

LA CORTICOTHERAPIE EN ORL AU CHU DE YOPOUGON

CORTICOSTEROID THERAPY IN ENT

KOUASSI-NDJEUNDO J.E¹, BURAIMA F², KACOUCHIA N¹, BADOU E²,
VROH BI S¹, NGATTIA V¹, KOUAMÉ K P², KOUASSI B².

1 :Service ORL CHU Bouaké, Département Tête et Cou, UFR Sciences Médicales, Université Alassane Ouattara Bouaké

2 :Service ORL CHU Yopougon-Abidjan, Département Tête et Cou, UFR Sciences Médicales Université Félix Houphouët Boigny Abidjan-Cocody

Correspondance : Dr KOUASSI-NDJEUNDO Judith Eleonor

25 bp 2501 AB 25 Tel: 00 225 56296929

Email : jtoumodi@yahoo.fr

RESUME

Ojectifs

- Déterminer le profil épidémiologique, des patients sous corticoïdes en ORL au CHU de Yopougon

- Préciser les principales indications de la corticothérapie

Matériel et méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée de Janvier 2000 à Décembre 2010.Étaient concernés tous patients hospitalisés dans le service d'ORL du CHU de Yopougon et ayant reçu un traitement par les corticoïdes.

Résultats : Pendant notre période d'étude 622 patients ont été recrutés. La fréquence de prescription des corticoïdes était de 85% sur l'ensemble des malades hospitalisés dans le service. La corticothérapie a concerné toutes les classes d'âge avec un maximum chez les patients de 0 à 10 ans, nous avons noté par ailleurs une prédominance féminine pour un âge moyen de 26 ans.

Tous les patients (20,1%) chez qui nous avons trouvé d'éventuelles contre-indications à la corticothérapie ont reçu un traitement par les corticoïdes mais avec des précautions préalables. La prescription des corticoïdes a permis de passer en revue toute la pathologie ORL dans son ensemble avec une meilleure prescription (74,5%) dans la pathologie infectieuse et inflammatoire.

La bétaméthasone a été le corticoïde le plus prescrit (91,6%) par voie intraveineuse dans la majorité des cas (95,5%). La durée moyenne du traitement a été de 4 jours avec de rares effets indésirables (4 cas). Plusieurs traitements ont été associés à la corticothérapie dont la plus représentée était l'association antibiotique-corticoïde.

Conclusion : La prescription des corticoïdes est de pratique courante en ORL au CHU de yopougon. Leur usage fait toujours craindre la survenue d'effets indésirables même s'ils sont rares en cure courte. Il convient donc de toujours prendre des mesures de précaution avant toute institution de corticothérapie chez un patient.

MOTS CLÉS : ORL – CORTICOTHÉRAPIE- INDICATIONS

ABSTRACT

Ojectives

- Determine the epidemiological profile of patients under corticosteroid in the ENT department of Yopougon teaching hospital.

- Identify the main indications of corticosteroid therapy

- Evaluate the effectiveness of corticosteroid therapy

Materials and methods: He acted in a retrospective descriptive study was conducted from January 2000 to December 2010.It'sconcerned all patients hospitalized in the University Hospital of Yopougon ENT department and having received treatment with corticosteroids. .

Results: During our study period 622 patients were recruited. The frequency of prescription corticosteroids was 85% of all patients admitted to the service. Corticosteroids affected all age groups with a maximum in patients 0-10 years, we have also noted a female predominance for an average age of 26.

All patients (20.1%) in whom we found any cons-indications for corticosteroid therapy were treated with corticosteroids but with prior precautions. Prescription corticosteroids allowed to review any ENT pathology as a whole with better prescription (74.5%) in infectious and inflammatory disease.

The betamethasone was the most prescribed corticosteroid (91.6%) intravenously in the majority of cases (95.5%). The average duration of treatment was 4 days with few side effects (4 cases). Several treatments have been associated with corticosteroid therapy was the most represented of antibiotic-corticosteroid combination.

Conclusion: The prescription of corticosteroids is a common practice in the ENT department of Yopougon teaching hospital. The adverse effects are always the fear of their use even if they are rare in the use of short period. Therefore, always take precautionary measures before commencing corticosteroid therapy in a patient

KEYWORDS: ENT – CORTICOSTEROID THERAPY- INDICATIONS

INTRODUCTION

Les corticoïdes, encore appelés anti-inflammatoires stéroïdiens, ont pour action essentielle de lutter contre l'inflammation. Les corticoïdes constituent l'une des grandes acquisitions thérapeutiques de la médecine moderne. Ils ont en effet permis de modifier profondément l'évolution gravissime de plusieurs affections dont le traitement était autrefois sans issue favorable [1].

Actuellement, le maniement de la corticothérapie s'est affiné de par la maîtrise des effets secondaires et grâce à une tolérance renforcée [2]. Cependant, bien que couramment utilisée, la corticothérapie comporte des risques comme en témoignent divers accidents rapportés par plusieurs auteurs, qui soulignent les dangers de leur utilisation abusive [3]. Il apparait donc clairement que la corticothérapie doit obéir à un certain nombre de règles, afin de limiter les accidents et incidents. Les corticoïdes étant d'utilisation courante en ORL nous voulons à travers cette étude relever les caractéristiques épidémiologiques des patients traités par corticoïdes et préciser les indications de cette corticothérapie.

PATIENTS ET MÉTHODE

Cette étude rétrospective a porté sur 733 dossiers de patients de tout âge et de tout sexe admis en unité d'hospitalisation pendant la période d'étude, ayant bénéficiés d'une corticothérapie. Les dossiers ont été colligés de janvier 2000 à décembre 2010 dans le service d'ORL du CHU de Yopougon donc sur une période de 10 ans.

RESULTATS

Sur un total de 733 patients hospitalisés, nous avons dénombré 622 cas (85%) de prescription de corticoïdes.

La tranche d'âge des 0 à 10 ans représentait 31,4% de la population d'étude. Tandis que celle des plus de 60 ans représentait 4,4%. Avec plus de la moitié de nos patients (57,4%) qui avait moins de 30 ans. (Tableau I). La moyenne d'âge était de 26 ans.

Notre série était constituée de 334 femmes (53,7%) pour 288 hommes (46,3%). Soit un sexe ratio de 1,16.

Les suites opératoires d'amygdalectomie et d'adeno-amygdalectomie ont représenté 41,2% des pathologies chirurgicales pour lesquelles la corticothérapie a été utilisée (Tableau II).

Tableau I : Répartition selon l'âge des patients

	Effectif	Pourcentage (%)
[0-10ans]	194	31,4
]10-20ans]	72	11,7
]20-30ans]	88	14,3
]30- 40ans]	111	18
]40-50ans]	70	11,3
]50-60ans]	55	8,9
60 et plus	27	4,4
Total	622	100

Tableau II: Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales

	Fréquence	Pourcentage (%)
Amygdalectomie et adénoamygdalectomie	22	41,2
Styloïdectomie	63	13
Tympanoplastie	40	8,2
Extraction de corps étrangers	37	7,6
Thyroïdectomie	27	5,6
Panendoscopie	25	5,2
Epluchage de papillomes	18	3,7
Laryngectomie	18	3,7
Parotidectomie	15	3,2
Chirurgie des traumatismes cervico faciaux	14	3
Sous-maxillectomie	12	2,4
Cervicotomie	10	2
Kystectomie	5	1
Tamponnement antéro-postérieur au bloc	1	0,2
Total	485	100

Les pathologies médicales étaient représentées par les cellulites cervico-faciales et la polypose nasosinusienne respectivement dans 25,5% et 21,2% des cas (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patients selon les pathologies médicales

	Fréquence	Pourcentage (%)
Cellulite cervico faciale	35	25,5
Polypose nasosinusienne	29	21,2
Sinusite	19	13,8
Otite séro muqueuse	9	6,6
Laryngite	9	6,6
Otomastoidite	8	5,8
Abcès cervical et retropharyngien	7	5,1
Parotidite	6	4,4
Rhinopharyngite	5	3,6
Otite externe	4	3
Staphylococcie de la face	3	2,2
Adénite aigue	2	1,4
Otite moyenne aigue	1	0,8
Total	137	100

La voie intraveineuse a été la plus utilisée (95,5%) devant les inhalations (aérosol) dans 3,1% des cas ; la voie orale (1,3%) et la voie intramusculaire (0,2%).

La bétaméthasone a été la molécule la plus utilisée (570 cas soit 91,6%) (Tableau IV).

La durée moyenne de la corticothérapie a été de 4 jours.

Tableau IV : Répartition des molécules selon la dénomination commune internationale

	Fréquence	Pourcentage (%)
Bétaméthasone	570	91,6
Méthylprednisolone	32	5,1
Dexaméthasone	14	2,2
Hémisuccinate d'hydrocortisone	3	0,5
Prednisolone	2	0,3
Prednisone	1	0,2
Total	622	100

DISCUSSION

La fréquence de prescription des corticoïdes représentait 85% de l'arsenal thérapeutique en unité d'hospitalisation dans le service d'ORL. On pourrait reprocher à l'ORL d'être un prescripteur abusif de corticoïde. Cependant, l'axe de travail qu'est la sphère cervico-faciale, constituée de petites cavités pourvoyeuses d'inflammation et d'œdème très importants incline à cet usage d'anti-inflammatoires d'action rapide notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens [4]. Ces phénomènes inflammatoires observés dans ces différentes cavités pouvant entraver la fonction de ces organes. Cette fréquence élevée d'usage de corticoïde est relevée également dans la littérature, qui mentionne que les pathologies ORL sont parmi les indications les plus fréquentes de la corticothérapie [5]. Mobio [6], dans son étude, rapporte une fréquence d'utilisation de 21,16%. En hospitalisation ORL, pratiquement tous les malades sont sous corticothérapie. La corticothérapie a été institué pour toutes les classes d'âges dans notre étude sauf celles des nouveaux-nés qui ne sont pas le plus souvent référés en ORL mais plutôt vus en néonatalogie. La tranche d'âge la plus représentée a été celle des enfants avec une fréquence de 31,4% avec un âge moyen de 26 ans. Mobio [6] relève également un âge moyen de 27 ans. Les enfants sont les plus concernés car à ce stade de la vie, l'appareil ORL est le plus sujet aux infections surtout celles des voies aériennes pouvant mettre en jeu le pronostic vital [7]; ce qui nécessite le plus

souvent la prescription de corticoïde pour lever rapidement l'obstruction de ces voies aériennes. Ces infections entrent dans le cadre des maladies d'adaptation du système immunitaire.

Une prédominance féminine a été notée dans notre travail avec un sexe ratio de 1,16. Tandis que Gbétondji [8] trouve une prédominance masculine. Quant à Ondzotto [3], il n'a pas noté de différence selon le genre.

Dans notre étude, la pathologie infectieuse et/ou inflammatoire a représenté 74,5% des pathologies traitées par les corticoïdes, suivies de la pathologie tumorale 18,5%, la pathologie traumatique (6,8%) et la pathologie vasculaire (0,2%). Les pathologies infectieuses et/ou inflammatoires sont les meilleures indications de la corticothérapie [3-8-9]. Dans les suites opératoires (amygdalectomie, adénoïdectomie, styloïdectomie etc...), les corticoïdes ont un effet antalgique puissant par régression des phénomènes inflammatoires causés par l'acte chirurgical. Dans la polyposse naso-sinusienne, l'efficacité de la corticothérapie permet une évolution clinique et radiologique favorable permettant d'éviter la chirurgie qui reste le traitement de deuxième intention [5]. La corticothérapie restitue ainsi la fonction ciliaire et ostiale. Enfin, elle constitue, selon la littérature, le seul traitement médical capable de diminuer de façon efficace le volume des polypes en contrôlant l'inflammation aussi bien par voie générale en cure courte que par voie locale en cure prolongée [9]. Au cours des sinusites aiguës ou subaiguës de l'adulte, les corticoïdes permettent d'accélérer la reperméabilisation des canaux de drainage des sinus et une diminution de la symptomatologie douloureuse. Dans son étude portant sur les facteurs de risque de sinusites chroniques, Beauvilain de Montreuil [10] confirme l'effet bénéfique d'une corticothérapie par voie générale.

Les corticoïdes sont plus efficaces que les AINS dans le traitement de l'inflammation quelle qu'en soit l'étiologie, la nature ou la localisation et moins agressive pour la muqueuse digestive [11]. L'otite moyenne aiguë est une inflammation diffuse de la muqueuse tapissant l'oreille moyenne sous l'action de germes pathogènes [12]. Elle présente plusieurs stades et c'est au stade d'otite congestive que la corticothérapie est plus indiquée. Elle permet la régression des phénomènes inflammatoires de l'oreille moyenne et la diminution de la mise en tension du tympan [13]. Dans les otites, le traitement de choix repose avant tout sur l'association antibiotiques-corticoïdes. Les antibiotiques luttent

contre l'infection et les corticoïdes s'opposent à l'œdème, permettant ainsi de rétablir la fonction ciliaire et de réduire la métaplasie cellulaire [5]. Narcy [14] a montré, dans une étude comparative, que l'association corticoïde (pendant 5 jours)-antibiotiques (pendant 8 à 10 jours) donne de meilleurs résultats que l'association antibiotiques-AINS, en particulier pour la prévention de la survenue des otites séromuqueuses. Dans les laryngites aiguës récidivantes de l'enfant, la cure courte de corticothérapie prescrite systématiquement, permet d'éviter le passage à la laryngite aiguë dyspnéique. Cette dernière, dans sa localisation sous glottique grave, a vu son évolution et son pronostic amélioré grâce à la corticothérapie [15]. Dans la pathologie néoplasique, les corticoïdes permettent une désinfiltration locale de la région tumorale, ou de la région irradiée, tout en étant antalgique [16]. Dans cette indication, ils présentent une action anti-inflammatoire, antalgique remarquable. La voie intraveineuse a été la plus utilisée dans une proportion de 95,5%. La voie intraveineuse constitue la voie d'administration la plus efficace pour lever rapidement l'urgence. La bétaméthasone a été le corticoïde le plus utilisé dans une proportion de 91,6%. Cela pourrait être dû à son efficacité, son effet anti inflammatoire élevé son action minéralocorticoïde nul, une longue durée d'action et à action rapide. La corticothérapie a été administrée dans la majorité des cas (84,7%) sur une durée très courte (0-5 jours) avec une durée moyenne de 4 jours. La durée d'une cure courte de corticothérapie en ORL est inférieure à 10 jours [17]. Tenant compte de cette durée, il n'est pas nécessaire d'utiliser une posologie dégressive car, c'est une durée suffisamment longue pour faire régresser l'inflammation aiguë et suffisamment courte pour que n'apparaisse aucun effet délétère. Les effets secondaires ont été rares dans notre étude (3 cas de troubles digestifs et 1 cas de rétention hydro-sodée). Ils sont surtout à craindre à doses importantes ou lors d'un traitement prolongé sur plusieurs mois. Très peu d'effets indésirables sont rapportés dans le traitement de courte durée.

- Sur 952 cas, Ondzotto [3] trouve 1 cas d'ulcère gastrique et 1 cas de diabète latent révélé.

- Sur 964 cas, Gbétondji [8] trouve 2 cas de troubles digestifs et 1 cas de trouble psychiatrique.

L'évolution des pathologies ORL et cervicofaciales traitées dans notre étude a été favorable dans la quasi-totalité des cas (96,5%).

L'étude de Gbétondji et d'Ondzotto témoignent également des bons résultats de cette théra-

peutique, notamment en termes d'amélioration symptomatique.

La plupart des effets indésirables des corticoïdes sont inhérents à leurs propriétés pharmacologiques. Leur fréquence et leur gravité dépendent de la posologie quotidienne et/ou de la durée du traitement, mais aussi de la susceptibilité individuelle et du terrain physiopathologique du malade. La nature du dérivé et la voie d'administration interviennent également dans certains cas. Leur utilisation requiert donc des mesures qui sont des mesures hygiéno-diététiques ; des mesures plus spécifiques, liées au terrain du malade. Chez l'adulte, une corticothérapie per os est donnée quotidiennement en une seule prise, le matin vers 8 heures ; Chez l'enfant et lors de traitements prolongés, on prescrit volontiers la corticothérapie orale à jour alterné: prise un jour sur deux d'une posologie double de la posologie quotidienne. Leur utilisation requiert une surveillance régulière des malades afin d'apprécier l'efficacité et la tolérance du traitement et de déceler précocement tout événement intercurrent ou toute complication justiciable de mesures particulières.

CONCLUSION

La fréquence de prescription des corticoïdes est très élevée en ORL. Il n'existe aucune contre indication absolue pour une corticothérapie d'indication vitale. Elle doit être instituée avec des mesures de précaution préalables. L'usage des corticoïdes en ORL est un vaste sujet qui mérite la mise en place de consensus nationaux.

REFERENCES

1. TREVES R. Anti-inflammatoires stéroïdiens. *Revue Pratique* 1989 ; 22 : 2009-12.
2. WECHSLER B. La corticothérapie générale et ses complications. *Revue Pratique* 1990 ; 40 : 521-6.
3. ONDZOTTO GONTRAN. La corticothérapie dans le service d'ORL du CHU de Brazzaville. *Santé (mont rouge)* A. 2003-vol. 13, n°2, pp. 113-115.
4. THOMASSIN J.M. La corticothérapie en ORL. Lyon Méditerranée médical. *Médecine du sud-est* A. 1989, vol. 25, n°19-20, pp.12702-12704.
5. DE CORBIERE S. La corticothérapie en ORL : laryngites sous glottiques de l'enfant, sinusites aiguës, polyposes nasosinusiennes, otite sero-muqueuse. *Annales de médecine interne (Paris)* A. 1998, vol. 149, n°8, pp. 508-511.

6. MOBIO M ;NGATTIA KV ;DJADJI A ;TEA B ;YAVO N ;KOSSOU G. Corticothérapie en otorhinolaryngologie. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac*, 2013 Vol 20 n°3, pp : 48-52
7. Pathologies ORL de l'enfant.
Consulté le 13 septembre 2011. *Disponible sur :<http://epu95.nexenservices.com/modx-website/folder/index.php?id=156>*.
8. GBETONDJI A J. La corticothérapie dans le service d'ORL et CCF du CNHU de Cotonou. Bilan de 5 ans de pratique. *Thèse Médecine, Cotonou, 2000, n°873, 115p.*
9. DUBREUIL C. La corticothérapie en cure courte en ORL. *Thérapie Express. Les nouveautés thérapeutiques* 1989 ; 56 : 145.
10. BEAUVILIAN DE MONTREUIL C. AUBERT P. PE-RAHAIA M, PAUL-DAUPHIN A. Facteurs de risque de sinusite chronique : une étude cas-témions. *J F ORL* 1998 ; 47 : 261-4.
11. Anti-inflammatoires : avantages et inconvénients des AINS versus corticoïdes. Consulté le 14 octobre 2011. *Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/59890>*
12. MAGNAN. A, CHAYS. G.A. BREMOND. Les processus inflammatoires de l'oreille moyenne. *Laboratoire UPSA, 128, rue danton Ruel Malmaison. 1994.*
13. M. A. BENBOUZID, M.N. EL ALAMI, H. EDGHIRI, N. JAZOULI, M. KZADRI. La corticothérapie en ORL. *Médecine du Maghreb* 1997 n°61.
14. NARCY PH, CHASTANG C,MINOZZI C,FRANÇOIS M. Prévention de l'otite séro-muqueuse chez l'enfant. Corticoïdes versus AINS. *Concours méd.*1995 ; 117 :2313-22
15. FRYDMAN E,LESCANNE E,TOUSSOU M, PLOYET J. Diagnostic des dyspnées laryngées de l'enfant. *Ed.Tech.EMC(Paris) ORL-20641.A10, 1994,7p*
16. HUTH J. Corticothérapie. *Gazette Med.*1991 ; 24 :23-7
17. BODIN M, BARBEROT V ET AL. La corticothérapie. Les clés de la pratique. *Paris : Laboratoire Houde* ; 1998 :147 p