

SMT n° 39 : Extrait de la revue de l'Association Française des Techniciens et Ingénieurs de Sécurité et des Médecins du Travail (AFTIM)

Déformations acquises du conduit auditif externe (CAE) ou méat acoustique externe.

A) Le CAE est formé de deux segments :

- le 1/3 externe fibro-cartilagineux,
- les 2/3 internes osseux.

- L'embryologie est compliquée.

* A la naissance, le conduit est perméable, d'environ 2 mm de diamètre, mais l'armature, uniquement cartilagineuse est peu rigide.

L'ossification du tympanal va se faire dans la 1^{ère} année après la naissance.

* Chez l'adulte, le CAE est un tube un peu aplati d'avant en arrière. Le trajet n'est pas rectiligne. Sa longueur varie de 22 à 27 mm.

La paroi inférieure est plus longue que la paroi supérieure.

Le diamètre est plus grand au niveau externe cartilagineux (7-9 mm), qu'au niveau osseux (4-5 mm)

- L'examen du CAE se pratique en tirant le pavillon en bas et en arrière pour redresser la 1^{ère} courbure du conduit.

Entre un conduit normal et une aplasie complète, de nombreuses formes et tailles du conduit peuvent se voir, du conduit filiforme souvent obstrué, en « virole » au conduit très large permettant de visualiser le tympan même sans spéculum.

- L'anatomie normale du CAE ne varie pas avec l'âge. Le méat peut cependant être très flasque chez le vieillard.

B) Les déformations acquises sténosantes du conduit :

Les traumatismes, les irritations, les infections et les tumeurs vont réduire la taille du conduit et parfois conduire à la sténose.

1- *Les causes les plus fréquentes* des rétrécissements chroniques du CAE sont les exostoses et les ostéomes.

* L'ostéome est plus souvent isolé, unilatéral ; il est en principe pédiculé.

* L'exostose est une excroissance osseuse avec large implantation ; elle est la plupart du temps bilatérale, et rarement unique dans chaque oreille.

Non gênante tant qu'elle ne réduit pas le diamètre de plus de la moitié, elle peut devenir obstructive, parfois par son volume propre, plus souvent par la confluence des exostoses dans le conduit.

L'histologie des exostoses et des ostéomes est différente, mais le diagnostic différentiel clinique n'est pas toujours évident.

La survenue de complications (otites externes à répétition, sténose) conduit au bilan tomodensitométrique et à la chirurgie d'alésage du conduit.

2- Les traumatismes peuvent être variés :

- soit directs : plaies par balle, plaies par agents pénétrants tels aiguilles, branches.
- Soit indirects, lors des traumatismes de la face, des fractures du rocher. Une chute sur le menton peut entraîner une fracture de la paroi antérieure du tympanal par choc direct du condyle mandibulaire. Les hématomes du pavillon peuvent diffuser au CAE.
- Les sténoses post-opératoires sont assez rares. Elles peuvent se voir par fibrose du lambeau cutané tympano-méatal, après tympanoplastie, calibration osseuse pour ostéome, chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire voire otoplastie.

3 - Le CAE peut être le siège d'autres tumeurs que les tumeurs osseuses bénignes :

- Les tumeurs glandulaires sont rares, souvent malignes. Le diagnostic précis, après bilan tomographique n'est le plus souvent porté qu'après étude histologique post-opératoire.
- La dysplasie fibreuse peut intéresser l'os tympanal, simulant un ostéome du conduit.

4 - Les atteintes cutanées du CAE sont d'origine diverse :

- mécanique, par grattage, corps étranger, brûlures. Les brûlures, en particulier d'origine électrique entraînent souvent une sténose cicatricielle du conduit.
- Dermatologique : eczéma, psoriasis, allergie ...
- Infectieuse : bactériennes, virales ou mycosique.

L'otite externe, banale, se voit beaucoup, en particulier l'été, après baignades de mer ou en piscine.

Le conduit est oedémateux, empêchant l'examen du tympan, d'autant que le toucher simple du pavillon ou la pression du spéculum déclenchent une douleur intense.

Le germe en cause est habituellement le staphylocoque ou le pyocyanique ; les traitements locaux associant corticoïdes et antibiotiques suffisent en règle à la guérison.

Ces irritations d'origine variée peuvent, par leur chronicité, entraîner une sténose fibreuse spontanée du CAE.

Le processus inflammatoire chronique en cause n'est pas toujours évident. Le siège de la sténose est variable, près du tympan ou plus externe, dans le conduit osseux.

C) L'agrandissement du CAE est beaucoup plus rare que sa sténose.

- Les bouchons épidermiques résultent d'une production excessive de cellules épithéliales qui ne s'éliminent pas vers l'extérieur. Après ablation, le conduit est élargi, la peau au conduit inflammatoire, et le tympan souvent épaissi..

- La chirurgie peut modifier le CAE :
 - * Pour calibrer un conduit sténosé , soit congénitalement, soit essentiellement sur exostoses,
 - * Pour agrandir un conduit normal, de façon à aérer une cavité d'évidement d'oreille moyenne : la présence d'un kyste épidermique rétro-tympanique nécessite parfois, pour son exérèse, la suppression des osselets, du cadre tympanal et l'ouverture large de la mastoïde. Le risque de macération de cette grande cavité et la nécessité d'une surveillance peuvent conduire à un élargissement du CAE.

- Le port prolongé d'une prothèse auditive peut conduire à l'élargissement du CAE après quelques années.
Cet élargissement n'a pas encore été décrit pour le port d'embouts de protection auriculaire
...

En résumé, en dehors de problèmes inflammatoires chroniques, il est exceptionnel que le port d'embouts protecteurs d'oreille soit impossible, compte tenu de la variété des modèles et des matériaux.

Par : Dr Marc RECEVEUR
A.I.H.P Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris O.R.L
Tél : 01 47 63 36 70

BIBLIOGRAPHIE

E.M.C ORL

Le conduit auditif externe - Rapport de la Société Française d'ORL et pathologie cervico-faciale – 1995 - F. Legent et collaborateurs -Arnette Blackwell éditeur.