



Otoscopie courante en MG

AFS NANTES

8 Janvier 2026

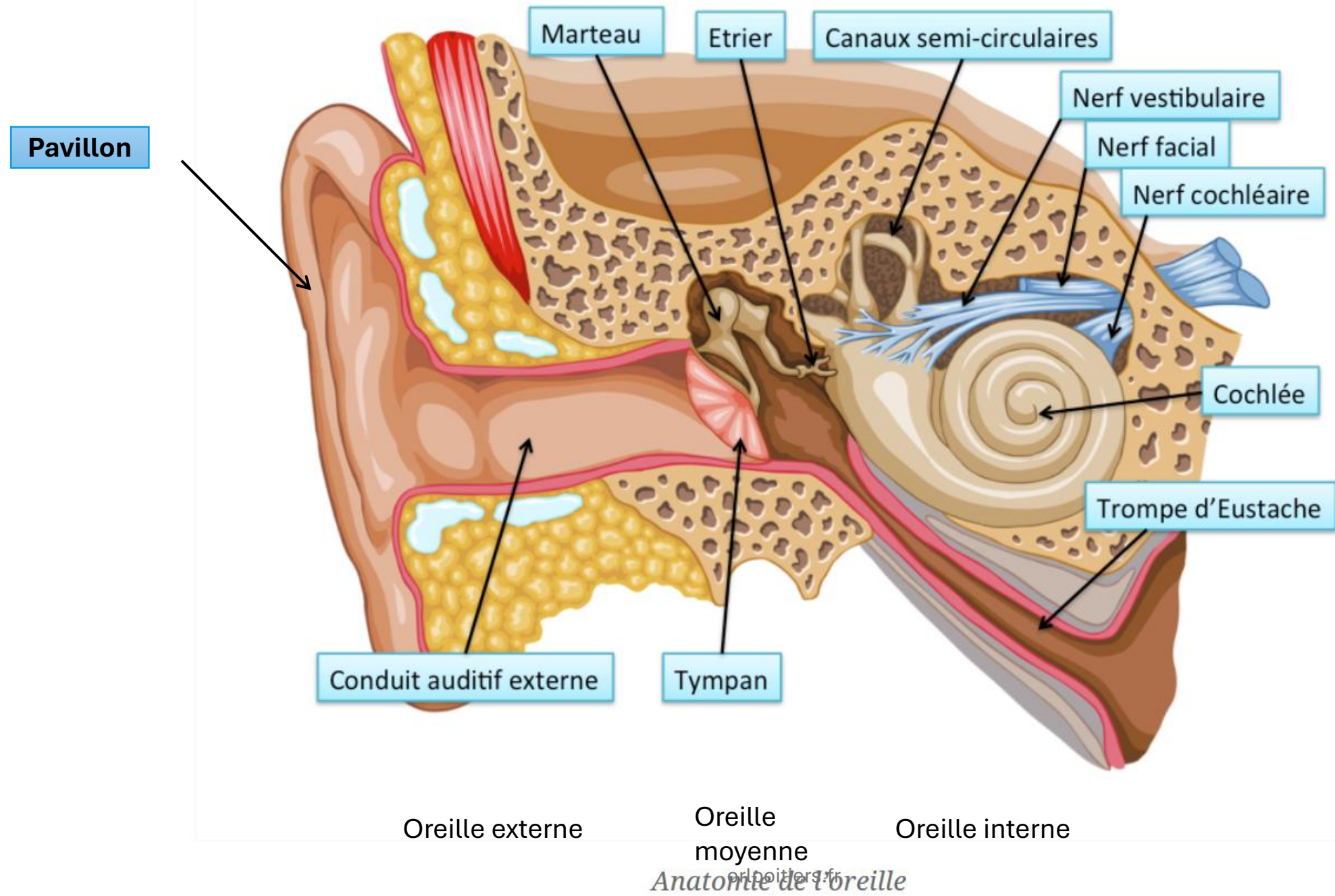
Aline.s



Plan de la séance

- ❖ Atelier: rappels anatomiques
- ❖ Atelier: technique de l'otoscopie, matériel, échange de pratiques
- ❖ Plénière interactive:
 - Synthèse des ateliers
 - Aspects otoscopiques courants en MG :
 - Tympanaux normaux
 - Tympanaux pathologiques et CAT

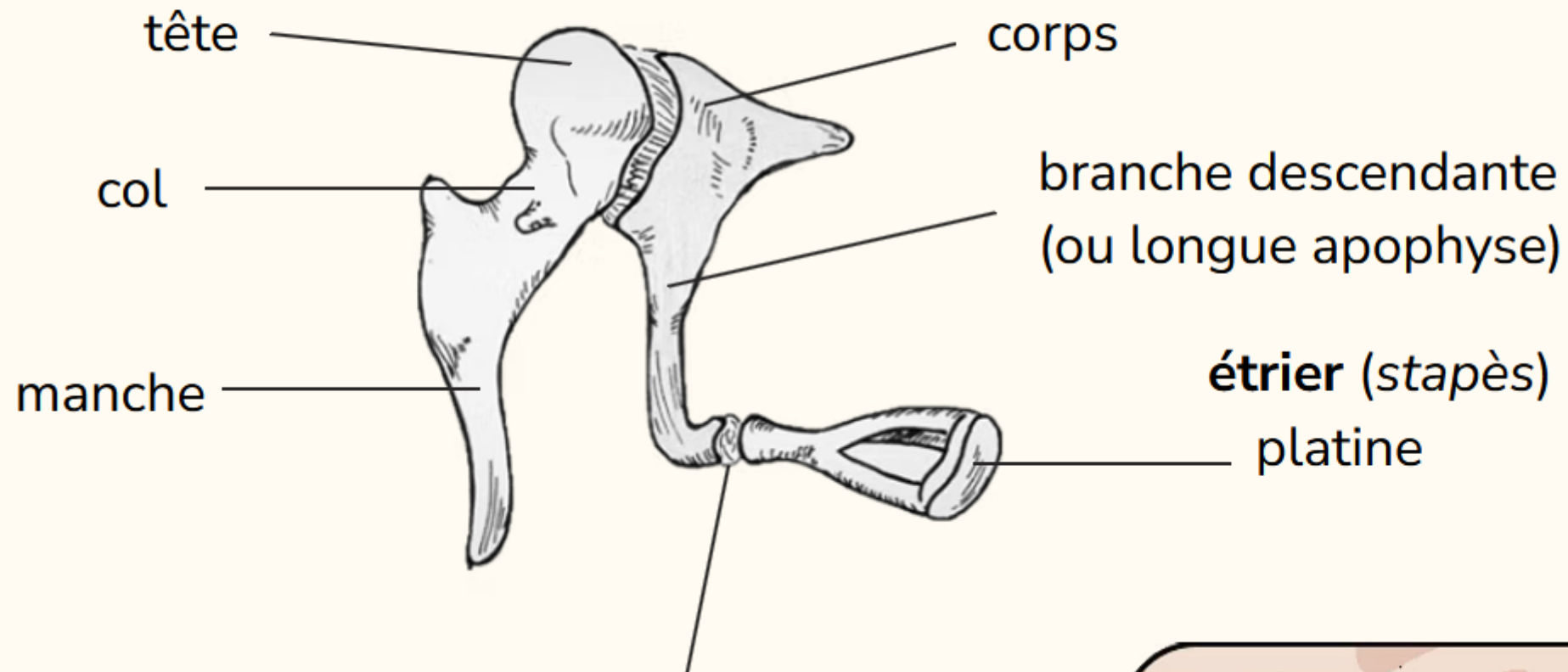
Rappels sur l'anatomie de l'oreille



Contient la chaîne des osselets (i)
liés entre eux par des muscles et ligaments

marteau (*malleus*)

enclume (*incus*)



articulation incudo-stapédienne

Otoscopie

Indications, matériels et techniques

Indications de l'otoscopie

- **Systématique:**

- Enfant jusqu'à 10 ans: à chaque examen de suivi (dépistage otite séreuse)
- Consultation de prévention
- Certificat de non contre-indication plongée et parachutisme
- Tous les 3 à 6 mois si prothèse auditive

- **Symptôme otologique** ou **cochléo-vestibulaire**: otalgie, otorrhée, hypoacousie, acouphènes, vertiges et/ ou **signe infectieux respiratoire**: toux, rhinite,...

- **Fièvre:**

- **Enfant**: systématique
- **Adulte**: si point d'appel ou immunodépression

- **Certains tableaux cliniques** : Paralysie faciale périphérique, syndrome méningé, traumatisme crânien ou facial

Matériel en soins primaires

Otoscopes et spéculums

- à piles, rechargeable voire mural sur secteur
- éclairage halogène, xénon, LED ou fibre optique
- grossissement, loupe
- Macroview avec meilleur champ de vision et mise au point
- parfois connectés (télémédecine)
- parfois avec ouverture latérale pour branchement d'un tuyau relié à une poire pour insuffler de l'air
- spéculums selon l'otoscope, de tailles différentes 2 à 6 mm, UU ou réutilisables après nettoyage /!\ otite externe



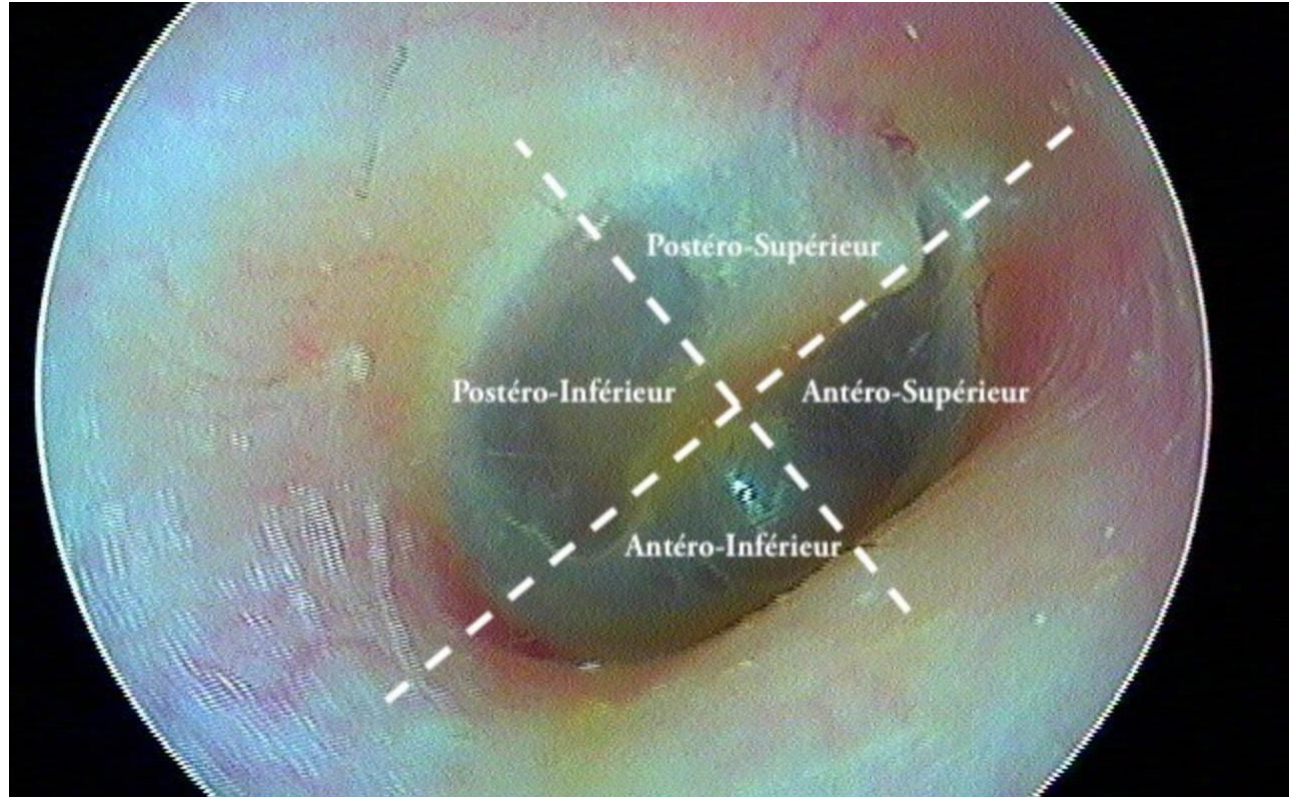
Technique de l'examen : adulte et grand enfant

- Expliquer examen
- Bien s'installer en position assise, orienter position tête du patient (assis ou couché), œil en face spéculum
- Les 2 oreilles en commençant par la saine
- Inspecter pavillon, sillon rétro-auriculaire et méat
- Choisir spéculum le plus large possible
- D'une main tenir l'otoscope, soit comme un stylo en posant l'annulaire sur la joue du patient, soit comme un pistolet en posant l'index
- De l'autre tirer le pavillon *vers le haut et l'arrière*



Examen à l'otoscope

- Examiner avec douceur sans entrer dans le conduit osseux /!\ douleur
- Retirer légèrement otoscope si douleur ou réflexe de toux
- Déplacer le spéculum dans le sens suivant: Ar->haut->bas-> Av



Nourrisson et jeune enfant

- Examiner enfant en fin d'examen, en le rassurant et en impliquant le parent
- < 8-9 mois: allongé de côté, parent tient les bras et les jambes, médecin bloque la tête
- >9 mois: enfant assis sur genoux du parent, soit de côté, soit de face, en bloquant la tête et les membres



Tashneem Harris

Particularités chez l'enfant

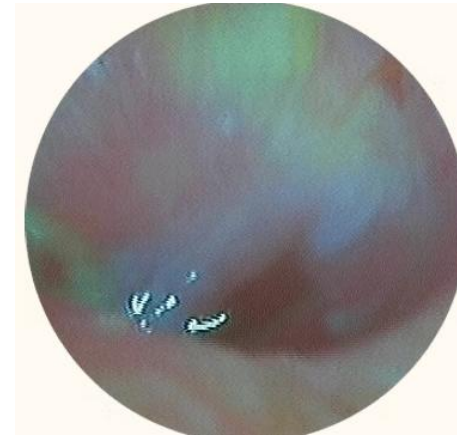
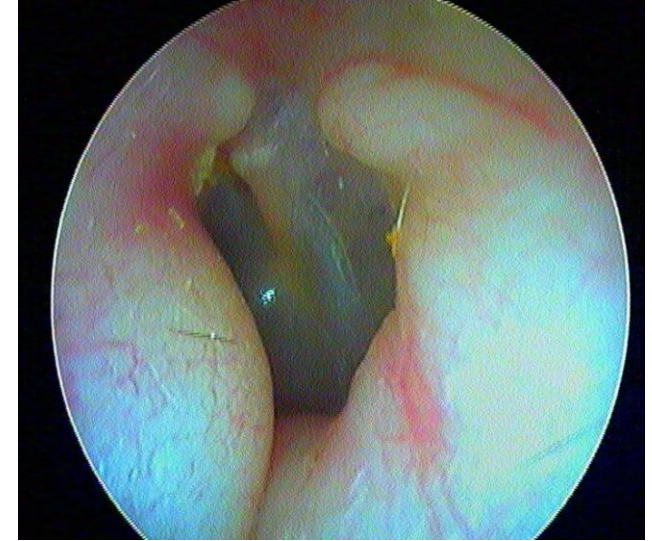
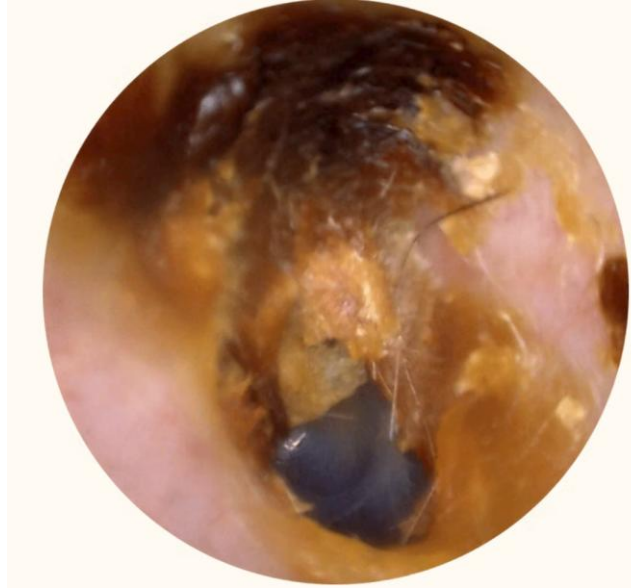
- *Etroitesse du champ de vision*: jusqu'à 12 à 16 mois, parois du conduit souples et collabées car uniquement fibro-cartilagineuses.
- *Direction du CAE* évolue avec l'âge: fortement oblique en bas et en avant chez le nouveau-né, il devient plus rectiligne, court et large chez le jeune enfant. D'où tympan paraît plus petit chez nouveau né alors que taille proche de celle de l'adulte

=> tirer le pavillon vers l'extérieur et le bas

- *Fréquence dépôts cerumen*

Difficultés

- **Patient** agité
 - **CAE** étroit, angulé, poilu, exostose
 - **Cerumen**
 - **Otorrhée**
- nettoyage porte coton
- mais si échec **avis ORL**
(aspiration) pour recherche perforation



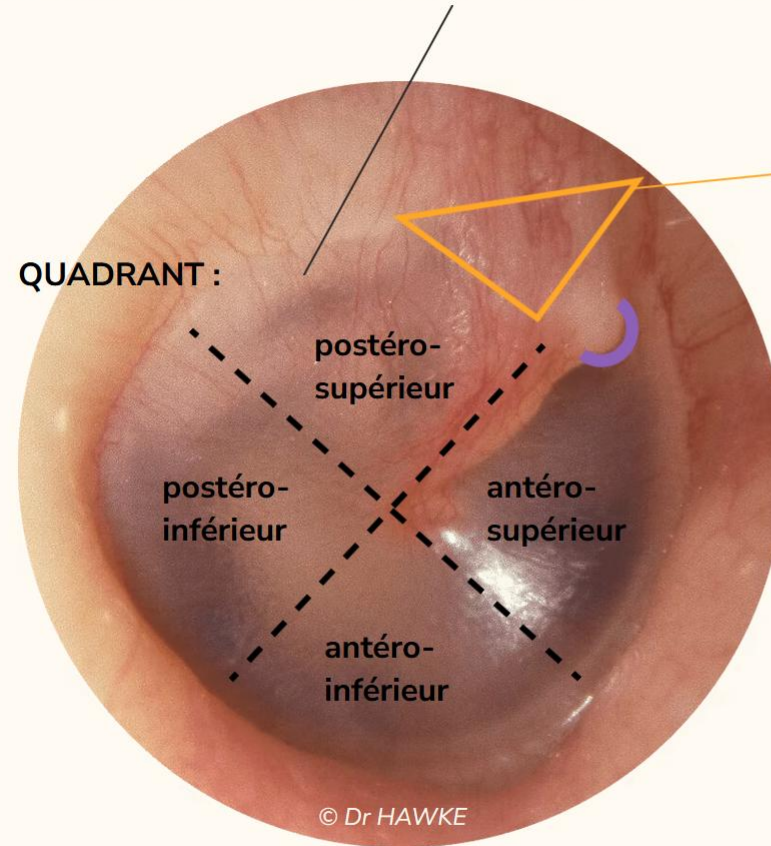
Tympan:

*Ø10mm, épaisseur
0,1 mm

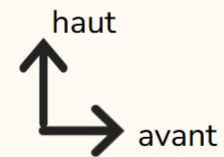
*pars tensa: 3
couches:
1)externe, continuité
épiderme du
conduit,
2)fibreuse=lamina
propria,
3)muqueuse de type
respiratoire

*pars flaccida: pas
de lamina propria

p | Présente uniquement au niveau de la **pars tensa** = 90% de la surface tympanique



Pars flaccida ou membrane de Shrapnell
= 10% de la surface tympanique
Plus vulnérable à la rétraction (moins rigide car
dépourvu de *lamina propria*) et à l'inflammation
(très vascularisée)

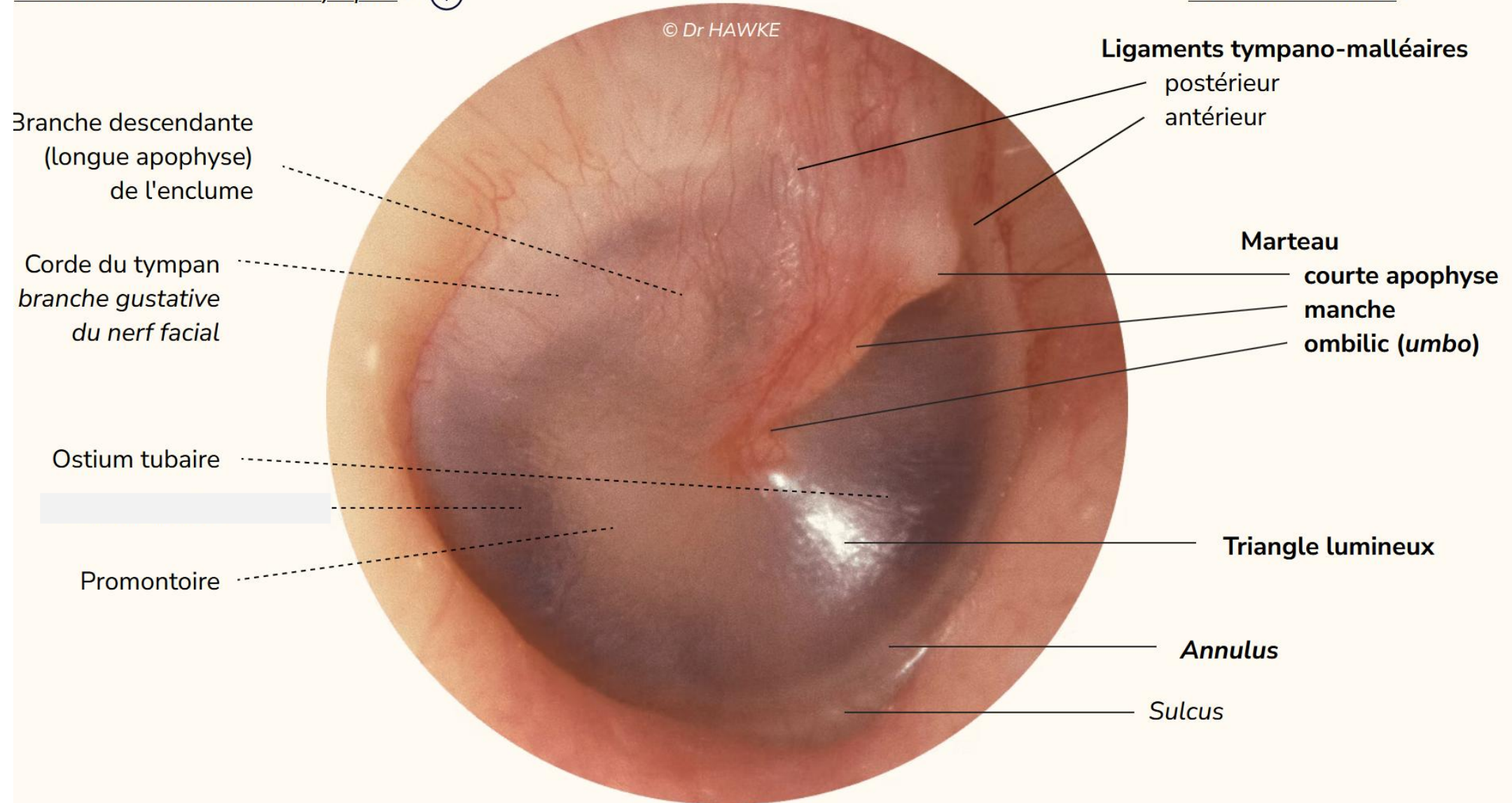


Pour savoir de quel tympan il s'agit
: imaginer que l'apophyse du
marteau est un **nez vu de profil**

Vue otoscopique (tympan droit de face)

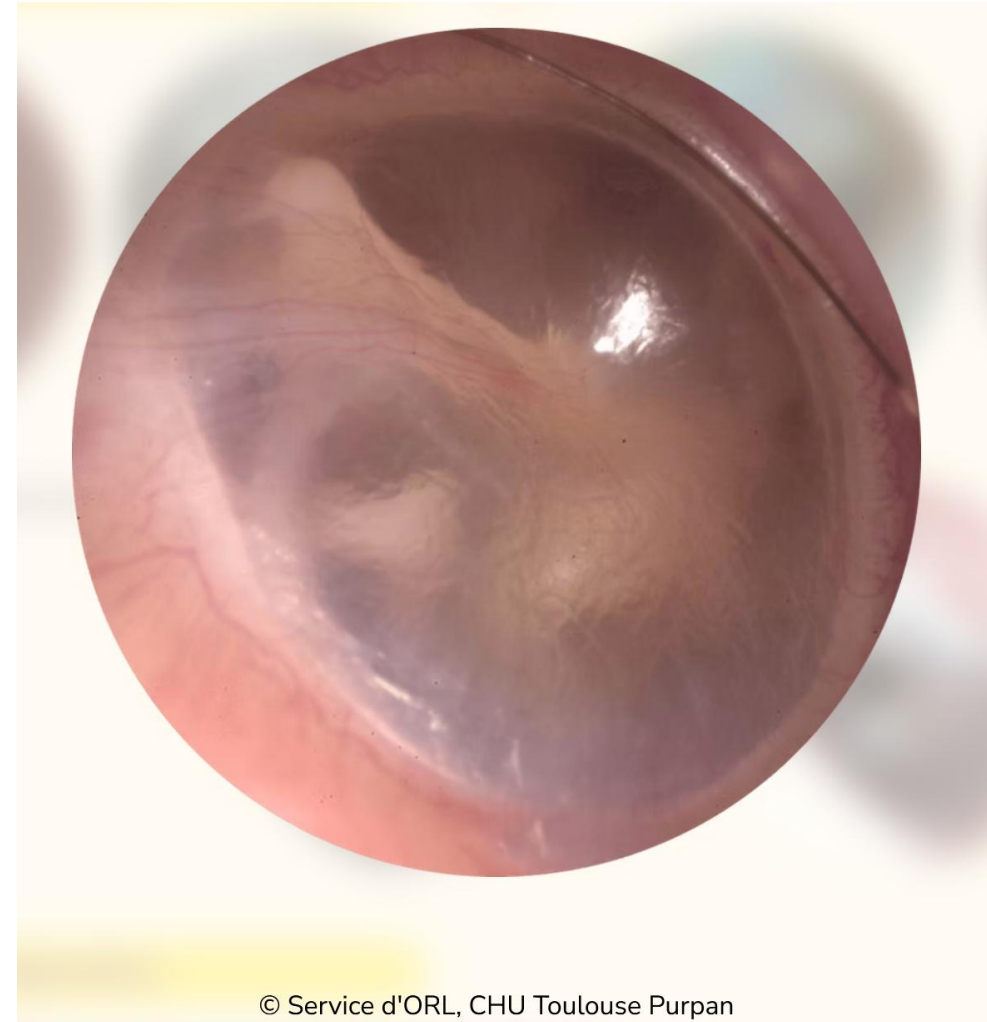
Structures de la caisse du tympan : ⓘ

Structures visibles :



Tympan physiologique

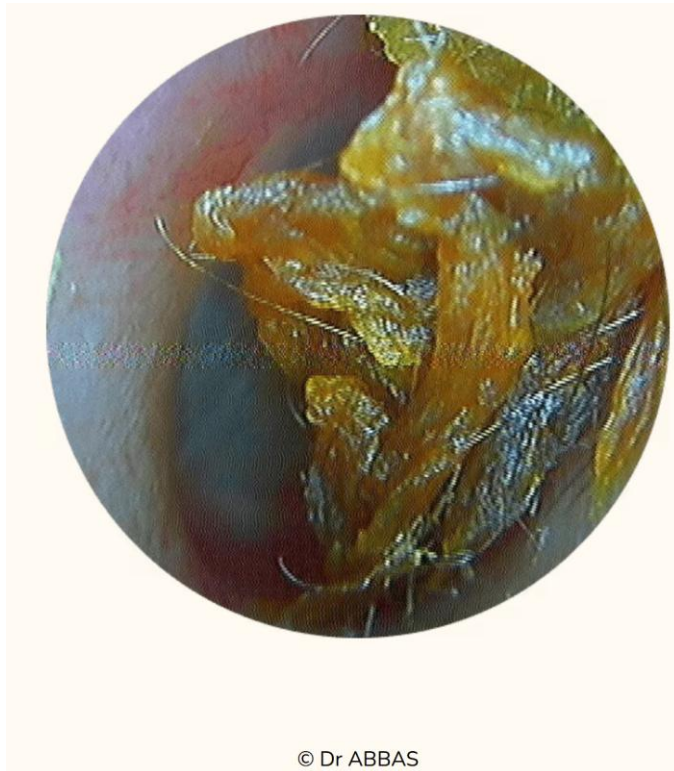
- **Aspect** :gris clair, brillant, nacré, fin, translucide. Surface lisse, continue.
- **Triangle lumineux**: au quadrant antéro-inférieur: permet de se repérer (son absence n'est pas obligatoirement pathologique.)
- **Marteau**: Seul osselet au contact du tympan : apophyse bien visible, manche oblique en bas et en arrière, -
- **Tympan tendu**, légère dépression de la *pars flaccida*
- **Quelques vaisseaux** sur l'annulus, le manche du marteau et la pars flaccida
- **Caisse du tympan**: remplie d'air, osselets (longue apophyse de l'enclume) et corde du tympan visibles *par transparence*



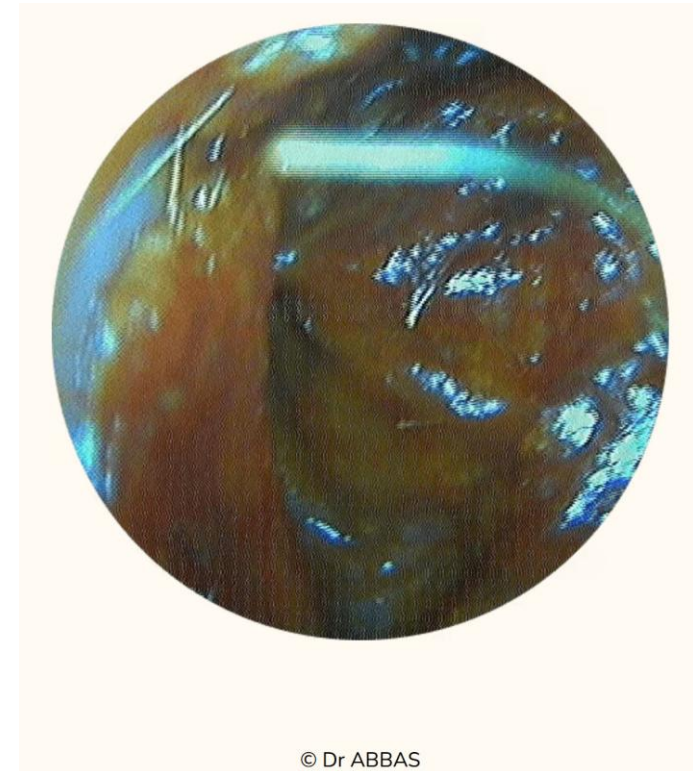
© Service d'ORL, CHU Toulouse Purpan

Vous recevez un jeune homme pour Certificat de non contre indication à la plongée. Voici son otoscopie.
Que faites-vous?

Cerumen+poils



Bouchon de cerumen humide



Bouchon de cerumen

❑ **Cerumen** : formé dans partie externe cartilagineuse du CAE.

3 rôles:

- barrière protectrice chimique, antibactérienne et antifongique
- Lubrifiante: prévient irritations
- Nettoyante : tapis roulant vers le méat

❑ **Bouchon**:

- **facteurs favorisants**: production excessive, CAE étroit, âge, coton tige, prothèses, bouchon d'oreille, baignade,..
- **Fréquent**: 1 enfant /10, 1 adulte /20, 1/3 des personnes âgées ou ayant des troubles cognitifs
- **Souvent asympto**; parfois sensation oreille bouchée, hypoacousie, acouphènes, toux, prurit; rarement otalgie (envisager autre diagnostic)
- **Indication extraction**: si symptômes, jeune enfant, troubles cognitifs, tympan non examinable=> PAS si simple amas

Instruments :

Dégager cerumen pour voir le tympan

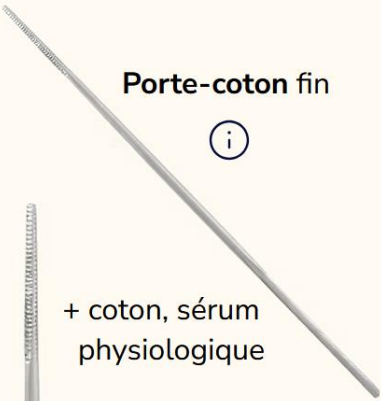


Instruments
Images © Distrimed

Selon le terrain, l'utilisation d'instruments ou l'irrigation peut être contre-indiquée
En cas de lésion croûteuse ou sécheresse : éviter les traumatismes

Lampe frontale

Mèches non tissées
d'environ 2 cm



Porte-coton fin



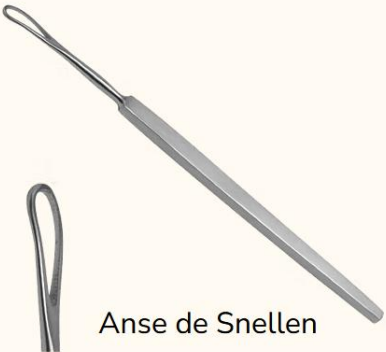
+ coton, sérum physiologique



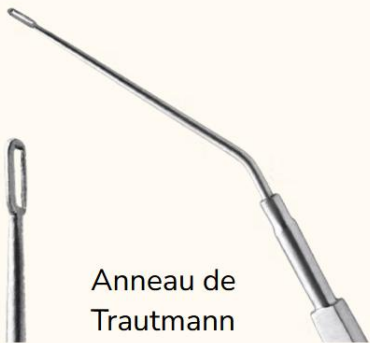
Micro-pince
à glissement
de Hartmann

Curette mousse, au choix :

Oriculi



Anse de Snellen



Anneau de
Trautmann



Anse de
billeau

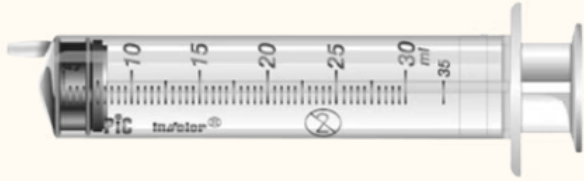


Jetable
Otosopic.fr

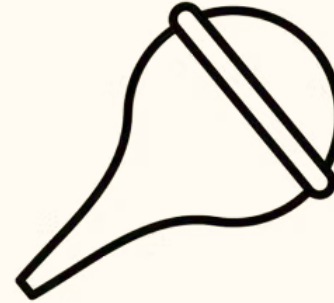
Il existe des modèles lumineux avec loupe
Et d'autres plus fantaisistes :



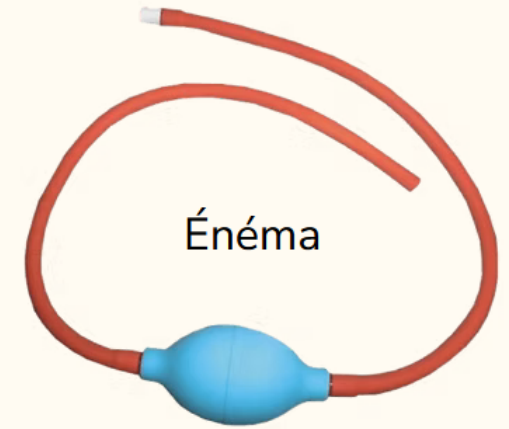
Système d'irrigation, au choix :



Seringue de 30 à 50 mL (ou 10 à 20)
relié à un cathéter souple de calibre
18 à 20 (ou 14 à 16) d'environ 1,5 cm



Poire



Énéma

Sans oublier :



Haricot en inox

Serviette



Il existe des systèmes
automatiques qui récupèrent
l'eau et les débris

Ou des **kits avec
pulvérisateur** et bassine
adaptée :



3 techniques d'extraction du bouchon

Choix selon équipement et expérience praticien

1. Ceruménolytique: eau tiède, eau oxygénée 3% (10 volumes), non ototoxique, docusate de Na(Doculyse®), Xylène (Cerulyse®), huile...:

-aucune méthode plus efficace que l'eau (grade B SFORL),

-efficacité si utilisée seule 20 % :

2. Instrumentale: curette, porte coton, micropince pour fragments secs, toujours sous contrôle direct de la vue et appui sur le patient.

3. Irrigation: eau tiède + /- savonneuse, jet faible pression vers paroi postérosup, <500 ml

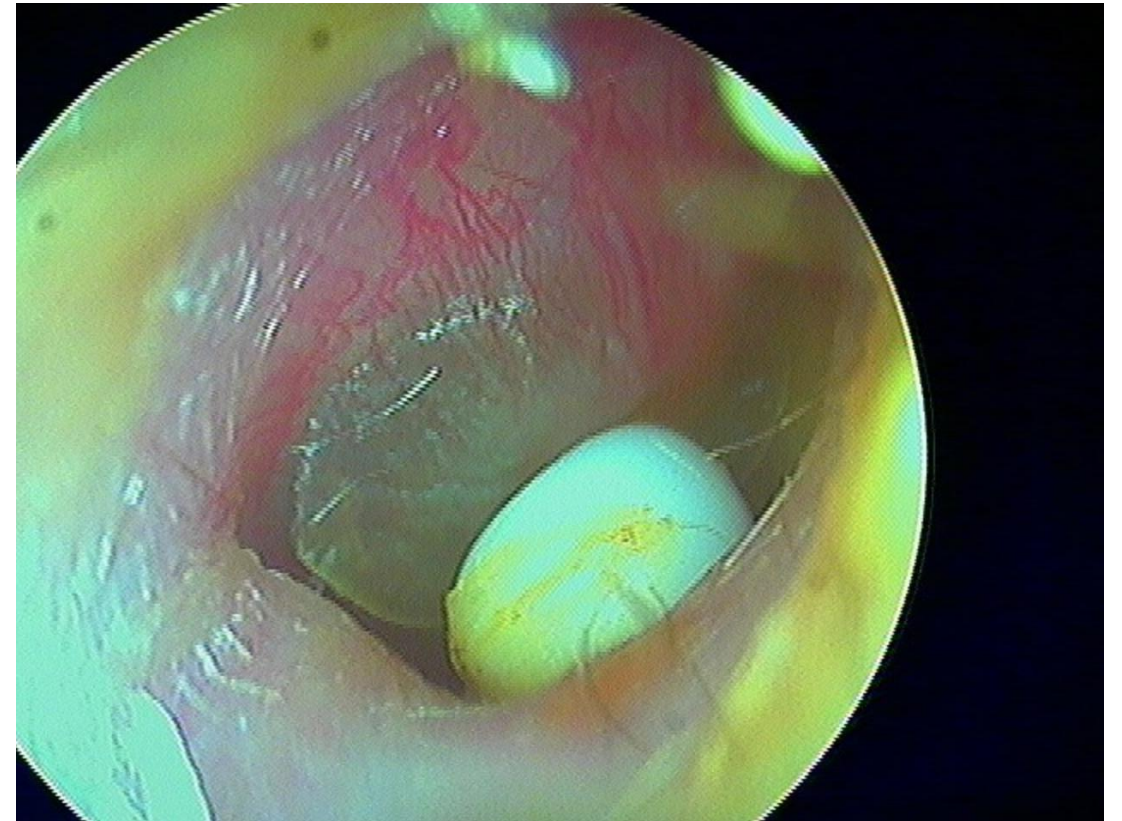
Efficacité: combiner plusieurs méthodes, **80 %**, si échec => ORL: aspiration: 90 %

2&3: Stop si douleur, vertige, nausée, malaise => **ORL**, adresser **rapidement si** douleur ou vertige sévère, surdité brutale, perforation tympanique

Complications et contre-indications

- **Complications:** Otite externe, OMA, perforation tympanique, traumatisme du conduit
- **Pas d'irrigation :**
 - diabète, immunodépression, atcd radiothérapie cervico-faciale
 - OMA < 6 semaines
 - otites ext en cours, supposée, à répétition, dermatose du conduit
 - perforation ou cicatrisation récente <1 an, ATT (et pas de ceruménolytique)
 - otite moyenne chronique,
 - Irrigation précédente compliquée
- **ORL d'emblée:**
 - sténose conduit ou autre malformation, atcd chir tympan, conduit, mastoïde,
 - otalgie importante ou otorrhée,
 - atcd extraction compliquée
 - bouchon sur seule oreille entendante,
 - Non compliance du patient (enfant)

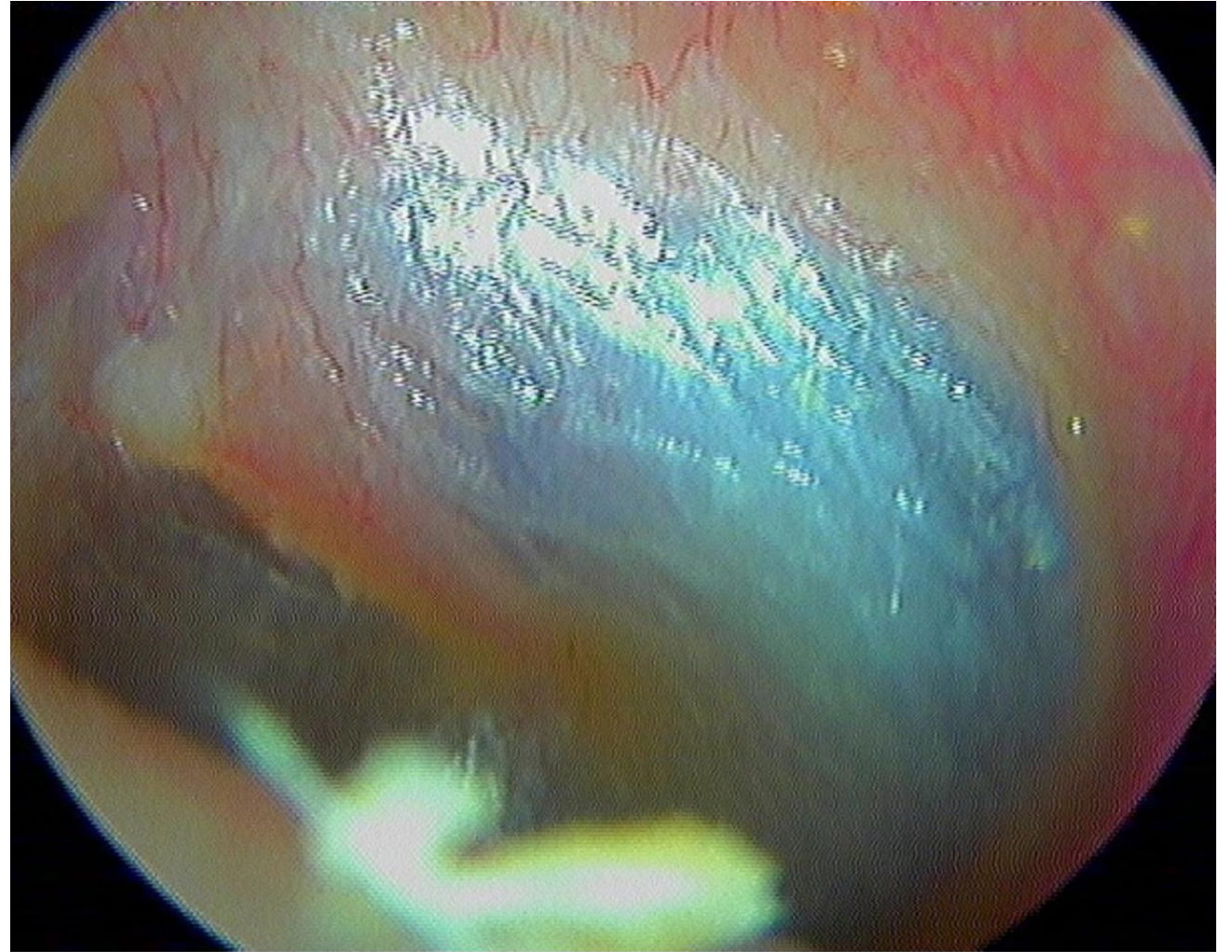
Corps Etranger: fréquent chez enfant: **adresser ORL en urg** si pile bouton, si objet pointu ou verre, ou qui s'effrite, si symptomatique; **technique** selon nature: pas irrigation si objet pouvant gonfler, possible pour insecte, curette ou pince si objet dur comme grosse perle



Ex systématique pour
demande de certificat
plongée:
quel est votre avis?

Tympan G

Aspect « douché »
=après la douche ou des
gouttes auriculaires



Devant ce tympan, délivrez- vous le certificat?

-Tympan D

Plaque calcaire sur le tympan

Plaque blanche réniforme, enchâssée
dans la membrane, séparée de
l'annulus par un liseré de tympan
sain, épargne la *pars flaccida*

Asymptomatique: pas de douleur pas
d'hypoacousie

=>**Myringosclérose**

Séquelle de OMA ou perforation (ATT),
parfois idiopathique; stable



Tympanes pathologiques

Raisonner en fonction de l'âge, du contexte et des autres S cliniques

- histoire récente?
- otalgie? ou S indirects de douleur (réveils nocturnes, pleurs,...)
- fièvre? signes généraux, rhinopharyngite, troubles digestifs,... ?
- hypoacousie?
- notion traumatique?...

Jules 3 ans,
rhinopharyngite depuis 2
jours, fièvre 38°5, otalgie,
perte appétit

Tympan gauche

-rouge

-hypervascularisé

-pas de triangle lumineux

-aspect mat, dépoli

*-pas de bombement, pas d'épanchement
rétrotympanique*

⇒ **Otite Congestive**

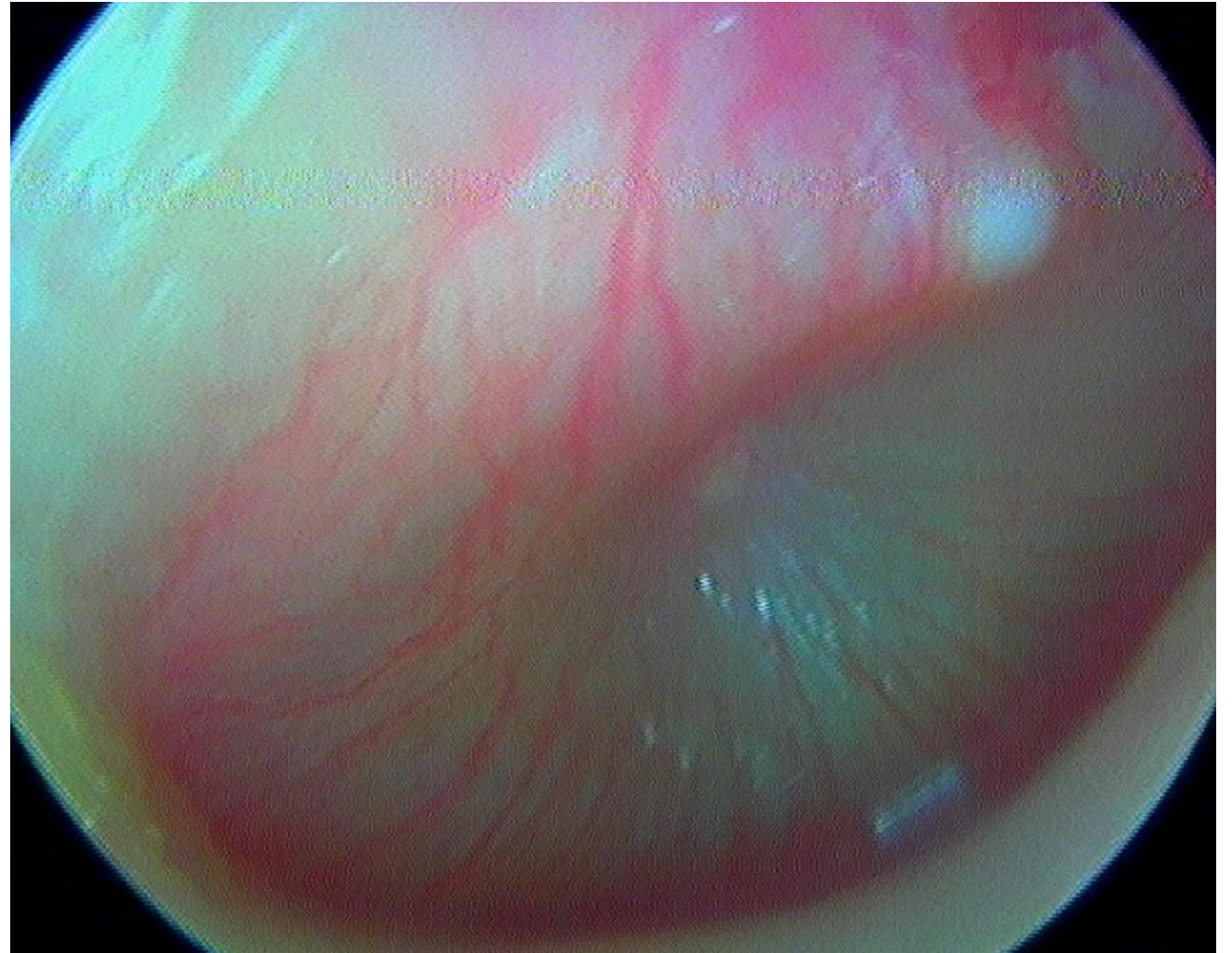


TTT de l' Otite congestive

- Pas d'ATB,
- Paracetamol,
- DRP,
- revoir à 48 heures si persistance S cliniques

48 heures plus tard, Jules est toujours fébrile et douloureux
voici l'otoscopie droite

Qu'en pensez vous?

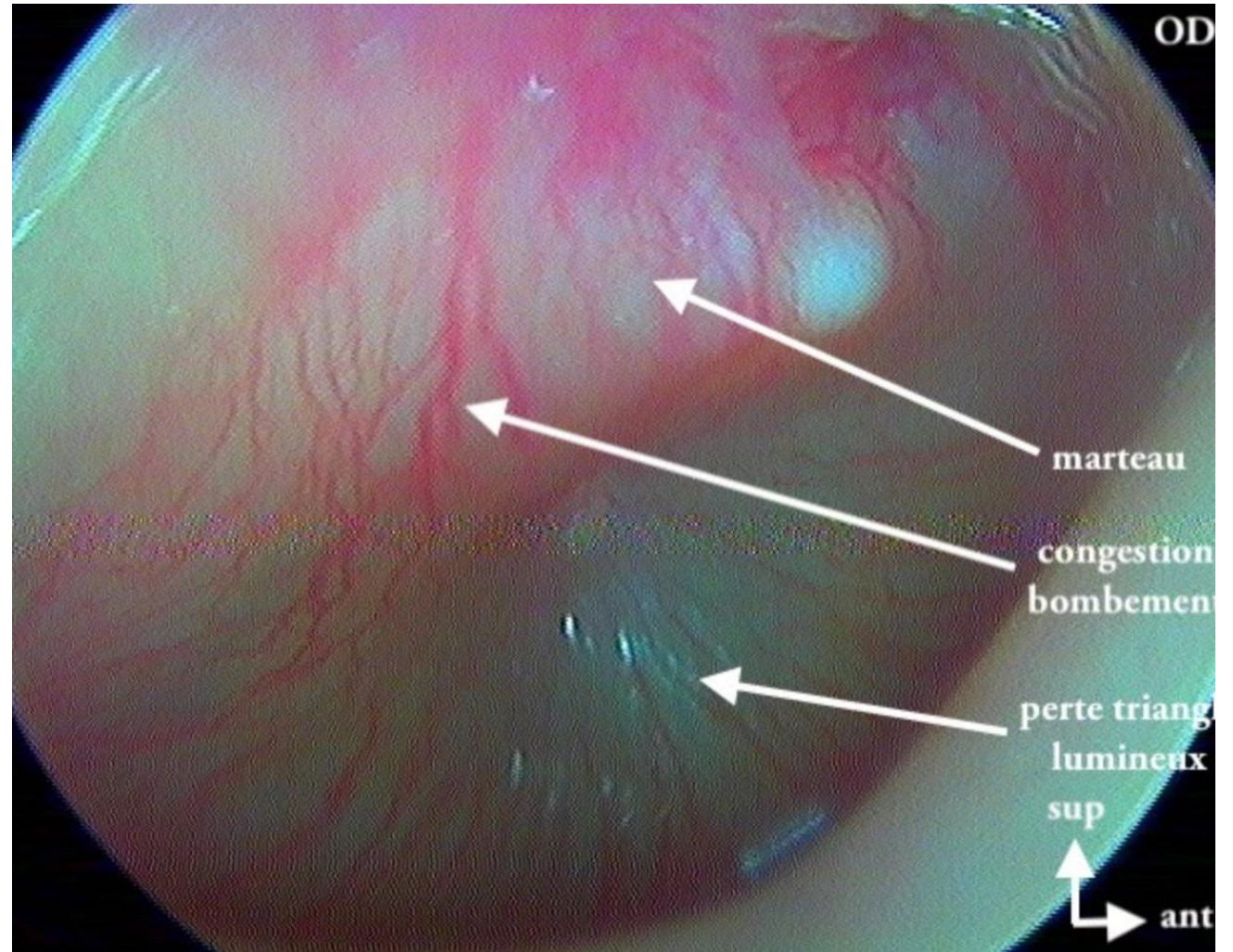


Inflammation globale

Bombement = disparition des reliefs ossiculaires, dépression au centre

Epanchement rétrotympanique: purulent jaune vif

=> **Otite Moyenne Aigue**



TTT de l'OMA

- Antalgie
 - Paracetamol
 - En dernier recours (anglosaxons) AINS (majoration du risque infectieux)
- Jamais de place pour
 - Corticothérapie (majoration risque infectieux, sans bénéfice sur l'algie)
 - Vasoconstricteur rhinopharyngé (risque ++++ pour peu de bénéfice clinique)
 - Antibio locaux (AMM sur otorrhée purulente)
- Antibiothérapie
- Avant 3 mois : avis spécialisé (bilan fièvre aux urgences)

Antibiothérapie de l'OMA

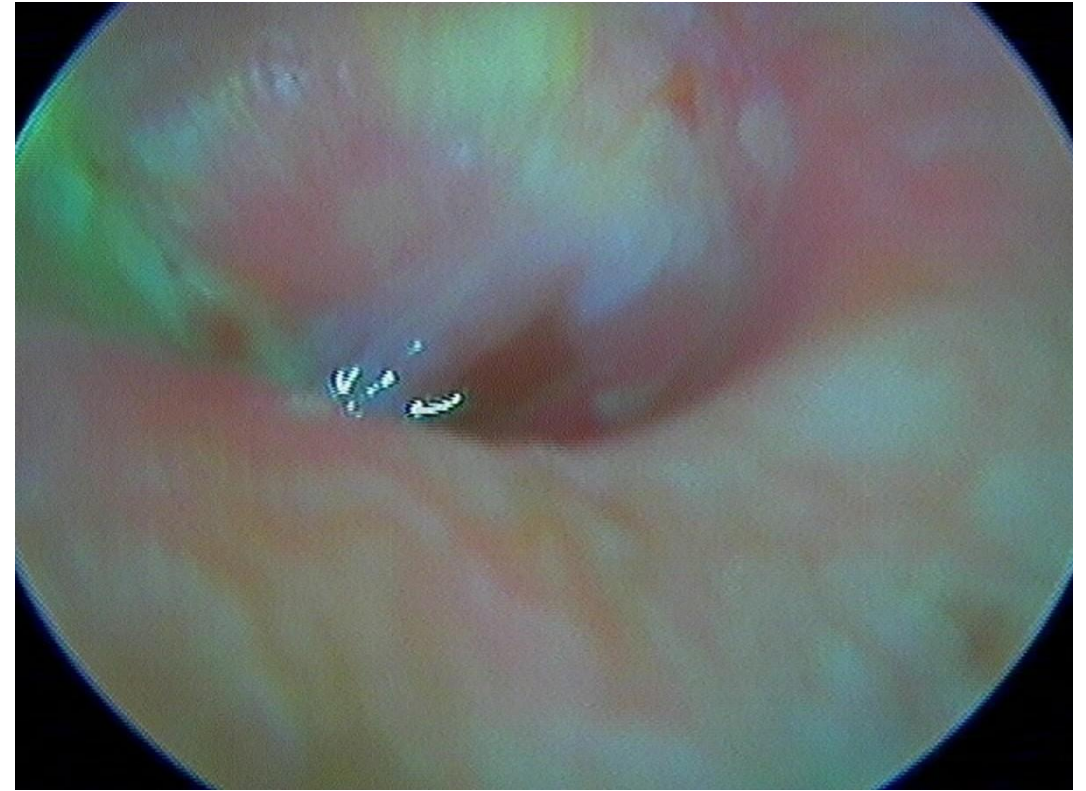
- Quand :
 - D'emblée
 - Reco HAS : enfant < 2ans
 - Mais Prescrire s'aligne sur les reco anglosaxonnes : si < 6 mois
 - Signe de gravité (hyperalgie résistante au paracetamol)
 - Trisomie 21, malformation ORL (fente palatine par exemple)
 - Immunodépression
 - En l'absence d'amélioration spontanée après 48h, dans les autres cas

Antibiothérapie de l'OMA

- Amoxicilline
 - Après 2 ans (80mg/kg/j) et adulte (3g / j) : pendant 5 jours
 - Avant 2 ans (80mg/Kg/j) : pendant 10 jours
 - En 2 prises par jour (meilleure observance)
- Spiromycine ou Azithromycine
 - 20mg/Kg 1 fois par jour, 3 jours (max 500mg par jour)
- 2^e ligne, si résistance 1^{er} traitement
 - Amoxicilline + Acide clavulanique (d'emblée si conjonctivite associée => H. Influenza)
 - Cefpodoxime ou cefixime

Jules reconsulte ce jour
otorrhée à gauche, après une
nuit agitée
il n'a plus de fièvre ni douleur
du côté droit

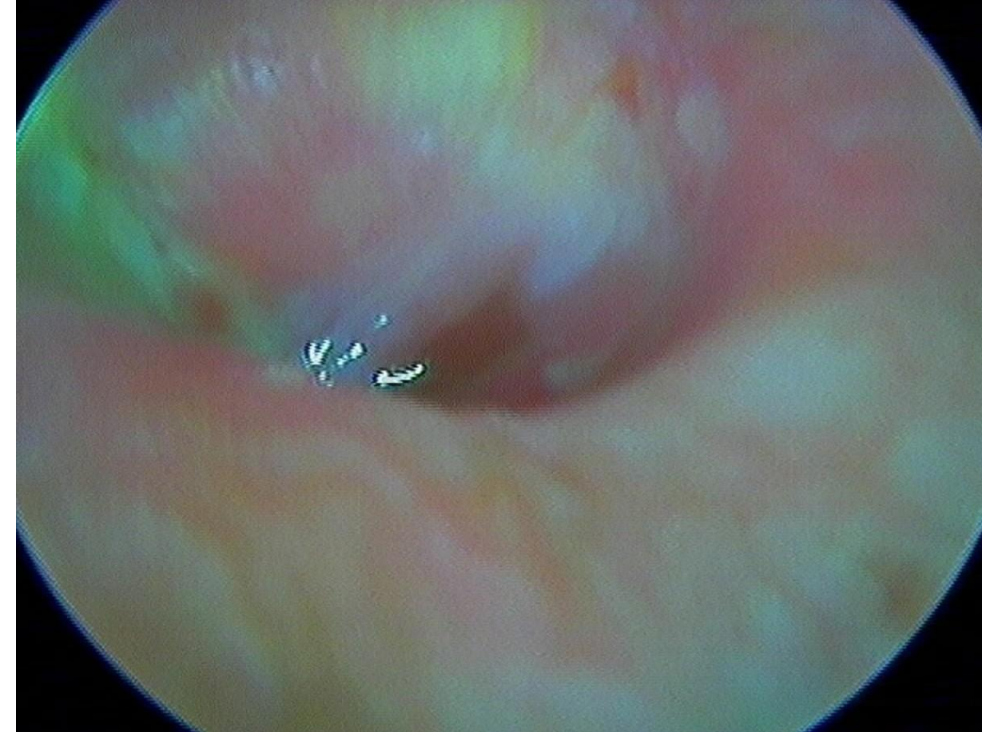
Qu'en pensez vous?



Il s'agit donc d'une otite
récidivante

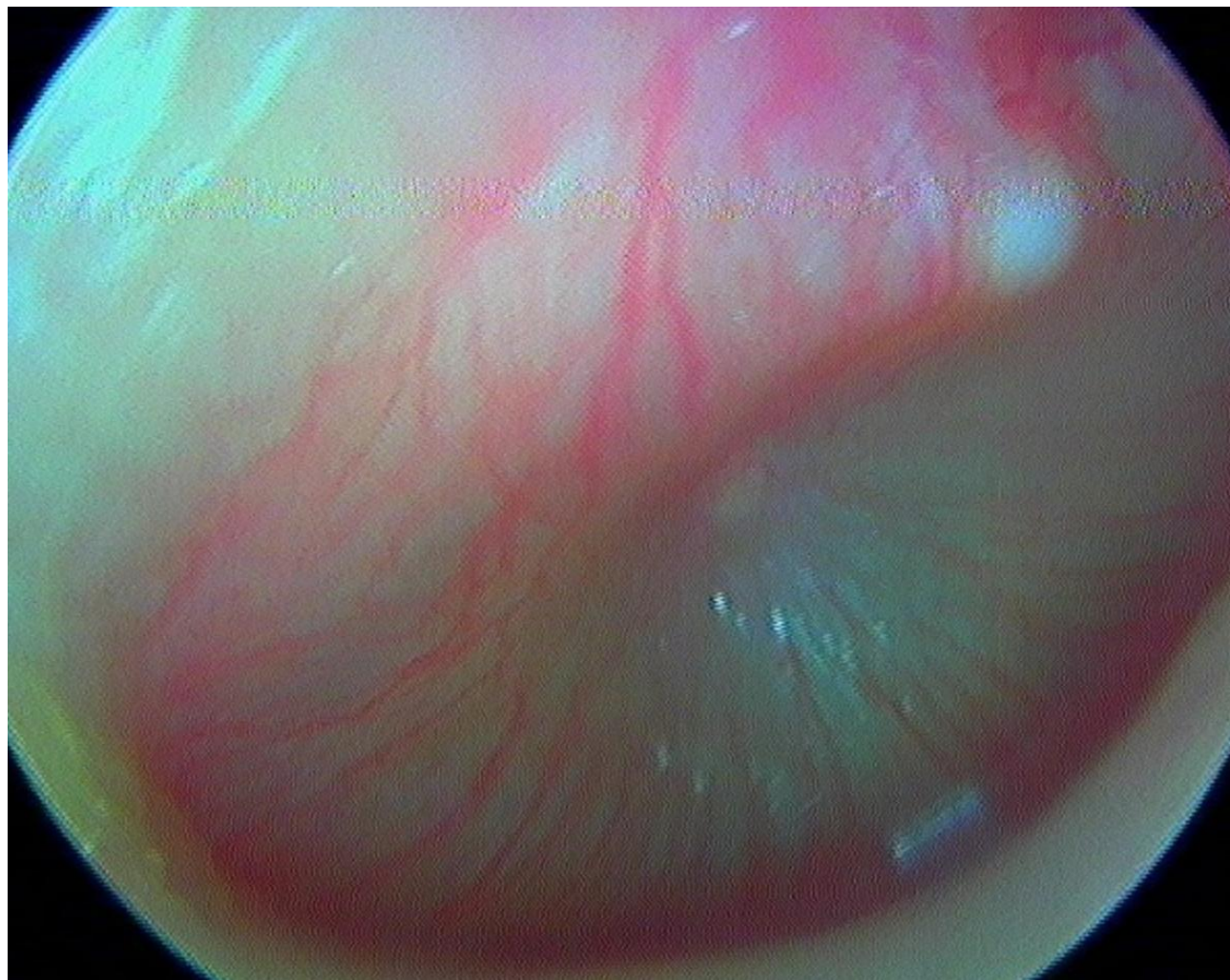
(et non pas résistante car > 4
jours mieux)

=> **amox, 10 jours**



Jules reconsulte ce jour
C'est la 5^e fois cette année
que vous constatez ce même
motif

Qu'en pensez vous?



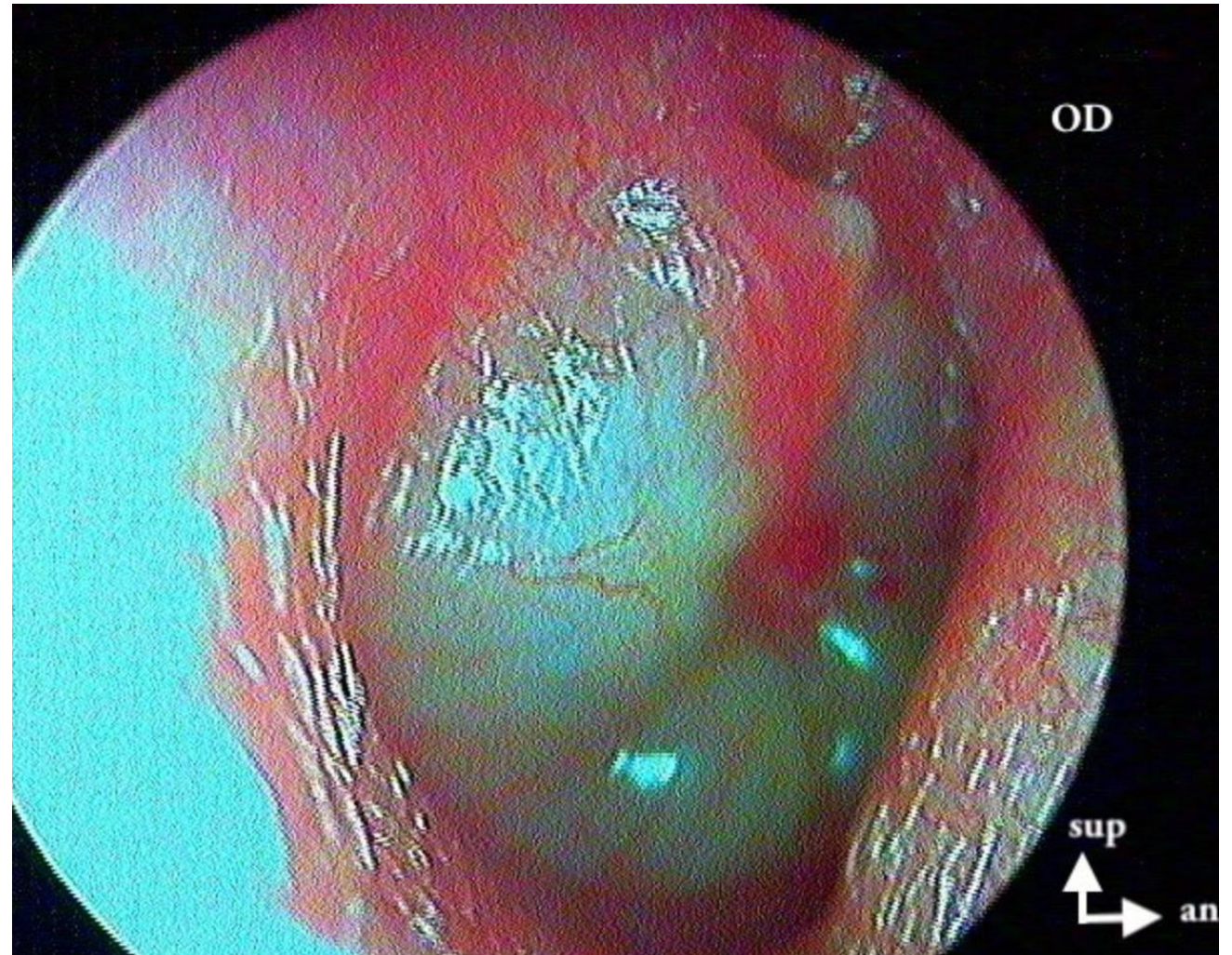
OMA récurrente

- Dans les directives internationales, l'otite moyenne aiguë récurrente chez l'enfant est définie comme une otite moyenne aiguë purulente ≥ 3 fois en 6 mois ou ≥ 4 fois en un an
- Facteurs de risque
 - l'infection virale sphère ORL
 - l'exposition à la fumée de tabac
 - la tétine
- TTT chirurgical
 - ATT
- PAS d'indication adénoïdectomie, ni décongestionnants nasaux, corticoïdes nasaux, anti-histaminiques, probiotiques

Alix, 11 mois, fièvre 38°7
apparue la veille au soir,
réveils et pleurs cette
nuit, vomissements

- Tympan D
- Hyperhémie
- Manche du marteau noyé
- Bombement
- Épanchement rétrotympanique purulent

- => OMA



Vous revoyez Alix à 12 mois pour son examen et ses vaccins, 6 semaines après son otite. Elle est en forme. Vous examinez ses tympans

- Tympan hypervascularisé
- Mat, dépoli, pas de triangle lumineux
- Épanchement rétrotympanique
- Pas de bombement

Que dites vous aux parents?

⇒ **Aspect Otite SéroMuqueuse**
« physiologique » à 6 semaines d'une **OMA** = épanchement post-otitique:
peut mettre 3 mois à se normaliser

⇒ Abstention thérapeutique



Alix revient à 16 mois pour son vaccin ROR Vous vérifiez ses tympans

Tympan droit

laiteux, mat, dépoli

Présence d'un épanchement

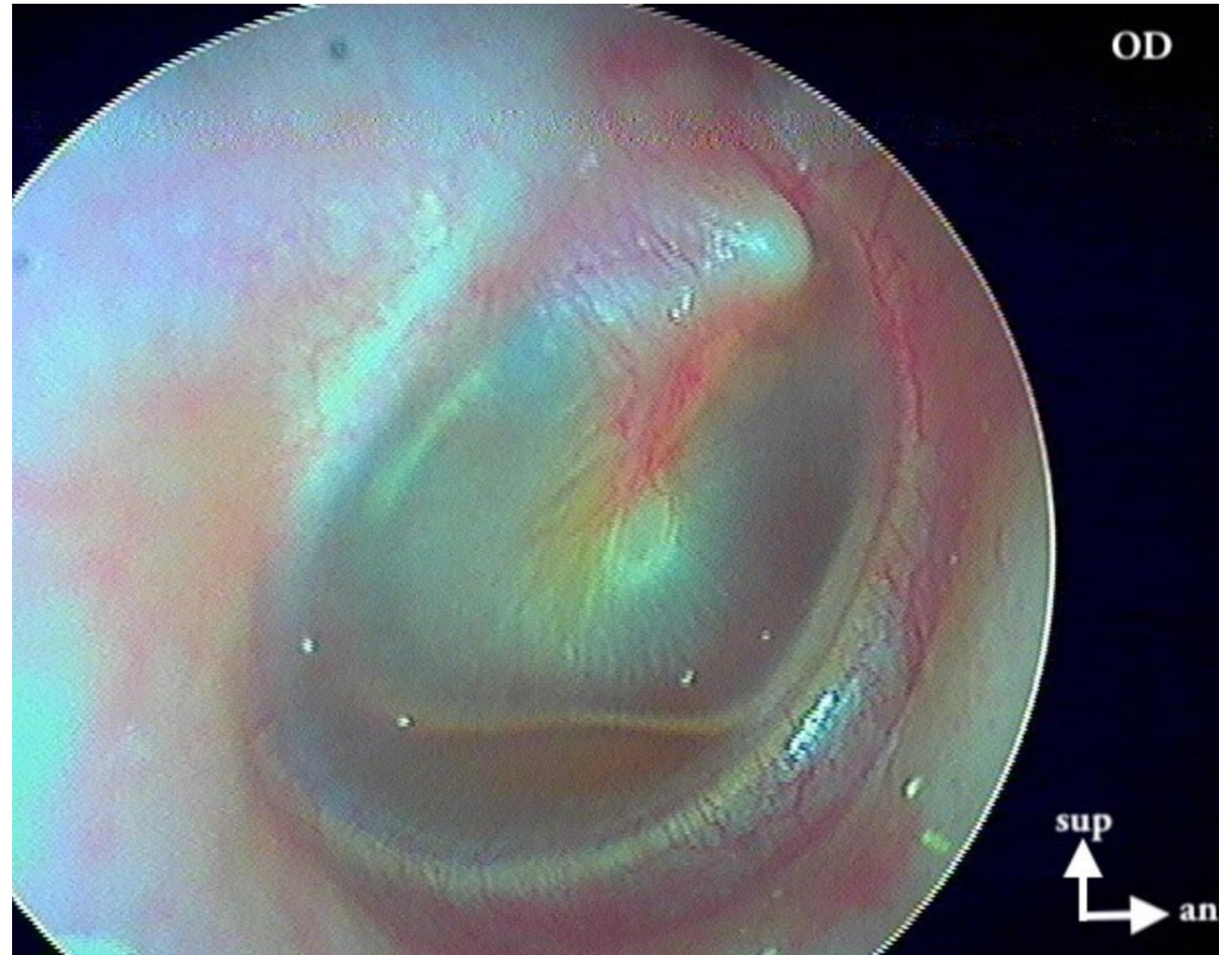
Niveau liquide

Vascularisation manche du marteau

Reliefs conservés

Qu'en pensez-vous?

=> Otite séromuqueuse



Vous examinez alors son
tympan G

Présence de bulles retrotympaniques

⇒ **OSM Bilatérale**

⇒ **Avis ORL**



TTT de l'OSM

- Touche ou touchera 9 enfants sur 10 avant 10 ans !
- Abstention chirurgicale
 - Si audition préservée, ou faible perte sans retentissement (trouble du langage ou des apprentissages)
 - Guérison spontanée dans les 3 mois
 - 5-10 % peuvent durer > 1 an
 - 30 % vont récidiver
- ATT
 - Après 3 mois ET retentissement
- Pas de place pour
 - Décongestionnants vasoconstricteurs rhinopharyngés (risque ++ sans bénéfice prouvé)
 - Antibiotique
 - Adénoïdectomie (n'améliore pas OSM)

Aérateurs TransTympaniques (ATT)

- Si OSM > 3 mois AVEC retentissement
- Pose ATT qui seront ensuite expulsés spontanément 4 à 18 mois après
- Pas de risques aux éclaboussures : piscine, baignoire, douche
 - Mais attention si immersion,
 - aux produits dans l'eau :
 - savon
 - Traitements de l'eau



Otite moyenne chronique

= Processus inflammatoire à risque évolutif si OSM > 3 mois en l'absence de PEC

- Épanchement ou otorrhée: OM ouverte (suppurée) si perforation, O fibroadhésive avec caisse du tympan comblée, cloisonnée
- Avec rétraction: partielle (poche) ou globale (O atélectasique ou adhésive, avec caisse du tympan virtuelle)
- Peuvent cesser d'être évolutives, spontanément ou après TTT, au prix de séquelles tympaniques ou ossiculaires
- Mais possible évolution dangereuse vers cholestéatome, irréversible en l'absence de TTT
- => **Adresser ORL devant tout aspect anormal au-delà de 3 mois**

- Pauline 7 ans
- Otalgie unilatérale
- Majorée à la palpation du tragus

=> Qu'en pensez-vous ?



Otite externe

- Antalgie
 - Paracétamol
 - Pas d'AINS
 - Aucun bénéfice ajout corticothérapie local, mais risque infectieux ++
- Antibiothérapie locale
 - Ofloxacine : 1^{er} choix MAIS PAS D'AMM
 - Ciprofloxacine (Ciloxan)
 - Si échec avis ORL, en attendant essai Rifamycine locale (mais pas efficace sur pseudomonas qui est le plus fréquent)
 - Rappel : pas de fluoroquinolone 2^e et 3^e trimestre grossesse, et risque tendinopathie et tous les EI
- Si vésicules, penser au Zona

Otite externe : les TTT locaux

Pas de risque ototoxique

- Fluoroquinolones
- Eau oxygénée
- Corticoïdes locaux
- Nystatine

Douteux

- Anesthésiques locaux (otipax)
- Acide Borique
- Acide acétique
- Povidone iodée non diluée

A éviter : les ototoxiques

- Aminoglycosides
 - Framycétine => framyxone
 - Néomycine => panotile ou antibio-synalar
- Polymyxine B (polydexa, auricularum, panotile)
- Alcool , chlorexidine
- aminosides
- Le risque ototoxique est franc si perforation tympanique, mais existe aussi sur tympan fermé

- Corentin 62 ans, diabétique
- Rapporte une otalgie unilatérale, majorée à la palpation du tragus depuis 3 semaines
- La gêne était peu douloureuse, mais depuis 3 jours est devenue plus importante et insomniente
- Avec apparition d'une otorrhée la nuit dernière

○ => Qu'en pensez-vous ?



Otite externe nécrosante / maligne / invasive

- Polype ou tissu de **granulation** sur le plancher ou la paroi antéro-inférieure du conduit
 - Parfois : abcès, zone nécrotique, sténose du conduit, otorrhée, tympan inflammatoire voire perforé
- Signes évocateurs de complications :
 - Oedème rétroauriculaire, décollement du pavillon = mastoïdite
 - Trismus, douleur temporo-mandibulaire = arthrite temporo-mandibulaire
 - Tuméfaction fluctuante douloureuse, cervicale et/ou faciale = abcès
 - Paralysie faciale périphérique homolatérale = atteinte des nerfs crâniens

Otite externe maligne

- Pathologie mortelle dans 20% des cas (voir 50% selon les sources)
- Hospitalisation en urgence pour antibiothérapie voie IV (pas de place voie PO) => en ORL sous 48h-72h
 - Bi-antibiothérapie, prolongée (2 mois minimum)
 - **Risque de rechute tardive** : suivi au moins 2 ans après l'épisode initial

Otalgie brutale, contexte rhinite,+/- fièvre

- Hypervascularisation
- Bulle (phlyctène) sur le tympan
- pas d'épanchement

⇒ **Myringite aiguë bulleuse**

⇒ Pas d'atteinte de l'oreille
moyenne

⇒ **Virale**

⇒ Peut évoluer vers perforation et
otorrhée sanglante

⇒ Traitement antalgique



Otalgie brutale et contexte infectieux

-Zone hypervascularisée du
tympan

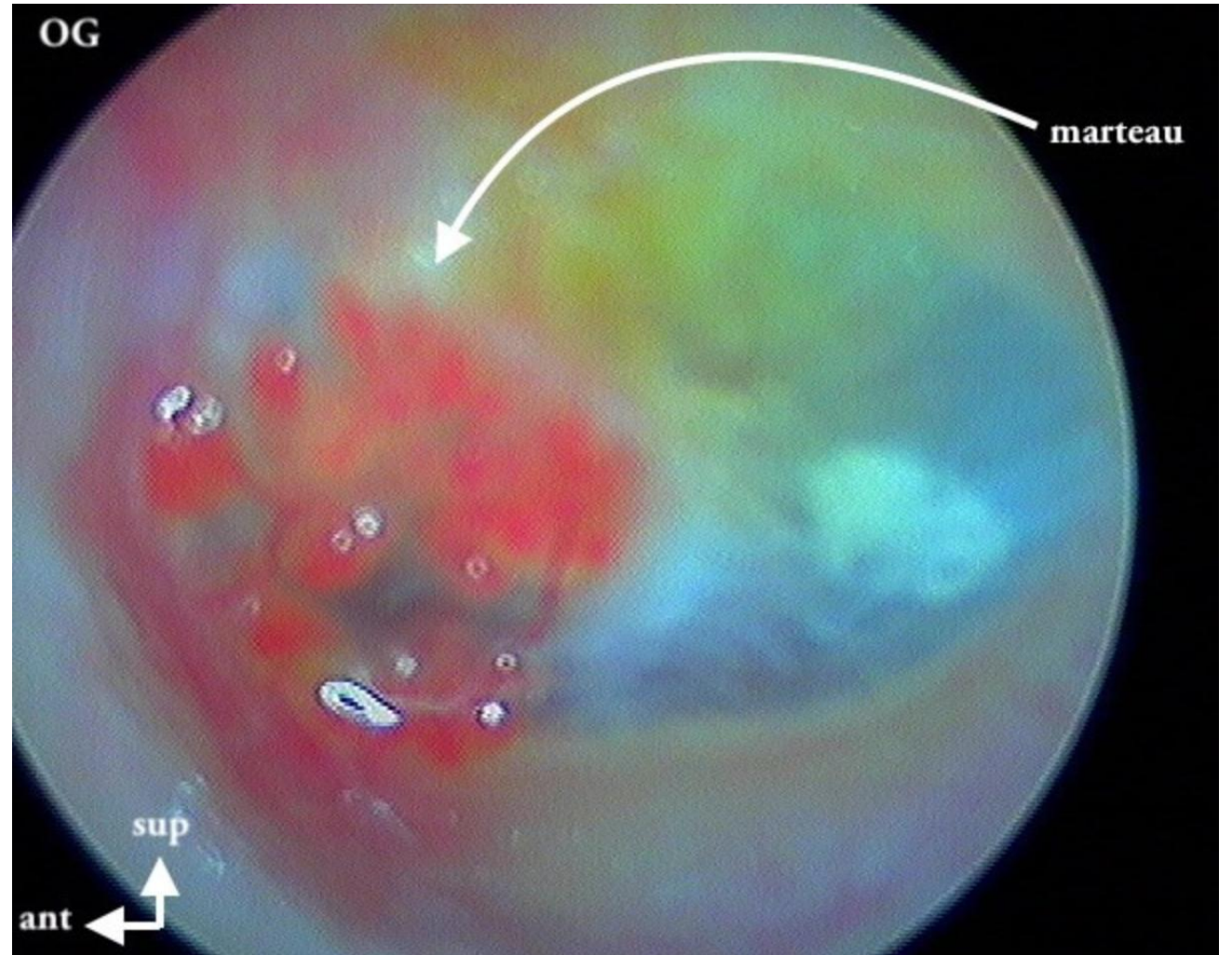
-pas d'épanchement

-pas de bulle

...

⇒ **Myringite aigue virale ou
bactérienne**

⇒ TTT ATB



- Manon, 20 ans
 - Consulte pour sensation hypoacousie, avec quelques acouphènes
 - Vous la connaissez bien pour ses nombreuses OMA dans l'enfance, avec ATCD ATT
-
- **=> Qu'en pensez-vous ?**
 - **=> Avis ORL**



Cholestéatome

Il s'agit de la présence anormale d'épiderme à l'intérieur des cavités de l'oreille moyenne (caisse du tympan) et/ou la mastoïde.

- Souvent peu symptomatique
- Différents aspects
 - Squames épidermiques : débris blanchâtres brillants ou brunâtres semblables à du cérumen mêlés à des sécrétions blanchâtres purulentes, voire saignement, émergeants d'une perforation marginale ou d'une poche de rétraction
 - Lyse ossiculaire
 - Érosion de la paroi postérieure du conduit ou de la caisse
 - Nodule blanc brillant "perle" ou masse rétrotympanique, bombant en arrière d'un tympan sain
 - Aspect de "marron cuit"
- Une anomalie tympanique **en haut et en arrière** est + suspecte

Victor, 30 ans, consulte pour
otalgie brutale, hypoacousie
et sensation d'oreille
bouchée. Otoscopie:

-Hyperhémie du manche du marteau, tympan
congestif

-épanchement séreux

-bulles dans partie postérieure

*A l'anamnèse: Contexte descente en avion
ou plongée*

Parfois contexte inflammation VAS

Non amélioré par manœuvre équilibration

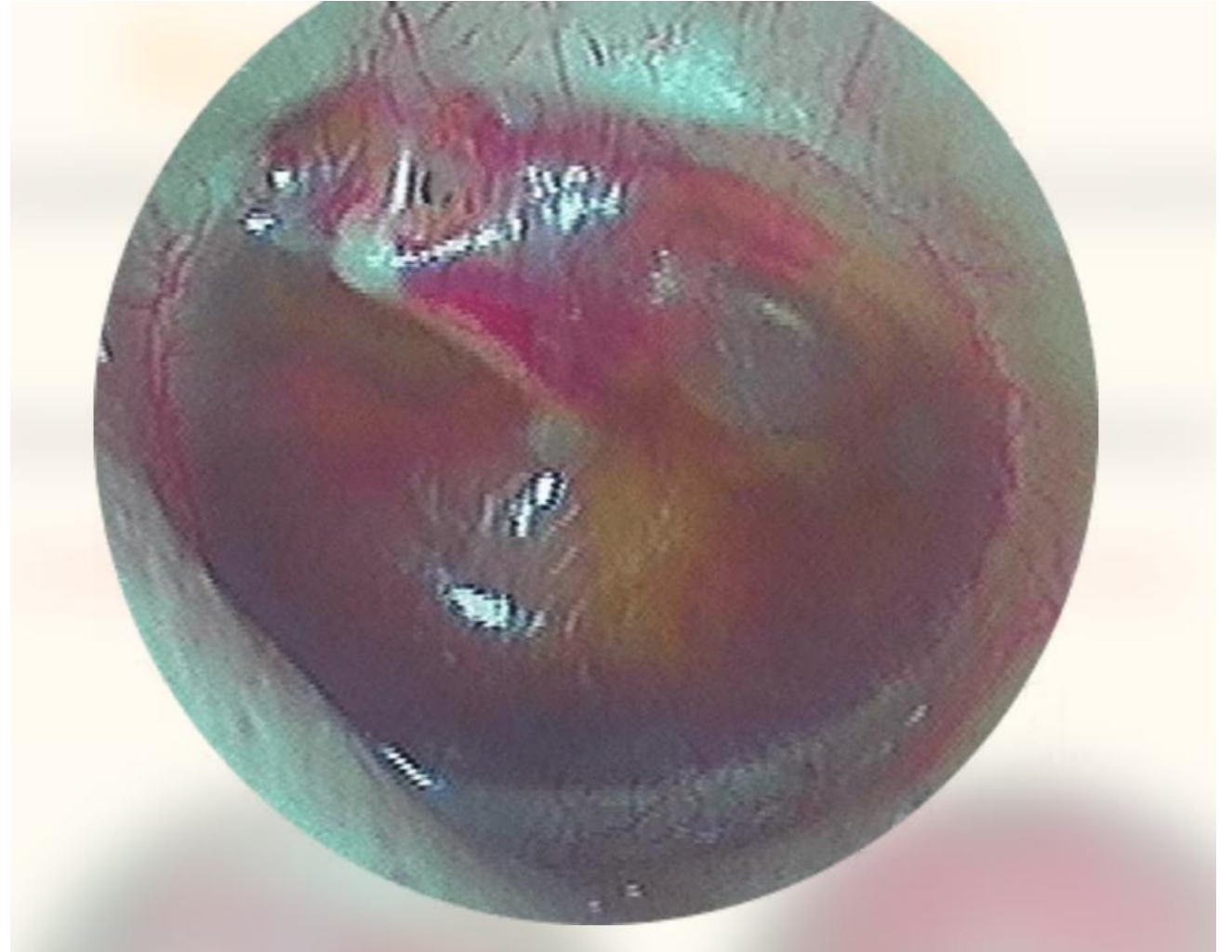
Parfois perforation

⇒ **Barotraumatisme**

⇒ **Avis ORL** dans les j qui suivent

⇒ **Avis ORL Urgent** si S atteinte oreille interne:
vertiges, acouphènes aigus, hypoacousie
marquée

⇒ CTC(ORL)



Otalgie intense fugace, bruit suraigu
ou perte momentanée d'audition,
puis hypoacousie, acouphènes,
intolérance aux sons aigus, vertiges
positionnels

Tympan G

Ecchymose

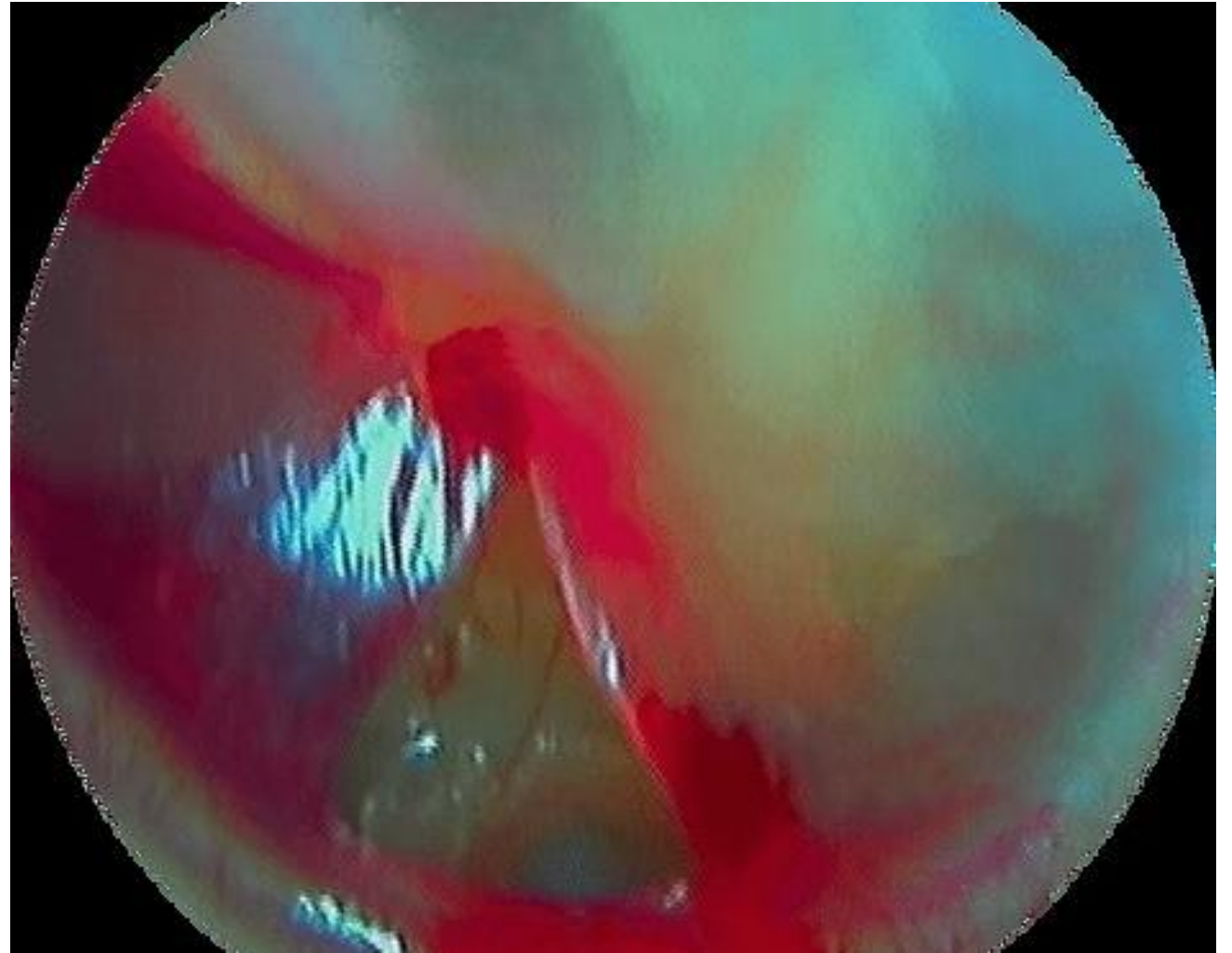
Perforation

Contexte traumatique:

*Claque, coup de poing, ballon,
explosion*

⇒ **Blast**

⇒ **adresser ORL rapidement**



Perforations tympaniques

- Toujours adresser à l'ORL
 - Traumatique (coton-tige)
 - En urgence si signes : Vertiges francs, hypoaccousie (voire surdité profonde)
 - En urgence si trauma cranien : suspicion de fracture du rocher
 - Non traumatique : sans urgence si asymptomatique (découverte fortuite / séquelles OMA, OSM, ATT)
 - Rapidement si hypoaccousie
- Envisager tympanoplastie

Bibliographie

- <https://www.otoscopic.fr/>
- <https://www.drabbas.fr/fr/actualites/78-tutoriel-d-otoscopie-pour-les-medecins.html>
- <https://www.orlpoitiers.fr/anatomie-de-loreille/>
- <https://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/pathologies/otologie>
- Lettre d'actualité Medqual N°196-Avril 2022
- Antibioclic
- Prescrire.org
- EBM France
- HAS