

Otite externe maligne d'origine aspergillaire : particularités cliniques et thérapeutiques

- Fatma HAMMAMI, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Amal CHAKROUN, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Khaoula REKIK, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Fatma SMAOUI, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Chakib MARRAKCHI, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Makram KOUBAA, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mounir BEN JEMAA, Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

L'otite externe maligne (OEM), une maladie agressive et potentiellement mortelle, est généralement causée par *Pseudomonas aeruginosa*. Les agents pathogènes fongiques, principalement *Aspergillus spp.*, sont un agent causal rare. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques de l'OEM d'origine aspergillaire.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés au service des maladies infectieuses pour OEM d'origine aspergillaire entre 2001 et 2023.

Résultats

- **Total:** 21 cas
- **Hommes:** 11 cas: 52,4%
- **Âge moyen:** 66±9 ans
- **Délai médian de consultation :** 60 [30-105] jours
- **Antécédents de diabète sucré :** 20 cas: 95,2%
- **Utilisation de corticostéroïdes topiques:** 4 cas: 19%
- **Signes révélateurs:**
 - Δ Otalgie: 20 cas: 95,2%
 - Δ Otorrhées: 18 cas: 85,7%
 - Δ Céphalées: 14 cas: 66,7%
 - Δ Hypoacousie: 8 cas: 38,1%
- **Examen physique:** montrait une douleur à la palpation du tragus dans 52,4% des cas (Tableau 1)

Tableau 1: Données de l'examen physique

	Nombre	Pourcentage (%)
Douleur à la palpation du tragus	11	52,4
Douleur à la palpation de l'os mastoïde	10	47,6
Douleur à la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire	10	47,6
Paralysie du nerf facial	4	19

• L'otoscopie

- Δ Sténose du conduit auditif externe: 19 cas: 90,5%
- Δ Inflammation du conduit auditif externe: 8 cas: 38,1%
- Δ Présence de tissu de granulation: 7 cas: 33,3%
- Δ Présence de polype: 5 cas: 23,8%

• Bilan biologique

- Δ Taux élevé de protéine C-réactive: 16 cas: 76,1%
- Δ Hyperleucocytose: 6 cas: 28,5%
- Δ Hyperglycémie: 18 cas: 85,7%

• Documentation :

Aspergillus flavus était le champignon isolé le plus courant dans 52,3% des cas (Tableau 2)

Tableau 2: Documentation des cas d'otites externes aspergillaire

	Nombre	Pourcentage (%)
<i>Aspergillus flavus</i>	11	52,4
<i>Aspergillus niger</i>	2	9,5
<i>Aspergillus terreus</i>	2	9,5
<i>Aspergillus fumigatus</i>	1	4,7
<i>Aspergillus oryzae</i>	1	4,7

- **Sérologie et antigénémie aspergillaire positives :** 10 cas: 47,6%
- **Biopsie du conduit auditif externe:**
 - Δ Réalisée : 7 cas: 33,3%
 - Δ Résultat:
 - ◇ Présence de champignons filamenteux 12 cas: 57,1%
 - ◇ Présence d'une inflammation étendue: 9 cas: 42,8%
- **Traitement reçu :** le voriconazole: 21 cas: 100%
- **Durée médiane du traitement:** 80[45-143] jours
- **Oxygénothérapie hyperbare:** 1 cas: 4,7%

Conclusion

Bien que rare, l'origine aspergillaire doit être exclue devant une OEM résistante aux antibiotiques conventionnels. Un diagnostic rapide et un traitement spécifique par voriconazole pourraient améliorer le pronostic de la maladie.