

COMMENT FAIRE

Comment prendre en charge les sténoses acquises du conduit auditif externe

How to manage acquired stenosis of the external auditory canal

B. Mehdi^{a,b}, C.-M. Codreanu^b, C. Hautefort^b, P. Tran Ba Huy^{b,*}

^a Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

^b Service d'oto-rhinolaryngologie–chirurgie de la face et du cou, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 24 septembre 2009 ; accepté le 25 septembre 2009

Disponible sur Internet le 28 octobre 2009

1. INTRODUCTION

La prise en charge médicale, et/ou chirurgicale, d'une sténose acquise du conduit auditif externe (CAE) constitue l'un des plus difficiles problèmes de la chirurgie otologique [1–7]. Nous rapportons les règles préventives ou curatives qui doivent prévaloir dans leur traitement pour en garantir le succès.

2. ÉVALUATION

Le diagnostic de sténose est évident à l'otoscopie. Celle-ci doit théoriquement distinguer une atrésie (diminution de la longueur) d'une sténose (diminution du diamètre), en préciser le siège, l'étendue, la forme, l'aspect suintant, rouge inflammatoire ou blanchâtre fibreux, et le caractère partiel ou complet avec son aspect en doigt de gant [4,5].

L'interrogatoire doit préciser :

- les antécédents chirurgicaux même anciens (date et type d'intervention, etc.), dermatologiques (dermatose, eczéma, allergie cutanée, psoriasis, lichen plan, etc.), traumatiques (fracture du rocher ou de la mandibule) ou d'irradiation [1,2,7–9] ;
- la symptomatologie, à type de surdité de transmission (plutôt en faveur d'une atrésie obstructive) et/ou d'une otorrhée (plutôt en faveur d'une sténose évolutive) ;
- la profession qui peut, par son environnement, favoriser ou entretenir les pathologies dermatologiques locales.

Un audiogramme est indispensable, ne serait-ce que pour des raisons médico-légales. Une imagerie par scanner (Fig. 1) ou IRM peut être utile pour préciser l'état de l'oreille moyenne sous-jacente, apprécier la structure osseuse du CAE, visualiser un éventuel cholestéatome, etc.

Ce bilan permet de classer l'affection selon diverses classifications (Fig. 2) et d'en identifier la cause.

3. MÉCANISMES DE FORMATION

Certains facteurs locaux semblent favoriser le développement d'une sténose :

- les caractéristiques de la peau du conduit osseux très fine, sans d'hypoderme ni annexes hypodermiques et reposant directement sur le périoste [4,5] (à noter d'ailleurs que les lésions inflammatoires qui participent au développement de la sténose ne dépassent jamais la peau glabre avec une limite nette au niveau de la jonction conduit osseux–conduit cartilagineux) ;
- la dénudation des parois osseuses du CAE, quelle qu'en soit la cause, chirurgicale ou traumatique. Comme bien démontré en chirurgie orthopédique, le non recouvrement d'une surface osseuse interdit son épidermisation, d'où la nécessité absolue (cf. infra) de bien recouvrir les zones cruentées du CAE ;
- la présence de granulations sur la surface tympanique ou sur les parois du CAE. Elles témoignent d'une ulcération du revêtement cutané, favorisent l'infection et constituent un relief tissulaire sur lequel l'épiderme peut finalement pousser : c'est le cas des myringites granulomateuses.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patrice.tran-ba-huy@lrba.aphp.fr (P. Tran Ba Huy).



Fig. 1. Aspect scanographique d'une atrésie solide complète du CAE. Noter la normalité de l'oreille moyenne.

4. TECHNIQUE CHIRURGICALE

Tant pour les atrésies que pour les sténoses, plusieurs techniques et voies d'abord ont été décrites [1,2,7,8,10], qui toutes ont comme principes communs :

- l'excision du tissu fibreux en totalité ;
- la préservation de l'intégrité de la couche moyenne du tympan et de l'annulus ;
- un alésage du conduit osseux si celui-ci est étroit ;
- le recouvrement des parois osseuses dénudées ;
- un suivi postopératoire prolongé.

En pratique, la voie d'abord endaurale semble préférable car elle permet plus facilement en fin d'intervention une éventuelle méatoplastie d'élargissement de la partie supérieure du CAE, l'adaptant ainsi au calibre du conduit osseux sous-jacent.

En cas d'occlusion complète du CAE en doigt de gant, son tracé doit s'efforcer de respecter le revêtement cutané constituant le fond du cul-de-sac, à la condition qu'il ne soit pas de mauvaise qualité. Un lambeau cutané à charnière antérieure peut ainsi être dessiné qui, bien que souvent de très petite taille, servira d'amorce à l'épidermisation secondaire du CAE.

La prolifération fibroconjonctive qui comble partiellement ou en totalité le CAE est retirée à l'aide d'un décolleur ou d'une microspatule jusqu'à exposer les parois osseuses latéralement et, en profondeur, le plan de la couche moyenne conjonctive du tympan qui est habituellement préservé (Fig. 3) (l'analyse

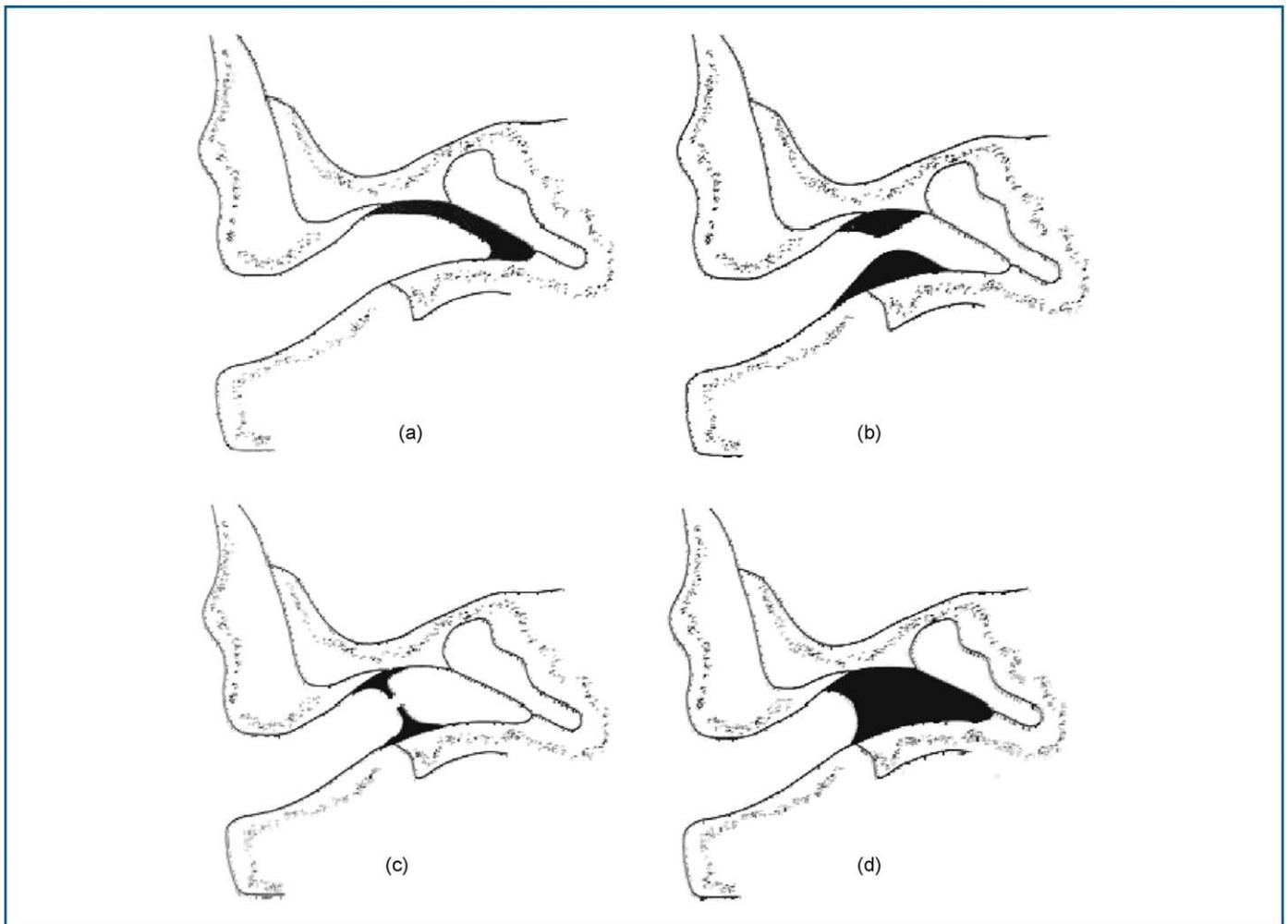


Fig. 2. Analogie entre la classification anatomique de Legent : a : sténose fundique (solide incomplète) ; b : sténose en virole (sténose du conduit) ; c : sténose en diaphragme (membraneuse) ; d : sténose totale (solide complète).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105725>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105725>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)