

Revue critique
Otite séreuse et allergie
Serous otitis media and allergy

M. François

Service d'ORL, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75935 Paris cedex 19, France

Reçu le 27 février 2008 ; accepté le 10 mars 2008

Disponible sur Internet le 15 mai 2008

Résumé

L'allergie respiratoire et/ou alimentaire est fréquente chez l'enfant. L'otite séreuse est-elle aussi très fréquente chez les enfants, surtout entre trois et six ans. En revanche, malgré des études chez l'animal prometteuses, la relation de cause à effet entre ces deux affections n'est pas établie chez l'homme. En ce qui concerne le traitement, l'éviction des allergènes alimentaires pourrait avoir une efficacité, tant sur l'otite séreuse constituée, que pour éviter un nouvel épisode. En revanche, les antihistaminiques ne semblent pas avoir d'efficacité, tout au moins curative.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Respiratory and/or food allergy is common in children. Serous otitis media is also very frequent in children, especially those between three and six years of age. On the other hand, in spite of promising animal studies, a cause-and-effect relation between these two conditions in man has not been established. Concerning the treatment, avoidance of food allergens may be as efficacious for an active serous otitis media as for avoidance of a new episode. Conversely, antihistamines do not appear to be efficacious, at least with respect to being curative.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Otite séreuse ; Allergie respiratoire ; Allergie alimentaire ; Antihistaminique

Keywords: Serous otitis media; Respiratory allergy; Food allergy; Antihistamine

1. Introduction

À la différence de ce qui se passe au cours d'une otite moyenne aiguë, l'épanchement dans une otite séreuse évolue selon un mode chronique : pour retenir ce diagnostic, il faut que l'épanchement (ou la symptomatologie) évolue depuis au moins deux à trois mois [1]. L'otite séreuse se manifeste essentiellement par une baisse d'audition ou sa principale complication, le retard de parole–langage. Le diagnostic se fait très simplement à l'otoscopie (Figs. 1 et 2). C'est une pathologie extrêmement fréquente chez les enfants de trois à six ans : environ un tiers des enfants de cet âge en sont atteints pendant une période plus ou moins prolongée. Par ailleurs, beaucoup d'enfants ont une allergie alimentaire et/ou respiratoire. On est donc en droit de se demander s'il y a une relation de cause à effet entre allergie et otite séreuse. Deux questions se posent plus particulièrement :

l'otite séreuse est-elle favorisée par l'allergie et un traitement, spécifique ou non, de l'allergie permet-il de prévenir ou de guérir une otite séreuse?

2. Physiopathologie de l'otite séreuse

Elle est encore sujette à controverse.

2.1. Théorie ex vacuo

La théorie la plus ancienne fait appel à un dysfonctionnement tubaire : c'est la théorie *ex vacuo* [2]. Celle-ci explique parfaitement bien l'épanchement observé dans les otites barotraumatiques telles qu'on peut les observer après un atterrissage. Les cabines des avions de lignes sont pressurisées pour qu'à l'altitude de croisière, la pression dans la cabine soit équivalente à celle à 1500 m d'altitude. Lors de l'atterrissage dans un aéroport au niveau de la mer, la pression décroît en

Adresse e-mail : martine.francois@rdb.ap-hop-paris.fr.

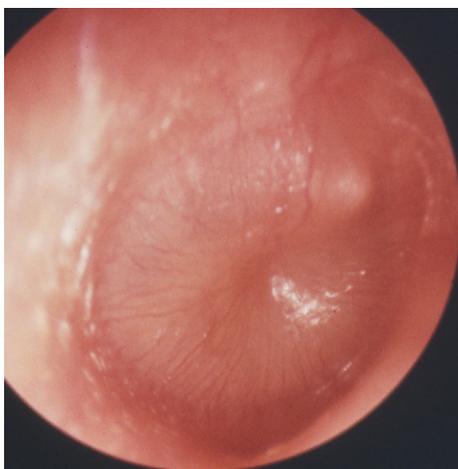


Fig. 1. Aspect otoscopique d'une otite séreuse : membrane tympanique opaque, pas d'hypervascularisation.

quelques minutes pour atteindre celle du niveau de la mer. Si la trompe d'Eustache ne s'ouvre pas activement pour admettre de l'air, la pression dans l'oreille moyenne devient inférieure à celle du conduit auditif externe. Quand la dépression atteint 80 à 100 mmHg, les parois de la partie fibrocartilagineuse de la trompe d'Eustache se collabent par effet ventouse, tandis que la surpression dans le rhinopharynx ferme l'ostium tubaire. L'ouverture active et le rétablissement des pressions de part et d'autre de la membrane tympanique deviennent alors impossibles et des lésions apparaissent dans l'oreille moyenne : hyperhémie et épanchement qui compense la dépression dans la caisse [3]. Cet épanchement est un transsudat : jaune citrin, très fluide, il contient des hématies et très peu de leucocytes et sa concentration en protéines est proche de celle du sérum ($< 7,5$ mg/100 ml).

La théorie *ex vacuo* n'explique pas parfaitement la genèse des otites séreuses car, dans ce dernier cas, l'épanchement n'est pas un transsudat, mais un exsudat : opalescent, plus ou moins visqueux, il ne comporte pas d'hématies, il contient du mucus et

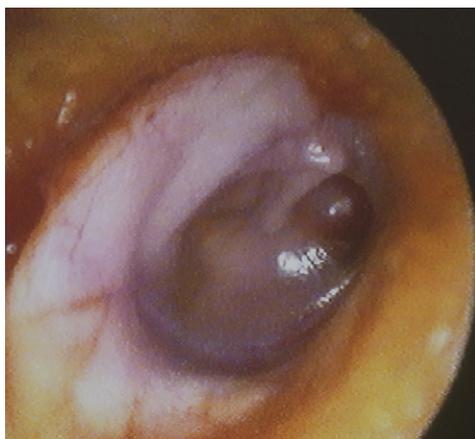


Fig. 2. Aspect otoscopique d'une otite séreuse qui évolue depuis déjà assez longtemps : tympan ocre. Cette coloration est due à la présence de fer dans l'épanchement.

plus ou moins de cellules inflammatoires, avec une concentration en protéines supérieure à 11,5 mg/100 ml.

2.2. Théorie inflammatoire

L'inflammation est actuellement considérée comme la cause essentielle des otites séreuses. Des modèles *in vitro* ont permis de montrer que les médiateurs de l'inflammation étaient capables de stimuler la production de mucine [2]. L'inflammation chronique modifie la fonction des transporteurs ioniques avec comme conséquence, soit un arrêt de l'absorption de sodium et d'eau, d'où la présence de liquide dans l'oreille moyenne, soit une accélération de cette absorption, d'où une diminution de l'épaisseur de la couche sol, immobilisant les cils et provoquant des bouchons muqueux [4]. L'inflammation elle-même serait secondaire à une infection virale ou bactérienne [5]. De fait, des études par PCR ont mis en évidence dans les épanchements chroniques des débris de bactéries (essentiellement *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae*) responsables des otites moyennes aiguës [6].

2.3. Rôle favorisant de l'allergie

Downs et al. [7] ont montré sur un modèle animal murin que l'injection d'histamine dans l'oreille moyenne provoque un dysfonctionnement des fonctions d'équipression et de clearance mucociliaire de la trompe d'Eustache. Mais l'histamine n'est pas produite exclusivement en cas de réaction allergique.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs auteurs ont mis en évidence des médiateurs de réactions allergiques dans l'épanchement d'oreille moyenne prélevé lors de la pose d'aérateurs transtympaniques [5,8].

En ce qui concerne le rôle de l'allergie dans la genèse d'une otite séreuse chez l'enfant, les avis sont contradictoires, peut être du fait de biais cachés de recrutement.

Au siècle dernier, des auteurs comme Tomonaga, Fireman et Caffarelli pensaient que l'allergie respiratoire, et plus précisément la rhinite allergique, était un facteur favorisant l'otite séreuse, d'une part, parce que dans leur recrutement la moitié des enfants qui avaient une otite séreuse avaient aussi une rhinite allergique, mais aussi parce qu'il est logique de penser que l'état inflammatoire des fosses nasales et du rhinopharynx entraîne un dysfonctionnement tubaire [9,10]. En fait, le dysfonctionnement tubaire est loin d'être prouvé chez les enfants qui ont une otite séreuse et la définition de la rhinite allergique est plus ou moins précise selon les auteurs.

Plus récemment, Rylander et Megevand [11] ont montré chez des enfants genevois de quatre à cinq ans une relation entre allergie et otite séreuse, mais aussi entre humidité et otite séreuse. Il est dommage qu'ils n'aient pas recherché plus particulièrement une allergie aux moisissures dont le développement est favorisé par l'humidité.

Dans une étude qui avait inclus 46 enfants, Döner et al. [12] ont retrouvé plus d'enfants ayant des tests cutanés positifs pour des allergènes respiratoires ou alimentaires parmi les enfants dont l'otite séreuse avait récidivé après adénoïdectomie et pose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2770129>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2770129>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)