

Douleurs auriculaires

U. Thommen, D. F. àWengen

L'origine des douleurs auriculaires ne se limite souvent pas juste à l'oreille. Le but de cette revue est de passer en revue les diagnostics différentiels possibles et la marche à suivre pour un diagnostic et une thérapie adéquats.

Douleurs non-otogènes

L'innervation commune de la mâchoire, du pharynx, du larynx et de l'oreille peuvent occasionner des otalgies irradiées.

Les étiologies peuvent entrer en compte pour des otalgies par irradiation:

Des arthropathies **de l'articulation maxillaire** irradient souvent dans l'oreille. L'articulation maxillaire se situe à proximité immédiate de la paroi antérieure du conduit auditif. Des «mal à l'oreille» sont souvent provoqués par des pathologies de l'articulation maxillaire. La palpation de la joue juste devant le tragus peut déclencher des douleurs parfois exquises. Le stress et des états de tension sont souvent sous-jacents. Ils se manifestent par un grincement des dents nocturne (bruxisme) qui surcharge l'articulation maxillaire. Ils se manifestent aussi par des douleurs temporales correspondant à des crampes des muscles temporaux et connus sous le terme de «syndrome algique myo-facial». Ces otalgies font parties des céphalées tensorielles au sens large.

La forme et la fonction de **l'articulation maxillaire** ne peuvent guère être influencées thérapeutiquement. L'on doit le plus souvent se contenter d'un traitement symptomatique avec anti-inflammatoires non-stéroïdiens. L'occlusion de la mâchoire est importante pour le fonctionnement articulaire et doit être contrôlée par un dentiste. Une attelle pour mâcher peut alléger les douleurs lors de grincement de dents nocturne.

Des inflammations des **dents** peuvent également irradier vers l'oreille. Les molaires postérieures, qu'elles se soient axillaires ou mandibulaires, sont principalement impliquées.

Des modifications de **l'oropharynx** – inflammatoires ou tumorales – irradient typiquement jusqu'à l'oreille. Ces otalgies par irradiation sont projetées à l'oreille par le nerf glosso-pharyngien. Les otalgies après amygdalectomie sont bien connues. Des otalgies sont souvent la manifestation initiale de tumeurs de l'oropharynx. Une tumeur des amygdales n'est souvent pas décelable visuellement. Par contre leur palpation permet souvent au praticien de poser le

diagnostic de présomption correct. Un carcinome pharyngé doit être exclu sans délai lors de dysphagie au niveau de la gorge irradiant dans les oreilles.

Une **sinusite** maxillaire ou ethmoïdale provoque occasionnellement des douleurs sourdes irradiant vers l'oreille. Une sinusite purulente peut être traitée par antibiotiques. Des mesures décongestionnantes par vasoconstricteurs locaux et lavements nasaux par rinçage de solutions salées soutiennent la guérison. Les inflammations persistantes ou récidivantes nécessitent souvent un traitement chirurgical. La chirurgie minimalement invasive endoscopique des sinus permet une ouverture ou un élargissement peu traumatique des sténoses et ainsi une correction des perturbations d'écoulement.

Les inflammations des voies respiratoires du **pharynx** et du **larynx** peuvent être en plus soulagées par inhalation.

Des douleurs électrisantes peuvent être l'expression de **névralgies**. Les névralgies de la branche intermédiaire du nerf facial ou du nerf glossopharyngien en sont les exemples. La carbamazépine (Tegretol®) est prescrite lors de névralgies.

Douleurs otogènes

Les étiologies proprement otogènes sont d'accès plus simple et direct pour le médecin.

On distingue topographiquement les affections de **l'oreille externe** (pavillon de l'oreille et conduit auditif) et de **l'oreille moyenne**.

Oreille externe. Les affections du conduit auditif sont fréquentes et sont souvent très douloureuses. Le symptôme typique est **l'otite externe** (fig. 1) est la «douleur de pression tragale». La palpation prudente du tragus renforce ces douleurs. Le diagnostic différentiel comporte les affections de l'articulation maxillaire chez lesquelles l'inspection du conduit auditif est parfaitement normale malgré une palpation tragale douloureuse.

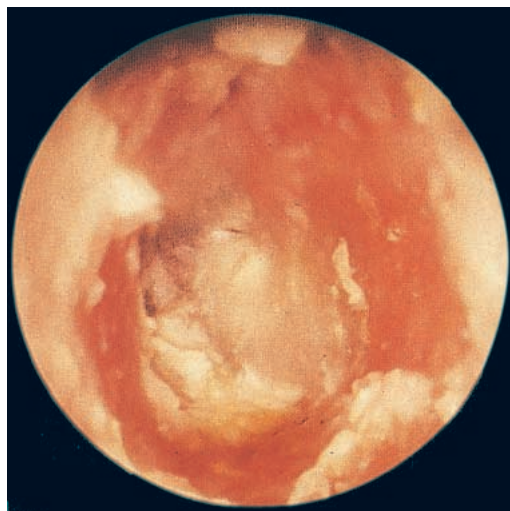
Le pseudomonas est souvent à l'origine d'une otite externe. L'application topique régulière de gouttes auriculaires contenant de antibiotiques et des anti-inflammatoires stéroïdiens suffit le en règle générale pour la plupart des cas. L'inflammation augmentant, le conduit auditif enflé au point que le tympan ne peut plus être visualisé par otoscopie. Une mèche de tulle gras imprégnée permet alors de transporter les gouttes auriculaires par capillarité. L'alcool à 70% permet dans ces cas de réduire l'œdème et a également une action antiseptique à large spectre. Une antibiothérapie systémique n'est indiquée qu'en présence de l'une de trois conditions:

1. Fièvre
2. Adénopathie régionale
3. Périchondrite du pavillon.

Facharzt HNO, Basel
HNO, Kantonsspital Basel

Korrespondenz:
Dr. med. U. Thommen
Lehenmattstrasse 146
CH-4052 Basel

Figure 1.



Le percement de l'abcès lors d'un **furuncle du conduit auditif externe** avec otite externe circonstrite permet souvent une guérison sans problème. L'écoulement purulent spontané résout souvent le problème tout seul. Des mèches alcoolisées sont utiles pour aider à décongestionner et comme antiseptique local.

Une **mycose** est parfois à l'origine d'une otite externe. Un prurit intense, des pélicules blanchâtres ou même parfois un véritable foisonnement de champignon sont cliniquement suggestifs. Des anti-mycotiques topiques sont nécessaires en plus en plus du nettoyage mécanique. Des gouttes suffisent d'habitude mais une mèche imbibée avec une pommade est une alternative.

Une solution d'alcool-acidifié a fait ses preuves comme traitement prophylactique des récives fréquentes d'otites externes chez les nageurs.

Une **otite externe maligne** est condition plus périlleuse pour le patient. Il faut songer à cette éventualité pouvant être parfois encore létale lors de douleurs profondes et nocturnes chez un patient âgé et souffrant d'un diabète mal équilibré. Une parésie faciale au décours est le signe certain d'une ostéomyélite de la base du crâne. Seule une antibiothérapie systémique conséquente d'une durée de 6 semaines peut alors maîtriser la situation.

Un **corps étranger** dans le conduit auditif n'est rarement en lui-même à l'origine de douleurs de l'oreille, mais c'est l'inflammation péri-focale qui les provoque. L'ablation s'effectue sous anesthésie locale ou même parfois générale (enfants).

L'apparition de vésicules dans la conche et sur le pavillon évoque un **Herpes zoster oticus**. Cette affection est parfois très douloureuse. Elle est classiquement accompagnée d'une parésie faciale. Une perturbation cochléo-vestibulaire avec acouphènes, diminution de l'ouïe et nausée est possible mais non obligatoire. Un traitement avec virostatiques oraux et prédnisone

(1 mg/kg) doit être instauré dans les premières 72 heures.

Une **périchondrite** peut atteindre tout le pavillon mais épargne habituellement le lobe. Des antibiotiques oraux et locaux sous forme de pommade couvrant les germes habituels (staphylocoques) sont indiqués. La **Chondrodermatite nodulaire helcis** dite **Morbus Winkler**, est une maladie typique des hommes âgés se manifestant par des nodules douloureux sur le bord du pavillon. Les douleurs à la pression peuvent être si intenses qu'elles empêchent le patient de dormir sur le côté atteint. Seule une excision en tissu sain permet de soulager le patient. Une excision en coin donne les meilleurs résultats cosmétiques.

Les **eczémas** peuvent également être douloureux. Les lésions de grattage du conduit auditif occasionnent souvent des inflammations récidivantes. Des pommades stéroïdes permettent de réduire le prurit. Les pommades antibiotiques suffisent lors de surinfections modérées. Les **engelures** et les **brûlures** ainsi que des **blessures** peuvent bien sûr être aussi à l'origine de lésions douloureuses.

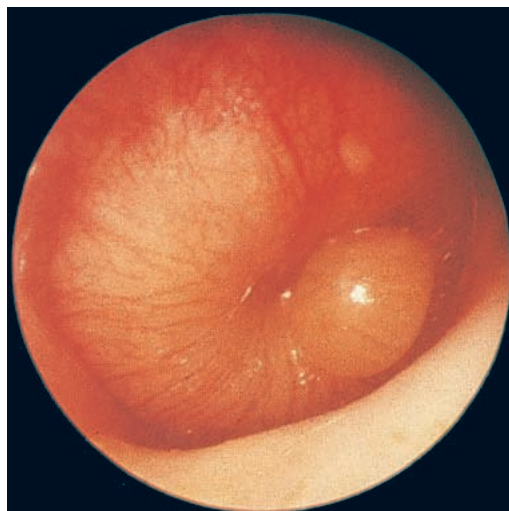
Comme tout le reste de la peau, le pavillon et le conduit auditif peuvent être le siège de tumeurs. Il s'agit le plus souvent de **basaliomes** ou de **carcinome épithélien**. Il ne faut pas sous-estimer la malignité de ces tumeurs. Le bilan préopératoire comporte une ultrasonographie du cou. Une dissection du cou pour permettre l'excision en tissu sain (biopsie extemporanée) est souvent nécessaire lors de carcinomes. Une radiothérapie peut être également curative. Le traitement optimal doit être défini lors de discussions interdisciplinaires.

L'oreille moyenne. L'oreille moyenne peut être également le siège de différentes pathologies accompagnées de douleurs. Un tympan sous tension est souvent à l'origine de ces douleurs. Lors d'**otite moyenne aiguë** (fig. 2), le remplissage de l'oreille moyenne par du pus bombe le tympan. Il convient ici de décongestionner, d'assurer l'analgésie et de prescrire des antibiotiques. La paracentèse du tympan peut apporter un soulagement immédiat. Une perforation spontanée du tympan sous pression a le même effet. Un écoulement pulsant suggère une perforation du tympan. Un **épanchement tubaire** séreux et non purulent est souvent présent chez les enfants comme manifestation de la dysfonction tubaire. Une paracentèse peut réduire un épanchement persistant. Il convient d'effectuer dans ces cas une adénectomie. Elle seule permet de rétablir la ventilation et le drainage de l'oreille moyenne.

La pose d'un drain tympanique est nécessaire lors de cas récidivants. Les antibiotiques ne réduisent pas significativement les épanchements tubaires.

«L'otite grippale» est d'origine virale. Elle peut

Figure 2.



toucher l'oreille moyenne en plus du tympan et du conduit auditif. Le tympan est dans ce cas volontiers recouvert de vésicules hémorragiques. Le percement de ces vésicules ne soulage pas les douleurs. Les antibiotiques ne peuvent qu'empêcher une surinfection bactérienne. Le choix des gouttes auriculaires se porte sur celles comprenant un anesthésique local. Une otite moyenne virale peut provoquer des lésions permanentes de l'oreille interne

avec perte de l'ouïe des sons aigus et un tinnitus. Il faut soulager la pression par paracentèse et mise en place d'un drain lors de ces sifflements aigus d'oreille si possible le jour même. Une **mastoïdite** peut compliquer une otite moyenne malgré une antibiothérapie. Seule une mastoïdectomie peut assainir cette pathologie. Une mastoïdite demeure une maladie potentiellement létale en raison de la proximité des structures endo-crâniennes. Ses signes cliniques sont un repoussement du pavillon de l'oreille, un empatement diffus avec rougeur de la peau et douleur à la percussion au niveau du tympan.

Une **otite moyenne chronique** est en générale **indolore**, la perforation du tympan permettant l'écoulement du liquide de l'oreille et évite ainsi l'augmentation de la pression au niveau de l'oreille moyenne.

Ce ne sont pas en règle générale des douleurs d'oreille qui amènent à consulter un médecin lors d'un **cholestéatome** mais des sécrétions malodorantes et parfois hémorragiques ainsi qu'une diminution de l'ouïe. Des douleurs diffuses et profondes peuvent parfois être présentes lors de destruction osseuse par un cholestéatome. Le traitement d'un cholestéatome est exclusivement chirurgical.