

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I. L'APPAREIL AUDITIF HUMAIN.....	3
I.1. Rappel embryologique.....	3
I.2. Rappel anatomique.....	4
I.2.1. L'oreille externe.....	6
I.2.1.1. L'auricule.....	6
I.2.1.2. Le Méat Acoustique Externe.....	6
I.2.2. L'oreille moyenne.....	6
I.2.2.1. La caisse tympanique ou contenant.....	6
I.2.2.2. La chaine des osselets ou contenus.....	6
I.2.2.3. Le tube auditif.....	6
I.2.2.4. Les cavités mastoïdiennes.....	7
I.2.3. L'oreille interne.....	7
I.3. Rappel histologique.....	7
I.4. Vascularisations et Innervations.....	7
I.4.1. Oreille externe.....	7
I.4.2. Oreille moyenne.....	8
I.4.3. Oreille interne.....	8
I.5. Rappel physiologique.....	8
II. OTOSCOPIE	11
II.1. Technique de l'otoscopie.....	11
II.2. Les différents aspects otoscopiques des otites.....	13
II.2.1. Les otites externes.....	13
II.2.2. Les otites moyennes aiguës.....	14

II.2.3. Les otites moyennes chroniques.....	14
II.2.4. Les autres types d'otites.....	14
II.3. Diagnostic.....	15
II.3.1. Diagnostic positif.....	15
II.3.1.1. Type de description.....	15
II.3.1.2. Diagnostics bactériologique.....	16
II.3.1.3. Diagnostics différentiels	16
II.3.1.4. Formes cliniques.....	16
II.3.1.5. Evolution des OMA purulentes.....	17
II.4. Complications des OMA purulentes.....	17
DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODE	
I. MATERIELS.....	18
II.METHODE.....	18
II.1. Type et période d'étude	18
II.2. Cadre d'étude.....	18
II.3. Les paramètres à étudier.....	19
II.4. Les critères d'inclusion.....	19
II.5. Les critères d'exclusion.....	19
III.RESULTATS.....	21
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
I.METHODOLOGIE.....	37
II.EPIDEMIOLOGIE.....	37
II.1. Les fréquences des otites.....	37
II.1.1. Otites et ages.....	37
II.1.1.1. Les otites moyennes.....	37
II.1.1.2. Les otomycozes.....	38
II.1.1.3. Les otites externe	38
II.1.1.4. Les otites moyennes	39
chroniques	39
II.1.1.5. L'OSM.....	39
II.1.2. Otites et sexes	40
II.1.3. Les signes présentés.....	40

II.1.4. Otites et traitements.....	40
II.1.4.1. Les OMA.....	42
II.1.4.2. Otites externes et otomyose.....	43
II.1.4.3. Les otites phlycténulaire.....	43
II.1.4.4. L'OSM.....	44
II.1.4.5. Les otites moyennes chroniques.....	45
II.1.5. Evolution des otites	46
SUGGESTIONS	49
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1. Répartition des otites par rapport aux nombres des consultants	21
Tableau 2. Répartition des otites selon les motifs de consultations.....	22
Tableau 3. Répartition des otites selon les résultats otoscopiques.....	23
Tableau 4. Répartition des otites selon les sexes	24
Tableau 5. Répartition des otites congestives selon les tranches d'âges.....	25
Tableau 6. Répartition des otites catarrhales selon les tranches d'âges.....	26
Tableau 7. Répartition des otites collectée selon les tranches d'âges	27
Tableau 8. Répartition des otites purulente selon les tranches d'âges	28
Tableau 9. Répartition des otomycooses selon les tranches d'âges	29
Tableau 10. Répartition des otites tympanosclérosiques selon les tranches d'âges...	30
Tableau 11. Répartition des Otites Atéléctasique selon les tranches d'âges.....	31
Tableau 12. Répartition des otites choléstéatomateuses selon les tranches d'âges....	32
Tableau 13. Répartition des otites phlycténulaires selon les tranches d'âges.....	33
Tableau 14. Répartition des otites externes selon les tranches d'âges.....	34
Tableau 15. Répartition des otites séromuqueuses selon les tranches d'âges.....	35
Tableau 16. Evolution des otites	36

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1. L'appareil auditif humain.....	4
Figure 2. Pavillon de l'oreille droite.....	5
Figure 4. Artères de l'oreille externe.....	5
Figure 5. Artères de l'oreille moyenne.....	10
Figure 6. Tympan gauche normal.....	12
Figure 7. Otoscope à pile.....	20

LISTE DES ABREVIATIONS

ATT	: Aérateur TransTympanique
CCF	: Chirurgie Cervico-Faciale
CE	: Carotide Externe
CSB	: Centre de Santé de Base
DRP	: Désinfection Rhino-Pharyngée
DU	: Diplôme Universitaire
IEC	: Information-Ecoute-Communication
IQ	: Interne Qualifiant
Kg /j	: Kilogramme par jour
MAE	: Méat Acoustique Externe
Mg /j	: Milligramme par jour
OM	: Otite Moyenne
OMA	: Otite Moyenne Aigue
OMC	: Otite Moyenne Chronique
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
OSM	: Otite Seromuqueuse
PR	: Poche de rétraction
PEC	: Prise en Charge
RHD	: Régime Hygièno- Diététique
TA	: Tube Auditif
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
%	: Pourcentage

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les otites sont des inflammations de la peau ou de la muqueuse de l'oreille. En fonction de la localisation et des caractéristiques de l'inflammation, l'otite va porter un nom plus spécifique (1). Elles sont très nombreuses : l'otite externe, l'otite virale, l'Otite Moyenne Aiguë (OMA), les Otites Moyennes Chroniques (OMC), l'Otomycose mais la plus fréquente est l'OMA qui représente 15% des motifs de consultation en Côte d'Ivoire (2).

Selon la définition la plus communément admise à ce jour, l'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation aiguë d'origine infectieuse pouvant être associée à un épanchement purulent dans la cavité de l'oreille moyenne. L'origine est virale et la surinfection bactérienne est fréquente (3). Son diagnostic repose sur la triade « otalgie-hyperthermie-aspect otoscopique pathologique » (4). Le pic d'incidence se situe entre 6 mois et 2 ans (5). Elles sont souvent bénignes mais il faut cependant craindre des complications locorégionales à savoir les méningo-encéphalites qui peuvent être mortelle (6).

Tamatave est la ville où nous avons fait notre étude, elle se situe sur le cote-Est de Madagascar, c'est une zone d'endémie palustre. Les patients présentant une hyperthermie s'automédicamentisent avec des antipaludéens, vu que les effets néfastes sont nombreux (la résistance, hypoacousie pour les formes injectables,...)

L'examen otoscopique est la clef du diagnostic ; les signes fonctionnels et généraux, bien qu'indispensables, n'auront aucune spécificité.

L'examen doit être aussi, conduit avec précaution afin d'éviter tout traumatisme susceptible de modifier l'aspect local. La vision de 75 % au moins de la surface du tympan est nécessaire. L'examen est très dépendant de la qualité du matériel ; pour se faire, plusieurs matériels peuvent être utilisés: otoscope à pile ou à batterie rechargeable, l'otoscope pneumatique, le miroir de Clar, l'oto-endoscope et le microscope (7). Les résultats otoscopiques ainsi que leurs traitements varient suivant les pathologies de l'oreille.

Au sein du service O.R.L-C.C.F du C.H.U de Toamasina, les otites sont l'une des premières causes de prescription d'antibiotique et constituent 57% des consultations ; ce qui nous a poussé principalement sur le choix du thème :

« Aspects otoscopiques des otites,

cas observés au CHU Toamasina.

Notre but est que cette étude servira de document de base pour tout personnel de santé sur le diagnostic et la prise en charge d'une otite.

Les objectifs spécifiques de:

- Manipuler correctement un otoscope,
- Diagnostic d'une Otite selon les résultats otoscopiques,
- Prendre en charge, d'une façon adéquate, une otite afin d'éviter tout risque de récurrences aboutissant à des complications comme une perte de l'acuité auditive, une paralysie faciale,...
- Sensibiliser la population sur la fragilité du tympan pouvant nuire totalement le développement psycho-social et professionnel.

Pour les atteindre, notre étude sera développée en trois (03) parties :

- la première a été consacrée aux revues de la littérature ;
- la deuxième est le corps de notre étude portant sur les matériels, les méthodes et les résultats ;
- la troisième et dernière partie qui donne place aux discussions et aux suggestions ;

Et une petite conclusion pour la clôturer.

PREMIERE PARTIE :
REVUES DE LA LITTERATURE

I. L'APPAREIL AUDITIF HUMAIN

I.1. Rappel embryologique (8)

La première fente branchiale est l'origine du MAE. L'auricule de l'oreille dérive de 6 bourgeons mésenchymateux tapissés par l'ectoderme,

La première poche endodermique s'allonge, donnant naissance au tube auditif et se dilate à son extrémité, donnant naissance à la caisse du tympan. La caisse du tympan en augmentant de volume enveloppe les ébauches cartilagineuses des osselets. Les 3 osselets se différencient à partir des condensations pré-cartilagineuses apparues dans le mésenchyme du 1er arc pharyngien pour le malleus et l'incus et du 2è arc pharyngien pour le stapes.

L'oreille interne se compose du labyrinthe membraneux et du Labyrinthe osseux :

Développement du labyrinthe membraneux :

Il s'agit de la portion épithéliale, d'origine ectodermique, de l'oreille interne. Son développement passe par plusieurs stades, ceux de la placode, de la fossette et de la vésicule otique.

A 26 jours, la vésicule otique émet une évagination dorsale, **le canal endolymphatique**. Puis au cours des 4è et 5è semaines, la vésicule se divise en 2 cavités : une cavité dorsale qui donnera l'utricule et les canaux semi-circulaires et une cavité ventrale, à l'origine du saccule et de la cochlée.

Développement du labyrinthe osseux :

Il s'agit d'un ensemble des cavités creusées dans le rocher qui abrite le labyrinthe membraneux. Il se constitue à partir de cellules mésenchymateuses qui, sous l'influence de signaux inducteurs paracrines émanant de la vésicule otique, se condensent autour d'elle, puis se différencient en cellules cartilagineuses. **La capsule otique** qui en résulte subira ultérieurement une ossification endochondrale.

I.2. Rappel Anatomique (9) (10)

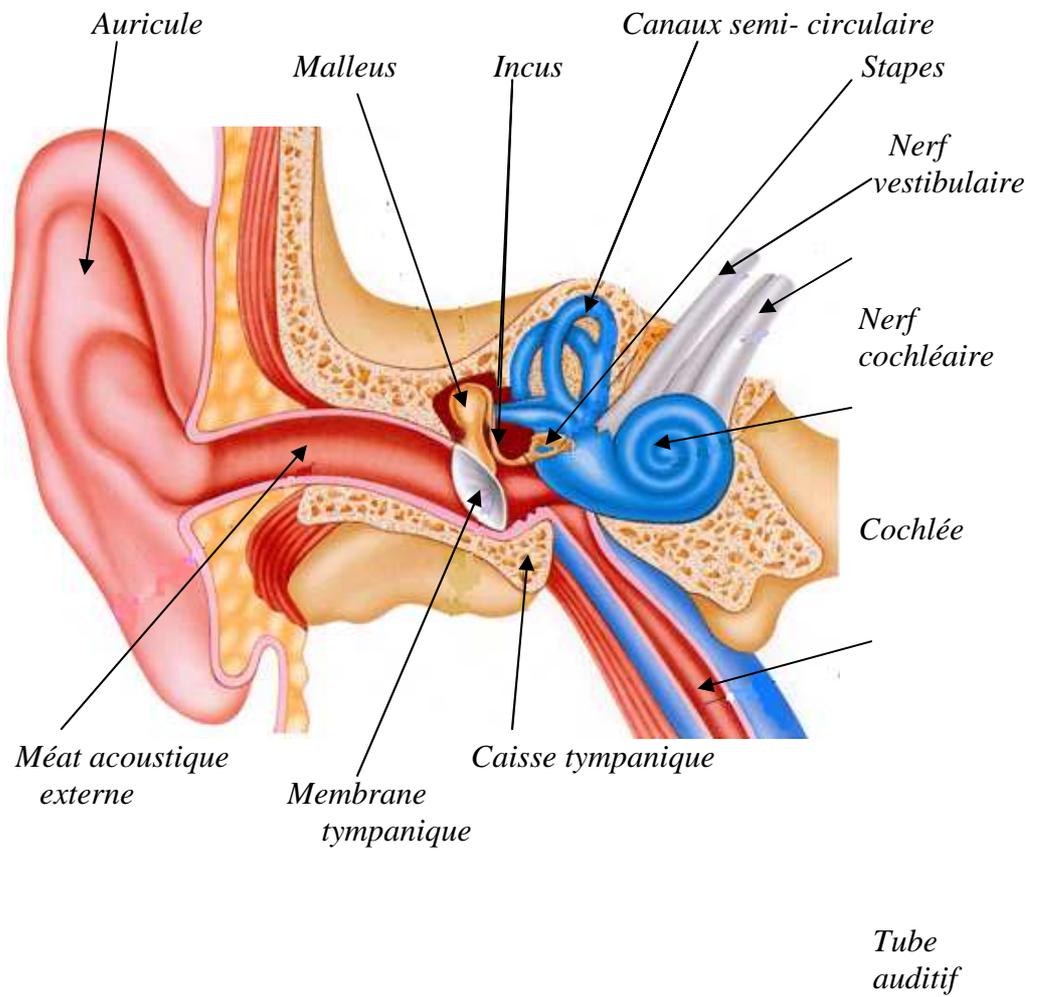


Figure 1. L'appareil auditif humain

dangersduson.free.fr/oreille.htm

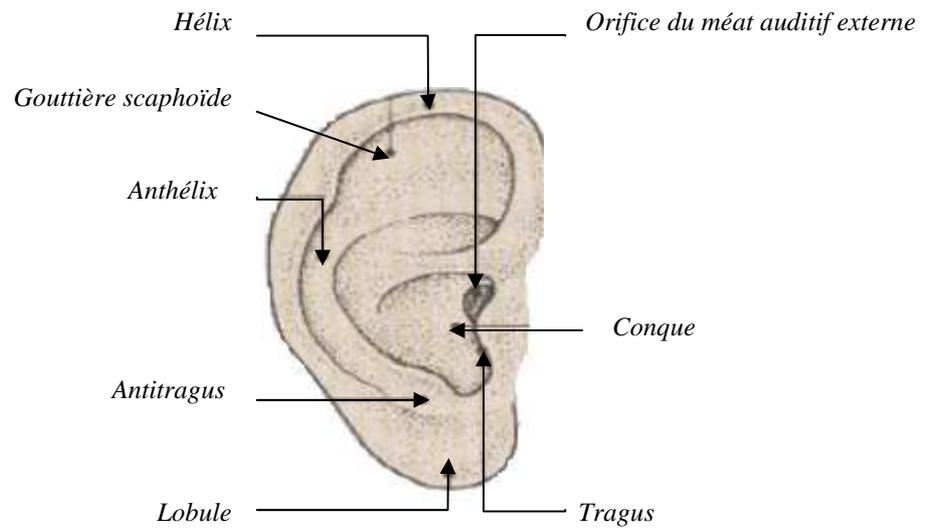


Figure 2. Pavillon de l'oreille droite

thecorpo.fr/download/download/certifs-masters/organe-des-sens/anat-oreille.ppt

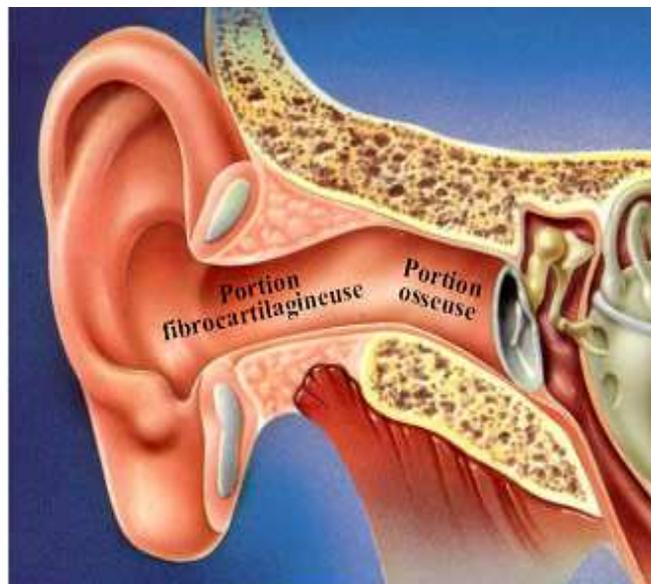


Figure 3. Le méat acoustique externe droit

<http://audioconseil-oreile.html>

I.2.1. L'oreille externe

C'est la seule partie visible de l'oreille humaine. Elle comprend l'auricule et le Méat Acoustique Externe (MAE), fermé par une membrane élastique (comme celle d'une peau de tambour).

I.2.1.1. L'auricule

Ovale à grosse extrémité supérieure et il est fait de cartilage. Sa taille moyenne chez l'adulte est de 60 à 65 mm pour la hauteur, et de 25 à 36 mm pour la largeur. Elle possède des nombreuses irrégularités de surface :

- L'hélix et l'anthélix séparés par la gouttière scaphoïde en arrière ;
- Le tragus et l'antitragus séparés par une dépression en forme d'entonnoir.

I.2.1.2. Le Méat Acoustique Externe

C'est un tube qui conduit à l'oreille moyenne ; étendu depuis la conque jusqu'au tympan. Il a la forme d'un « S » allongé, diminuant de diamètre à mesure que l'on se rapproche vers le fond ; c'est-à-dire le tympan.

I.2.2. L'oreille moyenne

I.2.2.1. La caisse du tympan ou contenant

Elle se présente comme une cavité prolongée en avant par **le tube Auditif** qui aboutit dans le rhino- pharynx. Le **tympan** est une membrane fibreuse séparant l'oreille externe et l'oreille moyenne), sa section est de **60mm carré**.

I.2.2.2. La chaîne des osselets ou contenus

La caisse du tympan contient trois petits osselets : malleus, incus, stapes, pour transmettre le son à l'oreille interne.

I.2.2.3. Le Tube Auditif

Anciennement appelée « **Trompe d'Eustache** » ; c'est un conduit osseux et fibro-cartilagineux de 35mm de long ; reliant la paroi antérieure de l'oreille moyenne au rhinopharynx, c'est-à-dire l'arrière-nez. Elle assure l'équipression de part et d'autre du tympan.

I.2.2.4. les cavités mastoïdiennes

Ce sont des diverticules de la caisse du tympan qui sont en relation avec l'antre mastoïdien, qui est une cavité en continuité avec les espaces remplis d'air (les cellules mastoïdiennes), creusées dans l'épaisseur de l'os temporal et de la partie mastoïdienne.

La membrane muqueuse qui tapisse les cellules aériques mastoïdiennes est en continuité avec la membrane muqueuse de l'oreille moyenne. Ainsi, les infections de l'oreille moyenne peuvent aisément se propager aux cavités mastoïdiennes.

I.2.3. L'oreille interne

Elle comprend une cavité rigide de forme complexe, le labyrinthe osseux, dans laquelle flotte un organe souple et creux de forme comparable : le labyrinthe membraneux. Il contient deux liquides, l'endolymphe dans le labyrinthe membraneux et la périlymphe dans le labyrinthe osseux. Elle comprend 02 parties : le vestibule en arrière et la cochlée en avant.

I.3. Rappel histologique (11) (12)

L'oreille externe comporte un revêtement épithélial semblable à celui de la peau. Il s'agit d'un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé en surface.

La muqueuse du tube auditif (TA), dont l'épithélium est de type respiratoire, repose sur une armature cartilagineuse et fibreuse dans sa portion médiale et osseuse dans sa portion latérale.

Toute l'oreille interne est revêtue par un épithélium pavimenteux simple ou cubique, sauf au niveau des récepteurs neurosensoriels tels que : les macules, l'utricule et le saccule au niveau du vestibule, et que l'organe de Corti au niveau de la cochlée.

I.4. Vascularisations et innervations (13) (14)

1.4.1. Oreille externe

L'auricule est vascularisée par deux artères (branches collatérales de la carotide externe), d'une part l'artère temporale superficielle et d'autre part l'artère auriculaire postérieure.

Le MAE est vascularisée par l'artère tympanique qui est une branche de l'artère maxillaire interne.

Le rameau sensitif du VII bis assure l'innervation de la zone de RAMSEY HUNT (partie proximale du MAE et partie centrale du pavillon).

Elle est drainée par les veines temporales superficielles et la veine auriculaire postérieure qui se rendent vers la veine jugulaire externe et la veine émissaire mastoïdienne.

I.4.2. Oreille moyenne

Elles sont vascularisées par l'artère tympanique et l'artère méningée moyenne (toutes les deux branches de l'artère maxillaire interne), et l'artère stylo-mastoïdienne (branche de l'auriculaire postérieure).

L'innervation motrice est destinée au muscle du malleus, qui est assuré par le V3 et celui de l'étrier par le VII. Les nerfs sensitifs sont pour la TA (orifice pharyngien) ; qui est le nerf pharyngien de BOCK, branche du V, et pour le reste de la TA, c'est le nerf de JACKOBSON, branche du IX.

Le drainage se fait en avant vers les plexus ptérygoïdien ; en bas vers le golf de la jugulaire (interne) ; en arrière vers le sinus latéral et les sinus pétreux (supérieurs et inférieurs).

I.4.3. Oreille interne

La vascularisation de l'oreille interne dépend essentiellement du système vertébro-basilaire. Il donne naissance à l'artère cérébelleuse moyenne qui irrigue le labyrinthe par l'intermédiaire de l'artère auditive interne.

L'artère cochléaire irrigue les trois quarts supérieurs de la cochlée et l'artère vestibulo-cochléaire irrigue le quart restant par sa branche cochléaire

I.5. Rappel physiologique (15)

L'oreille externe a deux fonctions essentielles :

L'un est de recueillir les vibrations de l'air et les "**focaliser**" sur l'entrée de l'oreille moyenne grâce aux auricules,

L'autre est d'assurer une protection contre les agressions extérieures (chocs, agressions bactériennes, froids...) favorisé par la sécrétion des glandes cérumineuses faites par le MAE.

La caisse permet de transmettre le message auditif avec amplification par le tympan vers l'oreille interne.

L'oreille moyenne joue également un rôle de tampon thermique entre l'oreille interne et le monde extérieur, grâce à son volume d'air, peu conducteur de la chaleur et du froid. ,

Le rôle de l'oreille interne est de transformer ces vibrations en influx nerveux : l'oreille interne contient les véritables récepteurs de l'audition.

Rapport-Gratuit.com

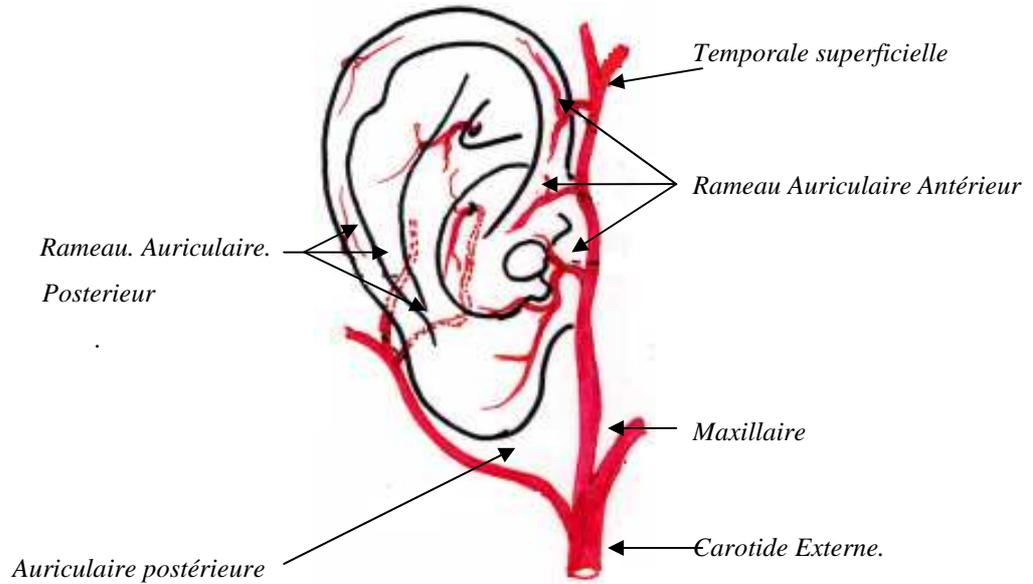
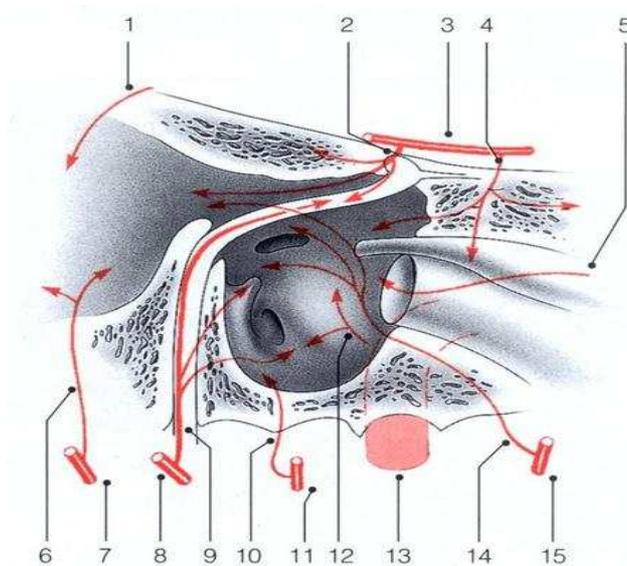


Figure 4. Artères de l'oreille externe

univ-brest.fr/oreille-externe.htm



1. Artère de la fossa subarcuata
2. Artère pétreuse superficielle
3. Artère méningée moyenne
4. Artère tympanique supérieure
5. Artère de la trompe auditive
6. Artère mastoïdienne
7. Artère occipitale
8. Artère auriculaire postérieure
9. Artère stylomastoïdienne
10. Artère tympanique inférieure
11. Artère pharyngienne ascendante
12. Artère caroticotympanique
13. Artère carotide interne
14. Artère tympanique antérieure
15. Artère maxillaire interne

Figure 5. Artères de l'oreille moyenne

<http://www.audioconseil.fr-conseil-images/anatomie.gif>

II. L'OTOSCOPIE (2) (7) (16)

II.1. Technique de l'otoscopie

La réalisation d'une otoscopie dans les meilleures conditions passe par plusieurs stades :

➤ L'installation parfaite (patient assis face à l'examineur), laissant aux praticiens ses deux mains libres. Comme l'enfant bouge beaucoup, la contention doit être parfaite ; il est assis sur sa mère avec les bras croisés. La mère doit maintenir par une main ses deux avant-bras et par l'autre main sa tête.

➤ Il faut disposer ; des plusieurs spéculums (un speculum pour une oreille), d'une micro-pince, voire un micro crochet pour ôter les débris ou des dépôts cérumineux qui masquent éventuellement le tympan ;

➤ Puis ;

- Vérifier la bonne marche du matériel ;
- Utiliser le plus grand speculum ;
- Tenir l'otoscope par le pouce-index, main homonyme à l'oreille à examiner ;
- Commencer par l'oreille présumée saine ;
- Dos de la main contre la joue ;
- Tirer le pavillon en haut et en arrière pour l'adulte et en bas pour les enfants. A l'âge de 12 à 16 mois, les parois du MAE sont souples du fait de la structure fibro-cartilagineuse
- Illuminer le MAE,
- Examen quadrant par quadrant du tympan pour bien localiser une éventuelle perforation.

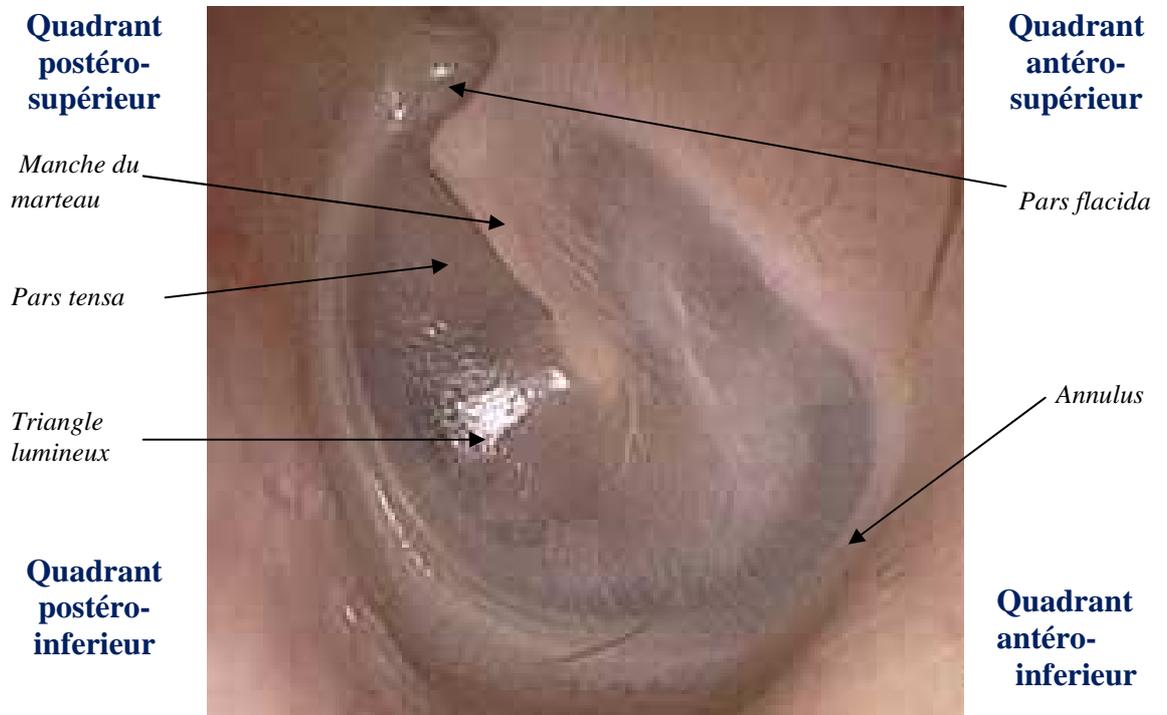


Figure 6. Tympan gauche normal
fr.wikipedia.org/wiki/otoscopie

Le diagnostic d'une otite nécessite un bon apprentissage et un éclairage parfaits en raison de l'étroitesse du champ de vision.

Normalement, le tympan est gris rosé avec la manche du marteau blanc nacré et le triangle lumineux. Les autres structures appartenant à l'oreille moyenne ne peuvent être visualisées qu'en cas d'une perforation tympanique

II.2. Les différents aspects otoscopiques des otites (1) (17)

II.2.1. Les Otites Externes

Ce sont des inflammations du méat acoustique externe, délimité par le tragus en dehors et le tympan en dedans. Elles se manifestent par un œdème de la peau du méat, une vive douleur à la mobilisation du pavillon auriculaire et parfois un suintement.

II.2.2. Les Otites Moyennes Aigues

C'est une inflammation aiguë de la muqueuse de l'oreille moyenne, d'origine microbienne (bactérienne ou virale), fréquente chez les jeunes enfants. La guérison se fait de façon spontanée (85 % des cas), mais parfois un petit geste chirurgical, la paracentèse, et/ou l'utilisation d'antibiotiques peuvent être conseillés, la surinfection de ce type d'otite étant rapide.

- **OMA congestive :**

Tympan rouge vif, hyper vascularisé avec disparition du triangle lumineux, mais les reliefs ossiculaires sont respectés.

- **OMA catarrhale :**

Tympan lisse et opaque, avec des sécrétions abondante séromuqueuses.

- **OMA collectée ou purulente :**

Un épanchement rétro-tympanique avec disparition du triangle lumineux. Extériorisation de l'épanchement (Otorrhée) ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement), Avec parfois un aspect jaunâtre: tympan tendu prêt à se rompre.

- **OMA avec perforation tympanique :**

Perforation localisée de la membrane tympanique

II.2.3. Les otites moyennes chroniques (OMC)

Il s'agit également d'une inflammation et/ou d'une infection de la muqueuse qui tapisse la cavité tympanique, mais elle est installée depuis plus de trois mois.

Ce genre d'otite a tendance à se répéter régulièrement, et le sujet atteint dresse un tableau pathologique donnant l'impression d'une continuité.

L'évolution de la pathologie vers une otite chronique passe nécessairement par une phase d'otite **sero-muqueuse**, à distinguer de l'otite moyenne aiguë par ses épanchements de mucus dans l'oreille moyenne.

- **Otite séromuqueuse (OSM) :**

Elle est définie par l'existence d'une inflammation chronique de l'oreille moyenne.

L'otoscopie montre une perte de la semi-transparence du tympan avec présence des niveaux liquides ou bulles. Elle est due à une mauvaise ventilation de l'oreille moyenne par obstruction tubaire durable.

- **Otite atéléctasique :**

Elle est définie comme un collapsus de la caisse du tympan avec rétraction de la membrane tympanique. Le tympan subit une rétractation dans la cavité de l'oreille moyenne, moulant les osselets.

- **Otite tympanosclérotique :**

C'est une transformation hyaline de la muqueuse de l'oreille moyenne. Elle se présente par une infiltration blanc-jaunâtre de la muqueuse du fond de caisse, voire une atteinte de la chaîne ossiculaire.

C'est une calcification de la membrane du tympan et ou des osselets.

- **Otite cholestéatomateuse :**

Due au développement dans l'oreille interne d'un kyste de l'épiderme, le cholestéatome. Elle est secondaire à une OSM.

II.2.4. Autres types d'otites

- **Otite phlycténulaire ou Myringite :**

Otite virale ou grippale, apparition souvent quelques jours après un état grippal. Son principal symptôme est une douleur auriculaire se développant rapidement. L'otoscopie montre des bulles à contenu liquidien.

- **Otomycose :**

C'est une otite externe fongique pouvant être isolée ou associée à une infection à pyogènes. L'otoscopie montre une plaque de mycose au fond du MAE.

II.3. Diagnostics (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)

Le diagnostic d'une **otite** :

- se pose devant l'anamnèse, et les antécédents personnels ;
- repose sur l'examen otoscopique, l'examen de la sphère ORL complet et symétrique mais les autres appareils seront examinés en fonction de l'interrogatoire ;
- et confirmé par les examens paracliniques comme la radiographie de la face en incidence de BLONDEAU, les tests allergologiques ou le Prick-test....

II.3.1. Diagnostic positif

II.3.1.1. Type de description : L'OMA purulente

a. diagnostic clinique

Signes généraux : On observe dans 50 à 70% des cas, une fièvre qui oscille entre 38,5 à 40°C. Chez l'enfant, c'est une symptomatologie extra-auriculaire qui attire l'attention des parents, ainsi que du médecin comme l'asthénie, l'anorexie récente, irritabilité, insomnie, conjonctivite et des troubles digestifs

Signes fonctionnels : l'Otodynie et ses équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie et l'hypoacousie). L'otalgie et la fièvre, les deux signes les plus classiques de l'OMA purulente, ne sont pas constants.

Les signes otoscopiques : Les signes otoscopiques retrouvés dans l'OMA purulente sont de 03 stades: congestion ou hypervascularisation marquée associée à un épanchement rétro-tympanique, extériorisé (otorrhée) ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement), avec parfois un aspect jaunâtre : tympan tendu prêt à se rompre.

L'apophyse externe du manche du marteau apporte une aide particulièrement intéressante dans les situations douteuses : sa non visualisation affirme le bombement; en revanche, sa visualisation n'exclut pas un bombement.

En l'absence de signes d'épanchement rétro-tympanique, le diagnostic d'OMA purulente est peu probable.

b. Diagnostic bactériologique : Le diagnostic bactériologique repose sur l'examen de l'otorrhée ; qui est dans 25 à 30% des cas revenant stérile. Les principaux germes responsables sont : Haemophilus influenzae dans 40% des otites (dont 40% sont sécrétrice des betalactamase) ; Pneumocoque dans 30% des cas (qui présente des souches de sensibilité diminuée à la pénicilline) ; Moraxella catarrhalis dans 10 à 15% des cas (producteur de betalactamase dans 85% des cas).

II. 3.1. 2. Diagnostics différentiels

Une OMA purulente est à différencier d'une Otite phlycténulaire, d'une Otite externe, ou d'une Otite séreuse.

II. 3.1. 3. Formes cliniques

a. Selon l'âge

L'OMA est souvent bilatérale et ne se traduit que par une atteinte de l'état général chez le nourrisson.

b. Selon le germe

En faveur d'une atteinte par le pneumocoque on peut citer une fièvre importante et une otalgie intense .en faveur d'une atteinte par l'Hémophilus, une OMA purulente avec une conjonctivite associée.

c. L'OMA récidivante

Elle doit faire rechercher des facteurs favorisants : le tabagisme passif, les crèches, les allergies naso-sinusiennes, une fente vélo-palatine, ou une immunodépression...

II. 3.1. 4. Evolution des OMA purulentes

Les études cliniques de prescription d'antibiotiques versus placebo montrent que la majorité des OMA purulentes guérit spontanément. Plusieurs facteurs semblent y intervenir :

L'âge des patients (plus le patient est âgé plus le pourcentage de guérison spontanée est élevé),

La symptomatologie clinique (les otites fébriles, douloureuses et avec otorrhée ont une évolution moins favorable),

Le germe en cause (attention aux otites à pneumocoque et à streptocoque du groupe A).

En pratique, une abstention de prescription d'antibiotiques est possible chez les patients âgés de plus de 2 ans avec une réévaluation clinique obligatoire à 48 h.

II. 4. Complications des OMA purulentes

Elles sont d'ordre infectieuse et faite :

- **Une perforation tympanique** : après une rupture spontanée de la membrane tympanique.
- **Une mastoïdite** : l'inspection retrouve un œdème rétro-auriculaire effaçant le sillon et décollant le pavillon, fluctuant à la palpation. Son existence traduit la présence d'un abcès sous périosté. L'otoscopie montre une chute de la paroi postérieure du conduit et une voussure en « *pie de vache* » du tympan ou une otorrhée fréquente.
- **Une labyrinthite** : la triade classique, vertige-hypoacousie-acouphènes est difficile à faire préciser par un enfant.
- **Une Paralysie faciale** : elle peut survenir au cours d'une otite banale : elle est d'installation précoce et rarement totale; elle aura alors un bon pronostic.
- **Des complications endocrâniennes** : Il peut s'agir d'une méningite ou d'un abcès cérébral.
- **La Récidive** : c'est la complication la plus fréquente.
- **Le passage à la chronicité**
- **L'hypoacousie.**

DEUXIEME PARTIE :
MATERIELS ET METHODE

I. MATERIELS

Pour collecter les données, nous avons consulté un cahier de registre de consultation mentionnant : la date de consultation, le nom et prénoms du malade, le sexe, l'âge, le domicile, le motif de consultation.

Dans le service O.R.L-C.C.F du C.H.U Tamatave, nous utilisons *l'otoscope* comme matériel. Il est l'instrument le plus maniable.

Il est constitué d'un manche, et d'une tête munie d'un système lumineux, d'une lentille grossissante et d'un speculum jetable.

On utilise des embouts adaptés à la taille du MAE.

L'examen doit être conduit avec précaution afin d'éviter tout traumatisme susceptible de modifier l'aspect local. La vision de 75 % au moins de la surface du tympan est nécessaire.

II. METHODE

II.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective d'allant du mois de Mars 2003 au Novembre 2010 et prospective du Novembre 2010 à Decembre 2011. Elle s'est étendue donc sur une période de 8 ans.

II.2. Cadre d'étude

Notre recherche se déroulait au sein du CHU Toamasina qui se situe à quelques kilomètres de la ville, le personnel du service a été composé de 2 médecins, 4 thésards, une infirmière-major, 04 sages-femmes et de 2 agents d'appuis. Il y avait une salle de soin, un bureau et un vestiaire pour les médecins ; une salle de garde pour les paramédicaux.

Comme matériels il y avait, un otoscope rechargeable, une lampe frontale, une source de lumière froide, un œsophagoscope, un laryngoscope avec suspension, et quelques boîtes pour les chirurgies.

Notre étude a été menée sur 8155 malades recrutés à partir d'une étude des registres de consultation; et aussi par examen direct des consultant en passant par l'interrogatoire, l'otoscopie et l'enregistrement.

Le délai moyen entre le premier signe et le jour de consultation est allant de 02jours à 2ans.

II.3. Les paramètres à étudier

- La fréquence,
- Les aspects otoscopiques des otites,
- L'âge,
- Le sexe,
- Les motifs de consultation,
- L'évolution après 10jours de traitements.

II.4. Les critères d'inclusion

Tous malades ayant l'un de ces signes:

- Une otodynne ou otalgie,
- Une otorrhée,
- Présence des dépôts blanchâtres au niveau du MAE
- Présence des lésions tympaniques.

II.5. Les critères d'exclusion

Tous patients qui présentent :

- Tous signes subjectifs auriculaires avec,
- Un aspect otoscopique normal.



Figure 7. Otoscope à pile

www.oreillemudry.ch/otoscope

I. RESULTATS

Tableau 1. Répartition des otites par rapport aux nombres des consultants

Nombre des consultants	Nombre des otites	Pourcentage
8155	4 656	57%

Cinquante sept pourcent des consultations au sein de notre service présentent des otites.

Tableau 2. Répartition des otites selon les motifs de consultations

ASPECT OTOSCOPIQUE DES OTITES	SIGNES SUBJECTIFS
Congestive	Otodynie, fièvre, rhinite
Catarrhale	Otalgie, fièvre
Collectées	Otodynie intense uni ou bilatérale
Purulentes avec perforation tympanique	Atténuation de la douleur, otorrhée
Mycosiques	Prurit du MAE, otodynie
Tympanosclérosique	Hypoacousie
Atéléctasique	Hypoacousie
Choléstéatomateuse	Hypoacousie
Phlycténulaire	Otodynie, Syndrome grippal,
Externe	Otorrhée (après une baignade ou grattage),
OSM	Hypoacousie, retard scolaire

Les patients qui viennent en consultation pour une otite présentent des signes très diversifiés.

Tableau 3. Répartition des otites selon les résultats otoscopiques

Aspect otoscopique des otites	Nombre	Pourcentage
Congestive	250	5,36%
Catarrhale	107	2,29%
Collectées	200	4,29%
Purulentes avec perforation tympanique	2 302	49,44%
Mycosiques	953	20,64%
Tympanosclérosique	30	0,64%
Atélectasique	20	0,42%
Choléstatomateuse	33	0,7%
Phlycténulaire	7	0,15%
Externe	260	5,58%
OSM	494	10,60%
TOTAL	4 656	100%

Selon les aspects otoscopiques, les otites purulentes avec perforation tympanique sont les plus nombreuses.

Tableau 4. Répartition des otites selon les sexes

Aspect otoscopique des otites	Féminin		Masculin	
	Nombre	%	Nombre	%
Congestive	150	3,22%	100	2,14%
Catarrhale	37	0,79%	70	1,50%
Collectées	80	1,71%	120	2,57%
Purulentes avec perforation tympanique	1402	31%	900	20%
Mycosiques	897	19,27%	106	2,28%
Tympanosclérosique	0	0%	0	0%
Atéléctasique	0	0%	0	0%
Cholésteatomateuse	20	0,42%	13	0,27%
Phlycténulaire	5	0,11%	2	0,04%
Externe	110	2,36%	150	3,22%
OSM	404	8,67%%	90	1,93%
TOTAL	3 105	67,55%	1 551	33,95%

Au cours d'une otite, les sexes féminins sont les plus touchés.

Tableau 5. Répartition des otites congestives selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	170	68%
11 - 20ans	42	16,8%
21 - 30 ans	26	10,4%
31 - 40ans	0	0%
41 - 50ans	7	2,8%
51 - 60ans	5	2%
61 - 70ans	0	0%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	250	100%

Les otites congestives touchent généralement les enfants de moins de 10ans.

Tableau 6. Répartition des otites catarrhales selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	90	84,11%
11 - 20ans	10	9,34%
21 - 30 ans	5	4,67%
31 - 40ans	0	0%
41 - 50ans	0	0
51 - 60ans	0	0%
61 - 70ans	2	1,86%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	107	100%

Les otites catarrhales touchent les moins de 10 ans.

Tableau 7. Répartition des otites collectée selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	152	76%
11 - 20ans	30	15%
21 - 30 ans	0	0%
31 - 40ans	0	0%
41 - 50ans	10	5%
51 - 60ans	8	4%
61 - 70ans	0	0%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	200	100%

Les otites collectées touchent les moins de 10 ans.

Tableau 8. Répartition des otites purulente selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	774	33,62%
11 - 20ans	592	25,71%
21 - 30 ans	530	23,02%
31 - 40ans	354	15,37 %
41 - 50ans	42	1,82%
51 - 60ans	5	0,21%
61 - 70ans	5	0,21%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	2 302	100%

Les OMA purulentes touchent les moins de 10 ans.

Tableau 9. Répartition des otomycooses selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	55	5,48%
11 - 20ans	21	2,09%
21 - 30 ans	227	26,63%
31 - 40ans	520	54,56%
41 - 50ans	115	11,46%
51 - 60ans	6	0,6%
61 - 70ans	7	0,7%
71 - 80ans	2	0,2%
TOTAL	953	100%

Au cours d'une otomycoose, les 30à 40 ans sont les plus concernés.

Tableau 10. Répartition des otites tympanosclérosiques selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	0	0%
11 - 20ans	0	0%
21 - 30 ans	0	0%
31 - 40ans	5	16,66%
41 - 50ans	13	43,33%
51 - 60ans	2	6,66%
61 - 70ans	8	26,66%
71 - 80ans	2	6,66%
TOTAL	30	100%

Au cours d'une otite tympanosclérosique, c'est la tranche d'âge de 40 à 50 ans qui sont les plus touchés.

Tableau 11. Répartition des Otites Atélectasique selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	0	0%
11 - 20ans	0	0%
21 - 30 ans	0	0%
31 - 40ans	7	35%
41 - 50ans	3	15%
51 - 60ans	1	5%
61 - 70ans	11	55%
71 - 80ans	8	40%
TOTAL	20	100%

L'otite atélectasique touche le plus fréquemment les 60 à 70ans.

Tableau 12. Répartition des otites choléstéatomateuses selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	0	0%
11 - 20ans	0	0%
21 - 30 ans	0	0%
31 - 40ans	15	45,45%
41 - 50ans	2	6,06%
51 - 60ans	10	30,30%
61 - 70ans	6	18,18%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	33	100%

L'Otite choléstéatomateuse touche la tranche d'âge de 30 à 40 ans.

Tableau 13. Répartition des otites phlycténulaires selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	0	0%
11 - 20ans	2	28,57%
21 - 30 ans	5	71,42%
31 - 40ans	0	0%
41 - 50ans	0	0%
51 - 60ans	0	0%
61 - 70ans	0	0%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	7	100%

L'otite phlycténulaire touche les 20à30 ans.

Tableau 14. Répartition des otites externes selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	0	0%
11 - 20ans	7	2,69%
21 - 30 ans	185	71,53%
31 - 40ans	45	17,30%
40 - 50ans	23	8,84%
51 - 60ans	0	0%
61 - 70ans	0	0%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	260	100%

L'otite externe touche les 20 à 30ans.

Tableau 15. Répartition des otites séromuqueuses selon les tranches d'âges

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 10ans	344	69,63%
11 - 20ans	30	6,07%
21 - 30 ans	16	3,23%
31 - 40ans	41	8,29%
41 - 50ans	63	12,53%
51 - 60ans	0	0%
61 - 70ans	0	0%
71 - 80ans	0	0%
TOTAL	494	100%

L'otite sero-muqueuse touche moins de 10 ans.

Tableau 16. Evolutions des otites

Otites	Evolution	Guérit sous traitement adéquat (suivi après 10j)	Persistance des signes otoscopiques	Perdues de vues ou T3 mal conduit
Congestive		225	20	5
Catarrhale		102	5	0
Collectées		175	10	15
Purulentes avec perforation tympanique		1500	802	0
Otomycose		894	0	59
Tympanosclérosique		0	10	20
Atéléctasique		0	10	10
Choléstéatomateuse		12	6	2
Phlycténulaire		7	0	0
Externe		224	0	36
OSM		290	139	65
TOTAL		3429	1002	96

Parmi ces types d'otites, l'otite purulente avec perforation tympanique sont les plus nombreuses.

TROISIEME PARTIE :

COMMENTAIRES

I. Méthodologie

C'est une étude rétrospective et prospective allant de 2003 à 2010 ; nous avons répertorié les résultats de l'examen otoscopique des différents types d'otites.

II. Epidémiologie

II.1. La fréquence des otites

Cinquante sept pourcent (57%) des consultations au sein du service ORL-CCF du CHU de Toamasina présentaient des otites et d'après l'aspect macroscopique des otorrhées, 49,44% sont des otites moyennes purulentes.

RICHARD .A (25) a trouvé que 58% de consultation sont des otites et d'après une étude bactériologique des otorrhées en Cote d'Ivoire fait par ETTE-AKRE ,72% des prélèvements sont purulent (26).

Les caractéristiques purulentes des liquides d'écoulement sont macroscopiques car aucun examen bactériologique n'a été effectué dans notre étude.

II.1.1. Otites et âge

II.1.1.1. Les otites moyennes aiguës

Au sein de notre service, les enfants de moins de 10 ans sont les plus souvent atteints d'OMA ; avec les otites congestives : 68%, les otites catarrhales : 84,11%, et les otites collectées : 76%. Ces proportions nous donnent en moyenne 76% des consultants présentant des otites moyennes aiguës sont des enfants inférieurs à 10ans.

D'après COIFFIER T.et GEHANNO B. (27) (28) (29), les otites moyennes aiguës étaient la pathologie la plus fréquente de l'enfant avant l'âge de 6ans surtout entre 6mois à 3 ans. Selon les mêmes auteurs, plus de 80% des enfants ont déjà présentés au moins une otite moyenne et la moitié d'entre eux ont trois ou plus.

En Cote d'Ivoire, d'après ETTE-AKRE (30), les otites moyennes aiguës étaient une affection fréquente du nourrisson et de l'enfant puisqu'elle représentait environ 15% des motifs de consultations en générale et 70% des malades d'OMA étaient des enfants de moins de 10 ans.

Cela peut s'expliquer par :

- l'anatomie de la Tuba Auditiva à cette tranche d'âge qui est courte et béante,
- c'est la période où la rhinopharyngite est très fréquente, on l'appelle « *phase d'adaptation* ».

Nous avons aussi constaté que la fréquence des ces types d'otites diminue au fur et à mesure que l'âge avance. Chez les plus de 10ans si la DRP est négligée, elle aboutira à la « *phase séquellaire ou récidive* » (29).

II.1.1.2. Les otomycozes

Une étude faite sur 101 patients au service (ORL) du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire) a montré que 20,8% sont dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans et avec une prédominance féminine car 59 sont des sexes féminins et 42 sont masculins (31).

Dans notre étude, l'otomycose représente les 21,54% de toutes les otites et touche la même tranche d'âge et avec une prédominance féminine.

L'utilisation des épingles, des cotons-tiges, ...qu'on introduit dans le MAE en cas d'une sensation anormale favorise la survenue des otomycozes, ainsi que le « nettoyage » intempestifs des oreilles sont très fréquente à l'âge de 30 à 40 ans surtout les femmes.

II.1.1.3. Les otites externes

Elles représentent 5,58% des otites avec une tranche d'âge 40-50ans.

Au Pays Bas, son incidence est de 14 % des patients par an avec la même tranche d'âge(33); Cela pourrait s'expliquer par l'augmentation des facteurs de risque principaux des otites externes observées par le grattage du MAE (35 à 49%) (34).

La baignade aussi est l'une des causes de ce genre d'otite : l'humidité dans le MAE après la baignade. La durée et la fréquence des séjours dans l'eau ; plus l'eau est chaude, plus les germes se développent facilement(35).

La qualité des eaux de baignade est également importante ; les eaux polluées augmentent les risques d'infection, tout comme les eaux de piscine à cause de leur température (35).

II.1.1.4. Les otites moyennes chroniques

Elles sont rares tels que les otites atéléctasiques, tympanosclérosiques, cholestéatomateuses et OSM, mais sont non négligeables du fait de leurs impacts socioprofessionnels (surdités). Elles sont définies par une otite persistante plus de 3 semaines, traitées ou non. La plus fréquente est l'OSM.

II.1.1.5. L'OSM

Il y a une étude qui démontre qu'une OSM touche les enfants de 3 à 8 ans dans 4% des cas. L'âge moyen est de 5 ans, et elle est bilatérale dans 85 % des cas (34).

L'OSM représente 10,6% des otites en service ORL-CCF du CHU Tamatave et touche les enfants de moins de 10 ans. C'est l'âge de la scolarisation, l'hypoacousie, à ce moment, peut être remarquée par les parents ou les instituteurs.

II.1.2. Otites et sexes

En ce qui concerne le service O.R.L et C.C.F du C.H.U Toamasina, en général, presque dans tous les aspects des otites, il y a toujours une prédominance féminine. D'après une étude faite par KILLI (35) à Abidjan au cours de la formation sanitaire d'Abobo-Nord, il n'y avait pas de prédominance nette car parmi les 40 malades d'OMA, 19 étaient de sexe féminin et 21 de sexe masculins.

II.1.3. Les signes présentés

Les patients sont venus en consultations quelques soit les types d'otites pour ; soit une otodynie, otorrhée, ou une hypoacousie,... Ce polymorphisme a été prouvé par DAHMANI .O et ses collaborateurs (36). Puisque l'origine de la maladie est soit l'oreille même (otomycose), soit l'appareil respiratoire haut (rhinopharyngite). Les signes peuvent être alors auriculaires (otodynie, otorrhées,...) ou extra-auriculaires (diarrhées, conjonctivites,...).

II.1.4. Otites et traitements

II.1.4.1. Les OMA

Concernant les otites congestives et catarrhales, la guérison est spontanée entre le 7^e et le 14^e jour dans 80 % des cas (37). Elle repose sur un traitement antalgique et une surveillance de l'enfant : un antalgique/antipyrétique (type paracétamol) et anti-inflammatoires (type Ibuprofène dès 3 mois).

Au sein du service ORL-CCF du CHU de Toamasina, en général, les traitements que nous avons établis pour nos patients sont d'ordre étiologique. Au cours des OMA congestives et catarrhales :

- Une DRP faite de : **l'eau11 + 2cac (sel fin+ bicarbonate) à renouveler tous les 3jours,**
- Une corticothérapie en cure courte (5j) à la dose de 1mg/kg /j,
- Une antalgique à la dose de 15mg/kg en 3 prises.

Concernant la D.R.P ; nous préférons la solution avec du sel fin et du bicarbonate puisque c'est plus hypertonique que le SSI de la pharmacie. Pour les milieux sans dépôt de médicament, elle est économique et facile à préparer d'autant plus que c'est un traitement fondamental pour les OMA.

Nous n'avons pas recours à des anti-inflammatoires mais plutôt à la corticothérapie puisqu'en sphère ORL, il faut toujours frapper fort pour éviter la survenue d'une évolution rapide défavorable.

Selon Armengaud (38), devant une otite collectée, la paracentèse suivi d'une pose d'une ATT ainsi que le traitement symptomatique est nécessaire mais l'antibiothérapie est facultative (dépend de l'étude bactériologique de liquide de la collection).

En cas d'OMA purulente ou de signes physiques (fièvre) ou fonctionnels (douleur) intenses une antibiothérapie probabiliste, c'est-à-dire basée sur les dernières données épidémiologiques, est employée :

- AMOXICILLINE® aux doses usuelles (80 mg/kg/j) en 3 prises pendant 8 jours en première intention,

- Adjoindre de L'ACIDE CLAVULANIQUE® en cas de syndrome otite-conjonctivite (évoqueur d'*Haemophilus Influenzae*) ou en cas d'échec à 48 heures.

L'antibiothérapie est indiquée dans l'OMA purulente en tenant compte essentiellement de trois facteurs: l'âge, le niveau de certitude du diagnostic et l'intensité du tableau clinique. Chez l'enfant de moins de 6 mois, l'antibiothérapie d'emblée est recommandée (39). Chez le plus de 2ans, un antipyrétique (4 à 6 prises), DRP, des conseils diététiques en cas de troubles digestifs (38).

Les mesures associées sont : Le mouchage fréquent et la désobstruction rhino-pharyngée au sérum physiologique. Et surveillance de l'enfant (douleurs et fièvre) pour s'assurer de la guérison et de l'absence de complications (0,1 % des cas

Pour nos patients ; **devant une Otite collectée** : la ou les PEC sont à la fois médical et chirurgical :

Un traitement médical qui est composé :

- D'une antibiothérapie pendant 10j faite d'Amoxicilline à raison de 50mg/kg/j repartis en 2 ou 3 doses chez l'enfant, tandis que chez l'adulte 2 à 3g/j; ou MACROLIDES pour les allergiques.
- D'une corticothérapie : comme la PREDNISOLONE® à la dose de 0,5mg/kg/j en une seule prise (le matin) pendant 5j ou CELESTENE® gouttes orale pour les enfants en raison de 8gouttes /kg /j
- D'un Antalgique et ou un antipyrétique : À la dose de 15mg/kg toute les 6 heures sans dépasser 60 mg/kg/j en cas de fièvre et douleurs ;
- D'une DRP ;
- Des mouchages fréquents ;

- Et des régimes hygiéno-diététiques (RHD) comme boire abondamment de l'eau ou de yaourt sont toujours recommandés en cas de prises des bactéricides fortes.

Nous procédons à une *antibiothérapie probabilistique* puisque notre laboratoire ne dispose d'une étude bactériologique du liquide d'écoulement.

Puis un traitement chirurgical qui est la paracentèse

C'est un geste simple de petite chirurgie sous anesthésie locale ou générale qui consiste à percer les tympans pour évacuer le pus (environ 1 à 2mm) et pour envisager la pose d'un ATT. L'incision est radiaire dans le quadrant postéro-inferieur

Concernant **les OMA avec écoulement purulent**, on procède à :

- Une instillation de quelques gouttes (3- 4 gouttes) en raison de trois fois par jour pendant 10 jours dans l'oreille malade de la Polyvidone Iodée (solution pour gargarisme) comme la Bétadine verte qui donnera un soulagement au patient car c'est un antiseptique, aussi elle augmente l'efficacité des antibiotiques;
- Une antibiothérapie probabilistique quelque soit l'âge du patient.

Nous n'avons pas l'habitude d'utiliser des gouttes auriculaires, vu le coût et les contres indications (perforation tympanique) surtout si elles sont utilisées en automédication ainsi que les précautions d'utilisation : par exemple en Suisse, on instille des gouttes contre les otites externes : Otagan ® (alors qu'il faut préchauffer le flacon, par exemple sous l'eau chaude, avant utilisation pour éviter un "choc thermique") (40).

II.1.4.2. Otite externe et otomycose

Au cours d'une Otite externe ou une otomycose : le traitement est purement local par administration des gouttes auriculaires associant antibiotique et anti-inflammatoire (POLYDEXA-ANTIBIOSYNALAR®) ou suspension antimycotique (MYCOSTATINE®) [38].

Pour nos patients en cas d'une otite externe :

- Une goutte d'antiseptique comme la Polyvidone iodé (Bétadine) est administrée à raison de trois (03) fois par jours suivie,
- D'une antibiothérapie.
- Un antalgique

Si c'est une otomycose :

- On instille quelques gouttes auriculaires antimycosiques (SPORILINE®) en raison de II gouttes : 3 fois /j pendant 10 jours suivie,
- D'un lavage au sérum physiologique pour essayer d'évacuer les croûtes de mycoses.

Si persistance des mycoses, renouveler la dose de goutte d'antimycosique et relayer avec un antimycosique par voie générale, genre FLUCAZOLE® en raison de 100mg/j pendant 21jours.

II.1.4.3. Les Otites phlycténulaires

La douleur est le signe prédominant en cas d'une otite phlycténulaire ou Myringite et la présence habituelle d'un syndrome grippal plaide en faveur de son origine virale. Cependant la possibilité d'une infection à Mycoplasme fait souvent décidée un traitement antibiotique par Macrolides (38).

Dans notre service :

Une incision de la bulle est nécessaire pour soulager la douleur, suivie :

- une D.R.P ;
 - D'un antihistaminique (LORATADINE®) en raison de 10mg /j ;
- Puisqu'elle se débute presque toujours d'un syndrome grippal ;
- Une antibiothérapie ;
 - Et d'une corticothérapie.

II.1.4.4. L'OSM

Elle se traite : médicalement ; par une antibiothérapie et une corticothérapie et chirurgicalement par une pose d'un Aérateur TransTympanique, et/ou d'une adénoïdectomie.

Puisque les otites cholestéatomateuses sont secondaires en générale d'une OSM, il convient de prendre en charge correctement ces OSM(41).

Pour nos patients ; nous procédons à une Antibiothérapie suivie d'une Corticothérapie et la pose d'un ATT .La thérapeutique semble donc identique pour ce type d'otite.

II.1.4.5. Les Otites moyennes chroniques

Ce sont les otites tympanosclérosiques, cholestéatomateuses et atéléctasique. Leurs traitements dépendent de la cause. Dans tous les cas : mouchage, manœuvre de la Valsalva pour faire passer de l'air dans le tympan, suivi d'une Antibiothérapie et de la Corticothérapie.

➤ La réfection d'un tympanosclérose dépend du potentiel évolutif de cette affection. En effet, la fermeture de la membrane tympanique (myringoplastie) donne de bons résultats, Le geste de libération ossiculaire (ossiculoplastie) donne des résultats variables, généralement temporaires.

➤ Devant une otite atéléctasique : on doit tenir compte de la gravité des PR .Si PR contrôlable, le traitement des infections oro-rhino-pharyngées et sinusiennes est nécessaire. Dans le cas contraire, on envisage un traitement chirurgical consistera en une mise en place d'un Aérateurs Trans-Tympaniques (42).

➤ Le traitement du cholestéatome est chirurgical et a pour but d'éradiquer tout le tissu cholestéatomateux et de reconstruire les lésions anatomiques et fonctionnelles. Les cavités de l'oreille moyenne et de la mastoïde sont complexes avec des angles morts qui rendent souvent la chirurgie difficile (chirurgie sous microscope). Il n'est pas rare d'opérer à plusieurs reprises un patient pour éliminer un cholestéatome résiduel (43).

Il existe deux grandes techniques chirurgicales : les techniques fermées où le mur osseux du conduit auditif externe est conservé et les techniques ouvertes où ce mur est sacrifié (réservées aux formes récidivantes et/ou très importantes).

Le terme d'ossiculoplastie est le fait de rétablir une continuité fonctionnelle entre le tympan et l'oreille interne pour remplacer le ou les osselets atteints.

Les OMC sont rares dans notre étude mais nous avons quand même un protocole thérapeutique préétabli qui est simple :

Pour celles qui sont encore humide : nous administrons une antibiothérapie de couverture jusqu'à ce qu'elles soient bien asséchées ; et les mouchages fréquents.

Et référer le patient dans un centre hospitalier équipé pour une éventuelle tympanoplastie ou à un port d'une prothèse auditive.

Mais si c'est un enfant, et que les parents n'ont pas le moyen pour une tympanoplastie, nous l'adressons dans un centre pour les sourds-muets.

Les possibilités chirurgicales ne nous concernent pas puisque nous ne disposons d'aucun matériel pour le réaliser.

II.1.5. Evolution des otites

Selon la société scientifique de Médecine Générales à Bruxelles [44], les critères de guérison qui devaient être vérifiés étaient : la disparition des signes généraux, de la douleur, d'absence d'otorrhée avec une otoscopie normale. Comme notre étude est rétrospective et prospective, que 166 patients sont perdus de vue, nous ne pouvons affirmer la disparition ou non de ces critères de guérison.

Par contre, 3338 sur 4656 soit 71,69% des otites sont guéris sous traitement. Nous pouvons dire que les protocoles thérapeutiques que nous avons établis pour nos patients semblent bien adaptés.

La persistance des signes otoscopiques au bout de 10 jours de traitements nécessitent alors la prise en charge des pathologies associées comme les végétations adénoïdes, les rhinosinusites ou les mauvais états bucco-dentaire si c'est une OM ; et améliorer les modes de vie en cas de mycose, se protéger pendant la baignade.

SUGGESTIONS

Puisque notre objectif est de servir de documents de base sur le diagnostic et la prise en charge des otites, pour tout personnel de santé ;

Nos suggestions sont les suivantes :

➤ **Vis-à-vis des autorités publiques et ministérielles :**

- Améliorer tous services ORL au sein des CHU de Madagascar ainsi que les Centre de Santé de Base(CSB): un otoscope pour un médecin et un microscope pour pouvoir pratiquer une tympanoplastie. Puisque l'otoscope est le seul matériel le plus maniable pour l'examen de l'oreille, il est donc le moins que doit disposer le médecin ;
- Renforcer les praticiens en matière d'ORL à travers les formations spécialisées telles que les Internes Qualifiants(IQ) et les Diplômés Universitaires (DU) ;
- Fournir un laboratoire dans chaque région qui dispose d'une étude bactériologique des liquides d'écoulement pour pouvoir améliorer la thérapeutique ;
- Sensibiliser sur la fragilité de l'appareil auditif au moins une fois par an dans une communauté. Puisque la membrane tympanique est très mince, un moindre traumatisme pourra la perforée.
- Promouvoir une campagne de distribution d'une prothèse auditive à ceux qui en ont besoins une fois tous les 5ans.

➤ **Aux personnels de santé :**

- Effectuer un examen otoscopique systématique chez les moins de 10 ans, quelques soient leurs motifs de consultations en améliorant la pratique de l'otoscopie.

La manipulation répétitive d'un otoscope est capital pour une bonne interprétation de l'image otoscopique ;

- Eduquer la population en faisant une IEC médiatisée sur la gravité des infections de la sphère ORL comme la négligence d'une rhino-pharyngite chez les petits enfants ou l'utilisation quotidienne de coton tige,... qui pourront aboutir à une perte irréversible de l'audition ;

- Devant toute hyperthermie chez l'enfant, il faut toujours avoir une hantise sur les infections ORL. Ne jamais oublier d'examiner la sphère ORL, ni de se précipiter sur la prescription des antipaludéens sans TDR ;

- Former les agents de santé sur la prise en charge de première intention qui est un geste simple mais efficace ; devant les OMA en évitant toutes formes de chronicités : c'est la DRP.

- Dresser et afficher au sein de tous CSB où les consultations pédiatriques sont nombreuses, les différentes images otoscopiques des otites telles qu'on les voit en annexe.

➤ **Aux populations :**

- Consulter un médecin au sein du service ORL ou CSB devant toutes sensations inhabituelles de l'oreille, ou écoulement de l'oreille. Ne pas attendre plusieurs épisodes ou les stades de complication : un écoulement purulent ou même fétide ; voire une surdité.
- Eviter l'automédication, comme des instillations auriculaires car il y a des gouttes qui sont ototoxiques qui pourront rapidement entraîner une perte de l'audition;
- Eduquer sur la fragilité de la membrane tympanique pouvant nuire totalement au développement psycho-social, professionnel et individuel par une amélioration du mode de vie : l'utilisation quotidienne de coton-tige ou d'épingle ne fait que donner des lésions de grattage aboutissant soit à une otomyose, soit à une otite externe ;
- Eduquer aussi sur le mouchage en cas de rhinite surtout pour les enfants car ce geste permet de déboucher le tube auditif.

CONCLUSION

CONCLUSION

D'après cette étude, les aspects otoscopiques des otites sont nombreux et les thérapeutiques sont très diversifiées.

Il y a les otites moyennes qui atteignent les enfants inférieurs à 10ans ; elles débutent toujours par des otites congestives puis catarrhales mais les patients ne viennent en consultation qu'au stade collectées car à ce moment , la douleur est très intense ou même au stade d'écoulement purulent (où la douleur s'atténue mais c'est l'écoulement qui attire l'attention des consultants). Moins fréquemment, les otites chroniques qui sont les otites séromuqueuses, cholestéatomateuses, tympanosclérosiques, atéléctasiques, et les autres types d'otites qui sont les otites externes et les otomycoses.

Sur tous ces types d'otites, le sexe féminin est le plus atteint que le sexe masculin. L'OMA purulente occupe la première place dans les résultats de l'examen otoscopique au sein du service O.R.L et C.C.F du C.H.U de Toamasina.

Fréquemment, les patients sont venus en consultation pour un otodynisme ou une otorrhée. Les thérapeutiques probabilistes que nous avons adaptées semblent bien favorables devant ces formes d'Otites.

Vu que le service ne dispose d'aucun matériel pour une tympanoplastie, donc les OMC sont malheureusement traitées par des antibiothérapies de couverture si humide jusqu'à ce qu'elles soient asséchées ; suivies d'un port d'une prothèse auditive si et seulement si le pouvoir d'achat du malade le permet.

Pour conclure, notre étude sera encore plus précise si le laboratoire du CHU disposerait d'un moyen bactériologique suffisant, qui pourra être un nouveau thème à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. L'otite moyenne aiguë. Etiopathogénie et traitement », A. Minet, N. Deggouj, C. Gilain, M. Gersdodff ; Louvain Med. : S410-S417, 199.
2. Hansons S. Cohen R Diagnostics and management of acute otitis media American Academy of Pediatrics 2000 ;106(3):483-488.
3. Prescrire Rédaction. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : l'évolution naturelle est le plus souvent favorable en quelques jours. *Rev Prescr* 2003;23(237):194-208.
4. Mudry A. Controverses autour de l'otite moyenne aiguë. *Arch Pédiatr* 1999;6:1338-44.
5. Cohen R. Otite moyenne aiguë de l'enfant. *Rev Prat Med Gen* 2007;57(16):1791.
6. Buithieu M. Pourquoi mon enfant souffre-t-il d'otites à répétition ? Actualité médicale et scientifique 2005 ; 43 :15.
7. www.orl-marseille.com/examen-otoscopique.
8. Bertin L. Anatomie descriptive de l'oreille humaine
[http://fr.wikipedia.org/wiki-\(os\)](http://fr.wikipedia.org/wiki-(os)).consulté le 22 septembre 2010.
9. Romer Sherwood A, Parsons .Thomas S. The vertebrate Body. Philadelphia, PA:Holt-Saunders International 2003;112:481-482.
10. Manuel M. Ontogenèse du système nerveux et des organes sensoriels
X.le développement de l'oreille et ses anomalies
Université de Louis Pasteur Strasbourg.

11. Rouleau C. histologie des organes de sens, Faculté de médecine Montpellier-Nimes2008 ; 86 :19.
12. Poirier J.Catala M. Cours d'Histologie 2003-2004,80-86.
13. BietryE, Rivierre Révélation sur l'oreille coupée de Van Gogh, Actu générale santé2010 ; 108 :45-47.
14. Klockars T, Rautio J. Facial Plast Surg. Epub 2009 ; 25(3) :145-8.
15. Les Glenans. Physiologie des organes de sens.
16. www.wikipedia.org/wiki/otoscopie.
17. www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique.
18. Maffert A. Les surdités brusques, étude descriptive portant sur 60 dossiers et analyse du parcours de soins des patients et place du médecin traitant. Thèse en Médecine. Paris 2009 N° 8165,5-16.
19. Dubreuil C Oto-rhino-laryngologie Otites aiguës Etiologie, diagnostic, traitement .La Revue du Praticien ; 2000 ; 106(3) : 483-488.
20. Mac Lean C .Les otites infantiles ; un problème douloureux pur des nombreux enfants. Le collège des médecins de famille du Canada. Edition révisée 2007 ; 24 :46.
21. Maillet .Ecologie bactérienne au cours de l'Otite Moyenne Aigüe dans la région nantaise, BEH 2002 ; 42/207-208.

22. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé(AFSSAPS) Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : otite moyenne aigue. Juillet 2001(www.afssapq.sante.fr rubrique « Documentation et Publication »).
23. Paradise JL. On classifying otitis media as suppurative or nonsuppurative, with a suggested clinical schema.
J Pediatr 1987 ; 111 : 948 -51.
24. Legent F. Définition et nosologie des otites. Rev Prat 1998; 48: 829-32.
25. Division of Pediatric Otolaryngology, Nemours/Alfred I. du Pont Hospital for Children, P.O. Box 269 Wilmington, DE 19899. roreilly@nemours.org.
26. Richard A. Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement de l'otite moyenne aigue, L'actualité médicale 2004;113(5):p.1451-65.
27. M.J. Tanon-Anoh, D. Sanogo, M. Kouassi, M. FoloqueT-Amorissani, A. Kacou-N'Douba, E. Ette-akre, A. Mandah-Angui, B. Kouassi - *Côte d'Ivoire*. Les otites moyennes aiguës de l'enfant à Abidjan : actualités bactériologiques
Med Afr Noire 2006 ; 53 (3) 176-181.
28. Société scientifique de Médecine Générale Bruxelles, recommandation de bonne pratique, Rév SSMG-IRE 2000 ; 123 :15.
29. Coiffier T, Garabedian E-Otites récidivantes et otites d'évolution prolongée de l'enfant La Revue du Praticien2000 ; 48 :867-870.
30. Gehanno B .Otites moyennes aiguës. Encyclopédie Med Chir oto-rhinolaryngologie2004 ; 20-085-A-10:6.

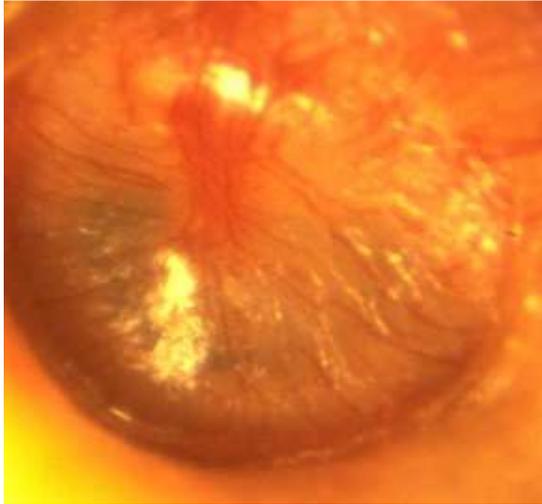
31. Ette-Akre E, Bamba M. Otites moyennes aiguës du nourrisson et de l'enfant. Service O.R.L-C.H.U de Cocody-06.Abidjan-Cote d'Ivoire, Médecine de l'Afrique Noire 2006 ; 62(10) :552.
32. <http://www.eurojournals.com>. Prévalence et facteurs de risques des otomycoses. Service O.R.L-C.H.U de Cocody -06.Abidjan-Cote d'Ivoire.
33. Rooijackers- Lemmens E, van Wijngaarden JJ, Opstelten W et al. NHG-Standard Otitis external. *Huisarts Wet* 1995; 38:265-71.
34. <http://savoir.fr/les-otites>. les otites.
35. « L'otite moyenne aiguë Etiopathogénie et traitement », A. Minet, N. Deggouj, C. Gilain, M. Gersdodff ; Louvain Med. : S410-S417, 1998.
36. Kili C .Contribution à l'étude épidémiologique des otites moyennes aiguës et de leurs complications chez l'enfant de la naissance à 15ans, These Med. Abidjan 2003 N°2754 ; 24-31.
37. Bahmani O, Belcaid A, El Azzouzi O, El Hami, Diagnostic et CAT devant une otite aiguë de l'enfant. *Actu Med* 2008 :72 ; 1-5.
38. <http://www.books.google.fr>. Pédiatrie de Didier Armengaud Otalgie et Otite chez l'enfant.
39. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis media with effusion. *Pediatrics*. 2004; 113:1412-1429.
40. <http://www.creapharma.ch/otite-medicaments.htm> traitement des otites-gouttes auriculaire http://www.conseil-scientifique.lu/uploads/media/otite_longue.pdf antibiothérapie. indication.

41. Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Pitcairn DL, et al. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *N Engl J Med.* 2007; 356:248-261.
42. Les poches de rétraction. Dubreuil C, Chobaut JC, Marie JP, Triglia JM. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* . 2009; 126(5-6) :294-9.
43. Société scientifique de Médecine Générale Bruxelles, recommandation de bonne pratique, Rév SSMG-IRE2000;123:15.

ANNEXE

DIFFERENTS TYPES D'OTITES

A. LES OTITES MOYENNES AIGUES



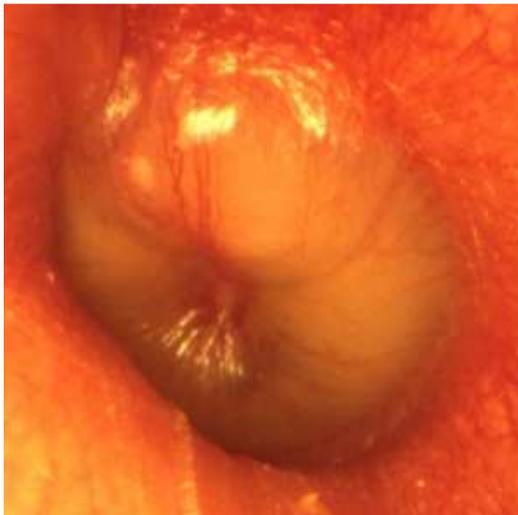
OMA Congestive

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique



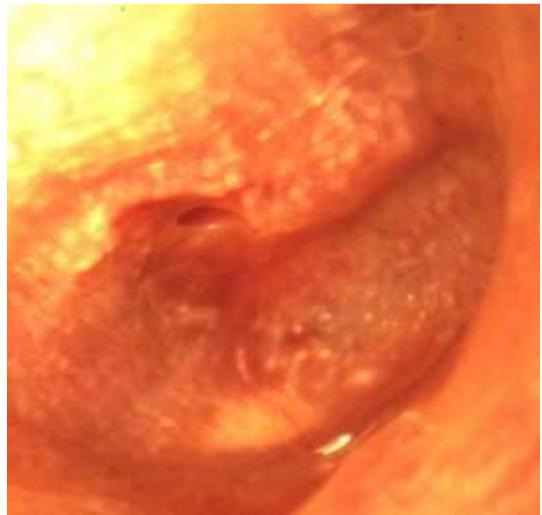
OMA Catarrhale

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique



OMA Collectée

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique



OMA perforée

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique

B. LES OTITES MOYENNES CHRONIQUES



Otite Séromuqueuse

www.ori-marseille.com



Otite Atélectasique

www.ori-marseille.com



Otite Tympanosclérosique

www.ori-marseille.com



Otite Choléstéatomateuse

www.ori-marseille.com

C. LES AUTRES TYPES D'OTITES



Otite Externe

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique



Otomycose

www.orl-marseille.com



Myringite ou otite phlycténaire

www.oreillemudry.ch/aspect_otoscopique

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiariananatra tamiko, eto amin'ity toeram-pianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HYPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy fahamarinana eo am-panantotosana ny raharaham-pitsaboana

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra ny rariny aho, tsy iray tetika maizina na oviana na oviana na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha miditra antranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako dia tsy avelako ho fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra anelanelana ny adidiko amin'ny olona hotsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoroina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàna maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha tanteraka ny velirano nataoko

Ho rakotry ny henatra sy horabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de Thèse

Signé : **Professeur RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo,

Signé : **Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

Full Name : BATH-SCHEBA Benjamina Juliette

Thesis title : OTOSCOPIC ASPECTS OF OTITIS

Heading : Surgery-Head and Neck

Number of pages : 49 **Number of the table:** 16

Number of figures: 07 **Number of the bibliographical reference:** 43

SUMMARY

Fifty-seven percent (57%) of consultations within the ENT department and University Hospital Toamasina have ear infections that are different from their otoscopic aspects. Through literature reviews have developed the practice of otoscopy and aspects otoscopic ear infections.

Purulent AOM is the most common, accounting for 49.44% of cases and reach least 10 years. At this age, before hyperthermia should always have the fear of an ear infection. In the absence of adequate care, complications are numerous.

For all forms of ear infections, treatment is not a medical emergency requiring functional but then a correct interpretation of otoscopic picture. Well conducted under treatment, after 10 days, their developments were favorable.

Keywords : ear, aspect otoscopique, treatment of ear infections

Director : Professor RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

Reporter : Doctor FIDY ARSON LALA Juvence .

Author's Address : VILLA COBAPR Logt 28 G the City Haras Toamasina

Nom et Prénom : BATH-SCHEBA Benjamina Juliette

Titre de la thèse : ASPECTS OTOSCOPIQUES DES OTITES,
CAS OBSERVES AU CHU TOAMASINA

Rubrique : Chirurgie de la Tête et Cou

Nombre de pages : 49 **Nombre de tableaux** : 16

Nombre de figures : 07 **Nombre de références bibliographiques** : 43

RESUME

Les otites sont des inflammations de la peau ou de la muqueuse de l'oreille Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective. Elle s'est étendue sur une période de 8 ans ; allant du mois de mars 2003 jusqu'au mois de décembre 2011. A travers les revues de la littérature sont développés la bonne pratique de l'otoscopie et les différents aspects otoscopiques des otites.

Cinquante sept pourcent (57%) des consultations au sein du service O.R.L et CCF du C.H.U de Toamasina sont des otites qui se différencient par leurs aspects otoscopiques.

Les OMA purulentes sont les plus fréquentes, qui représentent 49,44% des cas et atteignent les moins des 10 ans. En absence d'une prise en charge adéquate, leurs complications sont nombreuses.

Pour les autres formes d'otites, les thérapeutiques ne constituent pas une urgence médicale mais fonctionnel nécessitant une interprétation correcte de l'image otoscopique. Sous traitements bien conduits, au bout de 10 jours, leurs évolutions étaient favorables.

Mots clés : otites, aspect otoscopique, traitement des otites

Directeur : Professeur RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

Rapporteur : Docteur FIDY ARSON LALA Juvence .

Adresse de l'auteur : VILLA COBAPR Lot 28 G au Cité Haras Toamasina