

# Particularités de l'otite externe maligne chez les sujets diabétiques

T. HACHICHA<sup>1</sup>, M. KOUBAA<sup>1</sup>, K. REKIK<sup>1</sup>, K. SELLAMI<sup>1</sup>, F. MNIF<sup>2</sup>, B. HAMMAMI<sup>1</sup>, C. MARRAKCHI<sup>1</sup>, M. ABID<sup>2</sup>, M. BEN JEMAA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup> Service d'Endocrinologie et de Diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

## Introduction

- Le diabète constitue le facteur majeur prédisposant à la survenue d'une otite externe maligne (OEM).
- Le but de ce travail était d'analyser les caractéristiques cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'OEM chez les sujets diabétiques.

## Patients et méthodes

Étude rétrospective

Période d'étude:1990-2013

Nombre de patients: 44

## Résultats

### Epidémiologie

- 25 hommes, 19 femmes
- Sex-ratio = 1,31
- Age moyen = 65 ans
- Vingt six cas (59%) avaient un diabète de type 2 avec une durée moyenne d'évolution de 11 ans.
- Dix-neuf cas (43,1%) étaient au stade de complications dégénératives.

### Facteurs de risques

- Les principaux facteurs favorisant étaient dominés par les antécédents d'otite externe (29,5%), l'utilisation de corticoïdes locaux (20,5%) et la macération (15,9%). (Tableau I)

Tableau I: Facteurs de risques au cours des OEM

Facteurs favorisants	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Antécédents OE	13	29,5
Corticoïdes locaux	9	20,5
Macération	7	15,9

### Clinique

- La symptomatologie était dominée essentiellement par des otalgies (81,8%) et des otorrhées (63,6%). (Figure 1)

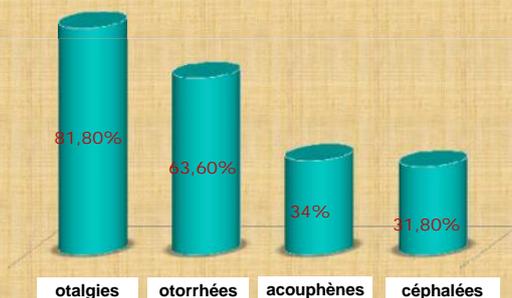


Figure 1: Principaux signes cliniques

- Les principaux signes physiques se résumaient à des douleurs mastoïdiennes (61,3%), des douleurs prétragiques (45,4%) et une paralysie faciale (18,2%).

### Examen otoscopique

- L'otoscopie a montré un conduit auditif rétréci dans 37 cas (68,5%) et des granulations dans 8 cas (18,1%).

### Radiologie

- Les principales anomalies radiologiques sont résumées dans le tableau II:

Tableau II : Principales anomalies radiologiques (TDM et/ou IRM)

Aspect	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Comblement du CAE	30	68,2
Lyse osseuse	25	56,8
Comblement de la caisse du tympan	22	50

### Germes isolés

- Les différents prélèvements auriculaires répétés ont permis d'isoler 44 germes répartis comme suit (Tableau III):

Tableau III: Germes isolés au cours des OEM

Agent causal	Nombre de cas	Pourcentage (%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	22	50
<i>Candida sp</i>	13	29,5
<i>Aspergillus sp</i>	4	9,1
Autres	5	11,4

### Traitement et évolution

- La durée moyenne du traitement était de  $45 \pm 24$  jours.
- L'évolution était compliquée par une thrombose veineuse cérébrale dans 2 cas et une mastoïdite dans 2 cas.

## Discussion

- Les sujets immunodéprimés sont les plus prédisposés à développer une OEM. Le diabète constitue le facteur majeur de complication.
- La physiopathologie de survenue d'une OEM chez les diabétiques est expliquée par:
  - Une microangiopathie
  - Une hypoperfusion
  - Une altération du chimiotactisme des PNN
- L'OEM touche essentiellement les diabétiques de type 2 (59% dans notre série).
- Le tableau clinique est dominé par les otalgies, les otorrhées et les douleurs de la région mastoïdienne. Ces signes étaient présent respectivement dans 81%, 63% et 61% des cas.
- Le diagnostic est basé essentiellement sur les prélèvements auriculaires répétés (3 à 4 fois), l'otoscopie et l'aspect radiologique du scanner des rochers et/ou de la scintigraphie. Dans notre série tous les patients ont bénéficié d'un scanner montrant une lyse osseuse dans 56,8% des cas.
- Les germes isolés sont essentiellement des bactéries, dominés par *Pseudomonas aeruginosa* (50-60%) et *staphylococcus aureus* (25%). Les agents fongiques (20 à 25%) sont dominés par les *Aspergillus* et les *candida*. Dans notre série les germes isolés étaient dominés par *P. aeruginosa* (50%), *Candida sp* (29,5%) et *Aspergillus sp* (9,1%).
- La prise en charge médicale est basé sur les antibiotique et/ou les antifongique pour une durée moyenne de 6 à 12 semaines selon l'agent causal. Dans notre étude la durée moyenne était de  $46 \pm 25$  jours.
- Le contrôle strict et régulier de la de la glycémie représente «la pierre angulaire» du traitement, puisqu'il permet la revascularisation tissulaire et la cicatrisation des lésions.

## Conclusion

- L'OEM est une infection invasive avec une forte morbidité chez les sujets diabétiques.
- La prise en charge est multidisciplinaire associant l'utilisation d'agents anti-microbiens appropriés avec un contrôle de la glycémie.