



# 130<sup>ème</sup> journée de la SFORL

## Otite moyenne chronique cholestéatomateuse; Apport de l'imagerie aux indications des reprises chirurgicales ?

### K.SALHI; A.DADOUCHE Hopital central de l'armée; algérie



### INTRODUCTION

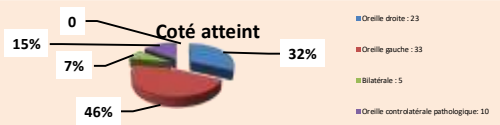
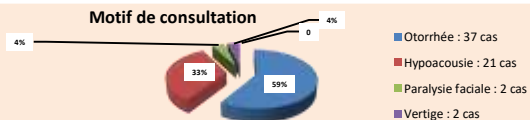
- Le cholestéatome est une forme d'otite moyenne chronique agressive avec risque de destruction osseuse.
- L'exérèse chirurgicale est impérative.
- Diagnostic: l'aspect otoscopique est souvent caractéristique.
- TDM: capitale pour le bilan préopératoire, le diagnostic de complications et la surveillance post opératoire
- Surveillance post opératoire: TDM, place grandissante de l'IRM

### MATERIEL ET METHODES

- Etude rétrospective portant sur **60 patients** suivis et traités pour une otite moyenne chronique (OMC) cholestéatomateuse sur une période de 2 ans et demi, allant de janvier 2020 à juin 2022, au service d'ORL de l'Hôpital central de l'armée (Date du contrôle post op).
- Tous les patients ont bénéficié d'un examen tomodensitométrique des rochers explorant l'oreille moyenne et interne

### RESULTATS

**Sexe:** sex-ratio était de **3.61** avec une nette prédominance masculine  
**Age:** L'âge moyen de nos patients était de **38 ans** avec des extrêmes allant de **16 à 68 ans**.



#### Aspect otoscopique

- Perforation tympanique marginale: **20**
- Poche de rétraction: **23**
- PDR+perforation: **3**
- Atticite: **7**
- Autres (atélectasie, polype, perle...): **10**

#### Données audiométriques

Surdité de transmission: **41**  
 Surdité mixte: **18**  
 Rinne moyen: **35.8**

#### Résultats tomodensitométriques :

- Le scanner a montré une otite chronique agressive dans tous les cas avec atteinte antrale et/ou atticale.
- Comblement de l'attique: **59 cas.**
  - Comblement de l'antré: **30 cas.**
  - Comblement total de l'oreille moyenne: **18 cas.**
  - Lyse des tegmens: **12 cas.**
  - Tympani: **14 cas.**
  - Antri: **3 cas.**
  - Érosion du mur de l'attique: **40 cas.**
  - Lyse de la chaîne ossiculaire: **35 cas**
  - Lyse de la 2<sup>ème</sup> portion du canal facial: **10 cas**
  - Érosion du canal semi circulaire latéral: **4 cas.**
  - Extension au conduit auditif externe: **5 cas**
  - Extension au ganglion géniculé: **1 cas**

#### IRM pré op

- L'IRM a été demandé en préopératoire dans les cas de :
- lyse du tegmen avec suspicion de méningocèle, d'extension intracrânienne du cholestéatome, ou de complication neuro-méningée.
  - Lyse de la coque osseuse du sinus sigmoïde ou de thrombose du sinus sigmoïde.
  - Suspicion d'une extension intralabyrinthique, dans ce cas, l'IRM objective une oblitération des liquides labyrinthiques

#### Constataions peroperatoires

- Voie d'abord: **retro-auriculaire** dans tout les cas  
 Technique: antro-attico-mastoidectomie avec conservation du cadre osseux (T. fermée)  
 présence de cholestéatome en : **33**  
 Siège:  
 Antro-attical: **22**  
 Antro-attico-atrial: **11**  
 Dénudation du Nerf facial: **16**  
 Atticotomie spontanée: **28**  
 Lyse ossiculaire: **40**

#### Lésions TDM versus lésions per op

| lésions TDM   | lésions per op |
|---|----------------|
| Comblement de l'attique                             | 59             |
| Comblement de l'antré                               | 30             |
| Comblement total de l'oreille moyenne               | 18             |
| Lyse des tegmens                                    | 12             |
| Tympani   | 14             |
| Antri   | 3              |
| Érosion du mur de l'attique                         | 40             |
| Lyse de la chaîne ossiculaire                       | 35             |
| Lyse de la 2 <sup>ème</sup> portion du canal facial | 10             |
| Érosion du canal semi circulaire latéral            | 4              |
| Extension au conduit auditif externe                | 5              |
| Extension au ganglion géniculé                      | 1              |

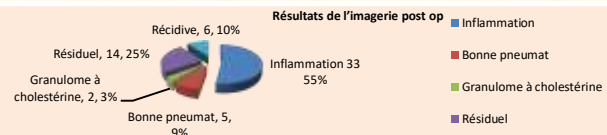
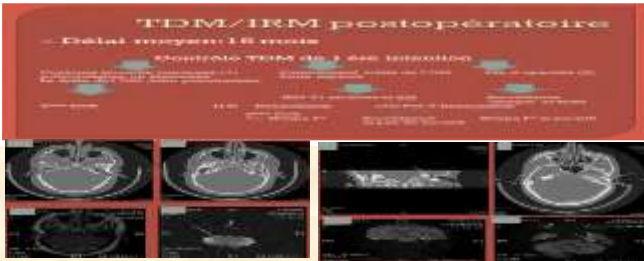
### DISCUSSIONS

Cette légère disparité des résultats TDM/Constats per op :

- Est sans conséquences sur l'indication chirurgicale première qui s'impose d'elle-même.
- Cependant elle ouvre un débat concernant la surveillance des cholestéatomes opérés: le **Cholestéatome résiduel +++** 2<sup>ème</sup> look ou surveillance radiologique

#### Contrôle radiologique post op

Une TDM combinée ou non d'une IRM sont demandées en post opératoire en cas de suspicion de récidive ou de cholestéatome résiduel .  
 L'IRM a été pratiqué chez 47 patients opérés.  
 Contrôle radiologique post op



#### Reprise chirurgicale

Reprise chirurgicale pour : Récidive, résiduel et granulome à cholestérine dans 22 cas (+/-Temps F\*)  
 Reprise chirurgicale à but fonctionnel dans 20 cas  
 Surveillance clinique et radiologique dans 18 cas



D'après une revue de littérature, la fréquence de cholestéatome résiduel varie de 5% (V. Darrouzet) à 55% (L. Naracnon). Dans notre série, on a eu 27% de cholestéatome résiduel lors du second look (les 13 cas de cholestéatome résiduel à l'IRM+01 cas Chole résiduel TDM + 02 cas de lésions inflammatoire à l'IRM).  
 Le scanner n'a été formel que dans 21% des cas (Masto pneumatisée 09% et cholestéatome résiduel et récidivant 12%)  
 L'IRM (séquences T1 retardée et Diffusion) a été demandé dans 79% des cas.  
 Parmi les 30% de cas d'abstention de reprise chirurgicale (pas de cholestéatome résiduel), 22% des cas ont été confirmé par l'IRM diff (Absence d'hypersignal).

#### La séquence IRM diff nous a économisé:

- 22% de reprise chirurgicale dans notre série
- Une meilleure localisation du siège du cholestéatome résiduel (exp du cas du cholestéatome du gg géniculé)
- Un gain de temps opératoire lors d'une reprise chirurgicale à but fonctionnel

### CONCLUSION

La surveillance du cholestéatome opéré est avant tout clinique (résiduel ou récidive) TDM en 1<sup>ère</sup> intention  
 Les séquences IRM (T1 tardif et IRM diffusion) combinées aux coupes TDM nous procurent une aide considérable pour le De + et la topographie du cholestéatome résiduel.  
**Consensus pour la surveillance post-op du cholestéatome ??**