

# OTITE MOYENNE AIGUË

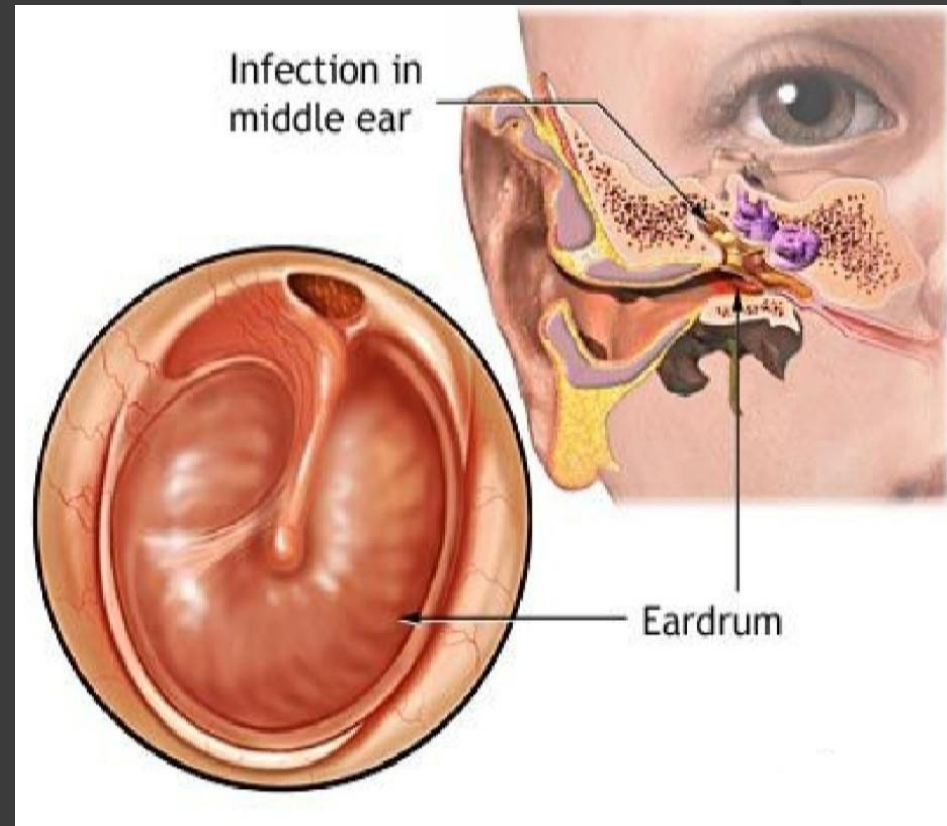
Enseignante ORL : Belhadj Kacem

Faculté de médecine Taleb Mourad Sidi Bel Abbès

# I. Définition:

## Définition:

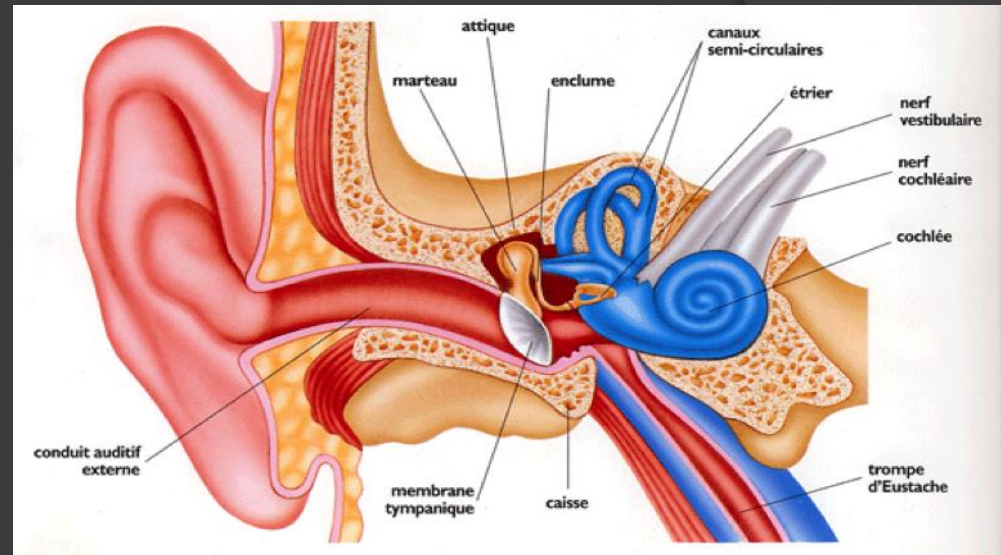
- L'otite moyenne aigue est une entité anatomo-clinique due à l'inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne (caisse du tympan, cellules mastoïdiennes en arrière et la trompe d'Eustache en avant) .
- la muqueuse qui les recouvre est de type respiratoire.



# Rappel anatomique

**L'oreille** est divisée en trois parties:

- **L'oreille externe** composée du :
  - pavillon
  - conduit auditif externe (cartilagineux et osseux)
  - du tympan.
- **L'oreille moyenne**, contenant :
- la caisse du tympan, avec les trois osselets (marteau, enclume et étrier) et le nerf facial et mastoïde.
- **L'oreille interne** divisé en deux parties le labyrinthe antérieur ou cochlée qui analyse les ondes sonores et le labyrinthe postérieur qui analyse les mouvements de la tête.



## Oreille moyenne

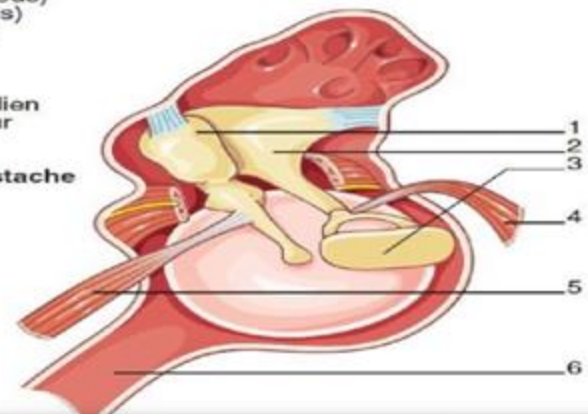
### - 3 osselets :

- (1) Marteau (malleus)
- (2) Enclume (incus)
- (3) Étrier (stapes)

### - 2 muscles :

- (4) Muscle stapédien
- (5) Muscle tenseur du tympan

### - (6) Trompe d'Eustache



# II. Etiopathogénie 1

## A. Germes responsables:

### ❖ 1/ Virus :

Sont rencontrés **fréquemment pendant l'hiver** , ainsi de nombreuses OMA sont d'origine virales , l'infection virale précède l'infection bactérienne.

### ❖ 2/ Bactéries : la surinfection bactérienne : dans 60 à 70% des cas.

En principe monomicrobienne , un seul germe en cause , par ordre de fréquence on retrouve :

- Streptocoque hémolytique du groupe A : +freq chez l'adulte.
- Pneumocoque : freq chez l'enfant.
- Staphylocoque doré pathogène : surtout en cas de récidence.

# Etioopathogénie 2

## Certains microbes occasionnels posent un problème thérapeutique par leur résistance aux ATB :

- Klebsiella, Entérocoque, Escherichia coli ,
- Haemophilus influenzae : c'est le germe le plus fréquent (40%). Il est résistant à l'ampicilline par production de bêtalactamase.
- Streptococcus pneumoniae. Certains facteurs augmentent la probabilité d'être en présence d'une souche résistante : antibiothérapie depuis moins de 3 mois, échec d'un premier traitement, fréquentation des crèches, âge inférieur à 18mois...
- Branhamella catarrhalis : plus de 90% des souches sont résistantes à l'amoxicilline par production de bêtalactamase.
- le Staphylococcus aureus et le Pseudomonas aeruginosa : peuvent être retrouvés chez l'enfant de moins de 3 mois,

# ETHIOPATHOGENIE 3

## B. Voies de propagation:

### 1/ Voie naso-tubaire ( trompe d'Eustache ou trompe auditive ) :

c'est la plus fréquente surtout chez l'enfant où l' OMA est très fréquente entre 6 et 24 mois

on incrimine un dysfonctionnement tubaire consécutif à l'obstruction de l'orifice pharyngé de la trompe auditive très court et béant à cet age provoquant un trouble de drainage due à la stase des sécrétions rhinopharyngées secondaires à :

- \* des infections des voies respiratoires supérieures en particulier les rhinopharyngites qui sont très fréquentes à cet âge .
- \* végétations adénoïdes
- \* malformations congénitales (division palatine),
- \* déficit immunitaire,
- \* allergie...

2/ Voie externe : traumatisme tympanique et fracture du rocher.

3/ Voie hématogène : dans les Maladies infectieuses ou dans les viroses

# III. Anatomopathologie:

L'OAM passe par 4 stades :

- **Stade I : otite congestive**, 2 étapes :
  - 1) Hyperhémie : sous muqueuse de l'oreille moyenne est rouge oedématisée
  - 2) Exsudat
- **Stade II : suppuration collectée** : l'exsudat devient important et s'infecte.
- **Stade III : otite ouverte** : la membrane tympanique s'amincit du fait de la pression provoquée par la collection suppurée dans la caisse et se perfore au point maximal de la pression.
- **Stade IV : réparation/cicatrisation** : guérison spontanée (fermeture de l'orifice)

# IV. Etude clinique 1

**TDD : OMA du grand enfant.** :4 stades :

**Stade I : stade de début “Otite congestive”:**

La symptomatologie est consécutive à une infection (ex : rhinopharyngite fébrile)



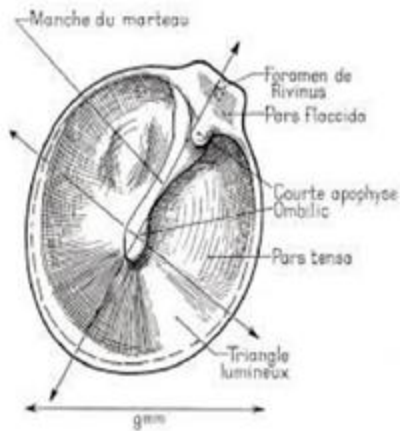
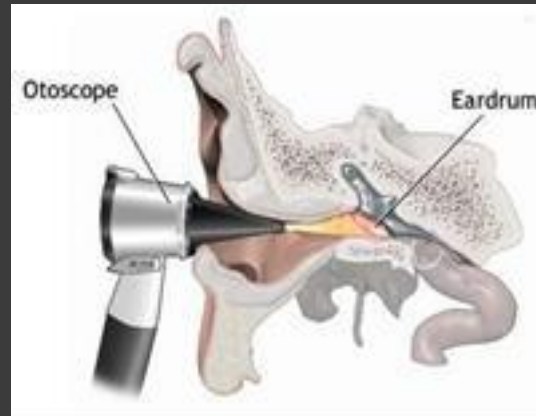
❑ **Signes fonctionnels :**

- Otalgie (otodynïe), maître symptôme : c'est une douleur du fond du CAE rapidement très intense, pulsatile et irradiant vers le crâne entraînant une insomnie
- Bourdonnement (acouphène) de timbre grave
- Hypoacousie : sensation d'oreille pleine.

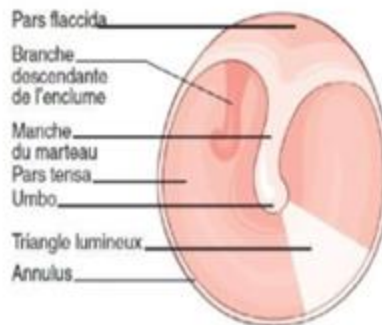
❑ **Signes généraux :** dominée par la fièvre qui s'élève brutalement.



# Otoscopie normale



Tympan



# Etude clinique 2

## ❑ Examen clinique en ORL :

### ➤ L'otoscopie:

- est difficile chez un enfant agité et si le conduit est étroit (nettoyage par un coton tige ou aspiration si existence de sécrétions ou de dépôts épithéliaux ou de cérumen .

à ce stade :

- Le tympan est **congestif** : au début la rougeur est limitée à la membrane de Schrapnell (pars flaccida) et au manche du marteau , puis s'étend à tout le tympan.
- Disparition du triangle lumineux . mais les reliefs ossiculaires sont respectés
- Douleur réactionnelle à la palpation de la mastoïde.

### ➤ Reste de l'examen ORL :

*Ne pas oublier d'examiner l'autre oreille (la bilatéralité de l'OMA est fréquente)*

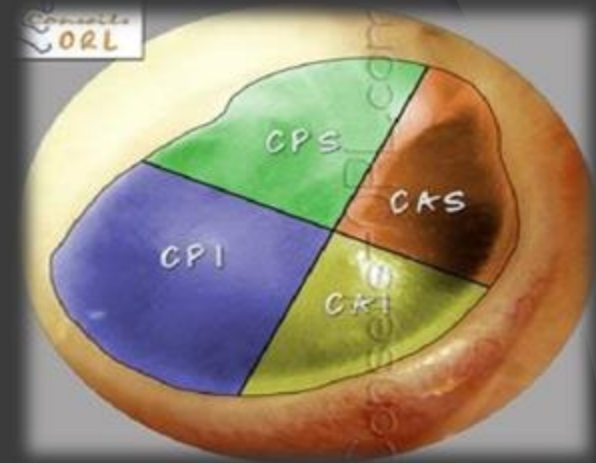
- *Examiner le nez , le pharynx , les aires ggnaires cervicales . on trouve:*
  - \* une rhinite, rhinopharyngite
  - \* ADP cervicales hautes, sous et rétromandibulaires.



# Stade II : collection suppurée

Survient 2 à 3 jours après le stade congestif:

- **Signes fonctionnels:**
  - ✓ Douleur pulsatile vive
  - ✓ Bourdonnement
  - ✓ Hypoacousie
- **Signes généraux :** malade très fébrile  
pâle, asthénie
- **Examen ORL :**
  - L'oto (endo) scpie montre un tympan rouge vif, bombant dans son quadrant postéro-supérieur donnant l'aspect d'un **furoncle** en voie de rupture (signe de collection +++ ) avec disparition des reliefs ossiculaires
  - Douleur réactionnelle à la palpation de la mastoïde.

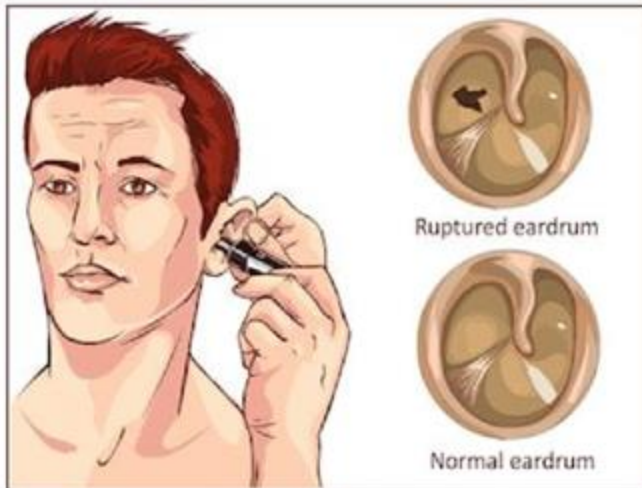


# Stade III “otite ouverte”:

Le tympan va s'ouvrir 24h à quelques jours après la collection.

- Signes fonctionnels : Diminution ou disparition de la douleur, de l'hypoacousie et des bourdonnements.
- Signes généraux : s'estompent.
- Examen ORL :
  - ✓ L'**Otorrhée** : elle est séro-sanguinolante au début puis devient franchement purulente et souvent abondante.
  - ✓ L'oto(-endo)scopie après aspiration : **perforation** postérieure punctiforme en <<pis de vache>> laissant sourdre du pus.

Le tympan est toujours rouge.



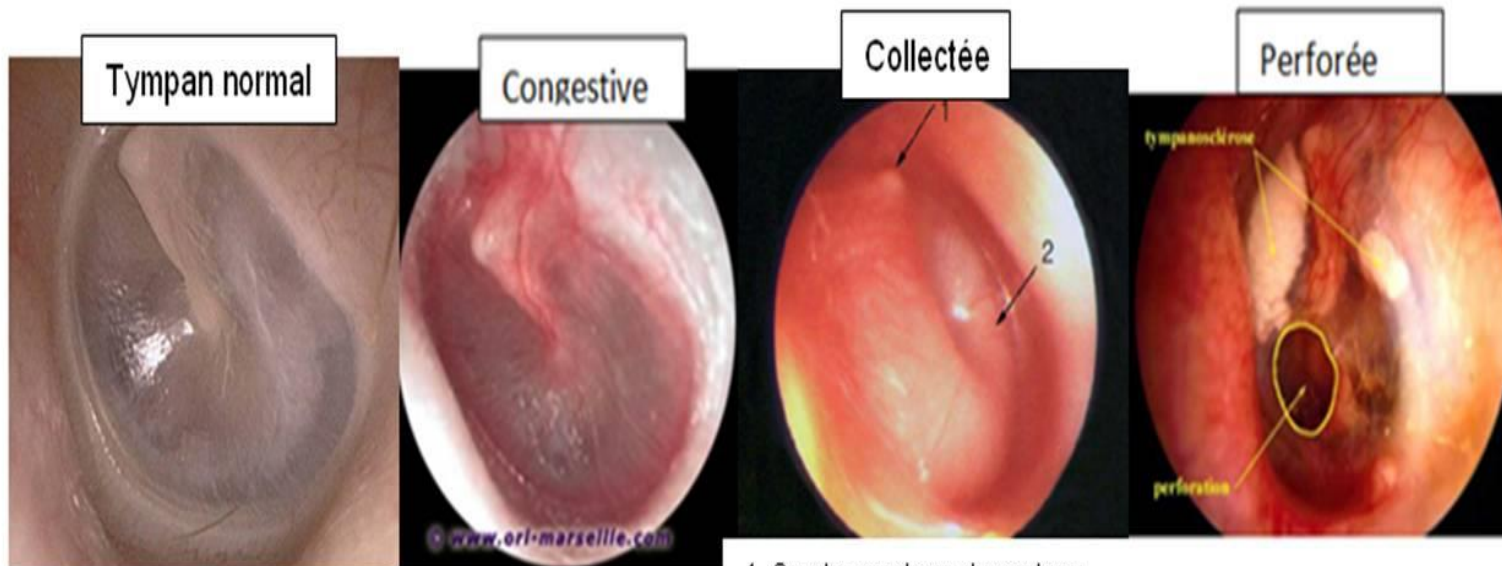
## Stade IV Régresssion/réparation/CICATRISATION: = critères de guérison:

Survient après un délai variable.

- Les signes généraux et fonctionnels disparaissent.
- La douleur et la fièvre cessent en 2 à 4 jours
- L'otorrhée disparaît entre 5 à 10 jour.
- Le tympan se cicatrise au bout de 15 jours.
- L'audition revient normale,



# Etude clinique (suite)



1. Courte apophyse du marteau
2. Disparition du triangle lumineux

# V. Formes cliniques :1

## A - Selon l'âge:

### ❖ OMA chez le nourrisson:

- Le système tubo- mastoïdien est court et représente la cause favorisante importante de l'infection rhinopharyngée point de départ de l'OMA.
- l'OMA est souvent bilatérale et ne se traduit que par une atteinte de l'état général.
- la symptomatologie est identique à celle du grand enfant mais elle présente une particularité marquée par la présence de troubles digestifs à type de diarrhées liquides fréquente et importante associées des vomissements entraînant une déshydratation avec retentissement sur l'état général.
- L'otoscopie est difficile.

### ❖ OMA de l'adulte et du vieillard:

- . Rare chez l'adulte .
- . le plus souvent viral suite à une grippe
- . d'allure torpide chez le vieillard
- . donne moins de complications.

# Formes cliniques 2

## B) Formes évolutives:

### a) Formes résolutives:

Fréquentes chez l'adulte, se manifestent par des otalgies de survenue brutale au cours d'une rhinite saisonnière → tympan rouge ou rose avec disparition progressive de troubles auriculaires.

### b). Formes suraiguës

Rares, se manifeste d'emblée par des complications graves.

### c). Formes récidivantes:

sont des formes latentes ou traînantes

- favorisés par les facteurs : tabagisme, crèche, carence martiale, reflux gastro-œsophagien, allergie, fente vélo-palatine, immunodépression...
- prévenues par : par l'éradication de ces facteurs et un traitement régional d'une rhinopharyngite, d'une sinusite, adénoïdectomie ou d'un massage tubaire.



# Formes cliniques 3

## **C) Formes symptomatiques:**

- a) **Au cours des maladies infectieuses :** scarlatine , rougeole..... ( l'OMA est freq et grave)
- b) **Due à un traumatisme :**
  - Baro-traumatisme en rapport avec les hauteurs ou profondeurs
  - Perforation accidentelle ( blessure par épingle par ex , ou par blast (gifle,explosion).

# Formes cliniques 4

## D) Formes otoscopiques:

- a) Otite cloisonnée : bombement localisé au niveau de la “pars tensa” surtout en postéro-supérieure ou à la membrane de Schrapnell (atticite aigue).
  
- b) myringite bulleuse : d'origine grippale. le tympan est le siège d'un phlyctème d'origine virale. La paracentèse est contre indiquée au debut car elle peut donner un coup de fouet à l'inflammation et favorise la surinfection.



*phlyctène posée sur la membrane tympanique, la flèche montre la partie haute du manche marteau*

# Formes cliniques 5

## **E) Formes selon le germe :**

- ❑ en faveur d'une atteinte par le pneumocoque  
on peut citer une fièvre importante et une otalgie intense ;
- ❑ en faveur d'une atteinte par l'Hémophilus,  
on peut citer une OMA peu purulente et une conjonctivite associée.

# VI. Diagnostic différentiel:

- ❑ **otite chronique en période de réchauffement :**

il y aura une surinfection par contamination sur otite chronique où l'otalgie réapparaît (diagnostic différentiel avec le stade 1 et 2 de l'OAM).

- ❑ **Otite décapitée:** par une antibiothérapie prescrite pour une autre infection que l'OMA

- ❑ **Otalgies irradiés à partir d'un foyer infectieux ou inflammatoire :**  
angine, carie dentaire, arthrite temporo-mandibulaire

- ❑ **Otite séreuse :** présence de liquide derrière un tympan fermé, rencontré surtout chez l'enfant adenotidien.  
(Diagnostic différentiel avec le stade 2 de l'OMA)



# VII. Complications : 1

## → Chronicité.

## → Paralysie faciale:

- fréquente chez le jeune enfant où la constitution mastoïdienne n'est pas totale et le facial reste déhiscent dans sa troisième portion.
- La paralysie faciale otitique présente environ 20 à 30% des paralysies faciales de l'enfant.
- Elle est périphérique et d'installation brutale et précoce. Son pronostic est bon.
- La paracentèse s'impose pour prélèvement bactériologique et évacuation de la collection.
- Le traitement repose sur les antibiotiques associé aux corticoïdes.

# Complications 2

→ **Mastoïdite** : = infection des cavités mastoïdiennes avec ostéite.  
-deux formes : la mastoïdite aiguë extériorisée et la mastoïdite subaiguë.

◆ **Mastoïdite aiguë extériorisée** :  
le tableau habituel est celui d'une OMA qui s'aggrave.

❖ **a) La forme rétroauriculaire** :

-est la plus fréquente

-L'inspection retrouve un oedème rétro-auriculaire effaçant le sillon et décollant le pavillon.

-L'existence d'une fluctuation à la palpation traduit la présence d'un abcès sous périosté.

-L'otoscopie montre une chute de la paroi postérieure du conduit et une voussure en « pis de vache » du tympan .( avec un écoulement purulent pulsatile à travers une petite perforation postérieure.)



# Complications 3

## **b) extériorisation temporo-zygomatique :**

la région temporo-zygomatique est œdémateuse, voire fluctuante,

- ❖ pavillon de l'oreille est décollé vers le bas.
- ❖ Il peut s'y associer un œdème de la paupière inférieure

## **c) -extériorisation cervicale inférieure (mastoïdite de Bezold).**

- ❖ Il existe un torticolis douloureux
- ❖ un empatement de la partie haute du sternocléidomastoïdien.

## **d) Abcès latéro-pharyngé :**

- ❖ la suppuration va fuser en dedans du muscle digastrique
- ❖ l'amygdale est refoulée en AV et en DD.
- ❖ La symptomatologie est plus pharyngée que cervicale

# Complications 4

## ◆ **mastoïdite sub-aiguë :**

- c'est le tableau le plus fréquent.
- Il s'agit d'une OMA trainante malgré un ou plusieurs traitements antibiotiques avec des altérations otoscopiques du tympan (voussure tympanique, perforation, chute de la paroi postérieure du conduit) et une otorrhée fréquente.
- Les signes généraux ont en général disparu.
- L'hospitalisation est conseillée pour bilan et traitement parentéral.



# Complications 5

## **→ Labyrinthite aiguë :**

- L'OMA est accompagnée de vertiges, de nausées et vomissement auxquels peut s'ajouter une chute de l'audition.
- L'examen doit rechercher un nystagmus.
- La paracentèse s'impose pour prélèvement bactériologique et évacuation de la collection.
- Le traitement est symptomatique pour les vertiges et associe des antibiotiques et des vasodilatateurs.

## **→ Complications veineuses et encéphaliques :**

sont exceptionnelles grâce aux ATB.

- Thrombophlébite du sinus latéral
- Abscess du cerveau et cervelet
- Méningite purulente

# VII. Séquelles :

1. **Perforation tympanique minuscule.**
2. **Dysfonctionnement tubaire.**
3. **Surdité de transmission par atteinte de la chaîne ossiculaire.**
4. **otite séromuqueuse**
5. **Cophose par atteinte de l'oreille interne**

# VIII. Traitement:

## TRT Médical:

-Indiqué à tous les stades de l'OAM

- ★ Antibiotique pd 07 à 10 jours (+++pénicilline).amoxicilline, ampicilline
- ★ Anti-inflammatoires, Antalgiques, sédatifs , Antipyrétiques (paracétamol, aspirine...) sont systématiques .
- ★ Gouttes auriculaires non ototoxiques ( ATB type otofa) décongestives et antalgiques (corticoïde type colicort )
- ★ gouttes nasales décongestionnants (vasoconstricteurs type déturgylone

Associées à des ATB si rhinorrhée purulente (soframycineà l'hydrocortisone, pyvalone néomycine)

## TRT Chirurgical :

### La paracentèse :

- incision de quelques millimètres au niveau du quadrant antéroinférieur du tympan pour évacuer la collection et faire un
- prélèvement en vue d'une analyse bactériologique.

- Indications : Stade 2 "collection" ou stade 3 (Δ si perforation à orifice minime pour activer le drainage.)

### -Contre-indication:

- Stade 1
- Stade 4. ( surveillance pour prévenir les récides)
- quadrant supérieur du tympan ( osselets)

## TRT rhinopharyngé:

adénoïdectomie chez l'enfant dans les formes récidivantes de l'OMA



# ATB: Comment traiter ?

## ➤ Antibiothérapie de première intention chez l'adulte

- ◉ - Parmi les otites seules les **otites moyennes aiguës purulentes** confirmées par la
- ◉ visualisation des tympans justifient une **antibiothérapie**.
- ◉ - Les antibiotiques recommandés sont :
- ◉ ☐ En 1ère intention : **Amoxicilline** (2-3 g/j durant 5 jours) ;
- ◉ ☐ **cefpodoxime (400mg/j) ou céfuroxime-axétil (500 mg/j)** en cas d'allergie aux
- ◉ **pénicillines sans allergie aux céphalosporines ;**
- ◉ ☐ **Pristinamycine (2 g/j durant 5 jours)** ou cotrimoxazole (800/j de
- ◉ **sulfamethoxazole/160 mg de trimethorpime en 2 prises) ou lévofloxacine (500 mg/j**
- ◉ **durant 5 jours), en cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et**
- ◉ **céphalosporines)**
- ◉ ☐ **Amoxicilline-acide clavulanique (3 g/j durant 5 jours), en cas d'échec.**

# ATB

- Antibiothérapie de première intention chez l'enfant
- L'amoxicilline, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline et est active sur plus de 80% des H. influenzae.
- La durée de l'antibiothérapie est :
  - 8 à 10 jours chez l'enfant âgé de moins de 2 ans,
  - de 5 jours chez l'enfant âgé de plus de 2 ans
  - érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole (triméthoprine-sulfaméthoxazole), en cas de contreindication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;

# ATB

⦿ \*Les antibiotiques suivants peuvent cependant être proposés chez l'enfant dans les situations suivantes :

- ❑ association amoxicilline-acide clavulanique(80 mg/kg/j chez l'enfant) en cas de syndrome otite-conjonctivite (infection à *Hæmophilus influenzae*) ;
- ❑ cefpodoxime en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines.
- ❑ érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole (triméthoprim-sulfa méthoxazole), en cas de contreindication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ;

**Merci pour votre  
attention**