

CAS CLINIQUE N°8

Docteur Ikbel Kooli
Résidente Wafa MARRAKCHI

Service des Maladies Infectieuses CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Cas clinique

- Patient âgé de 72 ans
- Antécédents :
 - ✓ Diabète de type 2 depuis 1987 sous ADO
 - ✓ Glaucome
- Habitudes de vie :
 - ✓ Retraité
 - ✓ Pas de tabac
 - ✓ Pas d'alcool
 - ✓ Pas de contagé tuberculeux

Cas clinique

- Janvier 2017 :
 - ✓ Douleurs rétro-auriculaires droites d'installation insidieuse
 - ✓ Irradiation vers l'articulation temporo-mandibulaire droite
 - ✓ Otalgies droites
 - ✓ Céphalées temporo-frontales
 - ✓ Pas de fièvre
 - ✓ Pas d'otorrhée
 - ✓ Examen ORL et dentaire sans anomalies
 - ✓ Diabète déséquilibré
- Février 2017 : Dento-Scan sans anomalies

Cas clinique

- Patient mis sous antalgiques pallier 1 puis pallier 2.
- Mars 2017 : admis au service d'ORL (CHU Monastir)
 - ✓ Ootalgies persistantes, douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire et des céphalées tenaces rebelles aux antalgiques
 - ✓ Examen :
 - ✓ Apyrexie
 - ✓ Examen ORL : otorrhée séreuse, **conduit auditif externe inflammatoire. Présence d'un polype. Tympan vu non inflammatoire de mobilité normale**
 - ✓ Examen dentaire sans anomalies
 - ✓ GB = 9000/mm³ ; CRP = 0,7 mg/l ; VS : 120 mm ; glycémie : 15 mmol/l

Question N°1

A ce stade, les diagnostics à évoquer sont :

1. Otite externe aigue
2. Syndrome de l'Articulation temporo-mandibulaire (ATM)
3. Furonculose du CAE
4. Otite moyenne aiguë
5. Algies post zostériennes sequellaires

Question N°1

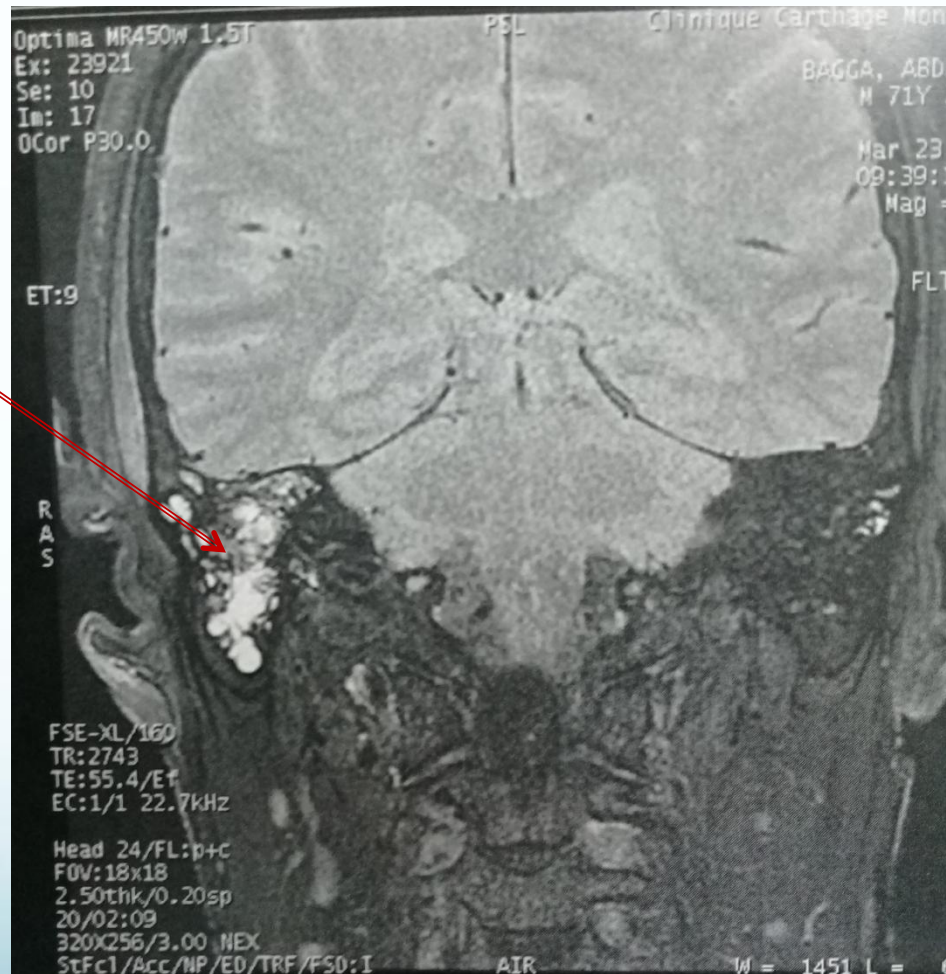
A ce stade, les diagnostics à évoquer sont :

1. Otite externe aigue
2. Syndrome de l'Articulation temporo-mandibulaire (ATM)
3. Furonculose du CAE
4. Otite moyenne aiguë
5. Algies post zostériennes sequellaires

Cas clinique

- Devant les céphalées intenses
- IRM cérébrale et cervicale :
 - **Comblement du conduit auditif externe droit avec ostéolyse des os tympanales**
 - Des phénomènes inflammatoires au niveau **mastoidien homolatéral.**
 - Multiples adénopathies cervicales plus importantes du côté droit avec un aspect inflammatoire.

Cas clinique



Question N°2

- Le diagnostic d'otite externe nécrosante avec extension mastoïdienne était retenu
- Les agents habituellement responsables d'une ONE sont :
 1. *Pseudomonas aeruginosa*
 2. *Streptococcus bovis*
 3. *Saphylococcus aureus*
 4. *Proteus mirabilis*
 5. *Enterococcus spp.*

Question N°2

- Le diagnostic d'otite externe nécrosante avec extension mastoïdienne était retenu
- Les agents habituellement responsables d'une ONE sont :
 1. *Pseudomonas aeruginosa*
 2. *Streptococcus bovis*
 3. *Saphylococcus aureus*
 4. *Proteus mirabilis*
 5. *Enterococcus spp.*

Otite externe nécrosante

- Otite réfractaire aux traitement local
- Otalgie sévère
- Otorrhée purulente
- Présence d'un tissu de granulation des parois du Conduit Auditif Externe (CAE) à la jonction des portions osseuse et cartilagineuse
- **Deux facteurs :**
 - Un terrain prédisposé (**diabète**)
 - Invasion du CAE par un germe opportuniste

Otite externe nécrosante

- Bactéries responsables :
 - *Pseudomonas aeruginosa*
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Staphylococcus* à coagulase négative
 - *Proteus mirabilis*
 - *Escherichia coli*
- Causes fongiques

Otite externe nécrosante

- Étude rétrospective en 2011
- Service d'ORL au CHU Monastir
- 40 cas d'OEN
- Age moyen 61 ans
- Sex ratio (H/F=1.1)
- Diabète 95% des malades
- Bactéries en cause:
 - *Pseudomonas aeruginosa* dans 75% des cas
 - *Staphylococcus aureus* dans 5% des cas

Otite externe nécrosante

- Imagerie : IRM
 1. Confirmer ce diagnostic
 2. Préciser la localisation et l'étendue de l'infection
 3. Évaluer l'efficacité thérapeutique pour juger du moment opportun pour arrêter le traitement

Cas clinique

- Prélèvements auriculaires :
 - Bactériologique : *Pseudomonas aeruginosa*
 - Mycologique : négatif
- Traitement : ceftazidime - ciprofloxacine en IV pendant 2 mois puis ciprofloxacine orale (Mars 2017-mai 2017)
- Gouttes auriculaires à base de fluoroquinolones
- Soins quotidiens
- Au total : 2 mois ½ d'antibiothérapie

Cas clinique

- Mai 2017 : légère amélioration de l'inflammation du CAE mais accentuation des douleurs de l'ATM et persistance de l'otorrhée
- Douleurs insomniantes, accentuées par la mastication
- Hypoacousie
- **Apparition d'une tuméfaction de l'ATM sans signes inflammatoires en regard.**
- Absence de fièvre
- VS > 140 mm

Question N°3

- Les causes de l'absence d'amélioration chez ce patient sont :
 1. Arthrite de l'ATM métabolique associée à l'otite
 2. Néoplasie du cavum
 3. Tuberculose de l'ATM
 4. Infection fongique
 5. Arthrose de l'ATM

Question N°3

- Les causes de l'absence d'amélioration chez ce patient sont :
 1. Arthrite de l'ATM métabolique associée à l'otite
 2. Néoplasie du cavum
 3. Tuberculose de l'ATM
 4. Infection fongique
 5. Arthrose de l'ATM

Question N°4

- A ce stade, les explorations à demander sont :
 1. IRM de contrôle
 2. Biopsie osseuse au niveau de l'ATM
 3. Un 2^{ème} prélèvement auriculaire bactériologique et mycologique
 4. Radiographie de l'ATM
 5. Biopsie du CAE

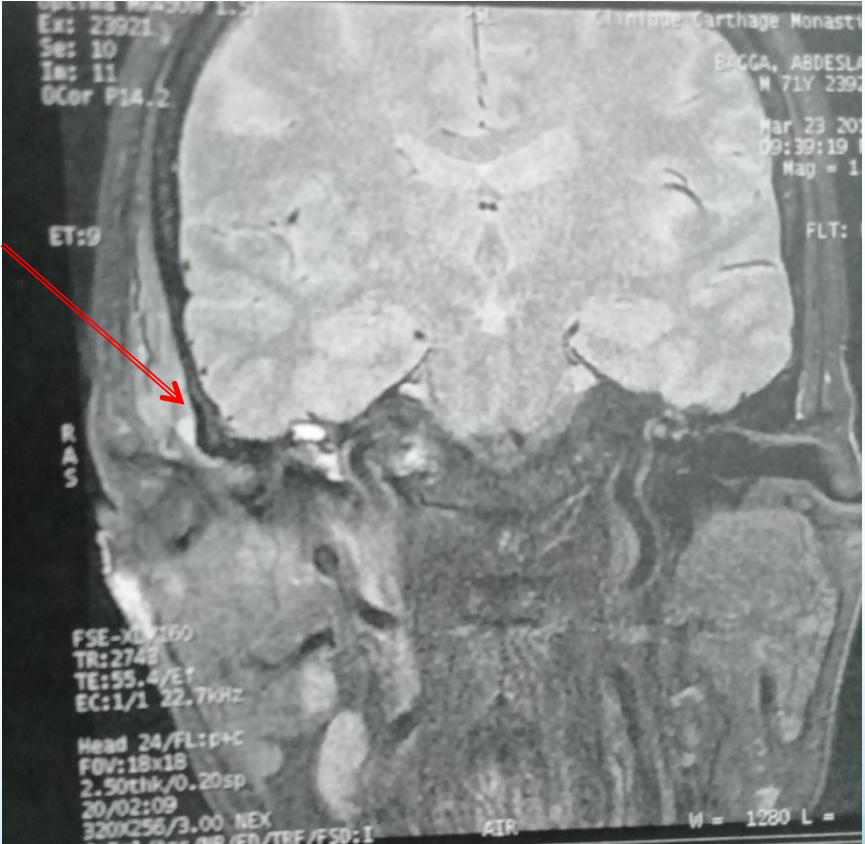
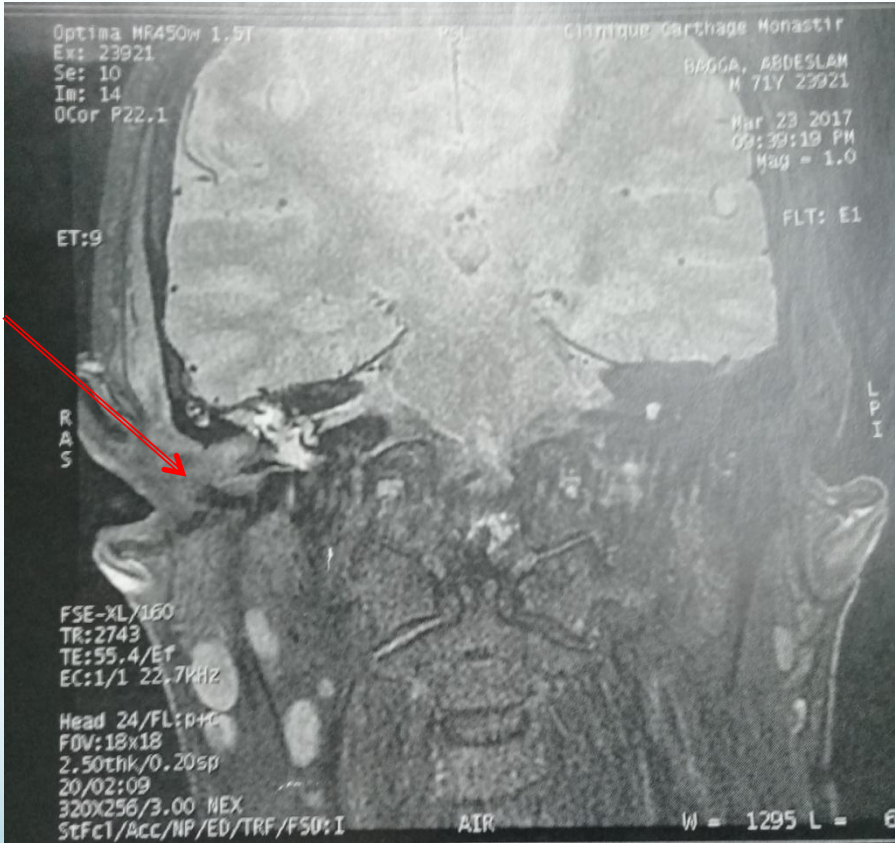
Question N°4

- A ce stade, les explorations à demander sont :
 1. IRM de contrôle
 2. Biopsie osseuse au niveau de l'ATM
 3. Un 2^{ème} prélèvement auriculaire bactériologique et mycologique
 4. Radiographie de l'ATM
 5. Biopsie du CAE

Cas clinique

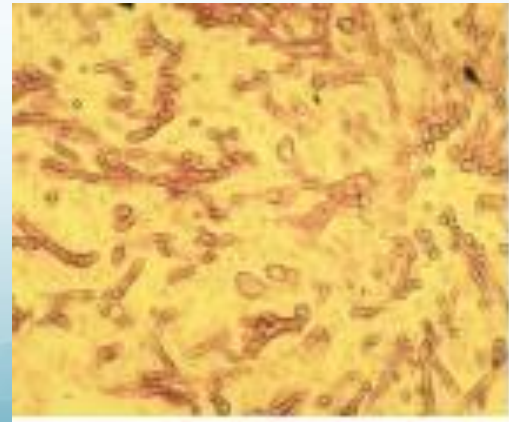
- IRM de contrôle :
 - Aspect d'une **arthrite très probablement septique de l'ATM droite**
 - Des remaniements ostéo-articulaires
 - Extension des phénomènes inflammatoires au niveau **mastoïdien homolatéral** et des espaces profonds de la face sans collection organisée.
 - Épaississement lépto méningé basi temporal droit: **extension lépto méningée très probable**

Cas clinique



Cas clinique

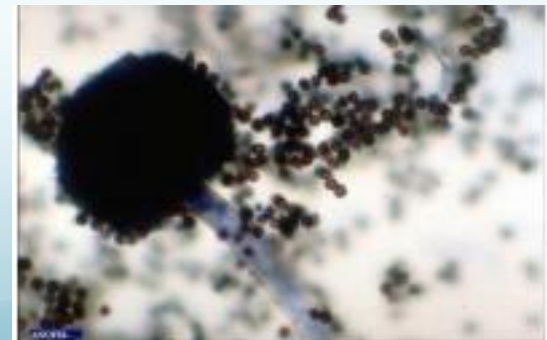
- Prélèvements auriculaires : négatifs
- Quantiferon® : négatif
- **Biopsie: présence de filaments de la région pré mastoïdienne en faveur d'une mycose profonde.**
- **Examen parasitologique : isolement d'*Aspergillus niger***
- PCR-BK: négative



Cas clinique

Diagnostic :

- Otite externe nécrosante compliquée de mastoïdite, d'arthrite de l'ATM et d'une atteinte lepto-méningée homolatérale
- Agent responsable : ***Aspergillus niger***



L'arthrite de l'ATM

- Une complication de l'otite externe nécrosante progressive.
- Atteinte directement à travers l'os tympanal.
- L'ATM a des rapports étroits avec la paroi antérieure du conduit auditif externe.
- L'atteinte de l'ATM peut se faire par contiguïté après ostéite de l'os tympanal ou une oto-mastoïdite.

L'arthrite de l'ATM

- Causes classiques d'ATM : les otites à propagation antérieure zygomatique
- D'autres voies de pénétration dans l'ATM : à travers des déhiscences congénitales du conduit auditif cartilagineux ou à travers une fissure tympano-squameuse
- Atteinte tardive : un retard diagnostique ou thérapeutique ou à un mauvais contrôle de l'infection
- Conséquences : délabrements étendus et en particulier la destruction de l'appareil discal

OEN compliquée d'origine mycosique

- Origine mycosique: évoquée devant toute OEN résistante au traitement antibiotique antipityocyanique habituel
- Facteurs favorisants :
 - Le diabète mal équilibré
 - L'infection par le VIH
 - Les hémopathies malignes
 - L'âge jeune
 - L'utilisation abusive des gouttes auriculaires à base de fluoroquinolones
- Le premier agent responsable des OEN mycosiques : ***Aspergillus***
- Par ordre de fréquence décroissant : *A. fumigatus*, *A. flavus* puis *A. niger*

REVIEW

Outcome predictors of treatment effectiveness for fungal malignant external otitis: a systematic review

*Predittori d
sistemica*

M. MION, R. BC
Institute of Otol

: una review

Table IIa. Baseline and follow-up data on the study population.

	All
No. of patients	25
Sex	19 (M) / 6 (F)
Age (range)	62.6 ± 18 (7-85)
Diabetes	80%
<i>Aspergillus</i> spp.	16 (61%)
<i>Candida</i> spp.	7 (27%)
<i>S. apiospermum</i>	2 (7%)
<i>M. sympodialis</i>	1 (4%)
Facial nerve palsy	13 (52%)
Imaging findings	9 (36%)
Monotherapy	16 (64%)
Duration	178.4 days
Combination therapy	9 (36%)
Duration	151.62 days
Surgical debridement	14 (56%)
Symptom resolution	15 (60%)

Question N°6

- Le traitement de première intention repose sur :
 1. Le voriconazole
 2. Le fluconazole
 3. L'amphotéricine B
 4. L'association Fluconazole-Amphotéricine B
 5. L'itraconazole

Question N°6

- Le traitement de première intention repose sur :
 1. Le voriconazole
 2. Le fluconazole
 3. L'amphotéricine B
 4. L'association Fluconazole-Amphotéricine B
 5. L'itraconazole

Traitement des OEN aspergillaires compliquées


- L'amphotéricine B et l'itraconazole étaient le traitement de choix pour les otites aspergillaires
- Voriconazole : traitement de première intention des otites aspergillaires depuis 2008.
- Avantages :
 - ✓ Bonne diffusion tissulaire
 - ✓ Bonne biodisponibilité orale
 - ✓ Absence de toxicité rénale (diabète)

Traitement des OEN aspergillaires compliquées

- La durée : prolongée, 6 mois ? ...
- Les critères d'arrêt :
 1. Clinique
 2. Radiologique
 3. Biologique (VS)
- **Risque majeur : extension endocranienne**

Cas clinique

- Traitement : Voriconazole + antalgiques
- Durée : actuellement 4 mois
- Disparition des douleurs
- Arrêt des antalgiques
- Diminution de la tuméfaction
- Reprise des activités quotidiennes
- VS = 30 mm
- Glycémie = 6 mmol/l

 Patient diabétique
Age 72 ans

 Otite externe nécrosante
bactérienne

 Échec de traitement
antipyocianique

- **Complications : mastoidite et arthrite de l'ATM**
- **Atteinte fongique confirmée à *Aspergillus niger***
- **Traitement par Voriconazole**
 - **Durée prolongée**

Conclusion

évoquer la cause fongique

Devant:

- Terrain: diabétique
- Absence d'amélioration sous traitement antibiotique bien conduit

Diagnostic et prise en charge difficiles

- Il faut des moyens agressifs pour le diagnostic positif
- Le traitement est prolongé

Séquelles fréquentes

Douleurs tenaces
paralysie faciale

Q
u
a
l
i
t
é

d
e

v
i
e

A 3D rendered white character, resembling a stylized person or robot, stands on a light gray surface. The character is holding a large, white rectangular sign with a thin gray border. The sign contains the text "Merci pour votre attention" in a bold, red, serif font. The character's right hand is on the top edge of the sign, and its left hand is on the bottom edge. The background is plain white.

**Merci pour
votre attention**