

Ostéomyélite bilatérale de l'os temporal latéral due à l'otite moyenne chronique cholestéatomateuse bilatérale : à propos d'un cas suivi à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa /République Démocratique du Congo**Bilateral osteomyelitis of the lateral temporal bone due to bilateral chronic cholesteatomatous otitis media: a case report from saint joseph hospital, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo.**

Omadjela OA^{1,2,5}, Situakibanza NH⁴, Lumbu MD², Lumengo MMA², Atiko NN², Omadjela ND⁵, Nyembue TD³

1. Département des spécialités, Faculté de Médecine, Université Notre Dame de Tshumbe, Sankuru, RDC.
2. Service d'ORL, Hôpital Saint Joseph, Kinshasa, RDC.
3. Département des spécialités, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC.
4. Département de Médecine Interne, Département de Médecine Tropicale, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, RDC.
5. Fondation Saint Augustin/ ASBL, Centre de Formation et de Recherche en ORL communautaire, Kinshasa, RDC

***Auteur correspondant :** Omadjela Oluku Auguste, Service d'ORL, Hôpital Saint Joseph, Kinshasa, RDC, Téléphone : +243 81 62 99 277, email : omadjangu@gmail.com

Résumé

Introduction : L'ostéomyélite de l'os temporal est une complication rare de l'otite moyenne chronique. À l'Hôpital Saint Joseph de Kinshasa, elle a représenté 1/1000 cas d'otite moyenne chronique soignée dans cette institution médicale de 2006 à 2016. L'objectif poursuivi était d'identifier la complexité de sa prise en charge dans un milieu à ressources limitées.

Observation clinique : Nous rapportons le cas d'un patient de 19 ans, de sexe masculin reçu au service d'ORL de l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa pour otorrhée purulente verdâtre fétide bilatérale évoluant depuis l'enfance et négligée par la famille pour croyances maléfiques.

Son diagnostic a été tardif et sa prise en charge a été marquée par une hospitalisation de trente jours pendant lesquels le patient a subi une mastoïdectomie radicale bilatérale à l'intervalle de 9 jours. Une antibiothérapie a été associée au traitement. L'évolution de son état infectieux a été satisfaisant 12 mois après, mais le patient est resté avec une surdité profonde bilatérale.

Conclusion : L'ostéomyélite de l'os temporal est une complication sévère de l'otite moyenne chronique cholestéatomateuse. La description de cette observation clinique nous a permis d'identifier la complexité de sa prise en charge sur le plan de son diagnostic et de son traitement dans un milieu à ressources limitées.

Mots clés : Kinshasa, ostéomyélite de l'os temporal, otite moyenne chronique cholestéatomateuse, prise en charge, République Démocratique du Congo

SUMMARY

Introduction: Osteomyelitis of the temporal bone is a rare complication of chronic otitis media. At Saint Joseph Hospital in Kinshasa, it accounted for 1/1000 cases of chronic otitis media treated in this medical institution from 2006 to 2016. The aim was to identify the complexity of its management in a setting with limited resources.

Clinical case report: We report the case of a 19-year-old male patient admitted to the ENT department of Saint Joseph Hospital in Kinshasa with bilateral foul-smelling, greenish purulent otorrhea that had developed since childhood and had been neglected by the family due to evil beliefs.

The diagnostic was made late and the patient was hospitalised for 30 days, during which time he underwent bilateral radical mastoidectomy every 9 days and was treated with antibiotics. One year later, his infection was satisfactory, but the patient remained profoundly deaf bilaterally.

Conclusion: Osteomyelitis of the temporal bone is a serious complication of chronic cholesteatomatous otitis media. The description of this clinical case highlighted the complexity of its management, both diagnostic and therapeutic, in a context of limited resources.

Keywords: Kinshasa, temporal bone osteomyelitis, chronic cholesteatomatous otitis media, management, Democratic Republic of the Congo.

INTRODUCTION

Les complications de l'otite moyenne chronique constituent encore un défi majeur dans la pratique de l'oto-rhino-laryngologie malgré des progrès réalisés dans l'antibiothérapie et sont à la base d'une mortalité élevée à travers le monde [1,2].

L'ostéomyélite de l'os temporal est une des complications rares, survenant généralement à la suite d'une otite externe chez les patients immunodéprimés ou d'une otite moyenne suppurée [3]. Selon le même auteur [3], il en existe 2 types : l'ostéomyélite de l'os temporal latéral se développant dans la mastoïde et la fente de l'oreille moyenne, d'une part, et d'autre part, l'ostéomyélite de l'os temporal médian qui se développe dans l'apex pétreux ou ostéomyélite de la base du crâne.

Dans la présente étude, il s'agit d'un cas d'ostéomyélite de l'os temporal latéral. Du point de vue épidémiologique, l'incidence annuelle de l'ostéomyélite de la base du crâne est de 0,2/100000 [4]. Tandis que pour l'ostéomyélite de l'os temporal latéral, Prasad et al. [3] ont trouvé 5% dans leur série.

Dans le cadre de la prise en charge de l'otite moyenne chronique par l'approche communautaire à Kinshasa, 1013 cas d'OMC et complications ont été référés de la base de notre système de santé au service d'ORL de l'Hôpital Saint Joseph de Kinshasa de Janvier 2006 à Décembre 2016 pour une chirurgie de l'oreille dont ce cas d'ostéomyélite bilatérale de l'os temporal latéral compliquant une otite moyenne chronique cholestéatomateuse, soit une prévalence de 1/1000 cas [4].

Le caractère rare de cette complication des otites, sa gravité et ses défis tant diagnostique que thérapeutique en font un problème de santé publique méritant une analyse approfondie. Dans ce contexte, le présent article voudrait identifier la complexité de la prise en charge de l'ostéomyélite de l'os temporal dans un milieu à ressources limitées en vue d'améliorer la qualité de sa prise en charge.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un garçon de 19 ans reçu au service d'ORL de l'Hôpital Saint Joseph de Kinshasa/Limete pour une otorrhée purulente bilatérale fétide évoluant depuis l'enfance avec notion d'hypoacousie, avec des antécédents d'extériorisation mastoïdienne et sous angulo mandibulaire droite 2 ans avant notre consultation. Selon la famille, cette pyotorrhée

sera considérée comme étant d'origine maléfique et le traitement était fait des séances de délivrance et d'un traitement traditionnel pendant plusieurs années. Lors d'un dépistage actif communautaire, le patient sera référé au service d'ORL de l'Hôpital Saint Joseph de Kinshasa pour prise en charge chirurgicale.

À l'admission au service d'ORL, il a été noté ce qui suit au plan clinique :

- L'examen endocavitaire au microscope a montré à gauche, la présence de pus verdâtre fétide dans le conduit auditif externe et après aspiration, la présence de pus avec des débris osseux dans la caisse de tympan où nous avons noté également une perforation tympanique totale sans cavité d'évidement ; à l'oreille droite les lésions étaient similaires ; (Figure 1)
- L'examen exocavitaire a montré à droite la présence d'une cicatrice d'extériorisation mastoïdienne et sous angulomandibulaire et la palpation de la région mastoïdienne révélait une douleur des 2 côtés ;
- L'examen de l'audition a noté à l'acoumétrie vocale une absence des réactions à la voix crieée et à l'audiométrie tonale liminaire, une surdité profonde bilatérale ;
- L'examen vestibulaire a été sans particularité ;
- L'examen facial a noté une paralysie faciale périphérique gauche ;
- L'examen neuroméningé était sans particularité ;

Au plan paraclinique :

- La culture de pus n'a pas été réalisée faute de moyens financiers ;
- Les tests du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de glycémie se sont révélés normaux ;
- Le TDM des rochers réalisé 2 ans avant notre consultation montrait la présence d'une masse tissulaire prenant le méat acoustique externe et la caisse du tympan gauches avec destruction de la chaîne ossiculaire, une destruction des cellules mastoïdiennes plus prononcées à gauche et une hétérogénéité du sinus veineux sigmoïde montrant des zones hypodenses intraluminales. L'absence du disque compact (CD) n'a pas permis la relecture en vue de rechercher des structures telles que le canal de Fallope et les séquestres. Le TDM contrôle n'ayant pas été réalisé faute de moyens financiers.

Ce tableau global était compatible à une Otite moyenne chronique cholestéatomateuse bilatérale compliquée d'une surdité profonde, d'une mastoïdite chronique bilatérale, d'une thrombophlébite du sinus sigmoïde gauche et d'une paralysie faciale périphérique gauche. Une mastoïdectomie radicale bilatérale a été indiquée en vue de l'éradication de l'infection locale en association avec des aspirations des pus et gouttes d'oreilles de ciprofloxacine pendant 30 jours.

La mastoïdectomie radicale gauche a été réalisée en premier temps : l'approche retro auriculaire a été utilisée et la présence des séquestres prenant la face externe de la mastoïde, la paroi postérieure du conduit auditif externe, la présence d'un gros tissu cholestéatomateux mettant à nu les méninges, le sinus latéral jusqu'à la caisse du tympan. Une séquestrectomie et nettoyage des tissus cholestéatomateux jusque dans la caisse du tympan ont été réalisés laissant une grande cavité d'évidement tympano-mastoïdienne (Figure 2). Le nettoyage des tissus atteints se continuait et au cours dudit nettoyage dans la partie antérieure de la caisse du tympan, une hémorragie en jet avait surgi suggérant une blessure de la carotide interne. Laquelle hémorragie avait nécessité un tamponnement de la cavité tympano-mastoïdienne couplé d'un tamponnement nasal postérieur jusqu'à son arrêt. Une méatoplastie a complété l'intervention avec pose d'un gros tampon imbibé de pommade terracortyl. La gravité des lésions n'a pas permis la reconstruction. Le patient était observé en réanimation pendant 2 jours, pour stabiliser l'état général en postopératoire immédiat. Il a été mis sous ciprofloxacine (2x500mg/J/ 20 JOURS en IVD), relayée de lévofloxacine (1CO de 500 mg/jour/10 JOURS oralement et a bénéficié de 2 unités de sang de 500 mL.

Après neuf jours de stabilisation de l'état général du patient, une mastoïdectomie radicale droite a été réalisée, dans un second temps. Elle montrera des lésions similaires à celles du côté gauche, les mêmes actes ayant été réalisés. L'examen histopathologique des séquestres osseux extraits, réalisée en postopératoire, a conclu à une ostéomyélite subaiguë de l'os temporal sur fond de tissus cholestéatomateux (Figure 3).

L'évolution post opératoire au 30^e jour postopératoire (JPO) a été satisfaisante et le patient sortira avec un état infectieux

satisfaisant. Le diagnostic retenu à la sortie était une ostéomyélite bilatérale de l'os temporal latéral compliquant une otite moyenne chronique bilatérale. L'évolution post opératoire, 1 année plus tard, était marquée par des cavités de l'oreille moyenne propres et l'audiométrie contrôle a montré une surdité profonde bilatérale. La famille satisfaite de l'évolution de l'état infectieux a demandé un transfert à l'étranger pour la chirurgie de reconstruction et le patient n'a plus été revu:

DISCUSSION

L'objectif poursuivi par le présent article était d'identifier la complexité de la prise en charge d'un cas d'ostéomyélite bilatérale de l'os temporal dont la particularité est dominée par sa prise en charge tardive, la gravité de la maladie et son atteinte bilatérale.

La complexité de notre prise en charge est liée aux défis diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie dans un milieu à ressources limitées. En effet, sur le plan diagnostic, il est rapporté d'abord, qu'en République Démocratique du Congo (RDC), la majorité des patients souffrants d'OMC se présentaient tardivement dans les services spécialisés avec des complications et séquelles graves [5]. Selon Omadjela et al.[6,7], les facteurs associés à cette prise en charge tardive sont l'ignorance des causes, complications et de traitement de l'OMC par la population, le recours à la médecine traditionnelle ainsi que des contraintes financières. Le présent cas en étude illustre bien les conséquences néfastes de cette situation chez ce patient souffrant d'otorrhée fétide compliquée depuis l'enfance associée à plusieurs complications et qui est resté plusieurs années sans diagnostic précis ni traitement adéquat à cause de l'ignorance de la famille.

Ensuite, l'expression clinique de cette pathologie, chez ce jeune homme de 19 ans, reste dominée par une otorrhée fétide bilatérale de longue date, d'une hypoacousie associée aux complications telles que des antécédents d'une mastoïdite gauche extériorisée et une paralysie faciale périphérique gauche. Dans la série de Prasad et al.[3], la clinique était dominée par l'écoulement de l'oreille et la douleur. Selon Masa Petrovic et al.[8], la symptomatologie de l'ostéomyélite de l'os temporal peut être confondue à celle de l'otite moyenne chronique

suppurée et peut, de ce fait, retarder le diagnostic.

Dans ce cadre, Prasad et al. [3] ont rapporté que la confirmation de l'ostéomyélite de l'os temporal devait comprendre, la tomodensitométrie (CT Scan) informatisée à haute résolution de l'os temporal (coupes axiales et coronales), la culture et sensibilité du germe, la biopsie des tissus pour histopathologie ainsi que des examens de routine tels que la glycémie et le test d'identification du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Le CT scan des rochers réalisé a montré la présence d'une masse tissulaire prenant le méat acoustique et la caisse du tympan avec destruction de la chaîne ossiculaire et des cellules mastoïdiennes comme le décrit la littérature [3]. Évidemment, ce tableau fait plus penser à l'otite moyenne chronique cholestéatomateuse compliquée d'une mastoïdite, ne faisant que retarder le diagnostic d'ostéomyélite. Les séquestres osseux ne seront retrouvés qu'en per opératoire et l'examen histopathologique des débris osseux extraits va confirmer le diagnostic d'une ostéomyélite subaiguë sur fond de tissus cholestéatomateux en postopératoire. Cette situation peut s'expliquer par l'évolution naturelle d'une OMC cholestéatomateuse non ou mal soignée sachant également que l'ostéomyélite subaiguë est une forme d'infection plus lente présentant des symptômes moins marqués, pouvant rendre son diagnostic difficile [3]. Un examen TDM contrôle avant l'intervention pouvait résoudre cette difficulté.

La culture de pus n'a pas été réalisée bien que l'otorrhée soit franche, faute de moyens financiers, mais la littérature décrit que l'ostéomyélite de l'os temporal est le plus souvent causée par le *Pseudomonas aeruginosa*, le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et des champignons, notamment chez les patients immunodéprimés [3]. Ce qui rend compte de l'intérêt de la bactériologie autant pour des raisons diagnostique que thérapeutique. Les tests de VIH et de glycémie sont nécessaires pour exclure un tableau d'immunodéficience pouvant compliquer le traitement. Pour ce patient, ces tests se sont révélés normaux excluant l'immunodéficience comme facteur de risque dans notre étude.

Sur le plan thérapeutique, il est rapporté que le traitement de l'ostéomyélite de l'os temporal reposait sur une antibiothérapie selon la sensibilité du germe retrouvé, associée à une mastoïdectomie radicale avec débridement de tous les tissus atteints, une séquestrectomie et une reconstruction des structures [3]. Dans la présente observation clinique, nous avons réalisé une mastoïdectomie radicale bilatérale ayant permis une séquestrectomie et un nettoyage des tissus cholestéatomateux allant de la mastoïde à la caisse du tympan laissant une grande cavité d'évidement. Une antibiothérapie probabiliste faite de ciprofloxacine et de lévofloxacine a été administrée en relais pendant 25 jours. La gravité des lésions rencontrées, les complications hémorragiques en per opératoire ont rendu difficile cette prise en charge chirurgicale et n'ont pas permis la reconstruction des structures. Ce qui rend compte de la complexité thérapeutique de cette prise en charge notamment dans des milieux à ressources limitées par manque d'expertise et d'équipements adéquats comme l'ont démontré Omadjela et al. en 2021 [9] dans notre milieu.

Le suivi post opératoire a duré 12 mois avec succès comme l'ont démontré Prasad et al. [3] dans leur série. Toutefois, il est rapporté par Mlina et al [10] que dans la prise en charge de l'otite moyenne chronique cholestéatomateuse, le suivi post opératoire devrait aller de 12 à 18 mois post opératoire en vue de la surveillance d'un cholestéatome récidivant ou résiduel, pouvant nécessiter une réintervention.

CONCLUSION

L'ostéomyélite de l'os temporal est une complication sévère et rare de l'otite moyenne cholestéatomateuse. La description de cette observation clinique nous a permis d'identifier la complexité de sa prise en charge sur le plan de son diagnostic et de son traitement dans un milieu à ressources limitées.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué dans la conception, la rédaction et la finalisation de cet article.

Remerciements

Nos remerciements les plus sincères s'adressent à la Fondation Saint Augustin /ASBL pour son apport à cette recherche

Références

1. Zer Toros S, Tepe Karaca ç, Kalayak Ertugay ç, Senbayrak S, çagatay Ertugayo, Lütfü Seneldir. Simultaneous coexistence of complications of chronic otitis media in the same case. JINT Adv otol 2017 ; 13 : 282-4.
2. Pligina E.N., Kostakova N.M., Kurochkina V.M. Cholestéatome géant de l'os temporal. Vestrik otorinolaryngologie 2020 ; 85 (3) : 55-57. <https://doi.org/10.17116/otorino.2020.8502155>.
3. Prasad S.C, Prasad K.C, Kumar A., Thada NT, Rao P., Chalasani S. Ostéomyelitis of the temporal Bone. J Neurol B 2014 ; 75 : 324-331. Doi <http://dex.doi.org/10.1055/S.0034-1372468/> SSN 2193-6331.
4. Munier AL, ostéomyélite de la base du crane 23ème journées nationales d'infectiologie, Bordeaux, juin 2023.
5. Omadjela OA, Tshimbadi NA, Nyembue TD, Kalombo NA, Moanda A, Okitolonda WEP. Prise en charge de l'otite moyenne chronique par l'approche communautaire à Kinshasa. Médecine d'Afrique noire 2019 ; 66 (12) : 625-631. Congo. Ann Afr Med 2021; 15 (1): e 4442 – e 4442.
6. Omadjela OA, Nyembue TD, Okitolonda WEP, Situakibanza NH, Matanda NR. Connaissances, attitudes et pratiques des Kinois sur l'Otite moyenne chronique suppurée/ République Démocratique du Congo (RDC). Rev Mali Infect Microbiol 2020 ; 15 : 53 – 61.
7. Omadjela OA, Situakibanza NH, Okitolonda WEP, Nyembue TD, Matanda NR. Facteurs associés à la prise en charge tardive de l'otite moyenne chronique suppurée (OMCS) à Kinshasa/ République Démocratique du Congo (RDC). Revue médicale des grands lacs 2020 ; 11 (4) : 28-35.
8. Masa Petrovic, Hannah G, Lads berger, Kevin A, Peng. Complex case of skull Base ostéomyelitis secondary to chronic otitis Media. Ear, Nose and throat journal 2023;102 (9S) : 31 S – 34S. Doi : 10.1177 / 01455613231189219 journals.
9. Omadjela AO, Situakibanza HN, Babakazo PD, Nyembue DT, Matanda BZ. Evaluation de la prise en charge de l'otite moyenne chronique dans le système des soins de santé primaires (SSSP) à Kinshasa, République Démocratique du cholestéatomeuse de l'enfant : A propos de 30 cas. Pan Afr Med J. 2015 May 8; 21:25. doi: 10.11604/Pamj.2015.21.24.5689.
10. Mlina TM, Daronassi Y, Chinani M, Bouaity B, Ammar H. L'otite moyenne chronique

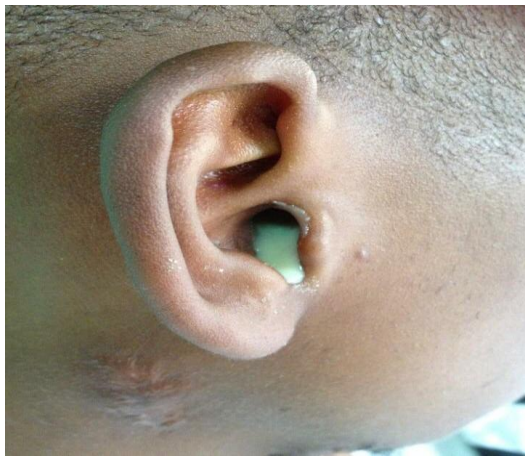


Figure 1. Aspect préopératoire de l'oreille droite



Figure 2. Aspect peropératoire de la mastoïde droite



Figure 3. Aspects des séquestres osseux en postopératoire.