**MASTOIDITE**

*Pediatrics in Review Vol.35 No.2 February 2014*

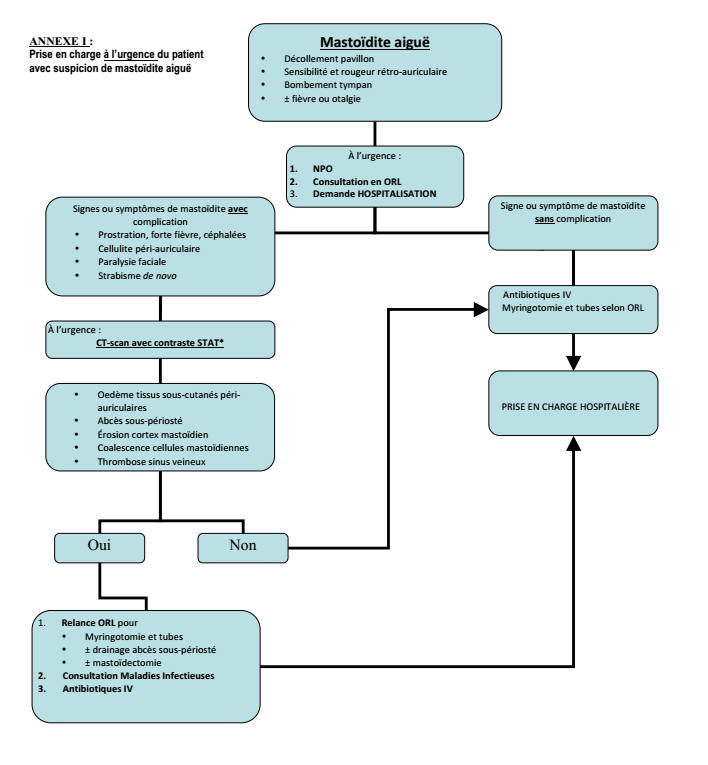
*Pediatrics in Review Vol.30 No.6 June 2009*

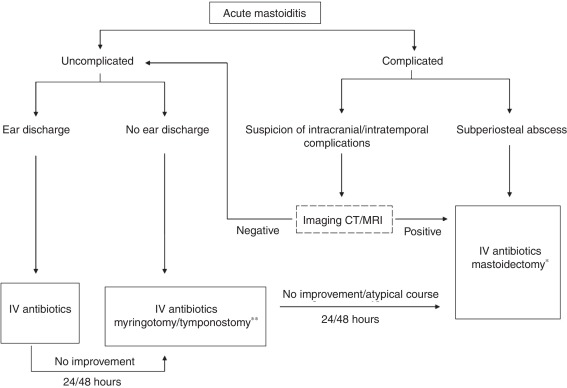
*Urgences Ste-Justine 2016*

*Journal de pédiatrie et de puériculture 2018*

*StatPearl 2021*

*Uptodate 2023*





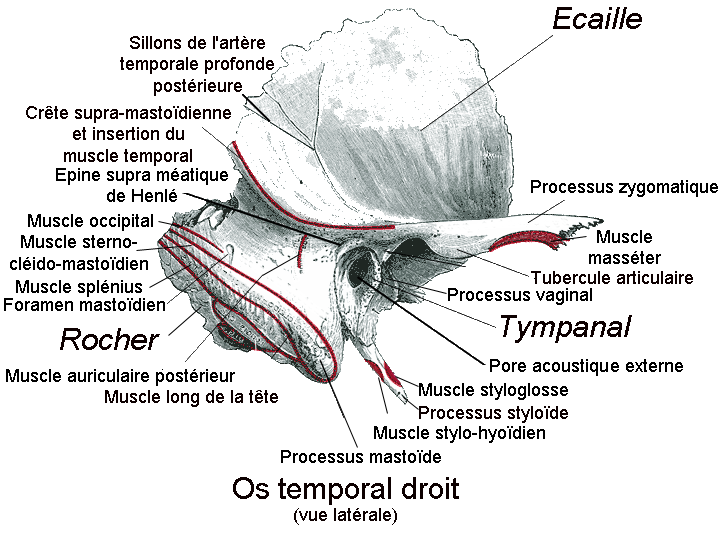
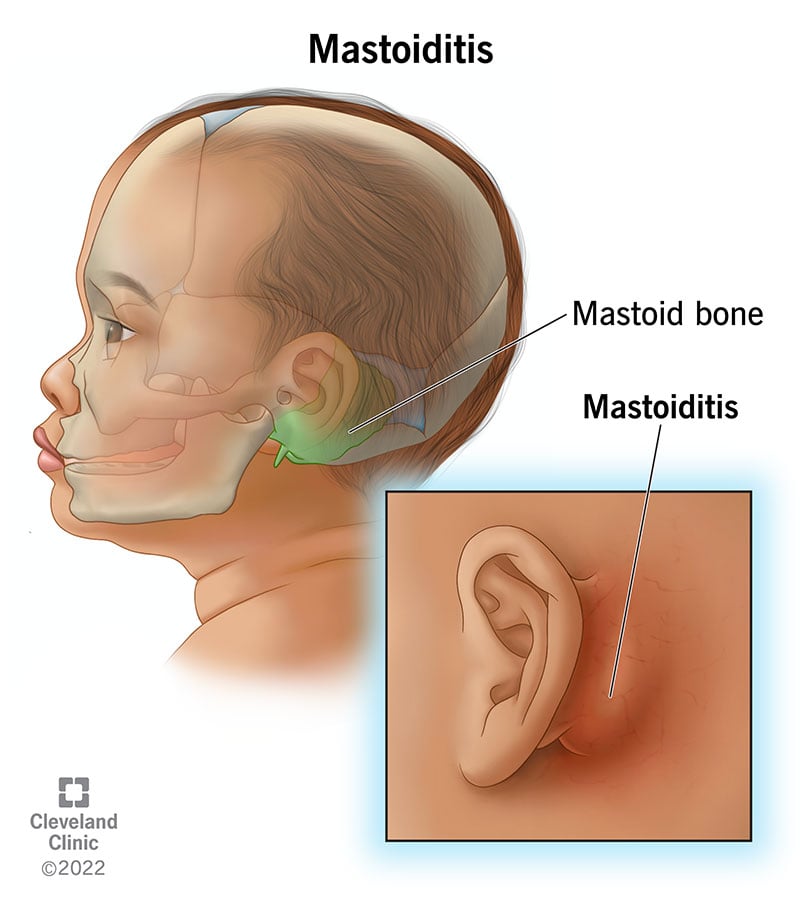
<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.06.002>

* Croissance de la mastoïde entre 0-2 ans 🡪 infections **surtout les enfants de < 2 ans**.

Mastoïdite = complication de l’OMA 🡪 toujours une OMA associée

Otites récurrentes dans 34%des cas (attention aux germes résistants !)

**Anatomie**

**Symptômes :**

* **Otalgie**+/- otorrhée (80% de tympans bombants ou perforés associés).
* **Décollement**

+ érythème du pavillon de l’oreille

+ perte du sillon rétro auriculaire

+ sensibilité rétro-auriculaire à la palpation/percussion

+/- fluctuation/masse

* **Otite moyenne aigüe**
* **Fièvre**

**DD :**

* **Otite externe/Chondrite** (rougeur/douleur du cartilage de l’oreille) 🡪 penser à Pseudomonas
* **Cellulite**
* Adénopathie
* Oreillons (glande parotide 🡪 tympan intact, gonflements plutôt sous l’oreille que derrière l’oreille, examen du Sténon, US parotidien, amylase)
* Tumeurs (tympan intact)

**Germes en causes**:

* Germes ORL :
  + **Pneumocoque**
  + **Streptocoque pyogenes (GAS)**
  + Haemophilus influenzae non typable. (4%)
  + Staphylocoque auréus (abcès)
* Pseudomonas (4%) si otites à répétitions ou mastoïdite chronique, choléstéatome
* F. necrophorum si échec du ttt, thrombose veineuse intra crânienne ou Sd de Lemière associés

**Complications (17% des cas):**

* **Méningo-encéphalites (**10%) en en sur empyème extra dural ou méningite purulente, abcès sous périosté, épidural, sous dural voir cérébelleux
* **Thrombophébite** du sinus latéral +/- veine jugulaire interne 🡪 se complique en hydrocéphalie avec œdème papillaire, extension à la veine jugulaire 🡪Lemièrre
* **Labyrintite** 🡪 vertiges, hypo accousie, acouphènes
* **Paralysie faciale sup et inf (ad 4%)**
* **Sepsis**
* Perte auditive transitoire vs permanente
* **Sd de Gradenigo** (ostéite du rocher)si otorhée + atteinte des nerfs crâniens
  + - * Douleur sur atteinte du nerfs trijumeau (n.V1) 🡪 douleur retro orbitaire
      * Diplopie (paralysie du n.VI) + vertiges/nausées-vomissements, torticolis compensatoire.
      * Atteinte autres NC et otorhée
* **Abcès de Bézold** si extension de l’infection au sterno-cleido-mastoidien
* **Abcès de Citelli acès du cou** si fuse dans le muscle digastrique

**Laboratoire**

* FSC, CRP utile en cas de suspicion de sepsis
* Culture si myringotomie ou écoulement
* Imagerie inutile d’office en dehors de doute clinique ou complications:
  + CT-scan injecté
  + IRM si disponible

**Traitements** (avis ORL à chaque fois)

* **Discuter drainage avec ORL** 🡪 particulièrement si otite bombante ou récidivante 🡪 **drainage** +/- myringotomie +/- drains transtympaniques 🡪 pus à metre en culture
* Mastoidites **simples**
* **Co-Amoxcilline 150 mg/kg/j** ou
* **Rocéphine® (ceftriaxone): 75 mg/kg/j**

+ Ajouter pour couvrir Fusobactérium :

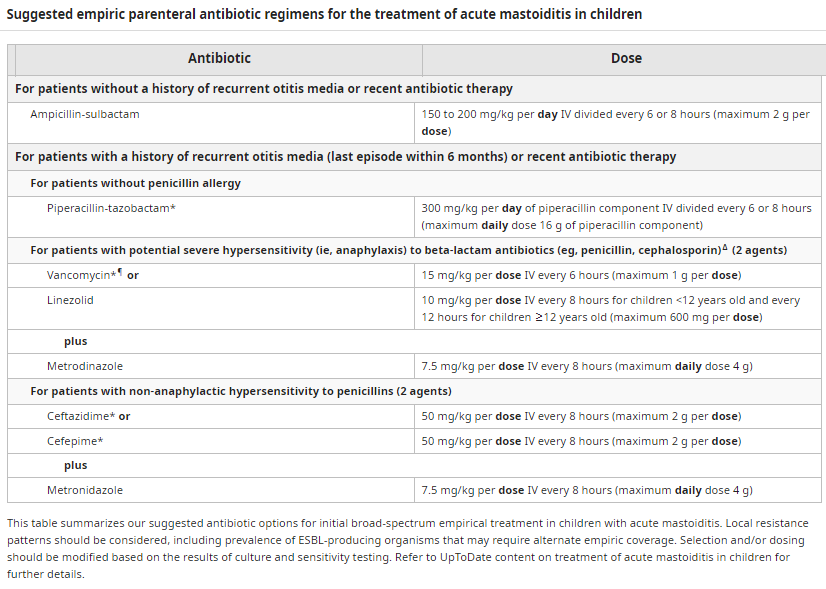
* + Metronidazole 40 mg/kg/j
  + Clindamycine
* Si allergies a sévères aux pénicilines:
  + Vancomycine
  + Linezolide (voir tableau plus bas)

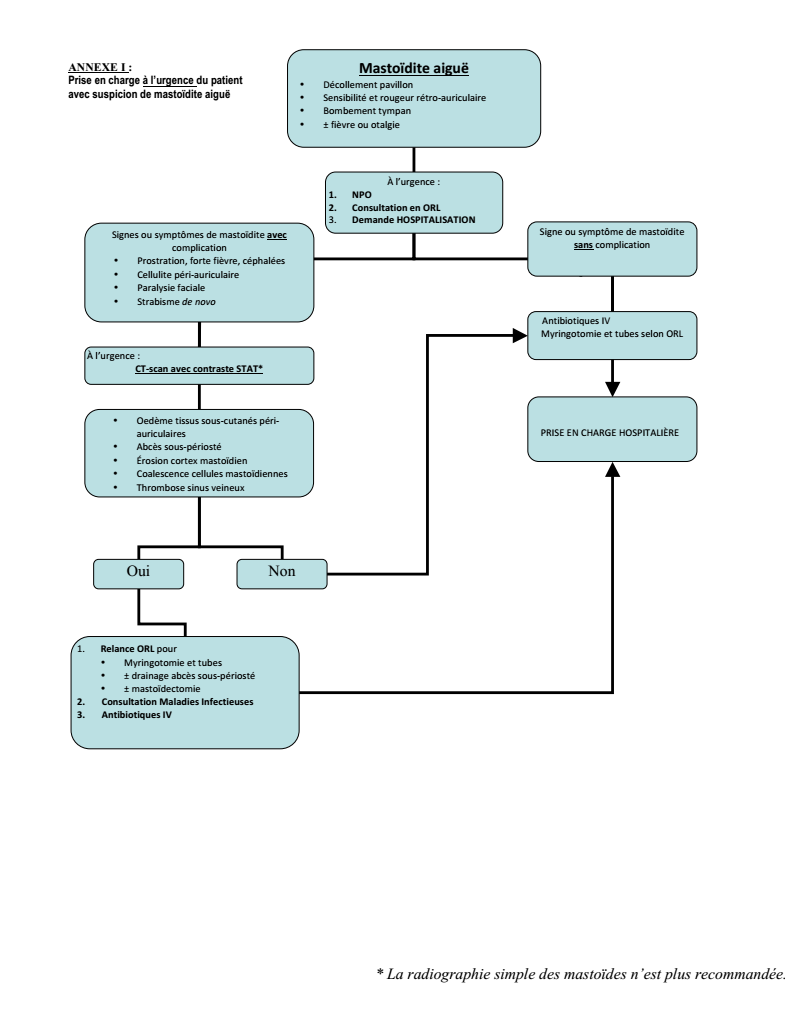
**Mastoidites simples = traitement 5 jours IV puis 7 jours PO**

* Mastoidites **compliquées**: Rocéphine® (ceftriaxone): 100 mg/kg/j  **+ Vancomycine** pour couvrir un pneumocoque resistant.
* Si besoin de couverture du Pseudomoas (ex: otites récidivantres, spt d’otite externe)
  + - **Tazobac**® (piperacilline-tazobactam) IV: 100 mg/kg/dose de piperacilline toutes les 3-4 h (dose max adulte 2-4g/dose)
    - Cefepime® (cefepime): 150 mg/kg/j en 3 doses vs
    - Fortam®(ceftazidime)

Nb: Avec le changement de critères EUCAST, seuls le méropénème et les aminoglycosides apparaissent « S » à l’antibiogramme. Néanmoins, les infections à Pseudomonas **peuvent être traitées par des doses supérieures des antibiotiques rendus « I »**. Il est alors fortement recommandé d’épargner les carbapénèmes pour le traitement de ces infections et privilégier le traitement par des options « I » à dose supérieure (p.ex. céfépime, ceftazidime, piperacilline/tazobactam etc.). Pour cette raison le laboratoire de microbiologie masque les résultats « S » des carbapénèmes. L’ertapénème est inefficace contre P. aeruginosa (à éviter en cas de sepsis nosocomial ou si Pseudomonas entre dans le diagnostic différentiel) (*Guide d’antibiothérapie empirique chez l’adulte CHUV 2023)*

* + Si échec traitement après 48-72h 🡪 discuter mastoidectomies chirurgicale
  + Avis neuro si spt neuro

**



*http://www.urgencehsj.ca/protocoles/la-mastoidite-aigue/*