

P00039 L'OTITE EXTERNE NÉCROSANTE FONGIQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES

L. Beddar¹, M.Chanegriha², S.AISSAOUI³, K. Seddiki⁴.

¹Service Orl Hopital Militaire Regional Universitaire - Blida (Algérie), ²Service diabétologie hôpital mère et enfant Alger (Algérie)

³Faculté de médecine d'Alger, ⁴Service Radiologie Hôpital Central De L'Armée - Alger (Algérie)

INTRODUCTION

L'otite externe nécrosante fongique est une forme rare mais grave d'otite externe nécrosante (OEN), sa fréquence aurait augmentée ses dernières années. Elle est caractérisée par la présence au niveau du conduit auditif externe (CAE) des lésions de nécrose cartilagineuse et osseuse avec une extension ostéolytique vers la base du crâne mettant en jeu le pronostic vital. Le but de notre travail est de discuter les difficultés diagnostique et de la prise en charge thérapeutique de cette infection chez le diabétique.

PATIENTS ET METHODES

Nous rapportant les résultats d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans, réalisées a propos de 08 patients suivi pour OEN d'origine mycosique colligées au service d'ORL et CCF.

RESULTATS

Il s'agit de huit patients diabétiques, âgés entre 62 et 82 ans, six hommes et deux femmes. Tous traités pour une otite externe nécrosante bactérienne par une biantibiothérapie antipycyanique. Mais devant l'évolution défavorable, l'atteinte des nerfs crâniens, paralysie faciale dans six cas et paralysie du IX et X dans deux cas, des biopsies profondes ont été effectués et qui ont redressé le diagnostic car l'étude anatomopathologique a permis d'isolé un *Aspergillus* chez six malades (flavus, niger) et chez deux cas un *Candida*. Le traitement était basé sur l'amphotéricine B par voie intraveineuse (IV) et l'itraconazole per os. La durée totale du traitement variait entre trois et dix mois. Un patient est décédé de complications neurologiques liées à l'extension de l'ostéomyélite et la bilatéralisation des lésions. Les autres ont présenté une évolution clinique favorable, avec persistance des paralysies faciales séquellaires et dysphonie.

DISCUSSION

L'OEN touche habituellement le sujet âgé, diabétique ou un terrain immunodéprimé. Le germe en cause est le *Pseudomonas aeruginosa* dans plus de 90% des cas. L'OEN d'origine mycosique est rare. Le premier cas a été décrit en 1989 par Petrak. Actuellement l'utilisation abusive des fluoroquinolones comme traitement local (gouttes auriculaires) a été considérée comme un facteur favorisant l'apparition des atteintes mycosiques de l'oreille externe. Le terrain diabétique ou d'immunodépression n'est pas toujours retrouvé dans l'OEN fongique. L'atteinte du sujet jeune est plus fréquemment rencontrée dans les OEN d'origine mycosique que celles d'origine bactérienne.

Nos 8 patients étaient âgés et diabétiques. Le diagnostic était tardif car les patients ont été traités au début par les antibiotiques antipycyaniques du fait que l'étude microbiologique des otorrhées n'a pas permis d'identifier le germe. Mais devant l'évolution défavorable (l'atteinte des nerfs crâniens, PF), des biopsies profondes avec étude anatomopathologique et mycologique ont été effectuées et qui ont redressé le diagnostic.

L'examen histologique d'un granulome du CAE ou lors d'un prélèvement d'une biopsie profonde qui montre l'envahissement des tissus par les filaments aspergillaires constitue le meilleur moyen de confirmation diagnostique et permet d'éliminer d'autres causes (carcinomes du CAE, sarcoïdose, Wegener...) Le germe le plus fréquent dans l'OEN mycosique est l'*Aspergillus* : (*A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*), rarement le *Candida*

La prise en charge des OEN mycosiques reste basée sur les antifongiques: amphotéricine B et itraconazole.

Les schémas recommandés :

l'amphotéricine B (01mg/kg/jour) parenteral pendant 2 a 3 semaines suivi de l'itraconazole (300 mg/j) avec surveillance du bilan rénal et hépatique

La durée totale varie entre 3 à 6 mois. Un traitement insuffisant augmente le risque de récurrence et la mortalité.

Dans le traitement des OEN mycosiques, l'oxygénothérapie hyperbare est préconisée pour certains auteurs.

L'évolution des OEN est plus grave lorsqu'elle sont d'origine fongique ; Le pronostic est dominé par l'atteinte neurologique, VII, IX, X et l'extension endocranienne.

CONCLUSION

Une ostéolyse sur une otite externe doit conduire à une recherche fongique, car le diagnostic précoce de cette affection est associé à un succès thérapeutique. Malgré que rare, l'origine fongique des otites externes nécrosantes reste possible surtout en cas de forme rebelle au traitement anti-pycyanique; Pour cela, il faut faire des biopsies profondes mêmes répétées au niveau du conduit auditif externe ou au niveau de la mastoïde pour la confirmer. Le retard diagnostique et les complications qu'elle engendre fait la gravité de cette pathologie. Le traitement est médical reposant essentiellement sur les antifongiques pendant une durée minimale de 03 mois associé à un contrôle diabétique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Martel J, Duclos J, Darrouzet V, Guyot M, Bebear JP. Otites externes « malignes » nécrosantes progressives. Expérience d'une prise en charge de 22 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2000;117:291-8.
- 2- Harley WB, Dummer JS, Anderson TL, Goodman S. Malignant external otitis due to *Aspergillus flavus* with fulminating dissemination to the lungs. *Clin Infect Dis* 1995;20:1052-4
- 3- Shelton JC, Antonelli PJ, Hackett R. Skull base fungal osteomyelitis in an immunocompetent host. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:76-8
- 4- Schrader N, Isaacson G. Fungal otitis externa. Its association with fluoroquinolone eardrops. *Pediatr* 2003;111:1123.
- 5- Rubin Grandis G, Branstetter 4th BF, Yu VL. The changing face of malignant external otitis. Clinical and radiological correlations. *Lancet Infect Dis* 2004;4:34-9.