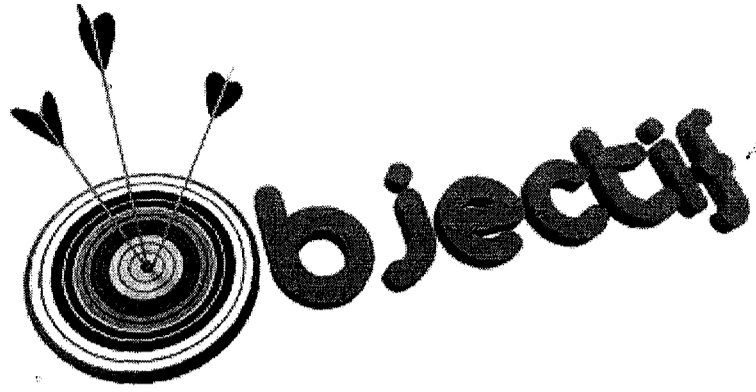

Otite moyenne chronique cholestéatomateuse

Cours externes 6ème année
25.11.18

BENCHAOUI. M
Faculté Belkacem Bensmail. Université 3 Constantine



- ✓ Définir le cholestéatome de l'oreille moyenne
- ✓ Expliquer son étiopathogénie
- ✓ Présenter son aspect anatomopathologique
- ✓ Faire le diagnostic : diagnostic positif
 diagnostic différentiel
- ✓ Présenter son évolution
- ✓ Reconnaître les complications
- ✓ Donner le traitement

L'otite moyenne chronique cholestéatomateuse

I) Définition

Skin in wrong place » selon la dénomination de Gray ou « peau en situation anormale », le cholestéatome se caractérise par la présence de peau dans l'oreille moyenne avec accumulation de kératine réalisant une véritable tumeur bénigne.

La capacité du cholestéatome d'envahir, de détruire et d'infecter constitue tout le danger de ce type d'otites chroniques.

II) Rappel anatomique

Organe de l'audition et de l'équilibration, l'oreille est divisée classiquement en trois parties :

1- L'oreille externe :

C'est la portion de l'appareil auditif qui collecte les sons vers le système tympano-ossiculaire. Elle est formée par le pavillon et le conduit auditif externe

2- L'oreille moyenne:

Organe essentiel de la transmission des sons , elle comprend le système tympano-ossiculaire , la caisse du tympan ,des cavités annexées à cette caisse représentées par les cavités mastoïdiennes et un conduit ostéo-fibro-cartilagineux qui assure l'aération de la caisse du tympan, la trompe auditive ou trompe d'Eustache.

3- Oreille interne

Organe de la perception des sons et de l'équilibration, l'oreille interne est formée d'une série de cavités osseuses :

- Le labyrinthe osseux : à l'intérieur desquelles sont contenues d'autres cavités fibreuses, siège des récepteurs sensoriels : le labyrinthe membraneux.
- Le labyrinthe membraneux contient un liquide : l'endolymphe.
- Entre labyrinthe membraneux et labyrinthe osseux est interposé un autre milieu liquidien : la périlymphe.
- Du labyrinthe membraneux naissent les voies nerveuses acoustiques et vestibulaires qui se réunissent pour former le nerf auditif (VIII) qui traverse le conduit auditif interne pour gagner la fosse cérébrale postérieure et le tronc cérébral.

III) Anapath

Le cholestéatome se définit par la présence de peau dans l'oreille moyenne. Cette peau desquame et le produit de desquamation forme une pseudo-tumeur qui se développe excentriquement et s'infecte. Cette peau sans annexes, appelée matrice, a une allure brillante caractéristique. C'est l'élément essentiel qui produit le cholestéatome et conditionne son extension.

1) Etude macroscopique

Deux aspects macroscopiques sont décrits :

Le cholestéatome en sac herniaire

Il forme une masse régulière arrondie d'où s'échappent occasionnellement un ou deux prolongements lobulés vers la caisse ou la trompe auditive.

Le cholestéatome digitiforme

Appelé également cholestéatome ramifié à développement anarchique.

Le rôle de la structure encore pneumatique du temporal, spécialement chez l'enfant intervient souvent.

L'épidermose

Ce terme est réservé aux migrations épidermiques anarchiques en coulée ou en nappe, à partir d'un élément saillant ou adhérent notamment le manche du marteau.

Les poches de rétraction

La poche de rétraction consiste en une invagination du tympan fragilisé dans la cavité tympanique. Elle est dite fixée si elle est adhérente au promontoire et aux autres structures de la cavité tympanique.

Dans ce cas, l'épiderme remplace la muqueuse de l'oreille moyenne. L'épithélium malpighien repose directement sur le chorion souvent très mince.

2) Etude microscopique

Il s'agit d'une accumulation de kératine desquamée dans l'oreille moyenne, entourée d'une matrice constituée de cellules basales et de la couche malpighienne de l'épithélium squameux kératinisant.

IV) Pathogénie

Il est généralement admis que les cholestéatomes n'ont pas une origine unique et il n'existe pas de théorie unique pour expliquer la formation de tous les cholestéatomes.

Les théories de la pathogénie du cholestéatome peuvent se classer en trois groupes :

1) Théorie de l'inclusion embryonnaire

Elle explique la formation du cholestéatome à partir du tissu embryonnaire restant dans le tissu osseux de l'os temporal. A partir de sa localisation primitive, il peut se propager. La membrane tympanique peut perforer dans la phase avancée de l'affection, puis apparaissent l'infection et l'otorrhée.

2) Théorie de la métaplasie épithéliale

Le cholestéatome survient par la métaplasie de l'épithélium respiratoire sous l'effet du processus inflammatoire chronique.

3) Théorie de la migration épithéliale

Selon cette théorie, les cholestéatomes de l'oreille moyenne tirent leur origine de l'épithélium squameux kératinisant du conduit auditif externe et de la membrane tympanique.

La migration épithéliale est théoriquement envisagée selon différentes modalités :

a- L'envahissement direct

Cette théorie explique l'apparition de cholestéatome par la migration de l'épithélium squameux stratifié dans l'oreille moyenne à travers une perforation le plus souvent marginale mais aussi à partir d'une perforation centrale.

b- L'invagination ou rétraction

Elle explique la formation du cholestéatome à partir d'une poche de rétraction tympanique suite à une pression intratympanique négative qui est souvent la conséquence d'un dysfonctionnement de la trompe auditive.

c-La croissance papillaire

Selon cette théorie, le cholestéatome est constitué par la prolifération papillaire de la couche basale de la peau du conduit auditif externe ainsi que la couche cutanée de la membrane tympanique en réponse une stimulation interne (ou intratympanique) ou externe (ou extratympanique).

d-L'implantation cellulaire

Le cholestéatome se forme par l'implantation de l'épithélium pavimenteux stratifié avec kératinisation dans la caisse après un traumatisme.

Il peut s'agir :

- de paracentèse.
- d'interventions sur le tympan.
- d'interventions sur l'oreille moyenne.
- de lésions traumatiques du tympan.
- de fractures du rocher.
- de la pose d'aérateurs transtympaniques.

V) Diagnostic positif

Deux tableaux cliniques sont possibles :

A) Soit le diagnostic est évident

Le tableau clinique est caractéristique :

1) Signes cliniques

- l'otorrhée : évoluant de manière traînante, plus ou moins abondante, caractérisée par sa fétidité.
- la surdité : elle est de transmission, plus ou moins importante.
- l'otalgie : souvent absente et n'est retrouvée que dans lors des poussées de réchauffement.
- **des vertiges, des acouphènes, une paralysie faciale périphérique** peuvent compliquer le tableau habituel.

2) L'examen otoscopique

Fait sous microscope avec micro-aspiration, il est fondamental et fait le diagnostic clinique du cholestéatome :

- le cholestéatome est visible sous forme d'une masse blanc nacré ou marron cuit, venant facilement à l'aspiration, de consistance molle provenant de l'attique ou d'une perforation postéro-supérieure marginale.
- La découverte d'une crotelle au niveau de la pars flaccida est hautement évocatrice. Son exérèse permet de découvrir le cholestéatome.
- D'autres perforations peuvent être à l'origine d'un cholestéatome : perforation centrale non marginale, antéro-supérieure et même antéro-inférieure.
- Une poche de rétraction fixée, non autonettoyante, déstabilisée.
- Un polype (ou des granulations en nombre et dimensions variables) : indolore, rouge, congestif, saignant facilement et qui se laisse volontiers mobiliser par l'aspiration.

3) L'audiogramme

- Apprécie le degré d'atteinte de l'oreille malade : la surdité est de transmission, plus ou moins importante ou mixte.
- Etude de l'oreille controlatérale.

4) L'imagerie

L'examen tomодensitométrique a remplacé la radiographie standard pour le bilan lésionnel.

Les signes radiologiques du cholestéatome sont directs et indirects :

- Les signes directs : c'est à dire la visibilité du processus qui se traduit par une masse plus ou moins ronde , de tonalité homogène , de densité de parties molles ne prenant pas le contraste.
- Les signes indirects : c'est à dire la conséquence de son extension sur les structures de l'oreille moyenne et les parois de la caisse.

L'IRM des oreilles trouve son indication en cas de :

- Complications méningo-encéphaliques
- Fistule labyrinthique
- Lyse du tegmen : diagnostic différentiel avec une méningo-encéphalocèle.

B) Soit le diagnostic n'est pas évident

Il arrive en effet que le foyer otitique responsable soit passé inaperçu du fait d'un examen limité du patient **d'où la règle d'un examen ORL systématique et soigneux devant toute pathologie intracrânienne d'origine infectieuse.**

VI) Diagnostic différentiel

A) **L'otite moyenne chronique simple** : otorrhée mucopurulente ou purulente, à l'otoscopie : perforation centrale sans épiderme.

B) **Tumeurs de l'oreille moyenne** : bénignes ou malignes. Le diagnostic est donné par l'otoscopie et surtout la biopsie.

C) **Tumeur du glomus jugulaire** : acouphènes pulsatiles, synchrones au pouls + otorragie + masse rouge violacée à l'otoscopie. Dgc : artériographie.

VII) Evolution et complications

Une fois que le cholestéatome pénètre l'oreille moyenne s'ensuit un processus chronique qui n'aboutira jamais spontanément à la guérison et conduira inexorablement à la survenue de complications.

Les complications sont :

1) Mineures :

- phénomène de rétention : bouchon d'épiderme bloquant la perforation entraînant une otalgie intense.
- poussées de réchauffement : otalgie + exacerbation de l'otorrhée.
- otorragie.
- sensations vertigineuses.

2) Majeures

a) Otologiques

*** Patentes :**

- extériorisation rétro-auriculaire.
- paralysie faciale périphérique.
- labyrinthite.

*** Latentes :**

- mastoïdite chronique.
- dénudation du VII.
- dénudation du canal semi-circulaire latéral.
- dénudation du sinus latéral.

b) Méningo-encéphaliques

- méningite.
- abcès du cerveau (temporal ou cérébelleux).
- empyème sous ou extra-dural.
- thrombophlébite du sinus latéral.

VIII) Traitement

Le traitement est incontestablement chirurgical et consiste à effectuer un nettoyage le plus complet possible de la mastoïde et de la caisse du tympan.

1) Choix de la technique opératoire

L'intervention consistera en une technique ouverte ou en une technique fermée.

a- Technique ouverte

Il s'agit soit d'un évidement pétro-mastoïdien soit d'un évidement avec tympanoplastie. Cette technique est le plus souvent choisie devant :

- l'ampleur des lésions constatées cliniquement et radiologiquement chez des patients souvent très négligents qui peut aller jusqu'à l'évidement spontané.
- les conditions socio-économiques souvent défavorables ayant conduit à la survenue de complications endocrâniennes.

b-Technique fermée

Le principe de cette technique réside en un abord de la cavité tympanique, par voie transmastoiënne, en respectant la totalité du conduit auditif externe et tout particulièrement, la partie profonde de celui-ci afin de préserver le cadre tympanal.

Cette technique est essentiellement une chirurgie réparatrice associant au temps fondamental d'éradication des lésions, un temps fonctionnel et restructuratif.

2) Le traitement médical

Le traitement médical antibiotique et anti-inflammatoire est indiqué lors des poussées de réchauffement et en préparation à l'intervention chirurgicale mais ne constitue en aucun cas le traitement curatif.

IX) Surveillance

- clinique et audiométrique
- au bout de 12 à 18 mois : TDM
- si TDM/normale : poursuivre la surveillance
- si TDM anormale : IRM. Si cholestéatome : reprise chirurgicale

X) Conclusion

L'otite moyenne chronique cholestéatomateuse est dite dangereuse car elle expose au cours de son évolution à la survenue de complications pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel mais surtout vital du patient.

Une fois diagnostiquée, elle sera suivie le plus tôt possible d'une sanction chirurgicale.



Ce qu'il faut retenir :

- ✓ Le cholestéatome se caractérise par la présence de peau dans l'oreille moyenne avec accumulation de kératine réalisant une véritable tumeur bénigne.
La capacité du cholestéatome d'envahir, de détruire et d'infecter constitue tout le danger de ce type d'otites chroniques.

- ✓ Sur le plan anapath, Le cholestéatome se définit par la présence de peau dans l'oreille moyenne. Cette peau desquame et le produit de desquamation forme une pseudo-tumeur qui se développe excentriquement et s'infecte.

- ✓ Il est généralement admis que les cholestéatomes n'ont pas une origine unique et il n'existe pas de théorie unique pour expliquer la formation de tous les cholestéatomes.

- ✓ Le diagnostic est clinique. L'imagerie est d'un apport incontestable pour le bilan lésionnel et pour la découverte des complications.

- ✓ Sur le plan lésionnel, une fois que le cholestéatome pénètre l'oreille moyenne s'ensuit un processus chronique qui n'aboutira jamais spontanément à la guérison et conduira inexorablement à la survenue de complications.

- ✓ Le traitement est incontestablement chirurgical et consiste à effectuer un nettoyage le plus complet possible de la mastoïde et de la caisse du tympan.

Pr M.Benchaoui