

Les otites externes de l'été

Acute otitis externa in summer

● C. Dubreuil*

Résumé : L'otite externe est une pathologie inflammatoire cutanée ou dermo-épidermique aiguë qui se développe généralement au niveau d'une peau lésée.

Les otites externes sont extrêmement fréquentes, de survenue souvent estivale, et leur diagnostic est parfois imprécis, confondu avec l'otite moyenne aiguë. Le traitement doit tenir compte d'un certain nombre de recommandations.

Mots-clés : Baignade - Dermatoses - Otomycose - Aminocyclitol - Quinolones.

Summary: Acute otitis externa is an inflammatory disease of the skin, generally previously damaged. It is frequent, specially in summer. It may be wrongly diagnosed as an acute otitis media. Treatment is mainly local.

Keywords: Swimming - Dermatitis - Otomycosis - Aminoglycosides - Quinolones.

PHYSIOLOGIE NORMALE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Il existe une flore saprophyte à l'intérieur du conduit auditif externe, faite de bactéries à Gram + et à Gram – (staphylocoque, corynébactérie, *Pseudomonas aeruginosa*) et de champignons. Le cérumen a une activité bactéricide due aux acides gras et à un pH cutané acide.

- Dans une otite externe, on constate une prédominance de *Pseudomonas aeruginosa* et de staphylocoques dorés. Ils sont agressifs en cas de lésion cutanée ou chez le diabétique, mais peu agressifs si le revêtement cutané est sain.
- La présence de germes à la surface de la peau du conduit auditif externe n'est pas synonyme d'infection.

FACTEURS FAVORISANT L'OTITE EXTERNE

L'otite externe infectieuse se développe au niveau d'une peau lésée (après extraction d'un bouchon de cérumen, un lavage d'oreille, un grattage d'oreille avec les objets les plus divers), ou d'une peau ayant des propriétés physico-chimiques modifiées par les baignades, en particulier l'été, que ce soit en mer ou en piscine, ou par l'utilisation de détergents (savon) qui modifient les défenses naturelles du conduit auditif externe.

Les facteurs favorisants sont nombreux :

- le climat chaud et humide des pays tropicaux, les baignades estivales, l'humidité chronique du conduit auditif externe favorisent l'émergence de *Pseudomonas aeruginosa* ;
- l'étroitesse du conduit (favorisée par des ostéomes) ;

- l'absence de sécrétions cérumineuses dues à l'utilisation intensive de coton tige ou de savon détergent ;
- la localisation, au niveau du conduit, de certaines dermatoses comme l'eczéma, le psoriasis ou la dermatite séborrhéique ;
- le port d'embout prothétique ou l'utilisation d'un baladeur ;
- exceptionnellement, peut être mis en évidence un corps étranger, en particulier chez l'enfant.

OTITE EXTERNE DIFFUSE SIMPLE

La symptomatologie clinique est univoque

C'est une otalgie plus ou moins intense évoluant par crises, volontiers nocturnes, irradiant vers le fond de l'oreille, la tempe et la mandibule, exacerbée par le moindre contact avec le pavillon. Le prurit peut s'y associer. La pression sur le tragus, la traction du pavillon de l'oreille en arrière, la pression de la conque créent ou décuplent la douleur. L'hypoacousie et les acouphènes ne sont présents que lorsqu'il existe une sténose complète inflammatoire du conduit auditif externe.

L'aspect otoscopique est variable. Au début, il existe une simple hyperémie du conduit auditif externe, extrêmement douloureux toutefois à la palpation ou à la pression douce du spéculum. Puis survient une infiltration inflammatoire allant jusqu'à la sténose du conduit, empêchant la vision de la membrane tympanique. Des sécrétions plus ou moins purulentes peuvent obstruer la totalité du conduit. Lorsque celles-ci sont de couleur verte et d'odeur caractéristique, il faut penser au pyocyanique. Si le tympan est visible au début, celui-ci est normal, mais il peut être hyperémique, ce qui est le signe d'une myringite par inflammation de voisinage. Une masse humide, de type papier buvard, jaunâtre ou noirâtre est en faveur d'une otomycose.

* Centre hospitalier Lyon Sud.

Le diagnostic est parfois plus difficile lorsqu'il n'y a pas de signe otoscopique évident : seule la douleur à la pression du tragus ou à la traction du pavillon existe. La peau est d'apparence normale, et peut être cependant très douloureuse à la palpation au début de l'otite externe.

Deux formes cliniques méritent d'être individualisées

- Les formes pseudo-mastoïdiennes : les processus infectieux et inflammatoires sont responsables d'un œdème périauriculaire pouvant donner le change avec une mastoïdite. Le sillon rétro-auriculaire est normal, et il existe une chondrite toujours retrouvée à l'examen clinique par la pression ou la traction sur le pavillon.
- L'otite externe étendue au pavillon se traduit par une eczématisation de l'orifice du conduit et de la conque associant des vésicules, des croûtes et une lésion suppurée.

Traitement de l'otite externe diffuse isolée

Les formes légères associant prurit, érythème et douleur justifient uniquement l'utilisation de topiques locaux.

Si l'on a la certitude que le tympan est fermé (il est visible ou il n'y a pas d'antécédent patent d'otites), alors tous les topiques locaux contenant antibiotiques et corticoïdes peuvent être utilisés : Polydexa®, Antibiosynalar®, etc., mais aussi Otipax® (antalgique), Bétadine® solution dermatique, quinolones. Il a été démontré (1) que l'association avec un corticoïde de l'acide acétique ou d'un antibiotique est supérieure à l'absence d'association à un corticoïde, sur la disparition des symptômes.

L'efficacité d'un gel de nitrate d'argent a été montrée dans les otites externes (2), en particulier en cas d'association ou de complication par une otomycose. Ce produit est d'usage peu courant en France. Si le tympan est ouvert ou si l'on a un doute sur l'intégrité de la membrane tympanique, les antibiotiques aminosides sont contre-indiqués (3). Seules sont autorisées les quinolones.

Les topiques locaux tenant compte de recommandations précédentes sont suffisants dans l'otite externe diffuse isolée. Les gouttes doivent être appliquées et maintenues au contact de la peau le plus longtemps possible grâce à un pansement expansible (Merocel® ou mèche stérile) laissé en place 48 à 72 heures.

En cas d'otomycose aiguë, qui s'apparente cliniquement à l'otite externe, mais dont l'aspect otoscopique est différent, il faut lutter contre le champignon et contre la surinfection bactérienne (4). On peut utiliser de l'eau oxygénée boratée, de la Bétadine® dermatique à 10 % ou un fongicide, ces produits devant être utilisés un maximum de 7 jours lorsque le tympan est ouvert. Les quinolones gardent un spectre tout à fait adapté au pyocyanique et aux staphylocoques (3). Parmi les antifongiques, seule l'association oxytétracycline-polymyxine B-dexaméthasone-nystatine a stricto sensu l'autorisation de mise sur le marché en cas d'otomycose (3). Sinon, on peut utiliser des traitements antifongiques à visée dermatologique. Deux classes sont utilisables : les antifongiques imidazolés avec un spectre large sur les Aspergillacés et un pouvoir bactéricide sur les germes à Gram +, les antifongiques polyémiques ayant le désavantage d'être ototoxiques lorsqu'ils sont utilisés en présence d'une perforation tympanique. Cependant, les imidazolés, même avec une ototoxicité moindre, doivent être utilisés pendant moins de 7 jours en cas de perfora-

tion tympanique. Les antifongiques polyémiques sont représentés par l'amphotéricine B, les imidazolés par le sulconazole, l'éconazole et le bifonazole.

Si l'otite externe est plus sévère, avec des douleurs insomniantes ou un œdème important qui sténose le conduit auditif externe, le rendant infranchissable, l'otorrhée pouvant être prédominante, il faut obligatoirement utiliser les antalgiques de palier I : paracétamol, ibuprofène ou aspirine en première intention. En cas d'échec, il faut passer au dextropropoxyphène et/ou aux corticoïdes per os à la dose de 60 à 80 mg/j si cela est nécessaire (5). En cas d'échec du traitement local associant tamponnement du conduit auditif externe et gouttes locales, antalgiques de palier I ou II, il faut utiliser un traitement par voie générale : quinolones per os pendant 7 à 8 jours jusqu'à la sédation des symptômes, corticoïdes injectables 120 mg/j pendant trois ou quatre jours. Un prélèvement bactériologique est alors indispensable pour différencier une otite bactérienne d'une otomycose.

Le traitement préventif comporte avant tout la suppression des facteurs favorisants : les grattages intempestifs, les traumatismes du conduit auditif externe par utilisation d'objets les plus divers ainsi que les nettoyages abusifs de l'oreille avec utilisation de savons plus ou moins agressifs.

Il faut assécher le conduit auditif externe après les baignades (utilisation d'un sèche-cheveux pendant quelques minutes) ou utiliser quelques gouttes d'alcool à 60° dont le rôle est de laver le conduit auditif externe de l'eau de baignade et d'apporter une désinfection locale.

Avant les baignades ou les douches, en particulier s'il existe une propension à l'otite externe, il est conseillé d'utiliser de l'huile minérale ou de l'huile pour bébé au compte-gouttes, instillée dans le fond de l'oreille.

En cas de port d'appareillage auditif compliqué d'otite externe ou de douleurs du conduit, il faut l'enlever le plus fréquemment possible et assécher le conduit.

Il faut éviter l'utilisation abusive de gouttes auriculaires dans le conduit auditif externe, qu'elles contiennent des aminosides ou des quinolones, car le risque à terme est la sensibilisation et l'allergie locale.

Enfin, dans les formes récidivantes, quel que soit l'âge, il faut rechercher un diabète et un déficit immunitaire (6). ■

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Van Balen FA, Smit WM, Zuithoff NP, Verheij TJ. Treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial. *Br Med J* 2003;22(327):1201-3.
2. Van Hasselt P, Guddé H. Randomised controlled trial on the treatment of otitis externa with one per cent silver nitrate gel. *J Laryng Otol* 2002;118(2):93-6.
3. Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou : utilisation des gouttes à usage auriculaire. *Press Med* 2002;31:1849-59.
4. Klossek JM, Serrano E. Les mycoses en ORL. Paris : Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2003:185 p.
5. Isaacson G. Treatment of otitis externa. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22(8):759-60.
6. Legent F, Andrieu-Guitrancourt J, Narcy P et al. Le conduit auditif externe. Méat acoustique externe. Paris : Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou/Arnette Blackwell éd., 1995:367 p.