



Centre  
hospitalier  
intercommunal  
des vallées  
de l'Ariège

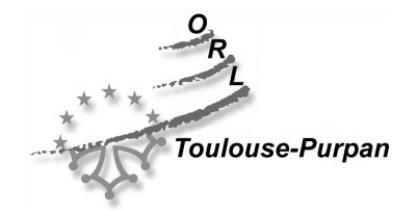


8<sup>e</sup> JOURNÉE  
PÉDIATRIQUE  
D'ARIEGE

2023

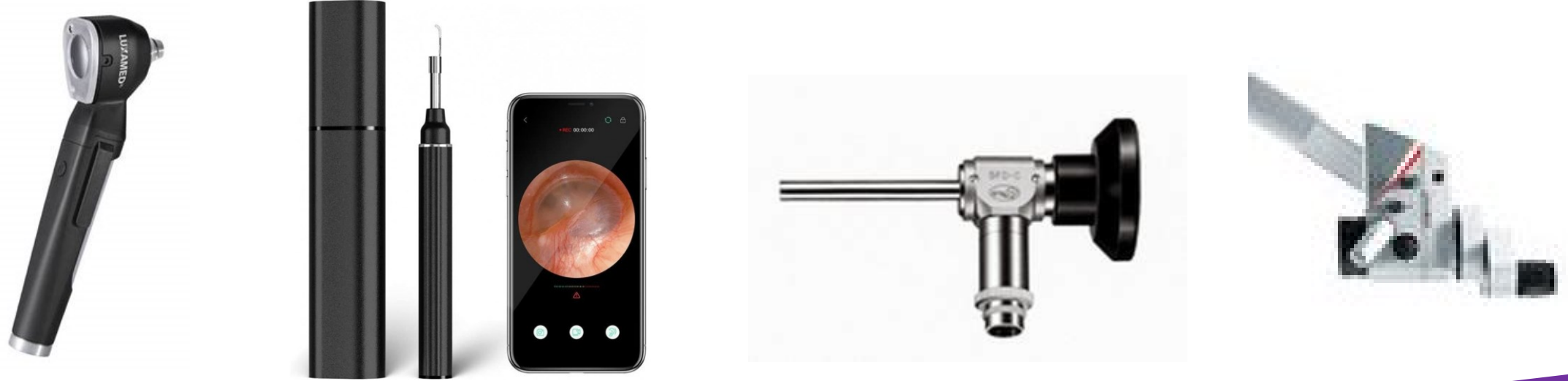
# Otites et autres anomalies tympaniques

Dr Yohan Gallois  
Praticien Contractuel  
ORL Pédiatrique  
Hôpital Pierre Paul Riquet  
CHU Toulouse



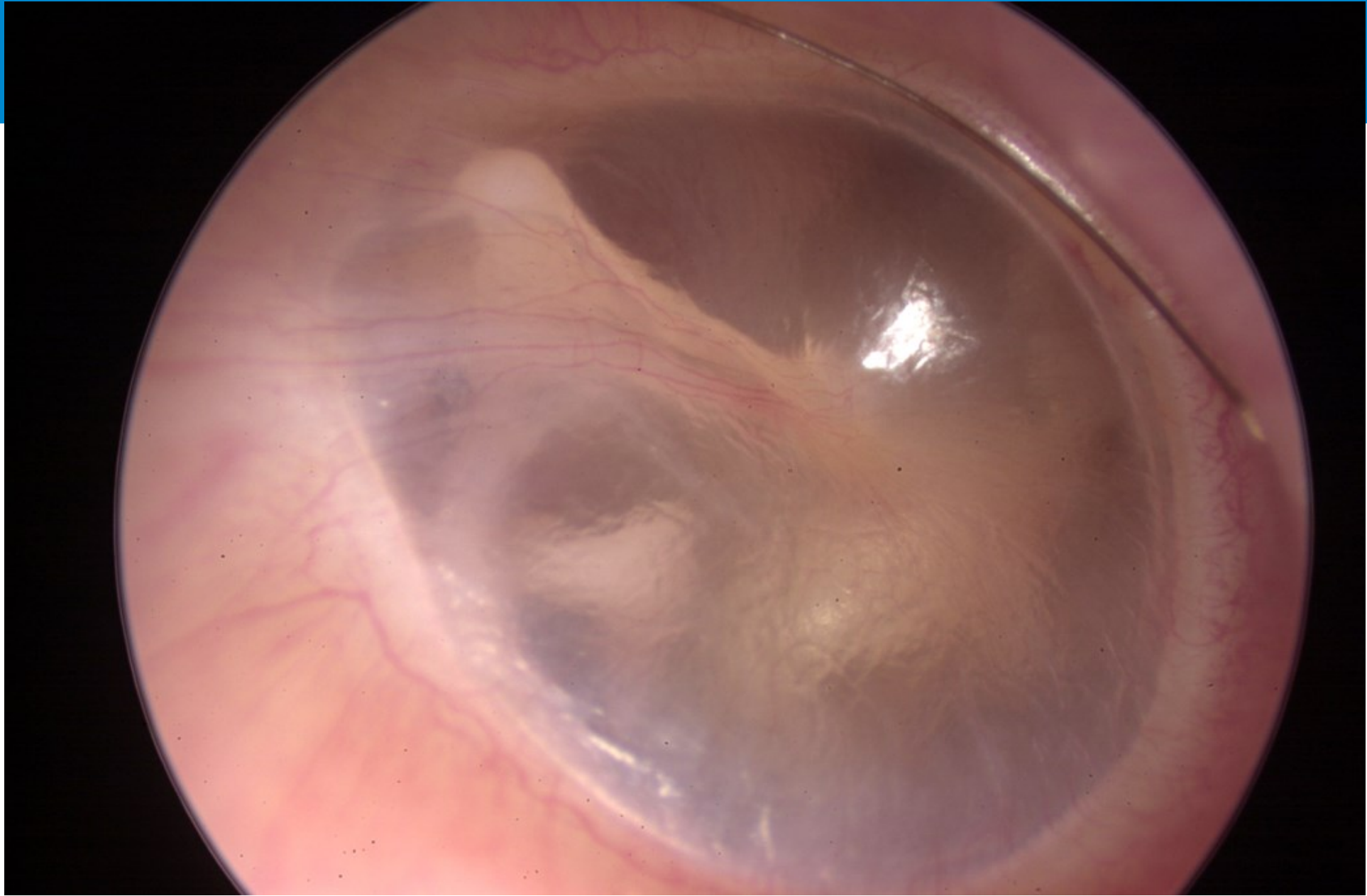
- Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt dans le cadre de cette présentation

# Méthode d'otoscopie

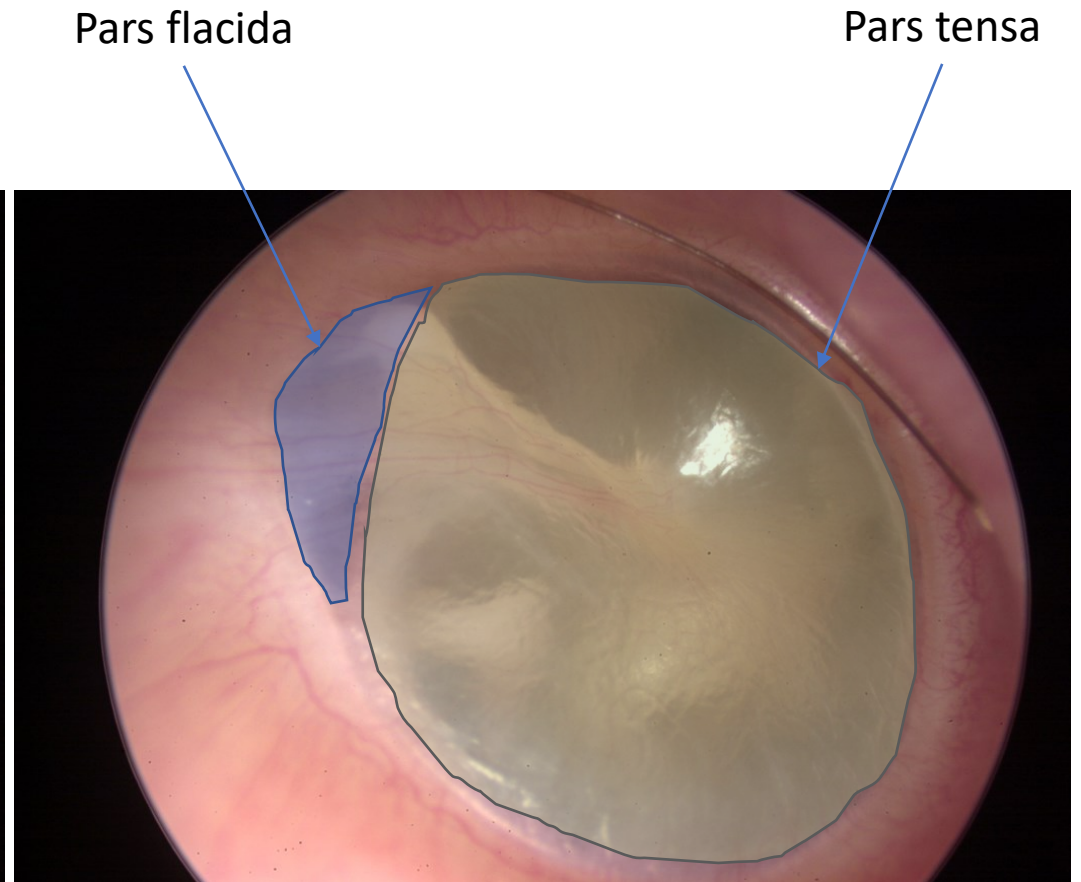
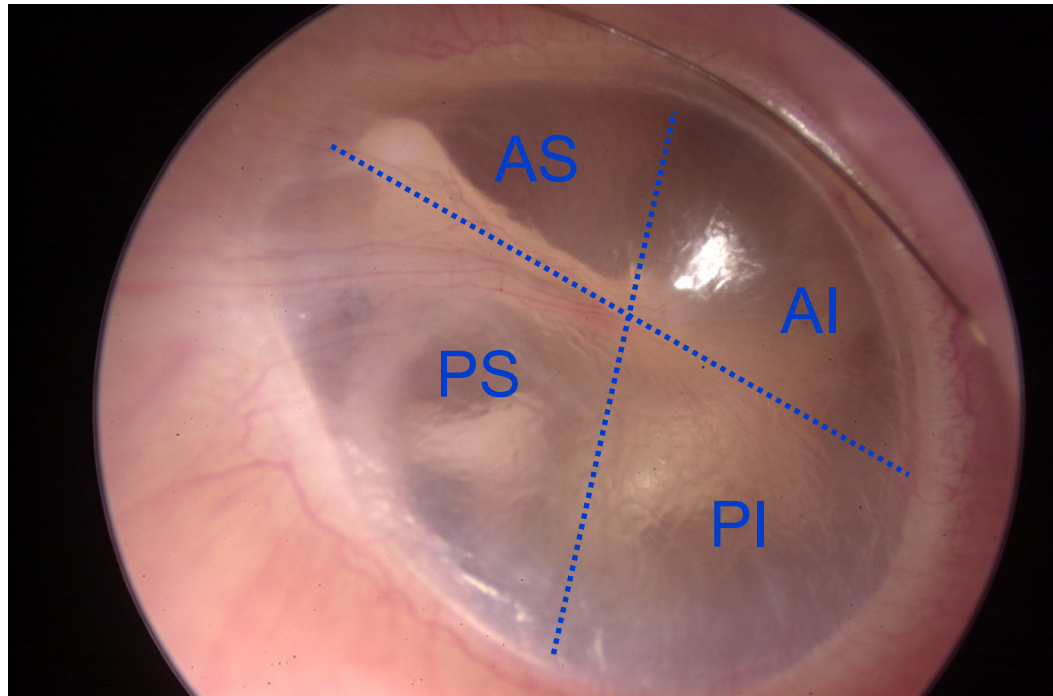


Précision  
Coût  
Technique

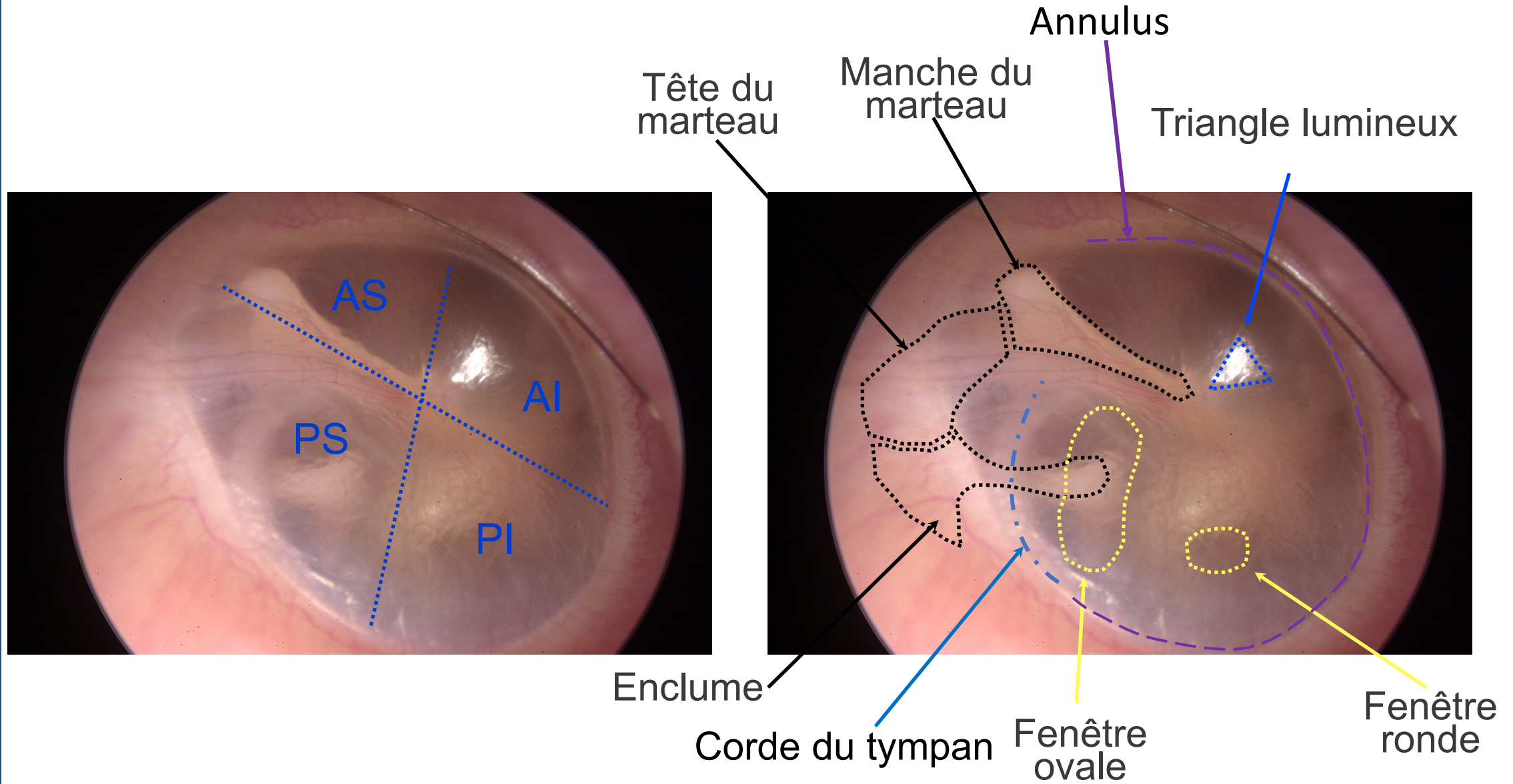
« On devient expert en otoscopie après 1000 otoscopies »



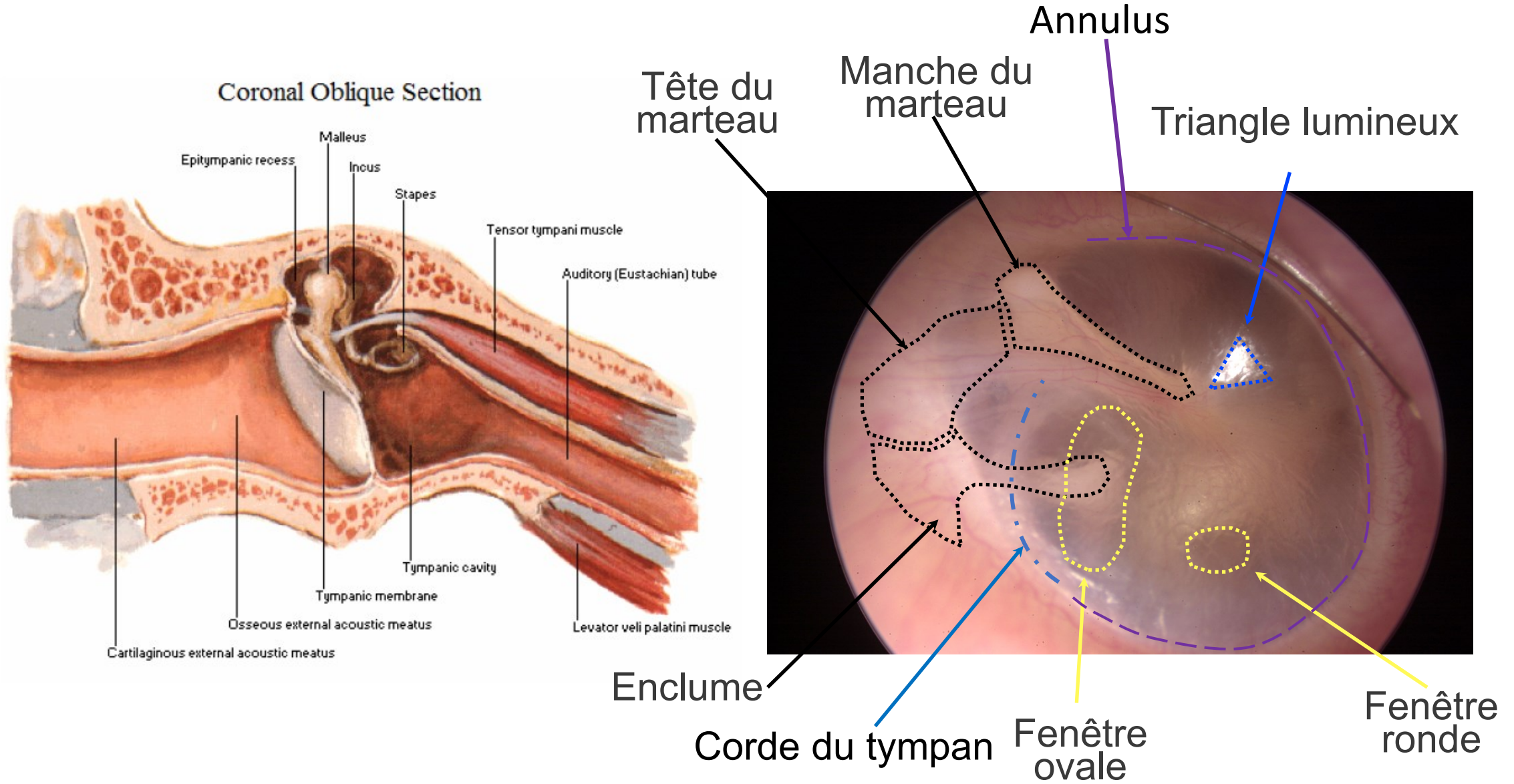
# Otoscopie normale

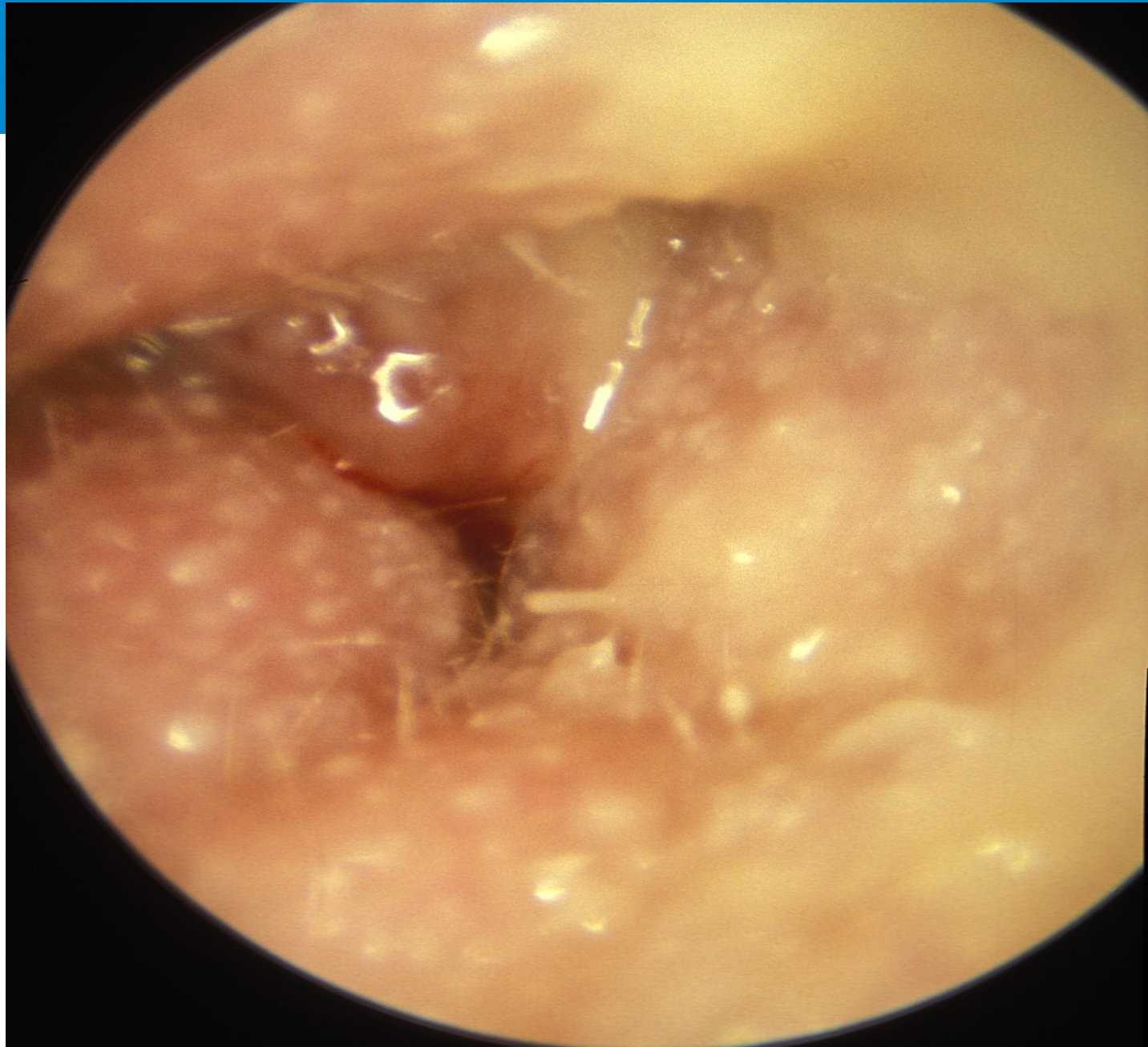


# Otoscopie normale



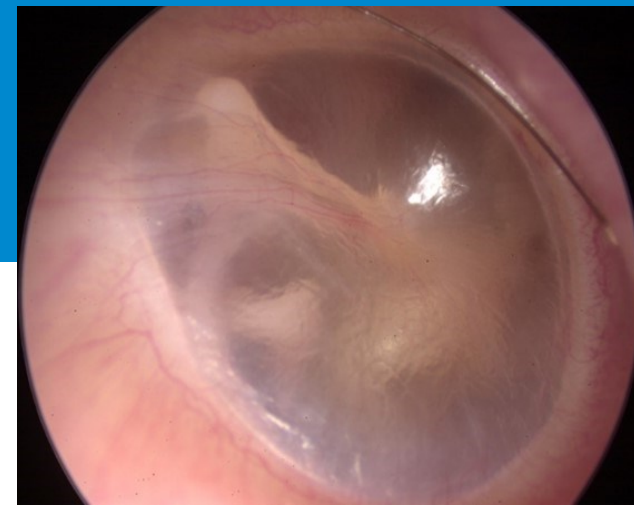
# Otoscopie normale



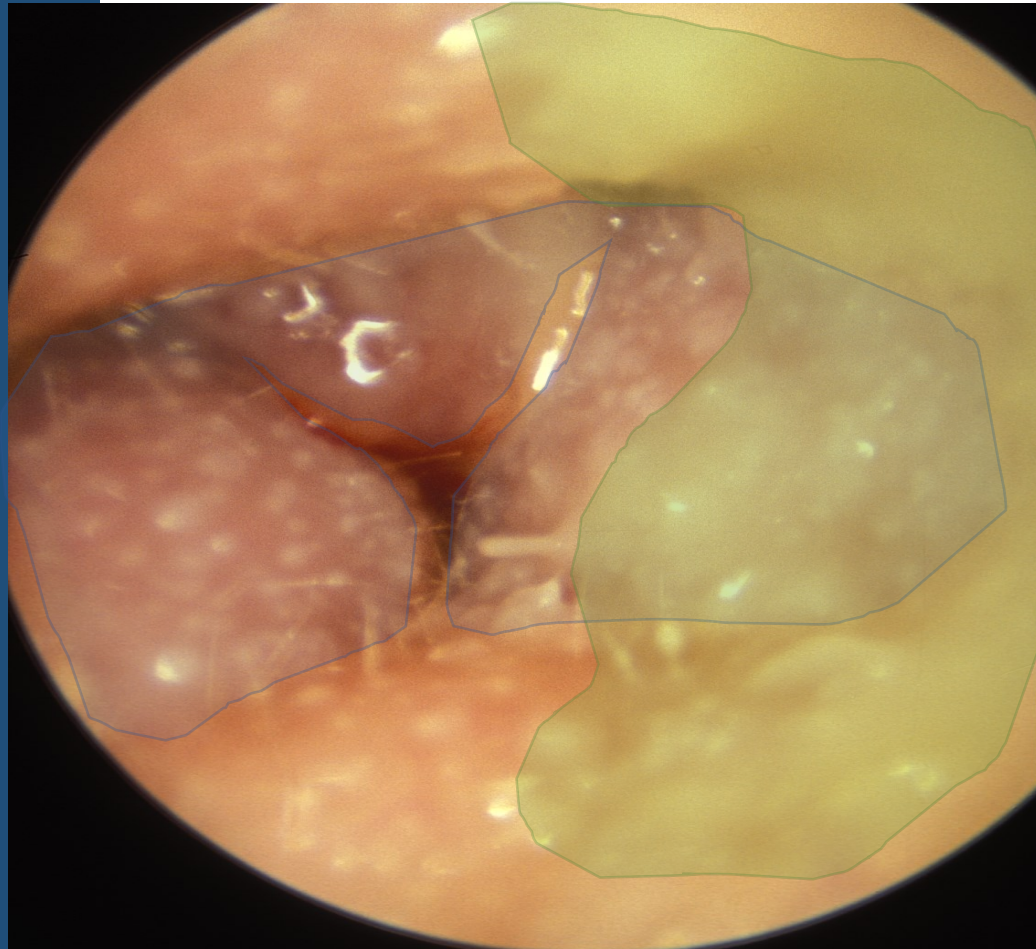




# Otite externe aiguë



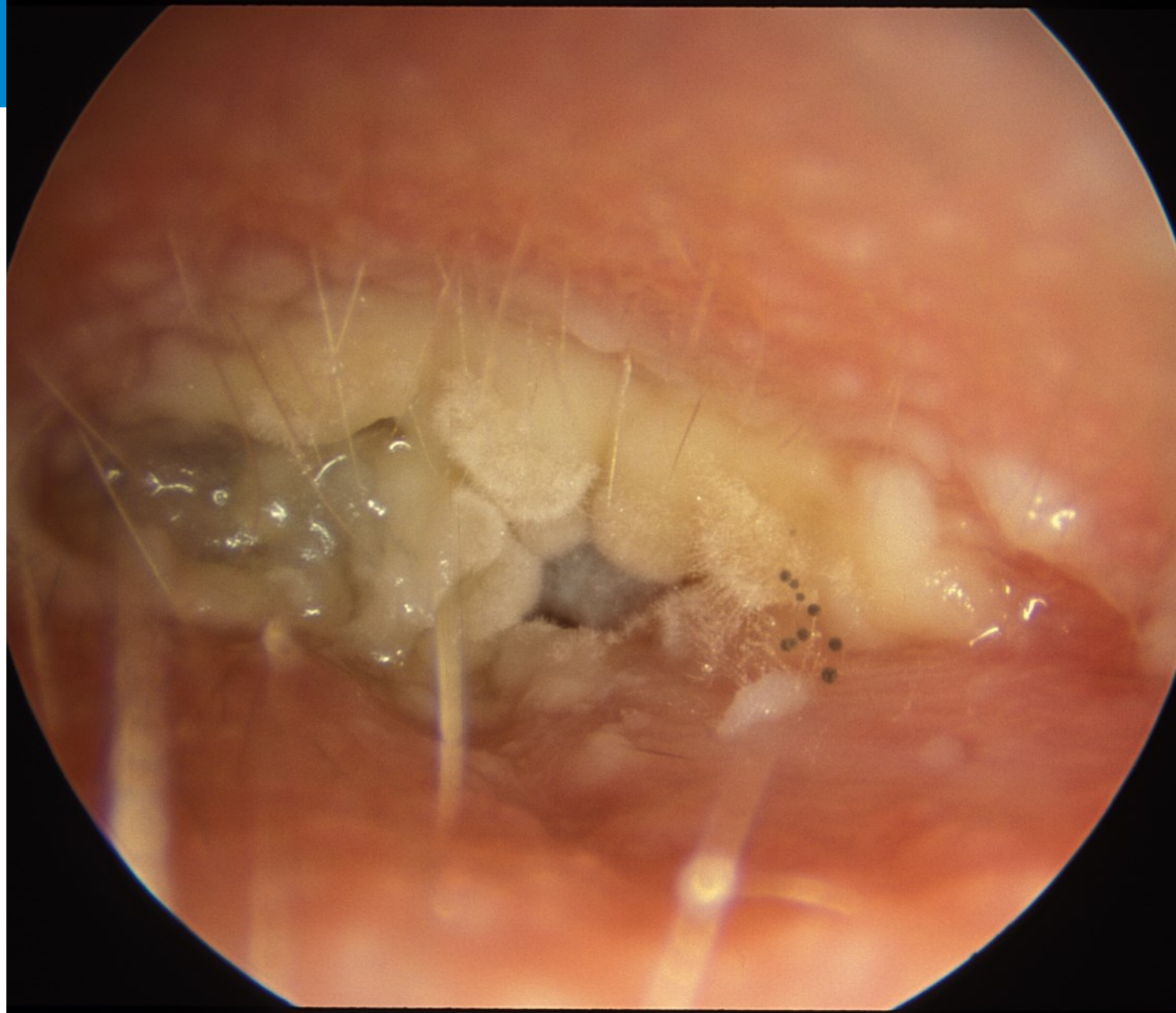
Tympan normal pour comparaison



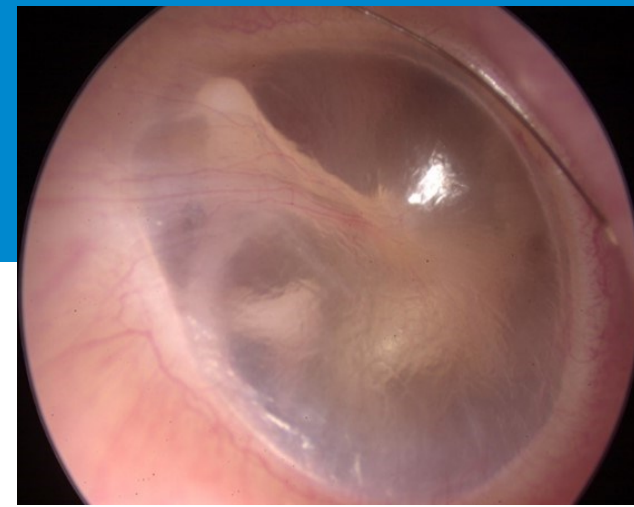
Œdème du conduit

Otorrhée purulente

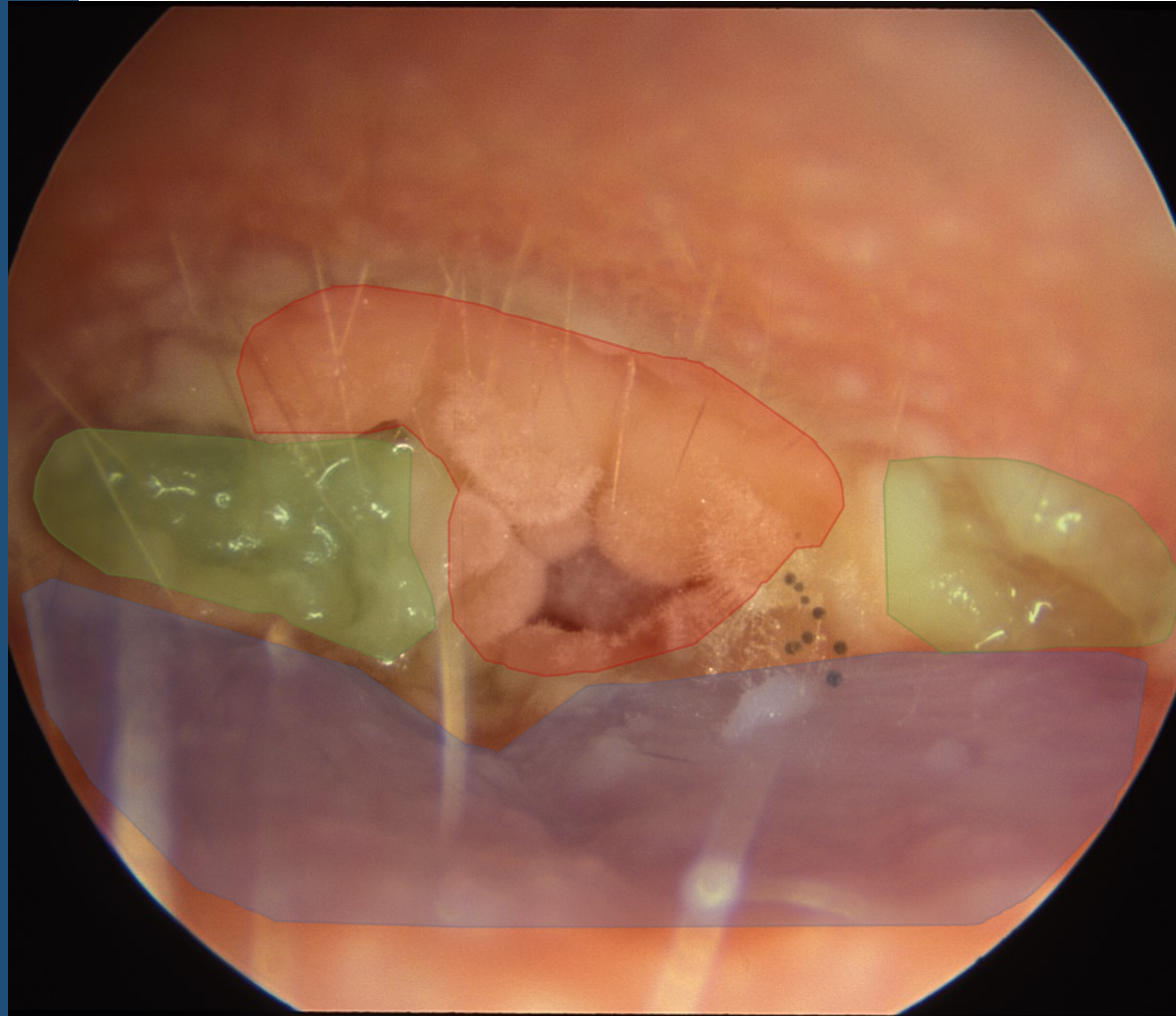
- **Otite externe aiguë bactérienne**
- Liée à *Pseudomonas aeruginosa* ou *Staphylococcus aureus*
- Traitement antibiotique local
  - Quinolone si tympan non vu ou perforation
  - Aminoside si tympan complet
- Eviction aquatique



# Otomycose / Otite externe fongique



Tympan normal pour comparaison



œdème du conduit

Otorrhée purulente

Dépôts cotonneux =  
filaments mycéliens

- **Otite externe aiguë mycotique**
- Liée à **Aspergillus Niger** (ou Candida Albicans possible en l'absence de dépôts noirâtre)
- Traitement antifongique local
  - Tympan ouvert ou non vu
    - Auricularum poudre
  - Tympan fermé
    - Auricularum + Solution
    - Pevaryl lotion
  - 3 à 6 semaines

# Otomycose / Otite externe fongique





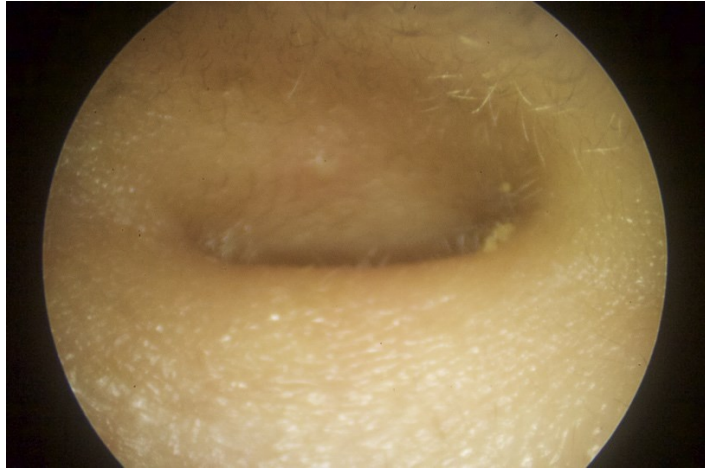
# Otite phlycténulaire



- Infection virale
- Décollement de la couche épidermique de la membrane tympanique
- **Traitement :**
  - Antalgique par voie générale
  - Antalgique par voie locale (Otipax)
  - Ponction de la bulle si hyperalgique



# Sténose congénitale



Partielle



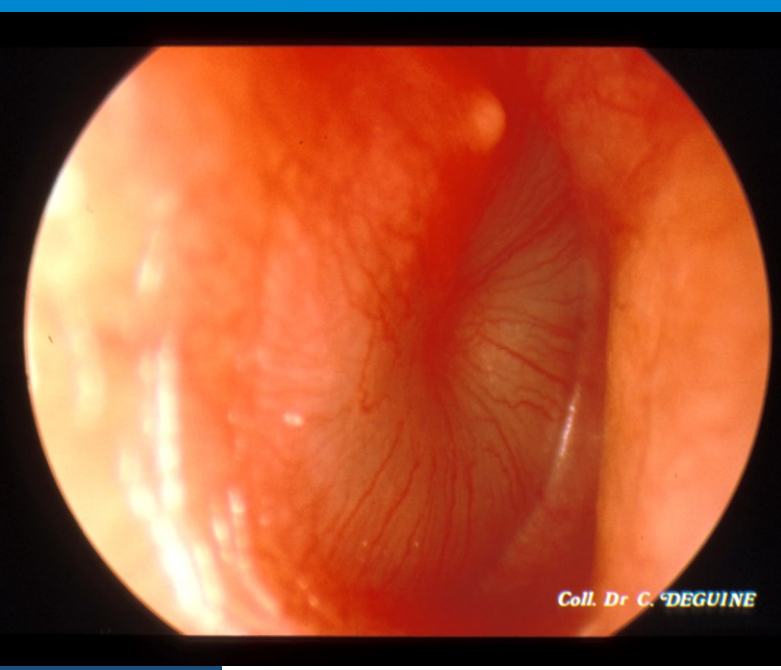
Complète



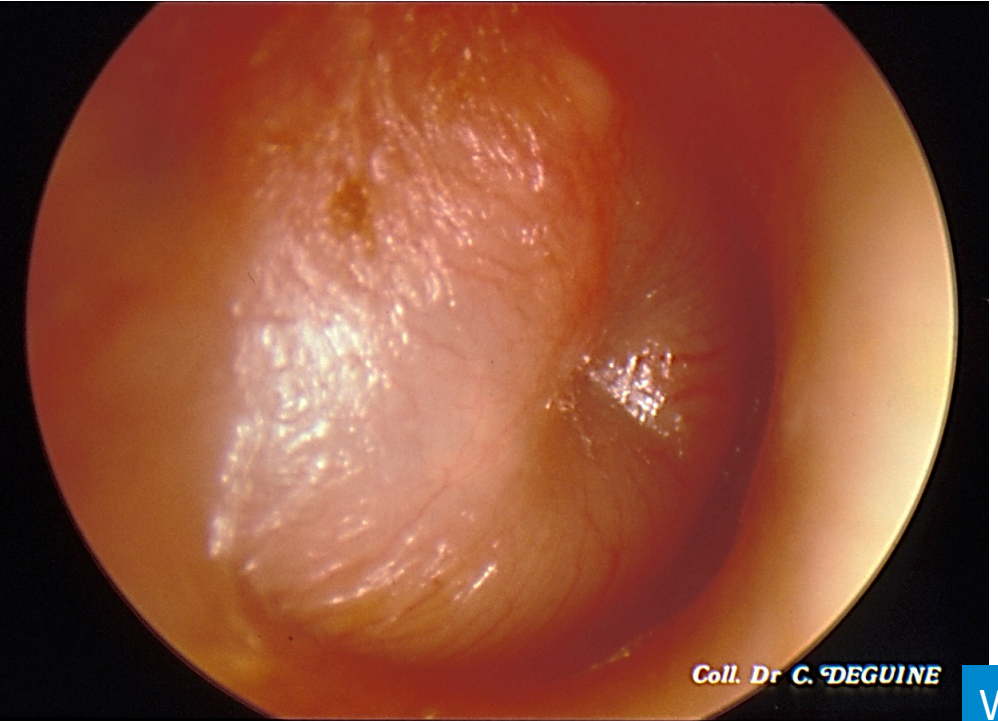
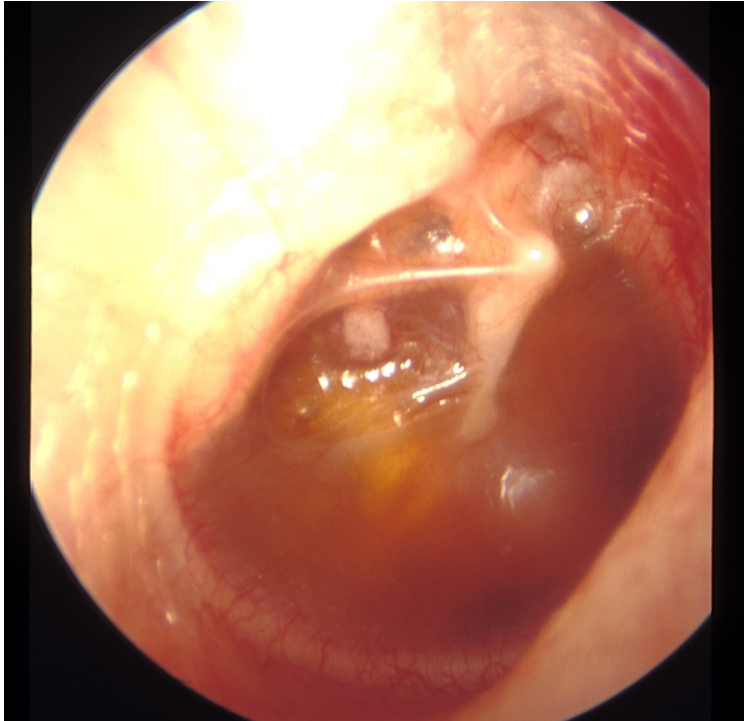
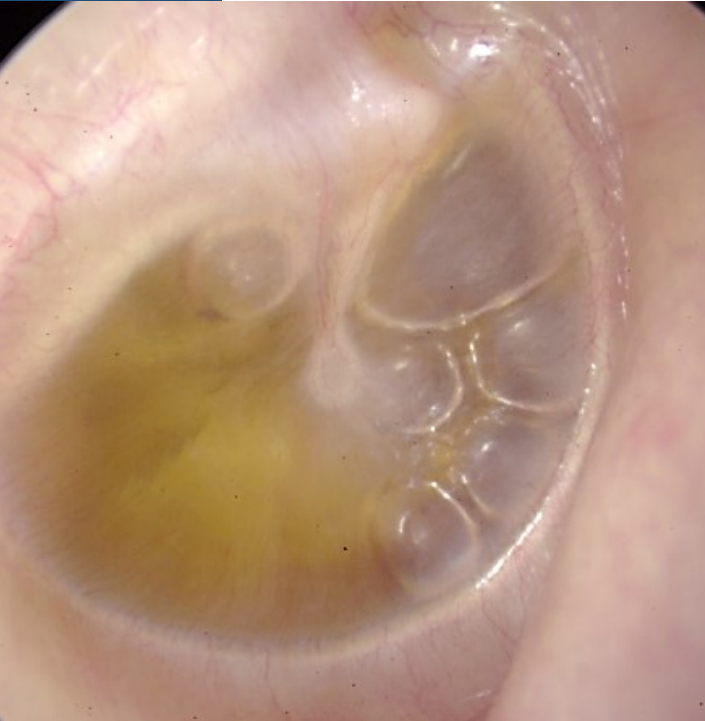
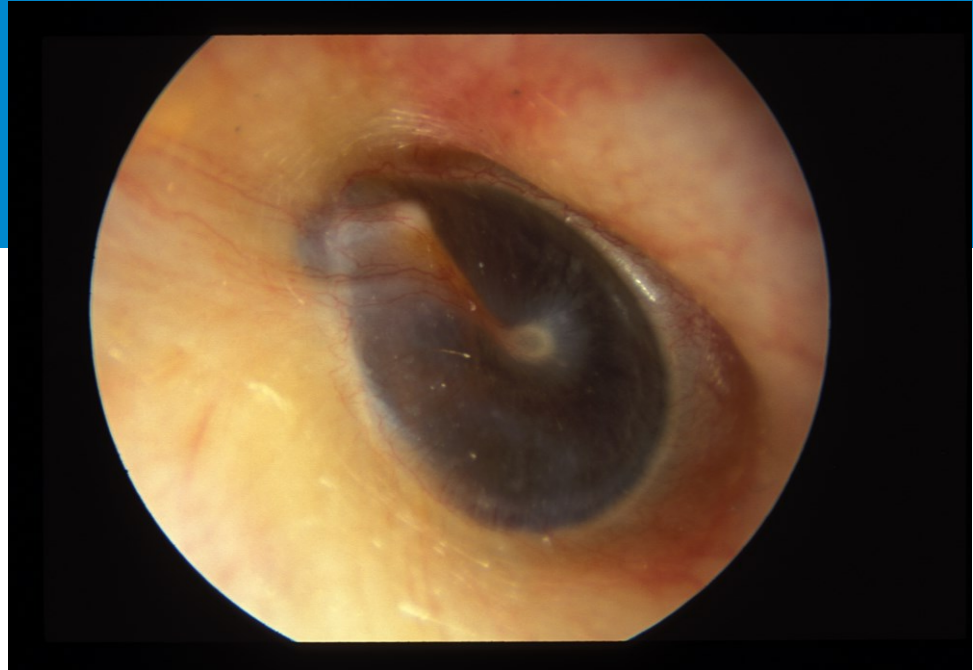
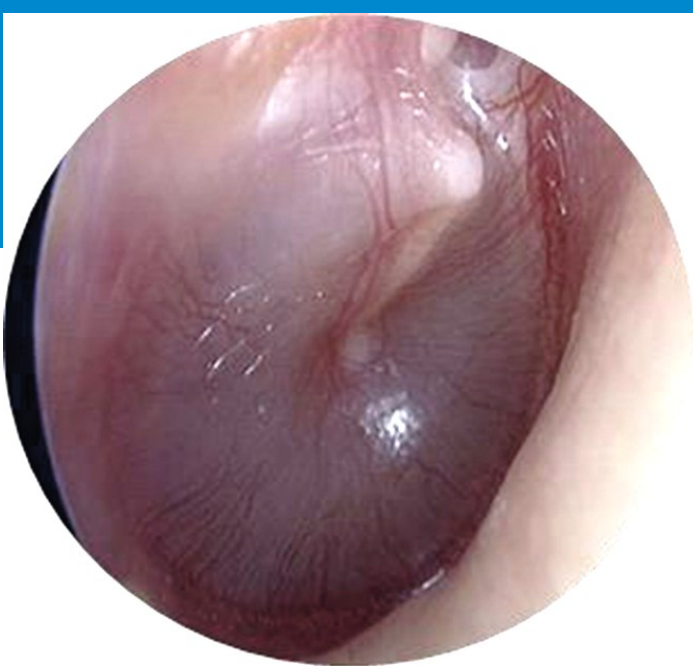
Souvent associé à une aplasie majeure du pavillon

Attention, dans certaines otites chroniques, il est nécessaire de faire une exclusion d'oreille, donc de fermer le conduit (rare chez l'enfant)



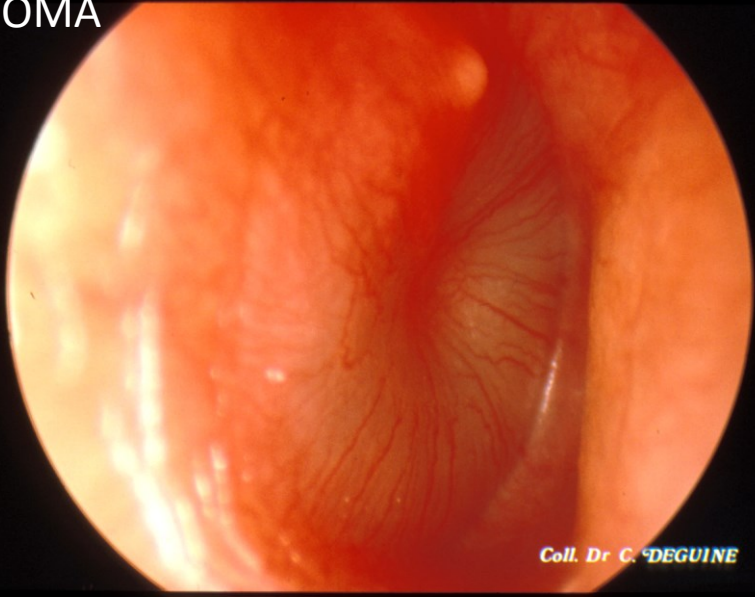


Coll. Dr. C. DEGUINE



Coll. Dr. C. DEGUINE

OMA



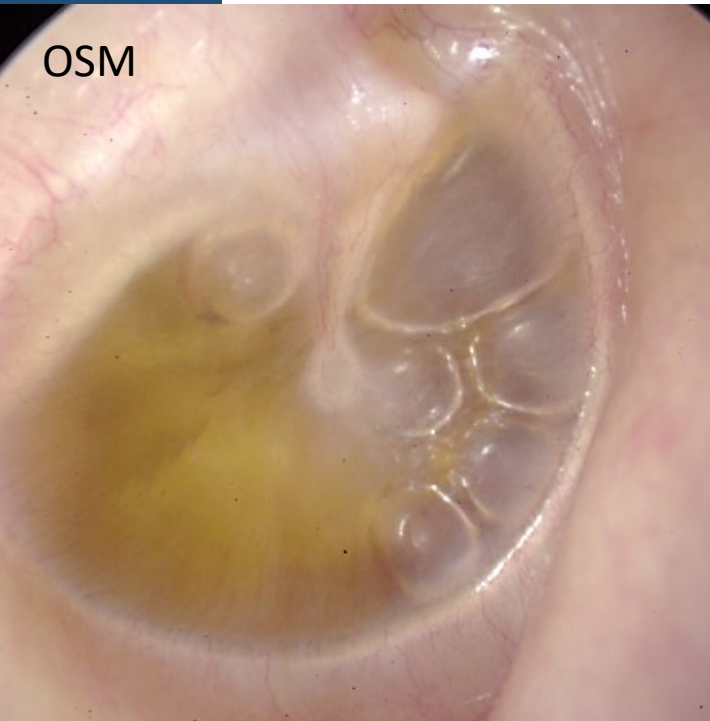
OSM



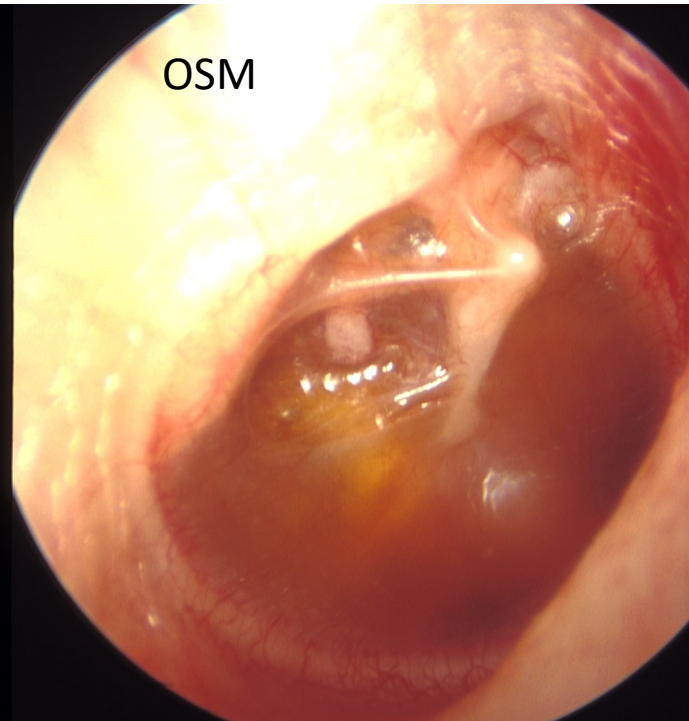
OSM



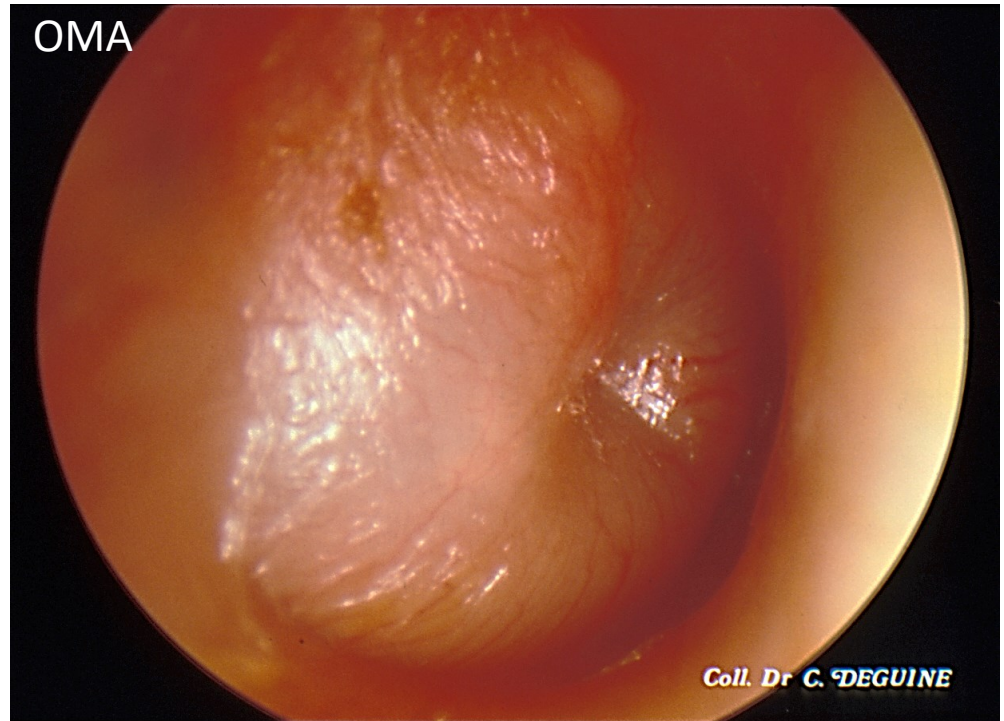
OSM



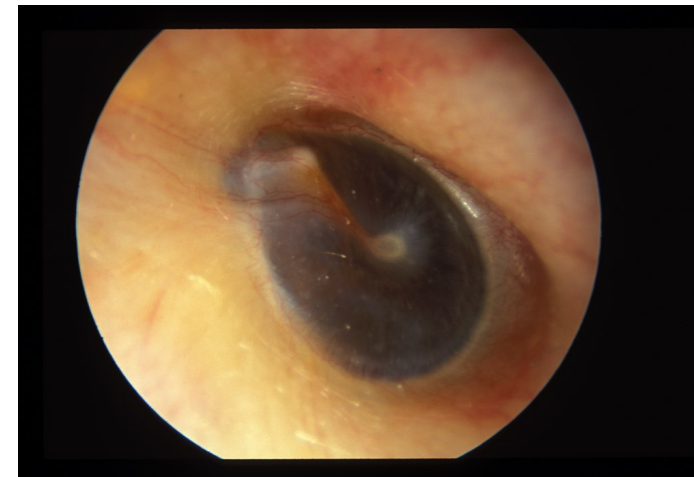
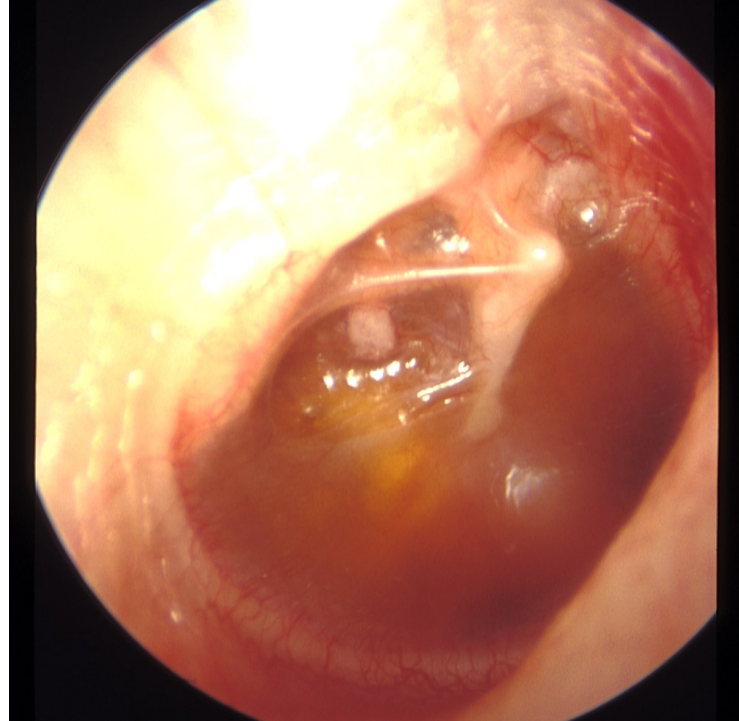
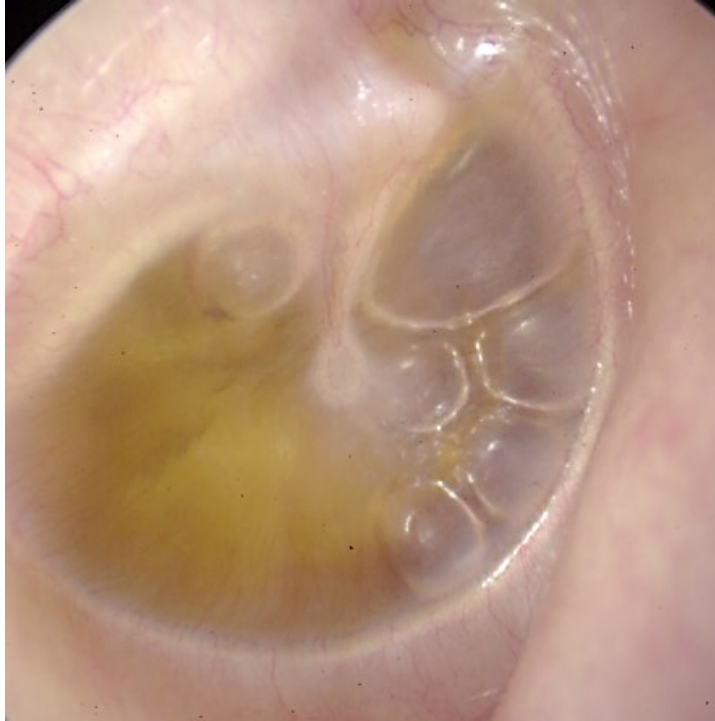
OSM



OMA

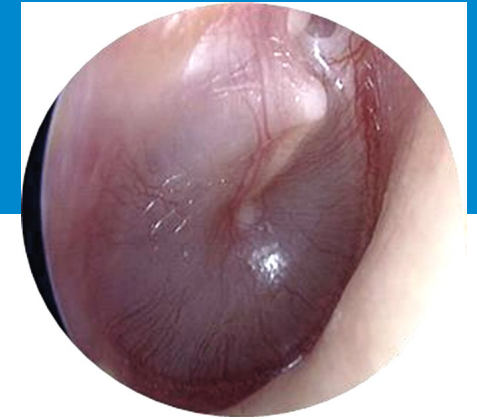


# Otite séro-muqueuse



- Sécrétions séreuses : liquide citrin
- Epaissement muqueux : tympan plus opaque
- Indolore, sauf au décubitus de manière transitoire
- Par définition : **évolution de plus de 3 mois**
  - Mais souvent aspect similaire en cours d'infection virale
  - = « Epanchement post-otitique » si <3 mois

# Otite séro-muqueuse



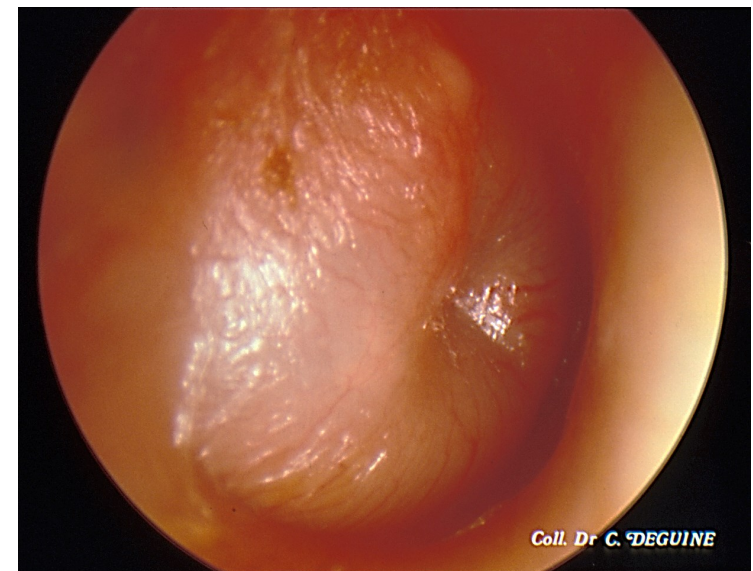
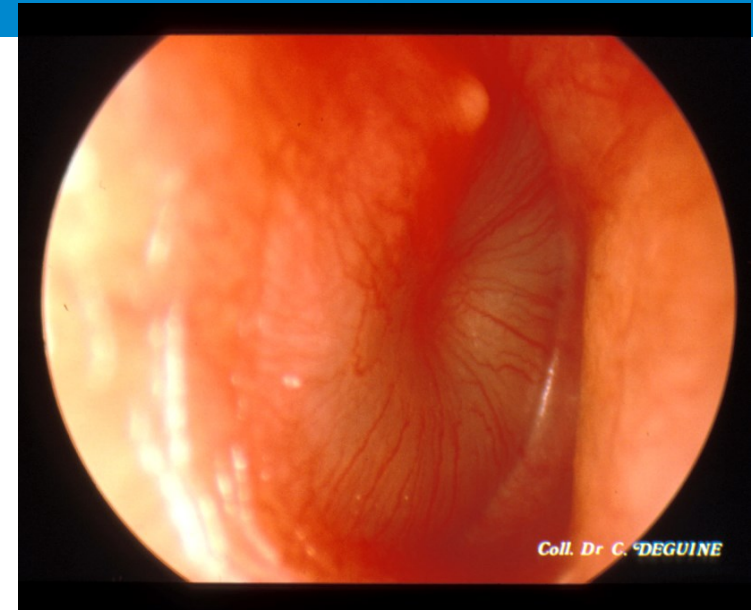
## Recommandations SFORL 2016

- Traitements
  - DRP
  - Auto-Insufflation tubaire (Otovent®)
  - Adénoïdectomie si >4ans ou obstruction nasale
  - ATT
- Autres thérapeuthiques?
  - Mucolytique
    - « pourraient améliorer l'OSM sans efficacité à long terme dans un tiers des cas »
  - Corticothérapie per os ou par voie inhalée
    - Pas d'efficacité à moyen/long terme => intérêt si symptômes nasaux
  - Cure thermale
    - Amélioration sans guérison prouvée, non recommandée
  - ATB : non indiqués
  - Anti-histaminiques : non indiqués
  - Décongestionnants : non indiqués



# Otite moyenne aiguë

- Inflammation aiguë de l'oreille moyenne
- Classiquement purulente (collectée ou non)
  - Forme bactérienne
    - Pneumocoque, H. Influenzae, B. Catarrhalis
- ATB : Amoxicilline en 1<sup>e</sup> intention
  - 48h d'abstention si plus de 2 ans et bien toléré
  - Augmentin si échec
- Mais aussi d'origine virale
  - OMA congestive (pas d'épanchement)
  - « Epanchement post-otitique »



# Otite moyenne aiguë bactérienne

## Place de la paracentèse

### **OMA compliquée**

- Mastoïdite
- Méningite
- Paralysie faciale
- Mauvaise tolérance clinique (sepsis, convulsions fébriles, AEG...)

### **OMA sur terrain fragile**

- Nourrisson de moins de 3 mois, déficit immunitaire

### **OMA résistante**

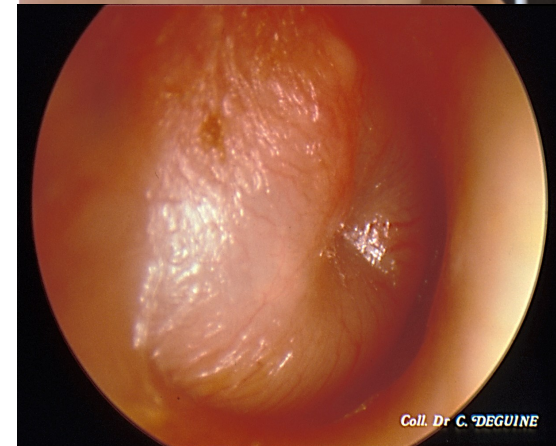
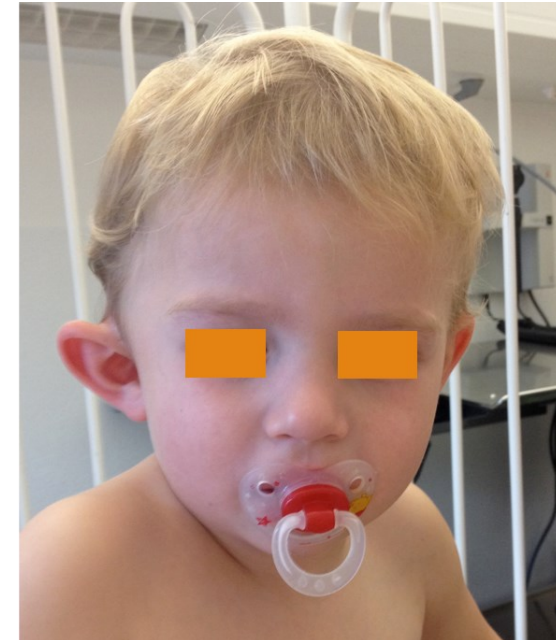
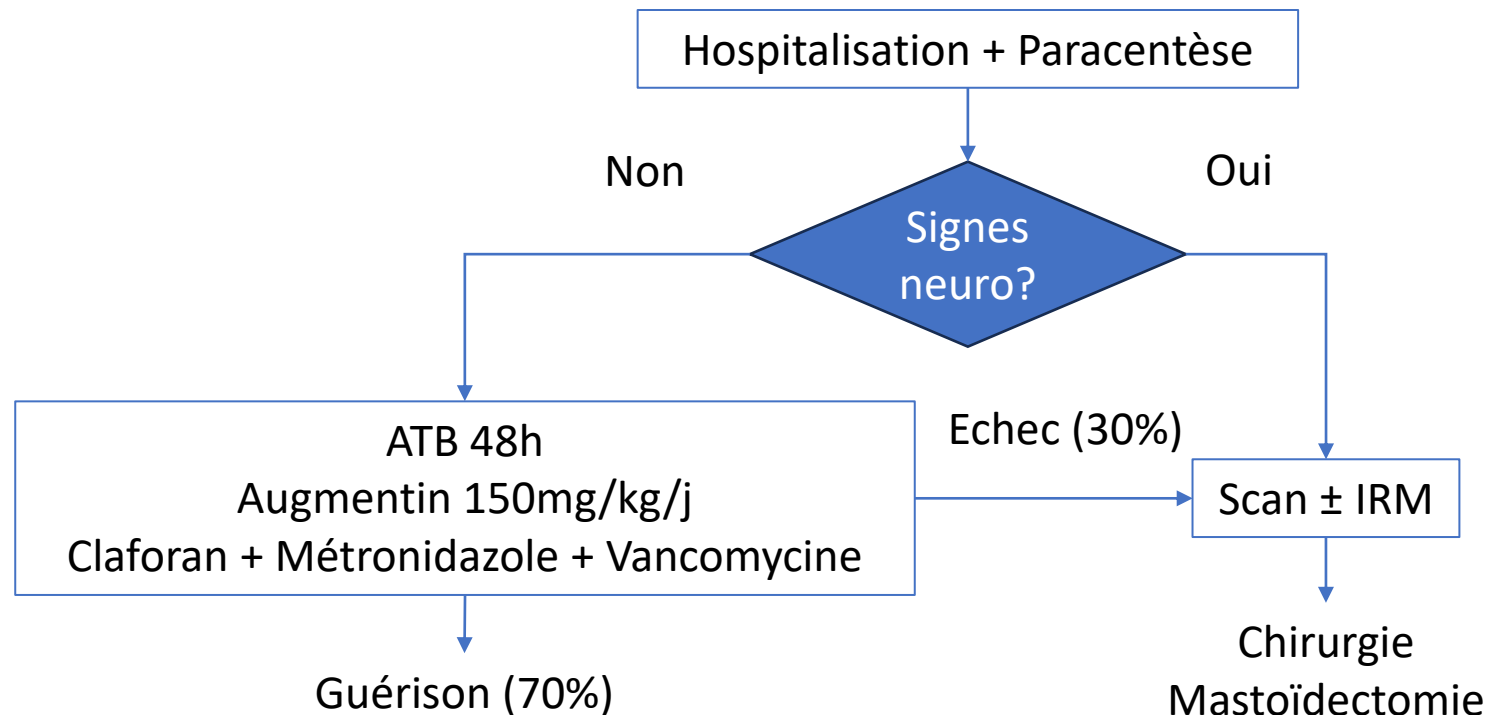
- Après 48h d'Augmentin

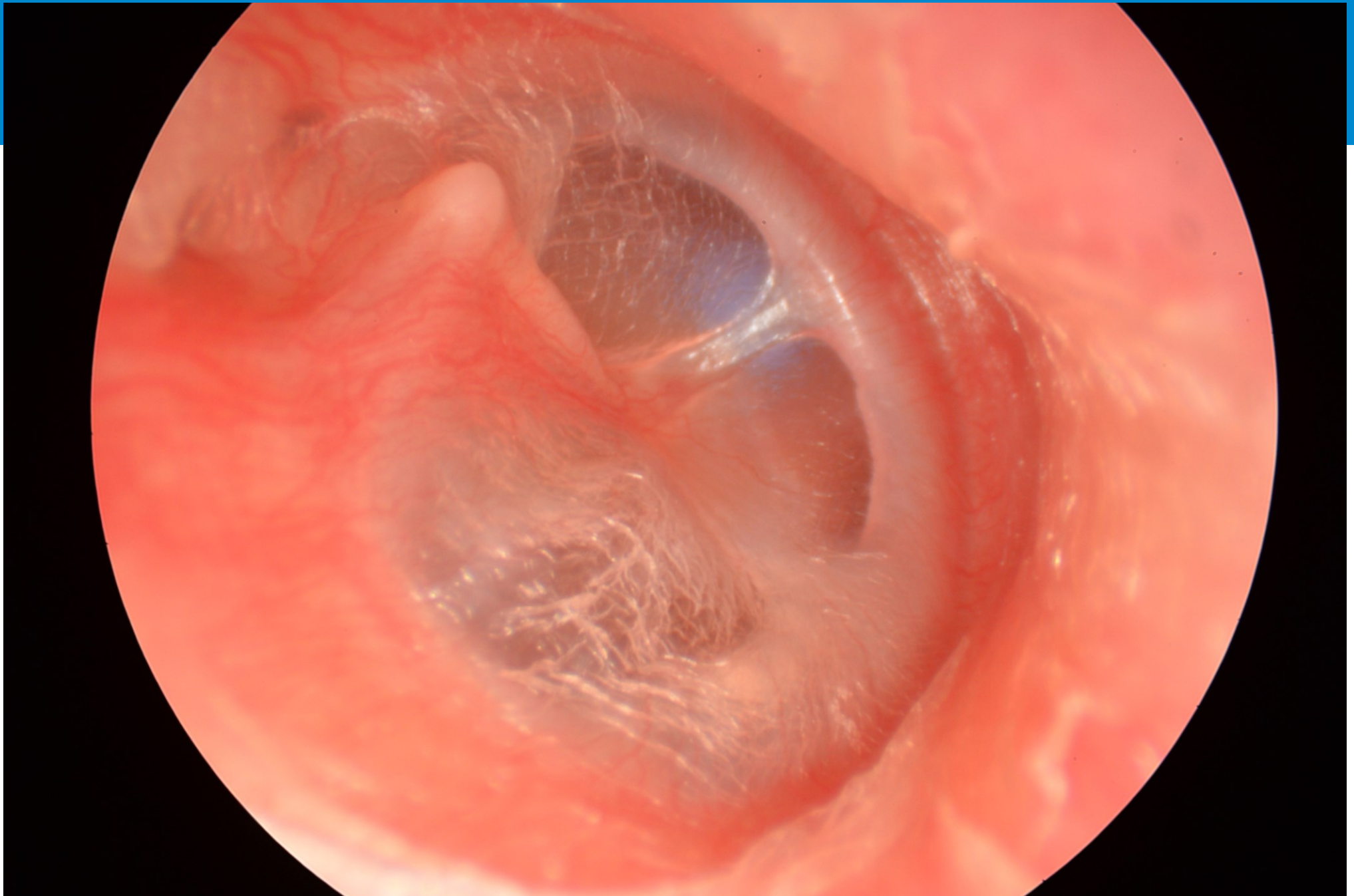
### **OMA hyperalgique**

- Nécessité de morphinique

# Mastoïdite

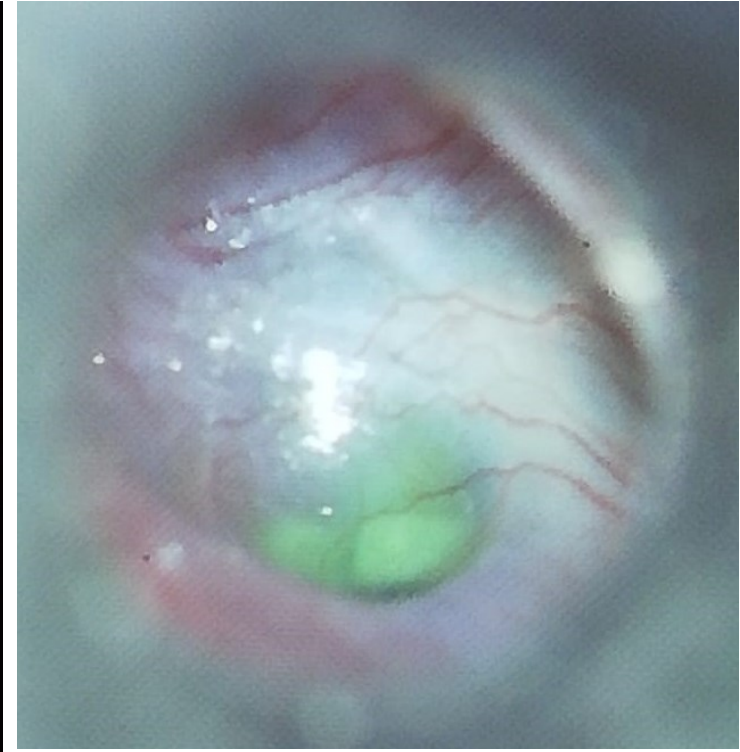
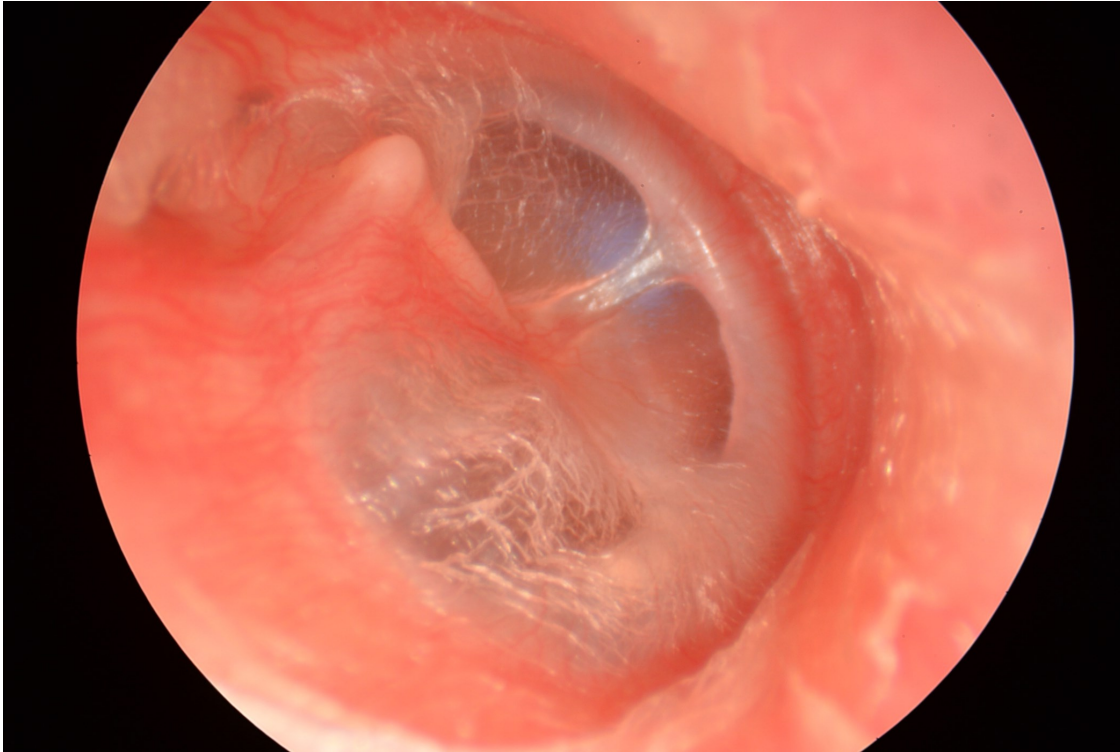
- Diagnostic clinique!
  - Un scanner en contexte d'OSM retrouvera un épanchement mastoïdien
- Prise en charge







# ATT rétro tympanique

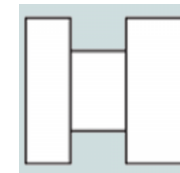
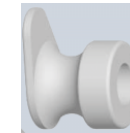
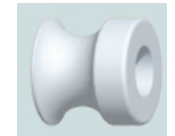
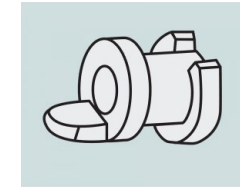


- Ce n'est pas grave!
- 1% des ATT
- Exérèse si gêne clinique : Seulement 10% des cas

# Aérateurs transtympaniques



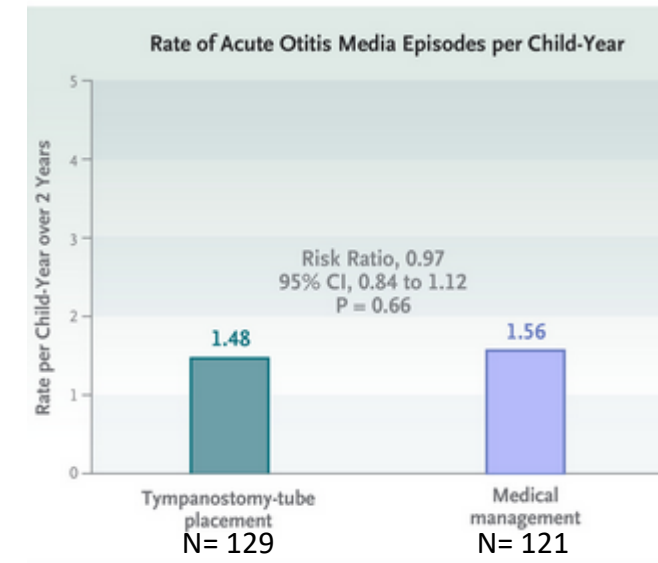
- Différents modèles



- Fluroroplastique
- Silicone
- Titane
- ....

# Indications des ATT

- OSM résistante
  - Gène auditive persistante plus de 3 mois
  - Efficacité sur la durée de vie de l'ATT
- OMA à répétition
  - Recommandation : >3 OMA en 6 mois
    - Ou >4 en 12 mois, dont la dernière il y a moins de 6 mois
  - Surtout indiqué si OSM entre les crises
  - Hoberman et al. NEJM 2021 : Pas d'amélioration significative du nombre d'OMA par les ATT par rapport à un traitement médical.
    - Inclusion : 3 épisodes en 6 mois ou 4 en 12 mois
- Poche de rétraction
  - Efficacité difficile à évaluer dans la littérature (hétérogénéité)



*Hoberman et al NEJM 2021*

# Types d'ATT

## Courte durée

- 6 à 12 mois
- Type Shepard, Paparella
- Fût court 2 mm



a



## Durée intermédiaire

- 9 à 14 mois
- Type Armstrong



b



## Longue durée

- Ablation systématique
- T-Tube
- Fût long 8-12 mm



c



Pas d'éviction aquatique

Eviction aquatique

# Otorrhée sur drain : 26% des enfants (3-50%)

- **Physiopathologie :**

- Souvent : Otorrhée d'élimination de l'OSM majorée par une infection virale intercurrente
- Parfois : Otorrhée par biofilm bactérien local

- Germes les plus fréquents en culture:

- **Germes du conduit auditif externe :** Pseudomonas aeruginosa/Staph aureus
- **Germes OMA (classique):** Pneumocoques, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis

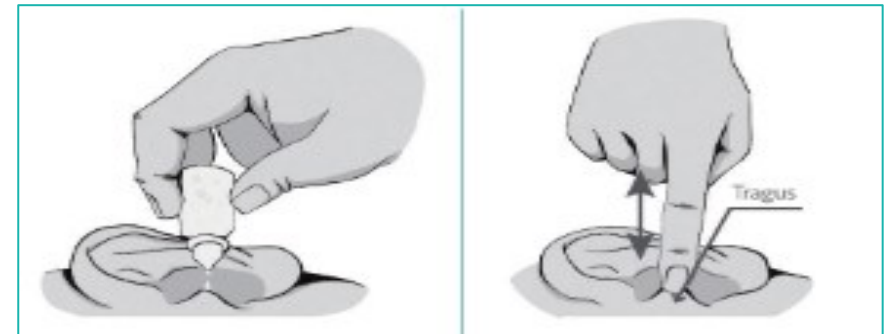
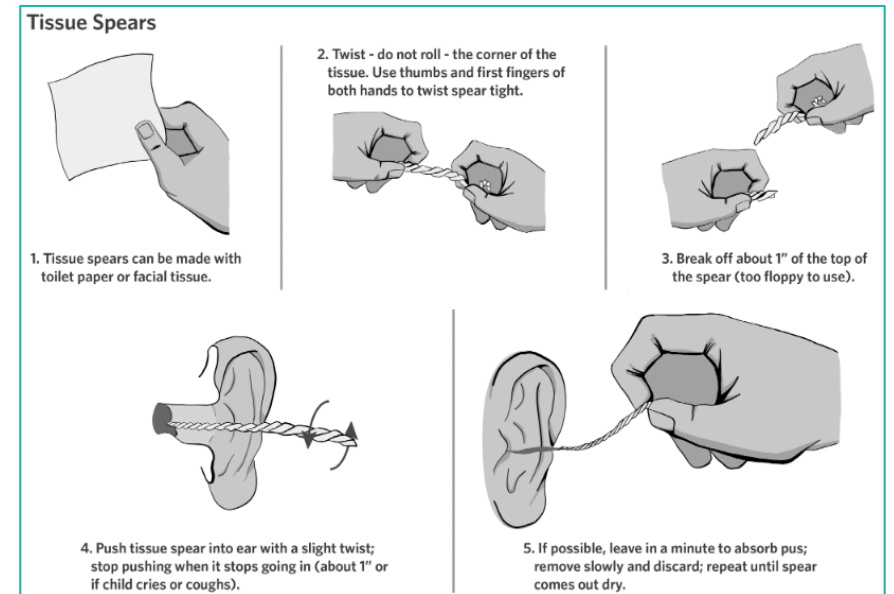
# Otorrhée sur drain

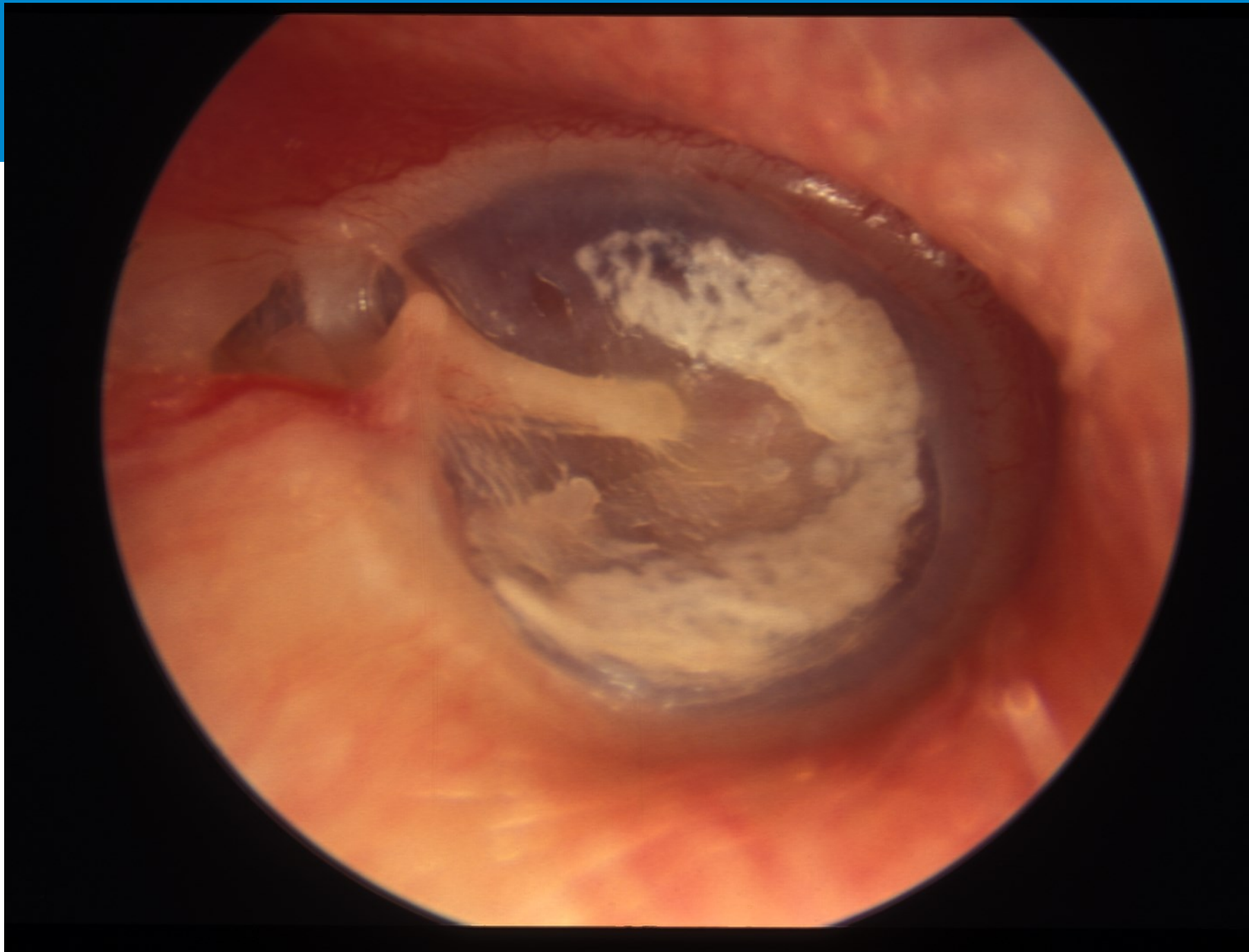
- Comment différencier une élimination d'OSM d'une surinfection bactérienne?
- OSM
  - Indolore
  - Liquide clair à la **sortie du drain**
- Surinfection / OMA
  - Dououreux
  - **Liquide purulent à la sortie du drain**
- Fièvre : faux ami
  - Si absente : plutôt OSM (viral)
  - Si présente : soit viral soit bactérien

# Otorrhée sur drain

- **Traitement :**

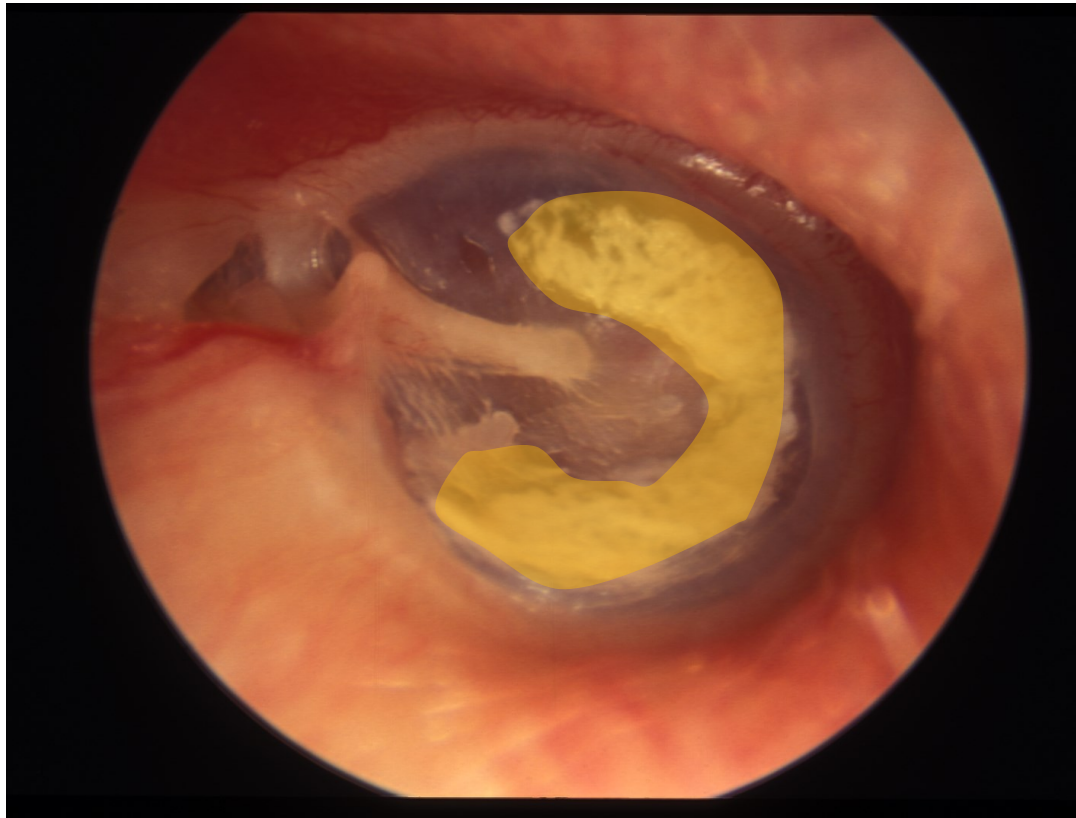
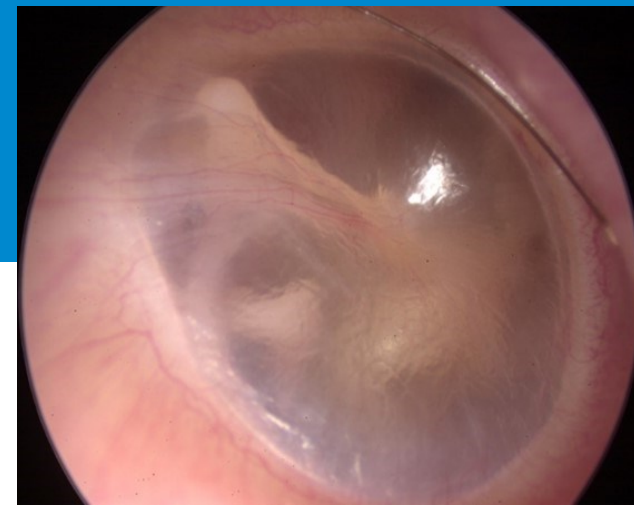
- Nettoyage du conduit
- Quinolones locales  $\pm$  Dexaméthasone 7-10j  
1000 x plus concentrées
  - Efficacité sur les germes les plus fréquemment en cause
  - Risque de résistance faible par rapport à un traitement per os par Augmentin
- Désobstruction rhinopharyngée
- + Wait and see
  - Souvent liée à une infection virale
  - Régression spontanée avec la guérison virale





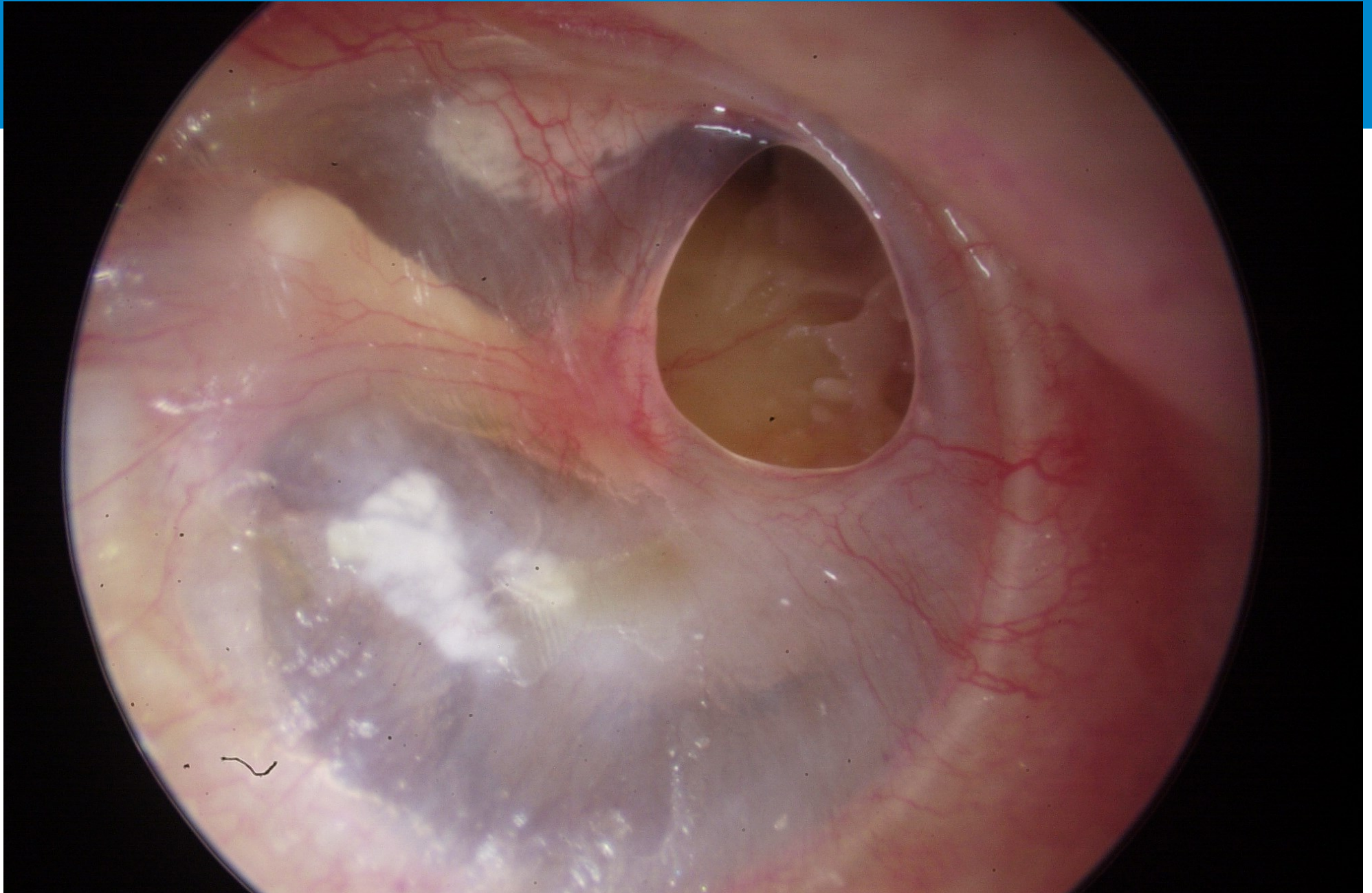


# Tympanosclérose

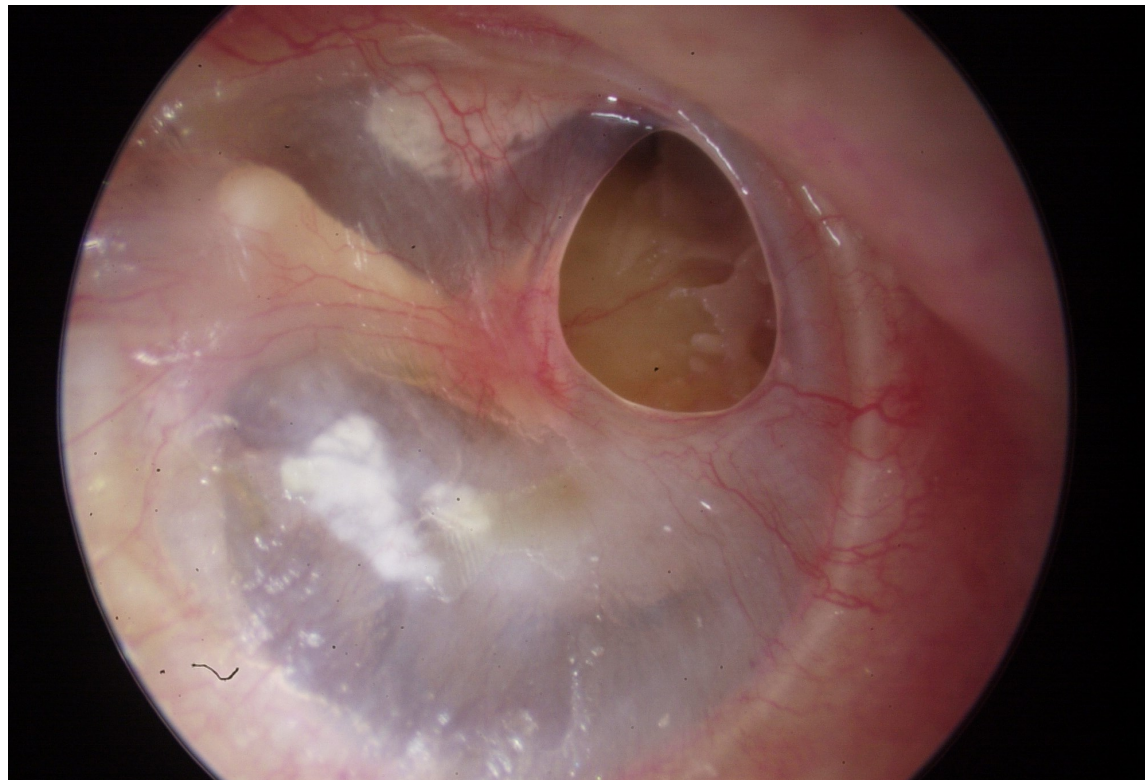
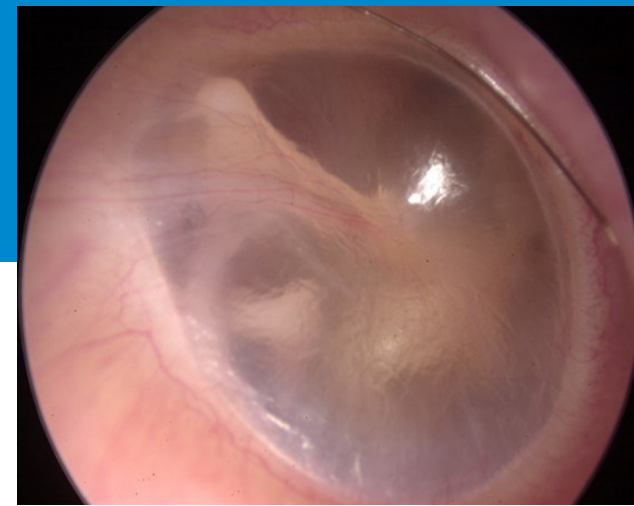


Dépôts calciques

- **Tympanosclérose**
- Infiltration hyaline de la membrane tympanique
  - Séquelle cicatricielle d'Otites moyennes
- Pas de retentissement auditif dans plus de 90% des cas
- Pas de traitement spécifique



# Perforations



---

## OTOSCoPIE

---

Où?

Taille

Os (lyse?osselets?)

Squames (non-autonettoyant)?

Contrôlable

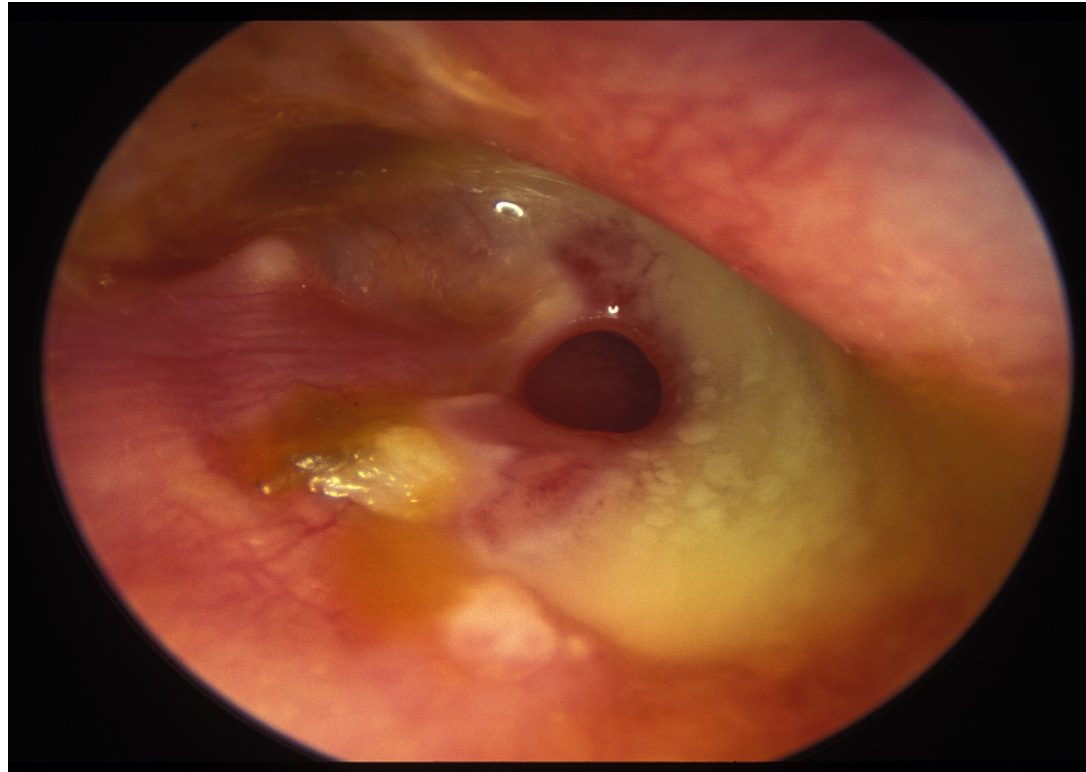
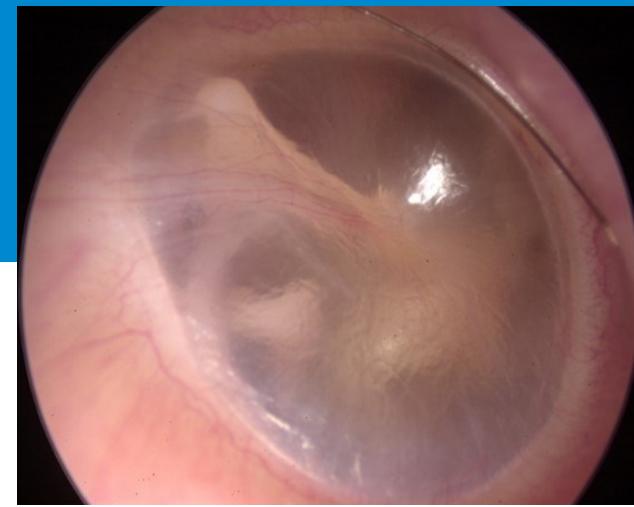
Propre

Inflammatoire/Infectée?

Extension au cadre

---

# Perforations



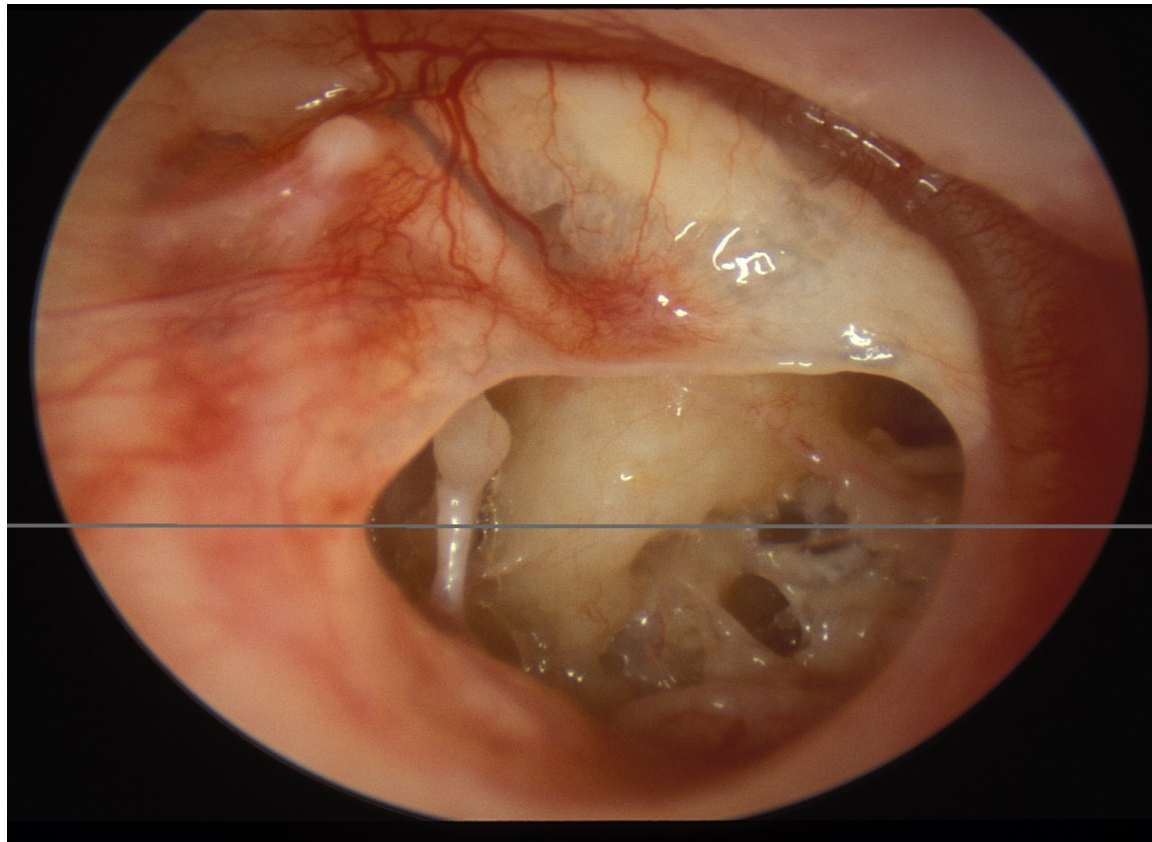
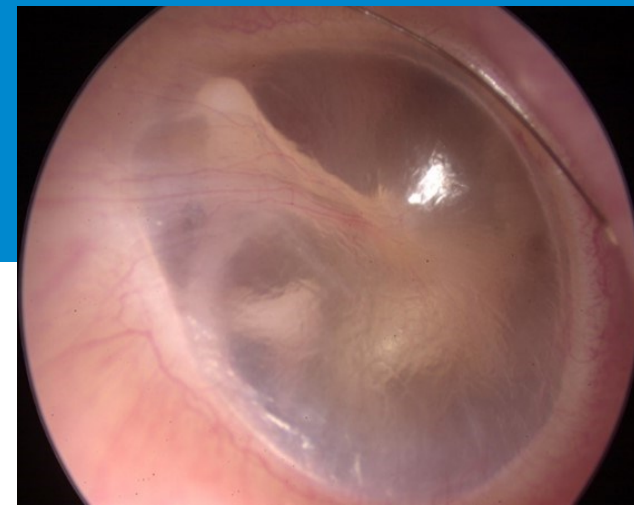
## OTOSCoPIE

Où?	Droite / PI
Taille	10%
Os (lyse?osselets?)	Non
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	
Propre	Infectée
Inflammatoire / Infectée	Infectée
Extension au cadre	Non marginale

Probablement le résultat d'une surinfection d'origine aquatique

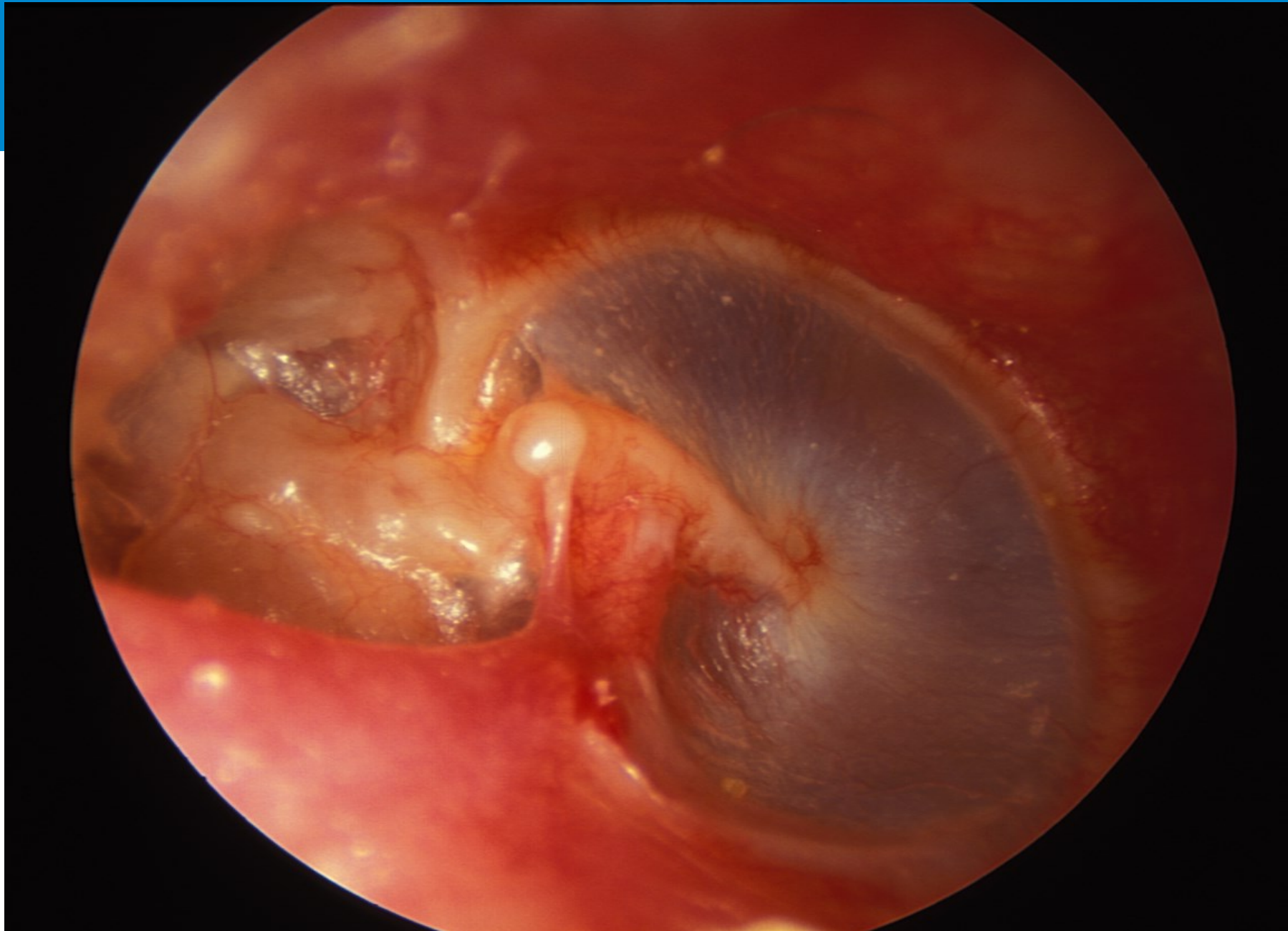
➤ Pas d'eau sur une perfo!

# Perforations

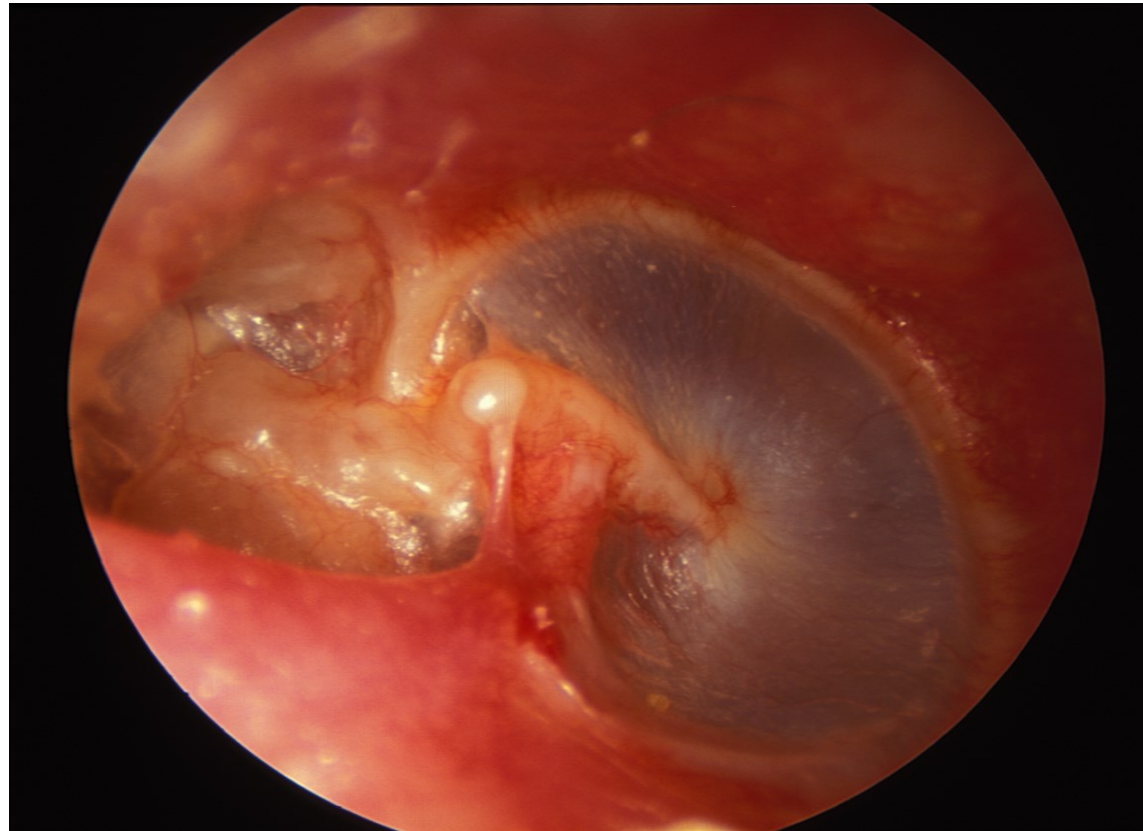


## OTOSCOPIE

Où?	Droite / PI
Taille	50%
Os (lyse?osselets?)	Oui
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	
Propre?	Propre
Inflammatoire/Infectée?	Inflammatoire
Extension au cadre	Marginale



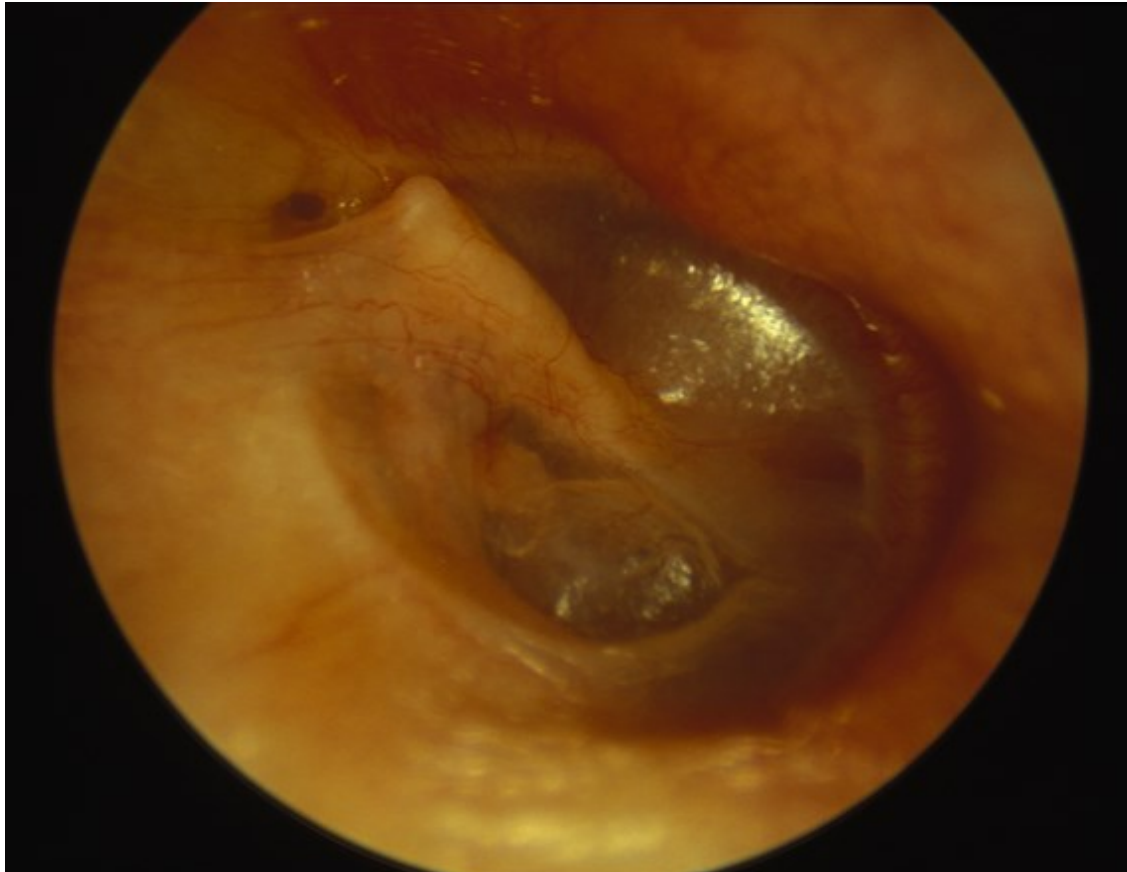
# Poche de rétraction



## OTOSCOPIE

Où?	Droite/P. Flacida
Taille	
Os (lyse?/osselets?)	Oui?
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	Non
Propre	Propre
Inflammatoire / Infectée?	Non
Extension au cadre	Marginale

# Poche de rétractions

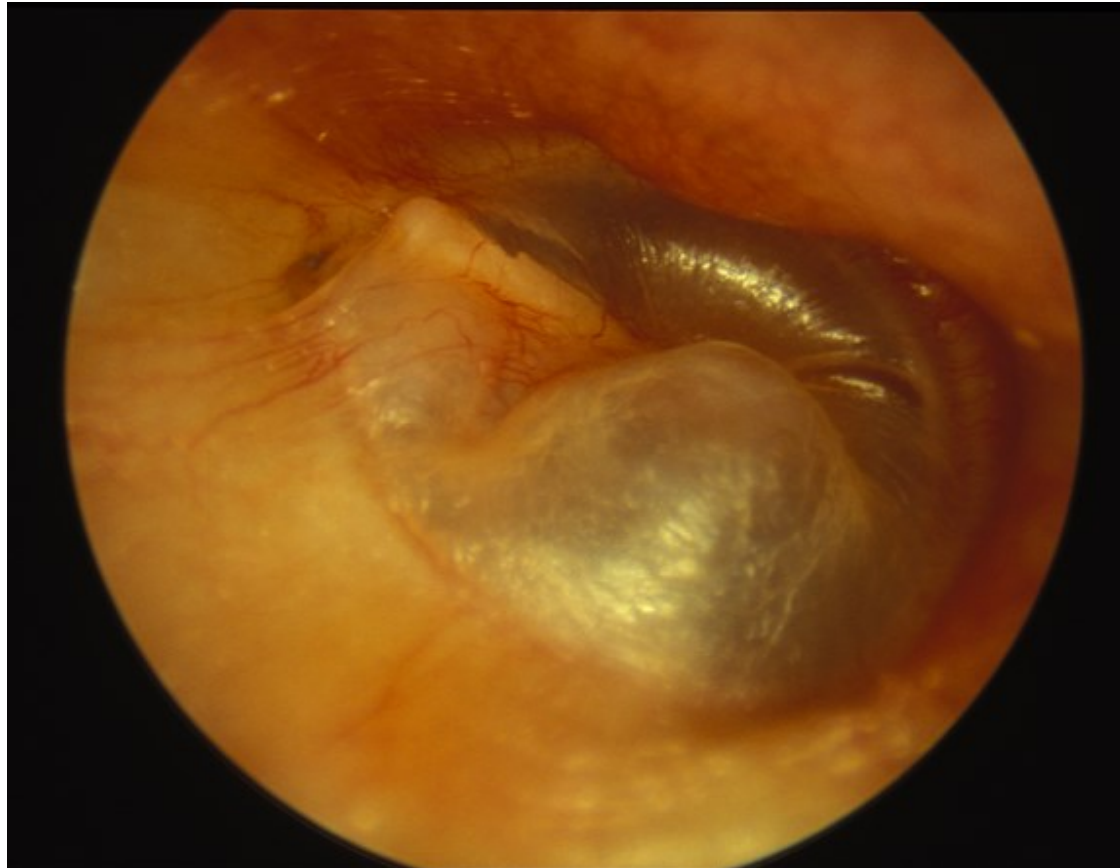


OTOSCOPIE	
Où?	Droite/ Postérieur
Taille	20%
Os (lyse?/osselets)	Oui ? (Incus/Stapes)
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	Oui
Propre	Propre
Inflammatoire / Infectée	Non
Extension au cadre	Non marginale

Au Valsalva : Caractère Fixée?



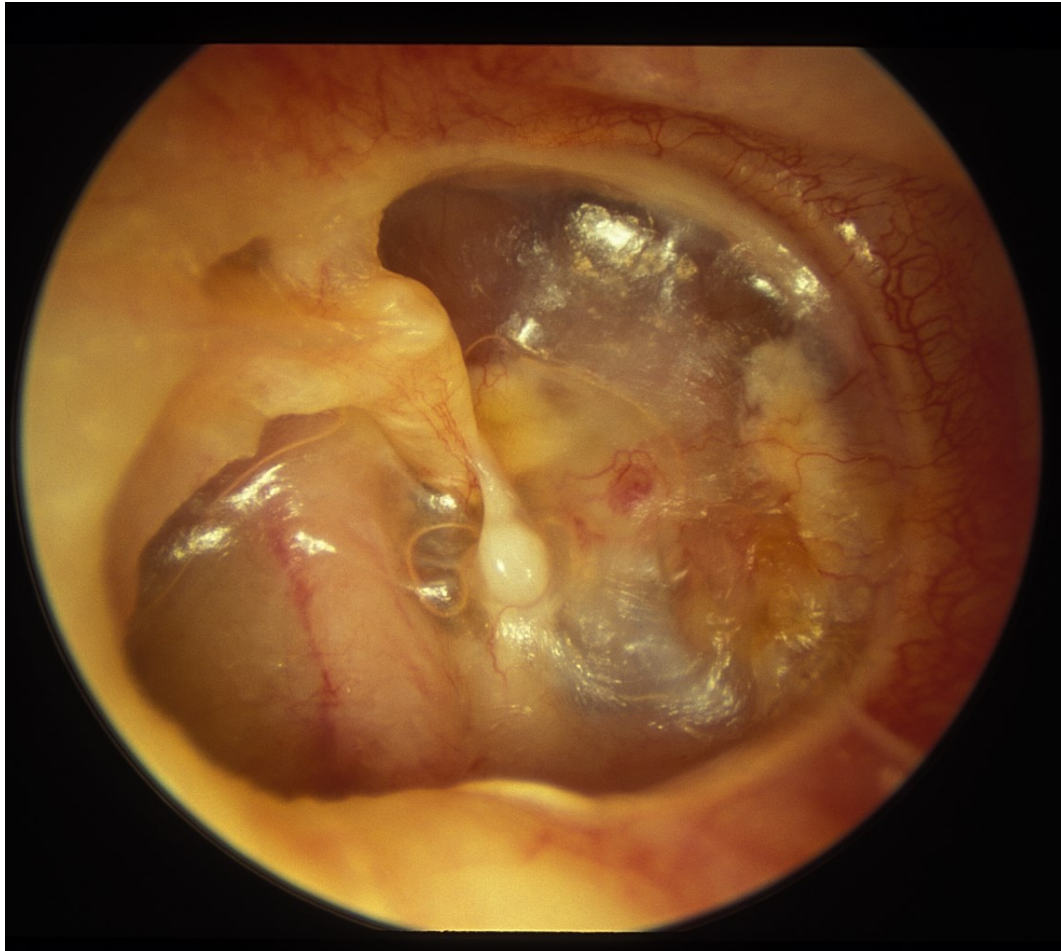
# Poche de rétractions



OTOSCOPIE	
Où?	Droite/ Postérieur
Taille	20%
Os (lyse?/osselets)	Oui ? (Incus/Stapes)
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	Oui
Propre	Propre
Inflammatoire / Infectée	Non
Extension au cadre	Non marginale

Au Valsalva : Caractère Fixée? Ici Non

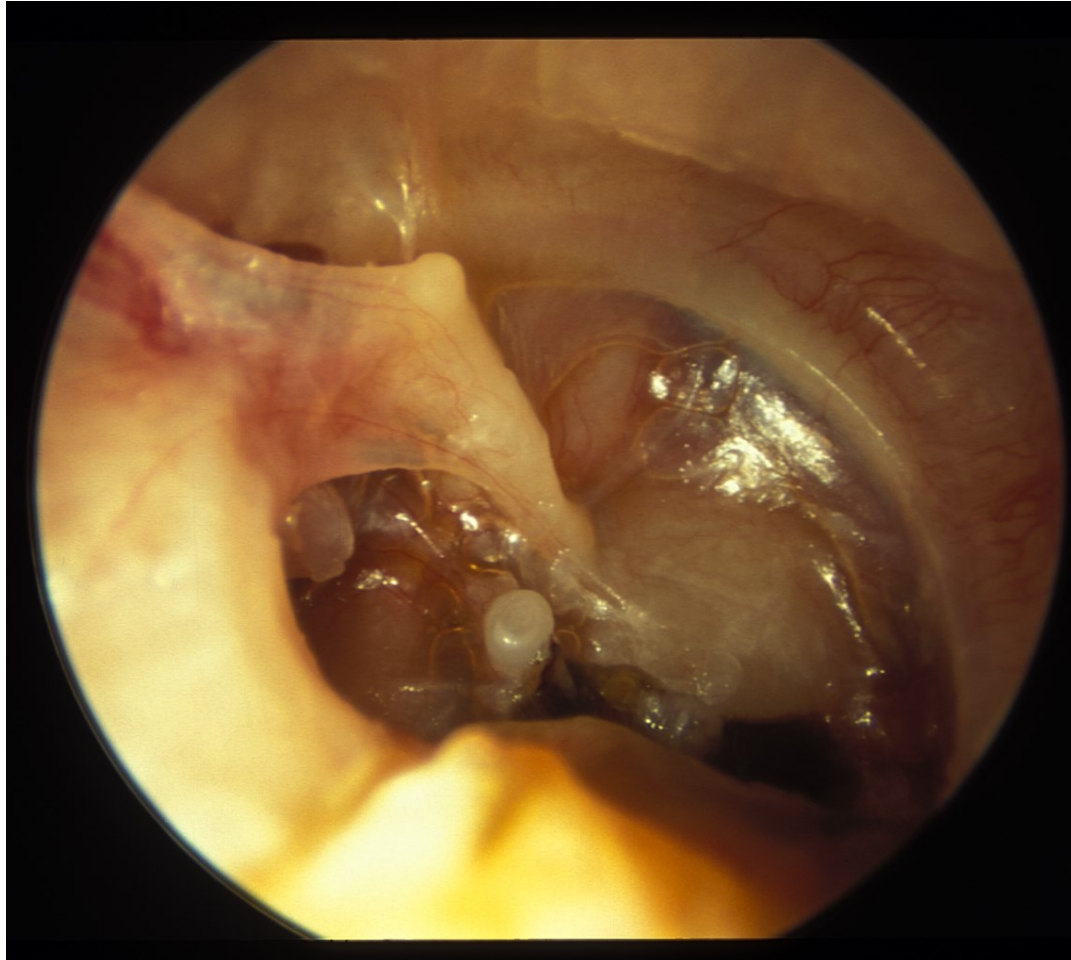
# Poche de rétractions



## OTOSCOPIE

Où?	Droite/ Postérieur
Taille	20%
Os (lyse?/osselets)	Oui (Incus)
Squames (non-autonettoyant)?	Non
Contrôlable	Oui
Propre	Propre
Inflammatoire / Infectée	Non
Extension au cadre	Non marginale

# Poche de rétractions

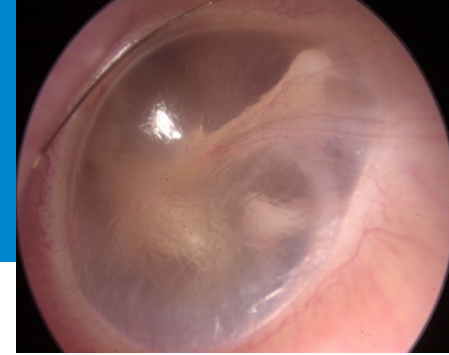


## OTOSCoPIE

Où?	Droite/ Post-sup
Taille	20%
Os (lyse?/osselets)	Oui (Incus)
Squames (non-autonettoyant)?	Non- autonettoyant
Contrôlable	Non
Propre	Propre
Inflammatoire / Infectée	Non
Extension au cadre	Non marginale

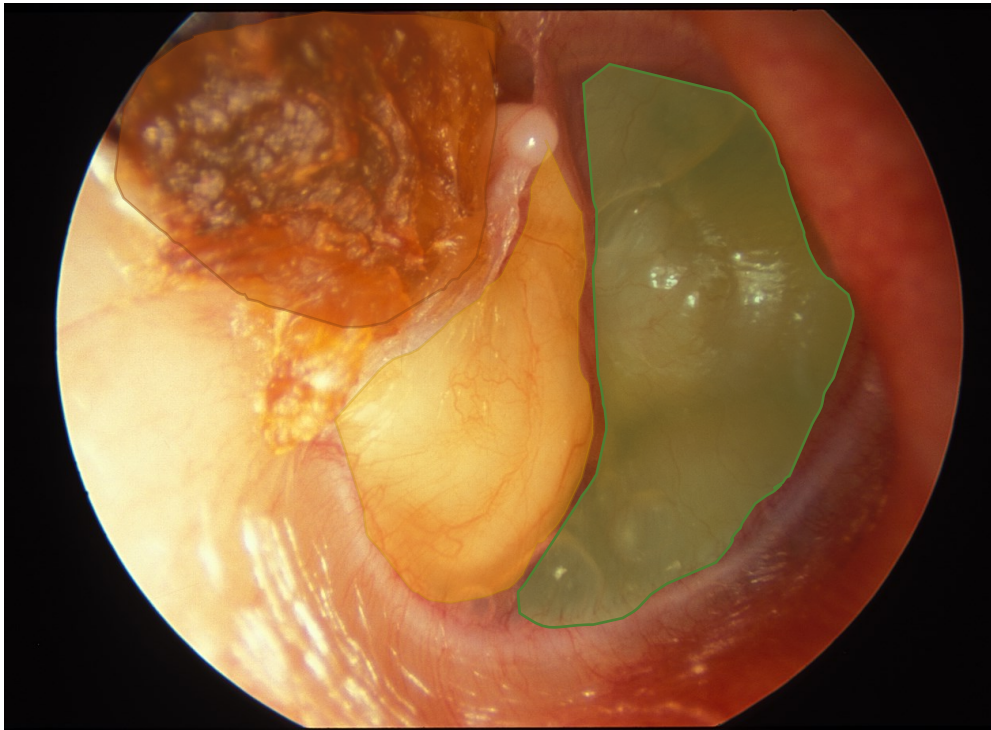


# Poche de rétractions cholestéatomateuse =Cholestéatome



Squames oxydées  
(Si c'est sur le tympan ce n'est  
pas du cérumen!)

Otite séreuse associée



Squames blanchâtre dans la  
caisse / masse blanchâtre  
rétrotympanique

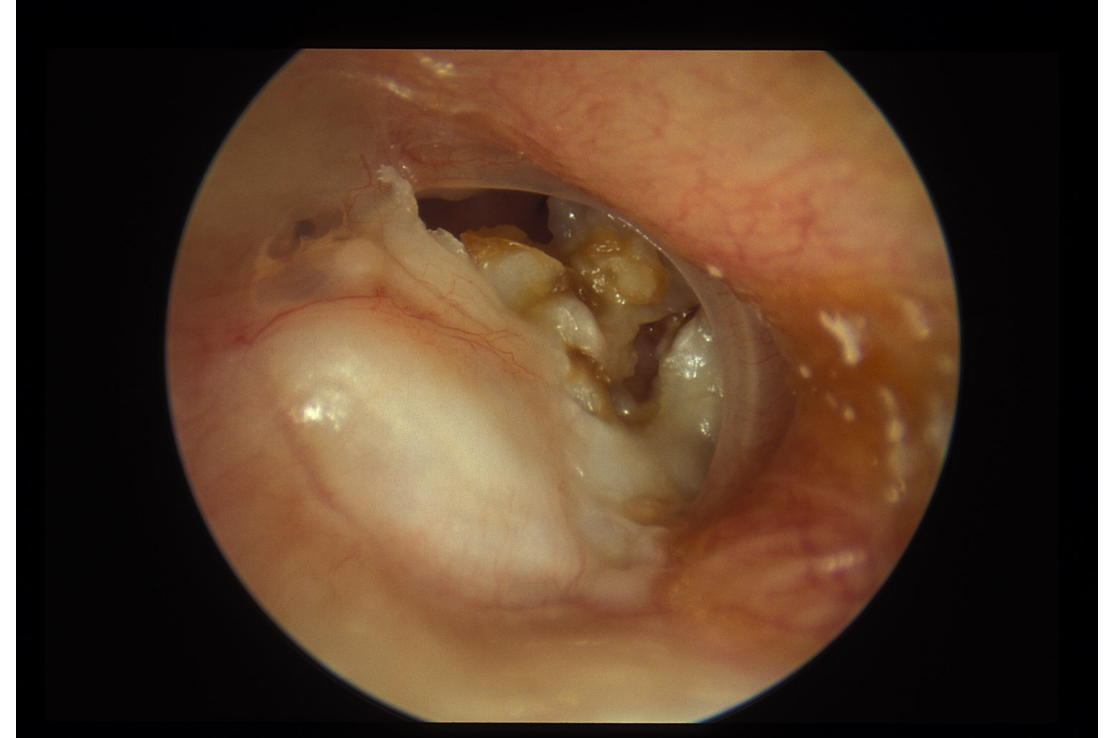
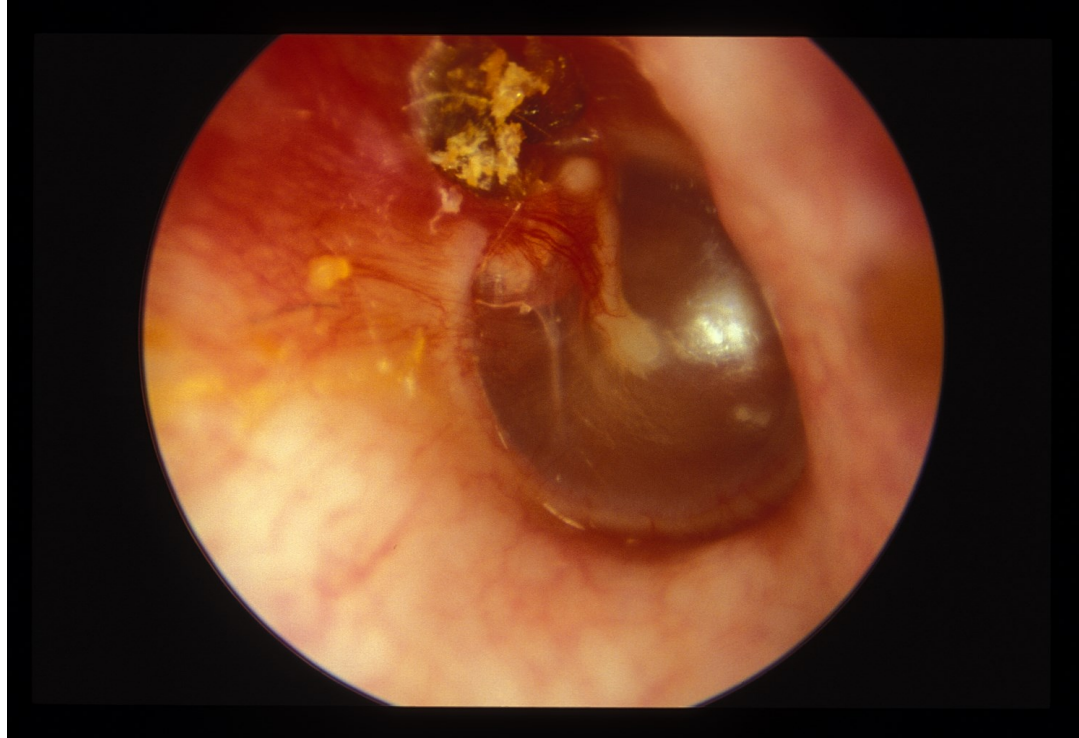
Otorrhée purulente  
possible si  
surinfection (pas ici)

## OTOSCOPIE

Où?	Droite/P. Flacida
Taille	30%
Os (lyse?/osselets)	Oui
Squames (non-autonettoyant)?	Oui
Contrôlable?	Non
Propre?	Squame
Inflammatoire/Infectée?	Inflammatoire
Extension au cadre?	Oui

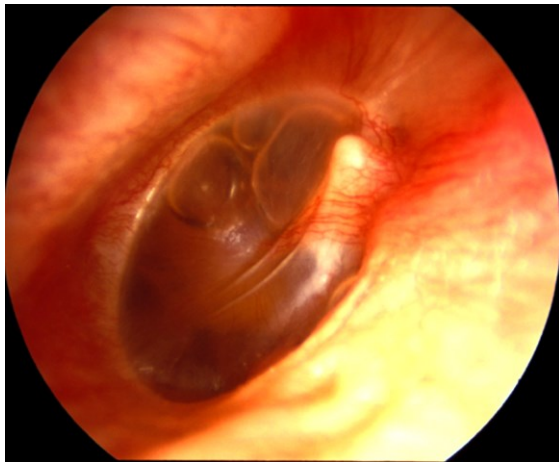
Squames = Cholestéatome

# Poche de rétractions cholestéatomateuse =Cholestéatome

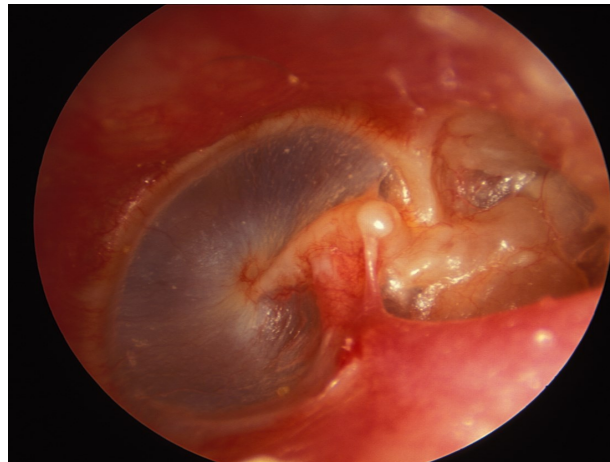


- **Cholestéatome**
  - Pseudo-tumeur épidermique au pouvoir hyperplasique et lytique
- Chez l'enfant : surtout si syndromique
- Traitement chirurgical

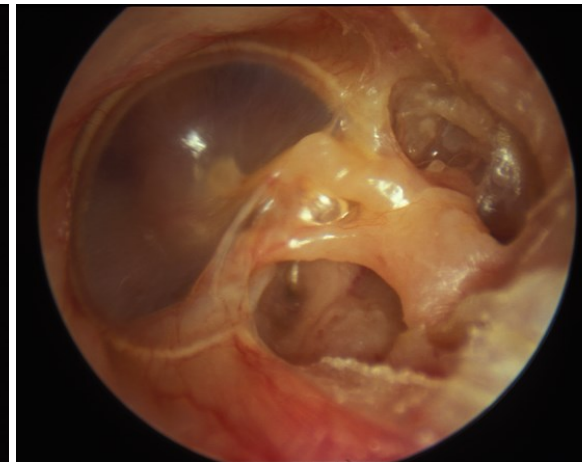
# Otites moyennes chroniques



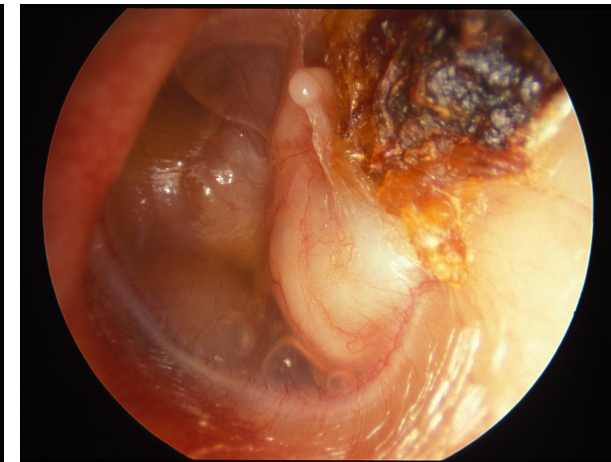
Otite séro-muqueuse  
(Etape non nécessaire)



Poche de rétraction de la pars  
flacida fixée controlable



Poche de rétraction de la pars  
flacida non controlable avec  
squames  
=Etat pré-cholestéatomateux



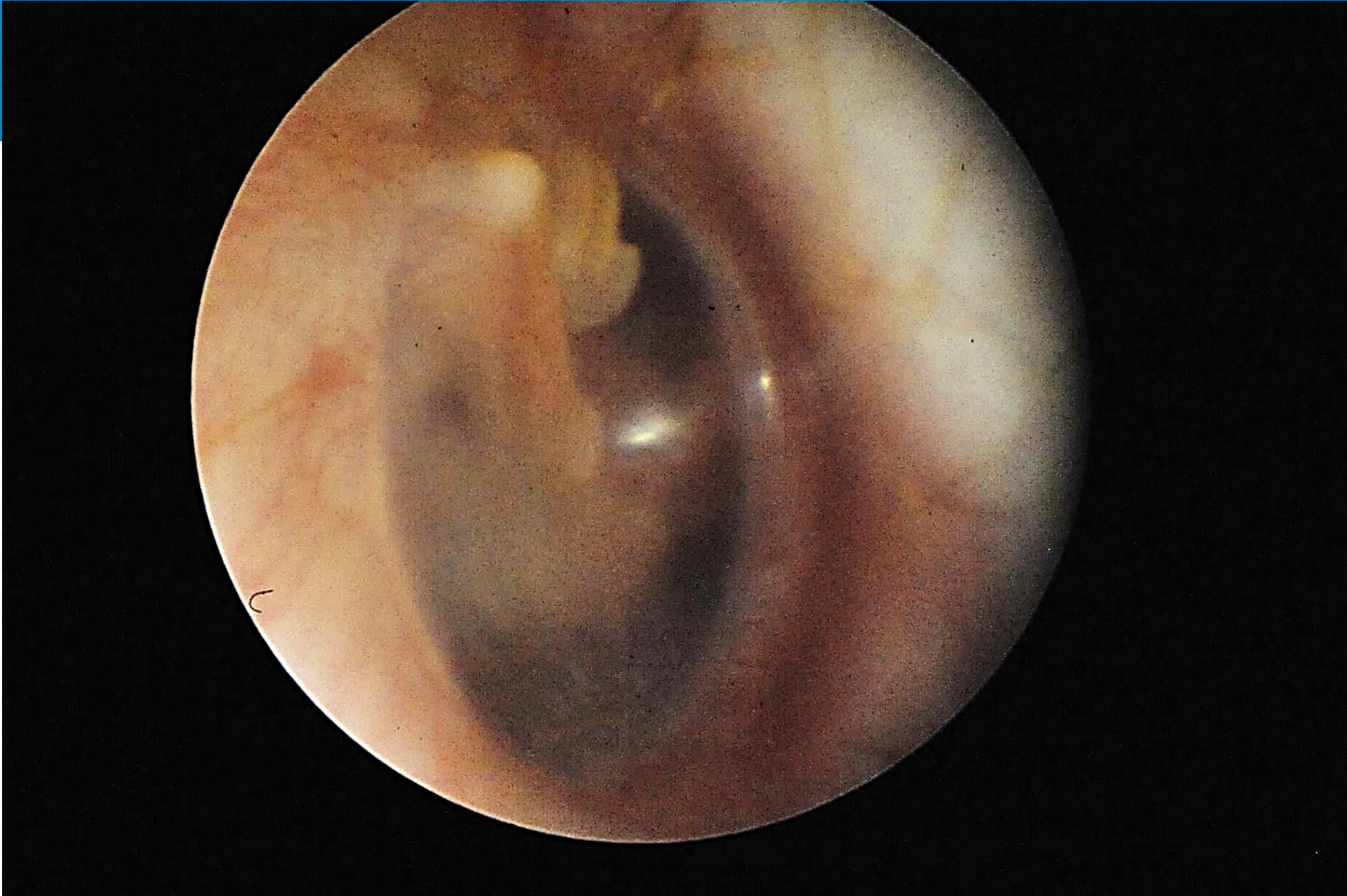
Cholestéatome

Continuité physiopathologique (plusieurs années)

Otite chronique à  
tympan fermé

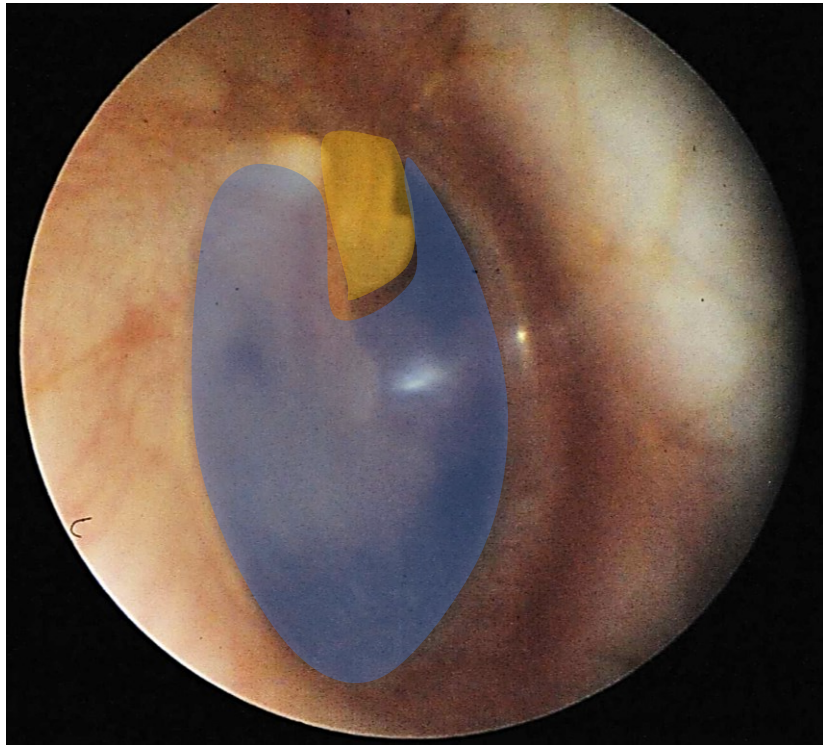
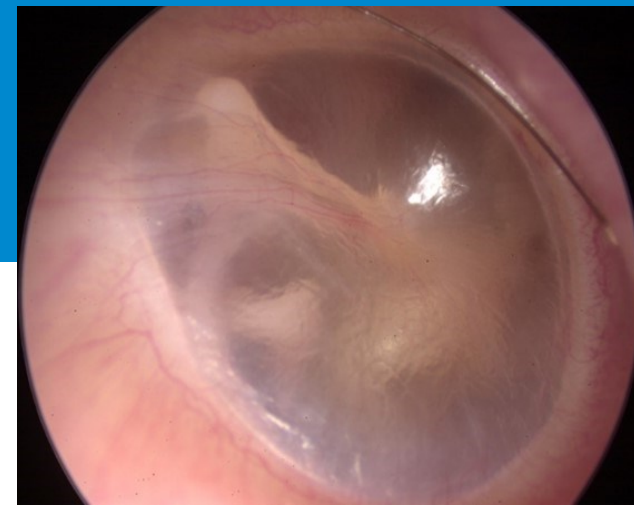
Otite chronique  
atelectasique

Otite chronique  
cholestéatomateuse  
=Chirurgie





# Cholestéatome congénital



Tympan normal

Masse blanchâtre  
rétrotympanique  
(souvent antéro  
supérieure)

## ➤ Cholestéatome congénital

**Risques :** Liés à l'augmentation de taille

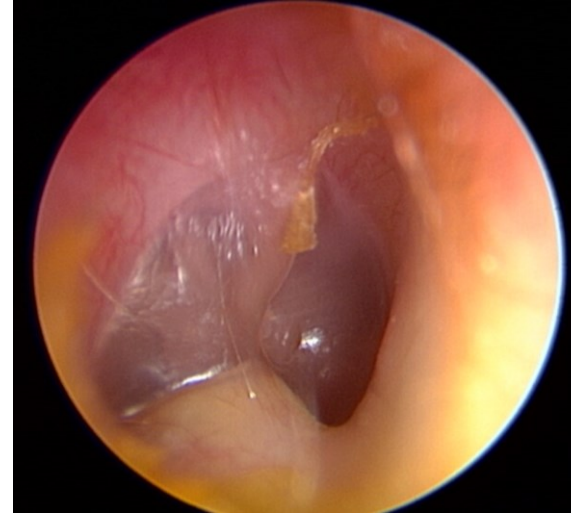
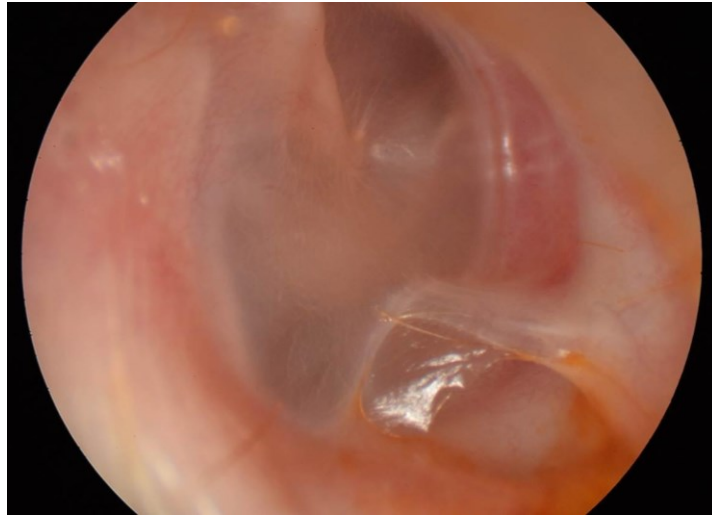
- Surdité
- Vertiges
- PFP
- Méningite

**Prise en charge :**

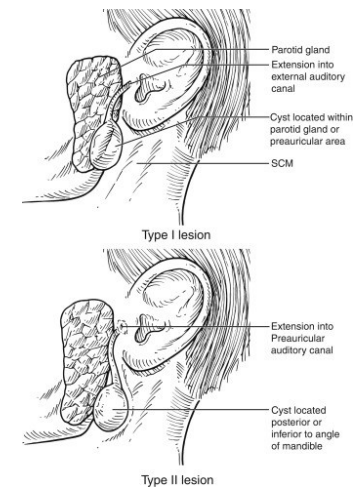
- Chirurgie d'exérèse

*NB : La croissance prend plusieurs mois / années*

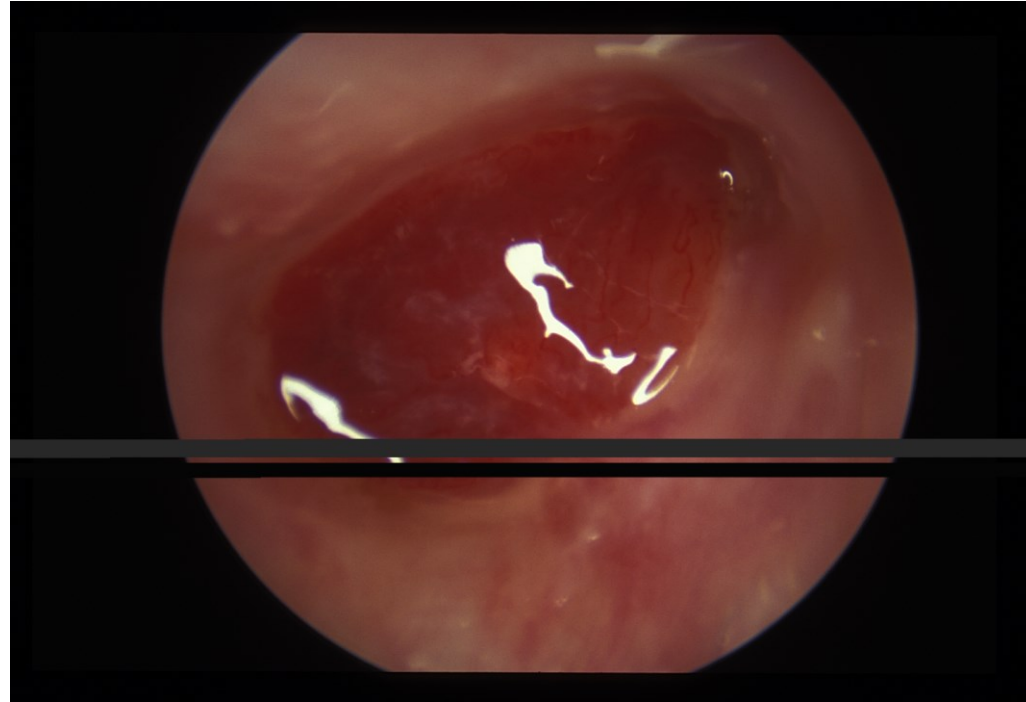
# Bride pré-myringienne



Aspect associé aux fistules du 1<sup>e</sup> arc branchial



# Polype



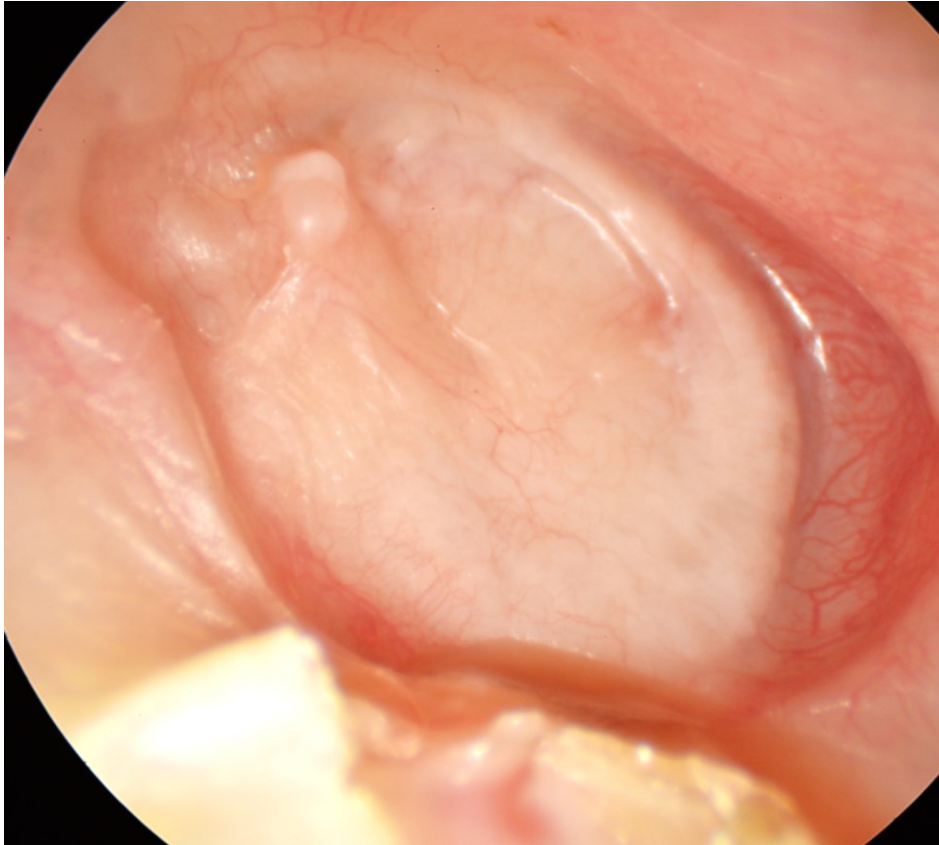
=Reflet d'une  
inflammation chronique  
locale

Cholestéatome

Méningocèle

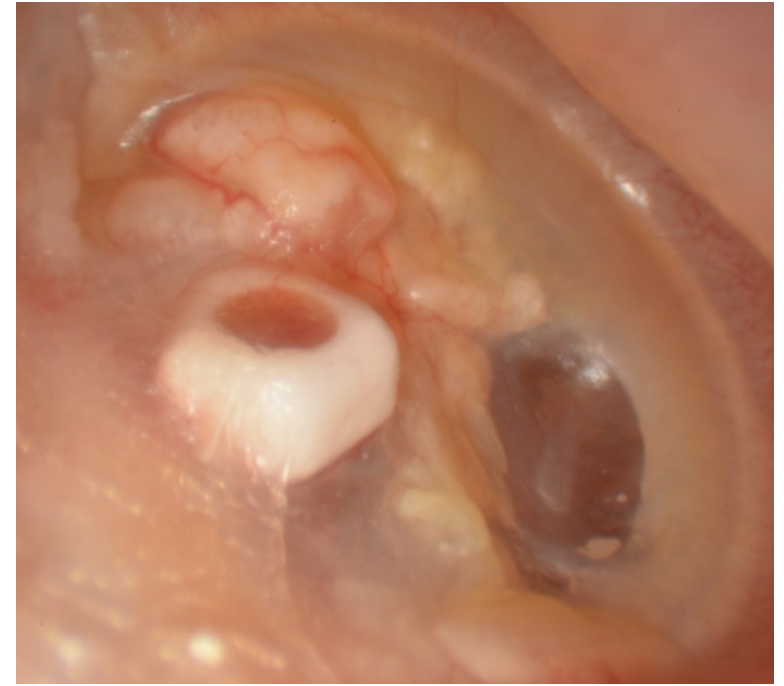
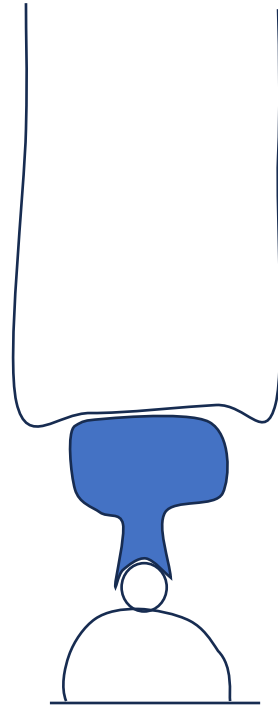
Ostéite de la base du crâne  
Otite externe nécrosante

# Aspects post-opératoires



Myringoplastie cartilagineuse

# Aspects post-opératoires



Prothèse ossiculaire  
(hydroxyapatite ou transposition d'enclume)

# Conclusion

- L'examen du tympan doit comporter le pavillon, le conduit, la pars tensa et la pars flacida.
- Même si vous ne savez pas ce que vous voyez, vous êtes capable de le décrire
- Plus on cherche, plus on trouve!

*Merci de votre attention !*