

Ligne directrice sur l'admissibilité

Otite moyenne chronique

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : février 2005

Code [CIM-11](#) : AB01

Code médical d'ACC : 00642 otite moyenne

Définition

L'**otite moyenne chronique** est une inflammation persistante ou récurrente de l'oreille moyenne. L'oreille moyenne est une chambre d'air qui contient le mécanisme qui achemine le son de l'air de l'oreille externe au liquide de l'oreille interne. Il comprend la membrane tympanique (tympan), les osselets et leurs ligaments.

Aux fins des critères d'admissibilité d'Anciens Combattants Canada (ACC), on établit l'otite chronique ou un diagnostic équivalent lorsque la maladie est présente depuis **six mois** ou plus. Un seul incident d'otite moyenne est insuffisant aux fins des critères d'admissibilité.

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), les diagnostics équivalents pour l'otite chronique moyenne comprennent :

- otite moyenne aiguë (OMA) à répétition
- otite chronique moyenne avec épanchement
- otite chronique moyenne suppurée (OCMS).

Remarque :

- Un seul épisode d'otite moyenne aiguë n'est pas considéré comme une invalidité chronique aux fins des critères d'admissibilité.
- Aux fins d'ACC, chaque oreille est admissible séparément.
- Aux fins d'ACC, le vertige, la perte auditive ou les acouphènes peuvent faire partie du groupe de symptômes d'une affection médicale diagnostiquée, ou ils peuvent faire partie d'une affection médicale diagnostiquée primaire et indépendante. Chez les personnes qui présentent des symptômes de vertige, de perte auditive ou d'acouphènes, mais dont la cause est connue (par exemple, la maladie de Ménière) ces symptômes sont compris dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de l'affection. Avant de statuer

sur la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du vertige, de la perte auditive ou des acouphènes, ou d'une affection diagnostiquée qui peut causer ces symptômes, il faut procéder à un examen approfondi des affections précédemment admissibles et dont les symptômes se chevauchent.

Norme diagnostique

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié (spécialiste des oreilles, du nez et de la gorge, soit un oto-rhino-laryngologue [ORL], médecin de famille), une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin (dans le cadre de son champ d'exercice).

Anatomie et physiologie

L'oreille comporte trois parties distinctes. L'oreille externe se compose du pavillon/de l'auricule et du canal. Le canal mène à la membrane tympanique.

L'oreille moyenne est la cavité entre la membrane tympanique et l'oreille interne. L'oreille moyenne contient trois osselets qui transmettent le son de la membrane tympanique à l'oreille interne : le malleus, également appelé marteau, incus également appelé enclume et stapes, également appelé étrier. Normalement, l'oreille moyenne contient de l'air à la même pression que l'atmosphère. Cette pression normale est régulée par la trompe d'Eustache normalement opérationnelle, un canal qui relie l'oreille moyenne à l'arrière du nez.

L'oreille interne contient la cochlée qui perçoit le son et les canaux semi-circulaires qui perçoivent l'équilibre et la position de la tête.

Chronologie des événements qui ont entraîné une otite moyenne :

Dysfonction ou obstruction de la trompe d'Eustache :

- L'oreille moyenne est ventilée et oxygénée par l'entremise de la trompe d'Eustache, laquelle agit comme un régulateur de pression de l'oreille moyenne. Normalement, l'air de l'oreille moyenne est absorbé par la muqueuse et est continuellement remplacé par la trompe d'Eustache.
- Lorsque la trompe d'Eustache est bloquée, la pression dans l'oreille moyenne diminue et la membrane tympanique est rétractée. L'étirement de la membrane tympanique peut entraîner des saignements ou des contusions de la membrane tympanique, du liquide dans l'oreille moyenne et, à l'occasion, la rupture de la membrane tympanique.
- La trompe d'Eustache peut rester fermée pour diverses raisons.

Épanchement de l'oreille moyenne :

- Après la rétraction de la membrane tympanique, plusieurs types de liquide, appelés épanchement de l'oreille moyenne (EOM), peuvent s'accumuler dans la cavité de l'oreille moyenne. Une substance claire et aqueuse (sérum) peut être prélevée dans les tissus environnants. Une substance plus épaisse (mucus) peut être sécrétée par les glandes. Le sang des vaisseaux rompus peut s'accumuler. Ces trois types de liquide peuvent s'accumuler indépendamment ou simultanément. Avec le temps, le liquide s'épaissit et des adhérences, c'est-à-dire des bandes de tissu fibreux, peuvent se former sur les osselets et peuvent, à la limite, les détruire.

Processus infectieux :

- L'oreille moyenne peut s'infecter. En présence d'une infection, l'épanchement est décrit comme purulent ou suppuré. Les infections persistantes sont susceptibles de causer des écarts pathologiques de la muqueuse de l'oreille moyenne et une érosion ou une nécrose des osselets. De plus, elles peuvent mener à une inflammation des cellules aériennes mastoïdiennes de l'os temporal à l'intérieur de l'apophyse mastoïde, appelée une mastoïdite.
- Si le processus infectieux se poursuit, la membrane tympanique peut se rompre spontanément. Cela produit une décharge de matière purulente (otorrhée). Dans la plupart des cas, la perforation causée par la rupture de la membrane tympanique guérit spontanément. La rupture peut détruire une partie de la membrane ou créer une perforation trop grande pour guérir.
- Une perforation sur les bords de la membrane tympanique peut causer un excroissance en forme de kyste provenant de l'oreille moyenne, appelé un cholestéatome. Les cholestéatomes ont tendance à se développer et à s'étendre à l'os environnant et à la cavité mastoïdienne.

Catégories d'otites moyennes :

- L'**otite moyenne aiguë (OMA)** est une inflammation de l'oreille moyenne causée par l'EOM, par exemple, le gonflement de la membrane tympanique avec une mobilité réduite. Elle est d'origine bactérienne ou virale et peut être causée par une infection des voies respiratoires supérieures qui atteint l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, ou plus rarement, par la membrane tympanique perforée. Le principal symptôme est la douleur à l'oreille. Lors de l'examen, il y a gonflement de la membrane tympanique ou érythème de la membrane tympanique avec EOM. L'apparition récente d'un écoulement de l'oreille/d'une otorrhée peut également se produire dans une OMA compliquée.
 - L'**otite moyenne aiguë suppurée** est un sous-type d'OMA caractérisé par du pus dans l'oreille moyenne. Il peut aussi y avoir un écoulement de l'oreille si la membrane tympanique se perfore.
 - L'**otite moyenne aiguë à répétition** est définie par la survenue de :

- trois épisodes ou plus d'otite moyenne aiguë dans les six mois
 - quatre épisodes ou plus au cours d'une année, un ou plusieurs épisodes ayant eu lieu au cours des six derniers mois.
2. **L'otite moyenne avec épanchement/l'otite moyenne séreuse chronique** est une maladie inflammatoire chronique de l'oreille moyenne qui se manifeste par du liquide dans l'oreille moyenne sans signes ou symptômes d'infection aiguë de l'oreille. Elle est souvent indolore à moins que la membrane tympanique ne se rétracte considérablement. L'épanchement peut continuer de couler même après la guérison. L'examen et l'inspection, au moyen de l'otoscopie pneumatique ou de la tympanométrie, indique que la mobilité de la membrane tympanique est réduite; que la membrane tympanique est opaque, ou qu'il y a une interface air-liquide visible derrière la membrane tympanique. La membrane tympanique n'est pas enflammée.
- Les termes suivants sont utilisés pour décrire cette affection, mais une clarification du diagnostic serait nécessaire :
- otite moyenne sécrétoire
 - otite moyenne mucoïde
 - otite moyenne séreuse
 - épanchement de l'oreille moyenne
 - épanchement chronique séreux
 - otite chronique moyenne avec épanchement persistante.
3. **L'otite chronique moyenne suppurée (OCMS)** est une inflammation chronique de l'oreille moyenne et de la mastoïde avec perforation de la membrane tympanique. Elle est indolore, persistante ou intermittente, et caractérisée par des écoulements/de l'otorrhée. Cela comprend les personnes qui ont un tube chirurgicalement inséré à travers la membrane tympanique destiné à prévenir le développement d'une pression négative dans l'oreille moyenne, appelé un tube transtympanique. Le problème survient habituellement à la suite d'une perforation de la membrane tympanique causée par une otite moyenne aiguë. Les bactéries pénètrent dans l'oreille moyenne par la perforation de la membrane tympanique ou par un tube transtympanique, le cas échéant.

Caractéristiques cliniques

L'otite moyenne est l'une des causes les plus courantes de la surdité de transmission. Elle s'accompagne d'une fluctuation de l'acuité auditive. La perforation de la membrane tympanique peut également susciter un écoulement de l'oreille. Des acouphènes peuvent accompagner l'otite moyenne chronique.

En général, une otite moyenne sans perforation de la membrane tympanique entraîne une diminution minime de l'acuité auditive, soit d'environ 30 décibels (dB). Il se peut que l'infection ait une incidence plus grave sur les fréquences basses que

sur les fréquences élevées; elle peut entraîner une diminution jusqu'à 1000 Hz. Les ruptures ossiculaires sont associées à des surdités de transmission profondes; elles représentent une perte auditive d'environ 60 dB.

Le traitement varie en fonction des particularités de l'affection. Selon l'origine du dysfonctionnement, il peut être nécessaire d'opérer. En cas de risque de rupture spontanée de la membrane tympanique, on peut devoir procéder à une incision de celle-ci (paracentèse), ou devoir insérer un drain transtympanique. On peut également, si la perforation ne se cicatrise pas, recourir à une greffe (myringoplastie). La myringoplastie fait partie de la catégorie des opérations de reconstruction appelées tympanoplasties.

Les otites chroniques moyennes sont beaucoup plus courantes chez les enfants que chez les adultes. Lorsqu'on compare les taux d'occurrence, la présentation ou les symptômes de l'otite chronique moyenne chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin, on ne trouve aucune différence.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Aux fins de l'admissibilité à ACC, on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. **Otite moyenne aiguë (OMA)** avec ou sans rupture de la membrane tympanique, immédiatement avant l'apparition clinique ou l'aggravation de l'otite moyenne chronique.
2. **Perforation persistante de la membrane tympanique** causée par l'utilisation d'un tube transtympanique, immédiatement avant l'apparition clinique ou l'aggravation de l'otite moyenne chronique.

3. **Rupture de la membrane tympanique causée par un traumatisme** avant l'apparition clinique ou l'aggravation de l'otite moyenne chronique.

La rupture de la membrane peut être causée de l'extérieur par un corps étranger comme un cure-dent ou un écouvillon. Elle peut également être causée par un traumatisme indirect, y compris une lésion par souffle (explosion), un coup à l'oreille ou une chute sur l'oreille.

Remarque : La plupart des perforations guériront en huit semaines sans intervention, selon la taille de la perforation. Les perforations qui touchent plus de la moitié de la membrane tympanique sont susceptibles d'avoir besoin d'une intervention chirurgicale.

4. **Dysfonctionnement/obstruction de la trompe d'Eustache** avant l'apparition clinique ou l'aggravation de l'otite chronique moyenne.

Les éléments suivants peuvent causer ou aggraver le dysfonctionnement/obstruction de la trompe d'Eustache :

- barotraumatisme
- infection des voies respiratoires supérieures
- maturation incomplète de la trompe d'Eustache (se produit habituellement à l'adolescence)
- développement anormal ou incomplet des muscles quiouvrent la trompe auditive (comme la fissure palatine congénitale)
- obstruction de l'entrée de la trompe d'Eustache dans le nasopharynx en raison d'une allergie, de polypes nasaux, d'une tumeur maligne locale ou d'une fibrose subséquente à la radiothérapie
- enflure des tissus adénoïdes autour de la trompe d'Eustache causée par une allergie ou une infection
- tissu cicatririel après l'adénoïdectomie
- maladies neurologiques et neuromusculaires dégénératives, y compris :
 - myasthénie grave
 - sclérose en plaques
 - maladie de Parkinson.

5. Incapacité d'obtenir un **traitement médical approprié** de l'otite chronique moyenne.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de l'otite moyenne chronique.

- Perforations de la membrane tympanique
- Mastoïdite chronique
- Cholestéatome

Section C : Affections courantes pouvant découler en totalité ou en partie d'une otite moyenne chronique et/ou de son traitement

La section C est une liste des affections qui peuvent être causées ou aggravées par l'otite moyenne chronique ou son traitement. Les affections énumérées à la section C ne sont pas comprises dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de l'otite chronique moyenne. Une décision relativement à l'admissibilité consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis du cas appuient une relation corrélative.

Les affections autres que celles énumérées à la section C peuvent être prises en considération; il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

- Perte auditive
- Acouphènes
- Vertige
- Neuropathie du nerf facial
- Otite externe chronique

Remarque : Bien que les affections suivantes se résolvent normalement complètement, dans certains cas, elles peuvent causer des séquelles permanentes. Il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

- Méningite
- Abcès sous-dural
- Abcès cérébral

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Hypoacusie – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Acouphènes – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles liés au vertige – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance – Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne – Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité – Politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive – Politiques](#)
- [Bénéfice du doute – Politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2003). *Statement of principles concerning acoustic neuroma, reasonable hypothesis, No 1 of 2003.* [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2003). *Statement of principles concerning acoustic neuroma, balance of probabilities, No 2 of 2003.* [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2022). *Statement of principles concerning acoustic neuroma, reasonable hypothesis, No 62 of 2022.* [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2022). *Statement of principles concerning acoustic neuroma, balance of probabilities, No 63 of 2022*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Berkow, Robert and Andrew J. Fletcher, eds. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 16th ed. New Jersey: Merck, 1992.

Biswas, R., Genitsaridi, E., Trpchevska, N., Lugo, A., Schlee, W., Cederroth, C. R., Gallus, S., & Hall, D. A. (2022). Low evidence for tinnitus risk factors: A systematic review and Meta-analysis. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology*, 24(1), 81–94. <https://doi.org/10.1007/s10162-022-00874-y>

Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998

Flint, P. W. (Ed.). (2021). *Cummings otolaryngology: Head and neck surgery* (Seventh edition). Elsevier.

Hallowell Davis and S. Richard Silverman. *Hearing and Deafness*. 4th ed. Montreal: Holt Rineheart and Winston, 1978, pp 107 - 111.

Kliegman, R., Toth, H., Bordini, B. J., & Basel, D. (Eds.). (2023). *Nelson pediatric symptom-based diagnosis: Common diseases and their mimics* (Edition 2). Elsevier.

Liu, X., & Yan, D. (2007). Ageing and hearing loss. *The Journal of Pathology*, 211(2), 188–197. <https://doi.org/10.1002/path.2102>

Limb, C., Lustig, L., & Durand, M. (2023). Acute Mastoiditis in Adults. *UpToDate*.

McCormack, A., Edmondson-Jones, M., Somerset, S., & Hall, D. (2016). A systematic review of the reporting of tinnitus prevalence and severity. *Hearing Research*, 337, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2016.05.009>

Newby, Hayes A. and Gerald R. Popelka. Audiology. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1992, pp 71 - 80

Paparella, Michael and Donald A. Shumrick, et al, eds. Otolaryngology Vol II Otology and Neuro-Otology. 3rd ed. Chapter 45. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991.

Poe, D. & Corrales, C. E. (n. d.). Eustachian Tube Dysfunction. Retrieved November 30, 2023 from

Rosenfeld, R. M., Shin, J. J., Schwartz, S. R., Coggins, R., Gagnon, L., Hackell, J. M., Hoelting, D., Hunter, L. L., Kummer, A. W., Payne, S. C., Poe, D. S., Veling, M., Vila, P. M., Walsh, S. A., & Corrigan, M. D. (2016). Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 154(1 Suppl), S1-S41. <https://doi.org/10.1177/0194599815623467>

Von Pritchett, C. (2023). Otitis Media with Effusion (OME). DynaMed. <https://www.dynamamed.com/condition/otitis-media-with-effusion-ome/alerts>

Wald, E. (2023). Acute mastoiditis in children. *UpToDate*.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>

Yong, J., & Wang, D.-Y. (2015). Impact of noise on hearing in the military. *Military Medical Research*, 2(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40779-015-0034-5>

Zanon, A., Sorrentino, F., Franz, L., & Brotto, D. (2019). Gender-related hearing, balance and speech disorders: A review. *Hearing, Balance and Communication*, 17(3), 203–212. <https://doi.org/10.1080/21695717.2019.1615812>