

## VALEUR PRONOSTIQUE DES CRITERES DE L'OMS DEFINISSANT LE PALUDISME GRAVE CHEZ LES EXPATRIES TRAITES DANS UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS EN CÔTE D'IVOIRE

La pertinence des critères de l'OMS définissant le paludisme grave est démontrée chez plusieurs groupes de patients (1-3). Evaluer leur valeur pronostique chez des expatriés atteints de paludisme grave et traités en zone d'endémie était l'objectif de l'étude que nous avons entreprise.

L'étude a porté sur 66 expatriés atteints de paludisme grave des deux sexes (45M/17F), d'âge moyen de  $42 \pm 13$  ans (extrêmes : 16 et 71 ans) hospitalisés dans une unité de soins intensifs à Abidjan. Ils étaient originaires d'Europe (79 %), d'Asie (12 %) et des Etats-Unis (9 %).

Cette étude rétrospective sur une période de 10 ans a consisté à rechercher chez chaque patient l'existence des critères de gravité du paludisme définis par l'OMS et analyser l'évolution du patient en terme de survie ou de décès.

Le critère associé au plus fort taux de décès a été alors considéré comme ayant la valeur pronostique la plus élevée. Tous les critères majeurs et mineurs ont été ainsi évalués chez 60 patients pour lesquels l'issue était connue. Une analyse monofactorielle a été faite en utilisant les tests statistiques  $\chi^2$ , Student, Fisher, Mann-Whitney. Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme significative.

La durée moyenne d'hospitalisation était de  $9,5 \pm 9,2$  jours. L'évolution a été favorable chez 48 patients (73 %) dont 4 ont présenté des séquelles lourdes. 12 patients sont décédés (18 %) et 6 (9 %) ont été rapatriés d'urgence dans leur pays d'origine. L'évaluation de la valeur pronostique de chaque critère a montré que :

- le coma profond (score de glasgow  $< 7$ ) était associé à une létalité de 43,5 % chez les patients qui le présentaient avec un risque relatif de 8,04 ;
- la détresse respiratoire et l'acidose métabolique étaient associées à une létalité respective de 47,1 et 53,8 % avec un risque relatif de 5,06 ;
- l'état de choc, à une létalité de 60 % avec un risque relatif de 3,67 ;
- les convulsions répétées généralisées, 41,6 % avec un risque relatif de 2,86 ;
- l'hyperparasitémie, critère mineur, s'associait à une létalité de 28,20 % avec un risque relatif de 5,92 ;
- enfin, les autres critères de gravité, tels que l'anémie sévère, l'hypoglycémie profonde, le syndrome hémorragique diffus, l'hémoglobinurie macroscopique, l'insuffisance rénale aiguë et les autres critères mineurs n'étaient pas associés à une surmortalité.

La mortalité dans notre étude a atteint 18 % ; elle est supérieure aux taux retrouvés dans la littérature et qui se situent entre 9 et 11,4 % (4, 5). Le coma profond reconnu comme facteur de très mauvais pronostic (5) a été fréquemment retrouvé chez nos patients et peut expliquer ce fort taux de mortalité. Les critères de mauvais pronostic étaient, par ordre décroissant, le coma profond, la détresse respiratoire et l'acidose métabolique, l'état de choc, les convulsions généralisées répétées et l'hyperparasitémie. Ainsi, le coma profond est le premier facteur de mauvais pronostic et ne peut être mis au même niveau que l'acidose métabolique, l'état de choc et l'œdème pulmonaire (1). De même, l'hyperparasitémie qui n'était pas reconnue comme un facteur de mau-

vais pronostic (2, 3), augmente très nettement la mortalité et sa pertinence devrait être reconsidérée chez ce type de patients.

Le coma profond est le critère qui a la plus grande valeur pronostique dans cette étude. De même, l'hyperparasitémie a une valeur pronostique élevée et devrait être considérée comme critère de gravité du paludisme dans la population considérée.

Y. BROUH, K.E. KOUAMÉ, N. BOUA

• *Travail du Service de réanimation (Y.B., Agrégé d'anesthésie-réanimation ; K.K., N.B., Assistants chefs de clinique), Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Abidjan, RCI.*

• *Correspondance : Dr BROUH Yapo, 22 BP 1771 Abidjan 22 • Fax : +225 22 43 83 38 • E-mail: brouh\_yapo@yahoo.fr*

- 1 - WORLD HEALTH ORGANIZATION, DIVISION OF TROPICAL DISEASES - Severe and complicated malaria. *Trans Soc Trop Med Hyg* 1990 ; **84 Suppl 2** : 1-65
- 2 - BLUNBERG L, LEE R P, LIPMAN J, BEARD SS - Predictors of mortality in severe malaria: a two-years experience in a non endemic area. *Anesth Intensive Care* 1996 ; **24** : 217-223.
- 3 - HOCQUELOUX L, BRUNEL F, CHEVRET S *et Coll* - Etude descriptive et pronostique des accès pernecieux palustre d'importation. *Reanim Urg* 1998 ; **7 Suppl 1** : 89.
- 4 - SAÏSSY JM - Le paludisme grave. In « Reanimation Tropicale ». Amette ed, 1997, pp 95-118.
- 5 - CAMUS C - Prise en charge thérapeutique d'une forme grave de paludisme à *Plasmodium falciparum* chez l'adulte. *Med Mal Infect* 1999 ; **29 Suppl 2** : 164 S-177S.

## OSTEITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE DU MALAIRE

Les atteintes infectieuses de l'os malar, particulièrement d'étiologie tuberculeuse, sont exceptionnelles. Au vu de sa rareté et de son intérêt clinique certains, nous rapportons un cas observé à Brazzaville au Congo.

Pascaline A..., congolaise, âgée de 18 ans, consulte pour une tuméfaction sous orbitaire droite évoluant depuis 16 jours, dans un contexte apyrétique, sans altération de l'état général. Elle ne présente pas d'antécédent rhino-sinusal, ni de notion de traumatisme facial. Il s'agit d'une tuméfaction fixée, faisant corps avec l'os malar plus ou moins sensible à la palpation. La pression de cette tuméfaction fait sourdre un pus jaunâtre dans le vestibule, peu abondant. Ce pus est prélevé en vue d'un examen bactériologique. L'examen rhinoscopique et endobuccal se présente sans anomalie.

La numération formule sanguine retrouve une polynucléose à 14.600 éléments, 75 % de neutrophiles. La vitesse de sédimentation est accélérée (70/102 mm).

L'orthopantomogramme ne note aucune lyse osseuse péri-apicale. L'incidence de Blondeau montre une réaction en cadre de la muqueuse du sinus maxillaire droit, une trame osseuse malar irrégulière avec des zones de condensation et de lyse.

Devant ce tableau, le diagnostic d'ostéite du malar est alors retenu, mais l'étiologie reste à déterminer.

Un traitement antibiotique oxacilline et anti-inflammatoire (acide tiaprofénique) est entrepris, en attente des résultats de l'examen bactériologique du pus. Aussi, le caractère chronique et froid des lésions, fait décider la réalisation d'une biopsie. L'examen bactériologique identifie *Mycobacterium tuberculosis* et l'anatomo-

pathologie révèle un infiltrat spécifique confirmant une tuberculose.

Le diagnostic d'ostéite tuberculeuse du malaire est donc retenu. Celle-ci est isolée car l'enquête épidémiologique et la recherche d'une autre localisation sont sans particularité.

Un traitement par les antituberculeux classiques est institué pendant 6 mois. L'évolution est bonne, la patiente est en parfaite santé après un recul de 4 ans.

La littérature fait généralement mention de cas d'ostéite tuberculeuse des maxillaires, mais peu d'observations de tuberculose malaire sont rapportées. A propos d'une observation rapportée chez un enfant de 2 ans en 1954, Georgacopoulos (1) souligne que la tuberculose des os de la face est une affection rare et l'ostéite tuberculeuse du malaire se rencontre surtout chez les sujets jeunes. Cette dernière se présente le plus souvent comme un abcès froid (2).

L'absence d'un foyer infectieux sinusien, cutané, et d'une lésion apicale ; ainsi que le caractère froid de la tuméfaction malaire impose la recherche systématique du bacille de Koch. L'ostéite tuberculeuse du malaire reste exceptionnelle par rapport aux atteintes non spécifiques (ostéomyélite hémotogène staphylococcique, streptococcique ou maladie de Lannelongue) par propagation d'infections contiguës d'origine dentaire, muqueuse ou cutanée. Bien que *Mycobacterium tuberculosis* puisse être identifié à partir du pus prélevé, comme dans notre observation, l'examen anatomo-pathologique de la biopsie des lésions est fondamental pour fournir plus rapidement les éléments positifs du diagnostic (3).

Notre observation se singularise par sa localisation osseuse unique, par rapport à la forme polytopique. Aucune autre localisation n'est pas également retrouvée dans l'observation de Triglia et Coll (2). Ces derniers avancent l'hypothèse d'une atteinte osseuse par contiguïté à partir d'une adénite génienne de primo-infection buccale.

Ainsi, devant une ostéite du malaire, la recherche du bacille de Koch doit être systématique par une biopsie des lésions, afin de ne pas manquer cette étiologie tuberculeuse bien qu'elle soit exceptionnelle.

## G. ONDZOTTO

• Travail du Service d'ORL (G.O., Chef de clinique Assistant) CHU de Brazzaville, Brazzaville, Congo.

• Correspondance : G. ONDZOTTO, BP 13356, Brazzaville, Congo • E-mail : ondzotto@voila.fr •

1 - GEORGACOPOULOS A - Un cas d'ostéite tuberculeuse de l'os malaire. *Rev Laryng* 1954 ; **75** : 709-712.

2 - TRIGLIA JM, BRAMI S, GOERTZ JP. Ostéite tuberculeuse du malaire. *Cahiers Orl* 1985 ; **20** : 646-649.

3 - CERNEA P, ROUCHON C, TECUCINA JF - Aspects actuels de la tuberculose des maxillaires et du malaire. *Rev Stomatol* 1969 ; **70** : 1-18

## OTOMYIASE BILATERALE A *LUCILIA SERICATA*

Un nourrisson de sexe féminin, âgée de 1 an, habitant Salé dans une famille de niveau socioéconomique moyen présente de façon brutale une otorragie bilatérale sans autre signe d'appel clinique. L'examen à l'otoscope révèle la présence de trois « petits vers » encore vivants dans les deux conduits audi-

tifs externes avec présence d'otite purulente bilatérale. L'examen des tympanes était impossible du fait de la présence du pus.

Les larves de mouche ont été extraites à l'aide d'une pince et le nourrisson a été mis sous antibiothérapie par voie orale pendant 10 jours. L'évolution a été favorable avec un examen sous microscope qui a montré des tympanes intacts et la guérison de l'otite suppurée.

L'étude parasitologique a montré qu'il s'agit d'une larve vermiforme d'une longueur de 12 cm formée de 12 segments (Fig. 1). L'extrémité antérieure est effilée avec un premier anneau rétractile qui porte des organes sensoriels réduits et un appareil buccal formé de deux crochets chitineux aigus. L'extrémité postérieure est tronquée, présentant des protubérances sensorielles régulièrement réparties autour des plaques stigmatiques qui portent chacune trois fentes droites et parallèles entourées d'un périmètre complet (Fig. 2). Selon la clé de détermination des larves de mouches, basées sur les critères morphologiques de la larve et spécifiquement sur la structure des plaques stigmatiques postérieures qui sont très utilisées en taxonomie (1), nous avons conclu qu'il s'agit d'une larve de mouche appartenant à l'ordre des diptères, section des Cycloraphes, famille des Calliphoridae, genre *Lucilia*, espèce *sericata*.

En comparaison avec les autres myiases, les otomyiases constituent une localisation peu fréquente. Une revue de la littérature a montré que les espèces des larves de mouche incriminées dans la genèse des otomyiases sont nombreuses ; ce sont souvent les mêmes que les myiases nasales animales (5 cas d'otomyiases à *sarcophaga* sp (2-5), 3 cas à *Chrysomya bezziana* (2, 5, 6), 2 cas à *fannia* sp (7, 8), 2 cas à *Wohlfartia magnifica* (9, 10), 1 cas à *Sarcophaga haemorrhoidalis* (11), 1 cas à *Phaenicia cuprina* (12), 1 cas à *Oeustrus ovis* (13), 1 cas à *Chrysomya magnifica* (14). Un seul cas d'otomyiase due à *Lucilia sericata* a été décrit : il s'agissait d'un patient coréen âgé de 54 ans (15).

La *Lucilia sericata* constitue une des espèces responsables de myiases chez l'homme et les animaux domestiques, à côté de la *Lucilia tasmaniensis*, *Lucilia cuprina*, *Lucilia argyrocephala* et *Lucilia caesar*. Il s'agit d'une mouche très fréquente en Australie, en Hollande et dans les pays tempérés et d'élevation comme le Maroc. Elle est souvent à l'origine de myiases cutanées sévères chez les moutons en infestant les plaies humides ou surinfectées, provoquant des dégâts importants dans l'industrie de la laine (16).

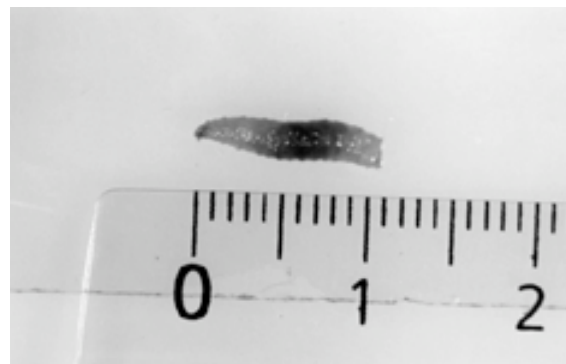


Figure 1 - Larve de *Lucilia sericata*.

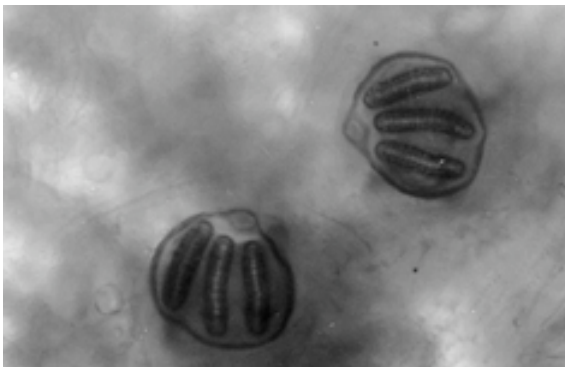


Figure 2 - Œufs de *Lucilia sericata*.

La mouche adulte a une longueur de 8 à 10 mm et une couleur verte à reflets blancs. L'épistome et la face sont d'un blanc d'argent et le premier segment abdominal est souvent noirâtre avec une pruinosité blanche serrée. La *Lucilia sericata* se distingue des *Chrysomya* par la disposition des soies dorsocentrales et acrosticales. L'activité de la *Lucilia sericata* est diurne, elle est attirée par les odeurs particulièrement des toisons humides souillées ou surinfectées. La femelle dépose ses oeufs en groupe de 100 à 300 sur carcasse ou sur mouton vivant; ils se développent et éclosent en 8 à 12 heures si la température est aux alentours de 30 °C et l'humidité supérieure à 90 %. Les larves grandissent en 4 à 6 jours et tombent généralement la nuit sur le sol où elles s'enterrent de 1 à 4 cm pour muer en pupes qui va donner en quelques jours la mouche adulte (11, 17).

Sur le plan étiopathogénique, il semble bien que les otomyiases nécessitent pour se développer la présence d'un cholestéatome ou d'une infection auriculaire préalable (6). Les mouches attirées par l'odeur du pus, pondent leurs oeufs au pourtour du conduit auditif externe, les larves gagnent la profondeur, s'enfoncent dans les cavités, dévorent les muqueuses et parviennent parfois jusqu'aux sinus crâniens. Dans le cas présent, il est à souligner que le cycle évolutif de la *Lucilia sericata* a été dévié lors de la phase de ponte des oeufs qui s'est faite sur le pourtour des conduits auditifs externes du nourrisson. La mouche a été probablement attirée par le pus puisque l'examen à l'otoscope a révélé la présence d'une otite suppurée chez ce nourrisson de 1 an. L'exploration de la sphère ORL doit être régulièrement réalisée chez les nourrissons, et la présence de tout signe d'otite doit inciter à l'instauration immédiate d'un traitement médical qui doit être reconstruit par des explorations ultérieures.

Les otomyiases sont favorisées par la présence d'une infection auriculaire préalable et peuvent parfois engendrer des dégâts anatomiques ou septiques graves. Le diagnostic est souvent facile mais parfois il peut être retardé chez l'enfant et le comateux.

La *Lucilia sericata* est une des mouches présentes au Maroc, rarement à l'origine d'une otomyiase. La détermination de l'espèce de la mouche au stade larvaire est basée sur l'architecture des pièces buccales et essentiellement sur la morphologie des plaques stigmatiques postérieures.

M. BAHJI, M. SBITI, A. AGOUMI, H. SAHIBI, A. ASERMOUH

• Travail du Laboratoire de parasitologie (M.B., M.S., A.A.), de l'Unité des urgences pédiatriques (A.A.) de l'Hôpital d'Enfants du CHU Rabat-Salé, Maroc et du Département de parasitologie (H.S.) de l'Institut Agronomique et Vétérinaire de Rabat, Maroc.

• Correspondance : A. AGOUMI, Département de Biologie Clinique, Faculté de Médecine et Pharmacie, BP 6203, Rabat, Maroc • Fax : +212 07 73 37 01 •

- 1 - AOUFI S, AGOUMI A, MOUTAJ R, BALOUCH L - Un cas de myiase furonculaire à *Cordylobia anthropophaga* au Maroc. *Med Trop* 2000; **60** : 304-305.
- 2 - FAKRY K, KOUASSI B, ETTE A et Coll - Un cas d'otomyiase mixte en Côte d'Ivoire. *Cah Oto-Rhino-Laryngol Chir Cervico-Fac Audiophonol FRA* 1984; **19** : 837-840.
- 3 - WADH MM - Aural myiasis by *Sarcophaga* (flesh fly). *Bull Alexandria Fac Med* 1971; **7** : 1.
- 4 - DUQUE CS, GILBERTO M, VALDERAMA R - Otolaryngic manifestations of myiasis. *Ear Nose Throat J*; **69** : 619-622.
- 5 - ABED-BENAMARA M, ACHIR I, RODHAINI F, PEREZ-EID C. Premier cas algérien d'otomyiase humaine à *Chrysomya bezziana*. *Bull Soc Pathol Exot* 1997; **90** : 172-175.
- 6 - DEBRIE JC, KLOTZ F, LE NOBLE DR, NGADA D - Les hôtes insolites de l'oreille moyenne. *Rev Laryngol Otol Rhinol RFA* 1986; **107** : 131-134.
- 7 - MAGLIULO G, GAGLIARDI M, D'AMICO R - Human aural myiasis. *Otolaryngol. Head Neck Surg* 2000; **122** : 777.
- 8 - BENCHAT A - Les myases diagnostiquées au laboratoire de parasitologie à l'hôpital d'enfant Rabat. Thèse de Médecine, 2001, n° 12.
- 9 - PANU F, CABRAS G, CONTINI C, ONNIS D - Human auricular myiasis caused by *Wohlfahrtia magnifica* : first case found in Sardinia. *J Laryngol Otol* 2000; **114** : 450-452.
- 10 - FAWZY AFA - Otitis media and aural myiasis. *J Egypt Soc Parasitol* 1991; **21** : 883-885.
- 11 - CHENG Y - The biology of animal parasites. Sanders Company 1964; **1** : 585-687.
- 12 - AMY J MORRIS, MICHAEL A BERRY. Intestinal myiasis with *Phaenicia cuprina*. *Am J Gastroenterol* 1996; **91** : 1290.
- 13 - PAMPIGLIONE S, GIANETTO S, VIRGA A - Persistence of human myiasis by oestrus ovis among shepherds of the Etna area (Sicily) for over 150 years. *Parassitologia* 1997; **39** : 415-418.
- 14 - LEE HL, YONG YK - Case report: human aural myiasis. *South East Asian J Trop Med Public Health* 1991; **22** : 274-275.
- 15 - CHO JH, KIM HB, CHO CS et Coll - An aural myiasis case in a 54-year-old male farmer in Korea. *Korean J Parasitol* 1999; **37** : 51-53.
- 16 - SEGUY E - Les insectes parasites de l'homme et des animaux. Paul Lechevalier ed, Paris, 1924, pp 329-331.
- 17 - ZUMPT F - A text book for physicians, veterinarians and zoologists Butterworths ed, London, 1965, 267 p.

## A PROPOS D'UN CAS D'ARRACHEMENT BIPALPEBRAL PAR MORSURE D'ANE

Les traumatismes faciaux constituent des urgences pluri quotidiennes au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO). L'atteinte oculo-palpébrale reste gravissime par son double retentissement fonctionnel sur la vision et anatomique sur l'esthétique (la face étant le véritable passeport social de l'individu). La prise en charge thérapeutique reste complexe et fait appel à la multidisciplinarité de l'équipe chirurgicale en milieu spécialisé. Si les accidents de la voie publique (agressions, rixes) et les activités professionnelles et ludiques sont les causes les plus fréquentes de ce type de traumatisme, les morsures par animaux domestiques sont plus rares, l'âne par sa réputation docile consti-

tuant une exception.

Nous relatons un cas d'arrachement des deux paupières par morsure d'un âne sur un enfant de neuf ans, pris en charge initialement dans notre service et traité en milieu spécialisé en Europe.

L'enfant Compaore S., neuf ans, de sexe masculin, non scolarisé a été admis dans le service d'ophtalmologie du CHNYO de Ouagadougou pour arrachement des deux paupières de l'oeil droit par morsure d'âne.

L'accident serait survenu à 16 heures dans un village situé au sud-est de Ouagadougou, après le travail quotidien, le ramassage et stockage de tiges de mil séchées pour l'alimentation du bétail. La victime donnait alors à manger à l'animal, quand un autre enfant a donné un coup de bâton à l'âne. Celui-ci a réagi en se ruant sur son nourricier, le mordant à la figure et à la jambe gauche. Dans l'impossibilité d'obtenir des soins sur place (absence de centre de soin et d'agent de santé) et un moyen de transport adéquat, le petit malade a été transporté en charrette à traction azine vers le centre médical le plus proche, d'où il a été évacué au CHNYO, sans soins complémentaires. Le malade est arrivé quatre heures plus tard à l'hôpital dans une ambulance non médicalisée, accompagné seulement par sa mère. Reçu d'abord dans le service des urgences chirurgicales, il a été immédiatement orienté dans le service d'ophtalmologie où le médecin de garde a été immédiatement appelé.

Nous avons reçu un enfant en bon état général mais très angoissé et très affaibli. L'état de conscience était normale, la température à 37°C, la tension artérielle à 120/70 et le poids à 35 Kg. Il présentait une plaie contuse à la jambe gauche.

A l'inspection locale, on notait une défiguration importante avec perte de substance par avulsion bi-palpébrale droite. L'os zygomatique était à nu. Dans la partie médiale, la portion lacrymale des paupières n'était pas identifiable. Le sourcil était en place. En profondeur, on ne notait qu'un petit lambeau de conjonctive tarsale, sensible, recouvrant partiellement le globe oculaire (Fig. 1). La partie gauche du visage était normale avec un oeil et des annexes normaux.

L'examen ophtalmologique a montré : une acuité visuelle à 5/10 non améliorable à l'oeil droit traumatisé et de 10/10 P2 à l'oeil gauche. Le bilan oculomoteur a mis en évidence une impossibilité de l'élévation, de l'adduction et de l'abduction de l'oeil droit. A la lampe à fente, la conjonctive bulbaire était normale. La comée présentait une ulcération prenant la fluorescéine. Par ailleurs le reste de l'examen du segment antérieur était normal : pas de suppuration, ni de saignement, ni de débris telluriques. Le fond d'oeil après dilatation n'a montré aucune lésion du pôle postérieur. L'examen de l'oeil gauche était normal. Nous n'avons pas pu mesurer la pression intraoculaire chez cet enfant éprouvé par l'accident et effaré par le milieu médical.

Les bilans complémentaires en imagerie et biologie (radiographies du crâne, numération formule sanguine, azotémie et glycémie) n'ont pas mis en évidence de lésions osseuses ni d'anomalies particulières.

La conduite à tenir a consisté en une mise en condition chirurgicale : voie veineuse, sédation, antibiothérapie à large spectre, séro-anatoxino-thérapie antitétanique et désinfection de la région traumatisée au polyvidone iodée, solution aqueuse à 5%. Devant la complexité des lésions faciales, la menace fonctionnelle et esthétique majeure cet enfant, le concours d'un centre hospitalier mieux équipé que le nôtre, avec possibilité de traitement par équipe multidisciplinaire ophtalmologique + chirurgie reconstructive et plastique, s'imposait. Ces moyens hyper-spécialisés n'existent pas au Burkina Faso. En attendant de remplir les formalités en vue d'une évacuation sanitaire, le traitement a consisté en l'application de méthylcellulose toutes les 30 minutes sur la comée, de

pommade à l'Acide fusidique à 1 %, deux fois par jour sur les plaies et une protection du globe oculaire par un pansement sec non occlusif. L'antibiothérapie (Amoxicilline 500 mg, deux fois par jour) a été poursuivie et une prophylaxie antipaludéenne mise en route. Ce traitement permis de maintenir les plaies propres et l'acuité visuelle stationnaire à 4/10. Il n'y avait pas eu de signes d'infection et l'état général s'était nettement amélioré au moment du transfert.

L'enfant fut admis dans un hôpital en Europe un mois après. Le traitement a été réalisé par une équipe multidisciplinaire d'ophtalmologistes et de chirurgiens plasticiens. Sous anesthésie générale, l'équipe ophtalmologique a effectué des épreuves de ductilité forcée et vérifié l'intégrité du globe oculaire. L'équipe de chirurgie plastique a réalisé la reconstruction de la région palpébrale par une greffe conjonctivale prélevée à la muqueuse buccale, doublée d'un lambeau de rotation fronto-temporal recouvrant complètement la région palpébrale, la zone de prélèvement du lambeau ayant été comblée par une greffe de peau totale prélevée à la fosse iliaque gauche. L'ouverture de la fente palpébrale a été réalisée après un délai de deux mois.

L'enfant a été revu au CHNYO après un séjour de trois mois en Europe. Les résultats anatomiques étaient bons et l'esthétique passable (Fig. 2). Cependant des complications sont survenues compromettant les résultats fonctionnels. L'acuité visuelle s'était effondrée à 2/10 au troisième mois. Les paupières néoformées étaient figées, la paupière supérieure en ptosis, recouvrant plus des trois quarts supérieurs de la comée. Leurs bords libres, dépourvus de cils étaient épais et recouverts de sécrétions et frotaient sur la comée. L'examen à la lampe à fente a mis en évidence une ulcération de la moitié inférieure de comée. Cette ulcération a évolué vers une taie vascularisée malgré les traitements (aminocissément des bords des paupières néoformées, pommades antibiotiques). Au 18<sup>e</sup> mois l'acuité visuelle était réduite à la perception lumineuse, le globe oculaire en exotropie. Le fond d'oeil était inaccessible du fait de l'opacité coméenne.

Le nombre de traumatismes oculo-palpébraux semble être en progression (1), atteignant les sujets jeunes de sexe masculin (2), comme l'illustre notre cas. Les étiologies habituellement rencontrées dans la littérature occidentale concernent surtout, selon Burillon (3) les accidents de travail, les accidents de la voie publique et les agressions. Ces mêmes étiologies se rencontrent en milieu urbain africain (4).

Des cas de traumatismes oculo-palpébraux par morsure d'animaux sont décrits dans la littérature : il s'agit bien souvent de morsures de chat ou de chien (5). Wykes (6) a rapporté un cas de morsure de rat chez un enfant de trois mois. La morsure d'âne, par son caractère insolite, mérite d'être mentionnée, aucun cas semblable n'ayant été décrit à notre connaissance. Docile et travailleur, l'âne peut devenir agressif dans certaines circonstances pathologiques comme la rage et le tétanos (7). La mise en observation de l'animal agresseur a permis d'écarter ces maladies.

L'accident, survenu en zone rurale, a mis en évidence l'impossibilité d'assurer une prise en charge adéquate de ce type de lésions dans les pays sous-développés : absence de structure de prise en charge médicale immédiate et pendant le transport, impossibilité pour le centre de référence nationale de réaliser un bilan lésionnel adéquat et un traitement spécifique de haute technicité multidisciplinaire.

Notre pays ne disposant pas d'unité de chirurgie plastique, le pronostic esthétique de ce type de traumatisme,



Figure 1 - Arrachement bipalpébral par morsure d'âne : aspect pré-opératoire.



Figure 2 - Arrachement bipalpébral par morsure d'âne : reconstruction de la région palpébrale par greffe conjonctivale et lambeau de rotation fronto-temporal.

serait sombre en l'absence de l'incroyable solidarité agissante qui a permis sa prise en charge rapide dans un service spécialisé en Europe.

Malgré la complexité des soins reçus, le résultat fonctionnel est resté catastrophique, confirmant une fois de plus la responsabilité des traumatismes dans la cécité monoculaire chez l'enfant (2). La perte de vision de l'oeil est due aux lésions cornéennes secondaires à la perte de protection de l'oeil, les paupières néoformées n'ayant pas les qualités physiologiques de l'appareil palpébral normal.

Au delà du caractère insolite de l'étiologie de cet arrachement bipalpébral chez un enfant de (morsure d'âne), la prise en charge d'une telle lésion demeure complexe et non résolu dans les pays sous-développés, ne disposant pas du minimum de couverture sanitaire. En attendant la nécessaire amélioration des plateaux techniques dans les pays en développement, de telles situations nécessitent une prise en charge à l'extérieur, dans les pays industrialisés. Malgré l'intervention d'une équipe multidisciplinaire en milieu spécialisé, ce cas confirme que les traumatismes demeurent une cause importante de cécité monoculaire chez l'enfant. Aussi, la meilleure prise en charge de tels accidents est dans la prévention par l'éducation sanitaire et scolaire et, le cas échéant, une bonne préparation initiale du patient en milieu hospitalier avant son évacuation vers les milieux spécialisés.

**Remerciements** • Nous remercions monsieur Pree Bernhart, opticien à Linz qui a bien voulu assurer l'évacuation sanitaire et la prise en charge du petit malade.

N. MEDA, K. OUOBA, D. SANO, A. DABOUE,  
J. ILBOUDO, A. SANOU

• *Travail du Service d'ophtalmologie (N.M., Maître-assistant; A.D., Assistant d'Ophtalmologie), du Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale (K.O., Professeur agrégé), du Service de chirurgie générale et digestive, (D.S., Maître-assistant), du Service Traumatologie et Chirurgie orthopédique (J.I., Professeur agrégé) et du Service de chirurgie et spécialités chirurgicales (A.S., Professeur) et du Service de Chirurgie générale et digestive, Chef du département), UFR des Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso.*

• *Correspondance : N. MEDA, Service Ophtalmologie, CHN Yalgado Ouédraogo, 03 B.P. 7 022, Ouagadougou, Burkina Faso • E-mail : ndmeda@yahoo.fr*

- 1 - MAJEKODUNMIS - Perforating injuries of the eye. A five year surgery. *Bull Soc Pan Ophthalmol* 1981 ; 5 : 29-35.
- 2 - LAGOUTTE F - Traumatologie oculaire de l'enfant. *La clinique Ophtalmologique* 1991 ; 2 : pp 101-106.
- 3 - BURILLON C, GAIN P - Traumatologie du segment antérieur de l'oeil. Editions techniques. *Encycl. Med Chir - Ophtalmol*, Paris, 21-700-A-10, 1993, 21p.
- 4 - MEDA N, OUEDRAOGO A, DABOUE A et Coll - Etiologies des traumatismes oculo-palpébraux au Burkina Faso. *J Fr Ophtalmol* 2001 ; 24 : 463-466.
- 5 - MORAX S, AMELINE-AUDELAN V - Traumatismes des paupières; In « ADENIS JP, MORAX S - Pathologie orbito-palpébrale ». Masson ed, Paris, 1998.
- 6 - WYKES WN - Rat bite injury to the eyelids in 3-month-old-child. *Br J Ophthalmol* 1989 ; 73 : 202-204.
- 7 - STANLEY M, KOUYATE B - Maladies des animaux domestiques au Mali. Washington State University, 1998, 216 p.