

L'otalgie est l'un des symptômes les plus fréquents en consultation spécialisée. Bien qu'elle soit souvent d'origine auriculaire, il ne faut pas passer à côté d'une pathologie de voisinage, notamment pharyngée. Cela doit être en particulier un signal d'alarme chez le patient alcoolo-tabagique chronique, trahissant parfois la présence d'un cancer.

Les otites de l'enfant représentent la cause la plus fréquente de prescription d'antibiotiques, à juste titre puisque c'est grâce à eux que les complications otitiques sont devenues rares.

Les otites de l'adulte concernent essentiellement le méat acoustique externe et sont de traitement facile.

Une otalgie est une douleur ressentie dans l'oreille ; il convient d'emblée de séparer les douleurs qui proviennent effectivement de l'organe acoustique, véritables otodynies, de celles qui viennent d'ailleurs se révélant par cette otalgie dite réflexe.

## I. DÉMARCHE CLINIQUE

---

Elle procède toujours de l'interrogatoire et de l'examen physique.

### A. Interrogatoire

#### 1. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- Mode de vie : alcoolo-tabagisme (+++).
- Pathologies otologiques.
- Pathologies récurrentes : angines, douleurs dentaires (dents de sagesse).
- Pathologies chroniques.

#### 2. CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR

- Ancienneté.
- Intensité.
- Périodicité.
- Localisation, latéralité.
- Modifiable par certains facteurs ? (médicaments antalgiques, déglutition, manœuvre de Valsalva...).

### 3. SYMPTÔMES D'ACCOMPAGNEMENT

- De nature otologique : hypoacousie, acouphènes, plénitude d'oreille, vertiges, écoulement d'oreille.
- De nature rhinologique : rhinorrhée, obstruction nasale, hyposmie.
- De nature bucco-dentaire : douleur dentaire, trismus, halitose.
- De nature pharyngo-laryngée : odynophagie (+++), dysphonie, hémhage.
- De nature œso-gastrique : pyrosis, régurgitations, douleurs thoraciques ou abdominales.
- De nature générale (+++) : fièvre, altération de l'état général, insomnie, troubles du comportement (chez l'enfant).

## B. Examen physique

### 1. EXAMEN OTOLOGIQUE COMPLET

- Pavillon et mastoïde.
- Otoscopie (+++), à la recherche d'une pathologie du méat acoustique externe ou de la membrane tympanique
- Acoumétrie.
- Manœuvre de Valsalva.

### 2. EXAMEN RHINOLOGIQUE

Au mieux au nasofibroscope pour l'exploration du cavum.

### 3. EXAMEN BUCCO-DENTAIRE (+++)

- État dentaire.
- Articulé.

### 4. EXAMEN DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

- Palpation à la recherche d'une douleur provoquée.
- Mise en mouvement (ouverture/fermeture, diduction).
- Recherche d'un bruxisme révélateur d'une anxiété sous-jacente.

### 5. EXAMEN PHARYNGO-LARYNGÉ

Abaisse-langue, laryngoscopie au miroir, voire au nasofibroscope en cas de doute notamment chez un alcoololo-tabagique.

### 6. PALPATION CERVICALE (+++)

### 7. EXAMEN DES NERFS CRÂNIENS

### 8. EXAMEN SOMATIQUE

L'examen repère presque à chaque fois l'origine de la douleur. Parfois, certains examens complémentaires sont nécessaires pour préciser le degré d'atteinte.

## II. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE : OTODYNIES

### A. Pathologies de l'oreille externe

#### 1. PATHOLOGIES DE L'AURICULE (OU PAVILLON)

##### ■ Plaie de l'auricule

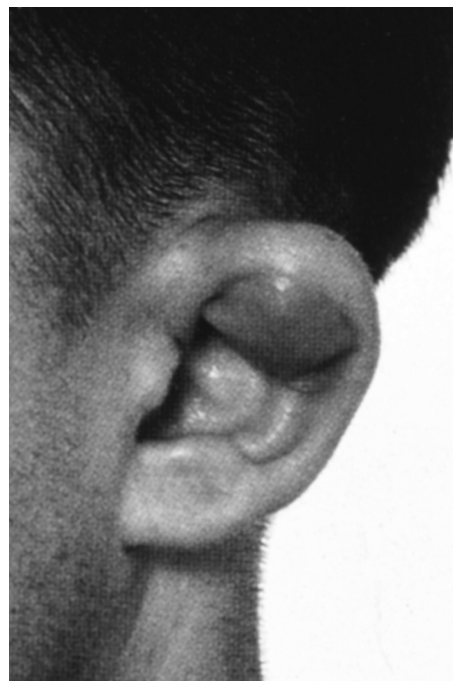
- Diagnostic évident.
- Les agressions sont fréquentes : armes blanches, morsures animales ou humaines.
- De la perte de substance minime au délabrement important.
- Le risque est la péricondrite (cf. *infra*).
- Les séquelles esthétiques peuvent être importantes; les techniques de chirurgie réparatrice peuvent souvent permettre des reconstructions satisfaisantes.
- Le traitement est double :
  - local : parage-excision des tissus voués à la nécrose, ablation des corps étrangers, désinfection (+++) soignée du cartilage et des tissus mous, drainage en cas de plaie septique (mèche iodoformée, crins de Florence), suture lâche en différents plans, pansement gras et semi-compressif;
  - général : antalgiques et antibiotiques de couverture (amoxicilline – acide clavulanique en cas de morsure).

##### ■ Hématome de l'auricule (= othématome) (figure 1)

- Survenant après un traumatisme (sport +++).
- Très douloureux.
- Les 2 risques sont la péricondrite (cf. *infra*) et la cicatrisation rétractile entraînant une oreille dite « en chou-fleur ».
- Le traitement est principalement local : drainage et pansement compressif associés à des antalgiques.

##### ■ Péricondrite de l'auricule (figure 2)

- Elle est définie comme l'inflammation subaiguë d'origine microbienne du péricondre de l'auricule avec au maximum un épanchement sous-péricondral entraînant une ischémie du cartilage sous-jacent.



**Figure 1.** Othématome, oreille gauche (voir photo 1 en couleur, cahier central)

- Les principales causes sont les suivantes :
  - la chirurgie de l'oreille (+++) : otoplastie, tympanoplastie et toute intervention curative d'une otite chronique ;
  - les traumatismes de l'auricule : plaies (+++), othématome, brûlures de l'auricule ;
  - les infections du méat acoustique externe (cf. *infra*) ;
  - les traitements locaux de l'oreille.



**Figure 2.** Périchondrite, oreille gauche (voir photo 2 en couleur, cahier central)

- Il s'agit d'une infection polymicrobienne au cours de laquelle on retrouve préférentiellement *Pseudomonas aeruginosa* et *Staphylococcus aureus*.
- Cliniquement, il s'agit d'un auricule globalement inflammatoire (œdématié, rouge, chaud, douloureux spontanément) dont la survenue peut être précoce ou tardive (1 mois) après la cause incriminée ; s'y associent fréquemment une fièvre et parfois une suppuration cutanée.
- Le risque essentiel est la nécrose totale de l'auricule avec ses conséquences esthétiques.
- Le traitement est avant tout médical :
  - antalgiques ;
  - antibiothérapie par voie parentérale, administrée après prélèvement et secondairement adaptée au(x) germe(s) retrouvé(s), active ;
    - sur *Pseudomonas aeruginosa* :
      - carboxypénicilline → ticarcilline (Ticarpén®), 250 mg/kg/j en IV ;
      - uréidopénicilline → piperacilline (Pipérilline®), 200 mg/kg/j en IV ;
      - Céphalosporine de 3<sup>e</sup> G. → ceftazidime (Fortum®), 3 g/j en IV ;
      - céphalosporine à spectre étroit → cefsulodine (Pyocefal®), 3 à 6 g/j en IV ;
    - et *Staphylococcus aureus* :
      - acide fusidique (Fucidine®), 1 à 1,5 g/j ;
      - vancomycine (Vancocine®), 30 mg/kg/j en IV ;
      - teicoplanine (Targocid®), 800 mg/j en IV.
    - on peut y associer pendant 2 à 3 jours un aminoside :
      - soins locaux : pansements désinfectants 2 à 3 fois par jour ;
      - drainage chirurgical en cas de collection purulente et irrigation pluri-quotidienne au sérum bétadiné.
- **Poussée de polychondrite chronique atrophiante**
- L'aspect inflammatoire de l'auricule concerne les 2 côtés.

- Elle touche fréquemment les autres cartilages : articulaires, costaux, trachéal et septal nasal.
- La notion de récurrence est importante à établir.
- Le diagnostic repose sur l'examen anatomo-pathologique de biopsies cartilagineuses
- La maladie possède également des manifestations cardio-vasculaires, oculaires, hématologiques et cochléo-vestibulaires.
- Le traitement fait appel aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs.

#### ■ Zona auriculaire (cf. *infra*)

#### ■ Tumeur maligne de l'auricule

- Survient essentiellement entre 60 et 80 ans et dans 75 % chez l'homme.
- Il en existe 3 types différents : le carcinome basocellulaire (le plus fréquent), le carcinome épidermoïde (anciennement appelé épithélioma spinocellulaire) et le mélanome.
- Le facteur de risque essentiel est l'exposition solaire (+++) à laquelle l'auricule est particulièrement soumis. D'autres sont classiques :
  - âge avancé (+++) ;
  - lésion précancéreuse existante : kératose actinique et maladie de Bowen ;
  - xeroderma pigmentosum donnant parfois des cancers chez l'enfant ;
  - immunodépression après transplantation d'organe ;
  - microtraumatismes répétés ;
  - exposition aux dérivés du goudron et hydrocarbure ;
  - exposition à l'arsenic (viticulteurs).
- La clinique associe :
  - la lésion cutanée plus ou moins suspecte (cf. question dermatologie) ;
  - des douleurs inconstantes dues le plus souvent à l'atteinte péricondrale ;
  - des adénopathies péri-auriculaires, parotidiennes ou jugulo-carotidiennes dans 10 % des carcinomes épidermoïdes et 30 % des mélanomes.
- Le diagnostic est anatomo-pathologique.
- Diagnostics différentiels :
  - des carcinomes :
    - mélanomes achromiques,
    - kératoacanthome,
    - lésions lupiques ;
  - des mélanomes :
    - tumeur nævique bénigne,
    - verrue séborrhéique,
    - carcinome basocellulaire tatoué,
    - histiocytofibrome,
    - angiome thrombosé,
    - maladie de Kaposi.
- Traitement :
  - carcinome basocellulaire :
    - la chirurgie d'exérèse est le traitement le plus utilisé. Fréquemment effectuée sous anesthésie locale, elle permet l'analyse histologique des berges de résection en extemporané. La marge d'exérèse est de 5 à 10 mm selon la taille de la tumeur,
    - des tumeurs < 1 cm peuvent bénéficier d'une cryothérapie ou d'une électrocoagulation curetage,

- la curiethérapie peut être utilisée pour les tumeurs de 1 à 4 cm de diamètre ;
- carcinome épidermoïde :
  - l'exérèse tumorale chirurgicale est le meilleur traitement. La marge de sécurité est fixée de 8 à 15 mm selon la taille de la tumeur,
  - la chirurgie d'évidement ganglionnaire est indispensable quand il existe des ganglions palpables ou une tumeur de plus de 4 cm de diamètre,
  - la radiothérapie externe peut être utilisée seule en cas d'inopérabilité. Sinon, elle complète utilement le traitement en cas de tumeur de plus de 4 cm ou infiltrante ;
- mélanome :
  - l'exérèse tumorale chirurgicale est le seul traitement efficace à condition de pratiquer des marges d'au moins 15 mm,
  - la chirurgie d'évidement ganglionnaire obéit aux mêmes lois que précédemment.
- Le pronostic est péjoratif dans les formes suivantes :
  - forme sclérodermiforme du carcinome basocellulaire ;
  - les mélanomes dont l'indice de Breslow (cf. question dermatologie) est élevé ;
  - toute tumeur métastatique (ganglionnaire ou viscérale).

## 2. PATHOLOGIES DU MÉAT ACOUSTIQUE EXTERNE

### ■ Otite externe diffuse

- Pathologie banale et fréquente, elle représente la majorité des causes d'otodynie de l'adulte.
- Il s'agit d'une dermo-épidermite aiguë due à un ensemble de germes dont les plus fréquents sont : *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* et *Pseudomonas aeruginosa*.
- Les facteurs favorisants sont connus :
  - étroitesse du conduit osseux ;
  - lésion cutanée du conduit pré-existante ;
  - climat chaud et humide ;
  - humidité chronique du conduit ;
  - diminution de la sécrétion cérumineuse et/ou rétention de débris épidermiques ;
  - manipulations intempestives (coton-tiges...).
- Lotalgie est le principal symptôme : elle est volontiers intense, insomnante, exacerbée par la mastication, la pression du tragus et la traction du lobule. L'hypoacousie et les acouphènes sont assez fréquents mais relégués au second plan derrière les douleurs.
- **Il n'y a en théorie aucune fièvre.**
- L'examen otoscopique constate :
  - une exacerbation de la douleur lors de l'introduction du spéculum ;
  - un méat acoustique externe globalement inflammatoire et sténosé, limitant l'exploration et empêchant le plus souvent de voir le tympan ;
  - une otorrhée dans 50 % des cas qu'il faut pouvoir rattacher à l'otite externe sans méconnaître une otite moyenne aiguë ou une poussée de réchauffement d'une otite chronique sous-jacente, éventualités exceptionnelles.
- Diagnostics différentiels :
  - furoncle du conduit (cf. *infra*) ;
  - otomycose (cf. *infra*) ;

- certaines dermatoses du conduit;
- otite externe maligne (cf. *infra*);
- otite moyenne aiguë avec réaction inflammatoire du conduit.
- Le traitement est double :
  - local (+++) avant tout :
    - nettoyage du méat acoustique (aspiration),
    - mise en place d'une mousse extensible (type Pop-oto-wick®) permettant une macération de la peau du méat avec la solution instillée; à laisser 48 h, éventuellement renouvelable,
    - instillation de gouttes auriculaires associant un antibiotique actif sur les germes incriminés (polymyxine B, framycétine, néomycine) et un corticoïde (dexaméthasone, fludrocortisone) 2 fois par jour pendant 8 jours;
  - général :
    - antalgiques de niveau 1 ou 2,
    - antibiotiques anti-staphylococciques en cas d'immunodépression, notamment chez le diabétique.

#### ■ Otite externe maligne

- C'est une infection grave du méat acoustique externe, due le plus souvent à *Pseudomonas aeruginosa* et survenant dans 90 % des cas chez un sujet âgé diabétique mal équilibré; les 10 % restants surviennent chez des patients immunodéprimés.
- L'évolution est stéréotypée : effraction cutanée (extraction d'un bouchon de cérumen, par exemple) → cellulite du méat acoustique externe → chondrite du méat acoustique externe → ostéite du tympanal. Le processus infectieux est tel qu'il peut diffuser rapidement à l'ensemble de l'os temporal, l'os occipital et le sphénoïde pouvant aboutir à une ostéomyélite de toute la base du crâne.
- Les signes cliniques diffèrent selon le degré d'évolution :
  - l'otalgie est discrète au début puis s'intensifie pour devenir insupportable. **Elle manque dans 20 % des cas ;**
  - l'otorrhée est fréquente, fétide et verdâtre;
  - la sténose du méat acoustique externe est constante, accompagnée d'un tissu de granulation qui doit éveiller les soupçons;
  - la *fièvre* est également très fréquente, d'intensité variable;
  - la paralysie de certains nerfs crâniens trahit une évolution torpide. La diffusion du processus infectieux s'étendant de dehors en dedans, le premier nerf touché est le nerf facial (VII) suivi des nerfs IX, X, XI et XII. Au maximum, tous les nerfs crâniens sont touchés ce qui réalise le syndrome de Garcin.
- Au stade d'ostéomyélite de la base du crâne, certaines complications sont possibles :
  - méningite;
  - thrombose du sinus caverneux et de l'artère carotide interne;
  - abcès intra-cérébral.
- Le bilan complémentaire comprend au minimum :
  - une NFS;
  - une glycémie;
  - une vitesse de sédimentation;
  - un prélèvement de l'otorrhée à visée bactériologique;
  - une ponction lombaire au moindre doute;
  - un scanner du rocher et de la base du crâne à la recherche d'une infiltration des tissus mous du méat acoustique externe et d'une ostéolyse du tympanal et de l'os pétreux;

- une IRM cérébrale et de la base du crâne, plus sensible que le scanner, permettant une cartographie précise des lésions et la recherche de complications endocrâniennes;
- une scintigraphie au technétium 99 et/ou au gallium 67 à la recherche de signes en faveur d'une ostéomyélite de la base du crâne.
- Le traitement est essentiellement médical et repose sur une triple antibiothérapie parentérale et prolongée plusieurs semaines, secondairement adaptée au germe ; on utilise fréquemment l'association d'une pénicilline anti-*pseudomonas* (cf. *supra*), d'une fluoroquinolone et d'un aminoside. L'équilibration du diabète et les antalgiques sont également nécessaires.
- En cas d'évolution défavorable, l'oxygénothérapie hyperbare peut être tentée avec succès. Le traitement chirurgical a une place d'autant plus discutée que l'évolution de l'infection est avancée.
- Les critères de guérison ne sont pas exclusivement cliniques ; la vitesse de sédimentation et la scintigraphie au gallium doivent être normalisées.
- Le pronostic a nettement été amélioré depuis l'avènement des antibiotiques. **Le taux de mortalité varie de 20 à 50 %** selon le degré d'atteinte.

#### ■ Otomycose externe

- Certains facteurs favorisent le développement d'une infection mycosique :
  - traumatisme du méat acoustique externe ;
  - dermatose sous-jacente (eczéma +++ ) ;
  - chirurgie otologique récente ;
  - traitement antibiotique local ou général.
- La forme habituelle mime le tableau d'une otite externe diffuse en moins intense. Le prurit est particulièrement évocateur.
- L'otoscopie montre un conduit globalement inflammatoire qui présente l'une ou l'autre des formes suivantes :
  - un aspect humide de « papier buvard » ;
  - un encombrement de filaments blanchâtres cotonneux parfois associés à des plages noirâtres charbonneuses ;
  - le tympan est en règle normal mais peut être également modifié soit par des granulomes, soit par une perforation appelée « clou mycosique ».
- L'otomycose maligne représente une otomastoïdite subaiguë avec risque de diffusion de l'infection à la base du crâne survenant chez l'immunodéprimé. Elle est l'apanage des *Aspergillus* avec co-contamination par *Pseudomonas aeruginosa*. Le tableau n'est pas très différent de celui d'une otite externe maligne, en moins bruyant.
- Le diagnostic est clinique, les prélèvements ne sont pas nécessaires.
- Le traitement est celui de l'otite externe auquel est ajoutée l'instillation d'un antifongique dont il existe 3 classes :
  - les polyéniques : nystatine associée dans une préparation à des corticoïdes et à des antibiotiques (Auricularum®) ;
  - les imidazolés : econazole (Pevaryl®) ;
  - les pyridones : ciclopiroxolamine (Mycoster®).
 Le traitement est au minimum de 2 semaines.