

OTITE MOYENNE AIGUE

Objectifs :

- Expliquer les principales causes d'otalgie chez l'adulte et l'enfant.
- Savoir diagnostiquer une otite moyenne aiguë, une otite externe, une otite séro-muqueuse et leurs complications.
- Apprécier les signes de gravité de l'otite moyenne chronique de l'adulte.
- Argumenter les principes de traitement des otites aiguës et la prise en charge des otites récidivantes.

Il s'agit d'une inflammation aiguë d'origine infectieuse des cavités de l'oreille moyenne

I- Epidémiologie

Les OMA touchent essentiellement l'enfant avec un maximum de fréquence entre 6 et 24 mois.

Cette fréquence est due à plusieurs facteurs :

- les infections des voies aériennes supérieures en particulier les rhinopharyngites qui sont très fréquentes à cet âge et se propagent par la trompe d'Eustache qui est particulièrement courte et béante

- l'abondance du tissu lymphoïde au niveau du cavum qui joue le rôle d'un foyer obstructif et inflammatoire.

Les OMA surviennent plus fréquemment en hiver.

II- Bactériologie

Une infection virale du rhinopharynx est généralement la cause déclenchante de l'atteinte de la muqueuse de la caisse du tympan donnant une OMA congestive. Ainsi, de nombreuses OMA sont d'origine virales mais la surinfection bactérienne est retrouvée dans 60 à 70% des cas.

Les OMA sont le plus souvent mono-bactériennes.

Leur bactériologie est en constante évolution. Actuellement les germes les plus fréquents sont, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, et

Branhamella catarrhalis. Ces germes posent un problème de résistance croissante aux antibiotiques.

- **Haemophilus influenzae** : c'est le germe le plus fréquent (40%). Il est résistant à l'ampicilline par production de bêtalactamase.

- **Streptococcus pneumoniae** : selon les références entre 50 et 70% des souches seraient de sensibilité diminuée aux bêtalactamines et entre 40 et 50% seraient résistantes. 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 18 mois...

- **Branhamella catarrhalis** : plus de 90% des souches sont résistantes à l'amoxicilline par production de bêtalactamase.

Chez l'enfant de moins de 3 mois, le *Staphylococcus aureus* et le *Pseudomonas aeruginosa* peuvent être retrouvés.

III- Diagnostic

-1- Signes d'appel

Il peut s'agir d'une **otalgie**, d'une **otorrhée purulente**, d'un enfant grognon qui se touche l'oreille. Il peut s'agir aussi de **signes généraux** : fièvre, troubles digestifs, troubles du comportement ou du sommeil. Plus rarement l'OMA est découverte à l'occasion de complications : convulsion hyperthermique, paralysie faciale, vertige, méningite.

Le tableau le plus fréquemment rencontré est celui d'une otalgie fébrile.

-2- L'otoscopie

Elle doit être systématique car l'OMA peut aussi être de découverte fortuite. L'examen doit être bilatéral.

L'otoscopie peut montrer l'un des 3 stades successifs de l'OMA :

- **OMA congestive** : le tympan est rouge vif ou rosé avec disparition du triangle lumineux mais les reliefs ossiculaires sont respectés

- **OMA suppurée ou collectée** : le tympan est bombant avec disparition des reliefs ossiculaires

- **OMA perforé** : le tympan est rouge et perforé avec une otorrhée purulente

L'examen doit aussi rechercher une rhinopharyngite associée et des signes pouvant faire évoquer une complication : paralysie faciale, mastoïdite, méningite...

Un aspect otoscopique tympanique évocateur d'une OMA en l'absence de signes fonctionnels ou généraux ne doit pas faire porter le diagnostic d'OMA purulente mais celui d'otite séromuqueuse.

-3- Formes cliniques

- **selon l'âge** : l'OMA est souvent bilatérale et ne se traduit que par une atteinte de l'état général chez le nourrisson

- **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, une OMA peu purulente et une conjonctivite associée.

- **l'OMA récidivante** : elle doit faire rechercher des facteurs favorisants : tabagisme passif, crèche, carence martiale, reflux gastro-oesophagien, allergie, fente vélo-palatine, immunodépression... La prévention des récurrences est alors primordiale par éradication de ces facteurs.

IV- Evolution des OMA

Les études cliniques de prescription d'antibiotiques versus placebo montrent que la majorité des OMA purulentes guérit spontanément. Plusieurs facteurs semblent intervenir dans la guérison spontanée des OMA purulentes : l'âge des patients (plus le patient est âgé plus le pourcentage de guérison spontanée est élevé), la symptomatologie clinique (les otites fébriles, douloureuses et avec otorrhée ont une évolution moins favorable) et le germe en cause (attention aux otites à pneumocoque et à streptocoque du groupe A).

En pratique, une abstention de prescription d'antibiotiques est possible chez les patients âgés de plus de 2 ans avec une réévaluation clinique obligatoire à 48 h.

L'évolution spontanée suit les trois stades classiques et la guérison peut se faire sans ou avec séquelle (perforation résiduelle, OSM).

Dans tous les cas, il existe des critères de guérison qui doivent être vérifiés : disparition des signes généraux, disparition de la douleur, absence d'otorrhée, otoscopie normale (la persistance d'un épanchement rétrotympanique peut se prolonger pendant 3 semaines sans que ce soit pathologique) et audition normale.

V- Complications des OMA

-1- La mastoïdite

Il s'agit d'une infection des cavités mastoïdiennes avec ostéïte.

- **mastoïdite aiguë** : le tableau habituel est celui d'une OMA qui s'aggrave. L'inspection retrouve un œdème 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. L'extériorisation rétro-auriculaire est la plus fréquente mais elle peut être temporo-zygomatique ou cervicale (mastoïdite de Bézold).

Devant ce tableau, l'hospitalisation s'impose pour un traitement antibiotique adapté par voie veineuse et surveillance.

Dans tous les cas il faut pratiquer un prélèvement local pour examen bactériologique.

Le scanner des rochers et cérébral peut être indiqué pour rechercher des complications intra-craniennes.

La chirurgie (mastoïdectomie) peut être indiquée devant l'absence d'amélioration sous antibiotiques ou d'emblée en cas de complications ou d'abcès sous périosté.

- **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 disparus. L'hospitalisation est conseillée pour bilan et traitement parentéral.

Le prélèvement local est systématique. Le traitement antibiotique doit être adapté au résultat bactériologique et doit être local et général.

Le scanner des rochers recherchera un cholestéatome sous jacent.

En cas d'absence d'amélioration malgré un traitement adapté ou devant une récurrence des symptômes précoce à l'arrêt du traitement, on peut envisager un traitement chirurgical par mastoïdectomie.

-2- La labyrinthite otitique

Elle est le plus souvent séreuse et exceptionnellement suppurée.

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 associé aux antibiotiques des vasodilatateurs.

-3- La paralysie faciale

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.

-4- Complications endocrâniennes

Il peut s'agir de méningite, d'abcès cérébelleux ou cérébral ou de thrombophlébite du sinus latéral.

-5- Séquelles

L'OMA peut évoluer vers l'otite chronique . Une perforation tympanique peut persister.

VI- Diagnostic différentiel

- **Otite séreuse** : l'épanchement rétro-tympanique est chronique sans signes d'infection aiguë
- **Otite phlycténulaire** : l'otalgie est particulièrement vive et/ou l'otorrhée peut être sérosanglante claire ou louche. L'examen otoscopique retrouve des bulles sur le tympan.
- **Otite externe** : le conduit auditif externe est inflammatoire et l'otalgie est exacerbée par la mobilisation du pavillon. L'otorrhée est quasi-constante.

VII- Traitement

Le traitement repose sur l'antibiothérapie.

La surinfection bactérienne est impliquée dans 60 à 70% des cas, cependant la guérison spontanée survient dans environ 80%. Le risque de complications infectieuses graves (bactériémie, méningite, mastoïdite) est plus important avant l'âge de 2 ans.

Otite purulente (otalgie, hypoacousie, fièvre, inflammation tympanique avec épanchement rétro-tympanique extériorisé ou non).

- Après 2 ans : l'antibiothérapie n'est pas systématiquement recommandée, sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée,otalgie intense). Le choix de l'abstention doit s'accompagner d'une réévaluation de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique.

- Avant 2 ans : l'antibiothérapie est recommandée d'emblée :
 - en première intention : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline), céfuroxime-axétil, cefpodoxime-proxétil,
 - si allergie aux pénicillines
sans contre-indication aux céphalosporines : cefpodoxime-proxétil, céfuroxime-axétil,
 - si contre-indication aux bêta-lactamines : érythromycine-sulfafurazole (enfant de moins de 6 ans), pristinamycine (enfant de plus de 6 ans).
- Le recours à la ceftriaxone en IM doit rester très exceptionnel et se conformer au libellé d'AMM.
- La durée de l'antibiothérapie est généralement de 8 à 10 jours avant 2 ans et de 5 jours après cet âge.

Otite congestive (congestion, avec reliefs normaux sans bombement, observée au début d'une rhinopharyngite)

L'antibiothérapie n'est pas recommandée. L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au delà du 3ème jour.

Otite séromuqueuse (épanchement rétrotympanique sans inflammation ni otalgie, ni signes généraux)

L'antibiothérapie n'est pas recommandée, sauf en cas de persistance des symptômes au delà de 3 mois, après avis spécialisé.

Tympan mal ou non vus

L'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle.

- Avant 2 ans : la visualisation des tympanes est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé,
- Après 2 ans : en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable.

Le traitement antalgique est indispensable de même que les antipyrétiques. L'efficacité des anti-inflammatoires stéroïdiens ou non n'a jamais été démontrée.

Chez l'enfant la désinfection rhinopharyngée doit être associée au traitement.

La paracentèse : elle consiste en la réalisation d'une incision dans le quadrant antéro-inférieur du tympan pour évacuer la collection et faire un prélèvement en vue d'une analyse bactériologique.

*Son indication peut être **symptomatique** :

- persistance de la fièvre
- OMA hyperalgique ne répondant pas aux antalgiques

*Son indication peut être **bactériologique** :

- OMA compliquée
- échec de l'antibiothérapie
- âge < 3 mois
- terrain immunodéprimé

ASPECT OTOSCOPIQUE DES OTITES MOYENNES AIGUES



Otite moyenne aiguë collectée

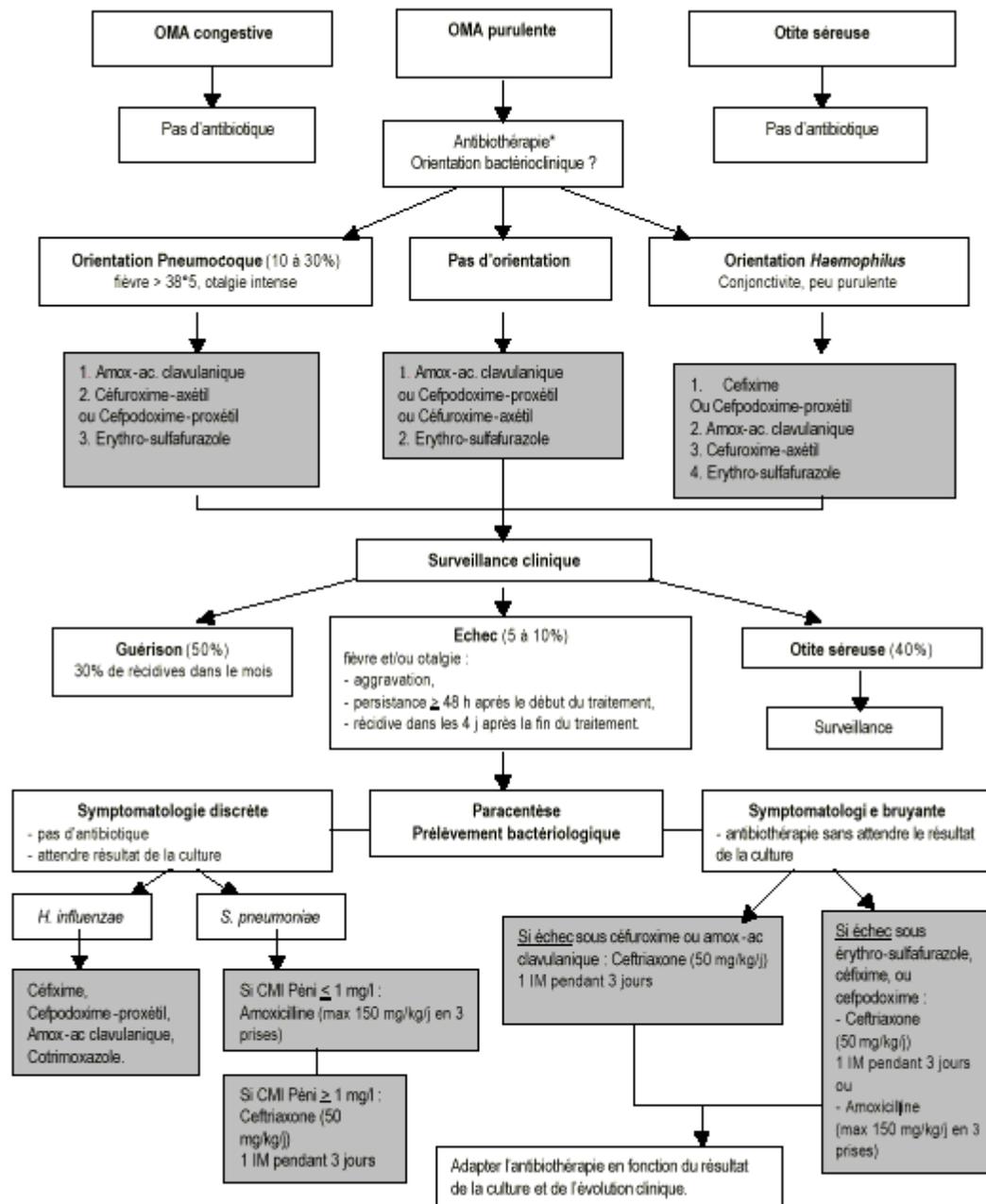


Otite moyenne aiguë perforée



Otite phlycténulaire

FIGURE 1 : Traitement antibiotique de l'otite moyenne aiguë



*Le choix de l'abstention d'une antibiothérapie chez l'enfant de plus de 2 ans est possible mais doit s'accompagner d'une réévaluation à 48-72 heures.

** L'association érythromycine-sulfafurazole est une alternative en cas d'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines.