

---

---

**ITEM N° 98 : OTALGIES ET OTITES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE.**

**OBJECTIFS TERMINAUX**

- I. Expliquer les principales causes d'otalgie chez l'adulte et l'enfant**
- II. Diagnostiquer une otite moyenne aiguë, une otite congestive et une otite séromuqueuse**
- III. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient**

**INTRODUCTION**

- Il existe 2 types d'otalgies : l'otalgie par atteinte primitive de l'oreille (type otite moyenne aiguë la plus fréquente chez l'enfant) et l'otalgie « projetée » ou « réflexe » (type otalgie au cours des néoplasies du carrefour aérodigestif) chez l'adulte.
- L'OMA est une pathologie surtout pédiatrique. Le pic d'incidence se situe à 9 mois.
- Physiopathologie de l'OMA : L'OMA est pratiquement toujours la conséquence d'une rhinopharyngite virale. L'œdème de la trompe d'Eustache induit par l'infection virale provoque l'accumulation des sécrétions dans l'oreille moyenne, la multiplication des bactéries colonisant habituellement en surface l'épithélium respiratoire (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *Branhamella catarrhalis*).
- Si l'obstruction de la trompe d'Eustache se prolonge, une suppuration bactérienne apparaît dans la caisse du tympan, définissant l'otite moyenne purulente.

**I. EXPLIQUER LES PRINCIPALES CAUSES D'OTALGIE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT**

L'otalgie se définit comme une douleur perçue par le patient comme provenant du territoire anatomique «oreille» c'est à dire en pratique de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne.

**1. PHYSIOPATHOLOGIE**

- Otodynies : otalgies directement liées à une anomalie primitive de l'oreille externe ou moyenne.
- Otalgies réflexes : otalgies projetées extra-otologiques.

**2. LES PRINCIPALES CAUSES D'OTALGIES :**

**2.1. LES OTODYNIES OU OTALGIES LIEES A UNE ATTEINTE PRIMITIVE DE L'OREILLE**

**2.1.1 Les atteintes du pavillon de l'oreille**

- Infectieuses : zona.
- Inflammatoire : périchondrite.
- Traumatiques : plaies, hématomes du pavillon.
- Néoplasies du pavillon (spinocellulaire, basocellulaire).

**2.1.2 Les atteintes du conduit auditif externe (CAE)**

- Infectieuses : furoncle du CAE, otites externes (souvent bilatérale), otites phlycténulaires (virale),
- Traumatismes du CAE.
- Néoplasies du CAE (spinocellulaire > basocellulaire).

**2.1.3 Les atteintes de l'oreille moyenne**

- Otites moyennes aiguës, cause la plus fréquente des otalgies.
- Dysfonctionnements ou obstructions tubaires.
- Poussées aiguës d'otite chronique.
- Très rarement, néoplasie de l'oreille moyenne.

## 2.2 Les otalgies projetées ou otalgies réflexes

- Cancers des voies aérodigestives supérieures +++.
- Infections ORL : angine, pharyngite. Parotidites aiguës.
- Thyroïdites.
- Affections dentaires.
- Névralgies de la IX<sup>e</sup> ou de la V<sup>e</sup> paire crânienne.
- Troubles de l'articulé dentaire.

## II. DIAGNOSTIQUER UNE OTITE MOYENNE AIGUË, UNE OTITE EXTERNE, UNE OTITE SEROMUQUEUSE.

### 1. L'OTITE MOYENNE AIGUË (OMA)

#### 1.1 LE DIAGNOSTIC POSITIF EST ESSENTIELLEMENT CLINIQUE. IL ASSOCIE :

##### 1.1.1 Une Fièvre quasi constante.

##### 1.1.2 Des signes locaux :

- Ootalgie très fréquente mais non constante, non discriminante du stade anatomique de l'otite. Equivalents chez le petit enfant : irritabilité, pleurs et insomnie.
- Otorrhée purulente : rare.
- Autres symptômes
  - o rhinorrhée, toux liées : infection virale ;
  - o conjonctivite : *H. influenzae*.

##### 1.1.3 Des signes otoscopiques : clef de voûte du diagnostic.

- **Une otite congestive simple** : dans le cadre d'une rhinopharyngite. Evolution spontanément favorable. Ce n'est pas une indication à l'antibiothérapie.
- **Une otite séromuqueuse** : épanchement séreux rétro tympanique sans inflammation marquée. Elle ne s'associe ni à des otalgies ni à des signes généraux. Ce n'est pas une indication à une antibiothérapie.
- **Une OMA purulente** : inflammation (congestion ou hypervascularisation) et épanchement rétro tympanique (opacité, effacement des reliefs normalement présents ou bombement). Extériorisation possible (otorrhée). C'est une indication à l'antibiothérapie.
- **Des tympan mal ou non vus** : Avant l'âge de 2 ans, le recours à l'ORL est indiqué.

#### 1.2 ORIENTATION ETIOLOGIQUE

- *S. pneumoniae* : fièvre élevée et otalgie intense.
- PSDP : fréquentation d'une collectivité (crèche), antécédent d'OMA et de prise de  $\beta$ -lactamine dans les mois qui précèdent.
- *H. influenzae* : syndrome otite-conjonctivite.

#### 1.3 INDICATIONS DE LA PARACENTHESE

- Chez le petit enfant (< 3 mois) hyperalgique et quand le tympan est fortement bombé.
- Documentation des échecs thérapeutiques (identification et étude de sensibilité).

#### 1.4 COMPLICATIONS : DEVENUES EXCEPTIONNELLES SOUS ANTIBIOTIQUES.

- Mastoïdite, méningite, labyrinthite, abcès cérébral, thrombophlébite septique, bactériémie.

### 2. L'OTITE EXTERNE

#### 2.1 L'OTITE EXTERNE BENIGNE

- Inflammations du CAE, siège d'une macération favorisant une infection cutanée ou sous-cutanée.
- Favorisée par corps étrangers et eczéma.
- Atteinte bilatérale le plus souvent : douleurs violentes, pulsatiles, insomniantes, augmentées par la mastication et la pression du tragus, otorrhée purulente.
- Conduit auditif externe sténosé, adénoopathie prétragienne, tympan normal en otoscopie.

## 2.2 L'OTITE EXTERNE MALIGNE :

- Forme gravissime correspondant à une extension osseuse vers le rocher puis la base du crâne d'une otite externe à *P. aeruginosa*.
- Le terrain est habituellement immunodéprimé (diabète, infection à VIH..).
- Clinique : otorrhée profuse, polypes du CAE, puis méningite avec atteinte de plusieurs paires crâniennes.

## III. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT.

### 1. L'OTITE MOYENNE

#### 1.1 ELEMENTS DE LA DECISION THERAPEUTIQUE (OMA)

##### Epidémiologie

- Les principales bactéries responsables des OMA sont : *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *B. catarrhalis*.
- Résistance aux antibiotiques.
- *H. influenzae* : 40 % de résistance à l'amoxicilline (bêta-lactamases +), avec conservation de l'activité des C2G et C3G.
- *S. pneumoniae* : 60 % de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP), dont 50 % intermédiaires et 10 % résistantes. L'activité des céphalosporines est aussi diminuée.
- Ces souches sont également résistantes aux macrolides et au cotrimoxazole.

#### 1.2 INDICATIONS DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

##### 1.2.1 OMA congestive

- Pas de traitement antibiotique.
- L'enfant doit être revu si les signes persistent au-delà de 3 jours.

##### 1.2.2 Otite séromuqueuse

- Pas de traitement antibiotique sauf en cas d'évolution prolongée au delà de 3 mois. Avis ORL.

##### 1.2.3 OMA purulente

- Antibiothérapie recommandée d'emblée chez l'enfant de moins de 2 ans, et chez l'enfant de plus de 2 ans très symptomatique.
- Abstention en première intention licite chez l'enfant de plus de 2 ans peu symptomatique, mais avec réévaluation de la situation à 48-72<sup>e</sup> heure.

#### 1.3 MODALITES DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DANS LES OMA PURULENTES

##### 1.3.1 Quel antibiotique prescrire en première intention ?

- Antibiothérapie probabiliste de 1<sup>re</sup> intention des OMA purulentes :
  - o association amoxicilline-acide clavulanique ou céfuroxime-axétil ou le cefpodoxime-proxétil ;
  - o l'association érythromycine-sulfafurazole est une alternative en cas d'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines et en l'absence d'allergie aux sulfamides ;
  - o recours exceptionnel à la ceftriaxone (1 injection IM unique de 50 mg/kg) : chez le nourrisson de moins de 30 mois, en cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale, en alternative aux traitements oraux conventionnels en cas d'OMA suspectée d'être due au pneumocoque dans une région à forte prévalence de résistance à la pénicilline.

##### 1.3.2 Durée de traitement

- o Enfant de moins de 2 ans : 8 à 10 jours.
- o Enfant > 2 ans : 5 jours.

#### 1.4 TRAITEMENT ASSOCIE

##### Antalgiques et antipyrétiques :

- Paracétamol, ou acide acétylsalicylique.

**Interdit : Antibiotiques ou antiseptiques locaux.**

**Traitement local :**

- Faire moucher spontanément ou s'aider d'un mouche bébé ;
- Nettoyer 5 à 6 fois par jour les fosses nasales avec du sérum physiologique.

**1.5 PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT**

**Savoir revoir le patient afin de dépister un échec du traitement** (5 à 10 % des OMA purulentes traitées).

**L'échec** : est surtout à craindre chez l'enfant de moins de 2 ans et doit faire craindre un PSDP (Pneumocoque à Sensibilité Diminuée à la Pénicilline) (Cf. E. PILLY 2008, Chap. 30,

**Définition de l'échec :**

- Aggravation, persistance ou réapparition des signes fonctionnels ou généraux,
- Entre 48 h après le début et 4 jours après la fin du traitement,
- Avec des signes otoscopiques d'OMA purulente.

**L'échec impose une paracentèse** : documentation bactériologique (identification et étude de la sensibilité) et une modification de l'antibiothérapie

**1.6 PREVENTION : VACCIN PNEUMOCOCCIQUE CONJUGUE (PREVENAR®)**

- Contient 7 sérotypes 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F.
- Immunogène dès le 2<sup>e</sup> mois de vie pour les 7 sérotypes
- Recommandée pour les enfants exposés à un ou des facteurs de risque liés au mode de vie:
  - o enfants gardés plus de 4 heures par semaine en compagnie de plus de 2 enfants en dehors de la fratrie ;
  - o enfants ayant reçu moins de 2 mois d'allaitement maternel ;
  - o enfants appartenant à une fratrie d'au moins 3 enfants (d'âge préscolaire).

**2. L'OTITE EXTERNE**

**2.1 L'OTITE EXTERNE BENIGNE**

- Traitement local en l'absence de perforation du tympan : nettoyage, antiseptiques.
- Une antibiothérapie générale peut parfois être nécessaire.

**2.2 L'OTITE EXTERNE MALIGNE : PRISE EN CHARGE SPECIALISEE**

**DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-70 ; DC 2008-71**

**POUR EN SAVOIR PLUS**