

Otite moyenne chronique dans le milieu urbain et rural : description épidémiologique, clinique et thérapeutique

Chronic otitis media in urban and rural areas: epidemiological, clinical and therapeutic description

Mireine Mugoli Bahati ¹, Liévin Bikali Buhendwa², Justin Mbikilile Mongwa ³, Lampard Mukanga Omari⁴, Prisca Isesembo Kavira⁴, Dieudonné Masemo Bihehe⁵, Patrick Balungwe Birindwa⁶

Pour citer cet article : Mugoli MB, Bikali LB, Mongwa JM, Omari LM, Isesembo PK, Bihehe DM, Birindwa PB. Otite moyenne chronique dans le milieu urbain et rural : description épidémiologique, clinique et thérapeutique. Kivu Medical Journal 2024 ; 2(2), 1-8.

Article reçu : 18-11-2024

Accepté : 23-12-2024

Publié : 26-12-2024

Publisher's Note: KMJ stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright : © 2024. Mugoli MB et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Correspondance :

Docteur Mireine Mugoli Bahati
Service d'ORL, Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Panzi, Bukavu, République Démocratique du Congo

Email : drmugoly@yahoo.fr
Téléphone : +243 971 608 124

- 1 Département de chirurgie (ORL), Hôpital Général de Référence de Panzi, Bukavu, RD Congo
- 2 Programme élargi de vaccination, Sud-Kivu, RD Congo
- 3 Département de Chirurgie, Hôpital Général de Référence de Panzi, Bukavu, RD Congo
- 4 Statistique-Service, Hôpital Général de Référence de Panzi, Bukavu, RD Congo
- 5 Département de médecine interne, Hôpital Général de Référence de Panzi, Bukavu, RD Congo
- 6 Département de Chirurgie (ORL), Hôpital Provincial de Référence de Bukavu, Bukavu, RD Congo

Résumé

Introduction : L'otite moyenne chronique (OMC) se définit conventionnellement comme un processus inflammatoire des cavités de l'oreille moyenne évoluant depuis plus de 3 mois. L'objectif de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des otites moyennes chroniques dans le milieu urbain.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, sur une période de 5 ans, du 1er janvier 2014 au 31 Décembre 2019. Les données ont été collectées sur les registres de consultation et les dossiers médicaux. Les paramètres étudiés ont été analysés grâce au logiciel SPSS version 21.

Résultats : la fréquence d'OMC dans les zones rurale et urbaine était de 14,1 % avec prédominance de la zone urbaine dans 60,4%. L'âge moyen de nos patients était de 28,2±2 ans. Tous les deux sexes sont concernés avec prédominance du sexe masculin (51,8%). Les motifs de consultation étaient dominés par des otalgies dans 100% et les otorrhées seules (55,6%). Tous les patients ont bénéficié d'une aspiration des pus et d'un traitement médical aux gouttes auriculaires associé ou non aux antibiotiques, aux anti-inflammatoires stéroïdiens ou aux antalgiques. 10 mastoïdectomies ont été réalisées associées à une tympanoplastie soit 58,8% et 2 paracentèses avec mise de DIABOLO soit 11,7%. La complication majeure en post traitement était l'anémie.

Conclusion : L'OMC est une pathologie à tort banalisée mais fréquemment rencontrée parmi les affections otologiques. Elle se contracte à tout âge avec une grande prévalence de survenue dès les bas âges suite à l'immaturité immunitaire, la répétition des épisodes otitiques et la mauvaise prise en charge des infections de la sphère ORL laissant la maladie évoluée vers la chronicité.

Mots-clés : Otite Moyenne Chronique, épidémiologie ; traitement chirurgical, Hôpital de Panzi

Abstract

Introduction : Chronic otitis media (CMM) is conventionally defined as an inflammatory process of the middle ear cavities that has been evolving for more than 3 months. The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of chronic otitis media in the urban environment.

Material and methods: This is a retrospective study, over a 5-year period, from January 1, 2014 to December 31, 2019. Data were collected from consultation registers and medical records. The parameters studied were analyzed using SPSS version 21 software.

Results: The frequency of CMO in rural and urban areas was 14.1%, with a predominance of urban areas in 60.4%. The mean age of our patients was 28.2±2 years. Both sexes were involved, with males predominating (51.8%). Reasons for consultation were dominated by otalgia (100%) and otorrhea alone (55.6%). All patients received pus aspiration and medical treatment with ear drops, with or without antibiotics, steroidal anti-inflammatories or analgesics. 10 mastoidectomies (58.8%) were combined with tympanoplasty, and 2 paracenteses (11.7%) with DIABOLO. The major post-treatment complication was anemia.

Conclusion: CMO is a pathology that is wrongly trivialized, but frequently encountered among otological disorders. It can be contracted at any age, with a high prevalence of onset at an early age due to immune immaturity, repeated otitic episodes and poor management of ENT infections, leaving the disease to progress to chronicity.

Key words: Chronic Otitis Media, epidemiology; surgical treatment, Panzi Hospital

Introduction

L'otite moyenne chronique (OMC) se définit conventionnellement comme une inflammation prolongée des cavités de l'oreille moyenne au-delà de trois mois, elle englobe plusieurs formes cliniques que la simple otoscopie soigneuse pourrait distinguer[1,2]. Elle s'accompagne, soit d'une collection derrière une membrane tympanique intacte mais sans symptômes aigus, soit d'otorrhée s'écoulant à travers une perforation tympanique [2,3]. Elle recouvre des formes différentes quant à leur évolution et à leur pronostic. Il convient de distinguer des otites moyennes chroniques simples et / ou non dangereuses avec un tympan fermé ou ouvert dont l'évolution est en règle bénigne et les otites moyennes chroniques dangereuses [1,2]. La forme simple est constituée d'otite séromuqueuse, étant la forme la plus fréquente chez les enfants ; l'otite muqueuse ouverte (OMO) ; les perforations séquellaires d'otite moyenne chronique simples, la tympanosclérose, les otites atelectasiques, la lyse ossiculaire et les otites adhésives qui constitue le stade ultime de ces otites [1]. Les otites moyennes chroniques dangereuses mettent en jeu le pronostic fonctionnel auditif et parfois même le

pronostic vital. Cette dangerosité est liée aux propriétés ostéolytiques et au caractère évolutif du cholestéatome qui est une source potentielle de complications graves (labyrinthite, paralysie faciale, méningites, thrombophlébites et abcès du cerveau) [2]. Chez l'enfant cette pathologie est inquiétante en raison des effets néfastes bien connus à long terme d'une perte auditive sur le développement linguistique, cognitif et psychologique [4].

L'OMC constitue la cinquième position des pathologies dangereuses en ORL. Elle est devenue de moins en moins fréquente depuis l'avènement de l'antibiothérapie, notamment dans les pays développés [5]. On estime globalement que l'OMC touche 31 millions de personnes par an, dont un cinquième sont des enfants âgés de moins de 5 ans [6]. L'OMS a estimé qu'entre 65 et 330 millions d'individus ont une otite moyenne chronique purulente, 60% souffrent d'une déficience auditive [6-8].

Plusieurs enquêtes épidémiologiques réalisées dans les pays en développement rapportent une prévalence élevée (≥4%) et associe cette situation au bas statut socio-

économique de la population qui explique une consultation tardive des services des soins d'une part [9] et d'autre part, l'ignorance de la population sur les causes, les complications et le traitement, ce qui peut être considérée comme un facteur péjoratif dans la prise en charge de l'otite moyenne chronique purulente [10]. L'OMC purulente avec les complications qu'elle entraîne, est actuellement responsable d'un taux élevé de morbidité ; cependant l'évolution récente des techniques chirurgicales, et particulièrement l'apport de l'oto-vidéo-endoscopie, et des nouvelles techniques d'imagerie ont permis d'améliorer la prise en charge thérapeutique et une bonne surveillance de cette pathologie [1,2].

La prise en charge curative de l'OMC comporte un volet médical et un volet chirurgical selon ses formes cliniques dont les objectifs sont triples, et parfois contradictoires, celui de préserver ou mieux rétablir la fonction auditive, assurer l'assèchement de l'oreille et l'éradication complète du cholestéatome, et enfin la prévention des épisodes de surinfection et de l'évolution vers les complications (la récurrence) [2,3,11,12].

En Afrique, précisément au Maroc, Abada et al [7] ont retrouvé 103 cas par an d'OMC simple chez l'enfant, la forme séromuqueuse était la plus fréquente dans les pays développés alors que les formes suppurées et séquellaires caractérisaient les pays sous développées [7]. En RDC, plus particulièrement à Kinshasa, dans une étude ayant colligés 489 participants interviewés sur les connaissances, attitudes et pratiques de l'otite moyenne chronique suppurée 53,3% (261) n'étaient pas malades et 46,5% (227) souffraient d'une OMC suppurée [12].

Au Sud Kivu, à cause des conditions socio-économiques basses de la population, l'absence de service d'ORL dans certaines structures sanitaires et un plateau technique peu équipé (absence de microscope) on trouve peu d'études menées dans ce domaine. L'augmentation de la prévalence de l'otite moyenne chronique dans notre milieu et les conséquences qui en découlent à la longue au sein de la population générale a motivé le choix de cette recherche. L'objectif de cette étude est de décrire les modalités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des otites moyennes chroniques dans le milieu urbain.

Matériel et méthodes

Nous avons conduit une étude descriptive rétrospective, sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2014 au 31 Décembre 2018 dans le service d'oto-rhino-laryngologie du département de chirurgie de l'hôpital général de référence Panzi, dans la province du Sud Kivu, ville de Bukavu. La population cible qui était inclus dans l'étude,

c'était tous les patients ayant consulté dans le service d'ORL pour otorrhée traînante et récidivante, hypoacousie et/ou une otalgie et dont le diagnostic d'otite moyenne chronique quelques soient la forme clinique a été posé grâce aux examens clinique (otoscopique) et qui avaient donné leur consentement d'éclairé enregistré dans leur dossier à l'hôpital général de Panzi du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2018 dans le service d'ORL.

Nous avons utilisé un échantillonnage de convenance. Les données ont été collectées sur les registres de consultation et les dossiers médicaux des malades. Les patients présentant une otite moyenne aiguë dans toutes ces formes et autres pathologies otologiques que l'OMC a été exclus de cette étude. Les paramètres étudiés ont été : la fréquence, l'âge, le sexe, la provenance, les motifs de consultations (otologiques), la date du début de la symptomatologie, les antécédents personnels, l'examen clinique (otoscopie) et paraclinique (audiométrie, scanner), traitement médical et chirurgical, évolution.

Les analyses statistiques

Le Microsoft Excel 2016 nous a permis de saisir les données collectées et grâce au logiciel SPSS version 21, nous avons analysées les données. Les variables quantitatives ont été résumées par la moyenne et de déviation standard tandis que les variables qualitatives ont été présentées sous formes de tableaux de fréquence. La description de prise en charge et l'évolution a été présenté sous forme de texte.

Les aspects éthiques

L'étude a été effectuée selon les normes internationales de la déclaration de Helsinki.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué

Résultats

Fréquence

Entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2019, le service d'ORL de l'Hôpital Général de Panzi avait enregistré 1533 patients qui avaient consultés pour un problème otologique, parmi lesquels 749 patients avec otites moyennes confondues, une moyenne annuelle de 306 patients. L'OMC a été diagnostiqué chez 106 patients soit une fréquence de 14,1 %. Les caractères démographiques; montrent l'âge moyen des patients était de 28,24±1ans (Tableau I). Les résultats de ce tableau 1 montrent que la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 10 et 20 ans soit 27,4% avec des extrêmes allant de 2 ans et 80 ans et les deux sexes sont touchés avec une prédominance des

otites moyennes chroniques chez les garçons avec 51,8% contre de 48,2% chez les filles. La majorité des patients provenaient de la zone urbaine soit 60,4%.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Paramètres	n(%)
Tranche d'âge (ans)	
Moins de 10	20(18,9)
Entre 11 et 20	29(27,4)
Entre 21 et 30	15(14,2)
Entre 30 - 40	15(14,2)
Entre 40 - 50	8(7,5)
Supérieur à 50	19(17,9)
Moyenne±SD	28,2±2
Sexe	
Masculin	55(51,8)
Féminin	51(48,2)
Provenance	
Urbaine	64(60,4)
Rurale	42(39,6)
Profession	
Élève/Étudiant	41(38,7)
Travailleur	40(37,7)
Sans profession	25(23,6)

Dans notre étude 38,7% patients étaient des élèves ou des étudiants. La clinique était dominée par des otorrhées soit 55,6% (Tableau II). Les motifs de consultation étaient dominés par des otalgies dans 100% et les otorrhées seules (55,6%) ; suivie d'une hypoacousie (25,6%). Les otorrhées unilatérales étaient les plus retrouvées à gauche chez 29 patients (soit 42,0%) suivi de l'otorrhée bilatérale chez 23 patients (soit 33,3%). Nous remarquons que l'hypoacousie unilatérale gauche prédomine avec 13 patients (soit 48,2%) suivi de l'hypoacousie unilatérale droite avec 8 patients (soit 29,6%) et bilatérale chez 6 patients (soit 22,2%). La durée d'évolution des symptômes est très variable d'un patient à un autre. Le délai le plus représenté était celui variant entre 9 et 12 mois. Dans cette série d'étude l'antécédent d'OMA était prédominante chez 22 patients soit 37,3% ; le VIH était présent chez 12 patients soit 20,3% et les autres antécédents ORL comme la rhino sinusite, des rhinopharyngites et autres représentaient 28,8%. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen otoscopique sous otoscope et/ou sous microscope électronique avec un taux de 100%. L'audiométrie a été réalisée chez 11 patients sur les 106 patients de notre étude soit 10,7% et l'OMC simple a été retrouvée chez la majorité de patients

avec 81 cas soit 76,3% et l'OMC dangereuse ou cholestéatomateuse chez 25 patients soit un taux de 23,6%.

Caractéristiques cliniques, para cliniques des patients

Tableau II : les caractéristiques cliniques, para cliniques des patients

Paramètres	n(%)
Symptômes	
Otalgies	106(100,0)
Otorrhée seule	59(55,6)
Hypoacousie seule	27(25,6)
Otorrhée et hypoacousie	10(9,4)
Localisation de l'otorrhée (n=69)	
Otorrhée gauche	29(42,0)
Otorrhée bilatérale	23(33,3)
Otorrhée droite	17(24,7)
Localisation de l'hypoacousie (n=27)	
Hypoacousie gauche	13(48,2)
Hypoacousie droite	8(29,6)
Hypoacousie bilatérale	6(22,2)
Durée avec la maladie (en mois) (N=106)	
< 3	11(10,4)
4 - 6	15(14,1)
7 - 9	20(18,9)
10 -12	46(43,4)
>12	14(13,2)
Antécédents des patients(N=106)	
OMA	22(37,3)
VIH	12(20,3)
Tympanoplastie et mastoïdectomie	5(8,5)
Tympanoplastie	2(3,4)
Paracentèse avec mise de diabol	1(1,7)
Autres antécédent ORL	17(28,8)
Types d'OMC(N=106)	
OMC simple	81(76,4)
OMC dangereuse	25(23,6)
OMC dangereuse (n=25)	
OMC dangereuse à tympan ouvert	22(88,0)
OMC dangereuse à tympan fermé	3(12,0)

Nous avons constaté que sur les 25 patients avec OMC dangereuse, il y a 22 patients avec OMC dangereuse à tympan ouvert soit 88 % et 3 patients avec OMC dangereuse à tympan fermé soit 12 % (tableau 3).

Au travers ce tableau de l'otite moyenne chronique simple nous remarquons que l'otite muqueuse ouverte (OMO) est rencontrée chez 65 patients dont 55 patients avec perforation tympanique sèche ou séquellaire soit 67,9%, 8 patients avec une tympanosclérose soit un taux de 9,9% et 2 patients avec OSM. L'otite moyenne chronique simple à tympan fermé est présente chez 16

patients dont 10 patients avec OSM soit 12,3 %, 2 cas d’otite adhésive, 2 cas avec tympanosclérose et enfin 2 cas d’otite atélectasiques.

Patients avec otite moyenne chronique simple

Tableau III: Répartition des patients avec OMC simple

OMC simple	N (%)	N (%)	Total
Perf. Sèche (OMO)	55(100,0)	0(0,0)	55(67,9)
OSM	2(16,7)	10(83,3)	12(14,8)
Tympanosclérose	8(80,0)	2(20,0)	10(12,3)
Atélectasiques	0(0,0)	2(100,0)	2(2,5)
Adhésive	0(0,0)	2(100,0)	2(2,5)
Total	65(80,2)	16(19,8)	81(100,0)

Examens complémentaires et prise en charge

Dans notre série d’étude, sur un total des 106 patients 17 patients uniquement avaient fait le scanner soit 16 %. La culture du pus et l’antibiogramme ont été demandé chez la majorité de patients surtout ceux avec une otorrhée traînante ou récidivante mais la moitié seulement avait fait. Tous les patients de notre série ont bénéficié d’une aspiration des pus et d’un traitement médical fait des gouttes auriculaires à base d’antibiotiques et des corticoïdes associée ou non soit à une antibiothérapie de couverture (Macrolide ou Bétalactamine ou Quinolone), soit à des anti-inflammatoires (corticoïdes) et soit à des antalgiques. Nous avons noté 17 patients ayant subi une intervention chirurgicale dont 10 patients avaient subi une mastoïdectomie associée à une tympanoplastie soit un taux de 58,8% ; 5 avaient bénéficié d’une tympanoplastie simple soit 29,5% et 2 patients avaient bénéficié d’une paracentèse avec mise de diabolito soit 11,7%. La durée d’hospitalisation variait entre 2 et 4 jours au maximum.

Complications et durée d’hospitalisation

Très peu de complications sont recensées dans notre étude, néanmoins nous avons recensé 2 cas de complications post- post-opératoires s’agissant d’anémie.

Discussion

Fréquence de l’otite moyenne chronique

Dans notre série d’étude sur 5 années, 1533 patients avaient consulté dans le service d’ORL pour un problème otologique avec une moyenne annuelle de 306 patients. Nous avons recensé 749 patients avec otites moyennes confondues parmi lesquelles 106 patients avaient une otite moyenne chronique soit un taux de 14,1%. Ces données sont supérieures à celui de Tabchi et

al [13] en Côte d’Ivoire qui trouva une moyenne de 62 patients par an sur ses cinq ans d’étude. La fréquence élevée de notre étude pourrait s’expliquer par le fait que l’HGR/ Panzi est un Hôpital de Référence renommé, où des nombreuses pathologies otologiques diagnostiqués dans les centres de santé et autres formation sanitaires sont transférées pour une prise en charge spécifique mais aussi le nombre des services d’ORL dans notre milieu est limité.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

La moyenne d’âge des patients était de 28,2 ± 2,4 ans avec des extrêmes allant de 2 ans et 80 ans. La tranche d’âge la plus représentée est celle comprise entre 10 et 20 ans avec un effectif de 29 patients soit 27,4 %. Des résultats proches aux notre ont été trouvés par Tabchi et al [13] au Liban, qui avaient eu une moyenne de 25ans, son plus jeune malade avait 1 an et le plus âgé avait 91 ans. Par contre, une prédominance des enfants est rapportée par la plupart des auteurs qui tire des explications dans l’immaturité du système immunitaire de l’enfant, le rendant vulnérable aux infections des voies respiratoires supérieures qui perturbent le système mucociliaire et altèrent la principale défense mécanique contre l’invasion bactérienne[1,14,15]. L’immaturité du système immunitaire de l’enfant prédispose son organisme en quête de croissance à la chronicité de l’affection inflammatoire de l’oreille moyenne entraînant la répétition des épisodes otitiques et parfois sa mauvaise prise en charge, laisse évoluer la maladie vers les jeunes âges. Dans notre étude, nous avons trouvé une légère prédominance masculine 51,9% contre 48,1% soit un sexe ratio de 1,07. Cependant dans la série de Nshimirimana et Mukara [16] la prédominance féminine a été retrouvée respectivement chez 51,7 % avec un sexe ratio de 0,95 et 59.8 % avec un sexe ratio de 0.67. Toutes les couches socio-professionnelles peuvent être touchées par les otites moyennes chroniques. Dans notre série d’étude un plus grand pourcentage a été retrouvé chez les étudiants et élèves avec 38,7 %, mais aussi chez les travailleurs 37,7%. Pour Nshimirimana et Mukara [16] au Rwanda en 2018, les étudiants sont plus nombreux avec 46.4 % suivis des élèves dans 45.4 %. Ces convergences pourraient s’expliquerait par le fait que les étudiants et les élèves, comprennent la gravité de la maladie et les conséquences qui en découlent à la longue ce qui leurs poussent de consulter mais aussi l’incapacité à se faire soigner suffisamment tôt en raison des obstacles auxquels ils sont confrontés.

Caractéristiques cliniques et para cliniques des patients

Tous les patients de cette étude ont consulté pour des otalgies et l'otorrhée récidivante était retrouvée suivi d'une hypoacousie. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité de patients consultent avec parfois un grand retard ce qui justifie la suppuration dans l'oreille moyenne extériorisée par le méat acoustique externe appelé otorrhée.

Le délai d'apparition des symptômes pour nos patients était variable d'un patient à un autre. Dans notre série, le délai moyen d'apparition des symptômes était de 9 mois. Ce retard de consultation est rapporté à travers la littérature dans les pays en voie de développement[7,9,16,17]. Il est dû à plusieurs raisons ; en premier lieu l'absence de médecin de famille et l'ignorance de la population sur les causes, les complications et le traitement de cette maladie ; en second lieu l'automédication mal adaptée et administrée par les parents suite à un niveau socio- économique et intellectuel bas et enfin l'incapacité des enfants à s'exprimer sur les symptômes du début expliquant le retard dans la découverte par les parents.

Sur les 106 patients de notre étude, il ressort que 22 patients soit 20,8% avaient un antécédent d'otite moyenne aiguë. L'antécédent de VIH a été retrouvé chez 12 patients soit 20,3% et les autres antécédents ORL comme, la rhino sinusite, des rhinopharyngites et autres représentaient 28,8 %.

Ces observations nous interpellent sur la nécessité d'une bonne prise en charge des infections de la sphère ORL en général et particulièrement des otites moyennes aiguës fréquentes dans l'enfance.

L'OMC est une pathologie qui survient au décours des épisodes répétées d'otite moyenne aiguë avec parfois une mauvaise prise en charge de ces dernières laissant évoluer la maladie vers la chronicité.

L'immunodépression causée par le VIH peut expliquer ce taux d'OMC chez les personnes vivantes avec VIH. Cependant les autres antécédents ORL comme la rhinopharyngite, les rhino sinusites, les tumeurs du cavum seraient parmi les facteurs favorisant de la survenue d'OMC.

Tous les patients de notre série ont bénéficié d'un examen otoscopique seul associé ou non à un examen otologique sous microscope. Celui-ci a permis de décrire les types d'OMC. À peine 11 soit 10,7 % de nos patients ont réalisé un examen audiométrique. L'examen otoscopique est la clé du diagnostic. Il doit être réalisé sous microscope après une aspiration minutieuse[2]. L'otoscopie est un examen clinique de routine pour tout

patient qui vient en consultation ORL, de réalisation facile pour le médecin. Quant à l'audiométrie, le tympanogramme est l'examen complémentaire indispensable pour la confirmation de l'otite séromuqueuse [18].

Le taux faible de la réalisation du scanner dans notre série se justifie par son inaccessibilité à Panzi et son coût économique élevé dans notre milieu.

Dans notre série, l'otite moyenne chronique simple a été objectivée dans 76,4 % de cas, par ordre de fréquence, l'otite muqueuse ouverte était présente chez 65 patients dont 55 avec perforation tympanique séquellaire soit 67,9 % et 8 cas de tympanosclérose soit 9,9 % ; l'otite à tympan fermé était présente chez 16 patients parmi lesquelles l'otite séromuqueuse avec 10 cas soit 12,3 % ; l'otite adhésive, la tympanosclérose et l'otite atelectasiques représentait chacune 2,6 %. Nos résultats restent nettement en deca des résultats de Tabchi B et al[13], au Liban et de Homøe et al. au Danemark[19] avec respectivement 92% et 86 % de fréquence de l'otite chronique simple avec une prédominance de perforation centrale. Ils sont également en accord avec les résultats de Gyebre et al[20] au Ouagadougou qui notaient une otite chronique simple avec une prédominance de perforation centrale à une fréquence 61,73 %. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de leur échantillon.

L'otite moyenne chronique cholestéatomateuse a été observée chez 25 patients soit 23,6 % parmi lesquels 22 cas d'otites moyennes chroniques cholestéatomateuses à tympan ouvert soit 88 % et 3 cas à tympan fermé soit 12 %. Bordure et al [2], rapporte que l'OMC cholestéatomateuse représente à peu près un tiers des otites chroniques suppurées et dans la majorité des cas, le diagnostic repose sur l'examen clinique. Ces discordances des résultats s'expliquent par l'innovation de la chirurgie otologique à l'Hôpital Général de Référence de Panzi par l'arrivée depuis 2018 de l'équipe Européenne spécialisée dans le diagnostic et la prise en charge chirurgicale des affections otologique et rhinologiques mais également la taille d'échantillon qui n'est pas le même pour les différents auteurs.

La culture et l'antibiogramme ont été demandés chez la majorité de patients surtout ceux avec une otorrhée traînante et récidivante mais le taux de réalisation de ces examens a été 50 %. Contrairement à Attallah [21] en Arabie Saoudite et à Khanna et al [22] en Inde, l'examen bactériologique n'était pas systématique, il était demandé seulement en cas de résistance au traitement prescrit. Une antibiothérapie dite « probabiliste » à large spectre est le plus souvent prescrit. La non réalisation de ces examens chez la moitié de nos patients est justifiée

par le coût des examens. Dans notre série d'étude, sur un total des 106 patients 17 patients uniquement avaient fait le scanner soit 16 %. La réalisation d'un scanner est recommandée de façon systématique en préopératoire, pour préciser le siège, l'extension et pour exclure toute complication de l'otite moyenne chronique suppurée ; il permet de confronter le diagnostic dans les rares cas où l'examen otoscopique n'a pas permis de trancher [2,23,24]. Le scanner reste dans notre milieu tout comme dans les autres pays en voie de développement un examen peu accessible à cause de son coût économique élevé.

Aspects thérapeutiques

Le traitement des OMC n'est pas bien codifié. Ceci serait probablement dû à la non réalisation de certains examens complémentaires comme la culture du pus et l'antibiogramme permettant l'identification des germes et leurs sensibilités aux antibiotiques ; ce qui justifie un traitement antibiotique probabiliste. Néanmoins, tous les patients de notre étude avaient bénéficié d'une aspiration locale des pus et d'un traitement médical fait soit d'antibiotiques par voie orale (Macrolide ou Béta-lactamine ou Quinolone) associés ou non à des anti-inflammatoires (corticoïdes) et des antalgiques, soit des gouttes auriculaires à base d'antibiotique ou des corticoïdes. De même Gyebre et al[20] au Ouagadougou soulignent l'importance du traitement médical à base d'antibiotique et d'anti inflammatoire dans la prise en charge l'OMC car non seulement il freine le processus infectieux et le processus inflammatoire mais aussi prévient les complications octogènes. Pour eux, les antibiotiques topiques et les antiinflammatoires sont très importants : respectivement 88,6 % et 87,34 %. Ces résultats sont également cohérents avec les données de la littérature [25]. Le taux élevé du traitement médical dans notre étude se justifie par le fait qu'il est accessible à tous les patients mais également le taux important d'OMC simple ne nécessitant pas la chirurgie.

Le traitement chirurgical a été effectué chez 17 patients soit 16,0 %. La mastoïdectomie associée à une tympanoplastie a été la plus réalisée dans 58,8 % ; suivie de la tympanoplastie simple dans 29,5% et la paracentèse avec mise de DIABOLO dans 11,7 %. Tabchi et al [13] au Liban dans leur étude sur les otites moyennes chroniques suppurées avait trouvé que la tympanoplastie avec mastoïdectomie était pratiquée dans 85 cas d'OMC simples.

Selon Verhoeff M. et al[26], la réalisation d'une tympanomastoïdectomie doit être envisagée en cas d'échec du traitement ou d'otite moyenne chronique

suppurée compliquée. Pour Balyan et al[27], ces deux gestes combinés restent efficaces et sont les plus utilisés par bon nombre des chirurgiens. La récente innovation de la chirurgie otologique au sein de l'HGR/Panzi par l'équipe des donateurs et des missions expliquerait cette fréquence élevée de notre étude.

Limites

Il s'agit d'une analyse rétrospective et d'observation portant sur des cohortes selon différentes missions. Par conséquent, tous les résultats de la présente analyse doivent être interprétés avec prudence, cependant elle renferme assez d'informations sur l'otite chronique et nous pensons que la réalisation d'essai randomisé peut améliorer cette étude dans le cadre d'otite moyenne et surtout l'approche chirurgicale qui n'a pas été assez développer.

Conclusion

L'OMC est une pathologie souvent à tort banalisée mais fréquemment rencontré parmi les affections otologiques. Elle se contracte à tout âge avec une grande prévalence de survenue dès les bas âges suite à l'immaturité immunitaire, la répétition des épisodes otitiques et la mauvaise prise en charge des infections de la sphère ORL laissant la maladie évoluée vers la chronicité.

Remerciement

Nous remercions l'Université Évangélique en Afrique (UEA).

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- 1 Tran Ba Huy P. Otites moyennes chroniques. Histoire élémentaire et formes cliniques. EMC - Oto-rhino-laryngologie. 2005;2(1):26-61.
- 2 Bordure P, Bailleul S, Malard O, Wagner R. Otite chronique cholestéatomateuse. Aspects cliniques et thérapeutiques. EMC - Oto-rhino-laryngologie. 2009;4(4):1-16.
- 3 Matanda RN, Muyunga KC, Sabue MJ, Creten W, Van de Heyning P. Chronic suppurative otitis media and related complications at the University Clinic of Kinshasa. B-ENT. 2005;1(2):57-62.
- 4 Bennett KE, Haggard MP, Silva PA, Stewart IA. Behaviour and developmental effects of otitis media with effusion into the teens. Arch Dis Child. 2001;85(2):91-5.
- 5 François M. Complications des otites moyennes aiguës et chroniques. EMC - Oto-rhino-laryngologie. 2005;2(1):92-106.

- 6 Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Vecchi Brumatti L, Bavcar A, et al. Burden of Disease Caused by Otitis Media: Systematic Review and Global Estimates. *Moormann AM, éditeur. PLoS ONE*. 2012;7(4):e36226.
- 7 Abada RL, Mansouri I, Maamri M, Kadiri F. Complications des otites moyennes chroniques. *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale*. 2009;126(1):1-5.
- 8 World Health Organization. Chronic suppurative otitis media: burden of illness and management options. World Health Organization; 2004.
- 9 Muftah S, Mackenzie I, Faragher B, Brabin B. Prevalence of Chronic Suppurative Otitis Media (CSOM) and Associated Hearing Impairment Among School-aged Children in Yemen. *Oman Med J*. 2015;30(5):358-65.
- 10 Chadha S. Increasing community awareness of ear and hearing health. *s-j-cehh*. 2013;10(13):1.
- 11 Sauvage JP. Guide d'ORL: clinique et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. (Collection ORL).
- 12 Omadjela O, Nyembue T, Okitolonda W, Situakibanza N, Matanda N. Connaissances, attitudes et pratiques des kinois sur l'otite moyenne chronique suppurée / République Démocratique du Congo (RDC). *Rev Mali Infectiol Microbiol*. 2020;15(2):53-61.
- 13 Tabchi B, Rassi S, Elias R, Haddad A, Nehme P, el Rassi B. Chronic suppurative otitis media. Experience with 140 cases at the Hotel-Dieu of France. *J Med Liban*. 2000;48(3):152-6.
- 14 Tall A, Sylla I, N'diaye M, Diom E, Deguenonvo R, Diallo B, et al. Complications des otites moyennes chroniques complications of chronic otitis media. 2014;37-42.
- 15 Rathod V, Shrikhande S, More S, Kasturi. Study of Bacteriological Profile and Its Antibiotic Susceptibility in Patients of Chronic Suppurative Otitis Media in Nanded, Maharashtra. *International Journal of Health Sciences and Research*. 2016;6(3):68-72.
- 16 Nshimirimana JPD, Mukara KB. Causes of Delayed Care Seeking for Chronic Suppurative Otitis Media at a Rwandan Tertiary Hospital. *International Journal of Otolaryngology*. 2018;2018:1-5.
- 17 ChandrasheKharayya SH. To Study the Level of Awareness About Complications of Chronic Suppurative Otitis Media (CSOM) in CSOM Patients. *JCDR*. 2014;8(2):59-61.
- 18 Cherpillod J, Burnier M. L'otite moyenne chronique chez l'enfant. *Rev Méd Suis*. 2006;2(54):513-6.
- 19 Homøe P, Sørensen HCF, Tos M. Mobile, one stage, bilateral ear surgery for chronic otitis media patients in remote areas. *J Laryngol Otol*. 2009;123(10):1108-13.
- 20 Gyebre YMC, Ouedraogo RWL, Elola A, Ouedraogo BP, Sereme M, Ouattara M, et al. Epidemiological and Clinical Aspects and Therapy of Chronic Otitis Media in the « ENT » and Cervicofacial Surgery Ward in the University Hospital of Ouagadougou. *ISRN Otolaryngol*. 2013;2013:698382.
- 21 Attallah MS. Microbiology of chronic suppurative otitis media with cholesteatoma. *Saudi Med J*. 2000;21(10):924-7.
- 22 Khanna V, Chander J, Nagarkar NM, Dass A. Clinicomicrobiologic evaluation of active tubotympanic type chronic suppurative otitis media. *J Otolaryngol*. 2000;29(3):148-53.
- 23 Penido NDO, Chandrasekhar SS, Borin A, Maranhão ASDA, Gurgel Testa JR. Complications of otitis media – a potentially lethal problem still present. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2016;82(3):253-62.
- 24 Yorgancılar E, Yıldırım M, Gun R, Bakır S, Tekin R, Gocmez C, et al. Complications of chronic suppurative otitis media: a retrospective review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270(1):69-76.
- 25 Baljosevic I, Djerić D, Milovanovic J, Subarevic V. Chronic suppurative inflammation of the middle ear in children. *Srp Arh Celok Lek*. 2008;136(7-8):350-3.
- 26 Verhoeff M, Van Der Veen EL, Rovers MM, Sanders EAM, Schilder AGM. Chronic suppurative otitis media: A review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2006;70(1):1-12.
- 27 Balyan FR, Celikkanat S, Aslan A, Taibah A, Russo A, Sanna M. Mastoidectomy in noncholesteatomatous chronic suppurative otitis media: is it necessary? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;117(6):592-5.