

NORD

SURDITÉ • ACOUPHÈNES • VERTIGES

LE CHOLESTÉATOME

Qu'est-ce qu'un cholestéatome ?

Pourquoi une opération ?

Consignes avant l'hospitalisation

Déroulement de l'hospitalisation

Complications possibles de l'intervention

Recommandations dans les suites opératoires

Ce document d'information est destiné à vous apporter les informations nécessaires à la compréhension de votre état, au principe du traitement et à son bon déroulement.

Il vous est demandé de le lire attentivement.

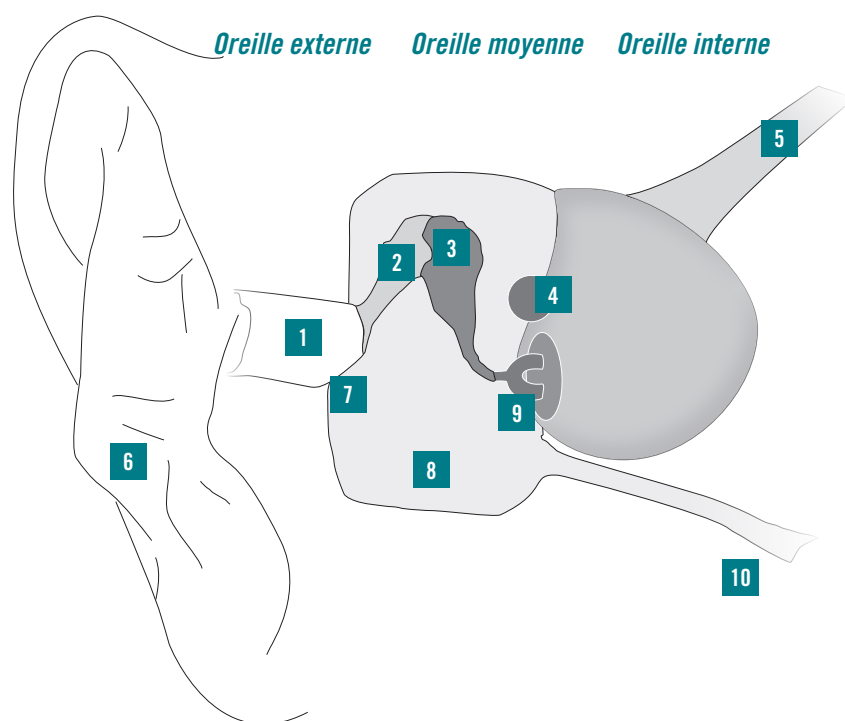
Votre chirurgien reste à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

COLLECTION

Vous allez vous faire opérer

Qu'est-ce qu'un cholestéatome ?

Le cholestéatome est fréquent en cas d'otites répétées dans l'enfance et n'est pas une maladie héréditaire. Il se caractérise par la pénétration d'épiderme dans l'oreille moyenne. En l'absence de traitement chirurgical bien conduit, il évolue jusqu'à provoquer de graves complications.



Anatomie de l'oreille

1. Conduit auditif
2. Marteau
3. Enclume
4. Nerf facial
5. Nerf auditif
6. Pavillon
7. Tympan
8. Caisse du tympan
9. Étrier
10. Trompe d'Eustache

L'oreille peut être divisée en trois parties :

L'oreille externe

Elle comprend le pavillon et le conduit auditif externe (CAE). Son rôle est de canaliser les sons vers le tympan.

L'oreille moyenne

Elle est composée d'une cavité (la caisse du tympan), qui contient les osselets (marteau, enclume et étrier). Son rôle est d'amplifier les sons et de les transmettre à l'oreille interne. Cette caisse du tympan contient de l'air renouvelé régulièrement par la trompe d'Eustache, qui la met en communication avec le nez. Elle est séparée du CAE par le tympan et est traversée par un nerf très important : le nerf facial.

C'est ce dernier qui assure la motricité de toute la moitié du visage correspondante.

L'oreille interne

Elle transforme l'information mécanique en un signal électrique, lequel va cheminer le long du nerf auditif et atteindre le cerveau.

Le conduit auditif externe et la face extérieure du tympan sont recouverts d'épiderme, analogue à la peau. La face interne du tympan et la caisse du tympan sont, au contraire, recouvertes d'une muqueuse, comme celle qui tapisse les voies respiratoires. Au niveau du tympan, les deux types de revêtements (muqueuse et épiderme) sont très proches, séparés de façon inconstante par une couche de tissu fibreux.

Or, en cas d'absence de ce tissu fibreux, suite à une perforation du tympan, à des otites répétées ou encore en cas de mauvaise aération de la caisse du tympan, de l'épiderme peut pénétrer dans l'oreille moyenne et évoluer jusqu'à devenir un kyste qui grossit progressivement, s'infecte et devient responsable :

- D'un écoulement purulent chronique de l'oreille
- Parfois, de douleurs
- D'une surdité, par destruction du tympan et/ou des osselets
- D'une surdité importante et de vertiges, en cas d'atteinte de l'oreille interne
- D'une paralysie du visage, en cas d'atteinte du nerf facial
- Parfois, de complications très graves, comme une méningite ou un abcès du cerveau

TOUT CHOLESTÉATOMES DOIT ÊTRE OPÉRÉ POUR ÉVITER CES COMPLICATIONS.

Le principe du traitement

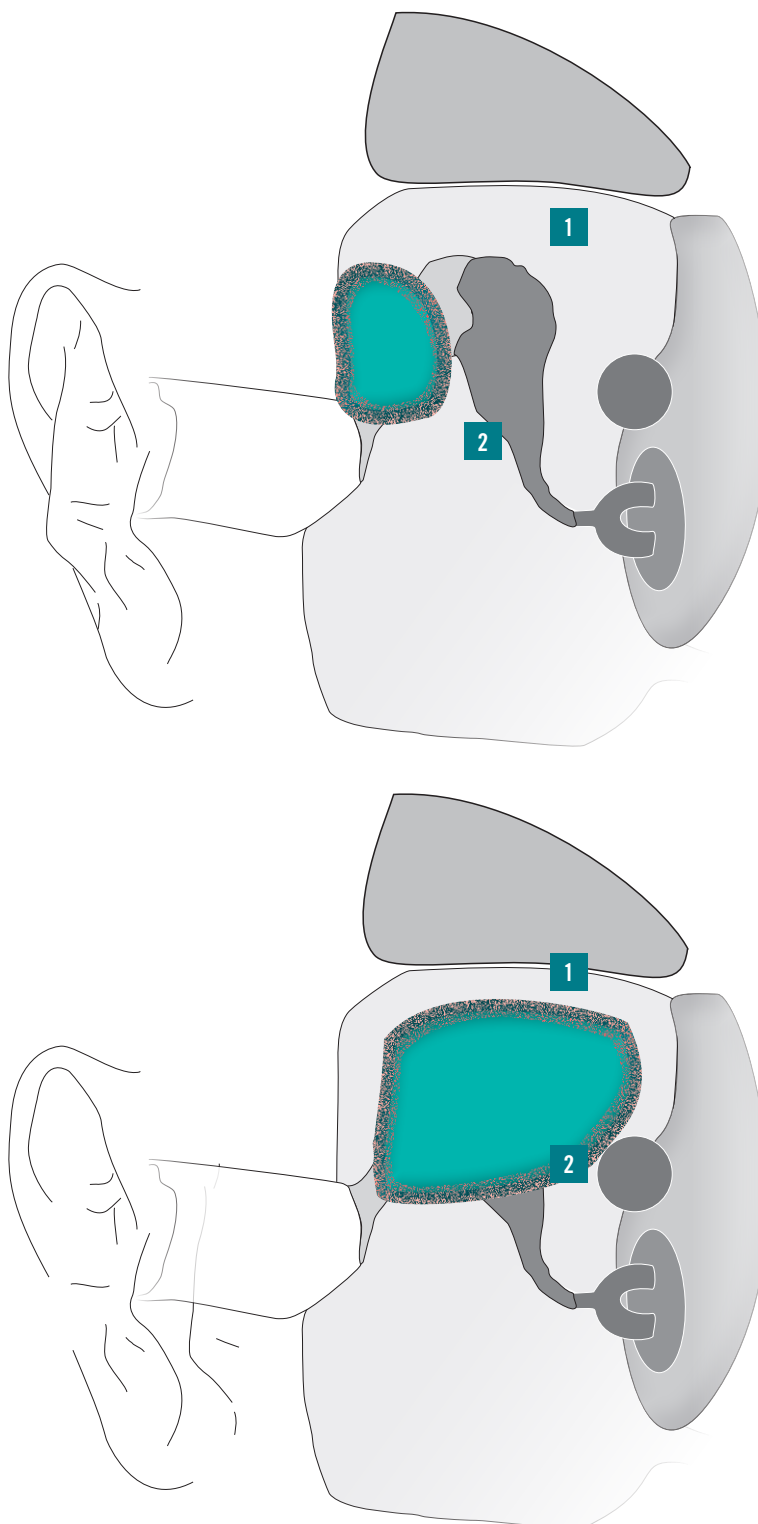
Le traitement consiste à enlever la totalité de l'épiderme présent dans l'oreille moyenne, refermer celle-ci par une greffe de tympan et réparer, si possible et si nécessaire, la chaîne des osselets. En cas d'atteinte de l'oreille interne, la part de la surdité qui lui est liée ne pourra pas être corrigée par la chirurgie. Si elle est importante, il faudra avoir recours à l'appareillage auditif après l'opération.

Si une seule cellule épidermique est laissée dans l'oreille moyenne, le kyste se reformera. C'est pourquoi, souvent, une seconde intervention de contrôle, 12 à 18 mois plus tard, est prévue. À cette date, en effet, le nouveau kyste sera de petite taille et pourra facilement être enlevé.

A contrario, en intervenant trop tôt, le kyste pourrait être trop petit pour être visible. Lorsque la réparation des osselets n'a pas pu être faite dans un premier temps opératoire, il est souvent possible de l'effectuer lors de cette intervention de contrôle.

Dans de rares cas, l'importance de la persistance évolutive ou une récurrence précoce et importante imposera un troisième temps opératoire.

L'évolution du cholestéatome est inéluctable. En l'absence de traitement chirurgical bien conduit, il continue à grossir jusqu'à produire de graves complications. La surveillance doit être prolongée longtemps, cinq ans, dix ans, parfois la vie durant. Enfin, sachez que le cholestéatome peut toucher une seule oreille ou les deux.



Évolution du cholestéatome

1. Méninge
2. Emprise du cholestéatome

Quelques consignes avant votre opération

Retournez le formulaire d'admission à la clinique, dans les meilleurs délais, afin que celle-ci puisse effectuer les démarches auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie et obtenir la prise en charge de vos frais de séjour. Puis, suivez les étapes.

.....

- 1 • Rencontrez l'anesthésiste dans les 8 ou 15 jours qui précèdent l'intervention. Pour cela, prenez rendez-vous directement au secrétariat d'anesthésie (voir le numéro de téléphone en dernière page). N'oubliez pas de rapporter le questionnaire qui vous a été remis, dûment rempli et, éventuellement, votre carnet médical.**
- 2 • Le jour de l'hospitalisation, prenez une douche et pratiquez un shampoing à la Bétadine. Les cheveux seront légèrement rasés d'un à deux travers de doigts autour de l'oreille. Le matin de l'intervention, s'ils sont longs, ils devront être attachés par un élastique ou tressés.**
- 3 • Votre hospitalisation aura lieu la veille de l'intervention ou le matin même. Après vous être présenté(e) à l'accueil, vous serez dirigé(e) vers votre chambre. Votre anesthésiste vous rendra visite pour s'assurer de l'absence de problème particulier depuis la dernière consultation.**
- 4 • Ne prenez pas d'ASPIRINE (appelée aussi Acide acétylsalicylique) ou tout médicament qui en contienne durant les 15 jours qui précèdent la date de votre intervention.**

L'intervention chirurgicale et ses suites

Le jour de l'opération

.....

Il est indispensable d'être à jeun, c'est-à-dire de n'avoir ni bu, ni mangé, ni fumé, depuis minuit.

Votre intervention est prévue dans la matinée. Trois quart d'heure avant celle-ci, vous recevrez une prémédication, afin de vous aider à lutter contre l'anxiété et obtenir une bonne relaxation.

Lors de votre arrivée au bloc opératoire, les effets de la prémédication se feront déjà sentir. Une perfusion sera mise en place, destinée à pratiquer l'anesthésie. Il s'agit, soit d'une anesthésie générale, soit d'une anesthésie locale. Cette décision sera prise lors de la consultation et confirmée par l'anesthésiste, lors de sa visite dans votre chambre.

A la fin de l'intervention, un pansement sera mis en place sur l'oreille avec une bande. Il sera changé avant votre sortie de la clinique et vous le garderez 8 à 12 jours.

De retour dans votre chambre, vous devrez rester au lit, allongé(e), jusqu'au lendemain matin.

IL EST FORMELLEMENT INTERDIT DE SE LEVER LE PREMIER JOUR.

Le soir, vous pourrez boire et prendre une collation. Jusqu'au soir, vous serez sous perfusion.

Les jours qui suivent

Vous devrez rester couché(e) le plus longtemps possible et **ÉVITER DE VOUS MOUCHER OU DE RENIFLER**. Il est normal que vous ressentiez des vertiges, quelques douleurs et une impression de battement dans l'oreille opérée.

Votre sortie sera autorisée, en principe, le lendemain de l'opération, après avoir refait le pansement. Jusqu'à votre consultation, pour son ablation (en général, 8 à 12 jours après l'opération), vous devrez vous reposer, rester au calme, ne faire aucun effort et prendre les médicaments prescrits à votre sortie de clinique :

- Un antibiotique, comme l'Augmentin ou autre en cas d'allergie
- Des antalgiques (à la demande) : on aura recours à du Paracétamol et on évitera l'Aspirine et ses dérivés

Aucun soin ne sera à effectuer au niveau du pansement de l'oreille. Celui-ci doit rester en place jusqu'à la consultation de contrôle. Si la bande tombe, elle doit être remise et, en aucun cas, vous ne pouvez enlever vous-même le pansement placé dans l'oreille.

LA CONSULTATION DE CONTRÔLE

Elle a lieu au cabinet de consultation et a pour objet l'ablation du pansement et des fils. Ce geste est indolore. Après l'ablation de la mèche, quelques soins locaux sont à effectuer :

- L'instillation de gouttes.
- La mise en place d'une mèche de gaze, une fois par jour pendant 15 jours.

SURVEILLANCE À LONG TERME

Vous devrez prévoir une consultation avec votre médecin O.R.L. habituel, entre un et six mois après l'intervention.

Votre chirurgien vous reverra deux mois, puis un an après l'intervention. Votre spécialiste et votre médecin traitant recevront le compte rendu opératoire et les audiogrammes pré- et post-opératoires, ainsi que les indications utiles pour votre suivi.

Cette surveillance devra être prolongée, le plus souvent 10 ans et parfois la vie durant.



Après l'intervention

Résonances, acouphènes, audition

Vous avez l'impression de « ne pas entendre assez » ou « d'entendre moins » de l'oreille opérée

Si la chaîne des osselets n'a pas été réparée, cette sensation est normale et pourra être, le plus souvent, corrigée lors d'un deuxième temps opératoire. Dans certaines circonstances, cette réparation n'est pas possible ou ne peut être complète. C'est alors l'appareillage auditif, dans ce cas, qui devient nécessaire pour restaurer votre audition.

Les phénomènes de cicatrisation donnent une impression d'oreille bouchée, cotonneuse, et des sensations comparables à l'écoute des pulsations du cœur dans l'oreille, pendant une vingtaine de jours après l'opération. Ceci est tout à fait normal.

Parfois, après l'intervention, vous évoquez un « sifflement persistant »

Il peut s'agir de sifflements, de bruits d'abeilles, de bruits de réfrigérateur ou de moteur, de mer, d'eau qui coule, etc. Ces troubles sont dus à l'atteinte de l'oreille interne. Ils peuvent parfois être diminués transitoirement par un traitement important post-opératoire ou persister.

MÉDICATIONS À ÉVITER

Un certain nombre de médicaments sont toxiques pour l'oreille (même normale) : les antibiotiques de la classe des aminosides et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les pilules œstro- progestatives, fortement dosées en oestrogènes, la vitamine A, la quinine, l'Aspirine à fortedose.

N'oubliez pas de rappeler votre tympanoplastie aux différents médecins que vous verrez.

PRÉCAUTIONS

Eau, natation et plongée

Évitez de mouiller le pansement. Après son ablation, évitez l'introduction d'eau dans l'oreille, pendant deux mois.

Au-delà du deuxième mois, si la greffe tympanique est bien étanche et après vérification sous microscope, il n'y a plus de précaution particulière à prendre. La natation peut être reprise. Vous ne pourrez vous adonner à la plongée qu'au-delà de trois mois et après accord de votre médecin O.R.L. (dans certains cas, cependant, il peut y avoir une contre-indication définitive).

Avion et altitude

Attendez un mois avant de prendre l'avion et d'aller en altitude (au-dessus de 800 mètres). Dans tous les cas, assurez-vous d'une bonne perméabilité nasale et prenez, éventuellement, un traitement pour aider à déboucher le nez.

Efforts physiques, sport et travail

Offrez-vous un repos complet jusqu'à l'ablation du pansement. Le premier mois, évitez tout effort physique et, notamment, les efforts tête penchée en avant, le port d'objets lourds...

Le bruit

Une oreille normale, exposée à des traumatismes sonores, peut devenir sourde. Il est donc logique qu'une oreille opérée soit plus fragile ! Il faudra donc éviter l'exposition aux traumatismes sonores et, notamment, en cas de réparation de la chaîne ossiculaire.

En cas de rhume ou de rhinite allergique

Prenez immédiatement un traitement pour ne pas laisser l'oreille qui cicatrise manquer d'aération. Ce traitement pourra être prescrit par votre médecin traitant et comportera un décongestionnant nasal, un anti-allergique, parfois, un antibiotique, un anti-inflammatoire et/ou des inhalations. Vous pouvez vous moucher mais doucement et, surtout, une narine à la fois.

Complications éventuelles

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication. Sa fréquence est relativement faible et conditionnée par l'importance des lésions et l'expérience de l'opérateur.

Troubles de l'équilibre

Les vertiges sont courants au cours des heures après l'intervention. Une certaine instabilité est possible les premiers jours. Ces troubles persistent rarement au-delà de plusieurs semaines. C'est pour cette raison qu'il est recommandé de ne pas conduire pendant deux semaines.

Troubles du goût

Des troubles du goût peuvent se produire au cours des premières semaines. Parfois, ils peuvent être prolongés.

Surdité

La fragilité de votre oreille interne peut être responsable de la persistance de bourdonnements et de vertiges. De même, elle peut causer une dégradation progressive de l'audition. Une aggravation de la surdité peut survenir dans quelques cas, interdisant le port d'une prothèse auditive.

Perforation tympanique

Elle peut résulter d'une infection ou d'une mauvaise cicatrisation de la greffe tympanique. Elle donne souvent lieu à une nouvelle intervention ; tant qu'elle persiste, elle nécessite des précautions vis-à-vis de l'eau. Dans ce cas, le port d'un embout anti-eau adapté, sur mesure, pourra être utile.

Paralysie faciale

Elle peut être liée à une anomalie anatomique, un œdème du nerf facial ou à l'atteinte de celui-ci par l'opérateur. Elle

LA MANŒUVRE DE VALSALVA

Pour que l'oreille cicatrise bien, elle doit être aérée par la trompe d'Eustache (canal qui met en communication l'oreille et le nez).

Pour cela, vous pourrez vous-même réaliser des manœuvres de Valsalva, trois fois par jour, après l'ablation de la mèche. Elle se réalise ainsi : en position assise, nez pincé et bouche fermée, soufflez fort durant une seconde. L'air, ne pouvant pas sortir par le nez ou la bouche, empruntera la trompe d'Eustache et ira « gonfler » les tympans. Lors d'une descente rapide en avion et en montagne, réalisez de façon systématique cette manœuvre à plusieurs reprises, en déglutissant bien votre salive entre chaque manœuvre.

est le plus souvent temporaire mais, dans quelques cas, peut laisser des séquelles.

Récidive du cholestéatome

Elle peut survenir, même lorsque toutes les précautions ont été prises, et nécessiter deux nouvelles interventions. Son apparition est parfois tardive, 5 ans, voire 10 ans plus tard, c'est dire l'importance d'une surveillance prolongée.

Infection du pavillon

Elle sera suspectée en cas de douleur au niveau de l'oreille et de fièvre. Dans ces cas, il faudra consulter rapidement un médecin ou votre O.R.L. pour démarrer un traitement antibiotique adapté.

Hypertrophie de la cicatrice

Elle peut nécessiter des soins locaux ou une nouvelle intervention chirurgicale.

Complications méningées et cérébrales

Elles sont surtout dues à l'évolution spontanée de l'otite chronique.

Conduit auditif

Un retrécissement peut survenir et fera l'objet d'une surveillance post-opératoire appropriée.

Vous avez des questions à poser à votre médecin ?

Notez-les ici !

Lined writing area for patient questions.

Votre audiogramme

Vos documents



SURDITÉ • ACOUPHÈNES • VERTIGES

Cabinet NORD ORL

20, rue du Ballon,
Bâtiment Vendôme Flandre •
5^e étage •
59000 Lille •
03 20 55 27 27
du lundi au vendredi,
de 9h à 12h et de 14h à 18h,
le samedi de 9h à 12h

Docteur Philippe BOUCQUILON O.R.L.

- Chirurgie de la surdité
- Exploration des vertiges et acouphènes

Docteur Dorothée Douchement O.R.L.

- Chirurgie de la surdité
- Exploration des troubles auditifs
et acouphènes

Docteur Julie LAMBLIN-DESRUELLES O.R.L.

- Exploration des troubles de l'équilibre
et de l'audition

.....
NUMÉROS UTILES

Consultation d'anesthésie :

03 20 06 19 19

**Hôpital privé La Louvière,
standard :**

0 826 30 70 00