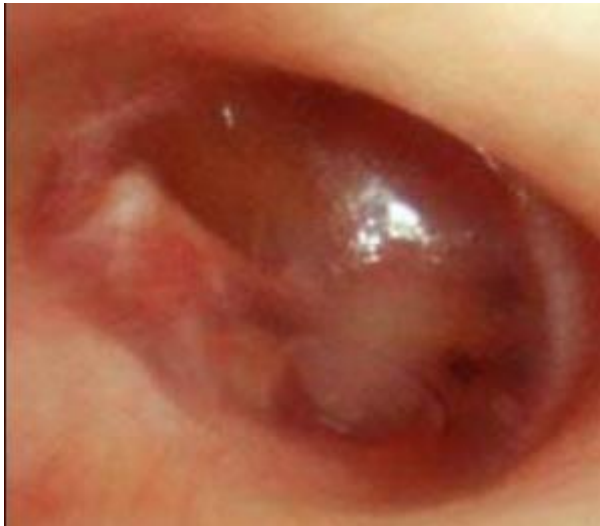
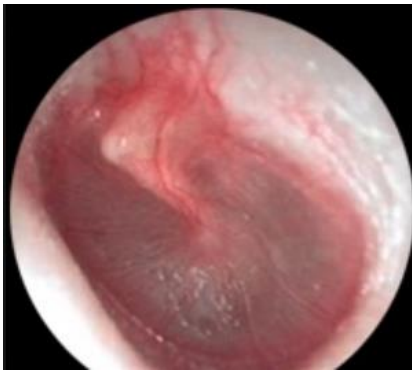


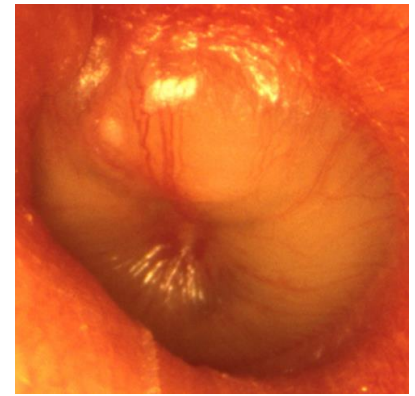
Otites récidivantes de l'enfant : du « bon » diagnostic à la prise en charge



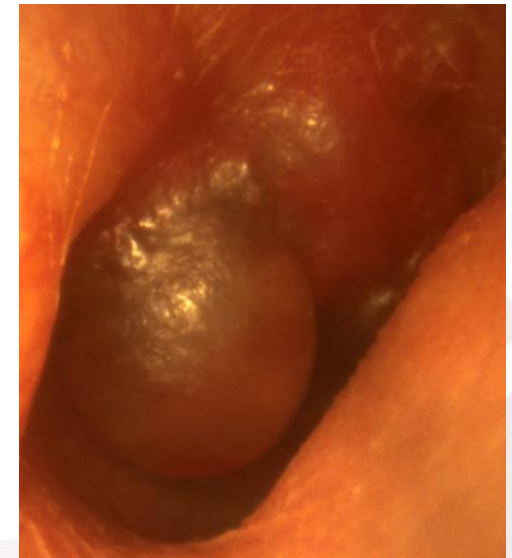
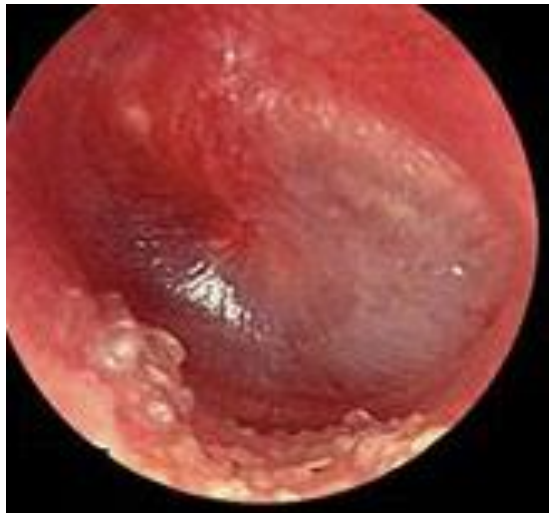
Dr BOBIN Catherine ORL
23.05.19



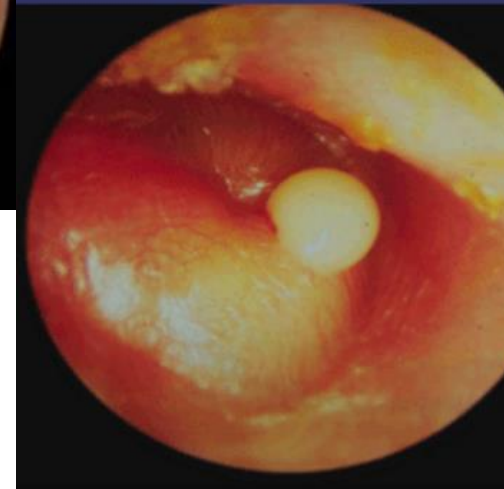
≠ OMA



(Sans épanchement rétroT = **otite congestive**, virale +++, guérison spont +/- phlyctènes)



Avec épanchement rétroT = **OMA purulente**



Pic max 6-13M, bilat 40%

Fièvre + otalgie/équivalents +/- otorrhée purulente

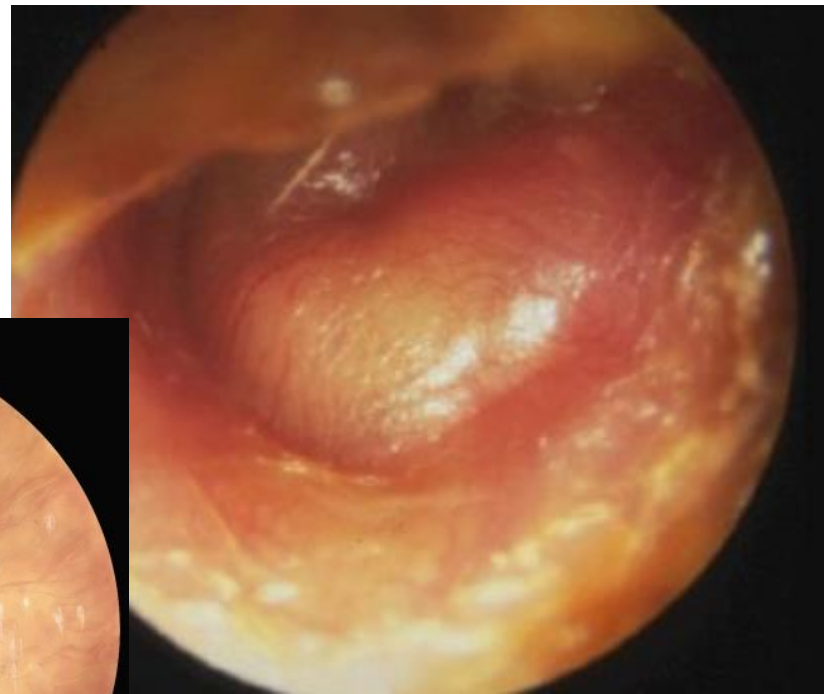
Oto : **bombement Mb T opaque + effacement des reliefs** +/- hypervascu +/- perforée

Bact = 40% HI peu fébrile peu DI conjonctivite purulente (15% β lactamase) > SP >38,5°C + DI++ (65% PSDP) (>>M catarrhalis 95% β lactamase >> S aureus/S pyogenes)

Bact <3M = idem + Pseudomonas aeruginosa, entérobactéries...

Sévérité : otalgie intense / >39°C / complications infectieuses

Evolution sans ttt : guérison spontanée dans 75% γ normalisation Mb T 8J



PEC OMA P

Paracétamol tjs

ATB probabiliste : si <2ans ou >2ans avec risque infectieux (I, malfo face, ATCD mastoïdite) ou manifestation bruyante évoquant un pneumocoque

But ATB : éviter les complications!

Suivi sous ttt : cs à 48h uniquement si persistance otalgie/fièvre/otorrhée.. pas d'intérêt de recontrôler à 10-15J épanchement post-OMA

Pas d'ATB si >2ans pas de risque infectieux et pas de manifestations bruyantes, réévaluation 48h

PAS d'AINS/cortico/gouttes auriculaires



> 3 mois :

AMOX 80-90mg/kg/j en 2 ou 3 prises

<2ans = 8-10J / >2ans = 5J

+ conjonctivite = augmentin 80mg/kg/J (8-10J √ âge)

Allergie amox et pas céphalo : Cefpodomix proxetil (orélox) 8mg/kg/j

Allergie βlact = Sulfamethoxazole 30mg/kg/j + trimethoprim 6mg/kg/j (bactrim) (ou erythromycine 50mg/kg/j + sulfafurazole 150mg/kg/j (pediazole)10j)

Échec 1^{ère} ligne (persistance symptômes >48h ttt ou réapparition <4J fin de ttt) = augmentin 80mg/kg/j en 3 prises

Échec 2^{ème} ligne : ORL paracentèse + pré-l bactériologique = augmentin 80mg/kg/j + amox 70mg/kg/j ou ceftriaxone 50mg/kg/j IM 3j

< 3 mois : ORL paracentèse

OSM



Épanchement résiduel post-OMA (moy 40J) ≠ **OSM = épanchement > 2 mois consécutifs**

Physiopath : **dysfonction tubaire** (F fonctionnels immaturité tubaire ou anatomiques fente) bact RP → OM + infla locale + tr ventilatoire + prédis génétique → OSM

Int : asympto ! inconfort/otalgie fugace/hypoacousie isolée (ds la lune, retard langage..), rare oreille pleine/vertige/PFP

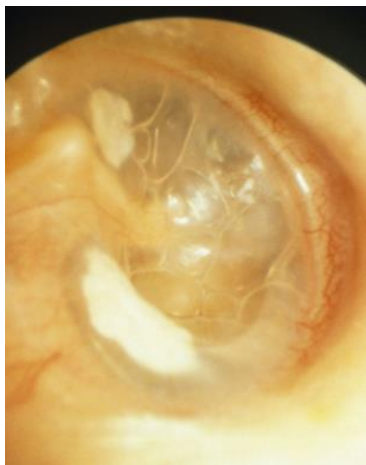
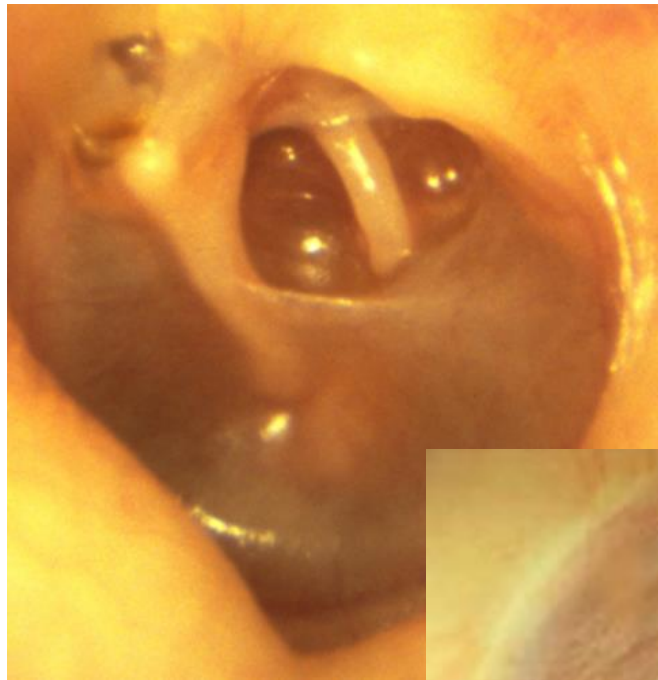
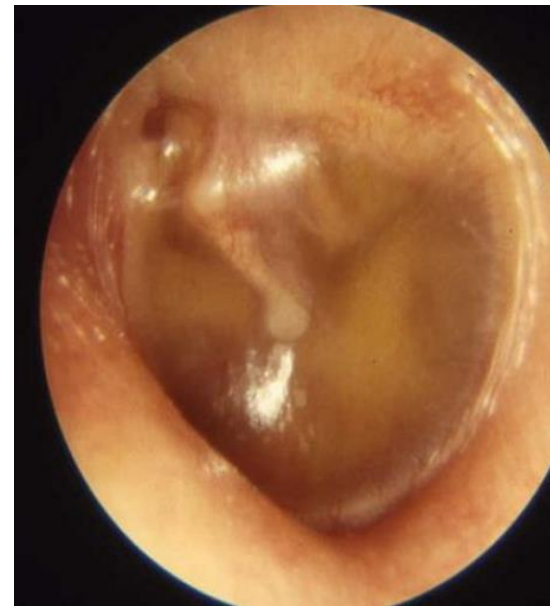
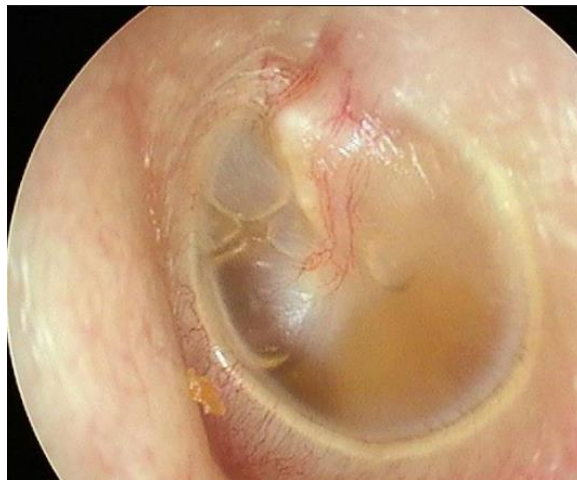
FdR

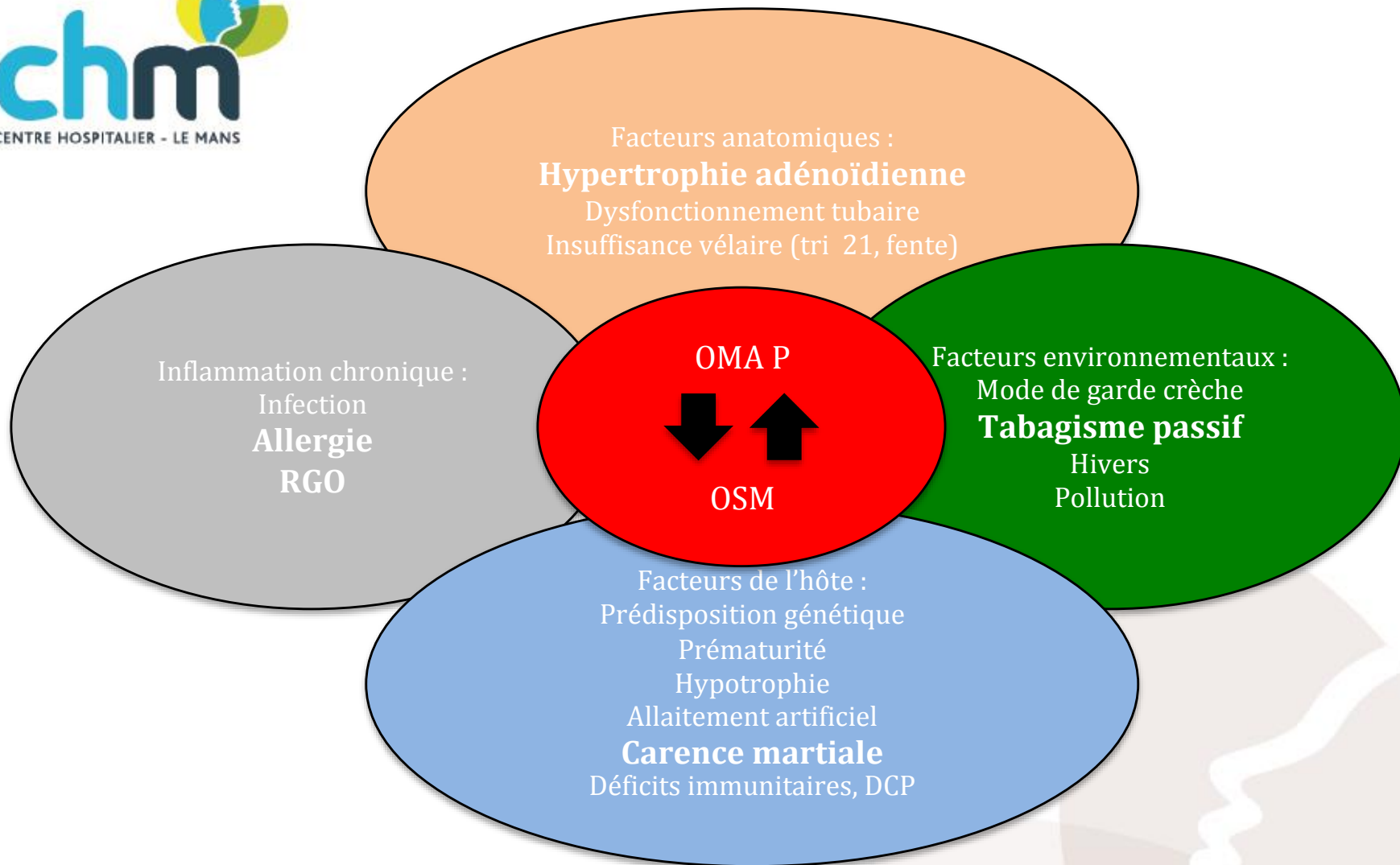
Otoscopie : svt bilat, tympan **mat**, épaissi, **vx radiaires** en périphérie, **conservation** des reliefs, liquide épais jaunâtre au travers, bulles d'air, NHA, +/- rétraction

Pas de SG

Evolution spontanée : **guérison 50% < 3M**, hypoacousie transitoire, diminution de la prévalence avec âge par maturation syst immunitaire et TE

Complications sur longue évolution : surdité → retard langage / atrophie Mb → pellucide/PdR/cholestéatome / infectieuse → OMA P ++ / vestibulaires (rares)





→ Bio = **NFS CRP Ferritinémie Test MAST-CLA 30 (pneumallergènes) TP TCA**
(+ EPS avec dosage pondéral des Ig >4ans)

PEC OSM : INFECTIEUSE ET NON

Si OSM + rétraction tympanique / hypoacousie retentissant sur vie de l'enfant (retard de langage, diff scolaire, perte >30dB) / SP / malfo craniofaciale : **TTT d'emblée VG + ATT de longue durée**

Sinon : PEC FdR +Bio + DRP + mouchage +/- cortico nasaux +/- Solacy, surv M3

M3 :

- Pas OMAP, audition normale, tympan non rétracté, été = surv
- Sinon ttt med : 1 cure ATB (Amox) - cortico (prednisolone 1mg/kg/j / célestène 10gouttes/kg/j 7J), cortico seul, cs 1M

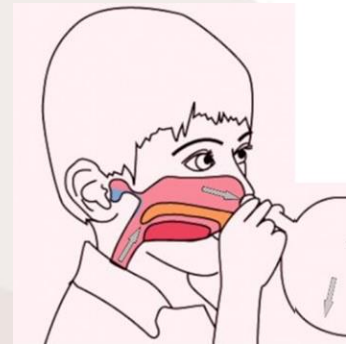
M4 :

- Si échec : VG +/- ATT ou nouveau ttt med

BEAUCOUP de ttt proposés, PEU d'EFFICACITE ??

NON : antiH2 gaz transT ou tubaire ballonnets tubaires cure thermale ...

Rééducation tubaire efficacité limitée >3ans Valsalva/otovent *3/j xylitol chewing gum pastille ou sirop



PEC OMAP RÉCIDIVANTES : INFECTIEUSE ET NON

Def = ≥ 3 OMAP en $< 6M$ / ≥ 4 OMAP en < 1 an dont ≥ 1 dans 6 derniers mois

PEC FdR + Bio + DRP – mouchage +/- cortico nasaux +/- Solacy

Thérapeutiques spécifiques :

-Ttt Chir : adénoïdectomie + svt ATT

-Vaccins

- Antibioprophylaxie au long cours : efficace pdt durée d'administration mais NON recommandée (Ellaïres + P de sélection de germes multiR), indication très réduite

-antiH2 mucorégulateurs pas d'efficacité démontrée

-Médecines complémentaires et alternatives : homéopathie, ostéopathie, acupuncture, cures thermales, probiotiques, compléments alimentaires...

PLACE TTT CHIR

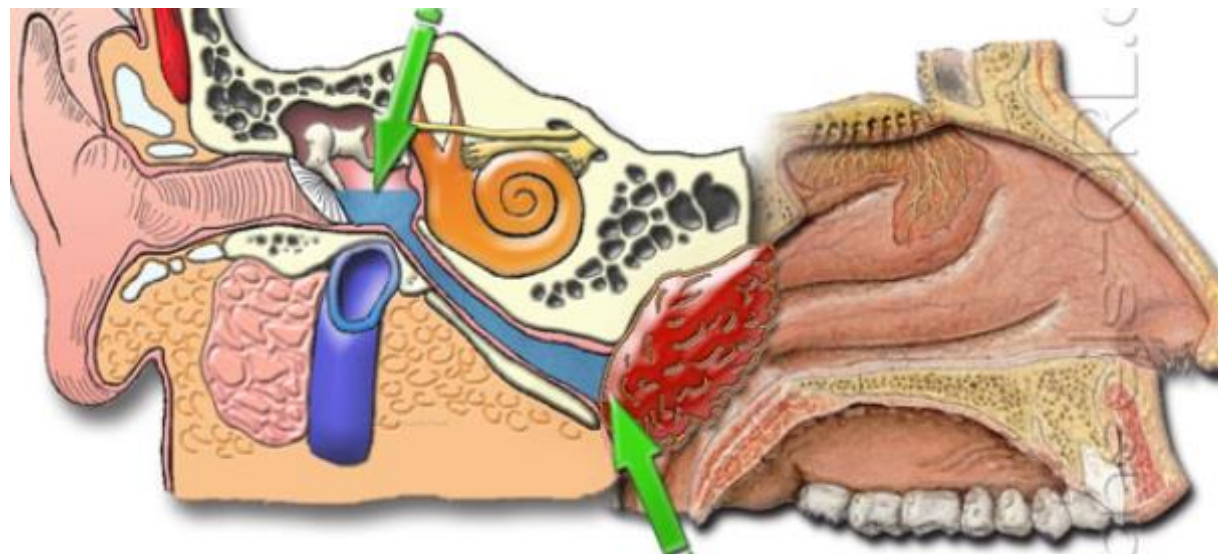


Schéma de conseils-ORL.com

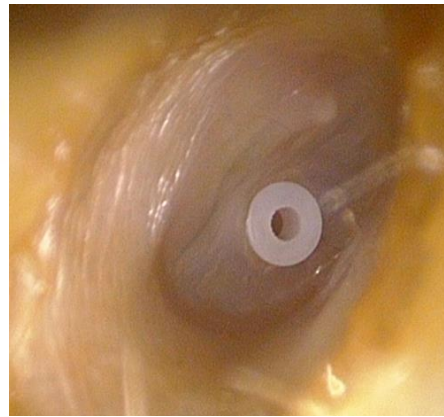
Adénoïdectomie :

But = levée de l'obstruction
mécanique des TE +
éradication du réservoir bact

CI = insuffisance vélaire +/- tr coag

Complication : 2% récidence (exérèse insuffisante, très jeune âge, RGO), sgt
0,5%, insuffisance vélopalatine (!! LLETTE bifide, fente sous-muqueuse),
sténose rhinopharynx

Pas d'intérêt de l'amygdalectomie



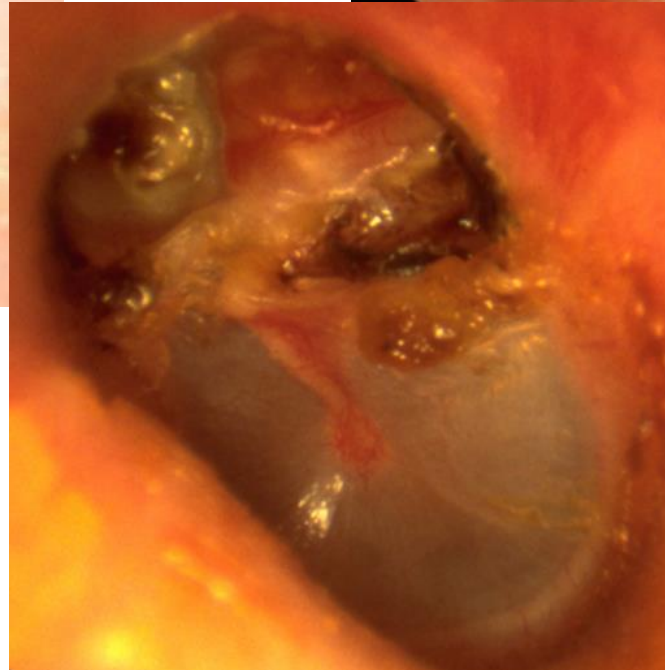
ATT :

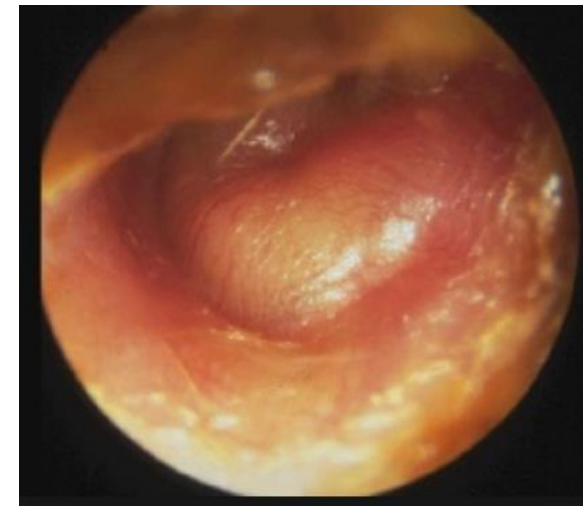
But = maintenir T ouvert → équilibre P OM/air atmo → rétablit fonction de drainage TE, +/- protection % eau

Complications :

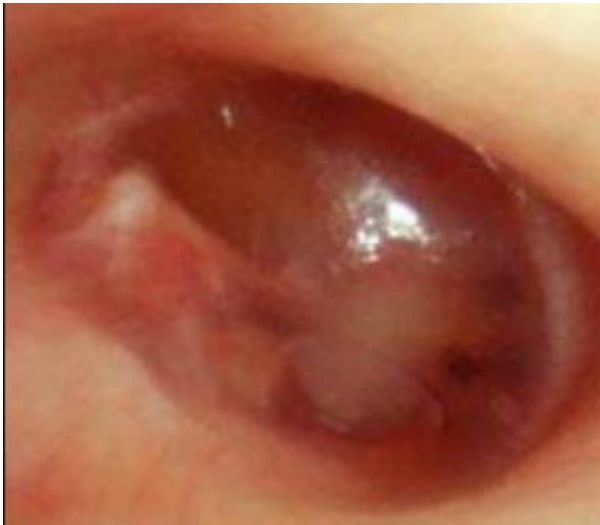
- Expulsion précoce 4%
- Migration ds OM 0,5%
- Obstruction ATT 7% → eau oxygénée!
- OMAP sur ATT : oflocet auriculaire/ciloxadex ≠ OSM sur ATT
- Myringosclérose 30% : PAS d'incidence
- Cholestéatome iatrogène 0,7%
- Labyrinthisation par TS/gouttes ototoxiques/trauma chaîne lors pose?
- Récidive OSM après chute : 2^{ème} pose ATT 30% / 3^{ème} pose 10%

PDR/CHOLESTEATOME





Otites récidivantes de l'enfant : du « bon » diagnostic à la prise en charge



Dr BOBIN Catherine ORL

23.05.19