

# Pseudokyste du pavillon auriculaire

## *Pseudocyst of the auricle*

B. Hemmaoui<sup>1</sup>, H. Tamsamani<sup>1</sup>, M. Sahli<sup>1</sup>, N. Errami<sup>1</sup>, M. Moumni<sup>1</sup>, F. Benariba<sup>1</sup>

**L**es pseudokystes du pavillon de l'oreille sont une accumulation de liquide séreux translucide, parfois jaunâtre, dans les espaces cartilagineux de l'oreille. Cette affection rare est bénigne, indolore et fluctuante. La prise en charge peut devenir exaspérante en cas de récurrences répétées. Différentes attitudes thérapeutiques ont été décrites dans la littérature, sans qu'un consensus soit établi.

## Observation

Il s'agit d'un patient de 35 ans, sans antécédent de traumatisme ni d'infection, qui nous a été adressé par son médecin généraliste pour une tuméfaction de la face externe du pavillon de l'oreille droite (*figure 1*), qui est réapparue après 3 ponctions à des intervalles de 15 jours environ. Le patient avait déjà subi plusieurs examens biologiques et microbiologiques. L'étude biochimique n'était pas contributive, et le liquide, stérile.

Après infiltration de la peau à la lidocaïne, nous avons incisé le pseudokyste dans sa partie la plus bombée, de façon horizontale. Nous avons réalisé 2 contre-incisions de part et d'autre de cette incision horizontale, pour décoller le lambeau en formant une charnière supérieure (*figures 2 et 3*). De ce fait, en cas de reconstitution, le drainage de l'épanchement liquidien se ferait spontanément vers la partie déclive, donc vers l'extérieur, sans la possibilité de s'accumuler de nouveau. Nous avons cureté la loge jusqu'à atteindre le péri-chondre, puis, après lavage de la loge, nous avons procédé à la fermeture. Afin d'éviter la récurrence, nous avons positionné par des points transfixiants un fragment de drain épousant la forme de l'hélix (*figure 4*). Un pansement a été laissé en place jusqu'à l'ablation des fils. Une antibiothérapie, par association d'acide clavulanique et d'amoxicilline, a été prescrite. L'évolution a été favorable, et, après 18 mois, le patient n'avait pas présenté de récurrence (*figure 5*).

<sup>1</sup> Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat (Maroc).

## Discussion

La première utilisation du terme de pseudokyste du pavillon remonte à 1846, et elle est due à A. Hartmann(1). Par la suite, il a été décrit en 1966 par D. Engel (2). Plusieurs appellations lui ont été données (2) : kyste intracartilagineux, pseudokyste endochondral, chondromalacie kystique idiopathique, sérome (3). Ces pseudokystes sont retrouvés chez l'adulte jeune, exceptionnellement avant 20 ans ou après 60 ans. Ils sont principalement décrits chez des Chinois (2) et des individus à peau claire (4, 5), mais il semble qu'il n'y ait pas de prédisposition raciale ; des cas ont été rapportés au Japon (6, 4), en Inde (2, 3, 7-10) et aux États-Unis (5, 1).

Cliniquement, les pseudokystes se développent en 4 et 12 semaines, formant une voussure indolore de la partie antérieure du pavillon d'un diamètre compris entre 1 et 5 cm. Leur emplacement varie entre la fossette scaphoïde, la fossette triangulaire et la région conchale. L'oreille droite est celle qui est la plus souvent atteinte. Dans 13 % des cas, l'atteinte est bilatérale et rarement simultanée (2).

La ponction permet d'affaïsser complètement les pseudokystes, en aspirant un liquide clair ou jaunâtre ayant une consistance semblable à celle de l'huile d'olive.

L'étiopathogénie de ces pseudokystes n'est pas connue. Selon certains auteurs (4), il s'agit d'une maladie dégénérative du cartilage associée à un gonflement de l'oreille externe provoqué par l'accumulation de fluide visqueux dans le cartilage. Pour d'autres, les pseudokystes seraient imputables à la répétition de micro-traumatismes, comme l'utilisation d'oreillers durs, de casques, d'écouteurs, de légers frottements ou de petites tractions (5, 1). Ces facteurs entraîneraient une dégénérescence du cartilage et la libération d'enzymes lysosomiques provoquant une dilatation progressive jusqu'à la formation de pseudokystes dans le cartilage auriculaire. Il y aurait une seconde hypothèse selon laquelle une dysplasie cartilagineuse embryonnaire congénitale serait un facteur prédisposant dans le développement de ces pseudokystes (11). Dans la littérature, les traitements évoqués sont variés : ponctions évacuatrices, incisions, drainages avec ou sans drain (8), compressions par boutonnage (2), prothèses sur mesure (1),



▲ Figure 1. Vue de profil montrant une tuméfaction aux dépens du pavillon de l'oreille droite.

▼ Figure 2. Vue peropératoire après aspiration du contenu du kyste.



▼ Figure 3. Procédure de la mise en place d'un fragment d'un drain de Redon pour conserver l'aspect original du pavillon.



▲ Figure 4. Vue à la fin de l'intervention montrant le fragment du drain en place.



▲ Figure 5. Contrôle 18 mois plus tard.

bandage mastoïdien compressif, administration de corticoïdes p.o., injections de corticoïdes, d'iode, d'acide trichloroacétique ou de minocycline (4). Ces méthodes ont un taux de réussite qui reste très raisonnable, mais des complications peuvent survenir. En l'absence de prise en charge, ces pseudokystes peuvent entraîner une déformation définitive du pavillon. C'est pour cela que nous avons essayé d'associer plusieurs principes déjà cités en les adaptant à notre patient. L'incision avec confection d'un volet à charnière supérieure nous semblait la mieux adaptée, d'autant que la fermeture de l'incision a été faite par des points séparés permettant le drainage spontané de toute éventuelle récurrence précoce. La région a été lavée à la polyvidone iodée et curetée sur toute la surface du périchondre exposé. L'utilisation d'un fragment de drain maintenu par des points transfixants a permis de comprimer

le volet afin d'éviter un nouveau décollement, tout en modelant le contour de l'hélix.

### Conclusion

Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge des pseudokystes du pavillon. Cependant, les auteurs s'accordent sur le principe d'un évidement pour éviter une déformation ultérieure. Notre méthode s'est inspirée des principes de base déjà cités dans la littérature (drainage, compression, corticoïdes) en les combinant. D'autant qu'il s'agissait d'une quatrième récurrence pour notre patient. ■

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.*

### Références bibliographiques

1. Paul AY, Pak HS, Welch ML et al. Pseudocyst of the auricle: diagnosis and management with a punch biopsy. *J Am Acad Dermatol* 2001;45: S230-2.
2. Salgado CJ, Hardy JE, Mardini S et al. Treatment of auricular pseudocyst with aspiration and local pressure. *JPRAS* 2006;59:1450-2.
3. Oyama N, Satoh M, Iwatsuki K et al. Treatment of recurrent auricle pseudocyst with intralésional injection of minocycline: a report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:554-6.
4. Ng W, Kikuchi Y, Chen X et al. Pseudocysts of the auricle in a young adult with facial and ear atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:858-61.
5. Kanotra SP, Lateef M. Pseudocyst of pinna: a recurrence-free approach. *Am J Otolaryngol* 2009;30:73-9.
6. Prasad KC, Karthik S, Prasad SC. A comprehensive study on lesions of the pinna. *Am J Otolaryngol* 2005;26:1-6.
7. Job A, Raman R. Medical management of pseudocyst of the auricle. *J Laryngol Otol* 1992;106:159-61.
8. Ramadass T, Ayyaswamy G. Pseudocyst of auricle: etiopathogenesis, treatment update and literature review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;58:156-9.
9. Hegde R, Bhargava S, Bhargava KB. Pseudocyst of the auricle: a new method of treatment. *J Laryngol Otol* 1996;110:767-9.
10. Ramalingam R, Ramalingam KK, Menon R. Pseudocyst of the auricle: a new method of treatment. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;50:172-4.
11. Tan BY, Hsu PP. Auricular pseudocyst in the tropics: a multi-racial Singapore experience. *J Laryngol Otol* 2004;118(3):185-8.