

Article Original

Les Urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala: Aspects Cliniques et Thérapeutiques

ENT emergencies at the Hôpital Général of Douala: clinical features and management

Martial Jufo Donkeng¹, François Djomou², Mendel Koudjou Nzogang¹, Richard Louis Njock³

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I.

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I. CHU de Yaoundé

³ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I. Hôpital Laquintinie de Douala,

Correspondance : Dr Boris Donkeng. Email : donkengjufo@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif. Les urgences sont des situations courantes en Otorhinolaryngologie (ORL). La prévention est le meilleur moyen de réduire leurs fréquences afin d'en limiter les complications. L'objectif général de cette étude était de décrire le profil clinique et thérapeutique des urgences ORL dans le service d'ORL de l'Hôpital Général de Douala.

Matériel et méthodes. Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur les dossiers des patients présentant des urgences ORL reçus dans ce service de Janvier 2010 à Décembre 2014. Nous avons utilisé le test exact de Fisher pour comparer les proportions et nous avons considéré une différence statistiquement significative pour une valeur p inférieure à 0,05.

Résultats. 18351 patients ont été reçus dans le service d'ORL de l'Hôpital Général de Douala. Parmi ceux-ci 428 étaient des urgences, soit une incidence hospitalière de 2,33%. L'âge moyen était de 34,19±19,92 ans avec 20% d'enfants de moins de 15 ans. Les sujets de sexe masculin représentaient 60% de la population d'étude avec un sex ratio de 1,5:1. Le traumatisme maxillo-facial était la principale cause d'urgence avec une fréquence de 23%. Les accidents de la voie publique en étaient les principales circonstances de survenue (91% des cas). Nous avons enregistré dans notre série 6% d'urgences absolue. L'otologie était la sous spécialité la plus représentée en urgence (44%). 56,5% des patients ont été traités en ambulatoire. La totalité des patients a reçu un traitement et une intervention chirurgicale a été requise dans 33% des cas. Les complications observées (6,3%) étaient exclusivement esthétiques et fonctionnelles. Il a été noté 2 cas de décès soit un taux de mortalité de 0,5%.

Conclusion. les urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala sont dominées par les traumatismes maxillo-faciaux. Le taux d'intervention chirurgicale y est élevé ainsi que la fréquence des complications après prise en charge.

Mots clés. Urgences ORL, épidémiologie, Hôpital Général de Douala

RÉSUMÉ

Background. Emergencies are frequent in the ENT department and prevention is the best way to reduce their frequency. The objective of this study was to describe the epidemiological and clinical profiles of ENT emergencies as well as identify their management strategies in a reference hospital in Cameroon.

Methods. We conducted a longitudinal documentary review of patient's files over a period of five years (January 2010 to December 2014) in the Douala General Hospital of Cameroon. The data were collected using a data extraction sheet and analysed using the statistical software Epi-Info version 3.5.4. Major analyses were calculation of proportions and their 95% confidence intervals for qualitative variables and calculation of means for quantitative variables. We use Fisher exact test to compare proportions and the difference was statistically significant when p value was less than 0.05.

Results. A total of 18.351 patients were received in the ENT department of the Douala Regional Hospital with a mean age of 34.2±19.9 years. It was estimated that up to 20% of these patients were aged below 15 years and the most represented age group was the 30-45 years age group. The population was dominated by males with a sex ratio of 1.5:1. Out of the total number of patients consulted, 428 (2.33%) were received with at least one ENT emergency. The leading causes of ENT emergencies included the following; maxillofacial trauma (23.1%), positional paroxysmic vertigo (12.8%), and Foreign body (9.3%). Road traffic accident was associated with up to 91% of the ENT emergencies. In our study, 6% of cases were vital emergencies. All the patients were treated and surgery was required in 34% of cases. The complications (6.3%) were exclusively aesthetic and functional. Mortality rate was 0.5%.

Conclusion. The morbidity associated to ENT emergencies at the Douala General hospital is low but the demand for high performance care (surgery) is considerably elevated, as well as the frequency of the complications too. Maxillofacial trauma is the most common cause of these emergencies

Keywords. ENT emergencies Douala, Cameroon

INTRODUCTION

Les urgences en Otorhinolaryngologie (ORL) regroupent des pathologies de types très différents. Elles peuvent

concerner plusieurs systèmes tel le système vasculaire, le système respiratoire ou le système sensoriel [1]. Selon

leurs présentations cliniques, on retrouve les urgences vitales nécessitant une prise en charge sans délai, les urgences relatives et les urgences fonctionnelles. En général, les urgences ORL sont greffées d'une faible morbi-mortalité [1,2].

Dans les grands centres urbains, les urgences ORL constituent une partie importante des situations d'urgence. Dans les hôpitaux de première catégorie, on observe parfois une réduction de la qualité des soins administrés du fait de l'importante fréquentation de ces formations sanitaires qui contraste avec la modicité des ressources [3,4]. La prévention des urgences ORL et l'organisation des services d'ORL sont ici les meilleurs moyens d'améliorer la qualité des soins.

L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinique et thérapeutique des urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala (HGD).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude descriptive rétrospective a été basée sur les dossiers des patients reçus au service d'ORL de l'HGD de Décembre 2010 à Janvier 2014.

L'HGD est l'une des formations sanitaires les mieux équipées du Cameroun. Le service d'ORL comprend deux salles de consultation, une salle de soins, une salle d'exploration et une salle d'attente. Il est tenu par quatre médecins spécialisés en ORL, assistés par une infirmière, une aide-soignante et une secrétaire. Les patients nécessitant une hospitalisation sont hébergés dans le service de chirurgie. Les interventions chirurgicales sont réalisées dans un bloc opératoire commun aux autres chirurgies.

Nous avons considéré urgentes les pathologies suivantes rangées selon une classification inspirée de celle de l'Hôpital Lariboisière en France :

- **Urgences infectieuses** : otite externe maligne, mastoïdite, périchondrite, myringite bulleuse, cellulite cervico-faciale, rhino-sinusite compliquée, abcès du septum nasal, phlegmon péri-amygdalien, adénophlegmon.
- **Urgences traumatiques** : traumatisme maxillo-facial, fracture des os propre du nez, hématome septal nasal, fracture du rocher, traumatisme de l'oreille (plaie du pavillon, othématome, amputation du pavillon, Blast, traumatisme sonore aigu), plaie vasculaire du cou.
- **Urgences hémorragiques** : épistaxis, hémorragie tumorale, hémorragie postamygdalectomie, hémorragie postadénoïdectomie.
- **Déficits aigus neurosensoriels** : paralysie faciale périphérique, syndrome vestibulaire aigu, surdité brusque.
- **Dyspnée obstructive** : imperforation des choanes, laryngite striduleuse, laryngite sous-glottique, épiglottite, laryngo-trachéobronchite, corps étranger laryngo-trachéal, traumatisme laryngo-trachéal, Œdème anaphylactique laryngée, dyspnée sur sténose laryngo-trachéale, dyspnée sur tumeur.

- **Corps étrangers** : oropharyngée, hypopharyngée, œsophagien, laryngée, laryngo-trachéal, trachéo-bronchique.

- **Brûlures** : brûlure de l'œsophage

Nous avons considéré les pathologies suivantes comme non urgentes : furoncle du vestibule de l'oreille, otite externe non compliquée, otite moyenne aiguë non compliquée, otite moyenne chronique, furoncle du vestibule nasal, dacryocystite, rhinosinusite non compliquée, rhinosinusite chronique, rhinite banale, rhinite allergique, sialadénite, amygdalite, lymphadénite, parotidite, adénopathies, aphtes, candidose orale, dysfonction tubaire, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire, surdité congénitale, bouchon de cérumen, polypose naso-sinusienne, tumeur nasal, tumeurs de la cavité buccale, goitre, masse cervicale, ablation élective d'une canule de trachéotomie, les corps étrangers de l'oreille et des fosses nasales.

Nous avons collecté les informations portant sur les données épidémiologiques (âge, sexe, le lieu de résidence, la profession), les données cliniques (les circonstances de survenues, le délai de consultation, le diagnostic positif), le traitement et l'évolution des malades.

RÉSULTATS

Place des urgences ORL

Au service d'ORL de l'HGD, 18351 patients ont été reçus en consultation de janvier 2010 à Décembre 2014. Parmi ces patients, 428 étaient des urgences ORL soit une fréquence hospitalière de 2,33%.

Sexe

258 patients étaient de sexe masculin contre 170 patients de sexe féminin soit un sex-ratio H/F de 1,5:1.

Age

Les enfants ont représenté 19,4% des cas et 53,5% des patients avaient un âge compris entre 15 et 45 ans.

Provenance des malades

94% des sujets résidaient en zone urbaine.

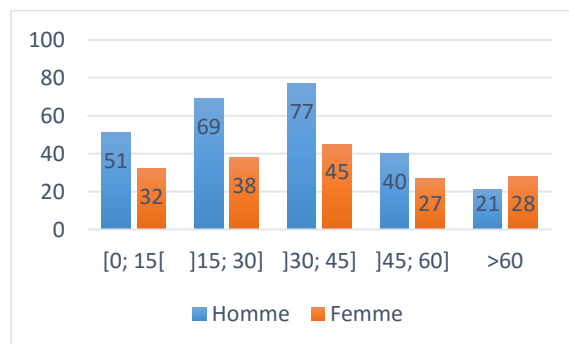


Figure 1: répartition des patients selon les tranches d'âge en année et selon le sexe

Profil clinique

Le nombre des urgences a connu une augmentation progressive de 2010 à 2012 où elle atteint un pic à 101

cas. L'effectif annuel est ensuite resté constant autour de 100 cas par an de 2012 à 2014 (Figure 2).

Le traumatisme maxillo-facial (TMF) représentait la principale étiologie, suivi par le vertige positionnel paroxystique bénin puis les corps étrangers (tableau I). Les traumatismes maxillo-faciaux étaient causés par les accidents de la voie publique (90,62%), les rixes (3,62%), accidents de sports (3,62%). L'os maxillaire était le plus sujet aux fractures lors des traumatismes (tableau II).

Tableau I : les dix principales étiologies d'urgences ORL

Pathologies (n=428)	N	(%)
Traumatisme maxillo-facial	99	23,13
Vertige positionnel paroxystique bénin	55	12,85
Corps étrangers	40	9,30
Fracture du rocher	31	7,20
Épistaxis essentielle	30	7,00
Paralysie faciale à frigore	17	4,00
Phlegmon périamygdalien	17	4,00
Cellulite cervico-faciale	17	4,00
Otite externe maligne	13	3,00
Adénophlegmon	11	2,60

Figure 2 : Nombre des urgences ORL de 2010 à 2014

Os affecté (n=99)	N	%
Maxillaire	36	36,36
Complexe zygomato-malaire	33	33,33
Cadre orbitaire	30	30,30
Fracture des os propre du nez	23	23,23
Mandibule	15	15,15
Sinus frontal	9	9,09
Lefort I	4	4,04
Lefort II	3	3,03
Lefort III	3	3,03
Alvéolo-dentaire	1	1,01
CNEMFO	1	1,01

Tableau II : répartition des fractures lors des TMF

Os affecté (n=99)	N	%
Maxillaire	36	36,36
Complexe zygomato-malaire	33	33,33
Cadre orbitaire	30	30,30
Fracture des os propre du nez	23	23,23
Mandibule	15	15,15
Sinus frontal	9	9,09
Lefort I	4	4,04
Lefort II	3	3,03
Lefort III	3	3,03
Alvéolo-dentaire	1	1,01
CNEMFO	1	1,01

CNEMFO : Complexe Naso-Ethmoïdo-Maxillo-Fronto-Orbitaire

n = nombre de patients ayant un TMF. Parmi ces patients 51 avaient des lésions associées.

Le tableau III montre que les déficits aigus neurosensoriels constituaient le groupe le plus représenté en urgence, suivi par les traumatismes. Les urgences infectieuses étaient principalement représentées par la cellulite cervico-faciale et le phlegmon périamygdalien. Les urgences hémorragiques étaient représentées par les épistaxis. Ces épistaxis étaient en règle d'origine essentielle.

Tableau III : répartition des patients selon le type d'urgence

Type d'urgence (n=428)	N	%
Déficit aigüe neurosensoriel*	132	30,80
Syndrome vestibulaire aigüe	70	53,03
Paralysie faciale périphérique	50	37,88
Surdité brusque	15	11,36
Urgence traumatique**	117	27,30
Traumatisme maxillo facial	99	84,61
Fracture du rocher	31	26,50
Blast auriculaire	6	5,12
Plaie du pavillon	5	4,39
Amputation du pavillon	3	2,55
Traumatisme osseux du conduit auditif externe	2	1,70
Plaie cervicale	1	0,85
Autres	3	2,55
Urgence infectieuse	90	21,00
Cellulite cervico-faciale	17	18,89
Phlegmon périamygdalien	17	18,89
Otite externe maligne	13	14,44
Adénophlegmon	11	12,22
Mastoïdite	8	8,89
Périchondrite	7	7,78
Rhinosinusite compliquée	7	7,78
Myringite bulleuse	6	6,67
Autres	4	4,44
Urgence hémorragique (épistaxis)	66	15,40
Essentielle	30	45,50
Traumatique	20	30,30
Tumorale	8	12,12
Poussée hypertensive	4	6,10
Trouble de l'hémostase	4	6,10
Corps étranger	40	9,30
Œsophagienne	21	52,50
Trachéo-bronchique	12	30,00
Laryngotrachéale	4	10,00
Hypopharyngée	3	7,50
Dyspnée obstructive	34	7,94
Corps étranger	17	50
Dyspnée sur tumeur	11	32,36
Dyspnée sur sténose laryngotrachéale	4	11,76
Traumatisme laryngotrachéal	1	2,94
Épiglottite	1	2,94
Brulure de l'œsophage	1	0,20

* 3 patients avaient des lésions associées.

** 33 patients avaient des lésions associées.

Nous avons trouvé une association entre les dyspnées obstructives et la tranche d'âge de 0 à 15 ans (OR=5,65; $p<0,001$).

Les urgences absolues ont représenté 5,8% des cas. La plupart des patients étaient des urgences relatives (43,5%) ou fonctionnelles (50,7%). La majorité des patients avec une urgence absolue a consulté moins de 72 heures après l'apparition des symptômes. 59% des patients de notre échantillon ont consulté au-delà de 72 heures (tableau IV). L'analyse topographique des pathologies observées a montré que 43,9% des lésions observées étaient otologique, 21,7% relevaient de la chirurgie cervico-faciale, 17,7% concernaient la rhinologie et 16,8% la pharyngolaryngo stomatologie.

Tableau IV : répartition des patients en fonction du délai de consultation et de la catégorie de l'urgence

Tranches horaires	UA	UR	UF	Total (%)
[0 – 6[	9	23	15	45 (12,06)
[6 – 12[	2	5	3	10 (2,68)
[12 – 24[	6	10	13	28 (7,51)
[24 – 48[	4	30	21	54 (14,47)
[48 – 72[	1	5	14	20 (5,36)
>72*	2	90	123	219 (58,71)

UA : Urgence absolue UR : Urgence relative UF : Urgence fonctionnelle

n=373 ; 55 patients n'avaient pas de délai de consultation.

3 des patients de ce groupe avaient à la fois une UR et une UF.

Modalités thérapeutiques et évolution

96% des patients ont eu recours à une formation sanitaire en première intention, 6 patients (3,6%) à l'automédication et 0,2% au tradipraticien.

La totalité des patients a reçu un traitement médical et/ou chirurgical avec 186 (43,46%) en hospitalisation et 242 (56,54%) en ambulatoire. Un traitement chirurgical a été requis chez 141 (33%) patients

Après traitement, 93,2% des patients ont évolué favorablement, 6,3% ont développé des complications esthétiques et fonctionnelles et deux décès ont été enregistrés (0,5%). Les séquelles esthétiques ont été observées chez 10 patients ayant présenté un traumatisme maxillo-facial, chez 7 patients ayant présenté une paralysie faciale et chez tous les patients ayant présenté une amputation du pavillon ; les séquelles fonctionnelles ont été observées chez 4 patients ayant présenté une surdité brusque, chez 2 patients ayant présenté un syndrome vestibulaire et dans un cas de mastoïdite.

DISCUSSION

L'incidence hospitalière des urgences au service d'ORL de l'HGD est de 2,33%. Cette incidence est inférieure à celle obtenue par plusieurs auteurs, 6,36% par Amana et al [5], 62,77% par Andrade et al [3] et 61,26% par Furtado et al [6]. La différence de nos résultats provient

des différences dans les classifications utilisées. En outre le coût élevé des soins à l'HGD et l'existence de nombreuses formations sanitaires dans la ville de Douala pourraient réduire la fréquentation de ce service.

Description de la population d'étude

Les urgences au service d'ORL de l'HGD ont concerné surtout les adultes (80% des patients étaient âgés de plus de 15 ans) et les sujets de sexe masculin (sex ratio 1,5:1 pour les hommes). Cette répartition est partagée par d'autres auteurs [5,7]. On pense que ceci s'explique par le volume d'activités menées par cette tranche d'âge d'une part et d'autre part l'exercice d'activités à risque par les hommes (mototaxis, chauffeur). La faible proportion des cas pédiatriques (20%) serait ici en rapport à l'existence de nombreux centres pédiatriques dans la ville.

Étiologies et type d'urgences

Lorsque nous avons réparti l'incidence des urgences ORL par année sur la Figure 2 nous avons obtenu une courbe qui s'apparente à celle de la fréquentation de ce service durant la même période. L'amélioration de l'offre des soins (recrutement de nouveaux membres dans le personnel médical) pourrait expliquer l'augmentation progressive dans la première moitié de la courbe. L'absence d'amélioration du plateau technique pourrait expliquer l'arrêt de cette progression à partir de 2012.

Parmi les dix principales étiologies d'urgences ORL à l'HGD, le traumatisme maxillo-facial était le plus fréquent (20,4% des cas d'urgence) en accord ici avec Amana et al [5]. Ceci pourrait être en rapport avec la similarité des conditions sociales des populations étudiées. En ce qui concerne les fractures occasionnées par ces traumatismes, nous avons constaté que l'os maxillaire était le plus affecté (36,36%) suivi par le complexe zygomato-malaire (33,33%), le cadre orbitaire (30,30%), les os propres du nez (23,23%) et la mandibule (15,15%). Ces résultats diffèrent d'un auteur à un autre. Amana et al ont observé une prédominance des fractures de la mandibule (23,4%) suivi par celle de l'os malaire (21,3%) [5]. Latifi et al en 2014 en Iran ont observé une prédominance de la fracture des os propres du nez (66,4%) suivi par la fracture de la mandibule (6,1%) [8]. La prééminence de ces os de la face explique leur vulnérabilité lors des traumatismes de la face mais les différences observées avec les résultats de la littérature proviendraient des mécanismes lésionnels qui peuvent être aussi divers que varié influencé par le type d'activité exercé.

Au regard de la répartition des lésions observées lors des TMF, on constate que la prise en charge de la plupart de ces fractures requière une compétence en chirurgie maxillo-faciale. L'absence de chirurgien maxillo-facial à l'HGD pourrait être un handicap dans la gestion des urgences dans ce service d'ORL.

La prépondérance des AVP dans la genèse des TMF est décrite dans la littérature [5,8]. La pratique d'activités à risques (moto taxis, chauffeur) peut exposer les sujets jeunes.

Le type d'urgence le plus fréquent était le déficit aigu neurosensoriel (30,8%) probablement en rapport au niveau de référence de l'HGD. Il était suivi des pathologies traumatiques (27,3%) et des pathologies infectieuses (21%). Ceci diffère des observations faites dans la littérature dans lesquels les pathologies infectieuses dominent [3,6]. Au regard de l'importance des pathologies en milieu tropical, nous pensons que, dans cette ville, elles seraient prises en charge en amont de l'HGD. En effet les praticiens ont l'habitude des pathologies infectieuses dans notre milieu car elles y sont fréquentes et les antibiotiques actifs sur les infections de la sphère ORL sont disponibles sur le marché. Ceci pourrait influencer la référence des patients.

Les pathologies hémorragiques étaient exclusivement des épistaxis. Les adultes étaient les plus affectés (52 adultes contre 14 enfants). Les étiologies les plus fréquentes étaient idiopathiques (45,5%), traumatiques (30,3%). Iseh et al en 2008 au Nigéria ont fait des observations quelque peu similaires puisque dans leur série les adultes étaient les plus affectés par les épistaxis et les étiologies les plus fréquentes étaient essentielles (29,2%) et traumatiques (27,8%) [9].

La distribution des localisations des corps étrangers (tableau IV) est différente de ceux de la littérature. Nous pensons comme ces auteurs que la variations des conditions sociales des patients en serait la cause [5,10].

Les dyspnées obstructives étaient causées par les corps étrangers dans 50% des cas. Les enfants de 0 à 15 ans sont les plus susceptibles de développer une dyspnée obstructive (OR=5,65; $p<0,001$) probablement par inhalation des corps étrangers lors des accidents de jeux.

Les pathologies otologiques étaient les plus fréquentes, en accord avec d'autres études [3,6]. Ce résultat nous relève l'importance de cette sous spécialité en ORL et l'importance de la connaissance de sa sémiologie par les médecins généralistes afin qu'ils puissent identifier et référer les urgences à temps.

Délai de consultation et premier recours thérapeutique

Le délai de consultation varie d'une catégorie d'urgence à une autre [11]. Au service d'ORL de l'HGD, le délai était relativement court pour les urgences absolues en rapport avec l'inquiétude qu'elle suscite chez les patients et leur entourage. En revanche 60% des patients ont consulté au-delà 72 heures. Amana et al ont également fait les observations similaires [5]. Ce retard est imputable aux urgences fonctionnelles et aux urgences relatives qui ensemble représentent 217 cas sur 219 patients qui consultent au-delà de 72 heures. Nous pensons que ces catégories d'urgence sont moins bien perçues par la population et le personnel non spécialisé. Parmi les urgences relatives, il y avait en majorité des pathologies infectieuses ; celles-ci, qui du fait de leur installation progressive pourraient en effet susciter moins l'inquiétude chez les patients. Parmi les urgences fonctionnelles, il y avait essentiellement les déficits aigus neurosensoriels qui seraient inconnus ou mal compris des malades et du personnel.

Le premier recours thérapeutique a été une formation sanitaire pour 96% des patients. Ceci pourrait être attribué à un bon niveau d'instruction chez les patients probablement en rapport au fait qu'ils résidaient en zone urbaine.

Traitement et évolution

56,5% des patients de notre série ont été traités en ambulatoire L'hospitalisation a été requise dans 43,46% des cas pour l'administration d'un traitement médical par voie parentérale et/ou d'un traitement chirurgical traduisant ici une morbidité relativement élevée.

Au cours du suivi des différentes affections, nous avons observé 93,2% de sujets avec une évolution favorable, 6,3% de complications (esthétiques et fonctionnelles) et deux décès (0,5%). Les décès étaient dus à un cas de dyspnée sur tumeur laryngée et un cas de sténose laryngotrachéale.

Les complications liées aux infections et aux hémorragies n'ont pas été observées dans notre série. Néanmoins d'autres complications ont émaillé l'évolution de certains patients. Les affections en cause étaient les TMF, les paralysies faciales périphériques, les surdités brusques, les amputations du pavillon.

Le traumatisme maxillo-facial et les paralysies faciales étaient les principaux pourvoyeurs de séquelles esthétiques. Les séquelles fonctionnelles étaient principalement dues aux surdités brusques et aux vertiges positionnels. Nous avons également observé que les patients développent des séquelles une fois sur dix en cas de TMF, une fois sur dix en cas de paralysie faciale périphérique, dans un-tiers des cas de surdité brusque et dans 100% des cas d'amputation partielle du pavillon de l'oreille.

Malgré le faible taux de mortalité que nous avons observé dans cette étude, 25% des patients avec sténose laryngotrachéale sont décédés. Cette proportion n'est certes pas inquiétante au regard du nombre de cas (4 cas) et de la période d'étude mais elle attire notre attention sur la probable nécessité de réglementer l'extubation des patients ayant été intubé pour longtemps par un protocole.

Nous avons observé comme limite à cette étude l'absence certaines informations dans les dossiers.

CONCLUSION

La fréquence des urgences au service d'ORL de l'HGD est de 2,33%. Elles sont dominées par les traumatismes maxillo-faciaux, le vertige positionnel et les corps étrangers et affectent plus les adultes de sexe masculin. Les traumatismes maxillo-faciaux sont principalement dus aux accidents de la voie publique. La plupart de ces patients sont traités en ambulatoire et une intervention chirurgicale est requise dans un tiers des cas. Après leur prise en charge, les complications sont rares (6,3%). Les séquelles esthétiques et fonctionnelles surviennent une fois sur dix en cas de traumatisme maxillo-facial. Au regard de la gravité des handicaps causés par les complications des urgences ORL, il serait utile à la suite

de ce travail de rechercher les déterminants des retards à la prise en charge des patients.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

JMBD, **FD** et **FLRN** ont conçu l'étude et ont orienté la collecte des données. **JMBD** et **KPMN** ont analysé les

données, **JMBD** et **FD** ont rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit.

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales et à l'Hôpital Général de Douala d'avoir permis la réalisation de ce travail et à la famille Tanh du soutien qu'elle a apporté.

RÉFÉRENCES

1. Erminy M, Londero A, Biacabe B, Bonfils P. Urgences en oto-rhino-laryngologie. *Encycl Méd Chi (Elsevier Masson, Paris), Médecine d'urgence*, 25-130-A-10, 2007, 14p.
2. Saha S, Chandra S, Mondal PK, Das S, Mishra S, Rashid MA, et al. Emergency Otorhinolaryngological cases in Medical College, Kolkata-A statistical analysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg Off Publ Assoc Otolaryngol India*. 2005 Jul;57(3):219–25.
3. Andrade JSC de, Albuquerque AMS de, Matos RC, Godofredo VR, Penido N de O. Profile of otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013 Jun;79(3):312–6.
4. Rourke T, Tassone P, Philpott C, Bath A. ENT cases seen at a local "walk-in centre": a one year review. *J Laryngol Otol*. 2009 Mar;123(3):339–42.
5. Amana B, Kpemissi E, Agoda P, Tomta K, Amaglo S. Les urgences ORL au CHU de Tokoin. *J Rech Sci Univ Lome*. 2009 May;11(2):6p.
6. Furtado PL, Nakanishi M, Rezende GL, Granjeiro RC, Oliveira TS de. Clinic-epidemiological analysis of an otorhinolaryngology emergency unit care in a tertiary hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011 Aug;77(4):426–31.
7. Ouoba K, Dao OM, Elola A, Ouedraogo I, Guebre Y, Ouedraogo B et al. Les urgences ORL au centre hospitalier universitaire de Ouagadougou : à propos de 124 cas. *Médecine d'Afrique Noire*. 2006 avril; 5304:241–246 .
8. Latifi H. Prevalence of Different Kinds of Maxillofacial Fractures and Their Associated Factors Are Surveyed in Patients. *Glob J Health Sci*. 2014 Sep 18;6(7):p66.
9. Iseh KR, Muhammad Z. Pattern of epistaxis in Sokoto, Nigeria: a review of 72 cases. *Ann Afr Med*. 2008 Sep;7(3):107–11.
10. Mangussi-Gomes J, Andrade JSC de, Matos RC, Kosugi EM, Penido N de O. ENT foreign bodies: profile of the cases seen at a tertiary hospital emergency care unit. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013 Dec;79(6):699–703.
11. Hounkpatin SHR. Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou de Parakou, Bénin. *Rev. Afr. Anesth. Méd. Urg*. 2012;17(3):8.