

MASTOIDITES AIGUES

**DR SMAIL KHAROUBI
SERVICE ORL ET CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU - CHU ANNABA
FACULTE DE MEDECINE ANNABA
UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA 23000 ALGERIE.**

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES:

- Connaître la définition d'une mastoïdite
- Savoir reconnaître une mastoïdite sur la base de l'analyse sémiologique et l'examen clinique
- Connaître l'identité bactériologique des mastoïdites
- Connaître les complications potentielles associées
- Connaître les grands axes thérapeutiques de la mastoïdite
-

RESUME :

La mastoïdite est une ostéite bactérienne de l'os mastoïdien observée essentiellement chez les nourrissons et les jeunes enfants. Le pneumocoque est le germe le plus souvent responsable. Elle se présente sous la forme d'un décollement du pavillon de l'oreille avec un tympan modifié à l'otoscopie. L'imagerie permet de rechercher une complication intra crânienne. Le traitement est souvent mixte antibiothérapie par voie parentérale et chirurgicale : mastoïdectomie.

DEFINITION :

La mastoïdite est une atteinte infectieuse des cavités mastoïdiennes associée à des lésions destructives de l'os mastoïdien réalisant une ostéite.

I- EPIDEMIOLOGIE :

Fréquence : La fréquence des mastoïdites aiguës a considérablement chuté depuis la large utilisation des antibiotiques. Dans les pays en voie de développement la mastoïdite aiguë complique environ 0,4 % des OMA.

Age : la mastoïdite aiguë est possible dès l'âge de 2 mois. Elle se voit surtout entre 4 mois à 14 ans.

Sexe : une prédominance masculine est habituelle.

Climat : L'influence du climat et des saisons est nette avec une recrudescence en automne et en hiver.

II – BACTERIOLOGIE :

Les germes retrouvés sont analogues à ceux retrouvés dans les prélèvements d'OMA.

Dans les OMA du nourrisson et de l'enfant, les germes prédominants sont *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae*.

le Streptococcus pneumoniae est responsable de la majorité des mastoïdites aiguës.

D'autres germes peuvent être observés : *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, ainsi que des anaérobies.

III- ETUDE CLINIQUE :

Signes d'appel

- Le décollement du pavillon de l'oreille vers le bas et vers l'avant.
- la douleur rétro auriculaire,
- la fièvre (en général autour de 38 °C) et altération de l'état général.

Ces symptômes surviennent dans la semaine qui suit une OMA, mais peuvent être inauguraux . Il n'y a pas de céphalée, ni de signe méningé, ni d'altération de la conscience.

Signes cliniques :

- Le sillon rétro auriculaire est effacé, avec une peau inflammatoire, rosée et chaude.
- La palpation est douloureuse. Elle retrouve ou non une zone fluctuante.

Otoscopie : le tympan est pratiquement toujours anormal.

- soit d'aspect bombé dans le quadrant postéro supérieur, avec dans les formes les plus typiques une chute de la paroi postérieure du conduit.
- soit avec une otorrhée.

Examens complémentaires :

1-Prélèvements bactériologiques :

- La ponction rétro auriculaire permet de distinguer les périostites des abcès sous-périostés. Le pus est adressé au laboratoire.
- un prélèvement de l'otorrhée est souvent utile.

2-NFS :

- hyperleucocytose.
- une anémie ferriprive plus ou moins marquées.

3-Evaluation de l'Audition :

l'hypoacousie passe souvent au deuxième plan derrière le problème infectieux. L'audiogramme montre une surdité de transmission.

4-Imagerie :

La radiographie en incidence de Schüller, toujours comparative, est peu contributive : elle est souvent en retard par rapport à la clinique.

Elle peut montrer :

- un aspect d'ostéite avec lacunes osseuses et destruction des travées.
- L'aspect le plus fréquent est le flou des cellules mastoïdiennes.

L'examen tomodensitométrique (TDM) est plus intéressant, car il permet de rechercher des complications intracrâniennes.

IV- FORMES CLINIQUES :

FORMES ANATOMIQUES :

- Extériorisation temporo zygomatique
- Extériorisation cervicale (forme de bezold)
- Abscess périharyngés

FORMES LATENTES :

Otite moyenne aigue trainante sans guérison avec des signes généraux persistants, troubles digestifs, cassure de la courbe de poids. L'otoscopie montre un tympan sans modifications patentes. Le diagnostic est facilité par l'imagerie.

FORMES COMPLIQUEES :

- Paralysie faciale
- Labyrinthite
- Complications méningo encéphaliques
- Thrombophlébites du sinus latéral

V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Otite externe
- Adénopathie rétro auriculaire
- Otite trainante

VI- TRAITEMENT :

A-Traitement médical

Le traitement médical de la mastoïdite aiguë comporte :

- les antalgiques
- le traitement symptomatique de la fièvre,
- un traitement antibiotique parentéral.

L'antibiothérapie (bi- ou trithérapie) est à large spectre et orientée par le résultat des examens bactériologiques.

il est habituel de prescrire une double antibiothérapie dirigée contre le pneumocoque et le staphylocoque : association

- céfotaxime (Claforant, 200 mg/kg/j en trois injections intraveineuses lentes) ou
- ceftriaxone (Rocéphinet 50 à 100 mg/kg/j en intraveineuse lente)
- fosfomycine (Fosfocinet 100 à 150 mg/kg/j en trois ou quatre perfusions).

En cas d'infection à bacille à Gram négatif un aminoside est ajouté.

B-Traitement chirurgical

C'est la mastoïdectomie. Son but est la suppression des foyers infectieux et l'exérèse des tissus inflammatoires ou nécrotiques.

Elle est indiquée en cas de persistance de la symptomatologie (fièvre) après 3 à 4 jours d'un traitement médical bien conduit, en cas de complications associées.



Figure N°1 : Mastoïdite aiguë : décollement rétro auriculaire.



Figure N°2: Mastoïdite aiguë collectée extériorisation rétro auriculaire.



Figure N°3: Scanner en coupe axiale montrant les complications d'une otite moyenne aiguë - un double abcès rétro auriculaire et thrombose du sinus latéral.

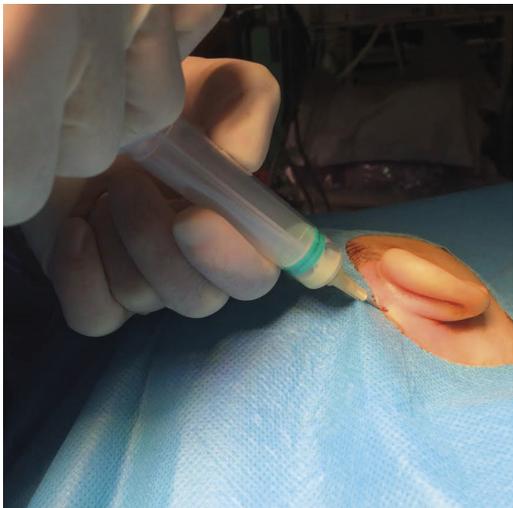


Figure N°4: Ponction d'un abcès rétro auriculaire (présence de pus dans la seringue).