

Otite chronique chez le chien : plan B ?

Les otites chroniques récidivantes du chien sont un des principaux défis thérapeutiques du vétérinaire dermatologue. Une gestion rigoureuse est nécessaire pour en venir à bout.

Comment aborder l'otite chronique du chien ?

I. Réaliser un bilan lésionnel

Il est nécessaire dans un premier temps d'évaluer le degré d'atteinte de l'oreille dans son intégralité (pavillon, conduit externe, bulle tympanique, structure osseuse...)

L'examen clinique visuel permet d'observer les atteintes des pavillons d'une part mais aussi, la palpation des conduits permet d'en évaluer l'épaississement relatif. Cette palpation est souvent le premier élément évocateur de douleur et de chronicité de l'otite.

L'examen otoscopique permet de visualiser le contenu auriculaire et en particulier la présence d'un éventuel corps étranger, modifications des parois (hyperplasie des glandes cérumineuses, ulcérations) mais également l'intégrité du tympan. Malheureusement en cas d'otite chronique, le tympan ne peut être visualisé que dans un cas sur 3 environ.

L'examen vidéo-otoscopique présente les mêmes avantages que l'examen otoscopique. En outre, il permet une image grossie du contenu auriculaire et ainsi affine l'observation clinique. Il présente également un aspect didactique pour les propriétaires et augmente ainsi l'observance.

La réalisation d'un examen d'imagerie est indispensable afin de détecter la présence de lésions irréversibles qui ne répondront pas au traitement médical.

Le scanner est la technique la plus couramment utilisée et permet une évaluation fine de l'ensemble des structures osseuses de l'oreille moyenne et interne. Lors d'otite moyenne, on observe un comblement de la bulle tympanique par du liquide, du tissu ou des débris cellulaires ou du pus. La paroi peut être intègre, fine et régulière, ou au contraire montrer une hypertrophie parfois grave ou des foyers de lyse plus ou moins étendus. Les lésions chroniques et notamment les cholestéatomes peuvent provoquer des dilatations expansives de la bulle tympanique avec une lyse grave et une atteinte des tissus mous qui environnent celle-ci. Le scanner peut montrer des degrés avancés d'hyperplasie de la paroi du méat acoustique externe. Il permet surtout de montrer des foyers de minéralisation ou une sténose du méat qui constituent autant de facteurs péjoratifs du pronostic. Le scanner permet aussi l'identification des polypes auriculaires ou naso-pharyngés parfois à l'origine des otites chroniques réfractaires aux traitements médicaux.

Lors d'atteinte de l'oreille interne, une lyse de la partie pétreuse de l'os temporal peut parfois être observée et, en cas d'extension intracrânienne, une prise de contraste méningée ou du tronc cérébral. L'IRM est nettement plus sensible que le scanner pour l'évaluation de l'endolymphe de l'oreille interne et des tissus mous du tronc cérébral. Elle constitue la technique de choix lorsque des troubles neurologiques sont associés à l'otite, mais l'utilisation d'une IRM haut champ est préférable pour ces structures de très petite taille. Elle ouvre aussi des perspectives dans l'identification des cholestéatomes avant toute intervention chirurgicale.

Le scanner comme l'IRM permettent enfin d'identifier les lésions para-auriculaires parfois observées dans les évolutions chroniques (abcès para-auriculaires notamment) et peuvent conduire à préférer un traitement chirurgical.

II. Adapter la prise en charge aux lésions observées

Le traitement médical ne peut être efficace que lors d'atteinte externe.

En cas d'atteinte de l'oreille moyenne, la première étape de la gestion thérapeutique repose sur le nettoyage de la bulle tympanique. Celui-ci se fait par vidéo-otoscopie. Si la membrane tympanique est intacte, il convient de réaliser une myringotomie afin d'effectuer un rinçage et un drainage de la bulle tympanique. Le nettoyage auriculaire nécessite une parfaite connaissance de l'anatomie de l'oreille, des complications d'otite moyenne ou interne sont possibles.

Les traitements systémiques (inutiles en cas d'otite externe) sont nécessaires lors d'otite moyenne. L'utilisation de corticoïdes par voie orale à dose anti-inflammatoire (prednisolone, 1 à 2 mg/kg/j) ou intra lésionnelle (0,5 à 1 mg de diacétate de triamcinolone en injections circulaires dans le conduit auriculaire) diminue la sténose, l'inflammation et la douleur. L'antibiothérapie est réservée aux cas d'otite moyenne avérée, et le choix de l'antibiotique est adapté aux résultats de la culture bactériologique et de l'antibiogramme réalisés dans la bulle tympanique.

La durée du traitement est adaptée à l'évolution clinique. Des suivis cliniques et cytologiques réguliers (tous les 15 à 30 jours) sont indispensables. Lors d'otite moyenne, il n'est pas rare de devoir poursuivre les traitements sur plusieurs mois.

III. Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est nécessaire lors de remaniements irréversibles du conduit auriculaire ou de la bulle tympanique. Cette intervention est lourde et couteuse, entraîne la surdité de l'animal mais n'exclut pas la persistance de l'infection bactérienne/fongique et de l'inflammation et du prurit des pavillons auriculaires lorsque présents.

Ainsi, dans tous les cas, il convient de rechercher et de gérer la cause sous-jacente afin de diminuer les risques de récurrences.

Et le Plan B dans la prise en charge des otites chroniques ?

La chirurgie sous de nombreuses formes peut intervenir conjointement avec le dermatologue à la fois dans la gestion de cas complexes ne répondant pas ou peu au traitement médical initié, tout comme par

suite du diagnostic posé par le dermatologue en tant que traitement définitif de la pathologie. Il existe de nombreuses pathologies pour lesquels le traitement chirurgical permet une amélioration notable de la condition sans toute fois éliminer le besoin d'un traitement médical de fond (atopie...) ou encore sans prévenir la réinstauration sporadique de traitement médical.

I. Chirurgie d'ouverture latérale de la partie verticale du conduit auditif

1) Indications

Ces chirurgies sont indiquées dans l'exérèse de tumeur bénigne des parties verticale et horizontale du conduit auditif. Elles permettent une bonne visualisation pour une excision locale. Une biopsie doit cependant être réalisée avant toute intervention chirurgicale de ce type (vs ATCA-OLB).

Le but de l'ablation de la partie verticale du conduit auditif, dans le traitement des otites externes, est d'altérer le microenvironnement au sein du conduit auditif et d'améliorer le drainage. En postopératoire, l'amélioration de ce drainage et l'aération de la partie horizontale du conduit auditif conduit à une diminution de la température, de l'humidité et de la macération dans le conduit. Cela pourrait potentiellement créer un environnement moins favorable à la prolifération bactérienne. Il aide également à l'application de médicaments topiques en partie profonde du conduit auditif. Le succès d'une telle procédure est d'environ 35 à 50% dépendamment de la race concernée (Cocker vs Shar-Peis). Cette procédure n'est pas indiquée dans les cas d'hyperplasie du conduit auditif particulièrement chez le Cocker Spaniel ou en cas de sténose de la partie horizontale du conduit. De ce fait, cette chirurgie de nos jours n'est plus indiquée dans la prise en charge des otites chroniques en générale.

Les autres indications d'une résection de la partie latérale du conduit sont les traumatismes sévères ou encore les hypoplasies de la partie latérale du conduit.

2) Technique chirurgicale

3) Postopératoire

Il est nécessaire de gérer la douleur postopératoire. Il est recommandé de mettre en place un bandage ou une collerette afin d'éviter les automutilations, sources importantes des déhiscences de plaie. Il s'agit d'une chirurgie contaminée nécessitant la mise en place d'antibiotiques postopératoires adaptés suite à un prélèvement par écouvillonnage avant fermeture.

4) Complications

Il est important de continuer le traitement de l'otite externe présente.

La complication la plus commune de ce type d'intervention est l'occlusion de la partie restante du conduit. Les causes de cet échec incluent le mauvais diagnostic et/ou une gestion incorrecte de la maladie sous-jacente, d'une otite moyenne associée ou encore une mauvaise indication chirurgicale.

Les déhiscences sont également fréquemment rencontrées étant donné que les tissus atteints sont souvent inflammés et infectés. Il est alors recommandé de procéder à une cicatrisation par seconde intention.

II. Résection de la partie verticale du conduit auditif

1) Indications

L'objectif de cette intervention est la même que celle d'une ouverture latérale de la partie verticale du conduit auditif, avec pour avantage, une exérèse plus complète des tissus atteints. Les conséquences sont ainsi une douleur et des écoulements réduits en postopératoire.

Elle est souvent indiquée en présence d'une tumeur ou d'une hyperplasie de l'épithélium de la partie verticale du conduit auditif lorsque la partie horizontale du conduit est relativement saine. Les taux d'échecs vont de 5 à 19% selon les études.

2) Technique chirurgicale

3) Gestion postopératoire

Il s'agit globalement de la même gestion postopératoire que pour la chirurgie précédente.

4) Complications

Les complications incluent les sténoses de la partie horizontale du conduit auditif et les déhiscences de plaie. Il est important de prévenir que le port de l'oreille peut être affecté à la suite de cette chirurgie notamment pour les animaux à oreilles dressées. Pour les mêmes raisons que la chirurgie précédemment décrite, cette chirurgie n'est plus indiquée dans la prise en charge des otites chroniques.

III. Ablation complète du conduit auditif et ostéotomie latérale de la bulle tympanique (ATCA-OLB)

1) Indications

L'ablation totale du conduit auditif (ATCA) est la résection complète des conduits verticaux et horizontaux et de l'épithélium sécréteur associé.

Cette chirurgie de dernier recours est le plus souvent indiquée lors de pathologie inflammatoire irréversible du conduit auditif dans les chiens. Ces pathologies sont caractérisées par une hyperplasie épithéliale proliférative et une sténose ou un effondrement du conduit auditif, souvent couplé à un tissu para-auriculaire calcifié. Même lorsque l'atteinte du conduit auditif n'est pas considérée irréversible, les propriétaires peuvent opter pour cette chirurgie s'ils ne souhaitent plus ou ne peuvent plus administrer un traitement médical approprié, particulièrement lorsque les traitements médicaux ultérieurs ont échoué. Les autres indications moins fréquentes pour cette intervention incluent le traumatisme grave de conduit auditif, les tumeurs envahissantes, le cholesteatome auditif acquis, les malformations congénitales ou l'atrésie du conduit auditif, un échec chirurgical antérieur ou encore l'avulsion complète du conduit auditif.

Chez les chats, l'ATCA, est le plus souvent choisie lors de tumeur envahissante, d'inflammation polypoïde, et plus rarement pour d'autres indications énumérées pour les chiens. Dans une étude portant sur 44 chats, dans 41%, l'indication était tumorale et le reste concernait des cas d'inflammations chroniques et de maladies polypoïdes (Bacon et al. 2003) Etant donné que les otites externes sont habituellement **secondaires** et réversibles chez les chats affectés, les otites primitives et polypes de l'oreille moyenne sont traités par l'intermédiaire seul de l'ostéotomie ventrale de la bulle et l'ATCA n'est pas généralement indiquée.

Une ostéotomie latérale de la bulle (OLB) est réalisée conjointement à l'ATCA puisque les otites moyennes se retrouvent associées à des otites externes de longue date chez les chiens, et la cavité tympanique peut être explorée par la même approche chirurgicale. La bulle tympanique contient fréquemment des débris et son épithélium sécréteur est souvent impliqué dans des otites chroniques. Ceux-ci ont été impliqués en tant que causes d'infections profondes chroniques après les ATCA. En l'absence d'ostéotomie de la bulle, un taux élevé de complications infectieuses a été observé, taux qui a été diminué considérablement par le curettage de l'épithélium de la bulle après une OLB.

Une ostéotomie agressive de la bulle tympanique est maintenant indiquée, ostéotomie impliquant les parois et le plancher afin de s'assurer que tous les débris ou les restes d'épithélium sont complètement enlevés.

L'approche ventrale de la cavité tympanique ou ostéotomie ventrale de la bulle tympanique (OVb) fournit une meilleure exposition de celle-ci, et peut permettre l'exploration de la cavité avec moins de risques de lésions des structures nerveuses. Cependant, quand l'approche ventrale a été combinée avec une ATCA dans une série de cas, il y a eu un taux élevé de complications comprenant notamment des lésions du nerf facial et des récurrences d'infection profonde. Cette approche combinée n'offre donc aucun avantage à la technique standard d'ATCA-OLB.

2) Education du propriétaire

Il est important de clarifier les attentes des propriétaires après une ATCA-OLB, en raison du risque de complications postopératoires sérieuses. Le but principal de la chirurgie est de rendre l'animal plus confortable en enlevant complètement la source d'infection chronique. L'élimination de la nécessité de nettoyage permanent et l'élimination des écoulements malodorants sont les avantages supplémentaires.

Avant la chirurgie, les propriétaires sont particulièrement attentifs aux conséquences esthétiques de leur animal et d'une éventuelle surdité après la chirurgie. Esthétiquement, il n'y a pas de changement concernant les chiens aux oreilles pendantes. Concernant les chiens aux oreilles dressées, il existe un risque de modification du port de l'oreille étant donné qu'il est préférable de modifier le port de l'oreille plutôt que de laisser en place du tissu atteint. Il existe cependant une technique modifiée qui préserve la partie distale du conduit vertical (par conséquent cela permet un maintien du port érigé des oreilles chez les chiens et les chats à oreilles droites), appelée ablation subtotale du conduit auditif. Cette technique peut être indiquée quand la maladie est limitée à la partie horizontale du conduit auditif (ce qui est très rarement le cas).

Il est très probable que la plupart des chiens à otites chroniques externes et moyennes aient une capacité d'audition diminuée voir absente **avant** la chirurgie. En général la recommandation est d'enlever la membrane tympanique conjointement à l'épithélium de la partie osseuse du conduit auditif, en dépit du risque d'audition diminuée. Dans une étude, 100% des chiens normaux étaient « sourds » après une ATCA-LBO avec exérèse volontaire de la membrane tympanique et des osselets, après vérification par potentiels évoqués auditifs (McAnulty et al. 1995). Les chiens maintiennent cependant généralement une audition conduite par les os de la face après une ATCA-OLB.

Les propriétaires doivent être avertis que des complications sérieuses telles que des hémorragies, une obstruction des voies respiratoires supérieures, des lésions de l'oreille interne, des infections profondes récurrentes, et un décès de l'animal ont été rapportées pendant et après la chirurgie.

3) Technique chirurgicale

4) Complications

Il y a de nombreux risques de complication liés à l'ATCA-OLB.

L'hémorragie grave pendant la chirurgie est rare mais a été rapportée et peut avoir comme conséquence la mort du patient (veine rétroarticulaire, artère carotide interne).

L'obstruction des voies respiratoires supérieures a été décrite au réveil, probablement en lien à un œdème pharyngé. Par conséquent, une surveillance constante du patient suite à la chirurgie est importante, en particulier pendant les 12-24 premières heures.

La plupart des complications liées à la chirurgie (infections/déhiscentes, déficits neurologiques) sont de courte durée et se résolvent dans un délai de 2 semaines la plupart du temps. Des complications immédiates de plaies sont rapportées, allant de 8 à 41% et incluent la formation aigue d'abcès /des cellulites/ des hématomes incisionnels, des déhiscentes de plaie, et des suintements de la plaie. La plupart de ces complications se traitent par traitement locaux, des antibiotiques et une fermeture par seconde intention.

Dans une étude portant sur 43 chiens, dans les cas d'otites externes ne répondant au traitement médical, associées ou non à une otite moyenne, l'ATCA-OLB a été observé comme étant la meilleure option. Sur les 29 chiens pour lesquels un suivi a été obtenu, 93% ont eu une nette amélioration ou une résolution complète des signes cliniques. Les complications observées étaient plus fréquentes dans les cas de dermatopathies associé, portant le diagnostic et le traitement médical de la peau et des oreilles essentiel dans le traitement des otites (Doyle et al. 2004).

La nécrose du pavillon auriculaire est décrite et est liée à une atteinte de la vascularisation pendant la dissection médiale de la partie verticale du conduit auditif. Cette nécrose atteint le plus souvent l'apex du bord caudal du pavillon auriculaire.

La complication la plus ennuyeuse au long terme est la récurrence de l'otite moyenne. Ceci peut se présenter sous forme d'une douleur à l'ouverture de la gueule, d'un gonflement diffus et, quand cette infection devient suraigüe, d'une apparition de fistules à proximité de l'incision. La principale raison décrite à ce jour est le retrait incomplet de l'épithélium sécréteur de la bulle tympanique. Même lorsqu'un curettage approprié est exécuté, le taux d'infection profonde au long terme reste de 5 à 10%. Dans les cas de cholestéatome, les récurrences peuvent approcher 50%. Le traitement antibiotique au long terme est habituellement inefficace pour le traitement des infections après une ATCA-OLB, et l'exploration chirurgicale est recommandée.

Des dermatites chroniques du pavillon auriculaire ont été décrites dans 20% des cas et sont le résultat de la progression d'une pathologie dermatologique sous jacente et/ou d'un retrait insuffisant de la partie proliférative du conduit lors de l'incision circonférentielle autour de l'ouverture de la partie verticale du conduit.

Les complications les plus préoccupantes sont les atteintes nerveuses et notamment le syndrome de Horner, la paralysie du nerf facial, et le syndrome vestibulaire. Ces atteintes sont communes après une ATCA-OLB. Une paralysie du nerf facial a été décrite dans 36-77% des cas après la chirurgie. La plupart des signes neurologiques régressent dans un délai de 3 à 4 semaines après la chirurgie. S'ils persistent plus de 4 semaines habituellement, ils resteront permanents. Une incidence plus élevée du syndrome de Horner et de lésion du nerf facial sont observés chez les chats après une ATCA-OLB. Il est décrit une apparition d'un syndrome de Horner dans 42% des cas et de paralysie du nerf facial dans 56-78% des cas chez le chat. La plupart des chats affectés ont des lésions réversibles mais ces lésions

peuvent être permanentes dans 14 à 27% pour le syndrome de Horner et 28 à 47% pour des atteintes du nerf facial.

CONCLUSIONS

En conclusion, l'otite externe est une pathologie commune notamment chez le chien et, bien que facile à diagnostiquer, elle nécessite un choix judicieux du traitement médical de la, ou les, causes sous-jacentes. La chirurgie est indiquée dans les cas d'échec du traitement médical de la cause et/ou dans les cas de récurrences de l'otite malgré le traitement médical. Le choix du type de traitement chirurgical est important et est totalement dépendant de l'évaluation complète du conduit auditif et de la bulle tympanique via l'otoscopie, la cytologie, la bactériologie, et l'imagerie avancée. En cas d'otite chronique, une fois que la partie horizontale du conduit auditif est atteinte, c'est-à-dire très souvent tout le temps, en association ou non à une otite moyenne, l'ATCA-OLB est alors le traitement de choix. Cette technique chirurgicale est délicate et demande de l'expérience car possédant potentiellement un taux de complications pouvant être important.