

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

I. DEFINITION

L'otite moyenne aiguë (O.M.A) est une inflammation aiguë d'origine infectieuse de la muqueuse de l'oreille moyenne.

II. EPIDEMIOLOGIE

L'otite moyenne aiguë est l'infection la plus fréquente au cours des premières années de vie et l'une des causes principales de prescription d'antibiotiques chez l'enfant. Avant 3 ans, plus de la moitié des enfants (de 50 à 85 %) auront eu un épisode d'OMA. Le pic de fréquence se situe entre 6 mois et 11 mois. Plusieurs facteurs interviennent :

Facteurs favorisant l'infection :

- Mode de garde (crèches...)
- Nombre de frères et sœurs
- Saison (fréquence maximale en hiver)
- Habitat : promiscuité, hygiène...

Facteurs réduisant les défenses :

- Jeune âge
- Sexe masculin
- Tabagisme passif ou autres irritants respiratoires
- Allaitement maternel de courte durée
- Déficit immunitaire

Facteurs anatomiques, physiologiques, immunitaires :

- Malformations (fente palatine...)
- Béance tubaire
- Antécédents familiaux d'otite moyenne aiguë
- Allaitement maternel de courte durée
- Allergie nasale
- Reflux gastro-œsophagien
- Utilisation de la sucette
- Infections des voies respiratoires supérieures

III. PHYSIOPATHOLOGIE

L'oreille moyenne communique avec le rhinopharynx par la trompe auditive (trompe d'Eustache). Cette dernière joue un rôle primordial dans l'infection de l'oreille moyenne. En connectant le nasopharynx à l'oreille moyenne, elle favorise la migration d'agents microbiens pathogènes vers la cavité tympanique.

L'infection virale des voies aériennes supérieures est l'initiateur de l'infection bactérienne. Elle est responsable de la congestion de la trompe et par conséquent de son dysfonctionnement. La clairance et l'équilibre pressionnel de l'oreille moyenne s'en trouvent altérés d'où le passage des germes du rhinopharynx vers l'oreille moyenne.

IV. MICROBIOLOGIE

Parmi les principaux virus, le virus respiratoire syncytial (VRS), les virus para-influenza 1, 2 et 3, les virus grippaux A et B, les adénovirus, les rhinovirus et certains entérovirus.

La surinfection bactérienne est retrouvée dans 60 à 70% des cas. Les OMA sont le plus souvent mono-bactériennes. Les germes les plus fréquents sont l'*Haemophilus influenzae* et le pneumocoque. Plus récemment le staphylococcus aureus, la moraxella catarrhalis, le streptocoque hémolytique du groupe A, les entérobactéries, les anaérobies, le pseudomonas.

V. DIAGNOSTIC

1 - Les signes d'appel : varient selon l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus le diagnostic est trompeur, car la symptomatologie est souvent non spécifique.

- 1-1 - l'otalgie : chez un enfant qui se touche l'oreille, elle est évocatrice, surtout dans le cadre d'une affection respiratoire aiguë d'installation récente. Chez le nourrisson, l'otalgie est souvent remplacée par une irritabilité et des pleurs survenant la nuit. Ce signe peut être absent dans certains cas.
- 1-2 - L'otorrhée purulente. C'est un signe également spécifique, mais qui survient généralement après quelques jours d'évolution d'une otite non traitée.
- 1-3 - L'hypoacousie : modérée.
- 1-4 - Autres signes : Fièvre, fréquente mais non constante, parfois élevée à 39-40°, trouble du sommeil et du comportement, troubles digestifs à type de vomissements et diarrhées, surtout chez le nourrisson.

2 – Examen clinique

2-1 La clé du diagnostic repose sur l'otoscopie. Elle peut montrer l'un des 3 stades successifs de l'OMA:

- Le stade congestif: le tympan est rosé ou rouge vif, non bombé avec conservation des reliefs du marteau.
- Le stade d'OMA suppurée: le tympan est violacé, bombé a
- Le stade d'OMA ouverte: le Tympan est rouge, perforé avec issue de pus

La mobilité du tympan, appréciée au spéculum pneumatique de Siegel est diminuée témoignant de la présence d'un épanchement rétro-tympanique.

L'examen de l'oreille controlatérale est systématique, l'otite est bilatérale dans 40% des cas.

2-2 Le reste de l'examen ORL et général doit être systématique à la recherche d'une cause favorisante, ou d'une éventuelle complication.

3 EVOLUTION DES OMA

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

Les études ont démontré que les symptômes d'OMA évoluent favorablement chez l'enfant sans antibiothérapie dans la majorité des cas. s. Entre le septième et le quatorzième jour, on peut avoir 70 % des enfants avec résolution complète des signes d'OMA, mise à part la

persistance d'un épanchement de l'oreille moyenne.

Plusieurs facteurs rentrent en ligne de jeu 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 (pneumocoque, 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.

VI. COMPLICATIONS DES OMA

- La mastoïdite: Il s'agit d'une infection des cavités mastoïdiennes avec ostéïte.
- La labyrinthite otitique: L'OMA est accompagnée de vertiges, de nausées et vomissement auxquels peut s'ajouter une baisse de l'audition. L'examen doit rechercher un nystagmus.
- La paralysie faciale: elle est périphérique et d'installation brutale et précoce. Son pronostic est bon.
- Complications endocrâniennes: il peut s'agir de méningite, d'abcès cérébelleux ou cérébral ou de thrombophlébite du sinus latéral.

VII. TRAITEMENT

1. Au stade d'OMA congestive :

Un traitement simple suffit sous surveillance clinique et otoscopique :

- Désobstruction des fosses nasales : sérum physiologique
- Instillations auriculaires, surtout à visée antalgique.
- Les antibiotiques locaux sont inutiles.
- Antalgiques : paracétamol : en première intention, de quatre à six prises sans dépasser 80 mg/kg/j.
- Efficacité non démontrée des anti-inflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens.

2. Au stade suppuré

- Après 2 ans : l'antibiothérapie n'est pas systématiquement recommandée, sauf en cas de symptomatologie bruyante (fièvre élevée, otalgie intense). Une

réévaluation de l'enfant s'impose à 48-72 heures. L'antibiothérapie s'impose formellement dans certains cas :

- OMA suppurée du nouveau-né et du petit nourrisson ;
- formes avec atteinte sévère de l'état général ;
- OMA compliquant une maladie générale (rougeole, varicelle, scarlatine...) ;
- Otorrhée sur OMA perforée persistant plus d'une semaine, sans tendance à l'amélioration.

- 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.

La paracentèse est indiquée dans :

OMA collectée hyperalgique

OMA collectée très fébrile résistante aux antipyrétiques

Toutes les conditions nécessitant un prélèvement pour étude bactériologique :

- évolution anormale ou compliquée
- otites récidivantes ou traînantes
- terrain particulier (nourrisson de moins de trois mois, déficit immunitaire)
- altération de l'état général

VIII. CONCLUSION

Le diagnostic de l'OMA est clinique : otalgie d'apparition brutale ou autre symptôme équivalent. Avant 2 ans, l'otalgie peut manquer. Une symptomatologie abdominale (diarrhée, vomissement) peut être le signe indirect de l'infection. Le diagnostic d'OMA par excès favorise la prescription abusive d'antibiotiques.