

Cholestéatome acquis de l'oreille moyenne chez l'enfant : Particularités diagnostiques et thérapeutiques

Lahmar R, Kharrat O, Bechraoui R, Abbes A, Lajhoury M, Mejbri M, Zainine R, Ben Amor M, Beltaief N
Service d'ORL et CCF, CHU La Rabta – Tunis, Tunisie

Abstract

But : L'otite moyenne chronique cholestéatomateuse est une otite dangereuse connue pour son pouvoir érosif et ostéolytique. Cette agressivité est plus marquée dans la population pédiatrique. Le but de notre étude est de décrire les particularités diagnostiques et évolutives des otites moyennes chroniques cholestéatomateuses (OMCC) chez l'enfant.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant les enfants (âge ≤ 16 ans, opérés dans notre service pour OMCC entre 2014 et 2021, avec un suivi post-opératoire d'au moins deux ans

Résultats : Quarante oreilles étaient incluses avec un recul moyen de 4.6 ans. L'âge moyen était de 12 ans (4- 16 ans) avec un sex-ratio de 1,6. La symptomatologie était dominée par l'otorrhée chronique purulente et fétide (39 cas) et l'hypoacousie (33 cas). Quatre complications révélatrices ont été rapportées (2 cas de mastoïdite et 2 cas de vertige en rapport avec une fistule labyrinthique). L'examen sous microscope avait montré : une atticotomie dans 16 cas, poche de rétraction tympanique stade 3 dans 21 cas, une perforation tympanique associée dans 9 cas. Le bilan audiométrique objectivait : une surdité de transmission (32 cas) ou mixte (6 cas) avec un seuil moyen de 46 dB. La TDM des rochers, réalisée chez tous nos malades, avait montré une extension vers la mastoïde (24 cas), une lyse du mur de la logette (26 cas), une lyse de tegmen tympani (6 cas), une lyse de canal facial (2 cas) et une fistule labyrinthique (3 cas). Aucune complication intracrânienne n'a été notée. Tous les enfants de notre série ont été opérés. Une tympanoplastie en technique fermée (TTF) a été réalisée dans 35 cas, avec tympanotomie postérieure dans 23 cas. Une tympanoplastie en technique ouverte (TTO) a été réalisée pour 5 oreilles. En post opératoire, un bon résultat anatomique a été constaté dans 30 cas. Une amélioration de l'audition a été notée dans 9 cas, une aggravation dans 7 cas et inchangée dans 24 cas. Cinq cas de cholestéatome résiduel (Délai moyen : 13.5 mois) et 3 cas de récives (délai moyen : 42 mois) ont été notés pour lesquels une reprise chirurgicale a été indiquée.

Conclusion : L'OMCC est potentiellement grave chez l'enfant par son haut potentiel invasif et par la fréquence des récives. Le traitement est toujours chirurgical, se basant de plus en plus sur la technique fermée en première intention chez l'enfant. Un contrôle régulier et prolongé est nécessaire afin de détecter précocement un cholestéatome récurrent.

Objectifs

- Décrire les particularités diagnostiques et évolutives des otites moyennes chroniques cholestéatomateuses (OMCC) chez l'enfant.

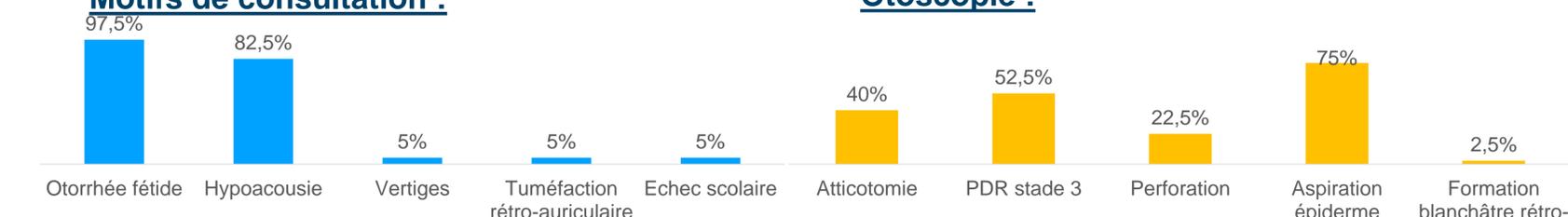
Méthodes et Matériels

- Étude descriptive rétrospective
- Incluant les enfants (âge ≤ 16 ans), opérés dans notre service pour OMCC entre 2014 et 2021
- Suivi post-opératoire d'au moins deux ans

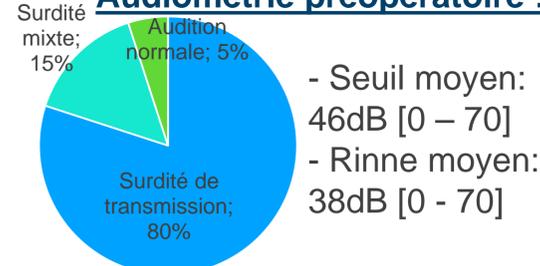
Résultats

• 40 oreilles - Âge moyen: 12 ans [4-16 ans] - Sex-ratio: 1,6

• Motifs de consultation :



• Audiométrie préopératoire :



- Seuil moyen: 46dB [0 – 70]
- Rinne moyen: 38dB [0 - 70]

• TDM préopératoire des rochers :

- Extension mastoïdienne (60%)
- Lyse du mur de la logette (65%)
- Lyse du tegmen tympani (15%)
- Lyse du canal du nerf facial (5%)
- Fistule labyrinthique (7,5%)



Fig 1 : TDM des rochers en coupe coronale: comblement holotympanique gauche avec lyse ossiculaire

- **IRM préopératoire :** 22,5% des cas, si lyse du tegmen tympani/ antri ou doute sur fistule labyrinthique
- **Prise en charge :** - TTF (87,5%; tympanotomie postérieure associée 65,7%) versus TTO (12,5%)
- **Suivi post-opératoire :** - **Résultat anatomique:** Bon (75%), Résiduel 12,5% (délai moyen 13,5 mois), récive cholestéatomateuse 7,5% (42 mois)
- **Résultat fonctionnel :** Gain audiométrique (22,5%), stabilité (60%), aggravation de l'audition (17,5%)

Conclusion

- L'OMCC pédiatrique : grave par son agressivité, haut potentiel invasif et par la fréquence des récives
- **TDM** préopératoire: extension du cholestéatome, l'état de la chaîne ossiculaire, du nerf facial, du cadre osseux, des canaux semi-circulaires et des variantes anatomiques/ **IRM** si fistule ou lyse tegmen
- **Traitement** = toujours chirurgical, TTF en première intention chez l'enfant ++, TTO si cholé extensif non contrôlable par TTF, si procidence des méninges ou si lyse préopératoire spontanée du mur du facial
- **Contrôle** régulier et prolongé (clinique, audio et radiologie): nécessaire → Détection précoce d'un cholestéatome récurrent / Contrôler les facteurs favorisant les OMCC ++, prévention des récurrences

Références

- Piras G et al. Long term outcomes of canal wall up and canal wall down tympanomastoidectomies in pediatric cholesteatoma. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2021 Nov;150:110887.
- Pachpande TG et al. Diagnosis and treatment modalities of cholesteatomas: a review. Cureus. 2022 Nov;14(11):e31153.
- Lima AF et al. Is pediatric cholesteatoma more aggressive in children than in adults? A comparative study using the EAONO/JOS classification. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Nov;138:110170.