

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES POCHESES DE RÉTRACTION TYMPANIQUES

SURGICAL MANAGEMENT OF TYMPANIC RETRACTION POCKETS

S. BENZARTI, A. SETHOM, S. CHNITIR, KH. RIAHI, R. BEN M'HAMMED, I. MILED, MK. CHEBBI

SERVICE ORL ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - HÔPITAL MILITAIRE DE TUNIS.

RESUME

Les poches de rétractions représentent un aspect particulier de l'otite moyenne chronique affectant la morphologie tympanique et pouvant avoir des répercussions fonctionnelles auditives. L'évolution naturelle de l'otite atelectasique vers la maladie cholestéatomateuse complique d'avantage la prise en charge des poches de rétraction.

Les auteurs rapportent une étude rétrospective à propos de 137 cas de poches de rétraction colligées sur une période de 10 ans de 1992 à 2001.

Le traitement chirurgical des poches de rétraction pose la problématique du bon choix de la technique opératoire et de l'indication de la chirurgie de renforcement.

SUMMARY

Retraction pockets represent a particular aspect of chronic otitis which affect tympanic membran morphology and can influence hearing potentialities. The evolution course of atelectasic disease leading to localized retraction may be the principal cause for cholesteatoma which complicates the management of the retraction pockets.

The authors report a retrospective study about 137 cases of retraction pockets collaged from 1992 to 2001.

The problems of the surgical treatment of the retraction pockets include the best choice of the operative technique for reconstructive tympanoplasty.

INTRODUCTION

Les poches de rétractions (PDR) se définissent comme un collapsus partiel ou total du tympan dans la caisse de l'oreille moyenne. Elle constitue une véritable maladie évolutive de la membrane tympanique dont la genèse et les mécanismes physiopathogéniques sont encore discutés.

Le génie évolutif de ces états pré-cholestéatomateux est imprévisible ce qui pose la problématique de la place et des indications de la chirurgie dans la stratégie thérapeutique face à une PDR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 134 poches de rétractions opérées au service d'ORL et Chirurgie Maxillo-faciale - Hôpital Militaire de Tunis entre 1992 et 2001 soit concernant 127 patients.

L'étude des dossiers nous a permis de préciser l'âge, le sexe, les signes fonctionnels et les circonstances de découverte de la maladie et de spécifier les caractéristiques de la PDR à l'examen otoscopique à savoir le siège, le stade selon la classification de Charachon ainsi que l'état de l'oreille controlatérale.

Tous nos patients ont bénéficié d'un audiogramme et d'une tympanométrie.

Nous avons évalué le Rinne préopératoire moyen sur les fréquences 500, 1000 et 2000 Hz. Quatre patients ont

bénéficié d'une tomодensitométrie (TDM) préopératoire.

En peropératoire nous avons noté, le siège, l'extension de la poche, l'état de la muqueuse, de la chaîne ossiculaire et la présence ou non de cholestéatome. Le type d'intervention et la technique de renforcement ont été également spécifiés. Nous avons évalué nos patients par l'étude des résultats anatomiques et fonctionnels après un recul postopératoire minimum de 21 mois. Ainsi, neuf malades ont eu une TDM postopératoire et tous les patients ont bénéficié d'un examen audiométrique

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 26 ans avec des extrêmes allant de 6 à 63 ans. Le sexe ratio est de 1.3. Les circonstances de découverte étaient variables. L'interrogatoire et l'étude de l'histoire clinique a révélé que 20 patients avaient un passé d'otite séromuqueuse ce qui a motivé la mise en place d'un aérateur transtympanique (ATT) au jeune âge. L'hypoacousie dominait la symptomatologie fonctionnelle (53.3%). Vingt six pour cent des patients présentaient des épisodes otorrhéiques associées à des otalgies dans 10% des cas.

La répartition selon la classification de Charachon montre que les stades III étaient plus fréquents (113 cas) que les stades I (un cas) et stade II (20 cas). La PDR s'associait à une perforation dans 8% des cas. La pars tensa était concernée par le processus de rétraction dans 93% des



cas. Le siège postérieur était le plus fréquemment retrouvé (65%). A noter que 15% des rétractions intéressaient toute la membrane tympanique

	Nombres de cas	Pourcentage
Attique antérieure	24	18
Attique postérieure	83	62
Hypotympanum	4	3
Région des fenêtres	67	50
Sinus tympanum	30	22
Recessus facial	73	55

Tableau I : Extension des poches de rétraction

L'examen otoscopique de l'oreille controlatérale a retrouvé un tympan pathologique dans 56% des cas, il s'agissait le plus souvent d'une poche de rétraction.

A la tympanométrie, le tracé était de type C dans 31% des cas, de type A dans 27 % des cas et de type B dans 2% des cas. L'exploration audiométrique a révélé une audition subnormale du côté opéré dans 8% des cas correspondant tous à des PDR de stade I et II. Le rinne préopératoire moyen était évalué à 28 dB.

Une TDM préopératoire a été indiquée chez les 4 patients aux antécédents otorrhéiques et dont la poche était de stade III. Il n'a pas été objectivé de signes prédictifs de cholestéatome.

Un traitement médical associant une antibiothérapie, une corticothérapie, des mucolytiques et des topiques locaux a été institué en préopératoire à 70 patients qui présentaient des poches humides.

Tous nos patients ont été opérés, nous avons majoritairement opté pour la voie rétroauriculaire (97% des cas). La voie endaurale n'a été utilisée que chez 5 patients. En peropératoire, la chaîne ossiculaire était interrompue dans 47% des cas. Il s'agissait d'une lyse de la branche descendante de l'enclume dans 30% des cas et de la superstructure de l'étrier dans 17% des cas.

Quinze pour cent des poches de rétractions s'associaient à une atticotomie ou à une lyse du cadre osseux. La muqueuse du fond de caisse était inflammatoire dans 27% des cas. Nous avons constaté la présence de la glue rétrotympanique chez 4 patients.

L'exploration peropératoire de la poche, elle-même, a retrouvé une extension à la région des fenêtres, au recessus facial, à l'attique postérieure respectivement dans 94%, 90% et 60% des cas. Nous avons découvert fortuitement un cholestéatome associé dans 18% des cas. Chez 14% des patients, une simple chirurgie de renforcement tympanique a été pratiquée, il s'agit des stades I et II.

Une antroatticotomie d'aération et de drainage permettant une reperméabilisation de défilé antro-addito-atrial a

été pratiquée dans 68% des cas. Elle s'associait à une technique fermée avec une tympanotomie postérieure dans tous les cas. La technique ouverte avec un aménagement d'une mini-caisse n'a été faite que chez 10% des patients.

Une ossiculoplastie a été réalisée lors du premier temps chirurgical dans 28% des cas ; à noter qu'une prothèse en hydroxyapatite a été montée chez 9 malades.

Les matériaux utilisés pour le renforcement étaient de l'aponévrose temporale dans 26 % des cas, du péri-chondre dans 10% des cas et du cartilage doublé de son péri-chondre dans 64% des cas. Une lame de Silastic a été interposée dans la caisse ou dans le défilé antro-attical chez 36% des malades.

Nous avons placé un ATT en fin d'intervention chez 4 patients du côté controlatéral à l'oreille opérée.

Un second look opératoire a été pratiqué dans 7 cas, il s'agissait soit de cholestéatomes découverts lors du premier temps opératoire (4cas) ou de poches de rétraction mésotympaniques postérieures (3 cas) pour lesquelles le risque de cholestéatome résiduel était important.

Après un recul minimum de 21 mois, le résultat anatomique été satisfaisant dans 88%. Ailleurs l'évolution s'est faite soit vers la rétraction secondaire (10%) ou vers la perforation (12%). Aucune poche n'a évolué vers le cholestéatome.

L'analyse selon le siège montre que les récurrences sont plus fréquentes pour les poches postérieures (10%) que pour les poches atticales (7%) ou globales (5%).

L'analyse des résultats en fonction des matériaux de reconstitution montre un taux de récurrence plus élevé pour les greffes d'aponévrose temporales (15%) comparé au cartilage tragal doublé de son péri-chondre (2%) (TableauII).

Résultat anatomique	Guérison	Récidive	Perforation
Résultat global	88%	10%	12%
Aponévrose	73%	15%	12%
Greffons cartilagineux	98%	02%	0
Péri-chondre	96%	04 %	0
PDR	Postérieures	90%	10%
	Atticales	93%	7%
	Globales	95%	5%

Tableau II : Résultats anatomiques

Les perforations secondaires sont exclusivement secondaires à une chirurgie de renforcement par greffe d'aponévrose.

Nous avons pu bénéficier d'un suivi audiométrique supérieur à 1 an chez tous nos patients. Nous avons calculé le rinne résiduel (RR), c'est-à-dire la différence entre le rinne



préopératoire et le rinne postopératoire. Les résultats auditifs ont été considérés satisfaisants au dessus de 20dB de RR, entre 20 et 30 dB ils ont été considérés comme moyens et au-delà de 30dB les résultats sont mauvais.

L'analyse des données audiométriques montre que le résultat fonctionnel est globalement bon. En effet, 40 patients ont vu leur audition s'améliorer et 62 ont gardé une audition inchangée.

L'analyse des résultats fonctionnels en fonction du siège des poches de rétraction montre que la fermeture complète du Rinne a concerné 16% des poches de rétraction toutes localisations confondues. Ce pourcentage atteint 45% pour les poches postérieures et 60% pour les rétractions globales.

L'étude de l'audition postopératoire en fonction du stade évolutif de la poche montre que les plus mauvais résultats sont obtenus pour les poches de stade III. L'analyse des résultats fonctionnels en fonction des matériaux de renforcement révèle que les meilleurs résultats auditifs sont obtenus chez les patients ayant bénéficié d'un greffon chondropérichondral (43% de gain auditif) (Tableau III).

Résultats auditifs		Inchangé		Gain		Aggravation	
		n	%	n	%	n	%
Taux global		62	46	40	29	32	23
Stade	Stade III	70	62	30	26	11	9
Matériaux	Aponévrose	58%		20%		22%	
	Cartilage et périchondre	46%		43%		11%	
	Périchondre	57%		22%		21%	
Siège	PDR Postérieure	45%		28%		27%	
	PDR Globale	60%		25%		15%	
	PDR Atticale	40%		35%		25%	

Tableau III : Résultats fonctionnels

DISCUSSION

Les poches de rétraction constituent une entité clinique particulière. Elle reste un sujet d'actualité en otologie. En effet, elles n'ont cessé de susciter des discussions et des controverses depuis longue date tant par leur étiopathogénie par leur histoire clinique et leur génie évolutif [1].

En effet, la filiation entre otite sérumqueuse, les poches de rétraction et le cholestéatome a été pressentie depuis longtemps [1].

Le facteur essentiel à l'origine des poches de rétraction est l'existence d'un processus inflammatoire chronique au niveau des cavités de l'oreille moyenne et de la muqueuse tubotympanique [1, 2].

Faire le bilan lésionnel et classer la poche sont nécessaires pour la prise en charge ultérieure. Une fois la poche constituée, l'évolution naturelle vers la maladie

cholestéatomateuse est imprévisible. Pour Gersdorff, 3% des poches évolueront vers le cholestestome dans les 4 ans qui suivent la découverte clinique de la rétraction tympanique [3, 4].

Plusieurs classifications sont proposées, celle de Charachon demeure la plus classique et la plus utilisée bien qu'elle ne tienne pas compte du siège et de la marginalité de la poche [5, 6].

Le traitement des poches de rétraction tympanique dépend essentiellement du caractère fixé ou non [7, 8, 9, 10].

Les poches mobiles posent le moins de problème, la surveillance périodique serait suffisante. Si la poche s'étend sans perdre pour autant son caractère mobile, l'aérosolothérapie sonore peut trouver alors son indication. Un aérateur transtympanique peut être placé en cas d'otite sérumqueuse surajoutée [11, 12].

Il en est de toute autre attitude pour les poches fixées. En effet, elles nécessitent dans la majorité des cas le recours à la chirurgie pour éviter les lyses ossiculaires et surtout l'évolution vers la maladie cholestéatomateuse [12].

Pour les poches contrôlables, l'indication opératoire doit être modérée en fonction de la gêne sociale du patient et la survenue d'épisodes otitiques de surinfection [13]. Dans notre série, nous avons opérés 20 PDR de stade II. Pour les poches de rétraction de stade III, l'indication opératoire est formelle selon la plupart des auteurs [13, 14, 15]. Dans ces cas, le traitement chirurgical comporte trois volets : l'ablation de la poche, la vérification de la perméabilité antroatriale, la reconstitution du cadre et le renforcement tympanique.

Dans les cas où la poche adhère intimement aux osselets ou aux différents éléments de la gouttière postérieure, une tympanotomie postérieure permettra de contrôler toute la région du rétrotympaum.

Après l'exérèse de la poche, la majorité des auteurs ont recours actuellement au greffon chondropérichondral à partir du cartilage tragien pour la reconstitution du cadre et le renforcement tympanique [15].

Il s'agit d'un matériel rigide qui confère à la greffe tympanique une solidité évitant les récurrences de rétraction. Dans notre série, le taux d'échec anatomique sur greffon chondropérichondral est de 14%. Il serait dû à la persistance du dysfonctionnement tubaire, d'ailleurs, la rétraction se produit presque toujours en dehors de la zone tympanique armée de cartilage.

Sur le plan fonctionnel, nous avons pu obtenir de bons résultats auditifs avec le greffon de cartilage tragal en réalisant une stapédomyringopexie cartilagineuse (37 cas) et une ossiculoplastie par une prothèse d'hydroxyapatite (9 cas). En effet, le cartilage a l'avantage de ne pas se solidariser au cadre osseux ou à la néocollumelle. La mobilité tympanique et la transmission sont ainsi préservées. Cependant, on reproche au greffon chondropérichondral son opacité ce qui empêcherait de détecter lors des



contrôles otoscopiques postopératoires, une éventuelle récurrence cholestéatomateuse [16, 17, 18]. Pour cela, un 2ème temps est indispensable au bout de un an, pour vérifier l'absence de résidu épidermique [19, 20, 21]. Le scanner peut aider en préopératoire avant le second look en apportant des éléments prédictifs de récurrence.

CONCLUSION

La chirurgie de renforcement tympanique dans les poches de retractions a pour but de s'opposer à l'atelectasie et à la progression évolutive incontestable vers l'oti-

te chronique cholestéatomateuse.

Le greffon chondropérichondral constitue un bon moyen pour renforcer la membrane tympanique et éviter les récurrences de rétraction sans compromettre l'état auditif surtout à un stade évolutif précoce.

REFERENCES

- 1- Roulleau P, Martin Ch. Poches de rétraction et états pré-cholestéatomateux. Les monographies du cca Wagram n° 26.
- 2- Deguine Ch. Pathogénèse du cholestéatome. Rev Laryngol 1995 ; 1 : 61-63.
- 3- Tos M. Upon the relation ship between secretary sequelae in adults. J. Laryngol Otol 1981 ; 95 : 1011-22.
- 4- Gersdorff M., Cornelis J. Oreille controlatérale en cas de cholestéatome. Rev Laryngol 1992 ; 1 : 35.
- 5- Martin Ch., Martin H., Prades J., Marzougui N., Chelikh L. Intérêt de la chirurgie de renforcement de tympan dans les poches de rétraction tympaniques. J. F. d'ORL 1997 ; 46 : 91-4.
- 6- Charachon R. Classification des poches de rétraction. Rev Laryngol 1988 ; 3 : 205-7.
- 7- Wapsh R, Pracy J, Harding L. Bowdier a management of retraction pockets of the pars tense in children. J. Laryngo Otol 1995 ; 109 : 817-20.
- 8- Tay H, Mills R, Phil M. Tympanic membrane atelectasis in childhood otis media with effusion. J. Laryngol Otol 1995 ; 109 : 495-8.
- 9- Roger G, Tashjian G, Roelly P, Rahmi H, Lacombe H, Garabedian E. Poches de retractions fixées et le cholestéatome de l'enfant. Ann Oto Laryngol 1994 ; 111 : 103-9.
- 10- Dubreuil Ch. Les poches de rétraction. J. F. d'ORL 1989 ; 9 : 422-6.
- Chiossone E. Preventive tympanoplasty in children. Rev Laryngol 1995 ; 2 : 137-139.
- 11- Ars B, Piret N. Rétractions de la membrane tympanique. Cahiers d'ORL 1993 ; 3 : 89-93.
- 12- Roulleau P. Les poches de retractions fixées et leur traitement. Rev Laryngol 1988 ; 3 : 209-11.
- 13- Charachon R, Lavielle J, Boulat E, Verdier N. Le traitement chirurgical des poches de rétraction. Rev. Soc. Fr. ORL, 1996 ; 36 : 11-8.
- Dornhoffer J. Hearing results with cartilage tympanoplasty. Laryngoscope 1997 ; 107 : 1094-9.
- 14- Harner S. Management of posterior tympanic membrane retraction. Laryngoscope 1995 ; 105 : 326-329.
- 15- Florent A, Trang M, Jaulin J, Baril C, Roulleau P. Poches de rétraction tympaniques à propos de 106 cas. Ann Oto Laryngol 1987 ; 104 : 519-33.
- 16- Uziel A, Giner R. Traitement chirurgical des poches de rétraction tympaniques. J. F. d'ORL 1989 ; 38 : 427-30.
- 17- Martin Ch, Prades J, Calloch F, Mayaud R. Endoscopie et chirurgie des poches de rétraction tympaniques. Cah. d'ORL 1995 ; 2 : 85-92.
- 18- Yung M W. Retraction of the pars tensa, long term results of surgical treatment 1997 ; 22: 323-6.
- 19- Belkadi M. Traitement chirurgical des poches de rétraction tympanique J.STORL 1999, 2 : 8-11.