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, tuméfié, 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, tuméfié, avec effacement des reliefs, douleur intense, ↗ au contact - Germe : généralement ***Pseudomonas aeruginosa***	
			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, corticoïdes 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** : ***Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa*** - **Mycose** (10%) : ***Aspergillus*** ➔ aspect filamenteux, taches noires - Complication : **récidive**, **péri-chondrite** du CAE, **abcès péri-auriculaire**, **otite maligne externe** ➔ Ne pas méconnaître une affection dermatologique sous-jacente (érysipèle, impétigo…) ➔ Evoquer l'otite maligne externe (ostéite de la base du crâne) chez le sujet diabétique ou ID	
			C	- **Otalgie** : intense, lancinante, surtout en 1ère 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** : **ofloxacine** Oflocet® (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** : 2ndr 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 : **PFP**, 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 : **PFP, 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 phlycténulaire		= 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 séromuqueuse 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

- OMA congestive : **virale** dans 90% des cas, **bactérienne** dans 10% des cas
- OMA collectée ou **perforée : bactérienne** à ***Haemophilus influenzae*** (30-40% entre 6 et 36 mois), **pneumocoque** (40%, dont 3,9% de souches résistances à la pénicilline et 42% de sensibilité intermédiaire), ***Moraxella catarrhalis, S. aureus, S. epidermidis*, streptocoque A** ou **germes anaérobies**
→ Orientation : - OMA associée à une **conjonctivite purulente** : *H. influenzae*
- 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'amino-pénicilline dans les 3 mois

FdR

- FdR endogène : - **Hérédité** : **antécédents familiaux d'OMA ou OSM** dans la petite enfance
- **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

- 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

- **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 tympans non ou mal vus

Formes cliniques

OMA du nourrisson	= 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	= 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	**= 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	= **Epanchement séreux ou séro-hémorragique de la caisse du tympan** : accident pressionnel (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

= 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 — Antibio-thérapie

- Enfant : - Otite associée à une **conjonctivite** (*H. influenzae*) : **Augmentin®**
- 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 1ère 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

- 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*	**Antibio-thérapie**	Allergie à la pénicilline	- Enfant : **céfpodoxime** - Adulte : **céfpodoxime** ou **céfuroxime-axétil**
			Allergie aux β-lactamines	- Enfant : - **Cotrimoxazole** - **Erythromycine-sulfafurazole** < 6 ans - **Pristinamycine** > 6 ans - Adulte : **pristinamycine** ou **cotrimoxazole**, voire **lévofloxacine**
			Nouveau-né	= Germes souvent résistant : *S. aureus, Pseudomonas* - **Antibiothérapie** à large spectre - **Paracentèse** systématique
			En cas d'échec	- Aggravation/persistance des symptômes > 48h : **Augmentin®** ou **cefpodoxime** - Réapparition de symptômes ou signes otoscopiques dans les 4 jours après fin de l'antibiothérapie : **Augmentin®** - 2nd 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 3ème 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

- **Division vélaire ou vélo-palatine** (même **forme sous-muqueuse**, voire **simple luette 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

- **Hypoacousie** : mode de révélation habituelle
- Nourrisson/jeune enfant : **retard** ou **stagnation d'acquisition du langage**, **trouble articulatoire**
- 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

- **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

- **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

- 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

- **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

= **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

= **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 subtotale de la ***pars tensa***, non marginale (n'atteint pas les parois du conduit, ni le manche du marteau)

TTT

- 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

Tympano-sclérose

= **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

- **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**	= **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 - **Dépression endo-tympanique** - **Otoscopie** : - Topographie : ***pars tensa*** = rétraction atriale ou ***pars flaccida*** = rétraction **atticale** - Caractère **marginale** (atteint le sulcus osseux) ou **non** - Stabilité de l'épiderme : - Normal : **poche autonettoyante** - **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	- Poche de rétraction : - Propre - Stable - Contrôlable	- **Surveillance otoscopique** régulière - TTT des infections ORL et sinusiennes - Voire **ATT** si évolution de la poche
				- Poche de rétraction : - Incontrôlable - Desquamante - Otorrhéique = état pré-cholestéatomateux - Surdité invalidante	= Traitement chirurgical : - **Tympanoplastie** ± **Ossiculoplastie**
		Otite fibro-adhésive	= **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 - **Verticalisation du manche du marteau** (sans mouler les reliefs ossiculaires) - Audiométrie : **surdité mixte** par **labyrinthisation** (atteinte de l'oreille interne)		
			TTT	- **Traitement chirurgical** : récidive du comblement fréquent - **ATT** : permet une aération des cavités de façon inconstante - **Prothèse auditive amplificatrice**	
CHOLESTEATOME	= 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	- **Rétraction** et **invagination de la membrane tympanique** = état pré-cholestéatomateux des otites atélectasiques : 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	- **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 1er et 2ème arcs branchiaux			
	SF	- **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	- Otoscopie : - **Perforation** ou **poche de rétraction marginale atticale** (au niveau de la *pars flaccida*), laissant échapper du **pus mêlé de squame** - **Croûtelles** ou **polypes atticaux sentinelles** masquant un authentique cholestéatome - **Poche de rétraction non contrôlable ou non auto-nettoyante** de la *pars tensa* ou **perforation marginale** laissant apparaître un cholestéatome dans la caisse du tympan - **Masse blanchâtre rétro-tympanique** (formes congénitales) → Le diagnostic est clinique, mais nécessité d'un bilan d'extension systématique par TDM du rocher - **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	- **TTT chirurgical** : - **Eradication des lésions cholestéatomateuses** qui peuvent diffuser dans le rocher, l'oreille interne, et atteindre les méninges - **Reconstruction** et **renforcement de la membrane tympanique** (évite la récidive) - 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 **récidive** de la maladie initiale → **IRM** avec séquences de diffusion			

Otite tuberculeuse	= Rare, diagnostic souvent tardive : **tuberculose primitive**, ou provenant d'un **autre foyer tuberculeux** - Propagation à la caisse du tympan par **voie tubaire** ou **lymphatique**, rarement par **voie hématogène** - Diagnostic difficile : - **Evolution traînante** d'une otite - **Labyrinthisation précoce** et **inexpliquée** : vertiges, surdité de perception - **Otite avec paralysie faciale** sans cholestéatome - Aspect otoscopique **nécrotique**, avec **perforations tympaniques multiples** - **ADP pré-auriculaire** - **Examen bactériologique** : culture, histologie après biopsie oreille moyenne, PCR		
Complications des OMC	→ Principalement dues aux otites moyennes chroniques cholestéatomateuses		
	Paralysie faciale périphérique	= Atteinte du nerf VII dans son trajet intra-pétreux (2ème portion = tympanique ou 3ème portion = mastoïdienne) - Au cours d'une **OMA banale** : **antibiotiques, corticoïdes** et **paracentèse** → évoquer un zona - Au cours d'un **cholestéatome** : indication opératoire formelle	
	Labyrinthite	= Infection du labyrinthe par **voie otogène** : effraction de la capsule osseuse labyrinthique ou par voie préformée, via la fenêtre ovale ou ronde	
		Forme mineure	- **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	= **Labyrinthite purulente** : - **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	= 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) - **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	