

L'OTITE SEREUSE CHEZ L'ADULTE : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN ADULT : DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH

R. Ben M'hamed, C. Zgolli, E. El Béji, S. Mezri, A. Merdessi, N. Mathlouthi, Kh. Akkari, S. Benzarti
Service d'ORL et de Chirurgie maxillofaciale, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie
Faculté de médecine de Tunis - Université de Tunis El Manar

RESUME

L'otite sérumuqueuse (OSM) de l'adulte est une situation régulièrement rencontrée en consultation ORL. Le but de notre travail est de dicter à travers notre série et une revue de la littérature une démarche diagnostique et thérapeutique en présence d'une otite sérumuqueuse de l'adulte.

Patients et Methodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant de 2002 à 2011. Ont été inclus les patients de plus de 18 ans chez qui a été porté le diagnostic d'otite sérumuqueuse avec un suivi minimum de un an.

Resultats : Notre population était constituée de 53 patients. 60% des patients avaient des antécédents de traitement par radiothérapie du massif facial. Vingt patients étaient suivis pour rhinite chronique. Tous les patients ont eu un examen ORL complet et un scanner des rocher dans tous les cas. 62% des patients ont eu un traitement médical. 92% de nos patients ont été opérés, 17 patients ont eu une régression complète et persistante dans le temps.

Discussion : le diagnostic étiologique d'une otite sérumuqueuse chronique de l'adulte passe par un examen ORL complet, suivi d'un scanner injecté des rocher. Le traitement n'est pas clairement codifié.

Mots Clés : Otite sérumuqueuse ; adulte ; traitement ; diagnostique.

SUMMARY

Otitis media with effusion in adults is a common situation encountered in ENT. The aim of our work is to dictate through our series and the review of the literature a diagnostic and therapeutic approach in the presence of otitis media with effusion in adults.

Patients And Methods : We conducted a retrospective study over a period of 10 years from 2002 to 2011. Were included patients over 18 years of age who was raised diagnosis of otitis media with effusion with a minimum follow-up of one year.

Results : Our population consisted of 53 patients. 60% of patients had a history of cervicofacial radiation treatment. Twenty patients were followed for chronic rhinitis. All patients had a complete ENT examination and a scan rock in all cases. 62% of patients had medical treatment. 92% of our patients underwent surgery, 17 patients had complete regression and persistent over time.

Discussion : The etiological diagnosis of chronic otitis media with effusion in adults requires a complete ENT examination completed by a injected ear scan. Treatment is not clearly codified.

Keywords : Otitis media with effusion; adults; treatment; diagnosis.

INTRODUCTION

L'otite sérumuqueuse (OSM) ou otite séreuse de l'adulte est un problème fréquemment rencontré dans la pratique quotidienne de l'ORL. La cause est souvent liée à un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache, et en conséquence à une rhinite virale ou bactérienne et plus rarement à une tumeur du nasopharynx dominée par l'UCNT du cavum dans notre pays. Il n'existe à l'heure actuelle pas de démarche diagnostique et thérapeutique codifiée dans la prise en charge de l'OSM de l'adulte.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant de 2002 à 2011. Ont été inclus les patients de plus de 18 ans chez qui a été porté le diagnostic d'otite sérumuqueuse et qui ont eu un bilan étiologique complet (examen ORL, endoscopie nasale, biopsie rhinopharyngée, scanner des rochers, bilan allergologique en cas de signes d'appel et PH-métrie ou TOGD si suspicion de reflux gastro-œsophagien). Tous nos patients ont eu un traitement médical et/ou chirurgical avec un suivi minimum de un an.

RESULTATS

Notre population était constituée de 53 patients, 34 de sexe masculin et 19 de sexe féminin. Soixante pour cent des pa-

tients avaient des antécédents de traitement par radiothérapie du massif facial (UCNT du cavum, carcinome amygdalien, tumeur maligne des fosses nasales et paranasales), datant de plus de deux ans dans tous les cas. Vingt patients étaient suivis pour rhinite chronique d'origine allergique et percevaient un traitement à base de corticothérapie nasale et antihistaminique par voie orale, seuls 3 patient n'étaient pas contrôlés par ce traitement. Le motif de consultation était dominé par l'hypoacousie, unilatérale dans 13 cas et bilatérale dans 40 cas. Tous les patients ont eu un examen ORL complet avec endoscopie rhinopharyngée, biopsie systématique du cavum et un scanner des rocher dans tous les cas (tableau 1).

	Examen ORL	Examen ORL	Examen ORL	Exploration RGO	Scanner des rochers
pathologique	42	3/5 lésions suspectes	20	3	53
normal	11	7/7 végétations adénoïdes 41/41 absence de lésions macroscopiques	2	2	0

Tableau 1: Résultats de l'examen clinique et para clinique

L'examen otoscopique a confirmé l'épanchement dans l'oreille moyenne pour tous les patients. La tympanométrie a objectivé des courbes de type B ou de type C dans tous



dans tous les cas. Par ailleurs, la muqueuse nasopharyngée était inflammatoire dans tous les cas irradiés avec sténose choanale bilatérale dans 3 cas, suspicion de récurrence tumorale dans 5 cas, confirmée dans 3 cas. Un paquet de végétation adénoïde obstructif a été observé dans 7 cas et une déviation obstructive de la cloison nasale dans 7 cas (associée à une sinusite chronique confirmée au scanner dans 3 cas). Trois patients avaient un reflux gastro-œsophagien (RGO) confirmé par la PH-métrie, et 8 autres avaient une forte suspicion clinique de RGO (tableau 2).

	UCNT cavum	Allergie	VG obstructives	DCN obstructive	RGO	Sinusite chronique
Nombre de patients /53	32	20	7	7	11	3

Tableau 2 : Etiologies

*60% des patients avaient des associations pathologiques. 62% des patients ont eu un traitement médical initial (associant diversément corticoïdes par voie générale et locale, décongestionnant nasal et antihistaminique) avec amélioration transitoire dans 16 cas et aucune amélioration chez les autres patients. 92% de nos patients ont été opérés (curetage biopsique du cavum, septoplastie, cure de sténose choanale, aérateur transtympanique d'emblée). Dix sept patients ont eu une régression complète et persistante dans le temps. Une amélioration transitoire avec récurrence à l'ablation de l'ATT a été obtenue dans 30 cas et aucune amélioration dans 8 cas (tableaux 3, 4).

	Récidive	Sténose Choanale	Muqueuse Nasale Inflammatoire
Nombre de patient /21	3	3	26
Traitement	Chimiothérapie palliative	Chirurgie Sténose + ATT	Médical 17 Appareillage 12 ATT 26
Amélioration persistante	0	0	6 après ATT

Tableau 3 : Traitement et évolution des OSM sur UCNT du cavum

	Cure VG + septoplastie + ATT	Cure VG + ATT	Méatotomie moyenne et/ou ethmoïdectomie	ATT	Médial
Nombre de patient /21	6	4	3	7	16
Amélioration persistante	4	2	3	2	0

Tableau 4 : Traitement et évolution des OSM sur autres pathologies

DISCUSSION

L'otite sérumuqueuse (otite moyenne sécrétoire) a été décrite par Politzer (1), et initialement appelée otite séreuse. Parmi les diverses définitions de ce processus pathologique, nous avons retenu celle de Zechner (2) selon laquelle l'otite sérumuqueuse serait un processus pathologique de l'oreille moyenne caractérisé par un épanchement liquidien dans la cavité de l'oreille moyenne, sans aucun signe d'infection aiguë et derrière une membrane tympanique intacte. Une des principales complications de cette affection est la perte auditive de type transmissionnelle qui est d'environ 20dB mais peut aller jusqu'à 50dB de perte. L'étiopatho-

génie de l'otite sérumuqueuse est extrêmement controversée: les rôles joués par l'âge, l'hypertrophie adénoïde, le climat, les antibiotiques, l'immunité, la trompe d'Eustache et l'activité sécrétoire de la muqueuse de l'oreille moyenne ont été considérés parmi les facteurs les plus importants. L'influence spécifique de chacun d'eux reste à préciser (3). Le bilan clinique d'une otite sérumuqueuse passe par un interrogatoire minutieux à la recherche de signes d'appel rhinologiques, allergiques, en faveur d'un RGO et/ou de signes neurologiques, faisant évoquer un processus expansif intracrânien. L'examen ORL doit être méthodique et complet à la recherche d'une affection rhinosinusienne aiguë ou chronique, un processus tumoral nasosinusal ou rhinopharyngien....

La biopsie rhinopharyngée systématique a été proposée pour les patients adultes présentant une OSM uni ou bilatérale, afin d'exclure toute tumeur (4). Dans une étude réalisée par Amir H. et al (5), les résultats anatomopathologiques de ces biopsies systématiques étaient négatives dans tous les cas d'OSM isolées, sans lésion endoscopiques initiale. Il en est de même dans notre série. L'efficacité de la biopsie du cavum systématique semble être discutable dans le cas d'une OSM isolée de l'adulte. Il existe par ailleurs de meilleures techniques d'exploration, notamment l'imagerie par résonance magnétique pour la détection des lésions sous muqueuses et pour guider une éventuelle biopsie dans les cas suspects (6). En l'absence de tout signe d'appel clinique ou paraclinique, une imagerie des rochers sera demandée, basée idéalement sur un scanner injecté voire une IRM, afin de pouvoir détecter des tumeurs intracrâniennes ou de l'os temporal. Néanmoins, conformément à d'autres auteurs (7), nous pensons que l'imagerie complémentaire est indiquée chez les patients souffrant d'une otite sérumuqueuse unilatérale ne répondant pas à un traitement médical bien conduit voire à la mise en place d'un ATT. Les étiologies des OSM chez l'adulte comprennent les infections rhinosinusiennes, le tabagisme, l'hypertrophie adénoïdienne, les barotraumatismes, la polypose nasosinusienne ou la radiothérapie (8, 9). L'apparition d'une OSM chez les patients traités pour UCNT du cavum affecte sérieusement leur audition et altère leur qualité de vie. Il est admis que l'OSM chez ces patients est le résultat de l'obstruction et de la destruction de la trompe d'Eustache par la tumeur. Cependant, la radiothérapie chez ces patients entraîne également une OSM par les modifications immunitaires et muqueuses qu'elle engendre au niveau du nasopharynx et de l'oreille moyenne (10). Le traitement standard de l'OSM persistante qui ne résulte pas de la radiothérapie est la mise en place d'un ATT (11). Par contre, le traitement de l'OSM post-irradiation reste controversé et difficile. Plusieurs études rétrospectives ont montré des taux plus élevés d'otorrhée et de perforation tympanique après ATT (12, 13).

Par conséquent, un traitement conservateur, tel que l'observation ou l'aide prothétique auditive a été recommandé par certains auteurs (13). Nous avons trouvé que cette approche n'était pas efficace pour nos patients. La plupart des patients ont préféré la mise en place d'un ATT pour soulager immédiatement leurs symptômes. C'est ce qui explique la petite taille du groupe de patients ayant reçu un traitement conservateur dans notre série. La rhinite allergique peut être un facteur de dysfonctionnement tubaire



et favoriser une otite barotraumatique lors d'un voyage en avion, mais dans l'état actuel de nos connaissances, l'allergie, qu'elle soit respiratoire ou alimentaire, n'est pas un facteur de risque prouvé d'otite séreuse. En ce qui concerne le traitement, pour des raisons actuellement non élucidées, l'éviction des allergènes alimentaires semble bénéfique chez les enfants qui ont à la fois une otite séreuse et une allergie alimentaire. En revanche, il n'est pas recommandé de prescrire un antihistaminique chez un patient qui a une otite séreuse, sans par ailleurs avoir d'allergie (14). Il existe un concept selon lequel, le contenu gastrique régurgité peut atteindre la cavité de l'oreille moyenne. Ces régurgitations dans le pharynx sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Il a aussi été rapporté que les manifestations otologiques répondaient favorablement aux thérapeutiques anti-reflux (15, 16). A l'heure actuelle il n'existe pas de stratégie thérapeutique idéale pour la prise en charge de l'OSM de l'adulte. Une surveillance clinique régulière pendant un délai raisonnable peut être une option conservatrice initiale dans les cas non compliqués (17). Pour Michael B. Gluth, et al (17), une normalisation de l'examen clinique et du tympanogramme à 6 semaines a été observée chez un tiers des patients sans qu'aucune complication majeure n'ait été rapportée. Cette histoire naturelle de l'OSM chez l'adulte devrait s'avérer utile pour le conseil des patients. Le nombre initial de patients suivis pour OSM dans notre série était de 271 mais la majorité des dossiers n'ont pas été retenus à cause d'un délai de surveillance inférieur à un an et qui est probablement en partie, en relation avec une régression spontanée de la maladie. En 2002, van Heerbeek et al (18) ont publié les résultats de différentes thérapies médicales à la fois sur des modèles animaux et humains ont noté l'absence dans la littérature médicale, d'études prospectives randomisées en double aveugle, contrôlées versus placebo. Thomas et coll (19) en 2006, ont systématiquement passé en revue les données existantes concernant le traitement de l'OSM chez les enfants dans la

base de données Cochrane. Ils ont conclu que l'association des corticoïdes par voie orale et nasale aux antibiotiques chez les enfants pouvait avoir des avantages à court terme par rapport aux antibiotiques utilisés seuls. Mais comme la mécanique de l'OSM peut différer entre les enfants et les patients âgés, en raison notamment de la maturité anatomique de la trompe d'Eustache et d'autres facteurs épidémiologiques, il est difficile d'appliquer ces données issues de très jeunes enfants, aux adultes. Il y a de nombreuses preuves de la relation entre OSM et altération de la fonction mucociliaire (20). L'insertion d'un ATT, en plus de permettre l'élimination d'une certaine quantité de liquide inflammatoire, transforme l'oreille moyenne en une cavité ouverte en permanence vers l'extérieur. Ces modifications permettent la restauration du fonctionnement normal du système mucociliaire, qui à son tour permet la disparition de l'inflammation de l'oreille moyenne (3). Ceci ne veut pas dire que la normalisation est irréversible et que le moyen de drainage peut être retiré, parce que les facteurs pathogéniques peuvent persister et l'inflammation se reconstituer une fois de plus après ablation du drain transtympanique.

CONCLUSION

Le diagnostic étiologique d'une otite séromuqueuse passe par un interrogatoire et un examen clinique minutieux complétés dans les cas d'OSM unilatérale et isolée de l'adulte par une imagerie des rochers. Le traitement «symptomatique» de l'otite séromuqueuse n'est pas clairement codifié. Les traitements locaux visant à décongestionner les fosses nasales et le rhinopharynx, éventuellement associés à des anti-inflammatoires stéroïdiens et dans certains cas à des antibiotiques, n'apportent pas toujours de satisfaction. La mise en place d'un aérateur transtympanique sera envisagée après échec d'une ou plusieurs cures des traitements médicaux sus cités.



REFERENCES

1. Politzer A. Diagnose Und therapie der ansammlung seröserflussigkeit in dertrommelhöhle. *Wien Med Wschr* 1867;17:10-6.
2. Zechner G. Secretory otitis media. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1983;37:138-41.
3. Héctor Valles Varelaa*, Rafael Fernández-Liesab, Juan Royo López-zaand José Ignacio Alfonso Colladoa Ó. Evolution of the tubotympanal mucociliary system activityevaluated with scintigraphy, after ventilation tube insertionin adults with chronic otitis media with effusion. *RG Acta Otorrinolaringol Esp* 2010;61(3):173-79.
4. Dempster JH, Simpson DC. Nasopharyngeal neoplasms andtheir association with adult onset otitis media with effusion. *Clin Otolaryngo-IAllied Sci* 1998; 13(5):363-65.
5. Amir H. Sadr · K. A. Sanati · M. Prior. Isolated otitis media with effusion in adults: is biopsyof the postnasal space required?. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266:1667-68.
6. Fornells A, Martorell JM, Golobardes E, Garrell JM, Vilasis X. Patterns out of cases using kohonen maps in breast cancerdiagnosis. *Int J Neural Syst* 2008; 18(1):33-43.
7. Ayache D, Trabalzini F, Bordure P, et al. Serous otitis media revealing temporal en plaque meningioma. *Otol Neurotol* 2006; 27: 992-98.
8. Finkelstein Y, Ophir D, Talmi YP, Shabtai A, Strauss M, Zohar Y. Adult-onset otitis media with effusion. *Arch OtolaryngolHead Neck Surg* 1994; 120:517-27.
9. Chao WY, Wang CF, Chang SJ. Ventilation tube in adults with middle-ear effusion. *J Otolaryngol* 1999; 28:278-81.
10. Young YH, Lu YC. Mechanism of hearing loss in irradiatedears: a long-term longitudinal study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110:904-06.
11. Kai-Li Liang, Mao-Chang Su, Chih-Wen Twu, Rong-San Jiang, Jin-Ching Lin, Jiun-Yih Shiao. Long-term result of management of otitis media with effusionin patients with post-irradiated nasopharyngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268:213-17.
12. Morton RP, Woollons AC, Mclvor NP. Nasopharyngeal carcinoma and middle ear effusion: natural history and the effect ofventilation tubes. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1994; 19:529-31.
13. Chen CY, Young YH, Hsu WC, Hsu MM. Failure of grommetinsertion in post-irradiation otitis media with effusion. *AnnOtol Rhinol Laryngol* 2001; 110:746-48.
14. M. François. Otite séreuse et allergie. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 2008;48:452-55.
15. Poelmans J, Tack J, Feenstra L. Chronic middle ear disease andgastroesophageal reflux disease: a causal relation? *Otol Neurotol*2001; 22:447-50.
16. Poelmans J, Tack J, Feenstra L. Prospective study on the incidence ofchronic ear complaints related to gastroesophageal reflux and on theoutcome of antireflux therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*2002; 111:933-8.
17. Michael B. Gluth, MD; Darren R. McDonald, MD; Amy L. Weaver, MS; Christopher D. Bauch, PhD; Charles W. Beatty, MD; Laura J. Orvidas, MD. Management of Eustachian Tube DysfunctionWith Nasal Steroid SprayA Prospective, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG* 2011; 137(5):449-55.
18. van Heerbeek N, Ingels KJ, Rijkers GT, Zielhuis GA. Therapeutic improvement of eustachian tube function: a review. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2002;27(1): 50-6.
19. Thomas CL, Simpson S, Butler CC, van der Voort JH. Oral or topical nasal steroidsfor hearing loss associated with otitis media with effusion in children. *CochraneDatabase Syst Rev* 2006;3:CD001935.
20. Shapiro GG, Bierman CW, Furukawa CT, et al. Treatment of persistent eustachian tube dysfunction in children with aerosolized nasal dexamethasone phosphateversus placebo. *Ann Allergy* 1982; 49(2):81-5.