## Revues générales

# Otorrhée purulente de l'enfant : conduite à tenir

**RÉSUMÉ : Une otorrhée purulente est plutôt fréquente chez l'enfant, la plupart du temps causée par une otite moyenne aiguë perforée, dont le traitement est bien codifié. L'aspiration du pus est utile pour améliorer l'efficacité des gouttes ou pour lever un doute diagnostique, mais elle nécessite une instrumentation et une expérience spécifiques. La très grande majorité des diagnostics peuvent cependant être faits avec quelques éléments cliniques simples et à l'otoscope.**

**N. LEBOULANGER**
Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale pédiatrique
Hôpital Necker Enfants Malades, PARIS.

### L'otorrhée

Une otorrhée est, par définition, un écoulement liquide issu de l'oreille. Elle peut être purulente mais aussi muqueuse, c'est à dire plus claire. Elle peut apparaître dans de très nombreuses situations cliniques, d'où sa grande fréquence chez l'enfant, s'échelonnant d'étiologies très banales et sans gravité à d'autres plus rares et plus graves qu'il convient de savoir identifier ou au moins suspecter. En l'absence d'expérience spécifique et surtout de matériel spécialisé, un diagnostic otoscopique complet peut être difficile : la bonne visualisation du conduit auditif externe et du tympan peut nécessiter l'usage d'un microscope et d'une aspiration d'oreille (***fig. 1***) [1, 2]. Néanmoins, de nombreux diagnostics

**Fig. 1 :** Microscope de consultation. C'est l'instrument indispensable pour les diagnostics otoscopiques les plus précis. Un endoscope d'oreille peut aussi fournir d'excellentes images.

peuvent être établis ou orientés avec une anamnèse correcte et un otoscope classique.

L'otorrhée est une situation fréquente chez l'enfant. L'interrogatoire précisera le caractère uni- ou bilatéral, l'ancienneté (parfois approximative quand l'écoulement est intermittent), les signes associés (notamment douleurs, fièvre, prurit, éventuellement hypoacousie ou vertiges pour les grands enfants), et les caractéristiques macroscopiques de l'écoulement : quelques gouttes de liquide plutôt clair et gluant, filant (ce qui évoque une otite séreuse), ou juste des traces au méat acoustique externe sans vrai écoulement, voire du pus franc qui peut être parfois malodorant. Quelques traces de sang sont possibles, surtout en contexte inflammatoire et si un bourgeon charnu est présent sur le tympan. Enfin, on s'enquerra des antécédents généraux et ORL, et notamment si des aérateurs trans-tympaniques sont présents (ou censés l'être).

Il n'est pas rare que les patients rapportent un écoulement épais et fréquent, qui n'est en fait rien d'autre que l'élimination normale du cérumen. C'est souvent à l'otoscopie ou sur des photos fournies par la famille que l'on fait la différence et que l'on identifie cette situation physiologique.

## Les causes, les aspects, leurs prises en charge

Dans tous les cas de figure, une obstruction significative du conduit auditif externe peut entraîner une surdité de transmission dont l'enfant peut se plaindre (ou pas).

### 1. Écoulements issus de l'oreille externe

#### >>> Le cérumen

L'écoulement de cire n'est pas, comme évoqué plus haut, une otorrhée proprement dite ni une situation pathologique.

**Fig. 2 :** Cérumen au méat acoustique externe droit.

L'abondance et la consistance de la cire varient en fonction de nombreux facteurs, et notamment l'ethnie et la morphologie du conduit. Il est, dans tous les cas, déconseillé d'utiliser un coton-tige pour nettoyer la profondeur du conduit en raison du risque de blessure du conduit, du tympan, et de compaction du cérumen sous-jacent. Le nettoyage avec cet instrument doit se limiter au méat acoustique externe (***fig. 2***). La prévention des bouchons, quand le tympan est normal et fermé, consiste, si besoin, en une irrigation régulière des conduits auditifs externes (sous la douche ou par un spray auriculaire adapté). Cette prévention n'a cependant pas vocation à être systématique mais à être réalisée uniquement chez les individus présentant régulièrement des bouchons complètement obstructifs entraînant un retentissement sur l'audition. La présence de cérumen dans le conduit auditif externe est physiologique et nécessaire à la protection de la peau fine de ce canal, ainsi qu'à son équilibre bactérien.

#### >>> L'otite externe

Une otite externe est une inflammation/infection aiguë du conduit auditif externe alors que le tympan et les structures de l'oreille moyenne sont intacts. C'est une affection bénigne mais très douloureuse. Elle survient surtout l'été car favorisée par la chaleur, l'humidité (surtout les baignades, notamment en piscine et en mer), et le grattage du conduit auditif externe. Elle se manifeste par une otalgie intense majorée par la mobilisation du pavillon. Ce signe est très spécifique, car totalement absent dans les otites moyennes aiguës où la mobilisation du pavillon est indolore, même en cas d'écoulement profus. L'otorrhée est, en général, de faible abondance dans les otites externes. L'otoscopie, souvent difficile à réaliser, montre un conduit auditif externe très œdématié, inflammatoire, et le tympan est en général impossible à visualiser (***fig. 3***).

**Fig. 3 :** Otoscopie d'une otite externe ; le conduit est rétréci et inflammatoire avec une goutte d'otorrhée en son centre ; la visualisation du tympan est impossible.

Le traitement consiste essentiellement en la mise en place d'une mèche expansible d'oreille (type Oto Wick) qui sera imbibée bi-quotidiennement de gouttes antibiotiques (contenant de l'ofloxacine). Cette mèche permet le calibrage du conduit, qui calme la douleur, et un contact prolongé entre la peau infectée et la substance active des gouttes auriculaires. La mèche est laissée en place 3 ou 4 jours, et le traitement par goutte maintenu 8 jours [1]. Des antalgiques sont également nécessaires. Une antibiothérapie par voie générale n'est pas nécessaire dans l'immense majorité des cas. Les formes dites malignes d'otites externes (sur terrain pathologique : diabète, immunodépression) ne se voient quasiment pas chez l'enfant.

#### >>> Furoncle du conduit auditif externe

C'est un cas de figure rare chez l'enfant. À l'otoscopie, on met en évidence une

# Revues générales

zone inflammatoire, douloureuse, localisée. La mobilisation du pavillon est également douloureuse. Le conduit n'est pas rétréci dans son ensemble comme dans l'otite externe. En cas de rupture du furoncle et d'issue de pus, le diagnostic peut être difficile sans aspiration préalable. Le traitement repose également sur une antibiothérapie locale par gouttes auriculaires, mais aussi par voie générale (furoncle de la face et/ou orificiel) par association amoxicilline-acide clavulanique pendant 5 jours.

### >>> Otomycose

Une infection mycotique d'un conduit génère, en général, une otorrhée de faible abondance, associée à un prurit, une sensation de gêne, et éventuellement une petite otalgie. L'otoscopie met souvent en évidence des filaments mycéliens qui peuvent être profus ou en place, localisés ou disséminés dans tout le conduit auditif externe et sur le tympan, s'il est visible (***fig. 4***). Le traitement est local par antifongique (ex : nystatine, associée à de la dexaméthasone), sur tympan fermé, pendant 1 à 2 semaines. En pratique, on ne réalise pas de prélèvement antifongique d'emblée pour une première infection, mais uniquement en cas de récidives ou de chronicisation. Attention, un aspect de petite otomycose asymptomatique est fréquent après une antibiothérapie locale prolongée et doit être dans ce cas respecté, le temps que la flore naturelle du conduit se rééquilibre.

**Fig. 4 :** Otomycose. Filaments mycéliens évidents dans le conduit.

## POINTS **FORTS**

- Une otorrhée purulente est, la plupart du temps, due à une otite moyenne aiguë perforée.
- Un prélèvement bactériologique au méat n'a pas grand intérêt.
- Une otite externe se diagnostique à l'otoscopie et à la mobilisation, douloureuse, du pavillon.
- La répétition des épisodes doit motiver l'examen du tympan sous microscope par un ORL formé à l'otologie de l'enfant.
- Un écoulement de glu est fréquent chez les enfants porteurs d'aérateurs trans-tympanique et n'a pas, en général, de caractère pathologique.

**Fig. 5 :** Eczéma du conduit auditif externe. Conduit globalement rétréci avec petites desquamations sèches.

### >>> Eczéma du conduit

L'eczéma du conduit ne cause qu'un otorrhée de très faible abondance, claire, qui est loin derrière le prurit dans les plaintes fonctionnelles du patient. Le diagnostic est, en général, aisé du fait d'un terrain atopique, d'autres localisations et de la récurrence du trouble. L'otoscopie montre un conduit auditif externe un peu œdématié sans être vraiment inflammatoire, avec de petites desquamations sèches (***fig. 5***). Le traitement est local.

### >>> Corps étranger surinfecté

La surinfection d'un corps étranger d'oreille ancien est peu fréquente, alors qu'elle est systématique au niveau du nez. Si l'otorrhée est profuse, le corps étranger peut n'être visualisable -et donc le diagnostic faisable- qu'après aspiration. Le retrait se fera aux micro-instruments et on s'assurera de l'absence de lésion du tympan. Une antibiothérapie locale sera nécessaire pendant 5 jours.

## 2. Écoulements issus de l'oreille moyenne

### >>> Otite moyenne aiguë et mastoïdite

C'est la cause la plus fréquente d'otorrhée vraie. Sous la pression du pus, le tympan se rompt et le pus s'écoule dans le conduit, réduisant très vite les douleurs et la fièvre (comme tout drainage d'abcès). En l'absence d'aspiration, le tympan est en général impossible à voir (***fig. 6***). La réalisation d'un prélèvement bactériologique n'a pas d'intérêt au méat acoustique externe car le flot de pus emporte les germes commensaux

**Fig. 6 :** Oreille droite, otorrhée purulente

# Revues générales

du conduit, rendant les résultats ininterprétables.

L'otite doit être traitée conformément aux recommandations existantes (otite moyenne aiguë collectée), en ajoutant au traitement des gouttes antibiotiques pendant 8 jours [3].

En cas de mastoïdite, l'otorrhée est souvent au second plan derrière l'œdème inflammatoire rétro- et sus- auriculaire, mais elle est évidemment possible. Le traitement est alors hospitalier dans l'immense majorité des cas, associant antibiothérapie intraveineuse et éventuellement drainage chirurgical.

### >>> Cholestéatome

Un cholestéatome est la présence anormale d'épiderme dans l'oreille moyenne, qui n'est tapissée en temps normal que de muqueuse. La présence de cet épiderme est la plupart du temps acquise, les formes congénitales -donc malformatives- ne représentant que quelques % des cas. Cet épiderme s'accumule et finit par être le siège d'infections et d'otorrhées récidivantes, relativement peu abondantes et souvent malodorantes. À l'otoscopie, le tympan est remanié et pathologique (***fig. 7***), avec des croûtes épidermiques visibles. Un cholestéatome est de traitement exclusivement chirurgical.

**Fig. 7 :** Oreille gauche ; cholestéatome postérieur avec coulées épidermiques et rétraction du tympan.

**Fig. 8 :** Oreille gauche, aérateur de type T-tube en position inférieure. Tympan humide avec un peu d'otorrhée dans le conduit.

### >>> Otorrhée sur aérateurs

Une otorrhée peut survenir dans plusieurs cas de figure quand des aérateurs trans-tympaniques sont fréquents. Il peut d'abord s'agir de l'excès de glu issue de l'oreille moyenne. C'est en effet le rôle de l'aérateur que de permettre l'élimination de ce mucus, qui est essentiellement dégluti *via* la trompe d'Eustache mais dont le trop-plein peut s'écouler par l'aérateur. La glu est un liquide épais, un peu collant et filant, volontiers trouble mais non purulent et inodore. Cette situation, bien que désagréable, n'est pas pathologique (***fig. 8***).

Il peut aussi s'agir de pus franc qui s'écoule de l'oreille moyenne *via* l'aérateur en cas d'otite moyenne aiguë. L'aération de l'oreille est une protection très efficace contre les otites moyennes, mais elles peuvent parfois survenir tout de même. Le traitement est alors celui d'une otite moyenne aigüe purulente classique.

Enfin, l'écoulement peut parfois venir de la périphérie de l'aérateur lui-même, quand il est présent depuis longtemps et est le siège d'une colonisation bactérienne importante. C'est un diagnostic d'élimination qui peut motiver le retrait et le remplacement, si besoin, de l'aérateur.

### 3. Autres causes, ou mixtes

### >>> Arthrite de l'articulation temporo-mandibulaire

Une otorrhée est possible par fistulisation postérieure d'une collection de l'articulation. Cette collection est la complication d'une mastoïdite à extension antérieure. Des signes locaux de la région parotidienne et une limitation d'ouverture buccale sont au premier plan.

### >>> Tumeurs

Un écoulement anormal, souvent de faible abondance et teinté de sang, est possible en cas de tumeur de l'oreille externe ou moyenne. Des tumeurs bénignes (histiocytose) ou malignes (sarcomes) sont possibles. L'otoscopie montre des lésions atypiques, charnues, irrégulières, qui doivent alerter. Des signes d'accompagnement comme une ou plusieurs adénopathies ou une parésie faciale sont possibles. Des biopsies seront réalisées par l'ORL au moindre doute.

## En pratique, quelle conduite à tenir ?

Une otite moyenne aiguë collectée et perforée est la cause la plus fréquente d'otorrhée. Néanmoins, plusieurs étapes sont nécessaires :
– une otoscopie est-elle possible ou le pus empêche-t-il toute visualisation ? Ne pas oublier de mobiliser doucement le pavillon pour rechercher une pathologie de l'oreille externe ;
– vérifier l'absence de complications : paralysie faciale, syndrome vestibulaire, signes de mastoïdite, etc. Sans équipement d'audiométrie, l'évaluation de l'audition chez un enfant dont le conduit auditif externe est plein de pus a, hélas, peu d'intérêt. En temps normal en tout cas, le test acoumétrique de Weber serait latéralisé du côté pathologique ;
– réaliser ou pas un prélèvement bactériologique ? S'il s'agit d'un premier épisode et/ou que l'étiologie est évi-

dente, prélever n'a pas vocation à être systématique. Non seulement la logistique de gestion d'un écouvillonnage ou d'une aspiration est compliquée en dehors d'une structure hospitalière, mais comme évoqué plus haut un prélèvement bactériologique ou mycologique n'a de sens que réalisé au plus près du problème, c'est à dire dans un conduit préalablement nettoyé. Un prélèvement bactériologique pour otite moyenne aiguë récidivante et/ou résistante se fera, par exemple, presque au contact du tympan là d'où est issu le pus, comme après une paracentèse ;

– quelle place pour l'imagerie ? Elle n'est, dans la plupart des cas, pas nécessaire. Si l'on suspecte une infection aiguë sévère, comme une mastoïdite, un scanner des rochers avec injection sera nécessaire. De même, l'examen d'imagerie de première ligne devant une suspicion de cholestéatome ou d'autre tumeur sera un scanner (**sans** injection dans le 1er cas, **avec** dans le second) ;

– la mise en place d'un traitement adapté (cf. supra) ;

– enfin, dans tous les cas, si un doute persiste ou si la situation pathologique se répète, prendre l'avis d'un ORL avec une compétence pédiatrique sera indispensable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Denoyelle F, Couloigner V, Mondain M *et al.* ORL de l'Enfant, 3e édition. Lavoisier Médecine 2020 688p ISBN 978-2-257-20718-0.
2. Bourrillon A, Benoist G, Chabron B *et al.* Pédiatrie pour le praticien. Médecine de l'enfant et de l'adolescent 7e édition. Elsevier Masson 2020 789p ISBN 978-2-294-75268-6.
3. Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant. Recommandations HAS 2021 https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/fiche_memo_oma_purulente_enfant_durees_antibiotherapies.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article..