

LES OTITES

(externe - aigue - chronique simple)

Pr .F BELBEKRI.

OTITE EXTERNE

Définition

C'est l'inflammation du conduit auditif externe Cette inflammation peut, si elle est négligée, se transformer en infection.

souvent due à l'emploi intempestif d'objets divers, soit pour se gratter l'intérieur du conduit en cas de démangeaison, soit pour se nettoyer ce conduit. Une autre cause très fréquente est la stagnation d'eau à l'intérieur du conduit après une baignade où le nageur a mis sa tête sous l'eau. Certes, une eau polluée est plus dangereuse mais même l'eau de piscine javellisée peut provoquer cette infection.

Clinique

La baisse de l'audition est constante; elle est due au fait que l'inflammation détermine un oedème de la paroi qui peut obturer complètement le conduit auditif. Si un traitement n'est pas entrepris, l'infection peut se déclarer, avec température qui peut monter à 40°, douleur très violente irradiant en avant ou en arrière du pavillon de l'oreille. Une otorrhée (écoulement de liquide séreux puis mucopurulent) peut se déclarer.

Etiologies

Germes en cause L'otite externe une infection commune de la partie cartilagineuse du conduit auditif externe (CAE). Le CAE est un tube revêtu de peau dont le tiers extérieur est cartilagineux et les deux tiers intérieurs, osseux. Dans la partie osseuse, la peau est mince, sensible aux palpations et facilement traumatisée. Le CAE protège la membrane tympanique et joue un petit rôle dans l'amplification des sons. Les pathogènes qu'on trouve fréquemment dans l'oreille sont: *Pseudomonas aeruginosa* *Haemophilus influenzae* *Streptococcus pneumoniae* *Proteus mirabilis* *Staphylococcus aureus* *Enterobacteriaceae* *Moraxella catarrhalis*

Personnes à risque

Ce sont les personnes exposées à une température et à une humidité élevées qui sont plus susceptibles d'otite externe (otite des piscines). Le nombre des cas d'otite externe atteint un maximum durant les mois d'été, du fait des activités aquatiques intenses. La peau du conduit peut être lésée par l'exposition répétée à l'eau (comme c'est le cas pour les baigneurs), par le nettoyage ou le grattage de l'oreille avec un objet dur éraflant la peau et par le contact avec des irritants chimiques comme les laques et les colorants à cheveux. Comme le suggère son surnom, otite des piscines, les baigneurs sont particulièrement affectés par l'otite externe. Enfin, il y a un risque particulier d'infection si la peau du conduit auditif est lésée, par exemple en cas d'allergie, de psoriasis, d'eczéma ou de dermatite. Les dermatites du conduit auditif sont de plus en plus reconnues comme des agents de l'otite externe

Cas particulier :

Otite externe maligne ou nécrosante

Bien plus grave, l'otite externe maligne survient essentiellement chez le diabétique mal équilibré, âgé, après une petite plaie du conduit auditif (nettoyage agressif des oreilles, ablation d'un bouchon de cérumen). Il se développe une infection à *Pseudomonas aeruginosa* (ou bacille pyocyanique) initialement limitée aux tissus sous-cutanés, et s'étendant rapidement au cartilage, à l'os, puis aux méninges et au cerveau. Le pronostic est médiocre (la mortalité peut atteindre 20 %), le traitement repose sur une triple antibiothérapie intraveineuse et sur la correction du déséquilibre glycémique.

Complications:

Une complication peut parfois se manifester : la mastoïdite, qui est l'infection de la mastoïde (os derrière l'oreille), encore qu'elle soit plus fréquente après une otite moyenne (caisse du tympan) qu'après cette otite externe. Cependant chez les diabétiques et les immuno-déprimés, le traumatisme du revêtement épithélial du conduit auditif externe qui est très fragile peut entraîner une infection du tissu sous-cutané et aboutir à une otite externe invasive. L'infection peut gagner les cartilages, les vaisseaux sanguins, voir l'os ce qui détermine une ostéomyélite de l'os temporal ou des os de la base du crâne. Une méningite peut alors se déclarer.

Traitement

il consiste en des lavages doux à la poire en prenant soin de réaspirer l'eau du traitement qui peut être additionnée d'un antiseptique (mercryl, par exemple). L'aspiration doit être minutieuse pour permettre ensuite au traitement local antibiotique et anti-inflammatoire de pouvoir agir. On pourra instiller, selon l'avis du médecin, de l'antibiosynalar, du polydexa, etc... Si le conduit n'est pas totalement obturé, l'application de crème antibiotique et anti-inflammatoire peut être très efficace (betneval neomycine crème, par exemple). Dans certains cas, où les signes généraux sont intenses (Température à 40°) un traitement antibiotique et anti-inflammatoire par voie générale sera indispensable selon l'avis médical. Dans tous les cas, des antalgiques seront prescrits pour atténuer la douleur qui est souvent intense.

Prévention:

Il ne faut jamais se gratter le conduit auditif avec une allumette ou un corps étranger quelconque. L'oreille doit être nettoyée par un petit lavage à la poire. L'emploi de coton tige peut être autorisé si son emploi est doux. Pour les personnes sensibles, il ne faut pas mettre la tête sous l'eau lors de baignade. Si de l'eau a pénétré par inadvertance dans le conduit auditif malgré les précautions, il faut essayer de la faire sortir le plus vite possible et de bien sécher le conduit auditif. Il faut savoir que lorsqu'on a présenté une otite externe après un bain de rivière ou de mer, la pénétration dans l'oreille lors d'un bain ultérieur déclenche très souvent la même pathologie. Il faut donc être très précautionneux pour éviter cela. Il se vend actuellement en pharmacie des obturateurs relativement efficaces qui peuvent être mis en place avant la baignade.

L'OTITE MOYENNE AIGUË

Définition

très fréquente chez l'enfant, se définit comme une inflammation aiguë de l'oreille moyenne. L'OMA purulente, rare chez l'adulte, est définie par l'existence d'un épanchement purulent ou muco-purulent dans la caisse du tympan.

Epidémiologie bactérienne

chez l'enfant de plus de 3 mois sont :

Le pneumocoque : 25 à 40%

L'hémophilus influenzae : 30 à 40%

Branhamella catarrhalis•

Streptococcus pyogènes du groupe A et Staphylococcus : rôle mineur

Chez l'adulte, le pneumocoque et l'hémophilus influenzae ont principalement en cause.

Diagnostic

Le diagnostic de l'otite moyenne aiguë se fait cliniquement, par l'otoscopie et le répertoire des signes inflammatoires locaux et généraux d'installation récente. L'otalgie et la fièvre sont les 2 signes les plus classiques mais sont inconstants. D'autres symptômes peuvent s'y associer, nécessitant un examen otoscopique : Hypoacousie, irritabilité, pleurs, insomnie (équivalents de l'otalgie). Asthénie, anorexie, rhinorrhée, toux, vomissements, diarrhées sont liés à l'infection virale déclenchante. Conjonctivite purulente : traduit une autre localisation infectieuse.

Evolution

La guérison spontanée de l'otite moyenne sans antibiotique est la règle pour la majorité des cas..

rare danger de ses complications tardives ou d'autre part des complications aiguës, la mastoïdite avec abcès sous-périoste.

il persiste fréquemment, après guérison de l'otite moyenne aiguë, un épanchement tympanique. Celui-ci persiste indépendamment du traitement antibiotique préalable, même après la régression des signes inflammatoires, pendant des semaines

Les enfants qui présentent plus de 4 épisodes d'otites moyennes aiguës par année ou plus de 3 otites moyennes aiguës durant les derniers mois sont désignés comme "**OMA récidivante**".- Pour ces enfants, **les facteurs de risque** sont parmi d'autres la crèche, les familles nombreuses, le tabagisme passif et la présence d'une fente labio-maxillo-palatine.

Traitement:

De première intention de l'otite moyenne aiguë se fait, sauf exception, par analgésie,

un premier contrôle est réalisé dans les 24 à 48 heures. La réévaluation après 24 à 48 heures a pour but de dépister les otites à décours plus graves.

La cible principale de l'antibiothérapie est le pneumocoque : l'antibiotique de premier choix est l'amoxicilline. La durée du traitement antibiotique est de 5 jours,

sauf chez les enfants de moins de 2 ans, ou lors d'une perforation tympanique, ou chez les malades présentant des otites moyennes aiguës récidivantes. L'épanchement tympanique doit être suivi jusqu'à sa disparition. La prise en charge par analgésie en première intention est la règle pour la grande majorité des otites moyennes aiguës à décours non compliqué.

Les situations à risque, les décours plus graves et les échecs thérapeutiques doivent être dépistés, pris au sérieux, traités et contrôlés.

Place de la paracentèse

Elle est rarement indiquée et doit s'accompagner chaque fois qu'elle est pratiquée d'un prélèvement bactériologique. Elle doit être pratiquée : Fréquemment chez l'enfant de - de 3 mois Chez l'enfant hyperalgique lorsque le tympan est fortement bombé En cas d'échec du traitement antibiotique.

L'OTITE MOYENNE CHRONIQUE SIMPLE

Définition

C'est une entité anatomo-clinique caractérisée par une inflammation chronique du revêtement muqueux des cavités de l'oreille moyenne prédominant au niveau de la caisse du tympan, se prolongeant au-delà de 03 mois.

Etio-pathogénie: Les conditions régionales

Végétations adénoïdes

Rhinopharyngites à répétition Sinusite Déviation de la cloison nasale Les conditions générales Terrain immunodéprimé Allergie. B) affection auto-entretenu : du fait des lésions fragiles qu'elle laisse après stabilisation.

Clinique:

les signes fonctionnels

L'otorrhée : mucopurulente, généralement inodore. La quantité et la qualité sont variables en fonction du degré de l'inflammation. L'hypoacousie : il s'agit d'une surdité de transmission L'otalgie : absente sauf dans les poussées de réchauffement.

L'examen physique

1 -L'otoscopie : après nettoyage du conduit auditif externe et sous microscope, elle permet d'apprécier : L'état du conduit auditif externe : peut être le siège de lésions dermatologiques (dermite) Le tympan : est le siège d'une perforation qui n'est jamais marginale. Cette perforation peut être : ovalaire, antéro-inférieure juxta-ombilicale réniforme, paracentrale juxta-martellaire sous-ligamentaire postérieure destruction totale ou subtotale du tympan

2- la manœuvre de Valsalva

Elle permet d'apprécier la perméabilité de la trompe auditive.3- L'acoumétrieRetrouve une surdité de transmission avec un Rinne négatif et un Weber latéralisé du côté atteint.

Les examens para-cliniques

1- BactériologieLe prélèvement de l'otorrhée pour étude bactériologique avec antibiogramme sera demandé en cas de situation rebelle aux traitements antérieurs.

2- AudiométrieMontre le type de surdité et le degré de la perte auditive (25 dB si perforation seule ; 30 dB si perforation + atteinte de la chaîne ossiculaire).

3- ImagerieUne Rx Schuller(remplacée par la TDM) va montrer l'aspect de mastoïde éburnée.

Evolution

Grâce aux traitements antibiotiques, traitement locaux et régionaux, 75% des OMCS évoluent vers la stabilisation ou vers un état séquellaireL'OMCS dont les lésions sont limitées au mucopérioste de l'oreille moyenne donne exceptionnellement des complications encéphale-méningées.

Traitement

Buts

Guérir et tarir l'otorrhée chronique : assécher l'oreille.

Préserver l'audition.

Eviter et traiter les épisodes de réchauffement et éviter les complications

Moyens

1- Médicaux

Antibiotiques par voie générale Corticoïdes locauxAntiseptiques locaux

2- Chirurgicaux

Mise en état des voies aériennes supérieures :Chez l'enfant : adénoïdectomie, amygdalectomieChez l'adulte : correction d'une déviation de la cloison nasale

Si l'otorrhée persiste : mastoïdectomieSi l'OMCS est sèche pendant plus de 6 mois, fermeture de la perforation par myringoplastie