

Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séreuse et séromuqueuse chronique bilatérale chez l'enfant

Mars 2017

L'otite séromuqueuse (otite séreuse, otite sécrétoire) est une inflammation chronique de la muqueuse de l'oreille moyenne avec un épanchement chronique de plus de 3 mois. La prévalence de l'otite séromuqueuse est bimodale avec un premier pic chez les enfants de moins de 2 ans et un deuxième chez les enfants de 5 ans, la prévalence décroît ensuite à partir de 6 ans. Elle guérit généralement spontanément en quelques mois mais des complications peuvent survenir dont la plus fréquente est la perte d'audition avec de possibles répercussions sur l'acquisition de la parole, du langage et des apprentissages.

Le traitement de ces complications est chirurgical et repose sur l'insertion d'aérateurs transtympaniques (également appelés drain transtympanique, tube de ventilation, diabolo ou yoyo). Les aérateurs transtympaniques (ATT) sont des tubes creux placés au travers de la membrane tympanique pour améliorer l'aération de l'oreille moyenne, en maintenant une ouverture dans le tympan. La pose d'aérateurs est généralement réalisée sous anesthésie générale de courte durée en chirurgie ambulatoire. Les ATT sont ensuite le plus souvent expulsés spontanément au bout de 4 mois à 2 ans.

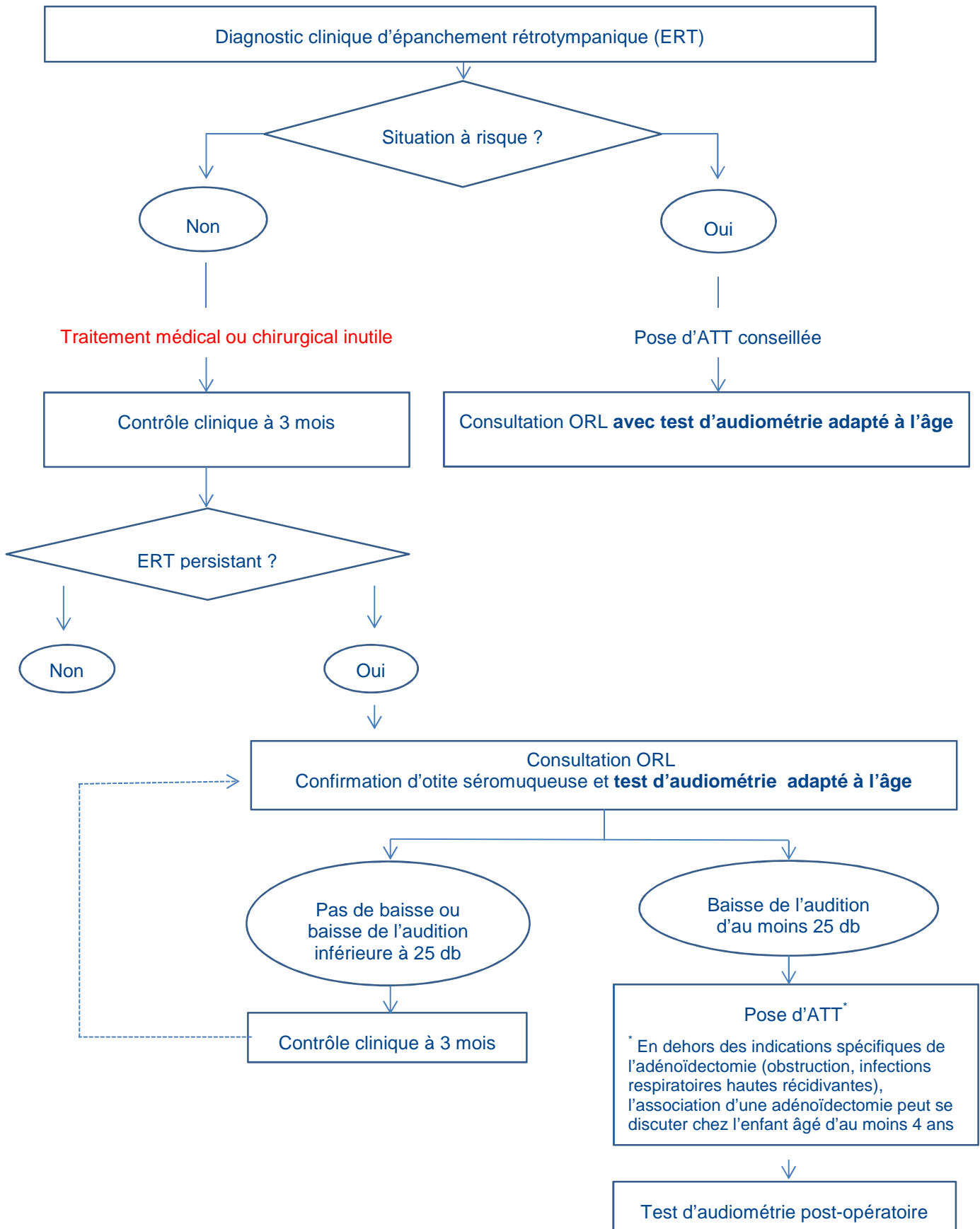
Objectifs

L'objectif de cette fiche pertinence est d'améliorer les pratiques professionnelles en précisant :

- les modalités de suivi par les médecins en premier recours (médecin généraliste, pédiatre) des épanchements rétrotympaniques ;
- le rôle du spécialiste (médecin ORL) pour confirmer l'otite séromuqueuse et les critères de décision d'insertion d'aérateurs transtympaniques ;
- les informations à communiquer à l'enfant, aux titulaires de l'autorité parentale.

Cette fiche pertinence n'aborde pas la question des otites moyennes aiguës récidivantes.

Arbre décisionnel



Précisions à l'arbre décisionnel

→ **Les situations à risque** : compte tenu du risque de complications et du pronostic d'évolution défavorable l'insertion d'ATT peut être envisagée dès le diagnostic et requiert l'avis du spécialiste ORL. Il s'agit des situations suivantes :

- pathologie vélaire ;
- trisomie 21 ;
- surdité préexistante ;
- troubles d'acquisition de la parole, du langage ;
- troubles du développement et du neuro-développement ;
- handicap visuel ;
- suspicion de rétraction tympanique.

Dans ces situations un contrôle audiométrique avant et après la pose d'aérateur transtympanique est important, en particulier pour permettre d'éliminer toute autre cause de surdité.

→ **Les traitements médicamenteux** : il n'y a pas de traitements médicamenteux efficaces dans l'otite séromuqueuse. Les décongestionnants, antihistaminiques, antibiotiques¹, corticoïdes² ou autres traitements sont donc déconseillés.

→ **Le contrôle systématique à 3 mois** : la réévaluation après 3 mois des enfants chez qui un épanchement rétrotympanique a été diagnostiqué permet de :

- confirmer le diagnostic d'otite séromuqueuse et de ne pas poser trop tôt une indication chirurgicale pour un épanchement dont l'évolution est le plus souvent favorable spontanément ;
- repérer une éventuelle complication et d'en éviter tout retentissement.

→ **Le test audiométrique** : lorsque le diagnostic d'otite séromuqueuse est confirmé une audiométrie est pratiquée pour déterminer un éventuel retentissement sur les seuils auditifs. Une mesure des seuils auditifs en conduction aérienne au casque (ou au moins en champ libre) et en conduction osseuse est recommandée (audiométrie comportementale).

→ **L'association de l'adénoïdectomie** : l'adénoïdectomie apporte un bénéfice supplémentaire en termes de réduction de durée d'épanchement et de risque de réintervention, en particulier chez les enfants à partir de 4 ans.

1. HAS. Fiche mémo. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Février 2014
2. « La corticothérapie orale ou par voie nasale n'améliore ni la résolution de l'épanchement rétrotympanique ni l'audition à moyen ou long terme et ne constitue donc pas un traitement de référence de l'otite séromuqueuse. La corticothérapie orale ou locale peut avoir une efficacité transitoire. » SFORL (recommandation en cours)

Information de l'enfant, des titulaires de l'autorité parentale et précautions à prendre

→ **Avant l'intervention** : elle est nécessaire pour obtenir le consentement. Elle porte sur les bénéfices escomptés (amélioration de l'audition), les risques immédiats (otorrhée, expulsion précoce de l'aérateur) et les risques secondaires (obstruction de l'aérateur, migration rare derrière le tympan). Une fois l'aérateur expulsé, même si la guérison est la règle, on peut observer une modification cicatricielle de la membrane tympanique (atrophie, tympanosclérose, granulome) ; ainsi que, comme après tout acte opératoire sur une oreille, une récurrence de la pathologie, une perforation séquelle du tympan, pouvant nécessiter un acte chirurgical ultérieur.

→ **Après l'intervention**, elle concerne :

- les précautions à suivre vis-à-vis de l'exposition à l'eau (toilette, baignade). Les consignes strictes d'éviction peuvent être assouplies en fonction des habitudes de baignade, de la saison : pas de précautions en cas d'exposition modérée ou de baignades de courte durée, en surface, mais à suivre dans les situations contraires;
- le repérage des signes d'alerte nécessitant un avis médical :
 - en cas d'écoulement anormal de l'oreille : liquide purulent s'écoulant du conduit auditif
 - en cas de fièvre persistante
 - en cas de réapparition d'une baisse de l'audition



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr