

FACULTE DE MEDECINE DE BATNA
DEPARTEMENT DE MEDECINE

ENSEIGNEMENT THEORIQUE
MODULE ORL

COMPLICATIONS DES MASTOÏDITES AIGUES



Service ORL & CCF EPH BATNA

I – GENERALITES :

L'infection oto-mastoïdienne peut être le point de départ de complication départ l'extension du processus vers les régions voisines ou à distance.

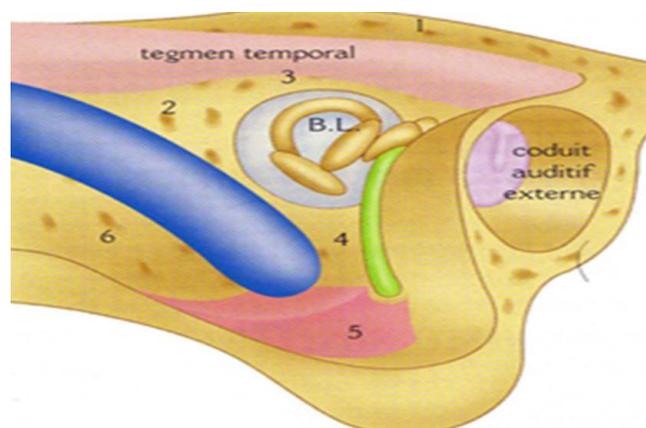
Schématiquement on distingue :

1. Complications endotemporales :
 - Paralysie faciale.
 - Labyrinthite aigue.
2. Complications endocrâniennes :
 - Méningites otitiques.
 - Abcès du cerveau.
 - Thrombophlébite du sinus sigmoïde et latéral.
3. Complications exocrâniennes :
 - Abcès sous périosté.
4. Complications générales :
 - Septicémie.

II – RAPPEL ANATOMIQUE :

Les rapports de la mastoïde se font avec des éléments de l'os temporal, avec les éléments de voisinage de la fosse cérébrale moyenne et postérieurs et à distance avec des éléments essentiellement veineux représentés par le sinus latéral.

1. Les éléments de l'os temporal : représentés essentiellement par le nerf facial et le labyrinthe osseux qui recouvre le labyrinthe membraneux (la cochlée responsable de l'audition et le vestibule+ les canaux semi-circulaires responsables de l'équilibration).
2. La fosse cérébrale moyenne : la mastoïde est en rapport avec les méninges cérébrales et le lobe temporal.
3. La fosse cérébrale postérieure : les rapports se font avec les méninges cérébelleuses et le cervelet.
4. La mastoïde contient un dédoublement de la dure-mère représenté par le sinus sigmoïde. Ce sinus est en continuité avec le sinus latéral qui est la portion veineuse qui draine le sang du cerveau et se jette au niveau de la veine jugulaire.



A – PARALYSIE FACIALE :

Le nerf facial réagit à l'infection par un œdème à l'intérieur de sa gaine (2ème portion, tympanique ou 3ème portion mastoïdienne).

La paralysie faciale est de type périphérique, qui peut être fruste ou totale.

Elle peut constituer une urgence chirurgicale : la décompression du VII.

1- Clinique :

- ✚ Paralysie faciale est périphérique avec asymétrie du visage au repos ;
- ✚ Du côté atteint : face inexpressive- front lisse – fente palpébrale ouverte – commissure labiale et queue de soucis abaissées- hémiface déviée du côté sain.
- ✚ Le malade ne peut ni souffler ni siffler. C'est un PF périphérique et totale (branche supérieure et inférieure du nerf).
- ✚ Diminution des sécrétions lacrymales.



2- Traitement :

La paralysie faciale périphérique est une urgence chirurgicale pouvant nécessiter une mastoïdectomie large avec une décompression du nerf faciale dans le même temps.

B – LABYRINTHITE :

C'est l'atteinte de l'oreille interne à partir de l'infection de l'oreille moyenne et qui provoquera une atteinte de l'audition et de l'équilibration.

L'atteinte est cochléaire et vestibulaire (un grand vertige, une surdité de perception profonde et des acouphènes).

L'effraction de la capsule osseuse labyrinthique ou voie préformée (fenêtre ovale ou ronde).

Le traitement est médical, si échec on réalisera une labyrinthectomie.

1 – Clinique :

TDD : Labyrinthite aiguë diffuse.

a) Signes cochléaires :

- ✚ Chute de l'audition perceptionnelle.
- ✚ Bourdonnement d'oreille.

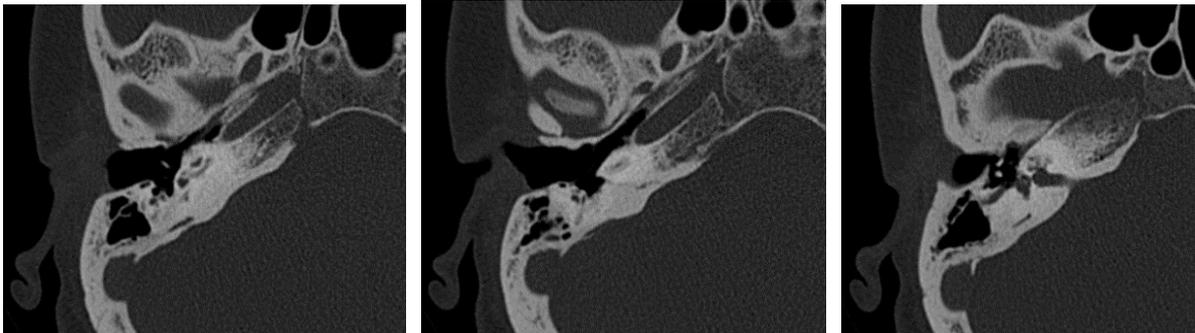
b) Signes vestibulaires :

Ils masquent les signes précédemment décrits :

- ✚ Vertige : symptôme majeur permanent très intense et giratoire ;
- ✚ Signes neuro-végétatifs : nausées – vomissements – tachycardie - pâleur.
- ✚ Nystagmus : mouvement conjugué des deux globes oculaires avec deux phases : une rapide et l'autre lente. C'est la phase lente qui indique le côté atteint.

c) Examen clinique est très difficile :

- ✚ Otoscopie : signes de l'OMA avec signe de la fistule.
- ✚ Acoumétrie : surdité de perception.
- ✚ Examen vestibulaire : déviation des indexes – signes de Romberg.
- ✚ D'autres formes peuvent exister : labyrinthite diffuse incomplète, labyrinthite partielle (signes cochléaires ou vestibulaires).



2 – Traitement :

L'antibiothérapie en intraveineux et à forte dose avec des anti-vertigineux.

Le traitement chirurgical : on réalisera une labyrinthectomie après évidement mastoïdectomie large.

C – MENINGITE OTITIQUE :

C'est la diffusion de l'infection dans l'espace sous-arachnoïdien par continuité, par voie vasculaire ou bien par voie labyrinthique.

Il faut penser à examiner les oreilles dans toute méningite purulente apparemment primitive.

Le tableau d'une méningite à début progressif.

La ponction lombaire retrouve du pus franc.

Le traitement est double : médical et chirurgical (porte d'entrée).

1- Etiologie :

Elle se voit à tout âge et surtout à la deuxième décennie.

2- Germe :

Ce sont les germes de la mastoïdite ou de surinfection.

3- Mode de propagation :

C'est la rupture d'une infection bactérienne aigue dans l'espace sous arachnoïdien par continuité directe, par voie vasculaire ou bien par voie labyrinthique.

4- Clinique :

- ✚ Tableau méningitique a début progressif avec fièvre, raideur progressive de la nuque et céphalées (elles apparaissent lorsque l'otalgie cesse, sont violentes et de siège postérieur).
- ✚ IL y a possibilité de vomissements, des troubles du caractère à type d'agitation).
- ✚ Le tableau s'aggrave en quelques jours voir quelques heures aboutissant à un syndrome méningitique complet avec : hyperalgie – céphalées intolérables – myalgies, hyperesthésie cutanée – photophobie – vomissements en jet et parfois atteinte des nerfs oculomoteurs.

5- Examens complémentaires :

- ✚ NFS : hyperleucocytose à PNN.
- ✚ VS accélérée.
- ✚ FO pathologique.
- ✚ PL : pus franc avec hyperalbuminorachie et hyperglucorachie.

6- Traitement :

Le traitement est double :

1. Traitement médical : Traiter l'infection, ATB en intraveineux à forte dose et Réanimer le patient.
2. Traitement chirurgical : si on diagnostic une brèche ostéoméningée à la TDM, on réalise une réparation par voie combinée.

D – THROMBOPHLEBITE DU SINUS SIGMOIDE ET LATERAL :

Ce sont des complications veineuses moins fréquentes.

1- Pathogénie :

- ✚ L'infection entraine une destruction osseuse avec ouverture de l'espace péri-sinusien.
- ✚ Il se forme alors un abcès péri-sinusien avec une phlébite du sinus latéral.
- ✚ Le thrombus d'abord mural entraine secondairement une obstruction de la lumière du SL et enfin une extension vers la veine jugulaire interne.

2 - Clinique :

a) Forme latente

- ✚ Symptômes très légers,
- ✚ OMA qui ne guérit pas totalement sous traitement habituel ;
- ✚ Fébricule et céphalées persistantes.

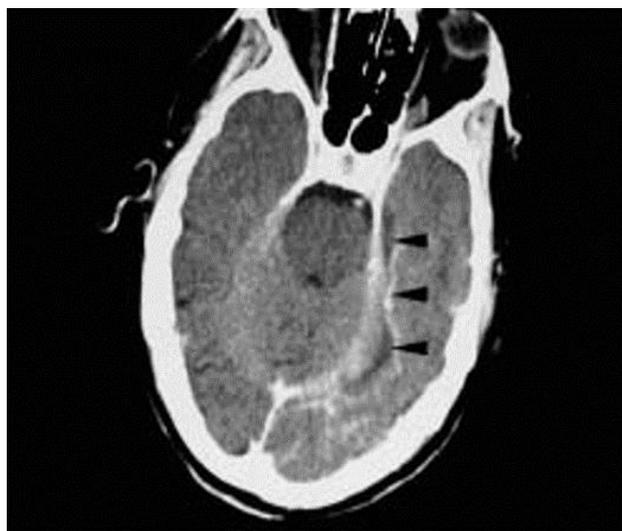
b) Forme septicémique

- ✚ Début brutal avec des signes veineux foudroyants ;
- ✚ Fièvre > 40° - douleur à la pression postérieure de la mastoïde – SMG – induration et douleur de la veine jugulaire interne.

c) **Forme de découverte fortuite.**

3- **Examens complémentaires :**

- ✚ Hémoculture ;
- ✚ Urines : hématurie – albuminurie ;
- ✚ Schuller : foyers d'ostéolyse mastoïdienne ;
- ✚ Angio-IRM : rétrécissement ou oblitération du sinus latéral (au temps veineux).



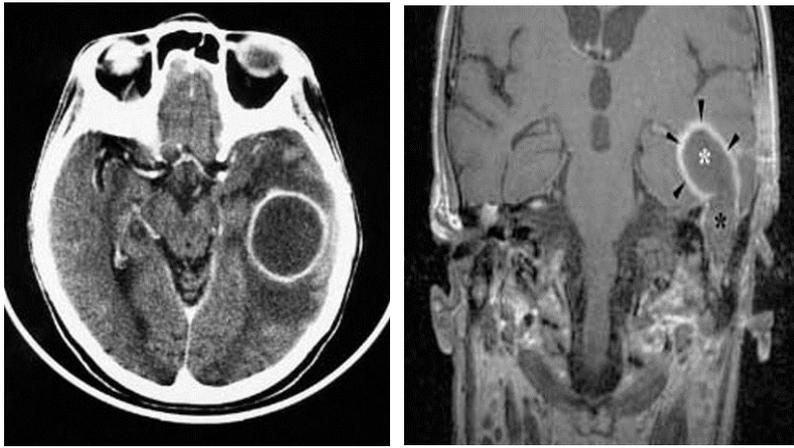
4- **Traitement :**

- ✚ Exérèse du foyer infectieux par une mastoïdectomie.
- ✚ Ouverture du sinus latéral avec thrombectomie.
- ✚ Résection de la veine jugulaire interne en territoire sain.
- ✚ ATB en intraveineux à forte dose et pendant longtemps.

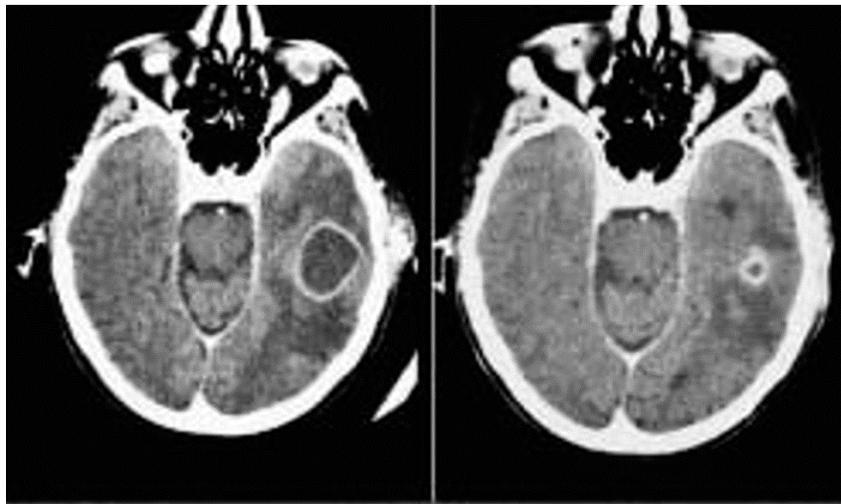
D – ABCES DU CERVEAU ET EMPYEME :

- ✚ C'est la complication la plus rare mais la plus grave.
- ✚ Débute par des prodromes : céphalées, vomissements, agitation en association avec des signes otitiques puis s'installe la triade caractéristique de Bergman :
 - Signes de suppuration (F°...)
 - Signes d'HIC (vomissements en jet ...)
 - Signes neurologique en foyer.
- ✚ Pronostic réservé.
- ✚ Traitement : cure chirurgicale du foyer infectieux avec évacuation de l'abcès et antibiothérapie en intraveineux à forte dose.

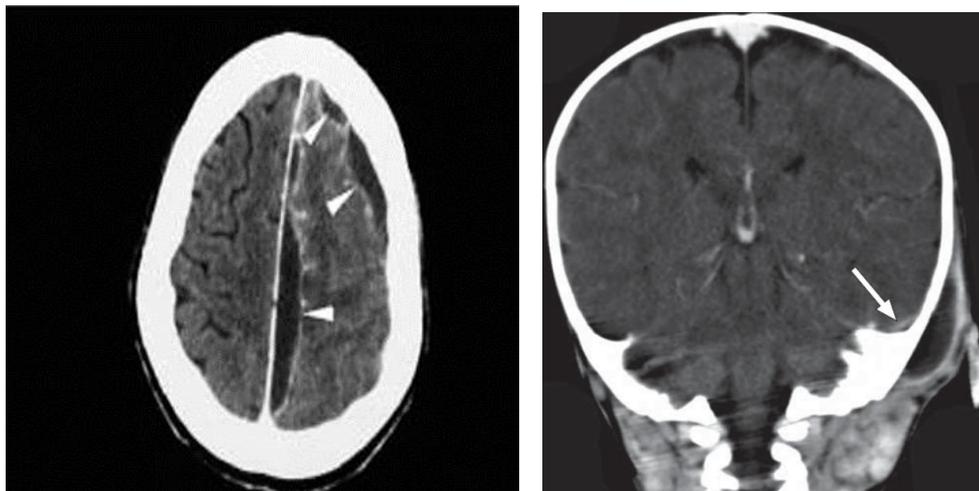
IMAGERIE (TDM-IRM)



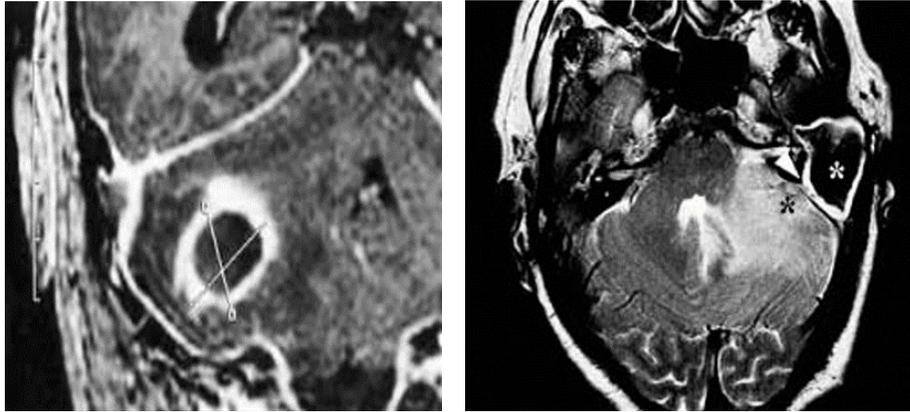
TDM Ponction neurochirurgicale.



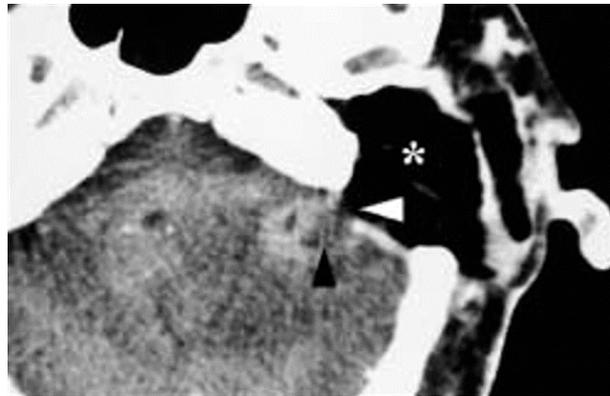
EMPYEME SOUS DURAL



ABCES CEREBELLEUX



TDM Post opératoire



E – ABCES SOUS PERIOSTÉ :

La décision thérapeutique doit se faire après imagerie : une mastoïdectomie est nécessaire.



F – COMPLICATIONS GENERALES :

C'est la septicémie qui reste une complication grave avec un pronostic réservé.

CONCLUSION

Les complications méningo-encéphaliques infectieuses de la mastoïdite sont rares mais le plus souvent de traitement urgent.

Leur diagnostic doit donc être systématiquement évoqué face à un tableau méningé.

Le pronostic dépend avant tout du statut neurologique du patient lors de sa prise en charge.