

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

OTITE MOYENNE CHRONIQUE

CMP	00642
CIM-9	318.0, 381.1, 381.2, 381.3, 381.4, 382 (références croisées : surdité de perception, surdité de transmission et otite barotraumatique)

DÉFINITION

L'otite moyenne est une inflammation de l'oreille moyenne, une cavité aérienne qui contient les mécanismes assurant la transmission des vibrations aériennes vers l'oreille externe, jusque dans le liquide de l'oreille interne. L'oreille moyenne comprend le tympan (membrane tympanique), les osselets et leurs ligaments. Différents termes, marquant parfois de cohérence dans leurs définitions, sont utilisés pour classer l'otite moyenne.

La présente ligne directrice exclut l'otite moyenne **aiguë**. **Nota : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que l'affection est présente depuis au moins six mois. Les signes et symptômes tendent généralement à persister malgré les soins médicaux prodigués, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.**

NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. À l'occasion, un tympanogramme sera utile.

Il doit également être démontré que l'invalidité dure depuis au moins six mois.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Cette section présente le processus morbide usuel de l'otite moyenne, les différents termes utilisés et les catégories d'otite moyenne.

CHRONOLOGIE

L'oreille moyenne est ventilée et oxygénée par l'entremise de la trompe d'Eustache, laquelle agit comme un régulateur de pression de l'oreille moyenne. Un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache peut entraîner une affection appelée **otite moyenne**. Le terme **barotraumatisme** peut lui aussi faire référence à des troubles de l'oreille moyenne découlant de l'exposition à une pression atmosphérique anormale.

La trompe d'Eustache peut rester fermée pour diverses raisons. Le dysfonctionnement d'une trompe d'Eustache empêchera l'air de circuler entre l'extérieur et l'intérieur de la caisse du tympan. Le phénomène qui en découle est connu sous le nom d'**atélectasie**. En d'autres mots, les tissus de l'oreille moyenne se mettent à absorber l'air qui s'y trouve, provoquant un déplacement du tympan vers l'intérieur appelé **rétraction du tympan**.

Cette rétraction entraîne l'accumulation, dans l'oreille moyenne, de plusieurs liquides; ce phénomène est appelé **épanchement**. Trois types de liquides peuvent s'accumuler isolément ou simultanément : une substance claire et aqueuse (sérum) peut être drainée des tissus environnants; une autre substance plus épaisse (mucus) est sécrétée par les glandes et du sang peut s'accumuler par suite d'une rupture de vaisseaux. L'oreille moyenne peut s'infecter, ce qui contribuera à la formation de différentes substances. S'il y a infection, l'épanchement est dit **purulent** ou **suppuré**. Avec le temps, le liquide s'épaissit et des **adhérences**, c'est-à-dire des bandes de tissu fibreux, se forment sur les osselets et peuvent, à la limite, les détruire.

Si le processus infectieux se poursuit, une rupture spontanée de la membrane tympanique peut survenir et provoquer un écoulement de matière purulente (**otorrhée**). Le plus souvent, la perforation du tympan se répare spontanément, par la formation d'une membrane plus mince, connue sous le nom d'**épithélium**. Une **tympanosclérose**, ou formation d'un tissu cicatriciel, est également possible. Quant à la rupture, elle peut détruire une partie du tympan ou entraîner une perforation permanente, si son diamètre est trop important pour permettre la guérison.

Il est possible qu'une perforation marginale de la caisse du tympan évolue vers un **cholestéatome** ou kyste épidermique. Les termes **kératome** et cholestéatome sont interchangeables.

Les infections persistantes sont susceptibles de causer des écarts pathologiques de la muqueuse de l'oreille moyenne et une érosion ou **nécrose** des osselets pouvant mener à une **mastoidite** aiguë.

Lorsque les processus infectieux entraînant l'otite moyenne se manifestent pour la première fois ou qu'on y remédie promptement par une thérapie, l'otite est qualifiée d'**aiguë**. Si les processus sont toujours en évolution après environ trois semaines ou si l'intervention médicale est un échec ou, encore, si la récurrence des processus a entraîné une perforation tympanique permanente, l'otite est dite **chronique**. En présence d'otites moyennes aiguës à répétition, entrecoupées de périodes pendant lesquelles l'oreille moyenne se rétablit, on parle d'otite **récidivante**.

CATÉGORIES

Voici les catégories courantes de l'otite moyenne :

- 1) **Otite moyenne séreuse**
Il n'y a ni infection ni suppuration et, à moins d'une rétraction tympanique importante, l'otite séreuse est souvent indolore.
- 2) **Otite moyenne muqueuse**
Les membranes muqueuses sont bombées et épaissies, et l'épanchement est de type muqueux. En l'absence d'infection, l'otite est non suppurative. Certaines autorités du domaine médical ne font aucune distinction entre les otites séreuses et muqueuses.
- 3) **Otite moyenne aiguë suppurée**
On constate généralement qu'une infection des voies respiratoires supérieures a atteint l'oreille moyenne via la trompe d'Eustache ou, plus rarement, via un tympan perforé. L'**otalgie**, une douleur auriculaire pulsatile, en est le symptôme principal.
- 4) **Otite moyenne chronique suppurée**
Ce type d'otite apparaît lorsque des infections de l'oreille moyenne ne sont pas contrôlées et il peut mener à une perforation permanente de la membrane tympanique. Les cholestéatomes sont couramment associés à cette catégorie d'otite. L'**otite adhésive** est évoquée en présence d'adhérences.

La perte auditive provoquée par l'otite moyenne dépend de différents facteurs. Elle peut être associée à une pression d'air négative, dans l'oreille moyenne, due à un épanchement, des adhérences, une perforation de la membrane tympanique ou une nécrose menant à une désarticulation complète de la chaîne ossiculaire.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

L'otite moyenne est une des causes les plus courantes de la surdité de transmission, sinon la plus courante. Elle s'accompagne d'une fluctuation de l'acuité auditive. La perforation du tympan peut également susciter un écoulement de l'oreille. Des vertiges et/ou acouphènes peuvent accompagner l'otite moyenne chronique.

En général, l'otite moyenne à tympan normal entraîne une diminution minimale de l'acuité auditive, soit d'environ 30 dB. Il se peut que les fréquences basses soient plus lourdement touchées (jusqu'à 1 000 Hz) que les fréquences élevées. Les ruptures ossiculaires sont associées à des surdités de transmission profondes, représentant une perte auditive d'environ 60 dB.

Le traitement varie en fonction des particularités de l'affection. Selon l'origine du dysfonctionnement, il peut être nécessaire d'opérer. En cas de risque de rupture tympanique spontanée, on peut procéder à une incision au niveau du tympan (paracentèse). On peut également, si la perforation ne se cicatrise pas, recourir à une greffe (myringoplastie). La myringoplastie fait partie de la catégorie des opérations de reconstruction appelées tympanoplasties. Pour prévenir l'infection ou empêcher qu'elle ne s'étende aux méninges du cerveau, on peut pratiquer une mastoïdectomie radicale modifiée.

La chirurgie otologique se consacre surtout à l'amélioration ou à la restauration fonctionnelle. Toute tympanoplastie vise à restituer les capacités auditives.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

1. Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Voici quelques-uns des facteurs qui peuvent avoir une influence sur ce dysfonctionnement :

- Barotraumatisme
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Immaturité de la trompe d'Eustache

- Béance ou obstruction tubaire découlant du développement incomplet ou anormal des muscles (telle que la fente palatine congénitale)
- Hypertrophie de l'entrée de la trompe d'Eustache au niveau du nasopharynx, par suite d'une allergie ou d'une infection
- Hypertrophie du tissu adénoïde entourant la trompe d'Eustache consécutive à une allergie ou à une infection
- Formation d'un tissu cicatriciel à la suite d'une adénoïdectomie
- Façon impropre de se moucher pouvant contribuer à la surinfection de l'oreille au cours d'une infection des voies respiratoires supérieures

2. Rupture de la membrane tympanique

Elle ne sera prise en considération que si l'otite moyenne survient avant sa guérison.

La rupture de la membrane tympanique peut être causée par l'introduction dans l'oreille d'un objet souillé, tel qu'un cure-dents ou une épingle à cheveux, qui provoque une infection. La rupture peut également faire suite à un traumatisme, tel qu'une exposition à une onde de choc (effet de souffle).

3. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UNE OTITE MOYENNE CHRONIQUE ET/OU DE SON TRAITEMENT

- Mastoïdite chronique
- Cholestéatome
- Acouphènes
- Vertiges
- Paralysie du nerf facial
- Otite externe chronique
- Perte auditive

Bien que les affections suivantes guérissent en général complètement, dans certains cas, le patient peut avoir des séquelles permanentes et un droit à pension peut être

envisagé. On doit demander une ou plusieurs consultations médicales pour les affections suivantes :

- Méningite
- Abscess sous-dural
- Abscess cérébral

BIBLIOGRAPHIE

1. Canada. Anciens Combattants Canada. Directive médicale sur la *perte d'acuité auditive*.
2. Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998.
3. Hallowell Davis and S. Richard Silverman. *Hearing and Deafness*. 4th ed. Montreal: Holt Rineheart and Winston, 1978, pp 107 - 111.
4. Newby, Hayes A. and Gerald R. Popelka. *Audiology*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1992, pp 71 - 80.
5. Paparella, Michael and Donald A. Shumrick, et al, eds. *Otolaryngology Vol II Otology and Neuro-Otology*. 3rd ed. Chapter 45. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991.
6. Berkow, Robert et Andrew J. Fletcher, (dir.). *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. 2e éd. Paris : Éditions d'Après, 1994.