

# **Pathologies de l'oreille externe**

**Plan :**

## **I. Introduction**

## **II Rappels anatomiques et physiologiques**

## **III.Pathologies infectieuses**

### **1.Otite externe diffuse**

#### **2.Otite externe maligne ou otite nécrosante**

#### **3.Furoncle**

#### **4.Impétigo**

### **5.Zona auriculaire**

### **6.Infection mycosique**

#### **7.Périchondrite**

## **IV.Pathologie traumatique**

### **1.Othématome**

### **2.Amputation du pavillon**

### **3.Plaies**

### **4.Brûlure**

### **5.Perte de substance**

## **III. Pathologies tumorales**

### **1.Bénignes**

### **2.Malignes**

## **IV. Pathologie malformatives**

### **1. Pavillon décollé ;**

### **2. Appendice pré-auriculaires**

### **3. Pavillon en cornet**

### **4. Microties et macroties;**

### **5. Agénésie et sténose du CAE;**

### **6. Agénésie du CAE et du pavillon:**

## **V. Pathologies obstructives**

### **1.Bouchon de cérumen**

#### **2.Bouchon épidermique**

#### **3.corps étranger**

**I.Introduction** Les pathologies de l'oreille externe sont variables et doivent être connues par le praticien généraliste, du fait qu'elles sont des motifs de consultation très fréquents. Dominées de loin par les pathologies infectieuses, qui sont parfois sévères. Les autres causes notamment tumorales et traumatiques doivent être connues.

## **II Rappels anatomiques et physiologiques**

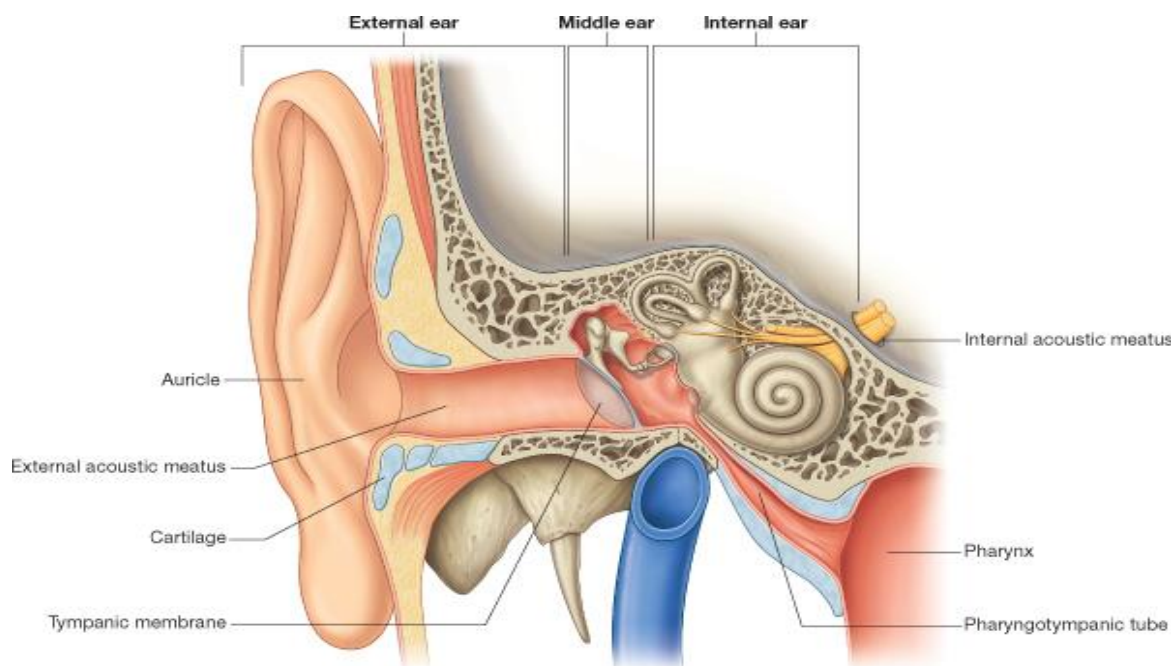
**1. Anatomique :** (figure 1) l'oreille externe est constituée de 2 parties :

1-pavillon : expansion lamellaire, fibro-cartilagineuse fixe et rigide. Sa face externe présente une série de saillies et de dépressions.

2-Conduit auditif externe (CAE) : faisant suite au conque et s'étendant jusqu'au tympan, long de 25mm, divisé en 2 portions :

- \* portion fibro-cartilagineuse : 1/3 externe
- \* portion osseuse : 2/3 interne

**2.Physiologie :** l'oreille externe participe à la transmission de l'onde sonore ; le pavillon localise le son et amplifie l'intensité de l'onde vibratoire.



**FIG 1 : Anatomie de l'oreille**

## **III. Pathologies infectieuses**

**1.Otite externe diffuse :** est une dermo-epidermite de la peau du conduit auditif externe d'origine infectieuse, elle peut être localisée ou toucher tout le conduit, elle peut diffuser au pavillon et à la région péri auriculaire.

**A. Facteurs favorisants**

1) locaux : -humidité chronique dans le CAE

- étroitesse du CAE
- rétention de débris épidermique
- diminution de la sécrétion du cérumen
- otorrhée chronique
- dermite séborrhéique et d'autres affections dermatologiques
- traumatismes locaux

2) généraux :- climat chaud et humide

- diabète
- immunodépression
- radiothérapie

**B. Microbiologie** : la flore saprophyte du CAE se compose de :staphylocoque auricularis qui est spécifique du CAE.

Les deux agents pathogènes le plus souvent impliqués dans l'otite externe sont :- le Pseudomonas aerogenosa et le staphylococcus aureus

-Plus rarement par un champignon : Candida albicans, Aspergillus Niger

**C. Signes fonctionnels :**

1. Otalgies : c'est le signe d'appel principal, elle est intense et lancinante exagérée à la mastication. La fièvre est absente.

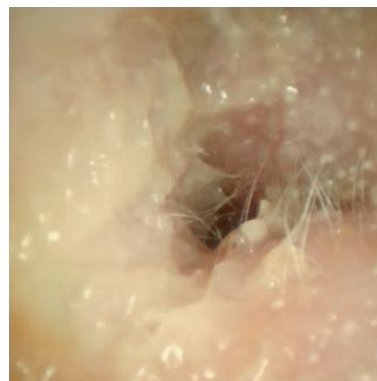
2. Les signes d'appel inconstants sont :

- sensation d'oreille bouchée
- hypoacousie
- otorrhée
- prurit local

**D. Signes physiques :**

1 . Douleur ressentie à la traction du pavillon de l'oreille et la pression sur le tragus

2 . L'otoscopie :(**Figure 2**)aspect variable allant de la simple hyperhémie de la peau à la sténose presque complète du CAE, empêchant de voir le tympan, avec parfois quelques sécrétions blanchâtres.L'otite externe peut se compliquer de périchondrite.

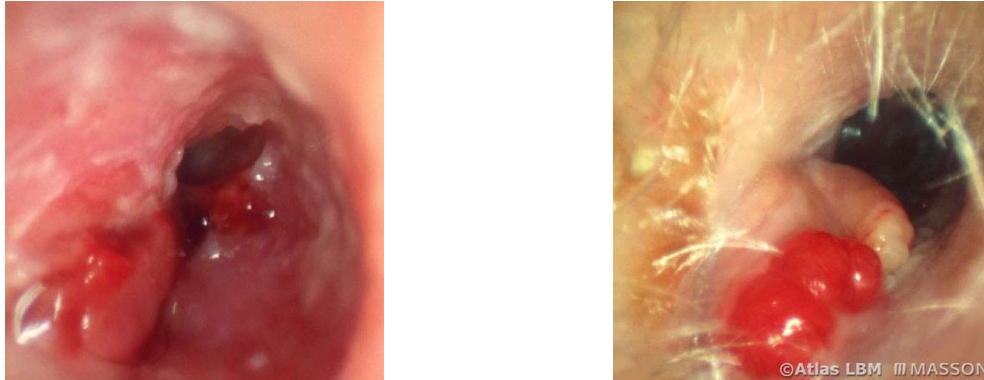
**A****B**

**FIG 2 : A.Otite externe congestive B.Otite externe avec Sténose du conduit**

**2. Otite externe maligne ou otite nécrosant** : c'est une affection grave du CAE .Il s'agit d'une forme localisée d'ostéomyélite. Concerne essentiellement les sujets âgés diabétiques ou immunodéprimés.

Le trouble vasculaire constitue un facteur de risque essentiel, favorisant le développement du *Pseudomonas aeruginosa* qui est retrouvé presque toujours dans les cultures seul ou associé.

Elle se manifeste par des douleurs insomniantes, otorrhée fétide, l'otoscopie(**Figure 3**) montre une zone polyploïde ou nécrotique du plancher du conduit. La paralysie faciale est fréquemment associée.



**FIG 3 :Otite externe nécrosanteAspect endoscopique**

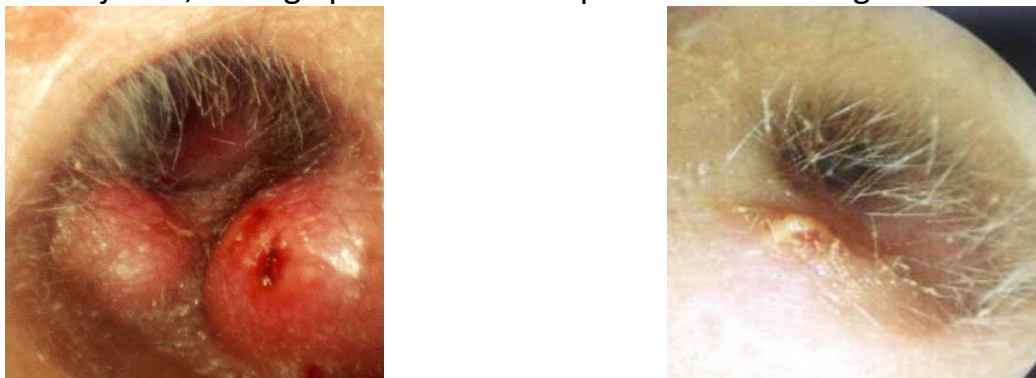
La VS constitue un très bon biologique signe d'alarme dans un tel contexte.

La TDM met en évidence une ostéolyse du tympanal associée à une tuméfaction des parties molles.

Complications :

- ✓ abcès péri auriculaire
- ✓ méningite, abcès intracérébral, thrombose du sinus caverneux, déficit neurologique
- ✓ adénophlegmon
- ✓ envahissement de l'oreille moyenne et des structures péri auriculaire par l'otomycose.
- ✓ Septicémie

**3. Furoncle:** est une folliculite aigue due au staphylocoque (**figure 4**) doré, favorisée par les traumatismes locaux et le diabète qui doit être recherché systématiquement, il débute par une induration douloureuse autour de l'orifice du poil évoluant vers la nécrose de tout l'appareille pilo-sébacé donnant un bourbillon jaune, soulagé par l'ouverture spontanée ou chirurgicale.



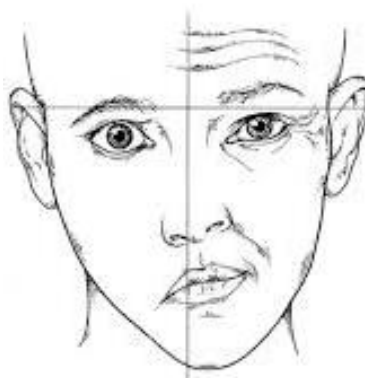
**FIG 4 : furoncle du CAE**

**4. Impétigo** : il est lié à une surinfection par un staphylocoque ou un streptocoque après grattage ou nettoyage par un objet souillé, ou en rapport avec une otorrhée chronique. Il s'observe le plus souvent chez l'enfant. Il se manifeste par une sensation de cuisson peu douloureuse avec écoulement purulent qui s'assèche à l'orifice du conduit en formant des croûtes. **(Figure 5)**



**FIG 5 : Impétigo de l'oreille externe**

**5. Zona auriculaire** : C'est un zona du ganglion géniculé dû à la résurgence du virus varicelle zona (VZV) occasionnant une éruption vésiculeuse qui répond au territoire sensitif du nerf VII (conque, tragus, anthélix, la partie postéro inférieure du CAE et du tympan) s'accompagne d'adénopathies et douleur à type de brûlure. La principale complication du zona otitique est la paralysie faciale périphérique (PFP) avec un risque de séquelles plus important que dans la paralysie faciale « a frigore » (Figure 6).



**FIG 6 : Zona auriculaire et PFP**



**6. Infection mycosique (Otomycose) :**représente 10% à 20% des otites externes, dominés par le candidat albicans et aspergillus Niger, se manifeste par un prurit et sensation de cuisson, l'otoscopie(**figure 7**) met en évidence des formations fongiques filamenteuses blanchâtres pour le candida et charbonneuse pour l'aspergillus.

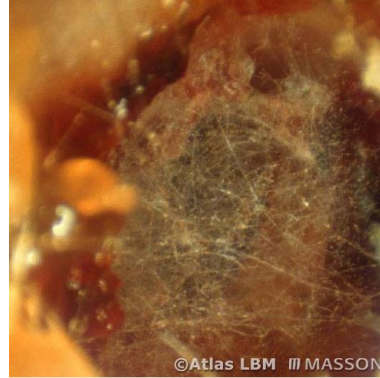


FIG 7 : Otomycose

**7. Périchondrite :**rare mais redoutable par les complications morphologiques lorsque le TRT n'est pas entrepris à un stade précoce. Les 2 germes principaux en cause sont staphylocoque aureus et surtout le Pseudomonas aeruginosa.

Toute exposition opératoire ou traumatique du cartilage est susceptible de se compliquer de chondrite.

L'examen doit rechercher les signes précoces de chondrite, à savoir une rougeur du pavillon respectant le lobule, œdème qui efface progressivement les reliefs ; la fièvre est inconstante. En l'absence de traitement la chondrite évolue vers la fistulisation et la nécrose du cartilage.



A



B

FIG 8: A. Périchondrite (lobule respecté) B. Oreille séquellaire

## Traitement :

**A. Buts :** éradiquer l'agent pathogène

Éviter les complications et les récides

## B. Moyens :

1. hygiène de vie

2. moyens médicaux :

- locaux : nettoyage du CAE au sérum physiologique et éviction des tiges en coton.

- association antibiotique / corticoïde local

- méchage du CAE

- antifongiques locaux

- généraux : - antibiotiques et antalgiques.

\* Chirurgicaux : - incision et drainage d'abcès

## C. Indications :

1. Otite externe diffuse : antalgiques et antibiotiques en local pendant une semaine avec parfois un méchage du conduit externe (**figure 9**) afin de bien calibrer et faciliter le passage des gouttes auriculaires et le contact avec le conduit.

- aspiration des sécrétions.

- antibiotiques par voie générale en cas de complication ou terrain immunodéprimé.

2. Otite externe maligne : hospitalisation avec antibiothérapie parentérale (association céphalosporine 3<sup>ème</sup> génération à une fluoroquinolone) pendant 2 semaines au minimum et relayé per os

- Traitement local avec nettoyage débridement du CAE et l'instillation d'antibiotique locaux.

- la place de la chirurgie est limitée de nos jours, elle consiste à réaliser une mastoïdectomie.

3. Furoncle du conduit : traiter localement par nettoyage, ablation du bourbillon, antiseptique et antibiothérapie locale.

4. Zona auriculaire : traitement en milieu spécialisé basé sur les anti-viraux et une corticothérapie de cure courte associé à des soins auriculaires (antiseptique) et ophtalmiques (lubrifiant et occlusion oculaire).

5. Otomycose : Econazole pendant au moins 2 à 3 semaines avec des aspirations du conduit externe.

6. Périchondrite : - Antibiothérapie parentérale avec des soins locaux

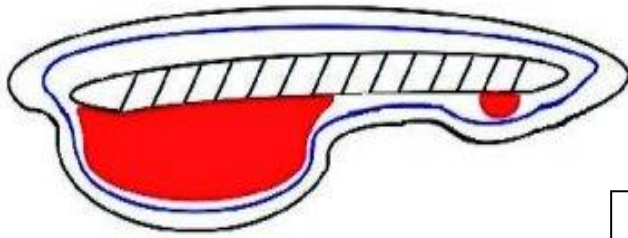
- incision et excision du cartilage nécrosé



**FIG 9 : Méchage du CAE**

## II. Pathologie traumatique

1. **Othématome:**(figure 10. A) il s'agit d'un hématome sous péricondral secondaire à un traumatisme fermé, fréquemment constaté lors des sports violents de combat, avec risque de nécrose et de surinfection. C'est une urgence thérapeutique pour éviter les complications (nécrose du cartilage et Périchondrite). On fait une incision large pour le drainage, un pansement compressif et un méchage.



A



B

FIG 10 : A. Othématome B. Plaie du pavillon

2. Amputation du pavillon;

3. Plaies; (figure 10. B)

4. Brûlure;

5. Perte de substance;

## III. Pathologies tumorales

### Bénignes :

**Exostose du conduit :** (figure 11. A)

Touche l'homme surtout.

Facteur favorisant : sport nautique (plongée, surf...)

Surdité de transmission, otite externe à répétition, acouphène.

Traitement chirurgical = ablation

**Ostéomes** Traitement chirurgical.

### Malignes :

**Carcinome épidermoïde :** Suspecté devant une otite externe traînante, une otorragie et une PFP.

TDM et IRM = étude de l'extension au Rocher et aux tissus mous ;

**Épithéliomas Basocellulaire et Spinocellulaire :** (figure 11. B)

**Ostéosarcomes ;**



A



B

FIG 11 : A. Ostéome du CAE B. Carcinome basocellulaire



#### IV. Pathologies malformatives :

1. Pavillon décollé
2. Appendice pré-auriculaires
3. Pavillon en cornet
4. Microties et macroties
5. Agénésie et sténose du CAE (figure 12)
6. Agénésie du CAE et du pavillon



FIG 12 : Agénésie de l'oreille

#### V. Pathologies obstructives :

**1. Bouchon de cérumen :** entraine une hypoacousie. Il est dû au dessèchement du cérumen. (Figure 13. A)

Le diagnostic se fait à l'otoscopie ;

Le traitement nécessite l'extraction par lavages doux ou aspiration.

**2. Bouchon épidermiques :** Le malade se plaint d'otalgie avec hypoacousie.

Le traitement est basé sur l'aspiration ou lavage. (Figure 13. B)

**3. Corps étrangers extrinsèques :** insectes, liquides, coton...etc.



A



B

FIG 13 : A. Bouchon de cérumèn B. Bouchon épidermique