

Otalgies et otites chez l'enfant et l'adulte

Dr Jérôme DELATTRE, Dr Gilles ROGER

Service d'ORL pédiatrique et de chirurgie cervico-faciale
Hôpital d'enfants Armand-Trousseau
75571 Paris Cedex 12
orl-trousseau@trs.ap-hop-paris.fr

Points Forts à comprendre

Otalgie

- Toute otalgie doit conduire à un examen otoscopique.
- Toute la difficulté du diagnostic d'une otalgie réside dans le diagnostic étiologique. La première cause à évoquer est une otalgie révélatrice d'une pathologie de l'oreille.
- Les causes principales des otalgies sont otologiques ; les otalgies peuvent également être le témoin d'une pathologie dentaire, pharyngée ou de l'articulation temporo-mandibulaire.

Otite

- L'oreille externe est un ensemble cutané et cartilagineux comprenant le pavillon et le conduit auditif externe (CAE). L'atteinte du conduit auditif externe représente essentiellement une dermo-épidermite.
- L'oreille moyenne est constituée de 3 parties (les cavités mastoïdiennes, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache) recouvertes d'une muqueuse de type respiratoire.
- L'otite moyenne aiguë est une inflammation, le plus souvent d'origine infectieuse, concernant l'ensemble de ces régions anatomiques.
- L'otite séromuqueuse, très fréquente après otite moyenne aiguë, fait le lit, en cas de persistance, des otites chroniques de l'adulte et de l'enfant.

OTALGIE

L'otalgie est une douleur de l'oreille. Son origine peut être auriculaire ou extra-auriculaire, on parle alors d'otalgie réflexe.

L'innervation sensitive de l'oreille externe et moyenne dépend des V, VII, IX et X^{es} paires crâniennes et des plexus sympathique et cervical superficiel. Ces différentes

connexions nerveuses expliquent que la pathologie d'un organe à distance (cavité buccale, pharynx, larynx, articulation temporo-mandibulaire) puisse s'exprimer par une otalgie réflexe.

Il est donc essentiel devant une otalgie sans cause otologique évidente de rechercher une lésion à distance et, particulièrement chez l'adulte, un cancer pharyngolaryngé.

■ Examen clinique

1. Interrogatoire

Il permet de préciser la date d'apparition de l'otalgie, ses caractéristiques, les facteurs déclenchants et les éventuels symptômes l'accompagnant.

On précise aussi les antécédents ORL et généraux.

2. Examen physique

Il comporte en premier lieu un examen otologique, inspection du pavillon et otoscopie au mieux réalisé sous microscope binoculaire. Il permet d'apprécier l'état du conduit auditif externe (CAE) et du tympan. Une éventuelle otorrhée est nettoyée.

Cet examen est complété par l'étude de l'ensemble de la sphère ORL. La cavité buccale et l'oropharynx sont accessibles facilement ; l'examen du cavum, de l'hypopharynx et du larynx peut nécessiter l'utilisation d'un fibroscope naso-pharyngolaryngé. On n'oubliera pas l'étude des paires crâniennes et la palpation des aires ganglionnaires cervicales.

■ Orientation diagnostique

1. Otalgie d'origine otologique

• Atteinte du pavillon

La plaie, plus ou moins souillée, avec ou sans perte de substance, impose une désinfection, un parage et une réparation soignée. La surveillance du pansement est importante pour déceler une éventuelle complication (hématome, chondrite).

L'othématome est un épanchement sanguin entre le cartilage et le périchondre, d'origine traumatique, le plus souvent développé à la face antérieure du pavillon sous forme d'une tuméfaction rouge violacé sous-cutanée. L'évolution se fait vers l'organisation fibreuse avec destruction du cartilage sous-jacent très inesthétique.

L'hématome peut se surinfecter, provoquant une chondrite. Le traitement consiste à ponctionner, pour vider l'hématome, à réaliser un pansement moultant les reliefs de l'oreille et à mettre en place une antibiothérapie de couverture antistaphylococcique.

La périchondrite est une atteinte infectieuse du cartilage de l'oreille, consécutive à un traumatisme accidentel ou chirurgical. Le pavillon est épaissi, tuméfié et douloureux. Il y a un risque de fonte cartilagineuse de l'oreille qui nécessite la mise en place d'un traitement antibiotique et l'exérèse des éventuels foyers de nécrose.

Le cancer du pavillon, cacinoïde baso- ou spinocellulaire ; l'otalgie signe en général l'atteinte cartilagineuse.

• **Conduit auditif externe**

Bouchon de cérumen ou corps étranger : l'extraction sous microscope permet de soulager le patient et de contrôler l'intégrité du conduit auditif externe et du tympan.

Otite externe : il s'agit d'une dermo-épidermite du conduit auditif externe. La mise en tension du conduit auditif par traction du pavillon ou du lobule réveille la douleur qui est parfois très intense. La peau du conduit est très inflammatoire, le calibre est diminué avec présence d'une otorrhée plus ou moins importante. Il s'agit le plus souvent d'une infection bactérienne, plus rarement d'une mycose. Le traitement est essentiellement local. L'otite externe chez le diabétique ou l'immunodéprimé peut évoluer vers une forme grave avec lyse osseuse et atteinte des paires crâniennes, l'otite externe maligne.

Zona auriculaire : l'otalgie est violente et s'accompagne d'une éruption érythémato-vésiculeuse dans la zone de Ramsay-Hunt (conque et conduit auditif externe). Elle peut précéder ou accompagner une paralysie faciale et parfois une atteinte labyrinthique.

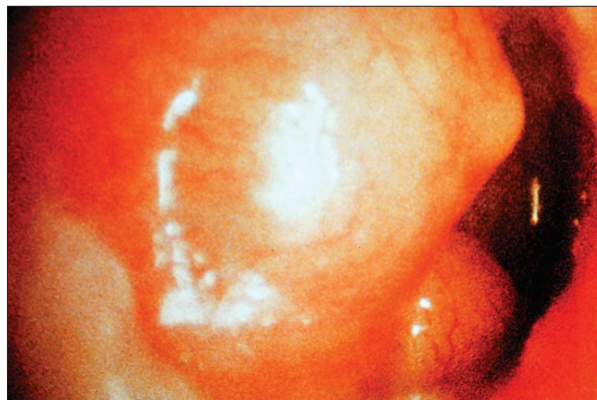
• **Oreille moyenne**

Otite moyenne aiguë : il s'agit d'une infection avec ou sans suppuration du revêtement conjonctivo-muqueux de l'oreille moyenne. Pathologie plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, elle est le plus souvent consécutive à une infection rhino-pharyngée. L'otalgie s'associe le plus fréquemment à une fièvre plus ou moins élevée ainsi qu'à une possible altération de l'état général chez le nourrisson. L'otalgie est difficile à mettre en évidence à cet âge, c'est pourquoi l'examen clinique de tout nourrisson fébrile doit comporter une otoscopie.

L'otoscopie permet le diagnostic. Au stade initial, le tympan est congestif avec disparition du triangle lumineux et conservation des reliefs. Au stade d'otite collectée, le tympan est bombant, tendu, blanc jaunâtre avec disparition des reliefs (fig. 1). L'otite perforée conduit à une otorrhée purulente qui, une fois aspirée, permet de retrouver une petite perforation tympanique.

Les complications possibles sont la paralysie faciale, la méningite et la mastoïdite, devenue rare.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie probabiliste.



1 *Otite moyenne aiguë collectée.*

Otite barotraumatique consécutive à un dysfonctionnement transitoire de la trompe d'Eustache au décours d'une variation de pression. Le contexte est donc évocateur : plongée sous-marine ou vol en avion, dans les 2 cas en descente. L'otalgie est le signe majeur, de la simple gêne à la douleur syncopale. S'y associe fréquemment une hypoacousie avec sensation d'oreille pleine. On peut également retrouver des acouphènes et des vertiges signant l'atteinte de l'oreille interne.

L'otoscopie confirme le diagnostic et permet de définir cinq stades, de l'hyperhémie du manche du marteau, en passant par l'épanchement sérohématique et la rupture tympanique. L'impédancemétrie confirme la dysfonction tubaire, et l'audiogramme, l'éventuelle surdité de transmission.

Le traitement repose sur l'arrêt des vols ou de la plongée, un traitement antalgique, un traitement anti-inflammatoire par voie générale et un antibiotique, en cas d'épanchement. Un vasoconstricteur par voie nasale peut également être utile.

Cancer de l'oreille moyenne : rare et de pronostic redoutable, il est à suspecter devant une otalgie associée à une otorrhée sanglante. L'otoscopie retrouve au fond du conduit des polypes et des granulations saignant au contact. L'examen histologique, après biopsie, confirme le diagnostic, il s'agit généralement d'épithélioma malpighien. Le traitement est radiochirurgical.

2. Ootalgie réflexe

• **Cavité buccale** : les accidents infectieux gingivo-dentaires (péricoronarite des dents de sagesse ou carie profonde) peuvent s'accompagner d'otalgie réflexe homolatérale.

Chez l'adulte, en cas d'intoxication alcoololo-tabagique, il faut s'astreindre à rechercher une lésion cancéreuse. Dans la cavité buccale, c'est souvent le cancer de la langue mobile qui peut donner des otalgies réflexes parfois révélatrices.

• **Oropharynx** : toute pathologie de la région amygdalienne peut entraîner une otalgie réflexe. C'est le cas de toute la pathologie infectieuse : angines, pharyngites, phlegmons péri-amygdaliens. Dans un contexte d'intoxi-

cation alcool-tabagique il faut rechercher une lésion cancéreuse de l'amygdales ou du sillon amygdaloglosse. L'otalgie est souvent précoce dans ces cas.

Un cancer de la base de langue ou de la vallécule peut également provoquer une otalgie réflexe homolatérale.

- **Larynx et hypopharynx** : les lésions de cette région responsables d'otalgie réflexe sont avant tout des lésions cancéreuses, en premier lieu le cancer du sinus piriforme avec une otalgie assez précoce qui peut être révélatrice. C'est une douleur sourde, traînante et rarement intense. Le cancer du larynx à un stade avancé et avec envahissement de la margelle antérieure ou du carrefour des 3 replis peut, lui aussi, entraîner une otalgie réflexe.

- **Cavum ou rhinopharynx** : une otalgie réflexe peut être le mode de révélation d'un cancer du cavum, au même titre qu'une otite séreuse unilatérale chez l'adulte. Compte tenu de la fréquence de l'otalgie réflexe dans la pathologie carcinologique ORL, tout adulte présentant une otalgie sans cause otologique évidente doit bénéficier d'un examen clinique ORL complet avec fibroscopie naso-pharyngolaryngée. Au moindre doute, il faut décider une panendoscopie ORL sous anesthésie générale au bloc opératoire.

- **Articulation temporo-mandibulaire** : toute pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) peut entraîner une otalgie réflexe. Elle augmente généralement à la mastication et peut être accompagnée de craquements, de limitation de l'ouverture buccale ou d'épisodes de blocage. L'examen clinique recherche des troubles de l'articulé dentaire, étudie de façon comparative le mouvement des condyles mandibulaires à l'ouverture buccale (déviation, mouvement en baïonnette), recherche une douleur de l'articulation temporo-mandibulaire à la palpation ou à l'ouverture forcée.

- **Autres** : il s'agit des pathologies de voisinage. Une adénite rétro-auriculaire ou sous-angulomaxillaire peut entraîner une otalgie. La palpation du ganglion réveille la douleur. De même, une parotidite ourlienne ou bactérienne entraîne une otalgie réflexe.

Il existe des pathologies moins fréquentes : des névralgies essentielles, névralgie trigéménée ou du glosso-pharyngien, et des algies vasculaires de la face qui, dans des tableaux bien différents, peuvent entraîner des otalgies réflexes.

OTITES

■ Otite externe

Il s'agit d'une dermo-épidermite aiguë du conduit auditif externe. Pouvant survenir à tout âge, elle est favorisée par la disparition des défenses naturelles (cérumen) ou par une lésion préalable de la peau. Elle est donc fréquente chez les nageurs ou les plongeurs, les porteurs d'eczéma chronique du conduit auditif externe ou lors de traumatisme du conduit (lésions de grattage). Les germes le plus souvent retrouvés sont des saprophytes du conduit auditif externe, notamment *Pseudomonas aeruginosa* et *Staphylococcus aureus*.

1. Clinique

L'otalgie est constante, de la simple gêne à la douleur syncopale. La traction du lobule ou du pavillon exacerbe la douleur, ainsi que la mastication. Le patient peut signaler une hypoacousie. L'interrogatoire va rechercher des facteurs favorisants (piscine, grattage etc.). L'otoscopie retrouve un conduit sténosé par l'inflammation, avec des sécrétions claires au début, puis purulentes. Le tympan est intact ou légèrement congestif, il est parfois difficile de le visualiser (aspiration et nettoyage sous microscope). Le reste de l'examen peut mettre en évidence des adénopathies rétro-auriculaires.

L'otite externe maligne est une forme exceptionnelle chez l'enfant, survenant plutôt chez l'adulte immunodéprimé (diabète, hémopathie, sida, déficit immunitaire congénital). Il s'agit de la propagation au voisinage de l'infection du conduit auditif externe par *Pseudomonas aeruginosa*, réalisant une ostéite du tympanal et du rocher avec paralysie faciale fréquente. Chez l'adulte, le tableau peut être complété par une atteinte d'autres paires crâniennes. Cliniquement, on retrouve une otite externe traînante, malgré un traitement bien conduit, l'otoscopie met en évidence des granulations du conduit auditif externe avec une nécrose du tympan. La tomodensitométrie permet d'apprécier l'importance de l'atteinte osseuse mais les signes sont retardés.

2. Traitement

Il est essentiellement local : instillations de goutte auriculaires 3 à 4 fois par jour. Ce traitement doit être efficace sur *Pseudomonas aeruginosa* et contenir des corticoïdes (Panotile, Polydexa, Colicort).

Un nettoyage soigneux du conduit auditif externe est nécessaire au préalable. En cas de sténose marquée, il est important de calibrer le conduit avec un pansement adapté (Pope Oto-Wick), qui permet de faciliter la diffusion du produit et de maintenir un temps de contact prolongé entre produit et conduit auditif externe.

Ce pansement doit être retiré au bout de 48 h. Un traitement antalgique est associé (aspirine, paracétamol).

L'otite externe maligne nécessite un traitement en milieu hospitalier avec antibiothérapie parentérale. On corrige, si possible, les facteurs favorisants. Des soins locaux seront également associés à l'antibiothérapie locale, les antibiotiques, aussi bien locaux que par voie parentérale, devront être adaptés au prélèvement réalisé préalablement.

■ Otite moyenne aiguë

Il s'agit d'une infection avec ou sans suppuration du revêtement conjonctivo-muqueux de l'oreille moyenne. Elle survient quasiment toujours au décours d'une infection rhinopharyngée. Pouvant survenir à tout âge, c'est une des infections les plus fréquentes de l'enfant jusqu'à 6 ou 7 ans (deuxième motif de consultation en pédiatrie).

1. Épidémiologie

On peut considérer l'otite moyenne aiguë comme une infection bactérienne (rôle contesté des virus). Les germes les plus souvent rencontrés sont :

- *Hæmophilus influenzae* (50 %) dont 20 à 25 % de sécréteurs de β -lactamase ;
- pneumocoque (30 %) dont 50 à 60 % sont de sensibilité diminuée à la pénicilline ;
- autres germes, *Moraxella catarrhalis*, entérobactéries, staphylocoques, *Pseudomonas aeruginosa*.

Chez le nouveau-né, l'otite moyenne aiguë est rare, mais les germes les plus fréquents sont *Pseudomonas aeruginosa*, les entérobactéries et le staphylocoque (à considérer comme une infection materno-fœtale).

Les facteurs prédisposants sont, chez l'enfant, le séjour en crèche, la carence martiale, le reflux gastro-œsophagien, le tabagisme passif, les facteurs socio-économiques, les terrains particuliers (trisomie 21, fente vélopalatine). On constate également plus d'otites l'hiver (pic d'incidence des viroses des voies aériennes supérieures).

2. Clinique

Il s'agit initialement d'une réascension thermique au cours d'une rhinopharyngite, avec apparition d'une otalgie. Chez l'adulte, la fièvre peut manquer, et chez l'enfant l'otalgie n'est pas toujours évidente, avec parfois une simple modification du comportement (enfant grognon). Chez le nourrisson, la symptomatologie peut être encore plus trompeuse avec apyrexie possible et essentiellement des troubles digestifs (diarrhée, vomissements).

L'otoscopie (systématique chez tout nourrisson fébrile) permet le diagnostic. À un stade précoce, le tympan est simplement congestif, puis il évolue vers l'otite collectée avec tympan blanc jaunâtre et bombé, perte des reliefs et du triangle lumineux (fig. 1).

L'évolution naturelle se fait vers la guérison ou la perforation avec otorrhée.

L'otite est fréquemment bilatérale chez le nourrisson. Le reste de l'examen clinique apprécie le retentissement sur l'état général (surtout chez le nourrisson), recherche d'éventuelles complications (paralysie faciale, méningite, mastoïdite), et des signes donnant une orientation bactériologique : otite-conjonctivite et *Hæmophilus influenzae*, otite hyperalgique et hyperfébrile et pneumocoque.

3. Évolution

Le plus souvent l'évolution se fait vers la guérison sous traitement. On considère même que 70 % des otites guérissent seules sans traitement (car non diagnostiquées). Il est toutefois nécessaire de contrôler les enfants au 3^e j et 48 à 72 h après la fin du traitement pour dépister les échecs immédiats (persistance des signes au 3^e j ou reprise de la symptomatologie au 9 ou 10^e j).

En cas d'échec, un prélèvement bactériologique par paracentèse s'impose.

Les complications possibles sont :

- **la paralysie faciale**, complication la plus fréquente mais fort heureusement le plus souvent bénigne. Son installation est brutale et complète, elle impose une

paracentèse à visée bactériologique. La régression complète est de mise en quelques semaines ;

- **la méningite** concerne surtout le nourrisson de moins de 1 an et le pneumocoque est le premier pathogène. Là aussi, un prélèvement bactériologique par paracentèse s'impose. Le pronostic est entaché d'une létalité non négligeable (5 à 10 %), et de séquelles d'autant plus fréquentes que le pneumocoque est en cause, au 1^{er} rang desquelles la surdité de perception ;
- **la mastoïdite aiguë**, autrefois très fréquente, est devenue rare avec le traitement antibiotique. Elle se manifeste soit par une rougeur rétro-auriculaire (péri-ostite), soit par un bombement rétro-auriculaire comblant le sillon et déjetant le pavillon (abcès sous-périosté), associée à une altération de l'état général. L'hospitalisation est nécessaire pour traitement antibiotique parentéral, avec traitement chirurgical en cas d'abcès (mastoïdectomie et drainage).

4. Traitement

Il repose sur une antibiothérapie probabiliste adaptée aux germes les plus fréquemment rencontrés en tenant compte des risques de résistance, notamment avec le pneumocoque.

De première intention, on peut utiliser l'association amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin 80 mg/kg/j en 3 fois), le céfuroxime (Zinnat 30 mg/kg/j en 2 fois) et le cefpodoxime (Orelox 8 mg/kg/j en 2 fois). En cas d'allergie, l'association érythromycine-sulfafurazole (Pédiazole) est utilisable.

Face à une otite en échec ou devant un risque élevé de germes résistants, notamment le pneumocoque (région à risque, enfant de moins de 18 mois, garde en collectivité, antécédent récent de traitement par aminopénicilline), une paracentèse s'impose pour adapter l'antibiothérapie secondairement à l'antibiogramme.

Le pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline est souvent isolé dans les otites en échec, il reste en général sensible à un traitement par amoxicilline (Clamoxyl) à 150 mg/kg/j ou ceftriaxone (Rocéphine 50 mg/kg/j).

La paracentèse est une myringotomie effectuée dans la moitié inférieure du tympan avec prélèvement bactériologique par aspiration, ces indications sont :

- otite hyperalgique ou hyperpyrétique ;
- nourrisson de moins de 3 mois ;
- échec du traitement probabiliste ;
- complication ;
- terrain immunodéprimé ;
- évolution vers l'otite traînante ou récidivante ;
- altération importante de l'état général.

Les traitements adjuvants associent antalgiques et anti-pyrétiques, les anti-inflammatoires restent discutés, il faut préférer alors les corticoïdes aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Un traitement local par gouttes auriculaires (ofloxacine, Oflocet auriculaire) peut être utile en cas d'otorrhée importante.

Le traitement préventif en cas d'otites à répétition s'appuie sur la correction et le traitement des facteurs prédisposants (crèche, tabagisme passif, carence martiale, reflux gastro-œsophagien).

■ Otite chronique

1. Otite séromuqueuse (OSM)

Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente chez l'enfant et qui guérit spontanément dans la très grande majorité des cas (80 à 90 %).

C'est néanmoins le point de départ de la plupart des otites chroniques.

Chez l'adulte, une otite séromuqueuse unilatérale doit toujours faire suspecter une pathologie tumorale du rhinopharynx (cavum) et faire pratiquer une nasofibroscope. L'otite séromuqueuse se caractérise par la présence d'un liquide épais (glu), stérile (mais en fait souvent polymicrobien) dans la caisse du tympan.

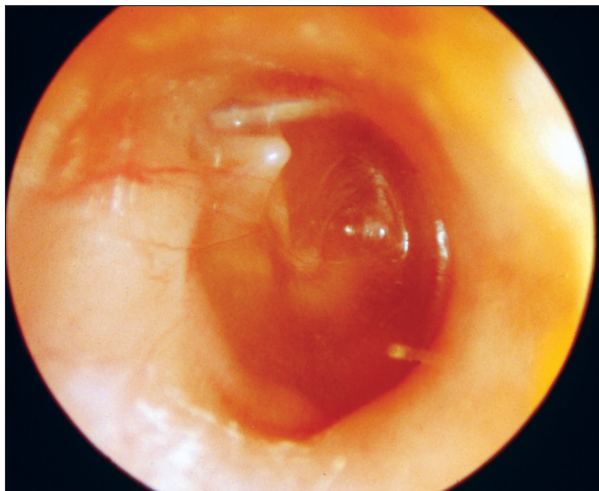
La physiopathologie est liée à un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache, qui entraîne une dépression endotympanique, une modification des mélanges gazeux, une réaction inflammatoire et une métaplasie épithéliale avec augmentation des cellules à mucus.

• **Le diagnostic est avant tout clinique** : les signes d'appel sont l'hypoacousie, les otites à répétition, l'otalgie.

L'otoscopie retrouve plusieurs aspects évocateurs : tympan mat et dépoli, bulles rétrotympaniques, début de rétraction tympanique, ces signes témoignant de la présence d'un épanchement rétrotympanique (fig. 2).

L'impédancemétrie confirme le diagnostic en montrant un dysfonctionnement tubaire ou une courbe plate témoignant de l'épanchement rétrotympanique.

• **Le traitement de l'otite séromuqueuse** de l'enfant doit tenir compte du caractère fréquent, polymorphe, labile et parfois asymptomatique de celle-ci. Sa guérison spontanée est également fréquemment observée.



2 Otite séromuqueuse

Cette prise en charge thérapeutique repose donc sur le dépistage, la surveillance et le traitement médical voire chirurgical ; mais aussi sur la réduction des facteurs de risques : tabagisme passif ; mode de garde (évacuation de la crèche...) et le traitement d'une éventuelle allergie ou d'un reflux gastro-œsophagien.

La présence d'un épanchement dans le mois qui suit une otite moyenne aiguë est banale ; sa régression spontanée est habituelle. On ne peut donc parler d'otite séromuqueuse persistante qu'après 2 à 3 mois.

• **Traitement médical**

Antibiothérapie : la nécessité de prescrire un traitement antibiotique a été confirmée par de nombreuses études bactériologiques du liquide d'épanchement et l'évaluation de différents types de traitements antibiotiques contre placebo. Tous ont apporté une amélioration significative de l'otite séro-muqueuse quelle que soit leur durée de prescription. Il semble préférable de choisir des antibiotiques résistants aux β -lactamases (amoxicilline + acide clavulanique ou céfalosporines). Cependant, le maintien de cette efficacité est variable dans le temps. Elle serait meilleure pour les traitements prolongés (30 j) mais une durée de 15 j est généralement admise.

Corticothérapie : différentes études ont montré une efficacité (à court terme) significativement plus importante de l'association corticoïdes-antibiotiques par rapport aux antibiotiques seuls ou placebo. L'efficacité à long terme de cette association n'a pas été formellement établie.

Traitements médicaux associés : mucolytiques, vasoconstricteurs, produits à base de soufre, oligo-éléments, immunomodulateurs et antihistaminiques n'ont actuellement pas fait la preuve de leur efficacité lors d'études randomisées.

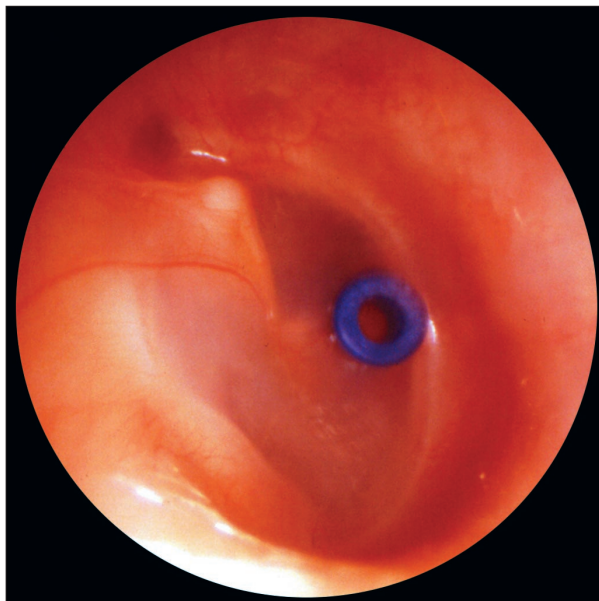
Les auto-insufflations tubaires favorisent la ventilation tubaire par la réalisation régulière de manœuvre de Valsalva. La crénothérapie : permet la prise en charge globale de l'enfant et de sa pathologie. Son efficacité est réelle mais souvent transitoire.

L'apprentissage du mouchage et l'abandon du tic de reniflement chez l'enfant commence à partir de l'âge de 2 ou 3 ans. Le reniflement favoriserait le développement des poches de rétraction.

• **Traitement chirurgical** : on y recourt après l'échec d'un traitement médical bien conduit ; il repose principalement sur :

- l'**adénoïdectomie** qui consiste en l'exérèse du foyer infectieux locorégional. Son efficacité se vérifie d'autant qu'existent une obstruction rhinopharyngée et des épisodes récidivants de rhinopharyngite. Proposée à partir de l'âge de 1 an, son association aux aérateurs transtympaniques paraît être une solution de choix après l'âge de 2 ou 3 ans ;
- les **aérateurs transtympaniques** permettent l'aération chronique de l'oreille moyenne en supplantant l'obstruction tubaire (fig. 3). Une évaluation de l'audition est recommandée avant leur pose.

Leur efficacité est jugée sur la disparition du liquide d'épanchement, l'amélioration de la surdité et la diminution des épisodes de surinfection. Ils sont indiqués à



3 *Aérateur transtympanique en place.*

partir de l'âge de 2 ou 3 ans en cas d'otite sérumuqueuse persistante malgré un traitement médical bien conduit ou adénoïdectomie. Des poses itératives d'aérateurs sont parfois nécessaires.

Dans certaines situations, la pose d'aérateurs transtympaniques peut se justifier sans délai : surdité de perception préexistante, troubles du langage, facteurs de risques (trisomie 21, fente labio-vélo-palatine...) ou altération tympanique évolutive.

Mais prescrire un nouveau traitement médical peut parfois permettre d'attendre une amélioration spontanée retardée.

2. Otite chronique cholestéatomateuse

C'est la présence d'épithélium malpighien kératinisé dans l'oreille moyenne. Cet épithélium, qui peut s'organiser en véritable tumeur bénigne, a un potentiel de migration et de destruction qui en fait toute sa gravité.

• **Causes** : il s'agit le plus souvent de la migration de la peau du conduit dans l'oreille moyenne, soit à travers les berges d'une perforation tympanique, soit par une poche de rétraction tympanique.

À part, le cholestéatome congénital à tympan fermé de l'enfant, qui résulte de la persistance de reliquats épidermiques lors de la formation de l'oreille moyenne.

• **Le diagnostic** est avant tout clinique. Les signes d'appel sont dominés par l'hypoacousie et l'otorrhée, qui est souvent fétide par surinfection pyocyanique. Le cholestéatome peut cependant être révélé par une complication. L'otoscopie retrouve une perforation marginale, c'est-à-dire une perforation venant au contact du cadre osseux tympanique, ou une poche de rétraction laissant sourdre des squames épidermiques plus ou moins purulentes (fig. 4). La présence d'un polype ou d'une croûte au niveau attical cache également, bien souvent, un cholestéatome.

Le cholestéatome congénital se présente, lui, comme une masse blanche rétrotympanique.

L'hypoacousie est liée à la destruction progressive de la chaîne ossiculaire et à l'altération de la membrane tympanique. Cette hypoacousie peut être minime ou inexistante au début de la maladie.

Les examens paracliniques essentiels à une prise en charge thérapeutique sont : audiométrie tonale et vocale ; scanner de l'oreille moyenne avec pour objectifs :

- diagnostic positif : masse ronde associée à une lyse osseuse et ossiculaire ;
- extension dans les différentes cavités de l'oreille moyenne ;
- recherche de complications et d'anomalies morphologiques avant le traitement chirurgical.

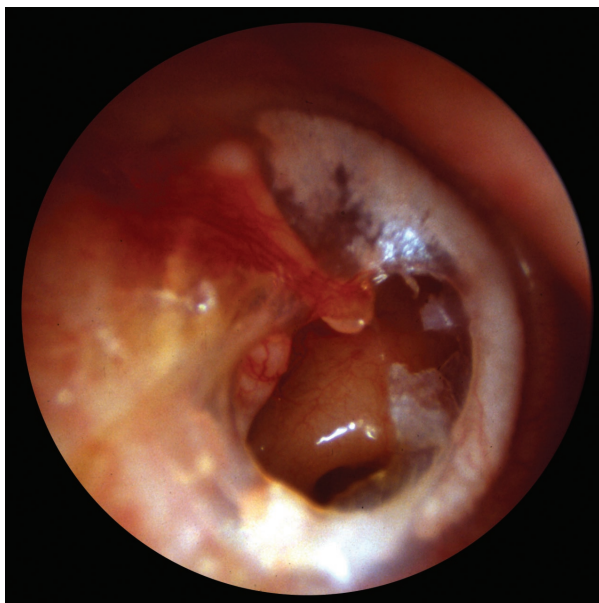
• **Évolution et complications** : l'évolution inéluctable se fait vers l'extension avec aggravation des lésions osseuses et ossiculaires. Des complications peuvent survenir :

- atteinte auditive mixte avec labyrinthisation (atteinte de l'oreille interne) ;
- troubles de l'équilibre (atteinte des canaux semi-circulaires) ;
- paralysie faciale ;
- méningite ;
- thrombophlébite du sinus latéral ;
- abcès cérébral.



4 *Cholestéatome de l'oreille moyenne.*

• **Traitement** : il ne peut être que chirurgical. L'éradication complète du cholestéatome prime sur la conservation auditive. Cependant, quand cela est possible sans risque pour la qualité de l'exérèse, on tente de préserver ou d'améliorer l'audition. Une surveillance prolongée est nécessaire pour dépister d'éventuelles récurrences, même tardives.



5 Perforation tympanique.

3. Otites chroniques non cholestéatomateuses

Il s'agit de l'évolution à l'âge adulte de la pathologie inflammatoire de l'oreille moyenne chez l'enfant et notamment de l'otite séromuqueuse.

Cette évolution vers les différentes formes d'otite chronique en dehors du cholestéatome est multifactorielle et reste encore mal élucidée.

C'est l'otoscopie qui permet de faire le diagnostic, associée à l'imagerie par tomodensitométrie de l'oreille moyenne. Les otites chroniques non cholestéatomateuses regroupent les formes suivantes :

- l'otite séquellaire avec perforation tympanique sèche et atteinte possible de la chaîne ossiculaire (fig. 5) ;
- l'otite muqueuse ouverte, inflammation chronique de l'oreille moyenne avec otorrhée à travers une perforation ;
- l'otite fibro-adhésive avec rétraction et épaississement de la membrane tympanique et disparition de l'aération de la caisse du tympan ;
- l'otite atélectasique avec rétraction plus ou moins localisée du tympan et évolution possible vers un cholestéatome.

Les principes thérapeutiques reposent avant tout sur la prévention et le traitement dans l'enfance de l'otite séromuqueuse.

Les perforations séquellaires sèches et les atteintes de la chaîne ossiculaire peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical (myringoplastie et ossiculoplastie).

Les rétractions tympaniques peuvent également bénéficier d'un traitement chirurgical avec renforcement cartilagineux autologue (cartilage de tragus ou de conque).

POUR EN SAVOIR PLUS

Fleury P, Legent F, Bobin S et al. Otite chronique cholestéatomateuse. Aspects cliniques et indications thérapeutiques. EMC, Oto-rhino-laryngologie, 20095 A20, 9-1989, 14p.

Garabedian E. Pathologie inflammatoire et infectieuse de l'oreille: ORL de l'enfant. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Tran Ba Huy P, Herman P. Formes cliniques des otites moyennes chroniques non cholestéatomateuse. EMC, Oto-rhino-laryngologie, 20-095-a-10, 1993, 12p.

Points Forts à retenir

- Une otite externe très algique et résistante aux traitements usuels, chez un patient diabétique ou immunodéprimé, doit faire craindre une otite externe maligne.
- Une otalgie chronique chez un adulte au profil alcoolo-tabagique ne doit jamais être négligée : elle peut être révélatrice d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.
- Le traitement antibiotique des otites moyennes aiguës simples repose sur une antibiothérapie probabiliste.
- En cas de complications ou d'échec d'un traitement bien conduit, une paracentèse avec prélèvement bactériologique s'impose pour identifier le germe.
- L'otite séromuqueuse est extrêmement fréquente et labile, sa prise en charge et son traitement en cas de persistance sont indispensables pour enrayer le passage aux formes chroniques des otites de l'enfant et de l'adulte.
- Le traitement de l'otite chronique cholestéatomateuse est chirurgical.

Abonnez-vous ou réabonnez-vous en ligne* à La Revue du Praticien

sur son site internet

www.33docpro.com



* Paiement par carte bancaire « secteur bancaire sécurisé »