

Association d'*Aspergillus* et *Candida* dans l'otite externe nécrosante : à propos d'un cas.

M.Smida¹, H. Chouaieb¹, A.Mehrzi², S.Ismail¹ *, O. Ben Hmid¹, I. Khammari¹, A. Yaacoub¹, M.Abdelkafi², A. Fathallah¹

¹Laboratoire de Parasitologie-mycologie, CHU Farhat Hached, Sousse

²Service d'ORL, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction

L'otite externe nécrosante (OEN) est une infection invasive du conduit auditif externe. L'ostéomyélite peut s'étendre vers la base du crâne et atteindre le cerveau devenant létale. Sa présentation clinique n'est pas spécifique et l'isolement de l'agent responsable est difficile, ce qui pose un problème majeur dans le diagnostic et la prise en charge de cette affection.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 68 ans, diabétique au stade de complications dégénératives qui a consulté pour une otorrhée + céphalées. L'histoire de sa maladie remonte à 3 mois avant son admission, marquée par l'installation d'otalgies gauches et des céphalées parfois insomniantes ne répondants pas à une antibiothérapie locale et générale (Ciprofloxacine + Fortum) bien menée d'où son admission.

L'examen clinique n'a pas montré d'otorrhée, le conduit auditif externe était rétréci. L'examen sous microscope a mis en évidence la présence d'un polype. L'examen général a montré une mauvaise hygiène bucco-dentaire et une tuméfaction pré-auriculaire ferme de 8cm de grand axe douloureuse à la palpation.

La TDM des rochers a objectivé une lyse du tympan et des parois du CAE, une prolifération parapharyngée, une extension de l'infection vers l'articulation temporo-mandibulaire, une infiltration des parties molles en regard de l'espace parotidien, l'espace masticateur, l'espace vasculaire et de la graisse parapharyngée et un probable envahissement de la base du crâne en regard du foramen carotidien et jugulaire.

Des prélèvements auriculaires ont été faits les 3 jours suivant l'admission et répétés à deux reprises pendant une fenêtre thérapeutique. La patiente a été mise sous Ciprofloxacine + Tienam.

L'évolution clinique et biologique était défavorable sous traitement antibiotique. L'examen mycologique a permis l'isolement d'*Aspergillus sp* et *Candida krusei* sur plusieurs prélèvements. Le diagnostic d'une OEN d'origine fongique a été donc retenu.

La patiente a été mise sous Voriconazole. L'instauration du traitement antifongique a été accompagnée par une amélioration spectaculaire des signes cliniques et des marqueurs biologiques.

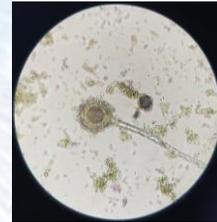


Fig 1. Aspect microscopique de la souche d'*Aspergillus sp.* isolée



Fig 2. Aspect d'un Krusei test positif : présence d'agglutination

Discussion et conclusion

Les OEN sont généralement d'origine bactérienne [1], mais on observe une augmentation de l'incidence de l'origine fongique. Il est crucial de toujours considérer l'éventualité d'une association de deux agents pathogènes, notamment *Aspergillus* et *Candida*, et de procéder à des examens mycologiques approfondis afin de les identifier. En effet, l'OEN peut être polymicrobienne et les associations sont fréquentes [1,2,3]. Des cultures mixtes champignon + levure ou champignon + bactérie sont possibles. Cette démarche vise à prévenir d'éventuelles complications susceptibles de compromettre le pronostic vital du patient.

Références

- 1.Mani R, Belcadhi M, Krifa N, Abdelkefi M, Ben Said M, Bouzouita K. Otites externes nécrosantes d'origine mycosique. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2008;125:40-5.
- 2.Halwani C, Mtibaa L, Hamdi ME, et al. A retrospective study of 43 cases of fungal malignant external otitis. Pan Afr Med J. 2022;41:287. Published 2022 Apr 8.
- 3.C. C. Blyth, L. Gomes, T. C. Sorrell, M. da Cruz, A. Sud and S. C.-A. Chen ; Skull-base osteomyelitis: fungal vs. bacterial infection ; Journal Compilation 2010 European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.