



OTITES MALIGNES EXTERNES OU NECROSANTES CHEZ LE DIABETIQUE :

A PROPOS DE DIX CAS

B.Habra, G.EL Mghari, N.El Ansari
Service d'Endocrinologie Diabétologie et Maladies métaboliques
CHU Mohammed VI –Faculté de Médecine et de pharmacie Marrakech



INTRODUCTION

- L'otite externe maligne (OEM) ou otite nécrosante, est une pathologie infectieuse rare , mais grave du conduit auditif externe(CAE)
- le terrain prédisposé et le diabète, surtout le sujet âgé diabétique
- elle est considérée comme un facteur du déséquilibre chez le diabétique
- nous allons étudier les aspects cliniques, diagnostiques et évolutifs de l'otite externe maligne et la prise en charge de cette pathologie.
- Nous rapportons dix cas d'otite externe maligne, vus au urgence du CHU de Marrakech entre Novembre 2013 et Novembre 2014.

OBSERVATIONS

	sexe	age	Ancienneté diabète	Suivi diabétologique et traitement	facteurs favorisants
Patient n° 1	M	67ans	20ans Amputé mi-jambe	-Suivi irrégulier -sous insuline	Otorrhée depuis 1mois paralysie faciale
Patient n° 2	M	75ans	13ans	Suivi irrégulier -sous Méformine	Hypoacousie céphalées
Patient n° 3	F	52ans	9ans	-Suivi irrégulier -sous insuline	céphalées Vertiges
Patient n°4	M	42 ans	2ans	Suivi irrégulier -sous méformine	céphalées
Patient n° 5	M	66ans	12 ans	-suivi irrégulier -sous méformine	Otite à répétition mal traitée
Patient n°6	F	60ans	11ans	Suivi irrégulier	Céphalées otorrhée depuis 15jours
Patient n°7	M	65 ans	15 ans	Suivi spécialisé	Otite à répétition mal traitée
Patient n°8	M	59 ans	9ans	Suivi irrégulier	Hypoacousie céphalées
Patient n° 9	F	60 ans	10ans	Suivi spécialisé	céphalées
Patient n°10	M	70ans	7 ans	Suivi irrégulier	Otite à répétition mal traitée

Examens complémentaires

	Biologie	bactériologie
Patient n° 1	-NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 60 mg/l -Glycémie à jeun à l'admission : 3,84g/l	Examen direct : hypercellularité à prédominance PNN Culture Pseudomonas aeruginosa
Patient n° 2	-NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 36 mg/l -GàJ:2,5g/l	Examen direct : hypercellularité à prédominance PNN Culture : staphylococcus aureus
Patient n° 3	-NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 17 mg/l -GàJ:1,80	-
Patient n°4	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 24mg/l -GàJ:2,85	-
Patient n° 5	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 18 mg/l -GàJ:1,5g/l	Examen direct : hypercellularité à prédominance PNN Culture: Pseudomonas aeruginosa
Patient n°6	NFS: hyperleucocytose à PNN, CRP= 45mg/l GàJ: 2,68g/l	
Patient n°7	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 26mg/l -GàJ:2,55	Examen direct : hypercellularité à prédominance PNN Culture: Pseudomonas aeruginosa
Patient n°8	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 29mg/l -GàJ:2,95	-
Patient n°9	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 24mg/l -GàJ:3g/l	-
Patient n°10	NFS: hyperleucocytose à PNN -CRP= 30mg/l -GàJ:2,01g/l	Examen direct : hypercellularité à prédominance PNN Culture: Pseudomonas aeruginosa

La prise en charge en urgence

- antibiothérapie à large spectre par voie parentérale (amoxicilline acide clavulanique 3g/j ; ciprofloxacine ou ofloxacine
- insulinothérapie intensifiée
- Le traitement local est lui aussi indispensable, pluriquotidien avec nettoyage, calibrage, débridement du CAE et instillation d'antibiotiques locaux
- La sévérité des formes avec atteinte nerveuse multiple réalisant une ostéomyélite de la base du crâne

COMMENTAIRES

- Notre série concorde avec les données de la littérature puisque l'OEM survient le plus souvent chez des sujets diabétiques âgés
- Ceci est expliquée par la microangiopathie ,le pH élevé du cérumen chez les diabétiques seraient également incriminés dans la physiopathologie de l'infection
- le germe incriminé dans plus de 95% des cas est le Pseudomonas aeruginosa, mais d'autres germes peuvent aussi être en cause
- L'antibiothérapie doit être synergique et active sur le germe en cause à large spectre et associés à une insulinothérapie optimisée
- La durée du traitement doit être adaptée en fonction de la clinique, des données de l'imagerie
- Le traitement chirurgical est indiqué devant la non amélioration sous un traitement médical bien conduit
- L'oxygénothérapie hyperbare est proposée par certains auteurs
- la scintigraphie osseuse a l'avantage d'une excellente sensibilité
- ,leur morbidité et leur mortalité sont élevées :20 % de décès(aucun décès chez nos patients)

CONCLUSION

Le traitement des OEM a été révolutionné depuis l'apparition des antibiotiques actifs sur le pyocyanique, le traitement, autrefois chirurgical, la prise en charge des patients atteints d'OEM doit se faire en milieu spécialisé et doit être la plus précoce possible.
Le bilan et le contrôle du diabète est un impératif thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Hariga I, mardassi A, belhaj Younes F et al. Necrotizing otitis externa: 19 cases' report. Eur Arch Otorhinolaryngol 2010;267:1193-8
- 2-Martel J, Duclos Jy, Darrouzet V, Guyot M, Bebear Jp. Malignant or necrotizing otitis externa: experience in 22 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2000;117:291
- 3-OTITES EXTERNES "MALIGNES" OU NÉCROSANTES PROGRESSIVES
J. MARTEL1 , M. GUYOT2, V. DARROUZET1
1Service d'ORL et de Chirurgie cervico faciale
2Service de Médecine Nucléaire
Hôpital Pellegrin - CHU Bordeaux Revue de l'ACOMEN, 1999, vol.5, n°4

tableau clinique

- une otalgie discrète, banale, qui progressivement va s'intensifier, s'accompagner d'une otorrhée d'abondance variable mais classiquement purulente.
- hypoacousie inconstante, des acouphènes associés à des vertiges rotatoires dans un cas et des céphalées .
- Une paralysie faciale périphérique était présente à l'examen initial
- contexte infectieux : hyperthermie à 38°,5 - 39° C
- L'examen du CAE, toujours difficile car douloureux, retrouve
- un conduit inflammatoire plus ou moins sténosé
- Examen à l'otoscope: tissu de granulation au niveau du CAE, avec des signes inflammatoires locaux



TDM du rocher: coupe axiale Fenêtre osseuse : lyse de l'os tympanal