

Techniques de soin

1 Matériel requis

- **Équipement de protection individuelle (ÉPI)**
 - gants non stériles, si risque de contact avec des liquides biologiques
- Otoscope
- Spéculum auditif
- Solution hydroalcoolique (SHA) pour l'hygiène des mains
 - sauf si contre-indiquée
- Nettoyant et désinfectant pour la surface de travail et l'otoscope
 - utiliser ceux suggérés par le protocole de l'établissement ou par le fabricant.

Optionnel

- Gaze ou débarbouillette humide pour l'hygiène de l'oreille.

2 Procédure(s) – Section 1

Note : L'examen clinique complet de l'oreille inclut l'examen de l'oreille externe et l'évaluation de l'audition. Cette seconde part de l'examen clinique de l'oreille est présentée dans la MSI [Tests de dépistage auditif](#).

Étapes préexécutaires

- Vérifier les antécédents médicaux au dossier de l'utilisateur
 - compléter, au besoin, les informations auprès des personnes proches aidantes
- Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) ou le dossier
 - évaluer les précautions de base et additionnelles à mettre en place
 - déterminer l'ÉPI à revêtir et **le moment opportun** pour le faire
 - voir MSI : [Cadre de référence en prévention et contrôle des infections \(PCI\)](#)
- Rassembler le matériel
- Procéder à l'[Hygiène des mains](#).

Préparer l'utilisateur

- Procéder à l'[Identification sans équivoque d'un usager](#)
- Expliquer la procédure à l'utilisateur ou aux personnes proches aidantes et obtenir le consentement
 - aviser l'utilisateur de l'importance de ne pas bouger durant l'examen à l'otoscope
 - demander la collaboration d'une personne significative (ex. : parent, personne proche aidante) pour le trottineur, le nourrisson ou la personne qui collabore peu ou pas (ex. : troubles cognitifs)
- Assurer l'intimité de l'utilisateur

Note : Le positionnement spécifique de l'inspection avec otoscope est précisé dans les étapes exécutaires.

Préparer le matériel

- Ajuster la surface de travail et la nettoyer, puis la désinfecter
- Déposer le matériel sur la surface de travail
- Désinfecter l'otoscope selon les recommandations du fabricant ou le protocole de l'établissement.

Étapes exécutaires

1. Procéder à l'hygiène des mains

2. Mettre l'ÉPI OU le compléter, si opportun
3. Procéder à l'examen en commençant par l'oreille non douloureuse, le cas échéant, et en respectant la séquence suivante :
 - Section A : [Inspection](#)
 - Section B : [Palpation](#)
 - Section C : [Inspection à l'aide de l'otoscope](#).

A) Inspection

1. Observer les structures externes de l'oreille
2. Noter :
 - la morphologie (ex. : symétrie, hauteur du pavillon, déviation, difformités)
 - la coloration (ex. : approprié au teint)
 - l'intégrité (ex. : lésion, croûte, écoulement)
3. Répéter les étapes « **1 et 2** » pour l'autre oreille
4. Procéder soit :
 - à la [Palpation](#)
 - à l'[Inspection à l'aide de l'otoscope](#)
 - aux [Étapes postexécutoires](#).

B) Palpation

1. Exercer une légère pression avec la pulpe des doigts sur une zone de l'oreille externe
2. Effectuer une légère rotation, PUIS relâcher
3. Déplacer les doigts sur la zone adjacente et répéter les étapes « **1 et 2** » afin d'examiner toutes les structures externes de l'oreille
 - noter la texture, l'élasticité, l'intégrité, la présence de ganglions ainsi que les zones de sensibilité
4. Exercer une pression ferme avec la pulpe des doigts au niveau du tragus et du processus mastoïde
 - noter toute douleur
5. Mobiliser l'oreille :
 - a. tirer doucement vers le haut, vers le bas et l'arrière
 - noter la présence de douleur à la mobilisation
 - b. plier le pavillon de l'oreille vers l'avant, PUIS relâcher
 - noter s'il reprend sa position initiale
6. Répéter les étapes « **1 à 5** » pour l'autre oreille
7. Procéder soit :
 - à l'[Inspection à l'aide de l'otoscope](#)
 - aux [Étapes postexécutoires](#).

C) Inspection à l'aide de l'otoscope



Approche pour la clientèle pédiatrique (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019)



- Utiliser des stratégies de diversion pour diminuer les craintes de l'enfant pendant l'examen de l'oreille, telles que :
 - permettre à l'enfant de manipuler l'otoscope
 - permettre l'adaptation à la sensation du spéculum dans l'oreille
 - introduire doucement le spéculum dans l'oreille et le retirer rapidement
 - permet à l'enfant de comprendre que la procédure n'est pas douloureuse
 - mentionner à l'enfant que vous recherchez un objet imaginaire dans son oreille à l'aide de l'otoscope
 - lui préciser, à la fin de la procédure, que ce n'était qu'un jeu
- Commencer par l'oreille non douloureuse
 - lors de l'examen de l'oreille douloureuse : toucher d'abord une zone non douloureuse

1. Nettoyer l'extérieur du conduit auditif des deux oreilles avec une gaze ou une débarbouillette humide, en présence de débris ou saleté
2. Choisir le plus grand spéculum que le conduit auditif peut recevoir
 - permet de diriger aisément la lumière dans le conduit auditif
 - de façon générale, les spéculums des diamètres suivants sont adaptés (Chang & Pedler, 2005; Hockenberry, 2019) :
 - aux adultes : 5 mm

- aux enfants : 4 mm
- aux nourrissons et trottineurs : de 2 à 3 mm

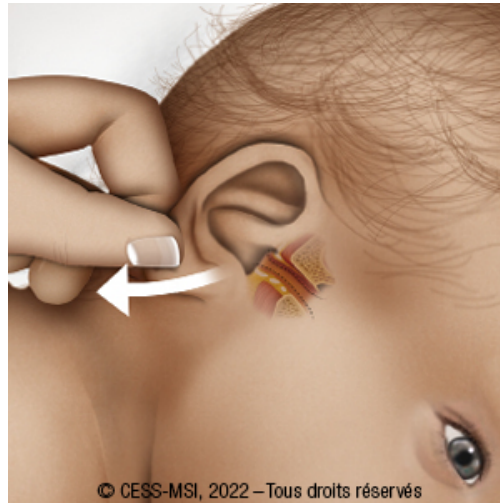
3. Ajuster le spéculum choisi à l'otoscope

4. Installer l'usager :

Adulte ou enfant en mesure de collaborer à l'examen (Bickley et al., 2021)	Trottineur et nourrisson (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Demander à l'usager de s'installer <ul style="list-style-type: none"> ◦ en position assise ◦ avec la tête en légère flexion latérale vers l'épaule opposée à l'oreille à examiner • Ajuster la hauteur de l'usager : son oreille doit arriver à la hauteur des yeux du professionnel <ul style="list-style-type: none"> ◦ permet une position ergonomique durant la visualisation de l'oreille 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la personne significative de tenir le trottineur ou nourrisson adéquatement <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>en position couchée</u> : sur le dos ou le ventre ou en position de Sims sur le côté opposé à l'oreille à examiner <ul style="list-style-type: none"> ▪ en maintenant la tête et les bras de l'enfant pour les immobiliser <div data-bbox="987 569 1385 968" style="text-align: center;">  <p>© CEES-MSI, 2022 – Tous droits réservés</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>en position assise</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ en s'assoiant sur une chaise afin <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'asseoir l'enfant sur une de ses cuisses ▪ de placer <ul style="list-style-type: none"> ▪ le bras de l'enfant sous son aisselle ▪ les jambes de l'enfant entre les siennes ▪ de tenir fermement le bras libre de l'enfant <ul style="list-style-type: none"> ▪ le coller contre le corps de l'enfant ▪ de tenir la tête de l'enfant contre son thorax <div data-bbox="987 1289 1385 1688" style="text-align: center;">  <p>© CEES-MSI, 2022 – Tous droits réservés</p> </div>

5. Redresser le conduit auditif :

Adulte et enfant âgé de plus de 3 ans (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019)	Enfant âgé de moins de 3 ans (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Tirer le pavillon de l'oreille vers le haut et l'arrière 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer le pavillon de l'oreille vers le bas et l'arrière

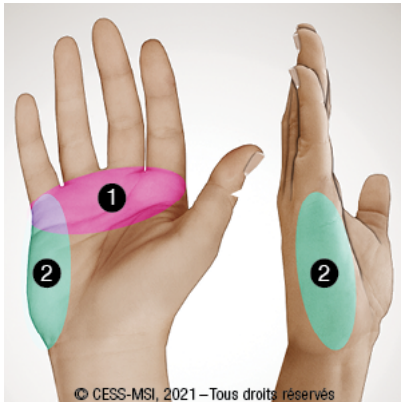


6. Tenir l'otoscope :

- comme un crayon, entre le pouce, l'index et le majeur (Bickley et al., 2021; Falkson & Tadi, 2021; Mankowski & Raggio, 2021)
 - les autres doigts servent à stabiliser l'otoscope
- pour l'oreille droite : utiliser la main droite pour tenir l'otoscope et utiliser la main gauche pour tenir le pavillon de l'oreille (Bickley et al., 2021)
- pour l'oreille gauche : utiliser la main gauche pour tenir l'otoscope et utiliser la main droite pour tenir le pavillon de l'oreille
 - il est possible d'utiliser la main dominante pour examiner les deux oreilles (Hockenberry et al., 2019)

7. Stabiliser l'otoscope (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)

- appuyer la face ulnaire de la main (zone 2) ou les doigts de la main tenant l'otoscope sur la tête de l'utilisateur



Trottineur et nourrisson

Adulte ou enfant en mesure de collaborer à l'examen

- Déposer la main qui tient l'otoscope sur celle de la personne qui tient la tête de l'enfant



- Déposer la face ulnaire de la main qui tient l'otoscope ou les doigts le long de la joue de l'usager



8. Insérer le spéculum de l'otoscope lentement et soigneusement à l'entrée du conduit auditif
 - en l'orientant légèrement vers le bas et vers l'avant du visage (Bickley et al., 2021)
 - en s'assurant de ne pas dépasser la portion cartilagineuse du conduit auditif
 - chez l'enfant : de 0,5 à 1,25 cm en fonction de l'âge (Hockenberry et al., 2019)
 - sans regarder dans la lentille
 - facilite l'insertion sécuritaire et atraumatique
9. Placer l'œil devant la lentille de l'otoscope
10. Visualiser l'intérieur du conduit auditif
 - noter la morphologie, la coloration, l'intégrité ainsi que la présence de douleur au niveau du conduit auditif
11. Visualiser la membrane tympanique
 - au besoin, tourner légèrement et doucement l'otoscope de façon à visualiser l'ensemble de la membrane tympanique
 - noter la coloration, l'aspect, l'intégrité ainsi que la position des repères visuels
 - si elle n'est pas visible :
 - retirer le spéculum de l'oreille
 - tirer davantage sur le pavillon ou modifier légèrement l'angle dans lequel il est tiré
 - insérer le spéculum à nouveau
12. Retirer délicatement le spéculum de l'oreille
13. Retirer le spéculum de l'otoscope et le jeter
14. Ajuster un nouveau spéculum à l'otoscope, PUIS répéter les étapes « 5 à 13 » pour l'autre oreille
15. Procéder aux [Étapes postexécutoires](#).

Étapes postexécutoires

- Réinstaller l'usager confortablement
- Jeter le matériel utilisé selon la procédure de l'établissement
 - nettoyer et désinfecter l'otoscope selon les recommandations du fabricant ou le protocole de l'établissement
- Retirer et jeter l'ÉPI, si utilisé
- Procéder à l'hygiène des mains
- Analyser les données colligées.

Analyse des données

- Comparer les données obtenues avec
 - les différents tableaux d'observations cliniques pour distinguer la normalité de l'anormalité (voir Généralités)
 - l'histoire de santé de l'usager
 - nouvelle condition (apparition soudaine ou graduelle)
 - changement ou aggravation d'une condition déjà connue
- Émettre des hypothèses cliniques sur les causes possibles des signes et symptômes.

Soins et surveillances

- Répéter l'évaluation selon les constats
- Signaler toutes les données hors normes au professionnel habilité
- Intervenir selon l'état des oreilles de l'utilisateur, la situation, les recommandations reçues ou le protocole de l'établissement.

Cadre général

1 Résumé

- Procédure consistant à examiner l'oreille externe.

2 Objectifs de soins

- Vérifier l'intégrité de l'oreille externe
- Dépister et identifier les anomalies de l'oreille externe
- Suivre l'évolution d'une problématique de l'oreille externe (ex. : otite de l'oreille externe ou moyenne, obstruction de l'oreille)
- Respecter
 - les étapes de la procédure
 - les principes sécuritaires.

3 Indications

- Usager nécessitant un examen de l'oreille externe :
 - présence de signes et symptômes d'une condition aiguë
 - dans le cadre :
 - d'une évaluation de routine
 - d'un suivi pour un traitement otique (ex. : avant et après la désobstruction de l'oreille).

4 Généralités

Note : L'examen clinique complet de l'oreille inclut l'examen de l'oreille externe et l'évaluation de l'audition. Cette seconde partie de l'examen clinique de l'oreille est présentée dans la MSI [Tests de dépistage auditif](#).

Rappels anatomiques

- L'oreille
 - accomplit deux fonctions, soit (Bickley, Szukagyi, Hoffman & Soriano, 2021) :
 - l'audition
 - l'équilibre
 - est divisée en trois parties, soit :
 - externe
 - moyenne
 - interne.

Illustrations

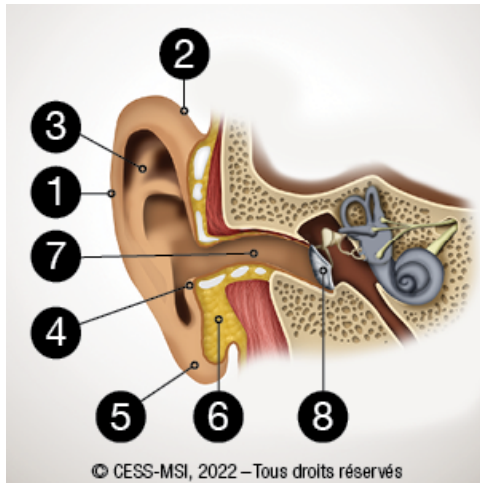
- **Oreille externe**

Anatomie et spécifications

(Bickley et al., 2021; Jarvis, 2019)

Légende :

1. Pavillon de l'oreille (cartilage)
2. Hélix
3. Anthélix



4. Tragus

5. Lobe

6. Apophyse mastoïde

- partie inférieure de l'os temporal
 - est palpable derrière le lobe

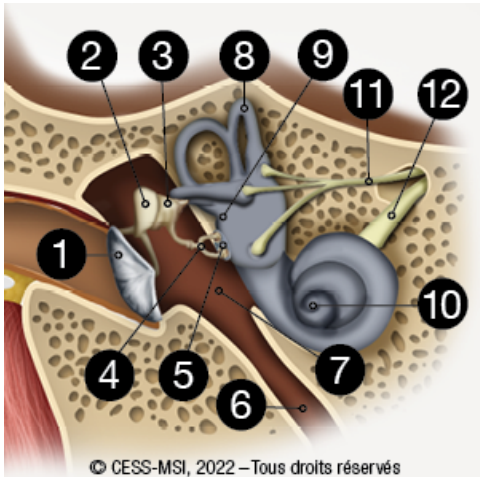
7. Conduit auditif

- environ 2,4 cm chez l'adulte
- en forme de S
- premier tiers : cartilagineux, couvert de peau avec follicules pileux et glandes qui produisent le cérumen
- second et dernier tiers : osseux, couverts de peau mince dépourvue de follicules pileux
 - partie du canal auditif sensible à la pression

8. Membrane tympanique

- délimitation entre les oreilles externe et moyenne
 - capte les ondes sonores pour les transmettre dans les oreilles moyenne et interne.

- Oreilles moyenne et interne



© CESS-MSI, 2022 – Tous droits réservés

Légende :

1. Membrane tympanique (fait partie des oreilles externe et moyenne)
2. Marteau
 - osselet visible à travers la membrane tympanique
3. Enclume
 - osselet qui peut être visible à travers la membrane tympanique
4. Étrier
 - osselet attaché à la fenêtre ovale qui vibre pour transmettre les ondes sonores dans l'oreille interne
5. Fenêtre ronde
 - régule la pression à l'intérieur de l'oreille
6. Trompe d'Eustache
 - relie l'oreille moyenne au nasopharynx, ce qui permet de
 - réguler la pression des gaz
 - drainer le mucus vers le nasopharynx
7. Chambre d'air
 - contient les osselets et trois ouvertures qui maintiennent une pression d'air stable
8. Canaux semi-circulaires
 - constituent l'appareil vestibulaire, avec les otolithes (non illustrées)
 - assurent l'équilibre et la perception des mouvements
9. Fenêtre ovale
 - tapisse l'entrée de la cochlée
 - transmet le son de l'oreille moyenne à l'oreille interne
10. Cochlée
 - dédiée à l'audition
 - constituée d'un ensemble de canaux spiralés
 - contiennent du liquide, soit la périlymphe et l'endolymphe, qui bouge en fonction des vibrations des ondes sonores transmises par la fenêtre ovale
 - tapissés de cellules auditives ciliées dont le mouvement est transformé en impulsions nerveuses transmises au nerf auditif et, ensuite, au cerveau
11. Section vestibulaire du nerf auditif (nerf crânien VIII)
12. Section cochléaire du nerf auditif (nerf crânien VIII)

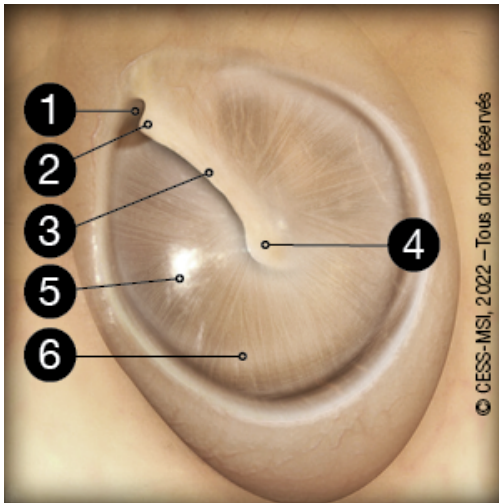
Membrane tympanique

- La membrane tympanique comporte les structures suivantes :

Illustration

Structures

(Bickley et al., 2021; Jarvis, 2019)



Légende :

1. *Pars flaccida* (membrane flaccide de Shrapnell)
2. Apophyse courte du marteau
3. Apophyse courte du marteau (ou manche du marteau)
 - devrait être observée lors de l'inspection avec l'otoscope
4. Omphalique
5. Cône lumineux
 - devrait être observé lors de l'inspection avec l'otoscope
6. *Pars tensa*

Changements physiologiques

- De la naissance à l'âge adulte, l'oreille externe subit plusieurs changements qui doivent être pris en compte dans l'analyse des données colligées durant l'examen clinique.

Liés au vieillissement normal

- Le vieillissement normal entraîne des changements normaux au niveau des structures de l'oreille (Ignatavicius, Workman, Rebar & Heimgartner, 2021) :
 - membrane tympanique plus opaque et rétractée
 - changement causé par une perte d'élasticité de la membrane tympanique
 - cérumen plus sec et dense
 - changement causé par l'atrophie des glandes cérumineuses
 - le cérumen risque de se compacter et de créer un bouchon
 - présence plus importante de poils dans le conduit auditif, qui deviennent plus drus et raides
 - spécialement chez l'homme
 - élongation des tissus (ex. : élongation du lobe)
 - changement causé par la perte des tissus sous-cutanés et de leur élasticité.

Liés à la pédiatrie

- Chez l'enfant de moins de 3 ans, certaines particularités de l'oreille doivent être prises en considération dans la réalisation de l'examen clinique de l'oreille, telles que (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2019) :
 - le canal auditif est court et courbé vers le haut (plutôt que vers le bas comme chez l'adulte)
 - le pavillon de l'oreille doit être mobilisé différemment pour faciliter l'accès à l'oreille
 - doit être tiré vers le bas et vers l'arrière
 - la trompe d'Eustache est courte et horizontale
 - risque plus important d'otite
- Chez les nouveau-nés et nourrissons :
 - les parois du conduit auditif sont malléables et souples en raison du développement plus tardif des structures cartilagineuses
 - l'utilisation d'un spéculum de petite taille peut rendre difficile la visualisation et la différenciation entre la membrane tympanique et le conduit auditif
 - l'examen de l'oreille chez cette clientèle devrait être réalisé par un professionnel expérimenté.

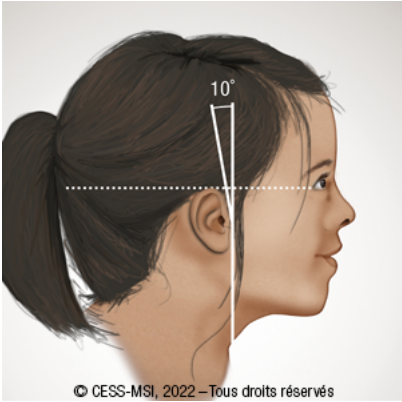
Examen de l'oreille externe

- L'examen clinique de l'oreille externe (Bickley et al., 2021) :
 - doit être précédé d'un questionnaire de santé sur les signes et symptômes que présentent l'utilisateur (voir Outils)
 - signes et symptômes les plus fréquents : perte d'audition, obstruction du conduit auditif, otalgie, écoulement
 - comprend 3 étapes, réalisées selon la séquence suivante :
 - l'inspection
 - la palpation

- l'inspection à l'aide de l'otoscope
- doit être accompagné de l'examen clinique des structures de la tête et du cou pertinentes selon les signes et symptômes que présentent l'usager (nez, gorge, chaînes ganglionnaires du cou)
- L'analyse de l'ensemble des données colligées permettra de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse quant au problème otique.

Inspection

- L'inspection consiste à examiner visuellement les structures de l'oreille externe
 - comprend les observations suivantes :

Structures	Normalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)	Anormalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Pavillon <ul style="list-style-type: none"> ◦ hélix ◦ anthélix • Apophyse mastoïde • Tragus • Lobe • Conduit auditif 	<ul style="list-style-type: none"> • Morphologie : <ul style="list-style-type: none"> ◦ oreilles égales et symétriques ◦ oreilles légèrement décollées du crâne ◦ le haut du pavillon rencontre la ligne imaginaire tendue entre le coin externe de l'œil et l'occiput (voir illustration) <ul style="list-style-type: none"> ▪ dévie de 10 degrés par rapport à une ligne imaginaire tracée perpendiculairement à la ligne œil-occiput (voir illustration) ◦ absence de difformité • Coloration des oreilles : appropriée pour le teint de la personne • Intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ◦ oreilles intactes  <p>© CESS-MSI, 2022 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Morphologie : <ul style="list-style-type: none"> ◦ aplasie du pavillon de l'oreille <ul style="list-style-type: none"> ▪ malformation congénitale de l'oreille qui peut être : <ul style="list-style-type: none"> ▪ unilatérale ou bilatérale ▪ avec ou sans atteinte du conduit auditif <ul style="list-style-type: none"> ▪ ex. : microtie (pavillon de l'oreille de petite taille) ou anotie (absence du pavillon de l'oreille et, généralement, du conduit auditif) ◦ hypertrophie du pavillon de l'oreille ou d'une de ses parties ◦ anomalies au niveau des pavillons : <ul style="list-style-type: none"> ▪ position : <ul style="list-style-type: none"> ▪ sous la ligne œil-occiput ▪ dont la déviation est supérieure à 10 degrés <ul style="list-style-type: none"> ▪ peuvent être des signes de déficience intellectuelle ou de malformation génito-urinaire ▪ collés ou trop décollés du crâne • Coloration des oreilles : <ul style="list-style-type: none"> ◦ rouge ◦ violacée (pourrait indiquer une piqûre ou une morsure d'insecte) • Intégrité des oreilles : <ul style="list-style-type: none"> ◦ lésion, croûte, squame, rougeur et/ou œdème : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du pavillon de l'oreille ▪ de l'apophyse mastoïde ◦ écoulement jaunâtre du canal auditif

Palpation

- La palpation
 - consiste à toucher les structures externes afin de détecter les anomalies

Structures	Normalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)	Anormalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Pavillon <ul style="list-style-type: none"> ◦ hélix ◦ anthélix • Apophyse mastoïde • Tragus • Lobe 	<ul style="list-style-type: none"> • Texture • Douleur : absente • Intégrité : oreilles intactes • Ganglions auriculaires postérieurs : <ul style="list-style-type: none"> ◦ imperceptibles ◦ perceptibles : petits, mobiles et indolores 	<ul style="list-style-type: none"> • Texture : nodule • Douleur : <ul style="list-style-type: none"> ◦ à la palpation du tragus ◦ à la mobilisation du pavillon de l'oreille ◦ à la pression ferme de l'apophyse mastoïde et de la zone située derrière l'oreille • Intégrité : masse, bosse ou œdème • Ganglions auriculaires postérieurs : sensibles et enflés, non mobiles

Inspection à l'aide de l'otoscope

Structures	Normalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)	Anormalités (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019; Jarvis, 2019)
Conduit auditif	<ul style="list-style-type: none"> • Morphologie : ouvert • Coloration : rosé ou foncé (similaire à celle de la peau) • Douleur : indolore • Intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ◦ intact ◦ présence de poils ◦ traces de cérumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Morphologie : <ul style="list-style-type: none"> ◦ absent ou fermé (atrésie) ◦ rétréci • Coloration : rouge ou pâle • Douleur : présente (ex.: à l'insertion du spéculum auditif) • Intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ◦ œdématié (otite externe) ◦ écoulement (otorrhée) <ul style="list-style-type: none"> ▪ purulent ▪ séreux et/ou sérosanguin (signe de fracture de la base du crâne) ▪ sanguin ◦ présence : <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'un corps étranger ▪ de cérumen <ul style="list-style-type: none"> ▪ usager caucasien ou au teint foncé : brun clair à brun, plus collant ▪ usager asiatique ou autochtones : brun à gris/blanc, plus sec (Fullington et al., 2017; Ignatavicius et al., 2018; McDonald, 2011) ▪ d'un bouchon : accumulation de cérumen obscurcissant partiellement ou complètement le conduit auditif et/ou la membrane tympanique ▪ d'une saillie rouge et gonflée <ul style="list-style-type: none"> ▪ peut être : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un polype : rouge, saigne facilement, écoulement purulent ▪ un furoncle : follicule de poil infecté, rouge et douloureux ▪ d'un nodule <ul style="list-style-type: none"> ▪ peut être :

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ une exostose : petit nodule dur et osseux, arrondi et couvert d'épithélium normal ▪ un ostéome : petit nodule dur et arrondi, attaché à la partie osseuse du conduit
Membrane tympanique	<ul style="list-style-type: none"> • Coloration : gris perle • Aspect : <ul style="list-style-type: none"> ◦ brillante, translucide ◦ plate et un peu étirée au centre • Intégrité : intacte • Position des repères visuels : <ul style="list-style-type: none"> ◦ cône lumineux (formé par le reflet de la lumière de l'otoscope) <ul style="list-style-type: none"> ▪ orientation/repères visuels : <ul style="list-style-type: none"> ▪ à 5 h pour l'oreille droite ▪ à 7 h pour l'oreille gauche ◦ ombilic : <ul style="list-style-type: none"> ▪ légèrement convexe ▪ au centre ◦ apophyse longue du marteau <ul style="list-style-type: none"> ▪ commence à l'ombilic et monte vers l'apophyse courte ◦ apophyse courte du marteau <ul style="list-style-type: none"> ▪ orientation/repères visuels : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 h pour l'oreille droite ▪ 11 h pour l'oreille gauche 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloration : <ul style="list-style-type: none"> ◦ jaune ambré (otite moyenne avec exsudat séreux) ◦ rouge (otite moyenne) ◦ gris cendré • Aspect : <ul style="list-style-type: none"> ◦ présence d'une tache noire (signe de perforation) ◦ épaissie ◦ opaque ◦ rétractée (vide d'air dans l'oreille moyenne causé par l'obstruction de la trompe d'Eustache) <ul style="list-style-type: none"> ▪ les osselets paraîtront plus proéminents ◦ bombée (pression augmentée dans l'oreille moyenne) <ul style="list-style-type: none"> ▪ les osselets paraîtront moins proéminents • Intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ◦ écoulement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ séreux : d'allure jaunâtre, vu à travers le tympan ▪ purulent ▪ sanguin • Présence de vésicules hémorragiques ou sériques (ex. : en cas de myringite) • Position des repères visuels : <ul style="list-style-type: none"> ◦ distorsion ou absence du cône lumineux

Matériel utilisé

Otoscope

- L'otoscope est un instrument
 - utilisé pour l'inspection de la membrane tympanique et du canal auditif
 - muni :
 - d'un système d'éclairage alimenté par une pile
 - d'une lentille grossissante
 - employé avec un spéculum de plastique à usage unique (voir ci-dessous)
 - qui peut inclure un système pneumatique (son utilisation n'est pas abordée dans cette MSI)
 - composé d'une poire d'insufflation et d'une lentille hermétique
 - permettant l'entrée d'air et l'augmentation de la pression dans le canal auditif
 - utilisé pour vérifier la mobilité de la membrane tympanique (Nicholas, Mankowski, Blake & Raggio, 2021).

Illustration	Légende
	<p>1. Tête</p> <ul style="list-style-type: none"> A. lentille grossissante B. site d'insertion du spéculum ◦ non illustré : <ul style="list-style-type: none"> ▪ lumière : halogène ou à DEL



- optionnel : espace qui permet l'introduction d'instruments (ex. : curettes)
2. Manche
 - relié à un système mural ou portatif
 3. Poire d'insufflation du système pneumatique (optionnel)

Spéculum auditif

- Petit instrument conique en plastique à usage unique
 - permettant de repousser les parois de l'entrée du conduit auditif externe et d'y focaliser la lumière
 - disponible en plusieurs tailles
 - sélectionner la taille la plus grande pouvant s'adapter au conduit auditif de l'usager (Bickley et al., 2021; Hockenberry et al., 2019).
 - permet une plus grande entrée de lumière dans le canal auditif (Samuel & Prassana, 2021).



Prévention des infections

- L'otoscope et les spéculums peuvent propager des infections
 - jusqu'à 40 % des otoscopes seraient contaminés avec des agents pathogènes (Samuel & Prassana, 2021)
 - une procédure rigoureuse de désinfection doit être assurée entre les utilisations
 - jeter le spéculum auditif entre chaque usager
 - changer de spéculum auditif entre l'examen de chacune des oreilles en présence de signes ou symptômes d'infection
 - prévient la contamination et l'infection de l'autre oreille.

Complications

- Une insertion trop profonde du spéculum (Jarvis, 2019)
 - cause une douleur importante
 - peut causer des lésions au canal auditif ou à la membrane tympanique
- Chez les nouveau-nés et les très jeunes enfants (Hockenberry et al., 2019) :
 - le très petit spéculum de 2 mm peut être plus difficile à utiliser de façon sécuritaire.



Notes au dossier

1 Noter

Noter :

- Date et heure de l'examen clinique de l'oreille externe
- Raison(s) ayant mené à l'examen
- Données subjectives issues de l'anamnèse
- Matériel utilisé
- Procédures d'examen clinique effectuées et données objectives recueillies lors de
 - l'inspection
 - la palpation
 - l'inspection à l'aide de l'otoscope
- Réactions de l'utilisateur
- Constats et directives émises
- Complications
- Toute autre intervention réalisée (ex. : en présence d'anomalités).

 Outils

1 Documents

Aide-mémoire sur l'évaluation clinique

Outil mnémotechnique AMPLE-CIAMPEDS

Outil mnémotechnique PQRSTU

2 Programme d'enseignement

L'usager et les personnes proches aidantes connaissent	Date	Initiales
• La raison de l'examen clinique de l'oreille externe		
• Le matériel utilisé pour réaliser l'examen		
• Les étapes de l'examen		
• Les procédures utilisées pour effectuer l'examen		
• L'importance de ne pas bouger pendant l'examen avec l'otoscope <ul style="list-style-type: none"> ◦ ou la façon de maintenir l'enfant, le trottineur ou le nourrisson pour l'immobiliser de façon sécuritaire pendant l'examen avec l'otoscope 		


L'usager et les personnes proches aidantes ont reçu l'information et la comprennent	Date	Initiales
Répètent dans leurs propres mots les éléments de soins et surveillances ainsi que les étapes de la procédure		
Possèdent les coordonnées de la personne-ressource en cas de besoin		
Connaissent le numéro de téléphone à composer en cas d'urgence		
Connaissent la date et le lieu du prochain rendez-vous		

Signature de l'infirmière :	Initiales :

--	--	--	--

3 Références

1. Bickley, L., Szukagyi, P., Hoffman, R. & Soriano, R. P. (2021). *Bates' Guide of Physical Examination and History Taking* (13th ed.). Wolters Kluwer.
2. Chang, P. & Pedler, K. (2005). Ear Examination : A Pratical Guide. *Australian Family Physician*, 34 (10). Repéré à : <https://www.proquest.com/docview/216293879>
3. Falkson, S. R. & Tadi, P. (2021). *Otoscopy*. StatPearls Publishing. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556090>
4. Fullington, D., Song, J., Gilles, A., Guo, X., Hua, W., Anderson, C. E. & Griffin, J. (2017). Evaluation of the safety and efficacy of a novel product for the removal of impacted human cerumen. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*. 17(5), 1-10. doi: 10.1186/s12901-017-0038-8. Repéré à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28588421/>
5. Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2019). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed.). Elsevier
6. Ignatavicius, D., Workman, L., Rebar, C., Heimgartner, N. (2021). *Medical Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care*. Elsevier.
7. Jarvis, C. & Eckhardt, A. (2019). *Physical Examination and Health Assessment*. Elsevier.
8. Le Saux, N. & Robinson, J. L. (2016). La prise en charge de l'otite moyenne aiguë chez les enfants de six mois et plus, *Pediatric Child Health*, 21(1), 45-50. Repéré à : <https://cps.ca/fr/documents/position/otite-moyenne-aigue>.
9. Mankowski, N. L. & Raggio, B. S. (2021). *Otoscope Exam*. StatPearls Publishing. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553163/>
10. McDonald, J. H. (2011). *Earwax*. Repéré à : <http://udel.edu/~mcdonald/mythearwax.html>
11. Ponka, D. & Baddar, F. (2013). Pneumatic otoscopy. *Canadian Family Physician*, 59(9), 962. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771724/>
12. Waitzman, A. (2020). Otitis externa. *Medscape*. Repéré à : <https://emedicine.medscape.com/article/994550-overview#a3>

 Aide-mémoire

1 Matériel requis

- Équipement de protection individuelle (ÉPI)
 - gants non stériles, si risque de contact avec des liquides biologiques
- Otoscope
- Spéculum auditif
- Solution hydroalcoolique (SHA) pour l'hygiène des mains
- Nettoyant et désinfectant pour la surface de travail et l'otoscope

Optionnel

- Gaze ou débarbouillette humide pour l'hygiène de l'oreille.

2 Procédure(s) – Section 1

Étapes préexécutaires

- Déterminer l'ÉPI à revêtir et **le moment opportun** pour le faire
- Rassembler le matériel
- Procéder à l'Hygiène des mains
- Aviser l'usager de l'importance de ne pas bouger durant l'examen à l'otoscope
- Demander la collaboration de la personne significative pour le trottineur, le nourrisson ou la personne qui collabore peu ou pas
- Désinfecter l'otoscope selon les recommandations du fabricant ou le protocole de l'établissement.

Étapes exécutoires

1. Procéder à l'hygiène des mains
2. Mettre l'ÉPI OU le compléter, si opportun
3. Procéder à l'examen

A) Inspection

1. Observer les structures externes de l'oreille
2. Noter : la morphologie, la coloration, l'intégrité
3. Répéter les étapes « **1 et 2** » pour l'autre oreille
4. Procéder soit à la palpation, à l'inspection à l'aide de l'otoscope ou aux Étapes postexécutaires.

B) Palpation

1. Exercer une légère pression avec la pulpe des doigts sur une zone de l'oreille externe
2. Effectuer une légère rotation, PUIS relâcher
3. Déplacer les doigts sur la zone adjacente et répéter les étapes « **1 et 2** » afin d'examiner toutes les structures externes de l'oreille
 - noter la texture, l'élasticité, l'intégrité, la présence de ganglions ainsi que les zones de sensibilité
4. Exercer une pression ferme avec la pulpe des doigts au niveau du tragus et du processus mastoïde
 - noter toute douleur
5. Mobiliser l'oreille :
 - a. tirer doucement vers le haut, vers le bas et vers l'arrière
 - noter la présence de douleur à la mobilisation
 - b. plier le pavillon de chaque oreille vers l'avant, PUIS relâcher
 - noter s'il reprend sa position initiale
6. Répéter les étapes « **1 à 5** » pour l'autre oreille
7. Procéder soit à l'inspection à l'aide de l'otoscope ou aux Étapes postexécutaires.

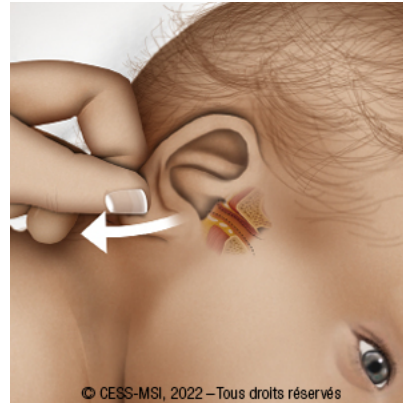
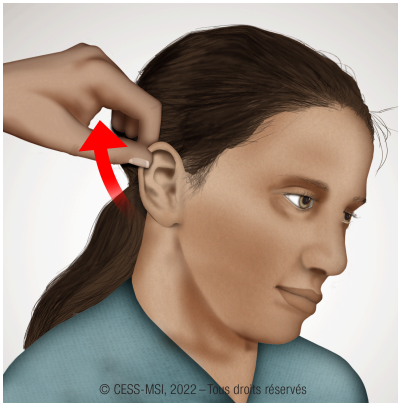
C) Inspection à l'aide de l'otoscope

1. Nettoyer l'extérieur du conduit auditif des deux oreilles avec une gaze ou une débarbouillette humide au besoin
2. Choisir le plus grand spéculum que le conduit auditif peut recevoir
 - généralement :
 - adultes : 5 mm
 - enfants : 4 mm
 - nourrissons et trottineurs : 2 à 3 mm
3. Ajuster le spéculum choisi à l'otoscope
4. Installer l'usager :

Adulte ou enfant en mesure de collaborer à l'examen	Trottineur et nourrisson
<ul style="list-style-type: none"> • Demander à l'usager de s'installer <ul style="list-style-type: none"> ◦ en position assise ◦ avec la tête en légère flexion latérale vers l'épaule opposée à l'oreille à examiner • Ajuster la hauteur de l'usager 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la personne significative de tenir le trottineur ou nourrisson adéquatement, soit : <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>en position couchée</u> : sur le dos ou le ventre ou en position de Sims  <p style="text-align: center; font-size: small;">© CESS-MSI, 2022 – Tous droits réservés</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>en position assise</u> :  <p style="text-align: right; font-size: small;">© CESS-MSI, 2022 – Tous droits réservés</p>

5. Redresser le conduit auditif :

Adulte et enfant âgé de plus de 3 ans	Enfant âgé de moins de 3 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Tirer le pavillon de l'oreille vers le haut et l'arrière 	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer le pavillon de l'oreille vers le bas et l'arrière



6. Tenir l'otoscope comme un crayon de la main dominante pour les 2 oreilles OU

- main droite : oreille droite
- main gauche : oreille gauche

7. Stabiliser l'otoscope en appuyant la face ulnaire de la main (zone 2) ou les doigts de la main tenant l'otoscope sur la tête de l'utilisateur

- trottineur ou nourrisson : s'appuyer sur la main de l'adulte qui tient la tête de l'enfant

Trottineur et nourrisson



Adulte ou enfant en mesure de collaborer à l'examen



8. Insérer le spéculum de l'otoscope lentement et soigneusement à l'entrée du conduit auditif sans regarder dans la lentille

- en l'orientant légèrement vers le bas et vers l'avant du visage
- sans dépasser la portion cartilagineuse du conduit auditif
 - enfant : 0,5 à 1,25 cm en fonction de l'âge

9. Placer l'œil devant la lentille de l'otoscope

10. Visualiser l'intérieur du conduit auditif

- noter la morphologie, la coloration, l'intégrité ainsi que la présence de douleur au niveau du conduit auditif
11. Tourner légèrement et doucement l'otoscope de façon à visualiser l'ensemble de la membrane tympanique
 - noter la coloration, l'aspect et l'intégrité ainsi que la position des repères visuels
 12. Retirer délicatement le spéculum de l'oreille
 13. Retirer le spéculum de l'otoscope et le jeter
 14. Ajuster un nouveau spéculum à l'otoscope, PUIS répéter les étapes « **5 à 13** » pour l'autre oreille
 15. Procéder aux Étapes postexécutoires.

Étapes postexécutoires

- Réinstaller l'usager confortablement
- Jeter le matériel utilisé selon la procédure de l'établissement
 - nettoyer et désinfecter l'otoscope selon les recommandations du fabricant ou le protocole de l'établissement
- Retirer et jeter l'ÉPI, si utilisé
- Procéder à l'hygiène des mains
- Analyser les données colligées.