



La lettre Vétérinaire de Biolog-id : Novembre 2016



Eric LEDUFF
Dr Vétérinaire
CES de Dermatologie
14000 Caen

Pour que l'otite externe ne vire pas au cauchemar ou « L'oreille, parfois, c'est pas le pied... »

S'il existe bien un symptôme/syndrome responsable à la fois du nomadisme médical de nos patients et d'une frustration de notre part, il s'agit sûrement de l'otite ou plutôt des otites.

Comme j'ai abordé l'atopie dans un article précédent je vous propose d'étudier le dialogue avec le propriétaire face à une otite en clientèle « généraliste intéressé par la dermatologie ».

On se limitera à l'espèce canine.

Je tiens d'abord à remercier P. Prelaud et D. Héripret qui, lors des conférences, petits déjeuners Virbac et dans leurs articles ont à la fois clarifié la démarche diagnostique et étiologique de cette pathologie et établi les bases du traitement. (Ah les « pouet-pouet » de D. Héripret !)

Qui n'a pas été confronté à l'oreille du Cocker qui vous met le cœur au bord des lèvres, à celles du Westie qui présente toutes les nuances de rouge ou à celles du Shar pei : « mais il est où le trou ? »

Souvent le propriétaire est découragé voir résigné ; « il a toujours été comme ça, on a tout essayé ». Dans ce cas de figure, si le chien est présenté lors d'une consultation vaccinale, je n'hésite pas à proposer d'emblée une consultation ultérieure sur RV pour au moins 3 raisons :

- Ne pas banaliser la pathologie ; elle mérite un intérêt particulier et fera très certainement l'objet d'examen complémentaires.
- Montrer son empathie pour le chien et le propriétaire, condition *sine qua non* du suivi du traitement.
- Prévoir un temps suffisant pour le travail du clinicien et encore plus pour celui du prescripteur sans occulter dès la première visite l'aspect financier du suivi et du/des traitements.

Le mot « otite » surprend parfois le propriétaire qui croit, en souvenir de l'otite du petit dernier au milieu de la nuit, être en présence d'un diagnostic alors que l'on doit plutôt parler de symptôme ; il s'agit ni plus ni moins que d'une inflammation du CAE et/ou du tympan.

Il faut pour bien aborder l'otite avoir en tête quelques données statistiques sur l'appréhension par le propriétaire du terme d'otite.

Une étude menée à l'ENVN en 2007 est pleine d'enseignements :

- 90% des propriétaires connaissent le terme, 30% y ont été confrontés pour leur animal (la moitié une fois, l'autre moitié plusieurs fois).
- Le symptôme d'appel est à égalité la douleur, l'odeur et le prurit ; beaucoup plus rarement le cérumen abondant ou la rougeur du pavillon alors qu'il s'agit souvent du premier symptôme.
- L'origine supposée de l'otite est pour le propriétaire, la baignade, les parasites et les corps étrangers ; beaucoup plus rarement l'allergie et de manière exceptionnelle les problèmes hormonaux et les tumeurs.
- 30% des otites sont suspectées par le propriétaire, 70% sont découvertes par le vétérinaire.
- Pour 70% des propriétaires un traitement de moins de 2 semaines (4 semaines en cas d'otite chronique) doit parvenir à une guérison.
- Le coton tige est encore employé par 20% des propriétaires.
- Un bilan complet sur une otite chronique ne doit pas dépasser 100€.

En conclusion on voit bien la distorsion qui existe entre les présupposés des propriétaires et la prise en charge réelle d'une otite.

Chacun connaît le distingo entre :

- Otite érythémateuse aigue : inflammation brutale sans complication infectieuse où un traitement anti-inflammatoire suffit.
- Otite érythémato-cérumineuse ; la plus fréquente dont l'étiologie est souvent une HS et où on observe une prolifération bactérienne mais sans pus.
- Otite purulente le plus souvent liée à la présence d'un *Pseudomonas* avec douleur, ulcères et présence de polynucléaires dégénérés avec bactéries intra cytoplasmiques.

De la même façon chacun est familiarisé avec les facteurs prédisposant (race...) les causes primaires (parasites, HS, troubles de la kératinisation...), les causes secondaires (bactéries, levures) et les facteurs perpétuant de l'otite (lésions hyperplasiques, otite moyenne....).



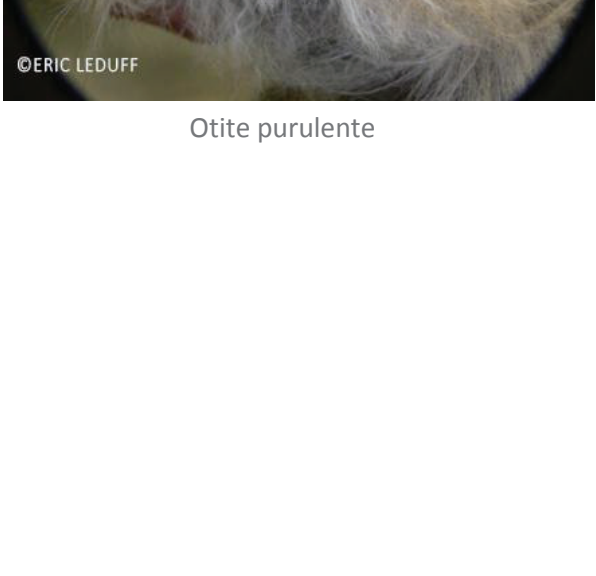
Lésion de vascularité



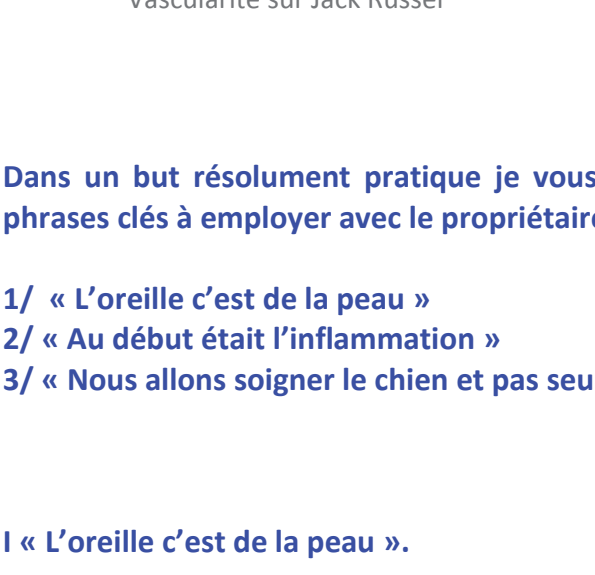
Otite chronique avec sténose partielle du CAE



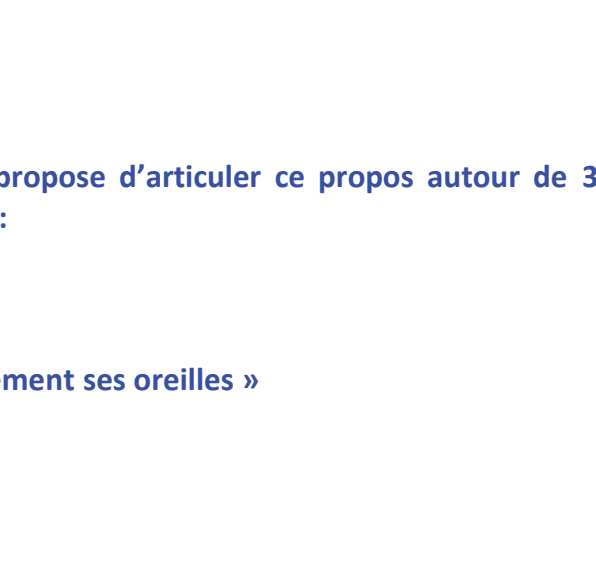
Otite érythémateuse à frigore



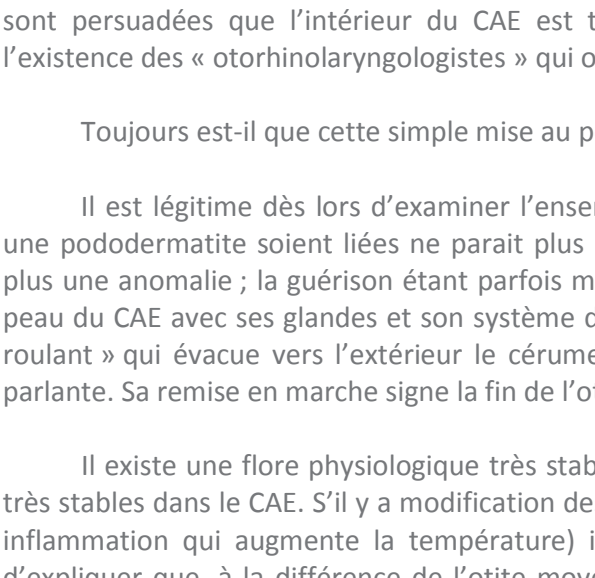
Otite érythémato cérumineuse



Otite érythémato cérumineuse d'origine atopique



Otite purulente



Vascularité sur Jack Russel

Dans un but résolument pratique je vous propose d'articuler ce propos autour de 3 phrases clés à employer avec le propriétaire :

- 1/ « L'oreille c'est de la peau »
- 2/ « Au début était l'inflammation »
- 3/ « Nous allons soigner le chien et pas seulement ses oreilles »

I « L'oreille c'est de la peau ».

Vous serez surpris de voir le nombre de personnes, parfois même du milieu médical, qui sont persuadées que l'intérieur du CAE est tapissé d'une muqueuse. Peut être est ce lié à l'existence des « otorhinolaryngologistes » qui ont « subtilisé » l'oreille aux dermatologues.

Toujours est-il que cette simple mise au point ouvre beaucoup de portes.

Il est légitime dès lors d'examiner l'ensemble de la peau du chien ; le fait qu'une otite et une pododermatite soient liées ne paraît plus saugrenu. La présence de poils dans le CAE n'est plus une anomalie ; la guérison étant parfois marquée par la repousse du poil. La structure de la peau du CAE avec ses glandes et son système de « tapis roulant » peut être expliquée. « Le tapis roulant » qui évacue vers l'extérieur le cérumen et les cellules mortes est une expression très parlante. Sa remise en marche signe la fin de l'otite.

Il existe une flore physiologique très stable car la température, le Ph et l'hygrométrie sont très stables dans le CAE. S'il y a une modification des conditions environnementales (par exemple une inflammation qui augmente la température) il y a un déséquilibre de la flore ; c'est le moment d'expliquer que, à la différence de l'otite moyenne de l'enfant qui peut donner ultérieurement une otite externe, c'est l'inverse chez le chien où l'otite externe peut évoluer en otite moyenne.

La prolifération bactérienne n'est qu'une 2ème étape de l'otite et non l'origine principale et donc un traitement uniquement antibactérien sera probablement insuffisant au moins sur le long terme. Classiquement on note qu'avant 30 jours d'évolution la population bactérienne est constituée de staphylocoques le développement des bacilles intervenant ultérieurement.

Une dysendocrinie semble rarement à l'origine de l'otite ou au moins non exclusivement.

II « Au début était l'inflammation ».

C'est un abord assez récent de la pathologie auriculaire ; dans mes années Alforiennes, où la dermatologie n'était qu'un parent pauvre de la parasitologie, on parlait en 1^{er} des bactéries, probablement en parallèle avec les otites chez l'homme.

Depuis on sait que l'événement princeps est l'inflammation du CAE.

C'est un message important à faire passer au propriétaire.

Donc : pas d'épilation excessive, pas de bains froids, le séchage en cage soufflante chez le toiletteur est déconseillé et bien sur les allergies au sens large sont à évoquer.

Les particularités raciales sont aussi à aborder :

- les Cockers ont les CAE construits « à l'envers » : les glandes sébacées à sécrétion très hydrophobes, qui sont normalement plus nombreuses dans l'entrée du CAE, sont concentrées près du tympan et c'est l'inverse pour les glandes cérumineuses dont le rôle dans le fonctionnement du tapis roulant, démarré normalement autour du tympan, est contrarié. Ajoutez la pilosité excessive de la face interne du pavillon et vous avez le terrain idéal pour le développement d'une inflammation.

- les Shar pei ont une sténose physiologique de l'entrée du CAE contrariant le rôle du tapis roulant d'où une accumulation de débris cellulaires et de cérumen dans le CAE. Cette sténose peut être, en dehors de tout contexte d'HS, responsable du déclenchement de l'otite.

- le canal horizontal est étroit chez le bouledogue français.

- le canal vertical est étroit chez le Westie.

- donc ne pas hésiter à parler assurance lors de la 1ère visite de ces races prédisposées.

Le schéma de l'otite est alors à expliquer : inflammation primaire (par exemple HS) parfois sur un terrain racial favorable puis modification du biotope et seulement après développement des bactéries et levures qui elles même accroissent l'inflammation puis complications de type hyperplasie cartilagineuse, otite moyenne voir ossification en phase terminale.

Il faut expliquer d'emblée que le rétablissement du fonctionnement du tapis roulant, sur une otite chronique c'est-à-dire qui évolue depuis plus de 6 semaines, demandera plusieurs semaines à plusieurs mois. Ce délai de 6 semaines est aussi celui de l'installation quasi certaine d'une otite moyenne même à tympan intact, dans ce cas des troubles de la mastication peuvent alerter le clinicien.

Le scanner est un moyen d'investigation qu'il faut proposer rapidement, le propriétaire ne peut pas vous le reprocher car contre le contraire est vrai.

III « Nous allons soigner le chien et pas seulement ses oreilles »

A quelques exceptions près (le bonheur d'ôter un épillet et de guérir un chien en 1 minute n'est pas si fréquent...) le traitement devra être compris et accepté par le propriétaire comme global.

Il faut reprendre en sens inverse tout le processus du développement de l'otite c'est-à-dire schématiser :

- Les complications finales :

Les corticoïdes sont efficaces sur la métaplasie cartilagineuse (quelques jours per os puis en topique) ils n'ont en revanche aucune action sur l'ossification du CAE où la chirurgie reste la seule option. Lors d'ablation totale du CAE on peut expliquer que si le chien perd une grande partie de l'audition il ne devienne pas pour autant complètement sourd ce qui rassurera le propriétaire et pourra éviter une euthanasie précipitée.

- Le nettoyage

La fréquence ne fait pas l'unanimité, il peut être effectué avec de la Chlorhexidine à 10% dans du sérum physiologique en douceur sans pression excessive.

- Les complications infectieuses :

Il s'agit paradoxalement du plus simple, les concentrations en antibiotiques par voie topique peuvent atteindre 1000 fois les concentrations testées lors des cultures/antibiogrammes ce qui relative leur intérêt pronostique.

Lors d'otite purulente liée à un *Pseudomonas* la rapidité du développement des résistances fait que l'antibiogramme est déjà obsolète lors de sa réception. Certains proposent la Flammazine ou, sur la foi d'un antibiogramme, légalement indispensable, le Baytril injectable dilués 10 fois dans du Sealane ou du Nettoyant physiologique Virbac. Une action mécanique d'évacuation du pus est souvent suffisante notamment en employant de l'Epiotic à l'action anti adhésive sur le *Pseudomonas*. En cas d'ulcères du CAE une corticothérapie po peut être indiquée (pas en local car retarder la cicatrisation) à la dose initiale de 1 à 1,5 mg/kg de Prednisolone pendant 3 semaines à 1 mois. L'intérêt des flushings est discuté. L'idéal est de programmer 4 visites dans les 6 mois. En cas d'ulcération ne pas exclure une MAI.

Les antibiotiques po sont à prescrire, selon certains auteurs, en cas d'otite moyenne pendant au moins 6 mois et à une dose double de celle employée pour une pyoderme (hors AMM).

L'utilisation des topiques antibiotiques (Ac fucidique, Gentamycine, Polymyxine B pour les G+ même si les toxines bactériennes peuvent rester actives les 2 dernières molécules) doit être prolongée bien au delà des données AMM (au moins 20 jours). Faire attention à ne pas boucher le conduit auditif avec l'embout du flacon sous peine de risquer une surpression grave sur le tympan en instillant le produit.

L'utilisation du miel médical semble prometteuse avec un taux de succès proche de 90% mais des récurrences très fréquentes.

- Le traitement de l'inflammation :

Un topique uniquement corticoïde serait idéal mais actuellement non disponible dans notre pharmacopée. On peut employer, hors AMM, le Cortavance ND : 3 gouttes par oreille 1 fois par jour pendant 1 semaine puis tous les 2 jours la semaine suivante puis en « VE thérapie » pour avoir un effet proactif, ce traitement peut être complété par le spray sur le pavillon au même rythme. Certains proposent 15ml de Dexazone dans un flacon d'Epiotic à employer à la dose de 0,1 à 0,3 ml par oreille 1 à 2 fois par semaine dans l'oreille une fois les surinfections réglées. On notera aussi que la corticothérapie en diminuant l'inflammation, restaure le microclimat de l'oreille et donc diminue le nombre de germes pathogènes.

- La cause primitive de l'inflammation :

C'est le plus souvent, de l'ordre de 80%, l'HS. L'OEC est souvent le 1^{er} symptôme des HS et peut être le seul symptôme pendant plus d'un an. Mais parfois sont en cause une épilation excessive, des bains trop fréquents, une parasitose non diagnostiquée Si des problèmes d'EKS sont présents on peut appliquer 1/2 Douxo spot on par oreille 1 fois par semaine ; de la même façon une hyperplasie des glandes cérumineuses répond de façon satisfaisante à la corticothérapie dont l'effet « déplaçant » sur le Shar Pei paraît très surestimé. Ne pas oublier l'ACM ou l'allergie de contact notamment avec des topiques contenant de la Neomycine ou du Propylene glycol.

Le Protoc est parfois conseillé en cas d'otite atopique en sachant qu'il y a souvent une aggravation des symptômes les 15 premiers jours.

Le suivi sera capital et souvent bien accepté par le propriétaire si bien présenté. Certaines otites, dans un contexte par exemple de prédisposition raciale, ne pourront pas être guéries, tout comme l'atopie, il faut en informer le propriétaire, mais elles peuvent être gérées au mieux pour le confort de l'animal et de son propriétaire.

Il faut aborder frontalement le problème de la compliance et de la durée du traitement. Nous connaissons tous des propriétaires dont la vie sociale a été perturbée par l'otite nauséabonde de leur chien en abandonnant l'idée d'inviter des gens chez eux.

IV Conclusion.

L'approche des otites externes a été profondément modifiée ces dernières années. Elle s'inscrit dans une démarche globale, très loin des « pouet pouet » d'antan.

Prendre le temps pour poser un diagnostic étiologique, expliquer au propriétaire et l'impliquer dans la démarche thérapeutique sont, comme souvent en dermatologie, la clé du succès.