

CHOLÉSTEATOME IATROGÈNE APRÈS MYRINGOPLASTIE

IATROGENIC CHOLESTEATOMA AFTER MYRINGOPLASTY

B.HAMMAMI, S.KALLEL, F.MAALEJ, S.AYEDI, I.CHARFEDDINE, M.MNEJJA, A.GHORBEL

Service ORL, CHU Habib Bourguiba, Faculté de Médecine de Sfax

Résumé

Objectif : Etudier le cholésteatome iatrogène après myringoplastie afin de dégager les facteurs en cause et planifier leur traitement.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective portant sur 11 oreilles opérées d'un cholésteatome iatrogène après une myringoplastie entre 2002 et 2012.

Résultats : Il s'agissait de 11 oreilles atteintes d'un cholésteatome iatrogène parmi 300 oreilles opérées d'une myringoplastie soit une incidence de 3,6%. Le délai d'apparition des symptômes par rapport à la myringoplastie était de 18 mois en moyenne (extrêmes de 3 mois et 4 ans). Il s'agissait de récurrence de l'otorrhée dans tous les cas. L'examen avait montré une opacité blanchâtre derrière le néotympan dans 4 cas et au niveau du conduit auditif externe dans 4 cas. La TDM a évoqué le diagnostic dans 3 cas. Quatre patients ont été réopérés, sous anesthésie locale, d'une ablation de perle de cholésteatome au niveau du conduit auditif externe alors que sept patients ont été réopérés sous anesthésie générale. Le cholésteatome a été localisé au niveau hypotympanique dans deux cas et au niveau protympanique dans un cas, alors qu'il était diffus antro-attical et mésotympanique dans 4 cas.

Conclusion : Le cholésteatome iatrogène est une complication rare de la myringoplastie. Une surveillance post opératoire est nécessaire pour le diagnostiquer précocement.

Mots clés : cholésteatome, iatrogène, myringoplastie, tomodensitométrie, chirurgie

Summary

Objective: To study cases of iatrogenic cholesteatoma after myringoplasty to identify the factors involved and plan their treatment.

Materials and Methods: Study is a retrospective analysis of 11 patients (11 ears) with iatrogenic cholesteatoma after myringoplasty.

Results: There were 11 ears among 300 ears operated a myringoplasty an incidence of 3.6%. The time to onset of symptoms compared to myringoplasty was 18 months on average (range, 3 months and 4 years). This was the recurrence of otorrhea in all cases. The examination showed a whitish opacity behind the neotympanum in 4 cases at the external auditory meatus in 4 cases. CT spoke diagnosis in 3 cases. Four patients were reoperated under local anesthesia ablation Pearl cholesteatoma in the external ear canal while seven patients underwent reoperation under general anesthesia. Cholesteatoma was located at hypotympanique level in two cases and protympanique level in one case, while diffuse antralatticalmésotympanique and in 4 cases.

Conclusion: The iatrogenic cholesteatoma is a rare complication of myringoplasty with a post-operative monitoring is required for early diagnosis.

Key words: cholesteatoma, iatrogenic, myringoplasty, tomodensitometry, surgery

Article reçu 6/2012

Accépté 2/2013

INTRODUCTION

La myringoplastie est la fermeture chirurgicale d'une perforation tympanique par une greffe. La greffe peut être à type de tissu adipeux, aponévrose temporale superficielle ou profonde ou encore péricondre avec ou sans cartilage. La mise en place de cette greffe peut être réalisée par différentes voies d'abord. C'est un geste qui nécessite un décollement minutieux de la peau du conduit auditif externe en veillant à ne pas garder de l'épiderme dans la caisse du tympan. À défaut, le geste sera compliqué de survenue d'un cholestéatome iatrogène. Certaines localisations ou caractéristiques de la perforation initialement opérée peuvent être plus à l'origine de ce type de complication et nécessitent alors une attention plus particulière lors de la myringoplastie.

L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques de perforation pouvant être pourvoyeur de la survenue de cholestéatome iatrogène après myringoplastie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective à propos de 300 oreilles opérées d'une myringoplastie. Parmi ces oreilles, onze ont été reprises pour cholestéatome iatrogène entre 2002 et 2012.

Nous avons étudié les caractéristiques démographiques des malades. Les caractéristiques de la perforation lors de la première chirurgie ont été analysées ainsi que la stabilité de l'oreille lors de la chirurgie première.

La tomodynamométrie pré myringoplastie a été réétudiée et analysée.

La technique de myringoplastie a été étudiée : matériaux utilisés, technique de mise en place (underlay ou overlay) ainsi que le geste mastoïdien. Nous avons évalué les suites post myringoplastie afin de chercher des facteurs favorisant la survenue de cholestéatome iatrogène.

RESULTATS (Tableau)

L'âge moyen de nos patients était de 46 ans avec sex-ratio de 0,37 (3 hommes et 8 femmes).

La perforation tympanique initiale, ayant bénéficié de myringoplastie chez les malades ayant développés un cholestéatome iatrogène, siégeait du côté droit dans 5 cas et du côté gauche dans 6 cas. Elle était large dans 2 cas, centrale dans un cas, touchant un seul quadrant dans 2 cas et deux quadrants dans 6 cas. Elle n'était marginale que

dans aucun cas. Une myringosclérose associée a été trouvée dans 4 cas.

Ces patients avaient des signes rhinologiques à type d'hypertrophie des cornets inférieurs dans 4 cas.

Nous avons utilisé, comme greffe pour la myringoplastie, l'aponévrose temporale superficielle dans 10 cas et le cartilage conchal dans un cas. La mise de la greffe était faite au-dessous de l'épaisseur du tympan au-dessus du manche du marteau (underlay)

Lors de la myringoplastie, le fond de la caisse était inflammatoire dans un cas et polypoïde dans deux cas. Ces deux derniers ont eu une antrotomie d'aération. La chaîne ossiculaire était complète et mobile dans tous les cas.

Les patients ont été hospitalisés en post opératoire pendant une durée moyenne de 4 jours. Ils étaient suivis à la consultation externe de façon régulière, par examen otoscopique à un mois, deux mois, trois mois, six mois puis chaque année.

Une TDM du rocher a été pratiquée à la moindre suspicion clinique de cholestéatome iatrogène.

Le délai d'apparition des symptômes par rapport à la myringoplastie était de 18 mois en moyenne (extrêmes de 3 mois et 4 ans). Il s'agissait de récurrence de l'otorrhée dans tous les cas. Un seul malade avait une otorrhée post opératoire qui a résisté au traitement médical. L'aggravation de l'hypoacousie était associée dans 2 cas.

L'examen avait montré :

- Une opacité blanchâtre derrière le néotympan dans 4 cas.

- Une opacité blanchâtre au niveau du conduit auditif externe dans 4 cas.

- Aspect opaque de la totalité du tympan (greffe utilisée : péricondre)

La TDM a évoqué le diagnostic dans 3 cas. Elle a été pratiquée chez 7 patients en montrant :

- Opacité en boule retro tympanique dans un cas. (Figure 1)

- Opacité non spécifique de la caisse du tympan dans 2 cas.

- Opacité antroatticiale dans un cas.

- Opacité antroatticiale et de la caisse du tympan dans 2 cas.

- Opacité de toute la caisse du tympan et des cellules mastoïdiennes dans un cas.

- Lyse du mur de la Logette dans 4 cas.

- La chaîne ossiculaire était intacte dans tous les cas.

-Aucun cas de lyse du tegmen tympani ni du tegmen antri ni de dénudation de canal du facial n'ont été trouvés.

La chirurgie du cholestéatome iatrogène a consisté en l'ablation d'une perle de cholestéatome siégeant au niveau du conduit auditif externe sous anesthésie locale dans 4 cas.

Alors que la chirurgie a été faite sous anesthésie générale pour les sept autres patients. Ces derniers ont eu une tympanoplastie en technique fermée a été réalisée. La voie du conduit a été réalisée dans 3 cas et la voie retro auriculaire dans 4 cas. Nous avons réalisé une eantroatticotomie dans 3 cas et une mastoïdectomie dans un cas.

Le cholestéatome a été localisé au niveau :

- Hypotympanique dans deux cas.
- Protympanique dans un cas.
- Diffus antroattical et mésotympanique dans 4 cas.

La chaîne ossiculaire était intacte dans tous les cas. Une lyse du carde a été trouvée dans 3 cas. Cette lyse a été reconstruite par du cartilage conchale dans tous les cas.

Les suites opératoires étaient simples avec guérison dans tous les cas après un recul moyen de 39 mois (entre 9 et 87 mois).

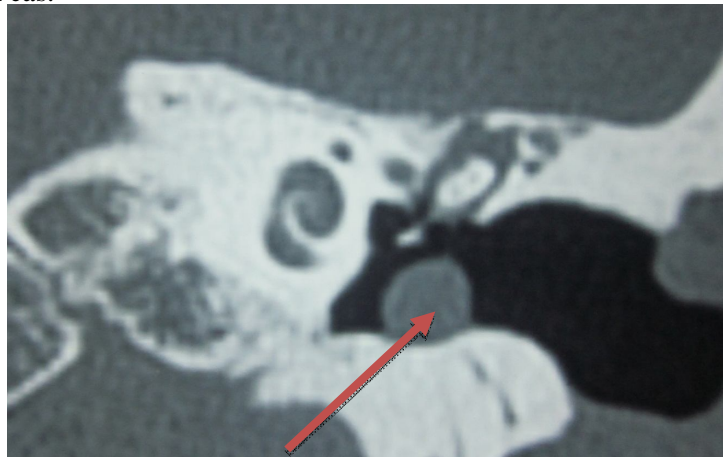


Figure 1 : TDM du rocher, coupe coronale, Opacité en boule retro tympanique, manche du marteau paraît normal

TABLEAU : CARACTERISTIQUES DES OREILLES DES MALADES AYANT PRESENTE UN CHOLESTEATOME IATROGENE APRES MYRINGOPLASTIE

âge	sexe	oreille	perforation	FDC	greffe	délai	clinique	TDM (opacité)	Cholestéatome	Geste	
40	m	d	ant sup	inf	ATS	1 an	Cholé du CAE		CAE	AL	ablation par voie du conduit
62	f	g	inf	polypoïde	ATS	1 an	Cholé du CAE		CAE	AL	ablation par voie du conduit
66	f	d	inf	sain	ATS	2ans	Opacité tympanique retro	mastoïdienne et caisse	diffus	AG	mastoïdectomie
28	f	g	large	sain	ATS	4ans	Opacité tympanique retro	antroatticale et caisse	diffus	AG	antroatticotomie
44	f	d	post	sain	ATS	2ans	Opacité tympanique retro	caisse	protympanum	AG	ablation par voie du conduit
59	f	d	large	sain	ATS	2ans	Otorrhée	caisse	hypothmpanum	AG	ablation par voie du conduit
31	m	g	inf	sain	ATS	1 an	Otorrhée	caisse	hypothmpanum	AG	ablation par voie du conduit
57	m	d	post inf	sain	cartilage	1 an	Cholé du CAE		CAE	AL	ablation par voie du conduit
38	f	g	inf	sain	ATS	1 an	Cholé du CAE		CAE	AL	ablation par voie du conduit
40	f	g	centrale	polypoïde	ATS	2ans	Opacité tympanique retro	antroatticale et caisse	diffus	AG	antroatticotomie
50	f	g	inf	sain	ATS	3mois	Otorrhée	antroatticale	diffus	AG	antroatticotomie

m :masculin ;f :féminin ;d :droite ;g :gauche ;FDC :fond de la caisse ; ATS :aponévrose temporelle superficielle ; cholé : cholestéatome, CAE :conduit auditif externe ;AL :anesthésie locale ;AG :anesthésie générale.

DISCUSSION

Le cholésteatome après myringoplastie est un échec anatomique de cette chirurgie. Son incidence varie entre 1 et 5 % des myringoplasties. Il siège plus fréquemment au niveau de l'oreille moyenne. La localisation au niveau du conduit auditif externe est plus rare (0,5 à 1%) [1, 2, 3, 4].

Le cholésteatome iatrogène peut se présenter le plus fréquemment sous forme localisée d'un kyste sphérique blanc nacré, d'où le nom de perle, ou parfois de squames diffuses.

La localisation postéro-supérieure de la perforation est dite dangereuse et représente l'un des critères prédictifs de cholésteatome dans l'absolu. Après myringoplastie, il n'y a pas de localisation qui est corrélée plus à la survenue de cholésteatome iatrogène. Par contre, la technique overlay est souvent corrélée à la survenue de tel échec.

Le diagnostic doit être évoqué, lors de la surveillance, devant la réapparition de l'otorrhée ou la chute de l'audition après la stabilisation des seuils auditifs.

L'aspect clinique évocateur est une opacité sphérique de taille variable au niveau du tympan ou de la paroi du conduit auditif externe.

L'imagerie basée sur la tomodynamométrie n'est pas systématique. Elle n'est pas indiquée devant des boules bien limitées du tympan ou du conduit auditif externe dont les bords sont accessibles à l'examen. La tomodynamométrie du rocher serait indiquée devant un aspect blanchâtre de limites indéterminées [5, 6].

Le traitement dépend du siège et de l'extension des lésions. Il est souvent possible sous anesthésie locale surtout s'il s'agit d'une perle bien limitée de petite taille au niveau du conduit auditif externe ou du tympan. Dans ces cas la voie intra-méatique est indiquée. La tympanoplastie en technique fermée, et rarement en technique ouverte, est indiquée dans les formes extensives non contrôlable par voie intraméatique seule. [7,8]

La prévention du cholésteatome iatrogène passe par unavivement des berges de la perforation avec vérification de la face postérieure du reliquat tympanique. La mise de la greffe doit respecter l'orientation du lambeau tympanique. La vérification de l'angle antérieur du lambeau tympano-méatique est un garant pour prévenir cet échec anatomique [9].

CONCLUSION

La surveillance post opératoire des tympanoplasties simples est nécessaire non seulement pour l'évaluation fonctionnels mais aussi pour un diagnostic précoce d'apparition d'un cholésteatome iatrogène. Dans ce cas une prise en charge adéquate s'impose.

REFERENCES

- 1- Desaulty A1, Lansiaux V, Machiels S, Gael JF. Failures after tympanoplasty. *Rev LaryngolOtolRhinol (Bord)*. 1996;117(5):357-61.
- 2- Deguine O, Folia M, Fraysse B. Tympanoplastie extra-fibreuse : technique et résultats. *J Fr ORL* 2001;50:124-8.
- 3- Martin DW, Selesnick SH, Parisier SC. External auditory canal cholesteatoma with erosion into the mastoid. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999; 121: 298-300.
- 4- Grain P, Deglos J, Delos M. External auditory canal cholesteatoma. *Arch Otolaryngol*. 1997; 123: 62-65.
- 5- Venkatraman G, Mattox DE. External auditory canal wall cholesteatoma: a complication of ear surgery. *ActaOtolaryngol*. 1997; 117: 293-297.
- 6- Vrabec JT, Chaljub G. External canal cholesteatoma. *Am J Otol*. 2000; 21: 608-614.
- 7- Holt JJ. Ear canal cholesteatoma. *Laryngoscope* 1992; 102: 608-613.
- 8- Sakamoto M, Kitahara N. Spontaneous external auditory canal cholesteatoma complicated by rheumatoid arthritis—case report and review of the literature. *Auris Nasus Larynx*. 2002; 29: 191-194.
- 9- Triglia JM, Gillot JC, Giovanni A, Cannoni M. Le cholésteatome de l'oreille moyenne chez l'enfant. *Ann OtolaryngolChirCervicofac*1993 ; 110 : 437-443