



Organe officiel de la
Société française de pédiatrie
et de l'Association des
Pédiatres de langue française



ORL Pédiatrique

LES OTITES AIGUËS DE L'ENFANT

Otite est un terme trompeur qui ne préjuge en rien de la partie de l'oreille concernée (oreille externe, moyenne ou interne), ni de la pathogénie de l'affection (inflammatoire, infectieuse, pressionnelle...).

Le diagnostic est uniquement clinique, basé sur l'otoscopie et l'existence ou non de signes généraux.

La prise en charge des otites a récemment fait l'objet de recommandations qui clarifient les indications des traitements médicamenteux et précisent la place des gouttes auriculaires et des antibiotiques par voie générale.



Otitis externes

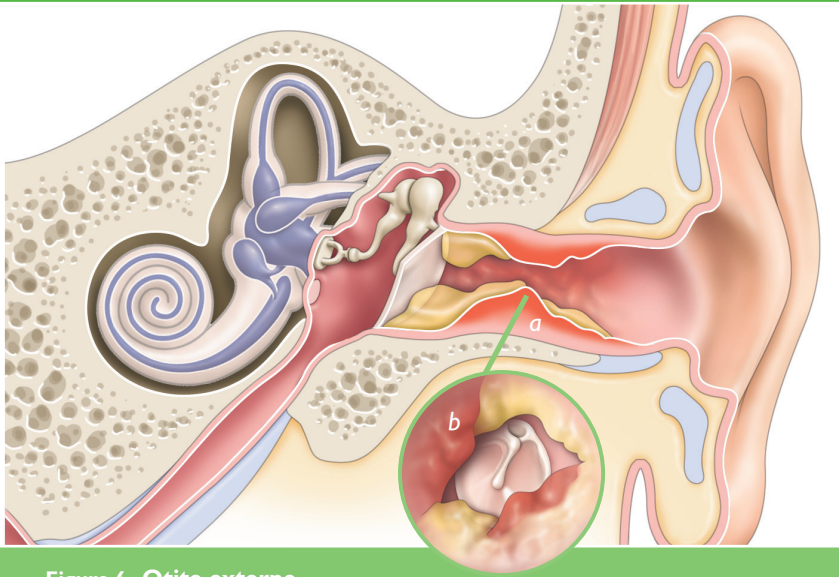


Figure 6. Otitis externe.

(a) La peau du conduit auditif externe est hyperhémée et œdématisée.
(b) Le spéculum est au niveau du méat auditif (on voit quelques poils), le revêtement du conduit auditif externe est œdématisé, inflammatoire (le patient a mal alors qu'une otoscopie est normalement parfaitement indolore) et recouvert de sécrétions purulentes.

L'otite externe est une pathologie inflammatoire du revêtement cutané du conduit auditif externe (CAE). Elle est d'origine bactérienne dans plus de 95 % des cas (essentiellement pyocyanique et staphylocoque), mais elle peut être fongique ou allergique [11].

Épidémiologie

Les otites externes sont extrêmement fréquentes [12]. Elles surviennent surtout l'été et sont favorisées par tout ce qui peut altérer le film lipidique protecteur de la peau : les excoriations provoquées par un grattage, les bains prolongés, l'utilisation excessive de détergents, la macération due au port prolongé d'embouts auriculaires.

Diagnostic

Le diagnostic est purement clinique [13]. Le motif de consultation est toujours l'otalgie irradiant vers le fond de l'oreille, la tempe et la mandibule. La douleur est souvent très intense [11,13], et même insomnante. Elle est exacerbée par tout attouchement du pavillon de l'oreille et plus particulièrement du tragus. L'interrogatoire peut retrouver une hypo-acousie et des acouphènes lorsque le CAE est complètement sténosé.

Le CAE est hyperhémé et œdématisé (fig. 6a), et surtout très douloureux. Puis il peut se recouvrir de sécrétions purulentes (fig. 6b). Une masse humide, type papier buvard, jaunâtre ou noirâtre est en faveur d'une otomyxose. Le tympan, lorsqu'il est encore visible, est hyperhémé et macéré.

Traitement

L'otite externe simple se traite par l'association de gouttes auriculaires et d'antalgiques *per os* (si le paracétamol est insuffisant, il faut donner de la codéine) [6,9,14].

Les gouttes auriculaires ont pour fonction de calmer la douleur, diminuer l'inflammation et traiter l'infection bactérienne. Si on a la certitude que le tympan est fermé (visible à l'otoscopie, ou pas d'antécédent d'otorrhée), alors tous les topiques locaux contenant antibiotiques et corticoïdes peuvent être utilisés [6,9]. Si le tympan est ouvert, les aminosides sont contre-indiqués (ototoxicité) [13].

Les gouttes doivent être appliquées pendant 7 à 10 jours. Il est conseillé pour les 2-3 premiers jours de mettre en place dans le CAE un pansement expansible qui permettra aux gouttes auriculaires de rester bien au contact du revêtement cutané (fig. 7a et b).

En cas d'otomyxose, le traitement de choix est un traitement local contenant des antibiotiques et des antifongiques [6]. L'infection mycosique et la surinfection bactérienne seront ainsi bien traitées.

Prévention

Les patients doivent être avertis du danger du grattage et des nettoyages abusifs du CAE. Le prurit peut être soulagé efficacement par des topiques locaux [11]. On peut conseiller aussi l'assèchement du CAE après les baignades (sèche-cheveux) ou l'instillation de quelques gouttes d'alcool à 60° [13]. En revanche il ne faut pas proposer à titre préventif de gouttes auriculaires contenant des antibiotiques du fait du risque de sélection des germes.

Figure 7. Traitement de l'otite externe.

(a) Tampon expansible lors de son insertion dans le conduit auditif externe.

(b) La mousse s'est dilatée après instillation des gouttes auriculaires.



a
b

Otites moyennes aiguës

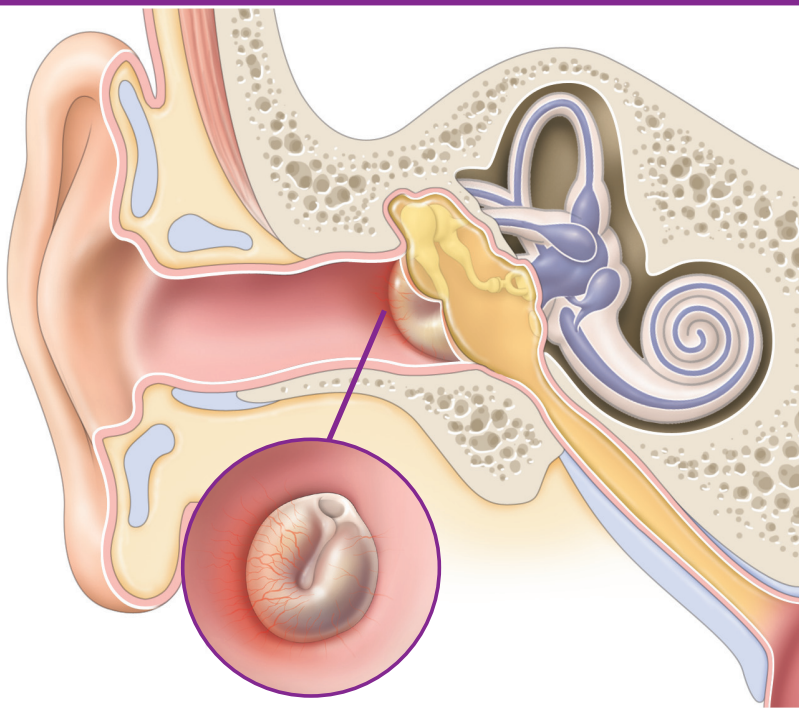


Figure 1. Otite moyenne aiguë.
Inflammation de la muqueuse.

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne sans épanchement (otite congestive) ou avec un épanchement purulent dans la caisse du tympan (OMA purulente collectée ou perforée) ^[1] (fig. 1).

Épidémiologie

Les otites moyennes aiguës sont très fréquentes chez les enfants entre 3 mois et 6 ans, immunocompétents (environ 3 millions de cas par an en France, surtout chez les enfants en collectivité). À la différence des otites externes, elles surviennent essentiellement pendant la saison froide et sont rares l'été.

Microbiologie

Les otites peuvent être initiées par une infection virale (otite congestive), mais au stade d'OMA purulente (collectée ou perforée) elles sont dues à une surinfection bactérienne. Les bactéries qui infectent l'oreille moyenne viennent du pharynx de l'enfant qui s'infecte donc avec ses propres germes. Trois germes prédominent ^[2] : *Streptococcus pneumoniae* (40 %) (souvent enfants très algiques et très fébriles) éventuellement résistant à la pénicilline, *Haemophilus influenzae* non typable (donc non couvert par le vaccin anti-Hi) (35 %) (éventuellement sécréteur de bêta-lactamase) (y penser si l'enfant est peu fébrile et peu algique, surtout s'il a une conjonctivite purulente), et *Moraxella catarrhalis* (10 %).

Diagnostic

Le diagnostic est purement clinique, basé sur des modifications de la membrane tympanique associées à des signes ou symptômes locaux ou généraux d'infection aiguë dont notamment l'otalgie et la fièvre ^[2].

L'otoscopie est donc une étape essentielle du diagnostic ^[3].

- **En cas d'otite congestive**, le tympan, normalement translucide et grisâtre (fig. 2) apparaît rouge (avec un système grossissant, on se rend compte que cette rougeur est due à la dilatation des vaisseaux dans la membrane tympanique (fig. 3), mais reste translucide. Celui-ci est mobile lorsqu'on fait varier la pression de l'air dans le conduit auditif externe (otoscopie pneumatique).
- **En cas d'OMA purulente collectée**, le tympan n'a plus de triangle lumineux, il est opaque, bombé principalement dans le quadrant postéro-supérieur, inflammatoire (fig. 4) et ne bouge pas lorsqu'on insuffle de l'air dans le conduit auditif externe (otoscopie pneumatique) ^[3]. Il est nécessaire que l'otalgie et/ou la fièvre soient présentes.
- **En cas d'OMA perforée** (fig. 5), du pus s'écoule dans le conduit auditif externe à partir d'une perforation punctiforme ou linéaire. L'écoulement peut être pulsatile.

Otites moyennes aiguës

Complications

La plupart des OMA ont une évolution bénigne. Certaines cependant se compliquent. Les complications les plus redoutables – mais heureusement exceptionnelles – sont les complications encéphalo-méningées : méningites bactériennes, thrombophlébites du sinus latéral, abcès cérébraux. Les complications locales sont essentiellement représentées par les paralysies faciales et les mastoïdites. Ces dernières ne nécessitent pas toujours une intervention chirurgicale et sont de plus en plus souvent traitées par antibiothérapie parentérale et paracentèse [4].

Traitement

Le traitement est maintenant bien codifié [2]. La plupart des otites moyennes aiguës peuvent guérir spontanément grâce aux moyens de défense locaux et généraux de l'enfant [5], le traitement symptomatique (antipyrétiques, antalgiques par voie générale ou par gouttes auriculaires [6]) étant là pour améliorer plus rapidement les symptômes. Quels que soient le type et le stade de l'otite, l'otalgie doit être prise en compte et soulagée [2].

- **En cas d'otite congestive**, l'antibiothérapie n'est pas systématique. L'enfant doit être revu si les symptômes persistent au-delà du 3^e jour.
- **En cas d'OMA purulente**, et bien que la majorité de ces otites guérissent spontanément, l'antibiothérapie réduit la durée et l'intensité des symptômes et augmente le pourcentage d'enfants guéris.
- Chez l'enfant de plus de 2 ans peu fébrile et peu algique, pas d'antibiotique en première intention ; cette position étant à revoir en cas de persistance des symptômes après 2 jours de traitement symptomatique.
- Si l'enfant a moins de 2 ans (mais plus de 3 mois) ou s'il a plus de deux ans et qu'il est très fébrile ou très algique, la recommandation actuelle est de prescrire une antibiothérapie [2,7] :
 - en première intention : amoxicilline 80 à 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises ;
 - mais en cas d'association OMA purulente et conjonctivite purulente : amoxicilline-acide clavulanique 100 mg/kg/j en 2 prises *per os* 80 mg/kg/j en 3 prises ;
 - en cas d'allergie aux pénicillines : cefpodoxime proxétel (une dose/poids matin et soir) ;
 - en cas d'allergie aux céphalosporines et à l'amoxicilline, cotrimoxazole ou l'association érythromycine – sulfafurazole.

Le traitement est de 8 à 10 jours avant 2 ans, et de 5 jours après 2 ans. En cas d'intolérance alimentaire : une injection de ceftriaxone IM.

Si les symptômes persistent deux jours après le début du traitement ou réapparaissent dans les 4 jours qui suivent l'arrêt du traitement, il faut réexaminer l'enfant et modifier la prise en charge, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'une mauvaise observance. La paracentèse n'est effectuée que si l'on a besoin d'identifier le germe responsable et de faire un antibiogramme, en pratique après échec de deux antibiothérapies probabilistes [2].

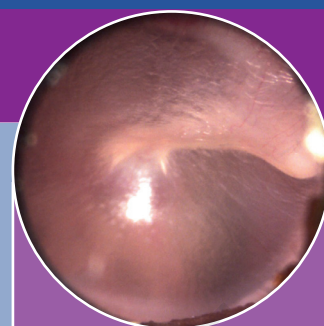


Figure 2. Tympan normal : transparent, fin, en forme de cône très aplati (ce qui explique le triangle lumineux).

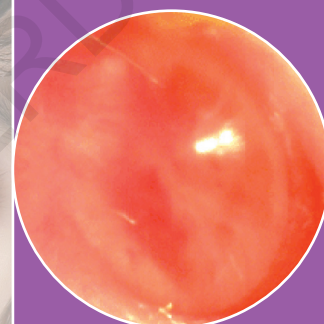


Figure 3. Otite congestive : avec un système grossissant on voit nettement la dilatation des vaisseaux de la membrane tympanique.

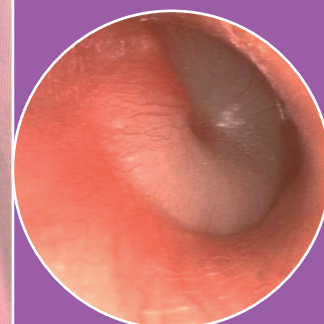


Figure 4. Otite moyenne aiguë gauche collectée : la partie postéro-supérieure du tympan est opaque et bombée.

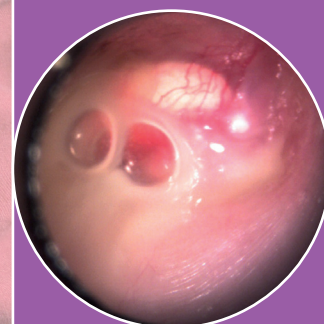


Figure 5. Otite moyenne aiguë perforée avec otorrhée purulente.

Otitis moyennes aiguës

Prévention

Les OMA sont considérées comme anormalement fréquentes à partir de 3 épisodes d'OMA collectées ou perforées en 6 mois ou 4 épisodes dans l'année [8]. L'interrogatoire (tabagisme passif, fréquentation d'une crèche), l'examen clinique (persistance d'un épanchement rétrotympanique entre les épisodes aigus, examen du cavum au fibroscope) et quelques examens complémentaires (NFS, ferritinémie, recherche d'une allergie respiratoire, éventuellement pHmétrie) permettent parfois de retrouver une cause favorisante sur laquelle il est possible d'agir pour diminuer la fréquence des OMA : supplémentation martiale, adénoïdectomie, pose d'aérateurs transtympaniques, traitement antihistaminique, anti-RGO.

Tympans mal ou non vus [2]

Des conditions d'examen difficiles ou un bouchon de cérumen, en particulier chez le nourrisson, peuvent empêcher la visualisation des tympans. Dans ce cas l'antibiothérapie ne doit pas être prescrite à l'aveugle.

En cas de difficulté pour nettoyer les conduits auditifs :

- après l'âge de 2 ans, en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable ;
- avant 2 ans, devant des symptômes pouvant évoquer une otite, la visualisation des tympans est nécessaire et le recours à l'ORL doit être envisagé.

Autres traitements [2]

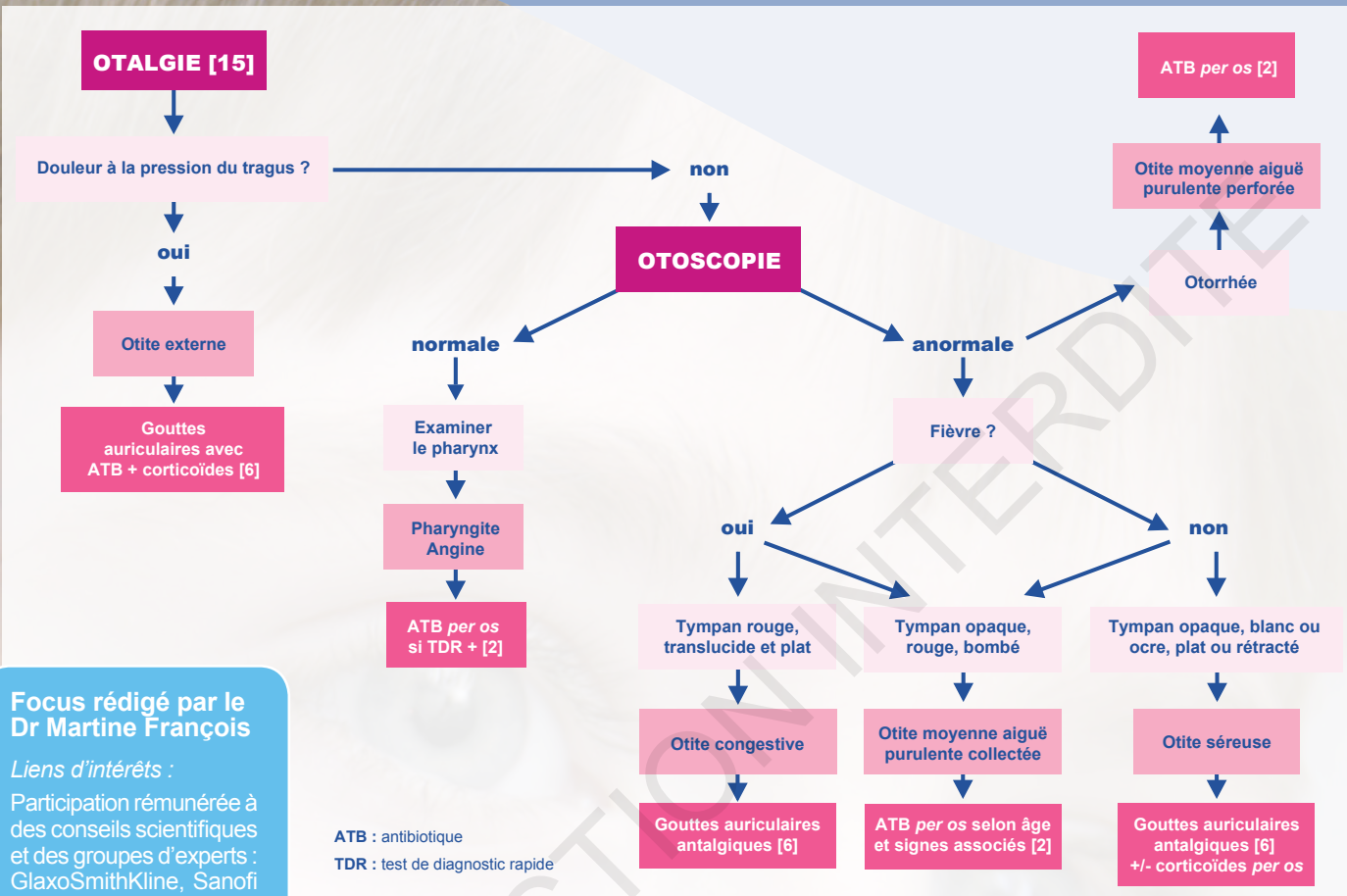
Un traitement antalgique-antipyrétique est recommandé en fonction des symptômes observés. Dans cette affection, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires et des corticoïdes n'est pas démontrée. Les gouttes auriculaires contenant des antibiotiques n'ont aucune indication dans l'OMA et sont réservées au traitement des otites externes [9].

Extraits des recommandations de bonne pratique de l'Afssaps, juin 2009 [10]

« L'intensité de la douleur de l'otite peut conduire à recommander une association d'antalgiques. Il est recommandé d'utiliser le paracétamol et l'ibuprofène. En cas de douleur sévère et persistante, on peut recommander la codéine orale à partir de l'âge d'un an (Accord professionnel).

Chez l'enfant de plus d'un an, des gouttes auriculaires contenant un anesthésique local peuvent être prescrites dans l'otite moyenne congestive, l'otite phlycténaire et l'otite barotraumatique, en l'absence de perforation tympanique ».

Arbre de prise de décision dans la prise en charge des otites de l'enfant



Focus rédigé par le Dr Martine François

Liens d'intérêts :

Participation rémunérée à des conseils scientifiques et des groupes d'experts : GlaxoSmithKline, Sanofi Aventis, Zambon

La publication de ce contenu est effectuée sous la seule responsabilité de l'éditeur et du comité de rédaction de la revue. Ce document est diffusé en tant que service d'information aux professionnels de santé grâce au soutien institutionnel de Biocodex. Le sponsor n'est pas intervenu dans la rédaction des contenus.

Coordination médicale :

Dr Catherine Romain

Chef de projet :

Benoît Sibaud
b.sibaud@elsevier.com

Crédits photographiques :

Couverture et fonds :

Fotolia.

Planches anatomiques :

Cyrille Martinet.

Photos médicales :

Drs François et Boucherat.

© Elsevier Masson SAS.

Dépôt légal : 2012.

Références bibliographiques

1. Legent F. Définition et nosologie des otites. Rev Prat (Paris) 1998;48:829-32.
2. SPILF, SPF, GPIIP. Recommandations de bonne pratique : antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Nov 2011, http://www.infovac.fr/index.php?option=com_docman&task=docview&id=925.
3. Paradise JL. On classifying otitis media as suppurative or nonsuppurative, with a suggested clinical schema. J Pediatr 1987;111:948-51.
4. Psarommatis IM, Voudouris C, Douros K, et al. Algorithmic management of pediatric acute mastoiditis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76:791-6.
5. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med 2011;364:116-26.
6. Recommandations de la Société Française d'ORL 2001. Gouttes et poudres à usage auriculaire. Accessible à partir du site de la Société Française d'ORL : <http://www.orlfrance.org>.
7. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med 2011;364:105-15.
8. Cohen R, Just J, Koskas M, et al. Infections respiratoires récurrentes : quels bilans, quels traitements ? Arch Pediatr 2005;12:183-90.
9. AFSSAPS 2004. Antibiothérapie locale en ORL. Accessible à partir du site de la Société Française d'ORL : <http://www.orlfrance.org>
10. Recommandations de bonne pratique de l'Afssaps. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Juin 2009.
11. Beers S, Abramo TJ. Otitis externa review. Pediatr Emerg Care 2004;20:249-53.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated burden of acute otitis externa. United States 2003-2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60:605-9.
13. Dubreuil C. Les otites externes de l'été. Lettre d'ORL 2005;298:5-6.
14. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database Syst Rev 2010;20:CD004740.
15. Hayden GF, Schwartz RH. Characteristics of earache among children with acute otitis media. Am J Dis Child 1985;139:721-3.