



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 004/17

LES PHARYNGITES CHRONIQUES EN CONSULTATION ORL

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/01/2017

PAR

Mlle. BOUAYAD SARA

Née le 17/02/1992 à FES

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Pharyngites chroniques - Causes multiples - Traitement étiologique et symptomatique

JURY

M. MESSARY ABDELHAMID.....	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie	
M. OUDIDI ABDELLATIF.....	} JUGES
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie	
M. MOUMINE MOHAMMED.....	
Professeur agrégé de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	
M. SHIMI ABDELKARIM.....	
Professeur agrégé d'Anesthésie réanimation	

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION :	3
II- RAPPELS	5
A- Rappel anatomique	6
B-Rappel physiologique	17
C- Principaux types anatomo-cliniques	21
D- Etiologies des pharyngites chroniques	26
III- MATERIELS ET METHODES	38
1- Type et période d'étude	39
2- Population d'étude	39
3- Taille de l'échantillon	39
4- Critères d'inclusion	39
5- Critères de non inclusion	39
6- Technique de collecte des données	39
7- Saisie et analyse des données	42
8- Ethique	42
IV- RESULTATS	43
V- DISCUSSION	74
VI- CONCLUSION	93
VII-RESUMES	95
VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102

INTRODUCTION

Le pharynx est un carrefour aérodigestif qui intervient dans la respiration, la déglutition, la phonation, la gustation et l'olfaction. Cet organe accessible à l'examen clinique est souvent le siège d'une plainte fonctionnelle [1].

Un examen clinique très attentif est nécessaire et des explorations adaptées permettent une prise en charge thérapeutique adéquate. Le terme de pharyngite chronique désigne un ensemble assez disparate d'affections touchant plus spécialement l'oropharynx [2].

Il y a lieu de souligner ici que le suffixe « ite » habituellement dévolu à la pathologie inflammatoire recouvre en fait ici tout un ensemble d'affections qui n'ont pas toujours à voir avec l'infection.

La notion de chronicité varie selon les étiologies : elle peut aller de quelques semaines ou mois pour certains cas, revêtant chez d'autres une allure typiquement constitutionnelle, diathésique [2].

Les étiologies de ces pharyngites chroniques sont multiples, d'origine locale ou générale, ascendantes (gastriques) ou descendantes (nasosinusiennes),etc [1].

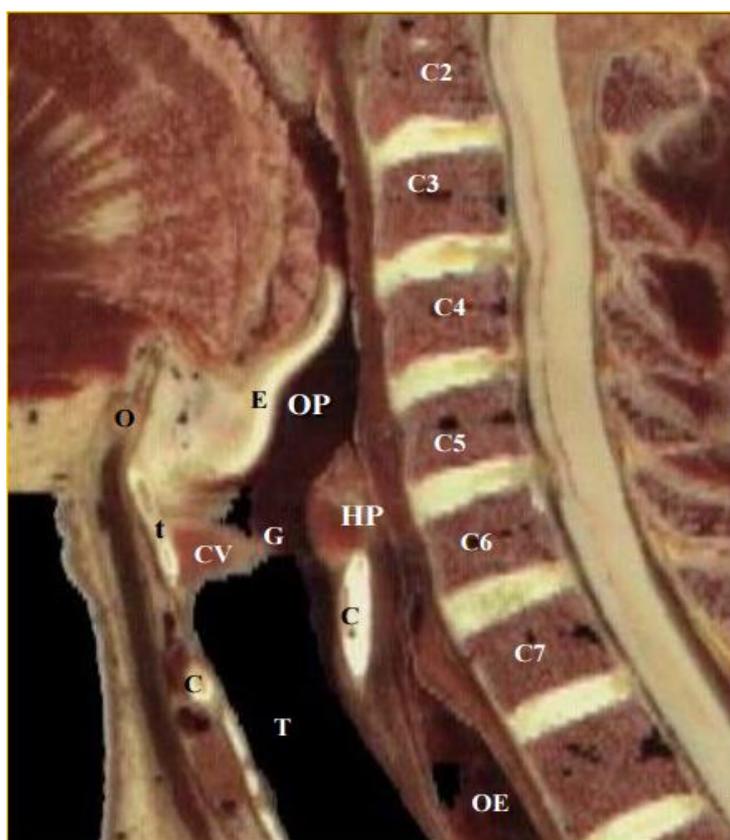
Le but de notre travail est d'analyser à travers une revue bibliographique, les particularités cliniques, paracliniques, étiologiques et thérapeutiques des pharyngites chroniques vues en consultation au service d'otorhinolaryngologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 6 mois.

RAPPELS

A-RAPPEL ANATOMIQUE :

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux étendu de la base du crâne en haut à la sixième vertèbre cervicale en bas. Cet organe fondamental est unique, commun aux voies respiratoires supérieures et à la partie initiale de l'appareil digestif [3].

1)-Configuration générale :



LARYNX	OROPHARYNX	HYPOPHARYNX(HP)
G : GLOTTE	E : EPIGLOTTE	
CV : CORDE VOCALE	V : VALLECULE	
OE : ŒSOPHAGE	O : OS HYOÏDE	
T : TRACHÉE	t : CARTILAGE THYROÏDE	
	C : CARTILAGE CRICOÏDE	

FIGURE 1 : Coupe sagittale du pharynx [5].

En forme de gouttière médiane, symétrique, il épouse la courbure du rachis cervical sur lequel il s'applique sur toute sa hauteur. Les reliefs de la face antérieure des corps vertébraux sont palpables, voire visibles, notamment au niveau de C6.

Cette gouttière est ouverte en avant et comporte sept orifices qui la divisent en trois étages [6] :

- Le nasopharynx : ouverture des fosses nasales par les choanes et latéralement des trompes auditives.
- L'étage buccal ou oropharynx : qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier.
- L'étage inférieur ou hypopharynx ou laryngopharynx : Il se termine en bas au niveau de la bouche de l'œsophage. Sa hauteur totale est de 14 à 15 cm au repos ; lors de la déglutition, son extrémité inférieure s'élève d'environ 3 cm, accompagnée du bloc laryngo-trachéal et du corps thyroïde.

Le diamètre du pharynx est en moyenne de 4 à 5 cm dans le sens transversal, de 2 à 3 cm dans le sens antéropostérieur. Ce diamètre n'est pas régulier et diminue de haut en bas pour être de 2 cm à la jonction pharyngo-œsophagienne.

L'oropharynx est grossièrement cylindrique, d'un diamètre de 4 cm en moyenne ; l'hypopharynx est la région la plus étroite : 2 cm de large et 1 cm de profondeur [6].

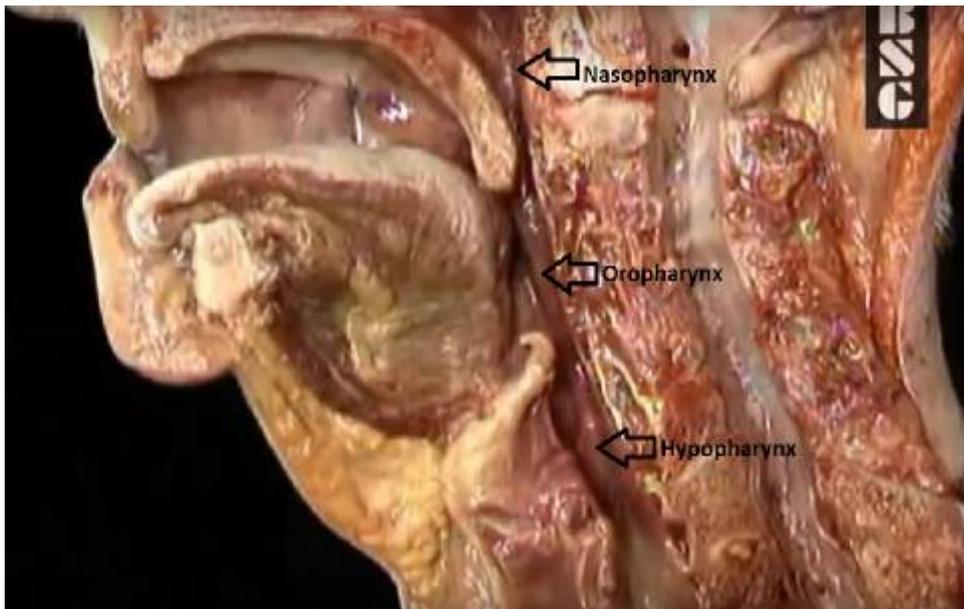


FIGURE 2 : Coupe sagittale montrant les étages du pharynx [7].

La taille du pharynx varie constamment en fonction de la respiration et de la déglutition [8].

Par exemple, en fin de déglutition, la langue ferme pratiquement le pharynx, comme le montre l'image radiologique (IRM) suivante :

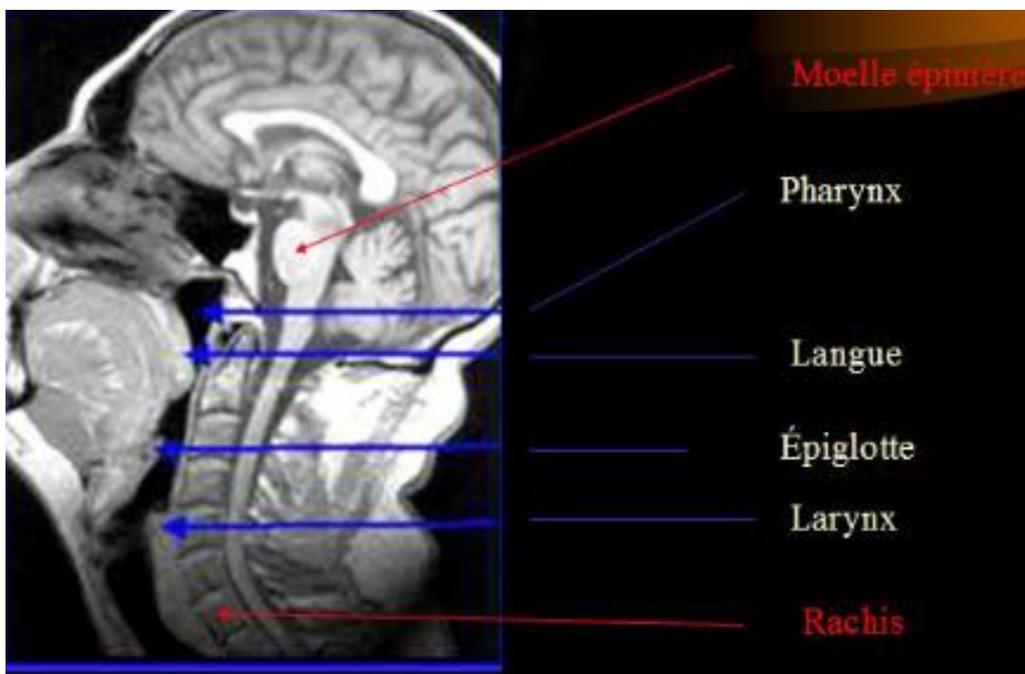


FIGURE 3_: image radiologique (IRM) montrant la langue qui ferme le pharynx en fin de déglutition [8]

2)- Structure du pharynx :

a)-Les muscles:

Les parois latérales du pharynx sont formées par trois muscles : les constricteurs supérieurs, moyens et inférieurs qui se superposent partiellement.

Les constricteurs inférieurs étant les plus superficiels, réalisent un éventail et s'unissent en arrière sur la ligne médiane, entre eux et avec leurs homologues controlatéraux. Ils assurent la propulsion du bol alimentaire en diminuant les diamètres antéropostérieur et transversal du pharynx. Au sein de ces trois muscles s'insinue le muscle stylo pharyngien.

Ø Muscle constricteur supérieur du pharynx : Il réalise une lame musculaire mince, large et continue. Il est formé par :

- Le faisceau ptérygopharyngien, qui s'insère sur le bord postérieur de la lame médiane du processus ptérygoïde et sur l'hamulus ptérygoïdien.
- Le faisceau oropharyngien, qui s'insère sur le raphé ptérygomandibulaire et se prolonge en avant par le muscle buccinateur.
- Le faisceau mylopharyngien, qui s'insère sur l'extrémité postérieure de la ligne mylohyoïdienne du corps de la mandibule, en arrière du muscle mylohyoïdien.
- Le faisceau glossopharyngien, qui est une expansion musculaire se prolonge jusqu'au bord latéral de langue [9].

Ø Muscle constricteur moyen du pharynx : Il s'ouvre en un large éventail dont les fibres supérieures recouvrent le constricteur supérieur et remontent jusqu'au niveau de l'atlas ; les fibres inférieures descendantes vont jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde.

Ø Muscle constricteur inférieur du pharynx : Il naît en deux faisceaux, l'un thyropharyngien de direction ascendante, s'insérant sur la face externe du cartilage thyroïde, l'autre cricopharyngien presque horizontal, s'insérant sur l'arcade fibreuse entre les cartilages thyroïde et cricoïde et sur le bord inférieur du cartilage cricoïde. Les fibres, issues du cartilage cricoïde, peuvent être isolées et correspondent au sphincter supérieur de l'œsophage.

Ø Muscle stylopharyngien : Élément le plus médian du rideau stylien, il naît à la base du processus styloïde du temporal. Il s'insinue entre les fibres des muscles constricteurs supérieur et moyen, sa terminaison en éventail est intrapharyngienne et se fait sur le fascia pharyngobasilaire sous la tonsille palatine, sur le bord latéral et la face antérieure du cartilage épiglottique et sur la corne supérieure du cartilage thyroïde [9].

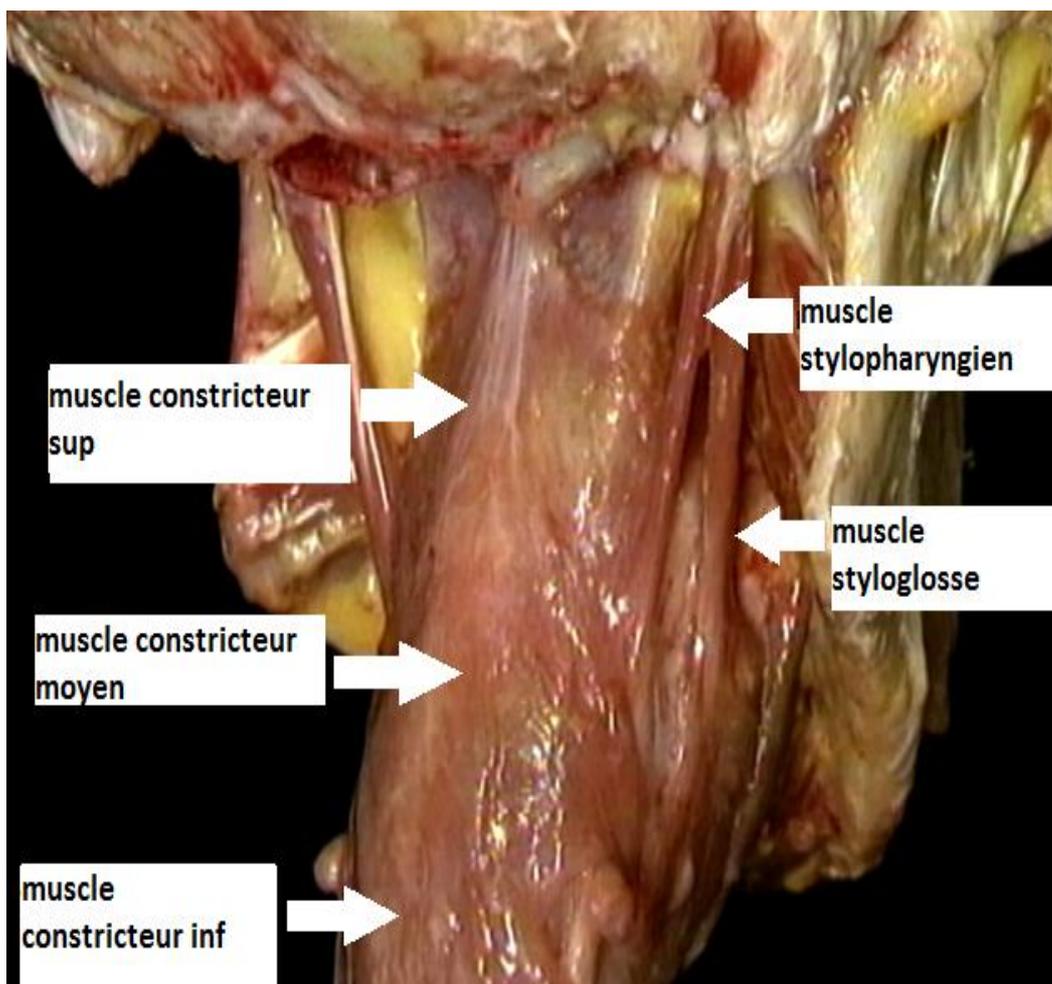


FIGURE 4: Vue postérieure montrant les muscles pharyngés [7].

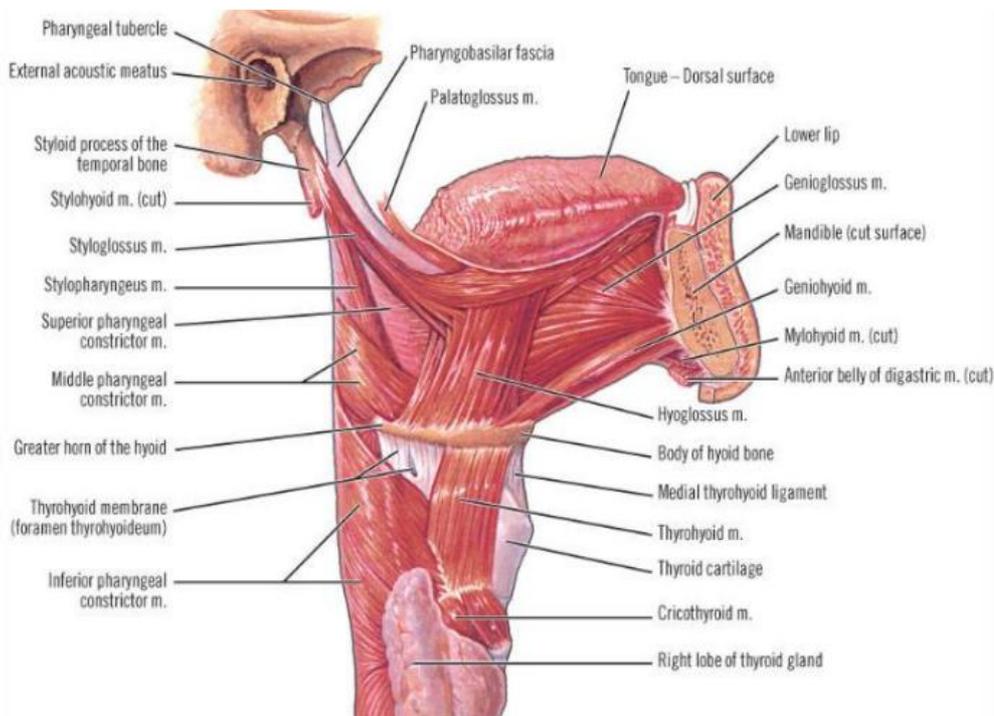


FIGURE 5: Vue latérale montrant les muscles pharyngés [9].

b) Fascias :

- Ø Fascia pharyngobasilaire : C'est une couche conjonctive sous-muqueuse, fibreuse et résistante en haut, mince et cellulaire en bas, qui se prolonge par la sous-muqueuse des fosses nasales, du voile du palais, du larynx et de l'œsophage. Elle est en contact direct avec la tonsille palatine dont elle formerait la capsule.
- Ø Fascia péripharyngien : C'est une lame conjonctive entourant les muscles pharyngés [10].

3.) Vascularisation du pharynx :

a)-Vascularisation artérielle :

La vascularisation se fait à partir de :

- L'artère pharyngienne ascendante, elle vascularise les parois latérale et postérieure du nasopharynx, la paroi postérieure de l'oropharynx et la partie postéro latérale du voile du palais, ainsi que le pôle supérieur de la loge tonsillaire.
- L'artère palatine ascendante, elle donne l'artère tonsillaire inférieure principal pédicule de la loge tonsillaire. Elle se place en dedans du muscle styloglosse et se distribue aux arcs du voile du palais et à la partie adjacente du pharynx.
- L'artère du canal ptérygoïdien et l'artère pharyngienne supérieure, qui se destinent au fornix du pharynx, aux muscles élévateur et tenseur du voile et à la trompe auditive [3].

Participent également des branches de la maxillaire interne, à savoir : la palatine descendante pour le voile, ptérygopalatine et vidienne pour la voûte du cavum et une branche de la faciale, la palatine ascendante pour le voile et l'amygdale (par son artère tonsillaire) ainsi que la dorsale de la langue, branche de la linguale pour le pilier antérieur et l'amygdale.

Le territoire sous-clavier participe en fournissant l'irrigation de la bouche de l'œsophage et de la partie basse de l'hypo-pharynx par des rameaux de la thyroïdienne inférieure [11].

b)-Le drainage veineux :

Le drainage veineux s'effectue vers la veine jugulaire interne. Il est formé de deux plexus :

- Le plexus profond, sous-muqueux, particulièrement marqué au niveau de la région ptérygoïdienne et au niveau du voile, de la base de langue et sur la paroi postérieure du laryngopharynx.
- Le plexus péripharyngien, entre muscles et fascias, qui forme un réseau de veines volumineuses réunies entre elles, réalise une voie collatérale profonde latéropharyngée, se drainant elle-même dans la jugulaire interne par les veines précarotidiennes. Le plexus sous-muqueux de l'oropharynx, notamment de la face dorsale haute du voile et de la partie supérieure de la fosse tonsillaire se draine dans la veine jugulaire externe [11].

c)- Voies lymphatiques:

Les lymphatiques naissent de deux réseaux :

✓ L'un muqueux, particulièrement développé au niveau de la base de la langue et de l'amygdale palatine, des sinus piriformes et de la paroi latérale du cavum.

✓ L'autre musculaire

Les collecteurs du cavum et du voile gagnent soit les ganglions rétro-pharyngiens, soit directement les ganglions jugulaires supérieurs et sous-digastriques.

Ceux de l'oropharynx et de l'hypopharynx vont aux ganglions de la chaîne jugulaire interne entre l'omo-hyoidien et le digastrique.

Les lymphatiques de la partie basse de l'hypopharynx vont aux chaînes récurrentielles [12].

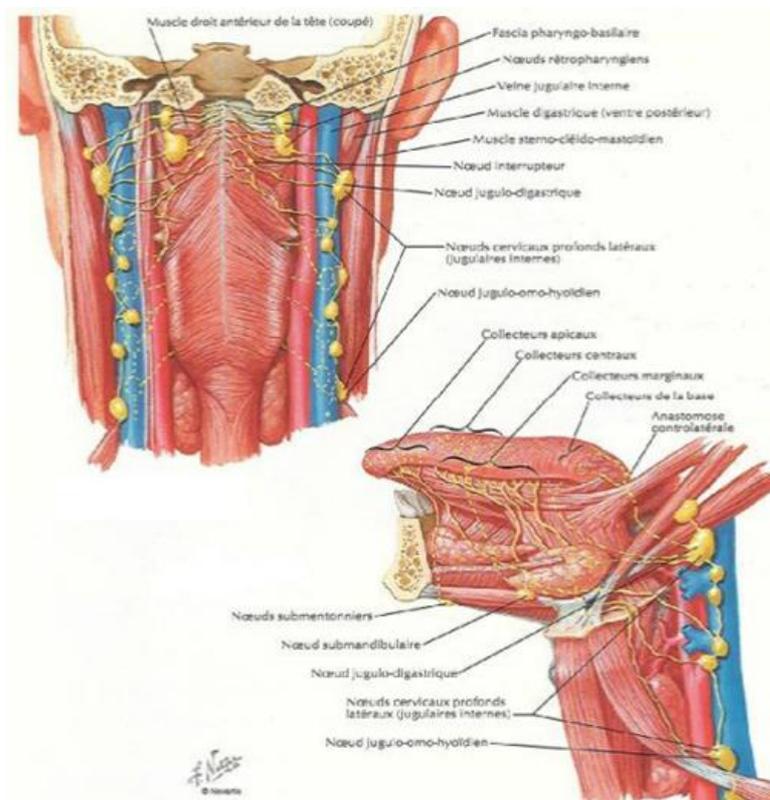


FIGURE 6 : Vascularisation et drainage lymphatique du pharynx [9].

d)-Innervation du pharynx :

Le pharynx est constitué de muscles striés à commande volontaire sous la dépendance du nerf glossopharyngien (IX) et du pneumogastrique (X). Il comporte également une muqueuse sécrétante sous l'action des fibres sympathiques et parasympathiques. L'ensemble des fibres forme le plexus pharyngien particulièrement riche [13].

L'innervation motrice : L'innervation motrice de tous les muscles du pharynx dépend des neuvième et dixième paires crâniennes à l'exception du muscle tenseur du voile du palais qui est innervé par une branche terminale du nerf maxillaire inférieur.

L'innervation sensitive : Elle est assurée par le nerf glossopharyngien essentiellement pour le naso- et l'oropharynx, le nerf pneumogastrique pour le laryngopharynx et le nerf maxillaire inférieur pour le fornix du pharynx et le voile du palais.

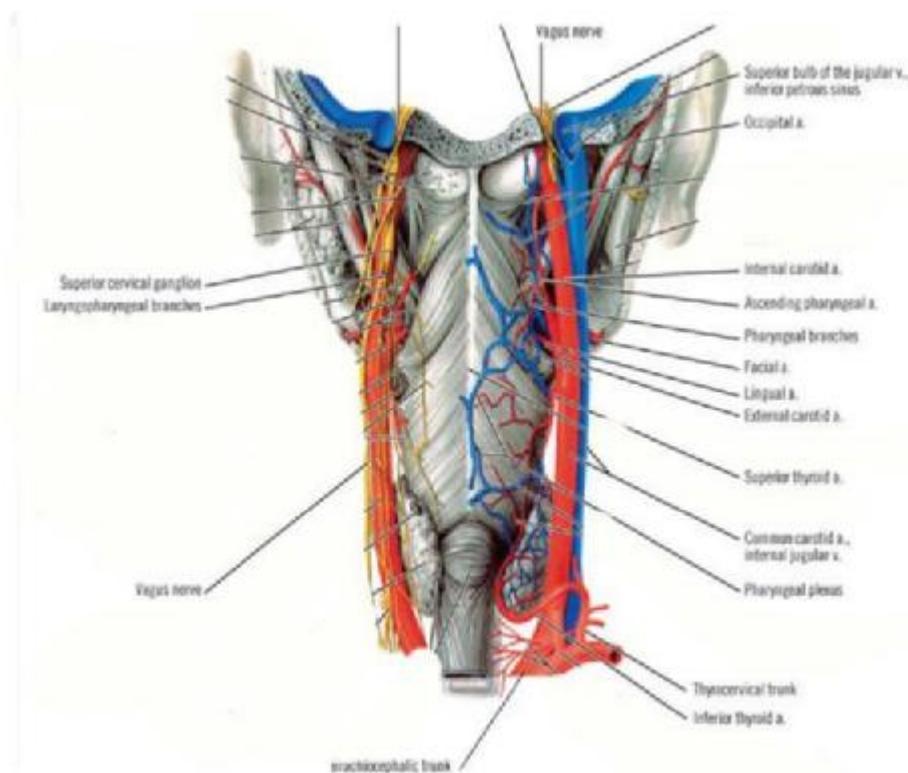


FIGURE 7 : schéma montrant la vascularisation et l'innervation du pharynx [9].

B-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE:

Le pharynx est situé à la jonction du cou, de la base du crâne et de la face. Cette situation l'amène à intervenir à des degrés divers dans la déglutition, la phonation, l'olfaction, la gustation, l'audition et la respiration.

Selon son action digestive ou respiratoire, le pharynx entre en relation soit avec la bouche et l'œsophage d'une part, soit avec le nez et la langue et les voies respiratoires inférieures d'autre part. Sont ainsi créés deux courants dont la commande nerveuse centrale est tout à fait distincte [14].

1-Les grandes fonctions du pharynx

a-La déglutition [15] :

En dehors de toute alimentation, la déglutition est un acte fréquemment réalisé dans la vie courante, déclenché par les sécrétions nasales, trachéobronchiques et la salive s'accumulant dans le pharynx.

La simple stimulation du mésopharynx peut déclencher une déglutition. Une fois le temps pharyngé déclenché, la salive progresse dans l'œsophage d'une façon réflexe sans possibilité de l'arrêter volontairement.

b-La phonation

La différenciation du son primaire laryngien va se produire de diverses façons au cours du passage de la colonne d'air expiré, mise en vibration par les cordes vocales à travers les cavités sus-glottiques, pour lui donner son caractère vocalique ou consonantique et en faire des phonèmes [16].

- **La formation des voyelles** : le son laryngien est un son complexe chargé d'un certain nombre d'harmoniques dont le nombre et l'importance vont déterminer le timbre de la voix. Or, c'est par leur timbre que les voyelles

différentes émises sur un même ton se reconnaissent par l'importance donnée à l'un ou l'autre de leurs harmoniques [14].

- **La formation des consonnes** : est essentiellement conditionnée par les effecteurs buccaux : la langue, les lèvres et l'équilibre de la mandibule.

Toutes les consonnes résultent d'un rétrécissement marqué de la filière buccale en des endroits divers selon la consonne articulée. Seules certaines consonnes résultent de la communication du rhino-pharynx et l'oropharynx [14].

c- L'olfaction

L'homme utilise naturellement ses fosses nasales pour sentir les odeurs, lors de l'inspiration. Le flairage, augmentant la vitesse du courant d'air inspiratoire, favorise considérablement le passage du flux aérien dans la fente olfactive.

Les molécules odorantes traversent le mucus olfactif en fonction de leur solubilité dans l'eau avant d'entrer en contact avec les récepteurs olfactifs. Mais, un deuxième mode de stimulation olfactive est expiratoire et utilise le courant du rhinopharynx. C'est ainsi que nous percevons, lors de la déglutition, des odeurs d'origine alimentaire par diffusion rétronasale [17].

d- La gustation

En dehors de l'aire linguale, des papilles gustatives sont retrouvées en nombre important :

- **Au niveau du voile**, particulièrement dans la région sous-amygdalienne et sur le bord libre débordant un peu sur la face nasale. Par contre, ces papilles sont absentes de la ligne médiane et de la luette.
- **L'épiglotte** est encore plus riche en bourgeons gustatifs, situés exclusivement sur sa face laryngée.

- La **paroi pharyngée postérieure** et surtout la **paroi latérale** présentent également des bourgeons gustatifs qui, en bas, descendent dans l'hypopharynx jusqu'au niveau de la région cricoïdienne [14].

e-L'audition

Le vélo-pharynx participe activement à l'ouverture tubaire, à l'aération de la caisse du tympan donc à l'audition.

En effet, le constricteur supérieur du pharynx constitue avec le péri staphylin interne et le pharyngo-staphylin l'un des trois muscles maîtres de l'occlusion vélo-pharyngée.

Le muscle tenseur du voile ou péri staphylin externe est, par contre, extra pharyngé car, contrairement aux muscles précédents, est situé en dehors de la fibreuse pharyngée : c'est le muscle tubaire proprement dit et un muscle baro-sensible [14].

Ces muscles agissent en synergie : élévation du voile, rétrécissement du diamètre transversal du pharynx, fermeture de l'orifice vélo-pharyngé. Leur rôle essentiel dans l'ouverture de la trompe d'Eustache est particulièrement net lors de la déglutition, des bâillements [14].

f-La respiration :

L'anatomie comparée permet d'intégrer le pharynx dans l'acte respiratoire. Des expériences de stimulation chez l'animal ont permis de démontrer l'existence de zones réflexogènes particulières dans le pharynx [14] :

- La stimulation tactile du nasopharynx et du nez déclenche une série de mouvements de renfilage.
- On peut accélérer le rythme respiratoire en stimulant la muqueuse du voile du palais.

- L'excitation tactile, clinique ou la pression de l'hypopharynx et du larynx entraînent une expiration forcée parfois accompagnée d'occlusion glottique voire de toux.

Les mouvements du pharynx au cours de la respiration ne sont plus d'ordre péristaltique, mais de type agoniste-antagoniste comme au niveau de l'arbre respiratoire [14].

2-Rappel immunologique

Le système immunitaire annexé aux muqueuses des voies aérodigestives supérieures (VADS) se compose d'un tissu lymphoïde diffus dont fait partie l'anneau de Waldeyer : il est composé des végétations et des amygdales palatines et linguales [18].

Tous les types cellulaires impliqués dans les mécanismes immunitaires sont identifiables dans le tissu amygdalien (macrophages, cellules folliculaires dendritiques, cellules interdigitantes, plasmocytes fabriquant les IgG, A, M, D, lymphocytes T, B).

Végétations et amygdales disposent d'une position stratégique pour capter de nombreux antigènes apportés par l'alimentation et la respiration ; la défense spécifique s'effectue par l'intermédiaire d'anticorps spécifiques ou de lymphocytes [18].

Chez le nourrisson, le contact répété avec plusieurs antigènes sélectionne une cellule spécifique pour chaque antigène et génère une réponse immunitaire aboutissant à un clone de cellules identiques [19].

La muqueuse aéro-digestive supérieure a donc une fonction double d'information antigénique et de protection contre les agents pathogènes inhalés et ingérés [20].

C-PRINCIPAUX TYPES ANATOMO CLINIQUES :

Le diagnostic de la pharyngite chronique s'établit habituellement sur la découverte d'une gamme d'aspects particuliers de la muqueuse pharyngée. Certains sont tout à fait caractéristiques et correspondent à des cas cliniques bien tranchés, d'autres sont moins spécifiques et peuvent se rencontrer dans des circonstances étiologiques variées [25].

Il faut d'ailleurs souligner l'extrême diversité de l'aspect de la muqueuse pharyngée normale.

1-Pharyngite atrophique :

La muqueuse est fine, mince, de couleur uniforme, d'aspect dépoli : il n'y a plus l'aspect humide et brillant habituel .Lors des mouvements de cette muqueuse, quelques plis peuvent se dessiner momentanément. La couleur générale est rose ou rouge : on ne distingue aucune formation lymphoïde.



IMAGE 1 : La pharyngite atrophique [22].

D'ailleurs, ce type de pharyngite atrophique se rencontre plus spécialement dans les béances exagérées des voies respiratoires telles qu'elles peuvent résulter d'un état pathologique particulier, soit du fait des conséquences d'intervention inopportune dans les fosses nasales.

Un degré supplémentaire dans l'atrophie est réalisé au cours de l'ozène : en pareil cas, la muqueuse pharyngée fait partie intégrante de la maladie et à l'atrophie s'ajoute la présence de formations croûteuses, abondantes dans le cavum et également observables dans l'oropharynx, au niveau desquelles la déglutition en favorise le nettoyage [23].

2-Pharyngite hypertrophique :

Les caractères généraux de la pharyngite hypertrophique sont marqués par sa grande diffusion, l'épaisseur accrue de la muqueuse et son aspect est le suivant :

Une rougeur diffuse de l'ensemble du pharynx, surface humide et brillante au niveau de la muqueuse du voile, des piliers et également des amygdales.

A ce tableau clinique général peut se surajouter une réaction lymphoïde qui peut adopter deux aspects importants, soit isolée, soit en association.

- forme granuleuse : en superposition sur l'aspect général déjà décrit, il faut noter l'abondance des follicules lymphoïdes [23].
- faux piliers : ici, l'amas de follicules prédomine au niveau des angles latéraux.

La partie supérieure s'étale dans le rhinopharynx et dans la fossette de ROSENMULLER ; l'extrémité inférieure se perd en s'effilant à hauteur du pôle inférieur de l'amygdale palatine. Ces bourrelets font saillie derrière les piliers postérieurs et la dénomination de « faux piliers » ou de « troisièmes piliers » est tout à fait explicite [23].

3-Pharyngite rouge érythémateuse :

Il s'agit d'un énanthème pharyngé diffus, d'origine vasomotrice. Il y a une rougeur de l'ensemble de la muqueuse du pharynx mais à part cette anomalie de couleur, tout est normal.

Cet aspect est le moins spécifique des aspects anatomo-cliniques et il peut se retrouver dans toutes sortes de circonstances étiologiques [23].



IMAGE 2: La pharyngite érythémateuse [22].

A titre indicatif, on rencontre des pharyngites rouges érythémateuses dans les cas d'intolérance (tabac, éthyle, prothèse dentaire), de reflux gastro-œsophagien, des phases de début des pharyngites inflammatoires qui deviendront ultérieurement muco-purulentes, mais surtout dans les pharyngopathies associées à une rhinopathie vasomotrice allergique ou autres [24].

4-Pharyngite congestive :

La muqueuse qui est rouge vif, écarlate, est également épaisse et succulente, de même que les parties avoisinantes du voile et notamment les piliers, et également les amygdales. Cette muqueuse est mate, sèche, parfois vernissée et dépourvue d'éléments lymphoïdes.

La luette est œdémateuse et Maduro invoquait le malmenage du voile dû aux efforts de détersions par renfilage et raclage de gorge.

Il y a en effet souvent présence de nombreuses sécrétions gommeuses, de consistance épaisse, adhérant à la muqueuse et se laissant enlever à la pince ou à l'écouvillon [24].

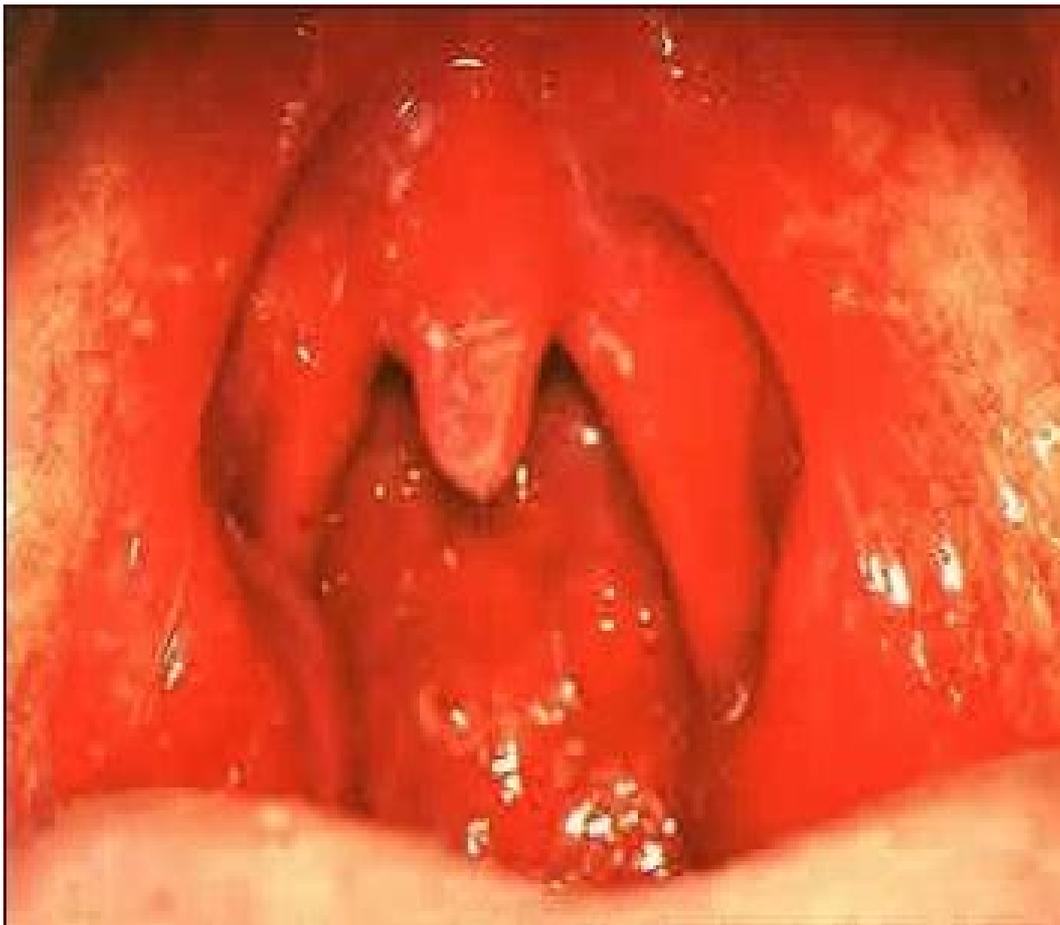


IMAGE 3 : La pharyngite rouge congestive [25].

5-Pharyngite mucopurulente congestive et hypertrophique [23] :

Ce type d'atteinte peut s'associer chez l'enfant à une inflammation diffuse, chronique et des éléments lymphoïdes du pharynx pour réaliser une adéno-pharyngite.

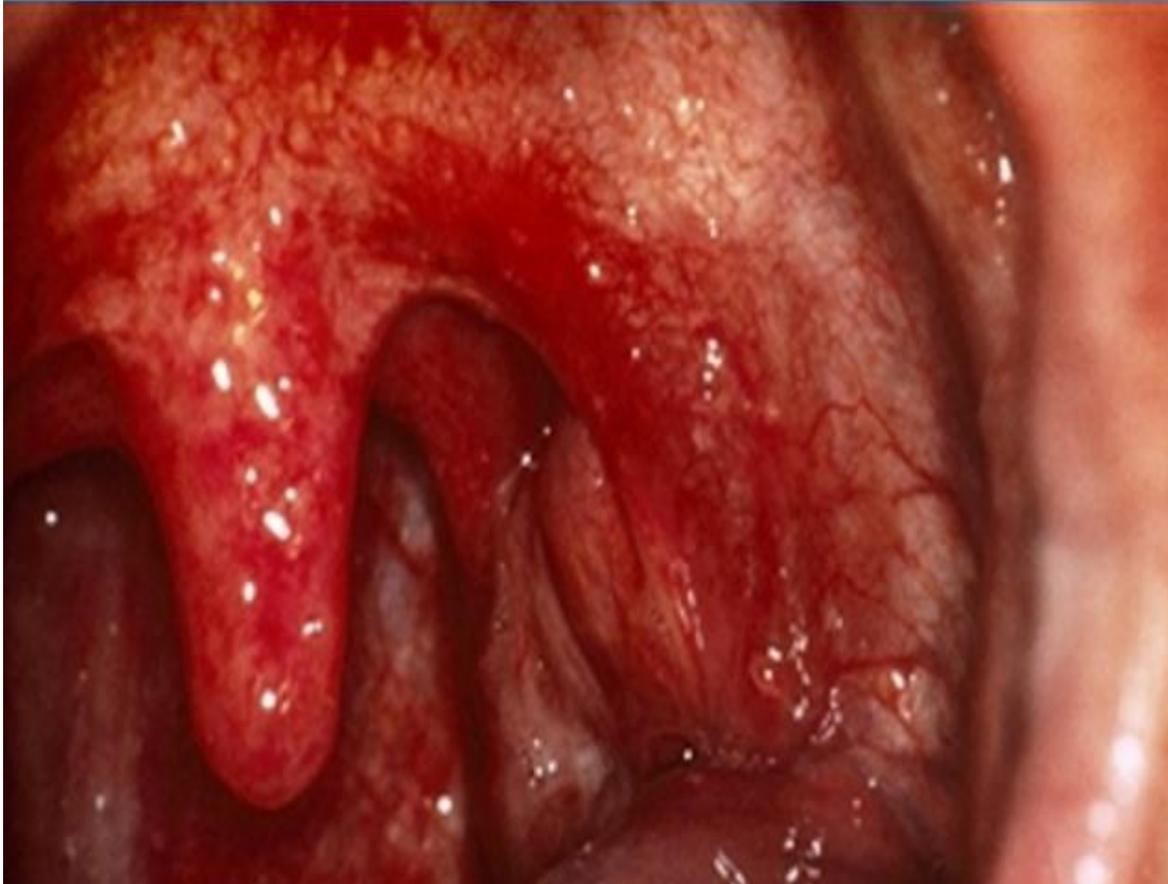


IMAGE 4 : La pharyngite mucopurulente [26].

La muqueuse est franchement écarlate, sèche, vernissée, ayant perdu le brillant de son état normal et tendant à perdre également ses îlots lymphoïdes. La luette est franchement œdémateuse.

Les sécrétions sont gommeuses, collantes, adhérentes. Ces formations ont une certaine adhérence et si le sujet ne parvient pas à les décoller par des manœuvres de toux, raclage, reniflage, la pince peut s'en saisir et les détacher en masse de la muqueuse.

D-ETIOLOGIES :

Parmi les facteurs étiologiques, certains sont déterminants mais d'autres, parfois épisodiques, peuvent avoir une grande valeur comme élément révélateur, modificateur ou amplificateur de la pharyngite chronique. C'est d'ailleurs souvent un écueil thérapeutique, le praticien n'ayant parfois que l'embarras du choix entre des facteurs étiologiques multiples [27].

On distingue :

1-les pharyngites respiratoires

Les modifications « exogènes » de l'air inspiré : ici interviennent les changements prolongés de « climat » naturels (séjours prolongés en haute altitude) ou non (climatisation des bureaux des grands ensembles et des cellules d'avion). La tolérance à une qualité différente de l'air inspiré, en général trop sec, est variable selon les individus. Il peut en résulter une pharyngite de type érythémateux plus ou moins marquée.

La « pollution » de l'air: c'est le fait des poussières, des vapeurs ou fumées irritantes contenues dans l'air en raison des activités professionnelles et surtout le tabac dont l'action est variable selon les individus et qui peut d'ailleurs toucher tout autant le fumeur que son entourage [27].

Les modifications « endogènes » par mauvais conditionnement de l'air : ce mauvais conditionnement peut être la conséquence de diverses modalités respiratoires :

+ Respiration buccale :

- par obstacles nasaux divers,
- par habitude due à une conformation particulière.

Le sujet additionne la sémiologie de l'insuffisant respiratoire chronique (céphalées, dysfonctionnement des cavités des annexes des voies respiratoires supérieures) à celle de sa « pharyngite », liée au dessèchement de la muqueuse.

La pharyngite n'est donc ici qu'accessoire secondaire et réversible : sécheresse et rougeur sont les seules anomalies de la muqueuse qui peut cependant présenter les caractères d'une authentique pharyngite atrophique ou érythémateuse [27].

+Béance nasale exagérée : résultant d'un état constitutionnel du sujet ou provoquée par des séquelles opératoires mutilantes, nécessaires (carcinome ethmoïdo-maxillaire, angiofibrome naso-pharyngé...) ou par faute chirurgicale (turbinectomie, résection de cloison, échec de rhinoplastie).

+Infection naso-sinusienne : Toute infection naso-sinusienne, quelles qu'en soient la nature et l'expression clinique peut avoir une incidence pharyngée ou laryngée qui peut prendre le devant de la scène clinique et il est habituel de rechercher cette étiologie au cours des pharyngites ; tous les intermédiaires peuvent se voir, de la réaction pharyngée banale jusqu'à la participation à un processus inflammatoire ou infectieux [27].

+La pathologie chronique des fosses nasales et des sinus de la face : peut être à l'origine de la 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 allergiques ou rhinosinusites chroniques provoquent une inflammation s'étendant de proche en proche. L'aspect classique est la forme purulente avec érythème des replis salpingopharyngiens [30].

Les principaux symptômes cliniques sont la rhinorrhée, l'obstruction nasale, les éternuements, le prurit nasal et le jetage postérieur. Ils sont souvent associés à des symptômes oculaires ou bronchiques [31].

2-Pharyngites digestives

a)- Action directe des aliments [27].

- Les aliments très relevés, très épicés peuvent être en cause.

Le séjour prolongé en pays exotique où il est d'usage d'employer dans l'alimentation des condiments puissants, le mode alimentaire occidentale actuel, qui ne dédaigne pas l'exotisme, même à titre habituel, peuvent être responsables chez certains sujets prédisposés de pharyngites de type érythémateux, congestif ou hypertrophique : la disparition des signes fonctionnels et physiques par la suppression ou la réduction des épices et assaisonnement confirme la pathogénie.

- La température excessive des aliments et boissons : Les écarts élevés de température peuvent provoquer des troubles fonctionnels et des réactions vasomotrices qui sont, en fait, révélateurs d'une diathèse neurovasculaire particulière.

- L'alcool a évidemment une responsabilité toute particulière, variable selon le type de boisson, la teneur même en alcool, la quantité ingérée et les facteurs adjuvants (tabac, malnutrition, état bucco-dentaire).

- Les habitudes « hygiéniques », à mettre à part : il y a en effet certains sujets littéralement obsédés d'hygiène pharyngée qui abusent de pastilles mentholées, lavages, gargarismes antiseptiques par recherche d'une certaine euphorie pharyngée et satisfaire un besoin excessif de « propreté ».

b)-Etat bucco-dentaire:

Les foyers infectieux de la cavité buccale notamment la pyorrhée alvéolo-dentaire, les tumeurs infectées de la langue ou du plancher de la bouche, des rebords alvéolaires et des joues, constituent autant de facteurs favorisant l'installation d'une pharyngite qui passe ici au second plan devant la gravité de

l'affection causale et qui d'ailleurs est totalement négligée chez des sujets souvent frustes.

c)-Les pharyngites par reflux et régurgitations:

Le reflux gastro-œsophagien peut être manifeste, le sujet se plaint d'aigreurs, d'acidité avec sensations de brûlures pharyngées. Il peut être latent. Il doit être recherché sur les examens scopiques du transit pharyngo-œsogastrique.

Toute la pathologie du bas-œsophage et de la jonction œsogastrique peut être à l'origine de manifestations pharyngées avec rougeur diffuse de l'ensemble du pharynx [33].

Les régurgitations alimentaires doivent, lorsqu'elles sont manifestes, faire suspecter une dyskinésie majeure de l'œsophage (méga-œsophage, diverticules pharyngo-œsophagiens). Le dysfonctionnement peut être discret et la lésion œsophagienne ignorée, le malade étant classé paresthésique et étant en fait porteur d'un authentique diverticule [34].

Parmi les signes d'appels du reflux gastro-œsophagien, on cite :

- Enrouement chronique
- Brûlures et paresthésies pharyngées
- Hypersialorrhée
- Pyrosis
- Régurgitations
- Otagies
- Laryngospasme
- Toux chronique postprandiale ou nocturne
- Apnées obstructives nocturnes [35].

3-Pharyngites immunologiques :

Le pharynx dans son ensemble, avec non seulement les organes inclus dans l'anneau de Waldeyer, mais aussi tous les éléments lymphoïdes siégeant dans le chorion de la muqueuse, a un rôle essentiel dans l'édification d'une immunité valable lorsque l'individu s'affranchit de la protection immunitaire maternelle.

Il y a normalement quelques « accidents de parcours » constitués par l'affrontement avec les germes des maladies contagieuses et les germes pathogènes banals rencontrés par l'enfant.

Puis l'immunité s'étant établie, les amygdales, et avec elles les autres organes lymphoïdes et la muqueuse pharyngée qui les héberge, dans son ensemble, entrent dans une longue période de repos, parfois brusquement interrompue par une chute brutale de l'immunité pouvant résulter des facteurs les plus divers (froid, fatigue, dénutrition, intoxications) et provoquant alors angines, pharyngites, phlegmons péri-amygdaliens. Certains sujets ne suivent pas ce schéma évolutif général [27].

Le plus souvent, le sujet, amygdalectomisé ou non, présente un tableau typique de pharyngite chronique avec tous les éléments sémiologiques. A l'examen, son pharynx présente habituellement les caractères que nous avons décrits sous le nom de pharyngite hypertrophique avec réaction lymphoïde marquée, de type granuleux pur avec ou sans faux piliers. Chez de tels sujets, s'ils ont été amygdalectomisés, le miroir doit rechercher l'hypertrophie des amygdales linguales qui est fréquente [27].

4-Pharyngites diathésiques [27].

La muqueuse pharyngée reflète ici les effets des tares générales métaboliques, de modes réactionnels immunologiques généraux (maladies auto-immunes) ou vasculaires de l'ensemble de l'organisme.

Elle peut revêtir un aspect anatomo-clinique tout à fait évocateur : atrophique, hypertrophique ou vasculaire avec une expression fonctionnelle liée aux modifications générales de la sensibilité. L'anamnèse et l'examen général du patient aident à orienter les recherches chez ces sujets.

On peut isoler différents types de patients, parmi ceux-ci, un type caricatural a été décrit depuis longtemps : c'est la pharyngite des pléthoriques.

Il s'agit de la pharyngite du gros mangeur, gros buveur, grand fumeur : il s'agit alors de sujets que l'activité professionnelle, conjuguant sédentarisme et bonne chère, maintient dans un état qu'ils ne peuvent ni ne veulent changer. Ils sont parfois décelés par le bilan biologique systématique des centres de médecine préventive qui les ont convoqués.

La pléthore recouvre en fait plusieurs désordres métaboliques, éventuellement associés aux premiers signes d'une coronarite. Elle ne représente actuellement qu'une circonstance de découverte de ces dysmétabolismes et un de leurs aspects cliniques.

Ces principaux dysmétabolismes sont:

+ LE DIABETE : 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

+ LES DYSLIPIDEMIES : hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie.

5-Désordres neurovasculaires

a)- 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.

b)- la tétanie chronique constitutionnelle ou spasmophilie

Il s'agit d'un état beaucoup plus que d'une maladie dont la particularité essentielle réside dans une hyperexcitabilité neuromusculaire, voire cellulaire en général, touchant habituellement des sujets jeunes (adolescents, jeunes adultes, surtout des femmes).

La sphère O.R.L est richement représentée dans la symptomatologie de cette pathologie, qui peut comporter obstruction nasale, paresthésies pharyngées, dysphonie fonctionnelle, acouphènes et même vertiges.

Le deuxième volet de la spasmophilie est constitué par le syndrome biologique résultant d'un abaissement du fond commun calcique et du magnésium cellulaire attesté par certains signes trophiques.

Le mécanisme de certains troubles, notamment nasaux et pharyngés, paraît de type neuro-vasculaire et l'obstruction nasale comme la pharyngite du spasmophile s'intègre dans les désordres du réglage du conditionnement de l'air inspiré chez un sujet particulièrement sensible aux variations physiques de celui-ci [28].

6-Maladies auto-immunes

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.

[a\)-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 [27].

Enfin, il existe des troubles de phanères. Le bilan biologique objective une hyposidérémie 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 [36].

[b\) 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 [36].

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) [36].

7-Pharyngite secondaire à une mycose bucco-pharyngée

Les mycoses bucco-pharyngées sont des infections très fréquentes et le plus souvent provoquées par un champignon appelé *candida albicans*. Ce germe est présent en temps normal dans la flore de la bouche, sans provoquer d'infection. Lorsque cette levure prolifère, elle provoque une mycose [37].

Sur une muqueuse érythémateuse apparaissent de petites plages blanches en « lait caillé », plus ou moins adhérentes, qui sont constituées d'un enchevêtrement de pseudo mycélium et de blastopores de *Candida albicans* :

- localisées initialement (face interne des joues, gencives, palais, piliers des amygdales...), elles peuvent s'étendre à toute la cavité buccale et au pharynx.
- les symptômes sont généralement absents au début, puis le patient se plaint de brûlures, de perte du goût, de pharyngite et de dysphagie.
- une perlèche et une chéilite sont parfois associées [37].

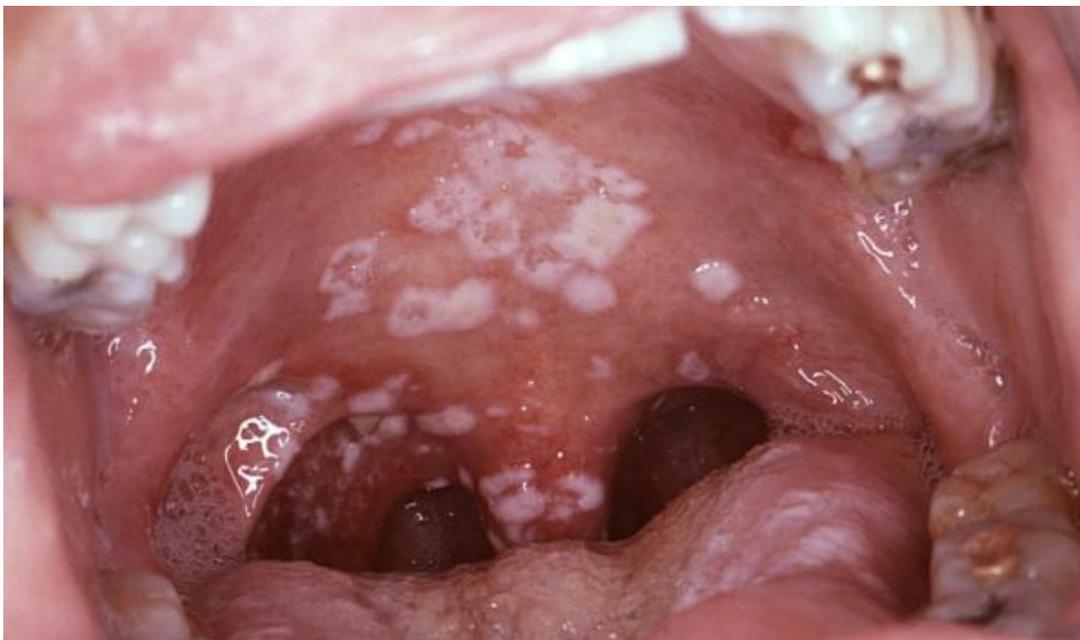


IMAGE 5 :mycose buccopharyngée [37].

Circonstances favorisantes [38]:

De nombreux facteurs endogènes et exogènes, souvent intriqués, favorisent la prolifération des levures puis leur passage à l'état pathogène.

ü Facteurs intrinsèques :

- L'immaturation du système immunitaire et le développement incomplet de la flore commensale dans la période néonatale, la multiplicité des facteurs favorisants chez le sujet âgé expliquent la fréquence du muguet aux âges extrêmes de la vie.
- Toute altération de la muqueuse digestive telle que la sécheresse buccale, la dyskinésie œsophagienne et l'état inflammatoire associé aux colopathies semble favoriser la colonisation de la muqueuse digestive.
- De même, la charge en levure est augmentée chez les diabétiques en relation avec le taux élevé de glucose salivaire.
- Les candidoses digestives sont fréquentes chez les patients avec un dysfonctionnement de l'immunité : hypogammaglobulinémie en particulier en IgA, anomalie qualitative ou quantitative des polynucléaires, altération des lymphocytes bien démontrée dans la candidose muco-cutanée chronique et l'infection par le VIH [32].

ü Facteurs extrinsèques :

Les facteurs extrinsèques sont également nombreux : antibiotiques à large spectre modifiant la flore commensale, corticoïdes et immunosuppresseurs, antiacides ou neuroleptiques diminuant la sialorrhée [35].

8- Pharyngites d'origine iatrogène :

Les étiologies médicamenteuses sont dominées par la prise d'anticholinergiques, de bêtabloquants, de psychotropes, d'anti-inflammatoires pyrazolés et d'antihypertenseurs centraux.

Le mécanisme le plus souvent évoqué est la xérostomie qu'ils provoquent [27]. La pharyngite de l'amygdalectomisé est également fréquente, soit dans les suites relativement précoces de l'intervention, soit beaucoup plus tardivement. Les troubles présentés peuvent relever de trois mécanismes :

- soit la persistance de moignons amygdaliens, le plus souvent au pôle inférieur, souvent cryptiques et infectés qui demanderont un traitement propre.
- soit le développement d'une pharyngite en îlots postérieurs, tendant à remplacer le tissu amygdalien et responsable d'une amygdalite chronique reportée sur la paroi pharyngée en regard.
- soit la pharyngite cicatricielle au niveau des piliers et du voile.

Les patients ayant bénéficié d'une radiothérapie pour une lésion ORL souffrent souvent d'une hypo, voire d'une asialie responsable d'une sécheresse de la muqueuse buccale et pharyngée [27].

9- Pharyngites psychogènes :

La sensation de fausse présence de boule dans la gorge, de gêne de déglutition à vide ou une fatigue chronique peuvent relever d'un problème psychique à type de dépression ou de dysthymie. Bien évidemment, un examen minutieux sera pratiqué pour rechercher d'autres causes éventuelles.

Ainsi le diagnostic de pharyngite psychogène ne doit être posé que lorsque toutes les causes de pharyngites chroniques ont été exclues [39].

MATERIELS

ET METHODES

1)- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 6 mois de septembre 2015 à février 2016.

2)-Population d'étude :

L'étude a concerné les patients reçus en consultation dans le service d'ORL du CHU Hassan II de Fès pour pharyngite chronique.

3)-Taille de l'échantillon :

Nous avons recensé au total 214 cas de pharyngites chroniques.

4)- Critères d'inclusion :

Toutes les personnes vues en consultation dans le service pour pharyngite chronique comme symptôme principal.

Tous les patients chez qui la fiche d'exploitation a été correctement remplie.

5)- Critères de non inclusion :

Tout patient ayant consulté pour un problème pharyngé tumoral, infectieux ou inflammatoire aigu.

Tout patient chez qui la fiche d'exploitation n'a pas été correctement remplie.

6)-Technique de collecte des données :

Un examen ORL complet a été effectué chez tous les patients.

Les données ont été consignées sur une fiche d'exploitation conçue à cet effet.

IDENTITE :

- 1-Sexe M F
- 2-Age ≤20 ans 21-30ans 31-40ans 41-50ans >51ans
- 3-Profession agriculteur commerçant fonctionnaire personnel médical
ouvrier de bâtiment coiffeur ouvrier de l'industrie menuisier FAF autres
- 4-Origine Fès régions de Fès autres

ATCD**a)personnels**

- 1-Médicaux diabète cardiopathie rhinite /rhinosinusite HTA Allergie RGO
- 2-Soins dentaires oui non
- 3-Infections ORL oui angine otite sinusite autres
non
- 4-Chirurgicaux oui amygdaléctomie chir.nasale chir.digestive
non
- 5-Toxiques tabac alcool
- 6-Prise médicamenteuse oui non
- 7-GO oui non

b)-familiaux :

- cas similaires oui non

SIGNES CLINIQUES

- 1-Installation rapide progressive
- 2-Date de début ≤6mois 6-12mois ≥12mois
- 3-Signes fonctionnels Chatouillement pharyngé Fièvre Dysphagie Toux
Sécheresse pharyngée Odynophagie Raclement Hypersialorrhée
Régurgitations Otalgie Ronflement Pyrosis Respiration buccale
Rhinorrhée Autres

EXAMEN CLINIQUE**.Cavité buccale**

- Etat buccodentaire bon mauvais
- Prothèse dentaire oui non
- Langue et muqueuse buccale -----

.Loges amygdaliennes :

- normales cryptiques hypertrophiées
enchatonnées

.Examen de l'oropharynx : sec inflammé dépapillé
sécrétions granulations

.Examen Rhinologique : Perforation du septum Déviation du septum
Polype Hypertrophie muq Atrophie muq Rhinorrhée Hypertrophie
 turbinale

.Examen Cervical : tuméfaction ADP

EXAMENS PARACLINIQUES

1-Nasofibroscopie :

Fosses Nasales	Cavum	Oropharynx
Hypertrophie muqueuse <input type="checkbox"/>	Inflammé <input type="checkbox"/>	Sec <input type="checkbox"/>
Atrophie muqueuse <input type="checkbox"/>	Ulcéré <input type="checkbox"/>	Dépapillé <input type="checkbox"/>
Perforation du septum <input type="checkbox"/>	Granulations <input type="checkbox"/>	Inflammé <input type="checkbox"/>
Hypertrophie turbinale <input type="checkbox"/>		
Polype <input type="checkbox"/>		

2-TDM des sinus :-----

3-Prélèvement de gorge :

-Examen direct :-----

-Culture : Strepto Pneumo HI Candida Albicans autres

4-Tests cutanés :-----

5-Bilan Biologique :NFS-----Ionogramme-----Glycémie-----bilan lipidique----

TRAITEMENT

1-MHD : hydratation éviction des aliments épicés

éviction du tabac éviction de l'alcool

2-MEDICAL : Antihistaminiques AINS Cortico IPP Immunothérapie

Anxiolytiques Cures thermales Homéothérapie ATB :Amoxicilline

Amox.protégée Macrolides Fluoroquinolone Antimycotiques

bains de bouche antalgiques.

3-CHIRURGICAL : Soins et chir.dentaires Amygdalectomie Biopsie Autres

4-NOMBRE DE CONSULTATIONS : 1 2 3 4 >4

5-DUREE DE SUIVI : <1an 1an-2ans 2ans-3ans 3ans-4ans >4ans

6-EVOLUTION : Favorable Récidive

7)-Saisie et analyse des données :

Les données ont été récoltées à l'aide d'une fiche d'exploitation remplie.

Les résultats ont été analysés statistiquement grâce à la collaboration du service de bio statistique de la faculté de médecine de Fès.

Pour mener cette étude, les données trouvées ont été regroupées et numérisées dans un tableau Excel.

L'ensemble des résultats a été obtenu statistiquement par l'utilisation du logiciel SPSS.

8)-Ethique :

La confidentialité des informations concernant les patients était de rigueur : les inclusions ont été faites après consentement éclairé des patients.

RESULTATS

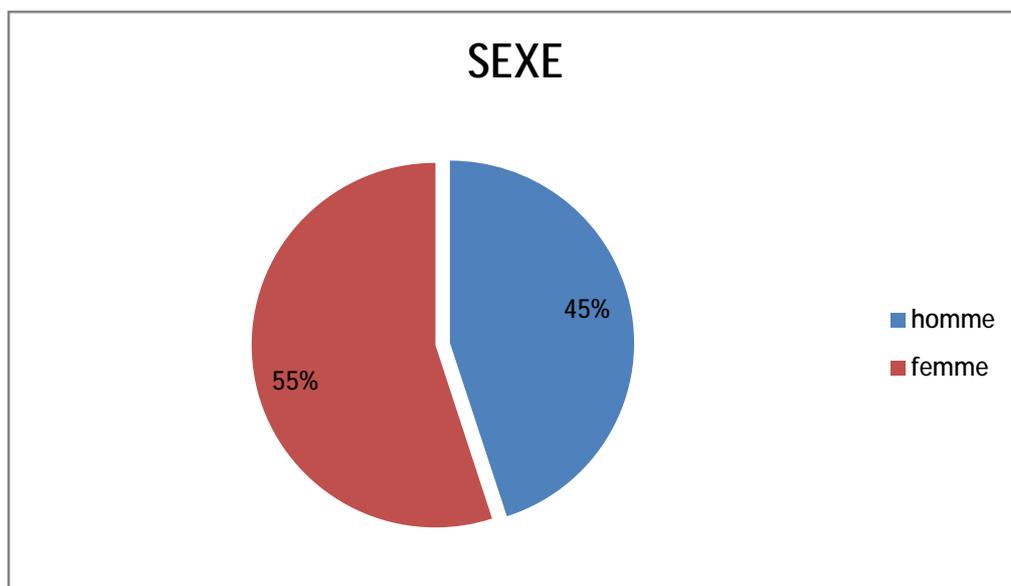
A-Données épidémiologiques :

a)-l'incidence :

De septembre 2015 à février 2016, soit 6 mois, 214 patients ayant une pharyngite chronique ont été enregistrés dans le cadre de notre étude sur environ 4170 patients vus au service, soit 4,8% des patients pendant cette période.

b)-le sexe :

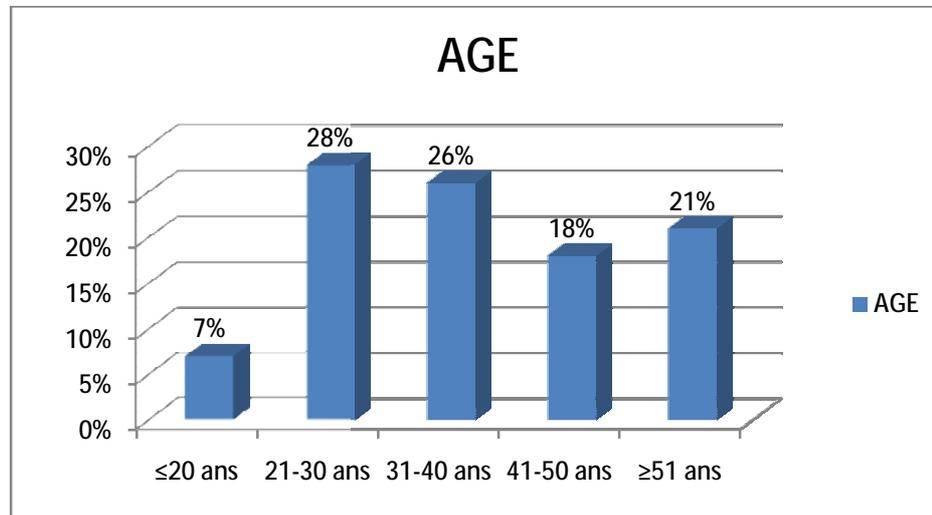
On a noté une prédominance du sexe féminin avec 55%. Le sex-ratio a été égal à 1,2 en faveur du sexe féminin.



GRAPHIQUE 1 : Répartition des patients selon le sexe.

c)-l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 36,5 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 21-30 ans.



GRAPHIQUE 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

d)-la profession :

La profession de femme au foyer a été la plus représentée dans la série avec 58 cas, soit 29% des patients.

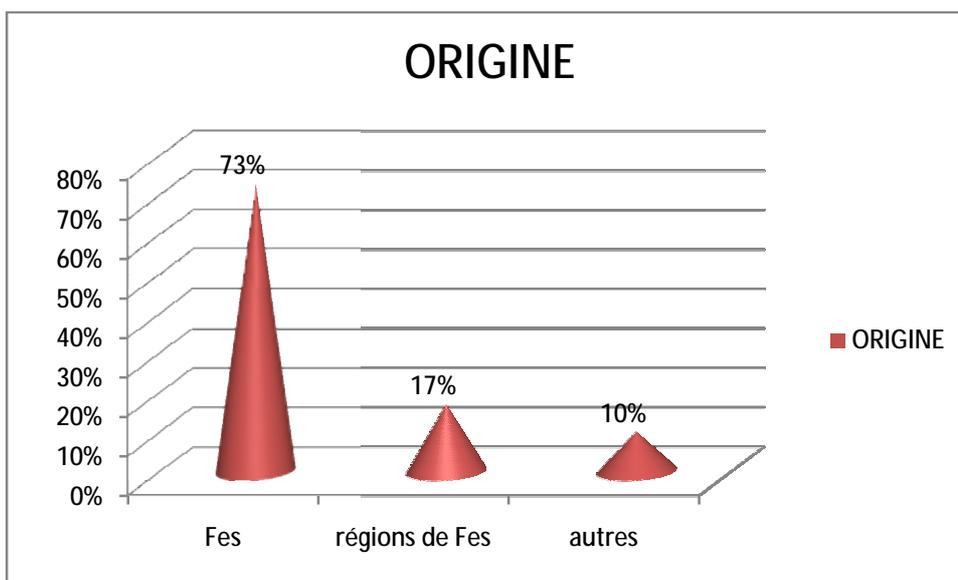
TABLEAU 1 : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Agriculteur	12	6%
Commerçant	10	5%
Fonctionnaire	26	13%
Personnel médical	8	4%
Ouvrier de bâtiment	10	5%
Coiffeur	4	2%
Ouvrier de l'industrie	4	2%
Menuisier	6	3%
Etudiant	26	13%
Femme au foyer	58	29%
chanteur	2	1%
Autres professions	34	17%

e)-l'origine :

On note une répartition plus importante des patients dans la ville de Fès par rapport aux autres régions avec 73%.

17% des patients habitent les régions de Fès, tandis que 10% habitent d'autres villes.

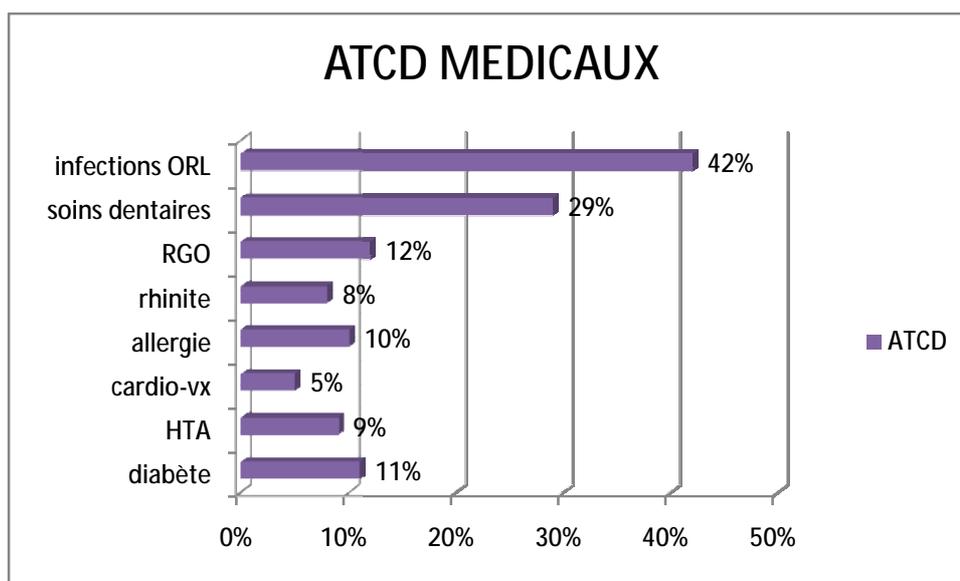


GRAPHIQUE 3 : Répartition des patients en fonction de l'origine.

f)-les antécédents médicaux :

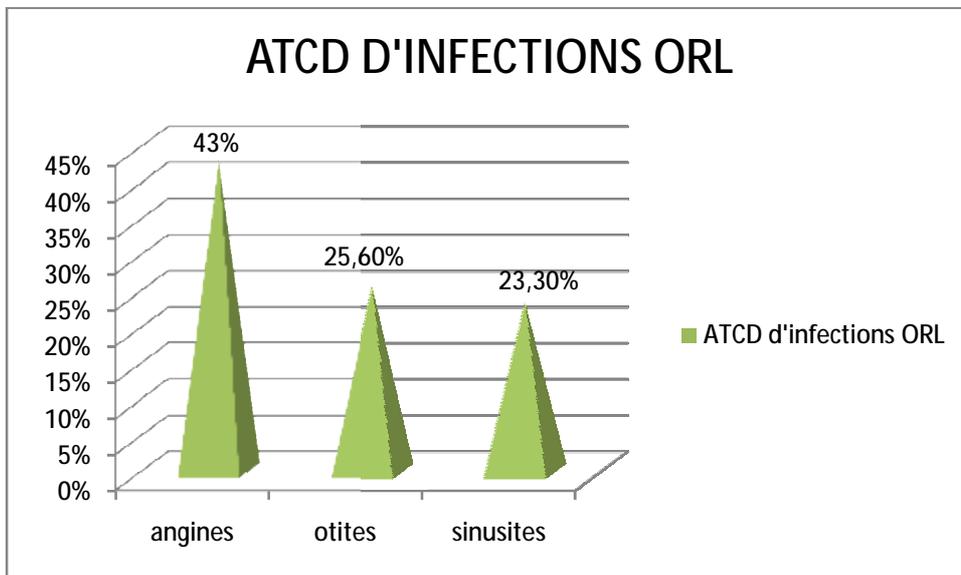
On note que 42% des patients présentant une pharyngite chronique ont un antécédent d'infection ORL.

- 29% des patients ont eu recours aux soins dentaires.
- 12% des patients ont un antécédent de reflux gastro-œsophagien.
- 8% des patients ont déjà fait un épisode de rhinite.
- 10% des patients sont connus allergiques.
- 5% des patients sont déjà suivis pour un problème cardiovasculaire.
- 11% des patients sont connus diabétiques et 9% hypertendus.



GRAPHIQUE 4 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

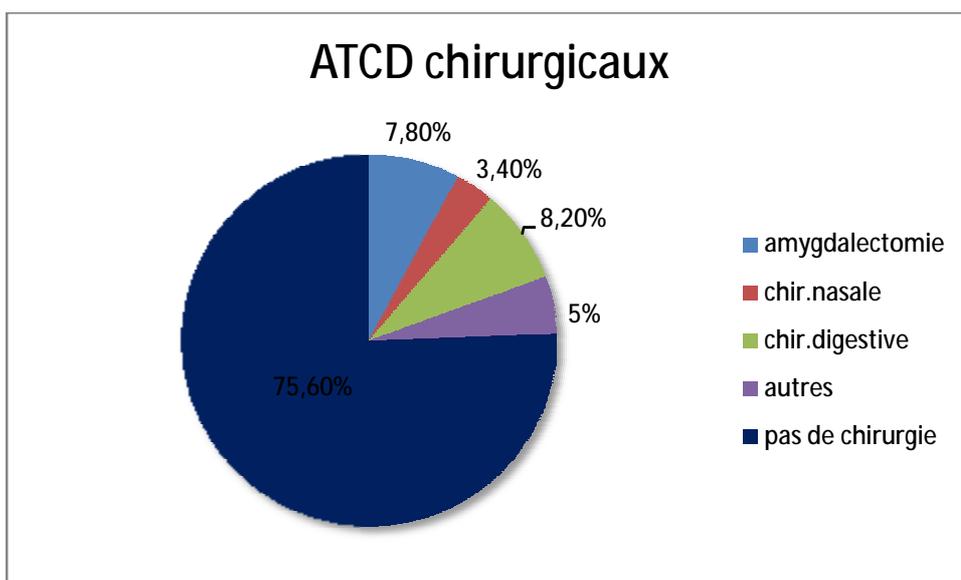
L'infection ORL la plus représentée est l'angine avec 43% suivie des otites avec 25,60% et en dernier les sinusites avec un pourcentage de 23,3%.



GRAPHIQUE 5 : Répartition des patients selon le type d'infection ORL.

g)-les antécédents chirurgicaux :

Les patients sans antécédents chirurgicaux sont les plus représentés avec 161 cas, soit 75,6%, suivis de 8,2% de chirurgie digestive et 7,8% de patients amygdalectomisés.

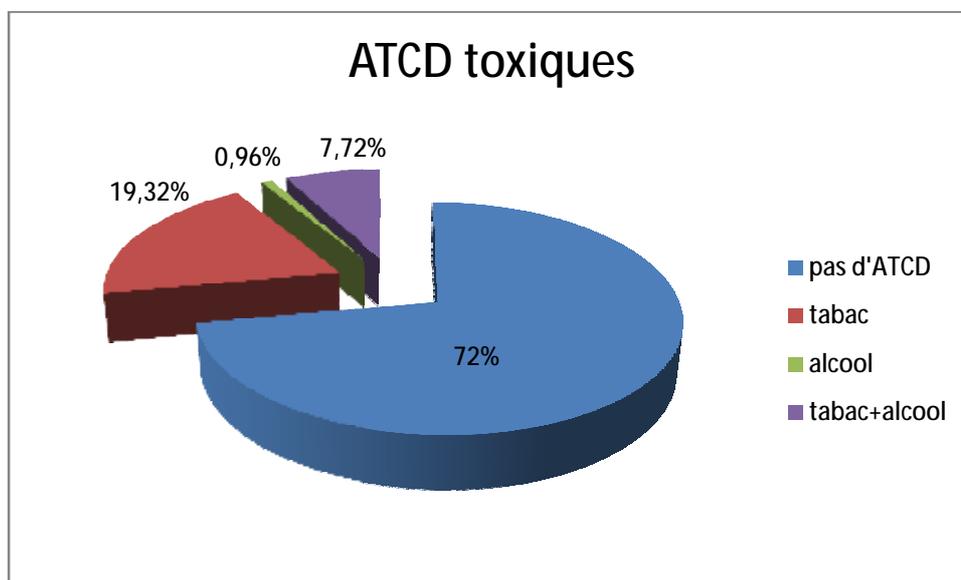


GRAPHIQUE 6 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

h)-les antécédents toxiques :

Les patients sans antécédents toxiques sont les plus représentés avec 154 cas, soit 72% suivis des :

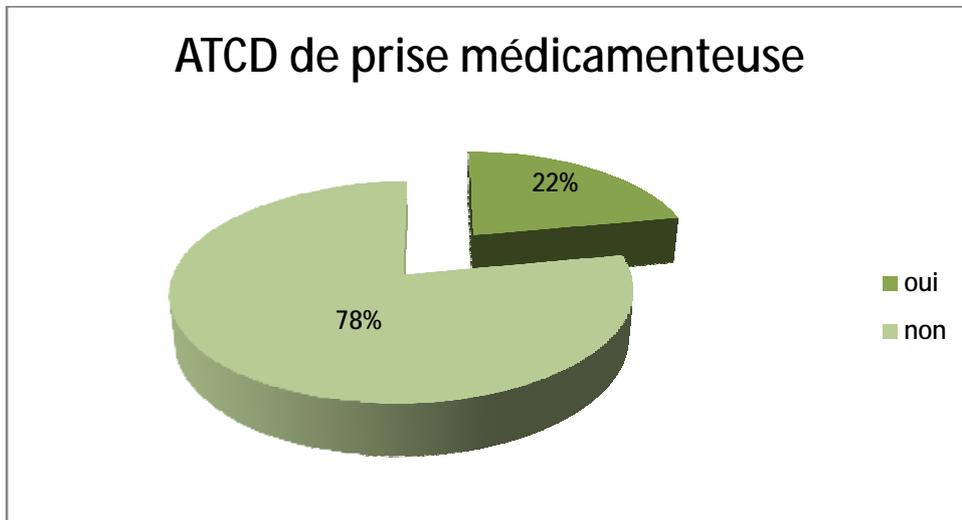
- patients tabagiques avec 19,32%.
- alcoolo-tabagiques avec 7,72%.
- alcooliques avec 0,9%.



GRAPHIQUE 7: Répartition des patients selon les antécédents toxiques.

i)-les antécédents de prise médicamenteuse :

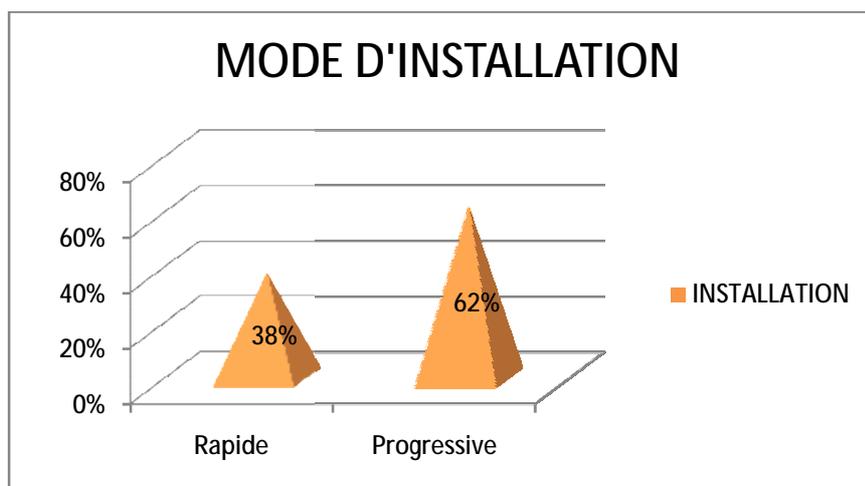
On note que 22% des patients inclus dans l'étude ont un antécédent de prise médicamenteuse.



GRAPHIQUE 8 : Répartition des patients selon la prise médicamenteuse.

j)-le mode d'installation :

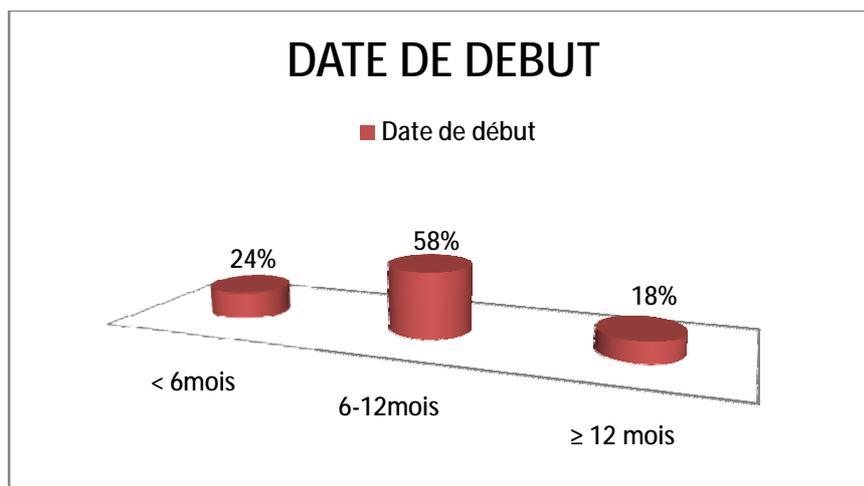
Dans notre série, les pharyngites chroniques d'installation progressive sont les plus représentées avec 68% des cas. Alors que chez 32% des patients, l'installation de la pharyngite a été rapide.



GRAPHIQUE 9: Répartition des patients selon le mode l'installation de la pharyngite.

k)- la date de début :

Chez 124 patients soit 58%, les pharyngites chroniques sont apparues entre 6 et 12 mois.



GRAPHIQUE 10: Répartition des patients selon le début d'installation des pharyngites chroniques.

j)-les signes fonctionnels :

On note que 89 patients soit 42% des cas ont consulté pour une odynophagie, alors que 34% des patients ont consulté pour une sécheresse pharyngée.

Le raclement pharyngé a été mentionné par 31% des patients et la dysphagie a été notée chez 26% des patients de notre étude.

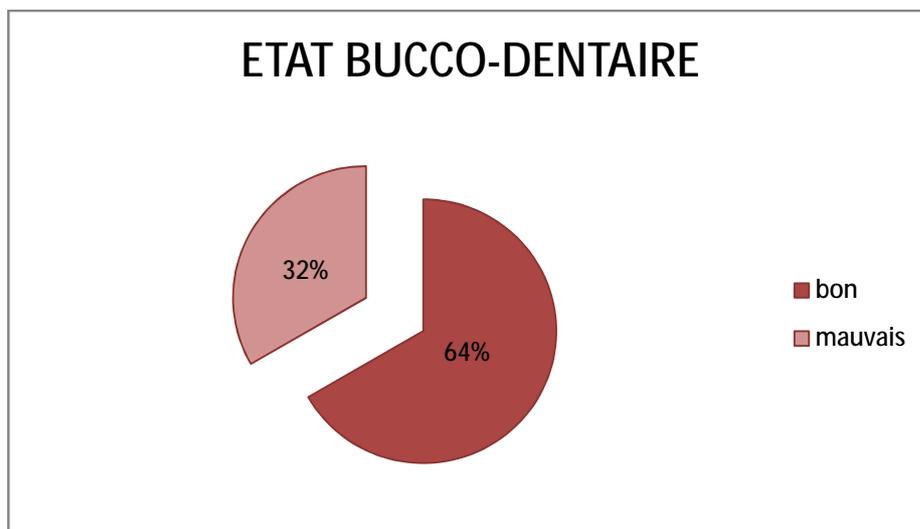
TABLEAU 2: Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels qu'ils présentent.

Signes fonctionnels	Pourcentage
Odynophagie	42%
Sécheresse pharyngée	34%
Raclement	31%
Dysphagie	26%
Chatouillement pharyngé	21%
Régurgitations	18%
Fièvre	16%
Toux	13%
Pyrosis	12%
Ronflement	12%
Hypersialorrhée	9%
Rhinorrhée	9%
Respiration buccale	8%
Eternuement	7%
Mauvaise haleine	6%
Crachats	5%
Otalgie	4%
Vertige	1%
Paresthésie	1%

B-Etude clinique :

a)-l'état bucco-dentaire :

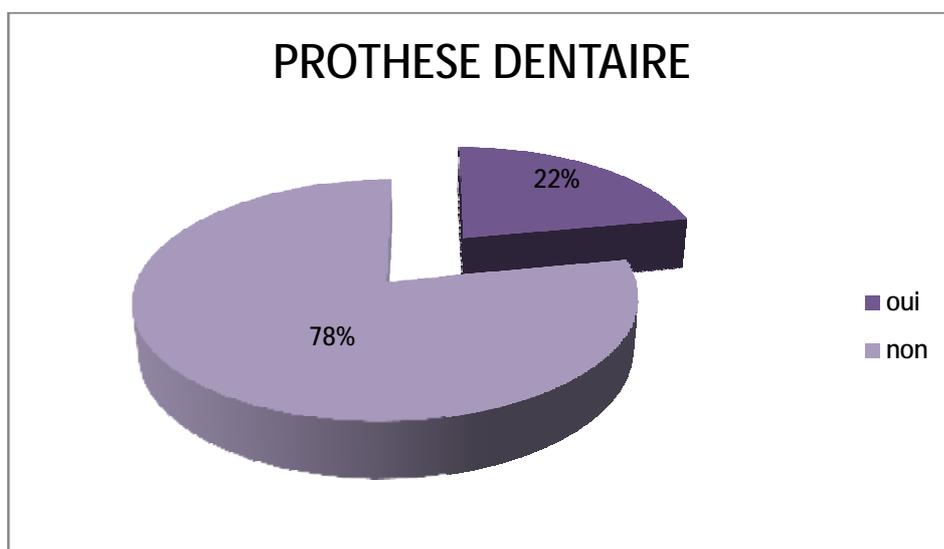
Dans notre série, 64% des patients présentent un bon état bucco-dentaire, alors que 32% ont un mauvais état bucco-dentaire.



GRAPHIQUE 11 : Répartition des patients selon l'état bucco-dentaire.

b)-la prothèse dentaire :

Dans notre série, 22% des patients ayant consulté pour une pharyngite chronique ont une prothèse dentaire.

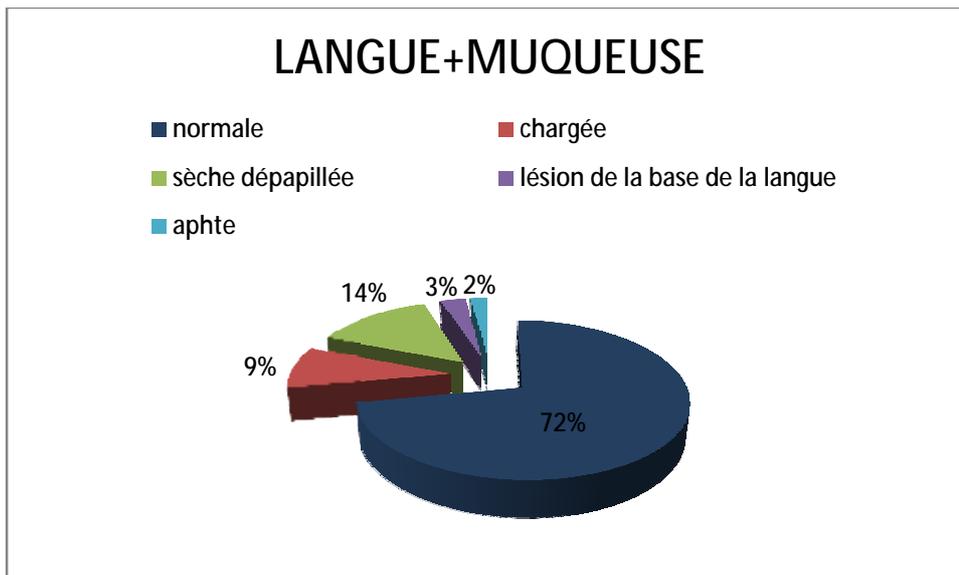


GRAPHIQUE 12 : Répartition des patients selon la présence de prothèse.

c)-l'état de la langue et la muqueuse buccale :

On a noté la présence chez 28% des patients de notre étude d'une langue ou d'une muqueuse buccale anormale.

14% d'entre eux avaient une langue sèche dépapillée, alors que 9% ont présenté une langue chargée.



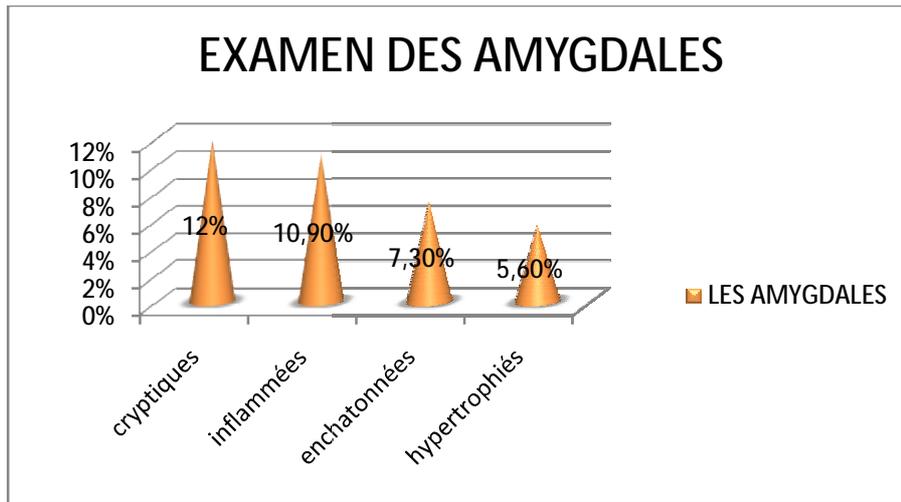
GRAPHIQUE 13 : Répartition des patients en fonction de l'état de la langue et la muqueuse buccale.



IMAGE 1 : Langue sèche dépapillée (iconographie du service d'ORL du CHU Hassan II).

d)-l'examen des loges amygdaliennes :

L'examen des loges amygdaliennes a montré que les amygdales cryptiques sont les plus fréquentes avec un pourcentage de 12%, suivies des amygdales inflammées avec un pourcentage de 10,90%.



GRAPHIQUE 14 : Répartition des patients en fonction de l'examen des amygdales.



IMAGE 2: Pharyngite et amygdalite chroniques (iconographie du service d'ORL du CHU Hassan II).

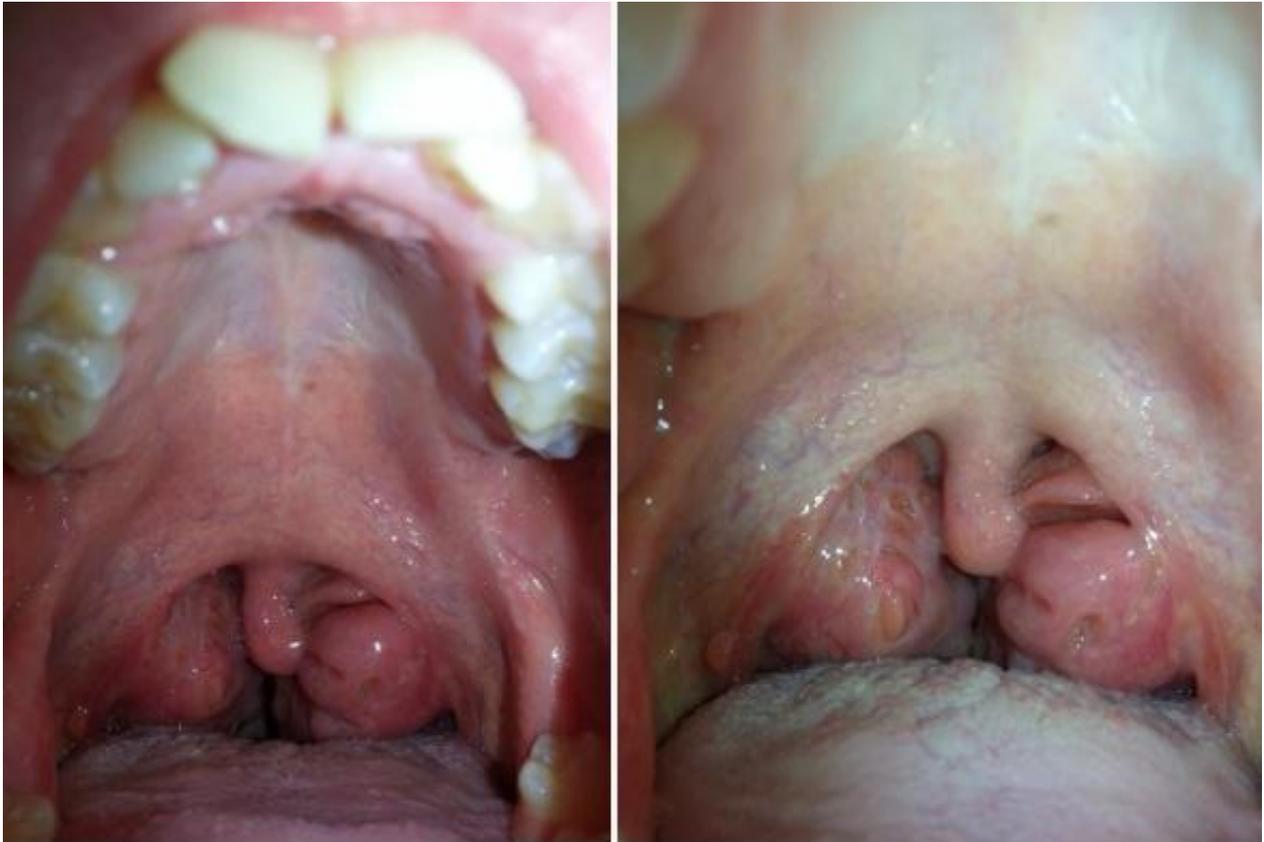
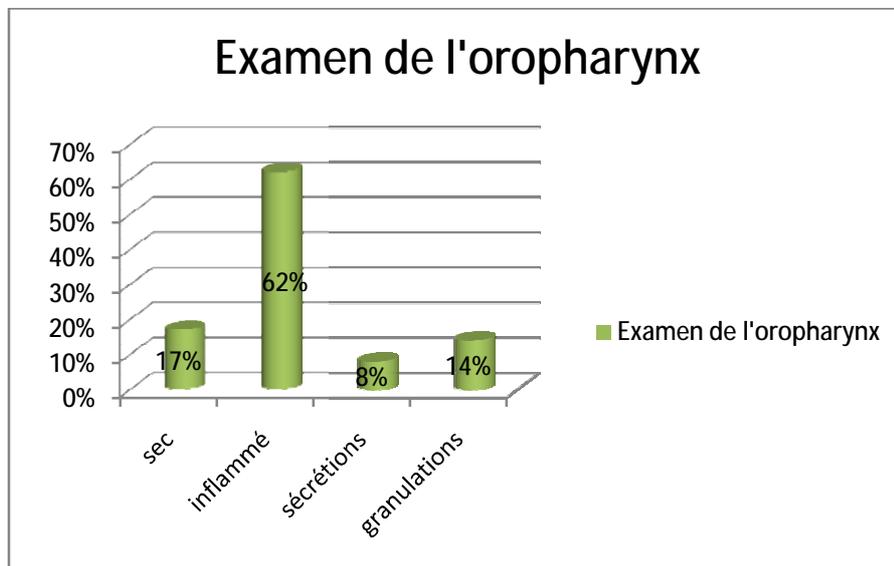


IMAGE 3: Amygdales cryptiques chroniques (iconographie du service d'ORL du CHU Hassan II).

e)-l'examen de l'oropharynx :

Dans notre série, l'examen clinique a objectivé 132 cas d'inflammation de l'oropharynx, soit 62% ainsi que 17% d'oropharynx sec.



GRAPHIQUE 15 : Répartition des patients en fonction de l'état de l'oropharynx.



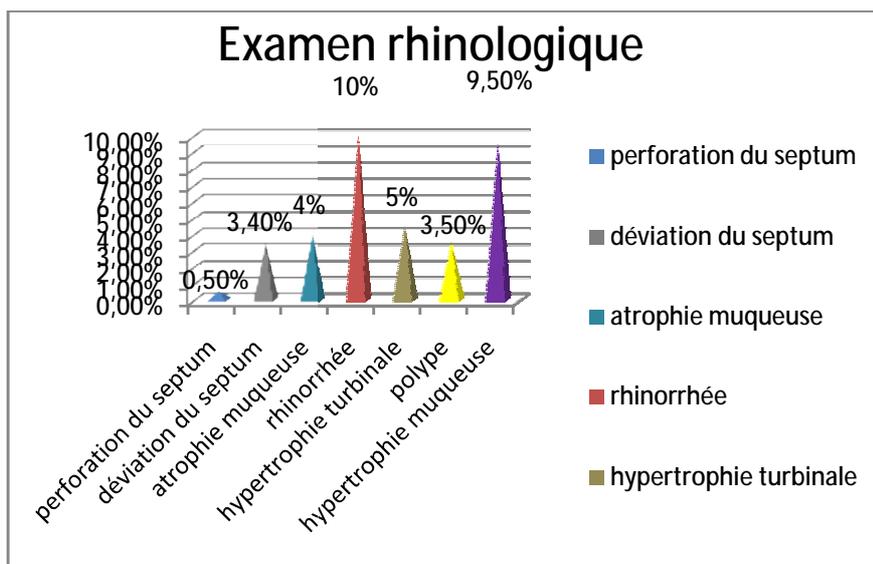
IMAGE 4 : La pharyngite chronique catarrhale (iconographie du service d'ORL du CHU Hassan II).



IMAGE 5: Oropharynx rouge inflammé (iconographie du service d’ORL du CHU Hassan II).

f)-l’examen rhinologique :

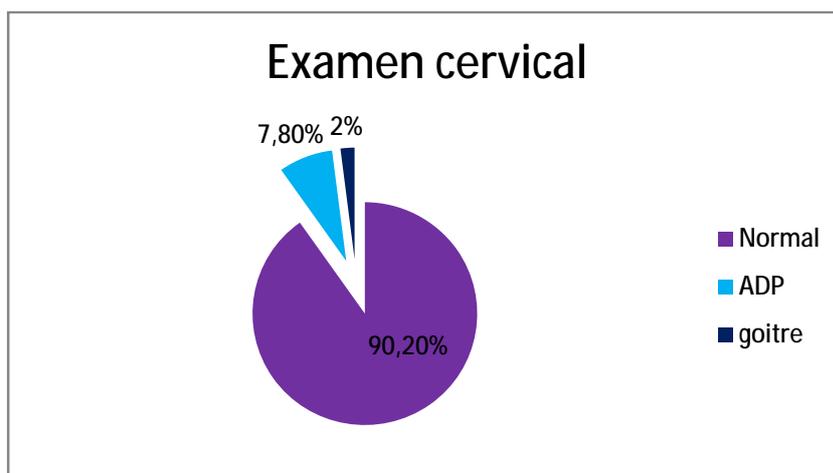
On note la présence de rhinorrhée chez 10% des patients de notre série, ainsi que 9,5% d’hypertrophie muqueuse à l’examen rhinologique.



GRAPHIQUE 16 : Répartition des patients en fonction des résultats de l’examen rhinologique.

g)-l'examen cervical :

La plupart des patients de notre série avaient un examen cervical normal. Cependant, on a objectivé une ou plusieurs adénopathies chez 7,8% des patients et un goitre chez 2%.

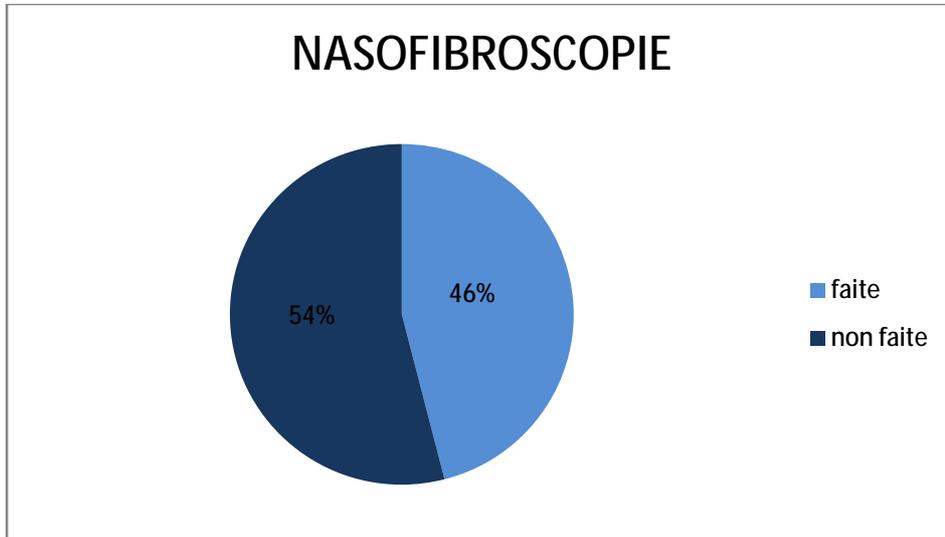


GRAPHIQUE 17 : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen cervical.

C)-Etude paraclinique :

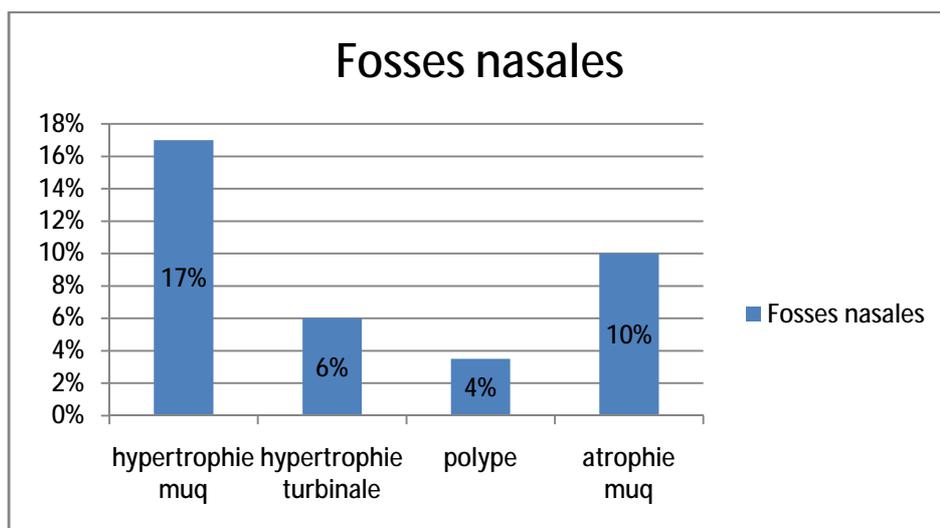
a)- La nasofibroscopie :

Dans notre série la nasofibroscopie a été réalisée chez 98 patients soit 46%.



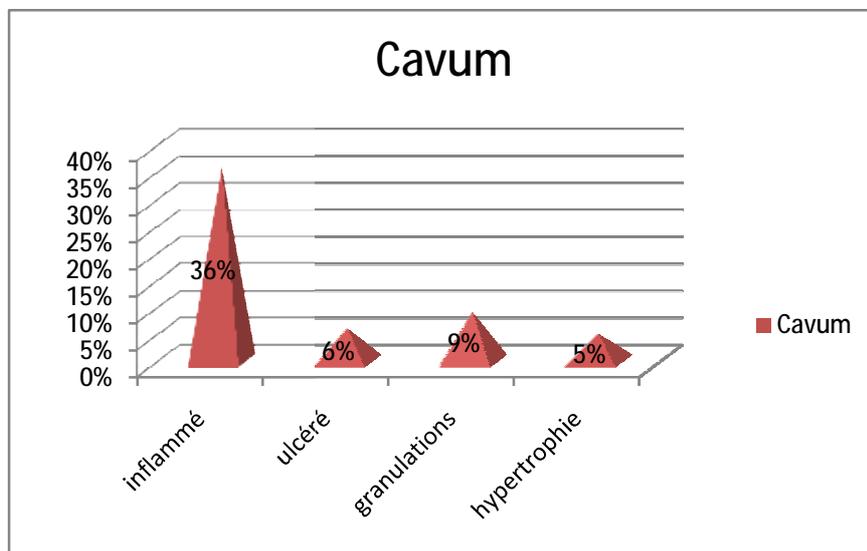
GRAPHIQUE 18 : Répartition des patients présentant une pharyngite chronique en fonction de la nasofibroscopie.

Dans notre série, 17% des patients ont présenté une hypertrophie de la muqueuse nasale, une hypertrophie turbinale a été objectivée chez 6% des patients à la nasofibroscopie.



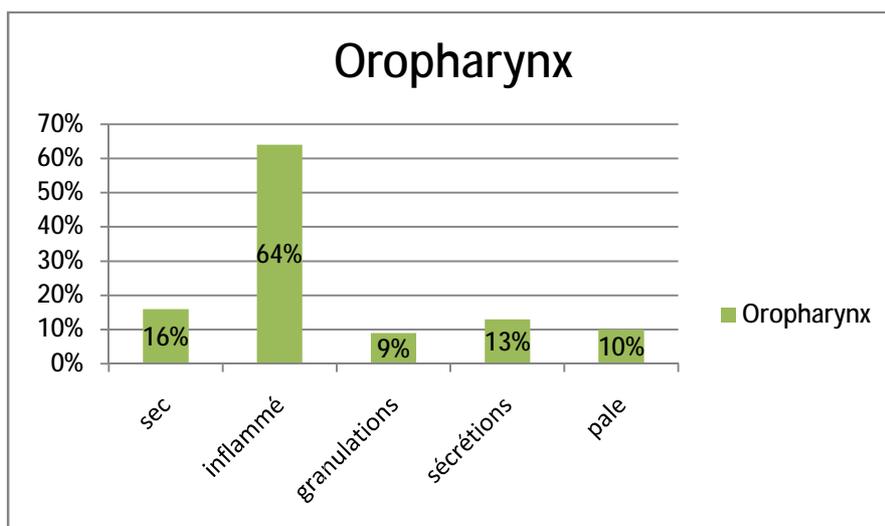
GRAPHIQUE 19: Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen des fosses nasales à la nasofibroscopie.

La nasofibroskopie a objectivé une inflammation du cavum chez 36% des patients présentant une pharyngite chronique ainsi que des granulations chez 9% des patients.



GRAPHIQUE 20 : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen du cavum à la nasofibroskopie.

La nasofibroskopie a objectivé une inflammation de l'oropharynx chez 64% des patients de notre série suivie d'une sécheresse de l'oropharynx chez 16%.



GRAPHIQUE 21 : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen de l'oropharynx à la nasofibroskopie.

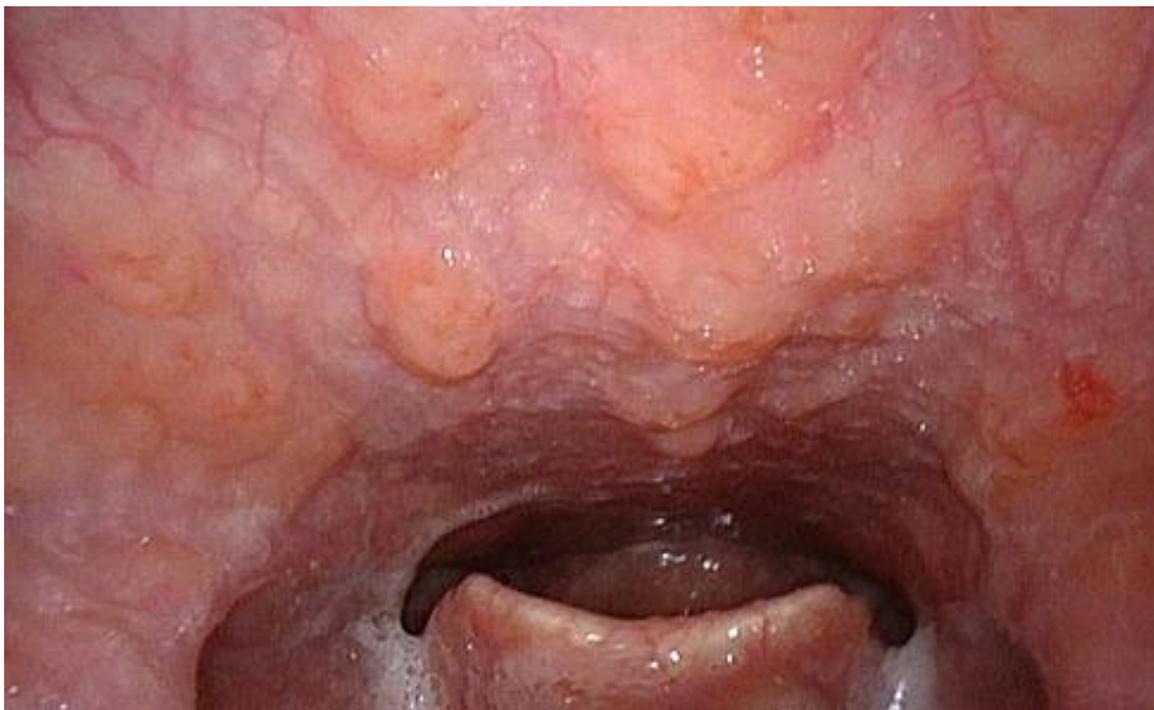


IMAGE 6 : Images endoscopiques montrant les granulations pharyngées (iconographie du service d'ORL du CHU Hassan II).

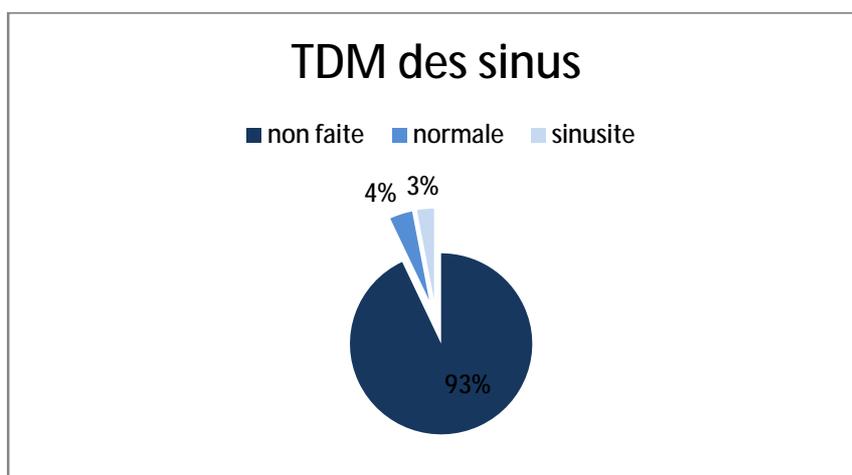


IMAGE 7: Oropharynx inflammé (iconographie du service d'ORL CHU Hassan II).

b)-TDM des sinus :

Vu la chronicité des symptômes, la TDM nasosinusienne a été demandée chez seulement 7% des patients.

Elle est revenue normale chez 4% des patients et elle a révélé une sinusite maxillaire chez 3% des patients.

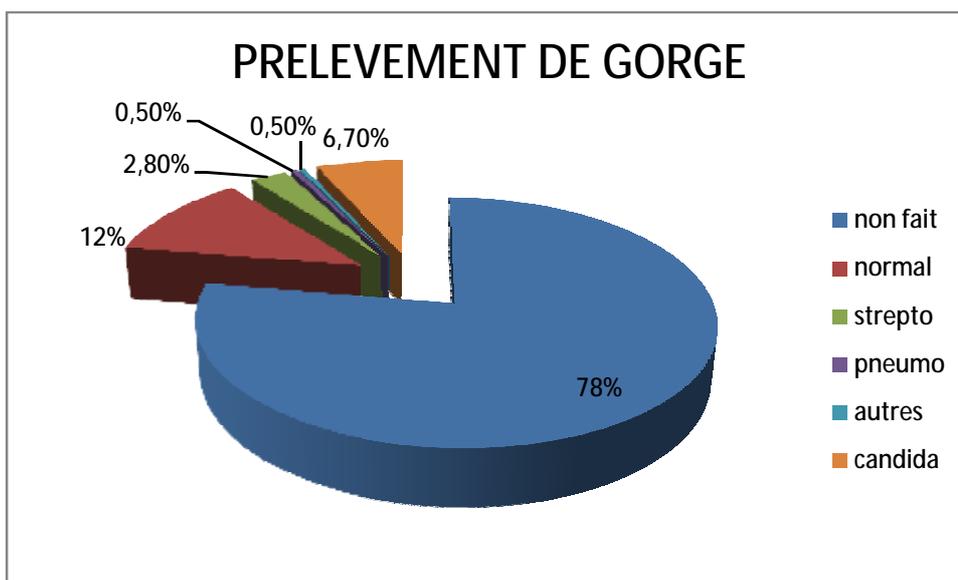


GRAPHIQUE 22: Répartition des patients en fonction des résultats de la tomodensitométrie des sinus.

c)-Prélèvement de gorge :

Le prélèvement de gorge a été fait chaque fois qu'on a suspecté une origine infectieuse ou mycosique de la pharyngite.

Il a été réalisé chez 22% des patients : il est revenu normal chez 12% des patients et il a révélé une candidose bucco-pharyngée chez 6,7% des patients.

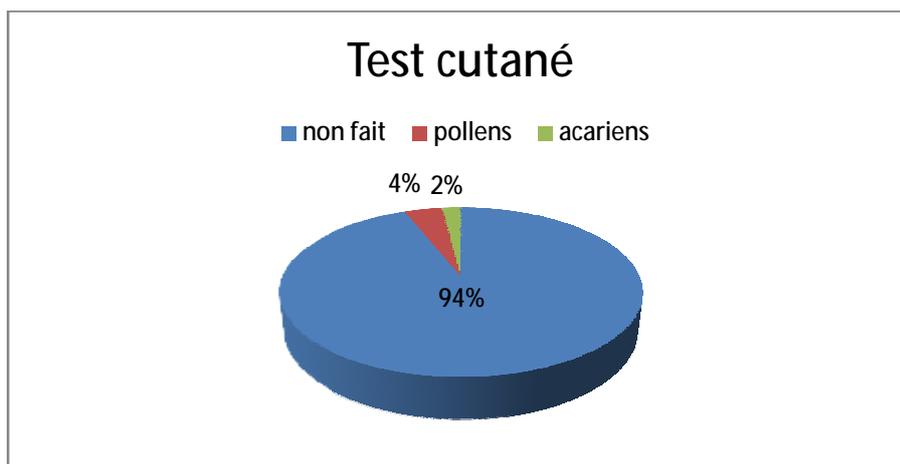


GRAPHIQUE 23: Répartition des patients en fonction des résultats du prélèvement de gorge.

d)-Test cutané :

Le test cutané a été demandé surtout pour les patients qui ont rapporté la notion d’atopie personnelle ou familiale.

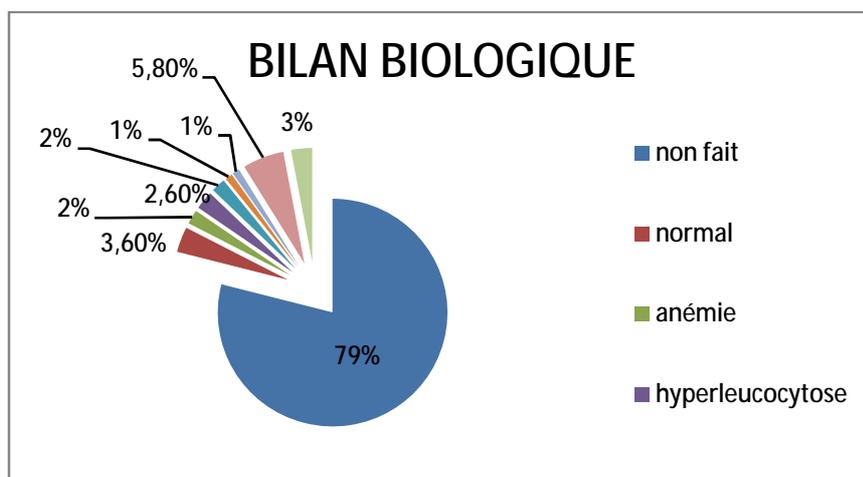
Il a été fait chez 6% des patients et revenu en faveur d’une allergie aux pollens chez 4% des patients et une allergie aux acariens chez 2% des patients.



GRAPHIQUE 24: Répartition des patients en fonction des résultats du test cutané.

e)-Bilan biologique :

Le bilan biologique a été fait chez 21% des patients : il est revenu normal chez 3,6% des patients et a objectivé une hyperglycémie chez 5,8% des patients.



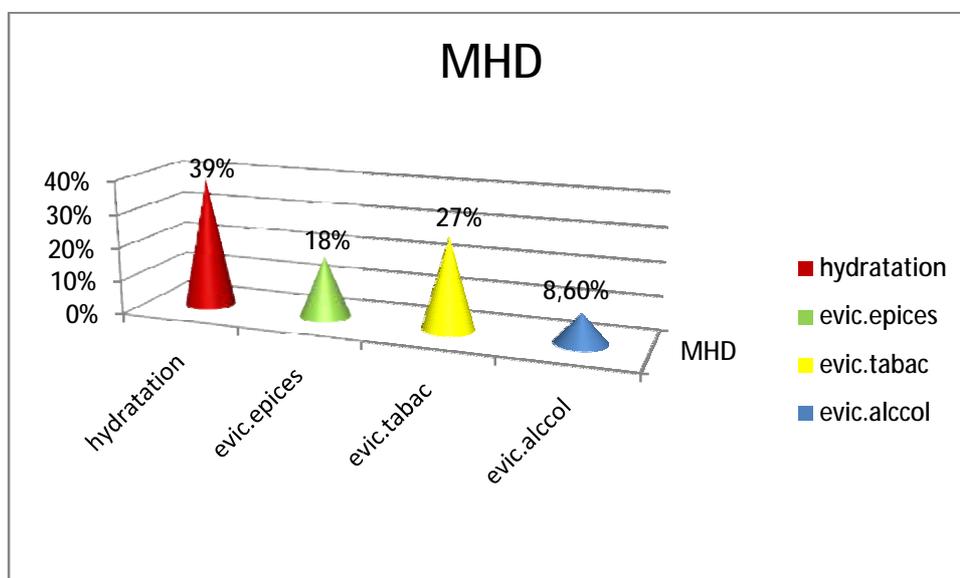
GRAPHIQUE 25: Répartition des patients en fonction des résultats du bilan biologique.

D)-TRAITEMENT :

a)-Mesures hygiéno-diététiques :

Des mesures hygiéno-diététiques ont été proposées à nos malades en fonction du terrain et des antécédents de chacun.

Par conséquent, nous avons conseillé l'hydratation chez 39% des patients, l'éviction du tabac chez 27% ainsi que l'éviction des aliments épicés chez 18% des patients.



GRAPHIQUE 26: Répartition des patients en fonction des mesures hygiéno-diététiques.

b)-Traitement médical :

Un traitement médical a été adapté en fonction de l'étiologie et de son retentissement symptomatologique.

On note que le traitement antalgique a été le plus recommandé avec un pourcentage de 32%, suivi de l'homéothérapie avec 26%.

Les corticoïdes ont été prescrits chez 21% des malades.

Les antibiotiques ont été prescrits chez 19% des patients avec :

- 10% d'amoxicilline -acide clavulanique.
- 4% de macrolides.
- 3% d'amoxicilline.
- 2% de quinolones.

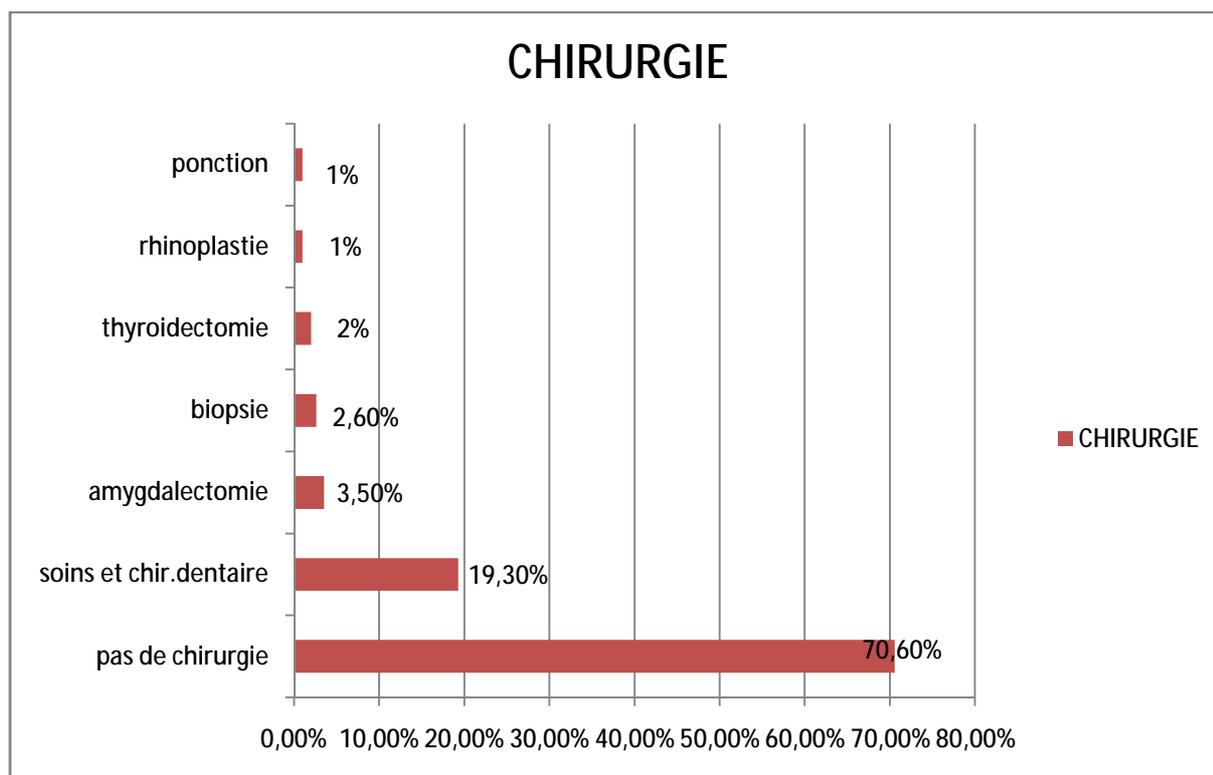
TABLEAU 3: Répartition des patients en fonction des traitements médicaux reçus.

Traitement médical	Pourcentage
Antihistaminiques	12%
AINS	9%
Corticoïdes	21%
IPP	17%
Anxiolytiques	9%
Cures thermales	8%
Homéothérapie	26%
Amoxicilline	3%
Amox .protégée	10%
Macrolides	4%
Quinolones	2%
Antimycotiques	9%
Antalgiques	32%
Bains de bouche	14%

c)-Traitement chirurgical :

Un geste chirurgical a été proposé surtout chez les malades pour qui l'origine dentaire ou amygdalienne a paru déterminante dans la chronicité des pharyngites.

La chirurgie et soins dentaires ont été indiqués chez 19,3%, alors que l'amygdalectomie a été faite chez 3,5% des patients.

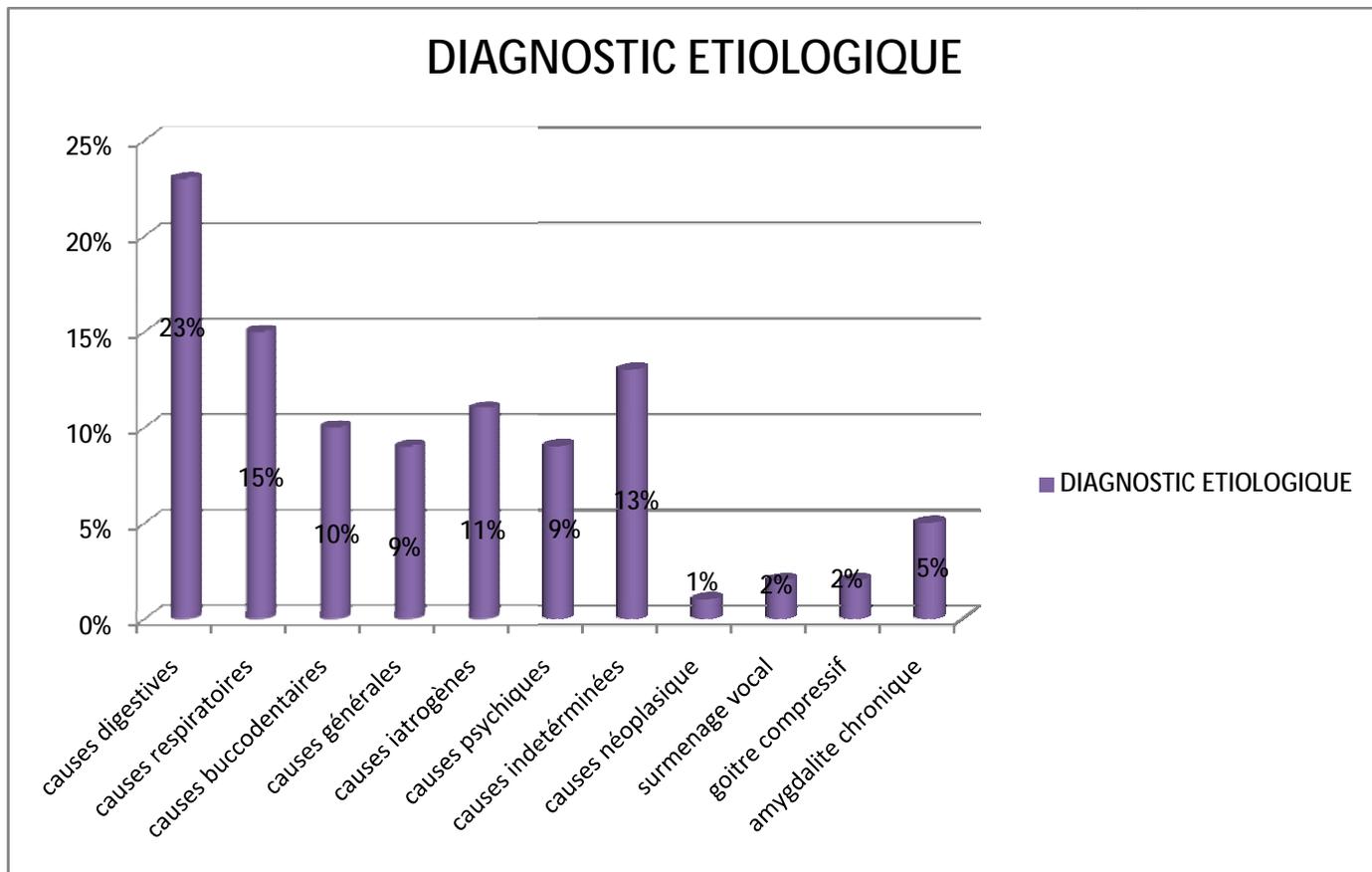


GRAPHIQUE 27 : Répartition des patients en fonction du traitement chirurgical.

E)-Diagnostic retenu :

On note que les causes digestives sont les plus fréquentes avec un pourcentage de 23%, suivies des causes respiratoires avec un pourcentage de 15% alors qu'aucune cause n'a été retrouvée chez 13% des patients.

ETIOLOGIE	DIAGNOSTIC	POURCENTAGE
Causes digestives	-RGO	14%
	-mycose	9%
Causes respiratoires	-allergie	12%
	-sinusite/rhinosinusite	3%
Causes bucco-dentaires	-dentier	5%
	-dent de sagesse	4%
	-aphte	1%
Causes générales	-diabète	3%
	-dyslipidémie	2%
	-hypocalcémie	1%
	-maladie de Gougerot-Sjogren	1%
Causes iatrogènes	-anémie	2%
	-médicamenteuse	4%
	-post amygdalectomie	5%
	-post radiothérapie	2%
Autres	-surmenage vocal	2%
	-goitre compressif	2%
	-amygdalite chronique	5%
Causes psychiques		9%
Causes indéterminées		13%
Causes néoplasiques		1%

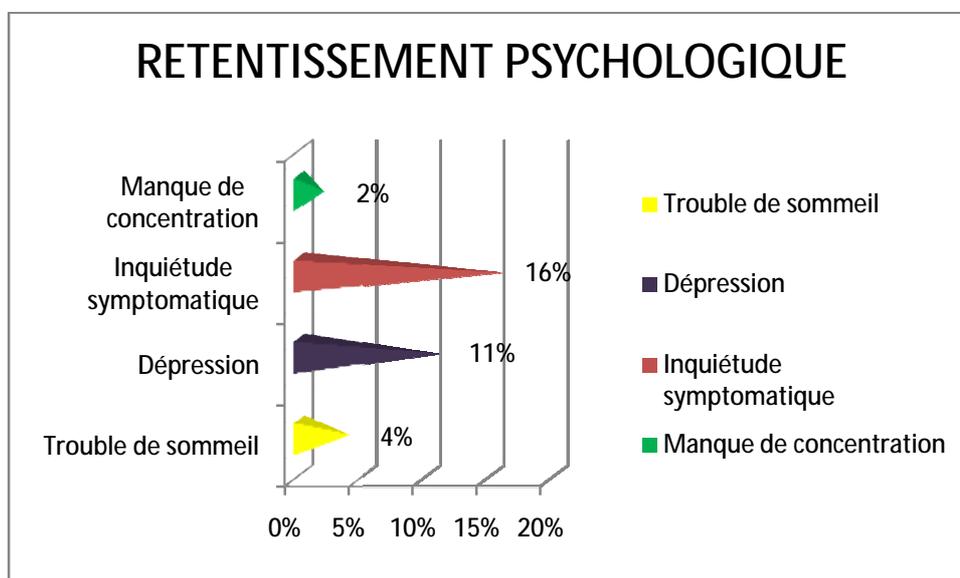


GRAPHIQUE 28: Répartition des patients selon le diagnostic étiologique.

F)-RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE :

La bonne connaissance des particularités du retentissement psychologique des pharyngites chroniques devrait inciter les cliniciens à :

- Interroger plus systématiquement les patients sur leur vécu psychologique, les antécédents de cancer ORL dans la famille, la notion de cancérophobie etc.
- Avoir une bonne communication médecin-malade.
- Proposer précocement une aide et soutien psychologiques.

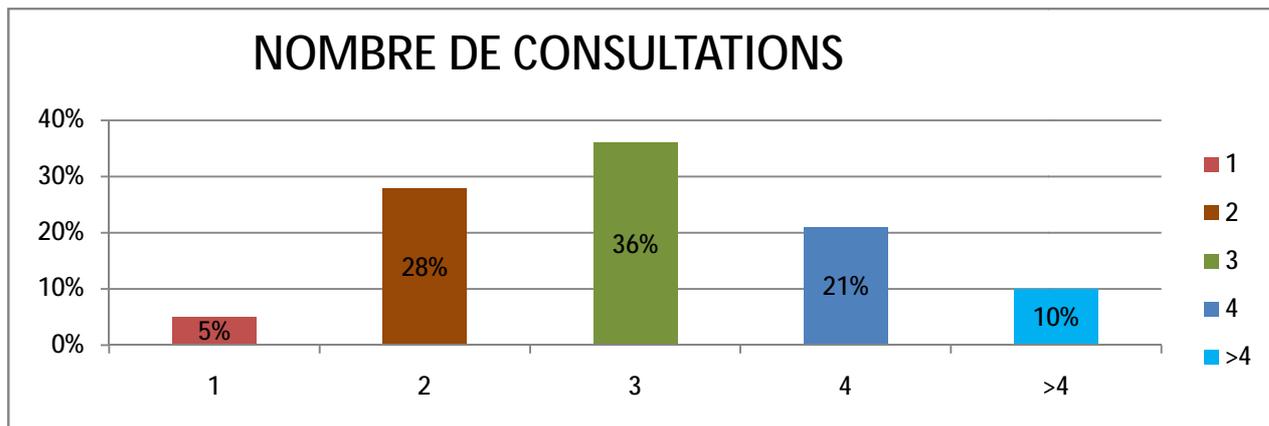


GRAPHIQUE 29 : Retentissement psychologique des pharyngites chroniques.

F)-SUIVI DES MALADES ET EVOLUTION :

a)-Nombre de consultations :

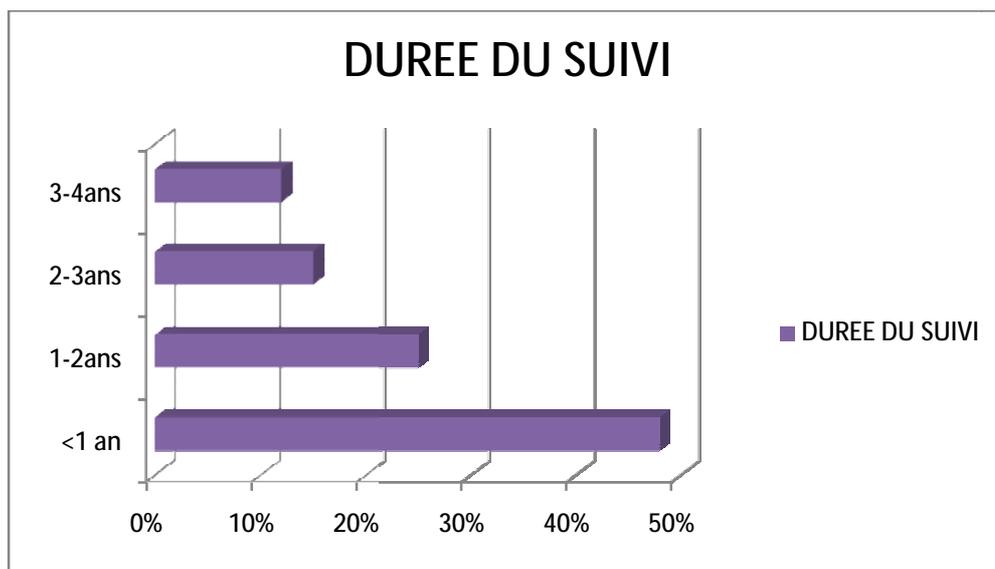
Dans notre série, 36% des patients ont consulté 3 fois pour leur pharyngite, 28% ont consulté 2 fois, et seulement 5% ont consulté une seule fois.



GRAPHIQUE 30: Répartition des patients selon le nombre de consultations.

b)-Durée du suivi :

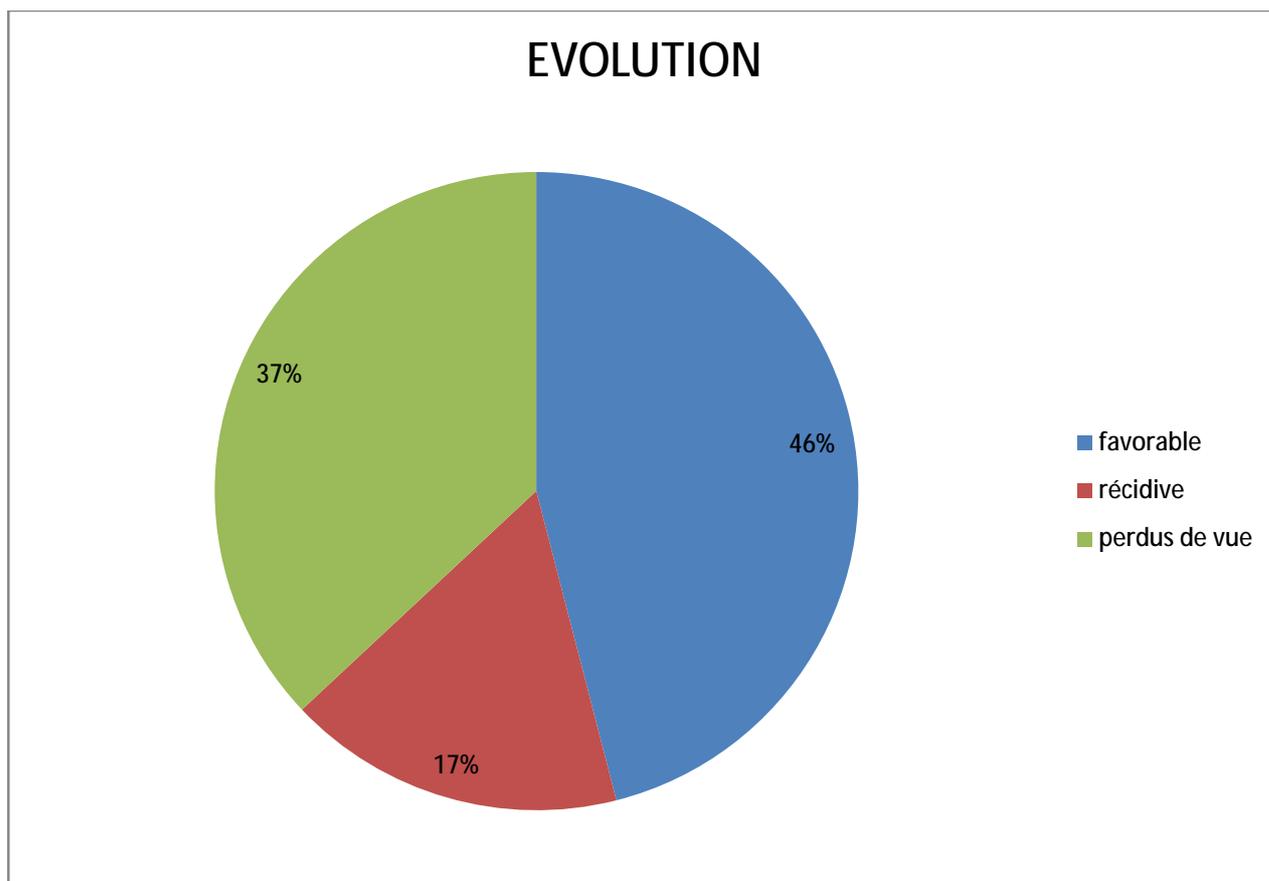
La durée du suivi des malades était moins d’une année chez la majorité des cas avec un pourcentage de 48% et avec des extrêmes allant d’un mois comme durée minimale de suivi à 4ans comme durée maximale.



GRAPHIQUE 31 : Répartition des patients selon la durée du suivi.

c)-Evolution :

Durant le suivi, nous avons noté que 46% des malades ont remarqué une stabilisation des symptômes, 37% ont été perdus de vue, tandis que 17% rapportent une insatisfaction et une récurrence de leurs symptômes.



GRAPHIQUE 32: Répartition des patients selon l'évolution.

DISCUSSION

A)-Sur le plan épidémiologique :

a)-L'incidence :

De septembre 2015 à février 2016, soit 6 mois, 214 patients ayant une pharyngite chronique ont été enregistrés dans le cadre de notre étude sur environ 4170 patients vus dans le service soit 4,8% des patients pendant cette période.

Abdoul Wahab HAIDARA et collaborateurs au Mali [40] ont trouvé que les pharyngites chroniques représentaient 3,27% des consultants reçus en ORL au cours d'une période d'étude de 12 mois.

Ce même constat a été retrouvé dans l'étude descriptive de TIMBO et collaborateurs [41] où la pharyngite représentait 1,8% des pathologies rencontrées en consultation ORL.

L'incidence des pharyngites chroniques au Royaume Uni en 2009[42] était de 100 pour 1000 habitants.

Selon une étude Suisse [43], dans la pratique ambulatoire, 7,6% des patients consultent pour une affection des voies aériennes supérieures avec 1,9% de pharyngites.

b)-Sur le plan démographique :1-Age :

Dans notre série, la tranche d'âge [21-30ans] était la plus représentative soit 28%, suivie de la tranche d'âge de [31-40ans] soit 26% des patients. L'âge moyen des patients était de 36,5 ans. La population était à majorité jeune. Tamame SALEH et collaborateurs en Syrie [44] ont trouvé une nette représentation des personnes âgées de [25-44ans] avec un pourcentage de 36%.

La tranche d'âge la plus concernée dans l'étude de TIMBO et collaborateurs [41] était de [20-24ans] avec 18,07%, suivie de [25-29ans] avec 13,46%.

Ce même constat a été retrouvé dans l'étude de D.YELBEOGO [45], où 35,86% des patients avaient une tranche d'âge de [20-30ans].

A.W HAIDARA et collaborateurs au Mali ont noté une forte représentation de la tranche d'âge [20-30ans] avec un pourcentage de 28,24%, ce qui se rapproche du résultat retrouvé dans notre série [40].

Tableau 1 : Les intervalles d'âge les plus représentés.

Séries	Pays	Tranche d'âge	%
A.W HAIDARA[40]	Mali	[20-30ans]	25%
T.SALEH[44]	Syrie	[25-44ans]	36%
TIMBO[41]	Mali	[20-24ans]	18,07%
YELBEOGO [45]	Burkina Faso	[21-30ans]	28,24%
Notre série	Maroc	[21-30ans]	28,24%

2-Sexe :

Nous avons observé dans notre échantillon une légère prédominance féminine avec 55%. Le sex-ratio a été égal à 1,2 en faveur du sexe féminin.

Cette constatation rejoint celle de T.SALEH qui a rapporté une prédominance féminine avec un pourcentage de 78% [40].

A.W HAIDARA a également noté une prédominance du sexe féminin avec 64,31% [44].

Cette constatation rejoint celles de TIMBO [41] et YELBEOGO [45] qui ont rapporté respectivement 72,03% et 56,54%.

Tableau 2: Le sexe dominant dans les différentes séries.

Auteur	Pays	Sexe prédominant
A.W HAIDARA [40]	Mali	Féminin
T.SALEH[44]	Syrie	Féminin
YELBEOGO [45]	Burkina Faso	Féminin
TIMBO [41]	Mali	Féminin
Notre série	Maroc	Féminin

3-Profession :

Toutes les classes professionnelles ont été représentées dans notre étude.

Le statut de « femme au foyer » a constitué la profession la plus représentée dans notre échantillon avec 58 cas, soit 29%. Elle est suivie d'autres professions avec un pourcentage de 17%.

Les fonctionnaires formaient 13% de notre population.

Les élèves et les étudiants prédominaient dans la série de YELBEOGO [45] avec 34,28% des cas, suivis des ménagères avec 20% des cas.

Dans la série de A.W HAIDARA , la profession de ménagère 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%) [40].

B)- Aspect clinique :

a)-Les antécédents :

Dans notre série les patients sans antécédents toxiques ont été les plus représentés avec 144 cas, soit 72% suivis des tabagiques avec 19,32%, les alcoolotabagiques avec 7,72%, et les alcooliques avec 0,9%.

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) [46].

Dans notre échantillon, on note que 42% des patients présentant une pharyngite chronique ont un ATCD d'infection ORL dont 43% sont des angines et 25,6% sont des otites.

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

Selon la littérature [47], les facteurs de risque des pharyngites sont multiples et doivent être recherchés à l'interrogatoire.

Parmi ces facteurs on cite :

- l'antécédent de reflux gastro-œsophagien retrouvé chez 12% de nos patients.
- les maladies métaboliques à type de diabète qui est présent chez 11% des patients de notre série.
- l'antécédent de soins dentaires : dans notre échantillon, 29% des patients présentant une pharyngite chronique ont déjà bénéficié de soins dentaires.

Selon J-J DEBAIN et collaborateurs [48], la pharyngite a été retrouvée chez 5% des patients qui ont consulté pour une allergie des voies aériennes supérieures.

10% des patients de notre étude ont un antécédent d'allergie.

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 [49].

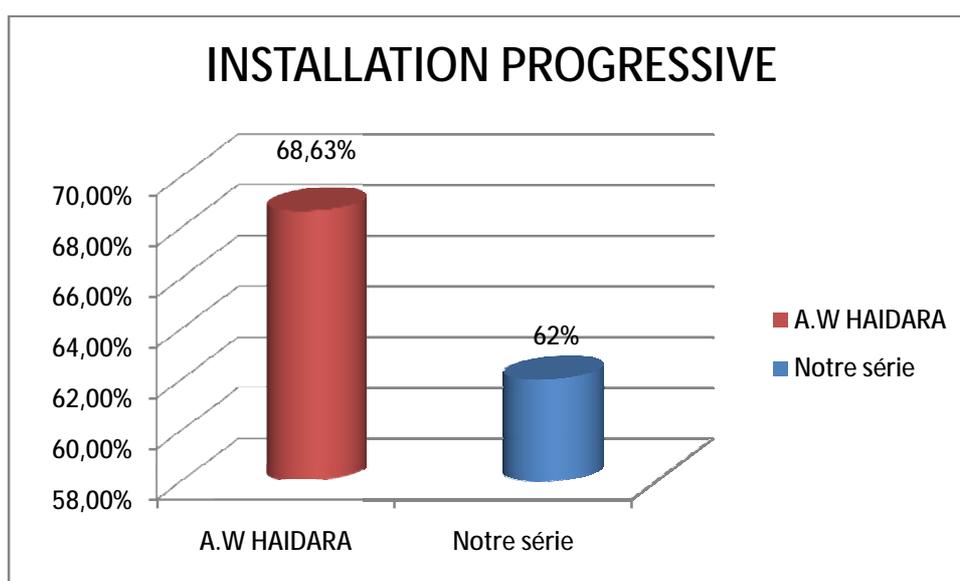
Dans notre série, 11 patients ayant consulté pour une pharyngite chronique ont un antécédent d'amygdalectomie, soit 5% des cas.

b)-Mode d'installation :

Dans notre série, les pharyngites chroniques d'installation progressive sont les plus représentées avec 62% des cas, alors que chez 38% des patients, l'installation a été rapide.

Cela s'explique par le recours à l'automédication et également par le fait que les signes de la pharyngite peuvent être négligés par les patients.

Ce même constat a été retrouvé dans la série d'A.W HAIDARA, avec un pourcentage de 68,63% [40].



GRAPHIQUE 1: Le mode d'installation des pharyngites chroniques.

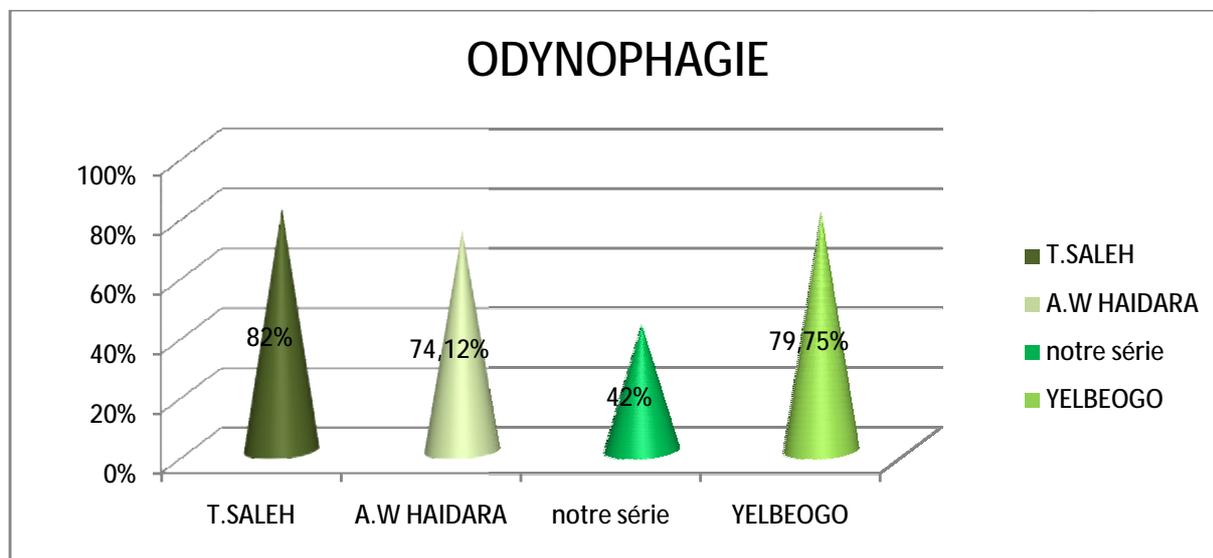
c)-Signes fonctionnels :

Selon la littérature, les symptômes conduisant le patient à consulter sont dominés par une gêne pharyngée mal systématisée et souvent difficile à faire caractériser. La topographie la plus fréquente est oropharyngée ou hypopharyngée, la gêne pouvant être latérale ou médiane, augmentée à la déglutition. Elle est parfois décrite de « boule dans la gorge » orientant vers une cause psychique [50].

L'odynophagie étant le principal signe d'appel de la pharyngite, elle a été rapportée par 42% de nos malades.

A.W HAIDARA a trouvé une prédominance de l'odynophagie chez 189 patients soit 74,12% des cas [40].

De même, YELBEOGO Denis [45], T.SALEH [44] et TRAORE [51] ont constaté que l'odynophagie était le motif le plus fréquent de consultation avec des pourcentages respectifs de 79,75%, 82% et 42,3%.



GRAPHIQUE 2: L'odynophagie chez les patients présentant une pharyngite chronique [40][44][45].

Le patient peut également décrire un hémage matinal, un chatouillement pharyngé, un raclement, une sécheresse pharyngée [50].

Dans notre série, la sécheresse pharyngée a été décrite par 34% des patients, le raclement par 31% des patients et le chatouillement pharyngé par 21%.

Le sujet peut se plaindre également d'acidité, de régurgitations, d'hypersialorrhée ou encore de toux chroniques orientant vers une cause oesogastrique des pharyngites[52].

Les régurgitations ont été représentées dans notre échantillon avec un pourcentage de 18%, la toux avec 13%, le pyrosis avec 12% et l'hypersialorrhée avec 9% contrastant avec un pourcentage de 20,39% selon A.W HAIDARA.

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 [52]:

- rhinorrhée (9%)
- obstruction nasale (8%)
- éternuements (7%)
- respiration buccale (8%)
- ronflement (12%) etc...

Nous avons recensé d'autres symptômes associés à type de dysphagie (26%), chatouillement pharyngé (21%) , fièvre (16%), mauvaise haleine(6%),otalgie(4%).

C)- Résultats de l'examen clinique :

En matière de pathologie pharyngée, les renseignements essentiels sont fournis par les données physiques de l'examen clinique méthodique des trois segments anatomiques du pharynx.

Cet organe a la réputation d'être complexe et difficile à explorer. C'est partiellement vrai, mais il a l'avantage de faire partie du lot des organes accessibles au doigt et à l'œil, directement ou indirectement. Il suffit donc de vouloir le regarder et le palper pour obtenir de lui les renseignements qu'il recèle.

Le diagnostic des affections pharyngées est par conséquent un diagnostic essentiellement clinique, au prix d'un minimum de conditions favorables à un examen correct [54].

+Examen de la cavité buccale et de l'oropharynx :

L'examen oropharyngé à la recherche d'une inflammation du pharynx se réalise à l'aide d'une lampe torche et d'un abaisse-langue. Cet examen buccopharyngé doit être méthodique. On 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).

On a noté la présence chez 28% des nos patients d'une langue anormale : 14% d'entre eux avaient une langue sèche décapillée, alors que 9% ont présenté une langue chargée.

Puis on explore 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.

Dans notre série, 32% avaient un mauvais état buccodentaire et 22% avaient une prothèse dentaire.

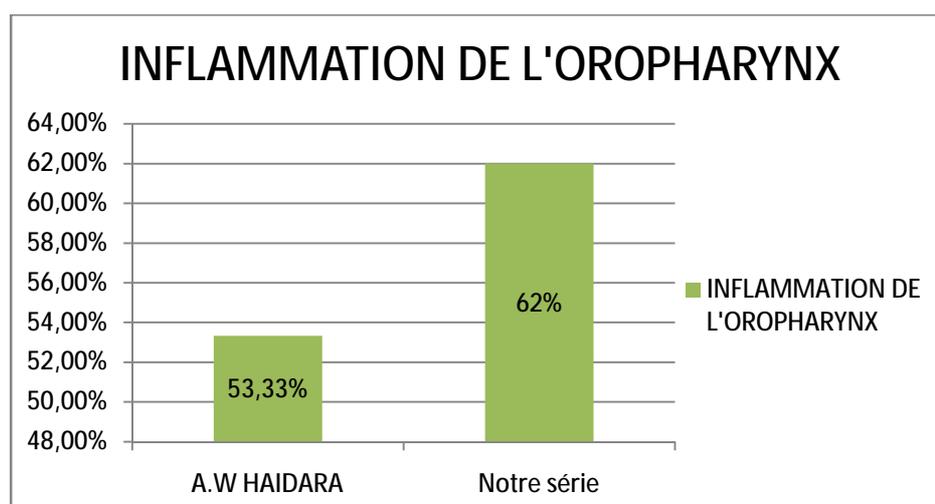
La région du V lingual est aperçue en tirant d'une main sur la langue et en déprimant sa partie postérieure avec un abaisse-langue.

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 à l'aide d'un crochet mousse.

Dans notre échantillon, l'examen des loges amygdaliennes a montré que les amygdales cryptiques étaient présentes chez 12% des patients, suivies des amygdales inflammées avec 10,9%.

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 [55].

Dans notre série, l'examen clinique de l'oropharynx a objectivé 132 cas d'inflammation de l'oropharynx, soit 62%. L'inflammation de l'oropharynx a été également la plus rencontrée dans l'étude d'A.W HAIDARA avec un pourcentage de 53,33%.



GRAPHIQUE 3 : l'inflammation pharyngée chez les patients présentant une pharyngite chronique dans les différentes séries internationales [40].

L'examen clinique a mis en évidence :

- une sécheresse pharyngée (17%)
- des granulations (14%)
- des sécrétions (8%).

+Examen du rhinopharynx :

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) [53].

La rhinoscopie antérieure réalisée chez les patients de notre étude a objectivé la présence de rhinorrhée chez 10% des patients, l'hypertrophie muqueuse chez 9,5% des patients, une hypertrophie turbinaire chez 5% des patients et un ou des polypes chez 3,5%.

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 donne souvent une excellente vision de la région pharyngolaryngée. L'utilisation d'une loupe binoculaire donne la meilleure vision [54].

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 [56].

D)- Résultats de la nasofibroscopie :

La rhinofibroscopie fait partie de l'examen clinique ORL, et se pratique en consultation après une courte anesthésie locale des fosses nasales.

La nasofibroscopie permet l'examen des fosses nasales, du cavum, de l'oropharynx(base de la langue+ +), du larynx et de l'hypopharynx [54].

Dans notre série, la nasofibroscopie a été réalisée chez 92 patients soit 46%.

En cas de pharyngite chronique la nasofibroscopie peut objectiver :

-un aspect soit inflammatoire de la muqueuse pharyngée qui, de rosée devient rouge vif, avec des dilatations veineuses et des follicules lymphoïdes hypertrophiés, visibles en particulier au niveau de la paroi postérieure du pharynx (pharyngite hypertrophique, hyperplasique granuleuse), soit pâle, lisse et transparente (pharyngite atrophique).

La nasofibroscopie réalisée chez les patients de notre série a objectivé une inflammation de l'oropharynx chez 64% des patients, suivie d'une sécheresse pharyngée chez 16% des patients, et une pâleur pharyngée chez 10% des patients.

-une rhinorrhée postérieure, une hypertrophie ou atrophie de la muqueuse nasale, ou des polypes orientant vers un problème rhinosinusal.

17% des patients de notre échantillon ont présenté une hypertrophie de la muqueuse nasale, 10% ont présenté une atrophie muqueuse et des polypes ont été objectivés chez 4% des patients.

-des amygdales cryptiques ou hypertrophiées et inflammatoires orientant vers un problème amygdalien.

-une sécheresse bucco-pharyngée avec une hypertrophie des glandes salivaires orientant vers un syndrome de gougérot-Sjogren.

-un érythème à la face postérieure des aryténoïdes, un œdème de la margelle postérieure, un épaissement de la commissure postérieure ou un granulome endolaryngé sont également recherchés évoquant un reflux gastro-œsophagien [54].

E)- Traitement :

La diversité et la variété des formes cliniques ne permettent pas d'exposer des règles et des principes thérapeutiques généraux.

En outre, pour un cas déterminé, les facteurs étiologiques sont souvent multiples et intriqués et il n'est pas toujours facile de démêler les rôles respectifs de chacun d'eux [49].

La thérapeutique à envisager pour les pharyngites chroniques devra être étiologique et préventive avant d'être simplement symptomatique sur la gêne pharyngée [57] [58].

1- Traitement préventif

a) Règles hygiéno-diététiques

L'arrêt de facteurs irritatifs externes tabagiques, actifs ou passifs, et de l'alcool, est impératif. Les techniques et aides au sevrage sont proposées au patient (aides psychologiques et médicamenteuses).

On pourra restreindre la consommation de sel et d'épices et proposer un régime hypouricémiant, avec un apport hydrique suffisant.

En cas de pharyngite chronique professionnelle, le port de protections adaptées, l'aménagement d'un poste sécurisé avec l'aide du médecin du travail sont nécessaires [59] [60].

Le repos vocal est conseillé pour les chanteurs et les instituteurs [61].

Dans notre série, les mesures hygiéno-diététiques ont été fortement recommandées aux patients :

L'hydratation a été conseillée chez 39% de nos patients, l'éviction du tabac chez 27%, ainsi que l'éviction des aliments épicés chez 18% des patients.

b) [Consignes aux praticiens](#)

Elles concernent les indications abusives ou mal posées d'interventions courantes :

- L'adénoïdectomie n'est pas en cause sauf si elle est mal exécutée,
- L'amygdalectomie inutile peut être incriminée,
- Les interventions nasales déterminant une béance exagérée (cornets, cloisons),
- L'emploi abusif des vasoconstricteurs qui détermine un blocage des réactions neuro-vasculaires naso-pharyngées [49].

2-Traitement local

Afin de supprimer les foyers infectieux ou obstructifs oropharyngés ou nasosinusiens, ou pour rétablir une bonne perméabilité nasale, une intervention chirurgicale est parfois nécessaire. Ces indications doivent être soigneusement pesées et l'espoir de résultats mesuré, l'attente du patient étant parfois insistante [60].

Le traitement adapté des pathologies rhinosinusiennes sera débuté : traitement médical voire chirurgical d'une sinusite chronique, traitement chirurgical d'une obstruction nasale par déviation septale, hypertrophie des cornets. Le but sera de rétablir la bonne ventilation des fosses nasales et faire disparaître la rhinorrhée postérieure.

Les foyers infectieux dentaires seront traités systématiquement et les prothèses dentaires réévaluées et adaptées.

Les foyers infectieux amygdaliens chroniques, repérés à l'examen et par l'interrogatoire, seront éradiqués par amygdalectomie bilatérale.

La chirurgie et soins dentaires ont été indiqués chez 19,3% de nos patients, alors que l'amygdalectomie a été faite chez 3,5% des patients.

Si les prélèvements locaux retrouvent une mycose, celle-ci sera traitée et l'on surveillera l'efficacité du traitement.

Les lavages de nez au sérum hypertonique et gargarismes au bicarbonate de soude peuvent avoir un effet apaisant sur la douleur et décapier les lésions croûteuses du pharynx [62].

Les pastilles à sucer ayant des propriétés analgésiques (amylmétacrésol, dichlorobenzylalcool) sont efficaces sur la douleur pharyngée et les difficultés de déglutition jusqu'à deux heures [63] [64].

3-Traitement régional

En cas de reflux gastro-œsophagien documenté ou bien simplement suspecté, un traitement d'épreuve est introduit.

Les médicaments utilisés se répartissent en trois groupes : Les pansements, les prokinétiques, les anti-sécrétoires [62].

- Les pansements tapissent la muqueuse œsophagienne, la protègent de l'agression acide.
- Les prokinétiques améliorent la chasse par l'œsophage de son contenu, notamment refluxé.
- Les anti-sécrétoires sont les médicaments les plus efficaces, les plus utilisés. Il en existe deux sortes, les anti H2 et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), plus puissants qui bloquent quasi totalement la sécrétion acide de l'estomac.

Ces trois différentes classes de médicaments peuvent être prises isolément ou associées [65].

4-Traitement général

La compensation d'un désordre métabolique (lipidique, glucidique, urique...) peut améliorer les signes pharyngés. Les anti-inflammatoires ont pratiquement toujours un effet immédiat, sédatif sur les manifestations inflammatoires. Mais on ne peut les utiliser de manière prolongée comme traitement de fond à cause de leurs contre-indications propres, essentiellement digestives.

En cas d'allergie, l'éviction de l'allergène responsable et un traitement antihistaminique peuvent être bénéfiques [62].

Chez les patients présentant une immunodéficience congénitale ou acquise, un traitement avec des médicaments d'immunostimulation est justifié [65].

Concernant les patients de notre étude, les AINS ont été prescrits chez seulement 9% des patients après avoir éliminé les contre-indications.

Pour nos patients allergiques, les antihistaminiques ont été institués chez 12% des patients et les corticoïdes chez 9%.

5-Crénothérapie

Il s'agit d'une très ancienne thérapeutique dont l'efficacité est reconnue en pathologie infectieuse et allergique dans le domaine de l'ORL : les eaux sulfurées et sulfatées sont utilisées pour les problèmes d'infectiologie et les eaux bicarbonatées calciques arsenicales pour l'allergologie. Plusieurs techniques sont utilisées, allant du lavage de nez aux gargarismes et aux aérosols [67].

Les cures thermales répétées peuvent enrayer le passage à la chronicité en éliminant l'inflammation muqueuse résiduelle au décours des épisodes aigus ; elles renforcent l'immunité locale au niveau de la barrière muqueuse et abaissent le seuil d'hyperréactivité aux facteurs allergisants ou irritants [68].

Les pharyngites chroniques en rapport avec un dysmétabolisme pourront être traitées dans les stations spécialisées en pathologie digestive ou urinaire.

I.ABANE affirme dans sa thèse sur « le thermalisme en Oto-rhino laryngologie » que les cures thermales sont le remède naturel pour soigner les pharyngites chroniques avec amygdales cryptiques, les rhinites et sinusites chroniques non chirurgicales et également les pharyngites chroniques après radiothérapie chez des malades contrôlés [69].

La rhinopharyngite récidivante a été le motif de consultation de 15,62% des curistes [69].

Dans notre série, les cures thermales ont été préconisées chez 8% des patients.

F)- Diagnostic étiologique :

On note que les causes digestives sont les causes les plus fréquentes de pharyngite chronique dans notre étude avec un pourcentage de 23%, dont 14% présentaient un reflux gastro-œsophagien (RGO) et 9% une mycose bucco-pharyngée.

Ces résultats corroborent avec l'étude de SAMIR DAOUD et collaborateurs réalisée en Syrie sur 100 patients entre 2003 et 2005 où 10 patients soit 10% souffraient de RGO [70].

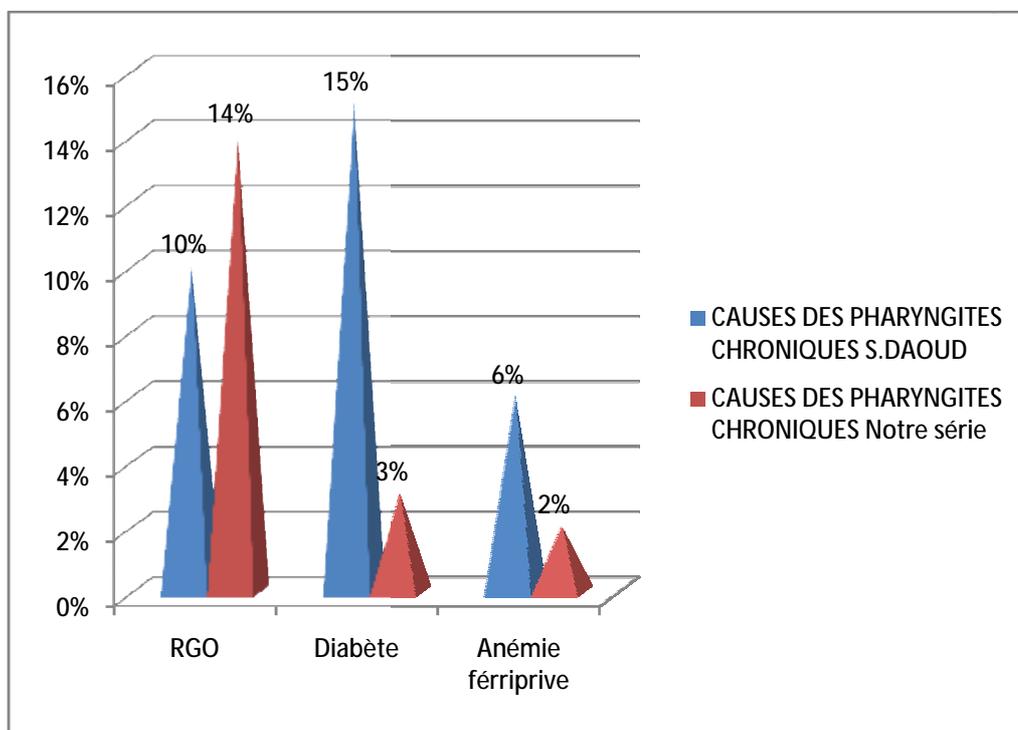
On constate alors que le reflux gastro-œsophagien occupe une place de plus en plus considérable chez les patients ayant des manifestations ORL chroniques et récidivantes. Une pH-métrie de première intention est nécessaire pour permettre le dépistage et la mise en route d'un traitement adéquat [71] [72].

Les causes digestives sont suivies de causes respiratoires avec 15% des cas dont l'allergie a représenté 12% des cas et la sinusite et rhinosinusite 9% des cas.

Dans l'étude de S.DAOUD le diabète a été incriminé dans 15% des cas, contrastant avec 3% dans notre étude [70].

Aucune cause n'a été retrouvée chez plus de 13% des patients de notre série malgré un examen clinique et paraclinique bien conduits.

Ceci explique la difficulté du diagnostic étiologique et par conséquent la difficulté de la prise en charge.



GRAPHIQUE 4 : Les causes des pharyngites chroniques [70].

CONCLUSION

La pharyngite chronique est un motif très fréquent de consultation en ORL. Elle se définit par une inflammation chronique de la muqueuse de l'une ou des 3 portions du pharynx, d'installation plus au moins progressive.

Les symptômes conduisant le patient à consulter sont dominés par une gêne pharyngée mal systématisée et souvent difficile à caractériser.

Un examen clinique méthodique des 3 segments anatomiques du pharynx ainsi que des explorations adaptées sont nécessaires afin de permettre une prise en charge thérapeutique adéquate.

La recherche d'une étiologie devant un patient présentant un tableau clinique de pharyngite chronique doit être faite avec rigueur car elle conditionne les espoirs de guérison.

Les étiologies des pharyngites chroniques sont très diverses : d'origine locales ou générales, ascendantes (digestives) ou descendantes (nasosinusiennes), ou parfois même psychiques.

Dans certains cas, l'étiologie reste indéterminée malgré un examen clinique et paraclinique bien conduits.

La thérapeutique à envisager pour les pharyngites chroniques devra être étiologique et préventive avant d'être simplement symptomatique sur la gêne pharyngée.

Il convient aussi d'expliquer au malade, en particulier chez la personne âgée, le rôle de ou des pathologies causales sous jacentes souvent chroniques et/ou environnementales. Ces explications permettent parfois au patient de comprendre l'inutilité et le danger des traitements antibiotiques et/ou anti-inflammatoires au long cours et de mieux accepter le traitement des pathologies causales ainsi que les diverses poussées évolutives de cette atteinte muqueuse.

RESUMES

RESUME :

Notre travail est une étude prospective menée en consultation ORL au CHU Hassan II de Fès sur une période de 6 mois, de septembre 2015 à février 2016 dont les objectifs ont été :

- L'étude des aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques.
- La recherche des différentes étiologies des pharyngites chroniques.
- La mise au point sur les modalités de la prise en charge des pharyngites chroniques.

Au terme de cette étude, 214 cas de pharyngites chroniques ont été enregistrés avec une incidence de 4,8% et un âge moyen de 36,5 ans.

On a noté également une nette prédominance féminine avec un pourcentage de 55% et un sex-ratio de 1,2.

Sur le plan clinique, 42% de nos malades avaient un antécédent d'infection ORL, 29% ont eu recours aux soins dentaires, 19% étaient connus tabagiques et 12% avaient un antécédent de reflux gastro oesophagien.

L'odynophagie a été le signe clinique le plus partagé par nos patients (42%). Elle a été associée à une sécheresse pharyngée chez 34% des patients, un raclement pharyngé chez 31% des patients et un chatouillement pharyngé chez 21% des cas.

Un examen clinique bien conduit est la clé du diagnostic étiologique et nous a permis de trouver dans notre série :

- Une langue sèche chez 14% des patients et une langue chargée chez 9% à l'examen de la cavité buccale.
- Des amygdales cryptiques chez 12% des patients et une inflammation amygdalienne chez 10,9% des patients.

- L'examen de l'oropharynx a objectivé une inflammation pharyngée chez 62% des patients et 17% de sécheresse pharyngée.

L'examen clinique a été complété par une nasofibroscopie chez 46% des patients de notre échantillon et a mis en évidence une hypertrophie de la muqueuse nasale dans 17% des cas, une inflammation oropharyngée chez 64% des patients et des granulations chez 7% des cas.

Sur le plan thérapeutique, des mesures hygiéno-diététiques ont été proposées à nos malades en fonction du terrain et des antécédents.

Le traitement médical a été adapté en fonction des étiologies et de leurs retentissements symptomatiques. Un geste chirurgical a été réalisé surtout chez les malades pour qui l'origine dentaire (19,3%) ou amygdalienne (3,5%) a paru déterminante dans la chronicité des pharyngites.

Durant le suivi de ces patients, nous avons noté que 46% des malades ont remarqué une stabilisation des symptômes, 37% ont été perdus de vue, tandis que 17% rapportent une insatisfaction et une récurrence de leurs symptômes.

SUMMARY:

Our piece of work is a prospective study achieved through providing ENT consultations at the Hassan II university-affiliated hospital in Fes during a 6 month period (from September 2015 to February 2016) and its objectives were:

- Study the epidemiological, clinical and paraclinical aspects
- Research the different aetiologies of chronic pharyngitis
- Define operating modalities to treat chronic pharyngitis

At the end of this study, 214 cases of chronic pharyngitis were registered with an incidence rate of 4.8% and an average age of 38.5 years old.

A net female predominance has been noticed with a percentage of 55% and a sex ratio of 1,2.

On the clinical aspect, 42% of our patients have a history of ENT infection, 29% sought dental care in the past, 19% smoke and 12% have a history of gastroesophageal reflux.

Odynophagia was the main clinical sign shared by our patients (42%). It was combined with a dried pharynx in 34% of the cases, a pharynx clearing in 31% of the cases, and a tickling of the pharynx in 21% of them.

A thorough clinical examination is key to determine the etiological diagnosis and allowed us to make the following observations regarding our sample:

- 14% of our patients have a dry tongue and 9% a furry one.
- 12% of our patients suffer from cryptic tonsils and 10.9% have a tonsil inflammation
- The oropharynx examination made in evidence a pharynx inflammation in 62% of the cases and 17% of pharynx dryness

The clinical examination was completed with a nasofibrosopic exam in 46% of the cases and showed a nasal mucosa hypertrophy in 17% of them, an inflammation of the oropharynx for 64% of our patients and the presence of granulations in 7% of the cases.

On the therapeutic aspect, hygiene and dietary advice was provided to our patients depending on their medical specificities and their medical history.

The medical treatment was adapted according to the aetiologies and their symptoms. A surgery took place specifically for the ill people for whom a dental (19.3%) or a tonsil (3.5%) root cause seemed significant and decisive in the chronicity of the pharyngitis.

During the follow up of our patients, we have noticed that 46% of them have reported a stabilisation of the symptoms, 37% were lost sight of while 17% have reported a dissatisfaction and a recurrence of the symptoms.

ملخص:

موضوع الأطروحة هو دراسة استطلاعية أجريت بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس و ذلك خلال 6 أشهر من شتنبر 2015 إلى فبراير 2016 و تهدف إلى:

- دراسة وبائية ، سريرية ومخبرية.
- البحث عن مختلف أسباب إلتهاب البلعوم المزمن و ضبط طرق علاجه .

خلال هذه الدراسة، تم تسجيل 214 حالة من هذا الإلتهاب و يبلغ متوسط لأعمار 36.5 عاما.

كما لاحظنا أن الإناث كانوا أكثر تمثيلا من الذكور بنسبة 55% وبنسبة جنس مقدارها 1,2.

بين استجواب المرضى أن 42% كان لهم سوابق الإصابة بأمراض الأنف والحنجرة ، 29% لجؤوا لعلاج الأسنان و 12% سبق إصابتهم بمرض الجزر المعدي المريئي.

إشتكت أغلبية هؤلاء المرضى (42%) من ألم في « البلع » ، بينما أضيف عليه جفاف البلعوم عند 34% من المرضى و دغدغة البلعوم عند 21% منهم .

يعتبر الفحص السريري الدقيق مفتاح تشخيص المرض، وساعدنا في العثور على:

- اللسان الجاف عند 14% من المرضى واللسان المغلف عند 9% من المرضى.

- اللوزتين الخفيتين عند 12% من المرضى، وإلتهاب اللوزتين عند 10.9% من المرضى.

- أظهر فحص البلعوم إلتهابا عند 62% من المرضى وجفافا عند 17% منهم.

تم إجراء الفحص بالمنظار عند 46% من المرضى، وأظهر تضخما في الغشاء المخاطي للأنف في 17% من الحالات، وإلتهاب بلعومي عند 64% من المرضى وحبيبات في 7% من الحالات.

فيما يخص طرق العلاج ، تم اقتراح وصفات دوائية وفقا لسبب ظهور المرض ومدى تأثيره على الجسم .

تم اللجوء إلى تدخل جراحي عند 19.3% من المرضى الذين يعانون من أمراض الفم و الأسنان و 3.5% من المرضى الذين يشتكون من إلتهاب اللوزتين.

خلال متابعة هؤلاء المرضى، لاحظنا أن 46% عرفوا تحسنا في الأعراض، 37% غابت عن الأنظار، بينما 17% من المرضى عرفت استمرارية و تكرار الأعراض.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

[1] R.MARIANOWSKI

ELSEVIER,Chronic Pharyngitis Introduction

Service d'otorhinolaryngologie, centre hospitalier Morvan, Brest France 2005,
pg :83-91

[2] N. Perone et J-P Humair.

Revue Médicale Suisse , Diagnostic et prise en charge de la pharyngite de
l'adulte No 96, article 31989, 2009

[3] H ROUVIERE ,Précis d'anatomie et de dissection 10/1976,9^{ème} édition, TOME1

pg :28-35

[4] A.DHEM et A GOUAZE

SOBOTTA ,Atlas d'anatomie humaine,2^{eme} Edition 2004

TOME1 Tête et cou

[5] univ-reims ;laboratoire-d-anatomie-de-l-UFR-médecine

Enseignements dcem-module-optionnel.Gallery_files1/1697

pg 7

[6] anatomie du pharynx vue de profil, Collège français d'ORL DCEM items 77 (2009)

pg 1

[7] Acland's video , Atlas of Human Anatomy

5 of 6 Head and Neck part 1 ,22sept 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=gRQI8q20Qng>

[8] DR PIERRE BELOT

ANATOMIE DES VOIES AERO DIGESTIVES SUPERIEURS ,Formation ambulancier

France 2004 ,

pg :26-30

- [9] JOHN T.HANSEN,PIERRE KAMINA
NETTER Atlas anatomie humaine, Ed NOVARTIS 3eme édition 2011
- [10] D.DEHESDIN ,OLIVIER CHOSSY
EMC-ORL , anatomie du pharynx 1998 : 1-0 .
articles 20-491-A-10
- [11]http://www.univbrest.fr/S_Commune/Biblio/ANATOMIE/Web_anat/Tete_Cou/Pharynx/Vaisseaux_pharynx.htm
- [12] J. ANDRIEU GUITRANCOURT, G. COULY
EMC (Paris) 20485 , les lymphatiques
pg :16
- [13] YOSHIDA.Y , TANAK.Y ,
sensory innervation of the pharynx and larynx , Am J Med 2000 MARS06
suppl4a :51S
- [14] C. DUBREUIL, C .MARTIN et A.MORGON
Physiologie des voies aérodigestives supérieures .MASSON 1984 ,
pg :115—124
- [15] ATKINSON.M, KRAMER.P
The dynamics of swallowing .Normal pharyngeal mechanisms. Jclins
Edition 1957, pg :36,581
- [16] BOSMA J.F
Physiol.Rev Déglutition, pharyngeal stage,1957
pg :37, 275
- [17] Y.GUERRIER et A.UZIEL
MASSON , physiologie neurosensorielle en ORL 1983
pg :1-11

- [18] L .VAZEL, C.MARTINS,G.POTARD ,R.MARIANOWSKI
PHYSIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE
EMC-oto-rhinolaryngologie2 ,2005
pg :88-90
- [19] Margarino, Scala, Rossi, Mereu, Dessy, Sogno, Bonelli, Badellino.
Acta Otorhinolaryngol Ital , Immunologic study of patients with chronic
pharyngitis. 1989 ;pg :399-402.
- [20] Reinert P.
Pathologie du système immunitaire de la muqueuse nasopharyngée ,Immunité
et inflammation en ORL Paris: Collection Jouveinal; 1991.
pg :83-87
- [21] A.ROBIER,P.NARCY
Pathologie cervio-maxillo-faciale, Doin 1992
pg :51-56
- [22]<http://www.sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/orl/pharynglaryng/77a/lecon77a.htm>
- [23] PERRIN CL
Encycl.méd, chir (Paris) , pharyngites chroniques (et amygdalites) ORL 20530
A10 (6-1978)
- [24] C.BEGON,H.DORFMANN,J.M GRAY, J.CHESS,P.HORAY,O.MARTY,J.VINCENT
Principaux types anatomo-cliniques des pharyngites chroniques
75006 Paris France .1929

[26] R.COHEN ET coll

Med Mal Infect , ANGINES ET PHARYNGITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

service ORL et chirurgie cervico faciale CHU Rangueil

pg :424-433

[27] CLAUDE PERRIN

Pharyngites chroniques (et amygdalites) .ETUDE CLINIQUE

encyl med.chir(EMC) 20530A10 Paris(6-1978)

[28] CHRISTIAN BONNET ,DENIS LAURENS,JEAN-JACQUES PERRIN

Guide pratique de mésothérapie ,fiche 143-spasmophilie (2eme édition 2012)

pg :296-297

[29] R. Beautru* , J.M. Juvanon* , A. Coste*

La Lettre d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale - n° 231 -

mars 1998

pg 41

[30] FILOU.M, REVEL.S et LEGUILLOUF

Presse Therm ,Les pharyngites allergiques chroniques

1967, 104 N°3 ,

pg :126-127.

[31] MARION BRAIRE-BOURREL, DR BOISSONET,DR MERROT

Rhinite allergique definition-physiopathologie

DESC allergologie LYON 2010, pg :1-5

[32] Starosvetskii BV.

Chronic pharyngitis of mycotic etiology. Vestn Otorinolaringol 1988;(5):

pg :27-31

[33] MOUNIER , KUHN,GAILLARD

La pathologie du reflexe gastro-oesophagien, oesophagites et sténoses peptiques –Rapport Société française ORL , edition Paris 1965

[34] THOMPSON LR, WENING BM, KORNBLUT ADC

Head and Neck Surgery-otolaryngology, Pharyngitis 3 rd edition 2001 ,
pg :544-553

[35] PARK KH, CHOI SM,KWON SU,YOON SW,KIM SU

Otolaryngol Head Neck Surg.Diagnostic of laryngopharyngeal reflux 2016 ,
pg :81-85

[36] LAUFER.J

Comment faire le diagnostic du syndrome de gougerot Sjogren- rev .med
1977 , 18,N°24
pg :1143-1151

[37] Encyclopedie Medical Medix of healthcare

CLINIQUE DES CANDIDOSES DES MUQUEUSES , 2014 , cours dermato
16 décembre 2014

[38] annales de dermatologie et vénérologie

VOLUME 136, issue 2, supplément , FEBRUARY 2008,
pg :F58-F199

[39] EYIGOR. H, ARIHAN. G,ERGIN. F ,BARLIKE .Y

Journal of Ear , Nose and Throat, psychiatric disorder profil in patients with
chronic pharyngitis , Ed 2006 , 16(4)
pg :178-182

-
- [40] ABDOUL WAHAD HAIDARA, DR BOUBACRY GUINDO, PR SAMBA KARIM TIMBO
Les amygdalites et leurs complications : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 255 cas colligés en ORL CHU Gabriel Touré
Université des sciences, des techniques et technologies de BAMAKO,
MALI.2013-2014
- [41] TIMBO SK, KEITA MA, TOGOLA FK, TRAORE T, AG MOHAMED A. Aspects épidémiologiques de l'angine à Bamako.
Mali Med, 2006, TXXI N 4
- [42] GEORGALAS CC, TOLLEY NS, NARULA A
Tonsillitis : clinical evidence, March 2009;10:503,
pg :1-2
- [43] N. Perone J.-P. Humair
Diagnostic et prise en charge de la pharyngite de l'adulte
Rev Med Suisse 2007; 31989
- [44] TAMAME SALEH ,DR YOUSSEF YOUSSEF ,DR MOHAMED RASTUM
Thesis :A causative and statistical study of chronic pharyngitis ; Tishreen SYRIE
2006
- [45] YELBEOGO D.
Complications aiguës des angines : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques (à propos de 239 cas) centre hospitalier national YALGADO OUEDRAGO.
Ouagadougou, thèse Med n°31, 2001
- [46] Dr JACQUELINE ROSSANT-LUMBROSO , Dr LYONNEL ROSSANT
Révision médicale effectuée par le Dr Jesus Cardenas
Mise à jour le 24 juin 2016.

- [47] Journal de pédiatrie et de puériculture, Volume 3, Issue 3 Rhinopharyngite chronique simple, May 1990
pg :182-185
- [48] J.-J. DEBAIN, M. FILOU et R. PAILLER
THESE :A PROPOS DES PHARYNGITES ALLERGIQUES CHRONIQUES l'étude de 19 cas pg :78-83
- [49] CLAUDE PERRIN
Pharyngites chroniques (et amygdalites) .ETUDE CLINIQUE
encycl med.chir(EMC) 20530A10 Paris(6-1978)
- [50] C.MARTINS ,R.MARIANOWSKI L .VAZEL
EMC-oto-rhinolaryngologie2 ,EXAMEN CLINIQUE ,2005
pg :89-91
- [51] TRAORE T.
Aspect épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des angines et leurs complications locorégionales : à propos de 260 cas au service ORL de l'hôpital Gabriel Touré.
Bamako, thèse Med n°38, 2001
- [52] PARK KH, CHOI SM, KWON SU, YOON SW, KIM SU
Otolaryngol Head Neck Surg. Diagnostic of laryngopharyngeal reflux 2016 ,
pg :81-85
- [53] <http://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/O/R/XPKG-9782818311639.pdf>
- [54] Y.HUSSON
EMC ,Sémiologie pharyngée, examen physique du pharynx 20490 A10

Numéro 09 , 1981 ;pg 4 ,5,7

[55] LEZY JP, PRINC G

Paris, pathologie maxillofaciale et stomatologie , MASSON1997

[56] TROTOUX J.

Comment suspecter ou détecter un cancer O.R.L ?

La vie Médicale 1981;

pg :2051 - 2052.

[57] 11 Stephenson K. Acute and chronic pharyngitis across the lifespan. Lippincotts

Care Pract 2000;

pg :471-489.

[58] Bonfils P.

Conduite à tenir devant une pharyngite chronique. Pathologie ORL et cervico-faciale. Paris: éditions Ellipses; 1997.

pg :354-358.

[59] Bouche J.

Les pharyngites chroniques, essai pathogénique et thérapeutique. Rev Laryngol 1978;99

pg :29-37

[60] Gaillard J, Haguenaer JP,A.COSTE

Dysphagies hautes, PHARYNGITE ET AMYGDALITE CHRONIQUE. J Fr ORL 1978;

pg :423-432.

[61] ZEITELS SM,CASIANO RR

Otolaryngol Head Neck Surg ,Management of commun voice problems.committee Report 2002

pg :333-348

[62] C. Martins, G. Potard

Pharyngites chroniques ,TRAITEMENT

Service d'otorhinolaryngologie, Centre hospitalier universitaire Morvan, 5,
avenue Foch, 29609 Brest cedex, France 2005

pg :90-91

[63] Frye R, Bailey J, Blevins AE

Which treatments provide the most relief for pharyngitis pain?

J Fam Pract 2011

pg :60, 293

[64] McNally D, Simpson M, Morris C, et al

Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised
controlled trial. Int J Clin Pract (2010) 64:

pg :194-207

[65] DR REMI HOUDART,DR HENRI MOSNIER

Reflux-gastro-oesophagien Groupe Hospitalier Diaconesses ,Croix Sain Simon
07 avril 2016

[66] Margarino G , Scala M , Rossi E , Mereu P , Dessy G , Sogno G , Bonelli

L , Badellino F

Acta Otorhinolaryngologica Italica : Organo Ufficiale Della Societa Italiana di
Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-facciale

[1989, pg :399-402]

[67] Maduro R, Marchand J.

La crénothérapie en oto-rhino-laryngologie . Arnette; 1967, pg 261

[68] Dr Colette JUVANON Uriage-les-Bains

Presse thermale et climatique, Indications et contre-indications de la médecine thermale en pathologie ORL 2000

pg :31-39

[69] ABANE IBTISAM, PR EL ALAMI EL AMINE NOUREDDINE , PR ZAKI ZOUHEIR

Thèse sur le thermalisme en Oto-rhino laryngologie , (à propos de 64 cas)

pg :52, 67, 108, 2011

[70] SAMIR DAOUD, DR MED RUSTEM

Assessment of the results of chronic pharyngitis treatment Tishreen Syrie 2003-2005.

[71] Conférence de consensus. RGO de l'adulte: Conférence de consensus. RGO de l'adulte:

gastrontérol astrontérol clin et clin et biol 1999;

pg :56-65

[72] Kencaly.T

Sore Throat Am Fam physician May 15th, 2015,

pg :689-690