

Comment reconnaître et traiter les infections ORL et leurs complications

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

Hôpital
Erasme



ULB



Dr Marc Vander Ghinst

INFECTIONS ORL: DES AFFECTIONS BÉNIGNES?

Pathologies fréquentes....

.... Mais complications redoutables!

Les 25 problèmes de santé les plus fréquents représentent un peu plus de 50 % de la pratique des médecins généralistes

	Diagnostics	%
1	Examens systématiques et prévention	18
2	Etat fébrile	17.5
3	Hypertension artérielle	11.3
4	Etat morbide afébrile	10.9
5	Vaccination	10.8
6	Rhinopharyngite	8.2
7	Hyperlipidémie	7.7
8	Lombalgie	5.9
9	Arthropathie-periarthropathie	5.2
10	Rhume	4.7
11	Réaction à une situation éprouvante	4.1
12	Angine	4
13	Plainte abdominale	4
14	Rhinite	3.8
15	Toux	3.8
16	Douleur non caractéristique	3.8
17	Contraception	3.6
18	Bronchite aiguë	3.3
19	Otite moyenne	3.2
20	Asthénie – Fatigue	3.2
21	Diarrhée – Nausée – Vomissement	3.1
22	Insomnie	2.9
23	Anxiété – Angoisse	2.8
24	Cervicalgie	2.7
25	Diabète de type 2	2.5

(2003)

Taux de complications par infections(%) et mortalité associée:

- Otite (1-4%): 5-15%
- Rhinosinusite aiguë (3%): 2-20%
- Amygdalite (1-5%): 2 – 10%
- Epiglottite: 1-7%
- Adénite cervicale (15%): 1-25%

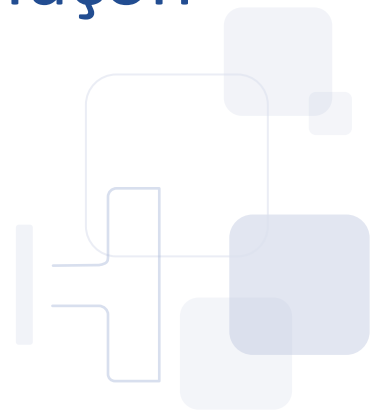
CHARGE ÉCONOMIQUE

- Infections ORL = 1^{ère} cause de prescriptions d'antibiotiques
 - 25% des prescriptions d'AB
 - Indication d'ABthérapie souvent inutile
 - Cout direct de prescription d'AB pour Sinusite, OMA et Pharyngite > 1 milliard \$ (50-70% non indiqué)
 - La prescription systématique d'antibiotiques ne protège pas des complications!
- Cout direct et indirect colossaux:
 - Rhinopharyngite: 25 milliards \$ (baisse productivité, absentéisme...)
 - OMA: 4.3 milliards \$ (USA, 2019)
 - Rhinosinusite: >3 milliards \$ en cout de prescription d'AB (ttment + résistance + complications)

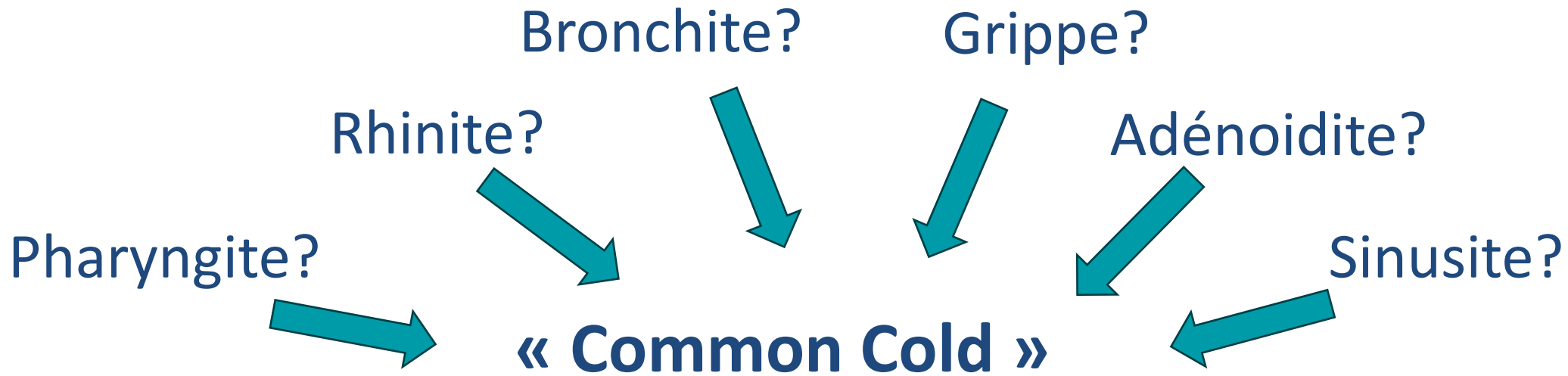


OBJECTIFS

- Reconnaître (et nommer) les infections de la sphère ORL
- Mettre en œuvre une prise en charge utile et un traitement adapté
- Identifier les complications, et les prendre en charge de façon adaptée



« RHINOPHARYNGITE »



« Les partisans extrêmes de la prétendue cause microbienne du rhume n'ont aucune oreille attentive aux autres facteurs possibles de son incidence ; et par conséquent ils doivent mobiliser toutes les forces antibactériennes de la médecine pour combattre le rhume »

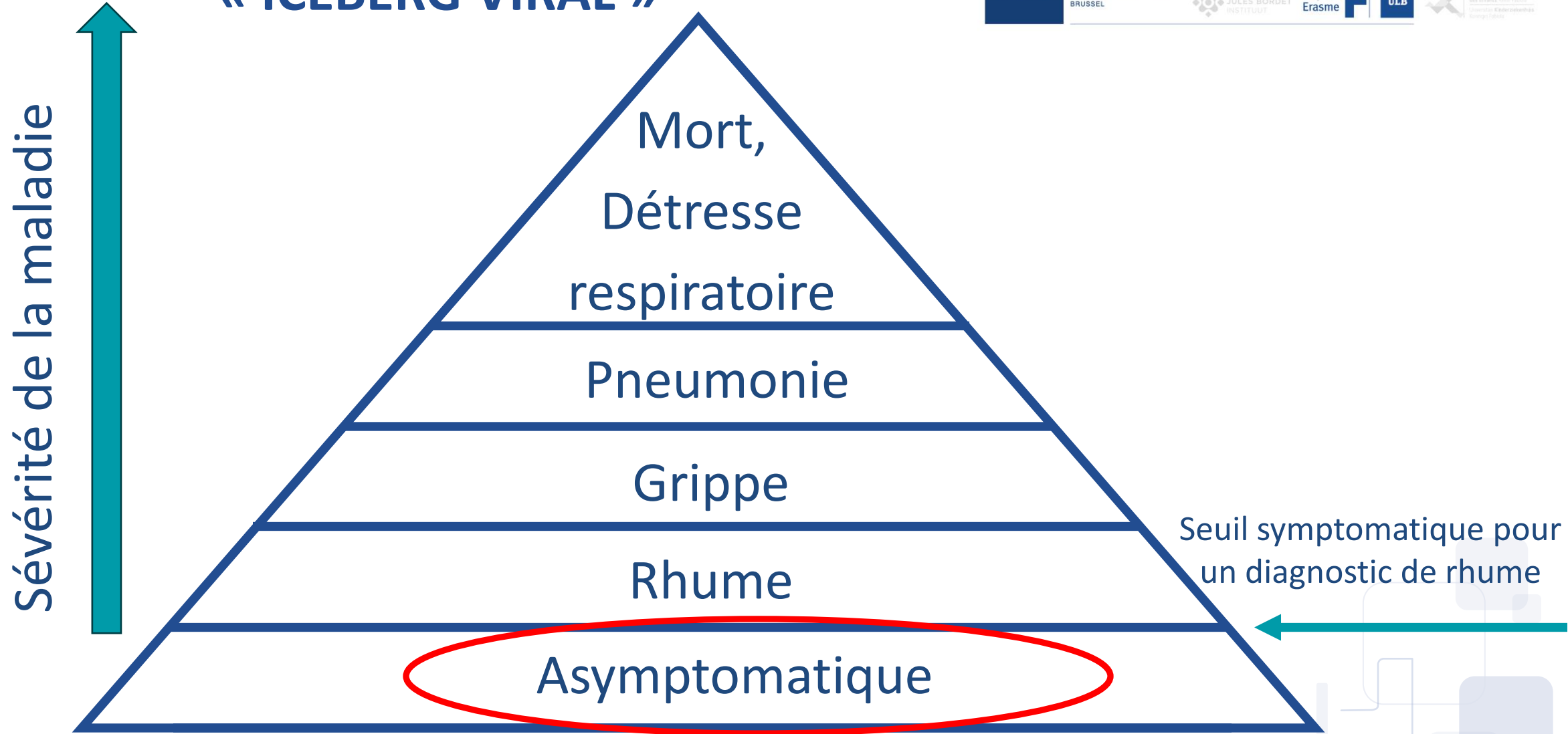
« Les données statistiques et de laboratoire qu'ils ont recueillies auprès de plus de deux mille étudiants universitaires dans différentes régions des États-Unis indiquent à ces enquêteurs que le rhume n'est pas un simple type d'infection, peut-être même dans certains cas, pas un processus infectieux du tout. »

« Nous sommes déjà sûrs d'une chose : la majorité des soi-disant « rhumes » n'ont que peu ou rien à voir avec une exposition à de basses températures... Le meilleur endroit pour les attraper n'est pas à l'extérieur, ni même dans les couloirs pleins de courants d'air, mais dans les chambres d'hôtel étroites, étouffantes et infectées, les voitures-lits, les églises et les théâtres. »

« RHINOPHARYNGITE »

- Concept plus culturel que médical...
 - « Rhume ou Refroidissement »
 - Croyance ancienne que ses affections étaient liées à des températures plus froides
 - Définition très discutable!
- Définition: « infection bénigne et spontanément résolutive des voies respiratoires supérieures, caractérisée par une congestion et un écoulement nasal, des éternuements, un mal de gorge et une toux »
- **Tous les virus respiratoires** connus peuvent donner un « rhume »

« ICEBERG VIRAL »



> 70% d'infections asymptomatique (excepté Influenzae et metapneumovirus)

- Saisonnalité

- Augmentation automnale et diminution printanière (hémisphère nord)
- Incidence élevée: 6-10 épisodes/an chez les enfants, 2-4 épisodes/an chez les adultes

- Virologie

- Rhinovirus > 50%
- Contamination aérienne (Influenza)
- Contamination par contact direct (RV, RSV)

- Contagiosité:

- Peut durer jusque 2 semaines
- Max entre J1 et J4
- Rhinovirus: Restent contagieux > 4 jours sur une surface inerte

VIRUS GROUP	ANTIGENIC TYPES	PERCENTAGE OF CASES
Rhinoviruses	> 100 types	40-50
Coronaviruses	5 types	10-15
Parainfluenza virus	5 types	5
Respiratory syncytial virus	2 types	5
Influenza virus	3 types*	25-30
Adenovirus	57 types	5-10
Metapneumovirus	2 types	5
Other viruses: enteroviruses, bocavirus		

*Multiple subtypes.

PRISE EN CHARGE

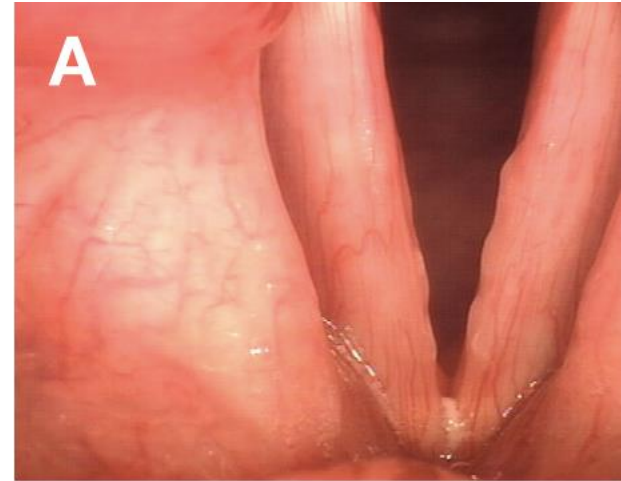
Symptomatique!

- Fièvre, Céphalées, Myalgies, douleurs pharyngées, douleurs sinusiennes → Paracetamol, AINS
- Congestion nasale → Vasoconstricteur, sérum physiologique nasal
- Rhinorrhée, Toux, éternuements → Antihistaminiques (sédatifs)

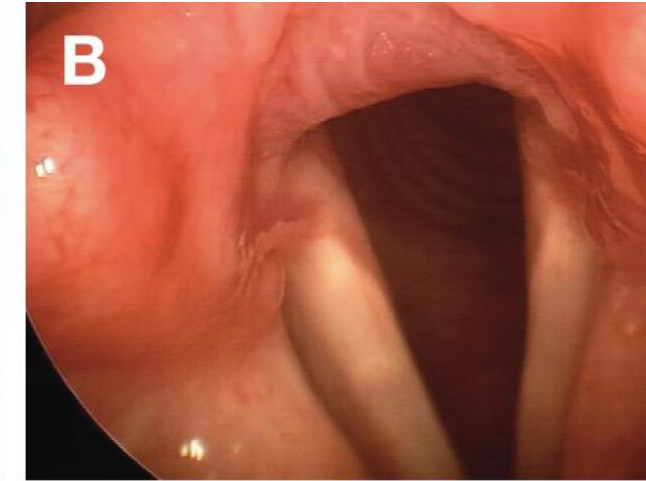


LARYNGITE

- Inflammation laryngée (auto-résolutive en 2-3 semaines)
- Clinique:
 - Dysphonie, douleur pharyngée, dysphagie, toux
 - Parfois dyspnée
- Microbio
 - Virus: Influenza, parainfluenza, adenovirus, rhinovirus
 - Bactérie: Moraxelle catarrhalis, pneumocoque, Haemophilus Influenzae
- Traitement:
 - Supportif: repos vocal, humidification, antalgiques, éventuellement cortico
 - AB si atteinte bactérienne suspectée ou si immunosuppression



Laryngite: hypervascularisation muqueuse et irrégularités cordes vocales



Laryngite: sécrétions purulentes au niveau glottique



EPIGLOTTITE

- Epiglottite = urgence vitale (Mortalité 0 à 8%)
- Agent pathogène: *Haemophilus influenzae* type b
 - Grâce à la vaccination: enfant → adulte
- Faible vascularisation de la muqueuse épiglottique → toute inflammation provoque rapidement un engorgement vasculaire et un œdème local
- Examen clinique:
 - Signes généraux: Fièvre, parfois choc septique, désaturation, dyspnée
 - Ex ORL souvent normal, hypersialorrhée, parfois ADP
 - **Ne supporte pas le décubitus (position tripode)!**
 - **Diagnostic fibroscopique (imagerie rarement nécessaire)**
- Traitement:
 - Surveillance USI (kit trachéo près du patient)
 - Céphalosporine 3^{ème} génération (Ceftriaxone, Cefuroxime), CS?



PHARYNGITE... OU ANGINE?



Pharynx normal



Pharyngite



Plusieurs types
d'infections différentes:

- **Pharyngite/Angines érythémateuses et érythémato-pultacées (90%)**
- Les angines pseudo-membraneuses dont la MNI (<5%)
- Les angines ulcéro-nécrotiques (5%)
- Angines vésiculeuses (<5%)



Angine érythémato-pultacée



Amygdalite exsudative MNI (EBV)

ANGINES ÉRYTHÉMATEUSES ET ÉRYTHÉMATO-PULTACÉES

- Amygdales tuméfiées, rouge intense, piliers enflammés. Parfois dépôts blanchâtres facilement détachables, douleur pharyngée
- Cause virale le plus souvent (70% chez l'enfant à 90% chez l'adulte)
 - Adénovirus, responsables de syndrome pharyngo-conjonctival
 - Grippe (Influenza): inflammation pharyngée et dysphagie précèdent le syndrome général
 - MNI (EBV): mime tous les types d'angine, mais peut donner des formes pseudo-membraneuses
- Origine bactérienne moins fréquente (30% chez l'enfant, 10% chez l'adulte)
 - Streptocoque B-hémolytique du groupe A (Risque rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrites... mais devenu rare dans les pays occidentaux)
 - Haemophilus Influenzae, Moraxella catarrhalis
 - Portage de Chlamydia trachomatis possible (mais ne donne pas de pharyngite)

L'ENJEU DES PHARYNGITES: BACTÉRIES VS VIRUS?

L'antibiothérapie a un intérêt dans la pharyngite à streptocoque GA

- Réduction de la durée des symptômes de 24 à 48 heures
- Réduction du risque de complications suppuratives:
 - OMA et RSA
 - Abscesses périamygdaliens/parapharyngés mais NNT de 25 à 30000 pour prévenir un épisode
- Réduction des complications non suppuratives
 - RAA (mais a pratiquement disparu en Europe occidentale)
 - Glomérulonéphrite poststreptococcique n'est pas prévenue par l'administration d'antibiotiques
- Réduction de la contagiosité



En Europe occid., AB surtout justifiée pour diminuer les sympt de 1 à 2 jours

ATTITUDE PRATIQUE

Score clinique de Centor (Mclsaac):

- Age: 3-14 ans (+1), 15-44 (0), >45ans (-1)
- Toux: présente (0), absente (+1)
- Exsudat amygdalien: absent (0), présent (+1)
- Pyrexie >38° C: absence (0), présence (+1)
- ADP cervicale ant.: absence (0), présence (+1)

Centor RM et al., 1981; Fine A et al., 2012



Probabilité de SGA

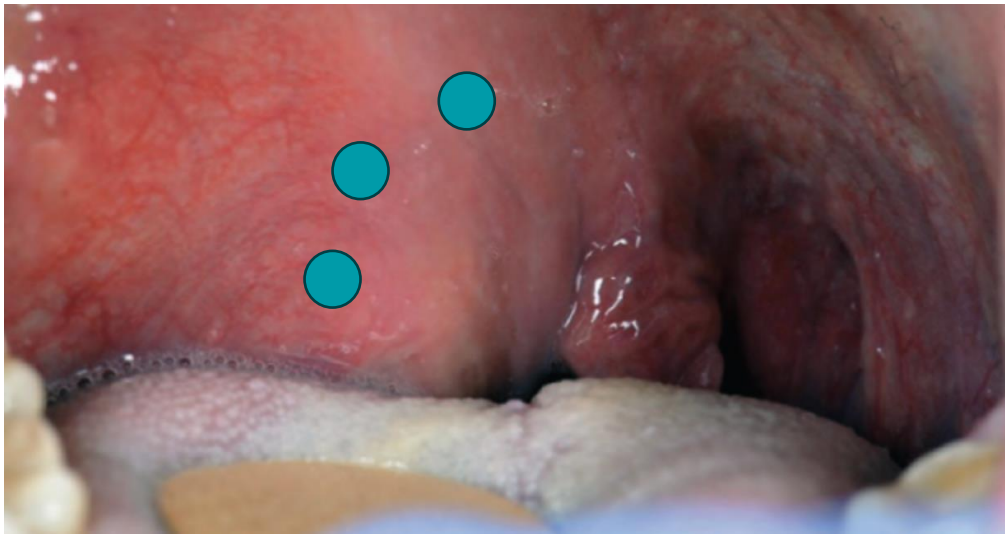
- Score < ou = 0: 1-2,5%
- Score = 1: 5-10%
- Score = 2: 11-17%
- Score = 3: 28-35%
- Score > ou = 4: 51-53%

Recommandation thérapeutique de la Pharyngite

- Score Centor 0 ou 1: ne pas tester, traitement symptomatique
- Score Centor 2-3: Traiter si Test Ag rapide +
- Score Centor 4: Traiter par AB
- Traitement AB: Amoxiciline 1gr 2x/jour pendant 6 jours
- Si allergie: Céfuroxime (all légère) ou Clarithromycine (all IgE médiée): 2x 500mg/jour

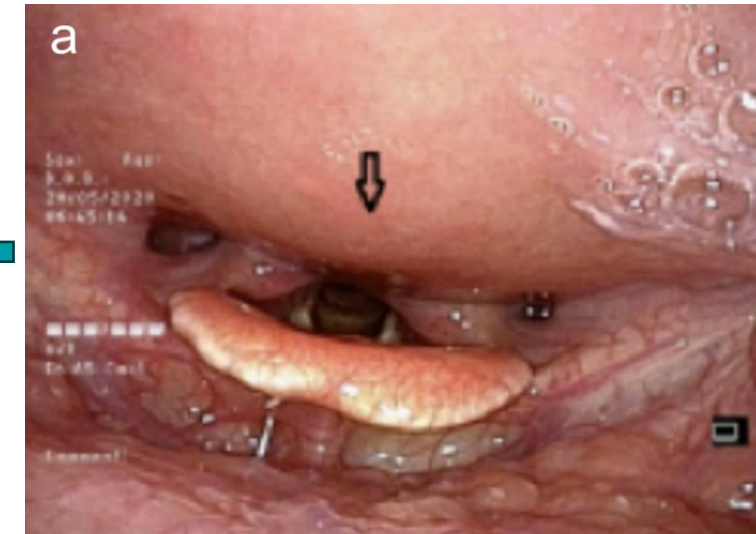
COMPLICATION

- Attention si trismus, tuméfaction cervicale, dyspnée ou douleur thoracique !
- Abscès périamygdalien, abcès para/rétropharyngé, Adénite et abcès cervical



Abscès péri-amygdalien

Souvent flore mixte
Aérobie + anaérobie



Abscès rétropharyngien

- Biol., Frottis/ponction, Avis spécialiste (fibro), CT cervico-facial (+PC) +/- thoracique (syst chez jeune enfant et si susp abcès para/rétropharyngé)
- AB IV (Amoxi/céphalo + metronidazole/Clindamycine), CTS? (dose unique DXM)
- Ponction/Incision/drainage chirurgical (AL à la lidocaïne, position assise, aiguille/bistouri)

ANGINES PSEUDOMEMBRANEUSES

- Etiologie: MNI, Diphtérie, agranulocytose, Candida
- Clinique:
 - pseudo-membrane qui adhère au tissu sous-jacent peut obstruer les VRS dans la diphtérie! Déborde sur la luette
 - Pseudo-membranes non adhérentes dans la MNI, en regard des amygdales
- Diphtérie rare dans nos pays mais....
 - Belgique: entre 3/2022-6/23 25 cas de diphtérie cutanée et 3 respiratoires (dont 1 décès) chez des demandeurs d'asile
 - Faire attention quand patient issu de l'immigration ou quand voyage dans les pays en voie de développement
- Diagnostic:
 - Hémogramme et sérologie, Culture
- Traitement
 - Si Diphtérie: hospit en isolement, antitoxine diphtérique et PenG
 - Si MNI: traitement symptomatique, corticostéroïde si forme grave, rash cutanée si ampi/amoxicilline



Diphtérie



Angine MNI

ANGINE ULCÉRO-NÉCROTIQUE (« DE VINCENT »)

- Microbio: *Fusobacterium necrophorum* et spirochète (*Borrelia*): peuvent aussi donner des angines « typiques »; parfois germes typiques
- Clinique: ulcération unilatérale, fièvre modérée, halitose, odynophagie latéralisée, ADP satellite
- FF: Hygiène bucco-dentaire, infection préalable à EBV (adolescent/jeune adulte ++), trouble immunitaire
- Diagnostic: Association fusospirillaire à l'examen direct
- Complication: phlegmon et syndrome de Lemierre
- **Syndrome de Lemierre:**
 - Thrombophlébite jugulaire < foyer pharyngé avec embols pulmonaire septiques.
 - Sympt.: Douleur latérocervicale fébrile, DEG, douleur thoracique, mortalité de 5%
 - MAP: Angio-CT cervico-thoracique, Biol.
 - Traitement: AB IV, drainage SN, anticoagulation
- Diagnostic différentiel: Chancre syphilitique (non douloureux), agranulocytose (hémopathie maligne) ou lésion ulcérée < néo ORL



Angine de Vincent



Chancre syphilitique pharyngé

Dan H and Zeng. X, 2018

ANGINE VÉSICULEUSE

- Toujours virale!
- Entérovirus
- coxsackie A (Herpangine)
 - Epidémies estivales, enfants de 1-7 ans, atteinte limitée à l'oropharynx
 - Ttment symptomatique
- HSV:
 - Atteinte oropharyngée et labiale, parfois aphagie +++
 - Evolue spontanément en 10-14 jours
 - Traitement: si précoce (<3 jours après apparition des symptômes) et primo-infection: aciclovir



RHINOSINUSITE: DÉFINITION

La RS (aigüe ou chronique, avec ou sans polypes) se définit comme une inflammation du nez et des sinus paranasaux aboutissant à:

Chez l'adulte

Deux symptômes dont l'un est:

- Obstruction/congestion nasale
- Rhinorrhée ant./post.

+/-

- Troubles de l'odorat
- Douleur/pression faciale



Chez l'enfant

Deux symptômes dont l'un est:

- Obstruction/congestion nasale
- Rhinorrhée ant./post.

+/-

- Toux (jour et nuit)
- Douleur/pression faciale



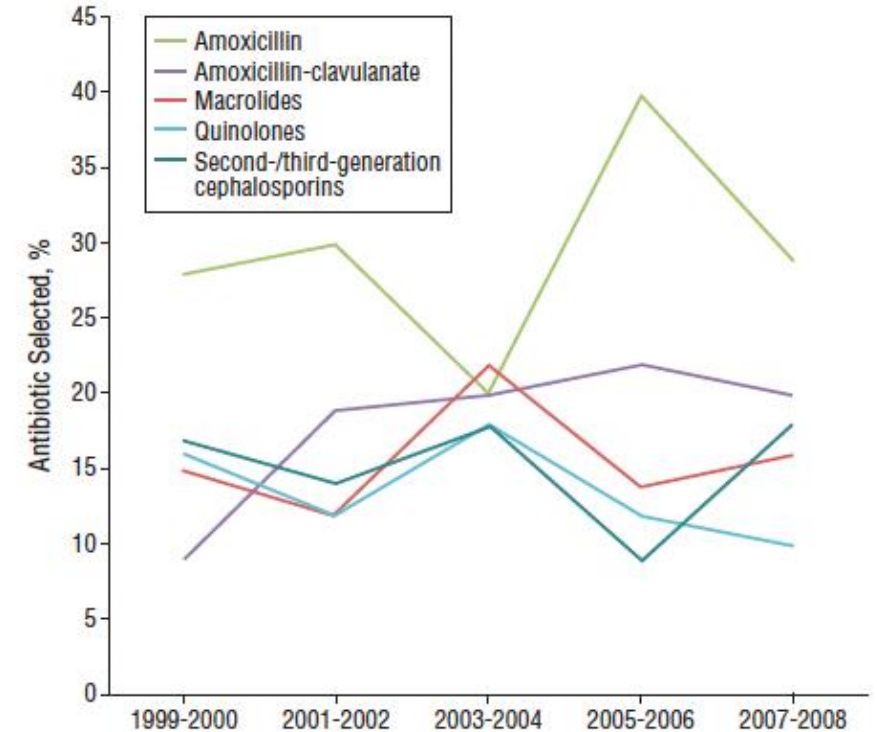
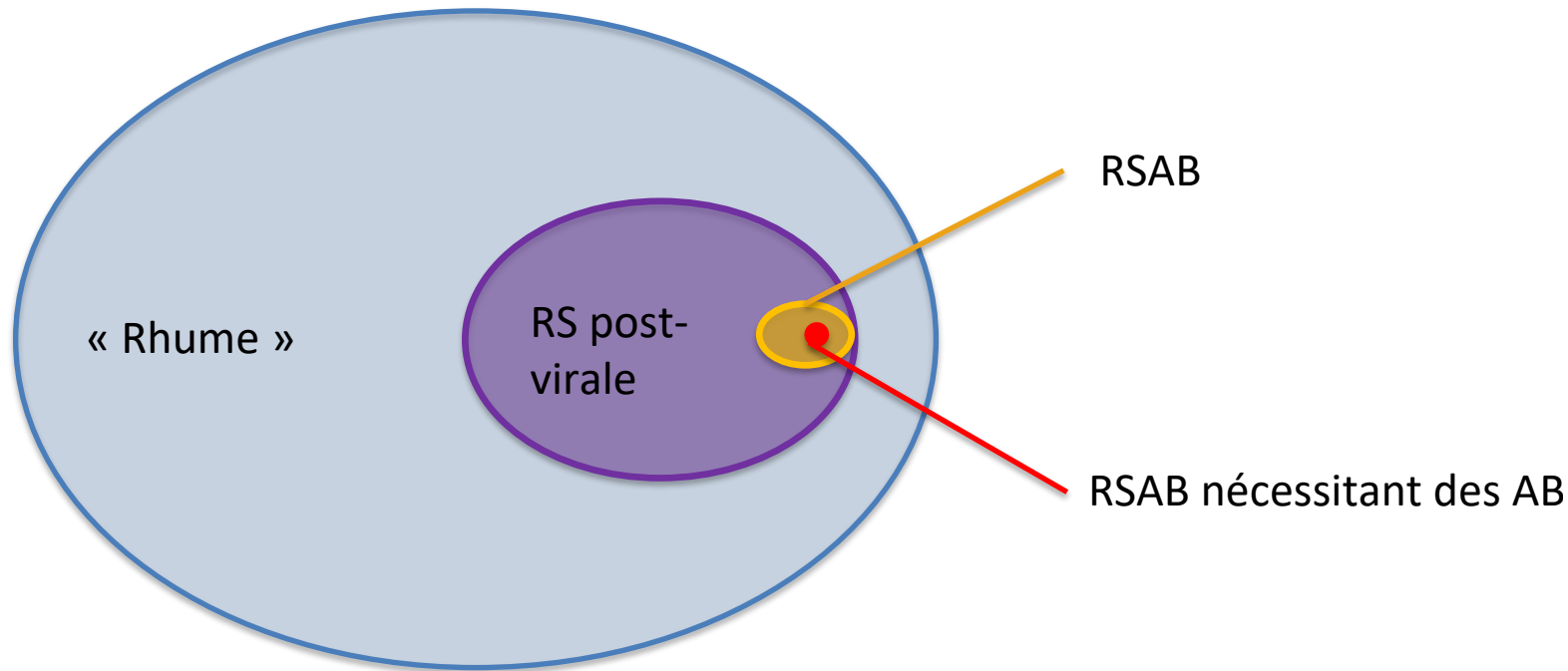
et des signes endoscopiques et/ou radiologiques (CT)

- Endo: polypes, écoulement mucopurulent < méat moyen, obstruction méat moyen
- CT: changement muqueux au niveau du complexe ostioméatal et/ou des sinus
(min épaissement sur 1 ou 2 parois du complexe ostioméatal est peu probablement lié à une RS)

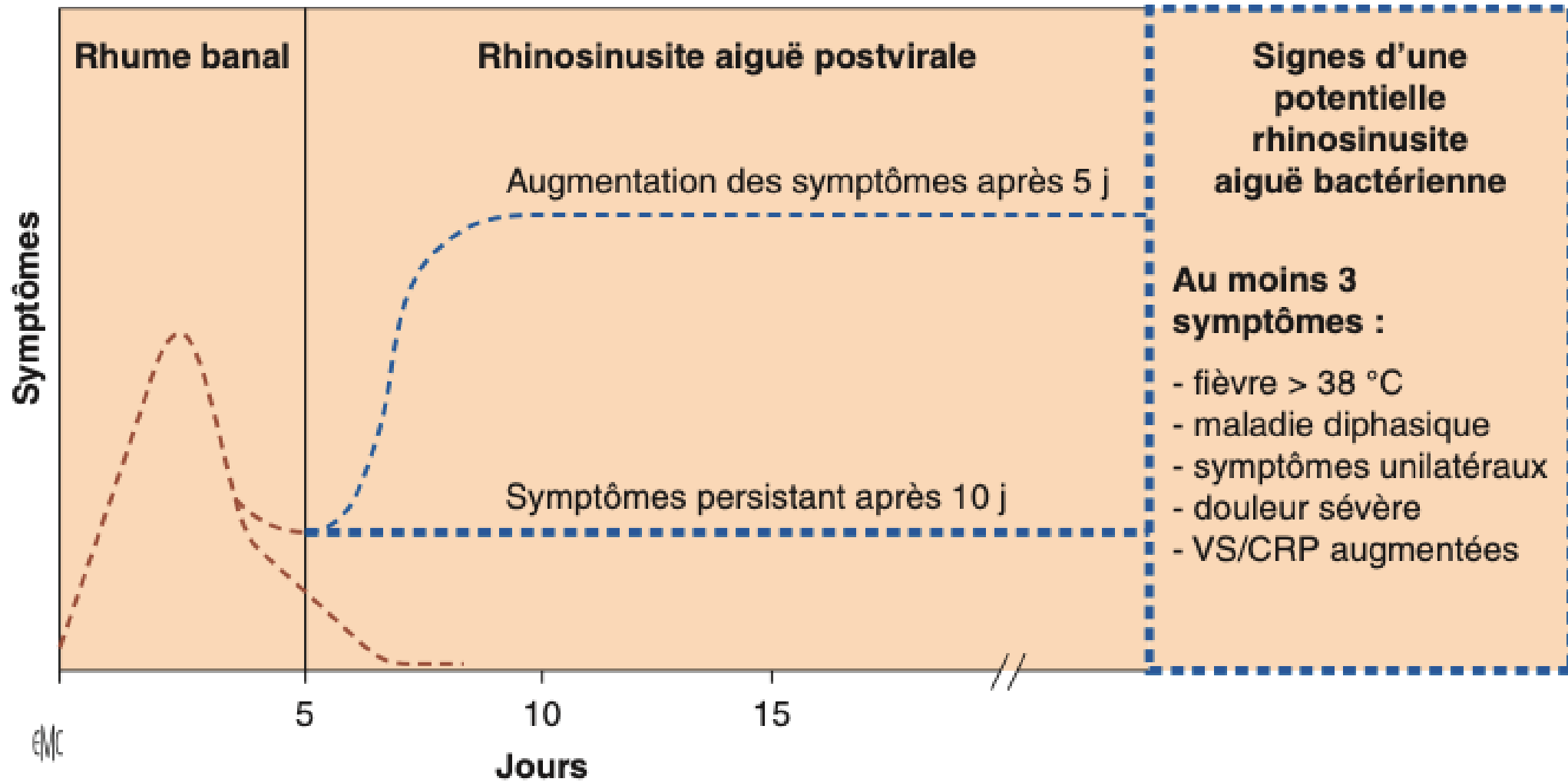
- La rhinosinusite aigue (RSA) = 1^{ère} cause de prescription d'AB
- RSA: 1-5 épisodes/an chez l'adulte, jusque 10/an chez l'enfant
- La RSA bactérienne (RSAB) est rare: < 2% des RSA
- +/- 2% des visites en MG (>500 consultations/an/10000 habitants)
- Plus d'impact social qu'une insuffisance cardiaque chronique
- Impact sur la santé comparable à l'asthme
- Cout important des RSA et RSC:
 - USA: 10 à 13 milliards \$ en cout direct (11-12 millions de consultations/an)
 - Vu la diminution de productivité (cf absentéisme et présentéisme) cout indirect colossal: 20 milliards \$ en cout indirect

RSA: ÉPIDÉMIOLOGIE

- 83% des patients qui consultent en MG pour une RSA se voient prescrire des AB
- 50% des AB prescrits ne sont pas ceux recommandés (quinolones et macrolides)

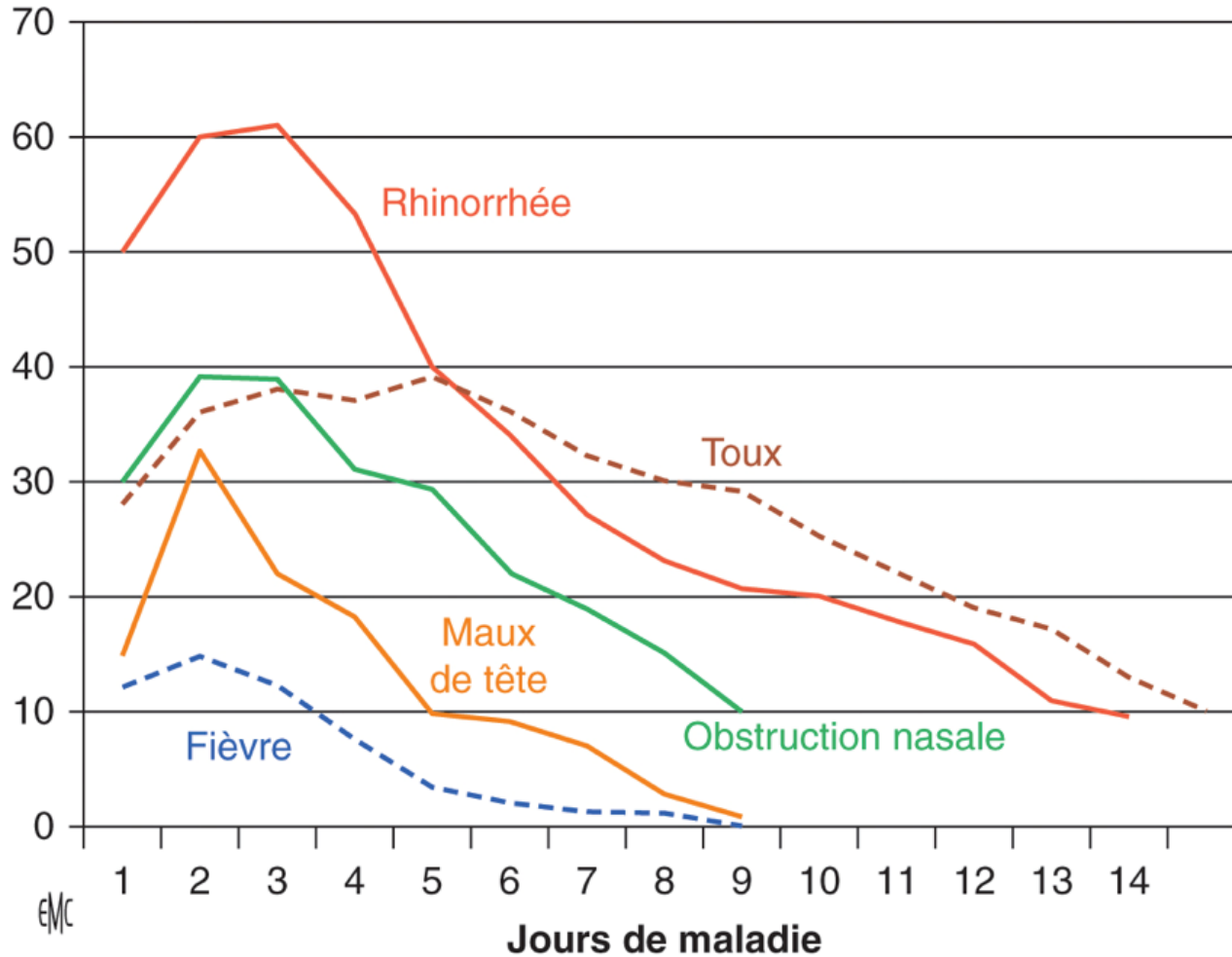


LES 3 TYPES DE RSA



- 60% des patients qui consultent reçoivent un traitement AB à J1...

RSA SYMPTÔMES

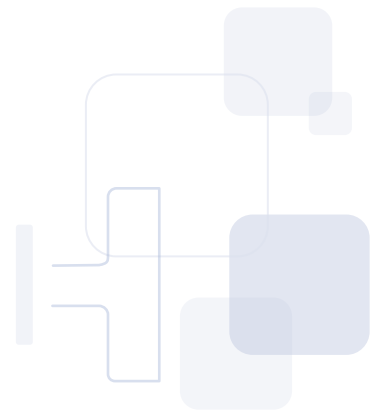


Évolution habituelle des symptômes de rhinosinusite aiguë virale (ou rhume)

- Obstruction/congestion nasale
- Douleur/sensation de pression/sensation de plénitude faciale
- Rhinorrhée purulente
- Toux (++ chez l'enfant)
- Réduction/perte de l'odorat
- Fièvre
- Adénopathies cervicales

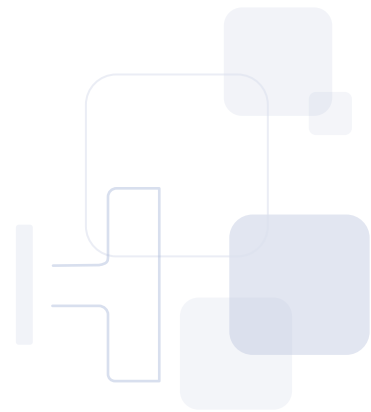
RSA DIAGNOSTIC

- Le diagnostic de RSA est clinique: pas d'examen complémentaire!
- Le diagnostic de RSAB dépend de deux éléments
 - **Évolution dans le temps:** maladie diphasique, symptômes >7-10 jours sans amélioration, évolution vers des symptômes unilatéraux
 - **Sévérité des symptômes:** fièvre, douleur importante, absence de réponse aux décongestionnants
 - Au moins 3 des critères diagnostics (EPOS) suivants: fièvre > 38 ° C, maladie diphasique, symptômes unilatéraux, douleur sévère, VS/CRP augmentées
 - Rhinoscopie ant/endoscopie (MG/ORL): pus au niveau du méat moyen
- Diagnostic topographique:
 - Sinus maxillaire: d+ sous-orbitaire, irradie vers les dents, augmente à l'antéflexion de la tête (majoration du caractère pulsatile)
 - Sinus frontal: d+ sus-orbitaire , d+ provoquée par la pression du rebord orbitaire au niveau de la jonction tiers moyen-tiers interne
 - Sinus sphénoïdal: d+ centrocrânienne et rétro-orbitaire, irradiant au vertex.



RSA: TRAITEMENT

- **Pas d'Antibiotiques !!!**
 - Pas d'effet prouvé dans la RSA virale ou RSA postvirale (« Rhume ») vs Placebo (chez l'enfant et l'adulte)
 - Augmentation des effets secondaires dans le groupe AB vs Placebo (chez l'enfant et l'adulte)
 - **Sauf** si 3 critères de RSAB (Amoxicilline+/-Clavulanate)
- Corticostéroïdes topiques
 - Pas d'efficacité sur la RSA virale, effet léger sur les symptômes de la RSA postvirale chez l'adulte (indication discutée chez l'enfant)
- Corticostéroïdes oraux:
 - Pas d'efficacité sur la RSA postvirale
- Anti-histaminiques:
 - Pas d'effet sur RSA postvirale et RSAB. Effet très léger au début (J1-J2) de la RSA virale chez l'adulte



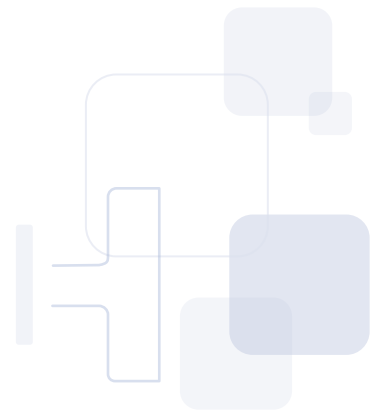
RSA: TRAITEMENT

- Décongestionnants nasaux (**Pas d'utilisation prolongée!!!**):
 - Effet léger dans les dans les symptômes de congestion dans la RSA virale, effet possible dans la RSA postvirale
- Antileucotriènes
 - Pas d'efficacité sur la RSA virale, postvirale ou RSAB
- Paracetamol
 - Effet léger sur l'obstruction nasale et la rhinorrhée (pas sur le mal de gorge) dans la RSA
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS):
 - Pas d'effet sur la durée de la RSA virale mais diminution de certains symptômes (douleurs, myalgies, éternuements)



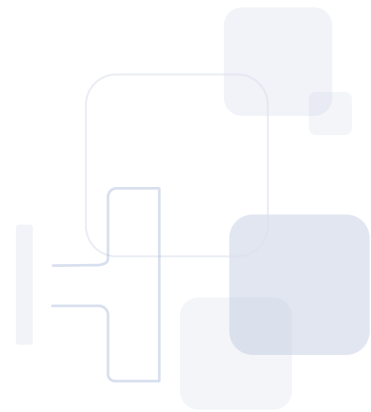
RSA: TRAITEMENT

- Anticholinergique (Bromure d'ipratropium):
 - Effet sur la rhinorrhée dans la RSA virale
- Irrigation nasales aux solutions salines
 - Efficacité sur la RSA virale (surtout chez l'enfant), efficacité discutée sur la RSAB et la RSA postvirale
- Humidification de l'air
 - Pas d'évidence d'un effet sur la RSA virale
- Probiotiques
 - Effet possible sur la prévention des RSA
- Vitamine C
 - Pas d'effet sur la prévention des RSA (sauf chez sportifs)



RSA: TRAITEMENT

- Exercice physique:
 - Effet positif de l'exercice régulier et modéré sur la prévention des RSA virale
- Zinc
 - effet sur la durée de RSA virale si administré dans les 24 heures du début des symptômes, pas d'effet de la prophylaxie au Zinc
- Phytothérapie
 - effet de certains produits (BNO1016, cineole, andrographis paniculata) sur l'importance des symptômes de la RSA virale et postvirale
 - Echinacea: Pas d'effet sur la RSA virale, effet possible et léger sur la prévention
- Homéopathie:
 - Pas d'effet sur la RSA virale



RSA: TRAITEMENT

- Vaccination (adénovirus): pas d'effet
- Mucolytique: pas d'effet



Recommandation thérapeutique de la RSA

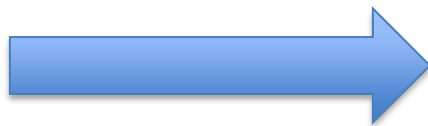
- **PAS D'ANTIBIOTIQUES!**
- Automédication: Vasoconstriction (<10 jours), Rinçage sérum physiologique, Paracetamol/AINS, Zinc, Phytothérapie
- Consulter si symptômes s'aggravent après le 5^{ème} jour ou si persistent >10 jours

RSAB: TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Adultes	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration/aggravation des symptômes après 10 jours d'évolution	Amoxicilline	1000 mg/12 h OU 1000 mg/8 h	5-7 jours
	Situations particulières <ul style="list-style-type: none"> • Cas sévères • Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours • Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale • Échec après 72 h de traitement de 1^{re} ligne • Immunosuppression 	Amoxicilline/clavulanate	1000 mg/12 h OU 1000 mg/8 h	
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	500 mg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêtalactamines)	Doxycycline (sauf si grossesse)	100 mg/12 h	
Enfants	Recommandation usuelle	-	-	-
	Absence d'amélioration/aggravation des symptômes après 10 jours d'évolution	Amoxicilline	25 mg/kg/12 h	10(-14) jours
	Situations particulières <ul style="list-style-type: none"> • Âge < 2 ans • Cas sévères • Antibiothérapie reçue dans les 30 derniers jours • Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale • Échec après 72 h de traitement de 1^{re} ligne • Immunosuppression 	Amoxicilline/clavulanate	40 mg/kg/12 h	
	Allergie non sévère à la pénicilline (céphalosporines possibles)	Céfuroxime	15 mg/kg/12 h	
	Allergie sévère à la pénicilline (contre-indication à toutes les bêtalactamines)	Clarithromycine	7,5 mg/kg/12 h	

RSA: SIGNES D'ALARME ET COMPLICATIONS

- Les complications des RSA sont rares
- Signes d'alarmes de complications orbitaires ou endocrâniennes:
 - Œdème/érythème périorbitaire
 - Diplopie
 - Exophtalmie, ophtalmoplégie, baisse acuité visuelle
 - Céphalées hyperalgique rebelle
 - Tuméfaction frontale
 - Signe de sepsis
 - Signes méningés ou neurologiques focaux, instabilité à la marche
 - Altération de l'état de conscience



CT-scanner/crâne avec injection de produit de contraste



RSA: COMPLICATIONS ORBITAIRES

Stade 1: cellulite pré-septale:

- diagnostic clinique, ttment: AB orale (parfois IV)

• Stade 2: cellulite orbitaire

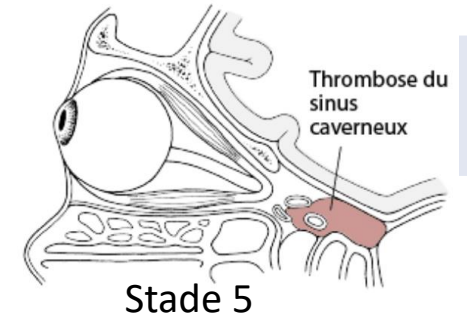
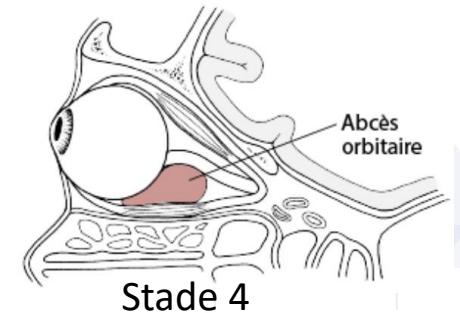
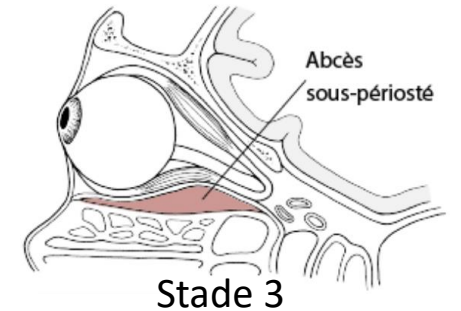
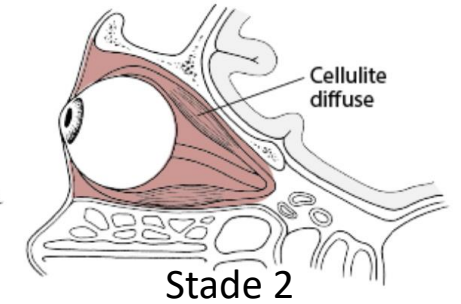
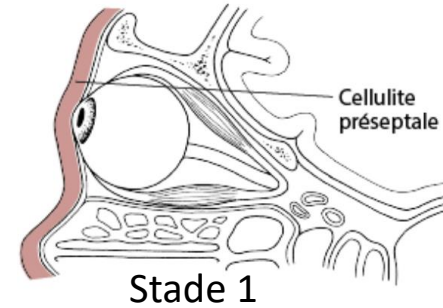
• Stade 3: abcès subpériosté

• Stade 4: abcès orbitaire

- Stade 2, 3 et 4: AB IV (couverture aéro + anaérobies), chir si absence d'amélioration après 24-48 heures (ou si abcès volumineux), évaluation ophtalmo (à répéter)

• Stade 5: thrombose du sinus caverneux

- Chemosis, ptosis, diplopie, atteinte oculomotrice, douleurs dans le territoire V1 et V2, œdème papillaire, signes méningés
- MAP par CT (avec PC) +/- IRM
- Ttment: chirurgie immédiate, AB IV et anticoagulant



RHINOSINUSITE AIGUE: COMPLICATIONS ENDOCRÂNIENNES ET OSSEUSES

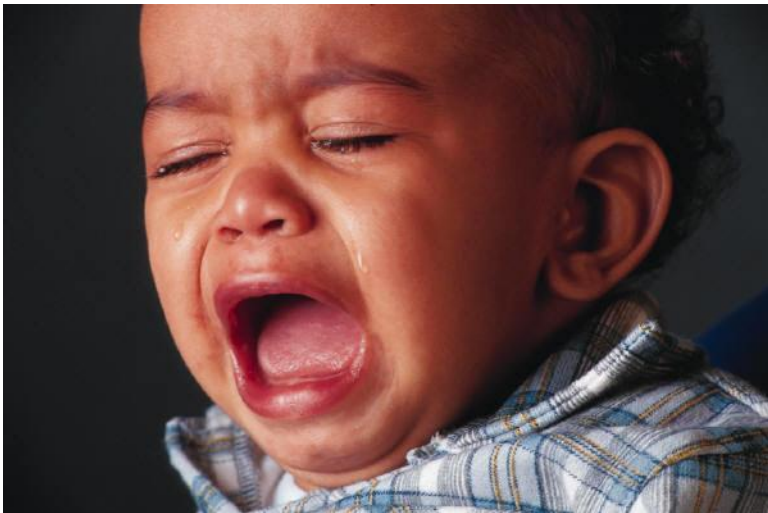
Complications endocrâniennes: voie hématogène (veines diploïques) ou voie directe (érosion osseuse)

- **Méningite**
- **Cérébrite**
- **Empyème (sous-dural ou épidural)**
- **Abcès cérébral**
- PEC (empyème et abcès): CT (avec PC), PL si suspicion méningite, ttment: AB IV (longue durée), drainage neurochirurgical, chirurgie endoscopique des sinus
- **Thrombose du sinus caverneux/sagittal supérieur**
- Complications osseuses:
 - **Ostéite/Ostéomyélite des parois du sinus frontal (« Pott's puffy tumour »)**

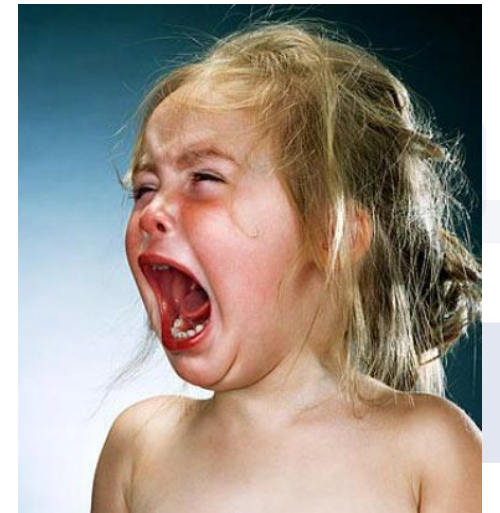


OTITE MOYENNE AIGUE

- Otite moyenne aiguë: inflammation infectieuse aiguë (apparition rapide des symptômes et des signes) de l'oreille moyenne, avec production de sécrétions purulentes dans l'oreille moyenne
 - ><
- Otite séro-muqueuse (OSM): liquide dans l'oreille moyenne (sans symptômes et signes d'infection aiguë de l'oreille)



- **Pathologie essentiellement pédiatrique**
- **L'Otalgie est de loin au premier plan**



OTITE MOYENNE AIGUE

Impact en santé publique importante

Prévalence importante:

- 80% des enfants < 3 ans ont au moins 1 épisode
- 20% ont des OMA répétées
 - Facteurs Favorisants: crèche, carence martiale et vitamine D, tabagisme passif, allergie, fente labio-palatine, immunodépression
- Cout annuel de 4-5 milliards \$ (USA)

Complications rares mais graves:

- Complications extracrâniennes:
 - Mastoidite
 - Paralysie faciale
 - Labyrinthite
- Complications intracrâniennes:
 - Méningite
 - Thrombose sinus latéral
 - Empyème extradural



OMA: PATHOGÉNIE

Infection VRS

Congestion Nasopharynx

Dysfonction tubaire

Aspiration de germes pathogènes du nasopharynx

Réaction infl. au sein de l'OM

Microbiologie:
virus (souvent à l'origine) et bactéries (60 à 70% de surinfections)

Pneumocoque	H. Influenzae	M. Catarrhalis
35 %	23 %	15 %
Otalgie, >38°C	Conjonctivite	
PLP	Beta-lactamase PLP	Beta-lactamase

OMA: DIAGNOSTIC

Clinique: Symptomatologie aiguë (peu spécifique!)

- Otalgie, otorrhée, hypoacousie de transmission
 - Fièvre
 - Irritabilité, pleurs, rhinite
 - Vomissements, diarrhée

+

Otoscopie: Epanchement et inflammation de l'OM



+

Rien d'autre! Pas de biol, Pas d'examen radiologique

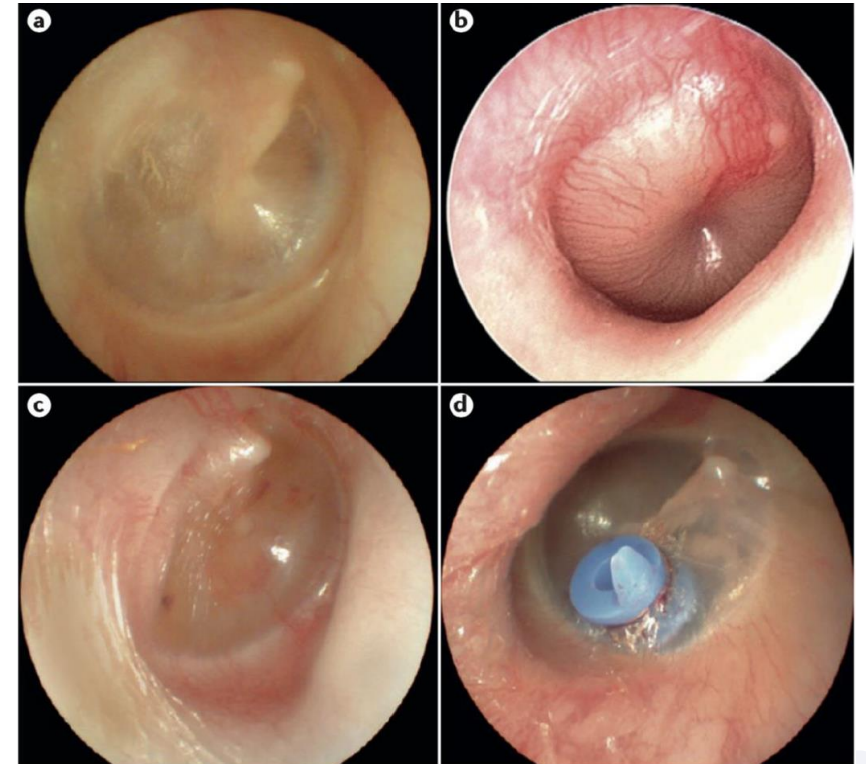


Figure 5 | **Otoscopical images.** a | Normal tympanic membrane. b | Red and bulging tympanic membrane indicative of acute otitis media. c | Otitis media with effusion. d | Presence of a ventilation tube in the tympanic membrane. Parts a, c and d reproduced with permission from REF. 244, Springer. Part b courtesy of D. McCormick, University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas, USA.



Otoscopie souvent difficile! Différence avec OSM: tympan bombant, écoulement au travers d'une perforation

OMA: TRAITEMENT

PARACETAMOL 60 mg/kg/j en 4-6X
(adulte: 3 à 4x 1 gr/jour)

+ si nécessaire

IBUPROFENE 20-30 mg/kg/j en 3-4x
(adulte: 400 mg 3x/jour)



prise en charge de l'infection
rhinopharyngée concomitante
(Soins de nez au sérum physiologique,
corticoïdes topique,
décongestionnant quelques
jours,...)



Pas d'antibiotiques, sauf...

Antibiothérapie

(Amoxicilline 75 mg/kg en 3x pendant 5 jours,
Azithromycine si allergie IgE-médiée)

■ D'emblée :

- Enfant <6 mois ou <2 ans **avec** OMA bilatérale
- Otorrhée au travers d'une perforation
- Malformation ORL (fente Labio-palatine,...), T 21
- ATCD de chirurgie de l'oreille (sauf drains transtympaniques)
- Immunodéficiences

■ >72 heures

- Patient > 6 mois sans amélioration

Prévention OMA:

Vaccination contre le pneumocoque, Allaitement maternel,
Éviction tabagisme passif

OMA COMPLICATIONS

- Complications extracrâniennes:

- Mastoidite:

- Inflammation des cavités mastoïdiennes avec ostéite
- Cliniquement: AEG, fièvre, Otagie, décollement du pavillon < œdème rétro-auriculaire
- MAP: CT (+PC) voir IRM?) si indication chirurgicale ou suspicion complication
- Prise en charge: Prélèvement bactériologique, Traitement antibiotique IV +/- chirurgie (mastoïdectomie)

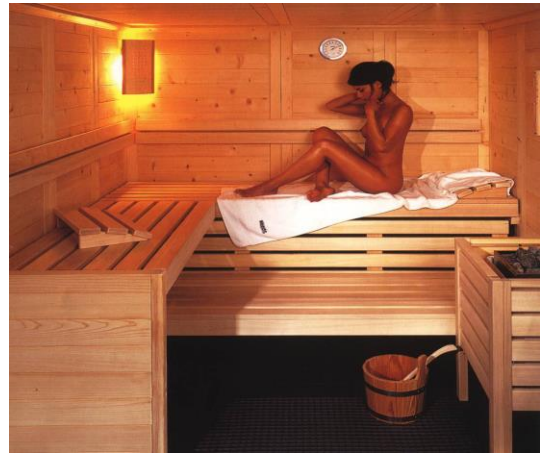
- Paralysie faciale: AB, corticothérapie dès identification du germe, drainage
- Labyrinthite: AB +/- drainage

- Complications intracrâniennes (rare): Hospitalisation, AB IV, chirurgie de drainage, CT (+PC) ou IRM, Biol

- Méningite
- Empyème extradural
- Thrombophlébite sinus latéral (+ anticoagulation)



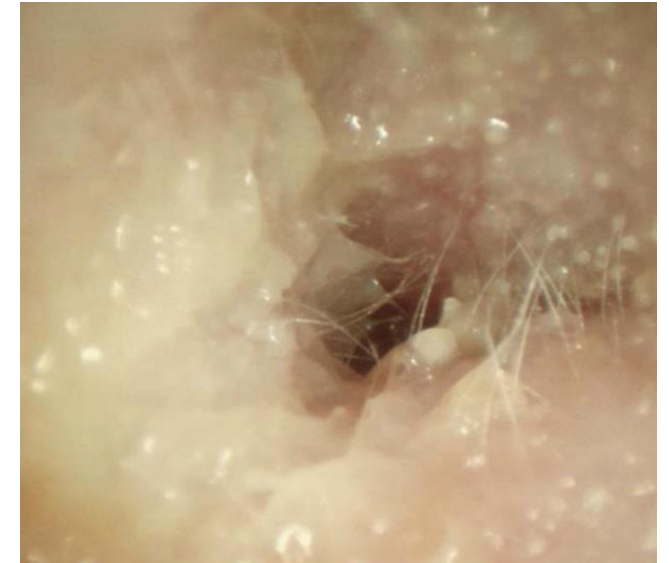
OTITE EXTERNE



+

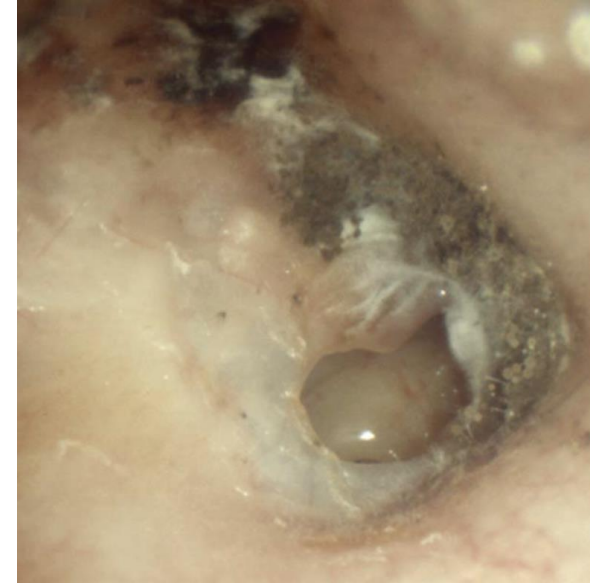
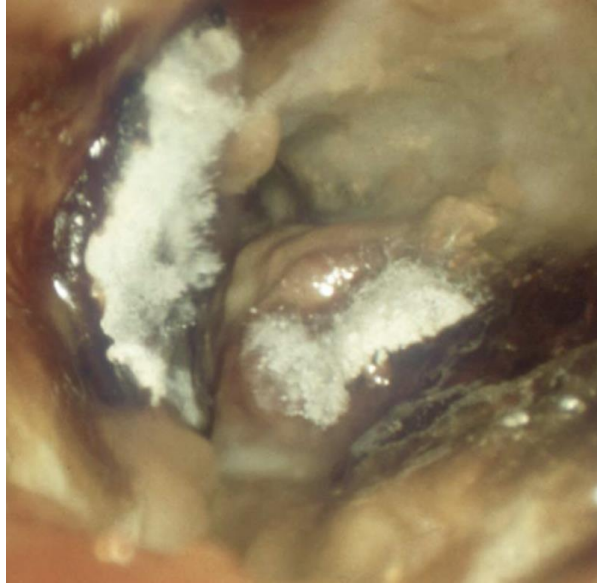


=



- Chaleur, humidité (eau!!! Piscine), traumatisme, Appareils auditifs
- **Otalgie ++ (Pavillon, tragus)** , Otorrhée, Hypoacousie transmissionnelle
- 2 germes : P. Aeruginosa et S. Aureus
- Traitement: Antidouleurs, Antiinflammatoires + ATB topiques
 - Tympan fermé: **POLYDEXA, NEOBACITRACINE, PANOTILE** 3 X 3 gouttes/j, mais attention aux réactions allergiques: 30% si néomycine!!!
 - Perforation tympanique (ex: aérateurs tubaires transtympaniques): **CILOXAN** 2 X 5 gouttes/j +/- **Maxidex** (1x5 goutte/j), ou De Icol (5 gouttes 3x/jour)

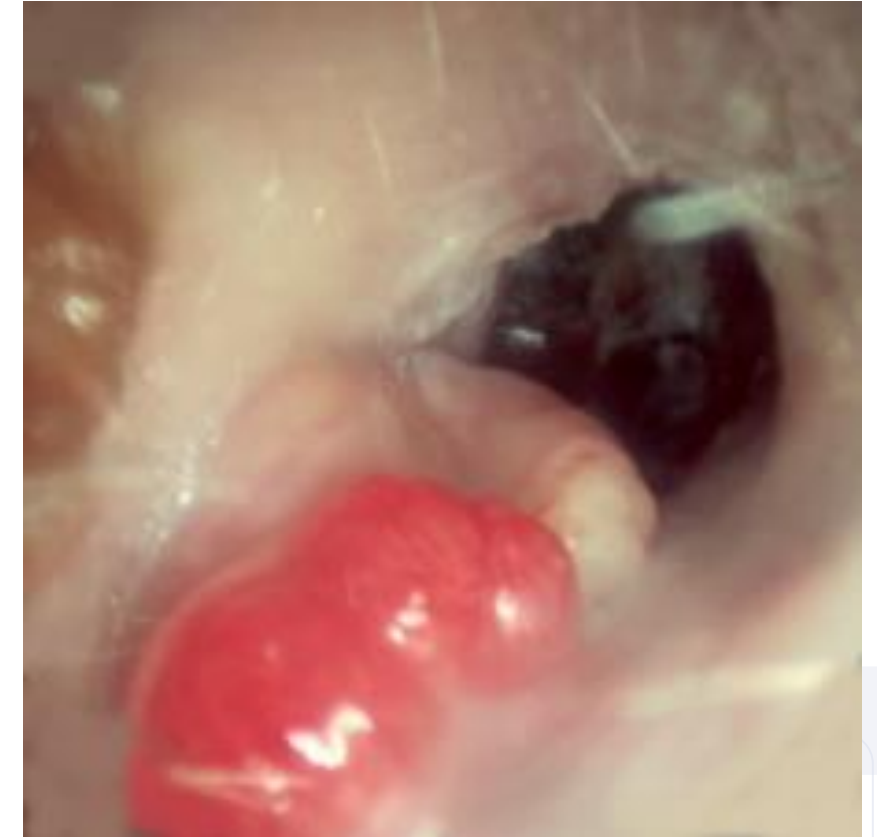
OTOMYCOSE



- Otite externe d'origine fongique: peut être invasive chez le patient immunodéprimé
- Surtout Aspergillus
- Peut être associé à une otite externe bactérienne
- Symptômes: Prurit, Otorrhée, Otalgie (+/-), parfois hypoacousie
- Prise en charge: nettoyage, gouttes auriculaires antifongiques, parfois antifongique systémiques

OTITE EXTERNE MALIGNE

- **diabétique, immunodéficient!**
- Clinique: Ootalgie modérée, surdité de transmission, otoscopie: présence d'un polype sentinelle!
- Otite réfractaire à 1 semaine de Tt
- Pseudomonas aeruginosa (95 %), Aspergillus, Staph,...
- Ostéite du temporal, de la base du crâne
- Nerfs crâniens (PF: 20 à 50 %), complications intracrâniennes
- Prélèvement
- Biol (VS,CRP)
- CT (IRM)
- Tt = Ciprofloxacine IV 400 mg 3x/j
puis relais PO 750 mg 2x/j **(2 mois min!)**



TAKE HOME MESSAGE

- Les infections ORL sont pour la plupart bénigne, et ne nécessitent pas de traitement antimicrobien
- Les complications sont rares, mais dangereuses: il faut pouvoir les identifier!
- Il n'y a que très rarement une indication d'imagerie, en particulier lors d'une suspicion de complications et/ou une indication chirurgicale: pensez au CT injecté!



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

BEDANKT VOOR UW AANDACHT

COORDONNÉES DE CONTACT

Marc Vander Ghinst

Directeur du service ORL

Email : Marc.vanderghinst@hubruxelles.be

H.U.B

Hôpital
Erasme



ULB

