

L' OMCC

I. Définition:

L'OMCC se définit comme une otite au cours de laquelle se développe dans les cavités de l'oreille moyenne un épithélium malpighien kératinisant et desquamant, réalisant une véritable tumeur bénigne: c'est le CHOLESTEATOME.

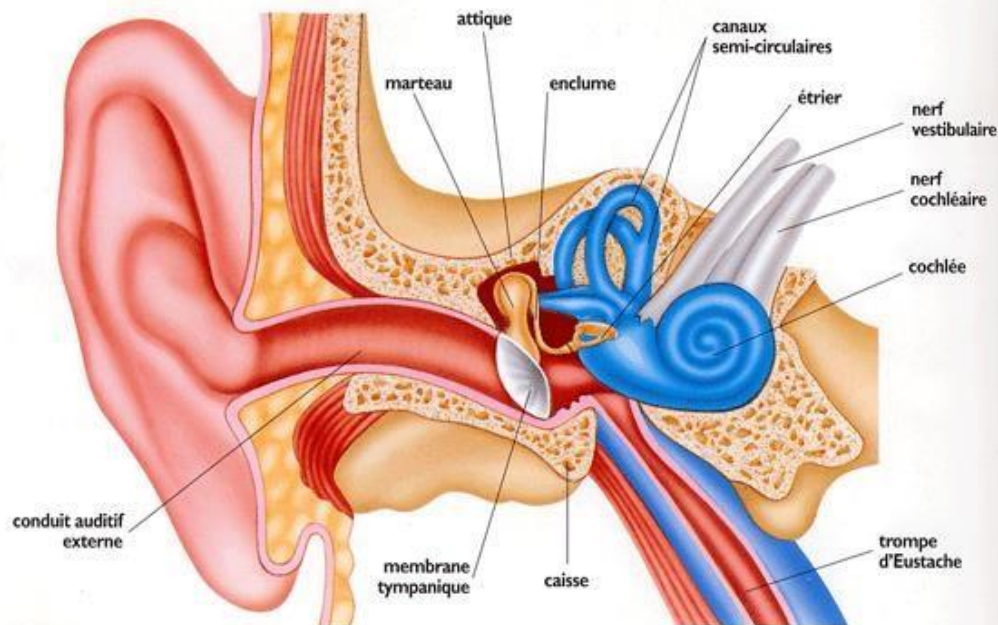
Elle est classée dangereuse car liée aux propriétés ostéolytiques et au caractère évolutif du cholestéatome : source de complications

II. Rappel anatomique :

Sur le plan anatomique l'oreille comporte trois compartiments

➤ Oreille externe
=> (pavillon, CAE, face externe du tympan), toutes ces structures sont couvertes d'épiderme.

➤ Oreille Moyenne => (Caisse du tympan, la trompe d'eustache), sont recouvertes d'une muqueuse



➤ Oreille interne => constituée de trois CSC et la cochlée.

III. Physio pathogénie

Le cholestéatome est doué d'un triple potentiel qui lui confère sa dangerosité particulière :

1. De prolifération latérale: les berges de la perforation vont proliférer à la recherche de l'autre berge pour cicatriser mais qu'il ne trouve pas, n'ayant pas de support, il s'enroulera sur lui-même.
2. De desquamation: cet épiderme en s'engageant dans la lumière de la caisse va grossir avec dépôt de cellules mortes, et s'organiser en pseudo tumeur).
3. Enfin d'érosion: cette pseudo-tumeur si elle trouve un obstacle qui freine sa progression, elle le détruit par compression et en utilisant des collagénases.

IV. Clinique :

Le plus souvent otorrhée fétide, souvent minime

Parfois otorragie et hypoacousie

Parfois une complication inaugurale :

- Vertige
- PF
- Méningite
- Abscess cérébral
- thrombo phlébite du sinus latéral

Examen clinique

Réalisé sous microscope

- Perforation marginale ou du schrapnel
- soit poche de rétraction à fond non contrôlable

+ notons que l'otorrhée fétide est caractéristique du cholestéatome

V. anat-path :

le choléstéatome forme une pseudotumeur qui se développe excentriquement et s'infecte . Cette peau sans annexes, appelée matrice a une allure brillante caractéristique

Etude macroscopique: deux aspects

1 -le cholé 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

2 -le cholé digitiforme: appelé également ramifié à développement anarchique . Le rôle de la structure encore pneumatique du temporale, spécialement chez l'enfant intervient souvent .

L'épidermose envahissante: ce terme est réservé aux migrations épidermiques anarchiques en coulée ou en nappe, à partir d'un élément saillant ou adhérente notamment le manche du marteau

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

Etude microscopique

Le choléstéatome apparait comme une masse grisâtre envahissant la caisse a travers une perforation marginale, 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.

VI. Pathogenie :

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

- **Théorie de l'inclusion**

Elle explique la formation du choléstéatome à partir du tissu embryonnaire restant dans le tissu osseux de l'os temporal .A partir de sa localisation primitive , il peut se propager dans l'oreille moyenne

- **Théorie de la métaplasie épithéliale**

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

- **Théorie de la migration épithéliale**

Selon cette théorie, les choléstéatomes 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 choléstéatome par la migration de l'épithélium squameux stratifié dans l'oreille moyenne à travers une perforation marginale

B/ L'invagination ou la rétraction.

Elle explique la formation du choléstéatome à partir d'une poche de rétraction tympanique suite à une pression intra tympanique négative qui est souvent la conséquence d'un dysfonctionnement tubaire

C/ L'implantation cellulaire.

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

Il peut s'agir :

- De paracenthèse.
- D'intervention sur l'oreille moyenne
- De lésions traumatiques du tympan
- De fracture du rocher.
- De la pose d'aérateur transtympanique

VII.Diagnostic positif:

Deux tableaux cliniques : .

➤ **Soit le diagnostic est évident**

Le tableau clinique est caractéristique :

1/signes cliniques

- L'otorrhée: évoluant de manière trainante, caractéristique par sa fétidité.
- La surdité: elle est de transmission plus ou moins importante
- L'otalgie: souvent absente et n'est retrouvée que dans lors de poussées de réchauffement
- Des vertiges , des acouphènes, une PF peuvent compliquer le tableau habituel.

2/ L'examen otoscopique

Fait sous microscope avec micro-aspiration, il est fondamental et fait le diagnostic clinique de cholé.

Le cholé 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 postérosupérieure marginale.

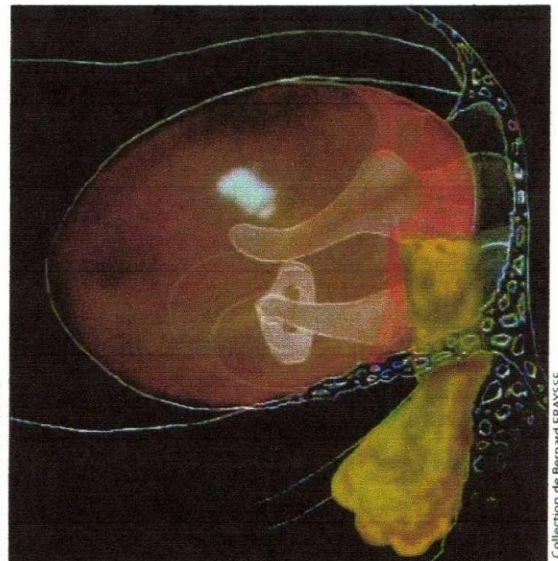


C: Cholestéatome rétro-tympanique gauche: Invagination marginale postéro-supérieure sous ligamentaire et cholestéatome comblant la zone de la fenêtre ovale.

C et D : Otoscopie d'un cholestéatome attical et dessin de l'extension postérieure du cholestéatome attical: noter l'aspect dyskératosique de l'épiderme tympanique

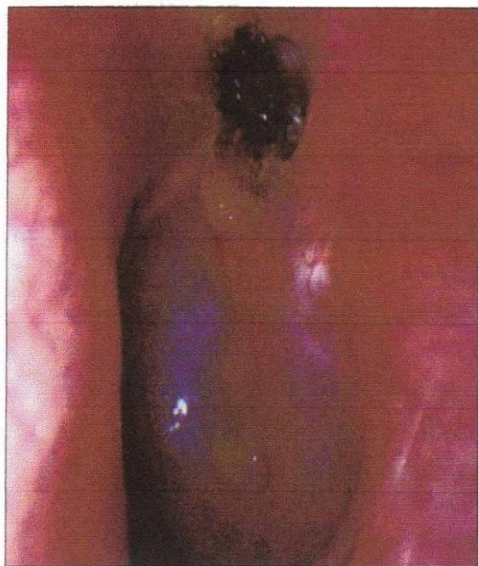


C



D

La découverte d'une croutelle au niveau de la pars flaccida est hautement évocatrice. Son exérèse permet de découvrir le cholé.



A



B

A: Cholestéatome attical gauche : petite perforation à l'emporte pièce au niveau du shrapnell avec croutelle et lyse du mur de la logette

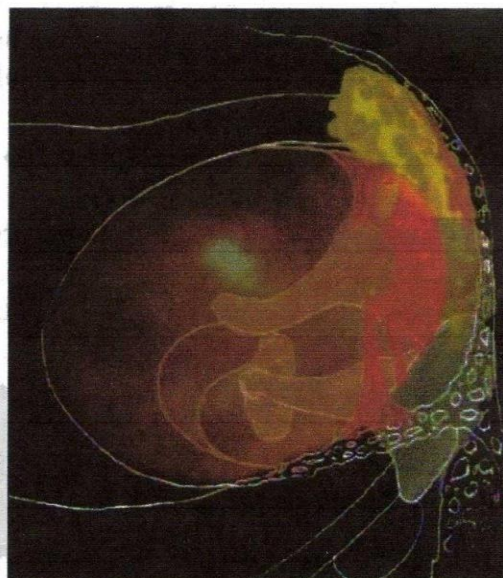
B: Cholestéatome attical droit: vaste destruction du mur de la logette permettant de voir tout l'attique avec lyse de la tête du marteau et du corps de l'enclume.

Une poche de rétraction fixée non autonettoyante

A et B : Otoscopie et dessin d'un cholestéatome attical antérieur.



A



B

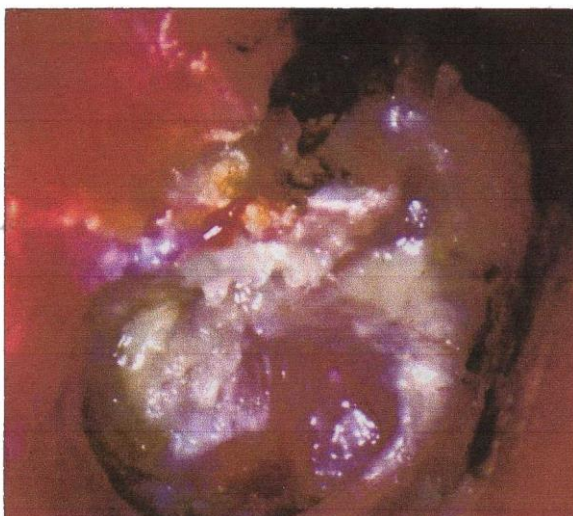
Un polype (ou des granulations): indolore rouge, congestif saignant facilement et qui se laisse volontier mobiliser par l'aspiration.



F: Polype signal du fond du conduit avec cholesteatome et fond du conduit inflammatoire.

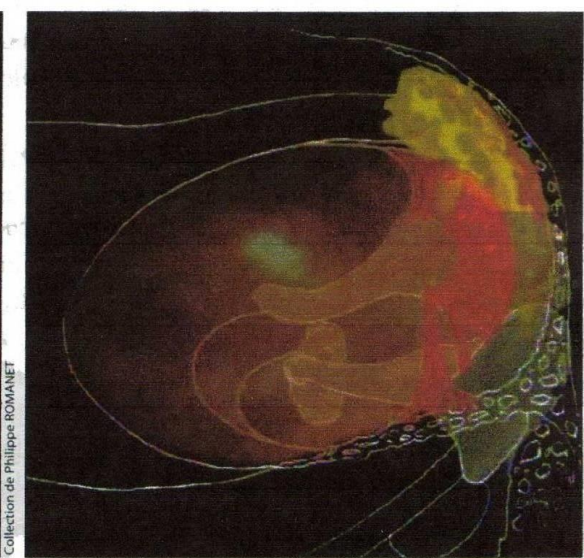
F

D'autres perforations peuvent etre à l'origine d'un cholé: perforation centrale antéro-sup et même antéro-inférieure



E: Cholesteatome de la caisse du tympan et attical : L'épiderme kystératosique moule les parois de la caisse du tympan et s'invagine dans l'attique postérieur.

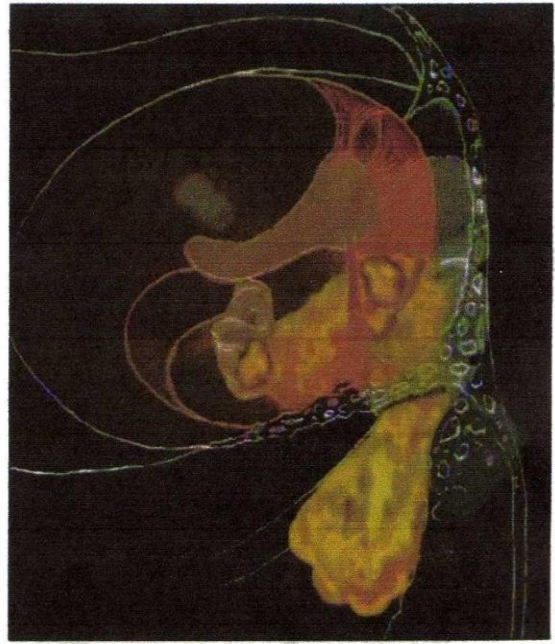
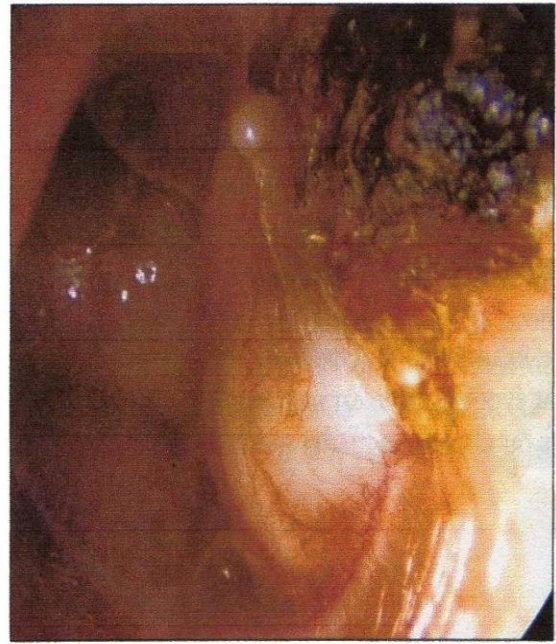
A et B : Otoscopie et dessin d'un cholestéatome attical antérieur.



A

B

E et F : Otoscopie et dessin de l'extension d'un cholestéatome attical et rétro-tympanique.



E

F

3/ L'audiogramme.

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

4/ L'imagerie.

- La T.D.M. a remplacé la radiographie standard pour le bilan lésionnel
- Les signes radiologiques du cholé sont directs et indirects.
 - **Les signes directs** : se traduit par une masse plus ou moins ronde , de tonalité homogène, de densité des 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.

➤ SOIT LE DIAGNOSTIC N'EST PAS EVIDENT.

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 O.R.L systématique et soigneux devant toute pathologie intra crânienne d'origine infectieuse .

Parfois c'est une complication inaugurale qui révèle le diagnostic,

Lors d'une PF ou d'un vertige par exemple.

VIII. Evolution et complications:

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

1/ COMPLICATIONS MINEURES

- Poussées de réchauffement Otalgie + exacerbation de l'otorrhée.
- Otorragie.
- Sensations vertigineuses.

2/ COMPLICATIONS MAGEURES.

A / otologiques:

- * Patentes : paralysie faciale périphérique, labyrinthite, extériorisation rétro-auriculaire
- *latentes : Dénudation du VII, dénudation du sinus latéral dénudation du C.S.C latéral ,mastoidite chronique

B/ Méningo-encéphaliques

- Méningite
- Abscès du cerveau (temporal ou cérébelleux)
- Empième sous ou extra-dural.
- Trombophlébite du sinus latéral

Traitement :

Double but :

- éradication chirurgicale du cholé des cavités de l'oreille moyenne
- empêcher sa récurrence en séparant l'oreille moyenne Muqueuse, de l'oreille externe cutanée

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

1/ TECHNIQUE OUVERTE. Il s'agit d'un évidement pétromastoidien par voie trans -mastoidienne avec aménagement d'une petite caisse : Cette technique est le plus souvent choisie devant

l'ampleur des lésions constatées cliniquement et au TDM chez des patients souvent très négligents et socialement défavorisés

2/ TECHNIQUE FERMÉE. Il s'agit d'un évidement par voie trans mastoidienne en respectant le cadre tympanal permettant ainsi de faire un temps fonctionnel secondairement.

CONCLUSION

- Ce qui distingue donc essentiellement les oreilles dangereuses des autres c'est la présence d'un épithélium malpighien kératinisant qui migre et qui désquame; Cette présence va marquer de son sceau la clinique l'évolution et la thérapeutique.
- ELLE est dite alors dangereuse car elle expose au cours de son évolution 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