

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



PARACENTESE & INSERTION D'AERATEUR TRANS TYMPANIQUE

Tashneem Harris, Thomas Linder

Les aérateurs trans-tympaniques (ATT) sont généralement insérés lors des pathologies de l'oreille moyenne réfractaires au traitement médical avec persistance d'une surdité de transmission, présente depuis au moins 3 mois et avec une perte auditive supérieure à 25 dB. Ils peuvent aussi être insérés comme une mesure adjuvante dans la prise en charge d'une mastoïdite aiguë.

Bilan pré-opératoire

- Otoscopie pour confirmer le diagnostic
- Audiométrie tonale réalisée dans les 3 mois précédents la surdité (ou test auditif approprié à l'âge de l'enfant) ainsi qu'une tympanométrie
- L'épanchement de l'oreille moyenne peut être causé par une pathologie (bénigne ou maligne) du nasopharynx pouvant être la cause de la dysfonction tubaire. C'est pourquoi (et particulièrement chez les adultes), le nasopharynx devra être examiné et le cou palpé à la recherche d'une tumeur maligne du nasopharynx Et des adénopathies
- Une fuite de liquide cérébro-spinal (LCR) peut être confondue avec une collection séreuse rétrotympanique. Un haut niveau de suspicion est nécessaire pour différencier une collection séreuse d'une fuite de LCR

Technique chirurgicale

Insertion d'ATT temporaires

- Une anesthésie générale est nécessaire lors de chirurgie chez les enfants
- Une anesthésie locale peut être utilisée chez les adultes. Un spray d'anesthésie locale (de la Xylocaïne, par exemple) peut être utilisé pour appliquer le produit au contact de la membrane

tympanique pendant 10 minutes avant la réalisation du geste opératoire. La crème Emla® (lidocaïne 2,5% et prilocaïne 2,5%) peut également être appliquée sur la membrane tympanique 30 minutes avant la chirurgie. Autrement, la peau du conduit auditif externe peut être infiltrée une solution d'anesthésie locale (par exemple, de la Xylocaïne adrénalinée 1%) grâce à une aiguille fine (de type anesthésie dentaire)

- Un speculum d'oreille est introduit dans le conduit et maintenu en place avec la main gauche (pour les chirurgiens droitiers) (*Figure 1*)

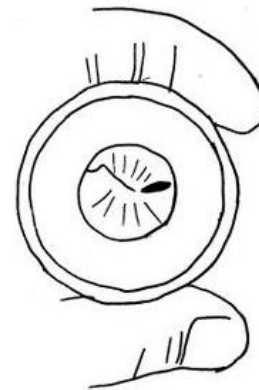


Figure 1 : Speculum d'oreille placé dans une oreille droite avec une incision radiale tympanique dans le quadrant antéroinférieur

- Sous microscope opératoire, une incision radiale est réalisée dans le quadrant antéroinférieur près de la région du triangle lumineux grâce à une lame de paracentèse (*Figures 1 & 2*). Les incisions du quadrant postérosupérieur peuvent léser la corde du tympan ou la chaîne ossiculaire. L'incision doit être suffisamment large pour pouvoir mettre en place l'ATT
- La collection séreuse de l'oreille moyenne (appelé glue) peut être aspirée

avec une fine canule d'aspiration avant l'insertion de l'ATT

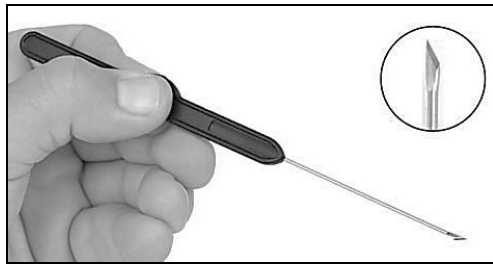


Figure 2 : Lame de paracentèse

- L'ATT est prélevé avec une micro-pince et introduit dans le conduit auditif avec la main droite (Figure 3)



Figure 3 : Exemples d'ATT de type Shepard

- L'ATT est mis en place sur la membrane tympanique près de la myringotomie (Figure 4)
- Un micro-instrument permet de prendre le volet interne de l'ATT et de le tourner de 45° à travers la myringotomie. Ainsi l'ATT se retrouve de part et d'autre du tympan (Figure 4)

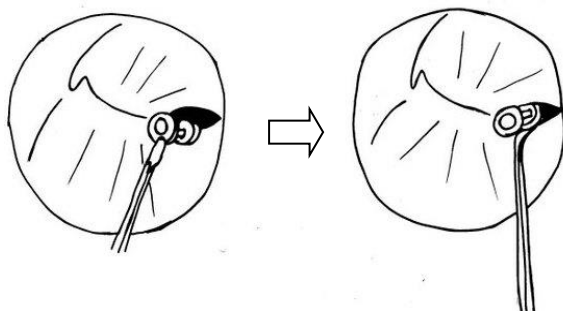


Figure 4 : Placement de l'ATT sur une membrane tympanique droite, suivi par la mise en place de l'ATT avec une pointe

Insertion d'ATT de longue durée

Pour permettre une aération de longue durée de l'oreille moyenne, le T-tube est utilisé (Figure 5). Il peut être mis en place pour une durée de 3 ans. Après extrusion ou ablation de celui-ci, il existe une perforation tympanique chronique dans 16 à 19% des cas.^{2,3}



Figure 5 : Exemple de T-tube

- Les ailettes des T-tube sont attrapés avec une micro-pince
- Les rebords sont alors coupés pour que les extrémités soient biseautées ; cela facilite l'insertion de l'ATT à travers la myringotomie (Figure 6)



Figure 6 : Les extrémités des ailettes sont coupées

- La myringotomie est réalisée dans le quadrant antéroinférieure de la membrane tympanique (Figure 1)
- Le T-tube est saisi avec une micro-pince et les extrémités des refends sont insérées à travers l'incision de myringotomie

Problème particulier : l'ATT tombe dans l'oreille moyenne

- Bien que les ATT soient inertes et n'endommagent probablement pas l'oreille moyenne, l'extraction de l'ATT doit être tentée car une réaction à corps étranger est possible⁴
- Si une partie de l'ATT est visible à travers la myringotomie, il peut être possible de le récupérer utilisant une micro-pince et ensuite de le réinsérer correctement
- Si l'ATT n'est pas visible, ou situé au-delà des limites du *mesotympanum*, son extraction peut être difficile. Une option serait de laisser l'ATT en place et de surveiller régulièrement l'oreille
- Une extraction après cicatrisation du tympan nécessiterait une large myringotomie sur tympan intact pour permettre l'ablation de l'ATT (*note des traducteurs* : on peut réaliser une voie du conduit avec incision cutanée et décollement sous-annulaire du tympan au lieu d'une large myringotomie)
- Très rarement, une exploration de caisse est nécessaire

Références

1. Fisch U, May J. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery. New York: Thieme; 1994
2. Van Heerbeek N, De Saar GM, Mulder JJ. Long term ventilation tubes: results of 726 insertions. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2002;27(5): 378-83
3. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124(4):374-80
4. Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence Based Otitis Media. 2nd Ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003

Comment citer ce chapitre

Harris T, Linder T. (2012). Myringotomy and ventilation tube insertion. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Myringotomy%20and%20ventilation%20tube%20insertion.pdf>

Traduction

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Caroline Guigou
Interne d'ORL
Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale
CHU Dijon, France
carolineguigou@yahoo.fr

Pr. Alexis Gozorg Grayeli
Chef de Service
Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale
CHU Dijon, France
alexis.bozorggrayeli@chu-dijon.fr

Auteurs

Tashneem Harris MBChB, FCORL, MMED (Otol), *Fisch Instrument Microsurgical Fellow*
Associate Professor and ENT Specialist
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
harristasneem@yahoo.com

Thomas Linder, M.D.
Professor, Chairman and Head of Department of Otorhinolaryngology, Head, Neck and Facial Plastic Surgery
Lucerne Canton Hospital, Switzerland
thomas.linder@ksl.ch

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

***THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY***

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

