

Otite moyenne chronique – simple contre cholestéatomateuse

Thomas Linder^a, Christoph Schlegel^a, Peter Brändle^b

^a Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Luzerner Kantonsspital, Luzern

^b ORL-Praxis, Cham


Quintessence

- L'otite moyenne chronique simple se caractérise à l'otoscopie par une perforation tympanique centrale.
- L'otite moyenne chronique cholestéatomateuse présente comme symptôme dominant une otorrhée fétide intermittente avec perforation périphérique et rétention de kératine.
- A de rares exceptions près, un cholestéatome doit être traité par opération, l'indication opératoire étant relative pour l'OMC simple.
- Les gouttes auriculaires avec antibiotiques peuvent être prescrites à dose correcte (faible) et pour un traitement limité dans le temps dans les flambées inflammatoires.

Introduction

L'otite moyenne chronique avec perforation tympanique centrale ou périphérique est la plupart du temps pauvre en symptômes. Le diagnostic est donc posé fortuitement lors d'un examen ORL ou lors d'une exacerbation. Le patient consulte son médecin à cause d'une «oreille qui coule» ou d'une baisse de son acuité auditive, pratiquement jamais à cause d'une otalgie. Nous allons aborder ci-dessous les questions les plus fréquentes et les différents examens en médecine générale.


Définitions

L'otite moyenne chronique (OMC) simple est définie comme une inflammation chronique de l'oreille moyenne avec perforation tympanique centrale et elle est la plupart du temps secondaire à une mauvaise aération de l'oreille moyenne et de la mastoïde. Il est plus rare qu'une perforation traumatique (par ex. après lavage du conduit auditif) ne se ferme pas spontanément et finisse en OMC simple. L'OMC cholestéatomateuse dans sa forme acquise se développe par migration de cellules épithéliales pavimenteuses kératinisantes dans l'oreille moyenne, avec rétention de pellicules kératinisées (tab. 1 ). La matrice du cholestéatome peut provoquer une ostéolyse, raison pour laquelle le cholestéatome peut envahir à partir du conduit auditif les osselets et la capsule otique (l'os humain le plus dur autour du labyrinthe cochléovestibulaire) ou vers le haut à travers le tegmen tympani la fosse cérébrale moyenne.

Ecoulement auriculaire: que faire?

Alors que les consultations en urgence pour otite externe douloureuse (saison des baignades!) ou otite moyenne

aiguë sont fréquentes, les patients ayant une otorrhée indolore se présentent beaucoup plus rarement. A l'anamnèse, ils donnent généralement des problèmes d'oreilles récidivants (otites, obstruction tubaire) dans leur petite enfance ou disent aussi avoir porté des diabolos. Les 5 symptômes cardinaux de l'anamnèse auriculaire (douleur, sécrétion [otorrhée], hypoacousie, vertige, acouphène) dans l'otite moyenne chronique se distribuent typiquement comme suit: elle est la plupart du temps indolore, s'accompagne de poussées intermittentes d'otorrhée (fétide ou non), de baisse progressive de l'acuité auditive, souvent sans acouphène, alors que le vertige (ou une parésie faciale) est un symptôme d'alarme de complication potentiellement sérieuse.

Lors de la première consultation pour otorrhée, l'otoscopie ne montre généralement pas grand-chose en raison des sécrétions mucopurulentes obstruant le conduit auditif externe (fig. 1 ). En cas d'atteinte unilatérale, le test de Weber au diapason doit être latéralisé dans l'oreille malade et le test de Rinne négatif (hypoacousie de transmission aérienne, c.-à-d. que la transmission osseuse est mieux perçue que l'aérienne). En l'absence de tout indice de forme grave (pas de vertige, aucune douleur), le patient peut être traité en première intention par des gouttes auriculaires antibiotiques. En principe, toutes les gouttes auriculaires antibiotiques du commerce peuvent être utilisées car aucune ototoxicité n'est à prévoir pendant l'otorrhée. Le patient doit être prévenu d'arrêter immédiatement ce traitement dès que l'otorrhée se tarit. Aucune ototoxicité n'a été constatée jusqu'ici avec les gouttes contenant de la ciprofloxacine (Ciproxin HC®), ce qui fait qu'elles sont le plus souvent utilisées. Mais même pour cette spécialité, la perforation du tympan est mentionnée dans les contre-indications de la notice d'accompagnement. Donc le patient doit être informé de l'utilisation correcte. En général, 3–4 gouttes 1–2 fois par jour pendant 5 jours suffisent. Les antibiotiques systémiques ne sont pas indiqués. L'oreille doit être parfaitement à l'abri de l'eau. Il ne faut de même pas faire de lavage d'oreille en cas de suspicion d'otite moyenne chronique.

Intérêt diagnostique de l'otoscopie

Si le conduit auditif n'est pas obstrué l'otoscopie et l'anamnèse ORL permettent la plupart du temps de poser le diagnostic. Il s'agit de faire la distinction entre otite moyenne chronique simple et otite moyenne chronique cholestéatomateuse. La première est définie par une perforation tympanique centrale. La taille, la forme (souvent réniforme) et la localisation (dans quel quadrant) de la perforation peuvent être extrêmement variables, l'important étant l'in-

Les auteurs n'ont déclaré aucune obligation financière ni personnelle en rapport avec cet article.

Tableau 1. Les différentes formes de cholestéatome.

Cholestéatome congénital	Cholestéatome acquis	
«Perles de kératine» blanches derrière un tympan intact	<i>Primaire</i>	<i>Secondaire</i>
Aucune infection d'oreille	A partir d'une poche de rétraction (en général membrane de Shrapnell)	Perforation périphérique ou après diabolo
Bonne aération	Infections «latentes»	Infections récurrentes
Oreille sèche	Mauvaise aération	Mauvaise aération
En général découverte fortuite	Oreille «ouatinée», parfois humide	Otorrhée fétide
Lente diminution de la transmission acoustique	Perforation pas toujours parfaitement visible	Croûtes brun-verdâtre



Figure 1
OMC simple à gauche avec otorrhée aiguë et filaments mycosiques (*Aspergillus*) antéro-supérieurs.

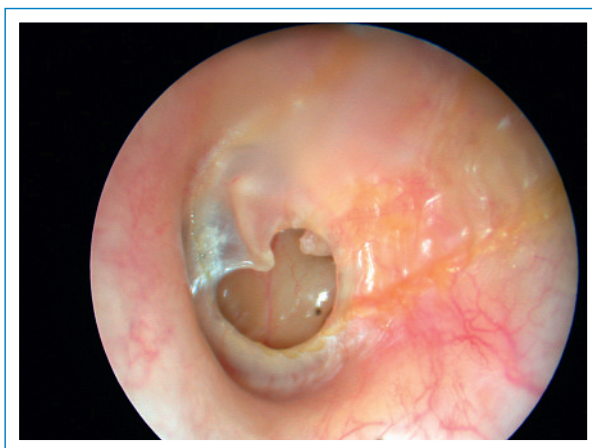


Figure 2
OMC simple à gauche sans inflammation. Articulation incudostapédienne bien visible en arrière et en haut à travers la perforation centrale.

tégrité du pourtour du tympan contre l'anneau tympanique (fig. 2 📷). Lors de la manœuvre de Valsalva, il est parfaitement possible d'entendre l'air qui traverse (Valsalva positif), ce qui donne un argument pour la perméabilité mais pas la fonction de la trompe d'Eustache (tab. 2 📄). Si la perforation est grande un examen attentif permet de voir les structures de l'oreille moyenne: dans la moitié postérieure du tympan se trouvent la fenêtre ronde, l'étrier et l'articulation incudostapédiale, alors que la corde du tympan forme souvent le bord postéro-supérieur de la perforation. Au centre se trouve généralement le promontoire surmonté du plexus tympanique (nerf de Jacobson), qui innerve entre autre la glande parotide (fig. 3 📷).

Le diagnostic de cholestéatome peut être étayé par les résultats otoscopiques suivants (fig. 4 📷): contrairement à l'OMC simple, la perforation est marginale, souvent avec une arrosion de la paroi du conduit auditif, ce qui se voit très bien au niveau de la pars flaccida dans les cholestéatomes épitympaniques. D'autres arguments peuvent être donnés par la présence d'un polype signal: il s'agit d'un polype charnu issu du sac cholestéatomateux et saignant facilement au moindre contact. La présence de masses de kératine dans la caisse du tympan est pathognomonique, sous forme de pellicules blanchâtres ou de masses encroûtées noirâtres-brunes. Le diagnostic est en outre confirmé par une otorrhée fétide, alors qu'elle est inodore dans une OMC simple.

Un test auditif est-il nécessaire?

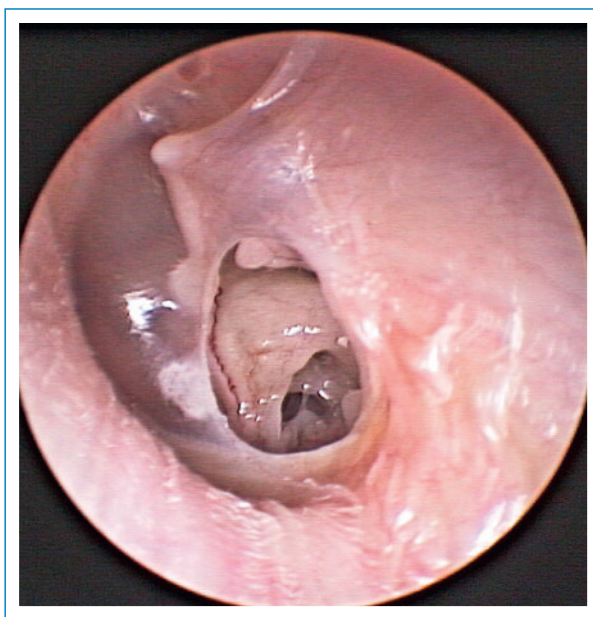
Alors que les tests au diapason peuvent donner des éléments sur une hypoacousie de transmission ou de perception en cas de pathologie unilatérale (mais uniquement à la fréquence donnée par le diapason, généralement autour de 440 Hz) et que les chiffres chuchotés au cabinet du généraliste donnent une estimation grossière de la compréhension du langage, d'autres examens auditifs chez le collègue ORL sont toujours indiqués dans l'OMC. L'audiogramme à fréquences pures et, en cas d'hypoacousie mixte, l'audiogramme parlé permettent une analyse très précise de l'hypoacousie. La taille de la perforation tympanique influence l'importance de l'hypoacousie (déficits entre quelques décibels jusqu'à 40 dB avec une chaîne ossiculaire intacte), par contre la localisation n'a pratiquement aucune influence (antérieure ou postérieure). Une interruption totale de la chaîne ossiculaire donnerait un bloc de transmission de 60 dB au maximum. Le tympanogramme (courbe plate) avec la mesure du volume permet de tirer des conclusions sur l'importance de la pneumatisation de la mastoïde. Plus le volume est important (plus de 3 ml) plus la situation globale est favorable.

Chaque patient doit-il être radiographié?

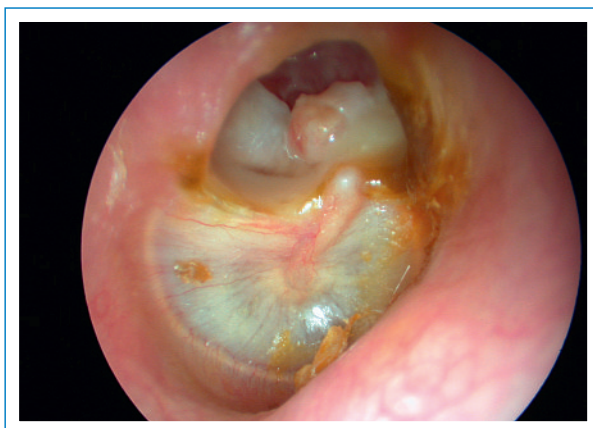
Un cliché conventionnel selon Schüller n'est actuellement plus indiqué, son résultat étant par trop rudimentaire. L'OMC simple est un diagnostic clinique et n'impose aucune radiographie dans un premier temps. Ce n'est qu'avant une opération prévue qu'un scanner à haute résolution des rochers peut aider à déterminer l'envergure de l'intervention et que les ORL le demandent de plus en plus souvent. Le diagnostic du cholestéatome acquis est lui

Tableau 2. Caractéristiques de l'otite moyenne chronique simple.



Otoscopie	Etiologies
Perforation centrale du tympan	Après nombreuses otites dans l'enfance (obstruction tubaire, OM aiguë récurrente)
Souvent plaques myringosclérotiques (blanchâtres, planes) dans le tympan résiduel	Après pose et extrusion spontanée de diabolos
Evt Valsalva positif (mouchage)	Post-traumatique (bâtonnets ouatés, lavage d'oreille, équilibre des pressions en vol, etc.)
Otorrhée inodore en cas d'infection ou après contact avec de l'eau	

**Figure 3**

OMC simple à gauche sans inflammation. Vue de l'articulation incudostapédienne au bord supérieur, du plexus tympanique en avant et de la fenêtre ronde derrière la perforation. Petites plaques myringosclérotiques blanchâtres dans le tympan sous le marteau.

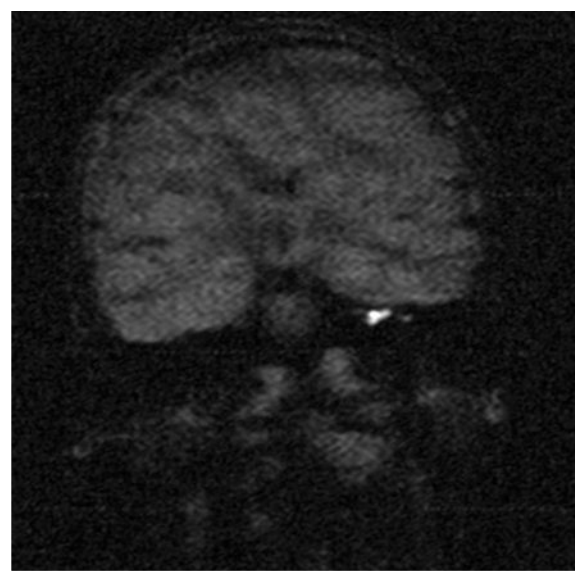
**Figure 4**

OMC cholestéatomateuse à droite avec arrosion typique du conduit auditif à partir de la pars flaccida avec rétention de masses kératinisées blanchâtres.

aussi clinique, mais impose toujours un scanner pour connaître en temps utile l'importance des ostéolyses et du trouble d'aération, et rechercher d'éventuelles complications (fistules vers les canaux semi-circulaires, envahissement de la fosse cérébrale moyenne, etc.) (fig. 5 ). Le scanner ne donne cependant que des résultats indirects sur la présence d'un cholestéatome, raison pour laquelle il ne faut jamais poser la question au radiologue: voyez-vous un cholestéatome? Il n'en voit absolument rien, mais les opacités grises peuvent donner des arguments indirects avec leur localisation, leur forme et les ostéolyses. Ces dernières années l'introduction d'une séquence IRM spéciale a considérablement amélioré le diagnostic du cholestéatome: l'IRM non-EP-DW (non-echo planar diffusion-weighted MR imaging) a une sensibilité (90%) et une spécificité (100%) élevées avec un temps d'exposition très bref (quelques minutes) (fig. 6 ). Elle est particulièrement employée chez

**Figure 5**

CT-scan coronaire avec arrosion typique du conduit auditif et opacités épitympaniques allant jusqu'au tegmen et aux canaux semi-circulaires latéral et supérieur et absence d'osselets.

**Figure 6**

IRM non-EP-DW avec forte suspicion de cholestéatome («tache» blanche).

les patients ayant déjà eu une opération dans le passé, en cas de status otoscopique douteux ou pour le contrôle après intervention fermée pour exérèse d'un cholestéatome et a ainsi rendu inutiles les opérations «second look» pratiquées dans certains établissements. Un scanner ou une IRM ne doivent cependant être demandés que par le spécialiste et uniquement après examen clinique.

Quand faut-il refermer chirurgicalement une perforation centrale du tympan?

Chez les patients ayant une OMC simple et une acuité auditive peu diminuée, sans tendance aux infections et n'en souffrant que très peu, aucune intervention chirurgicale n'est forcément nécessaire. La proportion élevée de bons résultats de la myringoplastie (80–90%) et la possibilité de

reconstruction simultanée de la chaîne ossiculaire lésée justifient une recommandation pour la tympanoplastie. Chez les jeunes patients (y c. enfants), la possibilité de pratiquer des sports aquatiques représente un gain non négligeable de qualité de vie. Chez les patients plus âgés, avec la nécessité d'appareils auditifs due aussi à une presbycusie, un essai de port d'appareils auditifs peut montrer si au cas d'apparition d'otorrhée due à l'appareil auditif (occlusion du conduit auditif) une opération serait indiquée.

Combien de temps peut-on attendre avec l'OMC cholestéatomateuse?

En principe, l'indication à l'opération est donnée après le diagnostic de cholestéatome. Si la clinique ou le CT-scan ne donnent aucun argument de menace de complication (par ex. arrosion des canaux semi-circulaires et vertige, paralysie faciale, percée du tegmen tympani, etc.), l'intervention élective peut être planifiée dans les mois qui suivent. Les poussées inflammatoires compliquent l'opération et doivent donc être traitées localement (lavages réguliers du conduit auditif chez le collègue ORL, gouttes auriculaires antibiotiques). Chez les enfants, le status otoscopique ne montre généralement que la «pointe de l'iceberg», c.-à-d. qu'à l'opération le cholestéatome est déjà beaucoup plus volumineux que prévu, surtout chez les trisomiques ou après otorrhée fétide de plusieurs années.

Un cholestéatome sec bien visible chez un patient âgé, sans flambées inflammatoires et avec envahissement limité du rocher au scanner, peut par contre être contrôlé cliniquement chaque année, l'indication opératoire étant alors plutôt relative.

Quelles complications doivent être diagnostiquées à temps?

Dans l'OMC simple, les complications sérieuses sont fort heureusement rares. Il ne faut pas négliger les complications iatrogènes: un surdosage ou un traitement par gouttes auriculaires antibiotiques (surtout aminoglycosides) dans des conditions sèches peuvent aller jusqu'à la

surdité. Un lavage d'oreille est également contre-indiqué car il peut provoquer de sérieux vertiges ou une lésion de la chaîne ossiculaire à nu. Dans l'OMC cholestéatomateuse, il y a 30 ans encore les complications étaient souvent le premier symptôme ayant conduit le patient chez le médecin. Le vertige par arrosion du canal semi-circulaire latéral, une parésie faciale lentement évolutive (ou fluctuante), la surdité (diapason latéralisé dans l'oreille contrôlée latérale) et une dégradation rapide de l'état général avec abcès cérébral progressif (envahissement à travers le tegmen tympani) sont actuellement de rares complications directes du cholestéatome.

Conclusions

L'otite moyenne chronique simple avec perforation centrale du tympan est bien visible à l'otoscopie au stade non inflammatoire. Un test auditif occasionnel chez le spécialiste documente une éventuelle baisse de la transmission sonore. Au stade inflammatoire aigu (otorrhée inodore), il est possible d'utiliser des gouttes auriculaires (de préférence avec ciprofloxacine) à court terme et à faible dose. La fermeture opératoire de la perforation a de bonnes chances de bon résultat mais son indication est relative. L'OMC cholestéatomateuse montre généralement à l'otoscopie une perforation périphérique avec pellicules de kératine et otorrhée fétide intermittente. Les tests auditifs et un scanner à haute résolution du rocher (sans produit de contraste) sont des examens obligatoires. Si le status n'est pas clair une IRM non-EP-DW peut dévoiler de petites perles cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne ou la mastoïde avec haute fiabilité. Un traitement chirurgical doit être envisagé – à quelques rares exceptions près.

Correspondance:

Prof. Thomas Linder
Klinik für Hals-Nasen-Ohren-, Hals- und Gesichtschirurgie
Kantonsspital Luzern
Spitalstrasse
CH-6000 Luzern
thomas.linder@ksl.ch

Références

Les références bibliographiques peuvent être demandées au premier auteur.

CME www.smf-cme.ch

1. Un requérant d'asile de 30 ans se plaint d'une otorrhée visqueuse et présente une perforation tympanique mal visible avec sécrétions putrides abondantes dans le conduit auditif. Quelle est la mesure la moins envisageable dans un premier temps?

- A Donner des gouttes auriculaires antibiotiques pour 5 jours et réévaluation.
- B Adresser à un collègue ORL pour lavage d'oreille soigneux.
- C Tomographie computerisée pour diagnostiquer à temps une menace de complication chez un patient dont la compliance n'est pas garantie.
- D Frotter du conduit auditif et réévaluation après réception de la microbiologie.
- E Test au diapason de Weber et Rinne pour examiner rapidement l'audition.

2. Un patient de 6 ans ayant une trisomie 21 souffre fréquemment d'écoulement auriculaire fétide à gauche et a une peau macérée de son conduit auditif étroit; nous voyons avec le petit cône de l'otoscope des croûtes verdâtres-brunâtres. A cause de son agitation lors de l'examen, l'inspection est très difficile, un lavage impensable. Que faites-vous?

- A Une IRM sous narcose pour confirmer la suspicion de cholestéatome en raison de l'impossibilité de l'examiner.
- B Un lavage d'oreille soigneux avec H₂O₂ 3% pour décoller ces croûtes et les extraire à la pincette.
- C Tranquilliser les parents en leur disant qu'une otorrhée est fréquente dans le syndrome de Down avec les nombreuses infections et qu'elle peut généralement être bien traitée par gouttes auriculaires.
- D Transfert à un collègue/un service ORL pour suite des examens.
- E Délivrance d'antibiotiques p.o. car ce patient refuse les gouttes auriculaires et son conduit auditif est très étroit.