

# LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.

C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Narcy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong  
Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

**Chers Amis,**

**Que cette nouvelle années soit pour vous et ceux qui vous sont chers celle de la réalisation de vos espérances et pour notre journal une nouvelle année de prospérité.**

**Merci à vous tous pour votre action pédagogique constante dans ce média qui grâce à vous est devenu un moyen de formation apprécié de l'ensemble de nos collègues et particulièrement lu dans les cabinets de ville.**

**Toutes mes amitiés.**

**Pr Jean-Marie Faugere**

## Réflexions sur le cholestéatome de l'oreille moyenne (2)

*Concernant un sujet qui, comme beaucoup d'entre vous, m'intéresse depuis longtemps, et à la suite d'une série de congrès qui traitaient de ce sujet, je me permettrai d'apporter quelques réflexions générales avec un exposé volontairement bref, s'appuyant sur une expérience de plus de 30 ans et tout à fait dans l'esprit du Journal Faxé d'ORL.*

Si l'on doit choisir une technique ouverte, celle-ci ne doit en aucun cas laisser une grande cavité postérieure ouverte, même avec une large plastie du conduit, les risques de surinfection étant grands, générant alors les mêmes signes fonctionnels que l'affection originelle, ce qui est un comble.

Si la mastoïde est très petite ou éburnée, la question ne se pose pas, mais dans le cas où une mastoïde est plus grande, il faut absolument soit reconstruire une partie du cadre ou exclure ou réduire les cavités postérieures avec les nombreux matériaux que nous avons à notre disposition, préférentiellement autologues (os, cartilage) ou accessoires synthétiques.

En cas de fistule labyrinthique ou surtout des canaux semi-circulaires, particulièrement externe, suspectée par la clinique, confirmée par le scanner et affirmée par la découverte opératoire, la chirurgie permet très souvent de conserver une audition préexistante en suivant quelques règles ; la chirurgie d'exérèse de l'épiderme au niveau de la fistule doit être réalisée au tout dernier moment. La dissection de l'épiderme doit se faire à très fort grossissement de façon très délicate afin de ne pas léser le labyrinthe membraneux si celui-ci n'est pas envahi. Il faudra recouvrir très rapidement la fistule par un tissu conjonctif autologue ou pour certains par de la poudre d'os. En cas de chirurgie trop difficile ou périlleuse, il est préférable de laisser un peu d'épiderme en place pour traiter le problème lors de la révision.

Il existe encore des confusions entre le cholestéatome résiduel et la récurrence de cholestéatome. Le cholestéatome résiduel est un cholestéatome laissé en place par une exérèse non complète lors de la première intervention. Il est loin d'être négligeable et les très

nombreuses publications donnent des taux extrêmement variables variant de 10 à plus de 25 %.

Certes, le pourcentage de cholestéatome résiduel dépend de l'expérience de l'opérateur, mais il paraît difficile de descendre en-dessous d'un certain taux de pourcentage, d'autant plus que les chiffres publiés sont sûrement inférieurs à la réalité si l'on considère le nombre de patients ayant échappé à une révision chirurgicale ou radiologique. Ce chiffre non compressible de cholestéatome résiduel incite de nombreux opérateurs à imposer, dans un grand nombre de cas, une révision chirurgicale systématique. D'autres préfèrent une surveillance radiologique.

Il faut savoir que le scanner, très employé, n'est démonstratif qu'en l'absence de toute lésion mais qu'il ne peut trancher devant des opacités, sauf si celles-ci augmentent avec le temps et cela impose des examens radiologiques successifs avec la possible mise en question des radiations ionisantes chez les enfants. L'IRM avec diffusion semble actuellement très prometteuse puisque affirmant le cholestéatome quand il n'est pas trop petit et le perfectionnement de la technique permettra peut-être de résoudre définitivement le dilemme : chirurgie révisionnelle-radiologie de surveillance.

La récurrence de cholestéatome est un réel problème. Il est certain que l'emploi de matériels autologues de renforcement et surtout de cartilage, assez systématique ces dernières années, a réduit le nombre de récurrences mais sans les faire disparaître. Les récurrences sont sournoises, survenant parfois de très nombreuses années après et doivent être traquées par une surveillance extrêmement longue, au moins 10 ans, même peut-être plus longtemps et l'éducation du patient devra se faire en ce sens.

**Pr Ph. ROMANET, Dijon, 12 janvier 2007**



VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée. Composition et forme : Boîte de 60 cp pelliculés à libération modifiée de dichlorhydrate de trimétazidine dosés à 35 mg. Indications thérapeutiques : • En cardiologie : traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine, • En ORL : traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes, • En ophtalmologie : traitement d'appoint des

baisse d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Propriétés : Propriétés pharmacodynamiques : AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTIANGINEUSE. La trimétazidine, en préservant le métabolisme énergétique de la cellule exposée à l'hypoxie ou à l'ischémie, empêche l'abaissement du taux intracellulaire de l'ATP. Elle assure ainsi le fonctionnement des pompes ioniques et des flux transmembranaires Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup> et maintient l'homéostasie



**1 comprimé matin et soir  
1 boîte par mois de traitement**

cellulaire. Les études contrôlées, chez l'angoreux, ont montré que la trimétazidine : • augmente la réserve coronaire (le délai d'apparition des troubles ischémiques liés à l'effort), dès le 15<sup>e</sup> j du traitement, • limite les à-coups tensionnels liés à l'effort, sans entraîner de variations significatives de la fréquence cardiaque, • diminue significativement la fréquence des crises angineuses, • entraîne une diminution significative de la consommation de trinitrine. Dans une étude réalisée sur 2 mois, chez des patients recevant 50 mg d'aténolol, l'ajout de 1 cp à libération modifiée de trimétazidine 35 mg entraîne, par rapport au placebo, un allongement significatif du délai d'apparition d'un sous-décalage de 1 mm du segment ST à l'épreuve d'effort 12 h après la prise. Propriétés pharmacocinétiques : • Sur 24 h, la concentration plasmatique se maintient à des concentrations  $\geq 75$  % de la  $C_{max}$  pendant 11 h. Contre-indications : Hypersensibilité à l'un des constituants du produit. Généralement déconseillé pendant l'allaitement (cf. Grossesse et allaitement). Grossesse et allaitement : Éviter de prescrire pendant la grossesse – allaitement déconseillé. Mises en garde et précautions particulières d'emploi : Ce médicament n'est pas un traitement curatif de la crise d'angor, il n'est pas non plus indiqué comme traitement initial de l'angor instable, ou de l'infarctus du myocarde, ni dans la phase préhospitalière, ni pendant les premiers jours d'hospitalisation. En cas de survenue d'une crise d'angor, une réévaluation de la coronaropathie s'impose, et une adaptation du traitement doit être discutée (traitement médicamenteux et éventuellement revascularisation). Effets indésirables : Rares troubles gastro-intestinaux (nausées et vomissements). Posologie et mode d'administration : 1 cp matin et soir au moment du repas. CTJ : 0,37 €. AMM 357 245-8 (60 cp) ; 357 247-0 (100 cp : modèle hospitalier) (août 2001). Coll. Prix : 11,07 €. Remb. Séc. soc. : 35 % dans le traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine et dans le traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes, non remboursé dans le traitement d'appoint des baisses d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Information médicale : Biopharma – 29, rue du Pont – 92578 Neuilly sur Seine Cedex – Tél. 01 55 72 60 00 – Les Laboratoires Servier – 22, rue Garnier – 92200 Neuilly-sur-Seine. Information plus complète : cf. Vidal.