



9ème Journée Pédiatrique  
du Garlaban

## PROGRAMME

**Samedi 20 Septembre 2025**  
au Centre de congrès Agora d'Aubagne

### QUESTIONS DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

8H15 : ACCUEIL, COLLATION ET VISITE DES STANDS

8H55 : INTRODUCTION

9H – 10H30

- ◆ QUAND ÉVOQUER UNE CARENCE EN VITAMINES OU MICRONUTRIMENTS ?  
Marie-Edith Coste (Marseille)
- ◆ HYPOTONIE DU NOURRISSON : REPÉRAGE PRÉCOCE  
Cécile Halbert (Marseille)
- ◆ VIRUS VHZ : TRAITEMENT ET PRÉVENTION  
Lucile Lesage (Marseille)



10H30-11H : PAUSE ET VISITE DES STANDS

11H-12H30

- ◆ MOUVEMENTS GÉNÉRAUX ET DÉPISTAGE ULTRA-PRÉCOCE DES TND  
Annik Beaulieu (Paris)
- ◆ QUESTIONS-RÉPONSES EN GASTRO-ENTÉROLOGIE PÉDIATRIQUE  
Marc Bellaïche (Paris)

12H30-14H00 : BUFFET ET VISITE DES STANDS

14H-15H30

- ◆ LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT SUR LE BOUT DE LA LANGUE  
Cédric Bougeois (St Jean de Vedas)
- ◆ PERTURBATEURS ENDOCRINIENS : CONSEILS PRATIQUES POUR LES PARENTS  
Sarah Castets (Marseille)
- ◆ COMMENT VA LA GÉNÉRATION ALPHA ?  
Olivier Revol (Lyon)



15H30-16H : PAUSE ET VISITE DES STANDS

16H-17H15

- ◆ OMA ET OSM : MISE AU POINT  
Claire Le Treut (Marseille)
- ◆ ACTUALITÉS VACCINALES  
Marie-Aliette Dommergues (Versailles)

17H15 : CONCLUSION

Site : [www.journeepediatriquedugarlaban.org](http://www.journeepediatriquedugarlaban.org)  
Contact : [journeegarlaban@gmail.com](mailto:journeegarlaban@gmail.com)



Inscription



# OMA et OSM Mise au point

Dr Claire Le Treut  
(Dr Eric Moreddu)

# Otitis moyennes aiguës

L'OMA est l'infection **la plus fréquente** au cours de la 1<sup>ère</sup> année de vie

1<sup>ère</sup> cause de prescription d'ATB chez l'enfant

2<sup>ème</sup> motif de CS en pédiatrie après les visites systématiques

2<sup>ème</sup> maladie infectieuse après la rhino-pharyngite (automne, hiver)

**Germes** les plus fréquents :

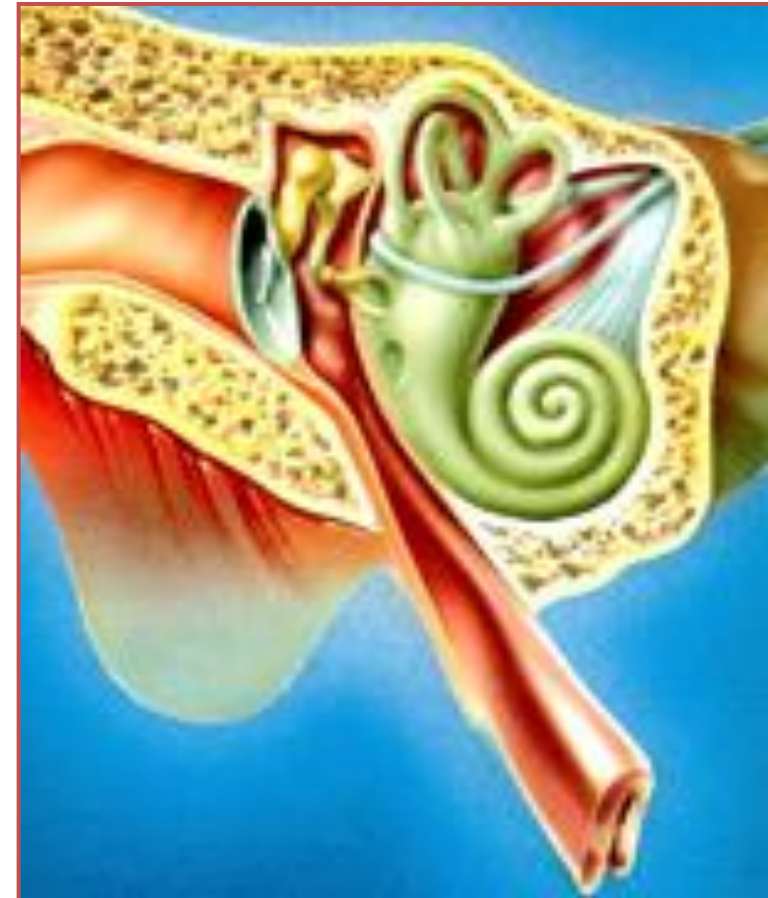
**Haemophilus influenzae (40%),**

**Pneumocoque (25%)**

**Branhamella ( = moraxella) catarrhalis (5 à 10%)**

staphylocoque doré, pyocyanique et autres (<5%)

Taux de **guérison spontanée** élevé, **mais** risque de **complications imprévisibles**



# Otitis moyennes aiguës

## Clinique

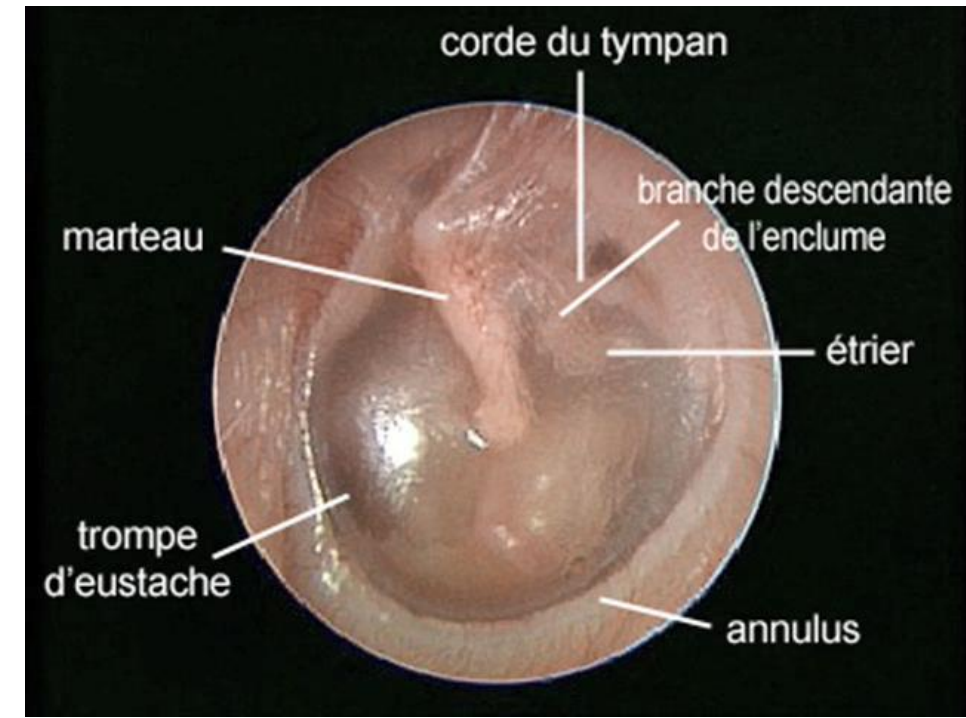
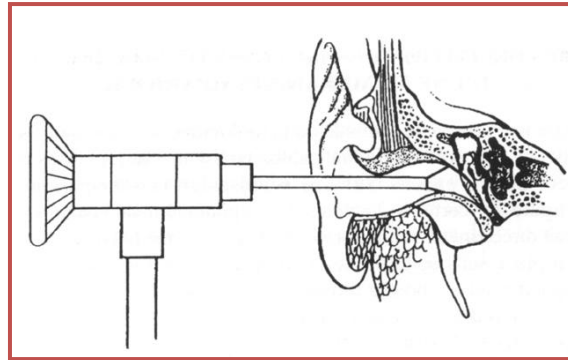
**Chez le nourrisson**, les signes d'appel sont souvent **atypiques**

agitation ou léthargie, convulsions, vomissements, diarrhée, température normale ou hyperthermie, absence de prise de poids  
syndrome otite + conjonctivite = *Haemophilus*

**Chez l'enfant**, les signes d'appel sont **spécifiques**

otalgies, fièvre, hypoacousie, otorrhée (perforation tympanique spontanée)

**L'examen otoscopique rigoureux des deux oreilles** est la base du diagnostic clinique

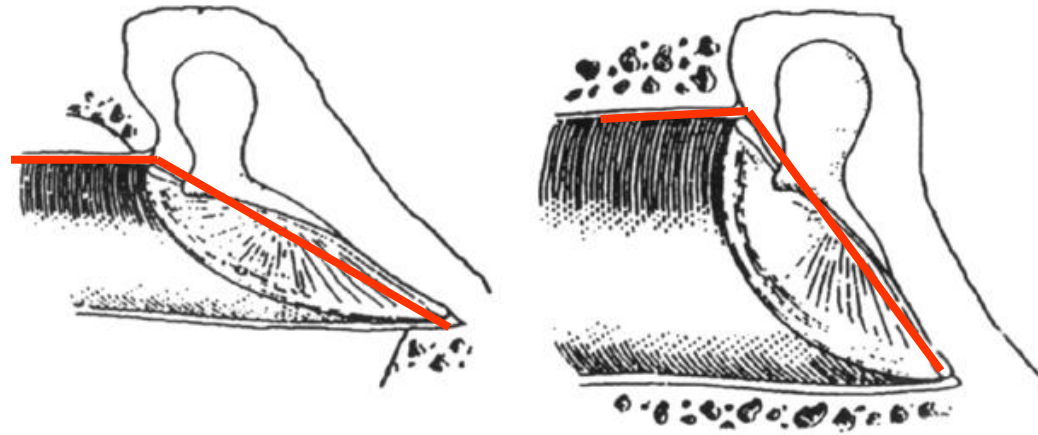


# Bien examiner un tympan

taille = identique

transparence

position = change avec l'âge



# Otitis moyennes aiguës

## Clinique

**Chez le nourrisson**, les signes d'appel sont souvent **atypiques**

agitation ou léthargie, convulsions, vomissements, diarrhée, température normale ou hyperthermie, absence de prise de poids  
syndrome otite + conjonctivite = *Haemophilus*

**Chez l'enfant**, les signes d'appel sont **spécifiques**:

otalgies, fièvre, hypoacousie, otorrhée (perforation tympanique spontanée)

**L'examen otoscopique rigoureux des deux oreilles** est la base du diagnostic clinique

### Otite congestive

Tympan rose ou rouge  
Reliefs ossiculaires présents

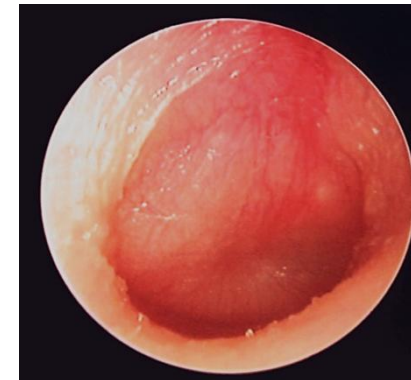


### Otite collectée



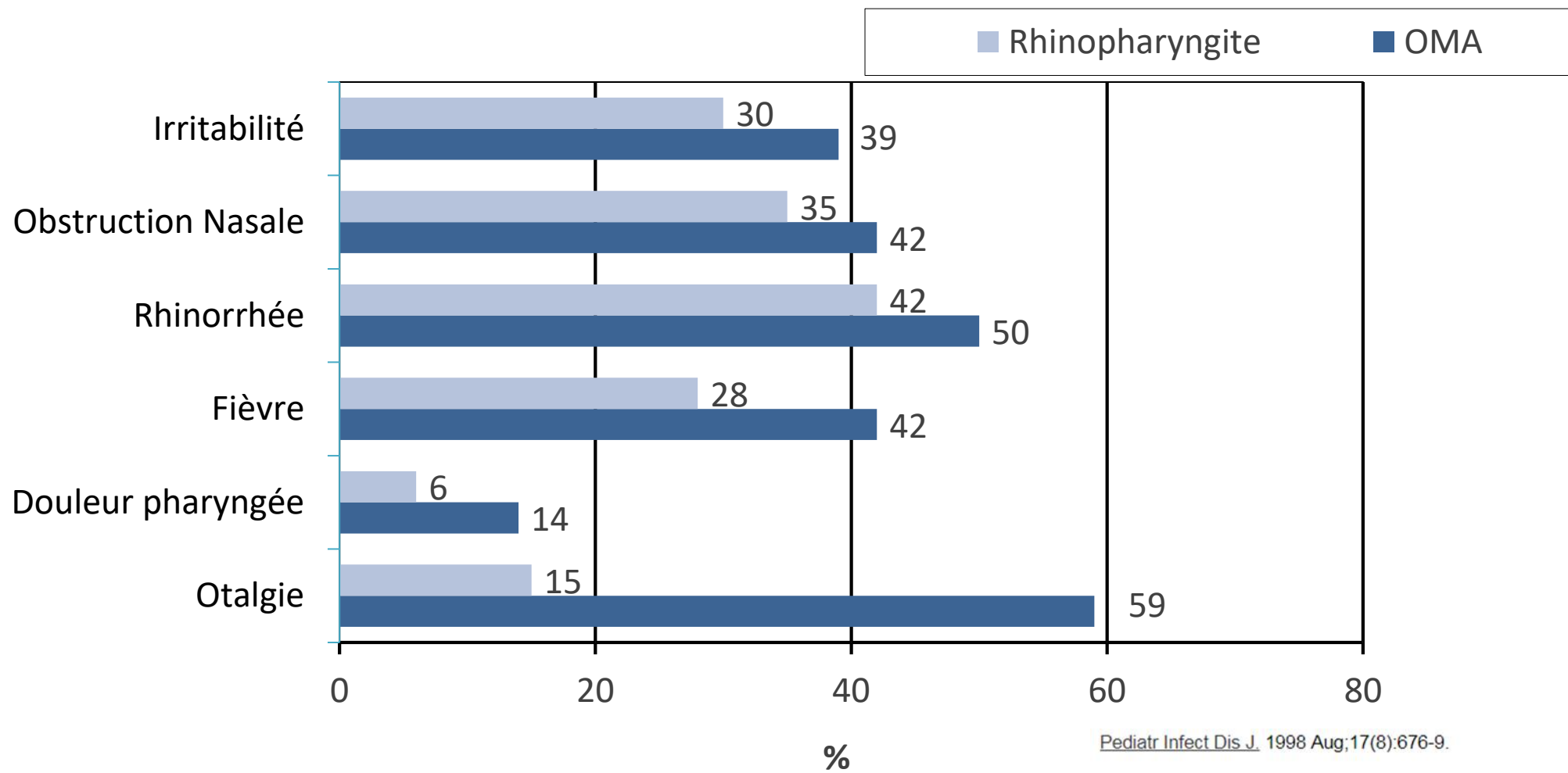
### Otite suppurée

Tympan très rouge, bombé  
Disparition des reliefs ossiculaires



# Otitis moyennes aiguës

## Clinique



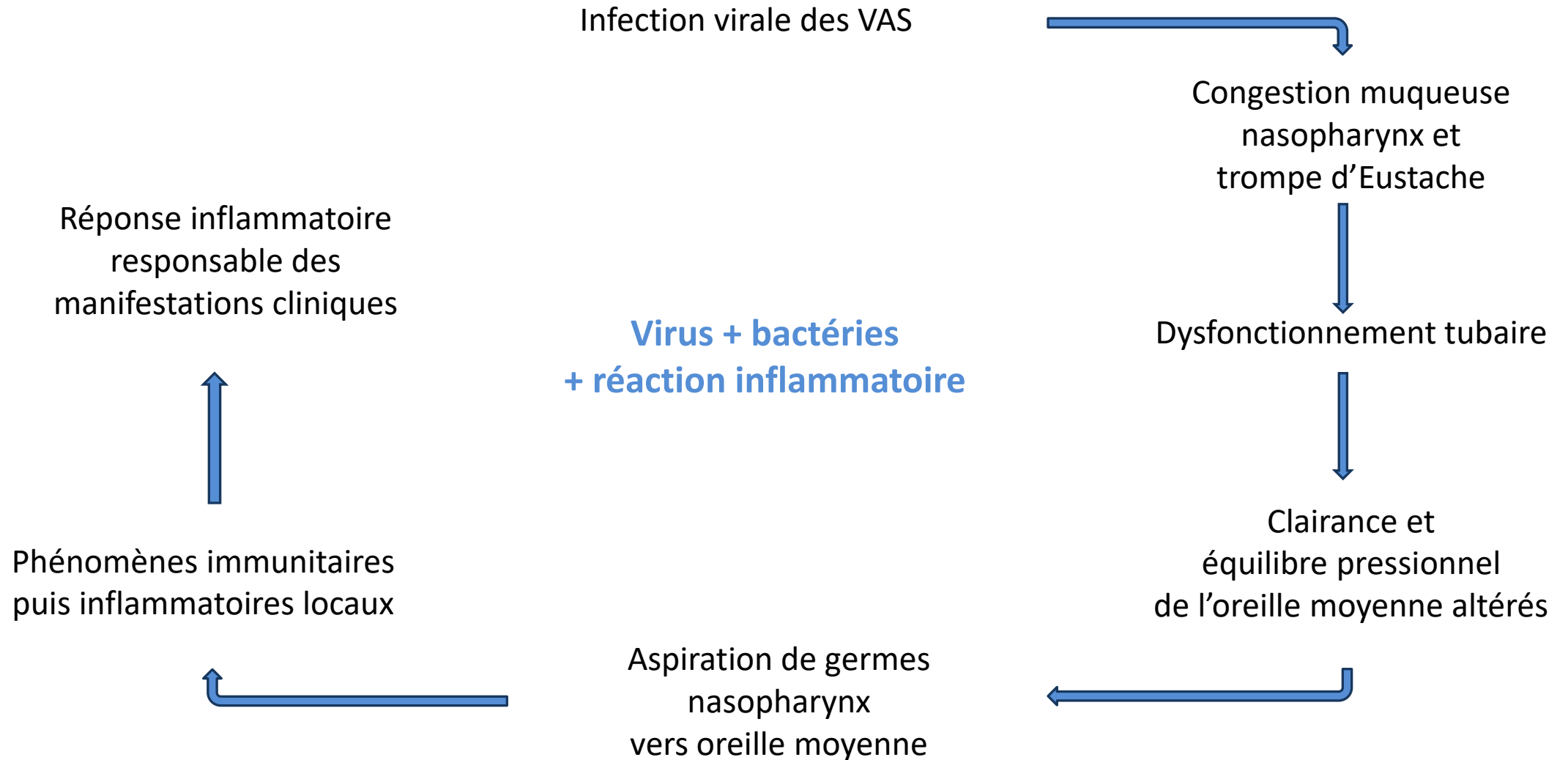
*Pediatr Infect Dis J.* 1998 Aug;17(8):676-9.

### Symptoms of acute otitis media.

Kontiohari T<sup>1</sup>, Koivunen P, Niemelä M, Pokka T, Uhari M.

# Otitis moyennes aiguës

## Physiopathologie



# Otitites moyennes aiguës

## Facteurs favorisants



### Facteurs exogènes :

**Crèche** et toute **vie précoce en collectivité** dans un habitat urbain

Tabagisme passif

Pollution

Existence dans la famille d'antécédents d'otites récidivantes

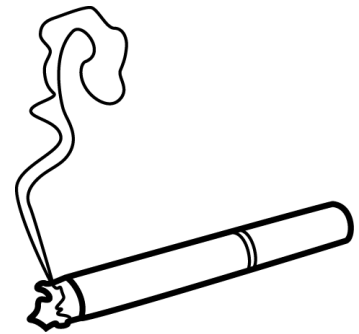
Précarité des conditions de vie et d'hygiène (promiscuité, humidité, carence de soins)

Saisons automne-hiver

(fréquence des infections virales et bactériennes des voies aériennes supérieures)

Précocité du premier épisode d'OMA

Absence d'allaitement maternel



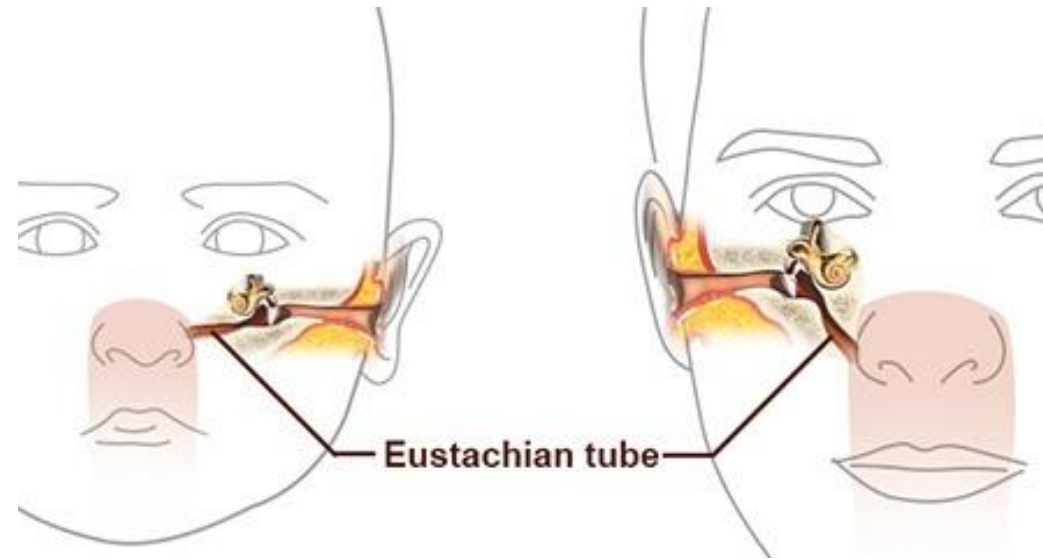


# Otitis moyennes aiguës

## Facteurs favorisants

Facteurs endogènes :

**Trompe d'Eustache**



Reflux pharyngo-laryngé

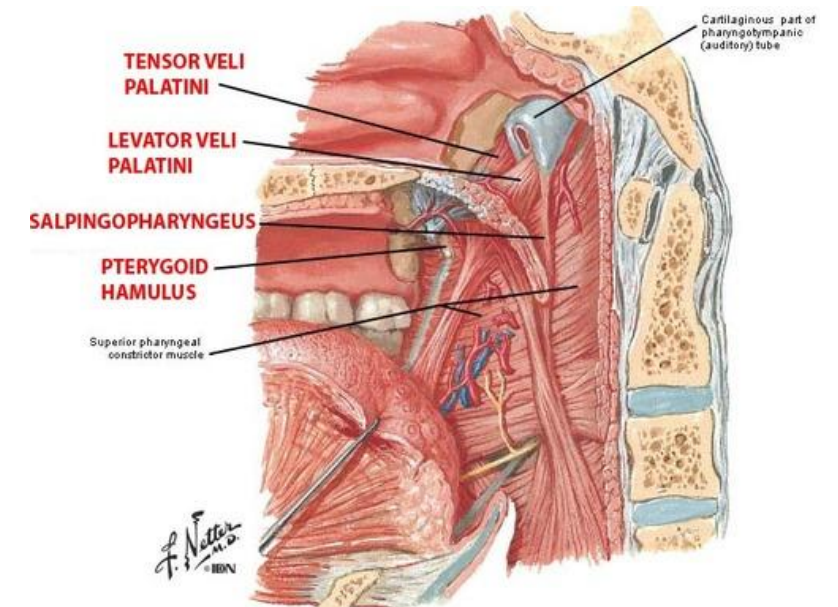
Carence martiale

Déficits immunitaires

Syndromes :

Trisomie 21

Insuffisance vélaire (fentes, Pierre Robin, 22q11...)



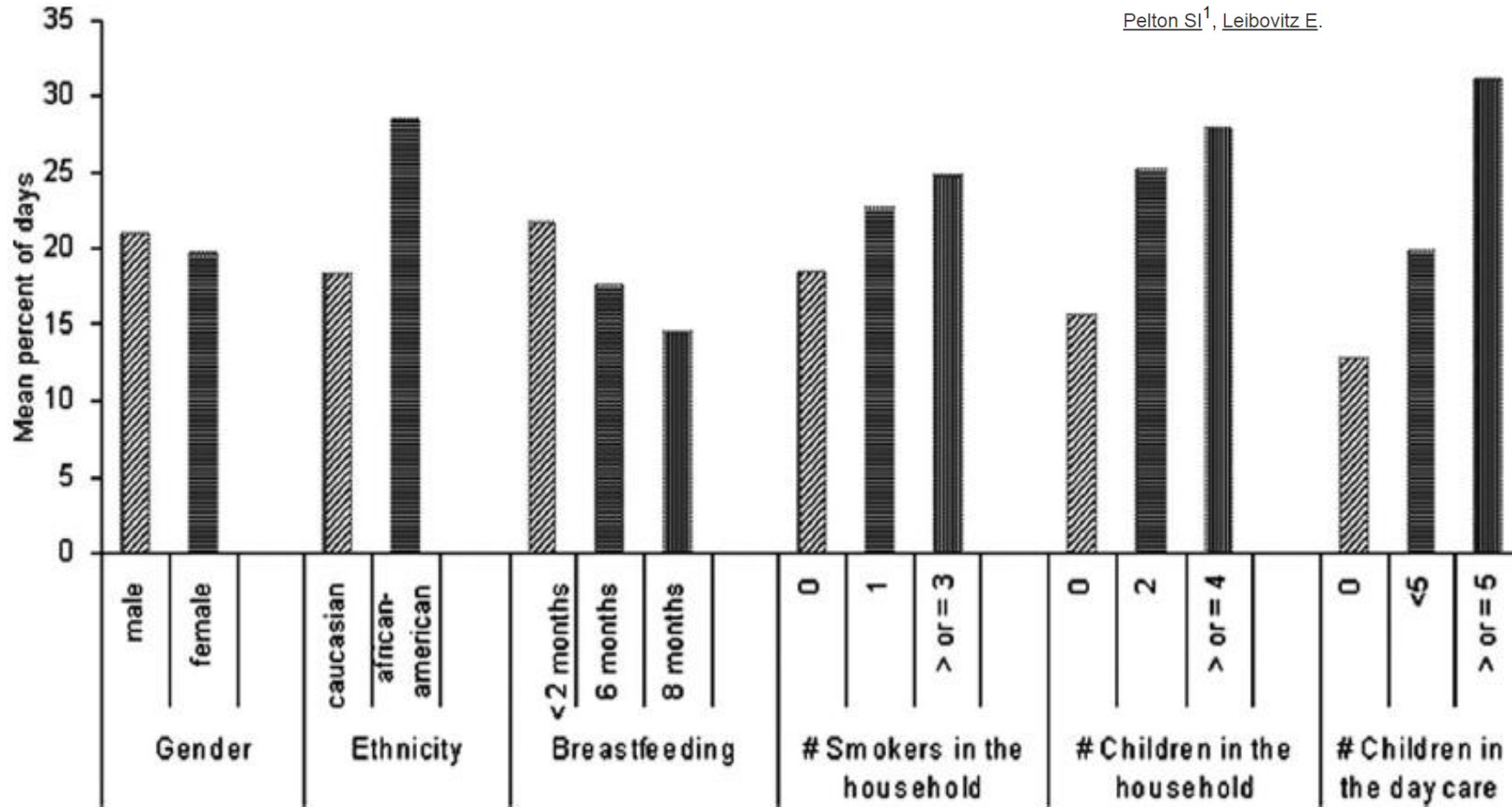
# Otitis moyennes aigües

## Facteurs favorisants ?

[Pediatr Infect Dis J. 2009 Oct;28\(10 Suppl\):S133-7. doi: 10.1097/INF.0b013e3181b6d81a.](#)

### Recent advances in otitis media.

[Pelton SI<sup>1</sup>](#), [Leibovitz E.](#)



# Otitites moyennes aiguës

## Epidémiologie ?

Modification de l'épidémiologie depuis vaccination contre pneumocoque chez enfant <2 ans

	2000-03	2004-05	2006-08	2018
<b>Haemophilus</b>	38,7%	49,4%	40,7%	30 – 40 %
<b>Pneumocoque</b>	59%	44,8%	52%	25 – 40 %

Prevenar 7 sérotypes  
4, 6B, 14, 9V, 19F, 18C, 23F1

Nouveaux sérotypes  
émergents 19A...

Prevenar 7 : 2001  
Prevenar 13 : 2010

	OMA avant Prevenar	OMA après Prevenar
<b>Pneumocoques</b>		
Vaccin types	67%	11%
Peni Int	30%	43%
Peni R	23%	4%
<b>Haemophilus</b>		
B.Lactamases +	39%	17%
Souches BLNAR*		7%

\*Bêta-lactamase Neg  
Ampicilline resistant

**Decline in antibiotic resistance and changes in the serotype distribution of *Streptococcus pneumoniae* isolates from children with acute otitis media; a 2001-2011 survey by the French Pneumococcal Network.**

Kempf M<sup>1</sup>, Varon E<sup>2</sup>, Lepoutre A<sup>3</sup>, Gravet A<sup>1</sup>, Baraduc R<sup>1</sup>, Brun M<sup>1</sup>, Chardon H<sup>1</sup>, Cremniter J<sup>1</sup>, Croizé J<sup>1</sup>, Dalmay F<sup>4</sup>, Demachy MC<sup>1</sup>, Fosse T<sup>1</sup>, Grelaud C<sup>1</sup>, Hadou T<sup>1</sup>, Hamdad F<sup>1</sup>, Koeck JL<sup>1</sup>, Luce S<sup>4</sup>, Mermond S<sup>1</sup>, Patry I<sup>1</sup>, Péchinot A<sup>1</sup>, Raymond J<sup>1</sup>, Ros A<sup>1</sup>, Segonds C<sup>1</sup>, Soullière B<sup>1</sup>, Tandé D<sup>1</sup>, Vergnaud M<sup>1</sup>, Vernet-Garnier V<sup>1</sup>, Wallet F<sup>1</sup>, Gutmann L<sup>2</sup>, Ploy MC<sup>1</sup>, Lanotte P<sup>5</sup>.

# Otitis moyennes aiguës

## Epidémiologie ?

**TABLE 1. Resistance of pneumococcal isolates from children’s middle ear fluid to five antibiotics; France 2001–2011**

	2001 (n = 1694)	2003 (n = 1378)	2005 (n = 1159)	2007 (n = 998)	2009 (n = 922)	2011 (n = 560)	p
PEN I+R, n (%)	1302 (76.9)	959 (69.6)	736 (63.5)	604 (60.5)	581 (63.0)	321 (57.3)	<10 <sup>-5</sup>
AMX I+R, n (%)	729 (43.0)	572 (41.5)	405 (34.9)	298 (29.9)	338 (36.7)	167 (29.8)	<10 <sup>-5</sup>
CTX I+R, n (%)	485 (28.6)	369 (26.8)	259 (22.3)	164 (16.4)	192 (20.8)	73 (13.0)	<10 <sup>-5</sup>
ERY <sup>a</sup> I+R, n (%)	1303 (77.6)	1016 (74.1)	708 (61.9)	585 (59.3)	541 (58.7)	310 (55.4)	<10 <sup>-5</sup>
SXT <sup>b</sup> I+R, n (%)	862 (53.8)	572 (47.7)	386 (39.3)	306 (31.7)	419 (45.4)	130 (23.2)	<10 <sup>-5</sup>

Abbreviations: AMX, amoxicillin; CTX, cefotaxime; ERY, erythromycin; PEN, penicillin G; SXT, cotrimoxazole.

Note: p values are from a  $\chi^2$ -test for trends

<sup>a</sup>For erythromycin (ERY), the number and percentage of I+R isolates were calculated for 1680, 1370, 1143 and 986 isolates in 2001, 2003, 2005 and 2007, respectively

<sup>b</sup>For cotrimoxazole (SXT), the number and percentage of I+R isolates were calculated for 1602, 1200, 981 and 968 isolates in 2001, 2003, 2005 and 2007, respectively.

**TABLE 2. Most common resistance phenotypes of *Streptococcus pneumoniae* isolates from children’s middle ear fluid; France 2001–2011**

I+R phenotypes	2001 (n = 1598)	2003 (n = 1195)	2005 (n = 980)	2007 (n = 985)	2009 (n = 922)	2011 (n = 560)	p
No resistance marker	241 (15.1)	248 (20.8)	267 (27.2)	316 (32.1)	293 (31.8)	193 (34.5)	<10 <sup>-5</sup>
PEN	36 (2.3)	21 (1.8)	33 (3.4)	26 (2.6)	23 (2.5)	22 (3.9)	<0.05
AMX	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
ERY	89 (5.6)	89 (7.4)	53 (5.4)	42 (4.3)	19 (2.1)	29 (5.2)	<0.001
SXT	12 (0.8)	17 (1.4)	20 (2.0)	25 (2.5)	23 (2.5)	12 (2.1)	<0.001
PEN+AMX	8 (0.5)	6 (0.5)	17 (1.7)	15 (1.5)	20 (2.2)	14 (2.5)	<10 <sup>-5</sup>
PEN+ERY	211 (13.2)	135 (11.3)	116 (11.8)	138 (14.0)	90 (9.8)	102 (18.2)	NS
PEN+SXT	15 (0.9)	6 (0.5)	13 (1.3)	12 (1.2)	15 (1.6)	5 (0.9)	NS
AMX+ERY	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
AMX+SXT	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
ERY+SXT	21 (1.3)	19 (1.6)	20 (2.0)	9 (0.9)	6 (0.7)	5 (0.9)	NS
PEN+AMX+ERY	145 (9.1)	124 (10.4)	109 (11.1)	137 (13.9)	106 (11.5)	108 (19.3)	<10 <sup>-5</sup>
PEN+AMX+SXT	34 (2.1)	19 (1.6)	23 (2.3)	6 (0.6)	6 (0.7)	4 (0.7)	<0.001
PEN+ERY+SXT	278 (17.4)	171 (14.3)	116 (11.8)	126 (12.8)	114 (12.4)	25 (4.5)	<10 <sup>-5</sup>
AMX+ERY+SXT	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
PEN+AMX+ERY+SXT	507 (31.7)	337 (28.2)	193 (19.7)	133 (13.5)	206 (22.3)	41 (7.3)	<10 <sup>-5</sup>

Abbreviations: AMX, amoxicillin; ERY, erythromycin; PEN, penicillin G; SXT, cotrimoxazole.

Note: Data are given as n (%); p values are from a  $\chi^2$ -test for trends

# Otitites moyennes aiguës

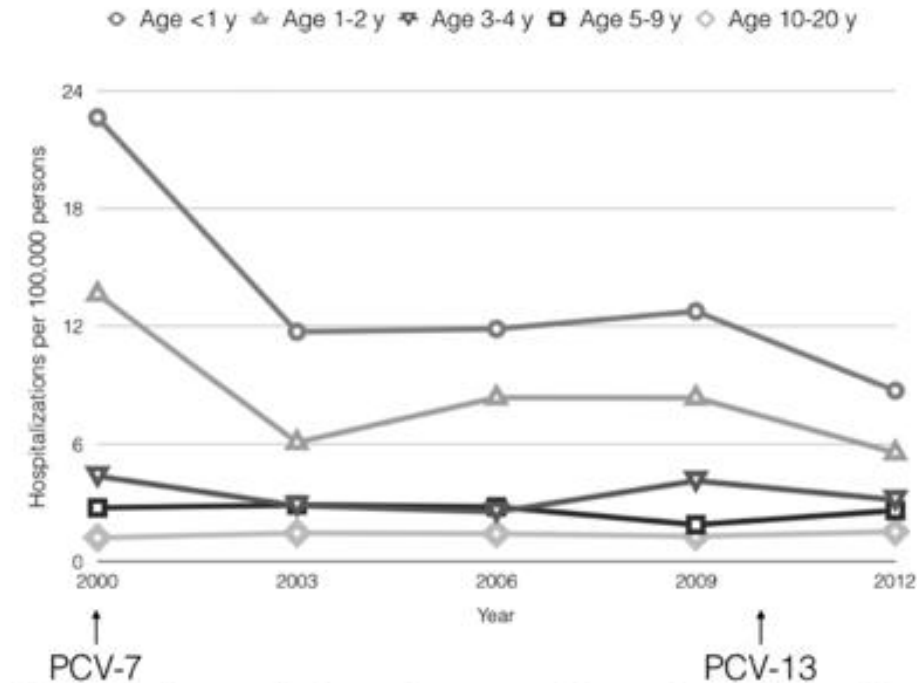
## Epidémiologie

Et en pratique ??

↘ hospitalisations pour OMA aux USA

RR : -34%

Surtout avant 3 ans



**Figure 1.** Longitudinal trends in national annual prevalence of hospitalization for acute otitis media (AOM)/complications of AOM in relation to introductions of pneumococcal conjugate vaccine 7 (PCV7) and pneumococcal conjugate vaccine 13 (PCV13).

*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 May;156(5):938-945. doi: 10.1177/0194599817699599. Epub 2017 Mar 28.

**Pediatric Acute Otitis Media in the Era of Pneumococcal Vaccination.**

Tawfik KO<sup>1</sup>, Ishman SL<sup>1,2</sup>, Altaye M<sup>3</sup>, Meinzen-Derr J<sup>1,3,4</sup>, Choo DJ<sup>1,4</sup>.

# Otitites moyennes aiguës

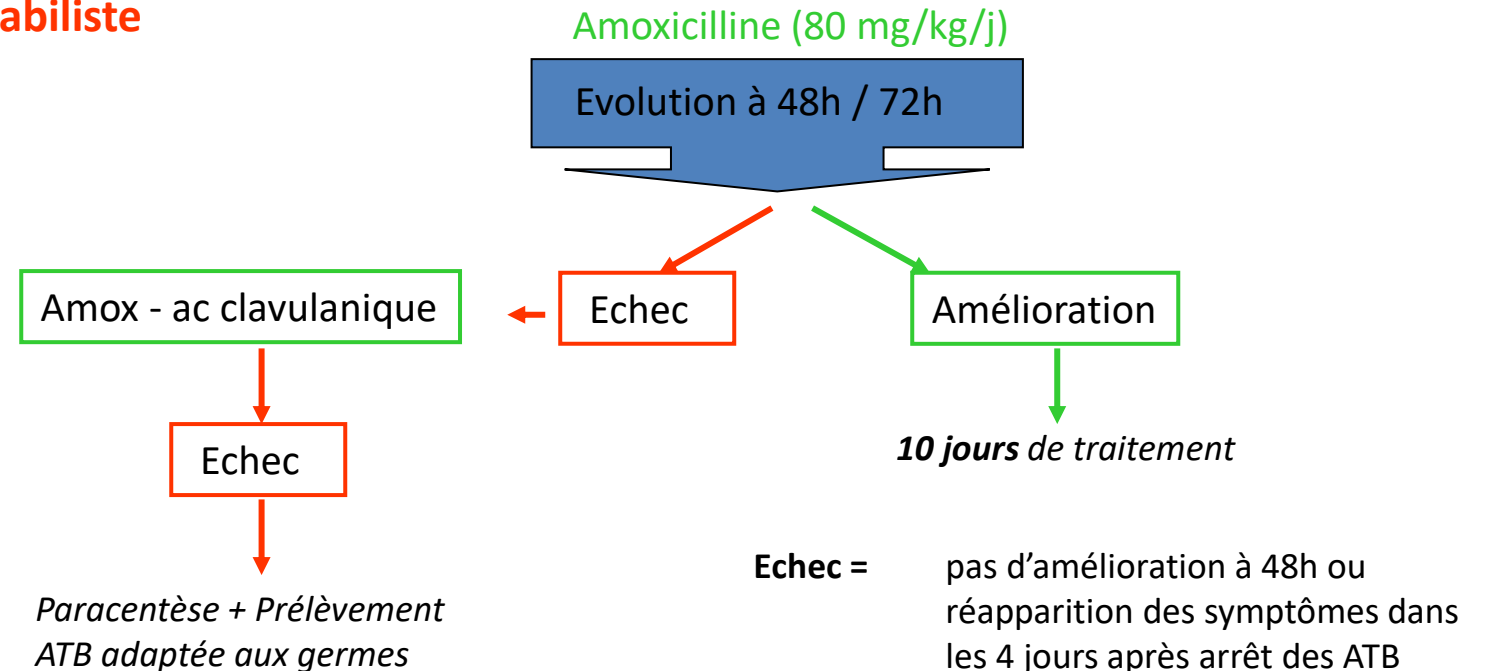
## Traitement

**Avant 3 mois** : Staphylocoque, Entérocoque, Pyocyanique → **paracentèse** pour bactériologie

**Entre 3 mois et deux ans** : *Haemophilus* 40 %, Pneumocoque 25 %, Moraxella 10 %

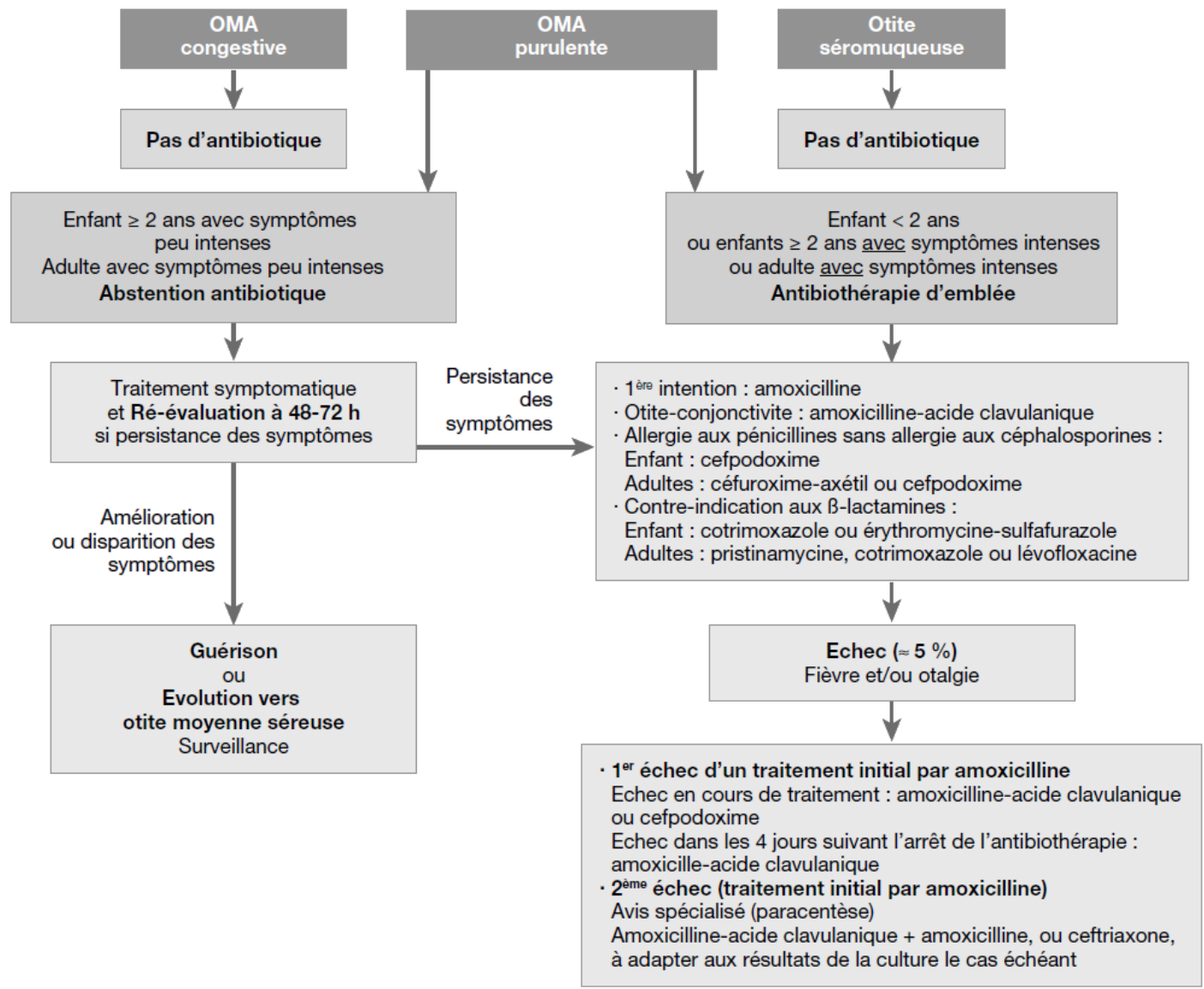
→ **Antibiothérapie systématique, probabiliste**

→ **Arbre décisionnel**



**Au delà de deux ans** : Traitement symptomatique et réévaluation à 48-72 h  
Si antibiotiques, durée = **5 jours** (sauf otorrhée ou otite récidivante: 10 jours)

**Traitement de la rhino-pharyngite associée** et des facteurs favorisants



**OMA congestive**

**OMA purulente**

**Otite séromuqueuse**

**Pas d'antibiotique**

**Pas d'antibiotique**

Enfant ≥ 2 ans avec symptômes peu intenses  
Adulte avec symptômes peu intenses  
**Abstention antibiotique**

Enfant < 2 ans ou enfants ≥ 2 ans avec symptômes intenses  
ou adulte avec symptômes intenses  
**Antibiothérapie d'emblée**

Traitement symptomatique et Ré-évaluation à 48-72 h si persistance des symptômes

Persistance des symptômes

- 1<sup>ère</sup> intention : amoxicilline
- Otite-conjonctivite : amoxicilline-acide clavulanique
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines :  
Enfant : cefpodoxime  
Adultes : céfuroxime-axétil ou cefpodoxime
- Contre-indication aux β-lactamines :  
Enfant : cotrimoxazole ou érythromycine-sulfafurazole  
Adultes : pristinamycine, cotrimoxazole ou lévofloxacine

Amélioration ou disparition des symptômes

**Guérison**  
ou  
**Evolution vers otite moyenne séreuse**  
Surveillance

**Echec (= 5 %)**  
Fièvre et/ou otalgie

- 1<sup>er</sup> échec d'un traitement initial par amoxicilline  
Echec en cours de traitement : amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime  
Echec dans les 4 jours suivant l'arrêt de l'antibiothérapie : amoxicilline-acide clavulanique
- 2<sup>ème</sup> échec (traitement initial par amoxicilline)  
Avis spécialisé (paracentèse)  
Amoxicilline-acide clavulanique + amoxicilline, ou ceftriaxone, à adapter aux résultats de la culture le cas échéant

# Otitis moyennes aiguës

## Traitement ?

Pourquoi cet arbre décisionnel ?

	Amoxicilline	Ceftriaxone	Pristinamycine	Cotrimoxazole	Lévofloxacine
Strepto pneumoniae	0	0	0	15%	0
Haemophilus Influenzae	17%	0	100%	45%	0
Branhamella catarrhalis	90%	0	0	< 5%	0

Amoxicilline + acide clavulanique  
(inhibiteur de  $\beta$  – lactamase)

Tableau particulier:

**Otite + conjonctivite**

= *Haemophilus Influenzae*

Traitement par amoxicilline + acide clavulanique



# Otitis moyennes aiguës

## Traitement

### Efficacité des antibiotiques dans les OMA :

	Amoxicillin	Penicillin	Amoxicillin-clavulanate
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0.86 [0.69 to 0.95] 9 st, 1121 px	0.60 [0.51 to 0.68] 29 st, 2704 px	0.93 [0.81 to 0.98] 8 st, 888 px
<i>Haemophilus influenza</i>	0.82 [0.67 to 0.92] 5 st, 238 px	0.43 [0.05 to 0.92] 3 st, 46 px	0.98 [0.88 to 1.00] 7 st, 564 px
<i>Moraxella catarrhalis</i>	0.12 [0.01 to 0.65] 3 st, 58 px	0.13 [0.01 to 0.63] 3 st, 63 px	0.98 [0.91 to 1.00] 3 st, 77 px
<i>All samples (excluding negative cultures)</i>	<b>0.85</b> [0.73 to 0.93] 11 st, 1417 px	0.56 [0.47 to 0.65] 29 st, 2813 px	<b>0.95</b> [0.85 to 0.98] 10 st, 1529 px

[Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019 Aug;123:102-109. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.04.041. Epub 2019 May 6.](#)

### A systematic review and meta-analysis of antimicrobial resistance in paediatric acute otitis media.

Mather MW<sup>1</sup>, Drinnan M<sup>2</sup>, Perry JD<sup>3</sup>, Powell S<sup>4</sup>, Wilson JA<sup>5</sup>, Powell J<sup>6</sup>.

# Otitis moyennes aiguës

## Traitement

Antibiotic prescription	0–6 months	6–24 months	>24 months
Canada	Recommended	Recommended	If symptomatic >48–72 hours
France	Recommended	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If severely ill</li> <li>• If symptomatic after 72 hours</li> </ul>
USA	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If certain diagnosis or</li> <li>• If severely ill</li> <li>• If symptomatic &gt;48–72 hours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If severely ill</li> <li>• If symptomatic &gt;48–72 hours</li> </ul>
South Africa	Recommended	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If certain diagnosis and</li> <li>• If symptomatic &gt;48 hours</li> <li>• Daycare attendees</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If certain diagnosis and</li> <li>• If symptomatic &gt;48 hours</li> <li>• Daycare attendees</li> </ul>
The Netherlands	Recommended	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>• If severely ill</li> <li>• If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>• If severely ill</li> <li>• If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>
Australia**	If severely ill	If severely ill	If severely ill
Denmark	If severely ill	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>• If severely ill</li> </ul>	Optional <ul style="list-style-type: none"> <li>• If symptomatic &gt;72 hours</li> </ul>

Peu de restriction  
des antibiotiques



Restriction des  
antibiotiques

*Schilder, International perspective on OM management. In: Rosenfeld and Bluestone, Evidence-based otitis media, Second edition, 2003.*

## Traitement

### Prise en charge de la douleur chez l'enfant

- Paracétamol
- AINS ?? (Si paracétamol insuffisant et pas d'infection ORL bactérienne sévère)
- Tramadol (Topalgic®) en cas de douleur sévère et persistante
- Gouttes auriculaires contenant un anesthésique local (Otipax®, Panotile®) chez l'enfant de plus d'un an, en l'absence de perforation tympanique
  - otite moyenne congestive
  - otite phlycténulaire
  - otite barotraumatique

### AINS

Pas d'effet supérieur au paracétamol

Doute sur complication

[Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 15;12:CD011534. doi: 10.1002/14651858.CD011534.pub2.](#)

**Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined, for pain relief in acute otitis media in children.**

[Sjoukes A<sup>1</sup>, Venekamp RP<sup>2</sup>, van de Pol AC<sup>1</sup>, Hay AD<sup>3</sup>, Little P<sup>4</sup>, Schilder AG<sup>5</sup>, Damoiseaux RA<sup>1</sup>.](#)

# Otites moyennes aiguës

## Indication des ATT

### Indications

- Otites moyennes aiguës à répétition et compliquées
- Surdit  de transmission bilatérale (30 dB)
- Altération tympanique  
(poche de r traktion, otite adhésive,  tats pré cholest atomateux)



[Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 9;5:CD012017. doi: 10.1002/14651858.CD012017.pub2.](#)

**Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children.**

[Venekamp RP<sup>1</sup>](#), [Mick P](#), [Schilder AG](#), [Nunez DA](#).

### Recommandation SFORL (grade A)

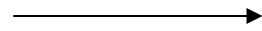
« L'ATT permet de réduire la fréquence des épisodes d'OMA chez l'enfant de moins de trois ans »

# Otitis moyennes aiguës

## Complications

Les complications des OMA sont rares :

Mastoidite \*

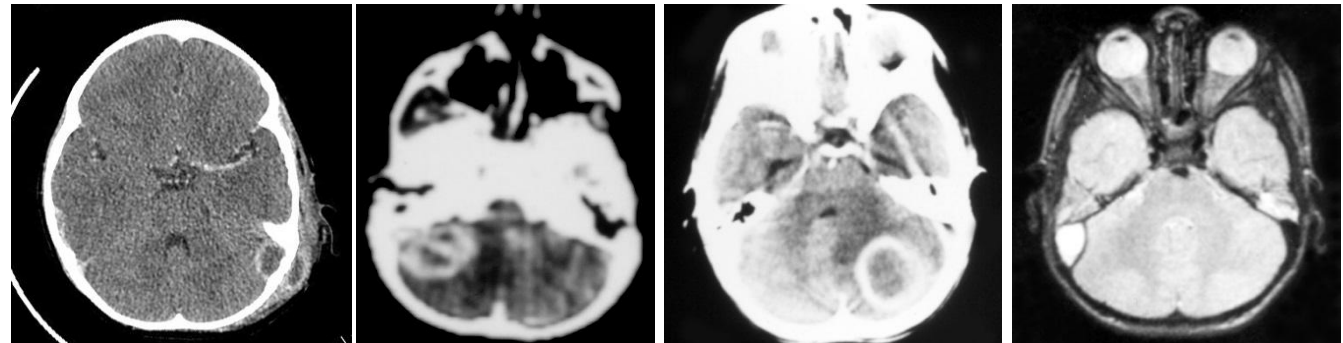
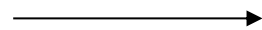


Paralysie faciale

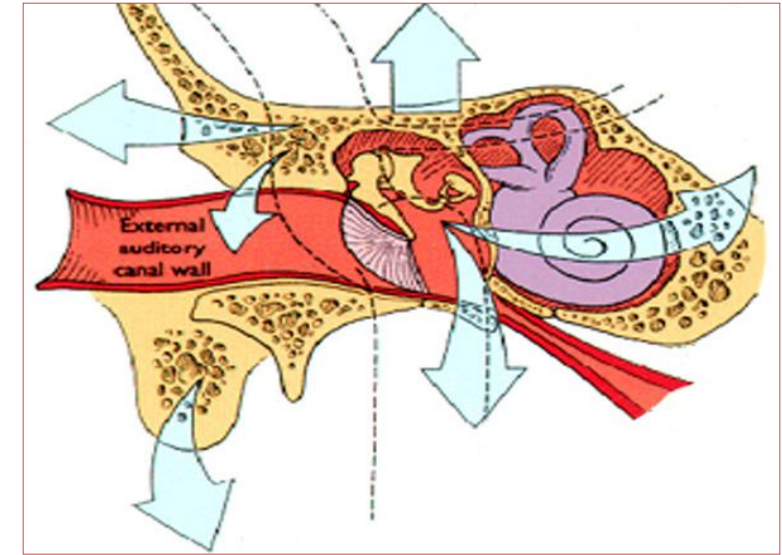
Labyrinthite

Méningite \*

Abcès \*



Thrombose du sinus latéral \*



\* Imagerie en fonction de la clinique

# Mastoïdite

Evolution entre 2002 et 2012



	Aiguës	Subaiguës ou chroniques	Total
Mastoidectomies	28	20	48
Antibiotiques +/- paracentèse	51	4	55
Total	79	24	103

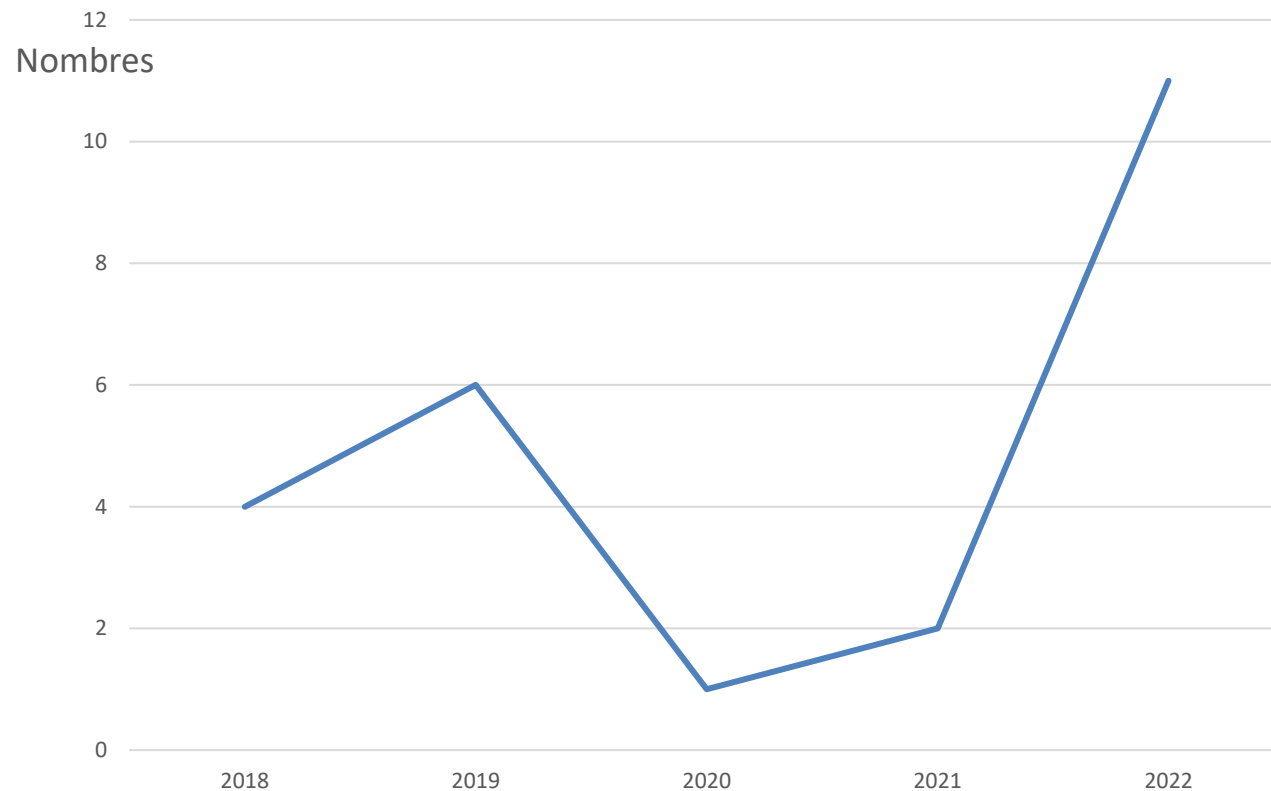
# Aujourd'hui

Entre 2002 et 2012

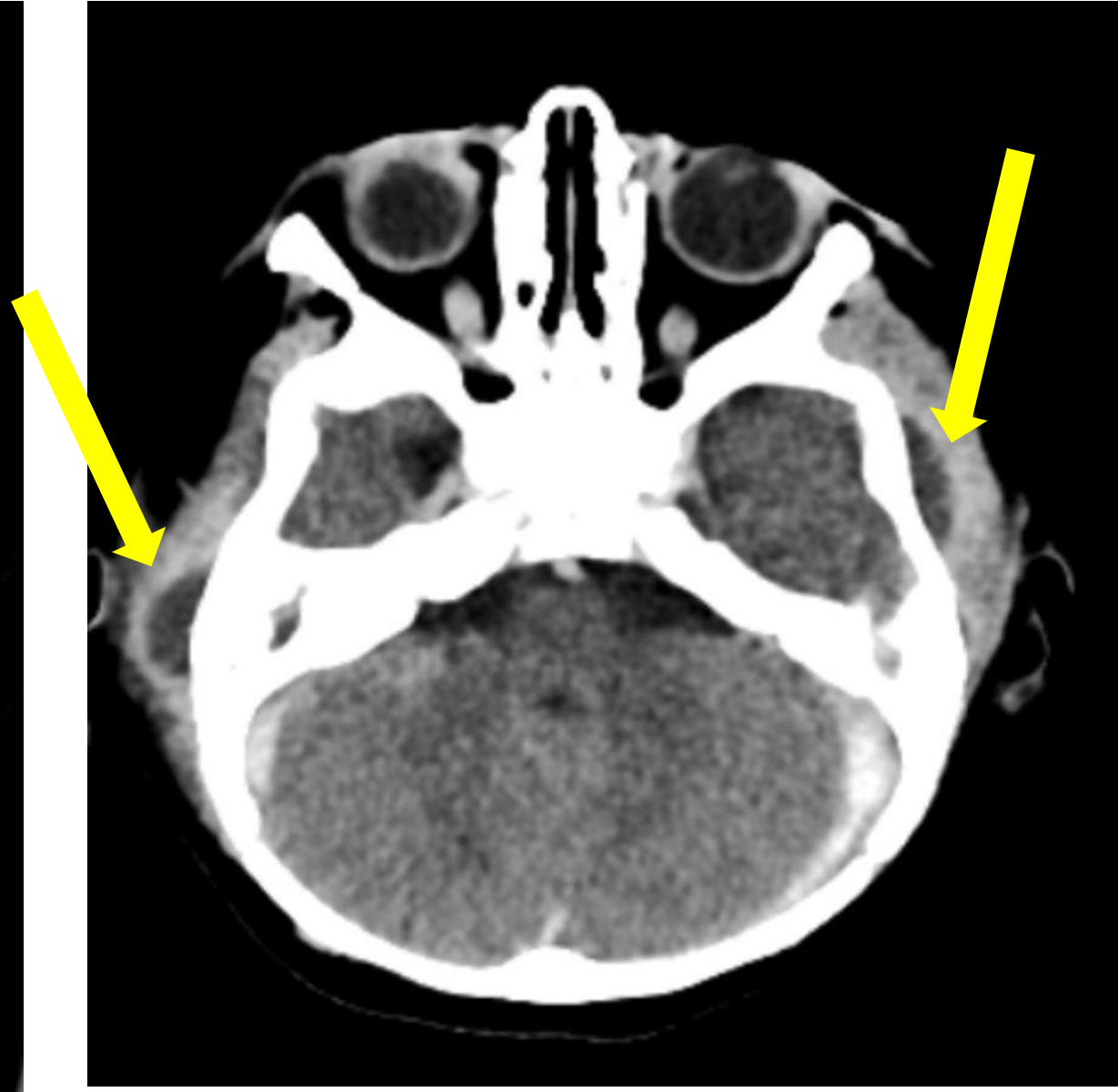
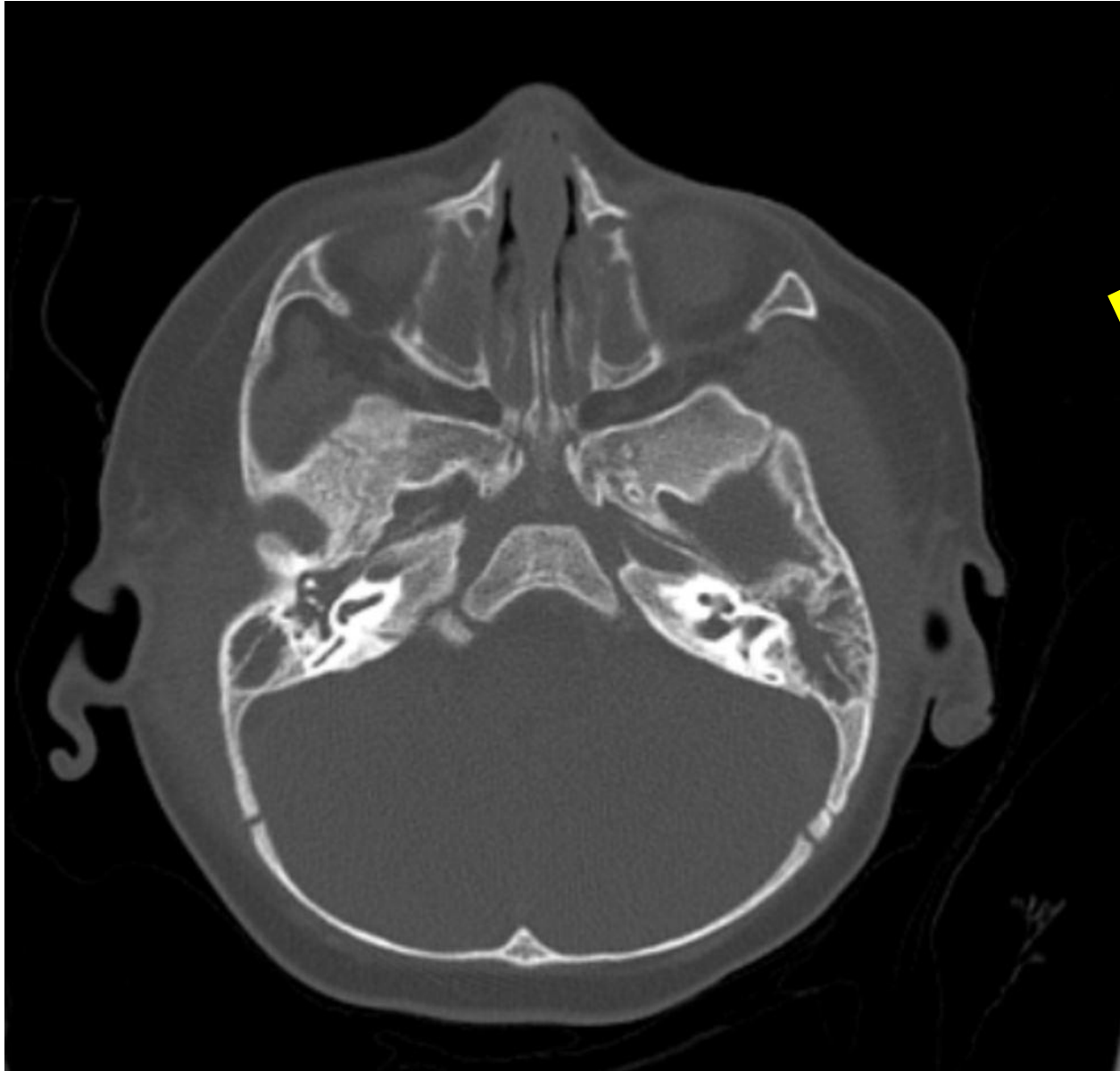
Mastoïdite : pourquoi lui ?

• Notre expérience (10 dernières années)

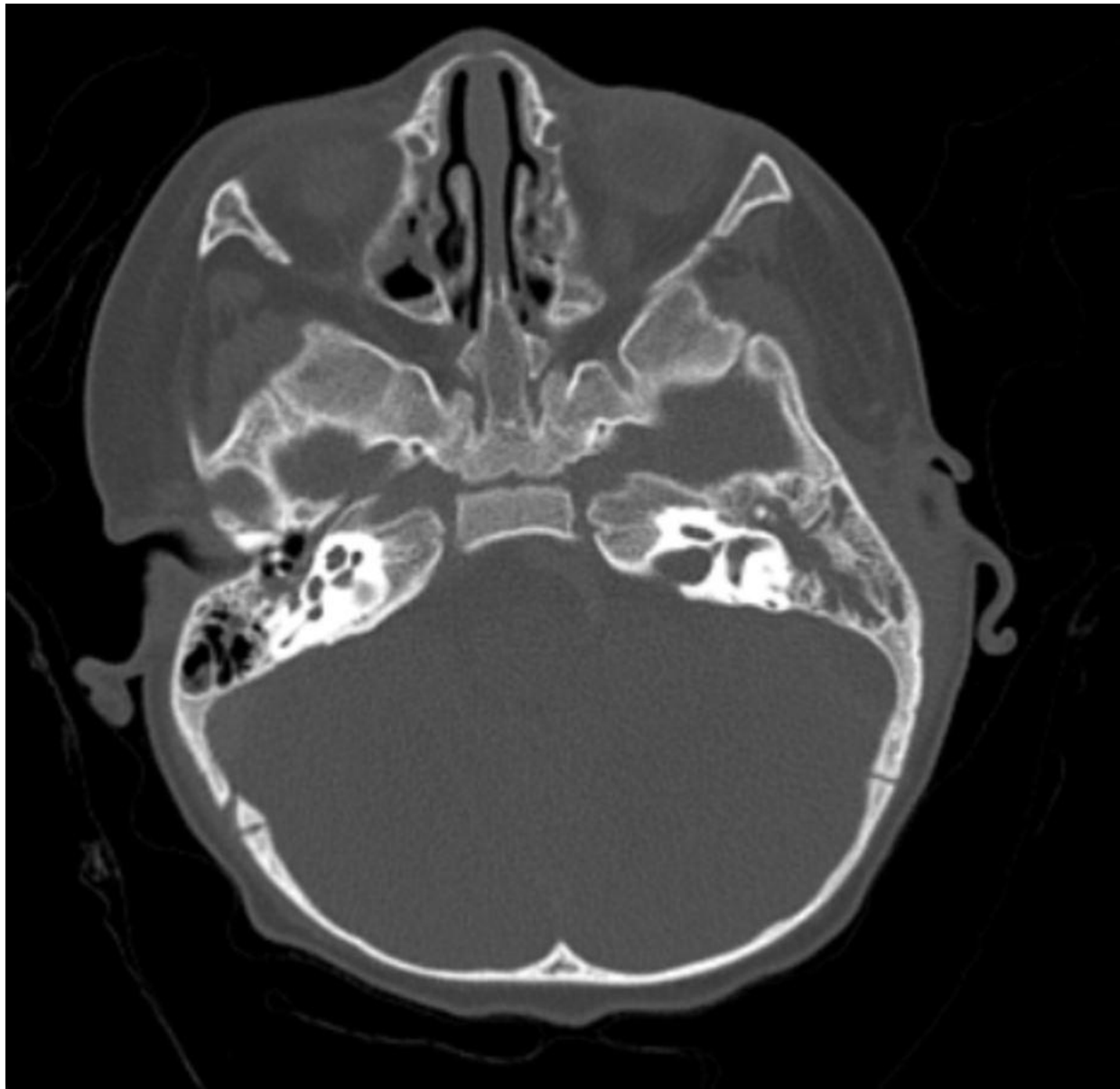
	Aiguës	Subaiguës ou chroniques	Total
Mastoidectomies	28	20	48
Antibiotiques +/- paracentèse	51	4	55
Total	79	24	103



01/10 au 31/12, < 18 ans, APHM	2018	2019	2020	2021	2022
Nb séjours pour mastoïdite	4	6	1	2	11







# Aujourd'hui

- Nombre x 3 en 5 ans et x 10 en 10 ans.....

- Germes :  $\frac{3}{4}$  des patients Fusobacterium

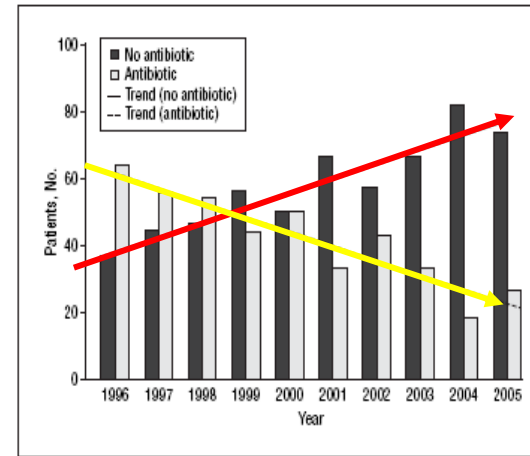


Figure 2. The relative proportions over 10 years of patients treated with antibiotics for acute suppurative otitis media immediately prior to hospital admission for acute mastoiditis.

<sup>1</sup>Ho D and al. The relationship between acute mastoiditis and the antibiotic use for acute otitis media in children. Arch OtoRhinoLaryngol Head Neck Surg 2008; 134 (1): 45-48

# Otitis moyennes aiguës

## A retenir

Origine **rhinopharyngée**

Souvent **monobactérienne** (Haemophilus et pneumocoque)

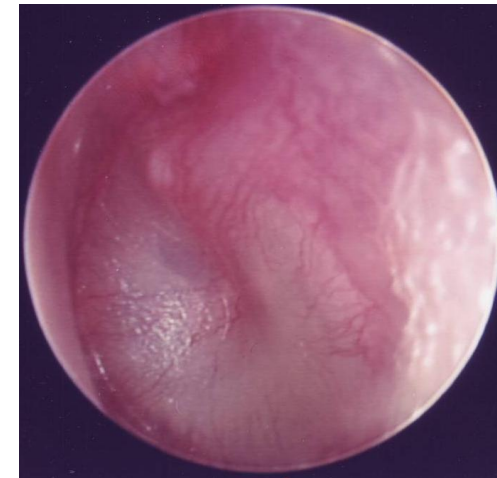
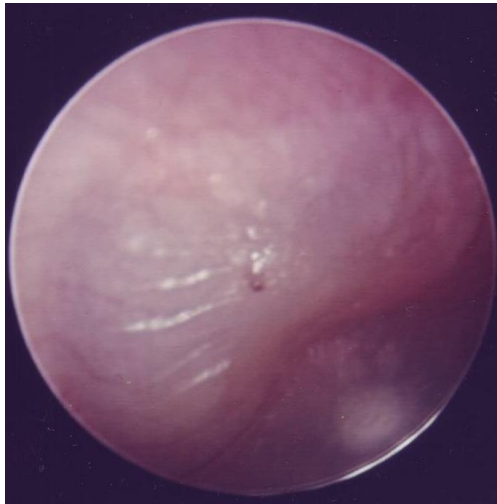
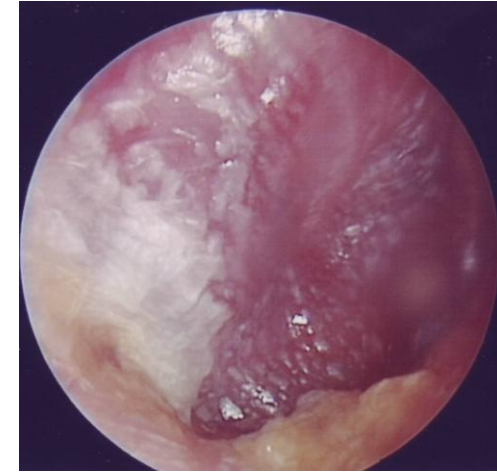
Altération de l'état général d'un nourrisson (fièvre)  
= **examen des oreilles**

Souvent **bilatérale**

Antibiothérapie générale : OMA suppurée

Paracentèse = indications précises OMA suppurée  
(drainage et analyse bactériologique)

Mastoidite = complication classique de l'OMA



# Otite séro-muqueuse



Affection **très fréquente**

(50 % des enfants, âge moyen 5 ans, bilatérale dans 85 % des cas)

**Guérison spontanée** en moins de 3 mois chez la majorité des enfants

**Risques évolutifs vers l'otite chronique**

**Circonstances cliniques :**

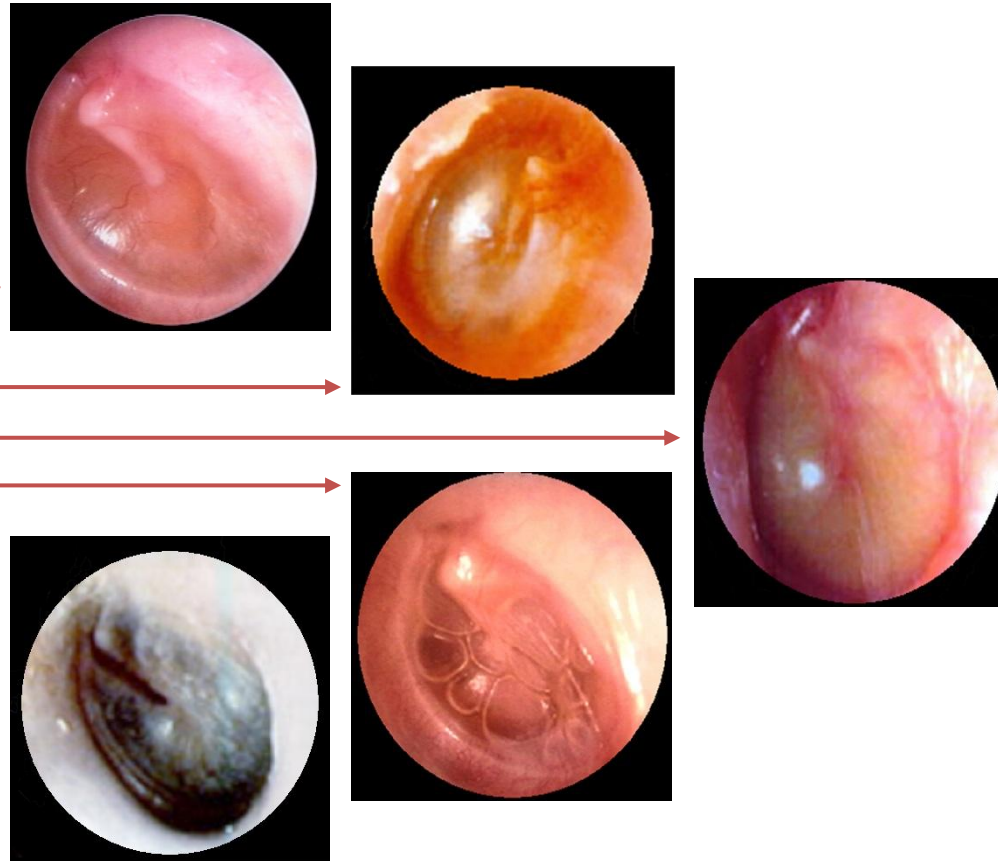
- lors de l'examen systématique des tympans
- lors du bilan d'OMA récidivantes
- devant une **hypoacousie**, un retard de langage

# Otite séro-muqueuse

## Diagnostic

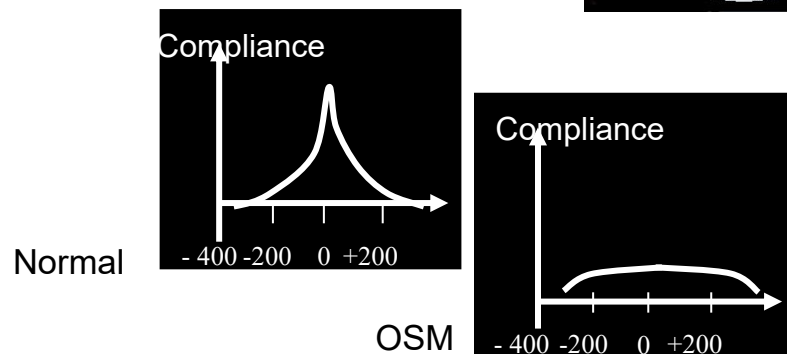
### Diagnostic otoscopique

- . épaissement du tympan (perte des reliefs)
- . inflammation du marteau et de l'annulus
- . tympan bombé ou atrophique
- . niveaux hydroaériques
- . aspect bleuâtre (tympan bleu idiopathique)

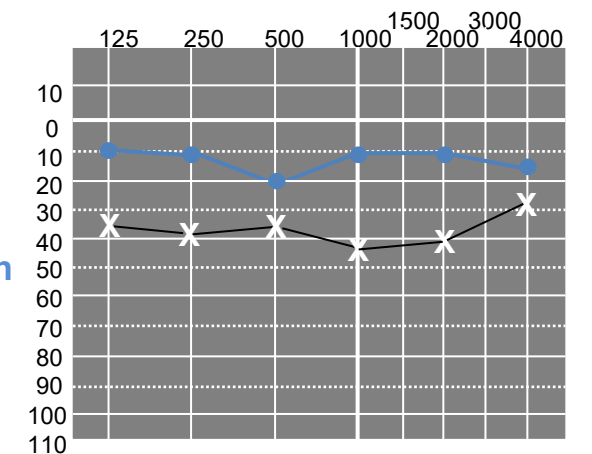


### Retentissement auditif

Tympanogramme : pression dans l'OM



Audiogramme  
surdité de transmission



# Otite séro-muqueuse

## Diagnostic

**Evolution naturellement favorable, mais attention :**

- OMA récidivantes
- otorrhée par petite perforation antérieure
- perforation tympanique (otorrhée)
- vertiges, surdité de perception



**« Toute OSM traînante après l'âge de 7 ans doit faire craindre l'évolution vers une otite chronique »**



**SURVEILLANCE**

# Otite séro-muqueuse

## Traitement

### A visée étiologique (facteurs favorisants)

Education des enfants (mouchage, reniflement)  
Traitements médicaux (ATB +/- cortisone)

### **Adénoïdectomie**

(l'obstruction rhinopharyngée et le foyer infectieux)



### A visée palliative

**Aérateurs transtympaniques** (aérer la caisse du tympan à partir du CAE)

- pas avant l'âge de 12 - 16 mois
- anesthésie générale, souvent associée à l'adénoïdectomie
- hygiène (eau +++)
- complications (otorrhée, obstruction, otorragie, perforation résiduelle)

« Délai minimum de trois mois avant une indication d'ATT »



# Cholestéatome

Epithélium malpighien (triple potentiel de desquamation, migration et érosion)

Otite chronique dangereuse

Formes **acquises** et **congénitales**



**Circonstances cliniques :**

- lors de l'examen systématique des tympans
- **hypoacousie** progressive
- **otorrhée** purulente fétide
- complication révélatrice : PF, méningite, abcès, labyrinthite

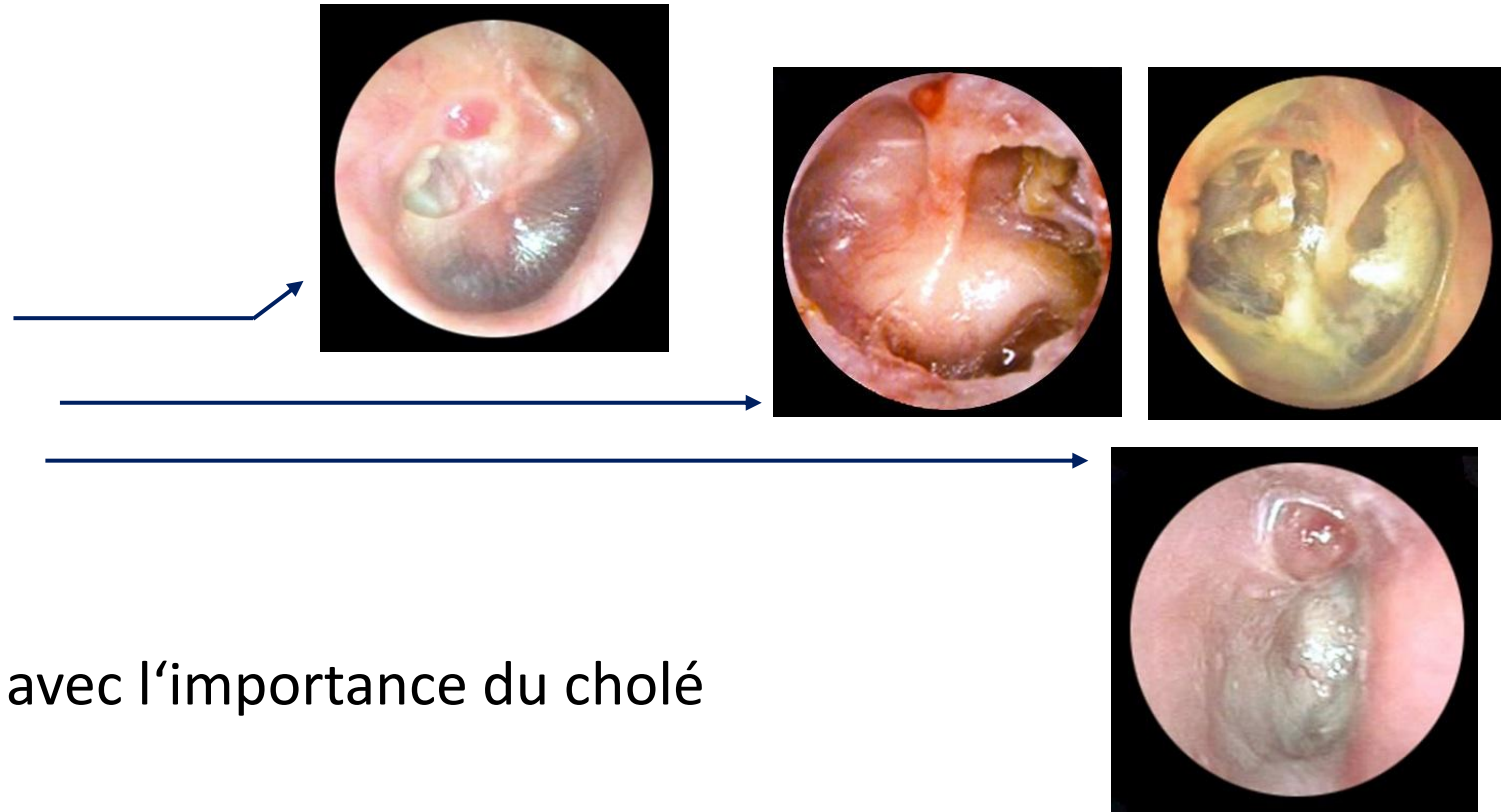


# Cholestéatome

## Diagnostic

### Diagnostic **otoscopique**:

- Perforation
- Poche de rétraction
- Polypes ou croute atticale

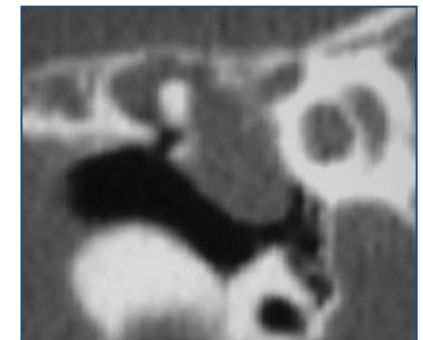
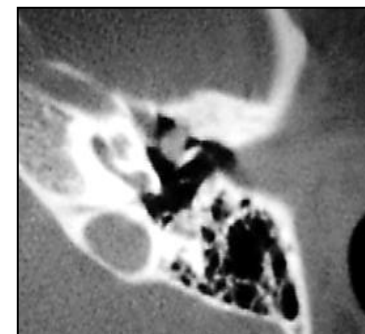


### Retentissement auditif :

Variable, parfois discordant avec l'importance du cholé

### TDM / IRM :

Extension et recherche cde complications  
Hyperdensité de la caisse





**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**