

Titre :

APPORT DE LA CHIRURGIE SOUS GUIDAGE ENDOSCOPIE DANS LE DEUXIEME TEMPS DU CHOLESTEATOME DE L'OREILLE MOYENNE

Résumé :

Le microscope opératoire a permis des progrès décisifs, mais son utilisation s'est heurtée à d'inévitables angles morts dans les cavités de l'oreille moyenne. La particularité de cette anatomie de l'oreille moyenne et son accès difficile dans certaines zones empêchaient le chirurgien d'avoir la sécurité d'éradication nécessaire dans la chirurgie du cholestéatome.

En effet, à la différence des autres régions de l'oreille moyenne, le rétrotympalum et l'épitympalum ne peuvent être explorés en totalité sans l'utilisation d'endoscopes.

Nous avons précisé cette anatomie endoscopique à partir d'un travail de dissection sur 38 os temporaux. Le sinus tympani qui constitue la plus grande des fossettes du rétrotympalum est d'exploration difficile dans la plupart des cas (50 %) et l'ensemble des reliefs de cette région est symétrique dans plus de 70 % de nos dissections. L'épitympalum antérieur d'observation difficile sous microscope est barré transversalement par une cloison osseuse constante prémalléaire (" cog " des anglo-saxons) qui isole en avant la fossette sus-tubaire. La chirurgie sous guidage endoscopique en permet à présent le contrôle intégral grâce à l'emploi d'optiques adaptées.

Nous avons pu apprécier les bénéfices de l'otoendoscopie dans la chirurgie du cholestéatome, et nous rapportons les résultats d'une étude de 54 cas de cholestéatomes opérés en technique fermée, tous révisés. Après un recul moyen de 29 mois (6 mois – 7 ans), nous n'avons pas constaté de récurrence cholestéatomateuse et le taux de cholestéatome résiduel est de 16,66 %.

Aucun troisième temps n'a été nécessaire.

Les cholestéatomes résiduels se présentent sous la forme de perle encapsulée dans près de 90 % des cas, et se localisent le plus souvent au niveau du défilé antro-épitympanique et de la mastoïde. Aucune pathologie résiduelle n'a été retrouvée au niveau du rétrotympalum interne, alors que dans 29,6 % des cas un complément d'otovidéo-chirurgie avait été nécessaire à ce niveau durant le temps d'exercice initial. L'utilisation systématique d'optiques en complément du microscope durant le premier temps permet de parfaire l'éradication du cholestéatome notamment dans les recoins de la caisse et de donner une grande sécurité à la technique fermée. La prévention des récurrences ne se limite pas à l'utilisation d'optiques mais impose également de reconstruire tous les défauts osseux et de favoriser la ventilation de l'oreille moyenne.

L'otoendoscopie a désormais des avantages nombreux dans la chirurgie du cholestéatome :

- elle autorise des révisions " à minima " exclusivement sous vidéo-contrôle
- elle diminue ainsi considérablement la lourdeur de ces interventions et peut se concevoir en ambulatoire
- elle confère au chirurgien la possibilité de vérification moins délabrante pour la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne.

En conclusion, nous pouvons lui reconnaître trois atouts majeurs. Elle représente un gain de sécurité pour l'otologiste, un gain non négligeable pour la société puisqu'elle réduit les coûts pour les organismes sociaux, et enfin un gain pour le patient qui subit un traumatisme amoindri, une hospitalisation plus courte et bénéficie d'une qualité de soins supérieure.

L'introduction de la chirurgie endoscopique représente véritablement un tournant moderne dans la prise en charge du cholestéatome de l'oreille moyenne.