

Les Éditions Rogers Media

Kenneth Whyte, Président

Patrick Renard, Vice-président, Finances

Janet Smith, Éditrice exécutive, Groupe Santé

Sandra Parente, Directrice générale de Rogers Connecte, titres d'affaires et professionnels

WEB

David Carmichael, Directeur général des activités en ligne

Tricia Benn, Directrice principale, Études de marché Rogers connecte

Pour nous joindre :

Québec Pharmacie, 1200 avenue McGill College, bureau 800, Montréal (Québec) H3B 4G7.
Téléphone : 514 845-5141, Télécopieur : 514 843-2184, Courriel : quebecpharmacie@rci.rogers.com ou

Abonnement ou changement d'adresse

Pour les pharmaciens

Ordre des pharmaciens du Québec

par courriel : ordrepharm@opq.org

par télécopieur : 514 284-3420

par téléphone : 514 284-9588

Pour les non-pharmaciens

1200, McGill College, bureau 800

Montréal (Québec) H3B 4G7

Francine Beauchamp, coordonnatrice de la diffusion

Tél. : 514 843-2594 • Téléc. : 514 843-2182

francine.beauchamp@rci.rogers.com

Tarifs : Canada : 76 \$ par année, 113 \$ pour 2 ans, 8 \$ l'exemplaire. Tarif de groupe/vrac : 61 \$ (min. 6 exemplaires). États-Unis et international (abonnement individuel seul) : 110 \$ par année. Taxes en vigueur non comprises.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada ISSN 0826-9874. Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique. Envoi de poste - publications, convention n° 40070230.

Québec Pharmacie est imprimé par Imprimeries Transcontinental et est publié 8 fois l'an par Rogers Media.

Vous pouvez consulter notre politique environnementale à : www.leseditionsrogers.ca/about_rogers/environmental.htm



À VOTRE SERVICE SANS ORDONNANCE

L'otite du baigneur

À la faveur du temps chaud et humide, et de la fréquentation des piscines et des lacs qui s'ensuit, nous devons nous attendre à une augmentation des consultations au sujet de possibles otites du baigneur. Les personnes atteintes vont souvent se tourner vers le pharmacien afin de régler rapidement leur problème. Ce professionnel de la santé doit donc savoir distinguer les cas d'otite du baigneur pouvant se traiter en automédication de ceux pour lesquels une consultation médicale est requise. Cet article servira de guide pour le pharmacien afin qu'il soit en mesure de reconnaître les caractéristiques de l'otite et de la traiter par les médicaments à sa disposition.

Étiologie

L'otite externe aiguë (OEA), ou otite du baigneur, se définit par une inflammation diffuse de la membrane cutanée et des tissus mous recouvrant le canal auditif externe. L'OEA est l'une des infections les plus fréquentes dans la population en général. Elle peut se produire chez tous les groupes d'âge, mais elle est plutôt rare chez les moins de deux ans. De plus, son incidence serait plus élevée de 5 à 14 ans, puis elle diminuerait avec l'avancement en âge. Selon différentes études épidémiologiques, environ 10 % de la population des États-Unis souffrira d'au moins une OEA durant sa vie¹⁻³. Par ailleurs, cette infection survient majoritairement durant la saison estivale. Cela s'explique fort probablement par l'augmentation de l'humidité ambiante et de la participation accrue aux activités aquatiques.

D'après les données collectées par Rosenfeld et coll., la grande majorité des OEA en Amérique du Nord serait d'origine bactérienne, soit près de 98 %². Une infection fongique est donc rarement à suspecter. Elle peut toutefois se manifester à la suite d'un traitement antibiotique ou en présence d'une infection chronique¹. Les pathogènes les plus souvent impliqués seraient *Pseudomonas aeruginosa* (Gram négatif), avec une prévalence 20 % à 60 %, et *Staphylococcus aureus* (Gram positif), avec une prévalence de 10 % à 70 %. Les autres pathogènes seraient principalement des bactéries à Gram négatif, par exemple les entérobactéries, et elles ne seraient impliquées que dans 2 % à 3 % des cas d'OEA².

Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent favoriser l'apparition d'une telle infection bactérienne. Le nettoyage abusif du conduit auditif externe afin de retirer le cérumen y prédisposerait. Le cérumen, agent inerte possédant un pH légèrement acide, empêcherait la croissance des bactéries dans le conduit externe^{1,4}. Ainsi, en altérant l'intégrité de cette « cire naturelle », on favoriserait en quelque sorte la croissance bactérienne. De plus, la baignade serait l'un des facteurs les plus souvent associés à l'OEA. L'eau retenue dans le conduit auditif, en favorisant la macération du tissu, augmenterait le pH otique, ce qui favoriserait la prolifération des bactéries, surtout les grams

Texte rédigé par **Ghyslain Barrette**, B. Pharm.

Texte original remis le 3 mai 2012.

Texte final remis le 14 mai 2012.

Révision : Julie Martineau, B. Pharm., et Nancy Desmarais, B. Pharm.

Tableau I Signes et symptômes de l'otite externe^{1,2,5,6}

- Otalgie intense (pouvant être exacerbée si on tire sur le pavillon)
- Démangeaison/prurit
- Sensation de plénitude ou de liquide dans l'oreille
- Diminution possible de l'acuité auditive
- Présence d'un écoulement pouvant être purulent ou clair

À VOTRE SERVICE SANS ORDONNANCE

néгатifs¹. Un traumatisme causé soit par un gratage trop intense de l'oreille ou par l'utilisation de cotons-tiges peut également prédisposer le patient à l'infection. Les problèmes dermatologiques, tels que l'eczéma et le psoriasis, ainsi que le port d'un appareil qui crée une occlusion du canal externe (écouteurs, bouchons antibruits, prothèse auditive) sont aussi des facteurs pouvant favoriser une infection.

Signes et symptômes

Afin de pouvoir conseiller le patient le mieux possible, il est important que les pharmaciens soient en mesure de reconnaître les signes et les symptômes reliés à l'OEA. Le patient risque fortement de se plaindre d'une otalgie intense, généralement exacerbée au moment où l'on tire sur le pavillon de l'oreille ou bouge la mâchoire. Le prurit est également un symptôme fréquent chez le patient. Ce symptôme survient généralement après quelques heures suivant une exposition à l'eau. De plus, il est possible que le patient ressente une sensation de plénitude de l'oreille, pouvant s'accompagner d'une diminution de l'acuité auditive. Par ailleurs, un écoulement purulent coloré et nauséabond peut également être un signe d'infection^{1,2,5,6}. Le **tableau I** résume les signes et symptômes les plus courants de l'otite du baigneur.

Lorsque le patient manifeste d'autres symptômes, plus rares toutefois, comme des vertiges,

un écoulement contenant du sang ou une douleur importante subite pouvant laisser croire à une perforation du tympan, le pharmacien se doit de lui recommander une consultation médicale. Cette consultation est également requise chez une personne diabétique ou immunosupprimée, car ce type de patient est plus à risque de faire une complication^{6,7}.

Complications possibles

L'otite du baigneur n'est généralement pas une affection très sérieuse. Cependant, si elle n'est pas traitée adéquatement, des complications peuvent survenir. Une cellulite périauriculaire peut se développer, ce qui engendre un œdème ainsi qu'une sensation de chaleur autour de l'auricule. Cette complication nécessite un traitement antibiotique oral. Par ailleurs, l'otite externe maligne (otite externe nécrosante) est une autre complication possible de l'otite externe. Elle survient majoritairement chez les personnes âgées, les diabétiques, ainsi que chez les patients immunosupprimés. Cette infection peut s'étendre jusqu'au cartilage et aux os à l'extérieur de l'oreille et peut entraîner la formation d'une nécrose tissulaire^{1,5}.

Stratégies de prévention

Quelques mesures sont suggérées aux personnes sujettes aux otites à répétition afin de réduire le ris-

que d'infection du canal auditif externe. Après la baignade, il est conseillé d'assécher le plus possible les oreilles, avec un mouchoir ou une serviette. Un conduit sec réduit le risque de prolifération des bactéries⁴. De plus, l'utilisation de bouchons de protection en silicone pourrait empêcher l'eau de pénétrer dans le conduit, ces bouchons étant imperméables^{2,8}. Par ailleurs, l'utilisation de quelques gouttes (4 à 6 gouttes) d'une solution acidifiante peu après la sortie de la piscine réduirait le risque d'infection puisque le pH otique en serait diminué; la prolifération des bactéries serait ainsi freinée. Autant une solution commerciale en vente libre comme l'acétate d'aluminium 0,5 % (Buro-Sol^{MC} otique) qu'une solution maison d'alcool isopropylique 70 % et de vinaigre (rapport 2:1) pourrait être utilisée en prophylaxie^{2,9}. Cependant, il est important de mentionner qu'il n'est pas recommandé d'utiliser en prophylaxie les gouttes antibiotiques (gramicidine + polymyxine B) vendues sans ordonnance, car elles augmenteraient inutilement le risque de développer une résistance bactérienne.

Traitement

La prise en charge du traitement de l'otite externe comprend généralement trois étapes importantes: le nettoyage du conduit, la maîtrise de la douleur et le traitement de l'infection. Par ailleurs, il faudrait rappeler au patient l'importance d'éviter de mettre la tête dans l'eau lors de la baignade pendant 10 jours après le début de l'infection.

Nettoyage

Le nettoyage du canal externe avec un linge doux constitue la première étape. Le fait de retirer les desquamations de la peau et le matériel purulent du conduit auditif facilite généralement la pénétration des gouttes otiques dans le site de l'inflammation et favorise la guérison¹⁰. L'utilisation de cotons-tiges est à proscrire dans ce cas, car ils risquent de causer un microtraumatisme ou d'en exacerber l'intensité.

Maîtrise de la douleur

La douleur associée à l'otite du baigneur est le principal symptôme qui nuise au fonctionnement normal des patients dans la vie de tous les jours³. Afin d'améliorer leur qualité de vie, l'utilisation d'analgésiques systémiques oraux comme l'acétaminophène ou l'ibuprofène est conseillée. Les anesthésiques topiques comme la lidocaïne et la benzocaïne ne seraient pas à privilégier, car leur action n'est que de courte durée et ils sont susceptibles de causer une dermatite de contact pouvant exacerber l'OEA. De plus, aucune étude n'aurait à ce jour démontré l'efficacité de l'association benzocaïne et antipyrine (Auralgan^{MC}) pour diminuer les symptômes d'otalgie. Ainsi, l'Auralgan ne devrait plus être considéré parmi les options pertinentes pour le soulagement de la douleur otique^{2,3}. Par ailleurs, aucune mesure non pharmacologique contre la

Tableau II
Produits en vente libre

	Dosage	Particularités
Acétate d'aluminium 0,5 % (Buro-Sol)	4-6 gouttes QID	Agent acidifiant Aucune résistance associée
Polymyxine b et Gramicidine (Polysporin ^{MC} gouttes ophtalmiques/otiques)	2 gouttes TID-QID	La gramicidine couvre partiellement <i>S. aureus</i> . Résistance possible de <i>P. aeruginosa</i>
Polymyxine b et Lidocaïne (Polysporin plus analgésique)	2 gouttes TID-QID	Ne couvre pas <i>S. aureus</i> . Résistance possible de <i>P. aeruginosa</i> Risque de dermatite de contact

Tableau III
Technique d'administration des gouttes otiques^{2,12,13}

1. Réchauffer les gouttes otiques à la température du corps pendant quelques minutes (ne pas faire chauffer au micro-ondes)
2. Pencher la tête ou se coucher sur le côté
3. Placer l'embout de la bouteille près du canal auditif, sans toutefois l'insérer à l'intérieur.
4. Tirer l'oreille vers le haut et l'arrière pour ouvrir le canal auditif chez l'adulte. Chez l'enfant de moins de trois ans, tirer plutôt l'oreille vers le bas et l'arrière.
5. Après l'application des gouttes, il est important de garder la position pendant quelques minutes afin qu'elles puissent agir adéquatement.

douleur n'a été étudiée comme telle, mais l'utilisation d'un coussin chauffant tiède placé sur l'oreille semblerait produire un certain bienfait¹¹.

Traitement de l'infection

Le traitement topique est à prioriser dans les cas d'OEA, car il permet d'obtenir des concentrations d'antibiotiques très élevées au site d'inflammation ainsi qu'une concentration près de 100 à 1000 fois plus élevée que par voie systémique. Le second avantage d'un traitement topique est la faible absorption systémique du médicament, d'où un très faible risque d'effets indésirables systémiques^{2,3}. La durée habituelle d'un tel traitement est de 5 à 10 jours, ou jusqu'à 3 jours après la résolution des symptômes. On trouve plusieurs solutions contre l'otite du baigneur en pharmacie. Cependant, elles requièrent presque toutes une ordonnance médicale. Seuls les agents topiques en vente libre seront abordés dans ce segment.

Tout d'abord, mentionnons qu'il existe un produit qui n'est pas à proprement parler un antibiotique, mais dont l'efficacité est reconnue dans le traitement de l'OEA. Cet agent est l'acétate d'aluminium 0,5 % (Buro-Sol otique), produit acidifiant qui vient diminuer le pH du canal auditif externe. En abaissant le pH sous la barre de 6, il inhibe la croissance de *Pseudomonas aeruginosa* et de *Staphylococcus aureus*. Ces bactéries nécessitent un pH variant entre 6 et 7 afin de croître dans leur environnement¹⁰. La dose recommandée est de quatre à six gouttes quatre fois par jour et le traitement doit se poursuivre jusqu'à trois jours après la fin des symptômes⁶. Aucune résistance bactérienne ne serait asso-

ciée à cet agent. L'acétate d'aluminium est un traitement généralement bien toléré, toutefois, il est parfois associé à de l'irritation locale qui se manifeste par une sensation de brûlure¹⁰.

Les deux antibiotiques en vente libre sont la polymyxine B et la gramicidine. Nous les retrouvons en association au laboratoire pharmaceutique. La combinaison idéale doit couvrir adéquatement les deux bactéries les plus communes dans l'OEA, soit *Pseudomonas* et *Staphylococcus aureus*. De plus, elle doit causer le moins d'effets indésirables possible. Dans cette partie, chaque antibiotique sera analysé de façon individuelle afin d'en connaître le spectre et les inconvénients. La polymyxine B est un polypeptide antimicrobien qui couvre presque exclusivement les bactéries Gram négatif. Elle est efficace contre le principal agent causal de l'otite externe, *Pseudomonas*^{9,10}. Par contre, une résistance de ce dernier s'installerait rapidement. Cet antibiotique semble bien toléré par les patients. De son côté, la gramicidine est un antibiotique dont le mécanisme est plutôt inconnu. Son spectre d'action vise majoritairement les bactéries Gram positif. Elle ne serait donc pas efficace contre *Pseudomonas* et aurait une activité partielle contre *Staphylococcus aureus*. Cependant, cet agent serait lui aussi bien toléré. Deux combinaisons sont offertes sans ordonnance, soit l'association de 10 000 U de polymyxine B et de 0,025 mg de gramicidine par millilitre de solution, ou une association de 10 000 U de polymyxine B et de 50 mg de lidocaïne par millilitre de solution (Polysporin plus analgésique). Ces produits otiques sont généralement bien tolérés. Le prurit (7 %) et une réaction au site de dépôt

des gouttes (5 %) sont les effets indésirables les plus susceptibles de se présenter. Par contre, l'association avec la lidocaïne risque en plus de causer une dermatite de contact et ainsi d'exacerber l'infection². Les deux produits antibiotiques doivent être administrés de la même façon, soit deux gouttes dans l'oreille atteinte trois à quatre fois par jour, et ce, jusqu'à trois jours après la disparition des symptômes. Vous trouverez au **tableau II** un résumé des doses et des particularités de chacune des options en vente libre.

Habituellement, la réponse au traitement est assez rapide, si bien que l'on peut s'attendre à une diminution importante de l'otalgie après deux à trois jours de traitement, alors que la résolution complète des symptômes apparaît environ en quatre à sept jours³. En cas d'absence de réponse adéquate après 48 à 72 heures, il faut penser à diriger le patient vers une consultation médicale, car on fait possiblement face à un échec du traitement. Certaines causes d'échec, comme un mauvais diagnostic (présence d'une infection fongique, par exemple) ou une résistance bactérienne, ne sont pas du ressort du pharmacien. Cependant, il est de notre responsabilité de prévenir les causes d'échec liées à une mauvaise technique d'administration ou à une inobservance de la part des patients. Ainsi, lors du conseil à donner, il est primordial d'enseigner au patient la technique d'application des gouttes de façon adéquate, en plus d'insister sur l'importance d'une administration fréquente (trois à quatre fois par jour). Le **tableau III** vient préciser les informations pertinentes à communiquer au sujet de cette technique d'administration des gouttes. ■

Références

1. **Goguen L.** External otitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. [En ligne. Page consultée le 14 avril 2012.] www.uptodate.com
2. **Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, et coll.** Clinical practice guideline: Acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 134: 54-523.
3. **Trinh Truc Ba.** Les otites du baigneur. *Le médecin du Québec*, novembre 2007 vol 42; 11: 25-31.
4. **Passeportsanté.net.** Otite du baigneur: le rôle protecteur de la cire d'oreille. [En ligne. Page consultée le 21 avril 2012.] www.passeportsante.net.
5. **Mayo Clinic.** Swimmer's ear. [En ligne. Page consultée le 21 avril 2012.] www.mayoclinic.com.
6. **Ang A, Bouchard P, Champagne MC, et coll.** Le Guide pratique de l'automédication 2007, 2^e édition: 191-3.
7. **Drug information online.** Otitis externa. [En ligne. Page consultée le 19 avril 2012.] www.drugs.com.
8. **Shevchuk Y.** Otitis media and otitis externa. Dans: Repchinsky C, éd. *Patient self-care, Helping patients make therapeutic choices.* Ottawa: Canadian Pharmacists Association 2010: 149-59.
9. **Gilbert DN, Sande MA, Moellering RC, et coll.** The Sanford guide to antimicrobial therapy. 35^e édition. Hyde Park: Antimicrobial Therapy Inc. 2005.
10. **Goguen L.** External otitis: Treatment. [En ligne. Page consultée le 15 avril 2012.] www.uptodate.com
11. **Vigilance santé.** Otite du baigneur. [En ligne. Page consultée le 21 avril 2012.] www.vigilance.ca
12. **Osguthorpe JD, Nielsen DR.** Otitis externa: Review and clinical update. *Am Fam Physician* 2006; 74: 1510-6.
13. **Meunier P.** Les bouchons de cérumen. À votre service sans ordonnance. *Québec Pharmacie.* 2008; 55(3): 11-4.

QUESTIONS DE FORMATION CONTINUE

1) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux ?

- A. L'otite externe survient surtout chez les enfants de moins de deux ans.
- B. La majorité des otites du baigneur est d'origine bactérienne.
- C. Le cérumen aurait un pH acide qui viendrait freiner la croissance bactérienne et aiderait à prévenir une infection.
- D. Lorsqu'un patient diabétique se présente à la pharmacie avec une otite externe, le pharmacien devrait lui recommander fortement de consulter un médecin.

2) Parmi les énoncés suivants, lequel est vrai ?

- A. Les entérobactéries sont les bactéries les plus souvent impliquées dans une otite externe.
- B. L'Auralgan est l'analgésique le plus recommandé en cas d'otalgie liée à l'otite externe.
- C. Le traitement topique de l'otite du baigneur est à prioriser par rapport aux antibiotiques *per os*.
- D. Chez l'adulte, il faut tirer l'oreille vers le bas et l'arrière pour ouvrir le canal auditif.

Répondez maintenant en ligne. Voir www.professionsante.ca, section **Ma FC en ligne**; rechercher **Québec Pharmacie**, juillet-août 2012.