

Urgences ORL au cabinet du médecin de premier recours (partie 1)

TIBOR QUINODOZ^a et Dr FRANÇOIS VORUZ^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 107-12 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.946.48198

Les plaintes de la sphère ORL sont fréquentes en médecine de premier recours, mais leur évaluation peut s'avérer complexe. Leur appréciation clinique nécessite une connaissance de l'anatomie, de la pathologie et des diagnostics différentiels. La frontière entre affections bénignes ou nécessitant un traitement spécifique et un avis spécialisé est parfois floue. Un raisonnement clinique structuré et quelques repères clés permettent d'éviter les pièges les plus fréquents. Ce guide pratique illustré, publié en deux parties, vise à soutenir le médecin de premier recours dans une prise en charge sûre, pragmatique et conforme aux recommandations actuelles. Cette première partie traite des atteintes infectieuses de l'oreille et de la perforation tympanique.

ENT emergencies in general practice

ENT complaints are common in primary care, yet their assessment can be challenging. Their clinical evaluation requires a knowledge of anatomy, pathology, and differential diagnoses. The boundaries between benign conditions and those requiring specific treatment or specialist referral is sometimes unclear. A structured clinical reasoning process, combined with a few key references, helps avoid the most common pitfalls. This illustrated practical guide is designed to support primary care physicians in providing safe, pragmatic, and guideline-based management. This first part deals with infectious diseases of the ear and tympanic membrane perforation.

INTRODUCTION

Le médecin de premier recours est régulièrement exposé aux plaintes aiguës de la sphère ORL, qui représentent jusqu'à 10% de ses motifs de consultation¹ et certainement davantage en période hivernale. Elles concernent le plus souvent des infections peu sévères de type otite, rhinite, sinusite ainsi que les angines et pharyngites, que le médecin de premier recours est parfaitement habilité à traiter. Leur appréciation clinique nécessite cependant une certaine connaissance de l'anatomie (figure 1A), de la pathologie et des diagnostics différentiels, et la frontière entre affections bénignes et celles nécessitant un traitement spécifique ou un avis spécialisé est parfois floue. Un raisonnement clinique structuré et quelques repères clés permettent d'éviter les pièges les plus fréquents. Ce guide pratique illustré en deux parties vise à soutenir le médecin de premier recours dans une prise en charge sûre, pragmatique et conforme aux recommandations actuelles, des pathologies ORL aiguës les plus fréquentes. Cette première partie traite des atteintes infectieuses de l'oreille et de la perforation tympanique.

^aService d'ORL et chirurgie cervicofaciale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14 tiber.quinodoz@rhne.ch | francois.voruz@hug.ch

OREILLES

Otite externe

Diagnostic

L'otite externe est une inflammation de la peau du conduit auditif externe (figure 1B). L'étiologie est majoritairement bactérienne (> 90%, figure 2A) mais peut aussi être virale ou mycotique (figure 2B).² La distinction repose sur l'examen clinique, avec parfois un frottis bactériologique pour affiner le diagnostic en cas de persistance ou de récurrence. Parmi les facteurs favorisants, la baignade, l'utilisation de produits alcalins et les lésions auto-infligées (grattage, coton-tige) sont les plus fréquents. Cliniquement, l'otalgie s'accompagne souvent d'otorrhée et d'hypoacousie, en raison de l'œdème du conduit auditif externe. Celui-ci est érythémateux, humide, parfois sténosé, avec une douleur reproductible à la palpation. La membrane tympanique est épargnée.

Traitement

Il est essentiellement local: nettoyage du conduit, suivi d'une antibiothérapie topique^{2,3} (ofloxacine (Floxal) ou ciprofloxacine/hydrocortisone (Ciproxin HC) ou néomycine/polymyxine B/fludrocortisone/lidocaïne (Panotile): remplir le conduit auditif 2 x/jour pendant minimum une semaine) ou d'un antimycotique topique (éconazol (Pévaryl spray)). L'antibiothérapie orale n'est réservée qu'aux complications ou, éventuellement, aux patients immunosupprimés fragiles. L'otite externe sténosante est une forme plus difficile à traiter en raison de l'obstruction du conduit auditif qui empêche la pénétration du traitement topique. Un nettoyage minutieux est alors nécessaire, associé à un plombage ou méchage, idéalement sous forme de pommade (bétaméthasone/gentamicine (Dipro-genta)). L'ORL peut être requis pour ces soins spécifiques.

Remarques

Les complications d'une otite externe aiguë doivent être évoquées en cas d'évolution atypique (persistance, résistance au traitement, manifestations extra-auriculaires), notamment chez les patients immunodéprimés (par exemple, diabétiques). Il pourrait s'agir d'une otite externe nécrotique, c'est-à-dire d'une ostéite du conduit auditif, ou encore d'une extension de l'infection au pavillon sous forme d'un érysipèle. Elles nécessitent une prise en charge spécialisée, avec des soins locaux, rarement chirurgicaux (débridement), et une antibiothérapie systémique.²

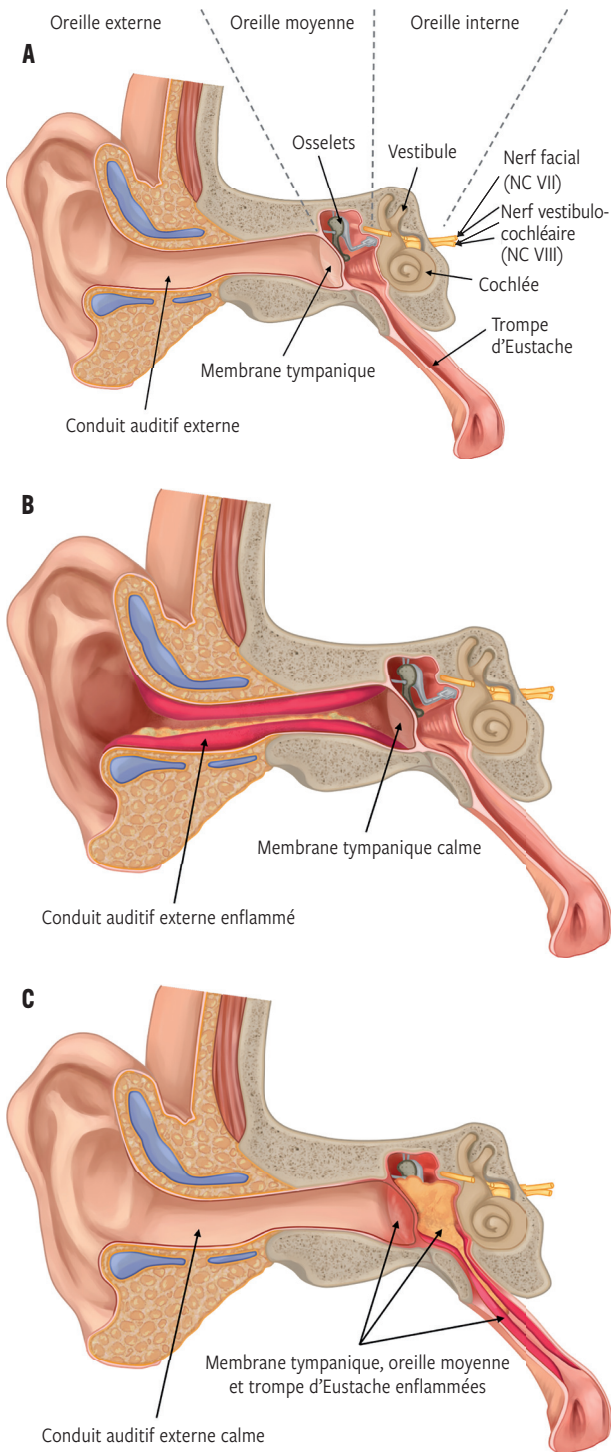
Infection du pavillon auriculaire

Diagnostic

La périchondrite (figure 3A) du pavillon de l'oreille se distingue de l'érysipèle (figure 3B); c'est une infection du cartilage du pa-

	FIG 1	Otites	
--	--------------	---------------	--

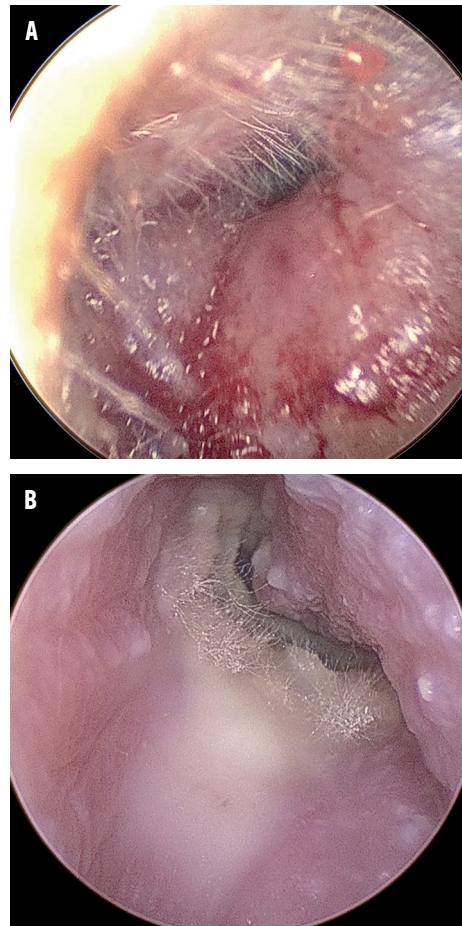
A. Anatomie normale d'une oreille droite en coupe coronale. L'oreille est subdivisée en trois parties distinctes; externe, moyenne et interne. **B.** L'otite externe est une dermatite; un germe cutané infecte la peau du conduit auditif, qui s'enflamme parfois jusqu'au pavillon, tout en épargnant la membrane tympanique. **C.** L'otite moyenne aiguë est une inflammation de l'oreille moyenne; il y a du liquide exsudatif dans l'oreille moyenne, associé à une inflammation de la membrane tympanique sous tension, donc douloureuse. La douleur n'est pas reproductible à la palpation du pavillon ou du tragus et la peau du conduit auditif externe est calme à l'otoscopie.



(Adaptée de réf.⁷).

	FIG 2	Otite externe	
--	--------------	----------------------	--

A. Otite externe bactérienne; l'entrée du conduit auditif est douloureuse, enflammée, tuméfiée et sanguinolente, limitant la visualisation du tympan. **B.** Otite externe mycotique; la peau est macérée et on distingue des hyphes blancs dans des sécrétions purulentes.



villon, sans atteinte du lobule. Les deux provoquent une douleur reproductible à la palpation, un érythème et, éventuellement, de la fièvre. Un érysipèle peut évoluer en péri-chondrite.

Traitement

Concernant l'érysipèle, en cas de blessure (piercing, plaie, piqûre d'insecte), on choisira une antibiothérapie ciblant les germes cutanés tels que le *Staphylocoque aureus* sensible à la méticilline (MSSA) (amoxicilline, co-amoxicilline, clindamycine). Si l'affection est associée à une otite externe, le germe causal est probablement *Pseudomonas aeruginosa*, et l'antibiothérapie sera préférentiellement une quinolone (ciprofloxacine, lévofloxacine) par voie orale pour les cas modérés, ou céfépime par voie intraveineuse pour les cas sévères nécessitant une hospitalisation. La péri-chondrite se traite aussi avec des antibiotiques ciblant *P. aeruginosa*, généralement par voie intraveineuse en raison de la faible circulation sanguine dans le cartilage.⁴ Dans tous les cas, les éventuels piercings sont à retirer jusqu'à la résolution de l'infection.

Remarques

D'autres infections – telles que l'herpès – peuvent entraîner une présentation similaire (figure 3C). Un hématome du

FIG 3 Infection du pavillon auriculaire

A. Périchondrite sur piercing (retiré); le lobule est épargné. B. Érysipèle; toute la peau du pavillon est rouge, chaude et douloureuse. C. Herpès. D. Othématome. E. Dermate allergique de contact.



pavillon (othématome), typiquement à la suite d'un coup ou d'une compression lors d'un sport de contact, peut également entraîner un épaississement douloureux (figure 3D). Une prise en charge spécialisée, incluant un drainage et une antibioprofylaxie, est alors importante afin d'éviter une déformation irréversible et une abcédation. Finalement, une dermatite de contact, par exemple, allergique (figure 3E), peut mimer un érysipèle ou une périchondrite, généralement bien plus douloureux, et l'anamnèse joue un rôle clé.

Otite moyenne aiguë

Diagnostic

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une infection de la muqueuse respiratoire de l'oreille moyenne (figures 1C et 4B). Elle survient le plus souvent lorsqu'une infection virale se complique d'une surinfection bactérienne. L'infection des voies respiratoires supérieures favorise la congestion de la trompe d'Eustache, altérant le drainage de l'oreille moyenne et favorisant la prolifération de germes provenant des voies aérodigestives supérieures, principalement *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*.⁵ Cliniquement, l'OMA se caractérise par une otalgie aiguë non reproductible à la palpation, associée à une hypoacousie unilatérale ou une sensation d'oreille bouchée. L'examen clinique révèle un tympan bombé, érythémateux et opaque, tandis que la peau de l'oreille externe est épargnée. Le tympan, fragilisé par l'infection et cédant sous la pression du liquide de l'oreille moyenne, peut également se perforer, se traduisant par une otorrhée purulente et parfois sanguinolente, avec un soulagement partiel de la douleur. La

perforation, parfois punctiforme, n'est pas toujours visible à l'otoscopie.

Traitement

Il repose sur une antalgie (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens). L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas d'OMA purulente confirmée à l'otoscopie, de persistance ou de péjoration après 48 heures, de la présence d'un facteur de risque (immunodépression ou antécédent d'OMA compliquée) ou d'un signe de complication.⁶

Remarques

Bien que sortant du spectre de cet article, on mentionnera que le traitement d'une OMA chez un enfant < 2 ans implique une antibiothérapie systémique afin d'en éviter les complications.⁶ Chez l'adulte, les complications de l'OMA sont rares, mais potentiellement graves en raison de la proximité anatomique avec les structures environnantes (oreille interne, cerveau, nerf facial). On mentionnera la mastoïdite extériorisée (abcédation sous-cutanée), la labyrinthite (vertiges, surdité de perception suggérée par l'acoumétrie (figure 5)), la paralysie faciale périphérique, ou encore la méningite, nécessitant une prise en charge hospitalière urgente.

La myringite bulleuse est une manifestation peu fréquente et particulière d'une OMA se manifestant par la présence de bulles séro-sanguines sur la membrane tympanique. Elle peut être excessivement douloureuse et entraîne volontiers une surdité neurosensorielle. Elle se traite de manière identique, mais peut être une urgence médicale nécessitant l'ouverture des bulles (à visée antalgique) et une corticothérapie systémique en cas de surdité neurosensorielle associée.⁷

Une accumulation de liquide séreux (otite séro-muqueuse, **figure 4C**) dans l'oreille moyenne survient typiquement au décours d'une OMA et peut persister plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Elle peut être source d'inquiétude. Les symptômes typiques incluent une sensation de plénitude auriculaire, une hypoacousie (surdité de transmission) et, parfois, des bruits de craquement à la déglutition. L'otoscopie révèle un épanchement rétrotympanique, souvent jaunâtre, parfois associé à des bulles d'air. Il conviendra de rassurer le patient. Dans la plupart des cas, une simple surveillance est appropriée. En cas de persistance de l'otite séro-muqueuse au-delà de 8 semaines ou en présence d'une atteinte unilatérale prolongée, une évaluation spécialisée en ORL est recommandée.

La présence préalable d'une perforation tympanique ou d'un drain transtympanique peut favoriser une surinfection, qui se traduira typiquement par une otorrhée peu douloureuse. On parle alors d'otite moyenne chronique réchauffée (**figure 4D**). Son traitement se fait par un antibiotique topique, identique à celui d'une otite externe, dont la concentration locale sera plus élevée qu'avec un traitement systémique. Les molécules ototoxiques sont à proscrire (par exemple, aminoglycosides),⁸ car elles peuvent diffuser par la membrane de la fenêtre

ronde; on favorisera donc plutôt l'ofloxacine ou la ciprofloxacine, compatibles avec une administration dans l'oreille moyenne.

Perforation tympanique

Diagnostic

La perforation tympanique aiguë (**figure 6A**) peut être d'origine traumatique (pressionnelle, contondante) ou infectieuse (otite moyenne aiguë extériorisée). Elle peut se manifester par une otalgie, une otorrhée, une hypoacousie ou encore un acouphène. Dans la majorité des cas (> 80%), elle cicatrise spontanément en moins de 3 mois (**figure 6B**).^{9,10}

Traitement

La prise en charge initiale est donc conservatrice. En cas de signes infectieux débutants, on peut introduire un traitement topique (antiseptique (hexamidine (*Désomédine*)) ou antibiotique). L'éviction de l'eau dans les oreilles est à recommander afin de prévenir les surinfections (**figure 4D**). En l'absence de cicatrisation dans les 4 à 6 mois, une évaluation ORL peut être proposée afin de discuter d'une éventuelle fermeture chirurgicale par tympanoplastie. Celle-ci permet, en cas de succès, une reprise des activités aquatiques sans mesures de protec-

FIG 4 Otite moyenne aiguë

A. Membrane tympanique droite normale; elle est intacte, calme, avec une légère transparence et un reflet lumineux antéro-inférieur. **B.** Otite moyenne aiguë gauche; la membrane tympanique est mate, bombée, inflammatoire. **C.** Otite séro-muqueuse droite; on aperçoit du liquide rétrotympanique citrin, sans signes infectieux. **D.** Otite moyenne chronique réchauffée à droite; sécrétions purulentes dans le conduit auditif, en provenance d'une perforation tympanique chronique humide.

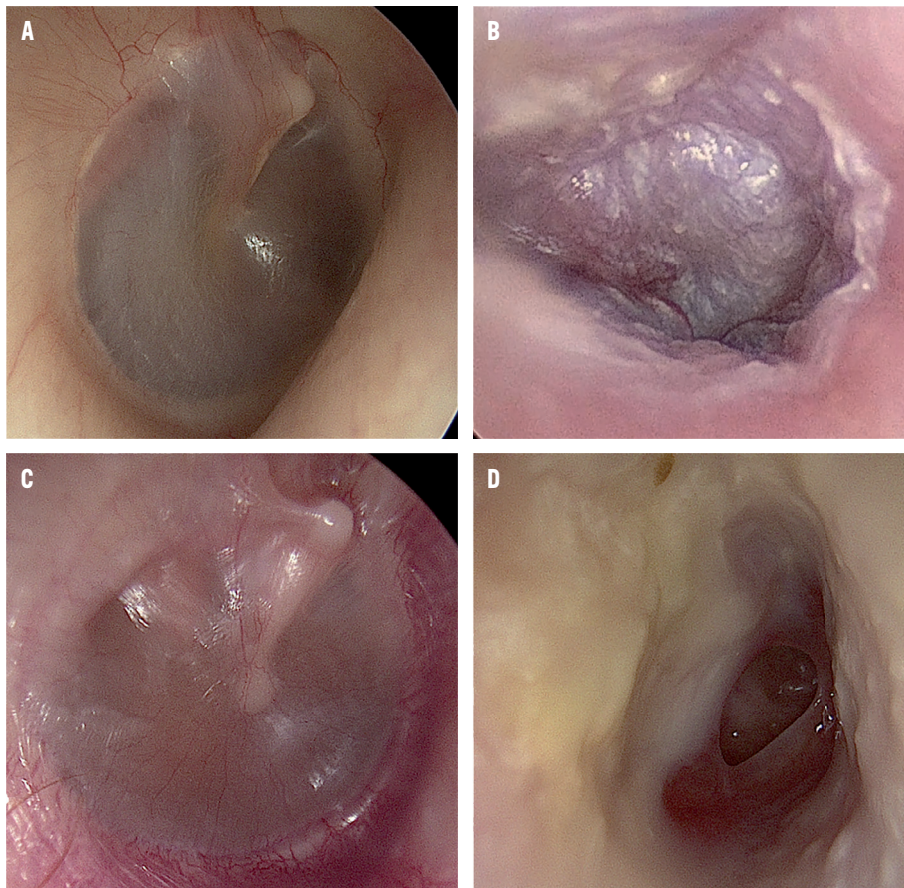


FIG 5 Acoumétrie instrumentale

L'acoumétrie instrumentale comprend les tests de **Weber** et **Rinne**, complémentaires pour caractériser une hypoacousie. Ils n'étudient qu'une fréquence et ne remplacent pas l'audiométrie tonale. Ce sont des tests simples, rapides et non coûteux, qui peuvent être réalisés dans un service d'urgence comme dans un cabinet médical.

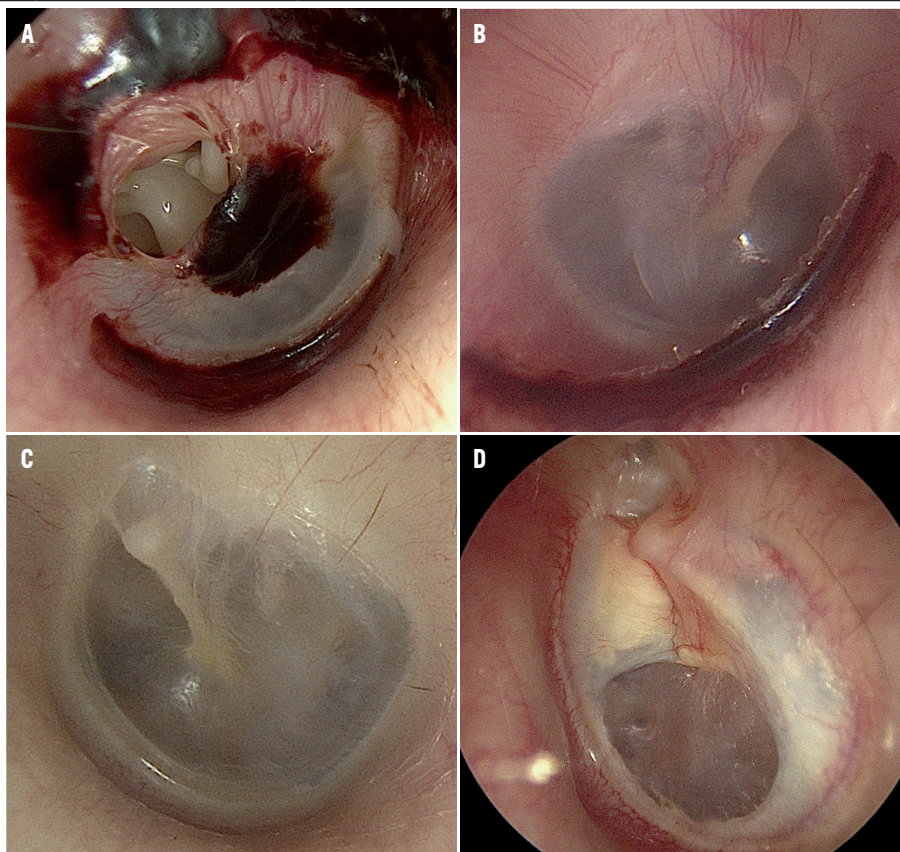
A. Test de Weber: Il évalue la conduction osseuse du son. Il est **centré** ou **latéralisé**. Dans un environnement calme, un diapason de 256 Hz ou 512 Hz est mis en vibration et appliqué sur le vertex du patient. Instruit par l'examineur, le patient répond alors si le son est perçu au centre ou latéralisé d'un côté. Si l'audition est équilibrée (audition normale ou surdité symétrique), le Weber est **centré**. En cas de surdité neurosensorielle, il est **latéralisé** du côté sain. En cas de surdité de transmission, il est **latéralisé** du côté atteint. Cette dernière propriété - plutôt contre-intuitive - correspond à l'amélioration relative de la perception osseuse du son du côté de la surdité de transmission.

B. Test de Rinne: Il compare la conduction aérienne du son à la conduction osseuse, côté par côté. Il est **positif** ou **négatif**. Le diapason est appliqué sur la mastoïde, puis placé à quelques centimètres de l'oreille du même côté. Instruit par l'examineur, le patient répond alors quelle était la stimulation la plus fortement perçue; devant ou derrière l'oreille. Le test est alors répété à la deuxième oreille. En l'absence de surdité de transmission ou si elle est très légère, le son est perçu plus nettement devant l'oreille; le Rinne est **positif**. Lors d'une surdité de transmission ≥ 30 dB HL, le son est plus nettement perçu sur la mastoïde; le Rinne est **négatif**. Cette propriété est expliquée par le fait que l'oreille externe et l'oreille moyenne amplifient un son proposé par voie aérienne, résultant en une perception sonore plus forte qu'un son de même intensité proposé par voie osseuse.



FIG 6 Perforation tympanique

A. Perforation traumatique aiguë droite; les bords sont irréguliers, couverts de sang, sans signes infectieux. L'articulation incudo-stapédienne (jonction entre l'enclume et l'étrier) et la niche de la fenêtre ronde sont visibles à l'air libre. **B.** Fermeture spontanée après 3 mois. **C.** Membrane tympanique controlatérale normale. **D.** Membrane pellucide tympanique gauche, site d'une ancienne perforation guérie, avec sclérose du reste de la membrane.



tion, une prévention des surinfections, ainsi qu'une récupération auditive, le cas échéant. Idem en cas d'hypoacousie persistante, même en cas de fermeture du tympan; il pourrait s'agir d'une lésion ossiculaire entraînant une surdité de transmission.

Remarques

Une perforation tympanique guérit parfois sous la forme d'une fine couche tympanique pellucide (**figure 6D**); une otoscopie minutieuse permet de la distinguer d'une perforation. La présence de vertiges (éventuellement accompagnés d'un nystagmus spontané), d'une paralysie faciale ou d'une acoumétrie suggérant une atteinte de perception (**figure 5**) nécessite une évaluation ORL urgente; il pourrait s'agir d'une lésion traumatique de l'oreille interne ou du nerf facial associée.

CONCLUSION

Les pathologies aiguës de la sphère ORL sont nombreuses et fréquentes à la consultation du médecin de premier recours, qui est habilité à en traiter la plupart. Une connaissance anatomique, physiologique et un bon examen clinique sont la clé d'une prise en charge adaptée. Les recommandations de traitement devraient être suivies.

Conflit d'intérêts: T. Quinodoz n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article. F. Voruz n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article, hormis avoir participé à l'étude mentionnée en référence 7.

Remerciements: les auteurs remercient Jessica Sarceno pour la réalisation de la figure 1, 2023, SWISS Foundation for Innovation and Training in Surgery (SFITS), Genève et le Dr Yannick Liard pour avoir fourni généreusement les figures 2 et 4B.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

ORCID ID:

F. Voruz: <https://orcid.org/0000-0003-2774-5507>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'otite externe se traite par une antibiothérapie topique.
- Une surdité neurosensorielle compliquant une otite moyenne aiguë doit être dépistée à l'acoumétrie au diapason (tests de Weber et Rinne).
- Plus de 80% des perforations tympaniques aiguës guérissent spontanément.

1 *Hayois L, Dunsmore A. Common and serious ENT presentations in primary care. *InnovAiT*. 2023 Nov 28;16(2):79-86. DOI: 10.1177/17557380221140131.

2 Wiegand S, Berner R, Schneider A, et al. Otitis Externa: Investigation and Evidence-Based Treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(13):224-34. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0224.

3 Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD004740. DOI: 10.1002/14651858.CD004740.pub2.

4 Ungar OJ, Bursztyn N, Shilo S, et al. Auricular Perichondritis in the Cartilage Piercing Era. *Laryngoscope*. 2025 Jul 9. DOI: 10.1002/lary.32409.

5 Ngo CC, Massa HM, Thornton RB, et al. Predominant Bacteria Detected from the Middle Ear Fluid of Children Experiencing Otitis Media: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Mar 8;11(3):e0150949 DOI: 10.1371/journal.pone.0150949.

6 *Berger C, Blanco NB, Albrich W, et al. Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie – Otite Moyenne Aiguë [En ligne]. 8 mai 2024. (Cité le 2 Octobre 2025).

Disponible sur: <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2406/fr>.

7 Voruz F, Guinand N. La myringite bulleuse démythifiée [Bullous myringitis demystified]. *Rev Med Suisse*. 2023 Oct 4;19(844):1774-9. French. DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.844.1774.

8 Haynes DS, Rutka J, Hawke M, et al. Ototoxicity of ototopical drops—an update. *Otolaryngol Clin North Am*. 2007 Jun;40(3):669-83, xi. DOI: 10.1016/j.otc.2007.03.010.

9 Bishnoi T, Marlapudi SK, Sahu PK. Factors Influencing the Outcome of

Spontaneous Healing of Traumatic Tympanic Membrane Perforation: A Clinical Prospective Observational Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023 Sep;75(3):1774-81. DOI: 10.1007/s12070-023-03722-4.

10 Adebijibi WA, Olajide GT, Olajuyin OA, et al. Pattern of tympanic membrane perforation in a tertiary hospital in Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2018 Aug;21(8):1044-9. DOI: 10.4103/njcp.njcp_380_17.

* à lire