

LISTE DES ABBREVIATIONS

| | |
|------|---|
| AAP | : Artère auriculaire postérieure |
| AL | : Anesthésie locale |
| ATM | : Articulation temporo-mandibulaire |
| ATS | : Artère temporale superficielle |
| CAT | : Conduite à tenir |
| CCF | : Chirurgie cervico-faciale |
| CDS | : Circonstance de survenue |
| CHNU | : Centre hospitalier national universitaire |
| CRP | : C-Réactive Protéine |
| C3G | : Céphalosporine de troisième génération |
| DES | : Diplôme d'étude spécialisée |
| EPU | : Enseignement post-universitaire |
| MAE | : Méat auditif externe |
| ORL | : Oto-rhino-laryngologie |
| PSL | : Paix et salut sur lui |
| VIH | : Virus de l'immunodéficience humaine |
| VS | : Vitesse de sédimentation |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1: Coupe frontale de l'oreille externe droite vue antérieure..... | 4 |
| Figure 2: Face latérale du pavillon..... | 6 |
| Figure 3: Cartilages du pavillon..... | 10 |
| Figure 4: Système musculo-ligamentaire du pavillon..... | 12 |
| Figure 5: Vascularisation artérielle du pavillon..... | 16 |
| Figure 6: Vascularisation veineuse du pavillon..... | 17 |
| Figure 7: Drainage lymphatique du pavillon..... | 18 |
| Figure 8: Innervation du pavillon..... | 20 |
| Figure 9: Périchondrite du pavillon de l'oreille gauche, collectée..... | 22 |
| Figure 10: Périchondrite de l'oreille gauche après drainage chirurgical..... | 24 |
| Figure 11: Histogramme des facteurs étiologiques..... | 33 |
| Figure 12: Résultats de l'examen bactériologique du pus..... | 36 |
| Figure 13: Sensibilité du Pseudomonas Aeruginosa à l'antibiogramme..... | 37 |
| Figure 14 (a et b): Aspect morphologique après traitement (Présence de tous les reliefs du pavillon)..... | 39 |
| Figure 15 (a et b): Aspect morphologique après traitement (séquelle hypertrophique)..... | 39 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I: Facteurs étiologiques de la périchondrite | 33 |
| Tableau II: Tableau récapitulatif de l'épidémiologie, des facteurs étiologiques, de la bactériologie et du traitement..... | 35 |
| Tableau III: Résultats de l'examen bactériologique du pus après culture . Erreur ! Signet non défini. | |
| Tableau IV: Antibiogramme du Pseudomonas Aeruginosa..... | 37 |
| Tableau V: Comparaison entre la durée d'évolution et les séquelles..... | 45 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| | 7 |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : RAPPEL..... | 3 |
| 1. ANATOMIE DU PAVILLON DE L'OREILLE..... | 4 |
| 1.1 Anatomie descriptive..... | 5 |
| 1.1.1 Face latérale..... | 5 |
| 1.1.2 Face médiale..... | 8 |
| 1.2 Revêtement cutané..... | 8 |
| 1.3 Charpente cartilagineuse..... | 8 |
| 1.4 Système musculo-ligamentaire..... | 11 |
| 1.4.1. Ligaments..... | 13 |
| 1.4.2. Muscles extrinsèques..... | 13 |
| 1.4.3. Muscles intrinsèques..... | 14 |
| 1.5. Vascularisation..... | 15 |
| 1.5.2. Artères..... | 15 |
| 1.5.3. Veines..... | 16 |
| 1.5.4. Le drainage lymphatique..... | 17 |
| 1.5.5. Innervation du pavillon de l'oreille..... | 19 |
| 2. ETIOPATHOGENIE [1]..... | 20 |
| 3. ETUDE CLINIQUE..... | 21 |
| 3.4. Examen clinique..... | 21 |
| 3.4.2. Signes fonctionnels :..... | 21 |

| | |
|---|----|
| 3.4.3. Signes généraux : | 21 |
| 3.4.4. Signes physiques : | 21 |
| 3.5. Examen paracliniques | 23 |
| 3.6. Traitement | 23 |
| 3.6.2. Traitement médical | 23 |
| 3.6.3. Traitement chirurgical | 24 |
| DEUXIEME PARTIE : | 26 |
| TRAVAIL PERSONNEL | 26 |
| 1. Cadre de l'étude | 27 |
| 1.1- Locaux | 27 |
| 1.2- Personnel | 28 |
| 1.3- Activités | 28 |
| 2. Matériel et méthodes | 30 |
| 2.1- Type d'étude | 30 |
| 2.2- Critères d'inclusion et de non inclusion | 30 |
| 2.3- Paramètres d'étude | 30 |
| 2.3.1. Paramètres sociodémographiques | 30 |
| 2.3.2. Paramètres cliniques | 30 |
| 2.3.3. Paramètres paracliniques | 30 |
| 2.3.4. Paramètres thérapeutiques | 31 |
| 2.3.5. Modalités évolutives | 31 |
| 2.4- Recueil et analyse des données | 31 |
| 3. RESULTATS | 32 |
| 3-1. Epidémiologique | 32 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 3-2. Clinique..... | 32 |
| 3-3. Bactériologie..... | 34 |
| 3-4. Traitement..... | 38 |
| 3-5. Evolution :..... | 38 |
| 4. DISCUSSION | 40 |
| 4-1. Au plan épidémiologique :..... | 40 |
| 4-2. Au plan clinique :..... | 41 |
| 4-3. Au plan bactériologique..... | 42 |
| 4-4. Au plan thérapeutique..... | 43 |
| 4-5. Au plan évolutif : | 44 |
| CONCLUSION | 46 |
| REFERENCES..... | 51 |

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La périchondrite du pavillon de l'oreille est une inflammation aigue d'origine infectieuse du périchondre.

Le diagnostic est clinique.

Les germes responsables sont souvent le *Pseudomonas aeruginosa* et le *Staphylococcus aureus*. [1]

Le traitement est médico-chirurgical, basé sur une antibiothérapie visant ces germes.

Parmi les raisons de notre travail ; il y'a le peu d'écrits sur ce sujet dans notre pays et en Afrique noire francophone ; et une recrudescence du piercing des cartilages du pavillon.

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 08 ans allant de janvier 2009 à Décembre 2016 au service d'ORL-CCF du CHU de FANN.

Notre objectif était d'évaluer les facteurs étiologiques, les agents pathogènes, le traitement et les séquelles des périchondrites.

PREMIERE PARTIE : RAPPEL

RAPPEL

L'oreille externe, composée du pavillon et du méat acoustique externe, est dotée de plusieurs fonctions : amplification et localisation spatiale de l'onde sonore, rôle de protection de l'oreille moyenne, auquel il convient d'ajouter une importance dans l'esthétique céphalique. Elle correspond au premier organe acoustique, situé en dehors de l'oreille moyenne et de l'oreille interne (Fig. 1).

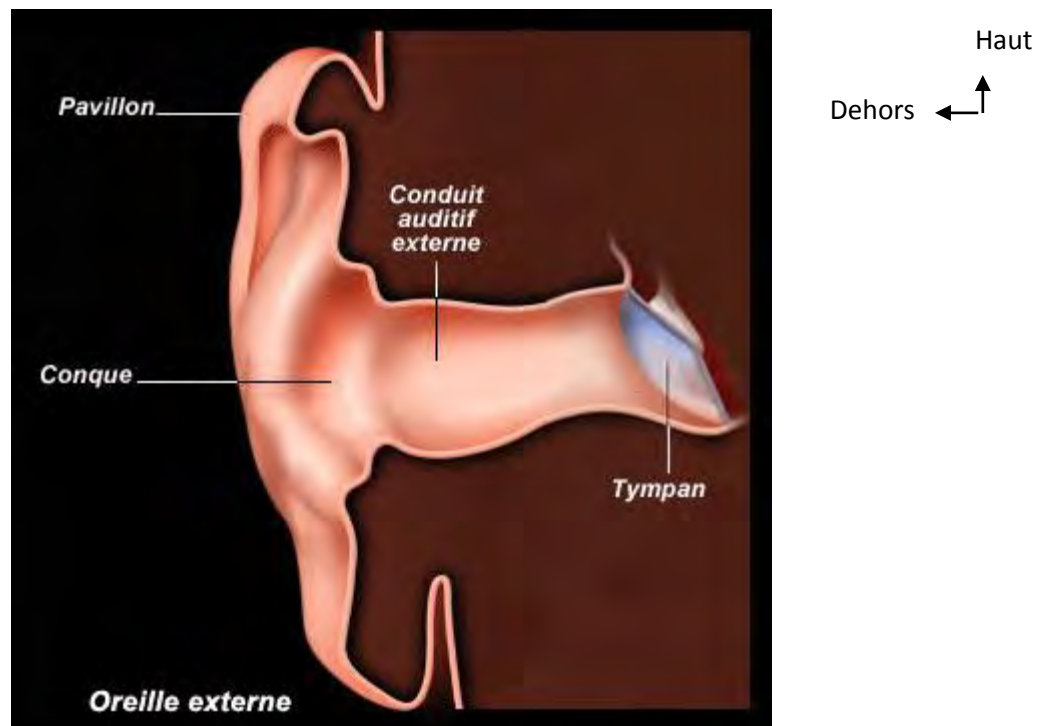


Figure 1: Coupe frontale de l'oreille externe droite vue antérieure [2]

1. ANATOMIE DU PAVILLON DE L'OREILLE

Le pavillon de l'oreille est un organe pair, situé en arrière de l'articulation temporo-mandibulaire et de la région parotidienne, en avant de la mastoïde, au-dessous de la région temporale.

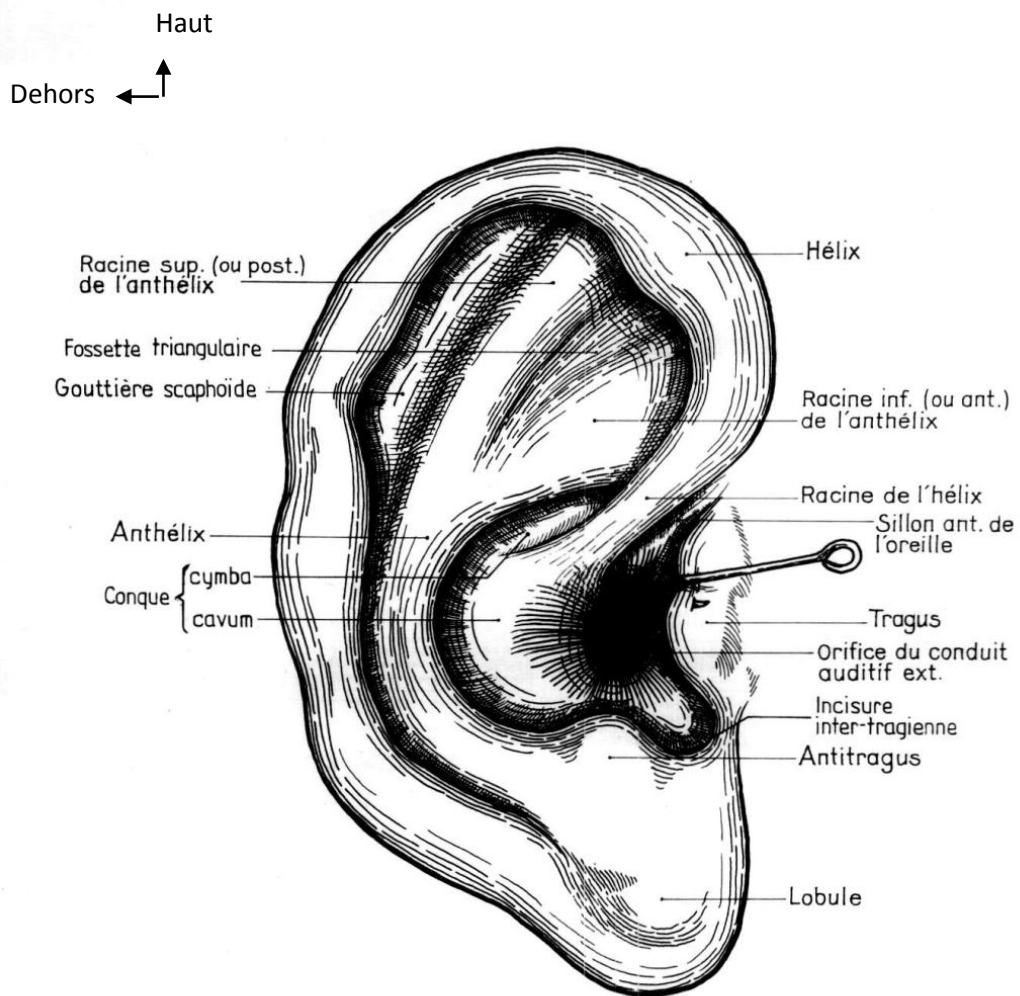
On lui décrit une face latérale, un bord libre et une face médiale. Il est uni au crâne par la partie moyenne de son tiers antérieur, les deux tiers postérieurs formant la zone mobile du pavillon.

1.1 Anatomie descriptive

1.1.1 Face latérale

Elle est constituée par les saillies et dépressions du cartilage du pavillon moulées par le revêtement cutané et du lobule sans armature cartilagineuse. Ces saillies circonscrivent la dépression de la conque et du méat auditif externe.

Les saillies retrouvées de manière constante sont l'hélix, l'anthélix, le tragus et l'antitragus ([Fig. 2](#)).



PAVILLON. — Configuration extérieure.
Face externe.

Figure 2: Face latérale du pavillon. [3]

L'hélix réalise la périphérie des deux tiers supérieurs du pavillon. Il naît au niveau de la partie antérieure de la conque et au-dessus du méat acoustique externe par une racine (*crus helcis*) qui se porte en avant et en haut pour ensuite s'incurver en formant un arc à concavité inférieure. L'hélix adopte à la partie postérieure un trajet vertical et se termine dans la partie postéro-supérieure du lobule au niveau de la *cauda helcis* (figure 2).

L'anthélix est une saillie bifide concentrique à l'hélix, duquel il est séparé par la gouttière scaphoïde de l'hélix ou *scapha* ; il naît parallèlement à la *cauda helcis*, s'incline en haut et en avant pour se diviser en deux saillies, les racines antérieure et postérieure de l'anthélix (*crura anthelcis*). La zone délimitée par ces deux racines et l'hélix est nommée fossette naviculaire ou *fossa triangularis*.

Le tragus est une saillie de forme triangulaire, inclinée en arrière et en dehors, à l'aplomb du bord antérieur du méat acoustique externe. Son bord libre peut être convexe ou d'aspect légèrement bituberculeux ; on décrit alors un *tuberculum supratragicum*. Il est séparé de la racine de l'hélix par un sillon nommé *incisura anterior auris*.

L'antitragus est une petite saillie en avant de la naissance de l'anthélix et répond au tragus, dont il est séparé par une échancrure à concavité postéro-supérieure nommée échancrure de la conque ou *intertragienne* (*incisura intertragica*).

On décrit également une petite dépression située entre l'antitragus et l'anthélix nommée sillon postérieur du pavillon (*sulcus auriculae posterior*) ou incisure de l'anthélix.

On nomme conque la dépression limitée par : l'anthélix en arrière et en haut, la racine de l'hélix et le tragus en avant, l'antitragus en bas.

La conque est divisée en deux parties par la racine de l'hélix : *cymba conchae* en haut et en arrière, *cavum conchae* en bas et en avant.

Le *cavum conchae* est séparé du méat acoustique externe par une crête mousse à concavité antérieure.

Le lobule de l'oreille, simple repli cutané sans armature cartilagineuse, fait suite à la cauda heliciis et au tragus. L'absence de cartilage fait qu'il est épargné lors des périchondrites.

1.1.2 Face médiale

On lui décrit une partie antérieure adhérente et une partie postérieure libre. La partie libre représente les deux tiers de la largeur du pavillon. Elle est constituée par le négatif des reliefs de la face latérale. La saillie représentée par la dépression de la conque forme l'eminentia conchae. En arrière, le sillon nommé fossa antheliciis répond au relief de l'anthélix, et l'eminentia scaphae à la gouttière du scapha. La partie antérieure répond au pourtour du méat acoustique externe. La zone d'adhérence déborde : en arrière sur la région mastoïdienne sur environ 10 mm, en haut sur la racine du zygoma sur cette même distance.

La jonction des deux zones est marquée par le sillon rétro-auriculaire.

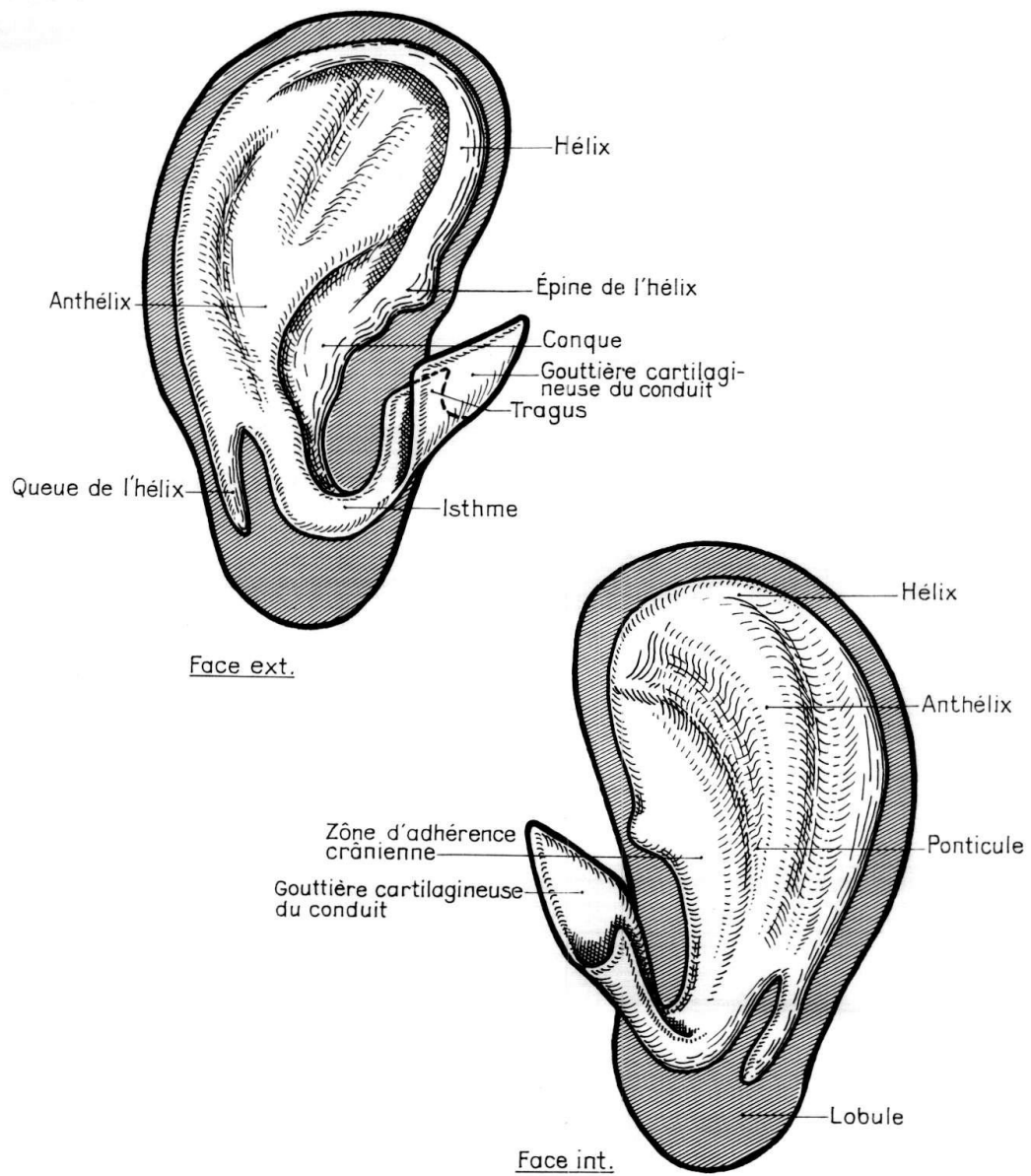
1.2 Revêtement cutané

La peau épouse parfaitement l'ensemble des reliefs des deux faces du pavillon. Très fine et adhérente au plan cartilagineux sur la face latérale, elle est plus épaisse et moins adhérente sur la face médiale et sur la mastoïde, avec la présence de quelques îlots adipeux. Cette peau fine, fait que le périchondre de la face latérale, est plus exposée par les traumatismes externes.

1.3 Charpente cartilagineuse

La structure cartilagineuse de l'oreille externe est responsable des reliefs et dépressions du pavillon, à l'exception notable du lobule, et lui assure son élasticité. C'est un cartilage réticulé, entouré d'un périchondre épais et nacré.

Cette lame cartilagineuse complexe, d'une épaisseur de 0,5 à 1 mm, maximale au niveau de la conque, présente les reliefs et dépressions décrits plus haut. Néanmoins, la dénudation complète du cartilage fait apparaître quelques particularités ([Fig. 3](#)).



PAVILLON. — Fibro-cartilage.

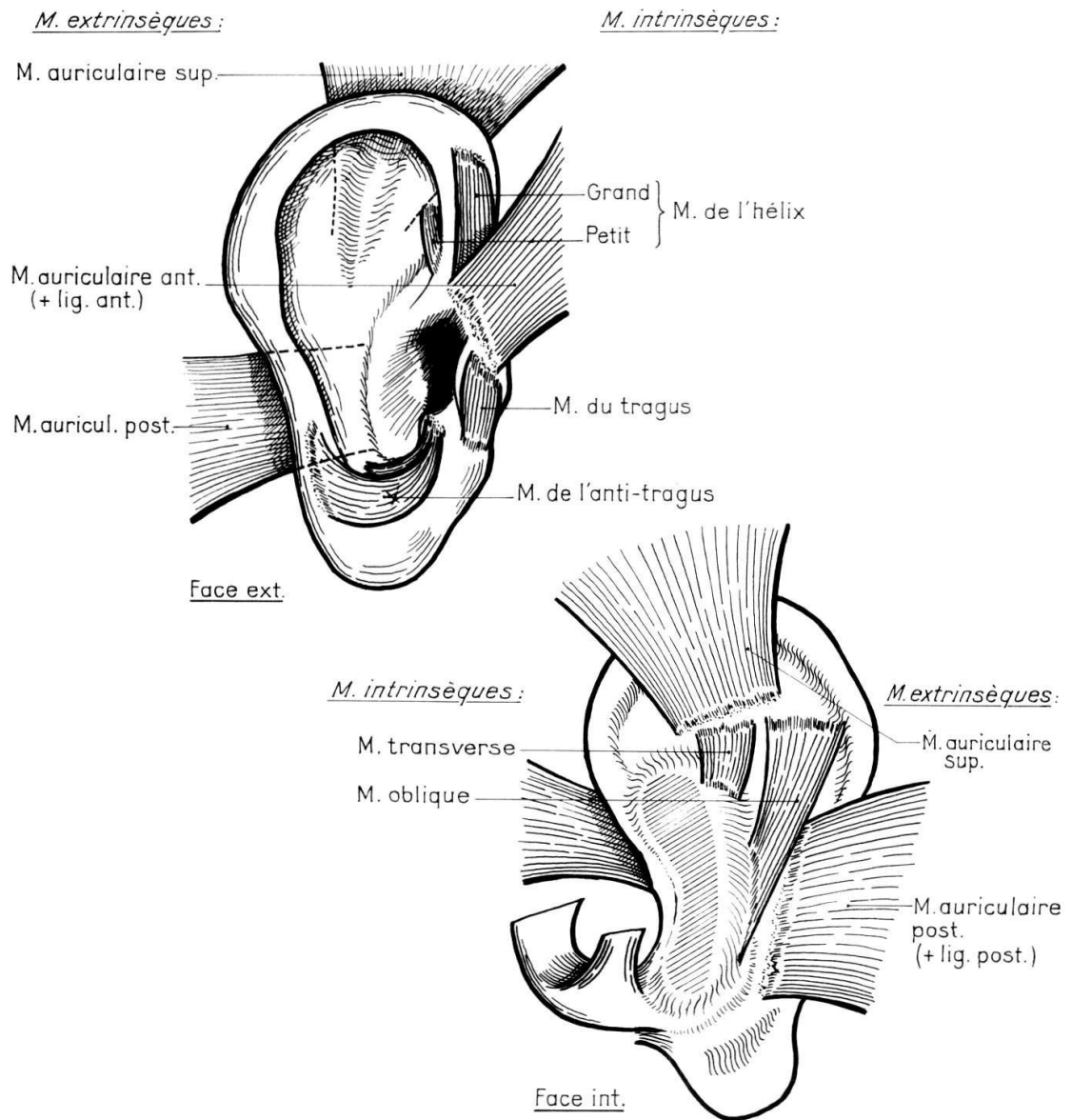
Figure 3: Cartilages du pavillon [3]

On retrouve le relief de la cauda heliis sous la forme d'une excroissance regardant en bas en avant. Il est décrit au niveau de la racine de l'hélix une excroissance regardant vers l'avant, l'épine de l'hélix (spina heliis). Une solution de continuité existe entre le tragus et la racine de l'hélix, correspondant à l'incisura anterior auris.

À la face médiale, le relief de l'eminencia conchae est barré par une mince crête verticale, le ponticulus, zone d'insertion du muscle auriculaire postérieur. Le bord supérieur de l'eminencia conchae est marqué par un profond sillon nommé sulcus antiheliis transversus.

1.4 Système musculo-ligamentaire

Système adélique par excellence, l'appareil musculo-ligamentaire du pavillon de l'oreille peut être divisé en deux groupes, extrinsèque et intrinsèque.



PAVILLON. — Ligaments et muscles.

Figure 4: Système musculo-ligamentaire du pavillon [3]

1.4.1. Ligaments

Les ligaments extrinsèques de Valsalva (ligamenta auricularia) assurent, conjointement aux muscles du même ordre, l'adhérence du pavillon à ses points d'insertion crânienne.

- Le ligament antérieur (ligamentum auriculare anterior) part de l'aponévrose du muscle temporal au-dessus de l'arcade zygomatique, puis du tubercule de l'arcade, et se termine au niveau de l'épine de l'hélix, au bord supérieur du tragus.
- Le ligament postérieur (ligamentum auriculare posterior) unit la corticale mastoïdienne à la convexité postérieure de la conque, au-dessous du ponticulus.
- Pour Valsalva, il existe un ligament supérieur (ligamentum auriculare superior), qui unit le bord supérieur du méat acoustique externe à l'épine de l'hélix.

Les ligaments intrinsèques du pavillon, très rudimentaires dans l'espèce humaine, comblent les différentes incisures et unissent les languettes cartilagineuses. Au niveau de la face latérale, deux ligaments comblent le sulcus auriculae posterior et l'incisura anterior auris. Sur la face médiale, deux ligaments extrêmement grêles surplombent la fossa anthelialis et l'eminentia scaphae.

1.4.2. Muscles extrinsèques

Ils sont associés au groupe des muscles pauciers de la face. On décrit (Fig. 4) :

- le muscle auriculaire antérieur ou Attrahens aurem est un faisceau très grêle, naissant de l'aponévrose épicroânienne au niveau de la racine du zygoma et se terminant sur l'épine de l'hélix et le bord antérieur de la conque ;

- le muscle auriculaire supérieur ou Attolens aurem est plus épais, mieux individualisable. Ses fibres naissent de l'épicrâne au-dessus du pavillon, se réunissent en un tendon qui se termine sur la fossa anthelicis ;
- le muscle auriculaire postérieur ou Retrahens aurem naît de l'apophyse mastoïde, au-dessous des fibres de l'occipital, en deux ou trois faisceaux qui se terminent au niveau du ponticulus de la conque ;
- certaines descriptions classiques font état d'un quatrième muscle extrinsèque, le muscle temporal superficiel, extrêmement mince, situé entre le muscle auriculaire antérieur et le bord postérieur de l'orbiculaire des paupières, permettant théoriquement de porter le pavillon en avant et en haut.

1.4.3. Muscles intrinsèques

Bien que d'une fonctionnalité quasi nulle, ces muscles rudimentaires ont fait l'objet de multiples descriptions exhaustives.

Nous citons :

- le grand muscle de l'hélix (helicis major), reliant verticalement l'épine de l'hélix à la peau du bord antérieur de l'hélix ;
- le petit muscle de l'hélix (helicis minor), situé à la face latérale de la racine de l'hélix ;
- le muscle du tragus de Valsalva (musculus tragicus), formé de fibres situées à la face latérale du cartilage tragien ;
- le muscle pyramidal de Jung (musculus pyramidalis auriculae), très inconstant, est constitué par le prolongement de certaines fibres du muscle du tragus vers l'épine de l'hélix ;
- le muscle de l'antitragus (musculus antitragicus) unit l'antitragus au rebord postéro-inférieur de l'hélix ;

- le muscle transverse (musculus transversus auriculae), situé à la face médiale du pavillon, unit la partie moyenne de l'eminencia conchae à la convexité postérieure de la fossette naviculaire ;
- le muscle oblique (musculus obliquus auriculae) réalise un trajet similaire au muscle transverse en avant de ce dernier.

1.5. Vascularisation

1.5.2. Artères

Le réseau artériel est d'origine carotidienne externe. On peut décrire deux axes vasculaires :

- un réseau antérieur, issu de l'artère temporale superficielle (ATS). L'artère auriculaire, branche de l'ATS, longe lors d'un trajet ascendant le bord antérieur du tragus et de l'hélix. Elle donne plusieurs branches, le plus souvent au nombre de trois, à destination : de la partie antérieure de l'hélix, de la fossette naviculaire, des racines de l'anthélix, du tragus et du lobule ;
- un réseau postérieur dépendant de l'artère auriculaire postérieure (AAP), née de la carotide externe ou de l'occipitale.

L'AAP possède un trajet ascendant au bord antérieur de l'apophyse mastoïde, au niveau du sillon rétro-auriculaire, en avant du muscle rétro-auriculaire. Elle se divise en plusieurs branches destinées à la face médiale du pavillon, et en trois ou quatre branches perforantes. Ces branches perforantes réalisent un réseau anastomotique avec le réseau antérieur issu de l'ATS, très dense au niveau de la conque. L'AAP est en charge de la vascularisation des deux tiers postérieurs de l'hélix, du scapha, de l'anthélix et de l'ensemble de la conque ; elle n'intervient pas dans la vascularisation du lobule.

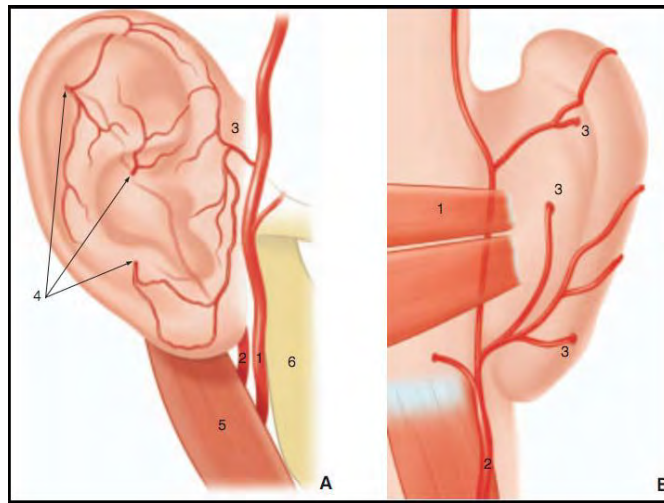


Figure 5: Vascularisation artérielle du pavillon [4]

A. Réseau artériel du pavillon de l'oreille, vue latérale.

1. Artère temporale superficielle (ATS) ; 2. Artère auriculaire postérieur ; 3. Branche auriculaire de l'ATS ; 4. Branches perforantes ; 5. Muscle digastrique ; 6. Angle mandibulaire.

B. Réseau artériel du pavillon, vue postérieure.

1. Muscle auriculaire postérieur ; 2. Artère auriculaire postérieure ; 3. Branches perforantes.

1.5.3. Veines

Le drainage veineux de l'oreille externe se fait par deux réseaux principaux : un réseau antérieur se drainant dans la veine temporale superficielle puis dans la veine jugulaire externe; un réseau postérieur, se drainant via les veines auriculaire postérieure et occipitale superficielle dans le réseau jugulaire externe ; dans les sinus veineux intracrâniens via la veine émissaire mastoïdienne.

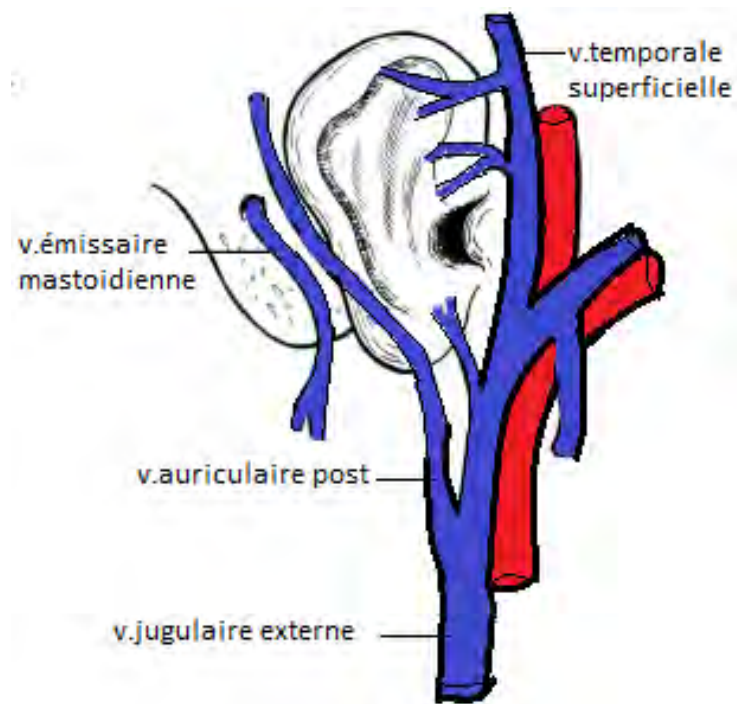


Figure 6: Vascularisation veineuse du pavillon [2]

1.5.4. Le drainage lymphatique

La connaissance de drainage lymphatique de l'oreille externe prend tout son sens dans la chirurgie carcinologique du pavillon. Celui-ci concerne le pavillon et la portion cartilagineuse du MAE. Il s'effectue par trois voies de drainage (figure 7) :

- une voie antérieure : drainant le tiers antérieur de l'hélix, le tragus, la partie antérieure et supérieure du MAE, au niveau du groupe ganglionnaire préauriculaire ou prétragien ;

Une voie postérieure : qui draine l'anthélix et le lobule ainsi qu'une partie de la conque. Les collecteurs lymphatiques effectuent un premier relais ganglionnaire mastoïdien au-dessus de l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien ;

- une voie inférieure : qui assure le drainage de la conque, de la majeure partie de l'hélix et de la paroi inférieure du MAE. Les relais s'effectuent au niveau des ganglions parotidiens et latéraux profonds du cou.

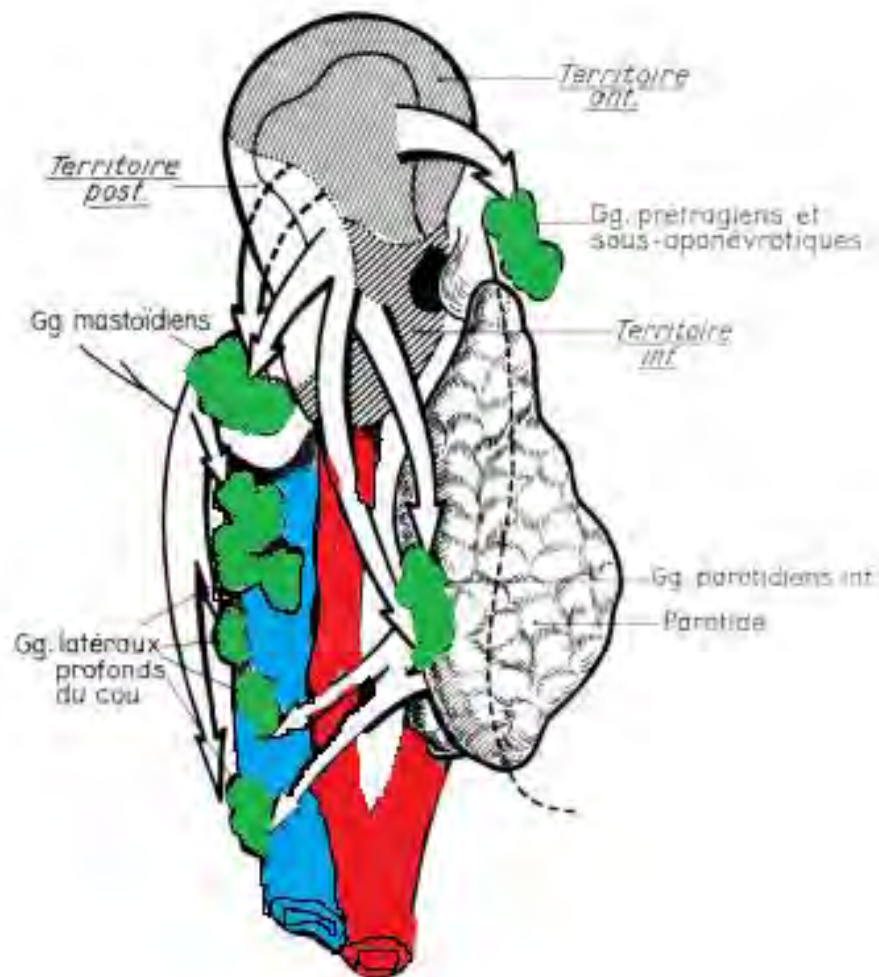


Figure 7: Drainage lymphatique du pavillon [2]

1.5.5. Innervation du pavillon de l'oreille

L'innervation sensitive complexe de l'oreille externe est réalisée par quatre nerfs:

- le nerf intermédiaire de Wrisberg, qui réunit les fibres sensibles de la zone de Ramsey-Hunt, comprenant la conque, la partie antérieure de l'anthélix, la racine de l'hélix, la fossette triangulaire, les faces postérieure et inférieure du méat acoustique externe et du tympan. Une éruption vésiculeuse de cette zone au cours d'une paralysie faciale périphérique oriente vers l'origine zostérienne de celle-ci ;
- le nerf auriculo-temporal, branche du nerf mandibulaire, qui innerve le tragus, la portion ascendante de l'hélix, la face antérieure du méat acoustique externe et du tympan ;
- la branche postérieure du nerf grand auriculaire, issu des racines C2 et C3 du plexus cervical superficiel ; elle innerve le lobule, le tiers postérieur du pavillon à sa face externe ainsi que toute sa face médiale ;
- le rameau auriculaire du nerf vague (rameau de la fosse jugulaire), qui pénètre dans l'aqueduc du facial par l'ostium introitus, s'anastomose temporairement au VII, sort dans l'espace rétrostylien par le canaliculus mastoideus, s'anastomose à la branche auriculaire postérieure du facial, et se distribue à la face postérieure du pavillon et du méat acoustique externe.

L'innervation motrice est, quant à elle, dévolue au nerf facial.

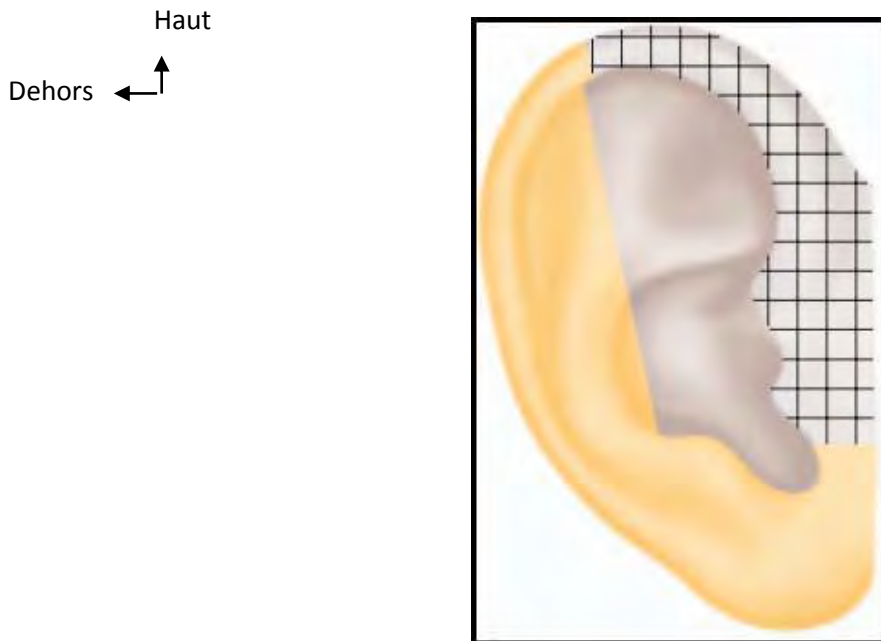


Figure 8: Innervation du pavillon [4]

En hachuré : nerf trijumeau ; en jaune : plexus cervical superficiel (C2, C3) ; en gris : nerf intermédiaire de Wrisberg (VII).

2. ETIOPATHOGENIE [1]

Le cartilage du pavillon est bordé de périchondre sur ses deux faces ; sur la face latérale, la peau adhère directement au périchondre antérieur et moule les structures cartilagineuses, alors qu'à la face médiale, elle en est séparée par une épaisse couche d'hypoderme. La vascularisation du cartilage est assurée par imbibition à partir du périchondre ; tout traumatisme expose plus volontiers la face antérieure du cartilage ainsi que le périchondre, et risque de compromettre la vascularisation du cartilage comme celle du périchondre. Le terme de périchondrite peut être utilisé au même titre que celui de chondrite tant l'atteinte histologique est souvent associée.

Toute exposition opératoire ou traumatique du cartilage du pavillon de l'oreille est susceptible de se compliquer de chondrite.

Parmi les causes principales se trouvent la chirurgie de l'oreille moyenne, les otoplasties, les brûlures, le piercing de la partie cartilagineuse du pavillon, l'acupuncture (l'inoculation se faisant par les aiguilles), la surinfection d'othématome survenant à la suite de manipulations septiques.

3. ETUDE CLINIQUE

Les périchondrites du pavillon de l'oreille sont des affections rares, mais redoutables par leurs séquelles morphologiques potentielles, qui surviennent lorsque le traitement n'est pas entrepris à un stade précoce. Les deux germes principaux en cause sont *Staphylococcus aureus* et surtout *Pseudomonas aeruginosa*, qui peuvent être associés.

Au stade de périchondrite constituée, le traitement chirurgical est le plus souvent indispensable. Il comporte l'ablation des plages de nécrose cartilagineuse, du périchondre adjacent et parfois de la peau antérieure du pavillon de l'oreille.

3.4. Examen clinique

3.4.2. Signes fonctionnels :

Une douleur du pavillon de l'oreille, continue, parfois lancinante,

3.4.3. Signes généraux :

La fièvre est inconstante.

3.4.4. Signes physiques :

Une rougeur du pavillon, respectant le lobule, avec un oedème qui efface progressivement les reliefs.

En l'absence de dépistage ou de traitement précoce, la chondrite évolue, parfois très rapidement. Le stade ultérieur est celui de chondrite avérée, avec une tuméfaction plus ou moins étendue, fluctuante (**figure 9**). La ponction ramène du pus conditionné pour examen bactériologique.



Haut
Dedans ← ↑

Figure 9: Périchondrite du pavillon de l'oreille gauche, collectée

3.5. Examen paracliniques

- Numération formule sanguine qui retrouve souvent une hyperleucocytose à prédominance neutrophile,
- V S accélérée, CRP positive
- Examen bactériologique du pus retrouve le germe qui est souvent *Pseudomonas aeruginosa*. On peut retrouver le Streptocoque du groupe A.
- Bilan du terrain : Sérologie rétrovirale à la recherche du VIH ; glycémie à jeun.

3.6. Traitement

3.6.2. Traitement médical

Tout diagnostic de chondrite de l'oreille implique la mise en œuvre d'un traitement antibiotique parentéral actif sur les germes à Gram négatif (dont *Pseudomonas aeruginosa*) et sur le staphylocoque. L'antibiothérapie repose sur l'association de céphalosporines de troisième génération et de fluoroquinolones. Rarement, des aminosides peuvent être associés, ils ont notamment un rôle dans la composante systémique de l'infection. À tous les stades, des soins locaux sont nécessaires, comportant des applications d'antiseptiques et éventuellement des coquilles de protection, en particulier durant le sommeil pour éviter tout traumatisme sur l'oreille inflammatoire.

3.6.3. Traitement chirurgical

Le drainage chirurgical est nécessaire dans les formes collectées, fluctuantes.

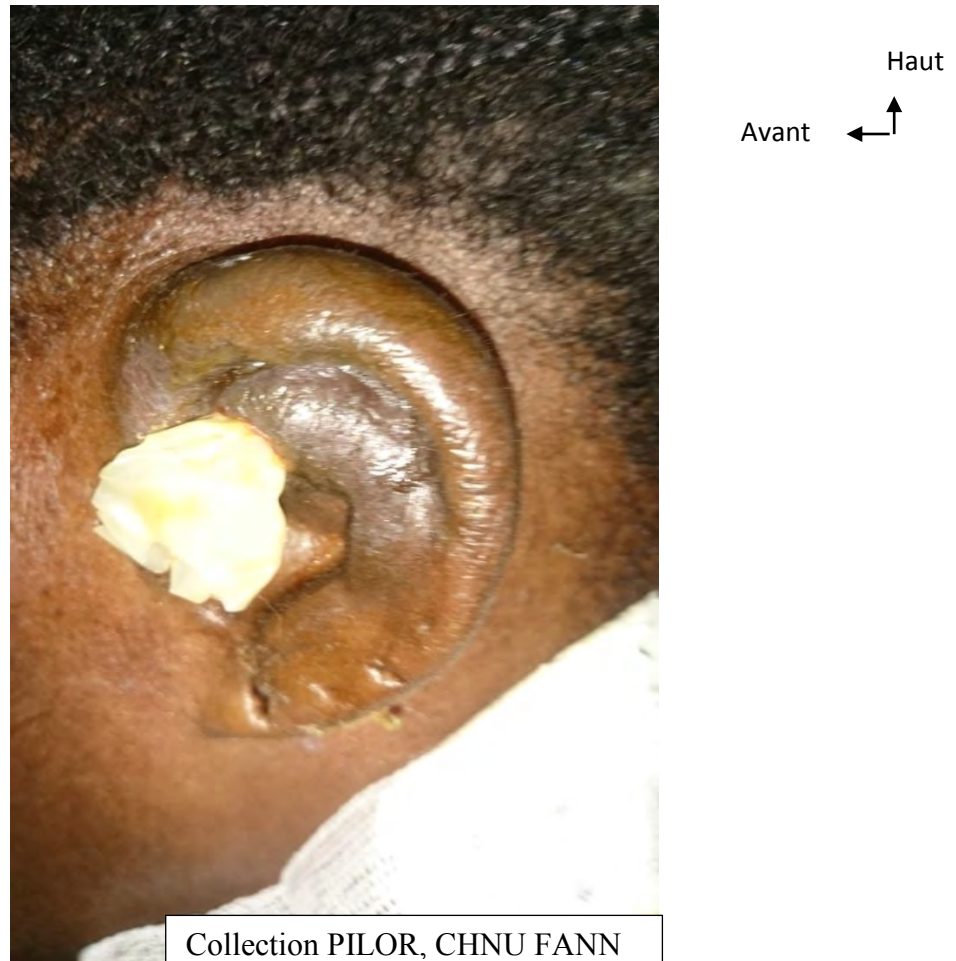


Figure 10: Périchondrite de l'oreille gauche après drainage chirurgical

Il existe une grande diversité des méthodes thérapeutiques proposées, dans les formes avec nécrose cartilagineuse. Deux méthodes prédominent.

Méthode de Stroud. [1]

Son principe est l'excision du cartilage, du périchondre nécrosé mais aussi de la peau antérieure correspondante qui sont réséqués sur une surface équivalente.

La cicatrisation dirigée est obtenue à partir de la peau de la face postérieure du pavillon laissée en place. Cette résection laisse peu de séquelles morphologiques lorsque la chondrite est localisée, en particulier à la conque. Dans les formes plus étendues, il semble indispensable de laisser en place le pourtour de l'hélix, élément essentiel de la morphologie de l'oreille.

Technique décrite par Hermann, reprise par Rudert. [1]

Elle comporte une incision rétro-auriculaire pour permettre l'excision du cartilage et du périchondre pathologique. La peau antérieure du pavillon est laissée en place ; les deux éléments cutanés antérieur et postérieur sont accolés par des points transfixiants en U serrés sur des bourdonnets de gaze. Un drainage est assuré par une lame ou un drain aspiratif. Les résultats morphologiques sont mauvais.



DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

1. Cadre de l'étude

1.1- Locaux

L'étude a été réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Lamine Sine DIOP, du CHU de Fann, à Dakar au Sénégal. Il faut noter qu'une partie de ces patients ont été pris en charge par la même équipe au CHU Aristide Le Dantec avant leur déménagement au CHU de Fann en octobre 2009.

Il comprend :

- Une unité d'hospitalisation constituée de deux pavillons (Hommes et Femmes) d'une capacité de 20 lits chacun ;
- Une unité de consultation avec 5 box dont un box pour examen sous microscope opératoire et une salle réservée à la permanence et aux urgences;
- Une salle d'exploration fonctionnelle ;
- Une salle d'accueil et de tri des malades ;
- Un bloc opératoire constitué de 4 salles d'intervention dont une salle d'urgence, une unité de stérilisation, deux vestiaires (hommes et femmes), une salle de réveil, une salle de préparation des malades et une salle de détente ;
- Une salle de pansements pour les malades suivis à titre externe ;
- Une salle de cours ;
- Une salle de réanimation (non encore fonctionnelle).

1.2- Personnel

Il est composé de :

- le Chef de service : professeur titulaire;
- un professeur titulaire adjoint du chef de service ;
- un maitre de conférences agrégé
- un maitre-assistant ;
- deux anesthésistes ;
- six internes ;
- trois médecins praticiens attachés
- douze étudiants du DES
- une assistante sociale ;
- deux techniciens anesthésistes ;
- douze infirmiers ;
- trois assistants infirmiers ;
- deux secrétaires.

1.3- Activités

✓ **Activités hospitalières**

Les médecins (internes et DES) sont répartis en 3 équipes. Ils évoluent par rotation hebdomadaire dans les 3 secteurs clés du service que sont : le bloc opératoire, la consultation et l'hospitalisation. Les paramédicaux quant à eux font une rotation mensuelle.

❖ **L'équipe de consultation** : composée le plus souvent de 4 médecins. Elle assure la consultation de 8h 30 à 15 h du lundi au vendredi, sous la supervision d'un enseignant (Assistant ou Professeur). Cette consultation se fait sur rendez- vous, sauf urgence, pour régler le flux des malades. En effet, l'affluence est forte. Parfois, les malades viennent d'eux-mêmes ou sont souvent

adressés par des confrères de la ville, de la banlieue, de l'intérieur du pays voire des pays voisins.

- ❖ **L'équipe d'hospitalisation** : elle assure la préparation des malades à opérer et aussi leur suivi post-opératoire.

Elle assure également la prise en charge des patients porteurs de pathologies inflammatoires et infectieuses. Un professeur ou un assistant assure la visite chaque jour à partir de 8h et une contre visite est faite à 16h.

- ❖ **L'équipe du bloc opératoire** : elle assure l'exécution du programme opératoire et les urgences chirurgicales du lundi au vendredi de 8h à 16 h.

- ❖ **La permanence et la garde** : la permanence, composée par une équipe de 2 médecins et de 3 infirmiers. Elle prend le relais de 14h à 18h les jours ouvrables et de 8h à 12h les jours fériés.

La garde, composée d'un médecin (interne ou DES) et d'infirmiers, assure le relais de 18h à 8h les jours ouvrables et de 12h à 8h les jours fériés.

- ❖ **Les pansements externes** : ils sont assurés tous les deux jours (Lundi-Mercredi-Vendredi).

✓ **Activités universitaires**

Pour ce qui est du volet universitaire et académique, il est assuré régulièrement par les professeurs et les assistants qui assurent la formation des médecins en spécialisation et l'encadrement des étudiants et autres personnels. C'est dans ce programme, qu'il faut inscrire les séances de présentation de malades, de cours, de conduite à tenir (CAT), d'enseignements post-universitaires (EPU), de thèses, de mémoires, les carrefours ORL et le congrès annuel. Ces différentes rencontres sont l'occasion, de discussions instructives sur certaines pathologies.

2. Matériel et méthodes

2.1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui couvre une période de 08 ans allant du 1er Janvier 2009 au 31 décembre 2016.

Elle a concerné tous les patients qui ont été hospitalisés dans le service d'ORL du CHU de Fann pour une périchondrite du pavillon de l'oreille

2.2- Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : les patients qui ont été hospitalisés pour une périchondrite du pavillon de l'oreille.

Les critères de non inclusion étaient les suivants : patient non hospitalisé, dossier inexploitable ou perdu.

2.3- Paramètres d'étude

Nous avons étudié les paramètres suivants pour chaque patient :

2.3.1. Paramètres sociodémographiques

Age, sexe.

2.3.2. Paramètres cliniques

Le délai de consultation, les circonstances de survenue, les facteurs étiologiques, le terrain et les données de l'examen.

2.3.3. Paramètres paracliniques

Examen bactériologique du prélèvement de pus et l'antibiogramme.

2.3.4. Paramètres thérapeutiques

Antibiothérapie : la molécule, la voie d'administration et la durée

Drainage chirurgical sous anesthésie locale ou générale et la nécrosectomie

2.3.5. Modalités évolutives

Résultats morphologiques avec la présence ou pas de séquelles.

2.4- Recueil et analyse des données

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche signalétique préétablie. Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010.

3. RESULTATS

3-1. Epidémiologique

Vingt-deux dossiers ont été colligés avec un cas de périchondrite bilatérale.

Le sex ratio était de 0,29 (5H/17 F).

L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 08 ans et 50 ans.

3-2. Clinique

Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse dans 100% des cas.

La durée d'évolution moyenne était de 23 jours avec des extrêmes de 03 à 150 jours.

La circonstance de survenue était un piercing chez 08 patients, une manipulation de furoncle chez 05 patients, traumatisme externe chez 01 patient, une chirurgie de l'oreille moyenne (myringoplastie) chez 01 patient. Elle n'était pas retrouvée chez 07 patients.

Tableau I: Facteurs étiologiques de la périchondrite

| Circonstance de survenue | Nombre de patients | Pourcentage (%) |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|
| Piercing | 8 | 36 % |
| Manipulation de furoncle | 5 | 22,7 % |
| Traumatisme | 1 | 4,5 % |
| Myringoplastie | 1 | 4,5 % |
| Non retrouvée | 7 | 31,8 % |

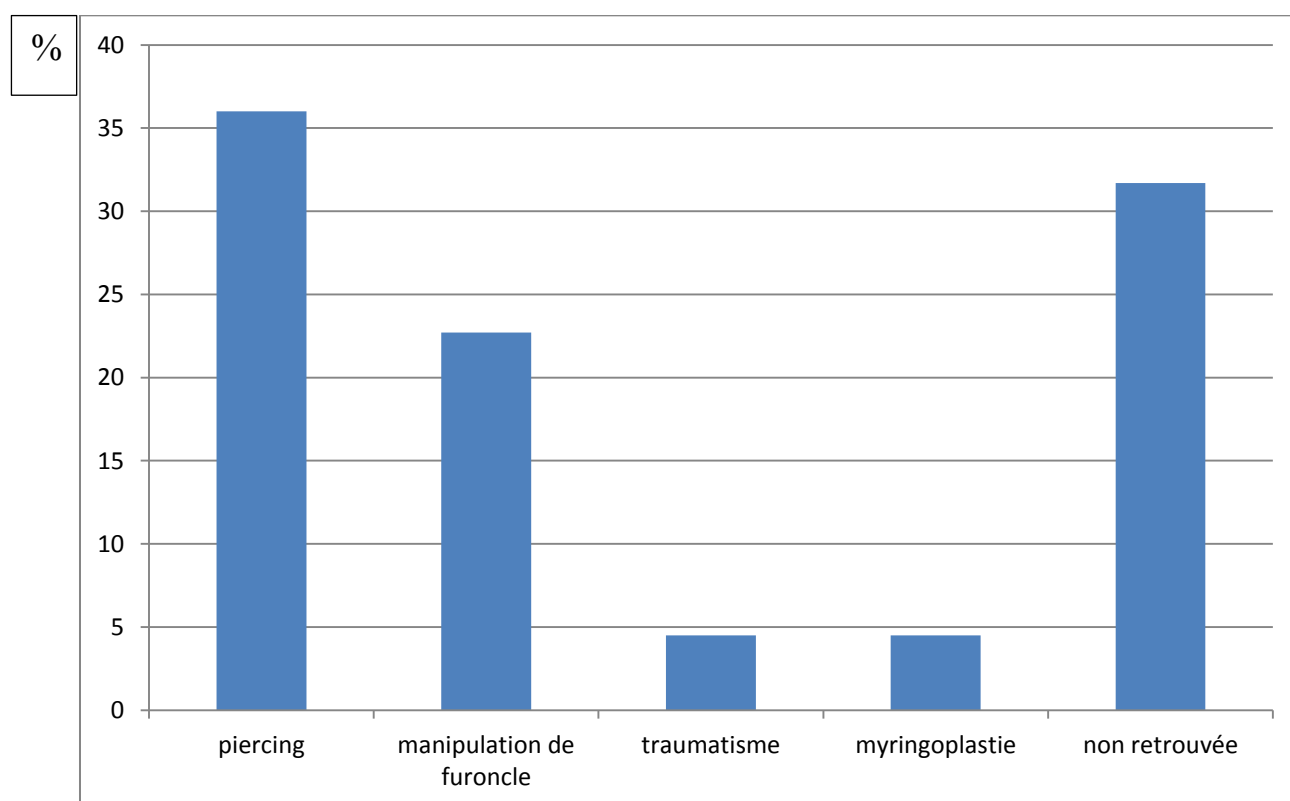


Figure 11: Histogramme des facteurs étiologiques

Un terrain sous-jacent était retrouvé chez 2 patients (9 % des cas) avec un cas de diabète et un cas de VIH.

Dix-neuf patients présentaient une périchondrite collectée, soit 86 % des cas.

Seul un patient présentait une nécrose du pavillon.

Trois patients présentaient une périchondrite non collectée

3-3. Bactériologie

Quinze patients avaient bénéficié d'un examen bactériologique du prélèvement de pus, soit 68 % des cas et le prélèvement de pus n'a pas été fait chez 07 patients (32 %).

Le *Pseudomonas aeruginosa* était retrouvé chez 10 patients (66,6 % des cas) et le *staphylococcus aureus* chez 01 patient (06,6 % des cas). La culture était négative chez 04 patients (26,6 % des cas).

Le tableau suivant récapitulait l'épidémiologie, les facteurs étiologiques, les agents pathogènes et la prise en charge des différents patients.

Tableau II: Tableau récapitulatif de l'épidémiologie, des facteurs étiologiques, de la bactériologie et du traitement

| Numéro patient | SEXE | AGE (année) | CDS | BACTERIOLOGIE | ANTIBIOTIQUE ACTIF | HOSPITALISATION (jour) |
|----------------|------|-------------|--------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| 1 | F | 27 | Manipulation de Furoncle | Staphylococcus Aureus | ciprofloxacine | 9 |
| 2 | F | 40 | Piercing | non fait | | 12 |
| 3 | F | 13 | Piercing | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 7 |
| 4 | M | 44 | Manipulation de furoncle | culture négative | | 7 |
| 5 | M | 16 | Traumatisme externe | culture négative | | 5 |
| 6 | F | 20 | Piercing | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 3 |
| 7 | F | 22 | manipulation de furoncle | non fait | | 4 |
| 8 | F | 8 | - | Pseudomonas Aeruginosa | Aminoside (Genta) | 14 |
| 9 | F | 18 | Piercing | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 2 |
| 10 | F | 22 | Piercing | non fait | | |
| 11 | F | 15 | Piercing | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 3 |
| 12 | F | 32 | Manipulation de furoncle | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 9 |
| 13 | F | 40 | - | non fait | | 5 |
| 14 | F | 12 | Piercing | non fait | | 5 |
| 15 | M | 30 | - | culture négative | | 7 |
| 16 | F | 34 | - | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 4 |
| 17 | F | 38 | - | non fait | | 13 |
| 18 | F | 45 | Tympanoplastie | non fait | | 7 |
| 19 | M | 21 | Manipulation de furoncle | culture négative | | 6 |
| 20 | M | 50 | - | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 7 |
| 21 | F | 36 | - | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 10 |
| 22 | M | 17 | Piercing | Pseudomonas Aeruginosa | ciprofloxacine | 4 |

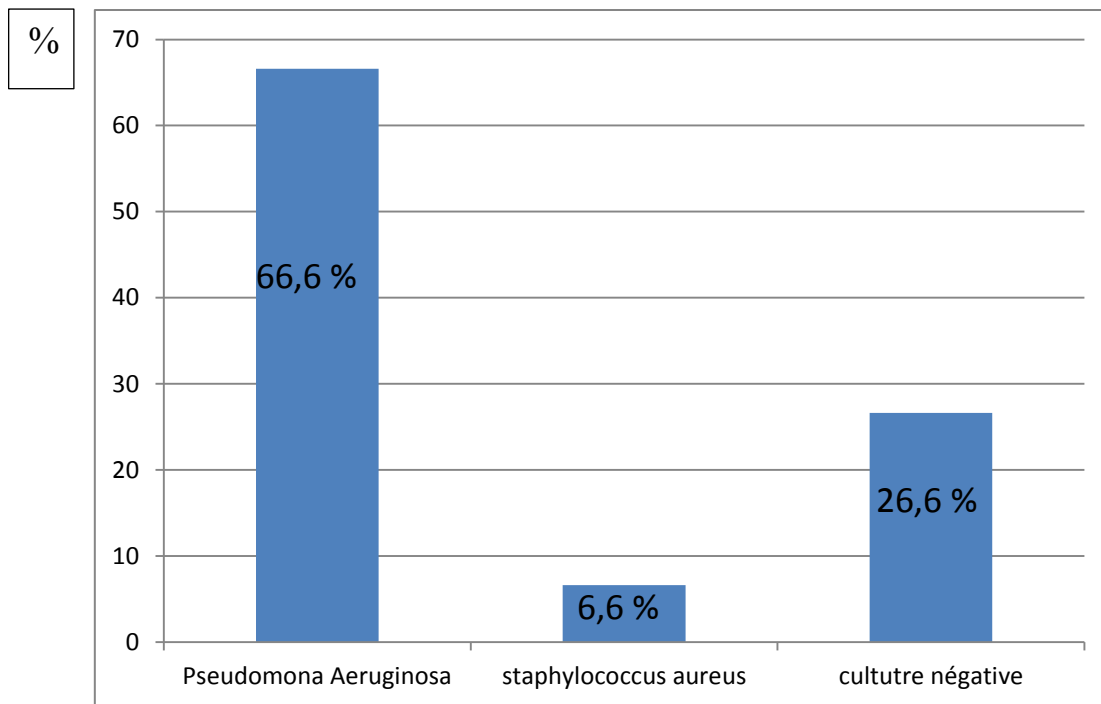


Figure 12: Résultats de l'examen bactériologique du pus

Le *Pseudomonas aeruginosa* était sensible à la ciprofloxacine chez 09 patients (90 %), et aux aminosides chez 01 patient (10 %).

Le staphylocoque aureus était sensible à la ciprofloxacine.

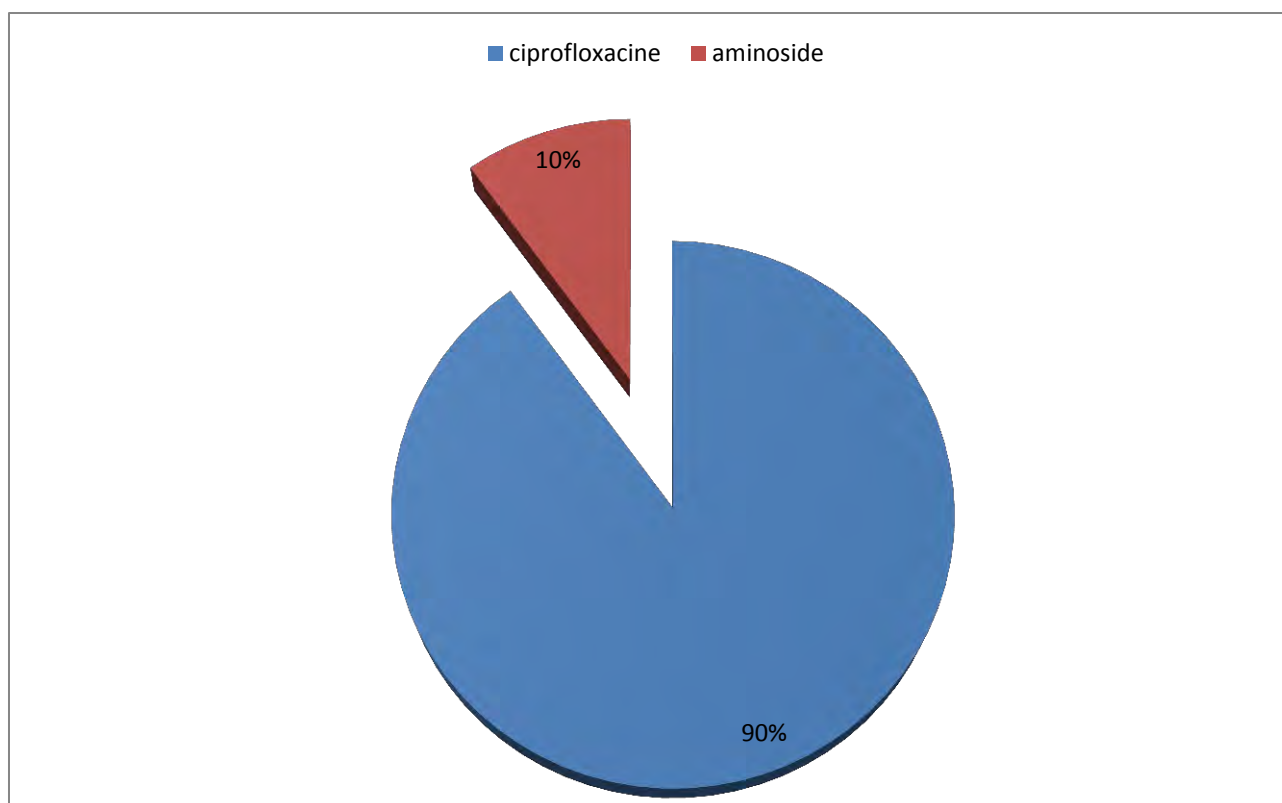


Figure 13: Sensibilité du Pseudomonas Aeruginosa à l'antibiogramme

Tableau III: Antibiogramme du Pseudomonas Aeruginosa

| PENICILLINES | N/10 | C3G | N/10 | AMINOSIDES | N/10 | QUINOLONES | N/10 | DIVERS | N/10 |
|-----------------------------------|------|-------------|------|-------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| Ticarcilline | 05 | Ceftazidime | 07 | Amikacine | 09 | Ciprofloxacin | 09 | Imipénem | 10 |
| Ticarcilline - Acide clavulanique | 05 | Céfépime | 04 | Tobramycine | 07 | Pévofloxacin | 05 | Aztreonam | 04 |
| | | | | Gentamicine | 06 | lévofloxacin | 05 | fosfomycine | 03 |
| | | | | Nétilmycine | 05 | | | chloramphénicol | 03 |

N = Nombre d'antibiogramme ayant isolé le Pseudomonas Aeruginosa

3-4. Traitement

Dix-neuf patients présentaient une périchondrite collectée et avaient bénéficié d'une incision drainage sous AL, soit 86 % des cas.

Seul un patient présentait une nécrose et avait bénéficié d'une nécrosectomie.

L'antibiothérapie probabiliste était à base de ciprofloxacine chez 19 patients, soit 86,3 % des cas, C3G chez 1 patient (04,5 % des cas), oxacilline chez un patient (04,5 % des cas) et d'amoxicilline acide clavulanique chez 1 patient (04,5 % des cas).

La durée d'hospitalisation était en moyenne 07 jours avec des extrêmes de 02 à 14 jours avec une durée du traitement de 13 jours (extrêmes de 04 à 30 jours).

3-5. Evolution :

L'évolution était satisfaisante chez tous nos patients, avec une absence de séquelles chez 16 patients (72.7 % des cas).

Nous avons noté une déformation hypertrophique chez 04 patients (18,1 % des cas) et une déformation atrophique chez 2 patients (09 % des cas).



Figure 14 (a et b): Aspect morphologique après traitement (Présence de tous les reliefs du pavillon)



Figure 15 (a et b): Aspect morphologique après traitement (séquelle hypertrophique)

4. DISCUSSION

La périchondrite du pavillon de l'oreille est une pathologie infectieuse, aiguë. Elle est redoutable de par ses séquelles morphologiques inesthétiques.

4-1. Au plan épidémiologique :

Nous avons retrouvé un jeune âge touché par cette affection dans notre étude (27 ans). Ces résultats concordent avec ceux retrouvés en Angleterre par H.

KISHORE [5], sur 61 cas et Z. W. LUI [6] sur 10 cas. Le sujet jeune serait plus exposé, à des traumatismes et à des pratiques esthétiques telles que le piercing.

Le sex ratio dans notre étude est de 0,37 avec une nette prédominance féminine (16 femmes pour 6 hommes). En Israël, E. DAVIDI [7] sur 114 cas avait retrouvé 61 hommes et 53 femmes, soit un sex ratio de 1.15. H KISHORE avait un sex ratio de 3 alors que M SALLAMI [7] , en Tunisie retrouvé 1.3.

Cette discordance peut s'expliquer par une différence de pratique culturelle. Nous avons plus de porte d'entrée par piercing que dans les autres séries de la littérature.

Dans notre pays, le piercing de l'oreille est souvent pratiqué par les femmes au niveau du lobule de l'oreille le plus souvent. Cependant le piercing des cartilages est de plus en plus pratiqué par les femmes de nos jours avec l'occidentalisation.

4-2. Au plan clinique :

La durée d'évolution moyenne retrouvait dans notre étude était de 23 jours. Elle était plus longue que celle retrouvée par C. C. TSENG en Taiwan [9] (17 jours), E DAVIDI (17 jours) et Z W LIU (12 jours).

Cette différence peut s'expliquer :

- par un retard de consultation dans notre pays où les patients préfèrent d'abord recourir aux tradipraticiens
- par un déficit de personnel médical et paramédical qualifié pouvant poser le diagnostic de périchondrite et référer le patient chez le spécialiste

La circonstance de survenue était dominée dans notre série par un piercing, dans 36 % des cas et une manipulation de furoncle dans 22.7 % des cas. Les plus grandes séries étudiées par H KISHORE (61 cas) et E DAVIDI (114 cas) retrouvaient respectivement 46 et 17.5 % de traumatisme ; 1.5 et 2.6 % de porte d'entrée par manipulation de furoncle ; 7 et 6 % de périchondrite secondaire à une chirurgie de l'oreille moyenne.

Cette discordance concernant la porte d'entrée par manipulation de furoncle et de traumatisme peut s'expliquer par le manque d'information de la population générale sur les furoncles et leurs complications secondaires à leurs manipulations. Cette population majoritairement analphabète préfère consulter les tradipraticiens ou enduire leur furoncle ou traumatisme mineur par des décoctions de plantes et d'herbes.

4-3. Au plan bactériologique

Le *Pseudomonas Aeruginosa* était retrouvé dans 66.6 % des cas, sensible dans 90 % des cas à la ciprofloxacine et dans 10 % des cas aux aminosides. Il était sensible à l'imipénème dans 100 % des cas, à l'amikacine dans 90 % des cas et à la ceftazidime dans 90 % des cas. Il était résistant à l'amoxicilline - acide clavulanique chez tous les patients et à la ciprofloxacine chez un patient porteur du VIH.

Le *Staphylococcus aureus* a été retrouvé dans 06.6 % des cas. La culture était négative dans 26.6 % des cas dans notre série.

Ces deux germes retrouvés sont saprophytes de l'oreille externe ; en cas d'effraction mineure de la peau, ils peuvent surinfecter cette dernière et entraîner une périchondrite.

Le traitement des périchondrites doit donc comprendre une antibiothérapie visant ces germes, avec en première intention la ciprofloxacine et en aucun cas l'amoxicilline acide clavulanique. Cette molécule est plus accessible que l'imipénème, les C3G et moins toxique que l'amikacine. Ces derniers seront utilisés en cas de contre-indication ou de résistance bactérienne aux quinolones.

Nous n'avons pas trouvé la cause de la résistance du *Pseudomonas* à la ciprofloxacine sur terrain de VIH.

E DAVIDI retrouvait une culture négative dans 36 % des cas, le *Pseudomonas* dans 69 % des cas (sensible aux quinolones dans 100% dans cas) et le *Staphylococcus Aureus* dans 17 % des cas. ZW LIU retrouvait le *Pseudomonas Aeruginosa* dans 80 %, sensible à la ciprofloxacine dans 75 % des cas et aux métronidazole dans le reste des cas. La culture négative dans 20 % des cas.

M SALAMI retrouvait le *Pseudomonas Aeruginosa*, *Staphylococcus Aureus* et une culture négative dans respectivement 62.5 % ; 25 % et 12.5 % des cas.

Les prélèvements non faits (32 %) sont dus au fait qu'il n'existait pas de garde au service de biologie après 17 heures. Ainsi si le patient venait l'après-midi ou la nuit l'examen bactériologique était impossible. Enfin des problèmes de solvabilité étaient aussi à l'origine de prélèvements non faits

La culture négative peut s'expliquer soit par l'errance diagnostique, avec une antibiothérapie non adaptée ou sous dosée, décapitant l'infection ; soit par l'automédication, par la vente d'antibiotique par les pharmaciens sans ordonnance.

4-4. Au plan thérapeutique

Le traitement chirurgical est indiqué dans les formes collectées et en cas de nécrose cartilagineuse.

On retrouvait une périchondrite collectée et drainée, dans 86.3 % des cas et une nécrose ayant nécessité une nécrosectomie dans 4.5 % des cas, dans notre série.

C.C. TSENG, en Taiwan, sur une série de 08 patients, pour une période de 05 ans, à porte d'entrée chirurgicale, notait une collection drainée dans 25 % et une nécrose dans 62.5 % des cas.

M SALAMI, sur une étude de 10 ans, sur 14 cas de périchondrites dont la porte d'entrée était un traumatisme, retrouvait une collection dans 28.5 % des cas, sans nécrose. E DAVIDI et H KISHORE trouvaient une périchondrite collectée, respectivement dans 31 % et 7 % des cas.

Cet important taux de périchondrite collectée dans notre étude peut s'expliquer par le délai d'évolution long comme constaté dans nos résultats du au retard de consultation de nos patients qui, préfèrent recourir d'abord recourir à la médecine traditionnel en premier ou à l'automédication.

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 07 jours avec une durée du traitement de 13 jours dans notre étude.

C.C. TSENGM, M SALAMI et E DAVIDI retrouvaient une durée moyenne d'hospitalisation, respective de 15, 12 et 6 jours.

4-5. Au plan évolutif :

Un traitement précoce et adapté, permet de prévenir les séquelles morphologiques redoutables.

Ces derniers sont causées par un retard de prise en charge des périchondrites constituent la principale morbidité de cet affection. Nous avons noté une évolution satisfaisante chez tous nos patients, avec une absence de séquelles dans 72,7 % des cas. Nous rapportons 27,3 % de séquelles.

H. KISHORE et C.C. TSENG retrouvaient respectivement 69 et 75 % d'évolution satisfaisante. Alors que SALAMI et LIU avaient 8 et 20 % de séquelles. Ceci témoigne du nombre important de séquelles inesthétiques causé par les périchondrites.

Le tableau suivant (IV), montre que plus la durée d'évolution était longue, plus les séquelles étaient importantes. Néanmoins ceci reste à prouver par des études analytiques.

Tableau IV: Comparaison entre la durée d'évolution et les séquelles

| Etudes | Notre étude | C.C. TSENG | Z. W. LIU |
|-------------------|-------------|---------------|-----------|
| Durée d'évolution | 23 | 17 | 12 |
| Séquelles (%) | 27 | 25 | 20 |

CONCLUSION

La périchondrite du pavillon de l'oreille est une inflammation aigue d'origine infectieuse du périchondre. Le diagnostic est clinique.

Les germes responsables sont souvent le *Pseudomonas aeruginosa* et le *Staphylococcus aureus*.

Le traitement est médico-chirurgical, basé sur une antibiothérapie probabiliste, précoce visant ces germes et secondairement adapté. Les séquelles morphologiques importantes et inesthétiques font la hantise de cette pathologie.

Le piercing du pavillon de l'oreille se faisait le plus souvent culturellement au niveau du lobule. Sa recrudescence au niveau du cartilage et l'absence d'étude sur les périchondrites du pavillon de l'oreille dans notre pays et en Afrique noire francophone, nous ont motivés à faire ce travail.

Notre objectif était d'évaluer les facteurs étiologiques, les agents pathogènes, le traitement et les séquelles des périchondrites.

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 08 ans allant de janvier 2009 à Décembre 2016 au service d'ORL-CCF du CHNU de FANN.

Nos résultats ont été les suivants :

Au plan épidémiologique :

Le sex ratio était de 0.29 (5H/17 F).

L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 08 ans et 50 ans.

Au plan diagnostique :

❖ Les circonstances de découverte

Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse du pavillon de l'oreille chez tous nos patients.

La durée d'évolution moyenne était de 23 jours avec des extrêmes de 03 à 150 jours.

La circonstance de survenue était un piercing chez 08 patients (36 %), une manipulation de furoncle chez 05 patients (22.7 %), un traumatisme externe chez 01 patient (4.5 %), une chirurgie de l'oreille moyenne (myringoplastie) chez 01 patient.

❖ Les données de l'examen clinique

Un terrain sous-jacent était retrouvé chez 2 patients (9 % des cas) ; un patient diabétique et un patient VIH positif.

Dix-neuf patients présentaient une périchondrite collectée, soit 86 % des cas.

Seul un patient présentait une nécrose.

Trois patients présentaient une périchondrite non collectée.

❖ Les données de l'examen bactériologique

Quinze patients avaient bénéficié d'un examen bactériologique du prélèvement de pus, soit 68 % des cas et le prélèvement de pus n'a pas été fait chez 07 patients (32 %).

Le *Pseudomonas Aeruginosa* était retrouvé dans 66.6 % des cas, sensible dans 90 % des cas à la ciprofloxacine et dans 10 % des cas aux aminosides. Il était sensible à l'imipénème dans 100 % des cas, à l'amikacine dans 90 % des cas et à la ceftazidime dans 90 % des cas. Il était résistant à l'amoxicilline - acide clavulanique chez tous les patients et à la ciprofloxacine chez un patient porteur du VIH.

Le *staphylococcus aureus* a été retrouvé dans 06.6 % des cas. La culture était négative dans 26.6 % des cas.

Au plan thérapeutique :

L'antibiothérapie probabiliste était à base de ciprofloxacine chez 19 patients, soit 86.3 % des cas, C3G chez 1 patient (04.5 % des cas), oxacilline chez un patient (04.5 % des cas) et d'amoxicilline acide clavulanique chez 1 patient (04.5 % des cas).

Dix-neuf patients présentaient une périchondrite collectée et avaient bénéficié d'une incision drainage sous anesthésie locale, soit 86 % des cas.

Seul un patient présentait une nécrose et avait bénéficié d'une nécrosectomie sous anesthésie locale.

La durée d'hospitalisation était en moyenne 07 jours avec des extrêmes de 02 à 14 jours avec une durée du traitement de 13 jours (extrêmes de 04 à 30 jours).

Au plan évolutif :

Nous avons noté une évolution satisfaisante chez tous nos patients, avec une absence de séquelles chez 16 patients (72.7 % des cas).

Cependant, une déformation hypertrophique était retrouvée chez 04 patients (18.1 % des cas) et une déformation atrophique chez 2 patients (09 % des cas).

Ces résultats nous permettent de faire les recommandations suivantes :

Pour la prévention et la meilleure prise en charge des périchondrites du pavillon de l'oreille, les mesures suivantes sont nécessaires:

- ✓ A l'endroit du personnel ORL
- Sensibiliser le public à travers les émissions de santé dans les médias
- Sensibiliser les patients reçus en consultation externe sur les piercings des cartilages et les furoncles.

- Accroître la sensibilisation et la formation du personnel médical (généralistes, infectiologues, dermatologues) et paramédical (infirmiers) pour un diagnostic précoce des périchondrites du pavillon de l'oreille.
- Mettre des quinolones d'emblée par voie veineuse en cas de périchondrite.
- Faire des formations de chirurgie des séquelles et de prothésistes de l'oreille.
- Redynamiser la collaboration avec les dermatologues.
- ✓ A l'endroit des autorités :
 - promouvoir la formation de spécialistes ORL
 - rendre accessible, l'examen bactériologique du prélèvement de pus surtout aux heures de la garde et de la permanence.
 - Former les professionnels du piercing ou les faire encadrer par des ORL pour des pratiques dans des conditions d'asepsie rigoureuse
 - Interdire la vente d'antibiotique sans ordonnance

REFERENCES

1. O. MALARD, C. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL, F. LEGENT
Pathologies acquises de l'oreille externe
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2005; 20-010-A-10.
2. S. HOUARI
Anatomie tridimensionnelle de l'oreille.
Thèse de médecine ; Marrakech 2013 ; N° 92
3. F. LEGENT, L. PERLEMUTER, C.L. VANDENBROUCK.
Cahiers d'anatomie ORL.
Tome 1, 4ème édition, Masson 1984.
4. B. DELAS, D. DEHESDIN.
Anatomie de l'oreille externe.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 2008; 20-010-A-10.
5. H. KISHORE, C. PRASAD, S. SREEDHARAN, H. SAMPATH, C. PRASAD, M. H. MEYYAPPAN, K. S. HARSHA
Perichondritis of the auricle and its management
The Journal of Laryngology & Otology, 2007; (121), 530–534.
6. Z W LIU, P CHOKKALINGAM
Piercing associated perichondritis of the pinna: are we treating it correctly?
The Journal of Laryngology & Otology 2013; (127), 505–508.

7. E DAVIDI, A PAZ, H DUCHMAN, M LUNTZ, I POTASMAN
Perichondritis of the Auricle: Analysis of 114 Cases
IMAJ ; 2011 ; 13 (1) : 21-24

8. M. SELLAMI, I. ACHOUR, M. MAKNI, A. KHBOU , I. CHARFEDDINE ,A. GHORBEL
La périchondrite aiguë du pavillon : facteurs étiologiques et traitement
Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale, 2014 ; (131):104–160

9. C TSENG, A SHIAO
Postoperative auricular perichondritis after an endaural approach tympanoplasty
J Chin Med Assoc 2006; 69(9):423–427

10. M. JULIAN. THOMAS, NEIL A. SWANSON,
Treatment of Perichondritis with a Quinolone Derivative-Norfloxacin
Dermatol. Surg. Oncol 1988. 14:4

11. A D P FERNANDEZ, I D CASTRO NETO, C R ANIAS, P L PINTO, J D C CASTRO, A F CARPES
Post-piercing périchondrites
Rev Bras Otorrinolaringol ; 2008;74(6):933-7.

12. A W PERRY, M SOSIN
Reconstruction of Ear Deformity from Post-Piercing Perichondritis

13. B AHMED

Perichondritis of the auricle

The laryngoscop, 1981, 91

14. L FRIEDRICH, C MADRID, M ODMAN JAQUES, B YERSIN, P N
CARRON

Complications liées aux piercings

Rev Med Suisse, 2014 ; (10) : 662-8

15. HENRY H. ROWSHAN, KAREN KEITH, DALE BAUR, PETER
SKIDMORE,

Pseudomonas aeruginosa Infection of the Auricular Cartilage Caused by
“High Ear Piercing”: A Case Report and Review of the Literature

J Oral Maxillofac Surg ; 2008, 66:543-546,

16. MOHAMAD I, JOHAN KB, HASHIM HZ, NIK OTHMAN NA.

Otitis externa complicated with chloramphenicol ear drops-induced
perichondritis.

Malays Fam Physician 2014; 9(1): 28-9

17. S YAHALOM, R ELIASHAR

Perichondritis: a complication of piercing auricular cartilage

Images in medicine

18. R MARTIN, AJ YONKERS, CT YARINGTON

Perichondritis of the ear.

Laryngoscope 1976;(86): 664-73.

19. AH MUTNICK, PR RHOMBERG, HS SADER.

Antimicrobial usage and resistance trend relationships from the MYSTIC programme in North

America. *J Antimicrob Chemother* 2004; (53): 290-6.

20. MH STROUD.

A specific issue and its solution: treatment of suppurative perichondritis.

Laryngoscope 1978; (88): 176–8

21. VG CARUSO, WL MEYERHOFF.

Trauma and infections of the external ear. In: Paparella MM, Shumrick DA, eds.

Otolaryngology, 3rd edn. Philadelphia: WB Saunders, 1991;1227–35

22. J HANIF, A FROSH, C MARNANE, K GHUFOOR, R RIVRON, G SANCHU.

“High” ear piercing and the rising incidence of perichondritis of the pinna.

BMJ 2001;322:906–7

23. O DAVIS, W POWELL.

Auricular perichondritis secondary to acupuncture.

Arch Otolaryngol 1985;111:770–1

24. MH STROUD.

A simple treatment for suppurative perichondritis.

Laryngoscope 1963;73:556–63

25. KC PRASAD, S KARTHIK, SC PRASAD.

A comprehensive study on the lesions of the pinna.

Am J Otolaryngol Head Neck Med Surgery 2005; 26:1–6

RESUME

La périchondrite du pavillon de l'oreille est une inflammation aigue d'origine infectieuse du périchondre. Le diagnostic est clinique.

Les germes responsables sont souvent le *Pseudomonas aeruginosa* et le *Staphylococcus aureus*.

Le traitement est médico-chirurgical basé sur une antibiothérapie précoce visant ces germes.

Notre objectif est d'évaluer les facteurs étiologiques ; les agents pathogènes, le traitement et les séquelles des périchondrites.

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 08 ans allant de janvier 2009 à Décembre 2016. Dans cette étude, sont inclus tous les cas de périchondrite aigue pris en charge durant cette période au service d'ORL du CHNU de FANN.

Vingt-deux dossiers ont été colligés avec un cas de périchondrite bilatérale.

Le sex ratio était de 0.37. L'âge moyen était de 27 ans.

Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse dans 100% des cas.

La durée d'évolution moyenne était de 23 jours.

La circonstance de survenue était un piercing dans 36 % des cas.

Dix-neuf de nos patients présentaient une périchondrite collectée et avaient bénéficié d'une incision drainage sous AL, soit 86 % des cas. Seul un patient a bénéficié d'une nécrosectomie.

Quinze de nos patients ont bénéficié d'un examen bactériologique de pus, soit 68 % des cas et le *Pseudomonas Aeruginosa* était retrouvé dans 66.6 % des cas, sensible dans 90 % des cas à la ciprofloxacine et dans 10 % des cas aux aminosides. Le *staphylococcus aureus* a été retrouvé dans 4.5 % des cas.

La culture était négative dans 26.6 % des cas.

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 07 jours avec une durée du traitement de 13 jours.

L'évolution était satisfaisante chez tous nos patients, avec une absence de séquelles dans 72.7 % des cas.

La périchondrite aigue du pavillon de l'oreille se développe souvent suite à un traumatisme externe mineur.

Le *Pseudomonas aeruginosa* représente le principal agent causal d'où l'intérêt d'une antibiothérapie probabiliste actif sur ce dernier, la ciprofloxacine, secondairement adapté à l'antibiogramme.

Un traitement précoce permet de prévenir les séquelles morphologiques redoutables.

Mots clés : Périchondrite, chondrite, infection oreille externe