

Otitis infectieuses de l'adulte et de l'enfant IC-150

- Connaître les définitions : otalgie, différents types d'otites
 - Connaître les principaux éléments de l'épidémiologie de l'otite moyenne aiguë (OMA)
 - Connaître les éléments de physiopathologie de l'OMA
 - Connaître les modalités du diagnostic d'OMA (démarche diagnostique, examen clinique dont otoscopie)
 - Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une otite infectieuse de l'adulte et de l'enfant
 - Connaître la stratégie initiale de la prise en charge de l'OMA : antibiothérapie, traitements associés
 - Connaître les principales complications de l'OMA
 - Connaître les modalités du diagnostic de l'otite externe et séro-muqueuse
 - Connaître la stratégie initiale de prise en charge de l'otite externe et séro-muqueuse
-

Connaître les définitions : otalgie, différents types d'otites OIC-150-01-A

- **Otalgie** : douleur réflexe ou projetée, conséquence d'une affection cervico-faciale, temporo-mandibulaire, buccale ou pharyngo-laryngée, notamment néoplasique, ressentie au niveau de l'oreille par le patient
 - **Otodynne** : douleur liée à une affection de l'oreille externe ou moyenne
 - **Différents types d'otites** :
 - Otite externe : inflammation du conduit auditif externe
 - Autres étiologies d'otalgies externes : zona, bouchon de cérumen, corps étranger, tumeurs
 - Otite moyenne aiguë : inflammation de la caisse du tympan
 - Otite phlycténulaire : présence d'une phlyctène sur la membrane tympanique
 - Otite chronique : processus inflammatoire de l'oreille moyenne évoluant depuis plus de 3 mois
 - Otalgies réflexes : par irritation du trijumeau, facial, glossopharyngien, pneumogastrique, sympathique cervical
-

Connaître les principaux éléments de l'épidémiologie de l'otite moyenne aiguë (OMA) OIC-150-02-B

- Contamination à partir du rhinopharynx
 - Infection la plus fréquente chez l'enfant, surtout entre 6 et 24 mois
 - 90% des OMA congestives sont d'origine virale
 - 10% des OMA sont bactériennes : pneumocoque (40%), *Haemophilus influenzae*(30-40%), *S. aureus et epidermidis*, streptocoque du groupe A, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*, anaérobies
 - Résistance des *H. influenzae* : 17% de sécrétion de bêta-lactamase ; pneumocoques : 4% de résistance à la pénicilline, 42% résistance intermédiaire (PSDP : pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline)
 - Association avec conjonctivite purulente : élément d'orientation vers *Haemophilus influenzae* ; fièvre >38,5°C et douleurs importantes : pneumocoque
 - Facteurs de risque de PSDP : âge <18 mois, vie en collectivité, OMA récente, administration récente d'antibiotiques (Penicilline A) dans les 3 derniers mois
-

Connaître les éléments de physiopathologie de l'OMA OIC-150-03-B

- **Infection** via trompe d'Eustache à partir du rhinopharynx
 - **Maladie d'adaptation** : apprentissage immunitaire après perte de l'immunité maternelle
 - Infections rhinopharyngées prolongées et **hypertrophie des végétations adénoïdes** => pullulation microbienne et stase des sécrétions dans le rhinopharynx
 - **Facteurs favorisants OMA** chez jeune enfant :
 - inflammation rhinopharyngée, pollution, tabagisme passif, vie en collectivité ; absence d'allaitement maternel ; ATCD familiaux d'OMA ; précarité des conditions de vie et d'hygiène ; saison : automne/hiver ; précocité du premier épisode d'OMA
 - Trompe d'Eustache plus courte, plus horizontale, plus perméable que adulte- maturité vers 6-7 ans
 - Risques d'anomalies des trompes d'Eustache : fente palatine, trisomie 21, malformation crânio-faciale
 - otite chronique, otite sérumuqueuse
-

Connaître les modalités du diagnostic d'OMA (démarche diagnostique, examen clinique dont otoscopie) OIC-150-04-A

- **Otalgie** évoluant par paroxysmes, **fièvre**, +/- otorrhée, parfois peu symptomatique
- **Aspect du tympan** :

- stade congestif : tympan rosé-rouge vif ; conservation des reliefs du marteau (pas d'épanchement rétro-tympanique)
- stade suppuré :
 - tympan fermé : tympan rouge violacé, bombant ; disparition des reliefs du marteau ; ou jaunâtre (collection de pus rétro-tympanique)
 - tympan ouvert (perforée) : perforation punctiforme, otorrhée purulente battante
- vérifier tympan controlatéral
- **Formes cliniques :**
 - nourrisson : bilatérale, altération de l'état général ; parfois hyperthermie, perte pondérale, hypothermie, gastroentérite
 - adulte : plus rares, parfois torpides et asthénique chez vieillard/diabétique
 - phlycténulaire : très douloureuse, otorragie, phlyctènes hémorragiques du tympan ; épanchement rétrotympanique
 - barotraumatique : épanchement séreux ou sérohémorragique – accident de plongée sur dysperméabilité tubaire ; otalgie importante, sensation oreille bouchée, otite congestive

Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une otite infectieuse de l'adulte et de l'enfant OIC-150-05-B

- **Pas d'imagerie en l'absence de suspicion de complication**
- **Devant suspicion de complications :**
 - Mastoïdite
 - Paralysie faciale
 - Complication intracrânienne
 - Vertiges
- **Scanner en première intention**
- **IRM cérébrale si suspicion de complications intracrânienne**

Chez l'enfant, la réalisation d'un scanner injecté est nécessaire en cas de suspicion de mastoïdite, de thrombophlébite secondaire à une otite moyenne aigue ou à une mastoïdite, de méningite, d'empyème ou d'abcès cérébral. L'IRM est indiquée uniquement en cas de déficit neurologique focal.

Connaître la stratégie initiale de la prise en charge de l'OMA : antibiothérapie, traitements associés OIC-150-06-A

DANS L'OTITE MOYENNE AIGUE :

- **Pas d'indication à un traitement antibiotique si OMA congestive, otite séromuqueuse**
- **Traitement antibiotique recommandé si :**
 1. OMA enfant < 2 ans ;
 2. Enfant > 2 ans d'emblée si fièvre élevée, otalgie intense ou difficulté de compréhension des consignes
 3. Enfant > 2 ans après réévaluation 48-72 h en cas de symptômes persistants
 4. OMA de l'adulte
- **Traitement de première intention :**
 1. Chez enfant : amoxicilline 80-90mg/kg/j 8-10j (enfant <2 ans) ; 5j (enfant>2 ans)
 2. Chez adulte : amoxicilline 2-3g/j
 3. Dose totale journalière répartie en 2 ou 3 prises
- **Si allergie :**
 1. Chez enfant : allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines ; cefpodoxime ; CI bêta-lactamines : cotrimoxazole ou erythromycine-sulfafurazole
 2. Chez adulte : allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines : céfuroxime-axétil ou cefpodoxime ou céfotiam ; CI bêta-lactamines : pristinaamycine ou cotrimoxazole ou lévofloxacine
- **Cas particuliers**
 1. Nouveau-né : germes résistants antibiotiques habituels (*S aureus*, *P aeruginosa*, *Strepto pyogenes*) ; bilan large pour toute fièvre néonatale ; antibiothérapie à large spectre ; paracentèse systématique
 2. Enfant avec conjonctivite : *Haemophilus influenzae* possiblement en cause ; prescrire Amoxicilline + Acide Clavulanique
- Si échec :
 - o Association amoxicilline-ac clavulanique – pour être efficace sur l'*H. influenzae* producteur de bêta-lactamase.
 - o Amoxicilline à 150 mg/kg/j pour être efficace sur le pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP)

- Paracentèse : risque de souillure avec prélèvement de l'otorrhée dans conduit
 - o Etude bactériologique : évolution anormale ou compliquée, otite trainante, terrain particulier (nourrisson < 3 mois, déficit immunitaire), altération de l'état général
 - o OMA collectée hyperalgique
 - o OMA collectée fébrile, résistante aux antipyrétiques
-

Connaître les principales complications de l'OMA OIC-150-07-B

- **Mastoiïdite**
 - Issue de pus à travers la corticale de l'os mastoïdien (->décollement du pavillon, tuméfaction inflammatoire rétro-auriculaire)
 - Otoscopie : OMA collectée, chute de la paroi postérieure du conduit auditif externe
 - **Paralysie faciale**
 - Partielle ou complète
 - Favorisée par absence de coque osseuse sur le trajet du facial
 - **Méningite**
 - Contamination hématogène, par voie osseuse ou labyrinthique
 - Risque de fibrose labyrinthique si pneumocoque
 - **Perforation tympanique** (après OMA perforée) qui peut ou non se refermer spontanément
 - **Otite séromuqueuse,**
 - 10-20% des OMA
 - peut persister 4-6 semaines après OMA
 - **Complications rares** : labyrinthite, thrombophlébite du sinus latéral, abcès cérébral, ostéite de l'os temporal
-

Connaître les modalités du diagnostic de l'otite externe et séro-muqueuse OIC-150-08-A

- **Otite externe :**
 - o liée aux baignades ou traumatisme du conduit ;
 - o peut être bactérienne ou mycosique
 - o douleur intense lancinante, à la pression du tragus, ou à la mobilisation du pavillon, sans fièvre ; douleur à la mastication
 - o introduction de l'otoscope douloureuse, conduit auditif externe œdématié, inflammatoire, sécrétions blanchâtres ; tympan normal s'il peut être vu
 - o germes : *S aureus*, *P aeruginosa* ; 10% mycose à *Aspergillus* (filaments et taches noires)
 - o complications : chondrite ou périchondrite

- **Otite séromuqueuse**

- o Inflammation chronique de l'oreille moyenne à tympan fermé ; épanchement rétrotympanique plus ou moins épais
- o Très fréquent, âge moyen de survenue 5 ans
- o Bilatérale dans 85% des cas
- o Facteurs favorisants :

§ hypertrophie adénoïdienne

§ tumeur du rhinopharynx (indifférencié, rhabdomyosarcome, lymphome...), de la fosse infratemporelle ou de l'apex pétreux ; le plus souvent

unilatérale dans ce cas ; exploration fibroscopique et scanner/IRM ; voire biopsie

§ division vélaire

§ trisomie 21, déficit immunitaire, maladie ciliaire

- o signes d'appel : hypoacousie entraînant un retard de langage chez le nourrisson/jeune enfant ; difficultés scolaires chez enfant plus vieux ; sensation d'oreille pleine
- o à l'otoscopie : tympan mat, ambré, jaunâtre ; rétracté ; ou bombant ; ou niveau liquidien
- o évaluer retentissement : tympanogramme plat ; audiométrie tonale – surdité de transmission de 30-40 dB, avec courbe osseuse normale ; bilan orthophonique si doute sur retentissement

o évolution : guérison spontanée le plus souvent ; parfois poussées d'OMA ; parfois séquelles tympano-ossiculaires (atélectasie tympanique, lyse ossiculaire, avec surdité résiduelle de transmission) ; évolution possible vers cholestéatome

Connaître la stratégie initiale de prise en charge de l'otite externe et séro-muqueuse OIC-150-09-A

- **Otite externe :**

1. traitement par gouttes locales antibiotiques et éventuel méchage
2. attention aux gouttes ototoxiques sur tympan ouvert
3. Risque particulier chez diabétique : otite externe dite « maligne » : otite nécrosante liée le plus souvent à *Pseudomonas aeruginosa* pouvant se compliquer d'une ostéite de la base du crâne ; nécessité d'un traitement antibiotique prolongé

- **Otite séromuqueuse**

traitement : adénoïdectomie, pose d'aérateurs transtympaniques
