

OTITE CHRONIQUE CHOLESTEATOMATEUSE

Pr Nouikes Zitouni .S
Service ORL, CHU Annaba
Année universitaire : 2019/2020

I. DEFINITION

L'otite chronique cholesteatomateuse se définit par la présence au sein des cavités de l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé doué de potentialités extensive, invasive et lytique. Elle est qualifiée de dangereuse, c'est la forme grave de l'otite chronique en raison du risque de complications sévères.

II. ETIOPATHOGENIE

- L'otite chronique cholestéatomateuse est une pathologie acquise, ce qui la différencie du cholestéatome congénital ou primitif.
- Cholestéatome congénital: rare, se développe derrière une membrane tympanique intacte et le plus souvent en l'absence de pathologie inflammatoire muqueuse. Il correspond à l'absence de résorption des cellules embryonnaires épidermiques.
- La pathogénie de l'otite cholestéatomateuse acquise est totalement différente. Plusieurs théories ont été rapportées dont:
 - o la métaplasie de la muqueuse de l'oreille moyenne par un processus inflammatoire ;
 - o la théorie de la migration latérale: migration épidermique anormale à partir des berges d'une perforation tympanique marginale vers les cavités de l'oreille moyenne la prolifération papillaire ;
 - o la théorie de la poche de rétraction: évolution ultime d'une poche de rétraction (rétraction d'une partie plus ou moins importante d'une membrane tympanique fragilisée vers le promontoire) qui devient desquamante et érosive.

III. DIAGNOSTIC

1. Les signes d'appel : très insidieux

- Otorrhée purulente, intermittente, fétide, résistante au traitement
- Otalgie: peu se voir lors de poussées de réchauffement.
- Parfois: otorragie ou hypoacousie
- Des vertiges, des acouphènes, une paralysie faciale peuvent compliquer le tableau habituel.

2. Otoscopie : Examen clé du diagnostic, réalisé au microscope opératoire et/ou par les endoscopes après aspiration des sécrétions purulentes. Il objective la présence de squames épidermiques blanchâtres recouvrant une perforation

ou une poche de rétraction tympanique. ou la poche ont les caractéristiques suivantes :

Elles sont situées typiquement au niveau de la pars flaccida (membrane de Shrapnell) ou au niveau de la région postérosupérieure.

Lorsqu'il s'agit d'une perforation, elle est marginale, mordant sur le mur de la logette ou sur le cadre tympanique postérieur.

3. Explorations fonctionnelle

Audiométrie:

Intérêt: apprécie le degré d'atteinte de l'oreille malade et évalue l'oreille controlatérale.

La surdité est de type transmission. Une surdité mixte est le résultat d'une atteinte labyrinthique associée, qui peut aboutir à la cophose en cas de labyrinthite suppurée. L'audition peut par ailleurs être tout à fait normale (effet columellaire).

Imagerie

-T.D.M:

Intérêt: établir le bilan d'extension lésionnel, rechercher des complications, préparer la stratégie chirurgicale. Il peut également apporter des arguments sémiologiques en faveur du diagnostic, dans les cas où l'examen otoscopique n'est pas suffisamment contributif.

La TDM recherchera une lyse des osselets, du canal semi-circulaire latéral, du mur de la logette et des tegmen tympani et antri.

IRM: trouve sa place dans l'exploration des complications notamment labyrinthiques et cérébro-méningées. C'est un examen indispensable pour le diagnostic des cholestéatomes résiduels ou récidivants.

IV. COMPLICATIONS

L'évolution est caractérisée par le risque de complications en l'absence de traitement :

*** Extra-crâniennes**

- Lyse ossiculaire: Les 3 osselets peuvent être touchés même si on observe le plus fréquemment une atteinte de la longue apophyse de l'incus.

- Paralysie faciale périphérique: par atteinte du VII dans son trajet intrapétreux (2ème portion, tympanique ou 3ème portion, mastoïdienne). Se manifeste par une paralysie de l'hémiface, portant sur les deux territoires du nerf.

- Fistule labyrinthique : le canal semi-circulaire latéral est le plus souvent touché. Se manifeste par de grands vertiges rotatoires déclenchés par la pression sur le tragus.

labyrinthite, liée à une destruction de la coque du canal semi-circulaire latéral. Le diagnostic est évoqué devant la présence d'une surdité neurosensorielle, parfois d'une cophose, d'acouphènes et de vertiges spontanés.

- Mastoïdite
- * Endocrâniennes:
 - Méningite
 - abcès cérébral, temporal ou de la fosse cérébrale postérieure
 - Empyème sous-dural
 - Thrombophlébite du sinus latéral.

Toute symptomatologie neurologique ou syndrome méningé dans un contexte fébrile chez un patient qui a un cholestéatome doit faire évoquer une complication infectieuse intracrânienne et nécessite un bilan neurologique et une imagerie en urgence.- Abcès temporal ou cérébelleux, encéphalite, méningite

V. TRAITEMENT

Tout malade suspect d'une OMC cholestéatomateuse doit être impérativement adressé au spécialiste ORL, ce dernier va faire le bilan d'extension, apprécier le retentissement fonctionnel et rechercher les complications.

Le traitement est en règle chirurgical.

But : éradication du cholestéatome des cavités de l'oreille moyenne. Préserver ou de rétablir au mieux la fonction de l'oreille. Eviter les récives.

Des aspirations quotidiennes préopératoires et une antibiothérapie par voie locale et générale peuvent être nécessaires.

Deux techniques peuvent être réalisées selon les cas :

- la tympanoplastie en technique ouverte avec sacrifice du cadre osseux du conduit auditif externe.
- la tympanoplastie en technique fermée avec respect du cadre osseux.

Le risque de récive, même après un traitement bien conduit est caractéristique du cholestéatome d'où la nécessité d'une surveillance régulière.