



Collège des Universitaires
de Maladies
Infectieuses et Tropicales

DES Pathologies infectieuses et tropicales
Thématique N° 8 – Infections ORL, stomato, OPH
Jeudi 26 mars 2026

Ostéites de la base du crâne (hors mucormycoses)

Florent Valour

Service des maladies infectieuses et tropicales – CRIOAc
Hospices Civils de Lyon

CIRI, INSERM U1111 – Faculté de médecine Lyon Sud Charles Mérieux
Université Claude Bernard Lyon 1

florent.valour@chu-lyon.fr



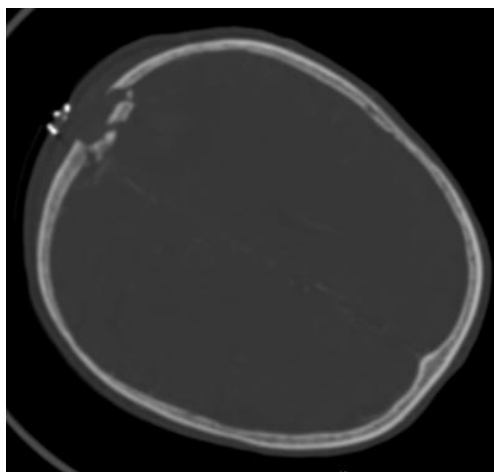
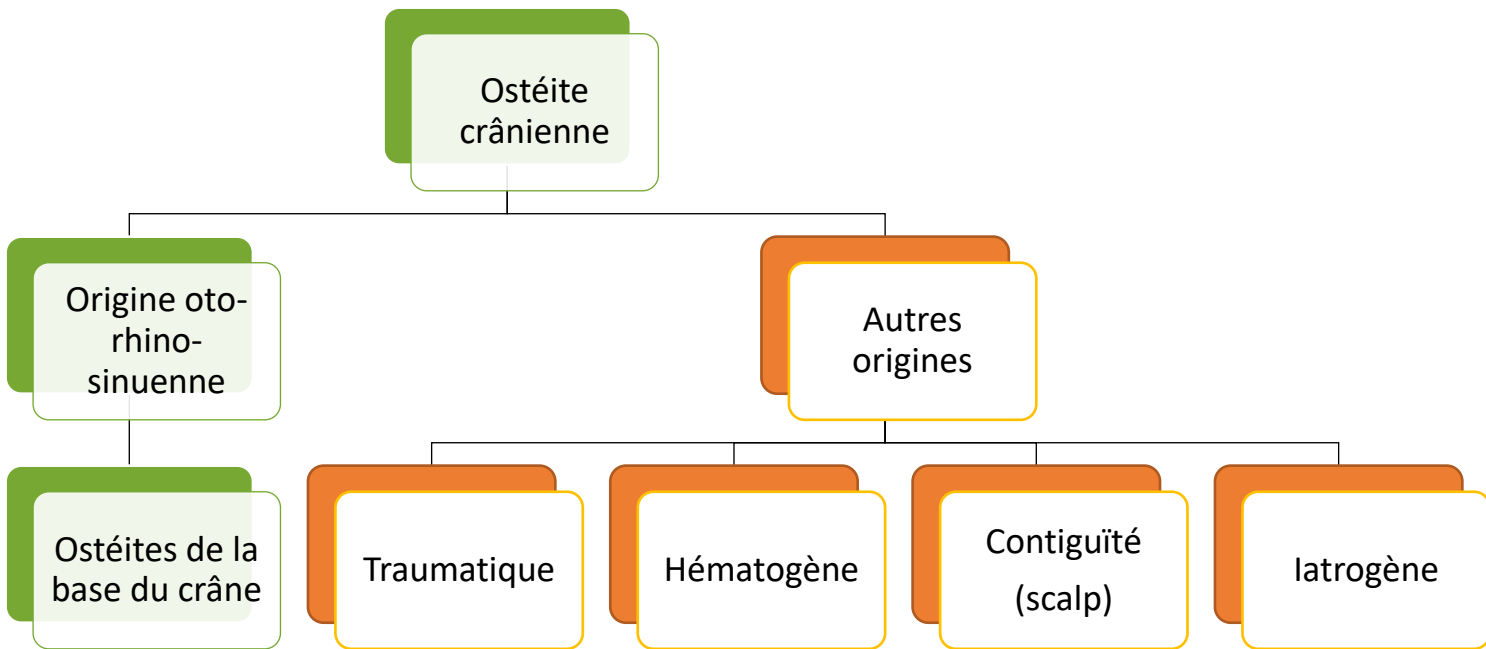
Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

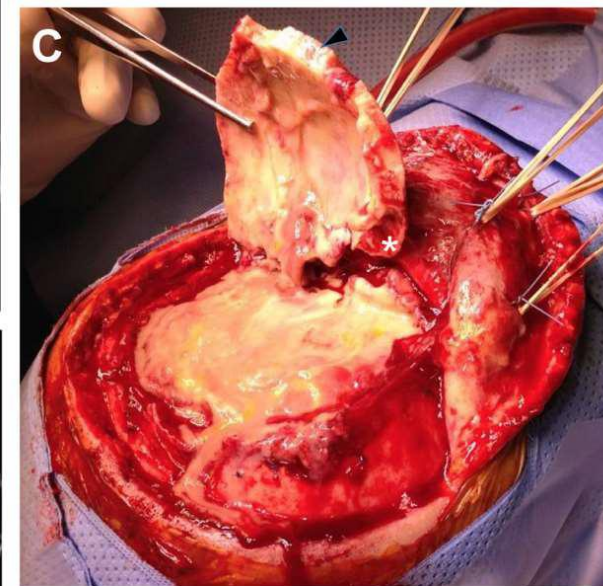
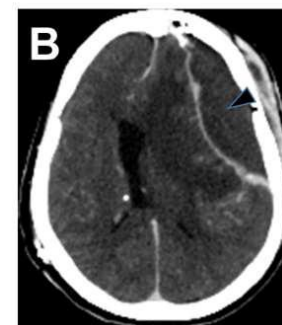
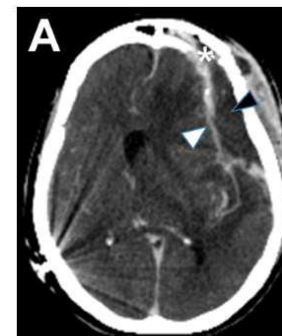
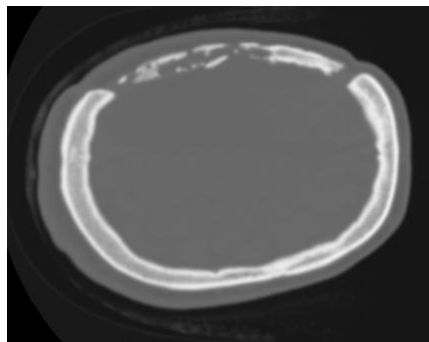
Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation

Quel diagnostic suspecter ?

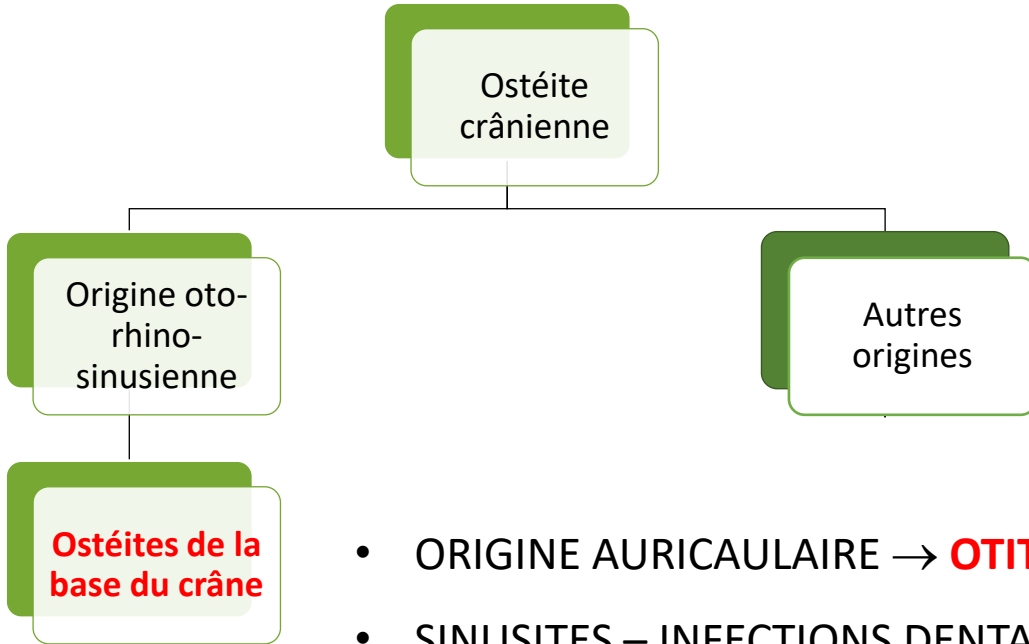
Cadres nosologiques



50 ans – Plaie crânio-cérébrale avec embarrure
Ostéite chronique / inoculation à *S. aureus*

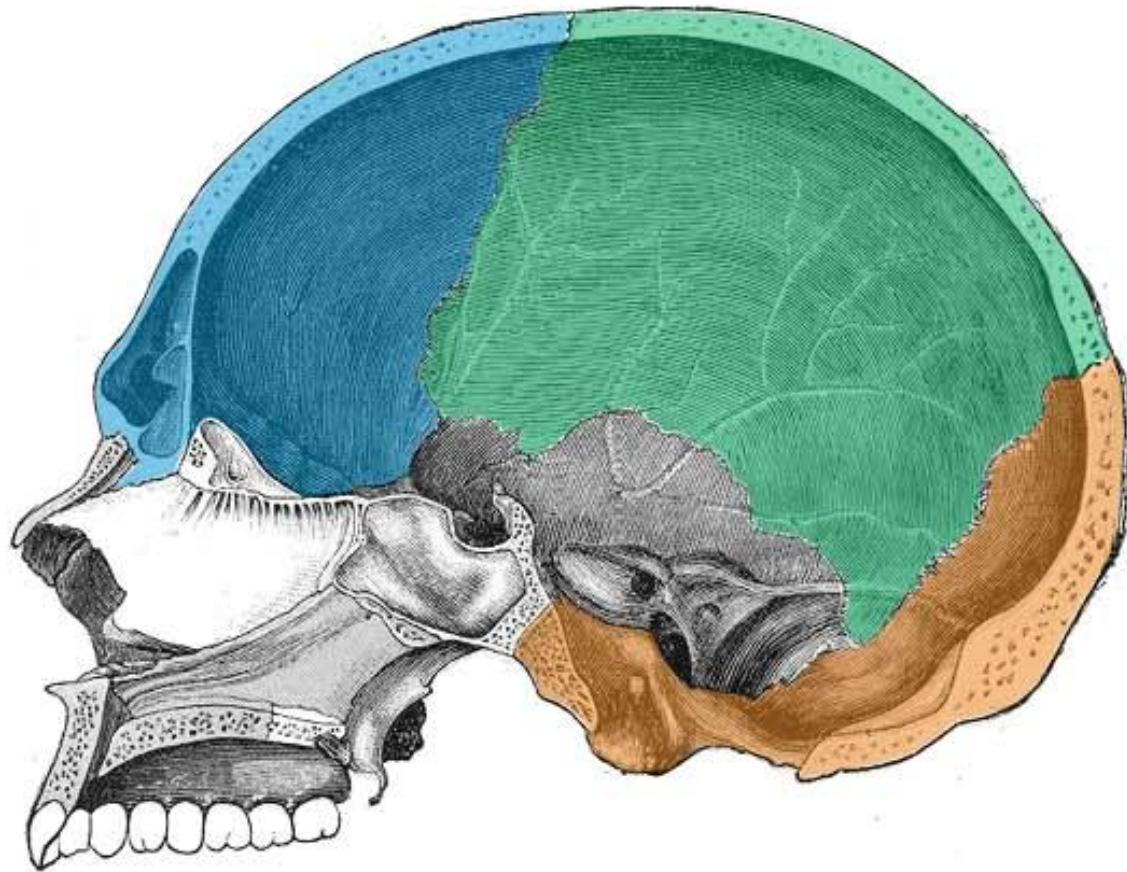


Cadres nosologiques



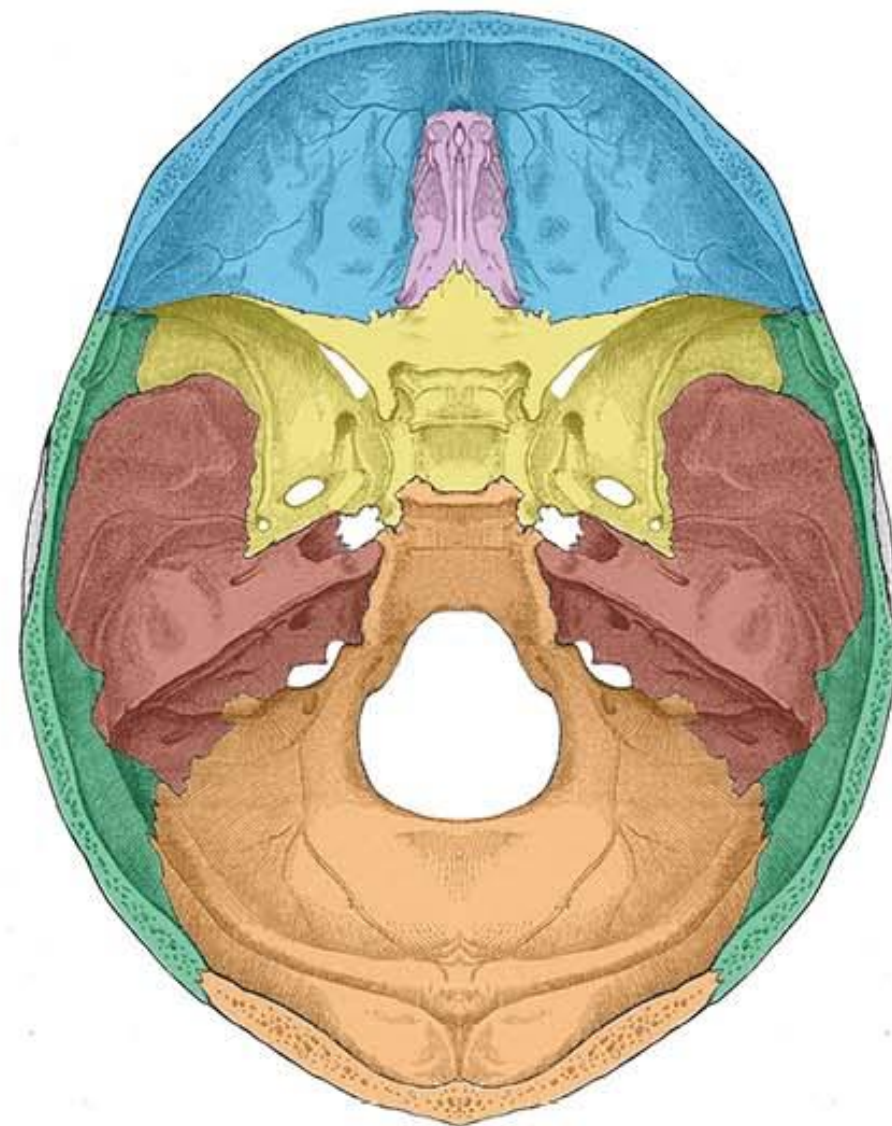
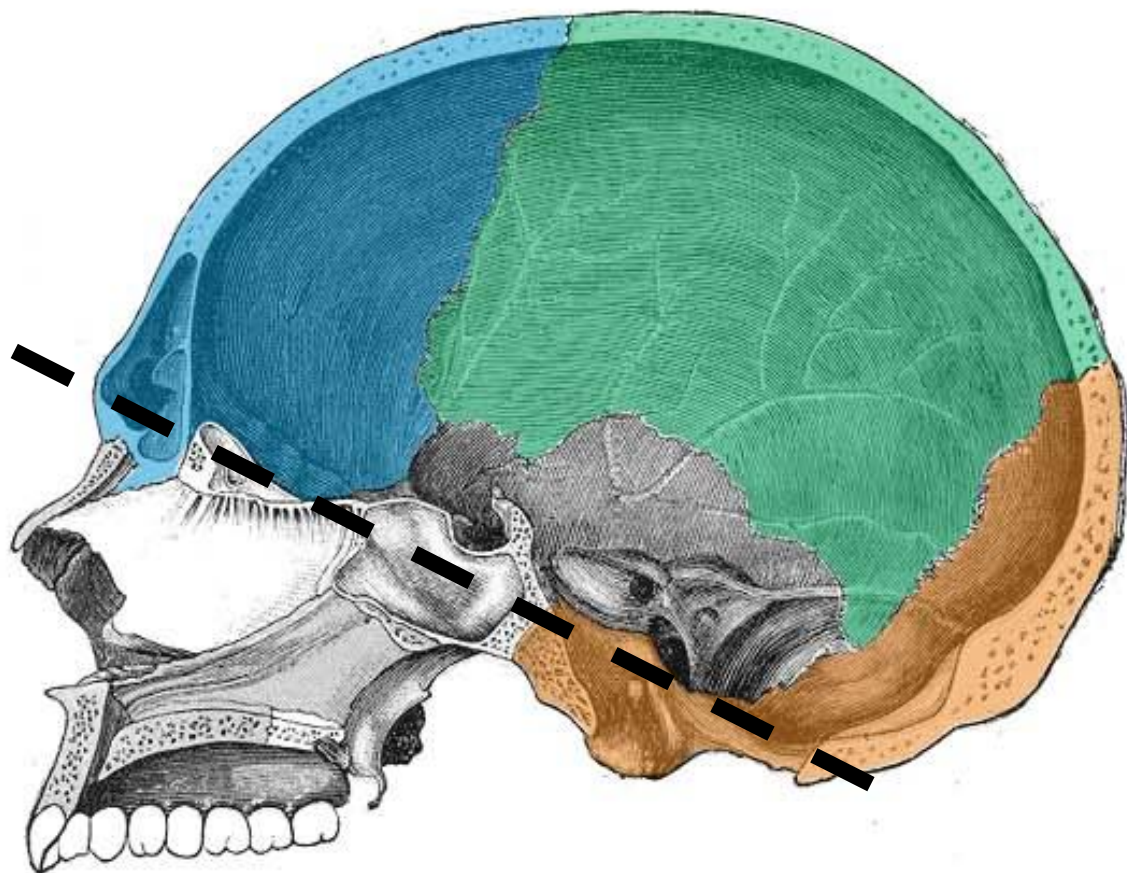
- ORIGINE AURICULAIRE → **OTITE EXTERNE NECROSANTE** (« otite maligne externe »)
- SINUSITES – INFECTIONS DENTAIRES → OSTEITES CENTRALES DE LA BASE DU CRÂNE

Rappels anatomiques



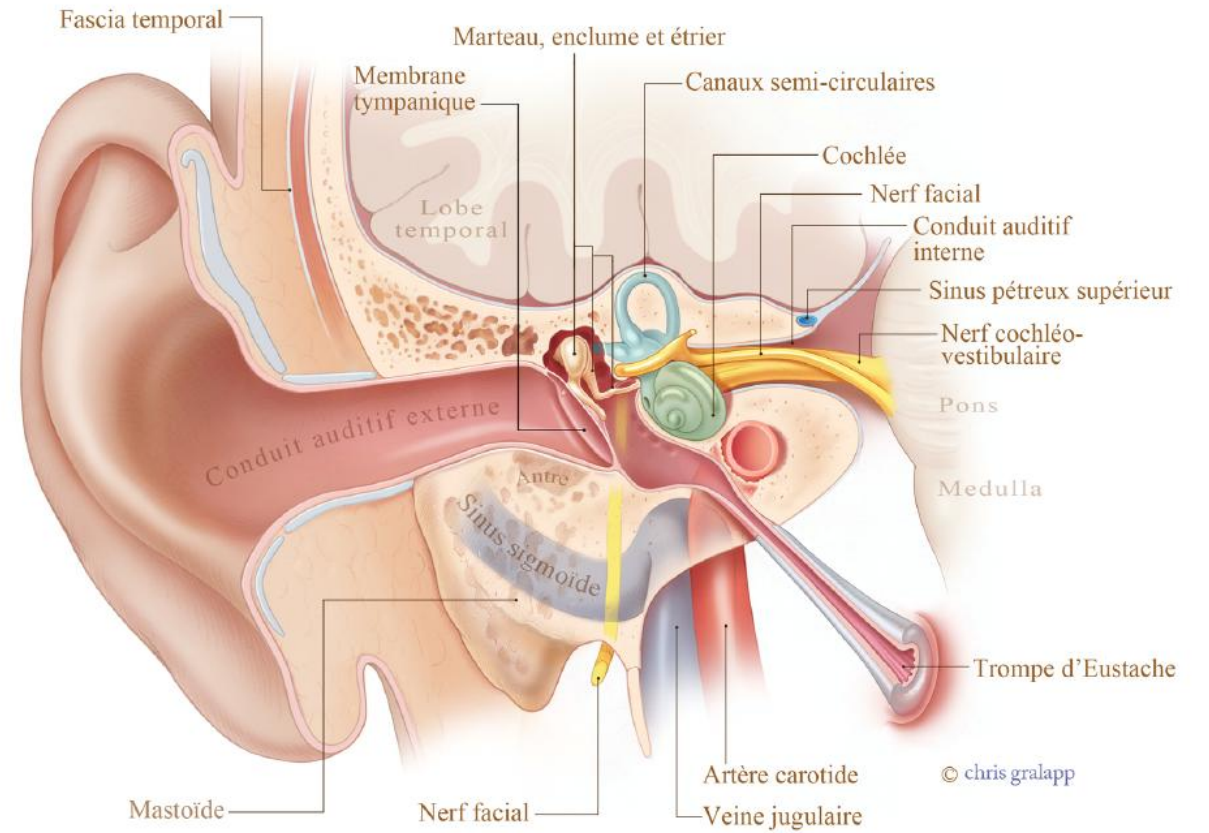
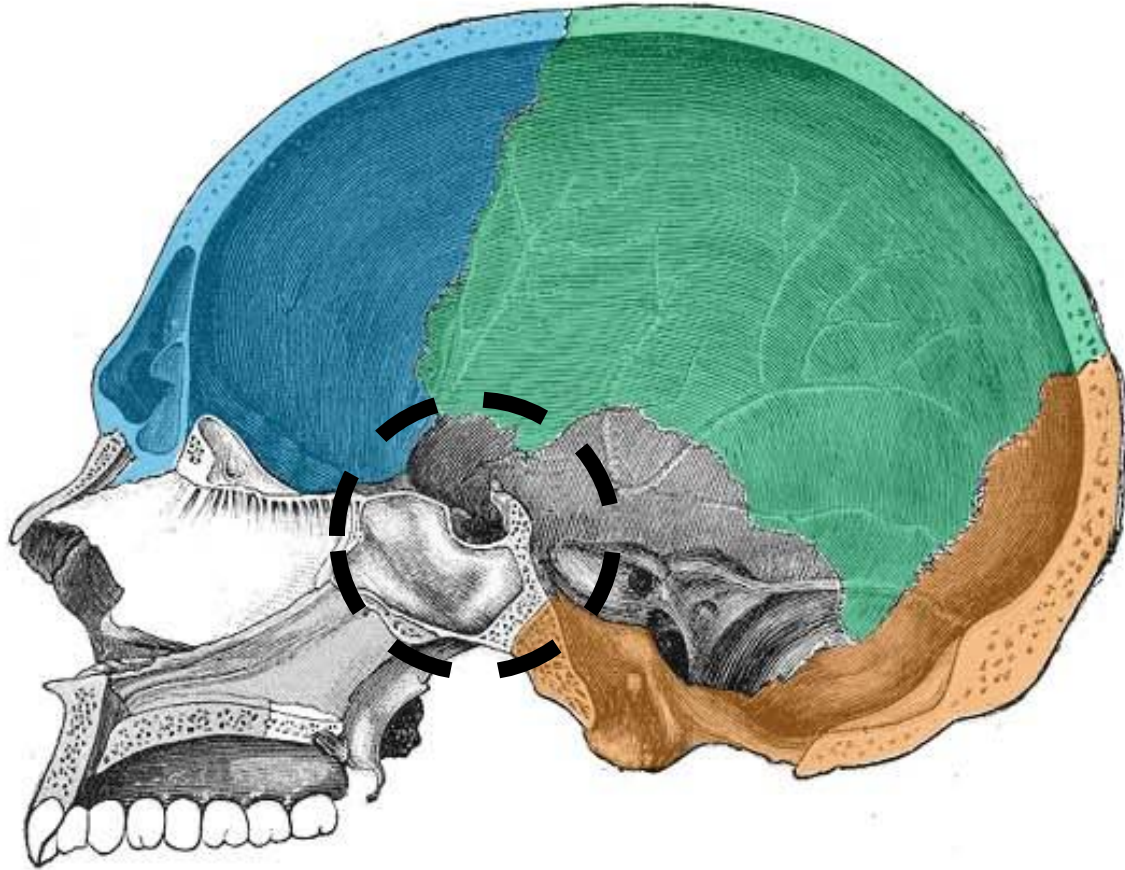
- Frontal
- Sphenoid
- Temporal
- Parietal
- Occipital
- Ethmoid

Rappels anatomiques

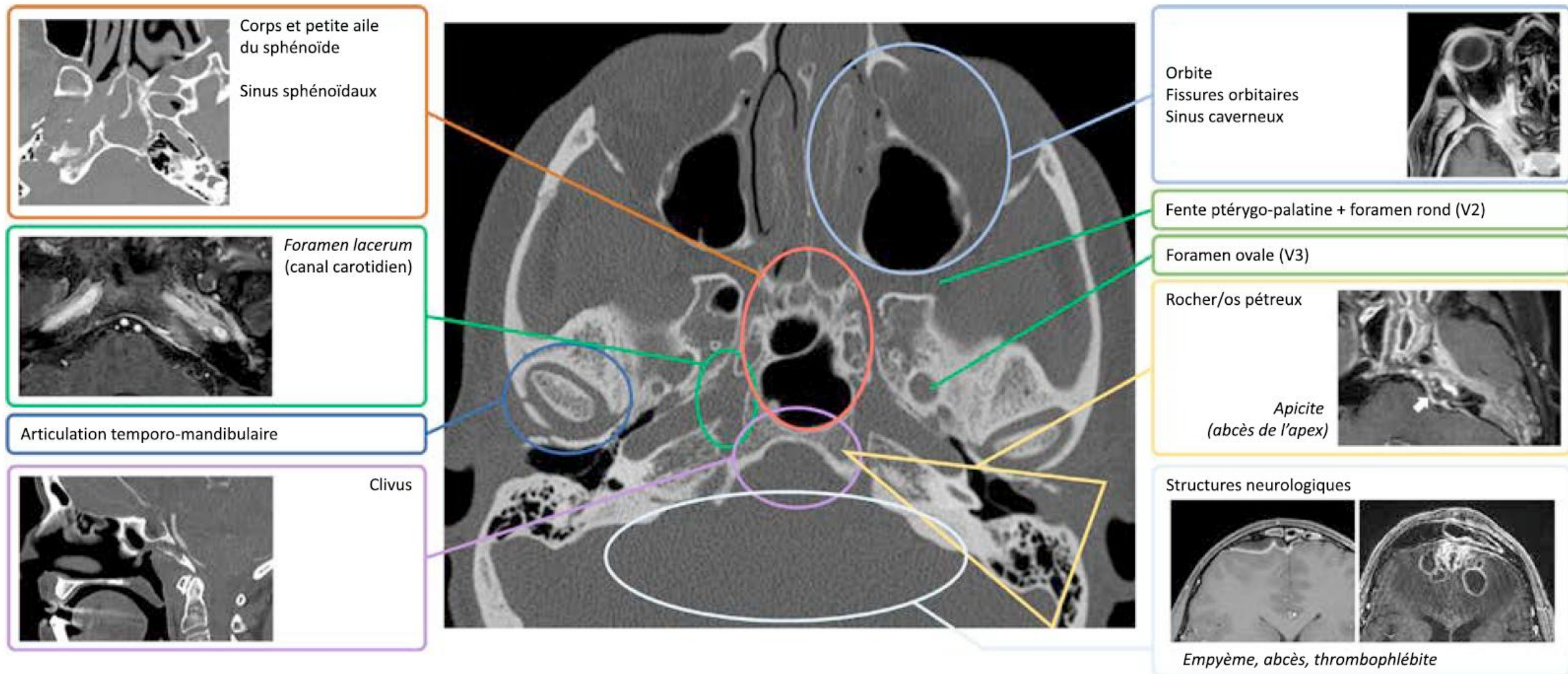


- Frontal
- Sphenoid
- Temporal
- Parietal
- Occipital
- Ethmoid

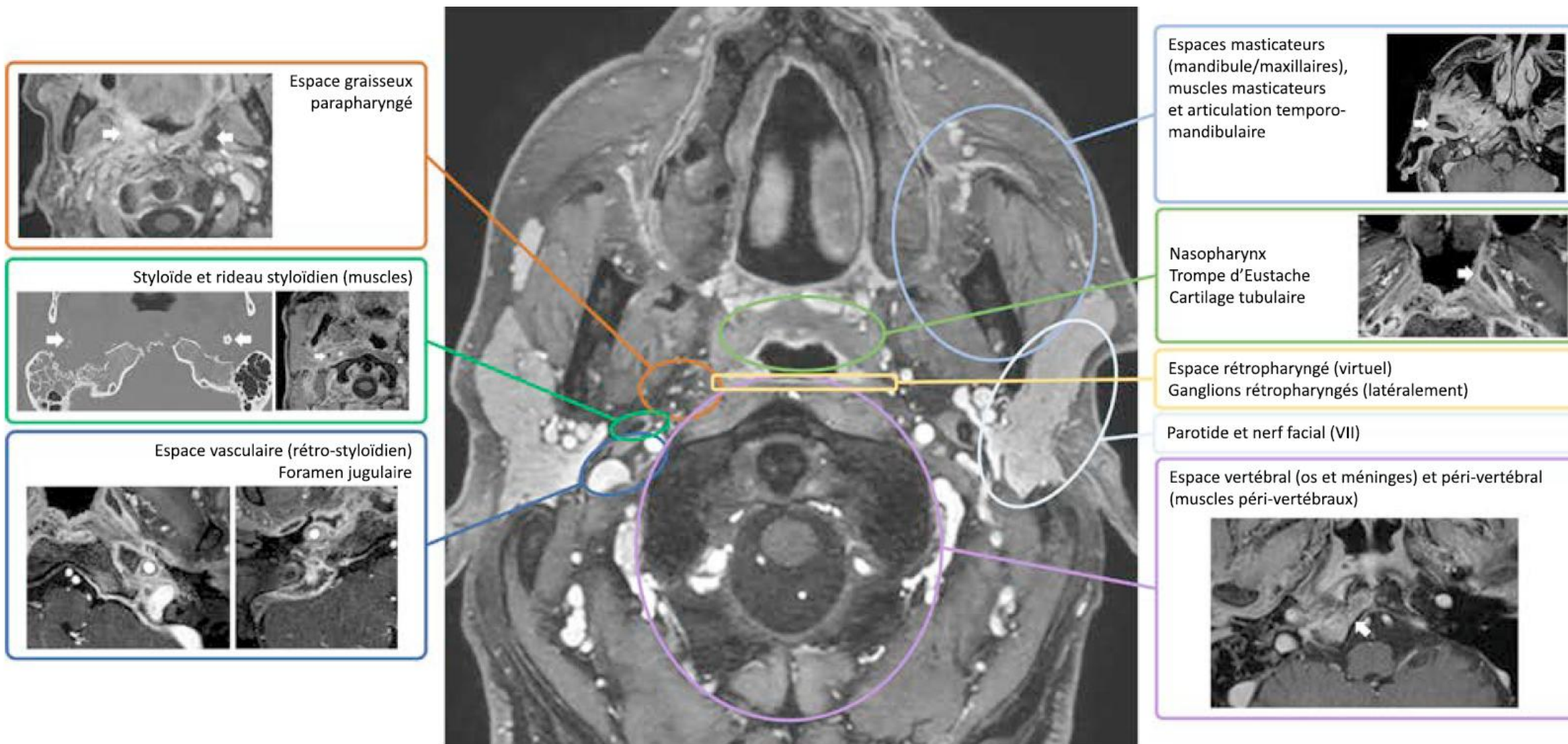
Rappels anatomiques



Radio-anatomie (scanner) : base du crâne



Radio-anatomie (IRM) : espaces profonds de la face



Otite externe nécrosante : épidémiologie

Incidence : 0,2 / 100 000 / an

Systematic review of the diagnosis and management of necrotising otitis externa: Highlighting the need for high-quality research

Junko Takata^{1,2} | Michael Hopkins³ | Victoria Alexander⁴ |
Oliver Bannister^{5,6} | Lucy Dalton⁷ | Laura Harrison⁸ | Emily Groves^{9,10}
Hala Kanona¹¹ | Gwennan Llwyd Jones¹² | Hassan Mohammed¹³ |
Monique I. Andersson^{5,14} | Susanne H. Hodgson^{5,15,16}

	Number of articles	Number of patients	% of patients with risk factor
Risk factor/associated co-morbidity			
Male sex	48	1776	68%
Diabetes mellitus (DM)	41	1668	84%
Insulin-dependent diabetes	11	300	42%
Immunosuppression ^a	16	994	6%
No DM, old age, or immunosuppression	21	1130	10%
Chronic kidney disease	10	437	18%
Hypertension	8	392	40%
Cardio/cerebrovascular disease	13	537	42%
Foreign body/instrumentation ^b	5	141	17%
Water exposure/ear syringing ^c	4	134	11%
Hearing aid use	4	136	18%

Otite externe nécrosante : épidémiologie

Incidence : 0,2 / 100 000 / an

SEXE MASCULIN

Sex ratio 2,2-4/1



AGE

Âge médian 75 ans



DIABETE

60-90%



AUTRES IMMUNODEPRESSIONS : VIH, corticothérapie, hypogammaglobulinémie

Otite externe nécrosante : présentation clinique

OTITE EXTERNE NECROSANTE

Otalgie (96%)
Otorrhées (78%)
Hypoacousie (36%)
Douleurs ATM

Fièvre rare (7%)

CAE : otite externe, tissus
de granulation, polype



Otite externe nécrosante : présentation clinique

OTITE EXTERNE NECROSANTE → **OSTEITE CHRONIQUE DE LA BASE DU CRÂNE**

Otalgie (96%)
Otorrhées (78%)
Hypoacousie (36%)
Douleurs ATM

Fièvre rare (7%)

CAE : otite externe, tissus
de granulation, polype



Céphalées (36%)

Paralysies nerfs crâniens
VII +++ (20-25%)
VI, IX, X, XI (atteinte du clivus)

Complications (thrombose,
méningite, abcès, otorragie ...)

CAE : normal

Otite externe nécrosante : présentation clinique

OTITE EXTERNE NECROSANTE → **OSTEITE CHRONIQUE DE LA BASE DU CRÂNE**

Otalgie (96%)
Otorrhées (78%)
Hypoacousie (36%)
Douleurs ATM
Fièvre rare (7%)

CAE : otite externe, tissus
de granulation, polype



OTITE EXTERNE NON RESOLUTIVE (> 2 sem)
OTALGIES INSOMNIANTES
DIABETE

Céphalées (36%)

Paralysies nerfs crâniens
VII +++ (20-25%)
VI, IX, X, XI (atteinte du clivus)

Complications (thrombose,
méningite, abcès, otorragie ...)

CAE : normal

Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation

Que(s) examen(s) d'imagerie ?

Otite externe nécrosante : imagerie

Objectifs

- Diagnostic positif : ostéolyse +++, infiltration tissus mous
- Bilan d'extension
- Complications loco-régionale dont vasculaires
- Diagnostic différentiel tumoral

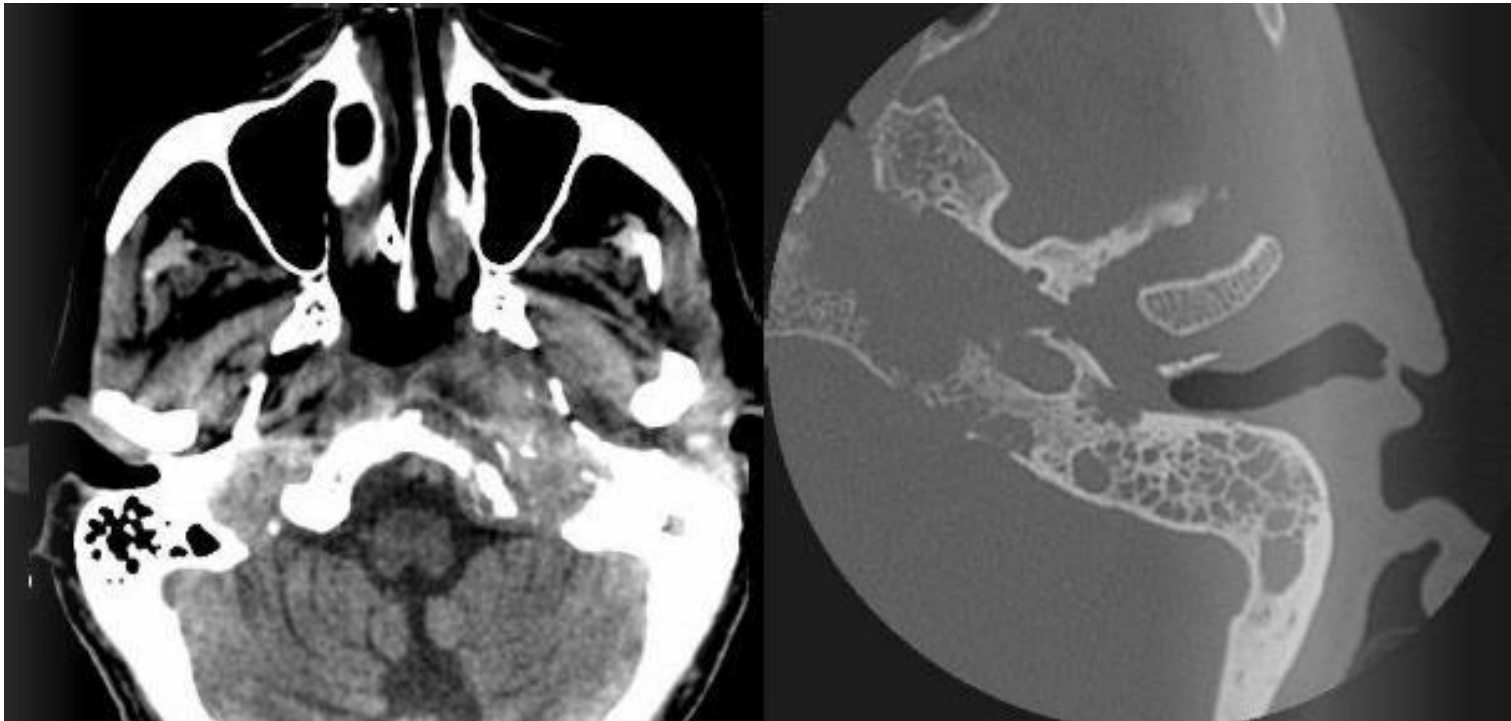
TDM +/- IRM

Otite externe nécrosante : imagerie

Objectifs

- Diagnostic positif : ostéolyse +++, infiltration tissus mous
- Bilan d'extension
- Complications loco-régionale dont vasculaires
- Diagnostic différentiel tumoral

TDM +/- IRM



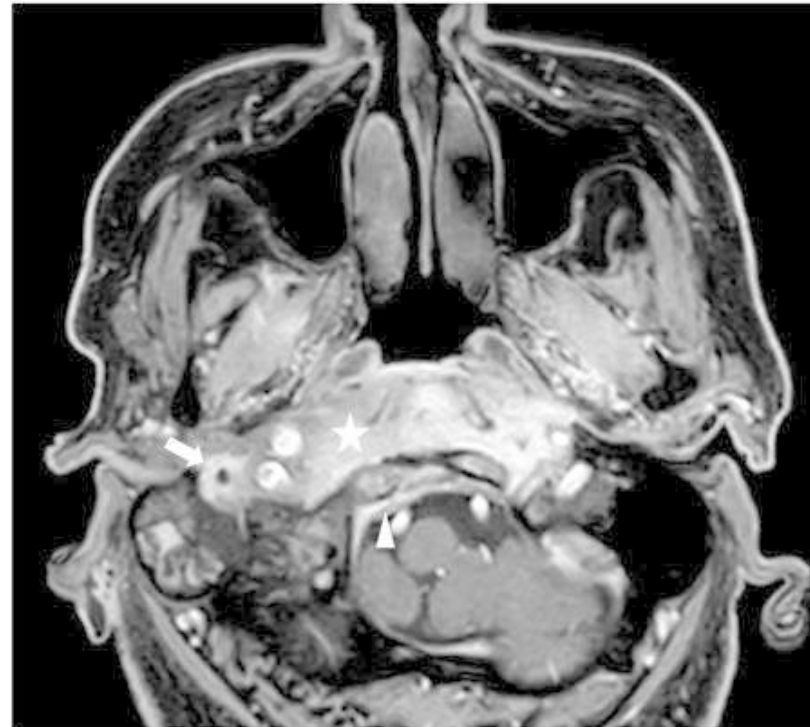
OME + OCBC
Lyse du clivus

Otite externe nécrosante : imagerie

Objectifs

- Diagnostic positif : ostéolyse +++, infiltration tissus mous
- Bilan d'extension
- Complications loco-régionale dont vasculaires
- Diagnostic différentiel tumoral

TDM +/- IRM



OEN avec atteinte
. styloïde (flèche)
. clivus et espace
rétroclival (tête flèche)
. espace pré-vertébral
(étoile)

Otite externe nécrosante : imagerie

Objectifs

- Diagnostic positif : ostéolyse +++, infiltration tissus mous
- Bilan d'extension
- Complications loco-régionale dont vasculaires
- Diagnostic différentiel tumoral

TDM +/- IRM

Imagerie nucléaire

- Scintigraphie osseuse : peu spécifique, Se 71-85%, faible résolution, non évalué pour le suivi
- Leucocytes marqués : peu évaluée
- PET-TDM : Se 97%, Sp 93%, VPP 98%, VPN 98%

Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation



TDM : comblement du CAE, lyse de l'os tympanal et du processus styloïde

Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation



TDM : comblement du CAE, lyse de l'os tympanal et du processus styloïde

Quel(s) prélèvement(s) microbiologique(s) ?

Otite externe nécrosante : microbiologie

- Prélèvement CAE : écoulement, tissu de granulation, polype (contributif si *P. aeruginosa*)
- Biopsies osseuses chirurgicales : rarement réalisables

Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation



TDM : comblement du CAE, lyse de l'os tympanal et du processus styloïde

Quelle antibiothérapie probabiliste ?

Otite externe nécrosante : microbiologie

- Prélèvement CAE : écoulement, tissu de granulation, polype (contributif si *P. aeruginosa*)
- Biopsies osseuses chirurgicales : rarement réalisables

Pseudomonas aeruginosa

Staphylococcus aureus

Entérobactéries

Candida

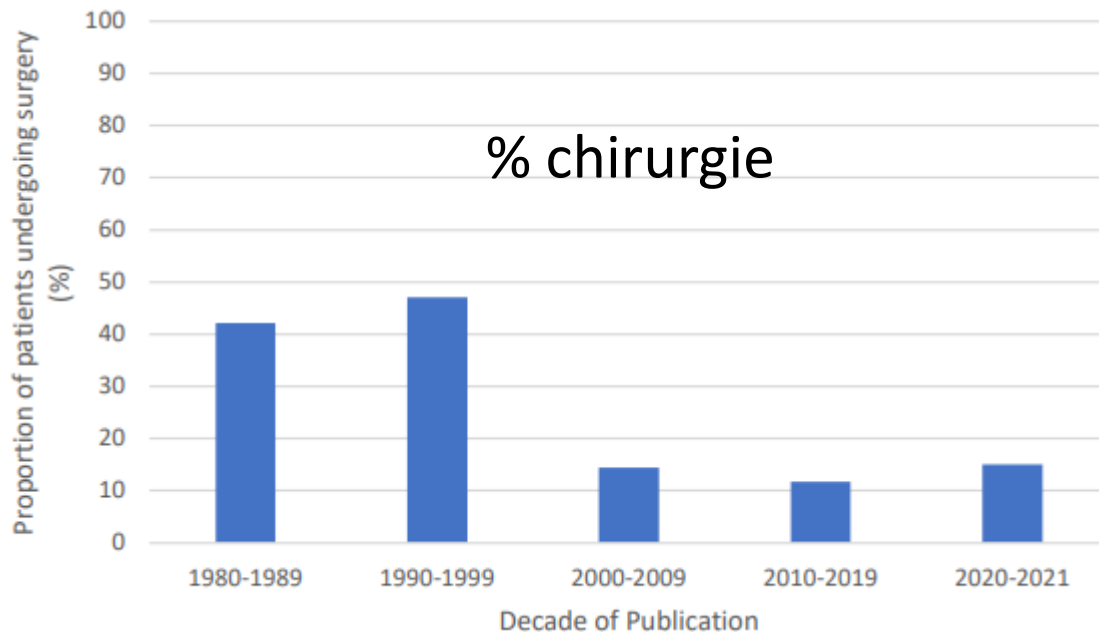
Aspergillus

...

Pathogen	Number of patients	% of patients (n = 967)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	603	62%
<i>Staphylococcus aureus</i>	62	6%
Fungi	84	9%
<i>Aspergillus</i> species	31	3%
<i>Candida</i> species	39	4%
Enterobacteriaceae, unspecified	19	2%
<i>Klebsiella</i> species	21	2%
<i>Proteus</i> species	15	2%
<i>Enterobacter</i> species	6	1%
<i>Serratia</i> species	2	0.2%
<i>Escherichia coli</i>	12	1%
<i>Streptococcus</i> species	6	1%
Other	60	6%
No organism identified	131	14%

Otite externe nécrosante : prise en charge

Principalement MEDICALE – Non codifiée, données descriptives




Peu d'impact de la chirurgie

- Peu de bénéfice sur la documentation/chgmt ATB
- Pas d'impact sur la mortalité
- Réduction de la durée de symptômes ?

Reassessing the Utility of Surgical Intervention for Skull Base Osteomyelitis: A 16-Year Experience

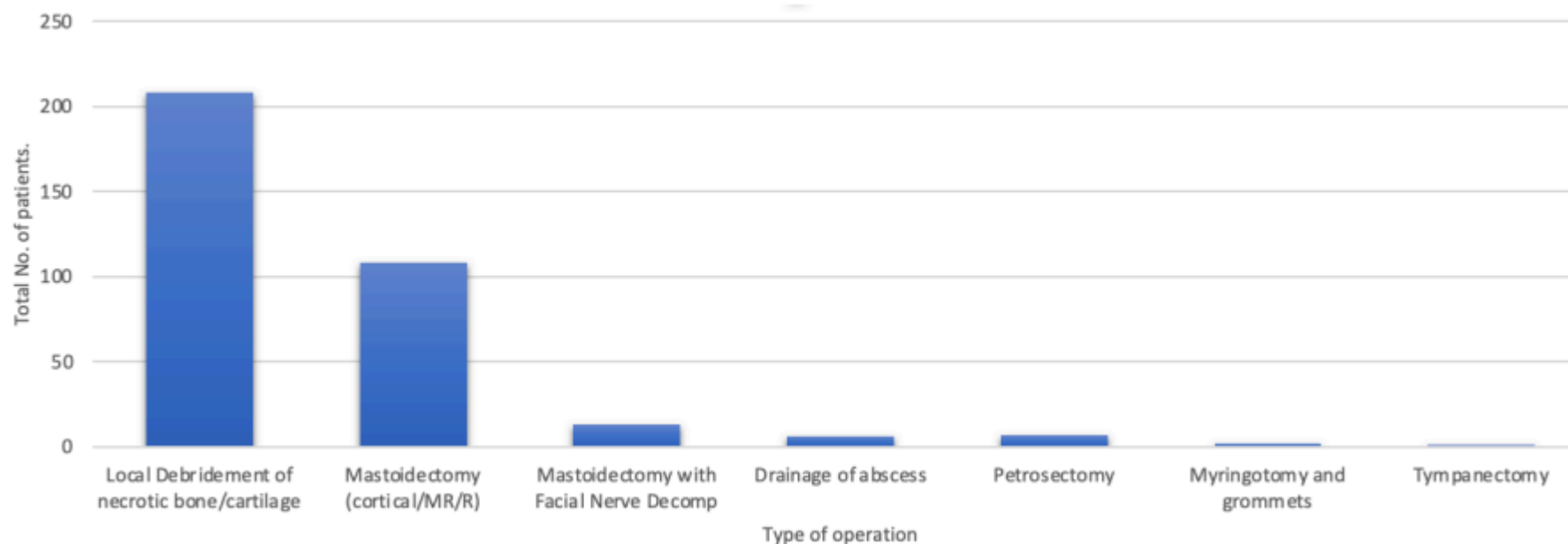
Beatrice C. Go, MD¹, Kevin Wong, MD¹,
Steven J. Eliades, MD, PhD², Jason A. Brant, MD^{1,3},
Douglas C. Bigelow, MD¹, Michael J. Ruckenstein, MD¹, and
Tiffany P. Hwa, MD¹

Current Indications for Surgical Intervention With Lateral Skull Base Osteomyelitis

Kevin Wong, MD ; Swar Vimawala, MD; Michael J. Ruckenstein, MD

Otite externe nécrosante : prise en charge

Principalement MEDICALE – Non codifiée, données descriptives



Role of surgery along with antimicrobials in refractory skull base osteomyelitis—A prospective observational study

Bini Faizal ✉, Lakshmi Nair, Jayanthi Pavithran,

Chirurgie en 2nd ligne, si mauvaise réponse à 4 sem
Meilleure évolution qu'en l'absence de chirurgie

Otite externe nécrosante : prise en charge

Principalement MEDICALE – Non codifiée, données descriptives

BETA-LACTAMINE ANTI-PSEUDOMONAS

CIPROFLOXACINE +++

Guérison historique :

- 1970 : 50%
- Béta-lactamines : 80%
- Ciprofloxacine : > 90%

Intérêt d'une bithérapie ? Durée de bithérapie ? Durée totale de traitement ?

ATB TOPIQUE : aucun intérêt

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARRE

Efficacité non démontrée – A discuter pour les formes réfractaires

Monsieur C* – 84 ans
Diabète de type 2 (HbA1c 9%)

Tableau d'otite externe traitée pas gouttes auriculaires (ofloxacine, polydexa) puis pristinamycine depuis mai 2022

Sept 2022 : consulte en urgence pour paralysie faciale droite complète
Apyrétique – Hypoacousie – pas de vertiges
Otoscopie : CAE inflammatoire +++, tissus de granulation



TDM : comblement du CAE, lyse de l'os tympanal et du processus styloïde
Prélèvements locaux : *Pseudomonas aeruginosa*

Antibiothérapie par CEFTAZIDIME + CIPROFLOXACINE


A 6 semaines de traitement : persistance mais amélioration des douleurs
PFP persistante à l'identique

IRM de contrôle : persistance mais amélioration des tissus mous

Décision de poursuite de l'antibiothérapie par CIPROFLOXACINE en monothérapie pour 3 mois

Otite externe nécrosante : prise en charge

Necrotizing external otitis: analysis of relapse risk factors in 66 patients managed during a 12 year period

William Danjou ^{1*}, Paul Chabert¹, Thomas Perpoint¹, Pierre Pradat², Patrick Miaillhes¹, André Boibieux¹, Agathe Becker¹, Carine Fuchsmann³, Frédéric Laurent⁴, Stephane Tringali^{5,6}, Sandrine Roux¹, Claire Triffault-Fillit¹, Florent Valour^{1,6,7} and Tristan Ferry^{1,6,7} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group†

Chirurgie : 12%

Bithérapie initiale : 95%


- béta-lactamine : 100%
- Ciprofloxacine : 68%

Durée béta-lactamine : 7,5 sem (6-11)

Durée totale de traitement : 10 sem (6-14)

Otite externe nécrosante : prise en charge

Necrotizing external otitis: analysis of relapse risk factors in 66 patients managed during a 12 year period

William Danjou ^{1*}, Paul Chabert¹, Thomas Perpoint¹, Pierre Pradat², Patrick Miaillhes¹, André Boibieux¹, Agathe Becker¹, Carine Fuchsmann³, Frédéric Laurent⁴, Stephane Tringali^{5,6}, Sandrine Roux¹, Claire Triffault-Fillit¹, Florent Valour^{1,6,7} and Tristan Ferry^{1,6,7} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group†

Chirurgie : 12%

4 décès (non liés à l'infection)

Bithérapie initiale : 95%

- béta-lactamine : 100%
- Ciprofloxacine : 68%

25% de récurrence

FR : OEN fongique (aHR 10,8 – $p=0,01$)


Durée béta-lactamine : 7,5 sem (6-11)

Durée ATB : aHR 0,8/sem ($p=0,01$)

Durée totale de traitement : 10 sem (6-14)

Otite externe nécrosante : prise en charge

Necrotizing external otitis: analysis of relapse risk factors in 66 patients managed during a 12 year period

William Danjou ^{1*}, Paul Chabert¹, Thomas Perpoint¹, Pierre Pradat², Patrick Miaillhes¹, André Boibieux¹, Agathe Becker¹, Carine Fuchsmann³, Frédéric Laurent⁴, Stephane Tringali^{5,6}, Sandrine Roux¹, Claire Triffault-Fillit¹, Florent Valour^{1,6,7} and Tristan Ferry^{1,6,7} on behalf of the Lyon Bone and Joint Infection Study Group†

Chirurgie : 12%

Bithérapie initiale : 95%

- béta-lactamine : 100%
- Ciprofloxacine : 68%

Durée béta-lactamine : 7,5 sem (6-11)

Durée totale de traitement : 10 sem (6-14)

Données littérature :

Mortalité 10%

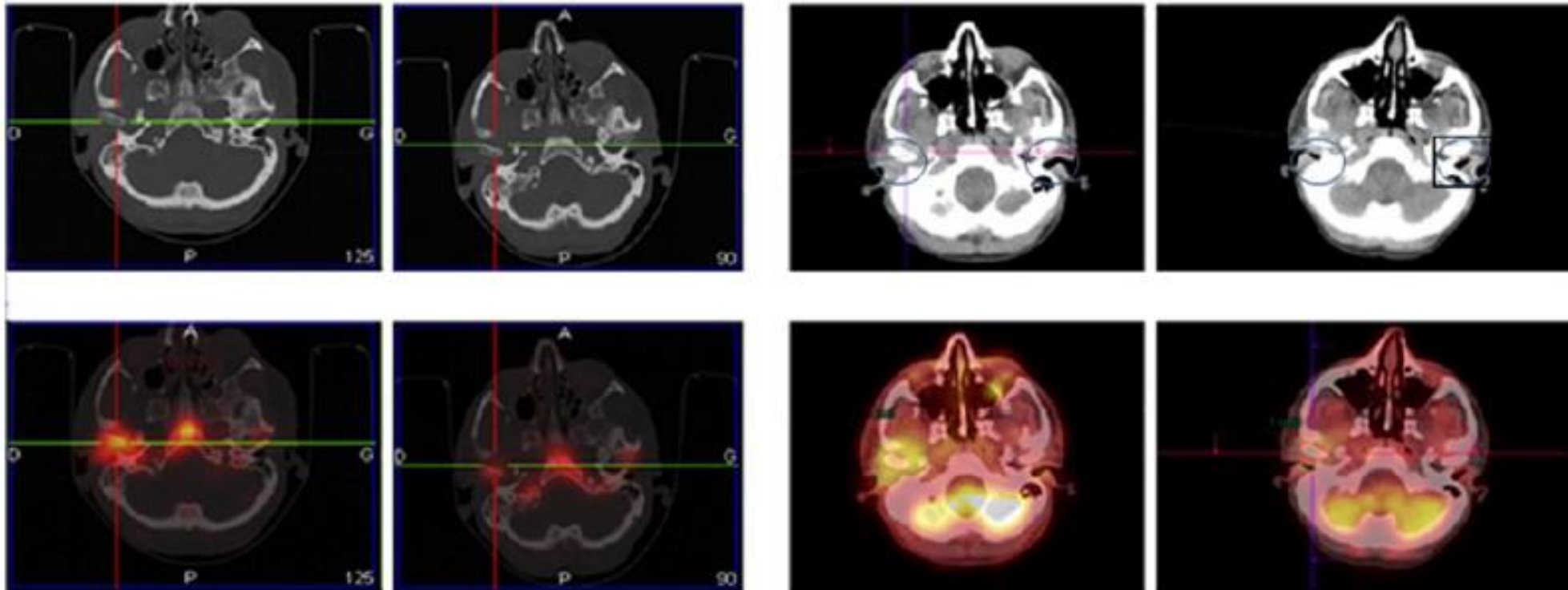
- Diabète
- Paralysie faciale
- Âge > 70 ans

Otite externe nécrosante : suivi

- **CLINIQUE +++ et CRP : bonne évolution à 2 sem → durée de traitement de 6 semaines ?**

Otite externe nécrosante : suivi

- **CLINIQUE +++ et CRP : bonne évolution à 2 sem → durée de traitement de 6 semaines ?**
- TDM : retard voire absence de normalisation de la lyse corticale, amélioration infiltration TM
- IRM : anomalies de signal persistantes, switch vers profil cicatriciel (isoT1, hypoT2, gado –)
- Scintigraphie aux leucocytes : Se 86% - Sp 75%
- PET-scan : Se 43% - Sp 100%





FOCUS : OEN fongiques

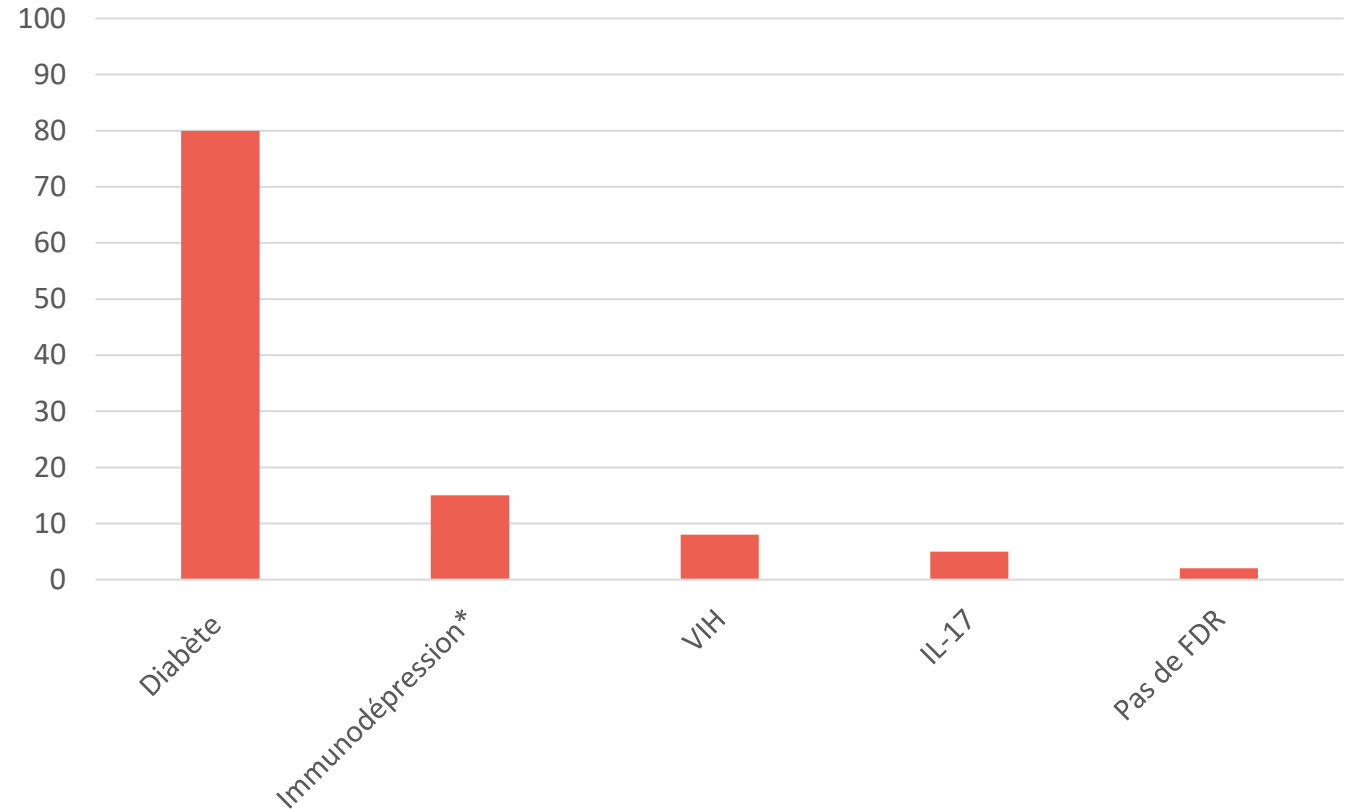
Jusqu'à 10% des OEN



Diabète : 80%

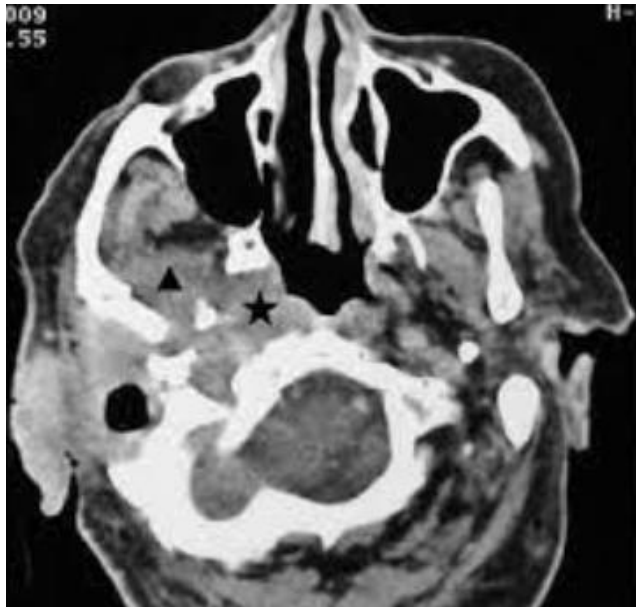
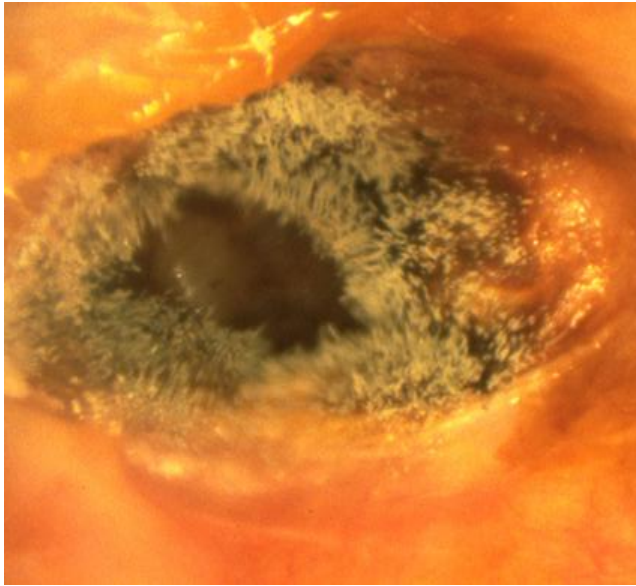
Otite maligne externe	Fongique	Bactérienne
Épidémiologie		
Age (ans)	68	71
Homme - (%)	70	65
Facteurs de risques (%)		
Diabétique	80	70
Immunodépression*	15	10
Symptômes (%)		
Otalgie	80	90
Otorrhée	60	90
Hypoacousie	45	40
Paralysie faciale	43	25
Autres nerfs	15	10
Suivi		
Décès - (%)	15	13
Durée traitement (jours)	250	70

Facteurs de risque d'otite externe nécrosante aspergillaire en %



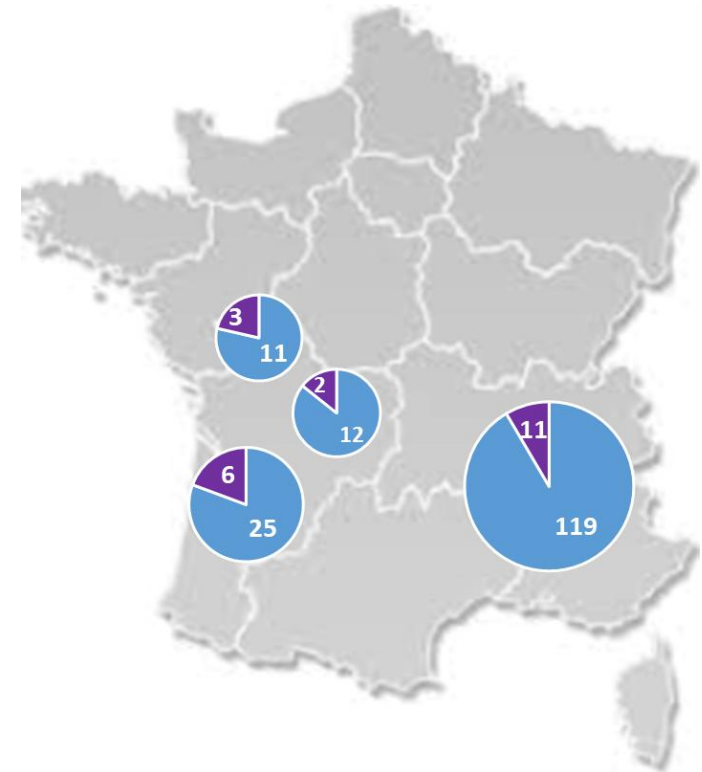
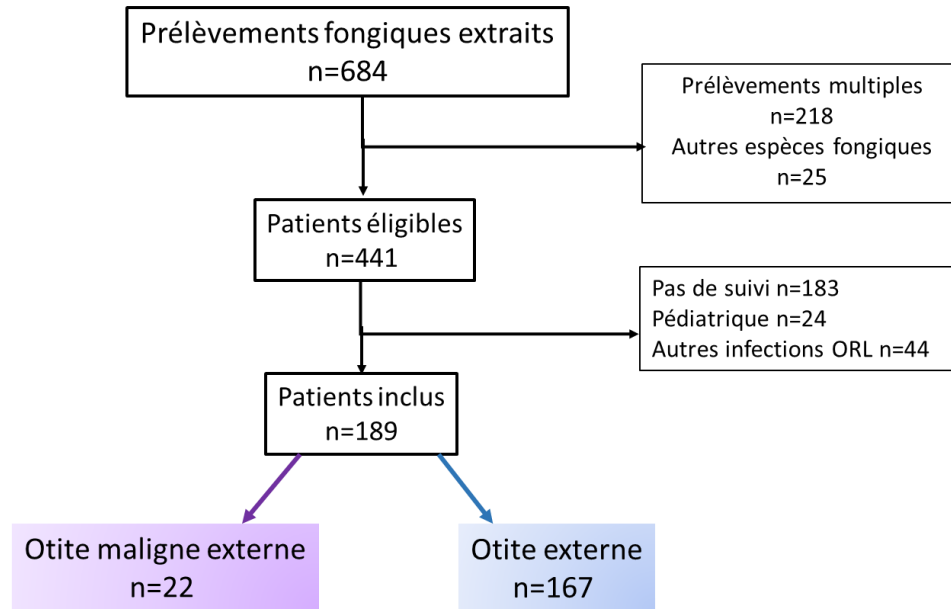


FOCUS : OEN fongiques



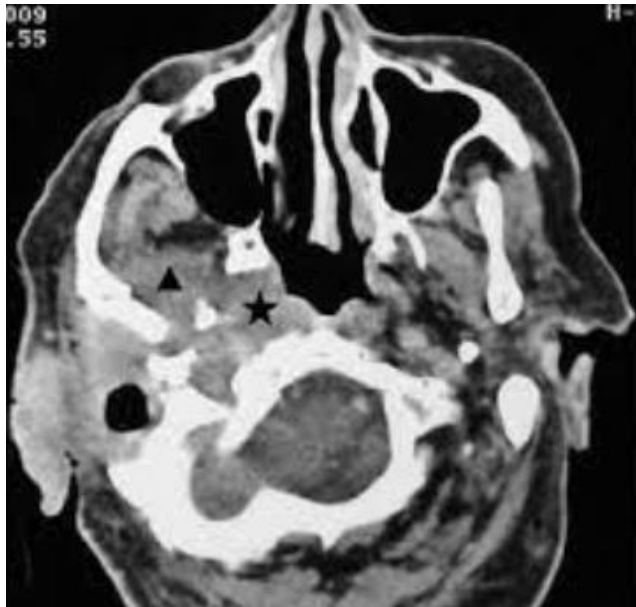
Aspergillus spp. invasive external otitis: a multicenter retrospective study in France

Maxime Mehlen¹, Florent Valour², Carole Vignals¹, Frédéric Gabriel³, Marie-Fleur Durieux⁴, Kevin Brunet⁵, France Roblot⁶, Damien Dupont⁷, Jean-François Faucher⁸, Valérie Franco-Vidal⁹, Sébastien Imbert³, Charles Cazanave¹, Mathilde Puges¹





FOCUS : OEN fongiques



Aspergillus spp. invasive external otitis: a multicenter retrospective study in France

Maxime Mehlen¹, Florent Valour², Carole Vignals¹, Frédéric Gabriel³, Marie-Fleur Durieux⁴, Kevin Brunet⁵, France Roblot⁶, Damien Dupont⁷, Jean-François Faucher⁸, Valérie Franco-Vidal⁹, Sébastien Imbert³, Charles Cazanave¹, Mathilde Puges¹

189 patients : 167 OE vs 22 OEN → **sexe masculin, âge et diabète**

A. flavus* +++ (41%) vs. otite externe *A. nigri

Traitement médical seul : 86,3%

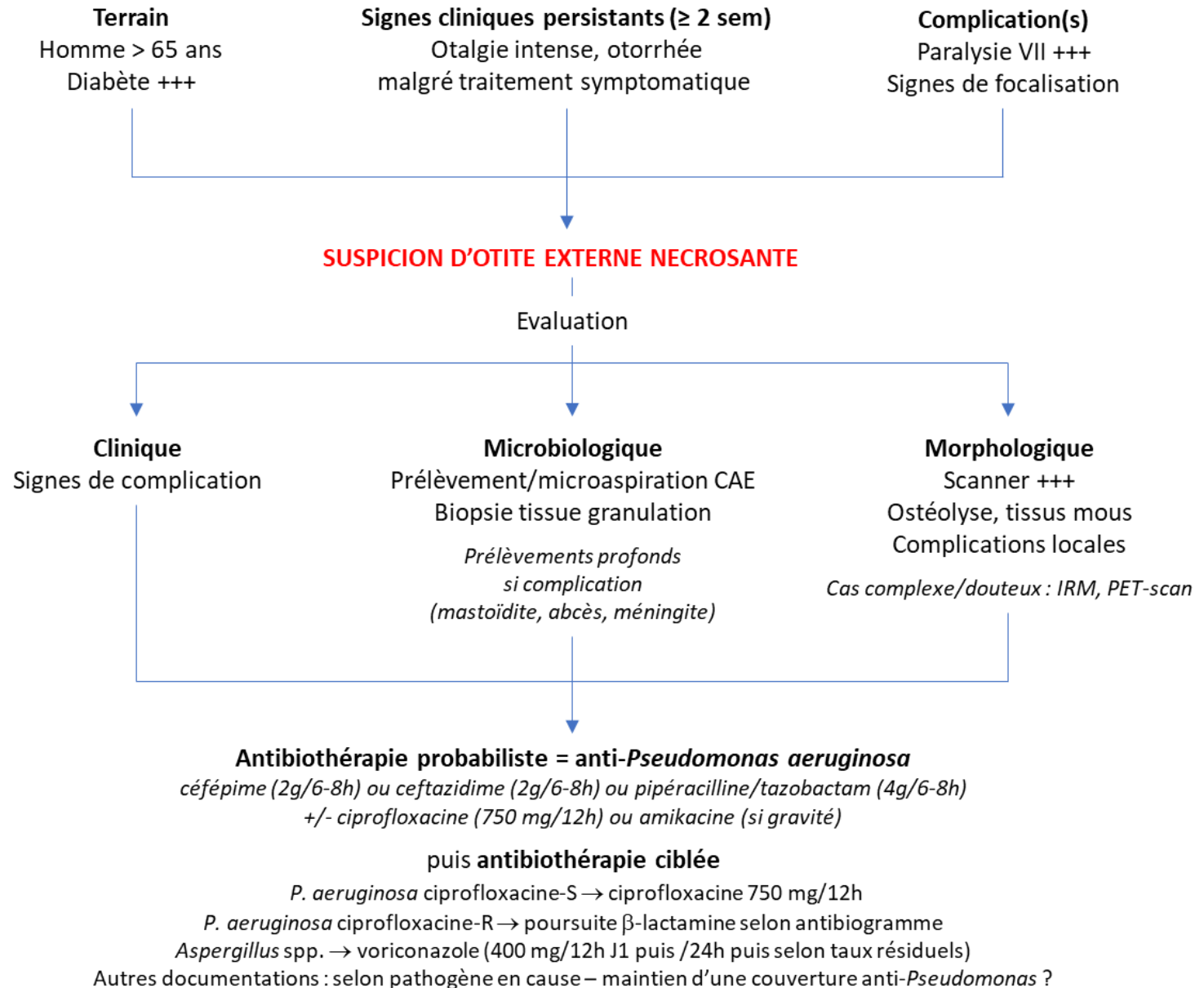
Voriconazole : Durée médiane = 120 jours (IQR, 90-180)

Succès : 100%

Séquelles : 77% – hypoacousie, acouphènes, vertiges, PF

Suivi / durée de traitement : BD-glucane ? PET ?

Otite externe nécrosante : synthèse



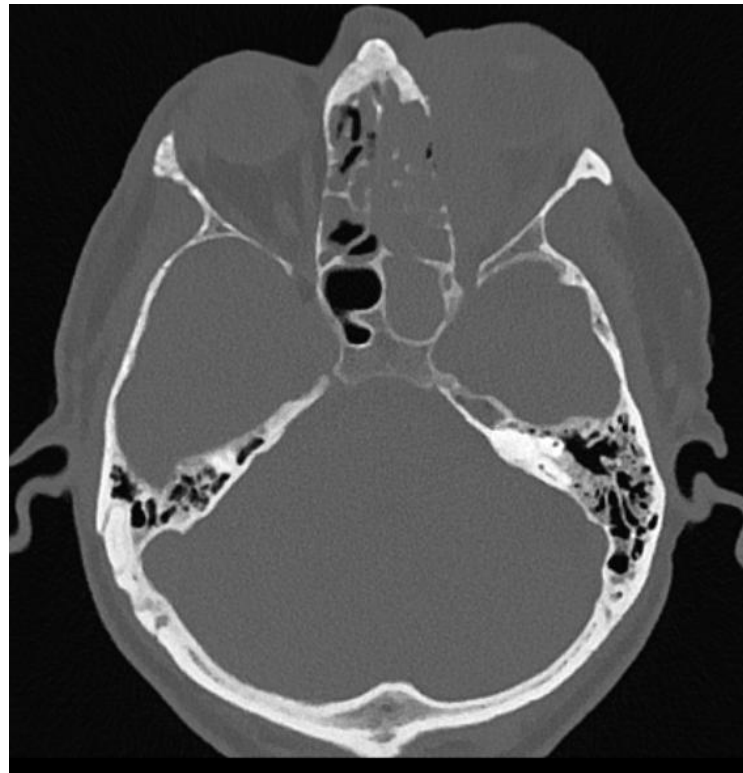
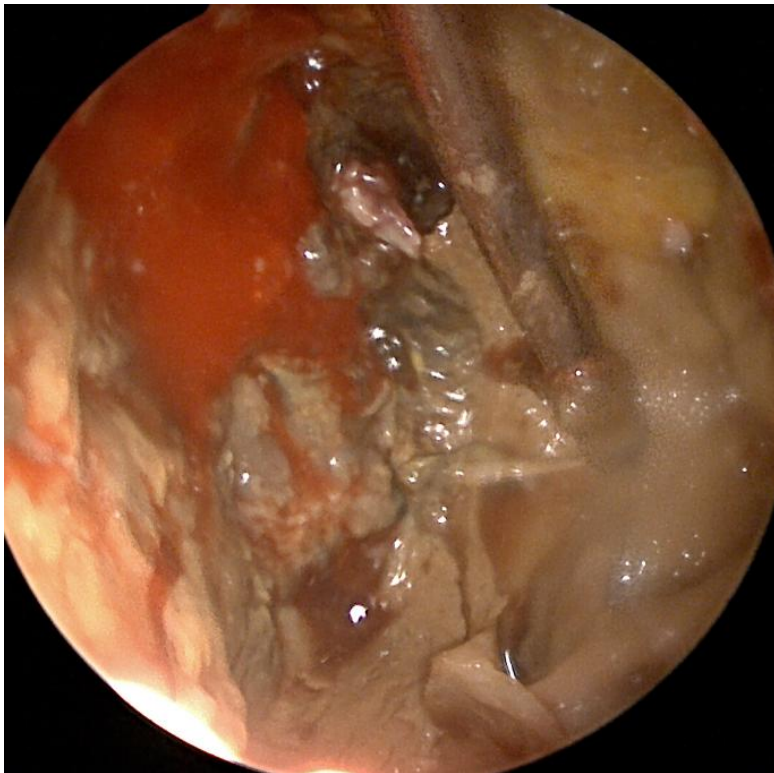
Monsieur G* – 70 ans

IDM stenté

Ethmoïdectomie en 2020 pour sinusite chronique

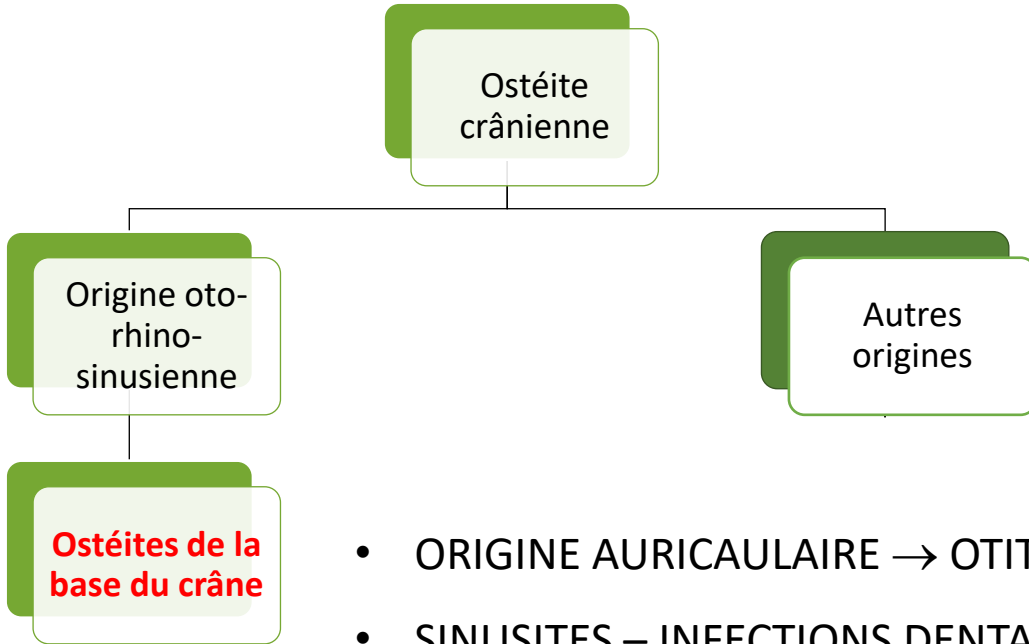
Ecoulements/croutes nasales depuis de nombreux mois – Plusieurs lignes d’antibiothérapie (AUGMENTIN, PYOSTACINE)

Janvier 2023 : hospitalisé pour tableau d’œdème orbitaire gauche avec ophtamoplégie



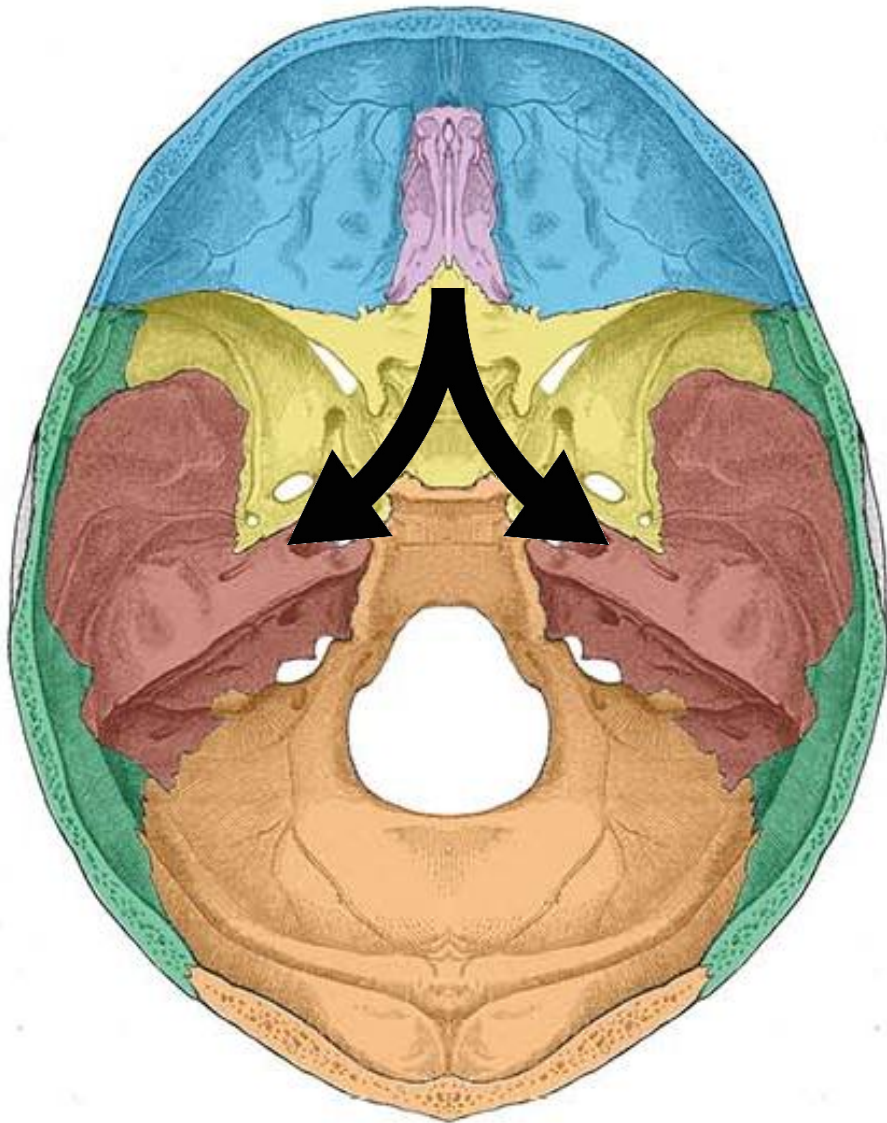
Quel diagnostic suspecter ?

Cadres nosologiques



- ORIGINE AURICULAIRE → OTITE EXTERNE NECROSANTE
- SINUSITES – INFECTIONS DENTAIRES → **OSTEITES CENTRALES DE LA BASE DU CRÂNE**

Ostéites centrales de la base du crâne : présentation clinique










Evolution plus torpide – Diagnostic souvent plus tardif


Contexte de sinusites / céphalées chroniques

Atteinte des nerfs crâniens « centraux » : VI et IX

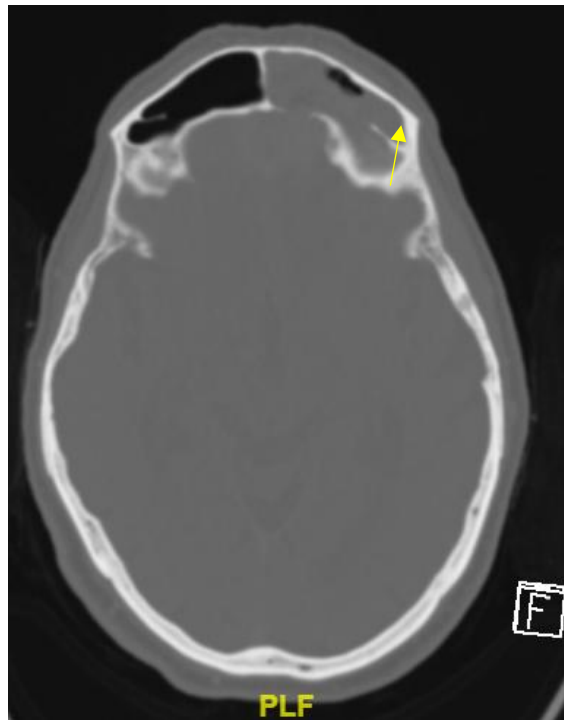
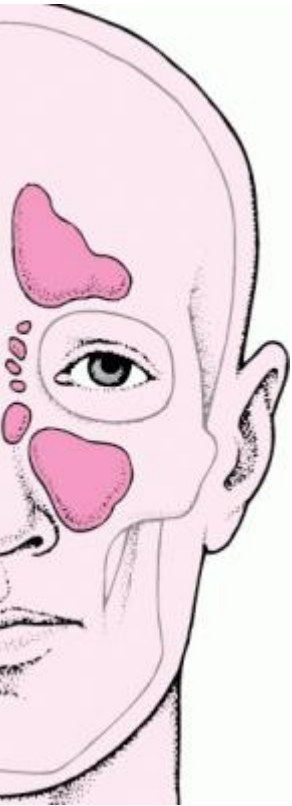
Atypical Skull-Base Osteomyelitis: Comprehensive Review and Multidisciplinary Management Viewpoints

by Jure Urbančič ^{1,2} , Domen Vozel ^{1,2,*}  , Saba Battelino ^{1,2} , Roman Bošnjak ^{2,3},
Barbara Kokošar Ulčar ⁴, Tadeja Matos ⁵, Matic Munda ³, Lea Papst ^{2,4} , Nejc Steiner ¹ , Matej Vouk ⁶ and
Nina Zidar ⁷ 

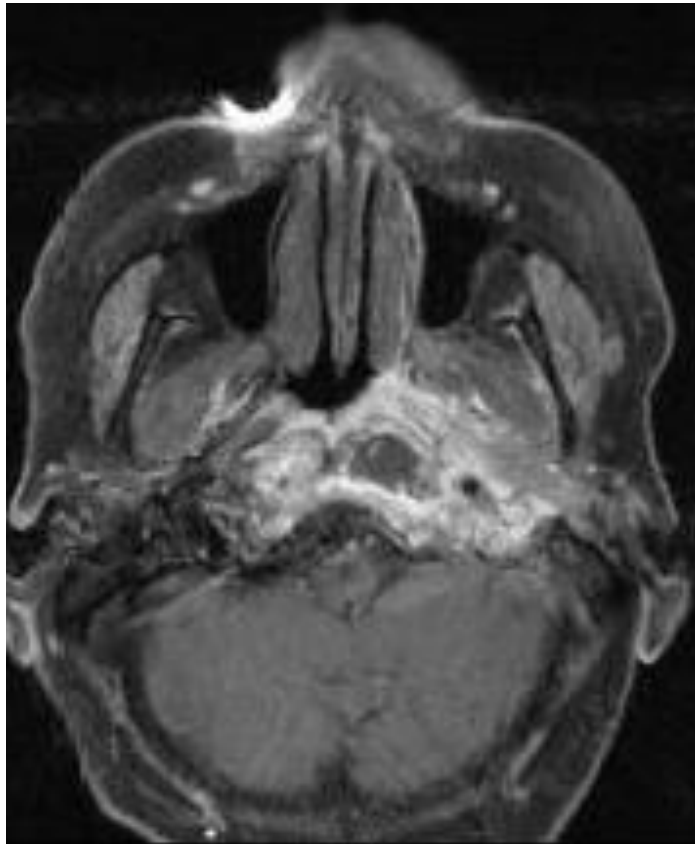
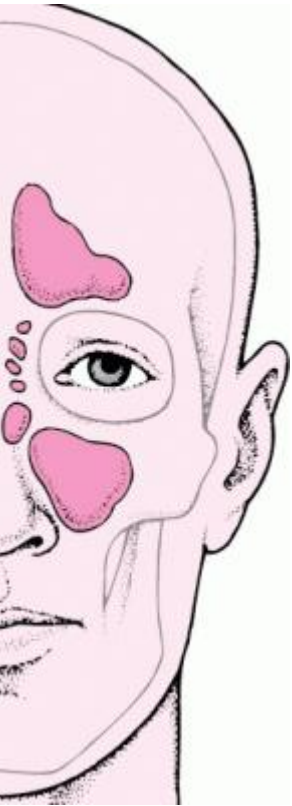
The Association of Sinusitis with Central Skull Base Osteomyelitis: A Systematic Review

by Owen Tsung Wen Ho ^{1,2} and Alex Chengyao Tham ^{2,3,4,*} 

Ostéites centrales de la base du crâne : imagerie



Ostéites centrales de la base du crâne : imagerie



OCBC
Collection pré-rachidienne



Atteinte ethmo-sphénoïdale
Extension sinus caverneux et apex orbitaire
Réaction pachyméningée

Monsieur G* – 70 ans

IDM stenté

Ethmoïdectomie en 2020 pour sinusite chronique

Ecoulements/croutes nasales depuis de nombreux mois – Plusieurs lignes d'antibiothérapie (AUGMENTIN, PYOSTACINE)

Janvier 2023 : hospitalisé pour tableau d'œdème orbitaire gauche avec ophtamoplégie

Diagnostic de sinusite ethmoïdale avec ostéite et abcès orbitaire gauche

Organisation d'une chirurgie en urgence ORL + ophtalmologique

Quelle antibiothérapie probabiliste proposez-vous ?

Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie

Microbiote nasal

***S. aureus* (30-50%), SCN**

***Streptococcus* spp.**

C. acnes

Corynébactéries

Anaérobies : *Peptostreptococcus* spp. (7-16%), *Prevotella* spp. (6-8%)

S. pneumoniae (0.5-15%)

H. influenzae (0-6%)

M. catarrhalis (0-4%)

S. pyogenes (0-1%)

⊖
toxines
bactéricides

Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie

Microbiote nasal

***S. aureus* (30-50%), SCN**

***Streptococcus* spp.**

C. acnes

Corynébactéries

Anaérobies : *Peptostreptococcus* spp. (7-16%), *Prevotella* spp. (6-8%)

***S. pneumoniae* (0.5-15%)**

***H. influenzae* (0-6%)**

***M. catarrhalis* (0-4%)**

***S. pyogenes* (0-1%)**

toxines
bactéricides

Tabac

Immunité

Inflammation locale

Antibiotiques



Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie

Microbiote nasal

***S. aureus* (30-50%), SCN**

***Streptococcus* spp.**

C. acnes

Corynébactéries

Anaérobies : *Peptostreptococcus* spp. (7-16%), *Prevotella* spp. (6-8%)

S. pneumoniae (0.5-15%)

H. influenzae (0-6%)

M. catarrhalis (0-4%)

S. pyogenes (0-1%)

toxines
bactéricides

Tabac

Immunité

Inflammation locale

Antibiotiques

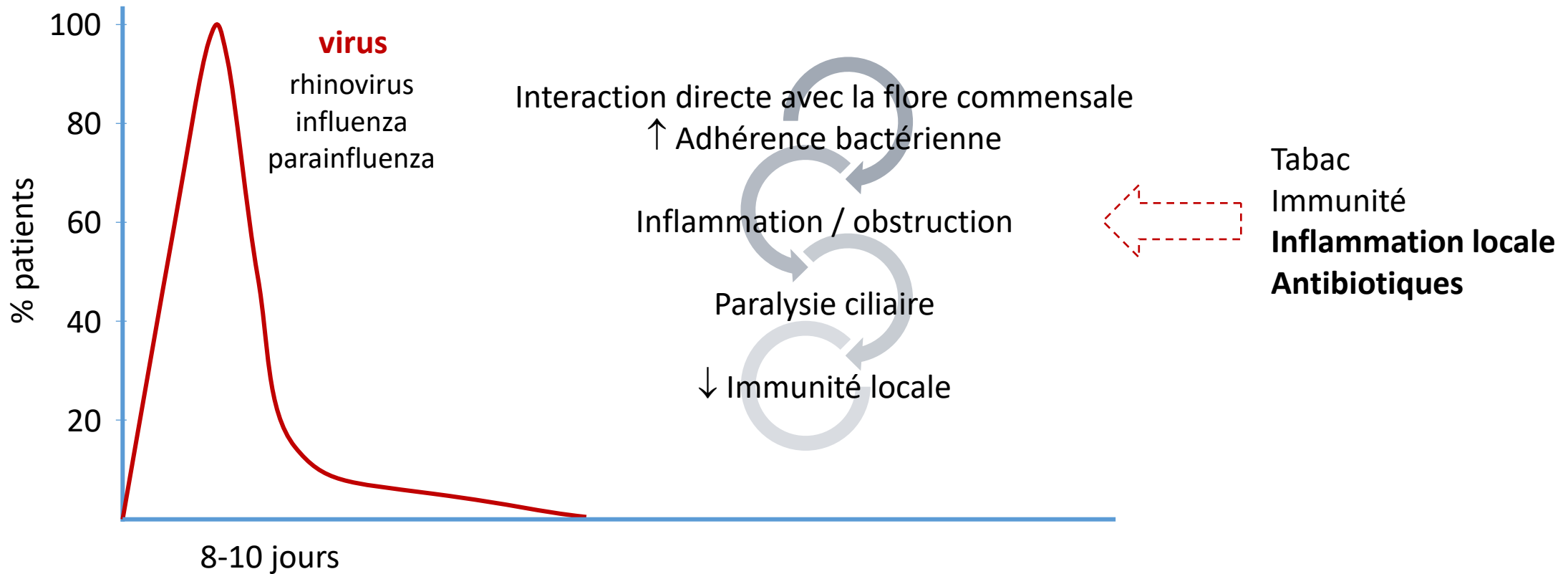
Microbiote sinusien

Existence controversée

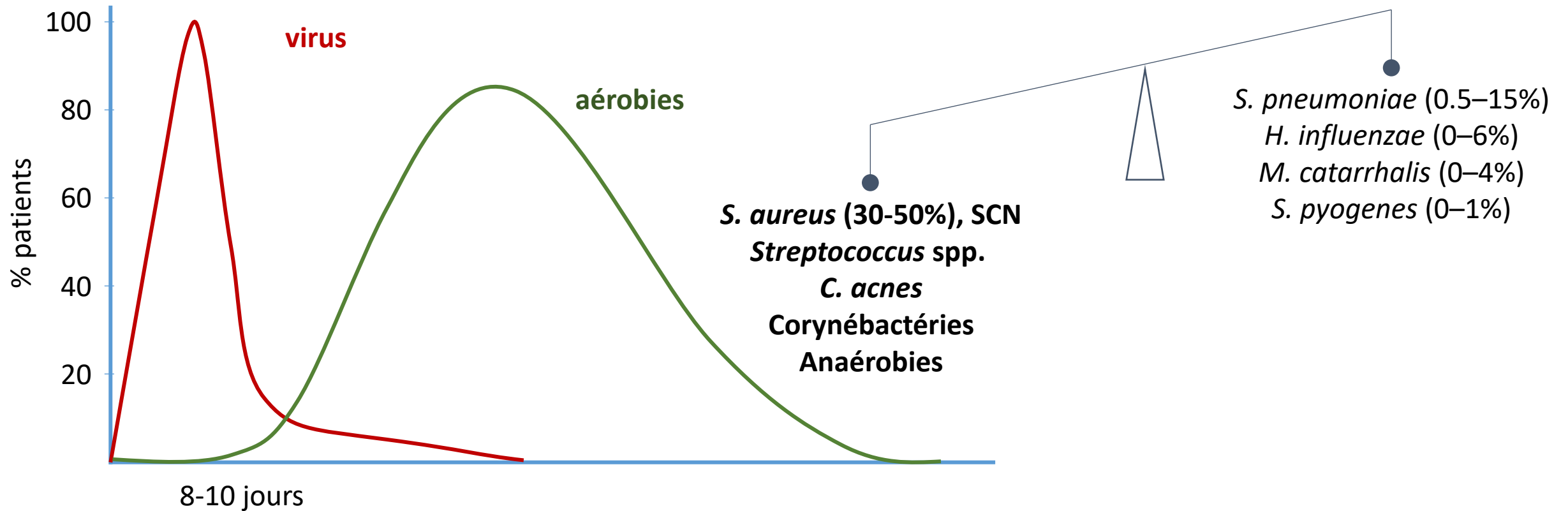
0-50% des prélèvements sur sinus sains positifs (type / qualité des prélèvements ?)

Flore similaire au microbiote nasal

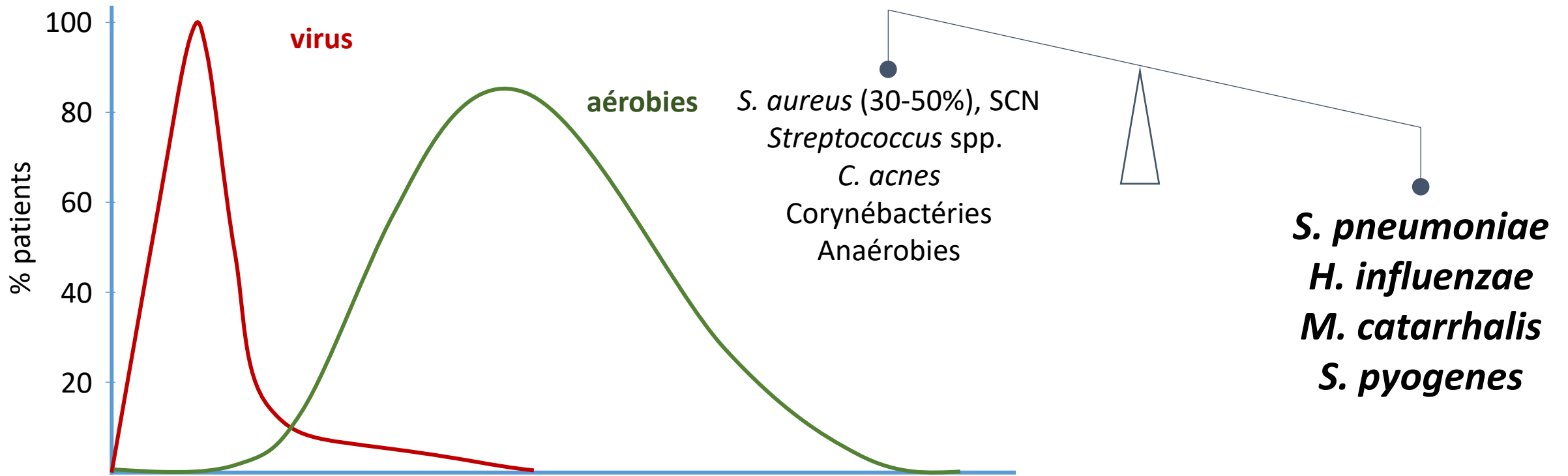
Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie



Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie

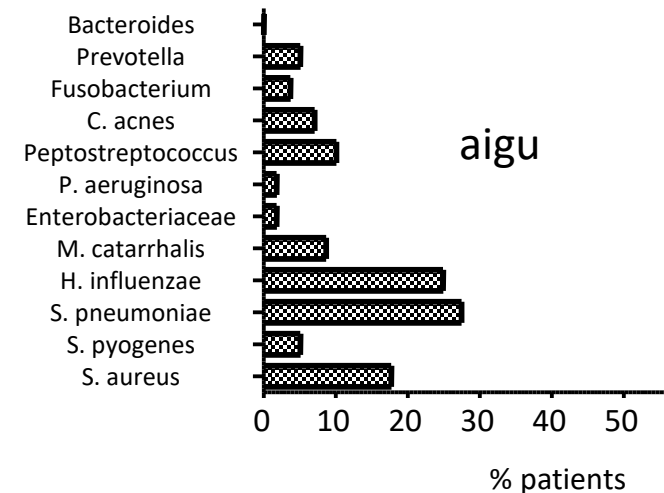


Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie

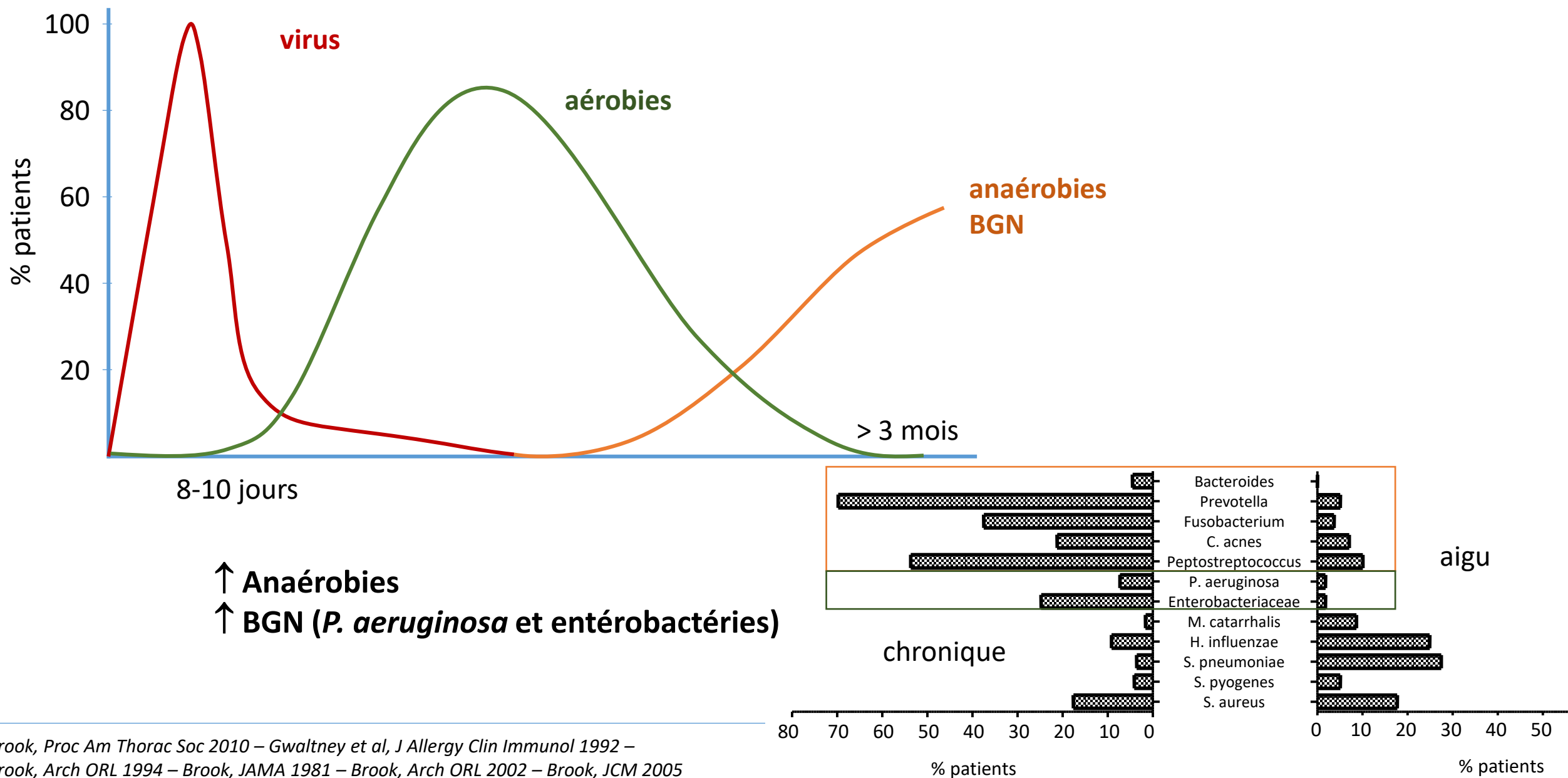


8-10 jours

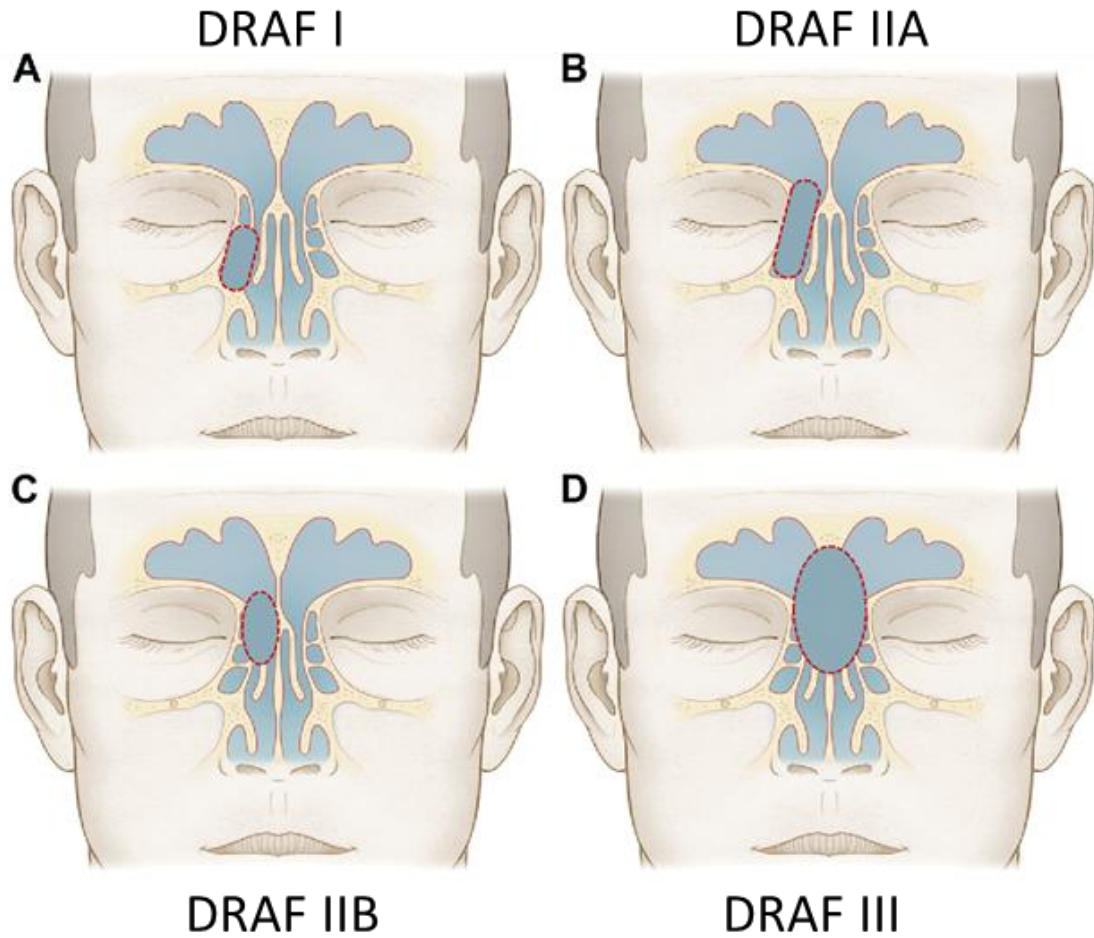
Plurimicrobien = 1/3



Ostéites centrales de la base du crâne : microbiologie



Ostéites centrales de la base du crâne : prise en charge



Antibiothérapie probabiliste

- Bétalactamine anti-*Pseudomonas* (céfépime, pipé-tazo, ceftazidime)
- Daptomycine ou Linézolide
- +/- métronidazole (selon bétalactamine)

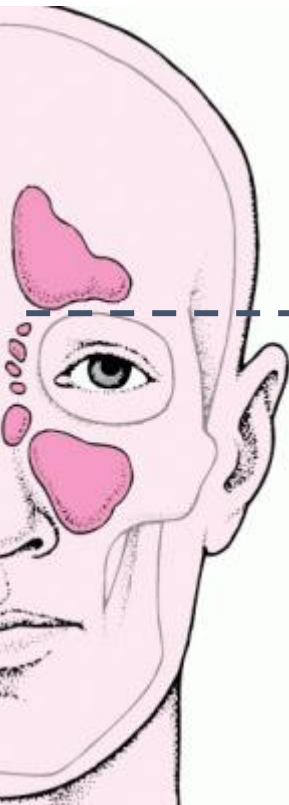


ATB ciblée – 6 semaines ? 3 mois ?

Ostéites centrales de la base du crâne : bactérien ou fongique ?

Skull-base osteomyelitis: fungal vs. bacterial infection

C. C. Blyth^{1,2}, L. Gomes³, T. C. Sorrell^{1,4}, M. da Cruz⁵, A. Sud⁶ and S. C.-A. Chen^{1,4}



Ostéites frontales

Pott's puffy tumor

Ostéites maxillaires

Ostéites antérieures et centrales de la base du crâne

	Bacterial SBO (n = 10)	Fungal SBO ^a (n = 11)	Significance
Predisposing factors			
Mean age, years (range)	56 (26–80)	56 (32–72)	NS
Diabetes	4 (40.0%)	8 (72.7%)	NS
Chronic otitis media	4 (40.0%)	2 (18.2%)	NS
Chronic otitis externa	5 (50.0%)	2 (18.2%)	NS
Chronic sinusitis	0	6 (54.5%)	p <0.02
Immunosuppression	1 (10.0%)	^b 4 (36.4%)	NS
Trauma or surgery	3 (30.0%)	1 (9.1%)	NS
Mean time to presentation weeks (95% CI)	26.3 (4.2–28.5)	8.1 (0.6–15.5)	NS (p 0.08)
Clinical features			
Fever	3 (30.0%)	6 (54.5%)	NS
Headache	4 (40.0%)	8 (72.7%)	NS
Deafness	7 (70.0%)	2 (18.2%)	p 0.03
Ear pain	8 (80.0%)	2 (18.2%)	p <0.009
Ear discharge	8 (80.0%)	1 (9.1%)	p <0.002
Sinonasal pain	1 (10.0%)	8 (72.7%)	p <0.008
Facial or periorbital swelling	1 (10.0%)	7 (63.6%)	p 0.024
Nasal stuffiness or discharge	3 (30.0%)	9 (81.8%)	p 0.03
Cranial nerve involvement	5 (50.0%)	5 (45.5%)	NS
Eye/orbit infection	0	2 (18%)	–
Brain parenchymal infection	0	1 (9%)	–
Site of original infection			
Ear disease	8 (80.0%)	2 (18.2%)	p <0.01
Sinus disease	0	9 (81.8%)	p <0.001
Traumatic or uncertain	2 (20.0%)	0	NS
Therapy received			
Surgery	5 (50.0%)	11 (100%)	p <0.02
Antibacterial Therapy	10 (100%)	6 (54.5%)	p <0.04
Antifungal therapy	0	11 (100%)	p <0.001
Hyperbaric oxygen Therapy	0	2 (18.2%)	NS
Outcome			
Survival (6 months)	7/7 (100%)	7/11 (63.6%)	NS (p 0.12)
Disease-free survival (6 months)	5/7 (71.4%)	7/11 (63.6%)	NS

Plus fréquent dans les origines sinusiennes

Pas de critère distinctif

Pas d'antifongique probabiliste systématique

Ostéite centrales de la base du crâne : synthèse



Suspicion d'OCBC



Scanner +/- IRM

Prélèvements ORL +/- neurochirurgicaux – Bactériens + fongiques



Béta-lactamine anti-*Pseudomonas* + daptomycine/vancomycine
puis relais (per os ?)



Suivi clinique +++

Place de l'imagerie ? (PET-scan ???)

Durée totale : 6-12 semaine

Monsieur G* – 70 ans

IDM stenté

Ethmoïdectomie en 2020 pour sinusite chronique

Ecoulements/croutes nasales depuis de nombreux mois – Plusieurs lignes d'antibiothérapie (AUGMENTIN, PYOSTACINE)

Janvier 2023 : hospitalisé pour tableau d'œdème orbitaire gauche avec ophtamoplégie

Diagnostic de sinusite ethmoïdale avec ostéite et abcès orbitaire gauche

Organisation d'une chirurgie en urgence ORL + ophtalmologique

Antibiothérapie probabiliste : CEFOTAXIME METRONIDAZOLE

Aggravation clinique – Relais IMIPENEME – LINEZOLIDE – AMBISOME

Monsieur G* – 70 ans

IDM stenté

Ethmoïdectomie en 2020 pour sinusite chronique

Ecoulements/croutes nasales depuis de nombreux mois – Plusieurs lignes d'antibiothérapie (AUGMENTIN, PYOSTACINE)

Janvier 2023 : hospitalisé pour tableau d'œdème orbitaire gauche avec ophtamoplégie

Diagnostic de sinusite ethmoïdale avec ostéite et abcès orbitaire gauche

Organisation d'une chirurgie en urgence ORL + ophtalmologique

Antibiothérapie probabiliste : CEFOTAXIME METRONIDAZOLE

Aggravation clinique – Relais IMIPENEME – LINEZOLIDE – AMBISOME

Microbiologie

- *P. mirabilis*
- *K. pneumoniae* BLSE
- *S. constellatus*
- Mycologie négative

Monsieur G* – 70 ans

IDM stenté

Ethmoïdectomie en 2020 pour sinusite chronique

Ecoulements/croutes nasales depuis de nombreux mois – Plusieurs lignes d'antibiothérapie (AUGMENTIN, PYOSTACINE)

Janvier 2023 : hospitalisé pour tableau d'œdème orbitaire gauche avec ophtamoplégie

Diagnostic de sinusite ethmoïdale avec ostéite et abcès orbitaire gauche

Organisation d'une chirurgie en urgence ORL + ophtalmologique

Antibiothérapie probabiliste : CEFOTAXIME METRONIDAZOLE

Aggravation clinique – Relais IMIPENEME – LINEZOLIDE – AMBISOME

Microbiologie

- *P. mirabilis*
- *K. pneumoniae* BLSE
- *S. constellatus*
- Mycologie négative

Relais de l'antibiothérapie par AMOXICILLINE - LEVOFLOXACINE

Durée totale : 10 semaines

Bonne évolution

Conclusions



Infections sévères

Microbiologie peu connue

Pas de recommandations

Choix de l'antibiothérapie complexe



Remerciements



Lyon BJI study group
www.crioac-lyon.fr



- Timothée JACQUESSON
- Violaine DELABAR
- Clémentine GALLET



- François VANDENESCH
- Sophie JARRAUD
- Laetitia BERAUD
- Olivier DAUWALDER
- Tiphaine GAILLARD ROUSSEL

- Clémentine DAVEAU
- Thaïs MOUTON
- Mathieu DAURADE



- Fabien CRAIGHERO

- Marie SIMON
- Sandrine ROUX

