

ITEM 150**Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant****Connaissances pour la validation du 2^e cycle
des études médicales**

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître les définitions : otalgie, différents types d'otites
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître les principaux éléments de l'épidémiologie de l'OMA
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les éléments de physiopathologie de l'OMA
A	Diagnostic positif	Savoir faire le diagnostic d'OMA (démarche diagnostique, examen clinique dont otoscopie)
B	Examens complémentaires	Indication des examens d'imagerie devant une otite infectieuse de l'adulte et de l'enfant
A	Prise en charge	Connaître la stratégie initiale de la prise en charge de l'OMA : antibiothérapie, traitements associés
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications de l'OMA
A	Diagnostic positif	Savoir faire le diagnostic de l'otite externe et séro-muqueuse
A	Prise en charge	Connaître la stratégie initiale de prise en charge de l'otite externe et séro-muqueuse

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

Points importants

Les otites moyennes aiguës (OMA)

- Elles représentent la majorité des otites et sont parmi les infections les plus fréquentes, en particulier chez l'enfant de moins de 3 ans. *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* représentent les deux principales étiologies bactériennes.
- Le diagnostic d'OMA purulente doit être évoqué devant une fièvre et une otalgie. Il est confirmé par la réalisation d'une otoscopie, montrant des signes inflammatoires du tympan.
- L'antibiothérapie des OMA purulentes diminue la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 2 ans. Chez les enfants de plus de 2 ans et chez l'adulte, la majorité des OMA purulentes guérissent spontanément.
- Le traitement antibiotique fait appel en première intention à l'amoxicilline, qui est la molécule la plus active sur pneumocoque.

Les otites externes sont bénignes, à l'exception des rares otites externes nécrosantes à *Pseudomonas aeruginosa* (majoritairement sur terrain diabétique).

CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- + Afssaps – Recommandations anti-biothérapie par voie générale dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant – 2011.

1 Définitions

A

- Otalgie : il existe 2 types d'otalgies :
 - l'otalgie par atteinte primitive de l'oreille (type otite moyenne aiguë purulente, la plus fréquente chez l'enfant),
 - l'otalgie projetée par atteinte extra-auriculaire, "projetée" ou "réflexe" (type otalgie au cours des tumeurs du rhinopharynx), plus fréquente chez l'adulte.
- L'otite moyenne aiguë purulente correspond à la surinfection bactérienne aiguë de l'oreille moyenne avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan.
- L'otite externe correspond à une inflammation du conduit auditif externe qui est rouge, oedématié et douloureux (introduction difficile de l'otoscope).
- L'otite séromuqueuse correspond à un épanchement rétrotympanique (sans otalgie ni signes généraux), et avec un caractère chronique (plus de 3 mois).

2 Otite moyenne aiguë (OMA)

1. BASES POUR COMPRENDRE (F-150-1)

B

Physiopathologie de l'otite moyenne aiguë

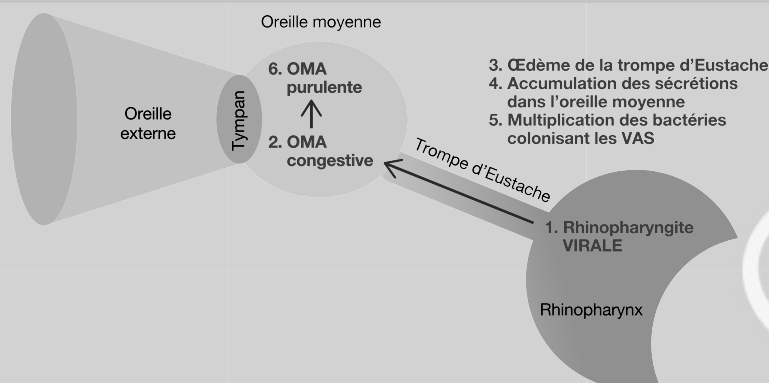
Le rhinopharynx et l'oreille moyenne sont tapissés par la même muqueuse respiratoire ciliée. La caisse du tympan est ouverte sur le pharynx par la trompe d'Eustache, permettant le drainage physiologique du mucus sécrété dans l'oreille moyenne.

- En cas de rhinopharyngite, l'infection virale touche aussi la muqueuse de l'oreille moyenne, ce qui se traduit par une **otite moyenne aiguë congestive (ou otite congestive)**.
- L'œdème de la trompe d'Eustache, induit par l'infection virale, provoque l'accumulation des sécrétions dans l'oreille moyenne et la multiplication des bactéries colonisant habituellement en surface l'épithélium respiratoire (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Branhamella catarrhalis* (ex-*Moraxella catarrhalis*)). Si l'obstruction de la trompe d'Eustache se prolonge, une suppuration bactérienne peut apparaître dans la caisse du tympan, à l'origine de l'**OMA purulente** (F-150-1).

Microbiologie de l'OMA purulente

- Les principales bactéries responsables des OMA purulentes de l'adulte et de l'enfant de plus de 3 mois sont :
 - H. influenzae* ;
 - S. pneumoniae* ;
 - plus rarement, *B. catarrhalis* ;
 - Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* et les *Enterobacterales* jouent un rôle mineur (< 5 %).
- Résistance aux antibiotiques (T-150-1).
- L'amoxicilline est la molécule *per os* la plus active sur les pneumocoques ; elle est également active sur 80 % des *H. influenzae*. Elle est donc à privilégier en première intention.

F-150-1 : Physiopathologie des otites infectieuses



T-150-1 : Résistance aux principaux antibiotiques utilisés dans les OMA purulentes pour les trois principales bactéries

	Pourcentage de souches résistantes			
	Amoxicilline	Ceftriaxone	Pristinamycine	Cotrimoxazole
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Pas de résistance à posologie recommandée	Pas de résistance	Pas de résistance	20 % de résistance
<i>Haemophilus influenzae</i>	15-20 % de résistance	Pas de résistance	Pas de donnée récente	45 % de résistance
<i>Branhamella catarrhalis</i>	90 % de résistance	Pas de résistance	Pas de donnée récente	< 5 % de résistance

Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline : mécanisme reposant sur une modification de cible (protéines de liaison aux pénicillines) et non sur une production de β -lactamase (les inhibiteurs de β -lactamases comme l'acide clavulanique n'ont donc aucun intérêt, et l'amoxicilline reste efficace sur ces souches dans le traitement des infections simples comme l'OMA).

Épidémiologie de l'OMA

L'OMA est une pathologie surtout pédiatrique. Le pic d'incidence se situe à 9 mois. Elle est beaucoup moins fréquente après l'âge de 6 ans.

A

2. DIAGNOSTIC DE L'OMA PURULENTE CHEZ L'ADULTE

Diagnostic clinique : association de signes fonctionnels, de signes généraux et de signes otoscopiques.

Signes fonctionnels

Otalgie très fréquente mais non constante, peu spécifique, apparaissant souvent au décours d'une rhinopharyngite.

Signes généraux

Fièvre quasi-constante.

- Autres symptômes :
 - asthénie et anorexie,
 - symptômes témoins de l'infection virale déclenchante : rhinorrhée et toux,
 - symptômes témoins d'une autre localisation : conjonctivite purulente due à *H. influenzae*. On parle de syndrome otite-conjonctivite.

Signes otoscopiques, clef de voûte du diagnostic

Examen des 2 oreilles à faire dans de bonnes conditions

et avec précaution. Nécessité d'un nettoyage préalable du conduit auditif externe en cas de cérumen.

- **OMA congestive** : congestion des tympans avec respect des reliefs, sans bombement (conservation des reliefs du marteau), le plus souvent dans le cadre d'une rhinopharyngite virale.
- **OMA purulente (P-150-1)** : inflammation tympanique (congestion ou hypervascularisation) et **épanchement rétro-tympanique** (opacité, effacement des reliefs normalement présents, ou bombement). Extériorisation possible de pus (otorrhée) secondaire à une perforation tympanique spontanée.
- **Tympans mal ou non vus** : avant l'âge de 2 ans, le recours à l'ORL est indiqué.

P-150-1 : Otite moyenne aiguë purulente

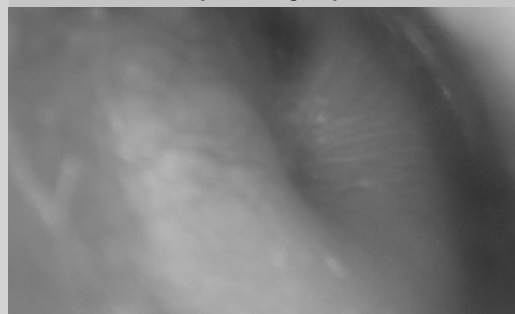


Photo O. Malard - © CMT - Aliméa Plus

B**3. PRINCIPALES COMPLICATIONS DE L'OMA PURULENTE**

Elles sont rares.

- Échec du 1^{er} traitement antibiotique surtout observé chez l'enfant de moins de 2 ans. Il est défini par l'aggravation ou persistance des symptômes au-delà de 48 h après le début de l'antibiothérapie, ou la réapparition des symptômes et des signes otoscopiques d'OMA purulente dans les 4 jours suivant l'arrêt de l'antibiothérapie.
- Méningite bactérienne (*S. pneumoniae*)
- Mastoïdite
 - On la recherche devant une otite ne guérissant pas dans les délais habituels, en cas de récurrences d'otites, de nécessité de paracétèses répétées malgré l'adénoïdectomie ou devant un état général altéré avec fièvre prolongée et douleur à la pression de la mastoïde.
 - La mastoïdite extériorisée avec collection purulente rétro-auriculaire est exceptionnelle.
 - Imagerie : l'imagerie recommandée est un scanner avec injection de produit de contraste (IRM en cas de suspicion d'extension intracrânienne).
- Thrombophlébites cérébrales et abcès du cerveau (exceptionnels) à rechercher par une IRM cérébrale.
- Paralysie faciale, partielle ou complète.
- Une otite sérumuqueuse complique 10 à 20 % des OMA.

4. STRATÉGIE INITIALE DE PRISE EN CHARGE DE L'OMA**A****Antibiothérapie****Indications du traitement antibiotique (F-150-2)***OMA congestive*

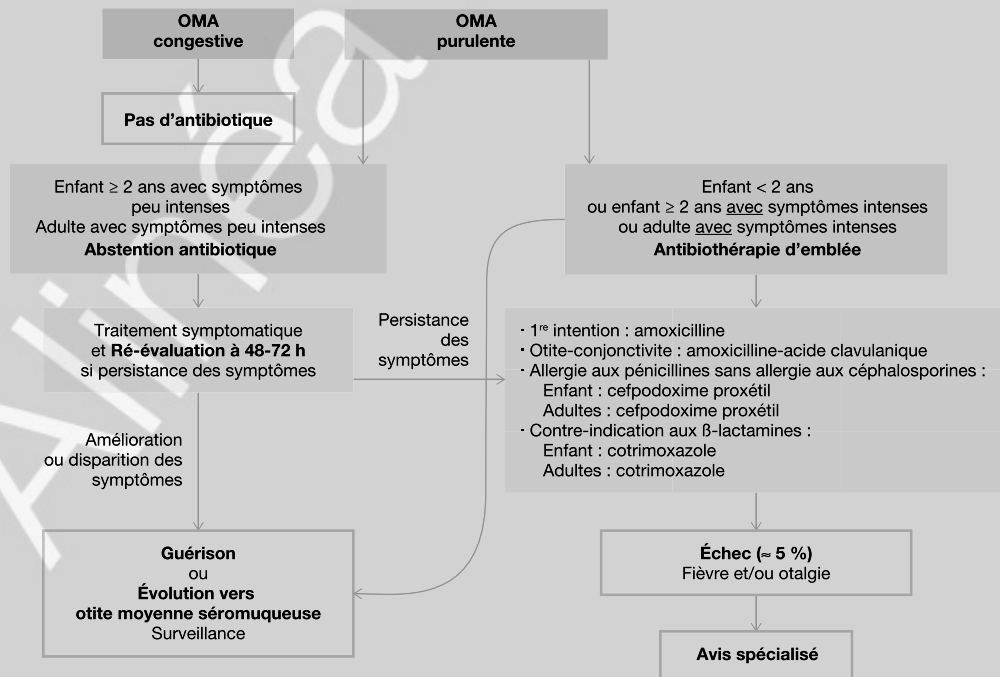
- Pas de traitement antibiotique. Evolution spontanément favorable.
- Le patient doit être revu si les signes persistent au-delà du 3^e jour.

OMA purulente

- Enfant \leq 2 ans : antibiothérapie recommandée d'emblée.
- Enfant $>$ 2 ans et adulte :
 - antibiothérapie uniquement en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense) ;
 - abstention en première intention possible si patient paucisymptomatique, mais avec réévaluation de la situation à 48-72 heures en cas de symptômes persistants sous traitement symptomatique.

Modalités du traitement antibiotique dans les OMA purulentes (F-150-2)*Antibiothérapie probabiliste*Les 2 bactéries à prendre en compte sont *S. pneumoniae* et *H. influenzae*.

- **Antibiothérapie probabiliste de 1^{re} intention des OMA purulentes**
 - Amoxicilline *per os*

A**F-150-2 : Stratégie initiale de traitement antibiotique de l'otite moyenne aiguë et de l'otite sérumuqueuse chez l'enfant de plus de 3 mois et chez l'adulte**

- En cas de syndrome otite-conjonctivite, amoxicilline-acide clavulanique *per os* à la place d'amoxicilline (suspicion d'infection à *H. influenzae*)

- **En cas d'évolution clinique favorable, le contrôle systématique des tympans en fin de traitement n'est pas nécessaire.**
- **Revoir le patient à 48 h-72 h après le début du traitement si les signes généraux et fonctionnels persistent, afin de dépister un échec du traitement** (échec de la première antibiothérapie dans environ 5 % des cas).

Durée de traitement par amoxicilline :

- Enfant < 2 ans : 10 jours.
- Enfant ≥ 2 ans et adultes : 5 jours.

Traitements associés

Antalgiques et antipyrétiques

- Le paracétamol est l'antalgique et l'antipyrétique de référence.

Traitement local

- Traitement symptomatique d'une éventuelle rhinopharyngite associée : faire moucher spontanément ou mouche bébé, nettoyer 5 à 6 fois par jour les fosses nasales avec du sérum physiologique.

Traitements contre-indiqués ou non indiqués

- AINS
- Corticoïdes
- Antibiotiques locaux auriculaires

A

3 Otite externe

1. L'OTITE EXTERNE BÉNIGNE

Définition

- Inflammation du conduit auditif externe (CAE).
- Favorisée par la macération, et donc la chaleur et l'humidité (baignades, appareil auditif...).
- Plus fréquente si dermatose pré-existante (eczéma...).
- Épidémiologie microbienne : *S. aureus* et *P. aeruginosa*.

Diagnostic

- Atteinte unilatérale ou bilatérale.
- Apyrexie.
- Douleurs violentes, pulsatiles, parfois insomniantes, augmentées par la mastication, la pression du tragus et la mobilisation du pavillon de l'oreille.
- Otorrhée purulente.
- Otoscopie : conduit auditif externe inflammatoire, œdématisé et douloureux ; quand il est visible, le tympan est normal.

Stratégie de prise en charge

- Traitement local en l'absence de perforation du tympan : nettoyage, gouttes auriculaires antiseptiques ou antibiotiques pendant 5 jours.
- Traitement symptomatique antalgique.

2. L'OTITE EXTERNE MALIGNE

Définition

- Infection grave correspondant à une extension osseuse (ostéite) vers le rocher puis la base du crâne d'une otite externe, le plus souvent à *P. aeruginosa* ou *S. aureus*.

Diagnostic

- Terrain habituellement immunodéprimé : diabète, grand âge.
- Tableau d'otite externe qui ne guérit pas sous traitement local.
- Polype du CAE évocateur du diagnostic.
- Avis ORL en urgence indispensable.

Stratégie de prise en charge : prise en charge spécialisée, car urgence diagnostique et thérapeutique.

4

Otite sérumuqueuse ou otite moyenne chronique à tympan fermé

A

1. BASES POUR COMPRENDRE

L'otite sérumuqueuse (OSM) est définie par l'existence d'une inflammation chronique, évoluant depuis plus de 3 mois, de l'oreille moyenne à tympan fermé. L'inflammation est responsable d'un épanchement non purulent au sein des cavités de l'oreille moyenne. La physiopathologie de l'OSM n'est pas clairement établie. L'OSM est provoquée par un trouble de ventilation de l'oreille moyenne, attribué généralement à un dysfonctionnement de la muqueuse et/ou de la trompe d'Eustache ou à une inflammation post-infectieuse.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

- Chez l'enfant : pathologie fréquente qui touche près de 50 % des enfants. L'âge moyen des patients est de 5 ans. L'atteinte est bilatérale dans la très grande majorité des cas.
- **Chez l'adulte, toute OSM, surtout unilatérale, doit faire rechercher une tumeur du cavum.** Mais les OSM sont plus souvent la conséquence d'une inflammation chronique de la sphère ORL (allergie, sinusite chronique...).

3. DIAGNOSTIC

- Le diagnostic repose sur l'examen clinique. Il peut être étayé par des examens complémentaires. Avis ORL recommandé.
- **L'hypoacousie** est le mode habituel de révélation. Plus rarement, des otalgies fugaces, une sensation d'oreille pleine ou de vertige.
- Signes associés :
 - Obstruction nasale, ronflements nocturnes,
 - Rhinorrhée, renflements.
- Absence de signes généraux

- Examen otoscopique : **tympan mats**, rétractés, parfois bombants ou avec un niveau liquidien (épanchement séreux rétrotympanique) et immobiles.
- Examen rhino-pharyngé : hypertrophie des végétations adénoïdes possible.
- Examens complémentaires :
 - audiométrie tonale : surdité de transmission,
 - tympanométrie (mesure de la souplesse de l'ensemble tympano-ossiculaire) : tympanogramme plat.

4. STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

- La guérison spontanée est la règle.
- Le traitement associe selon les cas
 - Les corticoïdes en cure courte.
 - Des lavages des fosses nasales au sérum physiologique pour restaurer la perméabilité des voies aériennes supérieures.
 - L'ablation des végétations adénoïdes en cas d'obstruction nasale chronique.
 - La pose d'aérateurs trans-tympaniques pour restaurer l'équilibre pressionnel de part et d'autre du tympan et pour ventiler l'oreille moyenne.
- **Pas de traitement antibiotique**
- Bilan orthophonique pour rechercher un retard d'acquisition du langage (secondaire à l'hypoacousie) chez l'enfant.