

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Faculté des Sciences de la Santé
(FSS)
Section Médecine

BURKINA FASO

Année Universitaire 1996-1997

Thèse N°448

**OTITES MOYENNES AIGUES
CHEZ L'ENFANT DE 0 A 5 ANS EN
CONSULTATION ORL AU CHNYO :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES,
EVOLUTIFS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 /06/1997
Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR en MEDECINE** (DIPLOME D'ETAT)

Par

Bertin Priva OUEDRAOGO

Né le 06 Août 1969 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse

Pr Ag Alphonse SAWADOGO

Jury

Président : Pr Ahmed BOU-SALAH

Co-Directeur de thèse :

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

Membres: Dr Ludovic KAM

Dr Kampadilemba OUOBA

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Faculté des Sciences de la Santé
(FSS)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

| | |
|--|---------------------|
| Doyen | Pr R B SOUDRE |
| Vice Doyen chargé des affaires académiques Et directeur de la section Pharmacie (VDA) | Pr IP GUISSOU |
| Vice-Doyen à la recherche et à la Vulgarisation (VDR) | Pr Ag B. KONE |
| Directeur des stages et de la section Pharmacie | Dr M SAWADOGO |
| Coordonnateur CES de chirurgie | Pr Amadou SANOU |
| Secrétaire principal | Mr Gérard ILBOUDO |
| Chef de Service administratif et Financier (CSAF) | Mr Arouna TATIETA |
| Conservateur de la bibliothèque | Mr Salif YADA |
| Chef de la scolarité | Mme Kadi ZERBO |
| Secrétaire du doyen | Mme Mariam DICKO |
| Secrétaire du VDA | Mme Hakiéta KABRE |
| Secrétaire du VDR | Mme Edwige BONKIAN |
| Audiovisuel | Mr Alain P PITROIPA |
| Reprographie | Mr Philippe BOUDA |

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE

ENSEIGNANTS TITULAIRES

Professeurs titulaires

| | | |
|-------------------|--------------|---------------------------------------|
| Rambré Moumouni | OUIMENGA | Anatomie Organogénèse et Chirurgie |
| Hilaire | TIENDREBEOGO | Sémiologie et pathologie Médicales |
| Tinga Robert | GUIGUEMDE | Parasitologie |
| Bobilwendé Robert | SOUDRE | Anatomo-pathologie |
| Amadou | SANOU | Chirurgie digestive |
| Innocent Pierre | GUISSOU | Pharmacologie-Toxicologie |

Professeur associé

| | | |
|-------|-----------|----------------|
| Ahmed | BOU-SALAH | Neurochirurgie |
|-------|-----------|----------------|

Maîtres de conférences Agrégés

| | | |
|-----------------|-----------|--------------------------|
| Julien | YILBOUDO | Orthopédie traumatologie |
| Bibiane | KONE | Gynécologie- Obstétrique |
| Alphonse | SAWADOGO | Pédiatrie |
| Kongoré Raphael | OUEDRAOGO | Chirurgie |
| François René | TALL | Pédiatrie |
| Jean | KABORE | Neurologie |
| Joseph Y | DRABO | Endocrinologie |
| Blaise | SONDO | Santé Publique |

Maîtres de Conférences Associés

| | | |
|------|-------|-----------------------------|
| Jean | TESTA | Epidémiologie-Parasitologie |
|------|-------|-----------------------------|

Maîtres Assistants Associés

| | | |
|--------|---------|-----------------------|
| Rachid | BOUAKAZ | Maladies infectieuses |
|--------|---------|-----------------------|

Maîtres Assistants

| | | |
|---------|------------|---------------|
| Lady | KADIDIATOU | Parasitologie |
| Mamadou | SAWADOGO | Biochimie |
| Issa | SANOU | Pédiatrie |
| Ludovic | KAM | Pédiatrie |
| Adama | LENGANI | Néphrologie |
| Omar | TRAORE N°1 | Chirurgie |

| | | |
|--------------|-----------|----------------------|
| Si Simon | TRAORE | Chirurgie |
| Adama | TRAORE | Dermatologie |
| Abdoulaye | TRAORE | Santé publique |
| Kampadilemba | OUBA | Otorhinolaryngologie |
| Piga Daniel | ILBOUDO | Gastro-entérologie |
| Albert | WANDAOGO | Chirurgie |
| Daman | SANO | Chirurgie |
| Arouna | OUEDRAOGO | Psychiatrie |

Assistants Chef de cliniques

| | | |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Tanguet | OUEATTARA | Chirurgie |
| Sophar | HIEN | Chirurgie |
| Philippe | ZOURE | Gynécologie obstétrique |
| Christian T | SANOU ^(in memoriam) | Otorhinolaryngologie |
| Madi | KABRE | Otorhinolaryngologie |
| Doro | SERME ^(in memoriam) | Cardiologie |
| Virginie | TAPSOBA | Ophtalmologie |
| Hamadé | OUEATTARA | Anesthésie-réanimation Physiologie |
| Joachim | SANOU | Anesthésie-réanimation Physiologie |
| Alexis | ROUAMBA | Anesthésie-réanimation Physiologie |
| Gana Jean Gabriel | OUEANGA | Psychiatrie |
| Harouna | SANOU | Hématologie |
| Théophile | COMPAORE | Chirurgie |
| Rabiou | CISSE | Radiologie |
| Abel Y | BAMOUNI | Radiologie |
| Blami | DAO | Gynécologie-obstétrique |
| Maimouna | OUEATTARA/DAO | Otorhinolaryngologie |
| Alain | BOUGOUMA | Gastro-entérologie |
| Alain | ZOUBGA | Pneumologie |
| Patrice | ZABSONRE | Cardiologie |
| André K | SAMANDOULOUGOU | Cardiologie |
| Nicole Marie | ZABRE/KYELEM | Maladies infectieuses |
| Georges | KI ZERBO | Maladies infectieuses |
| Rigobert | THIOMBIANO | Maladies infectieuses |
| Boukari Joseph | OUEANDAOGO | Cardiologie |

| | | |
|----------------|-------------------------|-------------------------|
| Joseph R | KABORE | Gynécologie-obstétrique |
| Saidou Bernard | OUEDRAOGO | Radiologie |
| Raphael | DAKOURE | Anatomie-Chirurgie |
| Michel | AKOTIONGA | Gynécologie-obstétrique |
| Robert O | ZOUNGRANA | Physiologie |
| Seydou | KONE | Neurologie |
| Idrissa | SANOU | Bactério-virologie |
| Boubacar | TOURE | Gynécologie-obstétrique |
| Lassina | SANGARE | Bactério-virologie |
| Rasmata | TRAORE/OUEDRAOGO | Bactério-virologie |
| Raphael | SANOU(in memoriam) | Pneumo-phtisiologie |
| Théophile | TAPSOBA | Biophysique |
| Oumar | TRAORE N°2(in memoriam) | Radiologie |

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

FACULTE DES SCIENCES ET TECHNIQUES (FAST)

Professeurs titulaires

| | | |
|----------|-----------|-----------------------------|
| Alfred S | TRAORE | Immunologie |
| Akry | COULIBALY | Mathématiques |
| Sita | GUINKO | Botanique-Biologie végétale |
| Guy V | OUEDRAOGO | Chimie minérale |

Maîtres de conférences

| | | |
|--------------|-------------------|---------------------------------|
| Laya | SAWADOGO | Physiologie Biologie cellulaire |
| Boukary | LEGMA | Chimie- physique générale |
| Laou Bernard | KAM (in memoriam) | Chimie |
| Francois | ZOUGMORE | Physique |
| Adama | SABA | Chimie organique |

Maître –Assistants

| | | |
|------------|---------|----------------------------|
| W | GUENDA | Zoologie |
| Léonide | TRAORE | Biologie cellulaire |
| Marcel | BONKIAN | Mathématiques |
| Longin | SOME | Mathématiques-Statistiques |
| Aboubakary | SEYNOU | Statistiques |

Assistants

| | | |
|---------------|---------------------|------------------------|
| Makido Bertin | OUEDRAOGO | Génétique |
| Appolinaire | BAYALA(in memoriam) | Physiologie |
| Jeanne | MILLOGO | TP Biologie cellulaire |
| Raymond | BELEMTOUGOURI | TP Biologie cellulaire |
| Gustave | KABRE | Biologie |
| Drissa | SANOUC | Biologie cellulaire |

ISTITUT DU DEVELOPPEMENT RURAL (IDR)

Maître de conférence

| | | |
|--------|-------|-----------|
| Didier | ZONGO | Génétique |
|--------|-------|-----------|

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

Maître assistant

| | | |
|------------|--------|-------------------|
| Tibo Hervé | KABORE | Economie- gestion |
|------------|--------|-------------------|

Assistant

| | | |
|---------|------|---------|
| Mamadou | BOLY | Gestion |
|---------|------|---------|

FACULTE DE DROIT ET SCIENCES POLITIQUES (FDSP)

Assistant

| | | |
|-------------|-------|-------|
| Jean Claude | TAITA | Droit |
|-------------|-------|-------|

ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | | |
|---------------|------------|----------------------------|
| Mme Henriette | BARRY | Psychologie |
| Dr Bruno | ELOLA | Anesthésie-réanimation |
| Dr Michel | SOMBIE | Planification |
| Dr Nicole | PARQUET | Dermatologie |
| Dr Anette | OUEDRAOGO | Stomatologie |
| Dr Adama | THIOMBIANO | Législation pharmaceutique |
| Dr Sidiki | TRAORE | Galénique |
| Mr Mamadou | DIALLO | Anglais |
| Dr Badioré | OUATTARA | Galénique |
| Dr Tométo | KALOULE | Médecine du travail |
| Dr Alassane | SICKO | Anatomie |

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

AUPELF

| | | |
|----------------|--------------|-------------------------------|
| Pr Lamine | DIAKHATE | Hématologie (Dakar) |
| Pr Abibou | SAMB | Bactério-virologie (Dakar) |
| Pr José Marie | AFOUTOU | Histologie-embryologie(Dakar) |
| Pr Makhtar | WADE | Bibliographie (Dakar) |
| Pr MKA | EDEE | Biophysique |
| Pr ag Mbaayang | NDIAYE NIANG | Physiologie (Dakar) |
| Pr agR | DARBOUX | Histologie-embryologie(Benin) |
| Pr ag E | BASSENE | Pharmacognosie (Dakar) |

OMS

| | | |
|-----------------|---------|---|
| Dr jean Jacques | BERJON | Histologie-embryologie (Creteil) |
| Dr Frédéric | GALLEY | Anatomo-pathologie (Lille) |
| Dr Moussa | TRAORE | Neurologie (Bamako) |
| Pr Auguste | KADIO | Pathologies infectieuses et Parasitaires (Abidjan) |
| Pr jean Marie | KANGA | Dermatologie(Abidjan) |
| Pr Arthur | N'GOLET | Anatomopathologie (Brazzaville) |

Mission Française de Coopération

| | | |
|------------|---------------|-------------------------------|
| Pr Etienne | FROGET | Médecine légale |
| Pr Henri | MOURAY | Biochimie (tours) |
| Pr Denis | WOUESSI DJEWE | Pharmaciegalénique (Paris XI) |
| Pr M | BOIRON | Physiologie |

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

| | | |
|---------|-----------|------------------------------|
| Pr Marc | VAN DAMME | Chimieanalytique-Biophysique |
| Pr V | MOES | Galénique |

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mon père

Puisse cette thèse répondre à vos attentes. Merci pour ce que vous avez toujours fait pour moi.

Ma mère

Que cette thèse soit à la hauteur de vos efforts et de votre tendresse à mon égard.

Mes frères et sœurs

Que ce travail que nous avons tant attendu nous rapproche davantage.

Ma grand-mère

Mes oncles et cousins

Mes tantes et cousines

Mon parrain et ma marraine

Mon filleul

Mes aînés

Mes ami (es) et mes promotionnaires

Vous qui n'avez jamais cessé de m'encourager et de me soutenir, merci pour cet apport constant en espérant que ce travail nous rapproche davantage.

Le personnel médical et paramédical du service ORL du CHNYO

Le personnel médical et paramédical du service de pédiatrie du CHNYO

J'ai trouvé avec vous les conditions favorables à ma formation et à la réalisation de cette thèse. Puisse ce travail qui est le résultat de nos efforts conjugués vous donner satisfaction.

Tout le corps professoral et administratif du collège protestant de Ouagadougou.

Merci pour tout ce que les 7 années passées à vos côtés m'ont apporté.

Tous les enfants du monde qui souffrent

Que Dieu vous assiste et vous apporte sa bénédiction.

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail :

- Le SIM (service d'information médical) du CHNYO,
- Madame Kaboré Paule (OMS-ONCHO),
- Mademoiselle Ouoba Odile (SDM/ Traductions),
- Mr Zagré Alain (délégué médical Bristol-MYERS),
- Dr KOITA Fla,
- Dr Sanou Issa,
- Dr Bonkougou Boukaré,
- Tous ceux dont les noms n'ont pu être cités

A NOS MAITRES ET JUGES

Professeur Ahmed BOU-SALAH

Président du jury

Chef de service de neurochirurgie du CHNYO.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous accordez en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples obligations. Vos qualités humaines et scientifiques nous ont séduites lors de notre stage en chirurgie.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Professeur agrégé Alphonse SAWADOGO

Directeur de thèse

Chef de service de Pédiatrie du CHNYO

Votre modestie, votre discrétion et l'amour que vous témoignez à l'égard des enfants pour lesquels vous luttez quotidiennement, nous touchent profondément. Merci d'avoir accepté diriger ce travail pour lequel vous avez été très attentif et disponible.

Docteur Ludovic KAM

Juge

Nous avons beaucoup appris à vos cotés lors de notre stage dans le service de Pédiatrie d'où nous gardons de très bons souvenirs.

Votre ponctualité, votre disponibilité et votre souci du travail bien fait nous ont toujours fascinés.

Merci pour le privilège que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Docteur Kampadilemba OUOBA

Juge

Nous avons pu apprécier votre grande valeur scientifique, votre rigueur, et votre modestie à travers la clarté pédagogique des cours que vous nous avez dispensés, mais surtout pendant tout le temps que nous avons passé dans votre service.

Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Docteur Maïmouna DAO

Co- Directeur de thèse

Vous avez guidé, conseillé et beaucoup encouragé pendant les moments difficiles que nous avons traversés.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour que ce travail aboutisse.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés, et nous avons surtout été fasciné par vos qualités humaines qui font le bonheur de tous ceux qui ont la chance de vous approcher.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------|--|
| -CAE | : Conduit Auditif externe |
| -CHNYO | : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo |
| -OM | : Oreille Moyenne |
| -OMA | : Otite moyenne aigue |
| -ORL | : Oto-Rhino-Laryngologie |
| -OE | : Oreille externe |
| -OI | : Oreille interne |
| -C/CMI | : Concentration/ Concentration minimale inhibitrice |
| -NFS/VS | : Numération Formule Sanguine/Vitesse de Sédimentation |

«La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| ENONCE DU PROBLEME | 1 |
| GENERALITES | |
| Rappel embryologique | 3 |
| 1- Embryologie de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache | 3 |
| 2- Embryologie de l'antre et des cavités mastoïdiennes | 5 |
| 3- Embryologie des osselets | 5 |
| 4- Embryologie du tympan | 5 |
| Rappel anatomique | 6 |
| 1- Anatomie descriptive | 7 |
| 1-1 La caisse du tympan | 7 |
| a) la paroi externe | 8 |
| b) la paroi interne | 10 |
| c) la paroi supérieure | 10 |
| d) la paroi inférieure | 11 |
| e) la paroi postérieure | 11 |
| f) la paroi antérieure | 12 |
| 1-2 Les osselets | 12 |
| a) le Marteau | 12 |
| b) l'Enclume | 13 |
| c) l'Etrier | 13 |
| 1-3 La trompe d'Eustache | 14 |
| 1-4 La mastoïde | 15 |
| 2-Vascularisation et innervation | 16 |
| 2-1 Les artères | 16 |
| 2-2 Les veines | 16 |
| 2-3 Les lymphatiques | 17 |
| 2-4 Les nerfs | 17 |
| Rappel physiologique | 18 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Rappel clinique | 19 |
| 1-Définition | 19 |
| 2- Epidémiologie | 19 |
| 3- Etiopathogénie | 19 |
| 3-1 Etiologie | 19 |
| 3-2 Pathogénie | 21 |
| 4- Anatomo-pathologie | 23 |
| 5- Diagnostic positif | 23 |
| 5-1 Type de description | 23 |
| 5-2 Formes cliniques | 25 |
| 6- Diagnostic différentiel | 26 |
| 6-1 Otite externe | 26 |
| 6-2 Otite séreuse | 26 |
| 6-3 Myringite aiguë | 26 |
| 6-4 Ootalgie réflexe | 26 |
| 7- Evolution | 27 |
| 7-1 Evolution favorable | 27 |
| 7-2 Complications | 27 |
| 8- Traitement | 30 |
| 8-1 Paracentèse | 30 |
| 8-2 Antibiothérapie | 30 |
| 8-3 Traitement adjuvant | 30 |
| | |
| OBJECTIFS | |
| 1- Objectif général | 32 |
| 2- Objectifs spécifiques | 32 |
| | |
| METHODOLOGIE | |
| 1- Cadre d'étude | 33 |
| 2- Matériel et méthodes | 34 |
| 3- Analyse des données | 36 |
| 4- Difficultés et facteurs limitants | 37 |
| 5- Fiche d'enquête | 38 |

RESULTATS

| | |
|---|----|
| 1- Aspects épidémiologiques | 39 |
| 1-1 Fréquence | 39 |
| 1-2 Age | 39 |
| 1-3 Sexe | 40 |
| 1-4 Sexe/âge | 41 |
| 1-5 Situation économique des parents | 42 |
| 1-6 Age gestationnel à la naissance | 43 |
| 1-7 Modalités de naissance | 43 |
| 1-8 Conditions de l'accouchement | 44 |
| 1-9 Poids de naissance | 45 |
| 1-10 Réanimation à la naissance | 46 |
| 1-11 Rang dans la fratrie | 47 |
| 1-12 Antécédents d'otite | 47 |
| 2- Aspects cliniques | 48 |
| 2-1 Stade clinique de l'otite | 48 |
| 2-2 Stade clinique/situation économique | 49 |
| 2-3 Affections ORL associées | 50 |
| 3- Aspects évolutifs | 51 |
| 3-1 Evolution au 7ème jour | 51 |
| 3-2 Evolution au 10ème jour | 52 |
| 3-3 Evolution/ situation économique | 52 |
| 3-4 Evolution/ antibiothérapie | 53 |
| 3-5 Evolution générale | 54 |

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

| | |
|------------------------------------|----|
| 1- Fréquence | 55 |
| 2- Age | 55 |
| 3- Sexe | 55 |
| 4- Situation économique | 56 |
| 5- Age gestationnel à la naissance | 56 |
| 6- Modalités de naissance | 56 |
| 7- Poids de naissance | 57 |
| 8- Réanimation à la naissance | 57 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 9- Rang dans la fratrie | 58 |
| 10- Stade clinique | 58 |
| 11- Affections ORL associées | 58 |
| 12- Evolution sous traitement | 59 |
| | |
| CONCLUSION | 60 |
| SUGGESTIONS | 62 |
| BIBLIOGRAPHIE | 63 |

ENONCE DU PROBLEME

Chez l'homme et plus particulièrement chez l'enfant, la sphère ORL (oreilles, gorge, nez) communiquant avec l'extérieur, est exposée à diverses agressions notamment l'air pollué, la poussière avec tout ce qu'elle peut contenir comme germes, et la fumée de cigarettes. Il en résulte que les affections ORL constituent un motif fréquent de consultation parmi lesquelles on note l'OMA (24).

En France on estime le nombre de cas d'otites entraînant une consultation à environ 4,5 millions par an (18). En 1990 aux USA, 24,5 millions de consultations ont conduit au diagnostic d'otite (18).

Au NIGERIA l'OMA représente 21% chez les enfants de 0 à 5 ans consultant en milieu hospitalier pour hyperthermie.

Malgré l'avènement des antibiotiques, l'OMA reste l'une des affections les plus fréquentes de la première enfance (13), et fait partie des dix principaux motifs de consultation de nos formations sanitaires (30).

C'est une affection apparemment banale, mais en réalité facteur d'angoisse, de nuits sans sommeil et d'absentéisme au travail pour les parents.

Même si les complications autrefois redoutables ne sont plus légions, la fréquence et les formes récidivantes n'ont pas été beaucoup modifiées, car de nombreuses inconnues persistent au sujet de cette affection habituellement bénigne et souvent spontanément résolutive.

En 1995, au niveau de la consultation spécialisée des infirmiers dans le service ORL du CHNYO, on enregistrait 1380 nouvelles consultations d'enfants de 0 à 5 ans pour 5545 nouvelles consultations soit environ 25%. Ce taux très important montre une grande prévalence des affections ORL chez les enfants de 0 à 5 ans. Cependant on ignore encore la place qu'occupe l'OMA dans ce groupe de pathologies au sein de cette tranche d'âge d'enfants fréquentant le service ORL.

Aujourd'hui, dans la pathogénie de l'OMA le rôle de certains facteurs comme les végétations adénoïdes, les rhinopharyngites, le séjour en crèche des nourrissons et des nouveau-nés, est bien connu (40).

Plusieurs auteurs (9, 10, 11, 12, 28, 45) ont étudié l'influence des facteurs tels que les modalités de naissance, la durée de la grossesse et le poids de naissance sur l'otite moyenne, surtout dans ses formes récidivantes et traînantes.

Cependant dans les pays en voie de développement en général, et plus particulièrement au Burkina Faso, peu d'études ont été faites sur cette affection bien connue ailleurs, d'où l'intérêt de notre étude, qui loin d'avoir la prétention d'apporter des résultats bouleversants sur l'OMA, se propose de décrire quelques aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de cette maladie dans notre cadre d'étude qui est le CHNYO.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Ce chapitre est essentiellement consacré aux rappels embryologiques de l'oreille moyenne :

- Embryologie de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache ;
- Embryologie de l'antre et des cavités mastoïdiennes ;
- Embryologie des osselets ;
- Embryologie du tympan.

1°) Embryologie de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache

D'une manière générale toutes les structures de l'oreille moyenne (OM) et de l'oreille externe (OE) dérivent de l'appareil branchial. Les cavités de l'oreille moyenne dérivent d'un diverticule entoblastique du pharynx primitif.

Ce diverticule ou canal tubo-tympanique de Kölliker naît de la première poche entobranchiale. Il apparaît chez l'embryon de trois semaines. Au cours de son expansion, le canal tubo-tympanique va rencontrer la chaîne ossiculaire en formation dans le tissu conjonctif embryonnaire, interposé entre le futur conduit auditif externe et la capsule otique (figure 1).

La partie latérale formera l'ébauche de la caisse, la partie médiale rétrécie secondairement donnera la trompe d'Eustache reliant la cavité pharyngée à la paroi antérieure de la caisse du tympan. Le canal tubo-tympanique arrive au contact du fond du futur conduit auditif externe chez l'embryon de cinq semaines.

L'extension de la caisse du tympan passe par trois étapes successives qui sont :

- Formation de la caisse tympanique primitive qui correspond à la partie de la caisse située au dessous des osselets ;
- Formation du reste de l'atrium ;
- Formation de l'attique.

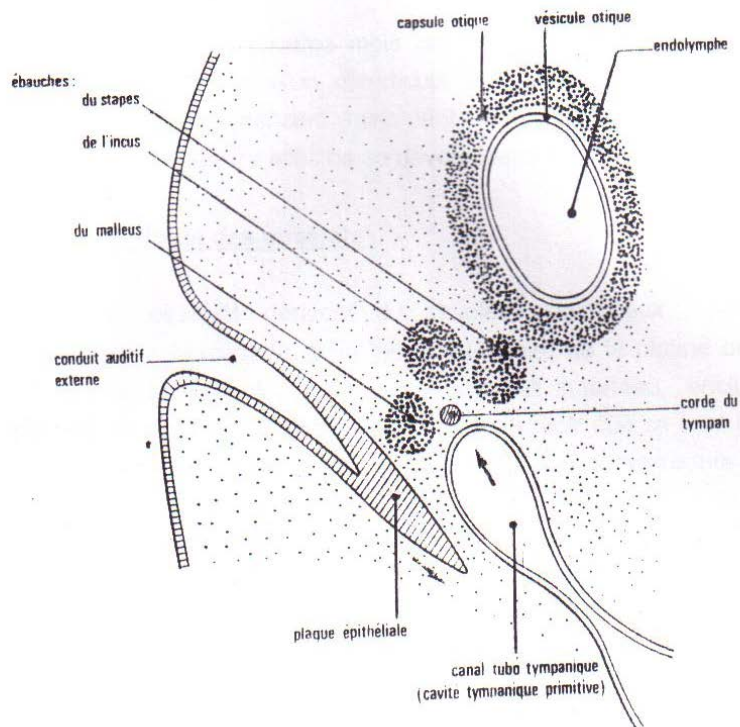


Figure 1 : Le récessus tubo-tympanique vient à la rencontre de la chaîne ossiculaire. (Extrait de : Organogenèse de l'oreille moyenne, Bastian D.)

Les cavités de l'OM se forment par trois mécanismes que sont :

- Résorption du tissu conjonctif embryonnaire ;
- Envahissement par l'épithélium tubo-tympanique ;
- Pneumatisation des cavités.

La caisse et la trompe sont tapissées par l'épithélium d'origine endodermique.

2°) Embryologie de l'antre et des cavités mastoïdiennes

Au cours du sixième mois de vie intra utérine, l'antre mastoïdien apparaît sous forme d'un diverticule dorsal de la caisse. Les cellules mastoïdiennes commencent également à se former pendant la vie fœtale, mais la plupart d'entre elles ne se développeront qu'après la naissance.

3°) Embryologie des osselets

Les osselets dérivent du squelette des deux premiers arcs branchiaux à l'exception de la face vestibulaire de la platine de l'étrier qui dérive de la capsule otique. Les osselets (marteau, enclume, étrier) possèdent des caractéristiques communes à savoir que ce sont les premiers os de l'organisme à être entièrement ossifiés et à atteindre leur taille adulte chez le fœtus (2).

Progressivement les osselets vont se trouver recouverts par les prolongements du canal tubo-tympanique. Avant la fin de la gestation, l'étrier est déjà un os à l'état sénile particulièrement fragile. Les fractures de la platine et des branches de l'étrier ne se consolident jamais.

4°) Embryologie du tympan

Le tympan est l'équivalent de la membrane obturante de la première fente branchiale. La membrane du tympan se formera par l'adossement du fond du canal tubo-tympanique en dedans contre celui du conduit auditif externe (CAE) en dehors ; elle est formée par trois couches :

- Couche superficielle d'origine ectodermique ;
- Couche moyenne d'origine mésodermique ;
- Couche profonde endodermique.

RAPPEL ANATOMIQUE

L'oreille est un organe neurosensoriel qui comprend trois parties (figure 2) :

- L'oreille externe ;
- L'oreille moyenne ;
- L'oreille interne (OI).

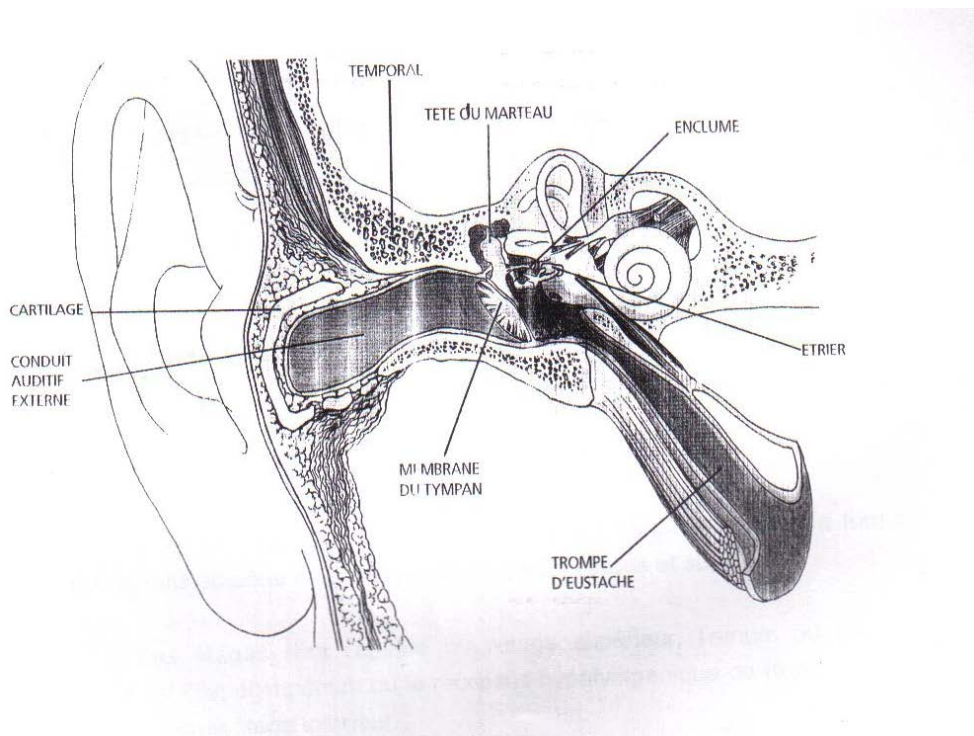


Figure 2 : Vue d'ensemble de l'oreille

(Extrait de : les processus inflammatoires de l'oreille moyenne, Magnan J.)

Nous nous attacherons à la description anatomique de l'oreille moyenne où se développe l'otite moyenne aigüe, sujet de notre étude. Cependant rappelons que :

L'oreille externe est constitué par :

- Le pavillon, sorte d'entonnoir, recueillant les sons extérieurs ;
- Le conduit auditif externe, canal aéré, creux, libre à son extrémité externe, ramenant le son à l'oreille moyenne.

L'oreille interne ou labyrinthe comprend deux parties :

- Le labyrinthe antérieur auditif (cochlée) ;
- Le labyrinthe postérieur ou stato-acoustique (vestibule).

Ces deux systèmes ont des fonctions différentes qui sont respectivement l'audition et l'équilibration.

1. Anatomie descriptive de l'oreille moyenne

Presque toute l'oreille moyenne est creusée dans l'os temporal. Elle se compose de la caisse du tympan qui contient les osselets, des cavités mastoïdiennes et de la trompe d'Eustache.

1.1 La caisse du tympan

C'est une cavité aérée creusée dans l'os temporal. Elle a la forme d'un parallélépipède irrégulier présentant trois étages et six faces.

Les étages sont l'attique ou l'étage supérieur, l'atrium ou l'étage moyen, et l'hypotympanum ou le récessus hypotympanique de Krestschmann encore appelé étage inférieur.

L'attique : il est situé au dessus de la membrane tympanique. Il contient la tête du marteau et le corps de l'enclume. Il est séparé de la cavité principale par le diaphragme inter attico-tympanique qui joue un rôle important dans la pathologie inflammatoire de l'oreille moyenne. En effet le diaphragme est largement ouvert chez l'enfant, ce qui expliquerait la migration vers l'attique de toutes les infections de la caisse, et la possibilité de leur cloisonnement.

L'attique est divisé par le méso du ligament suspenseur du marteau, donnant ainsi d'une part l'attique externe, et d'autre part l'attique interne qui communique avec l'antre par l'additus ad antrum en arrière et en bas avec l'atrium.

L'atrium : il est situé en regard de la membrane tympanique.

Le récessus hypotympanique de Kretschmann : il est situé en dessous de la membrane tympanique, en rapport avec en arrière l'antre et les cellules mastoïdiennes, en avant avec la trompe d'Eustache.

La caisse du tympan présente six faces ou parois :

- La paroi externe ;
- La paroi interne ;
- La paroi supérieure ;
- La paroi inférieure ;
- La paroi antérieure ;
- La paroi postérieure.

a) La paroi externe

Elle est formée dans la majeure partie par la membrane tympanique, le reste étant constitué par le cadre osseux qui l'entoure. Le tympan est une membrane fine, semi-transparente, elliptique ; son grand axe vertical mesure 9 à 10 mm, son plus petit diamètre mesure 7 à 8 mm. Le degré d'inclinaison de la membrane tympanique par rapport au plan horizontal varie avec l'âge. Schématiquement horizontale chez le fœtus, la membrane tympanique tend à devenir verticale chez le vieillard.

Les ligaments tympano-malléolaires permettent de diviser la membrane tympanique en deux portions de structures différentes :

-La *pars tensa* est située en dessous ; c'est la portion la plus vaste, la plus rigide et la plus résistante. Elle est formée par l'accolement de trois couches que sont la couche externe épidermique, la couche moyenne fibreuse, et la couche interne muqueuse.

-La *pars flaccida* ou membrane flaccide de Shrapnell est située au dessus des ligaments tymano-malléolaires ; elle est triangulaire à sommet répondant à l'apophyse externe du marteau, et est moins résistante que la *pars tensa* car la couche fibreuse y fait défaut.

A l'otoscopie, le tympan est gris pale et montre des éléments caractéristiques (figure 3) :

1. la saillie de l'apophyse externe du marteau, visible au pole supérieur de la membrane tympanique sous forme d'une petite saillie blanche ;
2. le lombo ou l'ombilic par lequel on fait passer théoriquement deux traits perpendiculaires pour délimiter les quatre quadrants tympaniques classiques, dont les deux inférieures sont importants pour la paracentèse ;
3. la strie du marteau qui correspond au manche du marteau ;
4. le triangle lumineux de Politzer (reflet de la source lumineuse utilisée pour l'examen otoscopique) ;
5. la *pars tensa* ;
6. l'articulation incudo-stapédienne ;
7. la *pars flaccida*.

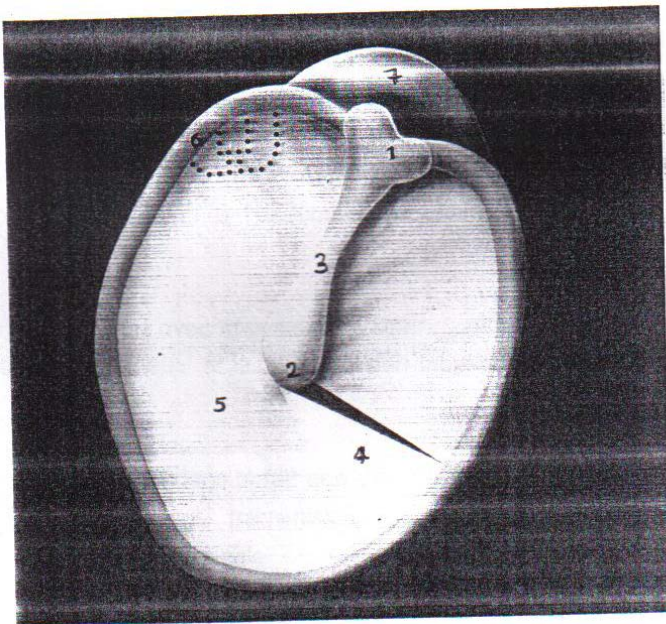


Figure 3 : Vue otoscopique du tympan (Extrait de : l'enfant et l'oreille moyenne, Sauvage JP.)

b) La paroi interne

Elle constitue la paroi profonde et est divisée en deux parties par la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope (qui abrite le nerf facial). On distingue une partie supérieure ou atticale et une partie inférieure ou attriale. La partie supérieure est marquée par les reliefs de trois canaux qui se disposent de haut en bas et d'arrière en avant comme suit :

- Le relief du canal semi-circulaire externe est situé en haut et en arrière. Il est bien visible et constitue un repère chirurgical très important parmi tant d'autres au cours des atticotomies ;
- Le relief du canal de Fallope abrite la deuxième portion du nerf facial ;
- Le relief du canal du muscle du marteau.

La partie inférieure présente également des reliefs qui sont :

- Le promontoire, saillie mamelonnée qui répond au premier tours de spire du limaçon ;
- La fenêtre ovale qui est occupée par la platine de l'étrier faisant communiquer la caisse du tympan et le vestibule ;
- La fenêtre ronde fermée par une membrane appelée tympan secondaire ;
- Le sinus tympani ou cavité sous pyramidale de Huguier, situé en arrière du promontoire et répond à l'extrémité ampullaire du canal postérieur.

La paroi interne est en rapport avec le système tympano-ossiculaire en dehors, le labyrinthe membraneux et les liquides péri-labyrinthiques en dedans.

L'intérêt de cette paroi réside dans le fait que c'est à son niveau que sont mis en contact les organes de transmission avec ceux de la perception. En outre c'est la paroi chirurgicale.

c) La paroi supérieure (*tegmen tympani*)

Elle forme le toit de la caisse du tympan. De structure pétro-squameuse, elle sépare la caisse du tympan de la base du crâne. La scissure pétro-squameuse est comblée par du tissu fibreux chez le nourrisson, et est traversée par des vaisseaux qui persistent à l'âge adulte. Parfois il existe une déhiscence du toit, ce qui applique directement la muqueuse tympanique sur la dure-mère. Ceci peut expliquer la survenue de certaines complications méningées et encéphaliques au cours des otites moyennes.

La paroi supérieure est en rapport avec les méninges et les troisième, quatrième circonvolutions temporales. Tous ces organes sont menacés lors des infections de l'OM en raison de la fragilité du *tegmen tympani* et de la perméabilité de la suture pétro-squameuse.

d) La paroi inférieure ou paroi jugulaire

Elle constitue le plancher de la caisse du tympan et est en forme d'une gouttière située en contrebas du conduit auditif externe, ce qui favorise les retentions purulentes. Sa surface est anfractueuse, marquée par :

- L'orifice supérieur du canal tympanique qui livre passage au nerf tympanique ;
- L'artère tympanique ;
- La fosse jugulaire.

Cette paroi peut être parfois déhiscente, favorisant une procidence de la jugulaire dans la caisse du tympan.

Les rapports de la paroi inférieure sont :

- En avant du plan du promontoire, l'espace inter-carotico-jugulaire ;
- En arrière du plan du promontoire, le golfe de la veine jugulaire.

e) La paroi postérieure

Elle présente :

- L'additus ad antrum qui met en communication la caisse du tympan avec l'antre et les cellules mastoïdiennes ;
- La pyramide qui forme une saillie cônique livrant passage au muscle de l'étrier ;
- La fossette pré-pyramidale de Grivat où existe la suture pétro-tympanale postérieure dans laquelle s'ouvre le canal postérieur de la corde du tympan ;
- La protubérance styloïde de la caisse, inconstante répond à la base de l'apophyse styloïde.

La paroi postérieure est en rapport avec :

- En haut l'antre mastoïdien
- En bas, la troisième portion de l'aqueduc de Fallope, qui abrite le nerf facial et l'artère stylo-mastoïdienne, le canal osseux du muscle de l'étrier, et le canal postérieur de la corde du tympan.

f) La paroi antérieure

Il s'agit de la paroi tubo-carotidienne. Elle est occupée par l'orifice tubaire. Ses rapports sont :

- En arrière l'atrium ;
- En bas le coude de l'artère carotide interne ;
- En avant la trompe d'Eustache ;
- En dedans le sommet du limaçon.

1.2 Les osselets

La caisse du tympan contient la chaîne ossiculaire avec ses articulations, ses muscles et ses ligaments. Les osselets constituent une chaîne avec de dehors en dedans le marteau, l'enclume, et l'étrier.

a) Le marteau (malleus)

C'est le plus long, le plus volumineux, le plus externe de tous les osselets.

En forme de massue pesant 22 à 29 mg, il présente :

- Une tête ronde, occupée par une surface articulaire en forme de selle ;
- Un col aplati d'avant en arrière dont la face interne est croisée par la corde du tympan ;
- Un manche dirigé en bas et en arrière. Il se termine en spatule au niveau du lombo. Etroitement inclus dans la membrane tympanique à son extrémité inférieure, il y reste tangentiel sur le reste de son étendue. L'existence de cartilage hyalin sous ce dernier, explique qu'il soit possible de séparer facilement le tympan du manche ;
- Une apophyse externe ou courte apophyse qui naît à la partie inférieure et externe du col ;
- Une apophyse antérieure ou longue, qui se porte en avant.

b) L'enclume (inclus)

C'est le plus lourd des osselets (25mg). Il présente à décrire :

- Un corps de forme cuboïde, aplati de dehors en dedans et dont la face antérieure elliptique s'adapte à la surface articulaire du marteau ;
- Une branche horizontale qui prolonge le corps en arrière et s'appuie sur le seuil de l'additus ;
- Une branche verticale détachée de la face inférieure du corps descend dans l'atrium en arrière du manche du marteau et parallèlement à lui. Son extrémité inférieure se recourbe en dedans et se termine par l'apophyse lenticulaire qui s'articule avec l'étrier.

c) L'étrier (stapès)

C'est le plus léger des osselets et est presque couché dans un plan horizontal, il présente à décrire :

- Une tête creusée sur son sommet d'une cavité glénoïde répondant à l'apophyse lenticulaire ;
- La platine, mince lame qui épouse la forme de la fenêtre vestibule ;

- Les branches qui naissent un peu à distance des deux pôles de la platine et constituent une arche. La branche antérieure est plus courte, plus fine, moins incurvée que la postérieure.

Les osselets sont réunis par trois articulations qui sont :

- L'articulation incudo-malléaire (entre marteau et enclume), qui est une diarthrose par emboîtement réciproque ;
- L'articulation incudo-stapédienne (entre enclume et étrier), qui est une énarthrose avec synoviale ;
- L'articulation stapédo-vestibulaire qui n'est pas une véritable articulation, mais une syndesmose. Les surfaces articulaires sont réunies par un ligament.

La chaîne est maintenue à ses extrémités par la membrane tympanique et le ligament annulaire. Elle est aussi suspendue aux parois de la caisse par quelques ligaments que sont les ligaments suspenseurs du marteau et les ligaments suspenseurs de l'enclume.

La caisse du tympan est tapissée d'une muqueuse de type respiratoire (cellules ciliées et mucipares, cellules indifférenciées) qui se réfléchit sur les osselets, les tendons et les ligaments qui traversent cette cavité. Cette muqueuse est en continuité avec celle de la trompe d'Eustache en avant et celle des cellules mastoïdiennes en arrière.

1.3 La trompe d'Eustache

C'est un conduit ostéo-cartilagineux qui met en communication la caisse du tympan et le cavum.

La trompe d'Eustache mesure 37 mm de long en moyenne et est constituée de deux cônes allongés, réunis par leurs sommets. On distingue le cône externe ou protympanum creusé dans le rocher et le cône interne fibro-cartilagineux qui appartient au pharynx.

Elle est oblique en bas, et en avant, ses segments osseux et cartilagineux forment un angle de 160° ouvert en bas. Le point le plus

rétréci correspond à l'isthme situé à la jonction des deux segments. La trompe d'Eustache présente deux orifices qui sont l'orifice tympanique et l'orifice pharyngien.

Au repos, la lumière du segment fibro-cartilagineux est collabée. Elle ne s'ouvre qu'au moment de la déglutition. Chez le nourrisson, la trompe est horizontale, plus courte et sans rétrécissement. Elle est le siège de fréquents collapsus entraînant une mauvaise ventilation de la caisse du tympan, ce qui favoriserait les réactions inflammatoires et les infections otitiques moyennes.

Intérêt :

- La trompe d'Eustache assure l'équipression entre le milieu extérieur et l'oreille moyenne à chaque mouvement de déglutition. Ce qui est indispensable au bon fonctionnement du système tympano-ossiculaire voire de l'audition ;

- Elle assure le drainage des sécrétions de la caisse du tympan vers le cavum sous l'action des cils de la muqueuse tubaire ;

- En pathologie, l'infection de l'oreille moyenne se fait par un mécanisme de diffusion rétrograde des germes à partir du rhinopharynx.

1.4 La mastoïde

Annexée à l'oreille moyenne avec laquelle elle communique par un orifice qui est *l'additus ad antrum* ; la mastoïde constitue la base de la pyramide pétreuse. Elle correspond à la partie postéro-inférieure de l'os temporal. Elle est située en arrière du CAE, de la caisse du tympan et du labyrinthe postérieur. Les cavités mastoïdiennes sont des diverticules de la caisse du tympan et sont creusées dans la portion mastoïdienne de l'os temporal.

Configuration externe : la mastoïde a la forme d'une pyramide à base endocrânienne et à sommet inférieur. Elle est aplatie de dehors en dedans et présente deux faces, trois bords, et une base.

Configuration interne : la mastoïde est formée par un ensemble de cavités pneumatiques émanant de l'oreille moyenne. L'une de ces cavités est constante. C'est l'antrum mastoïdien qui est en communication avec la caisse par *l'additus ad antrum*. Les autres cavités constituent le système cellulaire mastoïdien. L'antrum mastoïdien est la plus vaste des cellules mastoïdiennes, apparaissant très tôt au cours de l'organogenèse.

Chez le fœtus et à la naissance, la cavité mastoïdienne est réduite uniquement à l'antrum. Les cellules mastoïdiennes se développent plus tard après la naissance et leur nombre varie en fonction du degré de pneumatisation de la mastoïde.

2 Vascularisation et innervation de l'OM

2.1 Les artères

Elles forment un réseau sous muqueux alimenté à la fois par les artères carotide externe et interne, et les artères vertébrales.

Particularités de la vascularisation de l'OM

La membrane tympanique est irriguée par deux réseaux représentés par un réseau sous dermique prolongeant celui du CAE pour la face latérale et par un réseau sous muqueux pour la face médiale.

Pour les osselets :

-Le marteau et l'enclume possèdent une branche particulière née de l'artère tympanique antérieure ; l'étrier est en grande partie irrigué par une branche de l'artère stylo-mastoïdienne ;

-Deux zones de vascularisation sont précaires, il s'agit de l'apophyse lenticulaire de l'enclume (ce qui explique sa lyse fréquente au cours des otites chroniques) et de la partie centrale de la platine de l'étrier qui est vascularisée par un phénomène de diffusion.

2.2 Les veines

Le réseau sous muqueux se draine par des veines sortant par les mêmes orifices que les artères. Les veines se jettent dans :

- Le plexus veineux ptérygoïdien ;
- Les veines méningées moyennes ;
- Le sinus pétreux supérieur ;
- Le golfe de la jugulaire interne et le sinus latéral ;
- Le plexus pharyngien.

2.3 les lymphatiques

Le réseau lymphatique de la caisse du tympan communique avec ceux des cavités mastoïdiennes et de la trompe d'Eustache. Certains gagnent directement les ganglions latéraux profonds du cou.

2.4 Les nerfs

L'innervation motrice provient du nerf maxillaire inférieur et du nerf facial.

L'innervation sensitive est assurée par le nerf de Jacobson et ses ramifications.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

L'oreille est un organe neurosensoriel qui assure les fonctions d'audition et d'équilibration. Nous ferons un rappel de l'audition qui est le rôle principal de l'oreille moyenne.

L'audition

L'oreille externe et l'oreille moyenne jouent un rôle mécanique dans l'audition en transmettant le message sonore à l'oreille interne qui assure une fonction mixte (mécanique et neurosensorielle). Le pavillon capte les sons qui impressionnent l'oreille sous l'effet de la vibration de l'air et les transmet vers le tympan par le CAE sous forme d'énergie sonore. La membrane tympanique va ainsi vibrer et transmettre le mouvement à la chaîne des osselets.

L'oreille moyenne transforme les vibrations aériennes qui atteignent le tympan en variation de pression dans les liquides de l'oreille interne. Le mouvement de la platine de l'étrier et de la fenêtre ronde va ébranler les liquides péri-labyrinthiques, créant une énergie mécanique qui sera captée par les cellules nobles neurosensorielles de l'oreille interne (36).

La trompe d'Eustache adapte l'impédance des ondes transmises par voie aérienne à l'oreille interne. Ceci explique que son obstruction provoque une dépression de la caisse du tympan avec pour conséquence une rétraction de la membrane tympanique d'une part, et d'autre part une sécrétion d'un liquide séromuqueux qui ne se draine plus.

L'intérêt de la physiologie, est qu'elle permet de comprendre que toute perturbation de l'intégrité de la membrane tympanique, du contenu de la caisse et de la trompe d'Eustache (infection, malformation, traumatisme, processus tumoral), entraîne à des degrés variables une perte auditive, allant de l'hypoacousie à la surdité dite de transmission par défaut de conduction. Cette surdité s'oppose à la surdité de perception qui traduit une atteinte de l'oreille interne. Ces deux types de surdité peuvent s'associer donnant la surdité mixte.

RAPPEL CLINIQUE

1. Définition

L'otite moyenne aigue (OMA) est une inflammation aigue de la muqueuse de l'oreille moyenne (caisse du tympan, trompe d'Eustache, parfois mastoïde).

2. Epidémiologie

L'OMA est une maladie qui se voit à tout âge, mais plus fréquemment chez l'enfant (9).

Elle a une incidence maximale avant deux ans et plus particulièrement entre six mois et deux ans.

Les garçons sont plus souvent concernés par la maladie (19).

3. Etiopathogénie

3.1 Etiologie

On estime à environ 30% les OMA dites stériles, c'est-à-dire avec culture négative des prélèvements (7).

a°) Les virus

L'infection virale est considérée comme un facteur favorisant de l'OMA dont l'étiologie est avant tout bactérienne (4). Elle pourrait favoriser la survenue d'une OMA par un mécanisme immunitaire et mécanique.

La colonisation virale du rhinopharynx entraîne souvent une dépression de l'oreille moyenne sans effusât, par inflammation de la trompe d'Eustache.

A cette action mécanique s'associe un rôle délétère de l'infection virale sur la fonction immunitaire non spécifique locale (1).

Les virus les plus souvent mis en évidence dans le liquide d'aspiration des otites moyennes sont : **rhinovirus, virus influenzae, virus parainfluenzae, virus respiratoire syncytial, adénovirus (4)**.

b°) Les bactéries

L'examen bactériologique des prélèvements de l'OM au cours des OMA met en évidence une ou plusieurs souches bactériennes.

Avant d'imputer la responsabilité de l'otite à un germe, il convient de vérifier la présence de ce germe en grand nombre à l'examen direct au milieu de leucocytes altérés, et de nombreuses colonies de ce germe en culture.

Les germes les plus souvent rencontrés sont les suivants (23) :

Hemophilus influenzae

Sa fréquence va croissante en particulier chez l'enfant de 6 mois à 3 ans. C'est une parvobactérie strictement inféodée à l'homme. Bacille Gram négative présente dans la flore normale des muqueuses des voies aériennes supérieures, elle est absente dans le CAE. Sa découverte dans un prélèvement d'oreille est donc toujours pathologique. Une de ses particularités est qu'elle garde toujours un pouvoir pathogène, surtout inflammatoire, même lysée.

Les macrolides sont peu efficaces sur *hémophilus influenzae*. La sécrétion de bêtalactamases la rend résistante à l'ampicilline. Elle reste cependant sensible aux céphalosporines de troisième génération.

Streptococcus pneumoniae (pneumocoque)

C'est un coccus Gram positif. Les huit sérotypes les plus fréquemment rencontrés sont : 19, 3, 6, 23, 14, 18, 4, 7.

Streptococcus pneumoniae est sensible à l'ampicilline et aux macrolides. C'est un germe qui a un grand pouvoir nécrosant.

Staphylococcus aureus et Staphylococcus epidermidis

Ils semblent particulièrement fréquents dans les otites contractées en milieu hospitalier et chez les jeunes enfants (7).

Souvent sécréteurs de pénicillinases, ils sont habituellement sensibles aux synergistine, pristinamycine, virginiamycine.

Streptococcus pyogènes

C'est un coccus Gram positif, sensible à la pénicilline G, à l'ampicilline, et aux macrolides. Il est résistant dans la moitié des cas à l'association sulfaméthoxazole-triméthoprim.

Branhamella catarrhalis

Coccus Gram positif, il est producteur de bêtalactamases. Il est sensible aux associations sulfaméthoxazole-triméthoprim, amoxicilline-acide clavulanique, érythromycine-sulfoxazole.

Les anaérobies

La présence de ces germes pourrait expliquer la résistance clinique au traitement classique de certaines otites.

Les entérobactéries

Ce sont des bacilles Gram négatif, et Pseudomonas aeruginosa saprophyte normal de la peau du CAE est considéré pathogène lorsqu'il répond aux critères de pathogénicité.

3.2 Pathogénie

La voie rhinopharyngée est par excellence la voie de contamination de l'oreille moyenne, car la trompe d'Eustache qui est l'organe de drainage et de ventilation est chez l'enfant large, courte, et béante ; favorisant la propagation vers l'oreille moyenne des infections rhinopharyngées.

Les autres voies de contaminations peuvent être hématogène ou par traumatisme direct du tympan.

Le rôle de certains facteurs favorisants est connu. Nous citerons

a°) Les végétations adénoïdes

L'hypertrophie des amygdales pharyngées de Luschka gêne la ventilation des fosses nasales et du cavum provoquant une stase des sécrétions. Cette stase peut favoriser ainsi l'infection de l'OM par voie ascendante.

b°) L'âge

Les nourrissons dès qu'ils ne sont plus protégés par les anticorps maternels deviennent fragiles pour les virus et les bactéries de l'environnement.

c°) Les facteurs génétiques

On a noté que les enfants porteurs de fente vélaire ou vélopalatines, les enfants dysmatures, les trisomiques 21 étaient plus fréquemment atteints d'otites que les autres (19).

d°) Les modalités de naissance

Au cours de la vie intra utérine, le fœtus avale le liquide amniotique qui peut contenir des cheveux, des cellules de la peau, de l'urine, des selles. Ce liquide entre dans l'OM par les trompes d'Eustache (14). Les éléments cellulaires amniotiques sont donc normalement présents dans l'OM du fœtus à la fin de la grossesse. Ce fluide est chassé des cavités de l'OM au moment de la naissance du fait de l'ouverture brusque de la trompe d'Eustache et du passage d'air qui s'y produit sous l'effet du cri du nouveau-né à la naissance. Il serait alors possible d'expliquer un défaut de ventilation de l'OM par un cri de mauvaise qualité qui peut être trop court, trop faible, trop tardif, voire absent du fait de mauvaises conditions de naissance (**prématurité, post maturité, césarienne, faible poids de naissance, dystocies**).

La conséquence est la persistance d'éléments d'origine amniotique dans les cavités pétreuses, rendant ces enfants plus susceptibles aux phénomènes inflammatoires de l'OM.

e°) Les facteurs environnementaux

La promiscuité (crèche) favorise la survenue des OMA. Cependant le climat en lui-même n'est pas un facteur déterminant. Ce sont les variations de climat qui interviendraient dans le développement de la maladie.

4. Anatomico-pathologie

Dans l'OMA, l'inflammation aiguë touche la muqueuse de la caisse du tympan et peut s'étendre à celle de l'antre et des cellules mastoïdiennes. C'est ce que Portmann a appelé « mastoïdisme ». Cette inflammation régresse avec la guérison de ces otites. Dans le pire des cas, elle peut évoluer pour son propre compte et donner une antrite aiguë chez le nourrisson ou une mastoïdite chez le grand enfant et l'adulte.

Il s'agit d'abord d'un œdème avec un afflux de polynucléaires dans la sous muqueuse, puis se forme un épanchement. L'exsudat est d'abord séreux, puis louche, enfin suppuré formant un abcès chaud de l'OM. Son évolution spontanée peut se faire vers une perforation du tympan par nécrose.

5. Diagnostic positif

5.1 Type de description : OMA du nourrisson

a°) La symptomatologie comprend des signes spécifiques et des signes non spécifiques.

Les signes spécifiques traduisent une otalgie : l'enfant pleure et tend la main vers l'oreille ou la frotte contre le drap.

Les signes non spécifiques sont par contre des signes généraux qui peuvent être :

- La fièvre, parfois élevée (39-40°) pouvant être absente surtout e cas d'otorrhée ;
- Les troubles du sommeil et du comportement ;
- Les troubles digestifs à type de diarrhée ou de vomissement.

b°) Examen ORL

C'est la clé du diagnostic, et elle repose sur l'otoscopie.

L'otoscopie nécessite une technique rigoureuse. L'enfant doit être correctement tenu afin qu'il ne puisse pas bouger la tête. Le CAE est débarrassé d'éventuels débris cérumineux. Le pavillon de l'oreille examinée est tiré doucement en bas et en arrière pour bien dégager le CAE. L'otoscopie permet de noter les modifications de la membrane tympanique qui sont :

- Modifications de forme, le tympan pouvant être plat ou bombant avec disparition des reliefs ;
- Modification de couleur avec un tympan rouge ou au contraire blanchâtre, et non plus gris perle. On peut observer une disparition du cône lumineux ;
- Modification de transparence dans laquelle le tympan est opaque épaissi et non plus translucide.

Le tympan peut présenter une petite perforation laissant s'échapper du pus.

Chez certains enfants, l'évolution de l'OMA est très rapide, de l'otite congestive à l'otite collectée, puis à l'otite perforée. L'utilisation du spéculum pneumatique permet d'objectiver une diminution de la mobilité tympanique qui traduit un épanchement retro-tympanique.

L'otoscopie est complétée par :

- Une rhinoscopie antérieure
- Une oropharyngoscopie
- La recherche d'adénopathies cervicales
- La recherche de signes de mastoïdisme : la pression sur la face externe de la mastoïde provoque une douleur.

c°) Examens complémentaires

La tympanométrie doit être précédée d'un examen otoscopique qui montre l'intégrité du tympan. C'est un examen qui mesure l'impédance de l'oreille lors des variations de pression appliquées dans le CAE. Elle permet de tester la mobilité du tympan, l'état de la chaîne ossiculaire et de la cavité de l'oreille moyenne.

Les autres examens sont plus à visée étiologique que diagnostique. Ce sont :

- Examen bactériologique du pus de l'oreille moyenne (direct, culture +antibiogramme).
- NFS/VS à la recherche d'une hyperleucocytose, d'une anémie, ou d'un phénomène inflammatoire.

5.2 Formes cliniques

a°) Chez le nouveau-né

Le CAE est très étroit rendant le diagnostic difficile même avec des spéculums d'oreille, d'où l'intérêt d'utiliser un otoscope pneumatique. Le tympan du nouveau-né est vu en fuite dans le prolongement du CAE, ce qui ne facilite pas son observation. Il est terne, épais, rose sombre ou gris rosé avec un cône lumineux très inconstant.

b°) Chez le grand enfant

L'OMA se révèle volontiers par une otalgie qui disparaît quand le tympan se fistulise et qui s'accompagne parfois de bourdonnements, d'hypoacousie, et même de troubles de l'équilibre.

c°) Chez le vieillard

L'OMA est parfois torpide, asthénique pouvant se compliquer chez les diabétiques et les immunodéprimés.

6. Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'OMA ne doit pas être porté à tort devant les affections suivantes :

6.1 Otite externe

C'est une inflammation et une infection des tissus de recouvrement du CAE. A l'otalgie spontanée s'ajoute celle provoquée par la traction du pavillon de l'oreille ou la pression du tragus. Le tympan est terne épaissi mais intact, plat, avec des reliefs conservés.

6.2 Otite séreuse

Il y'a des signes cliniques d'épanchement se traduisant par des bulles d'air rétrotympaniques, et un aspect infiltré du tympan avec des vaisseaux radiaires perceptibles. Le tympan peut être bleu ou jaunâtre. Certaines otites séreuses peuvent se surinfecter. Aussi, après une OMA suppurée, il peut rester du liquide dans la caisse du tympan, d'où parfois la nécessité d'une paracentèse complémentaire pour drainer la caisse du tympan.

6.3 Myringite aiguë

Cliniquement, il y'a des signes fonctionnels d'infection aigue de l'oreille, mais à l'otoscopie la mobilité du tympan est conservée. Le tympan est épais, opaque, rouge, parfois recouvert de phlyctènes dont le contenu peut être hémorragique. L'étiologie est souvent virale.

6.4 Otalgie réflexe

Il s'agit de douleurs qui siègent à distance du foyer infectieux auriculaire, mais qui irradient vers lui par l'intermédiaire de certaines connexions nerveuses.

Les causes sont variées :

- Carie dentaire
- Phlegmon péri-amygdalien
- Pharyngite aiguë
- Arthrite temporo-mandibulaire
- Corps étranger pharyngé
- Longue apophyse styloïde

7. Evolution

7.1 L'évolution de l'OMA peut être spontanément favorable ou après un traitement bien conduit.

7.2 L'évolution peut aussi se faire vers des complications locales, régionales, ou générales. La diffusion de l'infection à partir des cavités de l'OM s'effectue par trois mécanismes dont l'ostéolyse, la thrombose veineuse, et les voies préformées. L'infection peut aussi se propager à travers un os intact à partir des veines de petit calibre drainant la muqueuse de l'OM. Les complications jadis fréquentes, devenues cependant rares sont (figure 4) :

- Les paralysies faciales
- Les mastoïdites
- Les labyrinthites
- Les méningites
- Les thrombophlébites du sinus latéral
- Les complications méningo-encéphaliques et les septicémies.

a°) Les paralysies faciales

Elles peuvent être d'installation précoce au cours de l'OMA touchant deux territoires (supérieur et inférieur). Une déhiscence de l'aqueduc de Fallope peut expliquer la survenue d'une telle complication. La diffusion de l'infection se fait probablement par contiguïté ou par thromboses veineuses. Le pronostic des paralysies faciales otitiques est favorable.

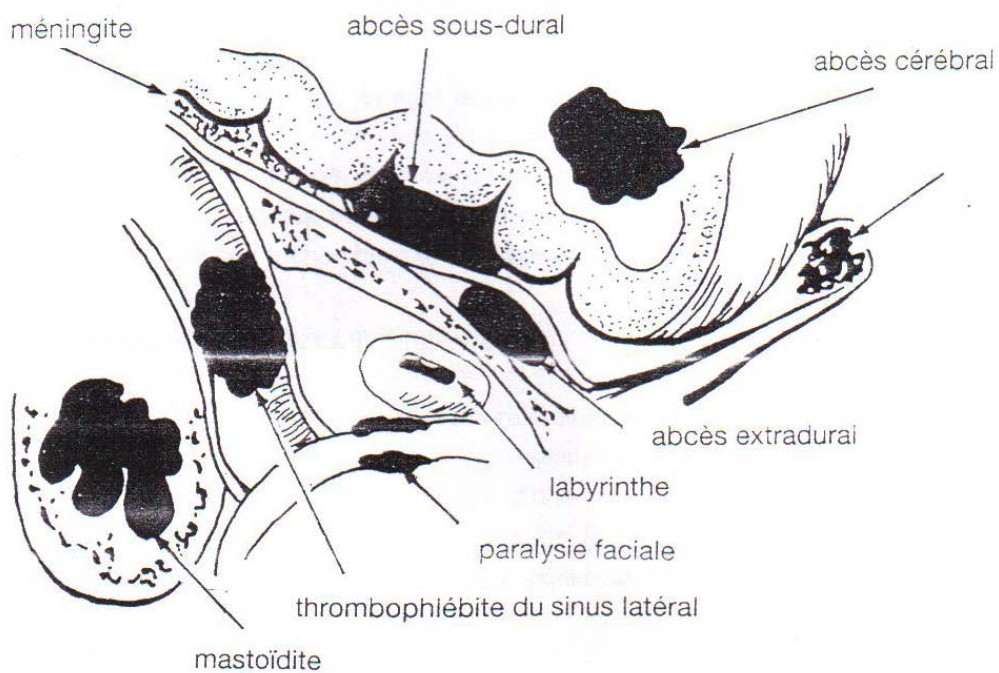


Figure 4 : Complications de l'OMA (Extrait de ABC d'ORL 2^e édition, H LUDMAN)

b°) Les mastoïdites

Elles peuvent se présenter sous forme extériorisée ou non.

La mastoïdite extériorisée traduit l'effraction par le pus de la corticale mastoïdienne et se manifeste par un bombement fluctuant en arrière ou au dessus du pavillon de l'oreille.

Elle peut être révélatrice d'une otite méconnue. A la radiographie de la mastoïde en incidence de Schuller, on peut observer une disparition des travées cellulaires mastoïdiennes et un voile mastoïdien.

La mastoïde non extériorisée ou antrite subaiguë est volontiers le fait du nourrisson. Il s'agit d'une otite qui n'évolue pas favorablement dans les délais habituels.

c°) Les labyrinthites

Le diagnostic est évoqué devant un trouble de l'équilibre qui est à interpréter en fonction de l'âge du patient. Les adolescents et les adultes peuvent se plaindre de vertiges, d'hypoacousie, d'acouphènes aigus. Les signes accompagnateurs sont à type de nausées, vomissements, sueurs, pâleurs. L'examen recherche un nystagmus spontané horizontal, rotatoire.

d°) Les thrombophlébites du sinus latéral

C'est la diffusion du processus suppuratif otomastoïdien au sinus de la dure mère et à la veine jugulaire, avec comme conséquence une infection généralisée (septicémie). Il s'agit d'une infection peu fréquente, mais extrêmement grave ; d'où la nécessité de la reconnaître rapidement. Le tableau clinique associe des signes généraux avec une altération de l'état général ; et des signes locaux tels que :

- Douleur de la mastoïde ;
- Tuméfaction molle de la région mastoïdienne s'étendant à la partie supérieure du cou ;
- Présence d'adénopathies douloureuses.

e°) Les méningites et méningo-encéphalites

Les signes méningés sont francs chez l'adulte et chez le grand enfant. Cependant, ils sont vagues chez le nourrisson. Le diagnostic de méningite repose sur la ponction lombaire, l'examen ORL et surtout l'otoscopie permet d'affirmer son origine otitique.

8. Traitement

Il reste même actuellement controversé. Ces controverses proviennent de la terminologie imprécise des états inflammatoires de l'OM, de la difficulté du diagnostic, d'une évolution imprévisible et enfin d'une étiopathogénie imparfaitement maîtrisée (17).

8.1 La paracentèse

Elle permet une sédation plus rapide des signes généraux et en même temps un drainage puis un prélèvement pour étude cyto bactériologique. Cependant, elle ne met pas le patient à l'abri des complications.

8.2 L'antibiothérapie

Le traitement de l'OMA comporte une antibiothérapie par voie générale (8). Le choix de l'antibiotique doit être guidé par les études épidémiologique de la flore bactérienne essentiellement locale, car il n'ya malheureusement aucun antibiotique qui soit efficace à 100% sur tous les germes responsables d'otites. Son mode d'administration et sa tolérance doivent permettre un traitement de 8 à 10 jours. L'amoxicilline qui est dotée d'un excellent rapport C/CMI dans l'OM est un bon antibiotique de première intention.

En cas d'échec du premier traitement, il faut faire un prélèvement du pus de l'oreille et changer d'antibiotique. On peut alors opter pour une céphalosporine de première génération (cefaclor, céfadroxil) ou pour les associations amoxicilline –acide clavulanique, triméthoprime-sulfaméthoxazole, érythromycine-sulfisoxazole.

8.3 Traitement adjuvant

A l'antibiothérapie peuvent être associées :

- Une désinfection rhinopharyngée ;
- Des antalgiques ;
- Des antipyrétiques ;
- Des gouttes auriculaires qui sont administrés à visée antalgique sur un tympan fermé ou à visée antiseptique en cas de suppuration.

Ce traitement est prescrit pour une durée de 8 à 10 jours mais doit s'adapter à l'évolution. Un examen otoscopique de contrôle est effectué vers les 8^{ème} ou 10^{ème} jours afin de s'assurer du retour à la normale du tympan. L'arrêt prématuré du traitement expose aux récurrences et à l'otite séreuse en maintenant un état inflammatoire subaigu. Le traitement des formes récurrentes n'est pas différent du traitement du premier épisode, mais il faut envisager un traitement préventif qui sera fonction du bilan de recherche des facteurs favorisants.

OBJECTIFS

1.OBJECTIF GENERAL

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'OMA chez l'enfant de 0 à 5 ans au Burkina Faso.

2.OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Etablir le profil épidémiologique des OMA chez l'enfant en consultation ORL
2. Décrire les aspects cliniques des OMA chez l'enfant en consultation ORL
3. Décrire les modalités évolutives des OMA chez l'enfant en consultation ORL

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude se déroule dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso).

Les locaux :

- 1 bloc opératoire,
- 4 bureaux de médecins,
- 2 unités de consultation spécialisée d'infirmiers,
- 1 salle de soins pour malades externes,
- 1 salle de soins pour malades hospitalisés,
- 1 salle d'audiométrie,
- 2 salles de garde,
- 4 salles d'hospitalisation avec une capacité de 12 lits.

Le personnel :

- 4 médecins spécialisés en, ORL,
- 12 infirmiers d'état spécialisés en ORL (attachés de santé)
- 2 infirmiers brevetés spécialisés en ORL,
- 2 infirmiers anesthésistes,
- 2 stagiaires internés en médecine,
- Des infirmiers d'état en spécialisation ORL,
- 1 fille de salle,
- 1 manœuvre

La consultation spécialisée des infirmiers constitue le premier contact des patients avec le service. Les patients sont ensuite référés en consultation de médecin pour les cas dépassant la compétence de ces infirmiers spécialisés.

NB : Notre prospection se fait à la consultation des infirmiers où les otites moyennes aiguës sont initialement prises en charge.

La majorité des patients du service ORL du CHNYO provient de la ville de Ouagadougou (province du Kadiogo). Le service reçoit également des patients d'autres provinces présentant des difficultés de diagnostic ou de prise en charge.

2. Matériels et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les OMA chez les enfants de 0 à 5 ans reçus à la consultation spécialisée ORL.

Critères d'inclusions

Enfant de 0 à 5 ans présentant cliniquement une OMA évoluant depuis moins de 10 jours avec ou sans traitement en cours.

Critères d'exclusions

1. OMA évoluant depuis plus de 10 jours
2. OMA post-traumatique.

Heures d'étude

Nous recrutons les cas tous les jours du lundi au vendredi de 8 heures à 12 heures (heures de consultation).

Période d'étude

Notre étude a été effectuée durant 6 mois, du 1^{er} mars au 30 août 1996.

Personnel

Le premier contact des patients dans le service se fait avec les infirmiers spécialistes en ORL. Nous assurons nous même les consultations à ce niveau.

Instruments

- Fiches d'enquêtes,
- Lampes frontales de Chardon,
- Otoscopes à piles,
- Spéculums d'oreilles,
- Aspirateur,
- Abaisse- langues

Protocole d'étude

1. Enquête épidémiologique par un interrogatoire ;

2. Relevé sur le carnet de pesée des renseignements suivants :

- Terme de la grossesse ;
- Poids de naissance ;
- Taille à la naissance ;
- APGAR ou état neurologique à la naissance ;
- Interventions obstétricales.

3.Examen ORL comportant :

- Otoscopie ;
- Rhinoscopie antérieure ;
- Oropharyngoscopie ;
- Examen du cou.

4.Pour les cas d'OMA diagnostiqués, nous procédons à la prescription d'un traitement qui comporte :

- Antibiotiques en per os ou par voie parentérale ;
- Anti-inflammatoire, antalgique per os ou par voie parentérale ;
- Antiseptique, et/ou antalgiques locaux selon les cas.

5. Un contrôle post-thérapeutique au 7^{ème} jour et/ou au 10^{ème} jour.

La guérison est évoquée devant l'association d'une apyrexie, d'une disparition de la douleur, d'une normalisation de la membrane tympanique, et l'arrêt de la suppuration avec assèchement de l'oreille pour les otites suppurées perforées.

L'évolution est défavorable devant la persistance des signes fonctionnels ou cliniques.

3. Analyse des données

Nos résultats sont saisis et analysés sur micro-ordinateur avec le logiciel Epi-info version 5.1.

L'analyse statistique a utilisé le test de Chi² de Pearson. Pour les très petits effectifs, les calculs statistiques ont été faits avec la méthode de Fisher.

La valeur de $P \leq 0,05$ est considérée comme significative.

4. Difficultés et facteurs limitants

La non gratuité de la consultation qui coûte 1000 francs fait que certains patients, ayant déjà payé la consultation en pédiatrie, ont présenté des difficultés à honorer les frais de consultation en ORL.

Certains parents à revenu faible n'ont pas pu honorer les frais des examens bactériologiques de prélèvements de pus qui s'élèvent à 3500 francs cfa.

Le coût du traitement pour 7 jours s'élevant à environ 10 000 francs cfa, a entraîné des retards de mise en route de l'antibiothérapie pour certains patients.

Le nombre de perdus de vue est élevé à cause du non respect des rendez-vous pour contrôle post-thérapeutique.

Nous avons manqué de moyens d'investigations tels que :

- Des spéculum pneumatiques adaptés aux nouveau-nés et aux nourrissons,
- L'impédancéométrie.

Le caractère sélectif des patients dû au cadre d'étude qui est le CHNYO.

RESULTATS

1 – Aspects épidémiologiques

1- 1 Fréquence

Sur un total de 718 enfants de 0 à 5 ans examinés à la consultation ORL durant la période de notre étude (mars à aout 1996), nous avons diagnostiqué 206 cas d'OMA soit une fréquence de 28,7%.

L'OMA est donc une affection très fréquente en consultation ORL chez les enfants de 0 à 5 ans.

1-2 Age

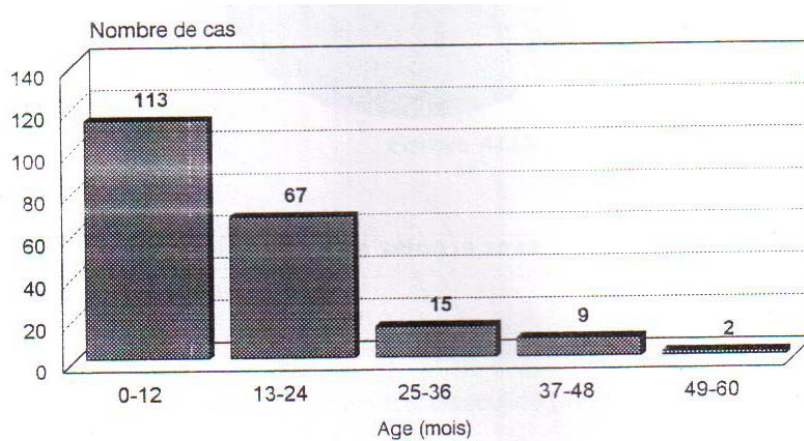


Figure 5 : Répartition des cas par tranche d'âge

Sur les 206 cas d'OMA diagnostiqués, 4 enfants avaient moins d'1 mois et le plus jeune avait 11 jours. Plus de la moitié (**54,9%**) des cas avaient au plus 12 mois.

Nous remarquons que les cas diminuent avec l'âge des patients.

1-3 Sexe

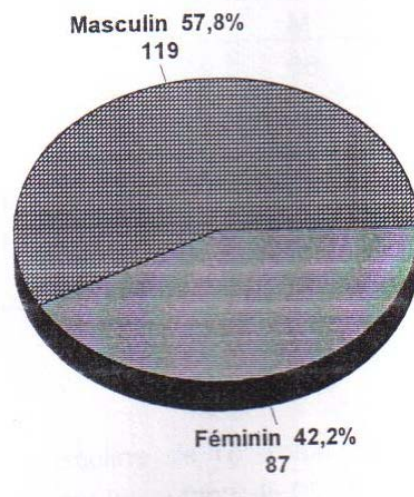


Figure 6 : Répartition des cas selon le sexe

On a noté une nette prédominance masculine (57,8%), avec un sex-ratio de 1,36.

1-4 Sexe /Age

Tableau I : Répartition des cas selon le sexe et par tranche d'âge

| Age (mois) | Sexe | | Total |
|--------------|-----------|------------|------------|
| | F | M | |
| 0-12 | 45 | 68 | 113 |
| 13-24 | 30 | 37 | 67 |
| 25-36 | 8 | 7 | 15 |
| 37-48 | 3 | 6 | 9 |
| 49-60 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 87 | 119 | 206 |

La prédominance masculine de l'affection s'est retrouvée à toutes les tranches d'âge, sauf pour les enfants de 25-36 mois (2-3 ans) et chez ceux de 49-60 mois (4-5 ans).

Elle était surtout marquée chez les enfants de moins d'1 an.

1- 5 Situation économique des parents

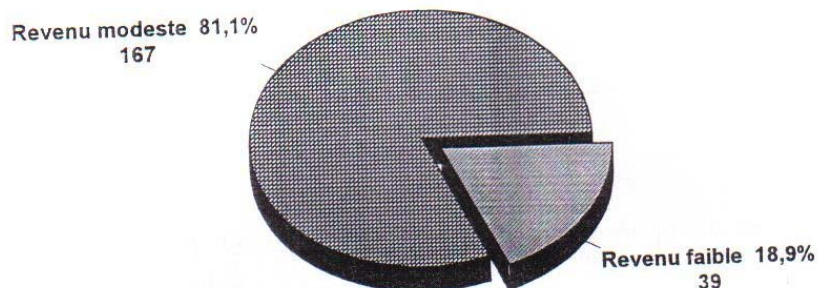


Figure 7 : Répartition des cas selon la situation économique des parents

Nous n'avons pris en compte que la situation professionnelle du père. Les parents à revenu **modeste** représentaient les salariés du public ou du privé, et ceux exerçant une profession libérale (**81, 1%**).

Les parents à revenu **faible** représentaient les cultivateurs, les élèves et les sans emploi.

1-6 Age gestationnel à la naissance

Tableau II : Répartition des cas en fonction de l'âge gestationnel à la naissance

| Age gestationnel | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|----------------------|---------------|-----------------|
| Terme | 186 | 97,4 |
| Prématuré | 4 | 2,1 |
| Dépassement de terme | 1 | 0,5 |
| Total | 191 | 100 |

Seulement 2,6% des cas étaient nés avant ou après terme contre 97,4% des cas nés à terme.

1-7 Modalités de naissance

Tableau III : Répartition des cas en fonction des modalités de naissance

| Modalités de naissance | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|------------------------|---------------|-----------------|
| Voie basse | 177 | 91,7 |
| Césarienne | 16 | 8,3 |
| Total | 193 | 100 |

Nous avons pu noter les modalités de naissance chez 193 enfants. 8,3% sont nés par césarienne, et 91,7% l'ont été par voie basse.

1-8 Conditions de l'accouchement

Tableau IV : Répartition des cas selon les conditions de l'accouchement

| Conditions de l'accouchement | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|--|---------------|-----------------|
| Voie basse sans intervention obstétricale | 140 | 79,1% |
| Voie basse avec intervention obstétricale | 37 | 20,9 |
| Total | 117 | 100 |

20,9% des accouchements par voie basse ont nécessité une intervention obstétricale.

On dénombre : **33** épisiotomies
 1 délivrance artificielle
 1 extraction instrumentale
 2 accouchements laborieux ayant nécessité une évacuation dans un centre spécialisé.

1-9 Poids de naissance

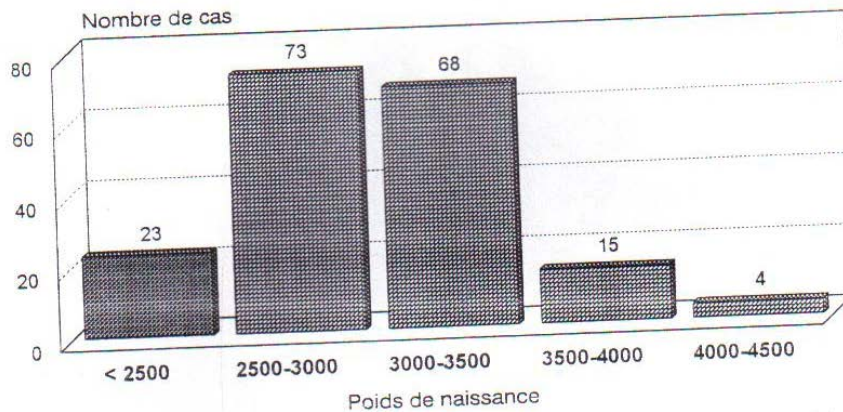


Figure 8 : Distribution des cas selon le poids de naissance

Le plus faible poids de naissance était de 1800g, et le plus fort poids de naissance 4290g.

Les enfants de faible poids de naissance (inférieur à 2500g) représentaient 12,6% des cas.

Les enfants de poids moyen (2500 à 3000g) étaient les plus nombreux 39,9%.

23 enfants n'avaient pas leur poids de naissance mentionné dans leur carnet de santé.

1-10 Réanimation à la naissance

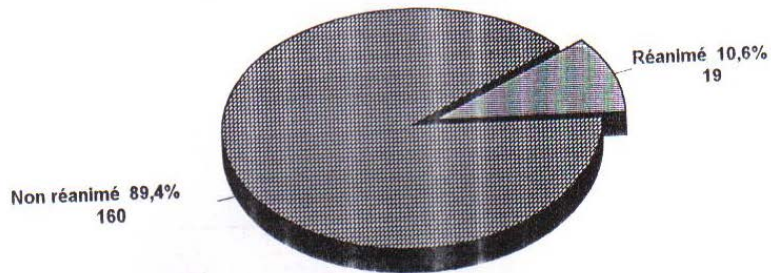


Figure 9 : Répartition des cas en fonction de la réanimation à la naissance

10,6% des enfants présentant une OMA ont été réanimés à la naissance. L'état de réanimation n'était pas précisé chez 27 enfants.

1-11 Rang dans la fratrie

Tableau V : Répartition des cas selon le rang dans la fratrie

| Rang | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|--------------|----------------------|------------------------|
| 1 | 58 | 40,6 |
| 2 | 39 | 27,3 |
| 3 | 17 | 11,9 |
| 4 | 13 | 9,1 |
| 5 | 5 | 3,5 |
| 6 | 10 | 7 |
| 7 | 0 | 0 |
| 8 | 1 | 0,7 |
| Total | 143 | 100 |

Plus le rang dans la fratrie augmentait, moins on a eu des cas d'OMA 40,6% des cas étaient premiers (rang = 1) dans leur fratrie.

1-12 Antécédents d'otite

Tableau VI : Répartition des cas en fonction des antécédents d'otite

| Antécédents | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|--------------------|----------------------|------------------------|
| Otite | 38 | 26,6 |
| Absence d'otite | 105 | 73,4 |
| Total | 143 | 100 |

26,6% des enfants ont présenté au moins un épisode otitique qui n'a pas été diagnostiqué par nous.

2-Aspects cliniques

2-1 Stade clinique

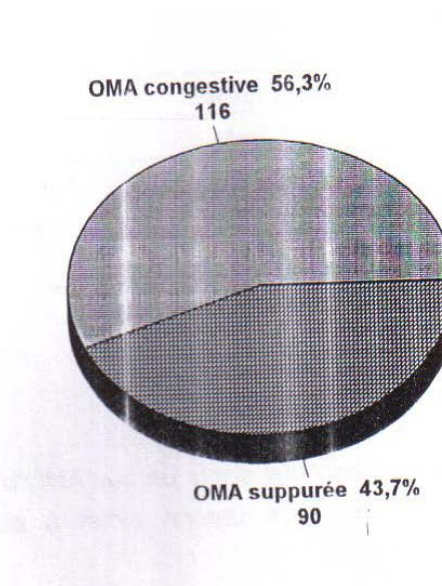


Figure 10 : Répartition des cas selon le stade clinique

Selon le stade clinique des OMA, nous avons distingué deux grands groupes :

- Les OMA congestives (56,3%)
- Les OMA suppurées (43,7%)

56,3% des enfants étaient vus à un stade non suppuré. Ces enfants étaient le plus souvent adressés par le service de pédiatrie ou par les dispensaires pour bilan d'hyperthermie.

Pour des raisons de commodité, nous avons mis dans le même groupe les OMA suppurées perforées et non perforées.

2-2 Stade clinique/situation économique

Tableau VII : Distribution du stade clinique en fonction de la situation économique

| Stade clinique | Situation économique | | Total |
|-----------------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| | Modeste | Faible | |
| OMA congestive | 100 | 16 | 16 |
| OMA suppurée | 67 | 23 | 90 |
| Total | 167 | 39 | 206 |

Chi 2 = 4,57 ddl= 1 P=0,03

Le pourcentage d'OMA vus au stade suppuré prédominait chez les enfants issus de familles à faible revenu avec une différence statistiquement significative.

2-3 Affections ORL associées

Tableau VIII : Répartition des cas selon les affections ORL associées

| Association | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|-----------------------|----------------------|------------------------|
| Rhinite | 55 | 38,5 |
| Pharyngite | 7 | 4,9 |
| Rhino-pharyngite | 10 | 7 |
| Absence d'association | 71 | 49,6 |
| Total | 143 | 100 |

La moitié des enfants (50,4%) ont présenté en même temps que l'OMA une rhinite ou une pharyngite, ou une rhinopharyngite.

Les rhinites associées aux OMA représentaient 38,5%.

Nous avons pris seulement en compte les rhinites séro-muqueuses et mucopurulentes.

3-Evolution

3-1 Evolution au 7^{ème} jour

77,2% des cas ont été revus, et 71% des patients revus au 7^{ème} jour ont eu une évolution favorable.

22,8% des cas ne sont pas revenus au premier contrôle post thérapeutique du septième jour.

3-2 Evolution au 10^{ème} jour

Tableau IX : Répartition des cas en fonction de l'évolution au 10^{ème} jour

| Evolution J10 | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------------------|----------------------|--------------------|
| Favorable | 26 | 70,3 |
| Défavorable | 11 | 29,7 |
| Total | 37 | 100 |

Les malades non guéris au septième jour, ont été revus au dixième jour. 70,3% d'entre eux ont eu une évolution favorable au deuxième contrôle.

3-3 Evolution/Situation économique

Tableau X : Répartition de l'évolution en fonction de la situation économique

| Evolution | Situation économique | | Total |
|------------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| | Modeste | Faible | |
| Favorable | 121 | 27 | 148 |
| Défavorable | 8 | 3 | 11 |
| Total | 129 | 30 | 159 |

Test exact de Fisher, P unilatéral = 0,34

L'évolution a été plus défavorable chez les enfants de familles à revenu faible avec une différence non statistiquement significative.

3-4 Evolution/Antibiothérapie

Tableau XI : Répartition des cas en fonction de l'évolution et de l'antibiothérapie

| Antibiotique | Evolution J7/J10 | | Total |
|----------------|------------------|-------------|------------|
| | Favorable | Défavorable | |
| Amoxicilline | 117 | 6 | 123 |
| Céphalosporine | 27 | 4 | 31 |
| Total | 144 | 10 | 154 |

Test exact de Fisher, P unilatéral = 0,11

95% des malades ont connu une évolution favorable sous amoxicilline, contre 87% sous céphalosporine, avec cependant une différence non statistiquement significative.

5 malades ont été traités avec des antibiotiques autres que l'amoxicilline ou les céphalosporines ; soit pour des raisons de tolérance, soit pour les besoins de l'antibiogramme. Ces antibiotiques étaient (cotrimoxazol, ampicilline, association amoxicilline –acide clavulanique).

3-5 Evolution générale

Tableau XII : Répartition des cas en fonction de l'évolution générale

| Evolution J7/J8 | Nombre de cas | Pourcentage(%) |
|------------------------|----------------------|-----------------------|
| Favorable | 148 | 93,1 |
| Défavorable | 11 | 6,9 |
| Total | 159 | 100 |

Au total 93,1% des malades ont eu une évolution favorable au dixième jour.

Les 6,9% restants ont connu une évolution traînante au-delà des 10 jours de traitement.

DISCUSSION et COMMENTAIRES

1-Fréquence

206 cas d'OMA ont été observés sur 718 enfants malades examinés en ORL de mars à août, soit une fréquence de **28,7%**.

Nos résultats s'approchent de ceux de **Elton** et collaborateurs au Nigeria qui observent **21%** d'OMA chez 138 enfants de 0 à 5 ans consultant en milieu hospitalier pour hyperthermie **(17)**.

Pour **François** et collaborateurs en France, les otites de l'enfant représentent **10 à 20%** des motifs de consultations **(18)**.

Selon **Gervais**, l'OMA chez l'enfant représente 30% de toutes les consultations en cabinet pédiatrique ou dans un service d'urgence pédiatrique **(24)**.

2-Age

Boukalo en Cote d'Ivoire observait une prédominance de la tranche d'âge de 0 à 12 mois, suivie de celle de 12 à 24 mois **(8)**.

Nous constatons cette même prédominance des deux tranches d'âges chez les enfants de 0 à 5 ans avec respectivement **54,9%** pour ceux de 0 à 12 mois et **32,5%** pour ceux de 12 à 24 mois.

Nous faisons les mêmes constatations que **Bernard (6)**, **Bégué (5)** et **François (19)**, à savoir que les enfants de moins de 24 mois constituent la cible privilégiée de l'OMA.

Le développement de leur propre immunité peut expliquer cette diminution des cas chez les enfants âgés de plus de 12 mois. Ainsi dans la tranche d'âge de 49 à 60 mois (4 à 5 ans), nous n'avons que **1%** des cas.

3- Sexe

Baudon et collaborateurs retrouvent une prédominance masculine de l'affection **(3)**.

Megraud et ses collaborateurs abondent dans le même sens, sans pour autant donner une explication **(29)**.

Boukolo en Cote d'Ivoire constate une prédominance masculine **58,6%**, avec un sex-ratio de **1,3 (8)**.

Oyeka au Nigeria partage le même avis en observant une prédominance masculine de **55% (32)**.

Nos résultats corroborent ceux des différents auteurs avec **57,8%** de sexe masculin contre **42,2%** de sexe féminin, soit un sex-ratio de **1,3**.

4-Situation économique

Sassen et collaborateurs au Pays Bas estiment que l'OMA se retrouve plus dans les milieux socio-économiques défavorisés (**38**).

Dans notre étude, nous trouvons **81,1 %** des cas issus de milieux socio-économiques jugés modeste selon notre définition. Le bas niveau économique des parents ne semble pas influencer la survenue de l'OMA.

Cette situation peut elle s'expliquer par le fait que les parents à faible revenu par crainte des frais hospitaliers consultent moins dans les formations sanitaires chez nous ; ou bien serait-elle due à la définition des critères du niveau socio-économique dans notre étude.

5-Age gestationnel à la naissance

Bouton V dans une série de 75 enfants souffrant d'otite moyenne a retrouvé 2,6% de prématurité simple et **9,2%** de grande prématurité (**13**).

Nous trouvons dans notre étude **2,1%** des 191 cas qui sont des prématurés. L'âge gestationnel ne semble pas être un facteur déterminant dans le développement des cas d'OMA consultant dans le service.

L'âge gestationnel en semaines des prématurés n'étant pas mentionné sur les carnets de santé, nous manquons de précisions nécessaires pour pouvoir faire des comparaisons. Néanmoins, nous estimons que dans les conditions d'exercices que sont les nôtres, il existe une mortalité néonatale élevée des prématurés, qui pourrait expliquer qu'ils soient rarement vus à la consultation.

6-Modalités de naissance

Nous avons trouvé **8,3%** des enfants nés par césarienne. **20,9%** de ceux nés par voie basse l'ont été dans des conditions dystociques ayant nécessité une intervention obstétricale.

Karma et collaborateurs pensent que chez les enfants otitiques ou non, les modalités de naissance surviennent avec la même incidence (**25**).

Cependant nos résultats se rapprochent plus de ceux de **Bouton** en 1987 qui dans une étude sur les otites récidivantes, trouvait **25%** d'enfants nés par césarienne et **18%** d'enfants nés avec dystocie ayant nécessité l'usage de forceps ou de ventouse **(12)**.

7-Poids de naissance

Des auteurs ont étudié la morbidité par rapport au poids de naissance. C'est ainsi que **Dolinskaya** en Russie dans une étude comparative d'enfants nés avec un fort poids de naissance ($\geq 4000g$) et d'autres nés avec un poids moyen de 2700g trouve une morbidité générale moindre dans le groupe d'enfants nés avec un fort poids ; ceci jusqu'à l'âge de 2 ans **(16)**.

Sassen et ses collaborateurs après une étude, concluent que la prématurité et le faible poids de naissance ($< 1500g$) ne semblent pas être un facteur de risque de développement d'otite moyenne, même si la morbidité dans ce groupe semble plus élevée par rapport à la population d'enfants en âge préscolaire **(37)**.

Waren et Stool (45), Smyth et collaborateurs **(41)** affirment que l'incidence du petit poids de naissance sur la pathologie d'oreille moyenne est importante.

Dans notre étude nous observons que **12,6%** des cas avaient un faible poids de naissance ($< 2500g$). Ce pourcentage n'est pas très élevé.

8- Réanimation à la naissance

Karma et ses collaborateurs affirment l'absence de différence statistique pour les affections maternelles et souffrance fœtale chez les enfants avec otite aigue et chez un groupe de contrôle **(25)**.

Bouton dans une série de 75 enfants souffrant d'otite avec épanchement avait trouvé **6,6%** d'antécédents de souffrance fœtale ayant nécessité une réanimation **(12)**.

Dans notre étude **10,6%** des enfants ont bénéficié d'une réanimation néonatale sans autres détails sur les carnets de santé.

9- Rang dans la fratrie

Nous remarquons que dans notre étude les cas d'OMA se recrutent plus dans les nouveaux ménages. Les premiers et les deuxièmes enfants dans le rang de la fratrie représentent respectivement **58** et **39%** des cas.

Nous émettons l'hypothèse que le premier enfant est souvent « précieux » et le moindre malaise est observé par les parents qui consultent plus rapidement.

Quand le nombre d'enfants augmente, les parents sont moins affolés, plus enclins à entreprendre une automédication, et consultent moins dans formations sanitaires.

10- Stade clinique

Boukolo en Cote d'Ivoire dans une étude portant sur 186 cas d'OMA chez des enfants de 0 à 15 ans, distinguait deux groupes d'OMA : **74,2%** au stade congestif, et **25,8%** au stade suppuré **(8)**.

Nos résultats sont différents, car nous trouvons **56,3%** d'OMA congestive et **43,7%** d'OMA suppurée. Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge des enfants. En effet en dehors de l'examen ORL systématique pour bilan d'hyperthermie, l'otite est le plus souvent diagnostiquée chez le nourrisson devant une suppuration spontanée constatée par les parents.

L'étude e Boukolo prenait en compte les grands enfants, et probablement la moindre otalgie était signalée d'où un diagnostic plus précoce que chez les plus petits qui ne s'expriment pas.

11-Affections ORL associées

Boukolo observe **69,46%** d'association des cas d'OMA avec une affection des voies aéro-digestives supérieures (rhinite aigue, rhinopharyngite, amygdalite, adénoïdite) **(8)**.

Nous pensons avec cet auteur que l'association de la pathologie des voies aéro-digestives avec l'OMA est importante. Nous constatons dans notre étude **50,4%** d'association avec une rhinite aigue ou une rhinopharyngite.

12 – Evolution sous traitement

Sur un total de 186 cas d'OMA de 0 à 15 ans recensés par Boukolo, 58 ont été perdus de vue soit **31,8%**.

Sur les 128 cas restants, 96,8% ont connu une évolution favorable **(8)**.

Nous partageons son avis sur le fait que l'OMA est une affection de très bon pronostic si elle bénéficie d'une d'un traitement bien conduit.

Dans notre étude, sur 206 cas diagnostiqués, **22,8%** ont été perdus de vue.

Ce pourcentage élevé de perdus de vue peut s'expliquer par le manque d'information des parents sur la maladie, et aussi par les contraintes liées aux déplacements.

93,1% des patients revus ont eu une évolution favorable sous traitement au dixième jour.

Selon **Barry (1)** l'OMA est une affection souvent spontanément résolutive, et **Gervais** estime le taux d'amélioration spontanée à environ **30%** des cas **(24)**.

CONCLUSION

Notre étude a pour but d'apporter notre modeste contribution quant aux données sur les aspects épidémiologiques, cliniques, et évolutifs de l'OMA dans un service d'ORL qui est celui du CHNYO au Burkina Faso.

Cette étude nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :
L'OMA est une affection fréquente chez les enfants de 0 à 5 ans en consultation ORL au CHNYO (**28,69%** des 718 enfants examinés en 6 mois).

Les enfants de moins de 12 mois sont les plus concernés **54,9%** suivis de ceux de 12 à 24 mois. L'âge de prédilection de l'affection se situe donc entre 0 et 24 mois.

Il ya une prédominance masculine des cas d'OMA avec 57,8% de sexe masculin, soit un sex-ratio de **1,3**.

Le faible niveau socio-économique des parents ne semble pas être un facteur déterminant dans la survenue de l'OMA, car 81,9% des enfants sont issus de familles à revenu modeste où au moins le père est salarié ou exerce une profession libérale fixe.

L'âge gestationnel, le poids de naissance, la réanimation néonatale et les modalités de naissance ne semblent pas constituer des facteurs déterminants dans le développement de cette affection chez les enfants. Ce serait leur association plus que leur caractère isolé qui fait le risque otitique.

Les naissances non pathologiques prédominent.

Les enfants nés dans des conditions pathologiques sont au nombre de 53 sur un total de 193 cas, soit **29,5%** des cas.

Le petit poids de naissance (inférieur à 2500g) représente **12,6%** des cas d'OMA.

La réanimation néonatale est retrouvée dans **10,6%** des cas.

Nous manquons cependant d'informations détaillées sur l'âge gestationnel, les conditions et la durée de la réanimation.

Les premiers et les deuxièmes enfants dans la fratrie semblent faire plus d'otite que les autres avec respectivement **40,6%**, et **27,3%** des cas.

Selon le stade clinique, l'OMA congestive prédomine avec **56,3%** des cas. Les malades vus au stade de suppuration et de perforation spontanée se recrutent plus dans les familles à faible revenu.

L'OMA est très souvent associée à une affection des voies aéro-digestives supérieures dans **50,5%** des cas.

L'OMA est une affection de très bon pronostic sous traitement médical bien conduit. **93,1%** des cas ont connu une évolution favorable. Nous n'avons pas enregistré de complications locorégionales ou générales ; et le niveau socio-économique ne semble pas influencer l'évolution sous traitement.

SUGGESTIONS

Nous proposons :

Une information, éducation, communication du personnel des centres de SMI et des maternelles pour un remplissage plus appliqué du carnet d santé de la mère et de l'enfant dès sa naissance (âge gestationnel, conditions de naissance, poids de naissance), afin qu'il puisse être un document médical exploitable et fiable ;

La formation et le recyclage du personnel de santé paramédical dans les formations sanitaires, en vue de la reconnaissance des signes d'appels d'OMA chez les nourrissons pour une prise en charge précoce de cette affection ;

Une collaboration plus étroite entre les pédiatres et les ORL pour une meilleure prise en charge de cette affection pédiatrique qui reste avant tout ORL ;

Que notre étude soit poursuivie avec plus de moyens, afin de pouvoir non seulement approfondir les aspects épidémiologiques mais aussi insister sur l'intérêt que l'on doit accorder à cette maladie apparemment banale, mais en réalité facteur de nuits sans sommeil et d'absentéisme au travail pour les parents souvent désemparés face aux pleurs de leurs enfants.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – **Barry B, Muffat Joly M, Gehanno P, Pocidallo JJ.** Intérêts physiopathologiques et thérapeutique du modèle expérimental d'otite moyenne aigue. Ann oto-laryng (Paris) 1993;110:326-331
- 2- **Bastian D, Tranba huy P.** Organogenèse de l'oreille moyenne. Encycl Méd Chir (Paris) ORL ; 20005A30 ,4-4-12
- 3-**Baudon JJ, Berger JP, Petit B, Bégué P, Menoret P.** Les otites purulentes du nourrisson : étude bactériologique et traitement. Med Infant ; 1981 ; 88(8) :912-916
- 4-**Bégué P, Quinet B.** Les otites à virus et à bactéries intracellulaires existent-elles ? Med Infant Infect 1996 ; 26 spécial : 20-24
- 5-**Bégué P.** Antibiothérapie chez l'enfant en milieu africain. Pédiatr Afr 1992 ; 4 :2-7
- 6-Bernard PH. Les affections ORL courantes. Edisem Inc 1984.
- 7-**Bobin S, Le Pajolec, Harboun-Cohen E.** Maladies de l'oreille chez le nourrisson et l'enfant. Encycl Méd Chir (Paris-France) Pédiatrie ; 4061 B1010-1990 ; 7p.
- 8-**Boukalo N.** Contribution à l'étude épidémiologique des otites moyennes aiguës et de leurs complications chez l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans. Thèse Méd (Cote D'Ivoire) ; 1990,129p
- 9-**Bouton V.** Modalités de naissance et risque otitique chez le nouveau-né et le nourrisson. Rev Pédiatr 1991 ; 27(1) :19-25.
- 10-**Bouton V.** Otite de l'enfant : enquête sur les modalités de prise en charge de la maladie. Cahier d'ORL 1993 ; 28(1) :23-27.
- 11- **Bouton V.** Otites de l'enfant : évaluation de l'âge de survenue du premier épisode otitique en fonction des modalités de naissance. Cahier d'ORL 1993 ; 28(1) :12-22.

12- Bouton V. Incidence of obstetrical pathology in serous otitis media by fatal liquid retention. Recent advances in otitis media; 1987:318-319

13-Cohen R, DeLaRocque F, Boucherat M, Bouhanna A, Lecompte MD, Brami A. Prévention des otites moyennes aiguës : Amoxicilline versus glycoprotéines de *Klebsiella pneumoniae* : étude chez l'enfant de moins de 5 ans. Presse médicale(1983) 1992 ;21(11) :509-514

14-De SA DJ. Infections and amniotic aspiration of middle ear in stillbirths and neonatal deaths. Arch Dis Child; 1973;48:872-880

15-Denoyelle F. Otites traînantes, mastoïdites subaiguës. Difficultés diagnostiques, importance de l'évolution sous traitement. Rev Prat 1992; 42(7):855-856

16-Dolinskaya VA. Medical study during the first year of lives of children with birthweight of 4000g or more. Pediatriya USSR 1974;10:49-52

17- Elton P, Cornell J. Study of otitis media and malaria among pyrexia attenders of an under fives clinic. Journal of tropical medicine and hygiene 1978; 81(-):110-112

18-Francois M, Olivier C, Pappo M. Pratiques des pédiatres et des ORL dans la prise en charge des otites moyennes aiguës chez l'enfant en ville. A propos d'une enquête nationale. Méd Mal Inf 1996 ; 26, spécial : 34-39

19-Francois M, Contencin Ph, Viala P, Narcy PH. Otites moyennes aiguës suppurées. Encycl Méd Chir (Paris-France) ; otorhinolaryngologie ; 20085 A10 ;9-1988 ;7p

20-Francois M. Otites récidivantes du nourrisson. Gazette médicale (Paris) 1992 ; 99(25) :15-16

21-Francois M. Otites moyennes aiguës : étiologie, diagnostic, principes du traitement. Rev Prat 1991 ; 41(3) :257-258

22-Gehanno P. Vers de nouvelles stratégies dans le traitement de l'otite moyenne aigue en 1994. Lettre de l'infectiologie 1994 ; 9 supplément au N°18

- 23-Gehanno P.** Otite moyenne aigue : épidémiologie, revue critique des essais thérapeutiques : deux éléments pour fonder le choix du traitement. Cahiers d'ORL 1992 ; 27(8) :329-342
- 24-gervaix A.** Choix initial d'un traitement antibiotique dans l'otite moyenne aigue chez l'enfant. Médecine et hygiène 1994; 52(2013) :312-314
- 25-Karma P, Perala M, KUUSELA al.** Morbidity of very infants with and without acute otitis media. Acta otolaryngol (Stockholm) 1989; 107:460-466
- 26- Mackenzie N, Ballereau ML.** 1731 otites moyennes aigues en pratique de ville. Concours méd. 1993; 115(41):3730-3734
- 27-Mallet E.** Influence des collectivités sur l'incidence et l'évolution des otites moyennes aigues. Méd Mal Infect 1996 ; 26 spécial : 30-33
- 28- Mansfield CJ, Daniel HJ, Sumpster EA, Barnes J, Coggins D, Youn M.** Mode de naissance et otite muqueuse. Arch Fr Pédiatr 1993;50(2):97-100
- 29-Megraud F, Delestapis X, Devrars F et al.** Etude bactériologique des otites moyennes aigues chez l'enfant. Conséquences thérapeutiques . Arch Fr Pédiatr 1987 ; 44(6):419-422
- 30-Ministère de la Santé (Direction des études et de la planification) Burkina Faso.** Statistiques sanitaires 1994
- 31-Narcy PH, Bobin S, Manach Y.** Traitement de l'otite moyennes aigue de l'enfant. Rev Prat 1983; 33(53) :2859-2871
- 32-Oyeka CA, Oyeka IC, Okeka GN.** Prevalence of bacterial otitis media in primary school in Enugu suburb, Enugu state, Nigeria . West Afr J Med 1995 ;14(2) :78-81
- 33-Paquetin F, Henin JM.** Les otites répétées chez l'enfant . Rev Prat 1975; 25(40):3097-3099
- 34-Pesnel G, Reinert PH.** Traitement antibiotique des infections ORL du nourrisson et de l'enfant. Concours méd 1988 ; 30 :281-283

35-Poncet F, Peynegre R, Receveur M. les complications des otites aiguës .Rev Prat 1975; 25(58) :4622-4624

36-Portmann M, Portmann C. Rappel anatomophysiologique de l'appareil auditif .Précis d'audiométrie clinique Paris Masson 1988 :2-10

37-Sassen ML, Brand R, Grote JJ.Breast feeding and acute otitis media AmJ Otolaryngol 1994; 15(15):351-357

38- Sassen ML, Veen S, Schrender AM, Ens-Dokkum MH et al.Otitis media, respiratory tract infectious and hearing loss in preterm and low birthweight infants.Clin Otolaryngol 1994;19(3):179-184

39-Savic D, Milicic D, Djeric D.Complications otogènes chez les enfants.Journal Français f'oto-rhino-laryngologie(1997)1991;40(9-10):448-451

40-Schilder AG, Zielhuis GA, Straatman HS, Vanden-Broek P. An epidemiological approach to the etiology of middle ear disease in the Netherlands.Eur Arch Otorhinolaryngol 1992; 249(7):370-373

41-Smyth V, Scott J, Tudehope D. The utility of the auditory brainstem response as a screening procedure. International journal of pediatric otorhinolaryngology 1990; 19:45-55

42-Trujillo H, Callejas R, Mejia GI, Castrillon I. Bacteriology of middle ear fluid specimens obtained by tympanocentesis from 111 Colombian children with acute otitis media. Pediatric Infectious Disease Journal 1982;8 (2):94-99

43-Van-Buchem FL, Peeters MF, Van-Hof MA. Acute otitis media: A new treatment strategy. British Medical Journal 1985; 290(6):1033-1039

44-Van-Buchem FL, Peeters MF, Van-Hof MA.Acute otitis media favorable spontaneous course, adjustment of treatment.Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde 1985;129(23):1093-1099

45-Warren WS, Stool SE.Otitis media in low birthweight infants .Journ Pediatr 1971; 79(5):740-743

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Titre de la thèse : Otites moyennes aiguës chez l'enfant de 0 à 5 ans en consultation ORL au CHNYO (aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs)

Auteur : Bertin Priva OUEDRAOGO 01 BP 3805 Ouagadougou 01 (BURKINA FASO)

RESUME

Notre étude, prospective sur l'otite moyenne aiguë de l'enfant de 0 à 5 ans reçu en consultation ORL au CHNYO de Ouagadougou (Burkina Faso) nous a permis sur une période de 6 mois (mars à août) de recruter 206 cas d'OMA. Les OMA diagnostiquées ont été suivies pendant 7 à 10 jours. Nous pouvons retenir que :

L'OMA est une affection fréquente qui touche surtout l'enfant de moins de 2 ans, avec une prédominance masculine.

Le niveau socio-économique des parents, l'âge gestationnel, le poids de naissance, la réanimation à la naissance, ne semblent pas constituer des facteurs déterminants dans sa survenue chez les enfants ; même si le stade clinique auquel les enfants ont été vus à la consultation semble plus avancé chez ceux issus de familles à faible revenu.

Sous traitement l'OMA est de bon pronostic et ses complications aujourd'hui exceptionnelles dans le service. L'évolution est favorable dans la majorité des cas, en dehors de quelques formes traînantes après une semaine de traitement bien conduit.

Mots clés : OMA, enfant, consultation, ORL, Burkina Faso