



## Carcinome épidermoïde du méat acoustique externe

**Andriamampionona GB, Rabetokotany T, Razanakoto GFA, Mananjara NE,  
Randrianarivelo HJA, Razafimandimby M, Rakoto FA.**

### Introduction

Actuellement, les pathologies néoplasiques tissulaires sont devenues fréquentes dans le monde. Plusieurs types histologiques sont répertoriés, dont le carcinome épidermoïde qui est une tumeur épithéliale maligne à différenciation malpighienne prédominante (1). Cette variété histologique domine le type des cancers en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie maxillo-faciale (1). Cependant, sa localisation au niveau du méat acoustique externe représente moins de 0,2 % des cancers de la tête et du cou ; et son pronostic demeure encore sombre (2). Les objectifs de ce travail sont de rapporter un cas de carcinome épidermoïde du méat acoustique externe, et de faire un aperçu des données de la littérature.

### Observation

Notre cas s'agissait d'une femme âgée de 68 ans, venue en consultation externe en Oto-Rhino-Laryngologie en Février 2018 pour une otalgie unilatérale gauche. Cette otalgie évoluait depuis 6 mois, était associée à des écoulements auriculaires séro-sanglants, un prurit intra-auriculaire intermittent et hypoacousie subjective. Elle

avait reçu une antibiothérapie ambulatoire composée d'Ampicilline à 2g/jour per os pendant 3 semaines et Ofloxacine en goutte intra-auriculaire à la dose de 2 dosettes/jour durant 10 jours. Malgré cela, elle ne notait presque aucune amélioration. En décembre 2017, elle a constaté l'apparition d'une tuméfaction

bourgeonnante extériorisée à l'entrée du méat acoustique externe de l'oreille gauche, qui saigne facilement au toucher, associée toujours à un écoulement sanguinolent, une otalgie diffuse et à une baisse de l'audition. Elle n'avait aucun antécédent pathologique particulier.

Durant la consultation, l'examen clinique avait retrouvé un état général conservé, apyrétique. Au niveau otologique, une tuméfaction rouge violacée hémorragique extériorisée au niveau du méat acoustique externe gauche, avec infiltration des tissus mous environnants (Figure 1). L'acoumétrie révèle une surdité de transmission (ST) gauche. L'oreille droite est normale. Ailleurs, il n'y avait pas de paralysie faciale, la rhinoscopie antérieure, l'examen buccal et l'oculomotricité étaient normaux. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales ni de débord dans la loge parotidienne. Une audiométrie tonale a confirmé la surdité de transmission gauche. La tomodensitométrie crânio-faciale (Figure 2) a montré : un processus tumoral

comblant le méat acoustique externe gauche étendu vers les parties molles de la région temporale, début d'érosion de la paroi postérieure du méat acoustique externe gauche au contact de la mastoïde, et les éléments vasculaires cervico-faciaux sont respectés. Une biopsie tumorale a été faite, et l'examen anatomopathologique de la pièce a objectivé un carcinome épidermoïde infiltrant non kératinisant. Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne demandée d'emblée n'a rapporté aucune autre localisation de la tumeur. Le cancer a été ainsi classé en T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> de la classification de Pittsburg.

La suite de la prise en charge a été décidée par une réunion de concertation pluridisciplinaire. Elle a associé une chirurgie première à type de pétrectomie latérale avec évidemment cellulo-ganglionnaire cervical homolatéral, des séances de radiothérapie adjuvante à la dose de 1,5 Gy/jour pour un total de 52,5 Gy, et des cures de chimiothérapie

adjuvante à base de Cisplatine (40mg/m<sup>2</sup>/semaine).

Jusqu'au troisième mois post-opératoire, son état général était conservé, mais le site opératoire a été comblé par du tissu granuleux qui s'est infecté par

Acinetobacter, un bacille gramme négatif multirésistant, au cinquième mois.

Malheureusement, elle est décédée au sixième mois secondaire un tableau de choc septique.

### Commentaires et discussion

---

Les processus cancéreux sont des pathologies fréquentes en pratique ORL (1), mais la localisation au niveau de l'oreille externe reste rare (3). L'étude de Nyrop et *al* collige 20 patients sur 20 ans et ne distingue aucune prédominance du genre (4). L'âge moyen de découverte est de 60,7 ans avec des extrêmes de 38 à 84 et des symptômes évoluant de 2 à 52 semaines à type d'otorrhées séro-sanglantes, otalgie, prurit intra-auriculaire, hypoacousie (2,5). La présence d'une paralysie faciale signe une tumeur localement avancée. Cela peut porter à une errance diagnostique (otite externe maligne, otite cholestéatomateuse, carcinoïde...) car une tumeur ne s'extériorise que 3 à 6 mois après les

symptômes. Les facteurs de risque suspectés sont la radiothérapie antérieure, les rayons ultra-violets, une otite moyenne chronique suppurative répétitive ou une otite cholestéatomateuse, ce qui est loin des facteurs de risque classiques des cancers des voies aériennes supérieures (6).

L'examen anatomopathologique est le gold standard de confirmation (7). Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent (8), les autres types sont le carcinome adénoïde kystique, le carcinome mucoépidermoïde et le mélanome malin. La tomodensitométrie (TDM) et/ou Imagerie par résonnance magnétique (IRM) renseignent sur l'extension loco-régionale et ainsi le stade de la tumeur (7)

(classification de Pittsburgh).

Actuellement il n'existe pas encore de protocole thérapeutique en vigueur, il associe surtout la chirurgie, la radiothérapie fractionnée et la chimiothérapie.

Le pronostic est fonction du stade TNM de la tumeur, de la marge d'exérèse et de la réponse au traitement (2). Moody *et al* estiment une survie globale à deux ans de 50% pour T<sub>3</sub> et 7% pour T<sub>4</sub> (13), tandis que Jinhyun *et al* retrouvent une récurrence de 46% dans les stades avancés (14).

## Conclusion

---

Devant des signes otologiques traînants, des explorations minutieuses doivent être de mise. Un cancer de l'oreille externe, quoique rare, n'est plus à méconnaître. Sa prise en charge est multidisciplinaire, mais son pronostic demeure encore réservé.



Figure 1 : Tumeur extériorisée au méat acoustique externe gauche

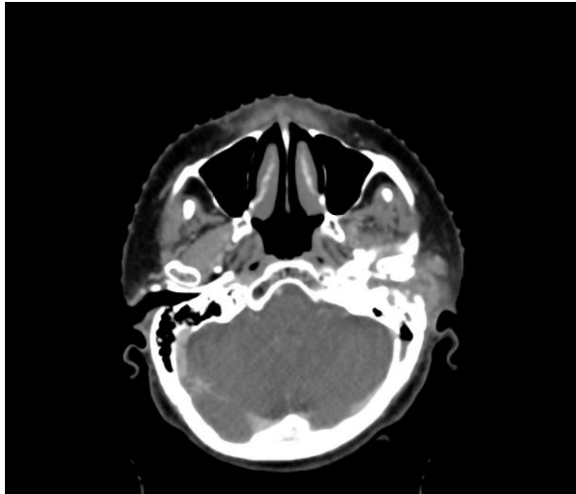


Figure 2 : TDM en coupe axiale montrant le processus tumoral du méat acoustique externe gauche

## Références

---

- 1- Bathokedeou A, Winga F. cancers primitifs oto-rhino-laryngologiques et cervico-maxillo-faciale : aspects épidémiologiques et histopathologiques. Pan Afr Med J. 2016; 25: 47.
- 2- Ouaz K, Robier A. Cancers du méat acoustique externe. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. 2013;130: 181-8.
- 3- Shengjuan Z, Tao Fu. Diagnosis and treatment of carcinoma in external auditory canal. Journal of otology. 2014; 9: 146-50.
- 4- Nyrop M, Grontved A. cancer of the external auditory canal. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128: 834-7.
- 5- Lobo D, Jose L. squamous cell carcinoma of the external auditory canal. Skull base. 2008; 18: 3.
- 6- Shrujal SB, Pinheiro LC. Causes of death in long-term survivors of head and neck cancer. Cancer. 2014; 120: 1507-13
- 7- Shuang X, Shuo Y. radiological findings of malignant tumors of external auditory canal. Medicine. 2015; 94: 35.
- 8- Ilangovan B, Stumpf J. Brachytherapy boost for a case of carcinoma of the external auditory canal. Journal of cancer research and therapeutics. 2015; 11:3.

- 9- Moody SA, Hirsch BE. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal. American Journal of Otology. 2000; 4: 582-8.
- 10- Jinhyun C, Se-Heon K. Tumor stage-related role of radiotherapy in patients with external auditory canal and middle ear carcinoma. Cancer retreat. 2017; 49: 178-84.