyenne à répétition ou traînante [49].

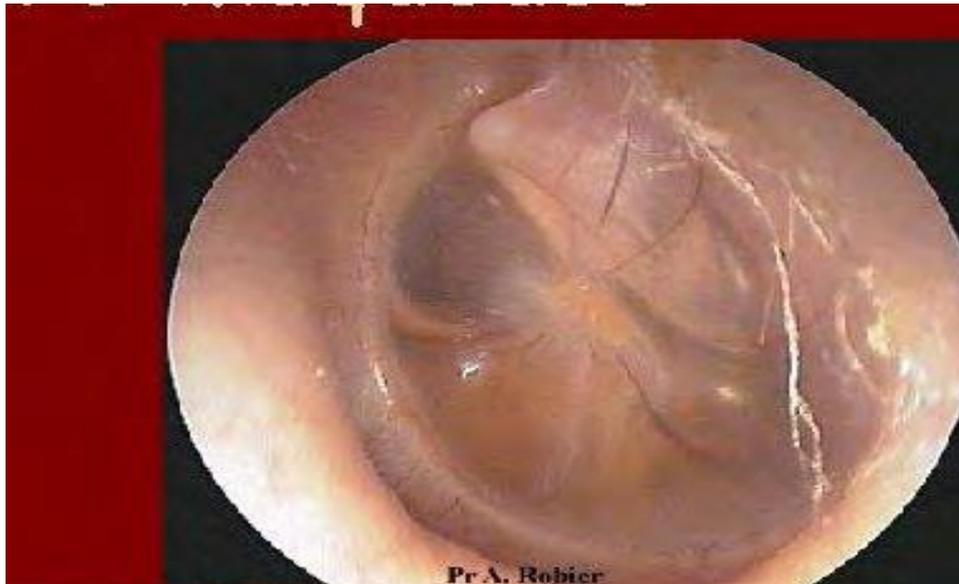


Figure 24 :image d'un épanchement stérile rétrotympanique (OSM) [34]

VII.1.2.3.1.5. Examen de la peau cervico-faciale

À la recherche de tuméfaction, fistule ou ulcération. Toute lésion doit être cataloguée avec toutes les caractéristiques à savoir la situation, la taille, le caractère fixé ou non, le nombre s'il s'agit de masse. Cet examen est souvent normal.

VII.1.2.3.1.6. Examen des aires ganglionnaires

Tous les secteurs ganglionnaires cervicaux sont examinés. Si présence d'adénopathie, préciser la situation, la taille, le caractère fixe ou non, le nombre et l'aspect de la peau en regard. Des adénopathies d'allure réactionnelles dues à l'inflammation pharyngée peuvent également être retrouvées.

VII.1.2.3.1.7. Examen des glandes

Un examen des glandes parotides, glandes sous-maxillaires et de la glande thyroïde doit être effectué afin de déceler d'éventuelles affections ou anomalies. Cet examen est souvent normal.

VII.1.2.3.1.8. Examen des nerfs crâniens

Tous les nerfs crâniens doivent être examinés de façon comparative et bilatérale à la recherche d'un signe ou anomalie.

VII.1.2.3.2. Examen des autres systèmes et appareils

L'examen doit être aussi complet que possible pour déceler d'éventuelles pathologies. À la fin de l'examen, un schéma des lésions observées doit être daté et signé.

VII.1.3. Examens paracliniques

VII.1.3.1. La panendoscopie

C'est une exploration visuelle et de palpation de la muqueuse de l'ensemble des voies aériennes et digestive supérieure. Elle comprend un examen de la cavité buccale, de l'oropharynx et de hypopharyngolaryngoscopie directe, une tracheo bronchoscopie, une œsophagoscopie, une cavoscopie ainsi qu'une palpation des aires ganglionnaires sous anesthésie générale[14].

VII.1.3.2. La pH-métrie œsophagienne

Elle établit le diagnostic positif de reflux en détectant et quantifiant les épisodes de reflux, elle est donc nécessaire si les symptômes sont typiques ou s'il existe une œsophagite significative à la FOGD. Elle est indiquée si les symptômes sont atypiques et la FOGD normale ou si les symptômes résistent à un traitement bien conduit et se fait au moyen d'une électrode place a 5cm au-dessus du SIO.

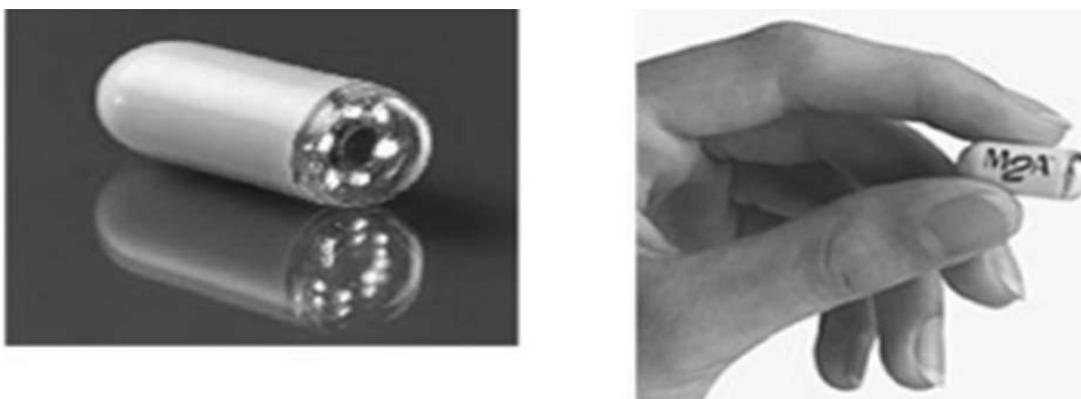
Le pH peut être enregistré durant 18-24 h, c'est la méthode la plus physiologique ; durant 3 heures après un repas test chez un patient debout, assis et couché. La pH-métrie n'a pas d'indication lorsque les symptômes du RGO sont typiques ou lorsque des érosions ou des ulcérations sont visibles à l'endoscopie. La sensibilité de la pH-métrie de 24h chez des patients présentant une œsophagite ulcérée varie entre 70 à 90 %. Il est probable que la sensibilité et la spécificité du pH-métrie soient plus faibles chez les patients présentant un clinique sans ulcérations ou érosions à l'endoscopie.

VII.1.3.3. Fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD)

La fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) est une endoscopie digestive. Elle a pour objectif d'étudier la muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et de la première partie de l'intestin grêle, la partie proximale du duodénum. En fonction des anomalies visualisées, un traitement peut être proposé dans le même temps.

VII.1.3.4. Transit œso-gastro duodenal (TOGD) [76]

Le transit baryté œsogastrique n'a pas d'intérêt pour le diagnostic du RPL. L'ingestion d'une vidéocapsule endoscopique permettra peut-être la détection fiable d'une œsophagite ou d'un EBO (figure 25).



(À droite : la taille de la vidéocapsule par rapport aux doigts d'une main)

Figure 25: image d'une vidéocapsule endoscopique[34]

➤ **Technique :**

L'examen, d'une durée d'environ 30 minutes, nécessite un jeûne de 6 à 8 heures. Le patient doit retirer tout objet métallique pouvant altérer l'image. Il se place debout devant l'appareil ou allongé sur une table. L'examen comprend deux phases : une dynamique et une statique.

VII.2. Diagnostic différentiel

Cela nécessite un examen clinique approfondi et, si nécessaire, des examens complémentaires [34,70]. Voici les principaux diagnostics différentiels à considérer :

- pharyngite aiguë : dure environ 3 à 7 jours, principalement virale (adénovirus, virus influenza, virus para influenza). Parmi les causes nous pouvons citer : les bactéries et le streptocoque b hémolytique du groupe A pour tout âge confondu
- tumeurs des voies aérodigestives supérieures : devant tout patient au passé alcoolo-tabagique, avoir l'idée d'un néoplasie sous-jacente à l'esprit surtout dans un contexte d'altération de l'état général ;
- les anomalies anatomiques comprennent les anomalies épiglottiques, l'hypertrophie des amygdales linguales, l'hypertrophie de la luette, l'épiglotte rétroversée (en contact avec le mur pharyngé), les pathologies traumatiques, les fractures et traumatismes laryngés, ainsi que les lésions traumatiques des muqueuses des voies aérodigestives supérieures ;
- les pathologies œsophagiennes et gastriques qui incluent l'œsophagite éosinophile, le diverticule de Zenker, la sclérodermie, l'œsophagite mycotique, la muqueuse gastrique ectopique œsophagienne, les néoplasies, les spasmes du muscle crico-pharyngien, les spasmes œsophagiens, le spasme du sphincter œsophagien inférieur, l'achalasia du Cardia, l'absence de péristaltisme ;

- les pathologies rhumatologiques et auto-immunes comprenant la polyarthrite rhumatoïde, la sarcoïdose pharyngo-laryngée, l'amyloïdose pharyngo-laryngée, la granulomatose pharyngo-laryngée, la fibromie ;
- d'autres pathologies diverses comme la dysphonie spasmodique, les neuropathies laryngées, l'ostéophytose cervicale, les pharyngo-laryngites médicamenteuses et toxiques, les pathologies thyroïdiennes (goitre, nodule), la xérostomie induite par des anticholinergiques ;
- les pathologies extra-aérodigestives supérieures incluent les pathologies pulmonaires (BPCO, asthme), les pathologies neuropsychiatriques et psychologiques (stress, anxiété, dépression), ainsi que la consommation de stupéfiant

VII.3. Diagnostic étiologique

Les facteurs étiologiques des pharyngites chroniques sont variés, certains jouant un rôle déterminant, tandis que d'autres, parfois épisodiques, peuvent agir comme éléments révélateurs, modificateurs ou amplificateurs. Ce large éventail de causes constitue souvent un défi thérapeutique, le clinicien devant déterminer quels facteurs sont réellement impliqués dans l'apparition ou l'aggravation des symptômes.

On distingue plusieurs grandes catégories étiologiques :

VII.3.1. Les pharyngites respiratoires [35,43]

Les pharyngites respiratoires peuvent être causées par des modifications de l'air inspiré, exogènes ou endogènes :

La pathologie chronique des fosses nasales et des sinus de la face peut être à l'origine de pharyngite.

Ainsi l'obstruction chronique des fosses nasales (une déviation septale, une hypertrophie des cornets inférieurs, une concha bullosa) favorise une respiration buccale, source d'assèchement de la muqueuse pharyngée.

Les rhinites ou rhinosinusites chroniques avec jetage postérieur purulent ou mucopurulent provoquent une inflammation s'étendant de proche en proche. L'aspect classique est la forme purulente avec érythème des replis salpingopharyngiens.

Les infections dentaires, simples caries ou parodontopathies, sont souvent retrouvées. Une halitose est fréquente.

VII.3.2. Pharyngites digestives [67,70]

VII.3.2.1. Action directe des aliments

Certains aliments ou habitudes alimentaires peuvent être responsables de pharyngites chroniques :

- **aliments épicés** : la consommation excessive d'aliments épicés, surtout dans certaines cultures, peut provoquer des pharyngites de type érythémateux ou hypertrophique ;
- **température des aliments** : les boissons et aliments trop chauds peuvent déclencher des réactions vasomotrices, révélant souvent une sensibilité neurovasculaire sous-jacente ;
- **alcool** : l'alcool, en particulier en association avec le tabac, est un facteur irritant majeur de la muqueuse pharyngée ;
- **hygiène excessive** : l'utilisation abusive de pastilles mentholées, gargarismes antiseptiques ou lavages fréquents peut également irriter la muqueuse pharyngée.

VII.3.2.2. État bucco-dentaire

Les infections bucco-dentaires (pyorrhée alvéolo-dentaire, tumeurs infectées de la bouche) peuvent contribuer à l'apparition de pharyngites chroniques. Dans ces cas, la pharyngite passe souvent au second plan devant la gravité de l'affection bucco-dentaire.

VII.3.2.3. Les pharyngites par reflux pharyngo-laryngé

Le RPL peut être une cause importante de pharyngites. Le reflux acide provoque des brûlures pharyngées, rougeurs diffuses, enrouement chronique, toux postprandiale et laryngospasme. Ces symptômes peuvent se manifester même en l'absence de brûlures gastriques.

Parmi les signes d'appels du RPL on cite :

- **enrouement chronique ;**
- **brûlures et paresthésies pharyngées ;**
- **hyper sialorrhée ;**
- **pyrosis ;**
- **régurgitations ;**
- **otalgies ;**
- **laryngospasme ;**
- **toux chronique postprandiale ou nocturne ;**
- **apnées obstructives nocturnes.**

VII.3.3. Pharyngites immunologiques [7,12]

Le pharynx, à travers l'anneau de Waldeyer et les structures lymphoïdes disséminées dans la muqueuse, joue un rôle clé dans le développement de l'immunité. Chez certains individus, après la perte de la protection immunitaire maternelle, des "accidents de parcours" peuvent survenir sous forme de pharyngites chroniques, souvent accompagnées d'une hypertrophie lymphoïde marquée (pharyngite granuleuse avec ou sans faux piliers).

VII.3.4 Pharyngites diathésiques [28,29]

Les pharyngites diathésiques résultent de désordres métaboliques ou immunologiques généraux. Elles peuvent prendre un aspect atrophique, hypertrophique ou vasculaire. Un exemple classique est celui de la pharyngite du sujet pléthorique (gros mangeur, gros buveur, fumeur), souvent associé à des

troubles métaboliques. L'explication physiopathologique de l'atteinte pharyngée dans ces pathologies est liée aux modifications vasculaires générales et nerveuses qu'elles provoquent.

Les principaux dysmétabolismes sont :

- **le diabète** : état de haut risque objectivé par une élévation de la glycémie à jeun et une perturbation de la courbe d'hyperglycémie per os.
- **la goutte** : L'hyperuricémie, réalisant une véritable goutte pharyngée, est caractérisée par une muqueuse rouge foncé avec une hypervascularisation diffuse.
- **les dyslipidémies** : hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie.
- **des troubles endocriniens**, comme la ménopause en raison de l'effet du vieillissement sur le système hormonal féminin, ou l'hypothyroïdie.
- **hypocalcémie**.

VII.3.5. Désordres neurovasculaires [31,62]

VII.3.5.1. La pathergie selon Godin

Cet auteur a présenté en 1971 un rapport concernant un groupe de patients de l'agglomération bruxelloise, essentiellement constitué d'enfants d'environ 10 ans et d'adultes autour de la trentaine.

Ces sujets se plaignaient d'une symptomatologie relativement univoque : prurit ou brûlure pharyngée, hypersécrétion nasale ou naso-pharyngée, sécheresse de la gorge.

Le pharynx était le siège d'une vasodilatation artérielle avec muqueuse sèche, aspect souvent partagé avec le cavum, le larynx et la trachée. Cet état, fluctuant, aggravé lors de la saison humide ou d'un séjour marin, n'était influencé par aucun traitement médical ou chirurgical banal. Les sujets avaient en commun un certain degré d'humidité de l'habitat et la relation la plus évidente a pu être établie, non pas avec l'humidité de l'air mais l'humidité du sol. Cette constatation a pu être

confirmée par l'étude de la topographie de l'habitat de ces patients par rapport à la carte des nappes et affleurements phréatiques.

VII.3.5.2. La tétanie chronique constitutionnelle ou spasmophilie

La spasmophilie est davantage un état qu'une maladie, caractérisé par une **hyperexcitabilité neuromusculaire** et, plus largement, cellulaire. Elle touche principalement des personnes jeunes, telles que les adolescents et les jeunes adultes, avec une prédominance chez les femmes.

La sphère ORL (oto-rhino-laryngologique) est souvent affectée dans le cadre de cette pathologie. Les symptômes peuvent inclure une obstruction nasale, des paresthésies pharyngées (sensations anormales dans la gorge), une dysphonie fonctionnelle (trouble de la voix), des acouphènes (bourdonnements dans les oreilles), et même des vertiges.

Le deuxième aspect de la spasmophilie concerne un syndrome biologique, qui découle d'une baisse des niveaux de calcium et de magnésium dans les cellules, attestée par certains signes trophiques.

Le mécanisme à l'origine de certains troubles, en particulier nasaux et pharyngés, semble être de nature neuro-vasculaire. Ainsi, l'obstruction nasale et la pharyngite observées chez les personnes souffrant de spasmophilie s'inscrivent dans un dérèglement du conditionnement de l'air inspiré, auquel ces individus sont particulièrement sensibles, notamment en raison des variations physiques de cet air.

VII.3.6. Maladies auto- immunes [38,61]

On note deux affections à nette prédilection féminine dont l'intégration dans le cadre des maladies auto-immunes n'est pas encore parfaitement établie. Elles s'accompagnent d'une dysphagie où la part pharyngée est assez réduite.

VII.3.6.1. L'anémie hypochrome hyposidérémique par carence martiale de Plummer-Vinson

Cette affection, exclusivement féminine, provoque une dysphagie haute liée à l'apparition d'une languette membraneuse rétro-coracoïdienne, d'une glossite et d'une perlèche des commissures labiales

Enfin, il existe des troubles de phanères. Le bilan biologique objectif une ferriténémie basse et une achlorhydrie gastrique et certains auteurs ont trouvé des anticorps antimuqueuse gastrique et anti-organes dans le sérum. La cancérisation tardive (pharynx et œsophage) surviendrait dans 5 à 20 % des cas.

VII.3.6.2. Le syndrome de Gougerot-Sjogren

Initialement, la définition de ce syndrome se bornait à l'association syndrome sec (buccal, nasal et oculaire) et polyarthrite chronique. En fait, la banalité du syndrome sec et sa diversité d'étiopathogénie (notamment iatrogène) obligent à ne retenir ici que le syndrome sec lié à un infiltrat lymphocytaire des glandes exocrines et un substrat de perturbations immunitaires.

Les recherches immunologiques établissent la présence d'anticorps anti-épithélium des canaux salivaires (étude en immunofluorescence de fragments de la lèvre inférieure) et d'autres anticorps spécifiques d'organes (paroi d'estomac, thyroïde, muscle, épiderme).

VII.3.7. Pharyngites infectieuses

VII.3.7.1. Pharyngites bactériennes

VII.3.7.1.1. Le streptocoques Bêta du groupe A

L'élimination du Streptocoque du groupe A (SBA) de l'oropharynx échoue dans 25 % des cas, notamment en raison de complications locales ou d'une antibiothérapie insuffisante. Une mauvaise observance du traitement, où les patients ne complètent pas leur antibiothérapie, est souvent en cause. Les autres étiologies bactériennes comprennent les streptocoques des groupes B et C,

Chlamydia pneumoniae, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Candida*, *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum* et *Corynebacterium diphtheriae* [103].

VII.3.7.1.2. Pharyngites granulomateuses

➤ Tuberculose pharyngée

Même si cette localisation tuberculeuse est rare, il faut savoir y penser, surtout lorsqu'on a évoqué une lésion cancéreuse. La principale topographie est oropharyngée : amygdalienne, vélaire, basilinguale, puis buccale. La localisation rhinopharyngée est rare, hypopharyngée, exceptionnelle. L'intérêt du prélèvement local est majeur.

➤ Sarcoïdose pharyngée

La sarcoïdose est une maladie de système responsable d'un désordre architectural tissulaire avec formation de granulome épithélioïde sans nécrose caséuse. La muqueuse pharyngola-ryngée serait touchée dans 5 % des cas.

➤ Syphilis pharyngée

Devenue très rare, la syphilis pharyngée correspond à la syphilis secondaire où les signes cutanéomuqueux sont au premier plan avec une dysphonie et dysphagie. Les signes cliniques sont pharyngolaryngés allant de l'érythème aspécifique aux érosions muqueuses en « coup d'ongle » ou à l'aspect hyperplasique.

Les sérologies les plus couramment utilisées sont le *venereal disease research laboratory* (VDRL) et le *Treponema pallidum haemagglutination assay* (TPHA). Le traitement est basé sur la pénicilline.

➤ Maladie de Wegener

La granulomatose de Wegener atteint le tractus respiratoire et entraîne classiquement des glomérulonéphrites. Le pharynx n'est habituellement pas directement touché par cette granulomatose, c'est l'inflammation de la muqueuse nasale et la rhinorrhée qui sont susceptibles de l'irriter.

VI.8. Pharyngites virales

➤ **Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)**

Le sida favorise la répétition des infections à germes opportunistes, et l'apparition de tumeurs de Kaposi buccopharyngées. Un effet direct du virus sur les tissus lymphoépithéliaux pharyngés a été démontré, des particules virales ayant été retrouvées dans l'épithélium pharyngé.

➤ **Virus Epstein-Barr (EBV)**

L'EBV est l'agent responsable de la mononucléose infectieuse (MNI). Souvent asymptomatique, la triade fièvre, adénopathies et pharyngite permet d'évoquer le diagnostic que le MNI test confirmera.

➤ **Cytomégalovirus (CMV)**

La fièvre semble être le seul signe associé à la pharyngite à CMV. Le diagnostic sera sérologique, l'association avec une infection par le VIH doit être recherchée de principe.

➤ **Pharyngite herpétique chronique**

Bien que rare, elle doit être évoquée devant des ulcérations oropharyngées, buccales, et laryngées à fond gris-jaune, et à contour polycyclique bordé d'un liseré rouge. Le diagnostic est confirmé par un prélèvement biopsique réalisé au niveau des vésicules.

VII.8.1. Pharyngite secondaire à une mycose buccopharyngée [102]

Les mycoses bucco-pharyngées sont des infections fréquentes, le plus souvent causées par un champignon appelé *Candida albicans*. Ce micro-organisme est naturellement présent dans la flore buccale, où il ne provoque habituellement pas d'infection. Cependant, lorsqu'il prolifère, il devient pathogène et entraîne une mycose.

Sur une muqueuse érythémateuse (rouge et irritée), apparaissent de petites taches blanches en forme de "lait caillé", plus ou moins adhérentes. Ces taches sont

constituées d'un enchevêtrement de **pseudo-mycélium** et de **blastopores** de *Candida albicans*. Elles sont :

- initialement localisées sur la face interne des joues, les gencives, le palais ou les piliers des amygdales, mais peuvent s'étendre à l'ensemble de la cavité buccale et au pharynx (figure 26) ;
- les symptômes sont souvent absents au début, mais le patient se plaint ensuite de **brûlures**, de **perte du goût**, de **pharyngite**, et de **dysphagie** (difficulté à avaler) ;
- une **perlèche** (fissures aux coins des lèvres) et une **chéilite** (inflammation des lèvres) peuvent parfois accompagner la mycose.

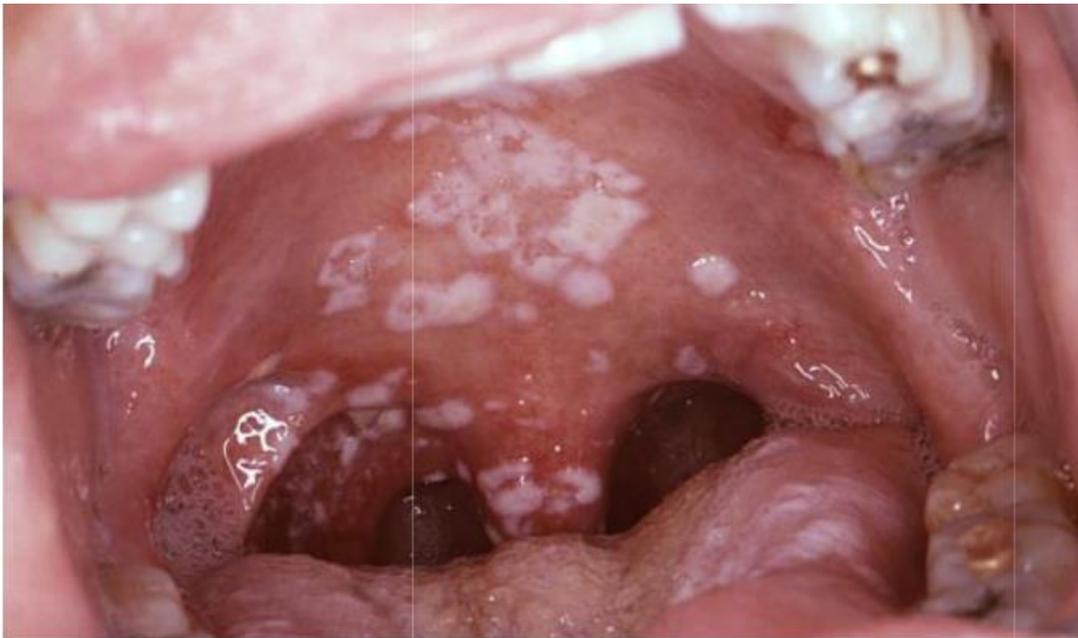


Figure 26: image d'une mycose buccopharyngée[15]

➤ **Facteurs favorisants**

De nombreux facteurs endogènes et exogènes favorisent la prolifération de ces levures, les amenant à devenir pathogènes.

✓ **Facteurs intrinsèques :**

- l'immaturation du système immunitaire et le développement incomplet de la flore commensale chez le nouveau-né, ainsi que la multiplicité des facteurs favorisant chez les personnes âgées, expliquent la fréquence du **muguet** aux âges extrêmes de la vie ;
- toute altération de la muqueuse digestive, comme la **sécheresse buccale**, la **dyskinésie œsophagienne** (troubles moteurs de l'œsophage), et l'état inflammatoire associé aux **colopathies** (affections du côlon), favorisent la colonisation de la muqueuse digestive ;
- chez les **diabétiques**, la prolifération des levures est souvent augmentée en raison du taux élevé de **glucose salivaire** ;
- les candidoses digestives sont courantes chez les patients présentant un dysfonctionnement immunitaire, tels que les personnes souffrant d'**hypogammaglobulinémie** (notamment en IgA), d'anomalies des polynucléaires, ou d'altérations des lymphocytes, comme cela est bien démontré dans les cas de **candidose muco-cutanée chronique** ou d'infection par le VIH.

✓ **Facteurs extrinsèques :**

Les antibiotiques à large spectre qui modifient la flore commensale, les **corticoïdes** et **immunosuppresseurs**, les **antiacides** ou encore certains **neuroleptiques** qui diminuent la production de salive (**sialorrhée**) sont autant de facteurs exogènes qui peuvent favoriser la prolifération de *Candida albicans*.

VII.8.2. Pharyngites d'origine iatrogène [92]

Les pharyngites d'origine iatrogène sont souvent causées par certains médicaments, notamment les **anticholinergiques**, les **bêtabloquants**, les **psychotropes**, les **anti-inflammatoires pyrazolés** et les **antihypertenseurs centraux**. Le mécanisme le plus couramment évoqué est la **xérostomie** (sécheresse buccale) qu'ils induisent.

Par ailleurs, la **pharyngite post-amygdalectomie** est fréquente, qu'elle survienne peu de temps après l'intervention ou plus tardivement. Les troubles associés à cette pharyngite peuvent être liés à trois mécanismes distincts :

- **persistance de moignons amygdaliens** : ces résidus, souvent situés au niveau du pôle inférieur, peuvent être cryptiques et infectés, nécessitant alors un traitement spécifique.
- **développement d'une pharyngite en îlots postérieurs** : ce phénomène remplace le tissu amygdalien, provoquant une amygdalite chronique localisée sur la paroi pharyngée correspondante.
- **pharyngite cicatricielle** : cette dernière se manifeste au niveau des piliers et du voile du palais, à la suite de cicatrices.

En outre, les patients ayant subi une **radiothérapie pour une lésion ORL** présentent fréquemment une hypo- ou asialie (diminution ou absence de production de salive), entraînant une **sécheresse** de la muqueuse buccale et pharyngée.

VII.8.3. Pharyngites psychogènes [77]

La **pharyngite psychogène** se manifeste souvent par une sensation de "boule dans la gorge", une gêne à la déglutition à vide, ou encore une **fatigue chronique**. Ces symptômes peuvent être associés à un trouble psychique, tel que la **dépression** ou la **dysthymie**.

Un examen minutieux est indispensable pour éliminer d'autres causes possibles de pharyngite. Le diagnostic de pharyngite psychogène ne doit être retenu qu'après avoir écarté toutes les autres causes potentielles de **pharyngites chroniques**.

VIII. TRAITEMENT [34]

VIII.1. But

Le traitement d'une pharyngite chronique (figure 10) vise à :

- soulager les symptômes pour rétablir une qualité de vie normale ;
- traiter la cause ;
- prévenir les récurrences, particulièrement dans les formes symptomatiques avec rechutes fréquentes ;
- traiter et prévenir les complications.

VIII.2. Moyens Thérapeutiques

VIII.2.1. Les mesures hygiéno-diététiques [85]

Ces mesures peuvent être difficiles à respecter mais sont souvent efficaces pour réduire les symptômes. Elles incluent :

- ✓ surélever la tête d'au moins 15 cm, ou incliner la tête et le buste de 30° à 45° durant le décubitus ;
- ✓ éliminer les facteurs causant une hyperpression abdominale, comme le port de vêtements serrés, ou la gestion du poids par amaigrissement si nécessaire ;
- ✓ éviter les repas volumineux et riches en produits favorisant le reflux surtout le soir :
 - menthe, café ou thé,
 - chocolat,
 - alcool, tabac,
 - boissons gazeuses,
 - agrumes et jus d'agrumes,
 - lait caillé + autres laitiers (yaourt, lait, gloria, fromage ...),
 - arachides ou aliments à base d'arachide (mafé, thiéré basse, mboum, ngalakh, dakhine, mbakhal),
 - fritures grasses,

- épices, vinaigrettes, tomates sauces tomates, oignons crus ;
- ✓ attendre au moins deux heures après un repas avant de se coucher ;
- ✓ le repos vocal est conseillé pour les chanteurs et les enseignants.

VIII.2.2. Moyens médicamenteux

VIII.2.2.1. Les antiacides

Les antiacides neutralisent l'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac grâce à leur effet tampon, mais leur efficacité dans la gestion du reflux pharyngo-laryngé reste limitée [30].

VIII.2.2.2. Les prokinétiques

Les prokinétiques augmentent le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et accélèrent la vidange gastrique. Par exemple, le tégaserod à une dose de 1 mg/jour peut réduire significativement l'acidité œsophagienne postprandiale. Toutefois, leurs effets secondaires (digestifs et cardiaques, notamment la diarrhée) en ont limité l'usage [41].

VIII.2.2.3. Les antihistaminiques H2

Pour les causes descendantes, les antihistaminiques sont utilisés pour soulager les symptômes en réduisant la réponse immunitaire de l'organisme aux allergènes. Ces médicaments peuvent soulager l'inconfort et l'inflammation de la gorge. L'histamine, impliquée dans les réactions allergiques, stimule également la sécrétion d'acide chlorhydrique dans l'estomac via les récepteurs H2 des cellules pariétales gastriques. Les anti-H2, qui bloquent ces récepteurs, réduisent la production d'acide. Donc peuvent être utilisés aussi pour le RPL [47,56,72].

VIII.2.2.4. Inhibiteurs de pompe à protons

Les IPP sont des traitements anti-sécrétoires qui réduisent la production d'acide chlorhydrique en inhibant la pompe H⁺, K⁺-ATPase, présente dans les cellules

pariétales de la muqueuse gastrique. Cette inhibition empêche la libération d'acide en bloquant le transport actif des protons [27,59] (**figure 11**).

Parmi les principaux IPP prescrits chez l'adulte, on trouve cinq molécules, dont trois sont disponibles sous forme de génériques :

- **ésomprazole** : Pleine dose : 40 mg ;
- **lansoprazole** : demi-dose : 15 mg ; pleine dose : 30 mg ;
- **oméprazole** : demi-dose : 10 mg ; pleine dose : 20 mg ;
- **rabéprazole** : demi-dose : 10 mg ; pleine dose : 20 mg ;
- **pantoprazole** : demi-dose : 20 mg ; pleine dose : 40 mg.

VIII.2.2.5. Les antibiotiques et antimycosiques :

Ils ont pour but de supprimer les foyers infectieux oropharyngée ou nasosinusiens. Si les prélèvements locaux retrouvent une mycose, celle-ci sera traitée et l'on surveillera l'efficacité du traitement. Les principaux germes fréquents retrouvés sont le streptocoque du groupe A, les staphylocoques.

Les antibiotiques les plus utilisées sont les pénicillines, céphalosporines et les macrolides.

VIII.2.2.6. Les anti-inflammatoires

Administrés par voie générale ou par voie locale ils facilitent l'activité des antibiotiques et agissent sur les manifestations inflammatoires.

- **AINS**

Les anti-inflammatoires ont pratiquement toujours un effet immédiat, sédatif sur les manifestations inflammatoires. Mais ils ne sont pas utilisés de manière prolongée comme traitement de fond à cause de leurs contre-indications propres, essentiellement digestives [103].

- **Corticoïdes**

Des corticoïdes par voie locale ou générale peuvent être utilisés en d'allergie ou

pour les manifestations douloureuses inflammatoires. Leur efficacité repose sur la diminution de la libération des médiateurs qui entraînent au niveau nasal, vasodilatation, œdème, obstruction, rhinorrhée et éternuements. Mais leur courte durée de traitement et la dépression immunitaire qu'ils provoquent, limitent leur utilisation.

VIII.2.2.7. Autres

La compensation d'un désordre métabolique (lipidique, glucidique, urique...) peut améliorer les signes pharyngés, notamment en adoptant un traitement antilipopémiant, antidiabétique oral et hypouricémiant.

Les pastilles à sucer avec des propriétés analgésiques (amylmétacrésol, dichlorobenzylalcool) sont efficaces sur la douleur pharyngée et les difficultés de déglutition jusqu'à deux heures [7,29].

L'immunostimulation l'apport en vitamine c vitamine A et polyvitaminés réduit significativement les épisodes infectieux pharyngés.

Une supplémentation en fer est faite dans les carences martiales.

Les lavages de nez au sérum hypertonique et gargarismes au bicarbonate de soude peuvent avoir un effet apaisant sur la douleur et décaper les lésions croûteuses du pharynx [101].

VIII.2.3. Traitement chirurgical

VIII.2.3.1. Amygdalectomie [100]

➤ Définition

- L'amygdalectomie est une exérèse chirurgicale des amygdales palatines.
- La chirurgie est réalisée par la bouche à l'aide d'un bâillon Boyle-Davis.

➤ Indications et contre-indications à la chirurgie

✓ Indications absolues

- Obstruction des voies respiratoires supérieures, dysphagie et OSA.

- Abscess périmygdalien, qui ne répond pas à une prise en charge médicale adéquate et à un drainage chirurgical.
- Amygdalite récurrente avec convulsions fébriles associées.
- Nécessité d'une biopsie pour confirmer la pathologie tissulaire.

✓ **Indications relatives :**

- amygdalite récurrente, qui ne répond pas au traitement médical :
 - odynophagie secondaire à une amygdalite ;
 - > 5 épisodes d'amygdalite en un an ou à 3 pendant 3 ans successifs ;
 - symptômes > 1 an ;
 - les épisodes de maux de gorge sont invalidants ;
- halitose persistante ou émission de caséum dus à une amygdalite chronique ;
- amygdalite persistante chez le porteur de streptocoque, qui ne répond pas ; aux antibiotiques résistants aux bêta-lactamases ;
- pathologie considérée comme néoplasique.

✓ **Contre-indications**

- Diathèse hémorragique ;
- infection aiguë ;
- anémie ;
- risque anesthésique important.

VIII.2.3.2. Adénoïdectomie

Elle consiste en la réduction du volume des végétations adénoïdes.

VIII.2.3.3. Chirurgie RGO

La chirurgie anti-reflux constitue un traitement efficace et durable du reflux gastroœsophagien avec des résultats qui sont supérieurs au traitement médical en

termes de contrôle des symptômes et d'amélioration de la qualité de vie [85]. Elle a comme objectif la « reconstruction » d'un sphincter inférieur de l'œsophage efficace avec une longueur suffisante d'œsophage abdominal afin d'empêcher le reflux gastro-œsophagien, la correction d'une éventuelle hernie hiatale, la reconstitution de l'angle de His et la stabilisation mécanique du montage positionné dans l'enceinte de pression péritonéale.

Mais les interventions de repositionnement anatomique pures n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, Seules les fundoplicatures qui utilisent la grosse tubérosité pour envelopper totalement ou partiellement l'œsophage abdominal sont les plus utilisées actuellement [86]. Il existe trois types d'interventions :

- la fundoplicature totale circulaire dite de Nissen ; la fundoplicature postérieure de Toupet ;
- la fundoplicature antérieure ou opération de Dor.

IX. ÉVOLUTION [52]

L'évolution des pharyngites chroniques est souvent imprévisible et peut varier en fonction des facteurs déclenchants et des comorbidités associées. La maladie peut présenter des manifestations digestives (liées au RPL, par exemple) ou non digestives (liées à d'autres affections ORL), rendant son suivi complexe et multidimensionnel.

Une vigilance constante est essentielle, car il ne faut pas négliger la possibilité d'autres causes sous-jacentes de pathologies ORL, pouvant coexister avec une pharyngite chronique. Ces pathologies, comme les infections chroniques des voies aériennes supérieures ou les tumeurs, doivent être systématiquement recherchées, notamment en cas d'évolution atypique ou de persistance des symptômes.

Un suivi gastroentérologique rigoureux est essentiel en cas de pharyngite chronique liée au reflux gastro-œsophagien pour prévenir des complications telles que l'œsophagite, les sténoses ou les lésions précancéreuses, et adapter le

traitement en fonction des symptômes pour éviter les récurrences et améliorer la qualité de vie des patients

En somme, l'évolution des pharyngites chroniques est souvent plurifactorielle et nécessite une approche globale incluant le traitement des symptômes ORL et une attention particulière aux causes digestives sous-jacentes. Un suivi multidisciplinaire impliquant des spécialistes en ORL et en gastro-entérologie est souvent recommandé pour une prise en charge optimale à long terme.

DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE

I. MATÉRIELS ET MÉTHODES

I.1. Cadre d'étude

L'étude a été menée dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor, un Établissement Public de Santé (EPS) de niveau 2.

- **Ziguinchor**

Ziguinchor est l'une des 14 régions administratives du Sénégal, située à la frontière avec la Gambie au nord et la Guinée-Bissau au sud. Elle couvre une superficie de 7 339 km² et abrite une population de 437 986 habitants.



Figure 27 : Ziguinchor et ses limites [25].

- **L'hôpital de la paix de Ziguinchor :**

L'hôpital de la Paix de Ziguinchor, opérationnel depuis février 2015, se situe dans la région de Ziguinchor, au sud du Sénégal. Cet établissement est un EPS de niveau 2 offrant une prise en charge multidisciplinaire grâce à plusieurs spécialités médicales et chirurgicales. L'hôpital dispose de 120 lits d'hospitalisation, répartis comme suit :

- **Service de chirurgie et spécialités chirurgicales** : comprend la chirurgie générale, l'ORL, l'odontologie, l'orthopédie et traumatologie, l'ophtalmologie, l'urologie et gynécologie.
- **Service de médecine et spécialités médicales** : regroupe la cardiologie, la dermatologie, l'hépto-gastro-entérologie, la médecine interne, les maladies infectieuses, la néphrologie, la neurologie la pneumologie.
- **Service de pédiatrie et néonatalogie.**
- **Service de gynécologie obstétrique.**
- **Service de réanimation.**
- **Service d'imagerie médicale.**
- **Laboratoire médical.**
- **Service d'anatomo-pathologie.**

Cet hôpital assure la prise en charge des pathologies ORL et constitue un centre de référence dans la zone de la Casamance.



Figure 28 : image de l'entrée de l'hôpital de la paix de Ziguinchor[22].

I.1.1. Services :

Le service ORL de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor comprend les installations suivantes :

- **Salle de consultation**
- **Salle pour les explorations fonctionnelles et soins** : équipée pour l'audiométrie impédancemétrie, la nasofibroscopie et les otoémissions, les PEA et les épreuves caloriques.
- **Salle des archives**
- **Unité d'hospitalisation** : partagée avec les autres spécialités chirurgicales. Elle comprend deux grandes salles d'hospitalisation (une pour les hommes et une pour les femmes), deux chambres à deux lits, une chambre individuelle et une salle de soins.

- **Le bloc opératoire** est partagé avec les autres spécialités chirurgicales, disposant de trois salles d’opération, dont une équipée de deux microscopes opératoires.

I.1.2. Personnel

Le personnel du service ORL à l’hôpital de la Paix de Ziguinchor est constitué de :

- **Le personnel médical permanent** est constitué de quatre chirurgiens, dont un Professeur titulaire et un ORL responsable de la supervision des étudiants en médecine et les docteurs en Diplôme d’Études Spécialisées (DES) d’Oto-Rhino-Laryngologie, ainsi que deux chirurgiens ORL.
- **Un personnel médical en formation** est composé d’un médecin inscrit au Diplôme d’Études Spécialisées d’Oto-Rhino-Laryngologie.
- **Personnel paramédical** : une aide-infirmière
- **Stagiaire** incluant des étudiants de l’unité de formation et de recherche en sciences de la santé de Ziguinchor.
- **Une secrétaire.**

I.1.3. Offre du service

Le service offre :

- Deux jours de consultations (lundi et mercredi) ;
- Un jour de bloc opératoire (jeudi) ;
- Deux jours d’explorations fonctionnelles (mardi et vendredi).

II. MÉTHODES

II.1. Type et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique durant 6 mois couvrant la période du 1^{er} mars 2023 au 31 août 2023.

II.2. Patients

II.2.1. Critères d'inclusion

- Patients de tous sexes, âgés de plus de 18 ans, présentant une douleur ou algie pharyngée depuis 3 mois.
- Patients ayant une symptomatologie évoluant depuis au moins 3 semaines.
- Ayant eu une première consultation voir consulté au moins une fois pour cette pathologie durant la période d'étude.

II.2.2. Critères de non exclusion

- Patients qui venaient pour un 2^e ou énième rendez-vous.
- Patients qui sont admis dans un autre service et pour qui un avis ORL a été demandé.
- Patients présentant des cancers de l'hypopharynx, des VADS et des pharyngites aiguës.

II.3. Collecte de données

Les données ont été recueillies lors des consultations ORL, en s'appuyant sur des examens cliniques approfondis comprenant :

- **interrogatoire** : investigation des antécédents médicaux, du mode de vie (profession, origine géographique) et des traitements antérieurs.
- **examen physique** : évaluation complète, avec une attention particulière portée aux voies aérodigestives supérieures.
- **examens complémentaires** : utilisation de la fibroscopie naso-pharyngée lorsque cela s'avérait nécessaire. Un bilan métabolique a été demandé.

(NFS, CRP, UREE-CREAT, calcémie, TSH, ferritinémie, ASLO, bilan lipidique, glycémie à jeun).

Les informations collectées par une fiche d'enquête incluaient le motif de consultation, les antécédents, les données cliniques et paracliniques, les traitements prescrits ainsi que l'évolution des patients au cours du suivi.

II.4. Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies puis analysées sur Excel 2017. Les variables quantitatives ont été présentées sous formes de médianes, de moyennes, d'écart-types, de minimum et de maximum.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en fréquences.

II.5. Aspects éthiques

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthique relative au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients avec un consentement éclairé de tous les sujets inclus.

III. RÉSULTATS

III.1. Résultats globaux

III.1.1. Sur le plan épidémiologique

III.1.1.1. Répartition des patients selon la fréquence

Durant la période d'étude, 1315 patients ont été vus en consultation ORL, et 180 ont été vus pour pharyngite chronique, soit 13,68 % des consultations.

III.1.1.2. Répartition des patients selon les mois

Au cours de l'étude, la répartition mensuelle des cas était la suivante : 40 cas en mars, 27 en avril, 13 en mai, 16 en juin, 37 en juillet, et 47 en août. Des pics ont été notés aux mois de mars, juillet et août avec une nette prédominance des cas de pharyngite chronique au mois d'août (**figure 11**).

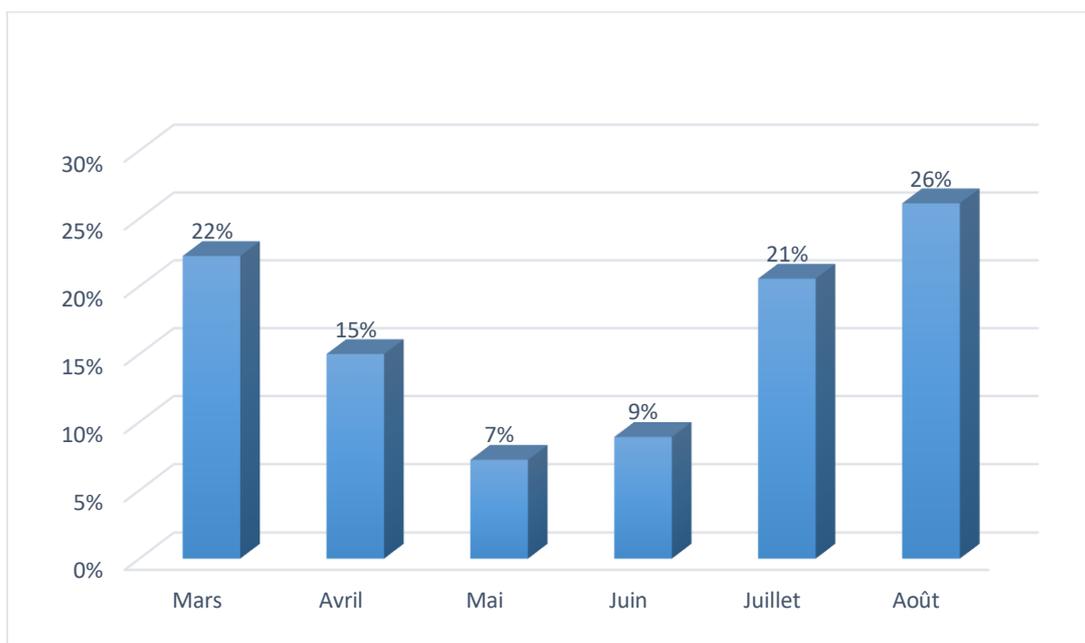


Figure 29 : répartition mensuelle des patients en consultation

III.1.1.3. La répartition des patients selon l'Âge

L'âge moyen des patients était de **45 ans**, avec des extrêmes de 18 à 87 ans et un écart type de ± 14 .

La tranche d'âge la plus représentée était de [28-37 ans] (**figure 12**).

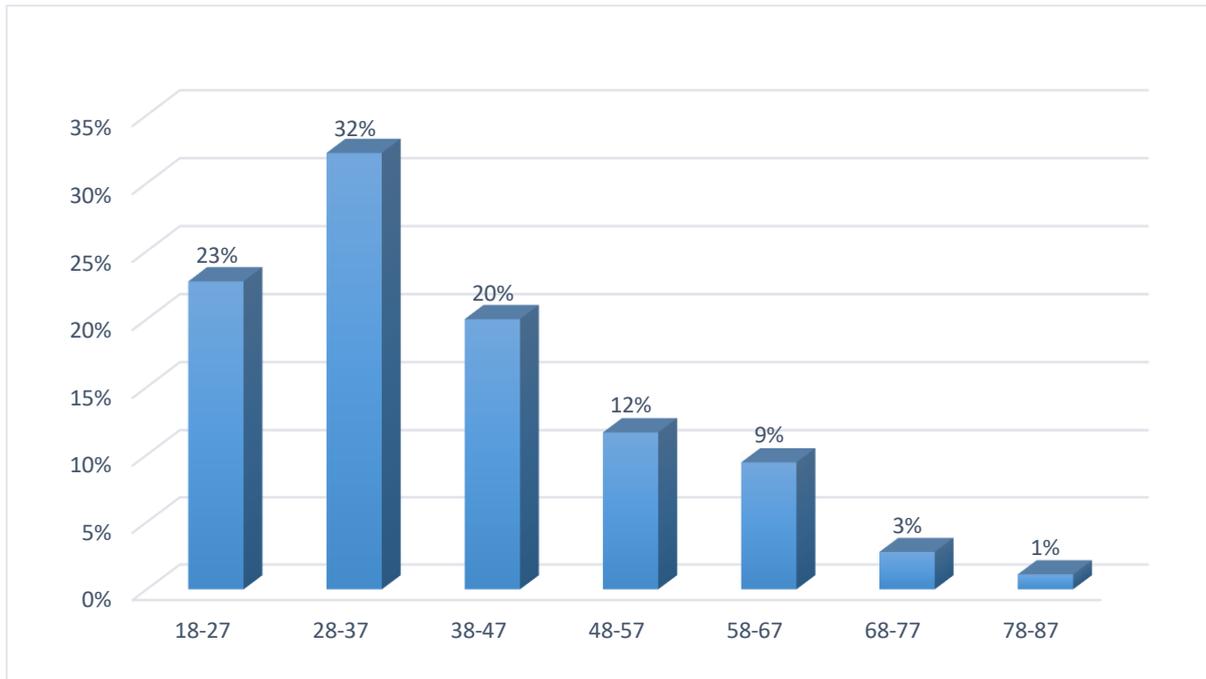


Figure 30 : répartition des patients selon la tranche d'âge

III.1.1.4. Répartition des patients selon le sexe

Durant notre étude, une prédominance féminine était retrouvée avec **61,1 %** (110) de femmes et **38,9 %** (70) d'hommes. Le sex-ratio était de 0.69 (figure 17).

III.1.1.5. Répartition selon l'Age et le sexe

Dans notre étude, la tranche d'âge de [33 à 47 ans] constituait le groupe le plus représenté, avec 39 % des patients (70 cas), dont une légère prédominance féminine de 54 %. Elle est suivie de la tranche d'âge de [18 à 32 ans], qui représente 36 % des patients, avec une forte proportion féminine de 69 % (45 cas) (figure 13).

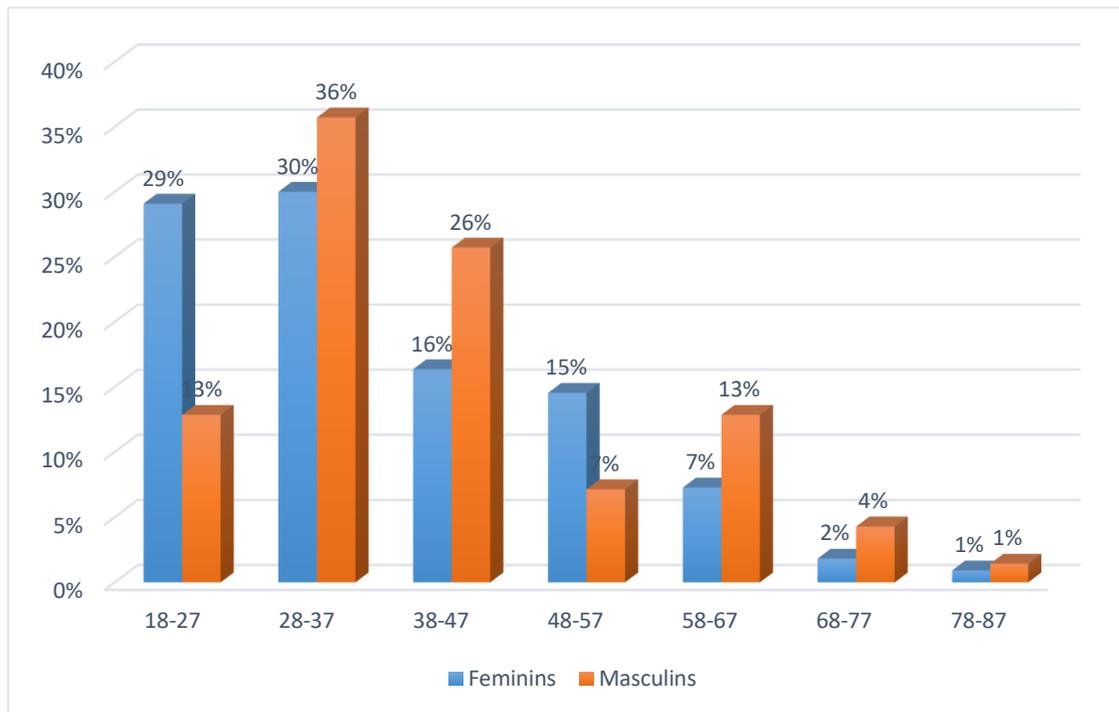


Figure 31 : répartition des tranches d'âge par sexe

III.1.1.6. Répartition des patients selon l'origine géographique

La majorité des patients étaient originaires de **Ziguinchor**, avec quelques cas provenant d'autres localités comme **Sédhiou**, **Kolda**, **Cap Skiring**, **Bignona** **Guinée-Bissau** et la **Gambie**, (TABLEAU V).

TABLEAU V: répartition des patients selon l'origine géographique

Origine géographique	Effectif	Pourcentage
Ziguinchor	159	88 %
Sédhiou	1	1 %
Kolda	1	1 %
Bignona	9	5 %
Cap Skiring	3	2 %
Guinée-Bissau	5	3 %
Gambie	2	1 %

III.1.1.7. Répartition des patients selon la profession

Les commerçants (vendeurs, boutiquiers) étaient les plus représentés avec 42 patients, soit 23 % de l'effectif total. Ils étaient suivis par les femmes au foyer, au nombre de 39, représentant 22 % des patients. Venaient ensuite les élèves et étudiants, avec un effectif de 31 patients, soit 17 %. Les enseignants, quant à eux, constituaient 11 % de l'effectif.

Les ouvriers étaient les moins représentés, avec seulement 4 % des patients. D'autres groupes hétérogènes, incluant des choristes, coiffeurs, retraités, et autres, représentaient 9 % (16 patients) (TABLEAU VI).

TABLEAU VI : répartition des patients selon le statut professionnel

Professions	Effectifs	Pourcentage
Ouvrier	7	4 %
Commerçant	42	23 %
Comptable	13	7 %
Cultivateur	12	7 %
Élève/étudiant	31	17 %
Enseignant	20	11 %
Femme au foyer	39	22 %
Autres	16	9 %

III.2. Sur le plan clinique

III.2.1. Antécédents

Concernant les antécédents, 53,34 % des patients (96 cas) avaient présenté un antécédent pathologique. Cependant, on note que 8,33 % des patients présentaient un reflux gastro-œsophagien (RGO) et des antécédents d'infection ORL (angine à répétition et rhinite) observées chez 8,88 % des patients (16 cas). Deux cas d'ulcère gastroduodéal ont également été notés.

Pour les antécédents chirurgicaux, 3 patients (1,6 %) avaient subi une amygdalectomie. Les autres interventions chirurgicales incluaient la chirurgie de la hernie inguinale (3 cas), un cas d'hypertrophie bénigne de la prostate, la myomectomie (3 cas) et un cas d'ablation d'un kyste thyroïdien.

Concernant le mode de vie de nos patients, une consommation d'alcool était représentée chez 11,11 % (20 cas) et de tabac chez 5,55 % des cas (TABLEAU VII).

TABLEAU VII : récapitulatif des antécédents des patients

Antécédents	Effectif	Pourcentage
HTA	7	3,88 %
DT2	2	1,11 %
Amygdalectomie	3	1,66 %
Antécédents bucco-dentaires	3	1,66 %
Autres chirurgies	8	4,44 %
Atopie	8	4,44 %
RGO	15	8,11 %
Antécédents infections ORL	16	8,88 %
Alcool	20	11,11 %
Drépanocytose	4	2,22 %
Tabac	10	5,55 %

III.2.2. Données cliniques

III.2.2.1. Motifs de consultation

Les principaux symptômes retenus montraient une prépondérance de la **gêne pharyngée** et des signes du RPL, qui étaient les motifs de consultation les plus fréquents chez les patients atteints de pharyngite chronique. La gêne pharyngée (motif d'inconfort significatif quotidien) représentait 29 % des cas, soit 52 patients (TABLEAU VIII).

Le RPL, deuxième motif le plus fréquent représentait 19 % des cas (34 patients). Ce Signe était suivi par des symptômes associés comme l'otalgie réflexe, l'odynophagie et d'autres symptômes tels que l'halitose, la dysphonie intermittente et le hémage (**TABLEAU VIII**).

TABLEAU VIII : répartition des patients selon les motifs de consultations

Motifs de consultations	Effectifs	Pourcentage
RPL	34	19 %
Otalgie reflexe	14	8 %
Odynophagie	29	16 %
Hemmage	10	6 %
Halitose	6	3 %
Gene pharyngée	52	29 %
Dysphonie intermittent	16	9 %
Autres	19	11 %

III.2.2.2. Données de l'examen physique

❖ Cavité buccale

L'examen de la cavité buccale montrait un bon état buccodentaire chez 154 patients, soit 86 % ; tandis que 26 patients (14 %) présentaient un mauvais état buccodentaire.

Par ailleurs, un patient était porteur d'une prothèse dentaire et un autre une carie dentaire.

❖ Oropharynx

La congestion oro-pharyngée a été observée chez 82 patients, soit 46 % des cas. Les amygdales étaient cryptiques chez 13 % des cas, et l'oropharynx était inflammé dans 14 % des cas (**TABLEAU IX**).

TABLEAU II : répartition des signes obtenus lors de l'examen physique

Aspect de l'oropharynx	n	%
Congestion oropharyngée	82	46 %
Congestion oropharyngée/adp jugulocarotidienne gauche	3	2 %
Hypertrophie amygdalienne cryptique/congestion oropharyngée	24	13 %
Hypertrophie amygdalienne non cryptique + congestion oropharyngée	13	7 %
Hypertrophie amygdalienne/congestion oropharyngée + dépôt caséum	4	2 %
Oropharynx inflammatoire	25	14 %
Oropharynx sec, luette œdémateuse	7	4 %
Normale	22	12 %

❖ **Rhinoscopie antérieure**

La rhinoscopie antérieure était normale chez 70 % des patients (126 cas), tandis qu'une hypertrophie bilatérale des cornets a été observée dans 23 % des cas (42 patients) (**figure 15**).

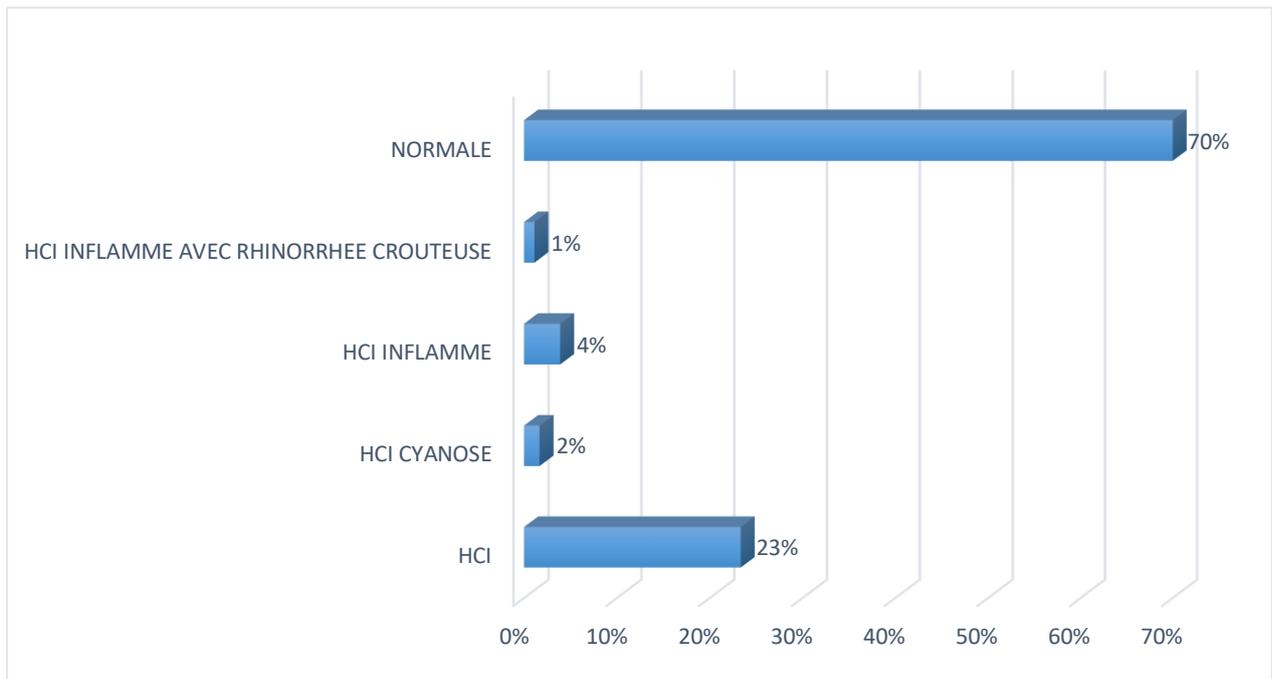


Figure 32 : répartition des patients selon les résultats de la rhinoscopie antérieure

❖ Examen de la peau cervico-faciale

Aucun signe particulier n'a été relevé au niveau de la peau cervico-faciale chez l'ensemble des patients.

❖ Palpation des aires ganglionnaires

Des adénopathies ont été détectées chez trois patients, soit 1,7 %.

❖ Otoscopie

L'otoscopie a révélé un cas d'otite séromuqueuse, le reste de l'examen était normal.

❖ Laryngoscopie indirecte

La laryngoscopie indirecte a été réalisée chez tous les patients, sauf chez 2 patients (1 %) en raison d'un réflexe nauséux important. Dans 33 % des cas (59 patients), l'examen était normal, tandis qu'une pharyngolaryngite a été diagnostiquée chez 66 % des patients (119 cas) (figure 16).

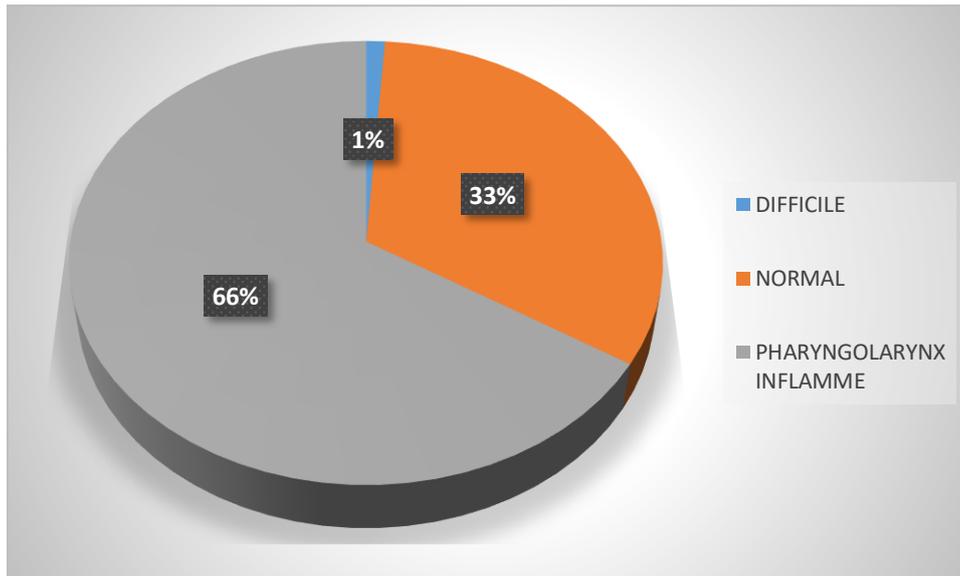


Figure 33 : répartition des patients selon les résultats de la laryngoscopie indirecte

III.3. Sur le plan paraclinique

Le bilan paraclinique a été demandé chez tous les patients, mais seuls 20 patients l'avaient réalisé, soit 11,11 %.

III.3.1. Données sur la biologie

- **Numération formule sanguine (NFS)** : la NFS n'était réalisée que dans 5 cas (3 %). Parmi les 5 cas analysés, 2 présentaient une **anémie microcytaire normochrome**.
- **C-réactive protéine (CRP)** : la CRP a été dosée chez un patient et s'est révélée positive.
- **Le Dosage du fer sérique** était réalisé chez 5 patients, avec des résultats normaux pour 3 cas et faibles pour 2 cas.
- **Le Dosage de l'urée et de la créatinine** était réalisé chez un patient et revenu normal.
- **La Glycémie à jeun** était effectuée chez 4 patients, avec un cas de glycémie élevée et 3 résultats normaux.
- **La Calcémie** était dosée chez 5 patients, tous les résultats étaient normaux.

- **L'Uricémie** était réalisée chez 3 patients, avec des résultats normaux pour tous.
- **Le Dosage des ASLO** effectué chez 6 patients, tous les résultats étaient normaux.
- **Le Dosage de la TSH** : réalisé chez 3 patients, dont 2 cas avec un taux bas.
- **Dosage des LDL et cholestérol** : effectué chez 4 patients, les résultats ont montré des valeurs élevées.
- Le **prélèvement de gorge** n'était pas réalisé chez tous les patients.

III.3.2. Données sur l'imagerie

III.3.2.1. Fibroscopie

La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD), réalisée chez 6 patients, avait montré 2 cas d'incontinence cardiaale non compliquée, 2 cas de gastrite antrale érosive et 1 cas d'ulcère évolutif (**figure 17**).

Aucun patient n'a bénéficié de biopsies.

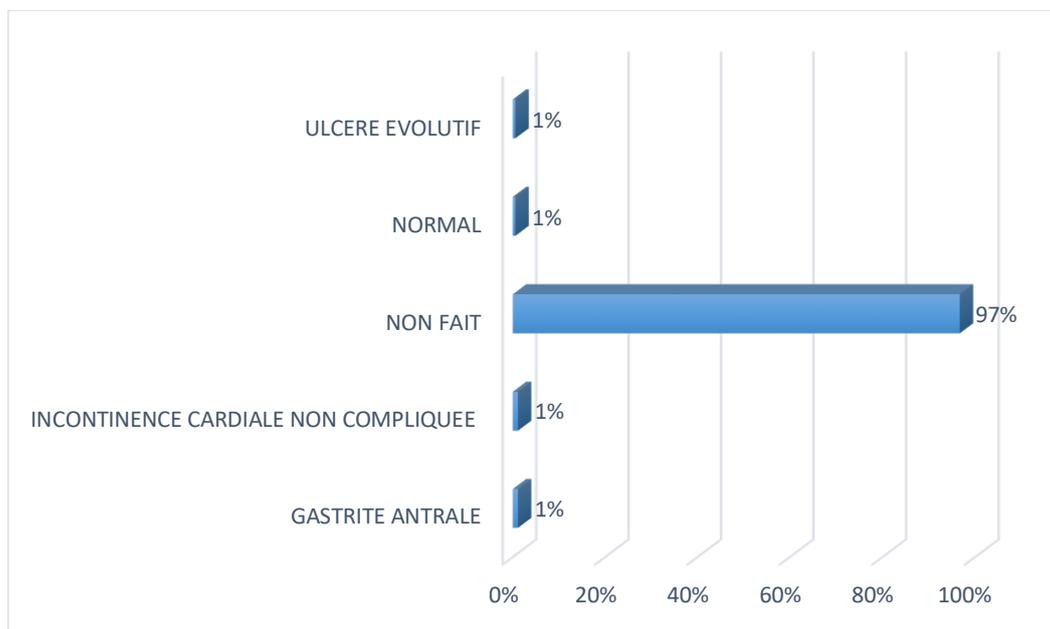


Figure 34 : répartition des patients selon les résultats de la FOGD

Il est à noter que la transit œso-gastro-duodénale (TOGD) n'était pas réalisée chez tous les patients.

III.3.2.2. La tomodensitométrie des sinus

La tomodensitométrie (TDM) des sinus était réalisée dans 4 cas et avait montré 1 cas de syndrome d'Eagle, 1 cas de concha bullosa bilatérale et 1 cas de pansinusite (**figure 18**).

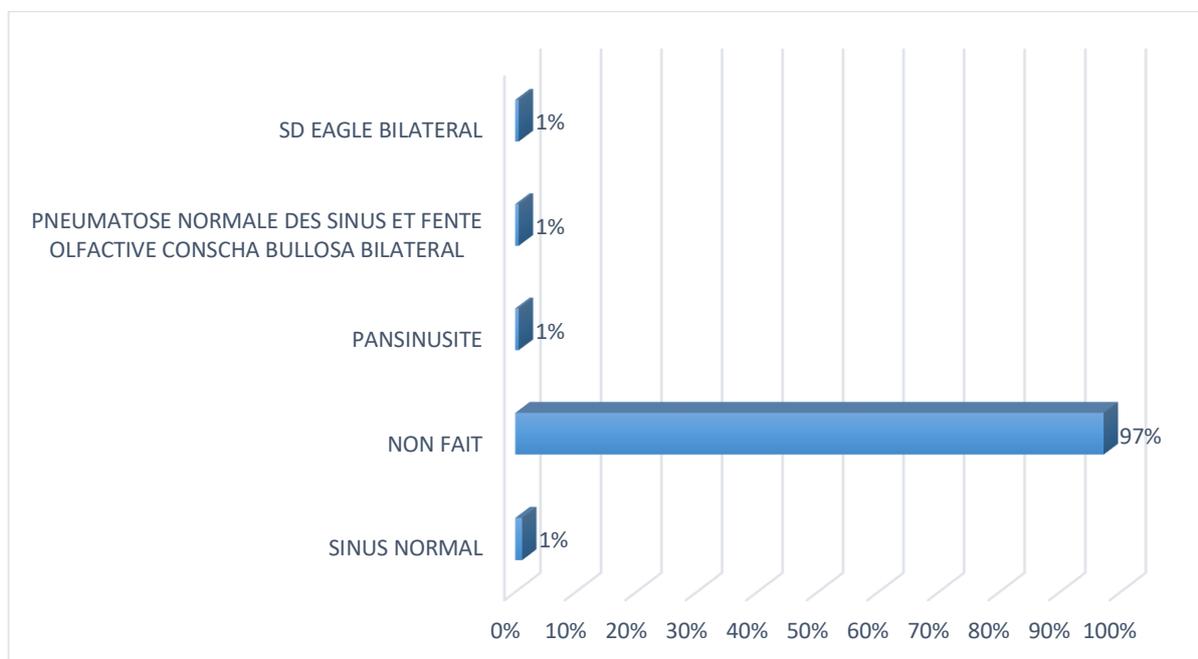


Figure 35 : répartition des patients selon les résultats de la TDM des sinus

III.4. Données étiologiques

Dans notre étude, la principale étiologie retrouvée était la Pharyngite peptique avec 66 % des cas, soit 119 patients. Elle était suivie par la rhinopharyngite chronique avec 28 cas, soit 15,55 % des cas. Il était également important de noter la présence de 2 cas de carence martiale, ainsi que d'autres pathologies telles que 4 cas de dyslipidémie et 4 cas d'amygdalites chroniques (figure 19).

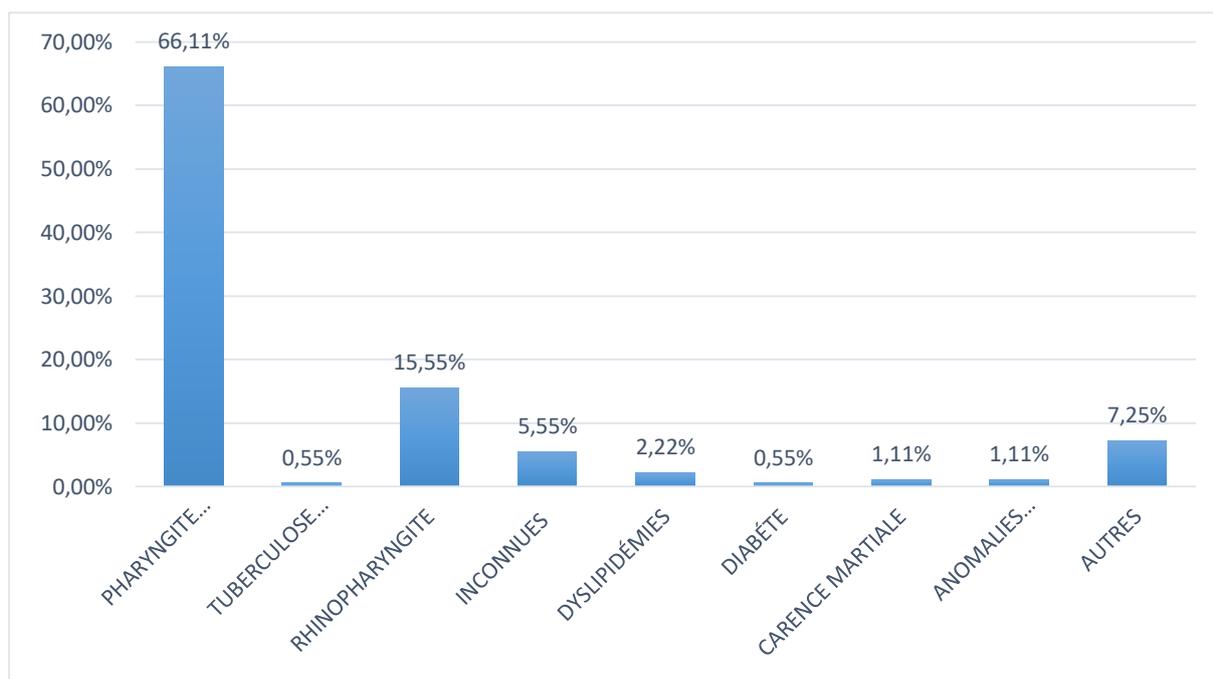


Figure 36 : répartition des patients selon les principaux étiologies retenus

III.5. Données thérapeutiques

III.5.1. Mesures hygiéno-diététiques

Le traitement médical des pharyngites chroniques procède par le respect des principes hygiène diététiques. Elles étaient adoptées chez presque tous nos patients, soit 99 % (TABLEAU X).

III.5.2. Traitement médical

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement anti-reflux généralement basé sur une association de plusieurs familles de médicaments, dont principalement les antiacides, soit 97 % et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), soit 99 %. La principale molécule est la pantoprazole à la posologie de 40 mg × 2/j pendant 15 jours puis 40 mg/j pendant un mois à deux mois. En fonction de la symptomatologie, l'association IPP et prokinétiques (domperidone) était prescrite dans 53 % des cas. L'association avec un gargarisme au bicarbonate de sodium était réalisée dans 18 % des cas, et d'un anti-œdémateux dans 27 % des cas.

En ce qui concerne le traitement du RPL, il associait un antibiotique, une corticothérapie et un traitement anti-reflux. Ce même protocole était appliqué pour le traitement de l'otite séromuqueuse.

Quant à la rhinopharyngite chronique, le traitement était basé sur une corticothérapie, soit 15 %¹, et les lavages de nez au sérum physiologique. En cas d'allergie, l'éviction de l'allergène responsable et un traitement antihistaminique étaient utilisés (TABLEAU X).

III.5.3. Traitement chirurgical

Dans notre étude, l'indication d'une amygdalectomie a été posée chez 4 de nos patients présentant des angines à répétition, mais elle était réalisée que chez 3 patients, soit 1,6 %.

Un cas de carie dentaire était orienté pour chirurgie et soins dentaires (TABLEAU X).

TABLEAU III : répartition des patients selon le traitement reçu

Traitement	Effectifs	Pourcentage
MHD	178	99 %
IPP	177	99 %
Dompéridone	96	53 %
Pansement gastriques	174	97 %
Bicarbonate de sodium	33	18 %
Corticothérapie	28	15 %
Anti-histaminique	20	11 %
AINS	6	3 %
ATB	4	2 %
Anti-œdémateux	49	27 %
Vit C	3	1 %
Amygdalectomie	3	2 %

IV. SUR LE PLAN ÉVOLUTIF

IV.1. Nombre de consultation

Dans notre série, 69 % des patients avaient consulté une seule fois pour leur pharyngite, 24 % ont consulté 2 fois, 5 % ont consulté trois fois et seulement 2 % quatre fois (**figure 20**).

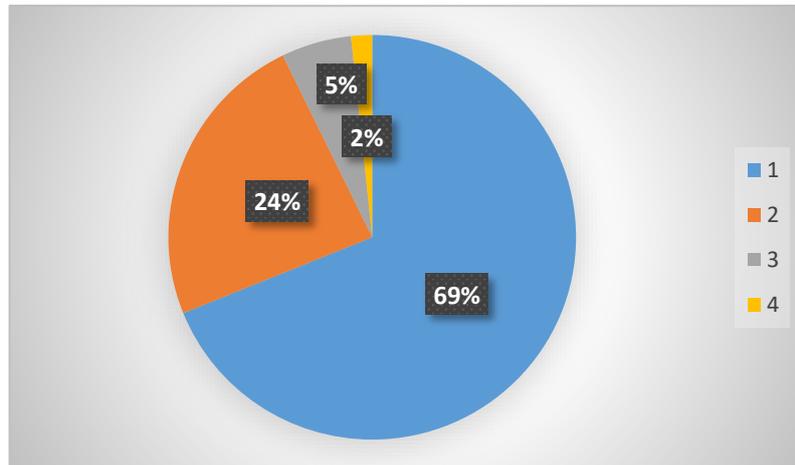


Figure 37 : répartition des patients selon le nombre de consultation

IV.2. Durée de suivi

La majorité des patients n'ont pas de suivi (61 % des cas) ; 29 % des cas ont un suivi d'un mois contre 2 % à 6 mois (**figure 21**).

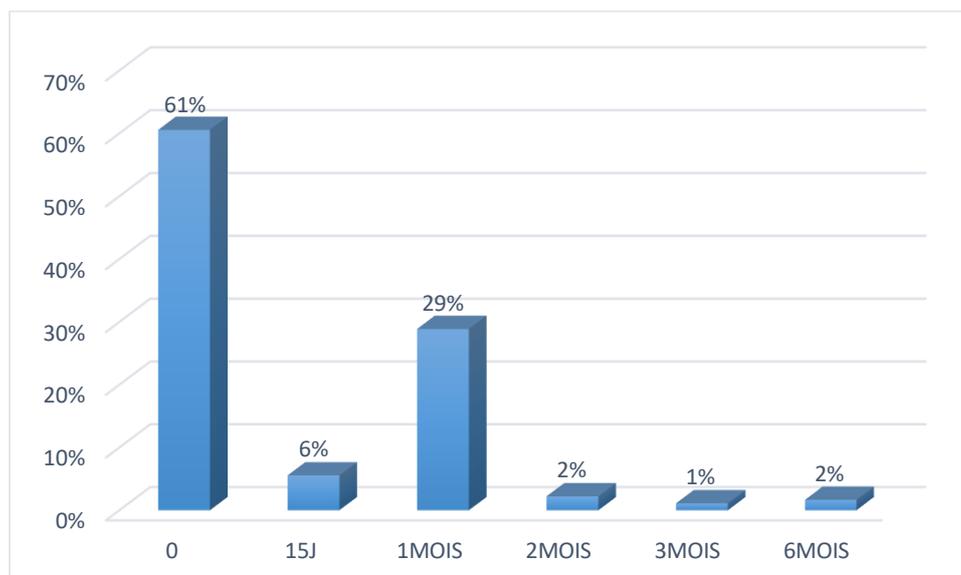


Figure 38 : répartition des patients selon la durée du suivi

IV.3. Évolution

Seuls 80 patients ont eu un suivi. Durant le suivi, nous avons noté que 78 % des malades ont remarqué une bonne évolution clinique (stabilisation des symptômes) avec stabilisation des symptômes, 7 % ont été perdus de vue, tandis que 15 % rapportaient une insatisfaction et une récurrence de leurs symptômes (chronique) (figure 22).

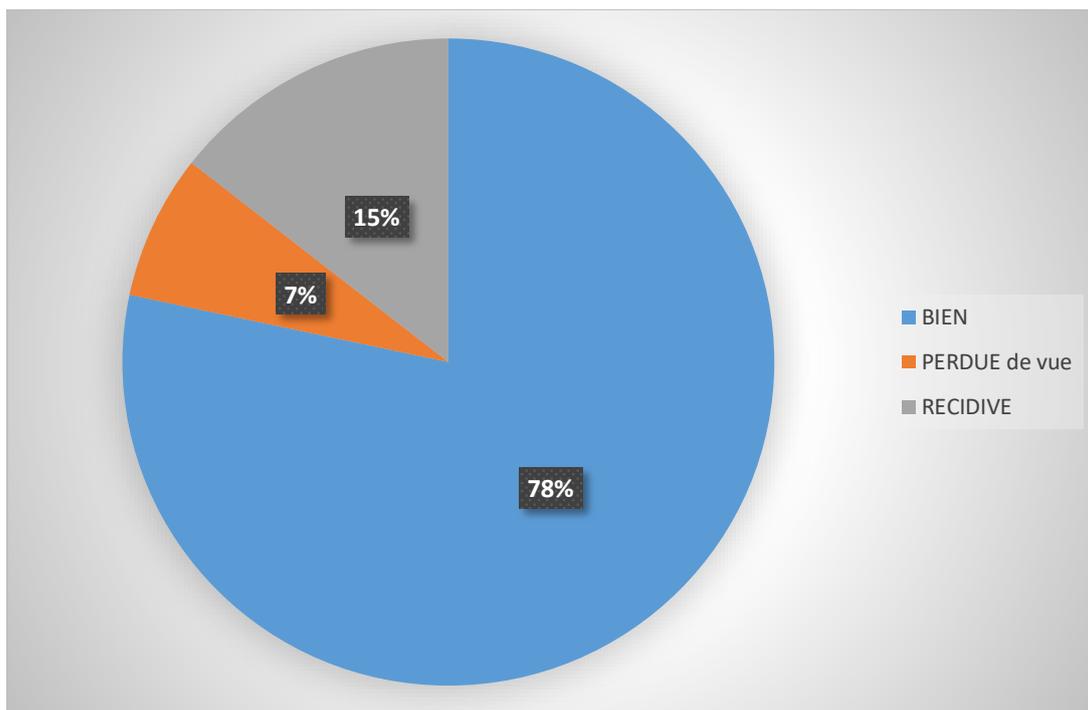


Figure 39 : répartition des patients selon l'évolution des patients

V. DISCUSSION

V.1. Analyse des Résultats Épidémiologiques et Sociodémographiques

V.1.1. Prévalence des Pharyngites Chroniques

Au cours de notre étude, 180 patients ayant une pharyngite chronique ont été enregistrés sur 1 315 patients vus dans le service soit une prévalence hospitalière de 13,68 %.

Cependant Sarah BOUAYAD au Maroc avait trouvé que les pharyngites chroniques représentaient 4,8 % [10], Timbo et collaborateurs au Mali 1,8 % [95] et Abdoul Wahab et collaborateurs 3.27 % [37].

L'incidence des pharyngites chroniques au Royaume-Uni en 2009 [32] était de 10 %.

Selon une étude suisse [73], dans la pratique ambulatoire, 7,6 % des patients consultaient pour une affection des voies aériennes supérieures avec 1,9 % de pharyngites chroniques.

Ce chiffre, relativement élevé dans notre étude, révèle l'importance de cette pathologie dans la région et suggère une préoccupation de santé publique, surtout dans des zones où les facteurs environnementaux et climatiques peuvent exacerber les symptômes.

V.1.2. Répartition selon le Sexe

La répartition par sexe dans notre étude avait montré une nette prédominance féminine (61,1 %). Le sex-ratio a été de 0,69 en faveur du sexe féminin. Cette constatation rejoint toutes les autres études (**TABLEAU XI**). Ce résultat peut être expliqué par plusieurs facteurs. Des recherches antérieures suggèrent que les différences hormonales pourraient jouer un rôle dans la vulnérabilité des affections ORL. Les femmes étant plus sensibles aux déséquilibres hormonaux et à une alimentation épicée ceux qui peuvent aggraver les inflammations chroniques du pharynx.

TABLEAU IV : le sexe dominant dans les différentes séries

Auteur	Pays	Prédominance féminine
HAIDARA A. W. [93]	Mali	64,31 %
SALEH T. [87]	Syrie	78 %
YELBEOGO [83]	Burkina Faso	56,54 %
BOUAYAD S. [10]	Maroc	55 %
TIMBO [95]	Mali	72,03 %
Notre série	Sénégal	61,11 %

V.1.3. Répartition des patients selon l'Âge

Dans notre série, la tranche d'âge des 28-37 ans était la plus représentative, soit 32 %. L'âge moyen des patients était de 45 ans. La population était à majorité jeune.

Ces mêmes constatations étaient retrouvées dans la littérature (**TABLEAU XII**). Cette tendance pourrait être liée à une exposition prolongée aux facteurs de risque, comme le tabagisme, la pollution, ou des pathologies associées telles que le RPL non traité, qui s'accumulent et s'exacerbent avec l'âge.

TABLEAU V : les intervalles d'âge les plus représentés

Séries	Pays	Tranche d'âge	%
HAIDARA A. W. [37]	Mali	[20-30 ans]	25 %
SALEH T. [93]	Syrie	[25-44 ans]	36 %
TIMBO [95]	Mali	[20-24 ans]	18,07 %
YELBEOGO [83]	Burkina Faso	[21-30 ans]	28,24 %
BOUAYAD S. [10]	Maroc	[21-30 ans]	28,24 %
Notre série	Sénégal	28-37 ans	32 %

V.1.4. Répartition selon l'Origine Géographique

La majorité des patients inclus dans l'étude proviennent de Ziguinchor même, avec quelques cas de localités avoisinantes. Ce phénomène pourrait indiquer une prévalence plus élevée dans la région de Ziguinchor, possiblement influencée par les spécificités environnementales locales, comme l'humidité et la pollution atmosphérique, qui sont connues pour aggraver les affections respiratoires et ORL.

V.1.5. Caractéristiques Socioprofessionnelles

L'analyse par profession montre que les commerçants sont les plus représentés dans notre échantillon (23 %), suivis des femmes au foyer (22 %) et des élèves/étudiants (17 %).

Les élèves et les étudiants prédominaient dans la série de YELBEOGO [83] avec 34,28 % des cas, suivis des ménagères avec 20 % des cas.

Dans la série d'A. W. HAIDARA, la profession de femme au foyer était la plus représentée avec 34 cas, soit 13,33 %, suivie des fonctionnaires avec 19 cas (7,45 %), puis les travailleurs de l'informel avec 13 cas (5,10 %) [37].

Pour l'étude de Bouayad, le statut femme au foyer constituait la profession la plus représentée avec 29 %, suivie d'autres professions avec 17 % [10].

Ces résultats peuvent être interprétés en fonction des activités et des environnements auxquels ces groupes sont exposés ; les commerçants sont souvent exposés à la pollution urbaine et à des environnements poussiéreux, et les femmes au foyer peuvent être affectées par des irritants domestiques. Les étudiants, quant à eux, peuvent être exposés à des environnements fermés, où les infections respiratoires circulent plus facilement.

V.2. Aspects cliniques

V.2.1. Les antécédents

Dans notre série, les patients consommant de l'alcool représentaient 11,11 % des cas et pour le tabac 5,55 %.

Selon une étude faite récemment en juin 2016 en France, le tabac serait impliqué dans 65 % des affections de la sphère ORL (bouche, lèvres, langue, larynx, pharynx et œsophage) [96].

Dans notre échantillon, 8,8 % des patients présentant une pharyngite chronique avaient un ATCD d'infection ORL, dont 43 % étaient des angines à répétition et 25,6 % sont des rhinites.

Ce taux important d'infections ORL était trouvé également par T. SALEH et collaborateurs.

Selon la littérature [98], les facteurs de risque des pharyngites sont multiples et doivent être recherchés à l'interrogatoire.

Un antécédent de RPL était retrouvé chez 8,11 % de nos patients, les maladies métaboliques à type de diabète 1 % des patients et des troubles dentaires avec soin chez 1,6 % de nos patients.

Selon J. J. DEBAIN et collaborateurs [42], la pharyngite a été retrouvée chez 17 % des patients consultant pour une allergie des voies aériennes supérieures contre 4 % dans notre étude.

Selon la revue de la littérature, la pharyngite de l'amygdalectomisé est également fréquente. Elle est due soit à la persistance de moignons amygdaliens, soit au développement d'une inflammation en îlots postérieurs tendant à remplacer le tissu amygdalien ou bien une pharyngite cicatricielle au niveau des piliers et du voile[54] ou à un RPL associé mal diagnostiqué avant l'intervention chirurgicale ou une maladie ou trouble métabolique.

Dans notre série, 3 patients ayant consulté pour une pharyngite chronique ont un antécédent d'amygdalectomie, soit 1,6 % des cas.

V.2.2. Symptomatologie dominante et impact sur la qualité de vie

V.2.2.1. Signes fonctionnels

La gêne pharyngée est parfois décrite de « boule dans la gorge » orientant vers une cause psychique [64].

Le gêne pharyngé étant le principal signe d'appel de la pharyngite, elle a été rapportée par 29 % de nos malades. RPL, deuxième diagnostic le plus fréquent avec 19 % (34 patients) [69]. Elle est suivie de l'odynophagie avec 16 %.

A. W. HAIDARA a trouvé une prédominance de l'odynophagie chez 189 patients, soit 74,12 % des cas [37] ; YELBEOGO Denis [83], T. SALEH [93] et TRAORÉ [95] ont constaté la même chose avec respectivement de 79,75 %, 82 % et 42,3 %. Le patient peut également décrire un hémmeage matinal, un chatouillement pharyngé, un raclement, une sécheresse pharyngée [64].

Des signes en faveur de pathologies chroniques des fosses nasales et des sinus de la face peuvent être rapportés par le patient à type de rhinorrhée 1 % et une obstruction nasale chez 2 cas [68].

Nous avons recensé d'autres symptômes associés à type de dysphonie (9 %), halitose (3 %), otalgie (8 %), autres (fièvre, sécheresse pharyngée, etc.) (11 %).

V.2.2.2. Examen clinique

V.2.2.2.1. Examen de la cavité buccale et de l'oropharynx

Dans notre série, 14 % avaient un mauvais état buccodentaire, et 2 cas avaient une prothèse dentaire.

Dans notre échantillon, l'examen des loges amygdaliennes a montré que les amygdales cryptiques étaient présentes chez 13 % des patients, suivies des hypertrophies amygdales non cryptiques avec 7 %.

L'examen clinique de l'oropharynx a objectivé 25 cas d'inflammation de l'oropharynx, soit 14 %. L'inflammation de l'oropharynx a été également la plus rencontrée dans l'étude d'A. W. HAIDARA, soit 53,33 % [37].

L'examen clinique a mis en évidence une congestion pharyngée (46 %), muqueuse normale (12 %) et des dépôts de caséum (2 %).

V.2.2.2.2. Examen du rinopharynx

La rhinoscopie antérieure réalisée chez les patients de notre étude a objectivé une muqueuse normale chez 70 % des patients, une hypertrophie turbinale chez 30 % des patients (HCI inflammé 4 %, cyanosé 2 %, etc.).

V.2.2.2.3. Résultats nasofibroscopie

Dans notre série, la nasofibroscopie a été réalisée chez 178 patients, soit 98 %.

Elle a objectivé une muqueuse normale dans 84 % et une inflammation de l'oropharynx chez 15 % des patients.

Sarah Bouayad au Maroc [10] avait retrouvé une inflammation dans 64 % des patients, suivie d'une sècheresse pharyngée chez 16 % des patients et une pâleur pharyngée chez 10 % des patients [10].

V.2.2.2.4. Paracliniques

V.2.2.2.4.1. Biologie

Au cours de notre étude, le bilan biologique a été fait chez 11,11 % et avait

retrouvé une anémie dans 1,1 % des cas, une hyperglycémie dans 0,5 % des cas. Cependant, Sarah Bouayad avait retrouvé dans 3,6 % des patients un bilan normal, une hyperglycémie dans 5,8 % et une anémie dans 3 % des cas [10].

V.2.2.2.4.2. Imagerie

Au cours de notre étude, 6 patients ont réalisé une FOGD qui avait objectivé 2 cas d'incontinence cardiaque 2 cas gastrite et un ulcère évolutif.

La TDM sinus, réalisée dans 4 des cas, avait montré un cas de pansinusite et un cas de syndrome concha bullosa.

Cependant dans l'étude de Sarah, 7 % des cas avaient réalisé la TDM des sinus et avaient retrouvé une sinusite maxillaire chez 3 % des patients.

V.2.2.2.5. Diagnostics retenus

Dans notre étude, nous avons retenu une pharyngite peptique 66 % ; des rhinopharyngites 15 %, une dyslipidémie dans 2,2 %, un diabète 1,1 %, des anomalies thyroïdiennes 2 %, des amygdalites chroniques 2,22 %, une carence martiale 1 %, une tuberculose pharyngée 1 % et d'étiologies inconnues 5,55 %.

Cependant dans l'étude de Sarah, la cause digestive était la plus fréquente avec 23 % suivi des causes respiratoires avec 15 %. Les pharyngites d'étiologies inconnues cause étaient de 13 % cas.

Ces résultats corroborent avec l'étude de **SAMIR DAOUD** réalisée en Syrie sur 100 patients entre 2003 et 2005, dont 10 % souffraient de RGO [93] et 15 % des cas de diabète contrastant avec 1 % dans notre étude.

V.2.2.2.6. Prise en Charge Thérapeutique et Résultats Observés

V.2.2.2.6.1. Mesures Hygiéno-Diététiques

Les mesures hygiéno-diététiques, adoptées par 99 % des patients, constituaient un pilier important de la prise en charge. Des études antérieures ont montré que ces

mesures, incluant une alimentation équilibrée, l'éviction d'aliments irritants, et la cessation du tabac, pouvaient réduire la fréquence et la sévérité des symptômes. Des résultats similaires dans d'autres études confirment l'importance de ces mesures comme traitement de fond, avec un effet bénéfique sur la réduction de l'inflammation pharyngée et de la gêne associée.

V.2.2.2.6.2. Traitements Médicaux

Près de la totalité des patients ont bénéficié de traitements à base d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et d'antiacides (99 % et 97 %, respectivement). L'efficacité de ces traitements dans la gestion des symptômes du RPL est bien documentée dans la littérature médicale, où ils sont souvent associés à une réduction significative des récurrences de pharyngite chronique. Le choix du pantoprazole comme molécule principale (dosage de 40 mg deux fois par jour pendant 15 jours, puis 40 mg par jour pour une période prolongée) semble aligné avec les recommandations cliniques actuelles pour la prise en charge des pharyngites chroniques liées au RPL.

TABLEAU VI : répartition des patients en fonction des traitements médicaux reçus

Traitement médical	Notre étude	SARAH [10]
Antihistaminiques	11 %	12 %
AINS	3 %	9 %
Corticoïdes	15 %	21 %
IPP	99 %	17 %
Dompéridone	99 %	0 %
Anxiolytiques	0 %	9 %
Cures thermales	0 %	8 %
Homéothérapie	0 %	26 %
Antibiotiques	2 %	19 %
Antimycotiques	0 %	9 %
Antalgiques		32 %
Bicarbonate de sodium	18 %	14 %

V.2.2.2.6.3. Traitements Chirurgicaux

L'amygdalectomie n'a été réalisée que dans 2,22 % des cas, ce qui pouvait s'expliquer par les indications strictes de cette intervention pour les cas sévères d'angines répétées. Bien que l'amygdalectomie puisse être bénéfique pour certains patients, sa faible utilisation dans notre étude reflète une prudence dans la prescription de cette intervention, réservée aux cas les plus graves où les traitements médicaux sont insuffisants.

Sarah dans son étude avait retrouvé 3,5 % d'amygdalectomie [10].

V.2.2.2.7. Suivi et Évolution des Patients

V.2.2.2.7.1. Durée et Qualité du Suivi

Dans cette étude, le suivi des patients atteints de pharyngite chronique a révélé des lacunes importantes, avec seulement 39 % des patients bénéficiant d'un suivi post-traitement. Cette faible proportion limite la capacité d'évaluer de manière complète l'évolution des symptômes, la réponse aux traitements, et le risque de récurrence à long terme. Des études comparatives ont montré que les patients qui bénéficient d'un suivi constant avaient généralement une meilleure gestion de leurs symptômes et une diminution des exacerbations de la pharyngite chronique. Dans la série de Sarah, 36 % des patients ont consulté 3 fois pour leur pharyngite, 28 % des cas 2 fois, et seulement 5 % des cas ont consulté une seule fois [10].

La mise en place d'un suivi structuré permettrait d'obtenir des données plus fiables concernant l'efficacité des traitements à moyen et long terme. Un suivi rigoureux aiderait également à identifier les patients nécessitant des traitements complémentaires, comme des ajustements de dosage ou des thérapies alternatives, pour une prise en charge plus efficace de leur pathologie. L'instauration de consultations de contrôle régulières, idéalement tous les mois, pourrait offrir une meilleure évaluation de la progression de la maladie et des besoins spécifiques des patients.

La durée du suivi des malades de Sarah était moins d'une année chez la majorité des cas avec un 48 % et avec des extrêmes allant d'un mois à 4 ans [10].

V.2.2.2.7.2. Évolution des patients

Concernant la satisfaction des patients, environ 78 % avaient exprimé une stabilisation ou une amélioration de leurs symptômes après les traitements initiaux, ce qui soulignait l'efficacité des premières lignes de thérapie dans la majorité des cas. Cependant, 15 % des patients avaient rapporté des symptômes persistants ou une récurrence, ce qui avait mené à un certain degré d'insatisfaction. Les causes de cette insatisfaction incluaient la persistance de la gêne pharyngée,

des douleurs ou des sensations de reflux, malgré les mesures thérapeutiques entreprises. Cette proportion de patients insatisfaits mettait en lumière la nécessité de stratégies de suivi plus adaptées et de l'exploration de traitements alternatifs pour les cas réfractaires.

Durant le suivi, Sarah avait noté que 46 % des malades avait remarqué une stabilisation des symptômes, 37 % ont été perdus de vue, tandis que 17 % rapportaient une insatisfaction et une récurrence de leurs symptômes [10].

Pour répondre aux attentes des patients et optimiser les résultats, des ajustements thérapeutiques pourraient être envisagés pour les patients présentant des symptômes résistants aux traitements initiaux. Ces ajustements pouvaient inclure l'introduction de nouvelles options pharmacologiques, une intensification des mesures hygiéno-diététiques, ou des approches complémentaires comme des thérapies comportementales pour les patients dont les symptômes étaient influencés par des facteurs de mode de vie. Par ailleurs, la communication régulière avec les patients concernant l'évolution de leurs symptômes et les résultats attendus des traitements pourraient également améliorer leur satisfaction et leur engagement dans la gestion de leur pathologie.

VI. LIMITES DE L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

VI.1. Limites

Cette étude présente certaines limites qui restreignent l'interprétation complète des résultats obtenus.

- La première réside dans la durée de l'étude, limitée à six mois, ce qui restreint la capacité à évaluer l'évolution des symptômes et des réponses aux traitements sur le long terme. Une observation prolongée aurait permis d'étudier davantage les cas de récurrence de pharyngite chronique et d'identifier les facteurs influençant la persistance ou l'amélioration des symptômes.
- De plus, le faible recours aux examens paracliniques, tels que la numération formule sanguine, la fibroscopie, l'ASLO, la ferritinémie et d'autres investigations, limite la précision des diagnostics. En l'absence de ces examens, l'identification de certains facteurs étiologiques ou de comorbidités potentiellement responsables de l'aggravation des symptômes (comme les infections bactériennes, les allergies ou les anomalies anatomiques) est restreinte. Une intégration systématique de ces analyses paracliniques permettrait d'affiner le diagnostic et de personnaliser la prise en charge des patients en fonction des causes spécifiques identifiées.
- Enfin, le manque de suivi clinique pour une proportion importante de patients impacte la possibilité d'évaluer efficacement les résultats thérapeutiques à moyen et long terme. Un suivi rigoureux et des consultations de contrôle régulières auraient permis d'obtenir des données plus fiables sur l'efficacité des traitements administrés, sur l'évolution des symptômes, et sur la satisfaction des patients face à la prise en charge reçue.

VI.2. Perspectives d'amélioration

Pour pallier ces limitations, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées. Premièrement, une étude de plus longue durée pourrait être menée afin d'évaluer l'évolution des symptômes et la récurrence des pharyngites chroniques, permettant ainsi d'obtenir une vision plus complète de la dynamique de cette pathologie dans la population étudiée. Deuxièmement, une intégration systématique des examens paracliniques dans le protocole de diagnostic renforcerait la précision des diagnostics et permettrait de cibler les interventions de manière plus efficace. Des examens tels que la fibroscopie ou la réalisation de tests allergologiques dans le but d'une de l'immunité et de son impact sur le pharynx, aideraient à identifier des facteurs spécifiques pour une prise en charge adaptée.

De plus, la mise en place d'un suivi médical structuré et continu pour les patients atteints de pharyngite chronique permettrait de mieux documenter l'efficacité des traitements sur le long terme et d'identifier les cas nécessitant des ajustements thérapeutiques. En dernier lieu, des actions de sensibilisation et d'éducation sur les mesures hygiéno-diététiques et les facteurs de risque pourraient être développées afin de prévenir les récurrences et d'améliorer l'observance des traitements.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La pharyngite chronique constitue une affection fréquente des voies aérodigestives supérieures, particulièrement invalidante pour les patients en raison de son caractère persistant et de ses symptômes souvent réfractaires aux traitements classiques. Vu la richesse de l'innervation, la pharyngite est un handicap à la gestion de la douleur. Cette pathologie se distingue par une complexité étiologique où interagissent divers facteurs, incluant des irritants environnementaux, des habitudes de vie, et des affections sous-jacentes comme le RPL. La région de Ziguinchor, en particulier, présente des caractéristiques spécifiques qui influencent la prévalence et les manifestations de cette pathologie. Le climat tropical humide, la prévalence du tabagisme, ainsi que des pratiques alimentaires locales contribuent à aggraver l'inflammation pharyngée et à complexifier la prise en charge de la pharyngite chronique. C'est dans cette optique que nous avons fait le travail dont les objectifs étaient d'évaluer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects cliniques et paracliniques, de décrire et d'analyser les aspects thérapeutiques et évolutifs de la pharyngite chronique chez les adultes.

La prévalence de la pharyngite chronique était de 13,68 %.

L'âge moyen de notre population d'étude était de 45 ans [18–87 ans]. La tranche d'âge [28–37 ans] était la plus représentée.

Dans notre étude, il y avait 110 femmes (61,1 %) et 70 (38,9 %) hommes, soit un sex-ratio M/F de 0,69 (une nette prédominance féminine).

Le plus grand nombre de cas était observé au cours des mois de mars 22 % (40 cas), juillet 21 % (37 cas) et août 26 % (47 cas).

La majorité des patients étaient originaires de **Ziguinchor**, avec quelques cas provenant d'autres localités comme **Sédhiou, Kolda, Bigona, Cap Skiring, Guinée Bissau** et **Gambie**.

Concernant le statut professionnel, les commerçants (vendeurs, boutiquiers) étaient les plus représentés avec 42 patients, soit 23 %. Ils étaient suivis par les

femmes au foyer, au nombre de 39 (22 %), les élèves et étudiants 31 patients (17 %) et les enseignants, quant à eux, constituaient 11 % de l'effectif.

Les ouvriers étaient les moins représentés, avec seulement 4 % des patients. D'autres groupes hétérogènes, incluant des choristes, coiffeurs, retraités, et autres, représentaient 9 % (16 patients).

Pour les antécédents médicaux, 46,66 % des patients (84 cas) ne présentaient aucun antécédent particulier. Cependant, 8,88 % des patients présentaient un reflux gastro-œsophagien (RGO), 8,88 % des antécédents d'infection et deux cas d'ulcère gastroduodéal.

Trois 3 patients (5 %) avaient subi une amygdalectomie, une cure de hernie inguinale (3 cas), une cure d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP, une myomectomie (3 cas) et une ablation d'un kyste thyroïdien (1 cas).

Selon le mode de vie, les patients consommant de l'alcool représentaient 11,11 % des cas et les tabagiques 5,55 % des cas.

Sur le plan clinique :

La **gêne pharyngée** 29 % (52 patients) et le **reflux pharyngolaryngée (RPL)** **19 % (34 cas)** étaient les motifs de consultation les plus fréquents.

D'autres symptômes étaient retrouvés comme l'otalgie réflexe, l'odynophagie, l'halitose, la dysphonie intermittente et le hémorragie.

L'examen de la cavité buccale montrait un mauvais état buccodentaire chez 26 patients (14 %) ; un patient était porteur d'une prothèse dentaire et un autre une carie dentaire.

La congestion oro-pharyngée a été observée chez 82 patients (46 % des cas), les amygdales cryptiques chez 13 % des cas et l'oropharynx inflammé dans 14 % des cas.

La rhinoscopie antérieure avait révélé une hypertrophie bilatérale des cornets dans 23 % des cas (42 patients).

L'examen de la peau cervico-faciale était normal chez l'ensemble des patients.

Trois (03) patients (1,7 %) avaient présenté des adénopathies cervicales.

L'otoscopie avait révélé un cas d'otite séromuqueuse.

La laryngoscopie indirecte a été réalisée chez tous les patients, sauf chez 2 patients (1 %) en raison d'un réflexe nauséux important. Dans 33 % des cas (59 patients), l'examen était normal, tandis qu'une pharyngolaryngite a été diagnostiquée chez 66 % des patients (119 cas).

Sur le plan biologique :

La NFS n'a été réalisée que dans 5 cas (3 %) et 2 avaient présenté une anémie microcytaire normochrome.

La CRP a été dosée chez un patient et s'est révélée positive.

Le dosage du fer sérique, réalisé chez 5 patients, était normal chez 3 cas et abaissé pour 2 patients.

Le dosage de l'urée et de la créatinémie était réalisé chez un patient et revenu normal.

La glycémie à jeun, effectuée chez 4 patients, avait mis en évidence un cas d'hyperglycémie et le reste normal.

La **calcémie**, réalisée chez 5 patients, était normale chez tous.

L'uricémie était faite chez 3 patients, avec des résultats normaux pour tous.

Les ASLO étaient effectuées chez 6 patients, tous les résultats sont revenus normaux.

La TSH était réalisée chez 3 patients, dont 2 qui était revenu bas.

Le dosage des LDL et cholestérol, effectué chez 4 patients, avait montré des valeurs élevées.

Sur le plan radiologique :

La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) a été réalisée chez 6 patients et avait montré 2 cas d'incontinence cardiaque non compliquée, 2 cas de gastrite antrale érosive et 1 cas d'ulcère évolutif. Aucun patient n'a bénéficié de biopsie

Il est à noter que la transit œso-gastro-duodénale (TOGD) n'a été réalisée chez aucun patient.

La tomodensitométrie (TDM) des sinus, réalisée dans 4 cas, avait montré 1 cas de syndrome d'Eagle, 1 cas de syndrome de concha bullosa bilatéral et 2 cas de pan sinusite.

Dans notre étude, la principale étiologie retrouvée était la pharyngite peptique avec 66 % des cas (119 patients). La rhinopharyngite était objectivée chez 28 patients soit 15,55 % des cas ; une carence martiale dans 2 cas ; 4 cas de dyslipidémie ; 4 cas d'amygdalites chroniques et 1 cas de diabète.

Sur la thérapeutique :

Le traitement médical des pharyngites chroniques procède par le respect des principes hygiène diététiques qui sont simples et parfois très efficaces. Elles ont été adoptées chez presque nos patients, soit 99 % des cas.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement anti-reflux généralement basé sur une association de plusieurs familles de médicaments dont principalement les antiacides, soit 97 %, et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), soit 99 %. La principale molécule est la pantoprazole à la posologie de 40 mg × 2/j pendant 15 jours puis 40 mg/j pendant un mois à deux mois. En fonction de la symptomatologie, l'association IPP et prokinétiques (dompéridone) a été prescrite dans 53 % des cas. L'association avec un gargarisme au bicarbonate de sodium était réalisée dans 18 % des cas, et d'un anti-œdémateux dans 27 % des cas.

En ce qui concerne le traitement de la laryngite peptique, il associait un antibiotique, une corticothérapie et un traitement anti-reflux. Ce même protocole était appliqué pour le traitement de l'otite séromuqueuse.

Quant à la rhinopharyngite chronique, le traitement était basé sur une corticothérapie locale et les lavages de nez au sérum physiologique. En cas d'allergie, l'éviction de l'allergène responsable et un traitement antihistaminique étaient utilisés.

Dans notre étude, l'indication d'une amygdalectomie a été posée chez 4 de nos patients présentant des angines à répétition, mais elle a été réalisée que chez 3 patients, soit 2 %.

Sur le plan évolutif :

Dans notre série, 69 % des patients ont consulté une seule fois pour leur pharyngite, 24 % ont consulté 2 fois, 5 % ont consulté trois fois et seulement 2 % quatre fois.

La majorité des patients n'ont pas eu de suivi, soit 61 %, des cas. Cependant, **29 % des cas ont eu un suivi à un mois, 2 % à 2 mois, 1 % à 3 mois et 2 % à 6 mois.** Durant le suivi, nous avons noté que 78 % des malades ont remarqué une bonne évolution clinique avec stabilisation des symptômes, 7 % ont été perdus de vue, tandis que 15 % rapportaient une insatisfaction et une récurrence de leurs symptômes.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ À l'endroit de l'état (ministère de la Santé)

- Développer des programmes éducatifs pour sensibiliser les patients aux effets du tabagisme, de l'alcool et des habitudes alimentaires irritantes.
- Mettre à la disposition des services spécialisés le matériel d'exploration endoscopique, PH métrique et manométrique.
- Assurer la formation médicale et paramédicale, incluant des ateliers sur les techniques d'endoscopie et d'évaluation ORL.
- Améliorer les conditions techniques de diagnostics.
- Subventionner les examens paracliniques.

➤ À l'endroit du personnel

- Former le personnel médical et paramédical, incluant des ateliers sur les techniques d'endoscopie et d'évaluation ORL, pourrait améliorer la précision des diagnostics et renforcer l'efficacité de la prise en charge.
- Intégrer selon les orientations des examens complémentaires, notamment la nasofibroscopie, fibroscopie et la pH-métrie, pour un diagnostic précoce.
- Harmoniser les protocoles de prise en charge médicale des pharyngites chroniques.
- Assurer un suivi adéquat des patients.
- Maintenir une collaboration entre les services ORL, de gastro-entérologie, et de nutrition.

➤ À l'endroit des populations

- Consulter en cas de toutes manifestations cliniques de maladie.
- Adopter une bonne hygiène de vie notamment alimentaire et buccodentaire.
- Respecter les rendez-vous.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Aftab Z, Wladis A. Skandalakis.** Surgical Anatomy: The Embryology and Anatomic Basis of Modern Surgery. Sultan Qaboos Univ Med J. mars 2008;8(1):97
2. **Albahout KS, Lopez RA.** Anatomy, Head and Neck, Pharynx [Internet]. In: StatPearls 2023 [cité 25 oct 2024]. (Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544271>)
3. Atlas d'anatomie humaine [Internet] 2019 [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://shop.elsevier.com/books/atlas-danatomie-humaine/netter/978-2-294-75629-0>.
4. Anatomie [Internet]. Tome 3. ORL [cité 30 oct 2024]. Disponible sur : https://www.librairiejle.com/fr/catalogue/doc/anatomie-tome-3-orl_4171/lm_ouvrage.dhtml
5. **Netter FH.** Atlas of Human Anatomy [Internet] [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.amazon.fr/Atlas-Human-Anatomy-Frank-Netter/dp/0323393225>
6. **Johnson J.** Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology [Internet]. 2 volume set, Medicine & Health Science Books @ Amazon.com [cité 25 oct 2024]. (Disponible sur : <https://www.amazon.com/Baileys-Head-Neck-Surgery-Otolaryngology/dp/1609136020>)
7. **Bakar MA, McKimm J, Haque SZ, Majumder MAA, Haque M.** Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities. J Inflamm Res. 5 sept 2018; 11:329.
8. **Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA.** The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). The Laryngoscope. août 2001;111(8):1313-7.
9. **Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA.** Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice Off J Voice Found. juin 2002;16(2):274-7.
10. **Bouayad Sara.** Les pharyngites chroniques en consultation ORL [Thèse]. [Fès] : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah; 2017.

11. Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/Les-points-cles>
12. **Cesta MF.** Normal structure, function, and histology of mucosa-associated lymphoid tissue. *Toxicol Pathol.* 2006;34(5):599-608.
13. **Chermak GD, Moore MK.** Eustachian Tube function in the older adult. *Ear Hear.* 1981;2(4):143-7.
14. Conférence de consensus franco-belge : Reflux gastro-œsophagien de l'adulte--diagnostic et traitement. Paris, France, 21-22 janvier 1999. *Gastroentérologie Clin Biol.* janv 1999;23(1 Pt 2):S1-320.
15. **Cohen R.** Infections ORL [Internet]. Conf2-infections-orlvignettes-r-cohen.pdf [cité 25 oct 2024]. Disponiblesur : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2018/avril-2018/conf2-infections-orlvignettes-r-cohen.pdf>
16. **Richardson MR, Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Robbins KT, et al.** Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 3-Volume Set: Expert Consult: Online and Print: 9780323052832: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.amazon.com/Cummings-Otolaryngology-Surgery-3-Consult/dp/0323052835>
17. **Cummings CW, Haughey BH, Thomas JR, Harker LA, Flint PW.** Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery (4-Volume Set): 9780323019859: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com Disponible sur : <https://www.amazon.com/Cummings-Otolaryngology-Head-Surgery-4/dp/0323019854>

- 18. Flint PW, Haughey BH, Valerie J, Niparko JK, Robbins KT, Thomas JR, et al.** Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery, 6e (OTOLARYNGOLOGY (CUMMINGS)) - 3-Volume Set: 9781455746965: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com Disponible sur : <https://www.amazon.com/Cummings-Otolaryngology-OTOLARYNGOLOGY-CUMMINGS-3/dp/1455746967>
- 19. De Araujo IE, Simon SA.** The gustatory cortex and multisensory integration. Int J Obes 2005. juin 2009;33 Suppl 2(Suppl 2): S34-43)
- 20. Sifrim Daniel, Zerbib F.** Diagnostic et prise en charge des patients présentant des symptômes de reflux réfractaires aux inhibiteurs de la pompe à protons. Gut. 2012 Sep;61(9):1340-54.
- 21. Dienta L.** Revue des indications de la Nasofibroscopie dans le service d'ORL-CCF du CHU-GT de Bamako [Thèse]. [Bamako] : Université de Bamako ; 2011. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1064>
- 22. Le Quotidien.** #Ziguinchor [Internet] [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://lequotidien.sn/ziguinchor-4-jours-de-greve-sans-service-minimum-ni-urgence-les-travailleurs-de-lhopital-de-la-paix-passent-a-la-vitesse-superieure/>
- 23. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, George KB.** Érosion dentaire et reflux gastro-œsophagien pathologique. Journal de l'Association dentaire canadienne. 2003 ;69(2):84-89.
- 24.** Disponible sur : <https://fmedecine.univsetif.dz/ProgrammeCours/16.03.rgo.pdf>
- 25. RFI.** Sénégal : le livre d'une historienne sur la Casamance fait polémique [Internet] Disponiblesur : <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20241025s%C3%A9n%C3%A9gal-le-livre-d-une-historienne-sur-la-casamance-fait-pol%C3%A9mique>

26. **Raji A, Essaadi M, Chekkoury IA, Benchakroun Y.** Les manifestations otorhinolaryngologiques du reflux gastro-oesophagien. *Médecine du Maghreb.* 2001 ;86:26-30.
27. Disponible sur : <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2020/these196-20.pdf>
28. **Esser N, Legrand-Poels S, Piette J, Scheen AJ, Paquot N.** Inflammation as a link between obesity, metabolic syndrome and type 2 diabète. *Diabètes Res Clin Pract.* août 2014;105(2):141-50.
29. **Faris C. Scott-Brown's.** Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, 7th edn. *Ann R Coll Surg Engl.* oct 2011;93(7):559.
30. **Ford CN.** Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA.* 28 sept 2005;294(12):1534-40.
31. **Garay R.** Mechanisms of vasomotor rhinitis. *Allergy.* 2004;59 Suppl 76:4-9; discussion 9-10.
32. **Georgalas CC, Tolley NS, Narula PA.** Tonsillitis. *BMJ Clin Evid.* 22 juill 2014; 2014:0503.
33. **Gerber MA.** Diagnosis and Treatment of Pharyngitis in Children. *Pediatr Clin North Am.* 28 mai 2005;52(3):729.
34. **Bakhat G.** Manifestations orl du reflux gastro-œsophagien [Thèse]. [Rabat] : Université Mohammed V ; 2021.
35. **Guan WJ, Zheng XY, Chung KF, Zhong NS.** Impact of air pollution on the burden of chronic respiratory diseases in China: time for urgent action. *Lancet Lond Engl.* 15 oct 2016;388(10054):1939-51.
36. **Standring S.** Part of: Gray's Anatomy. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice.* 42^e éd, Elsevier, 2020 ; 1606 p.

- 37. Haidara AW.** Les amygdalites et leurs complications : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. À propos de 255 cas colligés [Thèse]. [Bamako] : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako ; 2014. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/662>
- 38. Hoffman RM, Jaffe PE.** Plummer-Vinson syndrome. A case report and literature review. *Arch Intern Med.* 9 oct 1995;155(18):2008-11.
- 39. Gynecologic Cancer Institute of Chicago.** Hypopharyngeal Cancer [Internet]. Affiliated Oncologists. Disponible sur : <https://aocancer.com/education-resources/types-of-cancer/hypopharyngeal-cancer>
- 40. Jordan E.** Cavité buccale [Internet]. *fiches-anatomie.com.* 2023 (Disponible sur : <https://fiches-anatomie.com/cavite-buccale/>)
- 41. Kahrilas PJ, Quigley EM, Castell DO, Spechler SJ.** The effects of tegaserod (HTF 919) on oesophageal acid exposure in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* nov 2000;14(11):1503-9.
- 42. Kato A, Schleimer RP.** Beyond inflammation: airway epithelial cells are at the interface of innate and adaptive immunity. *Curr Opin Immunol.* 24 oct 2007;19(6):711.
- 43. Kilty SJ, Desrosiers MY.** The role of bacterial biofilms and the pathophysiology of chronic rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep.* mai 2008;8(3):227-33.
- 44. Lahlaïdi A.** Anatomie topographique : applications anatomo-chirurgicales. tête, cou, organe des sens. Quatrième volume. Livres Ibn Sina; 1986. 503 p.
- 45. PinkyBone.** Larynx [Internet]. 2016 [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.pinkybone.com/tag/larynx/>
- 46. Leader P, Geiger Z.** Vasomotor Rhinitis. In: Stat Pearls Publishing, 2023.

47. **Lechien J, Khalife M, Delvaux V, Kathy H, Piccaluga M, De Araujo et al** Pathophysiology, assessment and treatment of laryngopharyngeal reflux. *Rev Laryngol Otol Rhinol Bord.* 1 janv 2014 ;135 :163-70.
48. **Lechien JR, Huet K, Finck C, Khalife M, Fourneau AF, Delvaux V et al** Validity and Reliability of a French Version of Reflux Symptom Index. *J Voice Off J Voice Found.* juill 2017;31(4): 512.e1-512.e7.
49. **Raji A, Essaadi M, Chekkoury IA, Benchakroun Y.** Les manifestations otorhinolaryngologiques du reflux gastro-oesophagien. *Médecine du Maghreb.* 2001;86:26-30.
50. **Fakhry N, Rossi ME, Reyre A.** Anatomie descriptive, radiologique et endoscopique du pharynx. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 2014 ; 20-491-A-10.
51. **Dehesdin D, Choussy O.** Anatomie du pharynx. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 1998 ; 20-491-A-10.
52. **Contencin P.** Manifestations ORL du reflux gastro-oesophagien. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 1995 ; 20-822-A-10.
53. **Blanchet C, Mondain M.** Manifestations oto-rhino-laryngologiques du reflux gastro-oesophagien. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 2010 ; 20-822-A-10.
54. **Perrin P, Mayot D, Béné MC.** Pharyngites chroniques et amygdalites. *EMC - Oto-rhino-laryngologie.* 1990 ; 20-530-A-10.
55. **Meller SM.** Functional anatomy of the larynx. *Otolaryngol Clin North Am.* févr 1984;17(1):3-12.
56. **Lechien JR, Mouawad F, Bobin,** Mise au point sur le reflux laryngopharyngé. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale.* 2021;4:265-276.
57. **Moore KL, Agur AMR.** *Moore Essential Clinical Anatomy.* 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2014; 686 p.
58. **Mestecky J, Strober W, Russell MW** *Mucosal Immunology.* 4th Edition, Academic Press, 2015; 2540 p.

- 59. Nchinech N, Abelghouche A, Achour S, Bousliman Y, Kartouti AE, Kechna H.** Évaluation des pratiques de prescription des inhibiteurs de pompe à protons. Cah Santé Médecine Thérapeutique. 1 juill 2023 ;32(4) :160-70.
- 60. Netter F.** Atlas d'anatomie humaine. 6e édition. Issy-les-Moulineaux : MASSON; 2015. 624 p.
- 61. Nikolov NP, Illei GG.** Pathogenesis of Sjögren's syndrome. Curr Opin Rheumatol. sept 2009;21(5):465.
- 62. Olofsson J, Werner JA.** The future of European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. août 2008;265(8):857-8.
- 63. Oropharynx** [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible. Sur : <https://coursdechantmarseille.emonsite.com/album/schemas/oropharynx.html>
- 64. Oto-rhino-laryngologie - Archives - EM consulte** [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/traite/or/articlesarchives>
- 65. Oto-rhino-laryngologie - Présentation - EM consulte** [Internet]. [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/traite/OR/presentation/oto-rhino-laryngologie>
- 66. Oto-rhino-laryngologie - Table des matières - EM consulte** [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/traite/OR/table-des-matieres/oto-rhino-laryngologie>
- 67. Pan J, Cen L, Chen W, Yu C, Li Y, Shen Z, et al.** Alcohol Consumption and the Risk of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 1 janv 2019;54(1):62-9.
- 68. Paradise JL.** Etiology and management of pharyngitis and pharyngotonsillitis in children: a current review. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. janv 1992; 155:51-7.

- 69. Park KH, Choi SM, Kwon SUK, Yoon SW, Kim SUK.** Diagnosis of laryngopharyngeal reflux among globus patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134(1):81-5.
- 70. Patel DA, Blanco M, Vaezi MF.** Laryngopharyngeal Reflux and Functional Laryngeal Disorder: Perspective and Common Practice of the General Gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol.* sept 2018;14(9):512.
- 71. Lézy JP, Princ G.** Pathologie maxillo-faciale et stomatologie. Collection Abrégés de médecine, 2010 ; 232 p.
- 72. Lechien JR, Khalife M, Delvaux V, Huet K, Piccaluga M, Costa de Araujo P, et al.** Pathophysiology, assessment and treatment of laryngopharyngeal reflux. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2014 135(4):163-170.
- 73. Perone N, Humair JP.** Diagnostic et prise en charge de la pharyngite de l'adulte. *Rev Med Suisse.* 31 janv 2007;096:286-90.
- 74. Drake RL, Vogl AW, Mitchell A.** Anatomie de Gray pour les étudiants : avec accès en ligne à Student Consult. Elsevier-Masson, 2019.
- 75. Pindborg JJ.** Pathology of the dental hard tissues. Philadelphia: Saunders; 1970. 442 p.
- 76. Collégiale des Universitaires en Hépto-Gastro-Entérologie (CDUHGE), Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Hépto-gastro-entérologie.** Enseignement du 2ⁿ cycle, Polycopie National, 2019; 671 p.
- 77. Ravich WJ, Wilson RS, Jones B, Donner MW.** Psychogenic dysphagia and globus: reevaluation of 23 patients. *Dysphagia.* 1989;4(1):35-8.
- 78. West D, John B.** Respiratory Physiology: The Essentials 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011; 200 p.
- 79. Rouvière H, Delmas A.** Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle, tome 1 : Tête et cou. 15e édition. Éditions Masson; 2002. 688 p.
- 80. Rouvière H.** Précis d'anatomie et de dissection. Vol. 1. Masson; 1920.
- 81. Rozin P.** « Taste-smell confusions » and the duality of the olfactory sense. *Percept Psychophys.* avr 1982;31(4):397-401.

- 82. Sanders I, Wu BL, Mu L, Li Y, Biller HF.** The innervation of the human larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* sept 1993;119(9):934-9.
- 83. Sano DD, Traoré.** Complications aiguës des angines en ORL au centre hospitalier national Yalgado Ouegado, Burkina [Thèse]. [Ouagadougou] : Université de Ouagadougou ; 2001.
- 84. EMC.** Elsevier–Masson. Édition SMB-Medecine.com, 2020 ; 2374 p.
- 85. Seck K.** Les manifestations ORL du reflux gastro-œsophagien : aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques, étude rétrospective sur 103 cas à l'Hôpital Général Idrissa Pouye [Thèse]. [Dakar] : Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2020.
- 86. Small DM.** Flavor is in the brain. *Physiol Behav.* 5 nov 2012;107(4):540-52.
- 87. Wineski LE.** Snell's Clinical Anatomy by Regions. 10th Edition, LWW, 2018 ; 816 p.
- 88. Surján L, Surján M.** Immunological role of human tonsils. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 1971;71(2):190-3.
- 89. Steele CM, Miller AJ.** Sensory Input Pathways and Mechanisms in Swallowing: A Review. *Dysphagia.* 3 sept 2010;25(4):323.
- 90. Watkinson J, Wilson J, Gaze MN.** Stell and Maran's Head and Neck Surgery 4th Edition, Hodder Education Publishers, 2000 ; 528 p.
- 91. Strohl KP, Butler JP, Malhotra A.** Mechanical Properties of the Upper Airway. *Compr Physiol.* juill 2012;2(3):1853.
- 92. Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA.** Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician Med Fam Can.* avr 2020;66(4):251-7.
- 93. Saleh T, Youssef Y, Rastum M.** A Causative and statistical study of chronic pharyngitis; Tishreen SYRIE 2006. [SYRIE]: TISHREEN; 2006.

- 94. Testut L** (1849 1925) A du texte. Traité d'anatomie humaine. Tome 1 [Internet]. [cité 25 oct 2024]. L. Testut.1897 (Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76456k>)
- 95. Timbo SK, Keïta MA, Togola FK, T Traoré, Traoré L, Ag MA.** Aspects épidémiologiques de l'angine à Bamko. Mali Med. 21(4): 1-3, 2006.
- 96. Titze IR.** The human instrument. Sci Am. janv 2008;298(1):94-101.
- 97. Traoré A.** Étude épidémiologique et clinique du Reflux Gastro-œsophagien dans les centres de références du district de Bamako [Thèse] [Bamako] : Université de Bamako ; 2008.
- 98.** Troubles cliniques de la voix. 4th edition. Stuttgart: Thieme Medical Publishers, 2020 ; 301 p.
- 99. Umbricht V.** La déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons à l'officine [Thèse]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux ; 2020.
- 100. Vanhaeren J.** Amygdalectomie [Internet]. NYSORA. 2023 [cité 25 oct 2024]. Disponible sur : [https://www.nysora.com/fr/anesth %C3 %A9sie/amygdalectomie/](https://www.nysora.com/fr/anesth%C3%A9sie/amygdalectomie/)
- 101. Vazel L, Martins C, Potard G, Marianowski R.** Pharyngites chroniques. EMC - Oto-Rhino-Laryngol. 1 févr 2005;2(1):83-91.
- 102. Williams D, Lewis M.** Pathogenesis and treatment of oral candidosis. J Oral Microbiol. 28 janv 2011;3.
- 103. Wolford RW, Goyal A, Syed SYB, Schaefer TJ.** Pharyngitis [Internet]. 2023 [cité 25 oct 2024] Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550/>

ANNEXES

ANNEXES :

Les pharyngites chroniques en consultation ORL

Numéro de dossier :
Etat civil :
Nom et prénom :
Sexe :
Age :
Profession :
Origine géographique :
Tel :

ANTECEDENTS :

Médicaux : Diabète : HTA : ATCD ORL :
Maladie thyroïdienne : goutte : allergie au lactose :

Soins dentaires : Oui : Non :
Chirurgicaux : Oui : Amygdalectomie : chir nasale :
Chir digestive :
Non :

Gynéco-obs :

Mode de vie : Alcool : Tabac : Autres :
Prises médicamenteuses : Oui : AINS : Béta bloquants :
Psychotropes : Autres :
Non :

SIGNES CLINIQUES :

Signes fonctionnels : gêne pharyngée dysphagie
sécheresse pharyngée odynophagie hémorragie
hypersialorrhée RGO fausses routes Caséum Toux
stridor rhinorrhée SAOS otalgie réflexe

EXAMEN CLINIQUE :

- Cavité buccale :
 - Etat buccodentaire : Bon Mauvaise
 - Prothèse dentaire : Oui Non
 - Langue et muqueuse buccale:
 - Loges amygdaliennes : normales : cryptiques :
hypertrophiées : dépôt de caséum : Hypertrophie
amygdales linguales : congestion :
 - Oropharynx : Sec : inflammé : dépaillé :
 granulations : jetage postérieur :
 - Rhinologie antérieur:
 - Rhinologie postérieur:
 - Examen cervical: Tumefaction: ADP:

➤ Nasofibroscopie:

Fosses nasals

Cavum

Oropharynx

Hypopharynx

Larynx

- Morphologie:
- Dynamique:

EXAMEN PARACLINIQUE:

Biologie:

NFS :

CRP :

Ferritinémie :

GAJ :

Bilan lipidique :

Calcémie :

TSH :

Uricémie :

ASLO :

Urée :

FOGD

TOGD

TDM des sinus :

TRAITEMENT :

➤ MHD :

➤ Médical :

- IPP : Oui : Non :
- Association dompéridone : Oui : Non :
- Cortico local : Oui : Non :
- Cortico général : Oui : Non :
- Bicarbonate de sodium : Oui : Non :

• Autres:

➤ Chirurgical : soins et chirurgie dentaires : Amygdalectomie :

Biopsie : Autres :

Nombres de consultations :

Durée de suivi

Évolution : Favorable : Chronique :

Les mesures hygiéno-diététiques

1. NE PAS PRENDRE SURTOUT LE SOIR

Menthe

Café ou thé

Chocolat

Alcool, Tabac + Boisson gazeuses

Agrumes et jus d'agrumes

Lait caillé

Arachides ou aliments à base d'arachide (mafé, thiéré basse, mboum, ngalakh, dakhine, mbakhal)

Friture grasse

Épices, vinaigrettes

Tomates, sauces tomates

FRACTIONNER L'ALIMENTATION

3. NE PAS SE COUCHER DANS L'HEURE QUI SUIT UN REPAS

Diner tôt manger à 19h ou 20h si vous vous couchez après 22h

Se coucher au minimum 2h après le repas

- * Ne pas grignoter devant l'écran après le repas

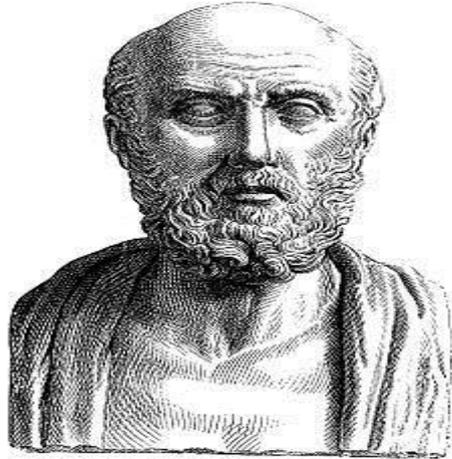
4. POSITION LORS DU SOMMEIL

Ne pas dormir à plat : surélever le sommier du lit du côté de la tête de 15cm

Ne pas dormir sur le ventre

Éviter de dormir sur le côté droit

- PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE



SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

RÉSUMÉ

INTRODUCTION :

La pharyngite chronique constitue une affection fréquente des voies aérodigestives supérieures, particulièrement invalidante pour les patients en raison de son caractère persistant et de ses symptômes souvent réfractaires aux traitements classiques. L'objectif était d'évaluer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects cliniques et paracliniques, de décrire et d'analyser les aspects thérapeutiques et évolutifs de la pharyngite chronique chez les adultes.

MÉTHODOLOGIE :

Une étude prospective a été menée, sur les patients venus en consultation au service d'ORL de l'hôpital de la paix du 1^{er} mars 2023 au 30 août 2023. Ceux parmi eux qui remplissaient les critères d'inclusion ont été sélectionnés. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire préétabli. Les données ont été saisies sur Excel 2017. Notre analyse s'est faite sur la base de ces données stabilisées.

RÉSULTATS :

Au total nous avons colligés 180 patients. La particularité des pharyngites chroniques dans notre étude était le jeune âge de nos patients avec la tranche d'âge [28-37 ans] la plus représentée certainement en rapport avec la jeunesse de la population générale, une prédominance féminine (sexe ratio à 0,67), la rareté des lésions sévères et des complications. La principale étiologie retrouvée était la pharyngite peptique avec 66 % des cas, soit 119 patients. Elle était suivie par la rhinopharyngite chronique avec 28 cas soit 15,55 % des cas. Il était également important de noter la présence de 2 cas de carence martiale, ainsi que d'autres pathologies telles que 4 cas de dyslipidémie et 4 cas d'amygdalites chroniques. Les études randomisées bien menées sont assez peu nombreuses, mais leurs résultats suggèrent en partie l'amélioration des pharyngites sous IPP.

CONCLUSION :

Cette étude portant spécifiquement sur les pharyngites chroniques est une première au Sénégal. Nous espérons que les résultats auxquels nous sommes parvenus apporteront une modeste contribution à l'évaluation de la fréquence hospitalière, à la description des aspects cliniques et d'intégrer systématiquement les examens paracliniques, l'amélioration des méthodes de la prise en charge thérapeutiques pour mieux suivre l'évolution des pharyngites chroniques chez les adultes. Enfin nous serons très satisfaites de voir notre étude aider à la promotion de comportements favorables à la santé ORL.

Mots clés : pharyngite chronique, rhinopharyngite, pharyngite peptique