

ITEM 147 : OTALGIE - OTITE

OTALGIE

Physiopathologie		Innervation sensitive de la région auriculaire : nerf V, nerf VII, nerf IX, nerf X et plexus cervical superficiel	
		- Pavillon : - Racine de l'hélix, tragus et partie antérieure du lobule : nerf V3 - Hélix, anthélix et partie postérieure du lobule : plexus cervical superficiel (branche auriculaire) - Conque et conduit auditif externe : - Partie antérieure de la conque et du CAE : nerf V3 - Reste de la conque et partie initiale du CAE (zone de Ramsay-Hunt) : nerf VII bis - Partie profonde du conduit et tympan : nerf X - Oreille moyenne : caisse du tympan innervée par le nerf de Jacobson (branche du nerf IX) Membrane tympanique : nerfs sous-cutanés (provenant du nerf V3 et du nerf VII) et nerfs sous-muqueux (nerf de Jacobson, branche du IX) → plexus riches et nombreux	
Examen		- Caractéristiques de l'otalgie : type, intensité, rythme, durée, mode de survenue - Signes auriculaires associés : surdité, sensation de plénitude auriculaire, otorrhée, otorragie, acouphène - Autres signes associés : signes ORL, fièvre, asthénie, amaigrissement - Examen de la région auriculaire : pavillon, conduit auditif externe et tympan à l'otoscope, acoumétrie - Examen péri-auriculaire : parotide, art. temporo-mandibulaire, région mastoïdienne et sous-digastrique - Examen neurologique cervico-facial : paires crâniennes	
Lésion de l'oreille externe	Pavillon	Oto-hématome	= Extravasation de sang entre le périchondre et le cartilage après un traumatisme
			- Pavillon oedématié, tumefi�, sensible au toucher
		Complication	- Lyse cartilagineuse (séquelle esthétique), surinfection = chondrite
	TTT	- Antibioprophylaxie (Augmentin®) + incision et drainage chirurgical	
	Péri-chondrite	= Infection du cartilage du pavillon, suite à un traumatisme ouvert du pavillon, un hématome surinfecté , une otite externe avec extériorisation au pavillon ou post-chirurgical (otoplastie...)	
		- Pavillon rouge, tumefi�, avec effacement des reliefs, douleur intense, à au contact	
		- Germe : généralement <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
	Complication	- Nécrose cartilagineuse : séquelle esthétique	
	TTT	- Antibiothérapie systémique - Si collection purulente : drainage chirurgical avec analyse bactériologique	
	Nodule douloureux	= Dyskératose douloureuse du bord de l'hélix, centrée par une croute, favorise par appui répété soleil ou froid	
		- TTT : médical : cryothérapie, cortico�ides locaux, ou résection chirurgicale	
CAE	Otite externe bactérienne	= Très fréquente, essentiellement estivale (baignade) ou sur lésion cutanée du conduit (eczéma, traumatisme répété par coton tige...)	
		- Germe : - Bactérie : <i>Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa</i> - Mycose (10%) : <i>Aspergillus</i> → aspect filamenteux, taches noires - Complication : récidive, péri-chondrite du CAE, abcès péri-auriculaire, otite maligne externe → Ne pas méconnaître une affection dermatologique sous-jacente (�rysip�le, impétigo...) → Evoquer l'otite maligne externe (ostéite de la base du crâne) chez le sujet diabétique ou ID	
	C	- Otalgie : intense, lancinante, surtout en 1�re partie de nuit, sans fièvre - Signes associés : otorrhée purulente, hypoacousie modérée, pas de signes généraux (apyrexie) - Douleur provoquée à la palpation du tragus ou à la traction du pavillon - Otoscope (introduction douloureuse) : CAE oedématié, inflammatoire, douloureux, avec des sécrétions blanchâtres, tympan normal ou inflammatoire	
	TTT	TTT local : - Aspiration des sécrétions (+ bactériologie si terrain immunodéprimé) - Gouttes antibiotiques : ofloxacin Ofloset® (non ototoxique), Polydexa® - Si sténose du CAE : méchage par pop ear laissé en place 48h → Ne pas mettre d'antibiotique ototoxique si tympan perforé ou non vu → Pas d'antibiothérapie générale (réservée aux formes compliquées type périchondrite...)	
Otite externe maligne	= Ostéite de la base du crane : 2�ndr à une otite externe sur un terrain diabétique ou immunodéprimé - Otalgie, otorrhée profuse, polype du conduit auditif externe, tuméfaction violacée - Bilan : prélèvement bactériologique et TDM injecté du rocher et base du crane (lyse osseuse, abcès) - Complication : PFM , atteinte d'autres nerfs crâniens (extension à la base du crâne), méningite - TTT : - Antibiothérapie anti-pyocyanique multiple, IV et locale, pendant plusieurs mois - TTT chirurgical exceptionnel (mastoïdectomie)		

Lésion de l'oreille externe	CAE	Zona auriculaire	- Otalgie intense , à type de brûlure, avec vésicules au niveau de la zone de Ramsay-Hunt - Complication : PFPP, vertiges, surdité de perception, réaction méningée
		Bouchon de cérumen	- Otalgie si gonflé par une solution aqueuse (après baignade...), hypoacousie (surdité de transmission) - TTT : extraction du bouchon (avec vérification de l'état du CAE et du tympan)
		Corps étrangers	- Extraction impérative , parfois sous sédation, voire sous AG si enclavé - Vérification de l'état du CAE et du tympan, avec prescription d'antibiotiques locaux si besoin
		Tumeur du CAE	= Rare : bénigne (ostéome, tumeur vasculaire...), exceptionnellement maligne (cylindrome, carcinome, sarcome) → IRM avant toute biopsie pour éliminer une tumeur vasculaire
Lésion de l'oreille moyenne	Otite	- OMA ou poussée douloureuse d'otite chronique	
	Catarrhe tubaire	= Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache : obstruction tubaire par rhinopharyngite, exposition à des variations de pression (barotraumatisme), obstruction tumorale (cancer du cavum) - Otalgie associée à une autophonie , une hypoacousie , une sensation d'oreille bouchée - Otoscopie : congestion ou légère rétraction du tympan - Impédancemétrie : décalage du tympanogramme vers les pressions négatives (courbe C)	
	Myringite phlycténaire	= Présence de phlyctènes sur la membrane tympanique (± OMA) : otalgie, otorrhée sanglante - TTT : ponction des phlyctènes sous antibiothérapie	
	Iatrogène	- Otalgie après instillation de gouttes auriculaires = perforation tympanique	
	Mastoïdite	- Douleur persistante spontanée ou provoquée de la pointe de la mastoïde , au décours d'une OMA - Tuméfaction inflammatoire rétro-auriculaire avec décollement du pavillon pathognomonique	
	Pétrosite	= Très rare : atteinte infectieuse suppurée de l'os pétreux ± nécrose osseuse, contexte traumatique ou d'immunosuppression - Persistance sur une oreille opérée (généralement mastoïdectomie) d'un écoulement tenace et nauséabond , et de douleurs constantes, pulsatiles, de la région temporo-pariétale - Syndrome de Gradenigo : pétrosite + paralysie du VI dans les suites d'une OMA homolatérale - DD : cancer : rhabdomyosarcome (enfant ++), sarcome d'Ewing, histiocytose langheransienne	
	Pathologie tumorale	Maligne	= Adénocarcinome, carcinome spinocellulaire, céruminome - Modification d'une otorrhée chronique , devenant très hémorragique, associée à une hypoacousie et une otalgie d'intensité variable - Otoscopie : masse tumorale du CAE , saignant parfois au contact → biopsie - TTT chirurgie si possible, radiochimiothérapie : pronostic sombre
Bénigne		- Tumeur du glomus jugulaire : acouphène pulsatile	
Oreille interne		- Généralement sans otalgie (sauf neurinome du VIII, exceptionnellement révélé par une otalgie)	
Otalgie réflexe	Trijumeau	- Origine dentaire : carie profonde, pulpite chronique, granulome péri-apical, gingivo-stomatite herpétique, accident d'éruption de dent de sagesse - Tumeur du bord de la langue, du sillon amygdaloglosse ou du plancher de la bouche - Tumeur du rhinopharynx → toute otite séro-muqueuse unilatérale doit imposer une naso-fibroscopie rhino-pharyngo-laryngée à la recherche d'une éventuelle tumeur du cavum - Atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire : arthrite , trouble de l'articulé dentaire (SADAM : syndrome d'algodystrophie de l'appareil manducateur) - Syndrome de l'apophyse styloïde longue : douleur à la rotation de la tête ou à la déglutition	
	Facial	- Paralysie faciale a frigore : douleur possible, généralement mastoïdienne	
	Glosso-pharyngien	- Infectieuse : angine, phlegmon de l'amygdale, aphte... - Otalgie réflexe du reflux gastro-oesophagien - Tumeur de l'oropharynx	
	Nerf X	- Tumeur de l'hypopharynx : sinus piriforme... → bilan endoscopique	
	Sympathique cervical	- Lésions rachidiennes cervicales dystrophiques ou traumatiques - Pathologie parotidienne (infectieuse ou cancéreuse) - ADP inflammatoire (jugulo-carotidienne haute) infectieuse ou néoplasique - Tumeur para-pharyngée - Dissection carotidienne (accompagné d'un syndrome de Claude Bernard Horner)	
	Névralgie	- Névralgie du V, du IX et du nerf de Jacobson - Algie neuro-vasculaire de la face	

OTITE MOYENNE AIGUË

= Infection de la muqueuse de l'oreille moyenne, provenant du rhinopharynx et des cavités nasales via la trompe d'Eustache
 - Infection bactérienne la plus fréquente chez l'enfant, avec une incidence maximale chez le nourrisson **entre 6 et 24 mois**

Germe	<ul style="list-style-type: none"> - OMA congestive : virale dans 90% des cas, bactérienne dans 10% des cas - OMA collectée ou perforée : bactérienne à <i>Haemophilus influenzae</i> (30-40% entre 6 et 36 mois), pneumocoque (40%, dont 3,9% de souches résistances à la pénicilline et 42% de sensibilité intermédiaire), <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>S. aureus</i>, <i>S. epidermidis</i>, streptocoque A ou germes anaérobies → Orientation : - OMA associée à une conjonctivite purulente : <i>H. influenzae</i> <ul style="list-style-type: none"> - OMA avec fièvre > 38,5°C et douleurs locales importantes : pneumocoque → FdR de pneumocoque à sensibilité diminuée chez l'enfant : âge < 18 mois, vie en collectivité dans un habitat urbain, antécédent récent d'OMA et administration d'antino-pénicilline dans les 3 mois 	
FdR	<ul style="list-style-type: none"> - FdR endogène : - Hérédité : antécédents familiaux d'OMA ou OSM dans la petite enfance <ul style="list-style-type: none"> - Trisomie 21, malformation crânio-faciale ou fente/anomalie vélaire ± palatine (même opérée) - Pathologie ciliaire (syndrome de Kartagener) - Déficit immunitaire - FdR exogène : absence d'allaitement maternel, tabagisme passif, collectivité (crèche...), pollution atmosphérique, saison automne/hiver, précarité des conditions de vie et d'hygiène 	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Au cours ou au décours d'une rhinopharyngite, fébrile ou non - Signes locaux : otalgie variable, par paroxysme (colique de l'oreille), otorrhée, hypoacousie - Signes généraux : fièvre (38-40°), asthénie, nausées, vomissements, diarrhée 	
	Otoscopie	<ul style="list-style-type: none"> - Stade congestif : tympan rosé/rouge vif, sans triangle lumineux, avec conservation des reliefs du marteau - Stade suppuré : - A tympan fermé : tympan rouge violacé, bombant, avec disparition des reliefs ou d'aspect jaunâtre - A tympan ouvert : perforation tympanique spontanée, punctiforme, battante, souvent postéro-inférieure, laissant sourdre un liquide muco-purulent plus ou moins abondant → Chez l'enfant < 2 ans : recours à un ORL si tympan non ou mal vus
Formes cliniques	OMA du nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> = Fréquente, bilatérale, souvent avec un retentissement important sur l'état général - Forme sthénique : otalgie = cris et pleurs intermittents spontanés ou à l'alimentation - Forme asthénique : fièvre, chute pondérale, hypothrepsie (dénutrition), gastroentérite - Otoscopie (signes patents ou peu significatifs) : tympan simplement mat, givré (oto-antrite)
	OMA de l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> = Beaucoup moins fréquente, tableau clinique identique - Forme torpide asthénique : possible chez le sujet très âgé ou diabétique
	OMA nécrosante	= Rougeole ou scarlatine : avec destruction tympanique séquellaire importante
	Otite phlycténulaire	<ul style="list-style-type: none"> = Bénigne mais très douloureuse : contexte épidémique, otorragie (écoulement séro-sanglant) - Otoscopie : phlyctènes hémorragiques du tympan et/ou du conduit adjacent, associé de façon inconstante à un épanchement rétro-tympanique
	Otite baro-traumatique	<ul style="list-style-type: none"> = Epanchement séreux ou séro-hémorragique de la caisse du tympan : accident pressonnier (plongée, avion...), souvent favorisé par une dysperméabilité tubaire ou une obstruction nasale - Otalgie violente, sensation d'oreille bouchée, otite congestive à l'otoscopie - TTT : guérison spontanée ou sous anti-inflammatoire
TTT	Stade congestif	<ul style="list-style-type: none"> = Traitement symptomatique suffisant (antibiotiques locaux inutiles) avec contrôle otoscopique à 48h - Désobstruction des fosses nasales : sérum physiologique, rarement vasoconstricteur - Instillations auriculaires à visée antalgique et décongestionnante : Osmotol®, Otalgol®, Otipax® - Antalgique, AINS et antipyrétique par voie générale
	Stade suppuré	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant : - Otite associée à une conjonctivite (<i>H. influenzae</i>) : Augmentin® <ul style="list-style-type: none"> - Nourrisson < 18 mois en crèche, fièvre > 38,5° (pneumocoque) : amoxicilline - Impossibilité de traitement par voie orale : C3G injectable (ceftriaxone) - Enfant > 2 ans et adulte peu fébrile, sans antibiothérapie dans les 3 mois, en région à faible prévalence de pneumocoque résistant : amoxicilline en 1^{ère} intention - Enfant > 2 ans avec symptômes peu bruyant : TTT symptomatique avec réévaluation à 48-72h - Durée minimale : 8 à 10 jours chez l'enfant < 2 ans ou 5 jours chez l'enfant > 2 ans
	Indication formelle	<ul style="list-style-type: none"> - OMA suppurée du nouveau-né et du nourrisson - Atteinte sévère de l'état général - OMA compliquant une maladie générale : rougeole, varicelle, scarlatine... - Otorrhée sur OMA perforée persistant > 1 semaine

TTT	Stade suppuré	Allergie à la pénicilline	- Enfant : céfopodoxime - Adulte : céfopodoxime ou céfuroxime-axétil
		Allergie aux β -lactamines	- Enfant : - Cotrimoxazole - Erythromycine-sulfafurazole < 6 ans - Pristinamycine > 6 ans - Adulte : pristinamycine ou cotrimoxazole , voire lévofloxacine
TTT	Stade suppuré	Nouveau-né	= Germes souvent résistant : <i>S. aureus</i> , <i>Pseudomonas</i> - Antibiothérapie à large spectre - Paracentèse systématique
		En cas d'échec	- Aggravation/persistance des symptômes > 48h : Augmentin® ou cefopodoxime - Réapparition de symptômes ou signes otoscopiques dans les 4 jours après fin de l'antibiothérapie : Augmentin® - 2 nd échec : . Avis spécialisé pour paracentèse . Augmentin® + amoxicilline (pour 80 mg/kg d'amoxicilline) ou ceftriaxone en attente de la culture
		Paracentèse	= Myringotomie : incision du quadrant antéro-inférieur du tympan, sous AL pour drainage et analyse bactériologique - Indication: - OMA collectée hyperalgique - OMA collectée fébrile résistante aux antipyrétiques - Terrain : nourrisson < 3 mois, déficit immunitaire - Evolution anormale ou compliquée - Otite récidivante ou trainante - AEG
Evolution			→ Favorable dans la majorité des cas, spontanément ou sous traitement - Stade congestif : guérison ou passage au stade suppuré, puis ouvert avec otorrhée - Stade suppuré perforé : - Otorrhée purulente , puis muco-purulente vers le 3 ^{ème} jour, puis muqueuse - Fermeture du tympan en 3 à 4 jours - Echec d'antibiothérapie (persistance des symptômes à 48h) : suspecter un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline ou résistant à la pénicilline → paracentèse - Récidive : chercher et traiter la cause au niveau rhinopharyngée (ablation des végétations adénoïdes , traitement d'un terrain local déficient) et/ou au niveau otologique (otite séro-muqueuse) - Passage à la chronicité = otite séromuqueuse : 10 à 20% des cas
Complications	Mastoïdite		= Issue de pus à travers la corticale de l'os mastoïdien suite à une OMA collectée - Tableau d'OMA avec AEG important , tuméfaction inflammatoire rétro-auriculaire (parfois décollée) responsable d'un décollement du pavillon et d'une chute de la paroi postérieure du conduit auditif externe - Otoscopie : OMA collectée - TDM injecté du rocher et cérébral : opacité mastoïdienne, collection → recherche de complication méningo-encéphalique (10% des cas) - TTT en milieu spécialisé : - Tri-antibiothérapie IV - Paracentèse ± TTT chirurgicale : mastoïdectomie
	Autres		- Paralysie faciale (fréquente) : partielle ou complète → paracentèse, antibiotiques, corticoïdes à J2 - Méningite : par voie hématogène, voie osseuse ou voie labyrinthique - Perforation tympanique : fermeture spontanée, mais passage possible à la chronicité - Otite séro-muqueuse : 10-20% des OMA → contrôle systématique à 4-6 semaines - Labyrinthite - Thrombophlébite du sinus latéral - Abcès cérébral - Ostéite temporale
AINS			= Recommandé à visée antalgique dans les infections ORL bénignes non compliquées de l'enfant : OMA, angine, rhinopharyngite, sinusite maxillaire - Seulement en cas de douleur sévère EVA > 5 (d'emblée) ou modérée EVA > 3 mais paracétamol seul insuffisant - Durée la plus courte possible, arrêt dès sédation de la douleur - Sans dépasser < 72h : arrêt et recherche d'une complication si douleur persistante - Contre-indication : varicelle, infection ORL compliquée (mastoïdite, sinusite non maxillaire, cellulite...), CI aux AINS

OTITE MOYENNE CHRONIQUE

= Tous processus inflammatoire de l'oreille moyenne évoluant depuis > **3 mois**

- Facteurs : **inflammation** et/ou **obstruction chronique des VAS** (nez, sinus, rhinopharynx), **dysfonctionnement de la trompe d'Eustache, dystrophie** ou **fragilité muqueuse** par perturbation immunitaire locale (allergique ou non)

- **OMC bénigne** = non cholestéatomateuse : **otite séro-muqueuse** et **OMC à tympan ouvert**

- **OMC dangereuse** = cholestéatomateuse : sans guérison spontanée, possible complication engageant le pronostic vital

OTITE SERO-MUQUEUSE	= OMC à tympan fermé : inflammation chronique > 3 mois de l'oreille moyenne à tympan fermé, responsable d'un épanchement, sans symptôme d'infection aiguë, au sein des cavités de l'oreille moyenne	
	- Très fréquent : 50% des enfants , âge moyen = 5 ans , bilatérale dans 85% des cas	
	Facteur favorisant	<ul style="list-style-type: none"> - Division vélaire ou vélo-palatine (même forme sous-muqueuse, voire simple lnette bifide) : otite d'apparition précoce chez l'enfant, pouvant se prolonger (même après opération) - Tumeur du cavum (cancer indifférencié, lymphome, rhabdomyosarcome...), de la fosse infra-temporale ou de l'apex pétreux : OSM unilatérale → à évoquer et explorer chez l'adulte par naso-fibroscopie - Hypertrophie adénoïdienne - Autres : trisomie 21, déficit immunitaire, maladie ciliaire
	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoacousie : mode de révélation habituelle - Nourrisson/jeune enfant : retard ou stagnation d'acquisition du langage, trouble articulaire - Enfant scolarisé : enfant inattentif, trop calme, ne participant pas ou hyperactif - OMA à répétition → examen du tympan en dehors de l'épisode d'OMA indispensable - Sensation d'oreille pleine, autophonie, plus rarement liquide changeant de place ou vertige
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Otoscopie : tympan mat, ambré, jaunâtre, parcouru de fines stries vasculaires, rétracté (parfois bombant), ou avec un niveau liquidien, immobile (au spéculum pneumatique de Siegle ou à la manœuvre de Vasalva) - Naso-fibroscopie : en cas d'OSM unilatérale ou recherche d'hypertrophie des végétations adénoïdes
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Audiométrie : surdité de transmission, avec aspect en pente ascendante des graves vers les aigus - Tympanogramme : généralement plat (courbe B), parfois décalé vers les pressions négatives (courbe C)
	Evolution	<ul style="list-style-type: none"> - Le plus souvent favorable : guérison spontanée avec la fin de la maladie d'adaptation - Poussées de réchauffement possible, sous la forme d'OMA à répétition - Séquelles tympano-ossiculaires = atélectasie tympanique, lyse ossiculaire : surdité résiduelle de transmission - Cholestéatome par invagination épidermique du tympan
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Désobstruction rhinopharyngée : désinfection rhinopharyngée, ablation des végétations adénoïdes, prise en charge des facteurs de risque (tabagisme passif, RGO, allergie), crénothérapie
	Aération de la caisse tympanique	<ul style="list-style-type: none"> = Aérateur trans-tympanique (ATT), ou plus rarement insufflation tubaire, auto-insufflation, rééducation tubaire par un orthophoniste - Indication : - Surdité bilatérale de transmission > 30 dB ou avec retard de langage ou de parole ou surdité de perception sous-jacente - Episodes de surinfection répétés : ≥ 3 épisodes/6 mois ou ≥ 4 épisodes/1 an - Souffrance tympanique : poche de rétraction tympanique - Evolution prolongée : séquelle de chirurgie vélaire, insuffisance vélaire
	Otite muqueuse à tympan ouvert	<ul style="list-style-type: none"> = Perforation tympanique : maladie bénigne, disparaît généralement spontanément vers 6 à 8 ans - Otorrhée (due à une métaplasie mucipare des cavités de l'oreille moyenne) : généralement bilatéral, fluctuant en quantité, muqueuse ou mucopurulente, non fétide - Sans surdité appréciable, sauf en cas de destruction ossiculaire - Otoscopie (après nettoyage du conduit) : perforation tympanique de taille variable, antéro-inférieure ou réniforme, voire subtotal de la pars tensa, non marginale (n'atteint pas les parois du conduit, ni le manche du marteau)
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter la stagnation des sécrétions dans le conduit auditif externe : aspirations répétées - Tympanoplastie = myringoplastie seule : si absence de réparation spontanée de la perforation 	
Séquelle d'otite	<ul style="list-style-type: none"> = Transformation hyaline de la muqueuse de l'oreille moyenne : infiltration de la muqueuse par des lamelles pseudo-cartilagineuses ou des blocs pseudo-calcaires immobilisant les osselets - Hypoacousie progressive chez un enfant aux antécédents d'otites répétées - Otoscopie : - Tympan blanc, jaunâtre, infiltré de plaques dures séparées par des zones pellucides - Possible perforation tympanique associée, laissant voir une infiltration blanc jaunâtre de la muqueuse du fond de la caisse, voire une atteinte ossiculaire - Audiométrie : surdité de transmission 	
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Tympanoplastie : - Myringoplastie seule = fermeture de la membrane tympanique : bons résultats - ou avec Ossiculoplastie = libération ossiculaire : résultats variables, temporaires 	

Séquelle d'otite	OTITE ATELECTASIQUE	Poche de rétraction tympanique	<ul style="list-style-type: none"> = Collapsus de la caisse du tympan, aboutissant à la rétraction de la membrane tympanique - 2 étiologies : - Fragilisation de la membrane tympanique : collagénolyse de la couche fibreuse <ul style="list-style-type: none"> - Dépression endo-tympanique - Otoscopie : - Topographie : pars tensa = rétraction atriale ou pars flaccida = rétraction atticale <ul style="list-style-type: none"> - Caractère marginale (atteint le sulcus osseux) ou non - Stabilité de l'épiderme : - Normal : poche autonettoyante <ul style="list-style-type: none"> - Dyskératosique : accumulation de squames - Réversibilité au Vasalva ou fixité à l'articulation incudo-stapédienne - Atteinte auditive : selon l'état de la chaîne ossiculaire (lyse de la branche descendante de l'enclume) et la présence d'un épanchement rétro-tympanique - Présence d'une otorrhée fétide (signe de gravité) = surinfection 	
			TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Poche de rétraction : - Propre <ul style="list-style-type: none"> - Stable - Contrôlable
			<ul style="list-style-type: none"> - Poche de rétraction : - Incontrôlable <ul style="list-style-type: none"> - Desquamante - Otorrhéique = état pré-cholestéatomateux - Surdité invalidante 	<ul style="list-style-type: none"> = Traitement chirurgical : - Tympanoplastie ± Ossiculoplastie
		Otite fibro-adhésive	<ul style="list-style-type: none"> = Comblement de la caisse du tympan par du tissu fibreux, entraînant la disparition de tout espace aérien résiduel et bloquant les osselets - Otoscopie : - Tympan épaissi, gris, blanchâtre, globalement rétracté <ul style="list-style-type: none"> - Verticalisation du manche du marteau (sans mouler les reliefs ossiculaires) - Audiométrie : surdité mixte par labyrinthisation (atteinte de l'oreille interne) 	
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement chirurgical : récurrence du comblement fréquent - ATT : permet une aération des cavités de façon inconstante - Prothèse auditive amplificatrice 		
CHOLESTÉATOMÉ	<ul style="list-style-type: none"> = Présence dans l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé, doué d'un triple potentiel de desquamation, de migration et d'érosion des structures voisines (caisse du tympan, mastoïde...) 			
	Formes acquise par migration épithéliale	<ul style="list-style-type: none"> - Rétraction et invagination de la membrane tympanique = état pré-cholestéatomateux des otites atelectasiques : cause la plus fréquente - Migration directe à partir des berges d'une perforation tympanique marginale - Migration en profondeur par prolifération papillaire des cellules de la couche basale de l'épithélium du conduit auditif externe et de la membrane tympanique - Implantation épithéliale d'origine traumatique (fracture du rocher) ou post-chirurgicale 		
	Forme congénitale	<ul style="list-style-type: none"> - Cadran antéro-supérieur du tympan : persistance d'un reliquat épidermoïde - Région du promontoire : défaut du rôle inhibiteur de l'annulus sur la prolifération épidermique, à la zone de fusion des 1^{er} et 2^{ème} arcs branchiaux 		
	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoacousie discrète, d'installation progressive - Otorrhée chronique purulente : minime, fétide, parfois accompagnée de débris épidermiques - Révélation tardive par une complication : paralysie faciale périphérique, labyrinthite, méningite, abcès temporal ou cérébelleux, thrombophlébite du sinus latéral 		
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Otoscopie : - Perforation ou poche de rétraction marginale atticale (au niveau de la <i>pars flaccida</i>), laissant échapper du pus mêlé de squame <ul style="list-style-type: none"> - Croûtelles ou polypes atticaux sentinelles masquant un authentique cholestéatome - Poche de rétraction non contrôlable ou non auto-nettoyante de la <i>pars tensa</i> ou perforation marginale laissant apparaître un cholestéatome dans la caisse du tympan - Masse blanchâtre rétro-tympanique (formes congénitales) <p>→ Le diagnostic est clinique, mais nécessité d'un bilan d'extension systématique par TDM du rocher</p> <ul style="list-style-type: none"> - TDM du rocher non injecté : hyperdensité de la caisse, associée souvent à une lyse des parois (mur de la logette) et/ou à une lyse de la chaîne ossiculaire → extension, complication 		
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - TTT chirurgical : - Eradication des lésions cholestéatomateuses qui peuvent diffuser dans le rocher, l'oreille interne, et atteindre les méninges <ul style="list-style-type: none"> - Reconstruction et renforcement de la membrane tympanique (évite la récurrence) - Si possible reconstruction de la chaîne des osselets - Surveillance régulière post-opératoire pendant ≥ 10 ans : risque de cholestéatome résiduel (cellules laissées en place après chirurgie) ou de récurrence de la maladie initiale → IRM avec séquences de diffusion 			

Otite tuberculeuse	<p>= Rare, diagnostic souvent tardive : tuberculose primitive, ou provenant d'un autre foyer tuberculeux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propagation à la caisse du tympan par voie tubaire ou lymphatique, rarement par voie hémotogène - Diagnostic difficile : - Evolution traînante d'une otite <ul style="list-style-type: none"> - Labyrinthisation précoce et inexpliquée : vertiges, surdité de perception - Otite avec paralysie faciale sans cholestéatome - Aspect otoscopique nécotique, avec perforations tympaniques multiples - ADP pré-auriculaire - Examen bactériologique : culture, histologie après biopsie oreille moyenne, PCR 		
	<p>→ Principalement dues aux otites moyennes chroniques cholestéatomateuses</p>		
Complications des OMC	Paralysie faciale périphérique	<p>= Atteinte du nerf VII dans son trajet intra-pétreux (2^{ème} portion = tympanique ou 3^{ème} portion = mastoïdienne)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours d'une OMA banale : antibiotiques, corticoïdes et paracentèse → évoquer un zona - Au cours d'un cholestéatome : indication opératoire formelle 	
	Labyrinthite	Forme mineure	<p>= Infection du labyrinthe par voie otogène : effraction de la capsule osseuse labyrinthique ou par voie préformée, via la fenêtre ovale ou ronde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertiges avec signe de la fistule (l'hyperpression ou la dépression d'air dans le conduit entraîne un vertige et un nystagmus) → Indication opératoire : réversible
		Forme majeure	<p>= Labyrinthite purulente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grand vertige avec syndrome vestibulaire déficitaire - Surdité de perception profonde, acouphènes → Indication opératoire en urgence : risque de complication endocrânienne par diffusion à la fosse postérieure
	Complication endo-crânienne	<p>= Grave, exceptionnelle, mettant en jeu le pronostic vital : infection de la fosse cérébrale moyenne (temporale) ou de la fosse postérieure par voie préformée (labyrinthe), progression osseuse de l'infection ou par une brèche fracturaire (fracture du rocher)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méningite otogène : méningite purulente à pneumocoque ou à streptocoque - Abcès extra-dural, sous-dural ou intracérébral (temporal ou cérébelleux) : traitement médical et chirurgical, avec traitement du foyer infectieux auriculaire dans le même temps ou retardé - Thrombophlébite du sinus latéral : syndrome d'HTIC fébrile 	