

Un emphysème sous-cutané pas comme les autres! : cas clinique CARE

Benjamin RELIQUET¹, Alexis BOZORG GRAYELI¹, Caroline GUIGOU¹

1- Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, CHU Dijon

Présentation du cas

Nous décrivons le cas d'une patiente de 64 ans pour lequel un schwannome vestibulaire (SV) droit de stade I de Koos était diagnostiqué en 2015 grâce à une IRM réalisée pour une surdité perceptionnelle asymétrique (perte tonale audiométrique moyenne= 70 dB). Une chirurgie d'exérèse par voie trans-labyrinthique était réalisée en janvier 2020, sans complication per-opératoire devant une augmentation de taille de la tumeur et une aggravation de l'hypoacousie. Durant cette chirurgie, une exclusion de l'oreille moyenne était faite avec un retrait du malleus, de l'incus et du lambeau tympano-méatal. Le stapes était laissé en place. Le méat de la trompe d'Eustache était obturé avec des fragments de périoste. Le défaut dural était fermé avec de la colle tissulaire Tachosil®, Takeda Austria GmbH, Linz, Austria). La cavité d'évidement mastoïdienne était remplie de graisse abdominale. La résection de la lésion était macroscopiquement complète, et l'examen histopathologique confirmé le SV. La patiente bénéficiait d'un suivi annuel clinico-radiologique objectivant l'absence de résidu tumoral et de complication à distance.

Deux ans après l'intervention oto-neurochirurgicale, la patiente a commencé un traitement par ventilation non invasive (VNI) nocturne par pression positive continue (PPC) pour un syndrome d'apnées du sommeil (SAOS).

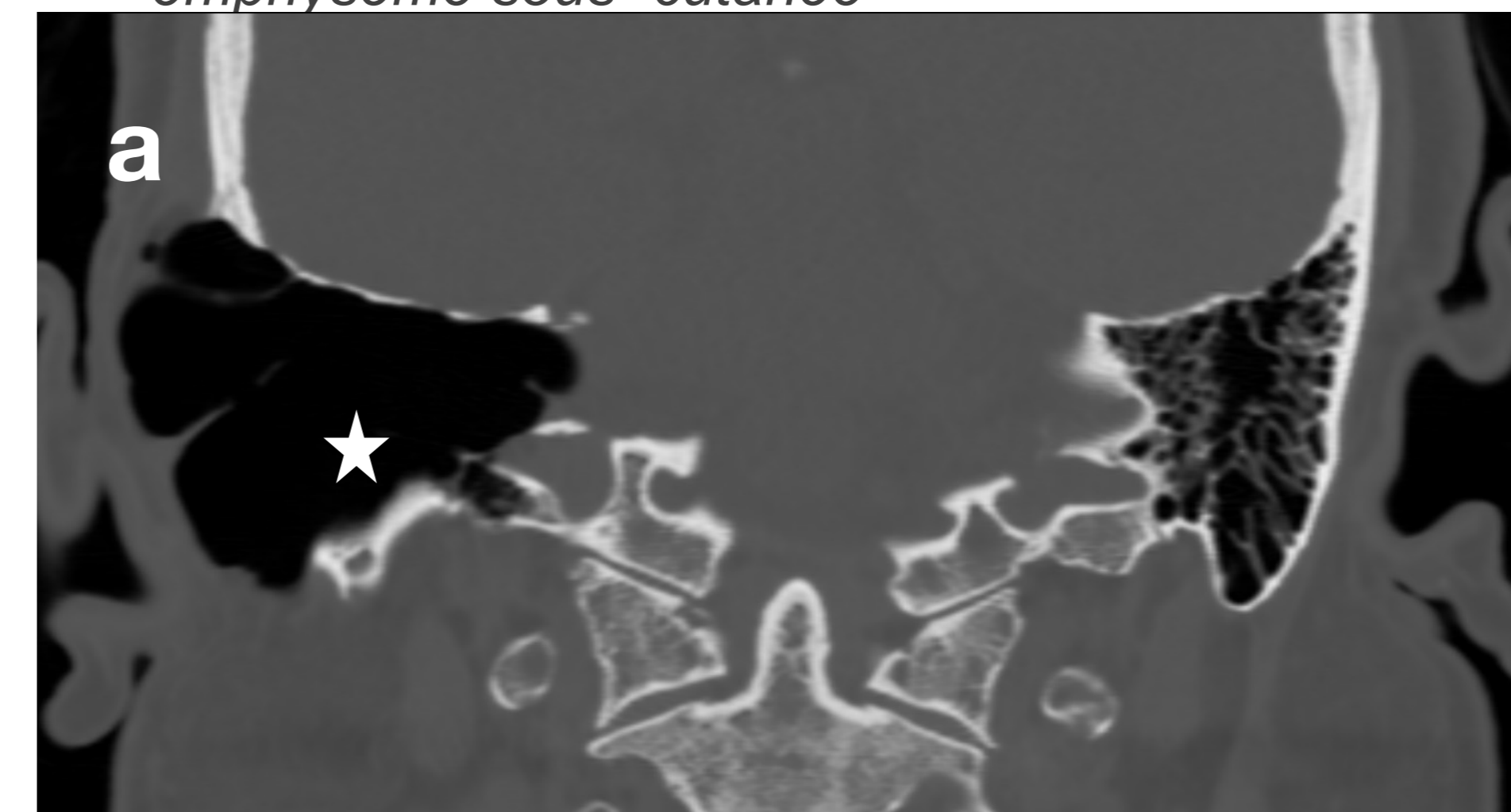
Un an après, elle s'est présentée en urgence avec un gonflement rétroauriculaire du côté opéré. Un scanner cérébral a révélé un emphysème sous-cutané et une pneumatisation de la cavité d'évidement mastoïdienne, secondaire à la réouverture de la trompe d'Eustache (Figure 1). Une nouvelle intervention chirurgicale était planifiée. La dure-mère était intacte et la cavité complètement aérée. La trompe d'Eustache était à nouveau obturée en utilisant un tissu musculoaponévrotique prélevé localement et renforcé avec un ciment à haute viscosité (Solera®, Stryker Howmedica Osteonics, Mahwah, NJ). La cavité tympanique était remplie avec un substitut osseux synthétique (Glassbone®, Novetech Surger, Monaco), et la cavité mastoïdienne par de la graisse abdominale. La chirurgie a duré 70 minutes, sans complication postopératoire. La patiente était hospitalisée deux jours et a repris son traitement par VNI par PPC 2 semaines après sa sortie. Lors de la visite postopératoire à six semaines et de la téléconsultation à trois mois, aucune récurrence des symptômes n'était notée.

Figure 1

Figure 1 : Tomodensitométrie en coupe coronale (a) et axiale (b).

Flèche : bouchon tubaire éjecté

Etoile : cavité d'évidement mastoïdienne avec emphysème sous-cutané



Discussion

Le SAOS est associé à de multiples symptômes et à une augmentation de la mortalité. La ventilation non invasive (VNI) nocturne par PPC reste le traitement de référence.

Il n'existe pas de consensus sur la durée d'arrêt de ce traitement après une chirurgie otoneurologique.

Une étude menée par l'*American Neurotology Society* montrait des variations significatives dans la durée d'arrêt prescrite, avec une moyenne d'une semaine. Certains chirurgiens obstruent systématiquement le méat de la trompe d'Eustache pour toute chirurgie de l'oreille moyenne si le patient est connu pour être traité par VNI nocturne PPC pour limiter les complications post-opératoires.

Au vu de la description de ce cas, il semble nécessaire de connaître les antécédents otologiques des patients lors de la mise en place de VNI nocturne par PPC. Il est également important de rappeler la nécessité de bien obstruer le méat de la trompe d'Eustache lors de la réalisation de cavité d'évidement mastoïdienne avec exclusion de l'oreille moyenne.

Références

Bennett M, Haynes DS. Surgical Approaches and Complications in the Removal of Vestibular Schwannomas. *Otolaryngol Clin North Am.* 1 juin 2007;40(3):589-609.

Cass ND, Babu SC. Current Management of CPAP After Otologic and Neurotologic Surgery. *Otol Neurotol.* sept 2020;41(8):e1046-51.

Ruhl DS, Tolisano AM, Kesser BW, Hashisaki GT, Camacho M. Use of Positive Airway Pressure Following Middle Ear Surgery: A Practice Survey of Otolaryngologists. *Otol Neurotol.* juill 2017;38(6):e134-7.