

Fistule péri-lymphatique post-traumatique suite à « un coup de gifle »!

Mfathia M, Meherzi S, Khbou A

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital régional de Sidi Bouzid, Tunisie

Introduction

La fistule péri-lymphatique post-traumatique réalise une communication anormale entre le compartiment liquidien péri-lymphatique et l'oreille moyenne. Son diagnostic est souvent difficile du fait du tableau clinique parfois incomplet. L'imagerie est indispensable afin d'étayer le diagnostic.

Le but de ce travail est de rapporter un cas de fistule péri-lymphatique post-traumatique suite à un coup de gifle.

Objectif

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et les modalités thérapeutiques de fistule péri-lymphatique (FPL) post-traumatique.

Méthodes et Matériels

Etude d'un cas de fistule péri-lymphatique (FPL) post-traumatique suite à un coup de gifle chez un patient colligé au service d'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital régional de Sidi Bouzid (Tunisie).

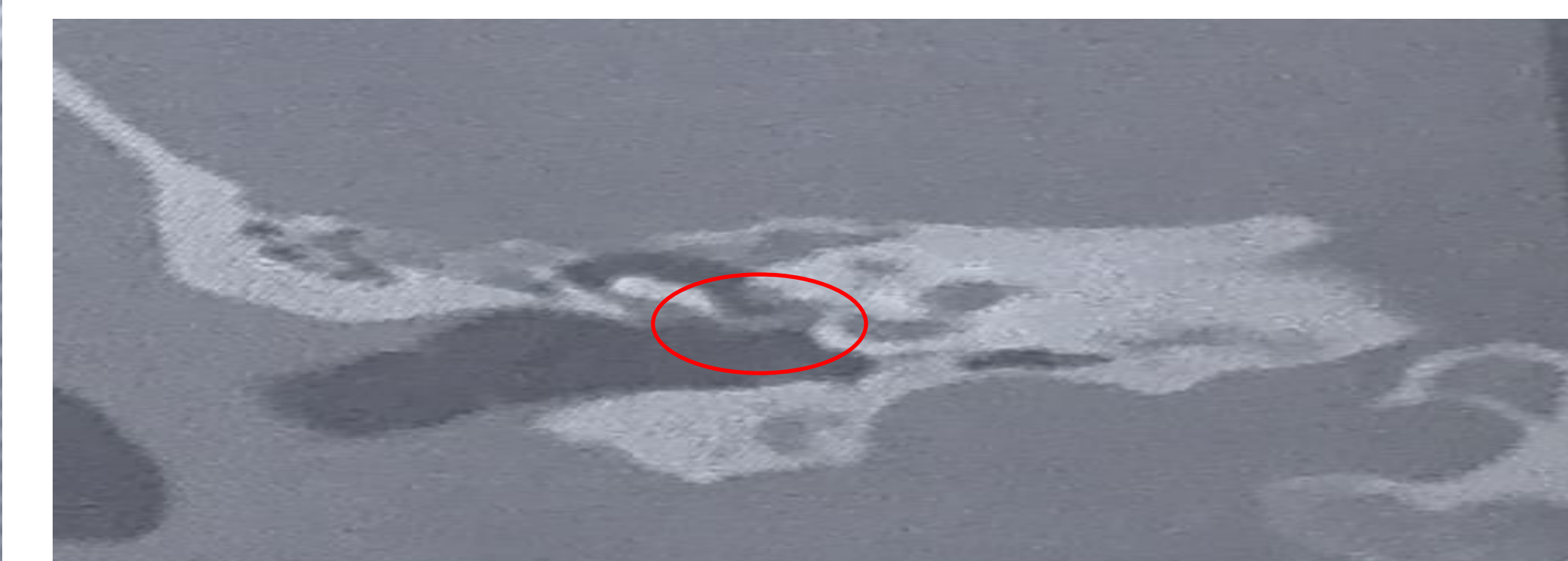
Observation

Homme âgé de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers (absence de passé otitique, de notion de traumatisme crânien ou de chirurgie otologique)

- **Motif de consultation:** hypoacousie et un écoulement auriculaire droits associés à un vertige rotatoire suite à un coup de gifle sur l'oreille droite.
- **Examen physique:**
 - **Otoscopie droite:** Une oto-liquorrhée, une perforation tympanique postérieure large et un hémotympan
 - **Examen vestibulaire:** Pas de nystagmus spontané ou provoqué ni de déviations segmentaires
 - La recherche du signe de la fistule a été négative.
 - **Examen neurologique:** Sans anomalies (Pas de paralysie faciale ni syndrome méningé).
- **Audiométrie tonale :** Surdité de transmission droite à -50 dB avec un Weber latéralisé du côté droit.
- **TDM des rochers (côté droit):** Comblement hypodense de la poche de Prozac, du sinus tympani et des fenêtres ovale et ronde et un épaissement des deux branches de l'étrier et de la platine sans signes de luxation avec présence de pneumo-labyrinthe.
- **CAT thérapeutique:**
 - Hospitalisation
 - Repos au lit et traitement postural (demi assis, éviction des facteurs d'hyperpression)
 - Des soins du CAE
 - Corticothérapie intraveineuse (HSHC 100mg*3/j).
- **Evolution:** Favorable:
 - Disparition de la liquorrhée dès le premier jour d'hospitalisation.
 - Disparition progressive des sensations vertigineuses
 - Amélioration de l'audition .
 - Sortie à J7 d'hospitalisation.



TDM des rochers en coupes axiales et coronales:
Comblement au niveau des fenêtres ovale et ronde avec présence de pneumo-labyrinthe.



Conclusion

- La fistule péri-lymphatique post-traumatique est de diagnostic difficile. Celui-ci est étayé par un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Elle est visualisée en peropératoire dans 50% des cas
- Il faut souligner la place primordiale de l'imagerie afin d'étayer le diagnostic positif et topographique en cas de suspicion de fistule péri-lymphatique (pneumo-labyrinthe +++).
- Pour certains auteurs, la méningite en cas FPL, n'est qu'un risque théorique, ne justifiant donc pas la mise sous antibiotiques à titre prophylactique.
- Pour la majorité des auteurs et en l'absence de perforation tympanique associée, un traitement conservateur, basé essentiellement sur le repos, peut suffire, avec résolution des symptômes dans 40% des cas. La prescription d'antibiotiques à visée prophylactique ne trouve sa place qu'en cas de perforation tympanique ou en cas d'otoliquorrhée abondante nécessitant un drainage lombaire déplétif.
- La chirurgie représente le dernier temps diagnostique et le temps thérapeutique. L'indication et le délai de la chirurgie restent controversés dans la littérature.