

PROFIL EPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE, THÉRAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DE L'OTITE MOYENNE AIGUË DE L'ENFANT AU CHU DE BOUAKÉ EN RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

ASSÉ KV¹, N'GATTIA KV¹ ADONIS-KOFFY², KACOUCHIA NB², PLO KJ²

1- Maître-assistant

2- Maître de Conférence Agrégé

Service de Pédiatrie Médicale, CHU de Bouaké - Côte d'Ivoire

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Bouaké - Côte d'Ivoire

Service de Pédiatrie Médicale, CHU Yopougon - Côte d'Ivoire

Correspondance: ASSE Kouadio Vincent
23 BP 3426 Abidjan 23
Tél. : +225 07 57 42 30
Fax : +225 23 50 85 16
E.mail : agencemaxiphar@yahoo.fr

RESUME

Contexte: L'Otite moyenne aiguë est une pathologie fréquente du jeune enfant bien documentée à Abidjan. Il n'existe pas à notre connaissance de publications consacrées à ce sujet chez l'enfant à Bouaké, 2^e ville de la Côte d'Ivoire.

Objectifs: L'objectif de ce travail était de décrire les principaux aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'otite moyenne aiguë de l'enfant.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective sur 19 mois (janvier 2000 à juillet 2001) réalisée dans le service de pédiatrie du CHU de Bouaké. Trente cinq enfants âgés de 0 à 14 ans ont été inclus dans cette étude.

Résultats : la fréquence était de 5 cas pour 1000 admissions avec 18 garçons pour 17 filles. Environ 86 % des patients avaient moins de 24 mois. La majorité des enfants (82,85 % des cas) était allaitée. L'état nutritionnel était bon dans 91,40 %. Les signes d'appel étaient peu spécifiques. Le diagnostic était retardé et a été posé devant la triade otalgie, otorrhée, perforation tympanique punctiforme. L'antibiothérapie était probabiliste (C1G dans 28 cas). 80 % des patients ont été perdus de vue.

Conclusion : la fréquence des OMA de l'enfant est sous estimée et leur diagnostic souvent tardif. Dans tous les cas, la prise en charge doit mettre en jeu le couple pédiatre-ORL.

Mots-clés : Otites moyennes aiguës – Enfants – Epidémiologie, Clinique, Traitement.

SUMMARY

Background: The Acute otitis media are common disease in young children. This affection are well documented in Abidjan but no publication concerning this subject in Bouake, 2nd town of Ivory Coast

Objective: The purpose of this study was to describe the epidemiological, clinical, management and issue aspects of child acute otitis media.

Material and method: This prospective study was realized during 19 months in paediatric service at the CHU of Bouaké. 35 childrens aged 0 to 14 years were included in this study.

Results: The frequency was 5 cases per 1000 admissions and concerned 18 boys and 17 girls. 86 % had less than 24 months. The majority of children (82.85 %) had breast-feeding. The diagnosis was retarded and it has been making by the triad ear pain, othorrhea, rupture of the tympanic membrane. Antibiotic therapy was probabilistic. 80 % of patients were loosed.

Conclusion: The frequency of acute otitis media of children is underestimated and the diagnosis often delayed. The management of this disease need collaboration between paediatric and ORL specialist.

Key words: Acute otitis media – Children – Epidemiology, Clinical, Treatment, Issue

INTRODUCTION

L'Otite Moyenne Aiguë (OMA) est une inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne qui évolue depuis moins de 3 semaines. C'est une affection fréquente chez l'enfant de moins de 5 ans^{4,8}. Elle est d'origine bactérienne ou virale, les virus faisant le lit de l'infection bactérienne⁸.

Le diagnostic est clinique, basé sur un examen otoscopique rigoureux. Mal traitée, l'OMA peut évoluer vers des complications qui en font toute la gravité. Le traitement est médical reposant sur une antibiothérapie probabiliste et à large spectre du fait des résistances des germes aux antibiotiques usuels⁸.

En Côte d'Ivoire, il n'existe pas à notre connaissance de publications consacrées à ce sujet à Bouaké, 2^e ville ivoirienne, située au centre, à environ 350 km au nord d'Abidjan.

Le but de ce travail est de décrire les principaux aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des OMA en pédiatrie au CHU de Bouaké.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans l'unité de consultation du service de pédiatrie du CHU de Bouaké, de janvier 2000 à juillet 2001 (soit 19 mois).

Étaient inclus, tous les patients de 0 à 14 ans qui présentaient une OMA. Ceux qui avaient une otite externe ou une otite moyenne chronique en étaient exclus.

Ainsi, 35 enfants ont été inclus dans l'étude. Ils ont bénéficié d'un examen pédiatrique et ORL. Le traitement était médical (antibiothérapie probabiliste, désinfection nasale, gouttes auriculaires, anti-inflammatoires stéroïdiens (AINS) ou non stéroïdiens, antalgiques). Les paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été recueillis sur une fiche d'enquête.

RESULTATS

Sur 6585 enfants examinés, 35 présentaient une OMA soit une fréquence de 5 cas pour 1000 admissions. Il y avait 18 garçons pour 17 filles soit une sex ratio de 1,05. Trente patients (80,71 %) avaient moins de 24 mois dont 5 de moins de 1 mois ; 3 avaient plus de 30 mois (8,57 %) et 2 entre 25 et 29 mois.

Dans la majorité des cas, les patients étaient nourris aux seins (29 cas soit 82,85 %) ; 5 avaient une alimentation de type familial et dans 1 cas, l'alimentation était mixte. L'état nutritionnel était bon dans 32 cas (91,40 %) et dans 3 cas, on notait une malnutrition protéino-énergétique.

- Signes fonctionnels

Tableau n° I : répartition selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Otorrhée	18	47,37
Hyperthermie	5	13,16
Rhinorrhée	5	13,16
Otalgie	4	10,53
Toux	2	5,26
Pleurs avec agitation	2	5,26
Vomissement	1	2,63
Tuméfaction rétro auriculaire	1	2,63
Total	38	100,00

Les signes otologiques prédominaient (19 cas). Certains patients ont présenté plus d'un signe fonctionnel.

- Signes cliniques

Le diagnostic d'OMA était retardé. Dans la majorité des cas, il a été posé devant certaines pathologies étaient associées à l'OMA : rhinopharyngites (5 cas), bronchopathie (2 cas), conjonctivite (1 cas). Chez un enfant malnutri, l'OMA était compliquée d'une mastoïdite.

Aspects Bactériologiques

Aucun prélèvement de pus à visée bactériologique n'a été fait.

Traitement

Les données relatives aux traitements sont rapportées dans le tableau n°II

Tableau n°II: Répartition selon nature du traitement administré et sa durée

Nature du traitement administré	Effectifs	Durée du traitement (jours)
Antibiotiques		
Céphalosporine 1 ^{ère} génération	28	8 -10
Amoxicilline - Acide clavulanique	5	
Macrolides	2	
Anti-inflammatoires		
AINS	12	6- 7
Corticoïdes	2	
Anti-œdémateux	1	
Autres		
Antalgiques, gouttes auriculaires (non oto toxiques)	25	5- 7
Désinfection rhinopharyngée	29	

80% patients des enfants ayant bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste ont reçu une céphalosporine de 1^{ère} génération. La désinfection rhinopharyngée et le traitement anti inflammatoire représentaient respectivement 82,9% et 42,9%.

DISCUSSION

L'OMA représente dans notre étude 0,5% des admissions alors que cette proportion représentait 13 % des affections chez l'enfant dans l'étude de Boukalo⁴ à Abidjan. Selon Bonfils³, elle est la 2^{ème} maladie infectieuse de l'enfant après la rhinopharyngite. Cette affection peu fréquente dans notre série est sous estimée. En effet, l'otoscopie n'est pas systématique en pédiatrie et la plupart des enfants présentant une OMA sont parallèlement pris en charge par les spécialistes ORL du CHU de Bouaké.

Les enfants de moins de 2 ans sont les plus touchés avec une prédominance des nourrissons au lait maternel (29 cas soit 82,85 %). Cela pourrait s'expliquer par la position couchée prolongée des nourrissons lors des tétées ; le lait peut inonder l'oreille moyenne via la trompe d'Eustache qui est courte et béante à cet âge et favoriser l'infection. Cependant des études^{2,6,7} démontrent le bénéfice de la pratique de l'allaitement exclusif sur la réduction de l'incidence des infections respiratoires aiguës. D'autres facteurs favorisant l'OMA ont été décrits notamment l'immaturation immunitaire, la fréquence élevée des infections des voies aéro-digestives supérieures, l'hypertrophie des végétations adénoïdes et la réduction des cellules mastoïdiennes en une seule cellule antrale^{3,4,8}.

Le diagnostic de l'OMA a été difficile et retardé dans notre série du fait des signes fonctionnels divers et inconstants si bien que les parents n'étaient

alertés que devant les signes d'appel otologiques. De plus, il faut souligner les difficultés otoscopiques à cet âge liées à un conduit auditif externe étroit et souvent collabé du fait de l'ossification incomplète du conduit tympanal⁹. Le diagnostic d'OMA a été posé devant l'otalgie, la fièvre et l'otorrhée avec perforation tympanique punctiforme dans la majorité des cas. Ces différents signes ont été rapportés par Nwawolo et col.¹².

L'OMA était dans la majorité des cas isolée (77%) dans notre série contrairement à celle de Boukalo⁴ où elle était associée à d'autres affections dans 89,78 %. Le syndrome otite – conjonctivite en faveur de *Haemophilus influenzae*³ a été retrouvé dans 1 cas. Selon Loukou¹¹, l'OMA peut compliquer l'évolution des rhinopharyngites dans environ 38 % des cas.

Les complications de l'OMA font toute sa gravité. Nous avons noté 1 cas de mastoïdite. La littérature rapporte d'autres complications telles que la paralysie faciale périphérique, les labyrinthites, la méningite, l'abcès encéphalique et la thrombophlébite du sinus latéral [5,8,9]; ces complications sont devenues rares, également à Bouaké, grâce à l'antibiothérapie.

Les germes les plus fréquemment impliqués dans la pathogénie de l'OMA sont dans l'ordre décroissant l'*Haemophilus influenzae*, le *Streptococcus pneumoniae* et le *Moraxella catarrhalis*^{8,10}. Au Nigeria, on retrouve le *Staphylococcus aureus*, le *Proteus mirabilis*, le *Staphylococcus Sp*, le *Streptococcus pneumoniae*¹. Par contre, les données ivoiriennes^{4,13} rapportent le *Pseudomonas aeruginosa*, le *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* et l'enterobact.

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie systématique probabiliste dont 80 % de céphalosporines de 1^{ère} génération (en première intention). Hoberman et Col.¹⁰ recommandent l'amoxicilline à forte dose en 1^{ère} intention, l'association amoxicilline-acide clavulanique ou le ceftriaxone en 2^{ème} intention.

Dans notre échantillon, près de 43% des enfants ont reçu un anti inflammatoire. L'usage des anti-inflammatoire (corticoïde ou AINS) dans le traitement de l'OMA reste cependant discuté [8,9]. Le traitement local, notamment la désinfection rhinopharyngée, a été systématique dans 29 cas soit 82,85% des cas.

La majorité des patients ont été perdus de vue. Ce qui pose le problème du suivi de l'OMA de ces enfants car les séquelles peuvent entraîner une surdité pouvant gêner considérablement l'apprentissage du langage voire la scolarisation.

CONCLUSION

L'OMA concerne surtout le nourrisson (80,71%). La fréquence, 0,5%, est sous estimée et le diagnostic souvent tardif révélée par une otorrhée dans près de la moitié des cas. La sensibilisation doit porter sur le diagnostic précoce reposant sur bonne collaboration entre pédiatre et ORL en vue d'un examen ORL systématique devant toute fièvre, tout signe digestif ou toute modification de comportement de l'enfant. Le suivi post-thérapeutique des patients est indispensable dans cette prise en charge multidisciplinaire des OMA pour préserver l'avenir auditif et l'apprentissage de ces enfants.

REFERENCES

- 1- Ako-Nai AK, Oluga FA, Onipede AO, Adejuyigbe EA, Amusa YB. The characterization of bacterial isolates from acute otitis media in Ile-Ife, southwest Nigeria. *J. Trop. Pediatr.* 2002 feb ; 48(1) :15-23.
- 2- Aniansson G, Alm B, Andersson B et coll. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1994;13:183-8.
3. Bonfils P. Otite moyenne aiguë de l'enfant in Pathologie ORL et cervico-faciale. Comprendre - Agir - Traiter. Paris : Ellipses/editions marketing S.A, 1996 :145-152.
4. Boukalo NKC. Contribution à l'étude épidémiologique des otites moyennes aiguës et de leurs complications chez l'enfant de la naissance jusqu'à 15 ans. Thèse Med. Abidjan 1991,N° 1256
5. Dan M Fliss, Alberto Leiberman, Ron Dagnan. Medical sequelae and complications of acute otitis media. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1994 ; 13,1 :S34-40.
6. Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics* 1997; 100: E7
7. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993;91:867-72.
8. Duvillard Ch, Romanet Ph. Otites aiguës. Etiologies, diagnostic, traitement. *Rev. Prat.* 1997 ; 47 :335-340.
9. François M. Otites moyennes de l'enfant. Monographie UPSA, 22p.
10. Hoberman A, Marchant CD, Kaplan SL, Feldman S. Treatment of acute otitis media consensus recommendations. *Clin. Pediatr.* 2002 Jul-Aug ;41(6) :373-90.
11. Loukou NFD. Contribution à l'étude épidémiologique des rhinopharyngites chez l'enfant de la naissance jusqu'à 5 ans. Thèse Med Abidjan, N° 1078
12. Nwawolo CC, Odusanya OO, Ezeanolue BC, Lilly-Tariah BD. Clinical profile of acute otitis media among Nigeria children. *West. Afr. J. Med.* 2001 Jul-Sep ;20(3) :187-90.
13. Sanogo Dialou. Etude bactériologique des otites moyennes aiguës chez les enfants de 0 à 15 ans à Abidjan. Thèse Méd 2004, N° 3704.