

**MASTOÏDITE**  
**Pr Nouïkes zitouni .S**  
**Service ORL, CHU Annaba**  
**Année universitaire : 2019/2020**

**I. INTRODUCTION**

La mastoïdite est une atteinte infectieuse des cavités mastoïdiennes associée à des lésions destructives de l'os mastoïdien réalisant une ostéite. C'est la complication la plus fréquente des otites moyennes aiguës (OMA).

Son incidence a considérablement diminué depuis l'apparition des antibiotiques.

**II. DEVELOPPEMENT ANATOMIQUE DE LA MASTOÏDE**

La mastoïde est une apophyse osseuse appendue à la partie postéro-inférieure de l'écaïlle temporale. À la naissance, il n'y a qu'une seule cellule mastoïdienne, l'antre, qui communique avec la caisse du tympan par un canal étroit, l'aditus ad antrum.

Durant les premières années de vie, des cavités aériques tapissées de muqueuse respiratoire croissent progressivement sous l'effet d'une résorption ostéoclastique de l'os temporal.

Tout en se pneumatissant, la mastoïde augmente de volume. L'antre s'élargit et s'entoure de plusieurs réseaux de cellules mastoïdiennes communiquant les unes avec les autres.

**III. BACTERIES RESPONSABLES**

Les principaux germes retrouvés dans la mastoidite sont:

- Streptococcus pneumoniae,
- Streptococcus pyogenes (streptocoque du groupe A),
- Haemophilus influenzae ,
- Staphylococcus aureus
- Pseudomonas aeruginosa

**IV. DIAGNOSTIC**

**Type de description : la mastoidite aigue extériorisée**

**1. Signes d'appel :** surviennent dans la semaine qui suit une OMA, mais peuvent être inauguraux :

- Décollement du pavillon de l'oreille vers le bas et vers l'avant : c'est le signe d'appel qui est pratiquement toujours présents.
- Les autres signes fonctionnels sont plus ou moins marqués et peuvent même manquer. Il s'agit de la douleur rétro-auriculaire, de la fièvre et de l'altération de l'état général.

**2. Signes cliniques**

- Tuméfaction inflammatoire rétro-auriculaire parfois collectée.

- Effacement du sillon rétroauriculaire.
- L'examen otoscopique est quasiment toujours anormal : on peut retrouver un aspect bombé du cadran postérosupérieur, avec dans les formes les plus typiques une chute de la paroi postérieure du conduit. Une otorrhée s'écoulant par une perforation tympanique punctiforme peut parfois compléter le tableau.

### 3. Examens complémentaires:

- La ponction rétroauriculaire et prélèvement soit de l'otorrhée, soit du liquide rétrotympanique par paracentèse, avant d'initier le traitement antibiotique.
- FNS : hyperleucocytose
- Dosage de la C-reactive protein (CRP): est augmenté
- la TDM en fenêtré
- osseuse permet de voir une lyse des cloisons des cellules mastoïdiennes,
- voire une lyse de la corticale mastoïdienne (Fig. 2, 3).
- La TDM avec injection de produit de contraste en fenêtré osseuse permet de voir une lyse des cloisons des cellules mastoïdiennes, et surtout indiquée pour rechercher une complication intra- et extracrânienne.

### 4. Formes cliniques :

#### 4.1. Formes anatomiques :

- Extériorisation temporozygomatique
- Formes cervicales résultent de l'effraction de la corticale de la pointe de la mastoïde

4.2. Mastoïdites subaiguës ou latentes : évoquée devant toute OMA qui n'évolue pas favorablement dans les délais habituels, malgré un traitement bien adapté.

4.3. Mastoïdites secondaires : soit à une poussée de réchauffement d'une otite chronique cholestéatomateuse ou être la première manifestation d'une histiocytose langer-hansienne ou d'un rhabdomyosarcome.

## V. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

1. **Otite externe:** lorsque existe un œdème rétro-auriculaire similaire à celui de la mastoïdite ou otite nécrosante. L'examen clinique permet de redresser le diagnostic.
2. **Masse rétro-auriculaire:** en cas de d'adénite, d'adénophlegmon ou encore de kyste sébacé surinfecté, on peut aussi observer un décollement du pavillon auriculaire mais le sillon rétroauriculaire reste bien visible.
3. Néoplasie: rhabdomyosarcome, histiocytose...

## VI. COMPLICATIONS

### 1. Extra crâniennes

- Pétrosite
- Labyrinthite

- Paralyse faciale
- \_ Abcès sous-périosté
- \_ Arthrite de l'articulation temporomandibulaire

## **2. Intracrâniennes**

- Méningite
- Thrombose sinus sigmoïde
- Empyèmes sous-duraux
- Abcès intracrâniens
- Encéphalite

## **VII. TRAITEMENT**

### **1. Traitement médical**

- Antibiothérapie à large spectre adaptée secondairement aux résultats des examens bactériologiques. Dans les formes mineures sans abcès sous-périosté l'*amoxicilline* est prescrit à fortes doses 150-300mg/kg, si allergie C3G. Dans les formes sévères (fièvre élevée ou abcès sous-périosté il faut prescrire une antibiothérapie active aussi sur les anaérobies : l'association amoxicilline–acide clavulanique 150 mg/kg par jour ou métronidazole 40 mg/kg par jour (+ céfotaxime ou ceftriaxone) par voie IV
- Traitement antalgique et antipyrétique
- Traitement anticoagulant: si thrombose du sinus latéral

### **2. Traitement chirurgical**

La prise en charge chirurgicale peut être relativement diverse :

- Paracentèse
- Aérateurs transtympaniques
- Ponction/drainage de l'abcès sous-périosté
- Mastoïdectomie : actuellement devenue moins systématique et est réservée aux mastoïdites compliquées.

## **VIII. CONCLUSION**

La mastoïdite est une infection osseuse dont le pronostic tient aux complications locorégionales et, tout particulièrement, aux complications intracrâniennes. La prise en charge adéquate de l'OMA permet de prévenir l'apparition de cette complication.