

L'oreille aux UUA



Silésia da Graça

24.07.2019

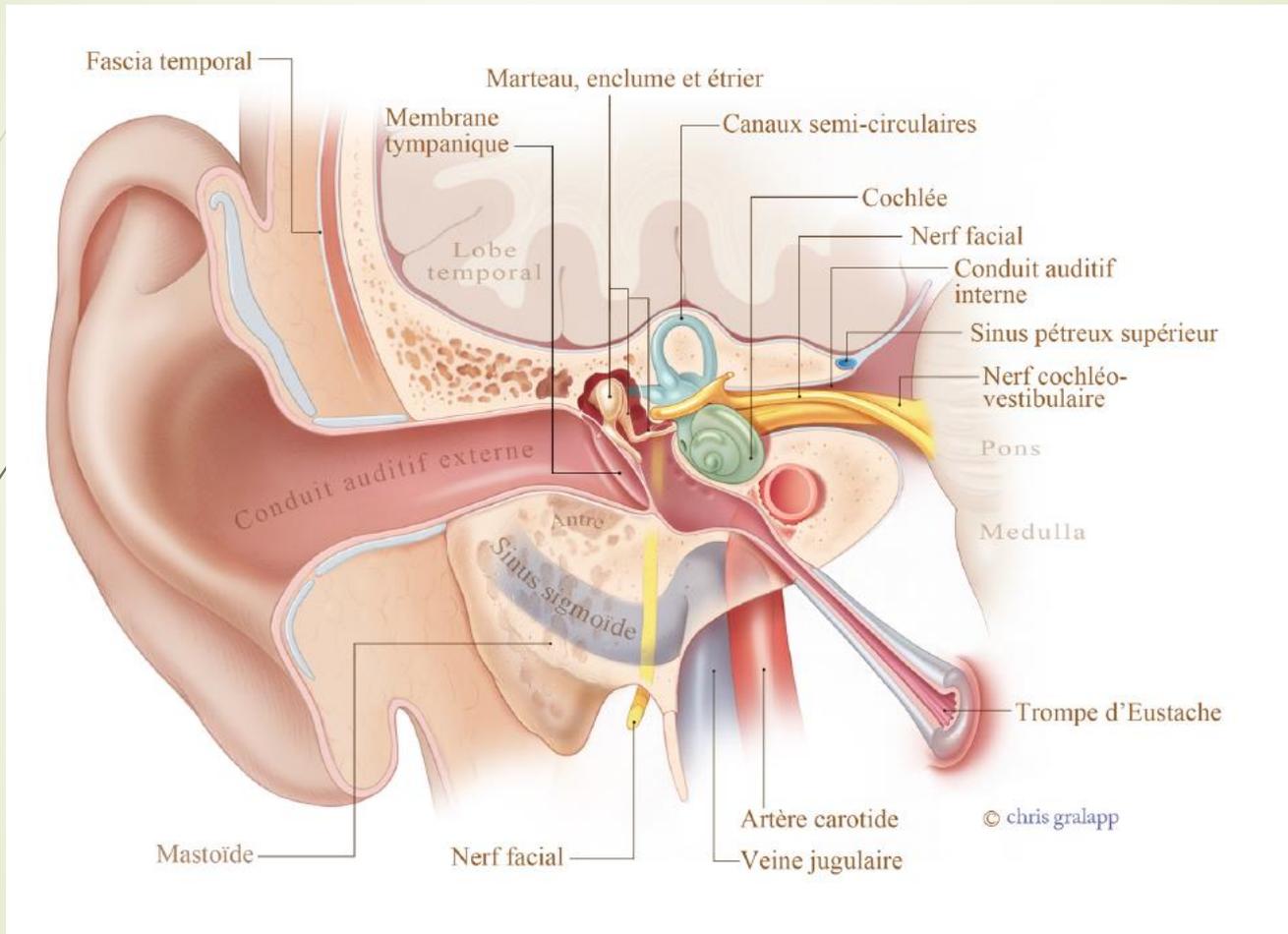
Plan de présentation

- **Anatomie de l'oreille**
- **Evaluation clinique**
 - Otoscopie
 - Weber & Rinne
- **Otitis externes**
 - Etiologies
 - Pathogénèse
 - Diagnostics différentiels
 - Traitement
 - Prévention
- **Bouchon cérumen**
 - Définition
 - Prévalence
 - Mécanisme
 - Méthode de retrait

Pavillon de l'oreille

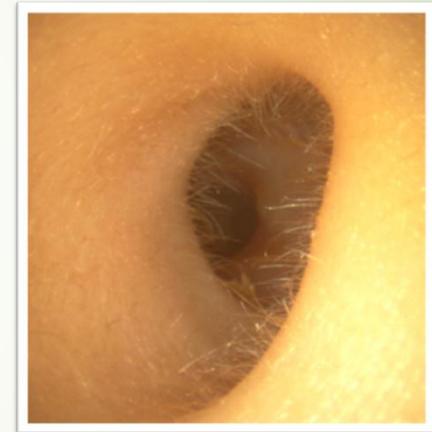


- 1) Conque, 2) Hélix, 3) Anti-hélix, 4) Tragus, 5) Anti-tragus, 6) Lobule, 7) Fosse triangulaire, 8) fosse scaphoïde



-2.5cm longueur

Outils d'investigations UUA

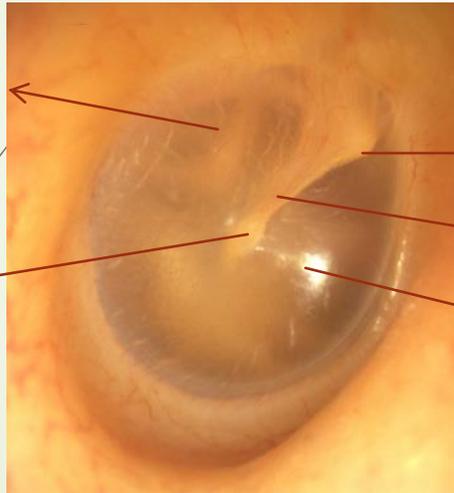


Otoscope de Bonnafont, 1834

Membrane tympanique

Branche descendante de l'enclume

ombilique



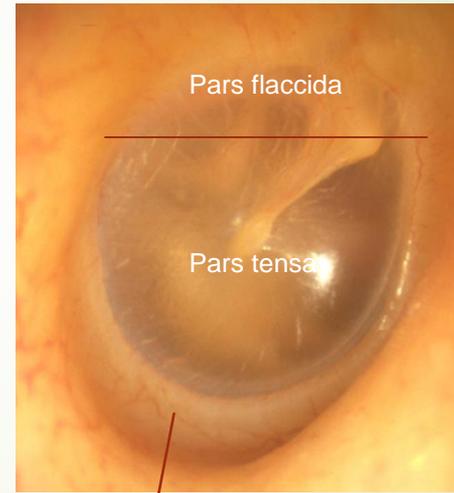
Courte apophyse marteau

Manche marteau

Le triangle lumineux

Pars flaccida

Pars tensa



Anneau fibro-cartilagineux



442 Hz

- Avec le diapason on peut tester la baisse d'acuité auditive

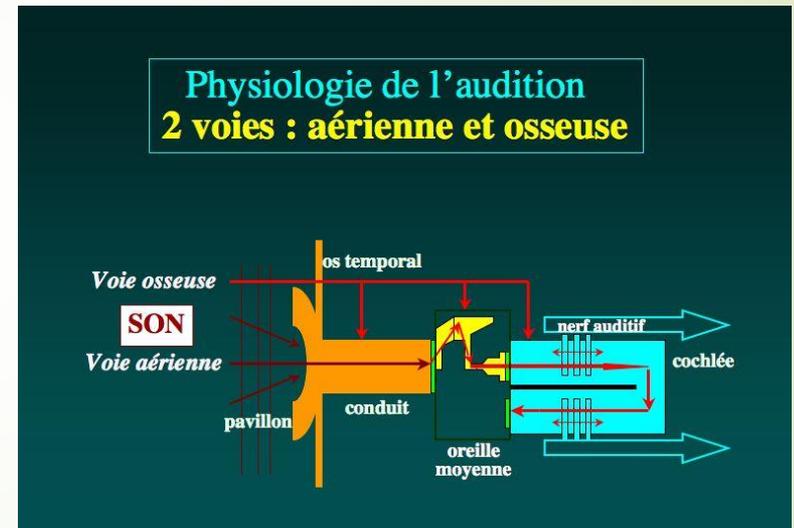
- **Surdité de transmission**

- l'oreille externe
- l'oreille moyenne

- **Surdité de perception**

- pathologie du cochlée)

- **Comment tester?**

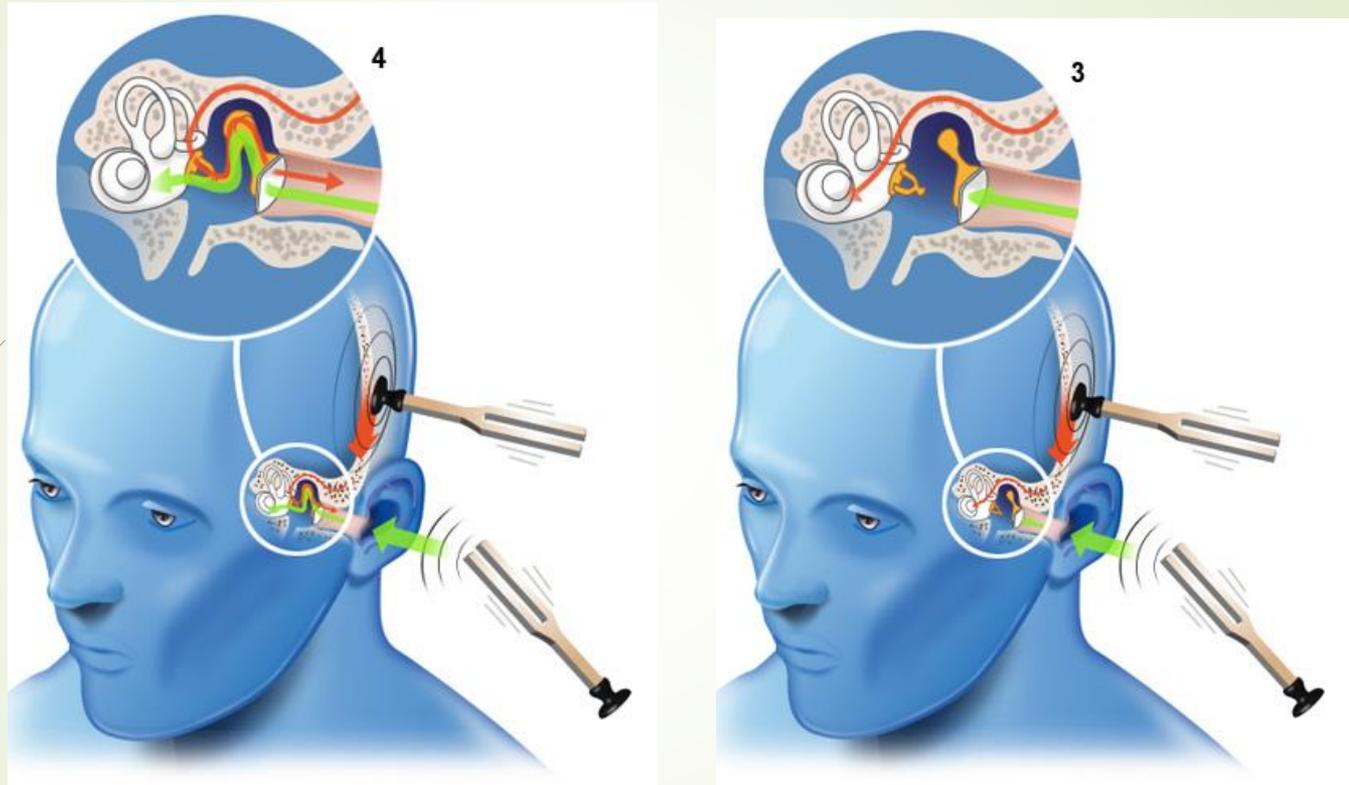


Weber



Latéralisation du problème

Rinne -> test la différence entre conduction aérienne & osseuse.



Triade acoumétrique

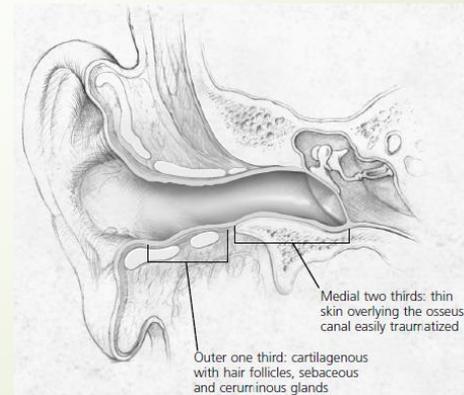
	oreille saine	surdité transmission	surdité perception
WEBER	centré	latéralisé côté malade	latéralisé côté sain
RINNE	positif	négatif	positif

Auricule

- **Trauma** (chute, accident, piercing)
 - Suture (fils absorbable pour le cartilage)
 - Désinfection +++
 - Co-amox per os (5-7j)
 - Rappel VT
 - Suivi 24-48h(nécrose hématome, chondrite)
- **Périchondrite**
 - Pavillon érythémateux
 - Rougeur diffuse de la peau
 - Stap dorée
 - Amox-clav IV ->Hosp



Les otites du baigneur ou tropicale

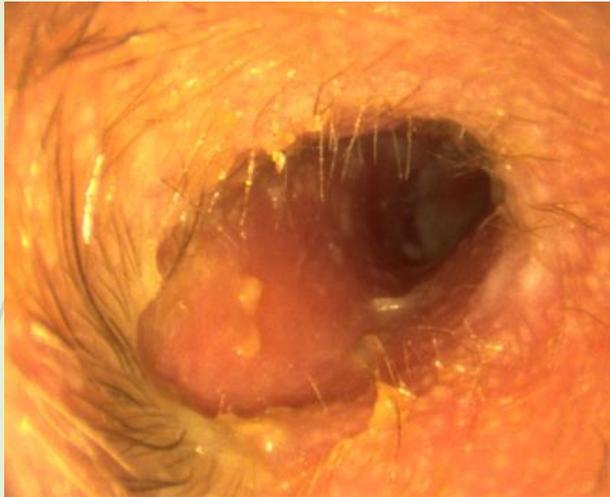




Prévalence

- 2.4 millions de visites dans des centres ambulatoires (EUA)-> 20-35%
- **Pic élevé pendant l'été**
- Incidence annuelle baisse après l'âge de 60 ans.

Définition



- Inflammation aigue du derme/hypoderme du CAE

- Origine bactérienne 90%
 - I. *P. aeruginosa* -> 40-60%
 - II. *S.Aureus* -10-40%

Pathogénèse + Facteurs favorisants

**Altération de l'équilibre
entre la capacité d'auto-
nettoyage et l'homéostasie
de la peau du CAE..**

TABLE 1
Precipitants of Otitis Externa

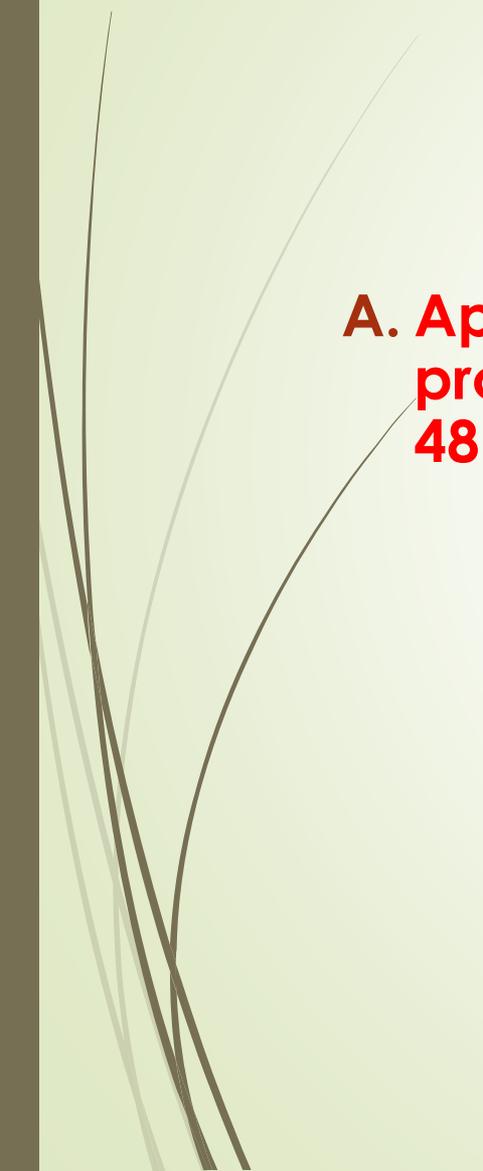
Moisture
Swimming
Perspiration
High humidity
Water contaminated with bacteria*
High environmental temperatures
Mechanical removal of cerumen
Insertion of foreign objects
Cotton swabs
Fingernails
Hearing aids
Ear plugs
Other trauma to ear canal
Chronic dermatologic disease
Eczema
Psoriasis
Seborrheic dermatitis
Acne



3 Éléments diagnostics



A. Apparition rapide ou rapidement progressive des symptômes-> souvent en 48H



B: Symptômes

- **Otalgie (70%)**
- Prurit (60%)
- Plénitude (22%)
- +/- perte d'audition (32%)





C: signes cliniques

- Douleurs palpation tragus ou pavillon (++++)
- Œdème ou érythème du canal
- avec ou sans otorrhée

- Tympan souvent normal (possible érythème)



CAVE: Personnes à risque de complications

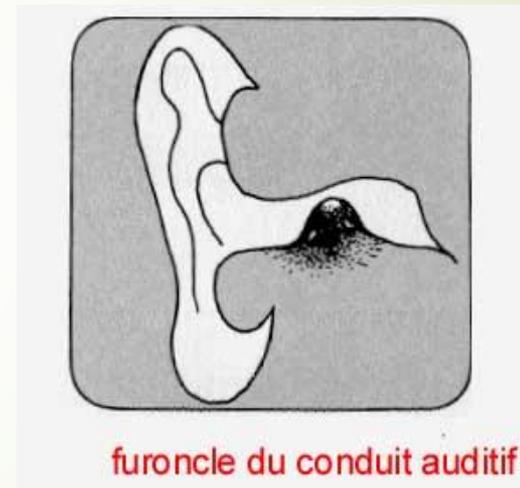
- ❖ **Diabète**
- ❖ **HIV**
- ❖ **Immunosuppression**
- ❖ **s/p radiothérapie dans la région**
- ❖ **Tube de tympanostomie**
- ❖ **Perforation membrane tympanique**



Diagnostic différentiel

Furoncle du CAE

- ▶ Atteinte du follicule pileux ou glande sébacée
- ▶ Sx: Ootalgie, prurit, otorrhée
- ▶ Clinique: tuméfaction focale érythémateuse+ pustule
- ▶ Cause : *S. aureus* (90%)
- ▶ TT: incision et drainage-> sous microscope
 - ▶ Drainage
 - ▶ ATB local + mèche Diprogenta
 - ▶ +/- ATB oraux-> si cellulite



Otomycoses

6-7%

- **A. niger** (60-90%) & **C. Albicans** (10-40%)
- **Sx:** prurit+ plénitude, otorrhée
- **Facteurs favorisants:**
 - Diabète,
 - Immuno-supression (HIV)
 - Usage excessif d'ATB local
- **Traitement:**
 - débridement->(Microscope)
 - Désinfectant
 - Acidifiant (acide acetique)
 - Mèche avec Nizoral ou injecté (plug)



Les hyphes fongiques

points grisâtres noirs ou jaunes.
C. albicans:; secrétions blanchâtre épaisse

Virales

3%



HZ oticus ou RHS

- Réactivation VZV
- Triade:
 - **Vésicules** (conque +CAE)
 - **Sévères otalgie ++**
 - **Paralysie facial ipsilaterale**
 - Possible aussi: perte gout 2/3 antérieur de la langue, larmoiement diminue
- **TT: Systématique antiviral +corticostéroïde**
- Adresser aux ORL si hypoacousie, nystagmus, vertiges (VIII).
- **Sérologie : frottis PCR vs sérologie**

Myringitis bulleuse

- **Vésicule/bulles ->Atteinte isolée tympan ou extension vers CAE**
- **Clinique:**
 - **Otalgie brusque**
 - **Hypoacousie**
- **Cause exacte indéterminée**
 - **Possible virale (IVRS)**
 - **+/-mycoplasme pneumoniae**
- **TTT: Antalgie avec AINS**
 - **percer des bulles sous microscope, +/-**
 - **+/-Augmentin si OMA secondaire**



La redoutable complication

Otite maligne nécrosante



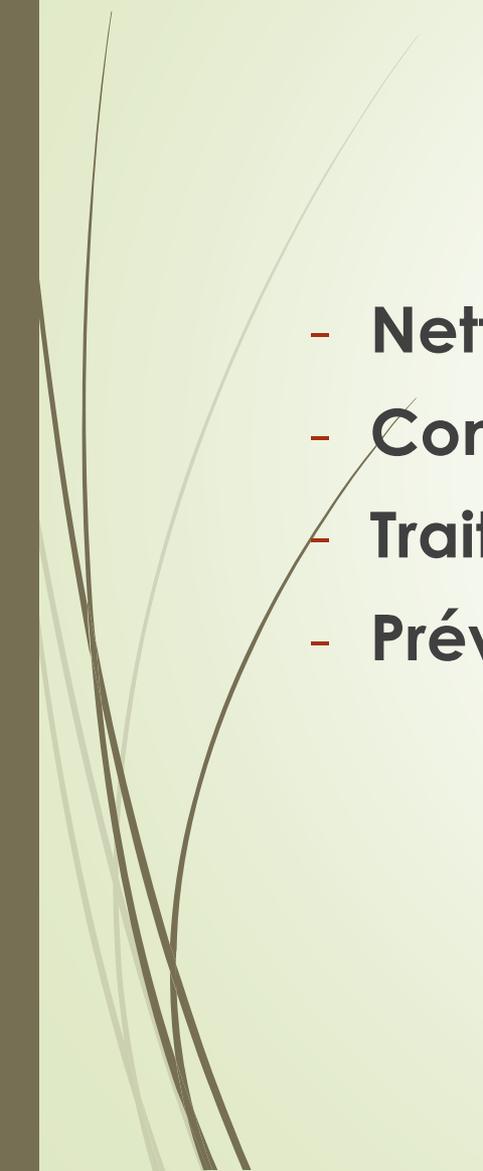
- Rare mais jusqu'à 50% de mortalité
- **Symptômes:**
 - Ootalgie +++-> souvent nocturne, disproportionnée à clinique
 - Fièvre
 - Céphalées, malaise
- **Clinique:**
 - **Présence de granulation à la jonction osteo-cartilagineuse**
 - trismus,
 - palpation mandibulaire douloureuse
 - Paralysie faciale,
- **Cause:** 95% P.Aeruginosa (Aspergillus fumigatus, S.aureus),
- **Facteur :** Diabète, immunosuppression, personnes âgées
- **Diagnostic:** Labo+ IRM ou CT -> ostéomyélite base du crâne
- **Référenter** -> Hospitalisation +pour antibiotique IV



Traitement



4 AXES

- **Nettoyage du canal/accès au site enflammé**
 - **Contrôler la douleur**
 - **Traiter l'inflammation/infection**
 - **Prévention**
- 

Nettoyage + accès au site

- **Débridement** : retirer le bouchon de cérumen+ dépôt mycotique/ excès peau-> ORL sous microscope
- **Mettant en place une mèche.**
 - une mèche imbibée d'ATB local est laissée dans le CAE pendant 24 à 48 heures.
 - Diprogenta





Contrôler la douleur

- **Contrôler la douleurs:** (Algique +++-> periostium sous-jacent)
 - **Ibuprofène + paracétamol**
 - **Opiacés et dérivés-> formes sévères** (ex Tramal en R)



Traiter l'infection

25-45% de GP prescrivent encore des ATB oraux pour les otites externes diffuses non compliquée

▀ COLLIER et al 2012 et Pablo et al 2012



Pourquoi ATB local ?

- ❖ Dose élevée du tt au niveau du tissu atteint
- ❖ Diminuer effets indésirables systémiques(diarrhées, nausées, réaction allergique)
- ❖ Diminuer résistance aux ATB

Un traitement par voie systémique?

- **Infection étendue aux cartilages +tissue faciale**
(perichondritis/cellulitis)
 - Grade 1B
- **Otite maligne nécrosante**
 - Grade 1B
- **Patient + red-flags**





Quelle goutte ATB choisir ?



Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa

**Richard M. Rosenfeld, MD, MPH, Michael Singer, MD,
Jared M. Wasserman, MD, and Sandra S. Stinnett, DrPH,**

Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial

Frank A M van Balen, W Martijn Smit, Nicolaas P A Zuithoff, Theo J M Verheij

Kaushik V, Malik T, Saeed SR.

Interventions for acute otitis externa.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD004740.

DOI: [10.1002/14651858.CD004740.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004740.pub2).

- 
- 
- **Absence de supériorité d'un traitement par rapport à l'autre** (acidifiant vs quinolone vs non quinolone, vs ATB avec corticostéroïdes)

Traitement local:

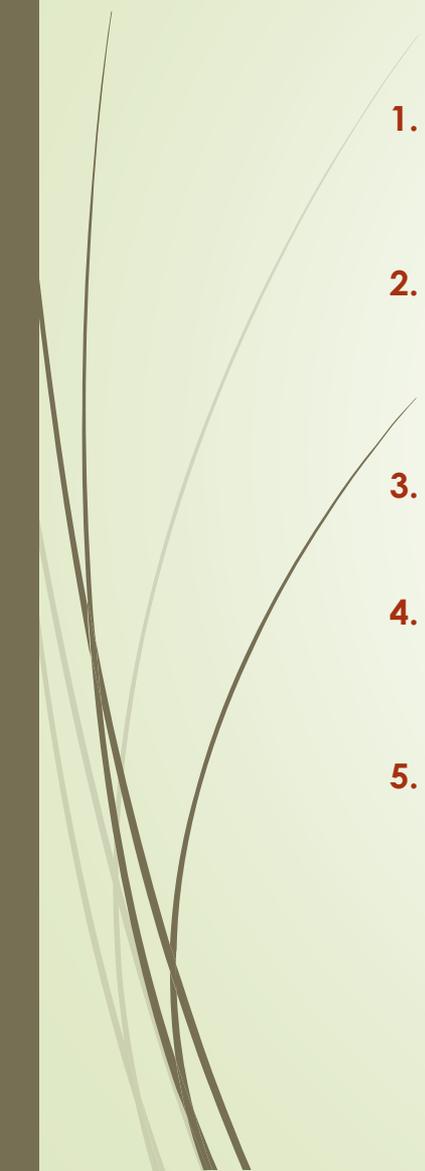
- **Ciprofloxacine HC** (couche de sucre glacée)
 - Ciprofloxacine et hydrocortisone (4-5gttes 2x/j)
- **Floxal** (pas de cortico)
 - Ofloxacine (4gtt 2x/j)
- **Panotile**
 - Néomycine, polymyxine, cortisone et lidocaine (4-5 gttes 2-4x/j)
- **Diprogenta**
 - Gentamicine /betametasone (ong/crème)

Eviter oto-toxique-> si perforation tympanique

- 
- 
- ❖ **Réponse de la douleur dans 48-72 H**
 - ❖ **Résolution symptômes dans 10-14 jours maximum**



Expliquer le patient comment appliquer les gouttes

- 
- 
1. **Couchez sur le côté sain ou faites-vous aider par quelqu'un->incliner la tête sur le côté.**
 2. **En cas d'écoulement abondant, nettoyez délicatement l'oreille en l'essuyant à quelques reprises à l'aide d'un mouchoir tortillé pour absorber le liquide.**
 3. **Appliquez le nombre de gouttes recommandé**
 4. **Remuez l'oreille** pour que les gouttes pénètrent dans le conduit auditif externe.
 5. **Après l'administration des gouttes, maintenez la tête dans la même position pendant trois à cinq minutes**

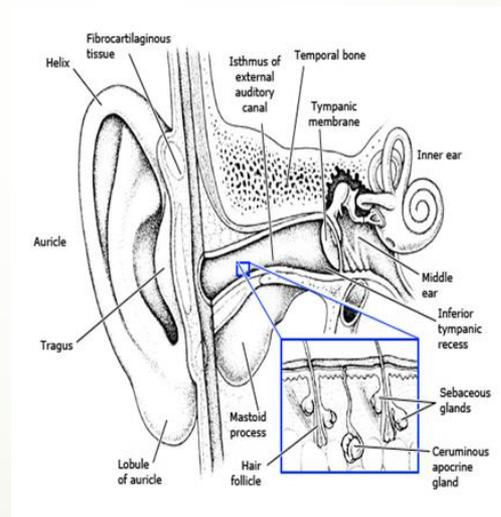
Prévention

- **Empêcher l'eau d'entrer dans les oreilles**
 - bouchons d'oreille souples conçus pour la natation.
 - Cotton-> tremper avec huile d'olive ou vaseline
- **Évacuer l'eau des oreilles**
 - inclinant la tête sur le côté
 - absorber à l'aide d'une serviette.
 - Sèche cheveu
- **Évitez le traumatisme (coton-tige)**
 - repousser le cérumen au fond du canal auditif.

Référer chez un ORL

- **Absence d'amélioration 48-72 heures chez:**
 - Diabétique, immunosuppression, personne âgés
- **Extension OEA ++**
- **Symptômes persistante >2 semaines malgré traitement bien conduit-> (DD: mycose, cancer)**
- **Sténose du canal -> mèche**
- **Besoin de nettoyage oreille ->sous microscopie**

Bouchon de cérumen





- ❑ 6% de la population général

- ❑ Prévalence augmenté:

- ❑ chez les personnes âgées -> (sec+atrophie glande+ poils plus long)

- ❑ Enfant/adulte-> retard du développement et ne s'exprime pas

Définition bouchon

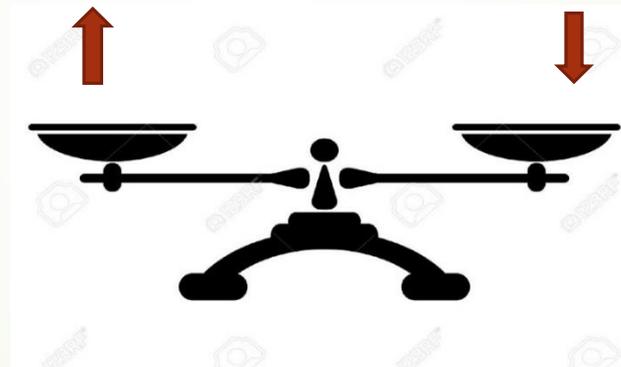
- **Accumulation de cérumen + symptômes:**
 - Perte d'audition
 - Otalgie
 - Plénitude
 - Prurit
 - acouphène



Les causes d'accumulation

Augmentation de production

Diminution d'élimination



- Idiopathique
- Après traumatisme

- **Obstruction : ostéome, exostoses**
- **Sténose du canal auditif externe:**
 - Tumeur du CAE
 - Après opération
 - Causes infectieuses: Otites externe -> œdème
- **I. système migratoire naturelle**





Indications à retirer le bouchon

- ▶ **Patients symptomatiques**
- ▶ **Les patients avec incapacité à s'exprimer ex: troubles cognitifs**
- ▶ **Incapacité de visualisée la membrane tympanique**



Méthodes d'extraction

- **Trois options thérapeutiques:**
 - **Agents céruménolytiques**
 - **Irrigation**
 - **Retrait manuel**

- 
- **Absence d'étude qui compare les 3 méthodes**
 - **Absence d'étude de qualité sur la sécurité et l'efficacité sur la méthode d'irrigation ainsi que le retrait manuel**

Aaron K, Cooper TE, Warner L, Burton MJ.

Ear drops for the removal of ear wax.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD012171.

DOI: 10.1002/14651858.CD012171.pub2.

www.cochranelibrary.com



Le choix doit être basé sur:

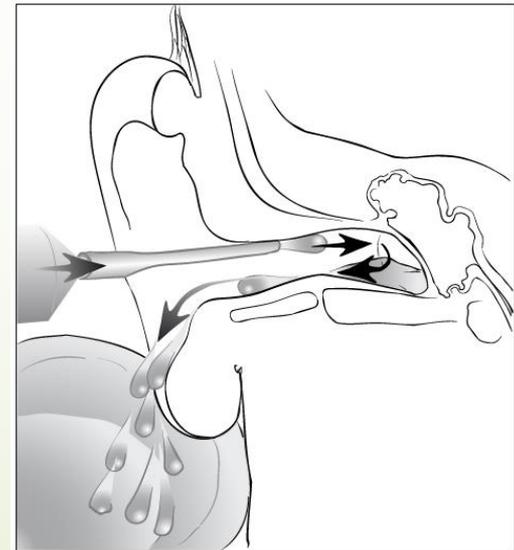
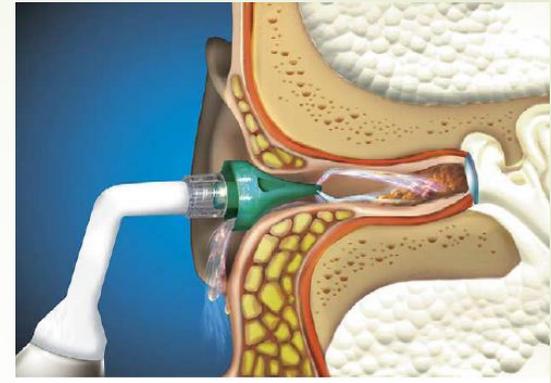
- **Expérience du praticien (ex: ORL-> retrait manuel)**
- **Temps disponible-> centres ambulatoires irrigation précédées de céruménolytiques).**
- **Présence d'une infirmière expérimentée**

Céruménolytiques

- **A éviter : otites externe récurrente**
 - **Perforations tympanique**
 - **Opération otologique (présence de drain)**
- 5-10 gouttes 2x/j pendant 3-5 jours maximum

Irrigation

- 20 cc de l'eau tiède avec hydrogène peroxyde
- Visualisation directe du canal n'est pas nécessaire.
- La syringe doit se limité dans 1/3 antérieur du canal -> pas plus que 8 mm dans le canal
- Injecter: paroi supérieur
- Cave: immunosuprimé



Retrait manuel

- Microscope binocular
- Curettes
- Aspirations-> cire molle
- Méthode de référence en cas de perforation tympanique

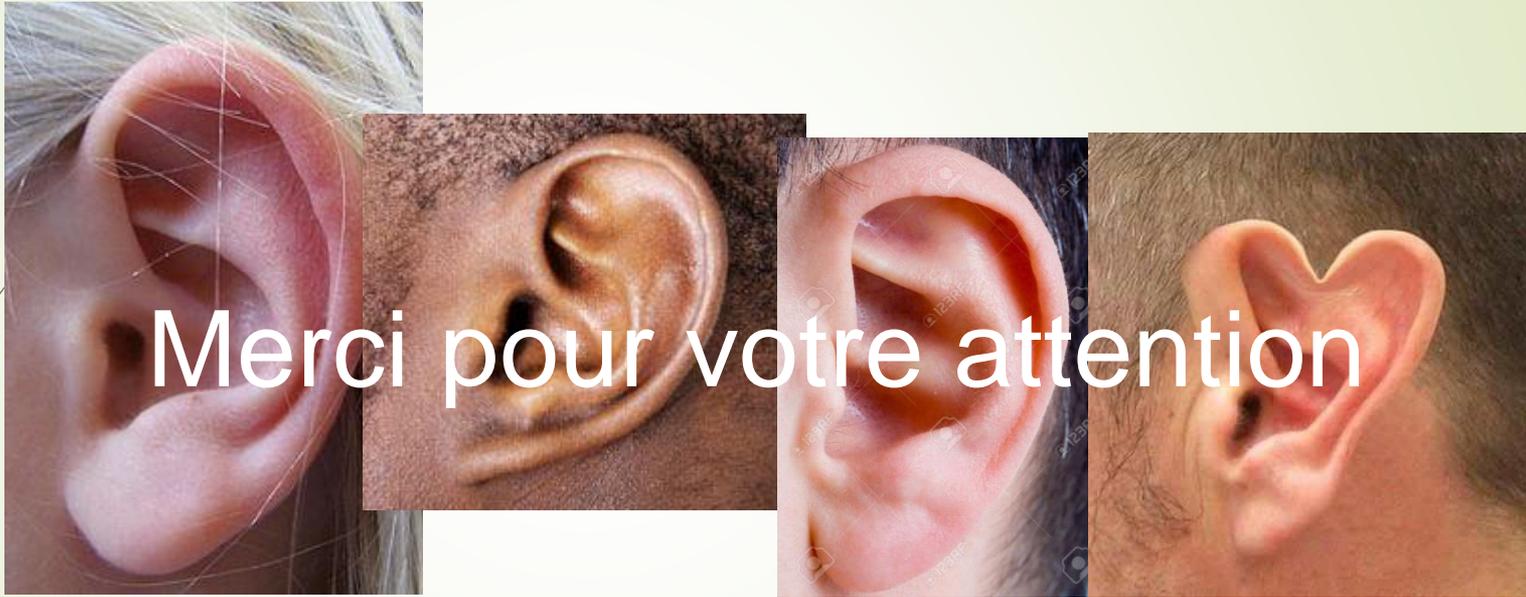


Les méthodes quick-look

Questions	Cérumenol	Irrigation	Retrait manuel
Restrictions	Oui:- perforation Age <3 ans	No: Coopération du patient	No: coopération
Procédure	Gttes 2x/j -3-5 jours	Jet d'eau	Insertion curette, forceps ou aspiration
Temps	Moins de 5 mn	30 minutes	5-10 minutes
Bénéficies	Non invasive fait à la maison	Immédiate résolution	Immédiate résolution
Risques	Allergie, infection, rétention eau	Perforation, vertiges, otalgie	Otalgie , trauma, infection
Long terme	Récidive	Récidive	Récidive
Précautions.	Perte d'audition + douleurs excessive	Perforation, infection récurrente, drain	Anticoagulatio n

Service de SMP

- ▶ Préférer céruménolytiques , si échec -> add irrigation
 - ▶ **Expert consensus**
- ▶ En cas de persistance -> avis ORL pour retrait manuel



Merci pour votre attention