

L'OTITE EXTERNE

Pr Nouikes Zitouni .S
Service ORL, CHU Annaba
Année universitaire : 2019/2020

I. DEFINITION

L'otite externe aiguë (OEA), ou otite du nageur, est une infection auriculaire diffuse, aiguë et douloureuse qui touche la peau et le derme du conduit auditif externe. C'est une pathologie très fréquente, avec recrudescence en période estivale. liée aux baignades et aux traumatismes du conduit. Elle touche tous les âges.

II. RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

L'oreille est un appareil ayant 2 fonctions sensorielles:

- Audition: cochlée
- Équilibre: vestibule

L'information est véhiculée vers les centres nerveux par le nerf cochléo-vestibulaire: VIII paire crânienne

L'oreille est divisée en 3 parties :

- Oreille externe capte les sons : pavillon, conduit auditif externe
- Oreille moyenne amplifie les sons : tympan, osselets, caisse du tympan et la trompe d'Eustache, mastoïde
- Oreille interne décode : cochlée, vestibule

III. FACTEURS FAVORISANTS

L'infection survient lorsque l'intégrité de la barrière épithéliale de la peau du conduit auditif externe est compromise ou lorsque ses propriétés physico-chimiques sont modifiées :

- Climat chaud et humidité chronique du CAE (bains en piscine ou rivière)
Diminution de la production cérumineuse (maniaque du coton tige)
- Dermatose chronique du CAE (eczéma, psoriasis, lichen...)
- Savon, essence et détergent qui détruisent l'enduit graisseux et la couche cornée superficielle
- Le port prolongé d'embouts prothétiques
- La radiothérapie de la face et du cou

IV. MICROBIOLOGIE

L'étiologie est bactérienne dans 98 % des cas et le plus souvent attribuable à *Pseudomonas aeruginosa* et, moins fréquemment, à *Staphylococcus aureus*. La mycose est une étiologie plutôt rare.

V. CLINIQUE

L'oreille est douloureuse en particulier à la mobilisation du pavillon ou à la pression du tragus. Douleur à la mastication liée au contact du condyle mandibulaire sur la face antérieure du conduit.

Le calibre du CAE est rétréci par l'infiltration de la peau rendant l'examen otoscopique difficile voire impossible.

La rougeur cutanée intéresse le CAE et éventuellement le pavillon.

L'examen otoscopique est pauvre puisque l'introduction du spéculum est douloureuse, laissant voir un conduit auditif externe oedématié, inflammatoire, douloureux, avec des sécrétions blanchâtres qui peuvent être aspirées. Le tympan, s'il peut être vu, est subnormal.

L'otite externe peut se compliquer de périchondrite ou de chondrite, hyperalgique et insomnante,

VI. FORMES CLINIQUES

- 1. Furoncle du conduit :** infection due à *S. aureus*, atteignant un follicule pilosébacé du conduit cartilagineux, le plus souvent au niveau du tiers externe du CAE. La douleur est au premier plan et souvent le seul signe, augmentée à la mastication. À l'examen clinique on trouve : une papule, localisée, avec au sommet un point blanc jaunâtre.
- 2. Impétigo :** lié à une surinfection par un staphylocoque ou un streptocoque après grattage ou nettoyage par un objet souillé, ou en rapport avec une otorrhée chronique. Il s'observe le plus souvent chez l'enfant.
- 3. Érysipèle :** c'est une cellulite aiguë streptococcique. Cliniquement, il se manifeste par une infiltration inflammatoire du pavillon, débordant sur la région voisine, déjetant le lobule. Il s'accompagne d'une fièvre élevée, de frissons, Le traitement repose sur l'antibiothérapie par la pénicilline parentérale à doses élevées.
- 4. Myringites aiguës :**
- 5. Périchondrites du pavillon:** redoutables par leurs complications morphologiques potentielles, qui surviennent lorsque le traitement n'est pas entrepris à un stade précoce Chondrite postopératoire de l'oreille gauche (tympanoplastie par voie endaurale), nécessitant un traitement médicochirurgical urgent. Les lésions épargnent le **lobule**.
- 6. Infections fongiques :** les otomycoses se voient volontiers à la suite de traitement antibiotique local prolongé et sont dus le plus souvent à *Candida albicans* ou *Aspergillus niger*, dans ce dernier cas il faut savoir reconnaître l'aspect filamenteux et les taches noires caractéristiques de cette pathologie
- 7. Otite externe nécrosante progressive :** elle est aussi appelée otite externe maligne ou invasive. Infection grave du CAE due à *Pseudomonas aeruginosa*, le plus souvent, sur un terrain débilisé (diabétique le plus souvent). Il s'agit d'une véritable ostéite temporale nécessitant une hospitalisation en urgence. En l'absence de prise en charge adaptée, les complications encéphaliques sont au premier plan. Le traitement: repose sur une antibiothérapie entreprise

en urgence après un prélèvement pour l'examen bactériologique, ciblée contre *Pseudomonas aeruginosa*, essentiellement à base de fluoroquinolone et de céphalosporines de troisième génération.

VII. TRAITEMENT

- Supprimer les facteurs de risque.
- Soulager la douleur par des antalgiques
- Le traitement est essentiellement **local**:
 - Nettoyage par aspiration préalable.
 - Si l'on a la certitude que le tympan est fermé: gouttes auriculaires à base d'antibiotiques plus ou moins associées à des corticoïdes (7j)
 - Mise en place d'un tampon extensible (Merocel®) pendant 48 à 72 heures pour permettre un contact efficace et prolongé du produit.
 - En cas de perforation tympanique, les antibiotiques de la classe des aminosides sont contre-indiqués. Seules sont autorisées les quinolones (ofloxacine) et la rifampicine.
 - Antibiothérapie par voie systémique si cellulite du pavillon de l'oreille (périchondrites et chondrite) ou de la face et du cou, voire pour certaines immunodépressions.
 - En cas de suspicion d'otite externe d'origine mycotique, un traitement local avec un antimycotique est nécessaire.

VIII. CONCLUSION

Le diagnostic de OEA est facile reposant sur la clinique. Devant une OEA il faut savoir rechercher les facteurs favorisants. Devant toute lésion trainante de l'oreille externe chez un sujet diabétique, il faut évoquer une otite externe nécrosante progressive. Les aspirations et les lavages de l'oreille peuvent être source de traumatismes.