



130^{ème} 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

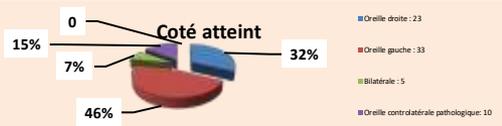
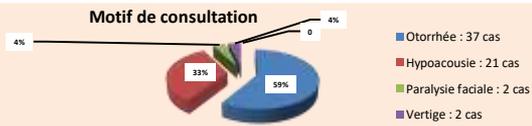
- Le cholestéatome est une forme d'otite moyenne chronique agressive avec risque de destruction osseuse.
- L'exérèse chirurgicale est impérative.
- Diagnostic: l'aspect otoscopique est souvent caractéristique.
- TDM: capitale pour le bilan préopératoire, le diagnostic de complications et la surveillance 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**
- Attitice: **7**
- Autres (atéléctasie, polype, perle...): **10**

Données audiométriques

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

Résultats tomodynamométriques :

- 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^{ème} 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 peropératoires

- 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

Lésion	TDM	Per op
Comblement de l'attique	59	59
Comblement de l'antré	30	30
Comblement total de l'oreille moyenne	18	18
Lyse des tegmens	12	12
Tympani	14	14
Antri	3	3
Érosion du mur de l'attique	40	40
Lyse de la chaîne ossiculaire	35	35
Lyse de la 2 ^{ème} portion du canal facial	10	10
Érosion du canal semi circulaire latéral	4	4
Extension au conduit auditif externe	5	5
Extension au ganglion géniculé	1	1

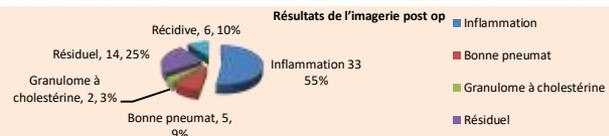
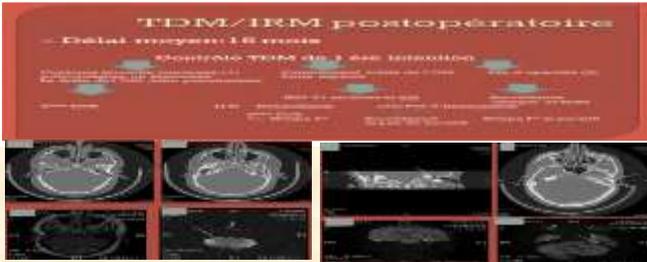
DISCUSSIONS

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^{ème} 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^{ère} 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 ??