

Item147-Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant.

Objectifs CNCI		
<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les agents infectieux responsables de l'otite moyenne aiguë (OMA) et leur profil de sensibilité. - Connaître les éléments diagnostiques et la stratégie de prise en charge d'une OMA purulente, d'une otite externe, d'une otite séromuqueuse. - Prescrire le traitement approprié, antibiotique et/ou symptomatique, à un patient présentant une OMA purulente en première intention et en cas d'échec. - Diagnostiquer une otite moyenne chronique dangereuse ou cholestéatomateuse 		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - RPC: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant/ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2005 - Polycopié national: Otalgie et otite chez l'enfant et chez l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - OED: otalgie / apyrétique / CAE infl. → nettoyage / ABT locale / Edu-MHD - OEM: otorrhée verdâtre / diabétique → C°: ostéomyélite (TDM ++) / neuro → ABT anti-pseudomonas +/- traitement chir. - OMA: pneumocoque / haemophilus - Congestive: rosé / mat / ↓ triangle - Collectée: bombement / ↓ reliefs - Perforée: otorrhée +/- perforation - Paracentèse: N < 3M / C° / fièvre J3 → ABT: Augmentin 80mg/kg/j; 5-10J - Tj si < 2ans / Amox 150mg si PSDP - OSM: hypoacousie / épaissi / rétracté - Impédancemétrie / audiométrie: ST° → abstention +/- ATT- adénoïdectomie si: OSM > 3M / ST > 30dB / OMA x5 - Cholestéatome: otorrhée / squames - Audiométrie (ST +/- SP) / TDM / B. → ABT puis mastoïdectomie / 2e look 	<ul style="list-style-type: none"> - Ex. bilatéral et comparatif - Arrêt ADO / relais insuline - Enfant fébrile = otoscopie - Recherche d'un Sd méningé - OMAc = aucun / pas d'ABT - Cs de contrôle à 48-72h - OSM enfant = langage - OSM adulte = UCNT: cavum - Otalgie non ORL = K VADS

A. OTITES DE L'OREILLE EXTERNE

Otite externe diffuse

Généralités

- **Définition**: dermo-épidermite aiguë du conduit auditif externe / pavillon

- **Epidémiologie:** otite banale et fréquente / 1ère cause d'otodynie chez l'adulte
- **Facteurs favorisants:** saison estivale (baignades) / traumatismes (coton-tige ++)
- **Germes:** staphylocoques (aureus ; epidermidis) / pseudomonas aeruginosa

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Signes fonctionnels**
 - **Otalgie +++ :** intense / insomnante / ↑ à la palpation ou traction du tragus
 - **Signes associés: pas de fièvre** / parfois hypoacousie, acouphènes, ADP
 - **Examen otoscopique**
 - !! Bilatéral et comparatif (**A savoir !**)
 - Douleur à l'introduction du spéculum / otorrhée blanchâtre (50%)
 - CAE inflammatoire et oedématié / Tympan normal mais peu visible
- **Examens complémentaires**
 - !! AUCUN: le diagnostic est clinique

Traitement

- **Prise en charge:** en ambulatoire
- **Education/MHD:** éviter les baignades / coton-tige
- **Traitement symptomatique**
 - **Traitement local:** nettoyage du CAE par aspiration +/- mousse (pop-oto-wick)
 - **Antalgique:** paracétamol 60mg/kg/j (enfant) ou 3x1g PO (adulte)
- **Antibiothérapie locale**
 - **Gouttes auriculaires:** FQ: ofloxacine (Oflocet®) / 2x/j pendant 1S
 - **Chez l'adulte:** discuter corticoïde local associé (dexaméthasone)
- **Surveillance**
 - **Clinique:** consultation de contrôle que si persistance de l'otalgie ou si fièvre

Otite externe maligne

Généralités

- **Définition:** infection grave du conduit auditif externe
- **Etiologie:** pseudomonas aeruginosa (BGN pyocyanique)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Terrain**
 - Sujet âgé **diabétique** mal équilibré +++ (90%) / immunodéprimé
 - **Signes fonctionnels**
 - **Otalgie:** progressive (discrète puis intense) / !! inconstante
 - **Fièvre:** intensité variable
 - **Examen physique**
 - Douleur à la palpation du tragus et à la mobilisation du pavillon (**pathognomonique**)
 - Weber non latéralisé
 - **Examen otoscopique**
 - !! Bilatéral et comparatif (**A savoir !**)
 - Sténose du CAE constante (inflammation + tissu de granulation)
 - Otorrhée: **verdâtre** et fétide (caractéristique du pseudomonas ++)
- **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Prélèvement local:** ex. bactériologique à la recherche du pseudomonas
 - **Pour évaluation du retentissement**
 - **Bilan biologique :** NFS / VS-CRP / !! glycémie (recherche diabète)
 - **Bilan d'extension: TDM** du rocher et base du crâne systématique +++ / IRM

Evolution

- **Evolution naturelle**
 - Evolution stéréotypée: effraction puis cellulite du CAE puis ostéite
 - A terme: risque = ostéomyélite de la base du crâne +++
- **Complications (au stade d'ostéomyélite)**
 - **Complications neuro-méningées:** méningite / TVC septique / abcès cérébral
 - **Atteintes des nerfs crâniens:** PF périphérique / hypoesthésie de la face (V)

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation / en urgence / en ORL / pose VVP
 - !! Diabète: arrêt ADO et insulinothérapie en MSE (**A savoir !**)

- **Antibiothérapie**
 - **tri-ABT parentérale probabiliste en urgence**
 - C3G anti-pseudomonas: ceftazidime (Fortum®)
 - Aminoside anti-pseudomonas: amikacine (Amiklin®)
 - Fluoroquinolone: ofloxacine (Oflocet®)
 - **Puis relais:** ofloxacine seule PO pour une durée totale ≥ 85
- **Traitement symptomatique:** antalgique: paracétamol 4x1g/J IV ou PO
- **Traitement chirurgical:** à discuter si ostéomyélite de la base du crâne
- **Surveillance:** clinique (fièvre / tolérance) et paraclinique (NFS-CRP)

Otomycose externe

Généralités

- **Définition:** infection mycosique du CAE
- **Facteurs favorisants:** dermatose (eczéma ++) / ABT récente
- **Germes:** aspergillus / candida albicans

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Signes fonctionnels:** mime un tableau d'otite externe diffuse
 - Oalgies intenses +/- hypoacousie / pas de fièvre
 - **Prurit** de l'oreille très évocateur
 - **Examen otoscopique**
 - **Filaments blanchâtres** cotonneux +++
 - Aspect typique en « papier buvard »
 - Parfois: tâches noirâtres (« charbonneuses »)
- **Examens complémentaires**
 - !! AUCUN: le diagnostic est clinique

Complications

- **Otomycose externe maligne**
 - en cas de co-infection aspergillus + pseudomonas
 - tableau similaire à une otite externe maligne en moins bruyant

Traitement

- **Mise en condition:** traitement ambulatoire hors complication
- **Antifongique local:** en association avec ABT + corticoïdes (Auricularum®)
- **Traitement symptomatique:** nettoyage du CAE par aspiration / antalgiques PO
- **Surveillance:** clinique uniquement

B. OTITES DE L'OREILLE MOYENNE

Otite moyenne aiguë (OMA)

Généralités

- **Définition**
 - Inflammation aiguë d'origine infectieuse des cavités de l'oreille moyenne
 - Le plus souvent par contamination depuis fosses nasales ou pharynx
- **Epidémiologie**
 - Infection la plus fréquente chez l'enfant: 75% auront fait une OMA à 2ans
 - Enfant entre 1 et 6ans / pic de fréquence = 6M à 2ans
- **Physiopathologie:** prévalence des otites élevée chez le nourrisson car:
 - Immaturité immunitaire / incontinence tubaire / végétations hypertrophiées
 - Rhinopharyngite virale → Inflammation → Trouble de la perméabilité tubaire
 - → Dépression dans l'oreille moyenne → Inflammation muqueuse oreille moyenne
 - → OMA
- **Germes (3)**
 - Streptococcus pneumoniae: 40% (PSDP ++)
 - Haemophilus influenza non typable: 30%
 - Branhamella catarrhalis: 10% (ex-Moxarella catarrhalis)
- **Remarques sur l'otoscopie**
 - **Déterminer le côté:** c'est celui vers lequel va le manche du marteau
 - **3 éléments à toujours analyser:** reliefs / transparence / cône lumineux

- o !! **Dogme**: tout enfant-nourrisson fébrile doit avoir une otoscopie (**A savoir !**)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - o **Interrogatoire**
 - **Terrain**: épisodes d'OMA / calendrier vaccinal (**carnet** de santé)
 - **Anamnèse**: rechercher atcd récent ORL (rhinopharyngite +++)
 - **Signes fonctionnels**
 - **Fièvre**: intensité variable (38.5°C à 40°C)
 - **Otalgie** (enfant) / irritabilité, pleurs, insomnie (si nourrisson)
 - **Signes associés**: signes digestifs (nourrisson ++) / AEG (« grognon »)
 - o **Examen physique**
 - **Pour diagnostic positif = otoscopie +++**
 - !! Toujours **bilatérale** et comparative (**A savoir !**)
 - **Otite congestive (ex OMA congestive) = inflammation**
 - tympan hypervascularisé: **rosé** ou rouge
 - diminution de transparence (tympan mat)
 - disparition du triangle lumineux
 - Congestion sans inflammation
 - **OMA purulente = inflammation + épanchement**
 - Stade collecté= tympan fermé
 - Tympan rouge violacé (« lie de vin ») +/- opaque
 - **Bombement** et **disparition des reliefs** ossiculaires
 - Inflammation et congestion
 - Stade perforé= tympan ouvert
 - Perforation punctiforme du tympan (jamais visible !)
 - → **otorrhée** purulente dans le CAE +/- abondante
 - **Pour évaluation du retentissement**
 - Tolérance de la fièvre: déshydratation (**pesée**) / CCH
 - **Complications**: syndrome méningé (**A savoir !**) / PFP / mastoïdite
 - **Pour orientation étiologique**
 - Rechercher le **foyer** initial: angine / rhinopharyngite (abaisse-langue)
 - **Pneumocoque**: hyperalgique / fièvre élevée
 - **Haemophilus**: **conjonctivite** (syndrome otite **conjonctivite**= SOC) / fièvre modérée
 - **Examens complémentaires**
 - o **En 1ère intention**
 - AUCUN si OMA non compliquée: diagnostic clinique (**A savoir !**)
 - o **Paracentèse**
 - pour prélèvement local et ex. bactériologique
 - !! **indications de la paracentèse limitées: que 4**
 - **terrain**: nourrisson < 3 mois (et immuno-dépression)
 - **complication**: paralysie faciale / méningite / mastoïdite, etc.
 - **hyperalgique chez l'enfant d'âge > 2 ans**
 - **2ème échec du traitement bien conduit**
 - o **TDM rocher/cérébrale**
 - En urgence en cas de mastoïdite / complication neuro-méningée

Evolution

- **Evolution naturelle**
 - o **Echec du traitement défini par**:
 - Persistance de la fièvre ou des signes fonctionnels à +48-72h
 - ou réapparition dans les 4 jours suivant la fin de l'ABT
 - → consultation en urgence pour réalisation d'une paracentèse +++
 - o **Résistances bactériennes**
 - **Pneumocoque**: PSDP dans **70%** des cas
 - **Facteurs de risque de PSDP +++**
 - âge < 18 mois (nourrisson)
 - vie en collectivité (crèche, école)
 - OMA ou ABT récente (< 3 mois)
 - **Haemophilus**: β-lactamase dans 30-40% des souches
 - **Moxarella**: β-lactamase dans 90% des cas (!)
- **Complications**
 - o **Récidives +++**
 - +/- évolution vers otite chronique (OSM voire cholestéatome)
 - **Facteurs de risque de récurrences (6 / idem rhinopharyngite)**

- hypertrophie des végétations adénoïdes / carence martiale
- allergie / collectivité / tabagisme passif / RGO
- Complications loco-régionales
 - **PF périphérique**: !! complication la plus fréquente des OMA (cf **Paralysie faciale.**)
 - **neuro-méningées**: méningite (pneumocoque ++) / **TVC** du sinus latéral / abcès
 - **labyrinthite**: syndrome vestibulaire périphérique (cf **Vertige.**) / très rare !
- Mastoïdite
 - = ostéite bactérienne du mastoïde: complication **grave** (rare dans PD)
 - **Clinique**
 - Signes généraux: AEG et fièvre élevée / au décours d'une OMA
 - Tuméfaction rétro-auriculaire douloureuse +/- fluctuante (extériorisée)
 - Comblement du sillon rétro-auriculaire décollant l'auricule en bas/avant
 - **Paraclinique (3)**
 - **Paracentèse** en urgence pour examen bactériologique et évacuation +++
 - **TDM rocher + cérébrale**: rechercher C° neuro-méningée (TVC)
 - **Hémocultures**: en urgence avant de débiter l'ABT / NFS-CRP

Traitement

- **Prise en charge**
 - En ambulatoire hors OMA compliquée
- **Antibiothérapie** (!! RPC **Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant/ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2005**)
 - **Indications**
 - **Otite congestive**
 - **Pas** d'indication à une ABT en 1ère intention (**A savoir !**)
 - Consultation de contrôle à J3 si toujours symptomatique
 - **OMA purulente**
 - **âge < 2ans**: ABT systématique
 - **âge > 2ans**: ABT seulement si tableau bruyant (fièvre ou otalgie ++)
 - si pauci-symptomatique: abstention et Cs de contrôle à +48h
 - **Choix de l'antibiotique**
 - **En probabiliste**: Amoxicilline 80mg/kg/j (enfant) ou 3x1g/j (adulte) PO
 - **Si orientation étiologique clinique**
 - **vers pneumocoque**: Amoxicilline
 - **vers haemophilus**: Augmentin® en 3 prises si SOC
 - **Si allergie à la pénicilline (situation rare prudence)**
 - **sans CI aux β-lactamines**: cefpodoxime-proxétil (Orélox®) PO
 - **CI aux β-lactamines**: érythromycine-sulfafurazole (Pédiazole®) ou Bactrim®
 - **!! Recours à la Ceftriaxone® IV ou IM exceptionnel**
 - **Durée du traitement**
 - **Enfant**: 8 à 10 jours (si < 2ans) ou 5 jours (si > 2ans)
 - **Adulte**: 7 à 10 jours
- **Traitement symptomatique**
 - **Antalgique-antipyrétique**: paracétamol 60mg/kg/j ou 3x1g/j PO
 - **Désobstruction rhino-pharyngée**: lavage au sérum phy. (éduP) + mouchage
 - **Mesures physiques si enfant**: découvrir / hydrater (biberons) / pièce à 19°C
 - **!! Remarque**: contre-indication des AINS / corticoïdes
- **Traitement des complications**
 - **Mastoïdite**
 - **bi-ABT parentérale** en urgence: ceftriaxone + fosfomycine ou clindamycine en IV
 - **Traitement chirurgical**: mastoïdectomie +/- drainage si extériorisée (fluctuante)
 - **Paralysie faciale**
 - Régression spontanée en général (ou sous corticothérapie cf **Paralysie faciale.**)
 - NPO mesures de protection oculaire: occlusion palpébrale / gouttes (**A savoir !**)
 - **OMA récidivantes (≥ 6/an)**
 - En 1ère intention: recherche et contrôle des facteurs favorisants (6) +++
 - → éviction de la crèche / lutte contre le tabagisme passif / traitement du RGO..
 - Si échec: adénoïdectomie avec pose d'aérateurs trans-tympaniques (ATT)
- **Echec de l'antibiothérapie initiale**
 - **2 situations en pratique**
 - **Persistance** ou **aggravation** des symptômes à +48h
 - ou leur réapparition dans les 4j suivant la fin du traitement
 - associés à des **signes otoscopiques** d'OMA purulente
 - **Antibiothérapie**

- Si échec: Amoxicilline switch par **Augmentin®**
- Si 2ème échec: indication à la paracentèse
- **!! Toujours rechercher une complication**
- **Mesures associées**
 - Annotation du carnet de santé si enfant +++
 - **Education** / consignes de surveillance: consulter si fièvre à +48h (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique**
 - **Pas** de Cs de contrôle systématique si OMA traitée par ABT (**Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant/ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2005**)
 - En pratique, consultation de contrôle à +48h et/ou en fin de traitement souhaitable
 - Si abstention sur OMA purulente: **contrôle** à 48-72h systématique (**A savoir !**)
 - **Paraclinique**
 - Paracentèse pour ABG uniquement si 2eme échec du traitement initial

Otite séro-muqueuse

Généralités

- **Définition:** otite chronique (> **3 mois**) avec épanchement rétro-tympanique stérile
- **Epidémiologie:** très fréquente (près de 50% des enfants) / âge moyen = 5ans
- **Physiopathologie:** par dysfonctionnement tubaire chronique (métaplasie)
- **Facteurs favorisants / étiologies**
 - **Enfant:** hypertrophie adénoïde / RGO / tabagisme passif / carence martiale / allergie
 - **Adulte:** doit faire rechercher une tumeur du cavum (UCNT: **Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.**)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Enfant: rechercher atcd d'otites (++) et facteurs favorisants (6)
 - Adultes: !! toute OSM doit faire rechercher une tumeur du cavum
 - **Signes fonctionnels**
 - **Hypoacousie bilatérale +++**
 - OSM = 1ère cause de surdité de transmission de l'enfant
 - !! Evoquer une OSM devant tout retard de langage (**A savoir !**)
 - **Signes associés:** obstruction nasale, rhinorrhée, etc
 - **Signes négatifs:** pas de fièvre ni autres signes généraux
- **Examen physique**
 - **Positif = otoscopie:** bilatérale et comparative (**A savoir !**)
 - Tympan épaissi +/- rétracté / jaunâtre / bilatéral le plus souvent
 - Présence d'un niveau ou bulles = **épanchement** rétro-tympanique
 - Signes **négatifs** +++ : reliefs ossiculaire conservés (≠ OMA !)
 - **Retentissement = acoumétrie**
 - **Altération de la fonction auditive (voir item 127.)**
 - **Test de Weber:** latéralisé du côté atteint (non latéralisé si bilatéral)
 - **Test de Rinne:** négatif (CO > CA)
 - **Etiologie = nasofibroscopie**
 - Pour rechercher un facteur favorisant (hypertrophie des adénoïdes)
 - Systématique chez l'adulte si OSM unilatérale (tumeur du cavum)
- **Examens complémentaires**
 - **Audiométrie tonale / vocale (A savoir !)**
 - Recherche une surdité de transmission = ↓ isolée de la CA (< 25dB)
 - **Impédancemétrie**
 - **Tympanogramme:** courbe **aplatie** car épanchement (courbe de type B)
 - **Test de Metz:** réflexe stapédien présent (sauf si surdité > 30dB: rarement)
 - **Bilan complémentaire**
 - Recherche de facteurs de risque: bilan martial (NFS / ferritine)
 - Evaluation du retentissement: bilan **orthophonique** +++ (**A savoir !**)

Evolution

- Résolution spontanée le plus souvent mais récurrences fréquentes
- Risque de retard du **langage** secondaire à la surdité: à dépister +++

Traitement

- **Prise en charge:** en ambulatoire
- **Traitement en 1ère intention**
 - **Désobstruction:** rhino-pharyngée par sérum physiologique simple
 - **Correction des FdR +++ :** éviction tabagisme passif / traitement d'un RGO, d'une allergie..
 - **Eventuellement:** corticoïdes en cure courte (5-7 jours / local ou PO)
- **Traitement chirurgical = ATT**
 - **Indications (RMO = 3)**
 - OMA récidivantes (≥ 6 épisodes par hiver)
 - Surdité de transmission $> 30\text{dB}$ ou retard de langage
 - Rétraction tympanique persistante / surdité de perception
 - **En pratique:** OSM > 3 mois résistante au traitement médicamenteux
 - **Modalités**
 - pose d'**aérateurs trans-tympaniques** (ATT: t-tube ou « yoyo »)
 - systématiquement associée à une **adénoïdectomie** bilatérale +++
- **Mesures associées**
 - Mise à jour du carnet de santé
 - **Orthophonie** en cas de retard du langage (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique:** otoscopie et dépistage de la surdité

Otite cholestéatomateuse

Généralités

- **Définition**
 - Otite chronique (> 3 mois) grave avec prolifération épidermique   malignité locale
- **Physiopathologie**
 - Typiquement, post-OSM +/- OMA: rétraction puis perforation tympanique
 - → otorrhée purulente chronique et prolifération épidermique envahissante

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** adulte / rechercher atcd d'OMA et OSM
 - **Signes fonctionnels**
 - !! souvent asymptomatique / hypoacousie discrète et progressive
 - **Otorrhée** purulente chronique verdâtre et fétide mais discrète
 - **Examen physique**
 - **Poser le diagnostic: otoscopie bilatérale (A savoir !)**
 - Présence de **squames**  pidermiques (débris blanchâtres)
 - **Perforation** tympanique constante avec otorrhée fétide
 - Rechercher une **lyse atticale** (paroi postéro-supérieure du CAE)
 - **Rechercher une complication**
 - **signe de la fistule** (labyrinthique): vertige à la compression du tragus
 - **examen neurologique:** rechercher une paralysie faciale / méningite-abcès
- **Examens complémentaires**
 - **Prélèvement local** de l'otorrhée (paracentèse) pour examen bactériologique +++
 - **TDM du rocher:** bilan d'**extension** locale / recherche de complications
 - **Audiométrie:** surdité de T  ($> 30\text{dB}$) +/- mixte (labyrinthisation) (**A savoir !**)
 - **Vestibulom trie (EVC-VNG):** rechercher une atteinte vestibulaire
 - **!! Remarque**
 - **NPO si paralysie faciale:** examen ophtalmologique + ENMG (**A savoir !**)
 - **Bilan du terrain:** glycémie pour rechercher un diabète (FdR)

Complications

- **Paralysie faciale périphérique:** fréquente / atteinte territoire sup+inf (cf **Paralysie faciale.**)
- **Labyrinthisation:** signe de la fistule +/- surdité de perception (!! faire un Weber)
- **Complications neuro-méningées:** méningite purulente / TVC septique / abcès cérébral
- **Récidives +++ :** fréquentes même si traitement bien conduit → surveillance au long cours

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation en urgence si complication / semi-urgence sinon
- **Antibiothérapie**
 - Probabiliste: FQ (ofloxacin) en local ou général en phase chaude

- Objectif: « refroidir » l'otite avant la chirurgie: 2 à 5 jours
- **Traitement chirurgical**
 - **En semi-urgence**
 - **Mastoïdectomie** pour exérèse puis tympanoplastie
 - !! Examens bactériologique et **anapath.** systématiques
 - **A distance: « second-look » à 12 mois**
 - Vérifier l'absence de récurrence du cholestéatome
 - Chirurgie fonctionnelle de l'audition (implant, etc)
- **Mesures associées**
 - **Si paralysie faciale:** corticoïdes et protection oculaire +++ (**A savoir !**)
- **Surveillance: !! prolongée (≥ 10ans)**
 - **Clinique:** otoscopie au long cours pour contrôle (cf récurrences)
 - **Paraclinique:** audiométrie / TDM du rocher pour récurrences

C. OTALGIES

Généralités

Définitions

- **Otalgie:** toute douleur de l'oreille, regroupe
 - **Otodynie:** douleur secondaire à une pathologie de l'oreille (externe ou moyenne)
 - **Otalgie réflexe:** douleur projetée à l'oreille d'étiologie extra-auriculaire

!! Remarque

- Toute otalgie sans étiologie évidente doit faire rechercher une tumeur des VADS (**A savoir !**)

Otalgies réflexes

Définition

- Douleur projetée à l'oreille (étiologie extra-otologique: pas d'atteinte de l'oreille en soi)
- Mécanisme: nerfs crâniens de la région auriculaire (V, VII, IX, X) = ceux des VAD

Etiologies (extra-ORL)

- **Atteinte pharyngo-laryngée**
 - Angine
 - Cancer des VADS
- **Atteinte buccale**
 - Dents de sagesse
 - Abscess / cellulite dentaire
- **Atteinte cervico-faciale**
 - Adénopathie inflammatoire aiguë
 - Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire
 - Neuralgies du trijumeau
 - Pathologie parotidienne

Synthèse pour questions fermées

2 germes les plus fréquents dans une OMA purulente ?

- Pneumocoque
- Haemophilus

1 antibiotique devant une OMA purulente ?

- Amoxicilline (nouveau 2011)

1 diagnostic à évoquer devant une otite séromuqueuse avec otorrhée ?

- Cholestéatome