

OTOMYCOSES DANS LE SERVICE D'ORL DU CHU YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOU-GOU: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

OUEDRAOGO RICHARD W-L

RESUME

But: Analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des otomycozes. **Méthode:** Il s'est agi d'une étude prospective sur un an (janvier 2012 à décembre 2012). **Résultats:** 46 patients atteints d'otomycose ont été enregistrés. La tranche d'âge dominante était [01-15](52,17 %) et les principaux motifs de consultation étaient le prurit auriculaire (69,57%), l'hypoacousie (56,52%), l'otorrhée (80,43%) et l'otalgie (39,13%). Les résultats des prélèvements auriculaires (74 cas) étaient mono-mycosiques (91,89%) et bi-mycosique (08,11 %) avec une prédominance des candidacées (55%) et des aspergillacées (41,25%). Les germes étaient majoritairement sensibles aux imidazolés et à la tolnaftate. Le traitement était surtout à base d'antifongiques topiques (100%) et par voie enterale (15,21%). L'évolution était favorable dans 95,65% des cas. **Conclusion:** Les otomycozes constituent une entité relativement fréquente des otites externes à traitement long et laborieux

Mots-clés : otomycose, épidémiologie, diagnostic, thérapeutique

ABSTRACT

OTOMYCOSIS IN THE ENT SERVICE OF UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF OUAGADOUGOU: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS

Aim: to analyze epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of otomycosis. **Method:** it was a prospective study on 01year from January 2012 to December 2012. **Result:** 46 patients were unregistered. Dominate age class was [01-15](52,17 %) and the mean motivations of consultation were auricular pruritus (69,57%), deafness(56,52%), otorrhea(80,43%) and auricular pain (39,13%). The results of biological analysis (74 swabs) was mono-mycositis (91,89%) and bi-mycositis (08,11 %) with candidacea (55%) et des aspergillacea (41,25%) predominance. Pathogen germs were meanly sensitive to imidazolés and tolnaftate. The treatment was mostly based on topic (100%) and oral antifungics (15,21%). The evolution was favorable in 95,65% of the cases. **Conclusion:** Otomycosis constitute an entity of external otites with long and laborious treatment.

Keywords: otomycosis, epidemiology, diagnostic, therapeutic

INTRODUCTION

Pathologie relativement fréquente en pratique ORL, l'otomycose est une otite parasitaire pauci-symptomatique et d'évolution classiquement insidieuse. Fréquemment prise à tort pour une otite bactérienne, son diagnostic demeure le plus souvent tardif dans notre contexte dominé par les traitements probabilistes et les automédications. Ainsi, avons nous voulu, à travers cette étude, rapporter notre expérience dans la prise en charge de l'otomycose dans notre pratique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude prospective a porté sur 46 patients souffrant d'otomycose, colligés en 12 mois, de janvier 2012 à décembre 2012 dans le service d'ORL du CHU Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients présentant une otomycose confirmée, reçus pendant la dite période dans le service et ayant donné leur

consentement éclairé. Les patients retenus ont bénéficié après un examen ORL classique, d'un bilan complémentaire comportant une analyse microbiologique. Le prélèvement auriculaire a été réalisé au cours d'un examen otoscopique à l'aide d'écouvillons stériles, secs et protégés. Chaque prélèvement a fait l'objet d'un examen direct et d'une mise en culture systématique sur des milieux Sabouraud simple, Sabouraud-chloramphénicol et Sabouraud-actidione. L'identification de l'agent pathogène a été basée sur les critères macroscopiques, microscopiques et phénotypiques. Tous les patients inclus ont bénéficié d'un traitement primitif probabiliste, secondairement adapté aux résultats de l'antifugigramme. Des contrôles post-thérapeutiques de routine ont été effectués à la 2ème semaine puis tous les mois jusqu'à la guérison des patients.

CHU-YO service d'ORL et de CCF

Auteur correspondant : OUEDRAOGO Richard W-L : Médecin ORL, Ancien Interne Des Hôpitaux, CHU-YO service d'ORL et de CCF, Burkina Faso: BP: 1220 Ouagadougou 11, E-mail : richarwendl@gmail.com

RESULTATS

-DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Sur une période de 12 mois, 46 patients atteints d'otomycose ont été enregistrés parmi un collectif de 8700 consultants dans le service d'ORL soit 0,53 % des consultants. Les patients étaient inégalement répartis au cours de l'année, avec 02 pics fréquents dont un en avril à mai et un autre en juillet et septembre comme l'indique la figure n°1.

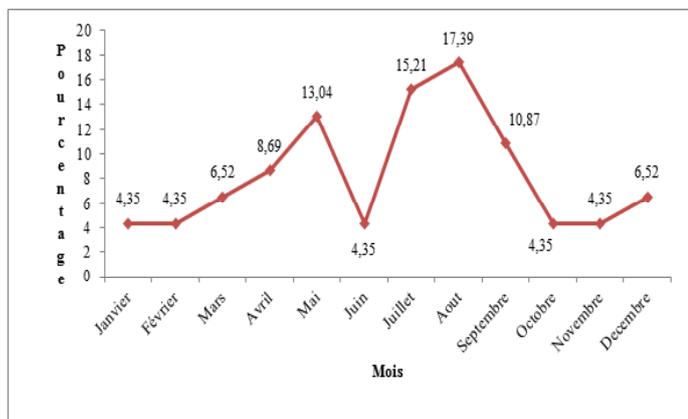


Figure n°1: Répartition des patients selon la période d'enregistrement

Le sex ratio était de 0,84 soit 21 hommes et 25 femmes. L'âge moyen était de 22 ans avec des extrêmes de 01 et 62 ans et la tranche d'âge la plus représentée était [01-15] avec une fréquence de 24 cas (52,17 %).

Les scolaires dans 22 cas (47,83%) et les salariés dans 12 cas (26,09%) étaient les couches sociales les plus touchées dans notre série. La majorité des patients, 28 cas (58,33%), était sans antécédents pathologiques particuliers. Neuf cas (19,57%) de diabète sucré, 04 cas d'OMC (08,70 %), 03 cas (06,52%) de sérologie HIV positive et 02 cas (04,35%) de malformation auriculaire ont été enregistrés.

Selon la résidence, 36 patients (78,26%) provenaient des localités rurales périphériques de Ouagadougou.

-DONNEES DIAGNOSTIQUES

Le délai moyen de consultation était de 03 mois avec des extrêmes de 01 et de 06 mois. Les principaux motifs étaient le prurit auriculaire 32 cas (69,57%), l'hypoacousie 26 cas (56,52%), l'otorrhée 37 (80,43%) et l'otalgie 18 cas (39,13%). Les otites étaient majoritairement bilatérales, 28 cas (60,87 %). Les formes unilatérales étaient droites dans 10 cas (21,74 %) et gauche dans 08 cas (17,39 %) portant à 74, le nombre de cas d'otites mycosiques. L'otoscopie a montré les lésions suivantes : une otorrhée puriforme dans 38 cas (51,35 %), un dépôt blanchâtre intra-méatique dans 23 cas (31,08 %), un aspect croûteux dans 11 cas (14,86 %) et des lésions eczématiformes du conduit dans 02 cas (02,70%). Tous les cas ont fait

l'objet d'un prélèvement auriculaire pour une analyse microbiologique. Le résultat de la culture était mono-mycosique dans 68 cas (91,89%) et bi-mycosique dans 06 cas (8,11 %). Une coïnfection bactérienne a été constatée dans 12 cas (16,22%) dont *Pseudomonas aeruginosa* (06 cas), *Staphylococcus aureus* (04 cas) et *Streptococcus* (02 cas).

Les résultats de l'analyse mycologique ont été répertoriés dans le tableau.

Tableau I : Répartition des cas selon le type de germe identifié

Germe	Fréquences	Pourcentage (%)
<i>Candida albicans</i>	23	28,75
<i>Candida non albicans</i>	21	26,25
<i>Aspergillus fumigatus</i>	17	21,25
<i>Aspergillus niger</i>	09	11,25
<i>Aspergillus flavus</i>	07	08,75
Trichophyton	03	03,75
Total	80	100

Diverses variétés de champignons ont été objectivées. Elles étaient dominées par les candidacées (44 cas) soit 55% et les aspergillacées (33 cas) soit 41,25% des cas. Trois (03) cas de Trichophyton ont été identifiés. L'antifungigramme réalisé dans les 80 cas de culture positive, a permis d'évaluer la sensibilité des champignons rencontrés, aux antifongiques couramment disponibles dans notre contexte. (Figure n°2)

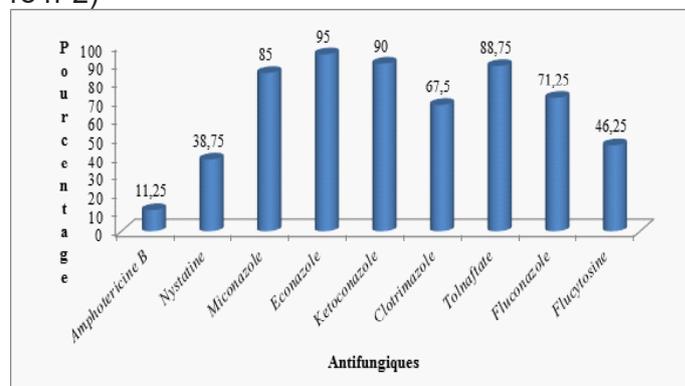


Figure 2 : Répartition des germes selon leur sensibilité aux antifongiques courants (n=80)

Les imidazolés et la tolnaftate avaient présenté une bonne activité thérapeutique sur les champignons identifiés. Néanmoins, leur sensibilité à l'amphotéricine B (11,25%) et la nystatine était faible.

-DONNEES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical à base d'antifongiques locaux sous forme topique. Un traitement antimycosique par voie générale a été associé chez 07 patients (15,21%). Les traitements antifongiques ont été adaptés aux résultats de l'antifungigramme. La durée moyenne du traitement était de 03 mois avec des extrêmes de 01 et de 11 mois.

L'évolution était favorable chez 44 patients (95,65%) avec un recul de 05 mois. Deux cas de complications à type d'otite externe nécrosante progressive ont nécessité une prise en charge intra hospitalière exclusive à base d'antifongiques et d'antibiotiques par voie parentérale. Des séquelles ont été observées dans 03 cas (06,35%) : une perforation tympanique résiduelle dans 02 cas et une sténose partielle du conduit auditif externe dans 01 cas.

DISCUSSION

-ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

L'otomycose est une pathologie relativement fréquente dans les régions tropicale et subtropicale, où elle fait partie des principaux motifs de consultation otologique [1,2,3]. Dans notre contexte, elle a représenté 0,53% de l'ensemble des consultations annuelles enregistrées dans le service d'ORL du CHU de Ouagadougou. Elles touchent surtout les sujets jeunes sans discrimination de race ni de sexe à l'instar des résultats de notre série où l'âge moyen était de 22 ans avec une forte représentativité de la tranche d'âge de [01-15](52,17 %). La répartition de l'incidence de cette pathologie est variable selon les régions et les périodes [2,3]. Ainsi à la différence des zones tempérées où on note des fréquences estivale et automnale élevées, dans les séries tropicales, en l'occurrence la nôtre, on observe une prédilection de cette pathologie pour les périodes chaudes et humides [1,4]. En effet l'humidité intra-auriculaire constitue un facteur sine qua none pour la survenue et la pérennisation de cette pathologie [1,3,4].

ASPECTS DIAGNOSTIQUES

D'emblée prise à tort, pour une infection bactérienne et traitée le plus souvent comme telle, le diagnostic de l'otomycose survient en général après un long itinéraire thérapeutique caractérisé par des échecs de traitement probabiliste [2,3]. Ceci augmentant de façon considérable le délai du diagnostic dont la moyenne était de 03 mois dans notre série ; la manifestation de cette pathologie reste le plus souvent pauci-symptomatique et d'évolution insidieuse [2,5,6]. A ce propos, un prurit auriculaire souvent à peine gênant (69,57%), une banale otorrhée (80,43%) et une hypoacousie intermittente (56,52%), ont constitué les principaux motifs de consultation. L'atteinte était majoritairement bilatérale (60,87 %). Cela pourrait s'expliquer par l'exposition équitable des deux oreilles aux mêmes facteurs de risques. Ces facteurs sont variables et le plus souvent associés. Ainsi, aux facteurs environnementaux tels que les périodes humides et chaudes avec la sudation et les baignades qui vont avec, s'associent les facteurs individuels pourvoyeurs d'immunodépression générale notamment l'infection au VIH et le diabète [2,7,8]. A cela s'ajoutent les facteurs iatrogènes notamment les trauma-

tismes locaux, les nettoyages intempestifs d'oreilles et les gouttes auriculaires inadaptées surtout celles à base d'anti-inflammatoires stéroïdiens [2,6].

Si les signes fonctionnels de cette pathologie sont en général non-spécifiques, l'otoscopie apparait assez évocatrice et met le plus souvent en évidence un aspect pathologique de l'oreille externe : soit une otorrhée puriforme, un dépôt blanchâtre intra-méatique et un aspect croûteux banal [8,9]. Ces lésions, en général classiques dans les otomycoses sont quelquefois modifiées par des traitements locaux peu adaptés. Par ailleurs d'autres aspects otoscopiques moins évocateurs de mycose peuvent être observés. Ce sont par exemple les lésions eczématiformes du conduit auditif (02 cas de notre série). Dans tous les cas, la confirmation diagnostique est microbiologique et fait appel à un prélèvement auriculaire de qualité et une analyse mycologique experte [5,8]. Dans notre série, 74 prélèvements auriculaires ont été analysés et donné des résultats positifs, mono ou bi mycosiques avec une large variété d'espèces allant des classiques saprophytes aéro-digestifs aux exceptionnelles dermatophytes telles le trichophyton observé dans 03 cas. Cette variété des germes incriminés a été rapportée par les analyses mycologiques de nombreuses séries dans la littérature [1,3,4,5,8,9]. Ceci pourrait s'expliquer non seulement par la grande diversité d'espèces de champignons saprophytes du genre humain, mais aussi par la facilité d'adaptation et la faible exigence en matière de condition de vie de ces germes. En effet, l'humidité et le sucre demeure classiquement l'exigence absolue de ces germes, rendant compte en partie, leur tropisme particulier pour les sujets diabétiques à l'instar de 09 patients de notre série [2,3,5,9]. La capacité d'adaptation de ces germes aux différentes agressions constitue une des bases de l'échec thérapeutique au cours de cette pathologie.

ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS

D'évolution clinique insidieuse, l'otomycose est en général de prise en charge tardive et surtout l'objet de nombreux traitement médicamenteux [5,7,9]. Ces traitements inadéquats, loin d'être une solution constituent le plus souvent en eux-mêmes, un facteur de pérennisation de cette pathologie. Ainsi sous la pression d'un traitement antifongique non-adapté, s'opère une sélection de germes multi-résistants expliquant en partie la faible activité des anti-fongiques les plus accessibles dans nos régions, que sont l'amphotéricine B (11,25%) et la nystatine (38,75%). Par ailleurs, les imidazolés et la tolnaftate avaient présenté une bonne activité thérapeutique sur les germes identifiés. Pour nous, ceci serait lié à l'utilisation plus rationnelle de ces molécules, compte tenu de leur faible accessibilité extrahospitalière dans notre contexte, prévenant de ce fait, l'éclosion de résistance acquise des germes à leur égard. Il convient donc

d'œuvrer à l'usage rationnel des antifongiques afin de limiter la sélection des germes multi-résistants et de protéger les molécules disponibles.

Le traitement est surtout basé sur les antifongiques topiques qu'il faut utiliser avec précaution du fait de leur potentielle ototoxicité [9,10]. Les imidazolés sont réputés être les moins agressifs et peuvent être utilisés même en cas de perforation tympanique, bien que leur utilisation en instillation intra-auriculaire directe soit déconseillée au profit du méchage imbibé [10,11]. Ce traitement local est quelquefois associé à un traitement par voie entérale selon l'état clinique du patient comme ce fut le cas de 07 de nos patients (15,21%).

La durée du traitement est longue et variable selon les tableaux cliniques [8,11]. Dans notre série la durée moyenne était de 03 mois avec des extrêmes de 01 à 11 mois sous un traitement primitivement adapté à un antifongogramme. Ce traitement a permis d'obtenir une évolution favorable chez 95,65% des patients. Les complications de cette pathologie sont peu fréquentes mais souvent grave surtout dans un contexte de débilité immunitaire ou de coïnfection bactérienne [12], comme ce fut le cas de 02 de nos patients, ayant présenté une otite externe nécrosante progressive.

CONCLUSION

L'otomycose est une pathologie relativement fréquente dans notre contexte. Elle survient à tous les âges, sans discrimination de sexe, avec cependant une nette prédominance juvénile. Son diagnostic est le plus souvent retardé par des traitements probabilistes intempestifs qui loin d'être une solution constitue un facteur de pérennisation de cette pathologie. Il convient donc de penser à une otomycose et de réaliser prélèvement auriculaire, pour une analyse mycologique devant toute otite externe persistante.

RÉFÉRENCES

1-ABOULMAKARIM S, TLIGUI H, EL MRINI M, ZAKARIA I, HANDOUR N, AGOUMI A. Otomycoses : étude clinique et mycologique de 70 cas, Journal de Mycologie Médicale, volume 20 Mars 2010, Page 48-52.

2-BENZARTI S, BEN SLIMAN S, AKKARI K, BEN YAHIA M, MILED I, OTHMANI S, ACHOUR A, CHEBBI MK. L'oreille du diabétique, Étude prospective (à propos de 200 cas), J Tun ORL 2003 ; 6 (11) 1-4.

3-E. ETTE-AKRE, M. FOLQUET-AMORISSANI, C. AHONZO-YAVO, M.J TANON-ANO, A. AKRE. Profil épidémiologique de l'otite externe à Abidjan, Med Afr Noire 2008 ; 55 (1) 13-16.

4-ARAIZA J, CANSECO P, BONIFAZ A. Otomycose : étude clinique et mycologique de 97 cas, Ref. : Rev Laryngol

Otol Rhinol. 2006;127,4:251-254.

5-MALARD O, BORDURE P, TOQUET J, LEGENT F. Otomycose. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-080-A-10, 1999, 7 p.

6-KAUR R, MITTAL N, KAKKAR M et Coll. Otomycosis : a clinico-mycology study. Ear Nose Throat J 2000; 79 : 606-609.

7-YAVO W, KASSI RR, KIKI-BARRO PC, BAMBAA, KPLÉ T, MENAN EIH, EHOUE F, KONÉ M. Prévalence et facteurs favorisants des otomycoses traitées en milieu hospitalier à Abidjan (cote d'ivoire) Med trop 2004 ; 64 : 39-42.

8-KURNATOWSKI P, FILIPIAK A. Otomycosis: prevalence, clinical symptoms, therapeutic procedure. Mycoses 2001; 44 : 471-479.

9-NWA BUISI C, OLOGE FE. The fungal profile of otomycosis patients in Illorin, Nigeria. Niger J Med 2001; 10 : 124-126.

10-RAYMOND S, HENON T, GRENOUILLET F, LEGRAND F, WORONOFF-LEMSI M-C, HOEN B, LIMAT S, LEROY J. Audit clinique des prescriptions d'antifongiques systémiques coûteux au centre hospitalier universitaire de Besançon, Med Mal Infect 2009 ; 39 (2) 125-132

11-GELLEN-DAUTREMER J, LANTERNIER F, DANNAOUI E, LORTHOLARY O. Associations antifongiques dans les infections fongiques invasives, Rev Med Int 2010 ; 31 (1) 72-81

12-SKHIRI MI, SETHOM A, CHARFI A, BELTAIEF N, KRAIEM T, MNIF E, BESBES G, EL KHEDIM A, HACHICHA S. L'otite externe maligne ou nécrosante : à propos de 18 cas, J Tun ORL 2000 ; 3 (5) 12-15.