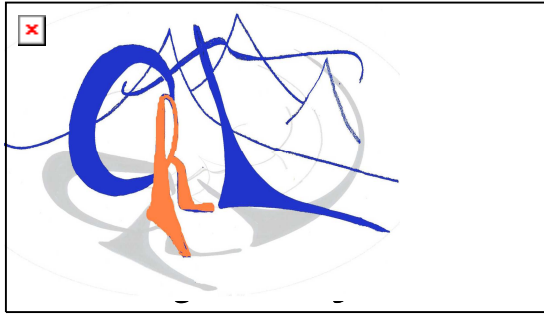


# Prématurité et Otite séro-muqueuse

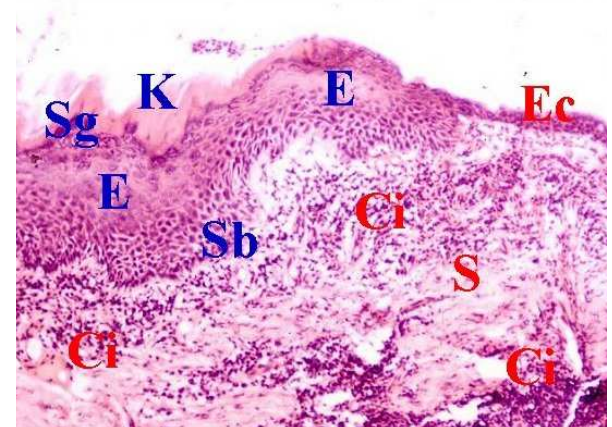
Dr Joëlle TROUSSIER

Dr Alice HITTER

Service ORL  
CHU de Grenoble

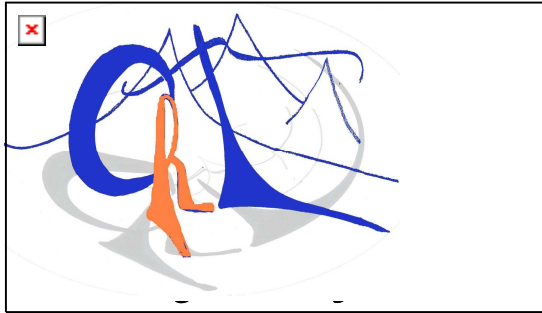


## OSM

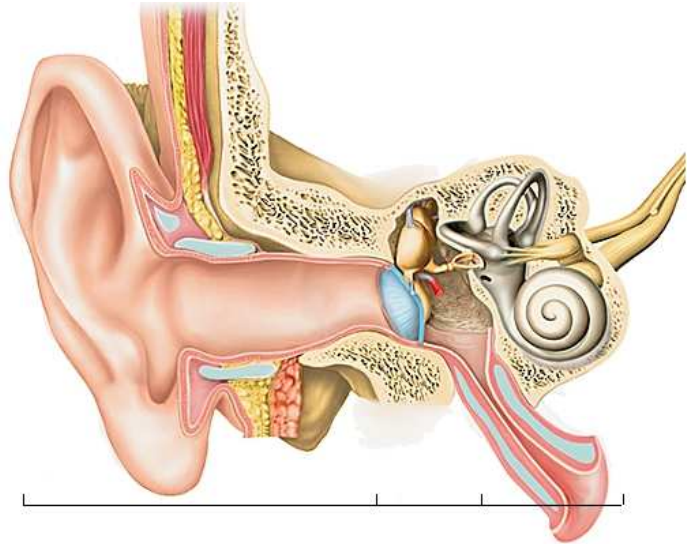


- Inflammation et métaplasie de l'épithélium
- Collection liquidienne (exsudat)
- Absence de signes infectieux
- Prévalence élevée chez l'enfant :  
10 à 30% entre 1 et 3 ans
- Primaire ou secondaire à une OMA





# Étiopathogénie



Défaut de ventilation de  
l'oreille moyenne

Rôle de la trompe d'Eustache:

-équilibration pressions

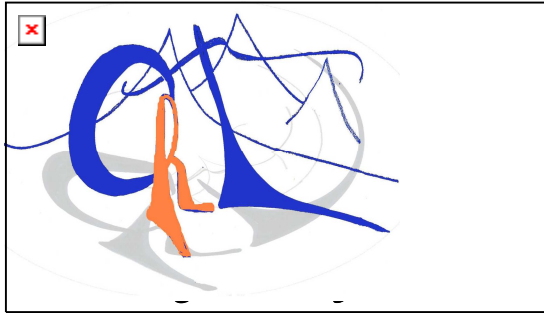
-évacuation sécrétions

-protection OM (flore et variat° de P°)

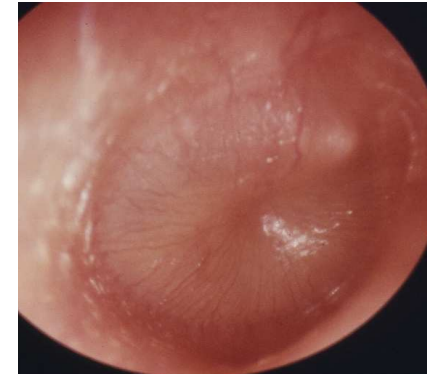
ouverture

fermeture



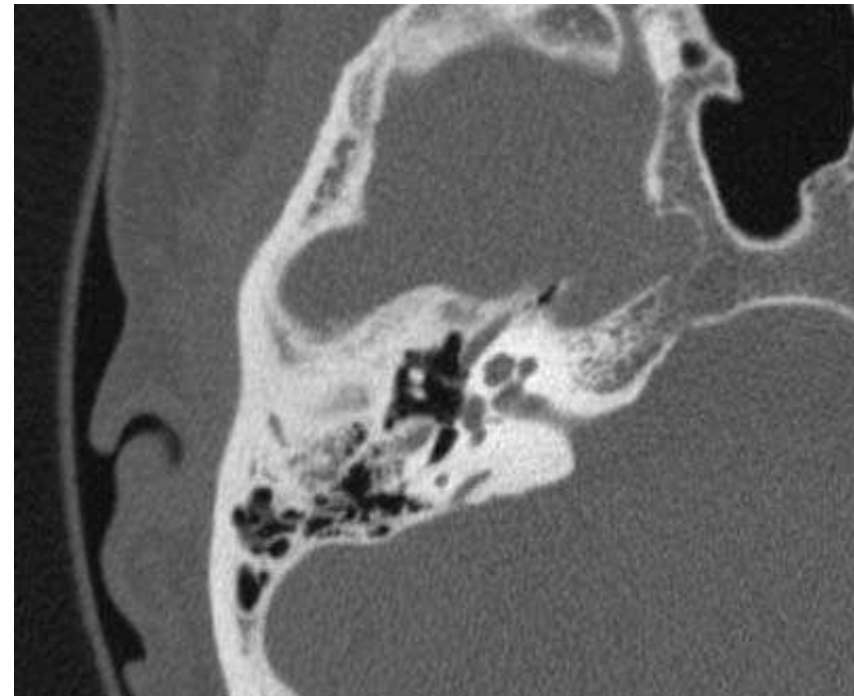


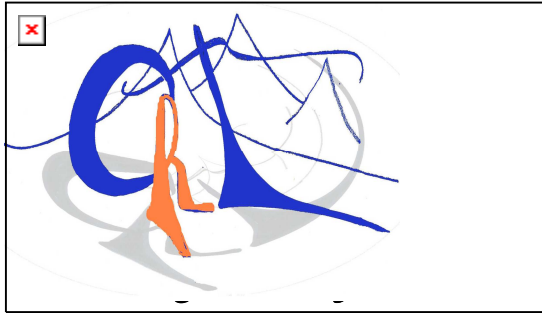
## Étiopathogénie



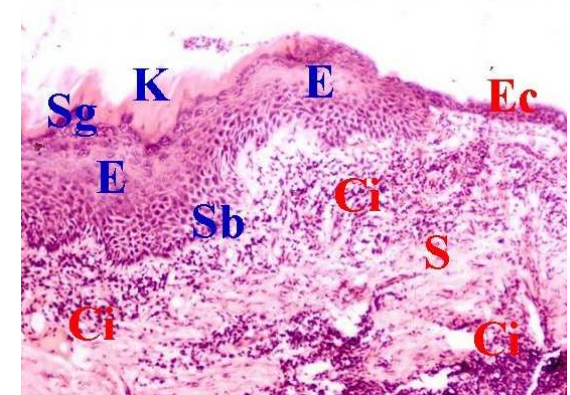
Défaut pneumatisation mastoïdienne  
chez les patients porteurs d'OSM

Cause ou conséquence?





# Étiopathogénie



- Processus inflammatoire >> métaplasie mucipare >> + de mucus - de fluidité >> bouchon muqueux
- Bactéries?

Retrouvées dans 94% des cas si PCR vs 25% si culture standard \*

- Système immunitaire  
Taux élevé d'IgA dans l'OM

\*Gok, Int J ped ORL, 2001



## Facteurs environnementaux



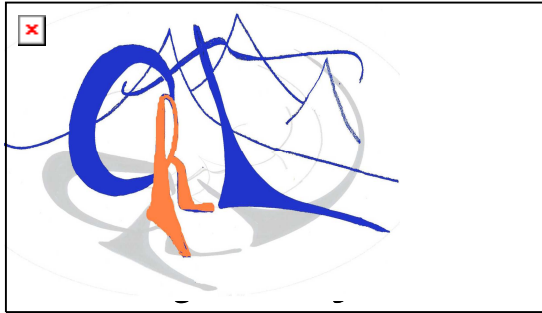
- ☛ Climat
- ☛ Conditions socio-éco ?
- ☛ Mode de vie (mode de garde, tabac)

## Facteurs congénitaux

- ☛ Malformations
- ☛ Allergies
- ☛ RGO



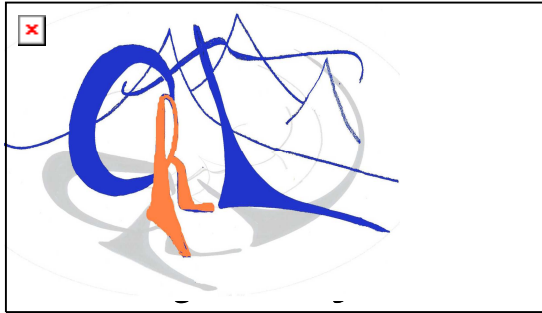
- ➡ Prématurité ?
- ➡ Petit poids de naissance ?



## FDR des OSM chroniques et OMA répétées\*

- âge < 2 ans
- Crèche, tabagisme passif
- Atopie
- Sinusite chronique
- 1<sup>er</sup> épisode OMA avant 6 mois
- **Dysfonction ciliaire**
- **Fente palatine et malfo. Cranio-faciales**
- **Trisomie 21**
- **Déficits immunitaires**

\*Gould, *Pediatrics in review* 2010



# Prématurité et OSM

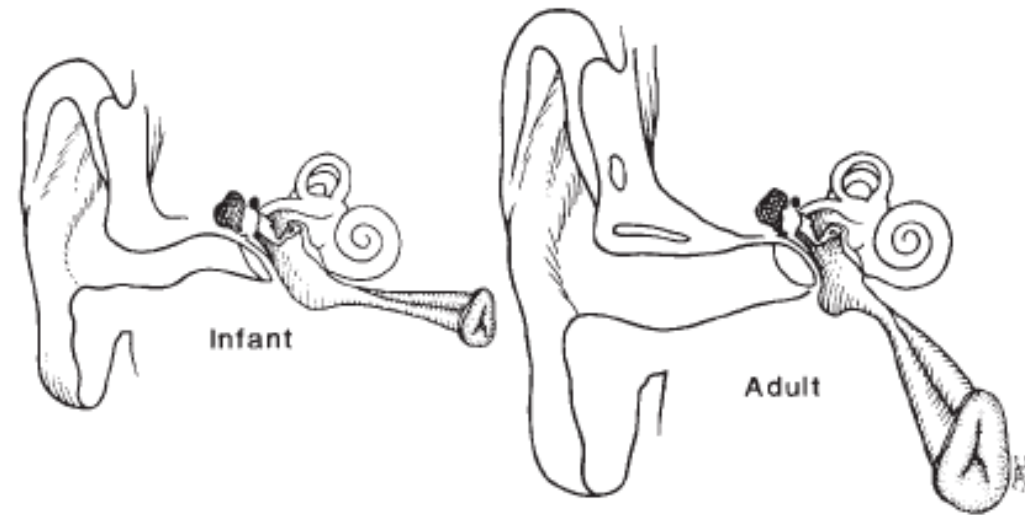
## Facteurs immunitaires:

Immaturité du système (taux IgG faible)

## Facteurs anatomiques:

Trompe Eustache +  
courte + large et +  
horizontale chez petit  
enfant

= caractéristique +  
prononcée chez  
prématuré?





## A Prospective Study of Otitis Media in Infants Born at Very-low Birthweight

JUDITH S. GRAVEL,<sup>1</sup> CECELIA M. McCARTON,<sup>2</sup> and ROBERT J. RUBEN<sup>1,2</sup>

*From the <sup>1</sup>Departments of Otolaryngology, and <sup>2</sup>Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine, Rose F. Kennedy Center for Mental Retardation and Human Development, Bronx, N.Y., USA*

- ✘ Étude prospective 46 NNés réa néonats dont PDN  $\leq$  1500g VS 21 NNés à terme
- ✘ Suivi 1 an, otoscopie pneumatique
- ✘ Pas de différence entre les 2 gpes (fréquence OSM)
- ✘ Pas d'effet du PDN, durée d'hospit en réa, âge gestationnel et aspect otoscopique la 1ere année de vie

## Otitis media, respiratory tract infections and hearing loss in pre-term and low birthweight infants¶

M.L. SASSEN, S.VEEEN,\* A.M.SCHREUDER,\* M.H.ENS-DOKKUM,\*‡  
S.P.VERLOOVE-VANHORICK,\*§ R.BRAND,|| J.H.RUYS\* & J.J.GROTE

*ENT Department, University Hospital Leiden, Leiden, \*Department of Paediatrics, Neonatal Unit, University Hospital Leiden, Leiden, †Institution for Deaf Children and Adolescents 'Effatha', Voorburg, Zoetermeer, ‡Academic Centre for Child and Adolescent Psychiatry 'Curium', Oegstgeest, §Department of Child Health, TNO-Institute for Preventive Health Care, Leiden & ||Department of Medical Statistics, Leiden University, Leiden, The Netherlands*

- ✘ 927 NNés âge gestationnel < 32 semaines et/ou PDN < 1500g
- ✘ Revus à l'âge de 5 ans (questionnaire + audio);
- ✘ Comparés à cohorte enfants âge préscolaire
- ✘ Prématurité et Petit PDN n'augmentent pas le risque d'OSM
- ✘ Pas d'augmentation du risque de surdité acquise

# The relationship between otitis media and intrauterine growth: a co-twin control study

Karl J. **Kværner\***, Kristian Tambs, Jennifer R. Harris, Per Magnus



International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology  
37 (1996) 217–225



- ✘ population jumeaux âgés de 18 à 25 ans
- ✘ 5864 questionnaires analysés
- ✘ Relation entre PDN, âge gest et OM à répétition
- ✘ *Différence significative de PDN et âge gest. entre enfants avec et sans histoire d'OM (en moyenne - 86g et -3 jours d'âge gest.)*

## Otitis-prone Children and Controls: A Study of Possible Predisposing Factors. 1. Heredity, Family Background and Perinatal Period

CECILIA **STENSTRÖM** and LEIF INGVARSSON

*From the Department of Oto-Rhino-Laryngology, University of Lund, Malmö University Hospital, Malmö, Sweden*

- ✘ Étude rétrospective FDR d'otites à répétition
- ✘ 179 enfants otites moyennes récurrentes vs 305 contrôles
- ✘ Pas + de prématurés dans le groupe OM à répétition (11% vs 12% dans le gpe contrôle)
- ✘ Pas de différence significative de PDN (<2500g dans 5% des cas vs 7% dans gpe contrôle)

## Prevalence rates of otitis media with effusion from 0 to 2 years of age: healthy-born versus high-risk-born infants

Joost Engel<sup>†\*</sup>, Lucien Anteunis<sup>a</sup>, Alexander Volovics<sup>b</sup>, Jacques Hendriks<sup>a</sup>, Edmond Marres<sup>a</sup>

✘ Étude prospective 150

BB « sains » vs 100 BB

« à ht risque » suivis de 0

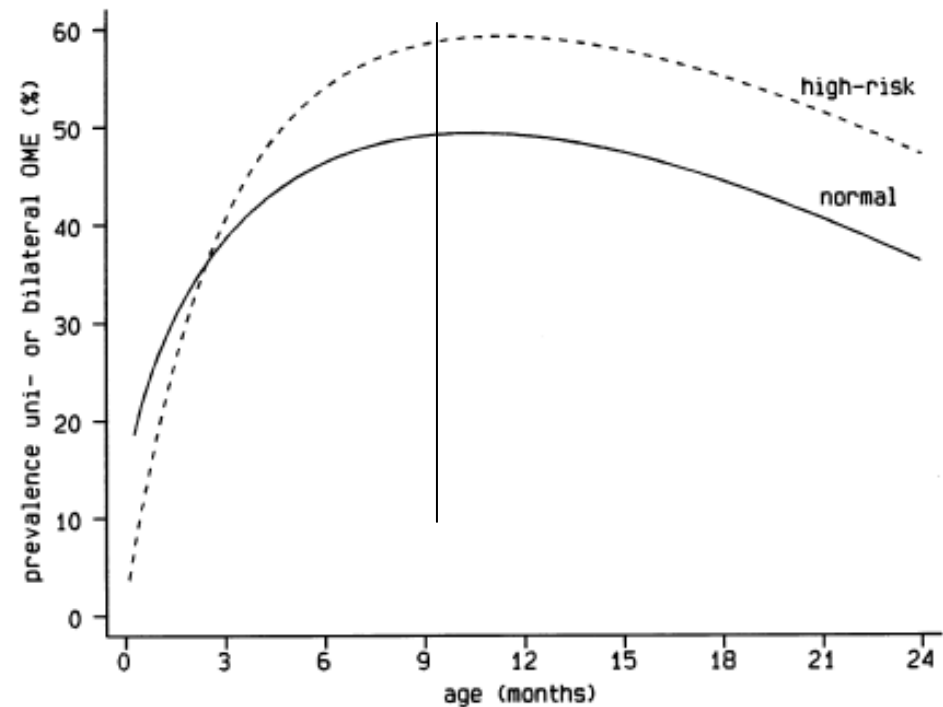
à 2 ans

✘ Pic prévalence à 10 mois

✘ Différence significative

et stable entre 6 mois et 2

ans



## Birth characteristics and recurrent otitis media with effusion in young children

Joost A.M. Engel<sup>a,\*</sup>, Masja Straetemans<sup>b</sup>, Gerhard A. Zielhuis<sup>b</sup>

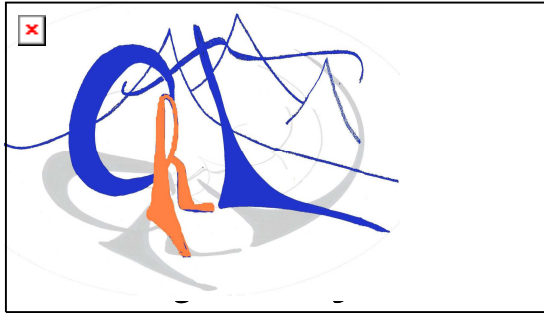
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2005) 69, 533–540

- ✘ Étude prospective 136 enfants 2 à 7 ans porteurs d'ATT pour OSM
- ✘ Suivi otoscopique, rechute après expulsion
- ✘ Recherche association entre OSM récurrente et caractéristiques naissance et grossesse
- ✘ Association faible (non significatif) entre récurrence OSM et petit PDN (<2500g) et/ou prématurité (<37sem)

## Birth characteristics and acute otitis media in early life

Yngvild E. Bentdal<sup>a,b,\*</sup>, Siri E. Håberg<sup>c</sup>, Gunnhild Karevold<sup>a,b</sup>, Hein Stigum<sup>c</sup>,  
Kari J. Kværner<sup>a,e</sup>, Per Nafstad<sup>c,d</sup>

- ✘ 33192 questionnaires (grossesse, 6 et 18 mois)
- ✘ Épisodes OMA
- ✘ Prématurité augmente (faiblement) le risque d'OMA (épisodes uniques ou à répétition) avant 18 mois
- ✘ Non démontré pour faible poids de naissance



Incidence élevée de l'OSM  
chez les NNés en réa ?

- ✗ Intubation nasotrachéale ?
- ✗ Sonde naso-gastrique ?
- ✗ Décubitus ?
- ✗ Passage de méconium dans l'OM ?
- ✗ Faibles concentrations d'IgG et IgA ?
- ✗ RGO ?





# Évolution naturelle

- Évolution spontanée favorable:

> 50% à 3 mois\*

> 75% à 3 mois si suite à une OMA\*\*

- Taux de guérison spontanée varie selon:

L'âge

La saison

Les FDR associés (fente, trisomie 21,...)

\* Tos, Arch otolaryngol, 1982

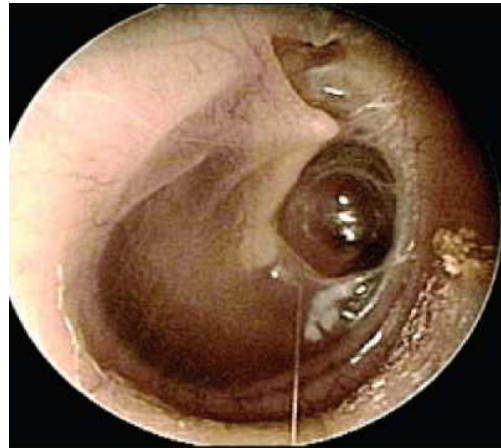
\*\* Gould, Pediatrics in review 2010

# Conséquences ?

A court terme : risque OMA à répétition

A moyen terme : hypoacousie, retard de langage

A long terme : poches de rétraction >>> cholestéatome



# Traitement Médical ?

- ✘ ATB + corticoïd : Efficacité à court terme; Non à long terme
- ✘ Ttt des FDR (RGO, allergies)
- ✘ Ostéopathie ?
- ✘ Crénothérapie ?
- ✘ Immunostimulants ?
- ✘ DRP et MOUCHAGE +++

# Traitement chirurgical ?

Formes chroniques

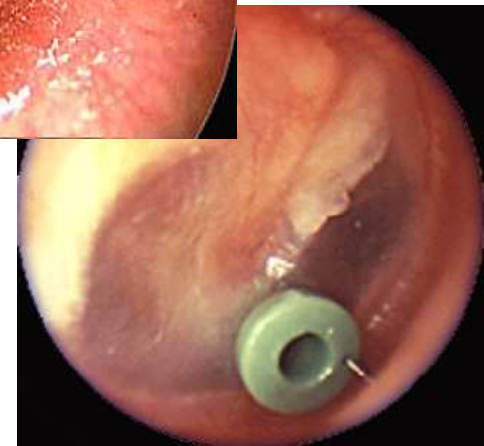
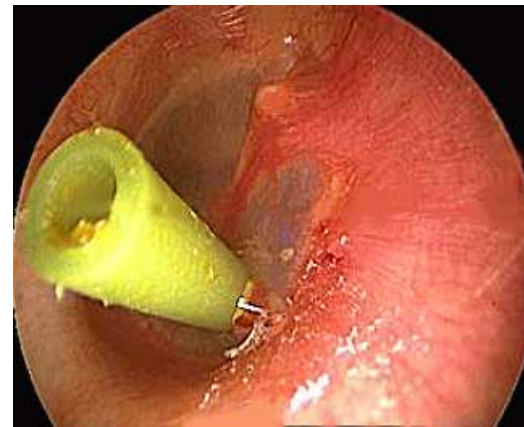
Période de surveillance

> 3 mois

SAUF:

- FDR majeurs (fente, déficit immu,...)
- Surdité de perception, retard de langage

ATT +/-  
adénoïdectomie



Merci de votre attention !!!!!

