

Réfections tympaniques par voie du conduit sous guidage endoscopique. A propos d'une série de 87 patients.

CHEMAM AMINE , HAMZAOUI RAHMANE, BEDDAR LAMIA

Abstract

- La réfection tympanique est l'intervention chirurgicale la plus réalisée en otologie ⁽¹⁾.
- L'utilisation d'un endoscope rigide a un avantage significatif, car il est simple à utiliser pour la réparation d'un tympan perforé. Il fournit au chirurgien une vision agrandie et complète juste en rapprochant le champ d'application et en faisant pivoter l'endoscope⁽²⁾

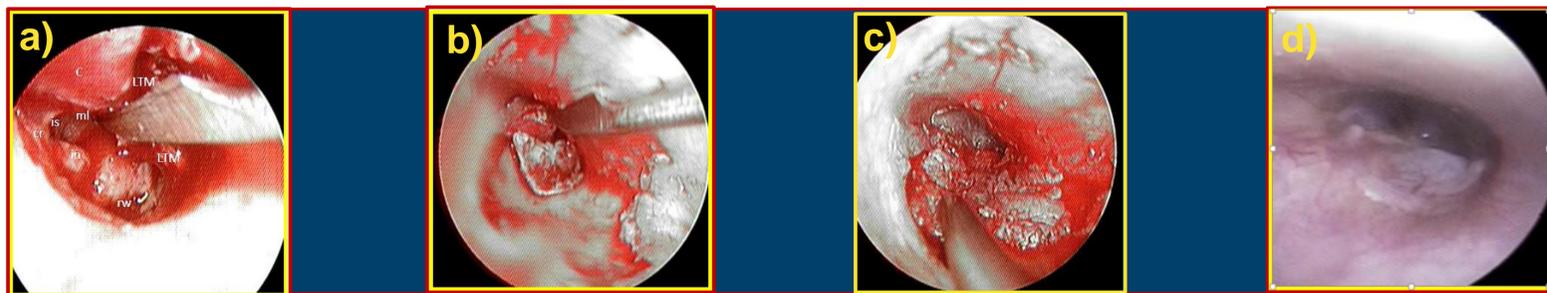


Figure 1: a) confection du lambeau tympanoméatal; b) Greffe de cartilage tagal en Under Lay; c) Rabat du lambeau; d) Résultat à 09 mois Post-op.

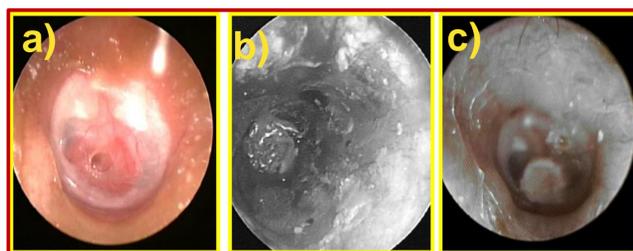


Figure 2 : a) Perforation tympanique, c) insertion du Cartilage tragal en boutonnière; c) Résultat à 09 mois post op.

Objectifs

- Notre travail a pour but :
 - ✓ D'étudier les résultats anatomiques , fonctionnels et le temps opératoire.
 - ✓ Démontrer que cette voie chirurgicale est une meilleure voie d'abord par rapport aux voies classiques dans les points suivants :
 - Réduction du temps opératoire.
 - Meilleur résultats anatomique.

Méthodes et Matériels

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive (de septembre 2019 jusqu'à septembre 2022) ayant porté sur 95 tympanoplasties mini-invasives sous endoscopie pour otites muqueuses ouvertes (chez 87 patients). Les interventions chirurgicales ont été réalisées par le même chirurgien et ont été enregistrées. Les patients ont bénéficié d'un contrôle endoscopique avec prise de photos en pré et postopératoire à : 02 mois, 06 mois et 09 mois. L'audiogramme a été réalisé en préopératoire et en postopératoire à 09 mois.

Résultats

- Dans notre étude, les limites d'âge étaient de 18 ans et 68 ans avec une moyenne d'âge de 35.97 ± 12.097 ans. On a noté une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de : 2.1. 74.8% des perforations tympaniques étaient inférieures ou égales à deux quadrants et 25.2% étaient supérieures à deux quadrants. les perforations tympaniques antérieures étaient les plus fréquentes (33.90%). L'anesthésie générale a été utilisée dans 87.36% des cas (83 oreilles) et l'anesthésie locale dans 12.63% des cas (12 oreilles), La technique underlay a été réalisée dans 67 oreilles (70.5%) et la technique inlay dans 28 oreilles (29.5%).
- La moyenne du Rinne préopératoire était de 23.170 ± 9.2007 db et celle du Rinne postopératoire était de 10.622 ± 8.4655 db avec une moyenne de différence audiométrique postopératoire de 12.457 ± 8.4190 db. Cinq oreilles opérées (5.3%) présentaient une persistance de perte de substance tympanique à 09 mois postopératoires.

Discussion

Dans la technique avec réalisation d'un lambeau tympanoméatal:

- Le taux de réussite anatomique est de 97% et concorde avec celui de Inci Alkan Demirpehlivan (3), de Selahattin Genc (4) et de K. Sharath Babu et R. Shankar (5). Ceci étant sans relation statistiquement significative ni avec le siège de la perforation tympanique ($P = 0.550$) ni avec la taille de la perforation ($P = 0.468$). Le Rinne postopératoire (10.855 ± 7.6128 db) et le gain audiométrique (13.258 ± 8.7734 db) concordent globalement avec la littérature dont les chiffres varient pour le Rinne postopératoire entre : 7.2 ± 8.5 db (C. C. Tseng (6)) et 18.3 ± 20.6 db (Min Bum Kim (7)). Notre moyenne du temps opératoire ainsi que celles des auteurs (8), (9), (10),(5) ayant étudié les tympanoplasties endoscopiques sont plus courtes que les moyennes du temps opératoires des tympanoplasties faites sous microscopie (Lakpathi et coll. (8) ainsi que celle de A. S. Harugop et coll (9).)

Conclusion

La réfection tympanique sous guidage endoscopique représente une techniques mini-invasive sur et rapide avec des résultats anatomiques et fonctionnels très satisfaisants.

Références

1. Huy PT. Otites moyennes chroniques. Histoire naturelle et formes cliniques. Elsevier. déc 2017;13(01).
2. Billon-Galland L, Hermann R, Coudert A, Truy E. Otite moyenne chronique non cholestéatomateuse : physiopathologie et formes cliniques. Elsevier. nov 2021;36(04).
3. Demirpehlivan IA, Onal K, Arslanoglu S, Songu M, Ciger E, Can N. Comparison of different tympanic membrane reconstruction techniques in type I tympanoplasty. Eur Arch Otorhinolaryngol. mars 2011;268(3):471-4.
4. Genç S, Özel HE, Altuparmak E, Başer S, Eysaraç Ş, Bayakır F, et al. Rates of success in hearing and grafting in the perichondrium-preserved palisade island graft technique. Braz J Otorhinolaryngol. mai 2021;87(3):305-9.
5. Babu KS, Shankar R. A study to evaluate and compare the outcomes of endoscope versus microscope assisted myringoplasty. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 26 mai 2021;7(6):988.
6. Tseng CC, Lai MT, Wu CC, Yuan SP, Ding YF. Comparison of endoscopic transcanal myringoplasty and endoscopic type I tympanoplasty in repairing medium-sized tympanic perforations. Auris Nasus Larynx. déc 2017;44(6):672-7.
7. Kim MB, Park JA, Suh MJ, Song CI. Comparison of clinical outcomes between butterfly inlay cartilage tympanoplasty and conventional underlay cartilage tympanoplasty. Auris Nasus Larynx. avr 2019;46(2):167-71.
8. Lakpathi G, Sudarshan Reddy L, Anand. Comparative Study of Endoscope Assisted Myringoplasty and Microscopic Myringoplasty. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. juin 2016;68(2):185-90.
9. Harugop AS, Mudhol RS, Godhi RA. A comparative study of endoscope assisted myringoplasty and microscope assisted myringoplasty. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. déc 2008;60(4):298-302.
10. Tseng CC, Lai MT, Wu CC, Yuan SP, Ding YF. Endoscopic transcanal myringoplasty for tympanic perforations: An outpatient minimally invasive procedure. Auris Nasus Larynx. juin 2018;45(3):433-9.