

L'OTITE EXTERNE AIGÜE

Comment reconnaître et traiter cette infection douloureuse

Dans ce numéro...

Il est essentiel d'intervenir rapidement pour maîtriser la douleur et l'infection dans l'otite externe aiguë. Le Dr Frederick K. Kozak propose des conseils pratiques fondés sur sa vaste expérience en oto-rhino-laryngologie et en otologie pédiatrique pour lutter contre ce problème de santé courant.



Frederick K. Kozak, M.D., FRCSC, est professeur de clinique au Département de chirurgie de l'Université de la Colombie-Britannique et directeur de la Division d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique ainsi que directeur médical et chirurgical de l'équipe pédiatrique d'implants cochléaires à l'Hôpital pour enfants de la C.-B., à Vancouver. Sa pratique clinique et ses travaux de recherche sont axés principalement en otologie pédiatrique.

Q1. Qu'est-ce que l'otite externe aiguë (OEA), ou otite du nageur ? Quels sont les signes et les symptômes ? Quel est le diagnostic différentiel ?

R1. L'otite externe aiguë, ou otite du nageur, est une infection auriculaire diffuse, aiguë et douloureuse qui touche la peau et le derme du conduit auditif externe. Cette infection est extrêmement douloureuse dans sa forme complète et on observe une douleur à la palpation du tragus et du pavillon de l'oreille et, parfois, de l'articulation temporomandibulaire. On note aussi une sensation de plénitude dans l'oreille, un prurit plus ou moins grave et parfois une perte auditive causée par l'occlusion du conduit auditif secondaire à l'œdème. Le conduit auditif est parfois érythémateux et renferme des sécrétions aqueuses ou purulentes (mais non du pus).

Le diagnostic différentiel comprend les entités suivantes : otite moyenne aiguë avec perforation de la membrane tympanique; otite moyenne aiguë avec une otorrhée secondaire à une perforation chronique ou à la présence d'un tube de tympanotomie; furonculose; otite externe virale (zona); séquelles de la présence d'un corps étranger (par ex. une bille); otite externe mycosique; dermatite de contact pouvant être causée par divers agents (produits cosmétiques, nickel, médicaments, plastique de certaines prothèses auditives chez les patients sensibles). Il est en général assez facile de différencier l'OEA de ces pathologies en se fondant sur l'anamnèse et l'examen.

Q2. Quelles sont les causes de l'OEA ? Quels en sont les facteurs de risque, la pathogenèse et l'épidémiologie ?

R2. L'infection survient lorsque l'intégrité de la barrière épithéliale de la peau du conduit auditif externe est compromise. L'étiologie est bactérienne dans 98 % des cas et le plus souvent attribuable à *Pseudomonas aeruginosa* et, moins fréquemment, à *Staphylococcus aureus*. La mycose est une étiologie plutôt rare. Il existe plusieurs facteurs de risque, par exemple un trauma local causé par

le nettoyage énergique de l'oreille par le patient, l'extraction ou l'absence de cérumen (ce dernier protège le conduit auditif en maintenant un milieu acide)¹, les affections dermatologiques chroniques comme l'eczéma, et l'exposition à l'eau. Lorsque le cérumen obstrue le conduit, l'eau est piégée dans le conduit — créant un milieu idéal pour la prolifération bactérienne¹. L'incidence de l'OEA est d'environ 1 cas pour 200 dans la population générale^{1,2}.

Q3. Quels sont les traitements suggérés ?

R3. Il est primordial de soulager la douleur causée par l'OEA, ce qui nécessite parfois un opioïde comme la codéine en association avec l'acétaminophène ou un anti-inflammatoire.

L'antibiothérapie topique (gouttes otiques) est la pierre angulaire du traitement³. Les gouttes antibiotiques ne soulèvent pas de craintes importantes quant à la résistance bactérienne⁴. L'antibiothérapie orale procure peu de bienfaits, sauf dans les rares cas où le pavillon et la peau autour de l'oreille sont également infectés. Dans les cas graves de cellulite, qui sont rarissimes, on recourt même à la voie intraveineuse⁵.

Q4. Les gouttes otiques sont-elles sûres en général ?

R4. Lorsqu'on sait que la membrane tympanique est intacte, on considère que la plupart des gouttes otiques sont, en général, sûres. Certaines gouttes combinent un antibiotique et un stéroïde, ce qui atténue l'inflammation et l'œdème et peut aider à soulager la gêne ou la douleur³.

Q5. Quand doit-on s'inquiéter de l'utilisation des gouttes otiques dans l'OEA ? Quels sont les effets indésirables ?

R5. On doit s'interroger sur l'instillation des gouttes otiques lorsqu'on ne connaît pas l'état de la membrane tympanique. Les sécrétions, l'œdème du conduit, le bouchon de cérumen peuvent, seuls ou ensemble, compliquer l'examen de la membrane tympanique. En cas de perforation connue ou soupçonnée, de présence d'un tube de tympanotomie ou même d'un antécédent de l'un ou l'autre, ou en cas du moindre doute au sujet de l'état de la membrane, on devrait choisir une goutte non ototoxique⁵.

Q6. Avez-vous d'autres conseils pratiques au sujet de l'OEA ?

R6. L'OEA est plus douloureuse qu'il n'y paraît. Le diagnostic précoce et l'instauration sans délai d'un traitement topique (gouttes otiques) peuvent prévenir l'aggravation de la douleur et de l'infection. À ce stade, la culture bactérienne n'est presque jamais indiquée. En cas d'échec de ce traitement, le clinicien peut ordonner une culture bactérienne ou adresser le patient à un oto-rhino-laryngologiste. La mycose étant beaucoup plus rare que l'infection bactérienne dans l'OEA, un traitement initial par des gouttes antimycosiques est rarement indiqué. Dans l'OEA, l'irrigation du conduit auditif avec de l'eau ou une solution saline est déconseillée, car ce geste est très douloureux et risque d'aggraver l'infection.

Q7. Quand devrait-on adresser le patient à un oto-rhino-laryngologiste ?

R7. En général, le traitement est efficace en moins de 24 à 48 heures, après quoi s'amorce la résolution de l'OEA. Sinon, il est conseillé d'orienter rapidement le patient en oto-rhino-

laryngologie. Si l'omnipraticien n'a pas les instruments requis pour nettoyer correctement l'oreille ou s'il doit mettre en place une mèche auriculaire, mais qu'il craint de le faire, il devrait orienter le patient vers un spécialiste. Chez les patients atteints de diabète ou d'un trouble immunitaire, l'intervention d'un spécialiste est nécessaire pour écarter un diagnostic d'otite externe nécrosante. Si les manifestations de l'OEA persistent, le patient doit être examiné par un spécialiste pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'un carcinome spinocellulaire de l'oreille, une pathologie rare.

References:

1. Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR et al. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:S4-S23.
2. Osguthorpe JD, Nielsen DR. Otitis externa: Review and clinical update. *Am Fam Physician*. 2006;74:1510-16.
3. van Balen FA, Smit WM, Zuithoff NP, Verheij TJ. Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;327(7425):1201-5.
4. Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis externa. *Laryngoscope* 2002;112(7 Pt 1):1166-77.
5. Block SL. Otitis externa: providing relief while avoiding complications. *J Fam Pract* 2005;54(8):669-76.

Échanges est une série de suppléments distincts publiés par *Parkhurst Exchange*. Les opinions exprimées dans ces publications ne sont pas nécessairement entérinées par Parkhurst, par le Comité consultatif de rédaction de *Parkhurst Exchange*, ou par le commanditaire. Parkhurst n'assume aucune responsabilité ou obligation en cas d'erreur ou d'omission, quelle qu'elle soit. Cette publication peut contenir de l'information à propos de produits, d'indications ou de posologies, ce qui ne doit pas être interprété comme une approbation, implicite ou explicite, de leur utilisation. Les lecteurs doivent consulter les monographies autorisées des produits officiellement approuvés.