

ANGINES AIGUËS

= T° + odynophagie +

196, 2002, 2004, 2015

angine = "douleur".

"10.000.000 angines / an en France, 8.000.000 traitées par ATB, dont 75% d'inutiles"

enfant +++

1 A. érythémato-pultacées +++

● rougeur du pharynx, amygdales avec petits amas d'enduit blanc crèmeux punctiformes *détachable / suintent*

● **VIRUS** +++ (4/5) : < 3 ans, "diffusion" aux VAS (rhinite, toux*, conjonctivite, laryngite)

● bactérie (1/5) = **SHA** : > 3 ans*, localisé sur les amygdales* (plutôt pultacé), ⊕ sévère (brutal, fièvre*), ADP*, rash (scarlatine)

Score de Mac Isaac = *	
T° > 38° :	+1
Ø toux :	+1
ADP cervicales douloureuses :	+1
⊕ amygdales ou exsudat si âge > 45 ans :	+1
	-1

recherche rapide de SHA par Test Diagnostic Rapide (TDR) = Streptotest® (3 min) +++

ou prélèvement + culture labo (1/3) si TDR avec FDR de RAA ou complication

< 3 ans : Ø
≥ 3 : Ø
≥ 15 : Mac I ≥ 2

Se ggy,
Sp 95%

Complications dues au streptocoque β-hémolytique du groupe A (SHA) :

- locales : **Phlegmon périamygdalien** : ↑ T°, trismus, voûture du voile, œdème de la luette, torticolis

[possible sur toutes les angines] (absent négatif) → (H) - (U) chir : incision-drainage (AL) + ATB IV (Augmentin®) puis PO x 3 sem

- à distance : **Rhumatisme articulaire aigu (RAA)** (enfant/ado) : 3-4 sem après angine - risque complications ♥

[si strepto méconnu et non traité] **Glomérulonéphrite aiguë (GNA)** post-strepto (dl abdo+OMI) → recherche protéinurie à 3 sem sur BU

+ Scarlatine, choc toxique, érythème noueux...

● si SHA (TDR+) → **Amoxicilline** (2 g/j - 50 mg/kg/j) x 6j (en 2 prises)

si Allergie : C3G PO (Cipredol - paracétamol 500 mg/j - ou Ciprofloxacin - acétul - Zithromax 400 mg/j)

si CI : **Macrolide = Azithromycine** (500 mg/j - 20 mg/kg/j) x 3j (en 1 prise)

échec:
- flagyl
- PO

ttt spt dans tous les cas: Antalgiques, antipyrrétiques (Paracétamol 1gx3 - 60 mg/kg/j en 40) + antiseptique local (bains de bouche)

Habits actifs + réhydratation - **reconsultation à J3 si Ø amélioration +++** (T° persiste ou aggravation clinique)

Ø d'AINS (risque suppuration)

↔ △ au Kawasaki si fièvre > 5j !!

2 A. vésiculeuses : toujours virales, bénignes

= "en arrière"

1-7ans ● **Herpangine**: virus Coxsackie A, vésicules sur piliers ou voile du palais ± Sd "pied-main-bouche" (éruption paumes & plantes)

1-4ans ● **Herpès** : primo-infection HSV1, gingivo-stomatite = "en avant" → rougeur → vésicules → tache blanche + amniote rouge

• ttt : antalgiques/AINS, réhydratation, bains de bouche (guérison spontanée en qqs j) ± Valaciclovir / ZELITREX® si herpès

3 A. pseudo-membraneuses: fausses membranes blanches (enduit pultacé étendu)

● **MNI à EBV** +++ : polymorphe (●, ●, ●), localisées sur les amygdales - adolescent ++ (salive) - **Asthénie** +++ (3 mois)

se prolonge = "hémopathie bénigne" : ADP + SMG + HMG - purpura du voile - rash... → NFS, Séro EBV ++ d'emblée

ttt spt ± **corticoïdes** ++ si sévère/ prolongé △ Ø Ampicilline Ø rash

● **Diphthérie** (rarissime en France) → fausses mb. blanches très adhérentes ++, hémorragiques, dépassant les amygdales +++ (Rouette)

signe Rhinite hémorragique, adénopathies chez non vacciné / zone d'endémie (Europe de l'est..) △ vérifier carnet de santé immédiatement!

→ prélèvement rech. bacille Loëffler (dg en 2-3 H) - risque de myocardite, atteinte neuro, dyspnée et ↑ +++

→ (H) (U), isolément : **Sérothérapie IM** (antitoxine diphétique) + ATB IV (Péni fortes doses)

+ corticothérapie en prévention du choc post sérothérapie, D.O., ttt prophylactique des sujets contacts

4 A. ulcéro-nécrotiques

- bilatérale : agranulocytose/ **leucose aiguë** (hémopathie maligne) → NFS ++ △

- unilat : ● **angine de Vincent** : association anaérobies fusospirillaire (BGN & spirochètes) - **haleine fétide** ++

→ PéniV + Flagyl® ou Augmentin® + bains bouche et soins dentaires à distance (état souvent déplorable)

● **Chancre syphilitique de l'amygdale** → Prélèvements locaux rech T. Pallidum + TPHA-VDRL + bilan IST - ttt + D.O.

● **Cancer de l'amygdale** (3ème épid.) → **Biopsie** de toute ulcération persistante, surtout chez l'alcoololo-tabagique

PSID, AFP

Complications Locales



Phlegmon péri-amigdalien

= cellulite entre amygdales // paroi, 10% inangulaire!

⇒ T° +打球 unilat, otalgie réflexe + dysphagie + **tumore** + hyperalévation + voie de perte chaude

⇒ Rgillier, lueche œd

(H) ambu m adulte + alimentation ok + pas à l'aiguille

- Augmentin IV

allergie : C3G + **Ritonidazole**
Clindamycine

- Catégo dose uniq! (≥ 100 , tumore, T°)

- Ponct à l'aiguille ou drainage évacuation

Adenophlegmon cervical = Adénite Cervicale Suppurative

= suppuration ggl λ° echo

⇒ **Torticollis** + empêtement cervical profond + T°

(H) ambu • Augmentin

allergie : **Ritonidazole** + **Pritamycin** > 6 ans
Sesamycin Spina < 6 ans

10-14j

Réeval à 48-72h

↓
(H) collect?
euthème, masse fluctuante
echo ou TDM
ponct

▷ masse palpable
peut plus meur
sensible

Infect Rétropharyngé ou Rétrostylique (U)

= adénite ggl rétropharyngé ou rétrostylique, ne s'étend pas au delà

⇒ RP, < 7ans,

⇒ **tuméfact** lat hte cervical + torticolis + malbouffée + **dyspnée**

Infect Préstylique (U)

= infect des espaces cellulograinieux paratonill'

srt abordé

⇒ angine / phlegmon, adulte

⇒ **tuméfact** lat hte (perotique) + torticolis + malbouffée

Cellulite cervicale profonde extensive (U++)

= fixité nécrosante !!

OMA

sinusite

mandibulaire

Complicat G post SGA

Glomerulonéphrite A

10-20 mois syn OK (enfant++) ou IR (adulte++)

RAA 10-15; après ^{brûlant}
 invidieuse

* Osgood * Anticubat : polyarthrite/migratoire/odyn/ crise aiguë /1 mois

Pne * O : tâches ^{peu cardib}
 IC, TdR, TdC
 valves

* cut Nodosité de Merynet (faim indolore, sur os/tendon, 1-2cm)
erythème marginé (macule rose, vibration)

* muco Chorée de Sydenham (mvt involonté, anarchiq, diffus, bilat)

* T, adénolymphite méningé, SIB



① curatif = • repos lit 3 sem
• cortico
• geniv

② préventif sans desfin curatif • Extencilline

allergie : flacon d'ido

φ CI arrondis mais ^{1.000}
^{T>30} *gout, gênesse et adenopathie* !

φ exam hipo
sythémato

compliqué
surveill 6h

III^e: respi, vomit, hemorragie + abn

II^e: hemorragie, dysphagie dts, asthme et nasi

Amygdale Palatine

Amygdalectomie si:

- Angines récidivantes > 3/an pendant 3 ans
- Hypertrophie chronique responsable de troubles respiratoires (SAS...) ou cmo > 3 mois, sous H1N1
- ATCD de phlegmons + angines récidivantes | dysfunkt, phonat, dypq gare
- Complication (RAA) (au CHA)
- Ed de Marshall : T° périodiq



ATCD perso

FDR RAA

5-25ans +

rejou Angig / DTM-TOM

Sad envir

ATCD ++ angine SGA

* A euthémato-pultacée = "blanche" → sensible aux autres Staphy, Staph, Pasteurella, Tono = φ H1 au rarem

en cause !!

* Obj H1 : accès au grêlon (spontané en 3-4j) + dysphagie + compliqué

(24h au lieu de 4mois!) (xRHA en H1 commencé au gg)

→ peni V 10j, non utilisée

"- Veux-tu ouvrir la bouche, pour que je regarde?

Elle put à peine desserrer les mâchoires. Il avançait la flamme de la bougie, il vit avec difficulté l'arrière-gorge, luisante, sèche, d'un rouge vif. C'était évidemment une angine."

ZOLA, *La Joie de vivre*, 1884

Amygdalite chroniq

* Enfant : amygdale inflam/dure / atopiq / sortant du liquide + SIB + gg⁺
angine à répét⁺

④ rebentissement fonctionnel (révolv sec, compliqué...) => Amygdalectomie
+ hypertrophie

* Adulte : amygdale petite / atopie / nocivatice + crachat gâté + bactérienne + φ SIB
cmo bénin mais & compliqué
H1 = agressivité / rage / cyanose, éclat ni compliqué

→ peu de 2^{me}, NF N, n°PAPR
évolut bénigne en 3j, opér. bénin
△ éliminer autre dg

contaminat = stück interne / avenir
incubation = 48-72h

= inflam pharynx + gosse nasale

cedric

RHINO PHARYNGITES

4-5/an jrs 7ans
1/2007

Banale maladie d'adaptation de l'enfant à son environnement (acquisition de l'immunité), volontiers récidivante

Survient après l'âge de 6 mois (protection par les anticorps maternels avant 6 mois)

Double périodicité ++++ saisonnière = HIVERNALE +++ avec normalisation estivale +++ (+ RGO !!)
guérira tout seul en 7 à 9 ans, avec l'acquisition de l'immunité (pour le regarder jusqu'à 9 ans)

Tout le problème est d'atteindre cet âge sans survenue de complications ou de retentissement sévère

RP = toujours virale +++ (rhinoV., myxoV. influenzae & parainfluenzae, adenoV., coronaV...) VRS > 100
jeune enfant +++ (Non en crèche++) - automne - hiver - transmission aérienne



• dq clinique s'exprime uniquement au niveau de la muqueuse respiratoire :

nasale : obstruction nasale, rhinorrhée aqueuse puis mucopurulente, fébrile au maximum !
avec muqueuse RP inflammatoire, gg bilatéraux bilatéraux Δ desquamé et non pas !

$38,5^{\circ}\text{C}$ 103°F
(40° comble, matin)

sinusienne : constant épaississement muqueux (si on l'étudiait)

otologique : tympans congestifs (= myringite) \rightarrow EXAMEN DES TYMPANS +++ / nudiété ?

trachéo-bronchique : toux grasse le soir +++, ronchus fréquents Δ sans fièvre (VRS \rightarrow bronchiolite du Non)

guérison spontanée en quelques jours (7-10j)

SI FIEVRE $>38^{\circ}\text{C}$
COMPLICATION !

? \rightarrow Complications = surinfections bactériennes +++ :

1. Otites : OMAP (et otites séreuses)

2. Sinusites : ethmoïdite ++ chez Non, sinusite maxillaire subaiguë (> 6 ans) évoqué si évolution traînante

3. Respiratoires :

obstruction RP (SAS)
laryngite (sous-glottique ++ / Δ épiglottite), trachéite
~~bronchite / broncho-alvéolite, PNP~~ Δ pas considéré comme compliquée !

Débordement bactérien ganglionnaire :

4. Phlegmon péri-pharyngé :

ou cervical

- torticolis fébrile, tuméfaction cervicale ++
- tuméfaction à l'abaisse-langue avec refoulement amygdalien
- trismus ($> 8-9$ ans)

diarrhée vomit
déshydraté

5. Méningite rare (virale ou de surinfection bactérienne)

6. complications générales de la fièvre (convulsions, déshydratation)

La RÉCIDIVE ++++ reste le problème essentiel, constant, et le plus désespérant (+ problèmes sociaux entraînés : absentéisme parental...)

\rightarrow recherche de facteurs favorisants / auto-entretenants :

Non en crèche / collectivité +++, RGO, allergie, tabagisme parental,
hypertrophie des végétations adénoïdes, carence martiale, TD, drépanocytose...

+++
fièvre evolutive

• ttt symptomatique ambulatoire ++ :

1. DRP & surveillance de la température / aspiration des sécrétions (x 8j)

"il le plus efficace
= le soleil et grandir"



Pas d'ATB sauf si trainant > 10 j (= "ten days rule") \rightarrow sinusite maxillaire subaiguë
ou si secondairement fébrile après recherche d'une complication ++

2. éviction de la crèche si risque de complication (OMA++) et mise en jeu du pronostic auditif, mais problème social
et ttt des éventuels facteurs favorisants ++ (tabagisme parental)

3. Surveillance & information des parents : caractère récidivant, acquisition de l'immunité, surveillance thermique
Si signes d'otite, ethmoïdite, gêne respiratoire, éruption débutante ... \rightarrow reconsulter

+ Adénoïdectomie si formes récidivantes (otites, RP) ou compliquées

Vasoconstricteur pompe pour adulte!
 > 15 ans

AINS/otico

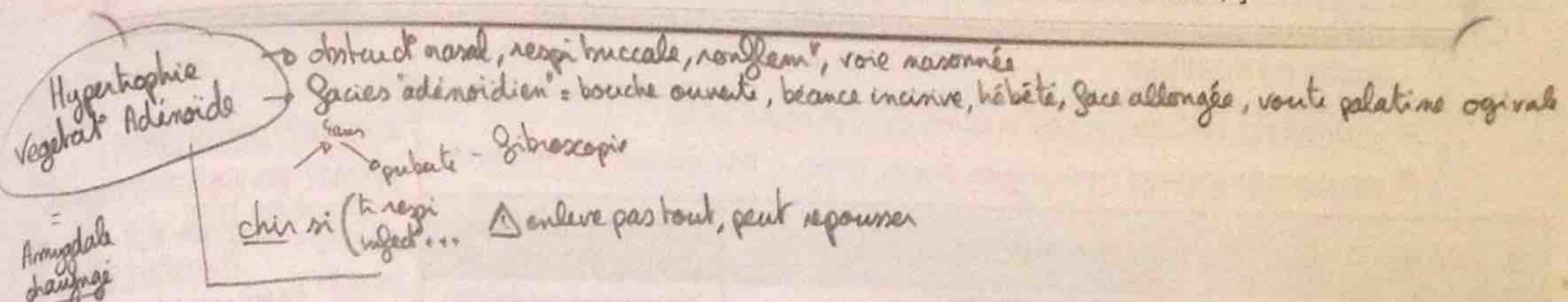
- fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$
- > 10 j
- la complicité

- Kc
- Syndrome masopharyngien
- Impingement choanique

dg ≠ : • **Rhinite allergique saisonnière** (coryza)

- périodicité différente : saisonnière = Printemps / automne +++, ou perannuelle [si allergènes en literie... / ± rythmé par le lieu d'habitation]
- ± persistante, sévère (retentissement++)
- rhinorrhée liquide +++ + prurit nasal + éternuements en salve + souvent associé à conjonctivite
 - △ recherche asthme débutant +++ et antécédents familiaux +++++
- dg clinique ++, mais examens complémentaires possibles : recherche allergènes (prick-tests)
- ttt : ↓ allergènes (ttt des literies...) → désensibilisation si jeune monosensibilisé et anti-H1 (AERIUS®, ZYRTEC®) ± corticoïde local (NASONEX®) si perméable

[Rq: ↗ Pharyngite chronique de l'adulte : ♂ jeune, irritation chronique (tabac, alcool, RGO, stress...)]



« M. L'Ambert se transporta en personne à l'hôtel De Villemaurin, malgré un coryza persistant qui lui faisait sortir les yeux de la tête. Il se moucha une dernière fois dans l'antichambre. »

ABOUT, *Le Nez d'un notaire*, 1862



Phacomatoxe = Maladie avec tumeur de petits feuilles,

- Neurofibromatose 1 a?
- Sclérose tubéreuse de Bourneville
- Von Hippel Lindau
- Rendu - Osler
- Strümpell - Kiesselbach

ethmoïde : naissance
 maxillaire : 3-4 ans
 frontal : 5-10 ans
 sphénoid : 10-15 ans

malade n° → ethmoïdite
 max → ethmoïde / max / frontal / sphénoid

SINUSITES

198, 2003

SINUSITE MAXILLAIRE (aiguë)

enfant > 3 ans - adulte +++

frontale sphénoidale

> 8 - 10 ans ado / adulte

Haemophilus influenzae, Pneumocoque, Moraxella catarrhalis

- Fièvre
- douleurs sous-orbitaires, unilat pulsatile, vespérale, tête en avant & toux (nocturne ++)
- rhinorrhée purulente, obstruction nasale
- rhinoscopie antérieure / fibroscopie : pus sortant du méat moyen
- Ø prélèvement systématique si aigu typique
- Ø radiographie systématique (TDM sinus si doute)

- * Cplc : - diffusion aux autres sinus = Pansinusite
- ostéite du maxillaire
- orbitaires : cellulite, abcès ⇒ drainage chirurgical en U
- neuroméningées : méningite, abcès, TPSC

sus-orbitaires
 orbitaires
 anx (ox) port (orange)

TDM (front plaque) TDM = Oq

+ infection BP
 O. frontale O. sphénoidale
 TPST (transverse) TP, empyème

S. bloquée

Hyperalgie sans rhinorrhée
 (Ø mouchage)
 par blocage du méat moyen

S. d'origine dentaire +++

- rhinorrhée : **UNILATÉRALE** +++ & **FÉTIDE** +++ (anaérobies)
- recherche CE intranasal chez enfant +++
 - Diffusion apicale au plancher du sinus
⇒ recherche foyer infectieux dentaire (1^e et 2^e prémolaires)
 - Surinfection mycotique de matériel d'obturation canalaire poussé dans le sinus (dépassement de pâte) = Aspergillose intrasinusienne

H° ↓ U

Drainage chir en U
 (après échec du ttt medical)
 ☐ méatotomie + lavage + prélèvement bactérien + ATB

- TDM sinus + Panorex +++ (+ cliché dent)
- ttt dentaire : **dent causale** +++
 - ttt sinusien :
 - chir = **méatotomie moyenne endoscopique** → drainage, CE intrasinusiens, prélèvements / anapath.
 - med = ATB + corticoïdes
 - ttt préventif = hygiène bucco-dentaire, soins dentaires

S. chronique (avec poussées d'acutisation)

Asymptomatique en dehors d'une acutisation ou pauci-symptomatique (= Toux chronique nocturne ++)

- ex. nasofibroscope
- ex. stomato ++
- rech. facteurs fav. +++

idem + Prélèvement bactérien
 1. ttt med: ATB+cortico + Correction fact. fav:
 - allergie, tabac
 - polypose naso-sinusienne, mucoviscidose
 - diabète, ID
 - cf. RP

2. chirurgie si échec

ttt ambulatoire d'une sinusite "classique" (si échec ttt sp, sévère / compliquée ou FDR) :

1. ATB probabiliste : AMOXICILLINE PO 2-3 g/j - 80 mg/kg/j

ou : Augmentin® si échec ou S. frontale / Cefpodoxime, Céfuroxime / Pristinamycine si allergie

Corticoïdes 1 mg/kg/j (SOLUPRED® 20 PO) en cure courte

✓ Vasoconstricteurs locaux = DÉTURGYLONE® 5j chez l'adulte (CI chez enfant !)

✓ DRP - Antalgiques, antipyrrétiques (paracétamol)

2. rarement chirurgical : drainage/ ponction/chirurgie si inefficace ou complication (neuro, ophtalmo)

ETHMOÏDITE aiguë

Enfant +++

Haemophilus inf. & Staph. aureus

+++

Fièvre 40° + AEG, céphalée fronto-orbitaire

OEDÈME angle interne de l'œil

(canthus int.) & de la racine du nez

rhinorrhée purulente ipsilatérale

recherche de complications oculaires & neuroméningées

(paralysie oculomotrice, abcès, exophthalmie, ERG, myopie aigüe, anesth corne)

1. ORBITAIRES +++

= cellulite & phlegmon orbitaire NOR ⇒ chir. U

2. neuro-méningées :

méningite, abcès sous-périosté, empyème, TPSC

Transfert U H

SANS retarder la PEC

1. TDM injecté sinus U

+++ pour éliminer TPSC ++

2. Bilan infectieux ++ :

prélèvements locaux :

fosses nasales, pharynx, conj.

PL si signes méningés

généraux : hémocultures, NFS-CRP

3. bilan pré-op - Cs anesthésie + AUTORISATION PARENTALE

U ttt +++ : H°

1. Drainage chirurgical U d'une collection intraorbitaire

+++

2. ATB I.V. probabiliste :

Ceftriaxone + Vancomycine

Céfotaxime + Fosfomycine + Gent

x 15 j au total

± Métronidazole si anaérobies

(IV x 5j, puis relais PO par Augmentin®)

3. DRP, corticoïdes

SOINS ophtalmo (larmes...)

antalgiques, antipyrrétiques

Prévention des récidives :

Correction des facteurs favorisants = adénoïdectomie ++,

vaccin Hib*

Augmentin = pré septale ⇒ ambu, revu à 9h, + IV
 C36 + FA = iodo septal ⇒ U, IV, TDM

Critère Dg Sinusite Max A.

- 2/3 majeur • persistance ou P d'hl après 48h H 2^m
- Hypo d'hl : unilat, pulsatile, vesical, P penché
 - P rhinorrhée
- + mineur : - T° > 3j
- Σ^m rhino trop long

HT Sinusite

HT Σ^m = antalgic
vasoconstrict mi adulte 5j
cortico mi adulte hyperalgiq 7j

ATB d'emblé mi

- frontal, Spheno, Ethmo) Aug
 - dentaire
- ± Δg Flax mi critère → Amox

C3G mi allergie

Pristinamycine / Ctimox mi allerg
adulte enf

pediat

75% bronche → bradypnée exigeant 2 tps → bruit du drapéau = va et vient de corps
15% larynx → inspir : stridor, panique, perte de voix !

CORPS ETRANGER DES VOIES AERIENNES "INHALATION D'UN CORPS ETRANGER INTRA-BRONCHIQUE"

avant 6 mois car n'attrape pas

196, 2001

très fréquent : « garçon de 1 à 4 ans (cacahuète ++), en journée (anamnèse ++ : "sd du samedi soir"), se logeant préférentiellement dans la bronche droite ($\frac{2}{3}$ droite - $\frac{1}{3}$ gauche) »

dg:

→ **Sd de pénétration** +++ : accès de suffocation, début brutal, quintes de toux + effort expulsif, ± cyanose, agitation, dyspnée x quelques minutes
puis le plus souvent, amélioration du tableau clinique (le CE s'immobilise dans une bronche) ou asphyxie brutale ou toux chro / PNP prolongée

ENDOSCOPIE BRONCHIQUE

devant toute suspicion d'inhalation de CE, même si asymptomatique et RT N (= toute dyspnée de survenue brutale en journée)

+++

→ doute & enfant aspt : **Fibroscopie souple** en U

si CE

CE certain : **Endoscopie au tube rigide** +++ bloc, sous AG → dg et ttt = **extraction du CE**
(pb radio ou 2^e)

DRA sévère

△ si **CE laryngé ou trachéal** (CE asphyxique rapidement ↑) → endoscopie au tube rigide en extrême U

canal mobilisé CE de l'bronche

après transfert médicalisé U : 1/2 assis, scope, jeûn, Ø changement de position, Ø allonger, Ø abaisse-langue

voire **manoeuvre de Heimlich** seulement si asphyxie aiguë +++ à domicile (= si CE totalement obstructif)

toux instigatrice !

après extraction : aucun traitement !

• **RT de face en inspiration + expiration** (sans retarder le ttt si CE symptomatique) : **parfois normale** +++

Trapping = piégeage expiratoire: emphysème obstructif localisé = hyperclarté + distension

atélectasie (lobe inférieur droit 2/3 cas ++): opacité systématisée rétractile sans bronchogramme aérique du LID + hyperclarté compensatrice du parenchyme adjacent ± déviation de trachée

signes de complications (PNO, infections = PNP +++...)

Complications (le plus souvent en rapport avec CE ancien passé inaperçu)

1. **mécaniques (immédiates)** : (cf. ci-dessus) mobilisation du CE dans le larynx / asphyxie aiguë, DRA, enclavement trachéal lors de la toux, PNO / pneumomédiastin, (retardées) : puis **DDB**, pseudo-asthme, atélectasie > 6H ou beaucoup plus tard !

2. **infectieuses (tardives)** : **Bronchites & PNP récidivantes** +++ (même zone !), abcès, pleurésie... dg ≠ : bronchite aiguë simple

△ CE des fosses nasales → rhinorrhée purulente, **fétide, unilatérale**



REtenir :

□ Toute dyspnée de survenue brutale, hors contexte fébrile, doit faire penser au dg de CE des VA (fibro laryngo-trachéo-bronchique en cas de dg difficile)

□ Toute laryngite traînante fait penser au diagnostic de corps étranger laryngé méconnu

□ Rechercher un CE intra-bronchique si récidives de PNP infectieuses dans le même lobe malgré ttt

obstacle partiel ⇒ Ø manoeuvre, Ø mobiliser patient

obstacle total ⇒ (5 dg + 5 compri. addo) jn/débordant corne

⇒ endoscopie, O₂, monito

DYSPNÉE AIGUË DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

DYSPNÉE LARYNGÉE DE L'ENFANT

1. Evaluer la gravité = signes de DRA :

FR + SpO₂ + lutte

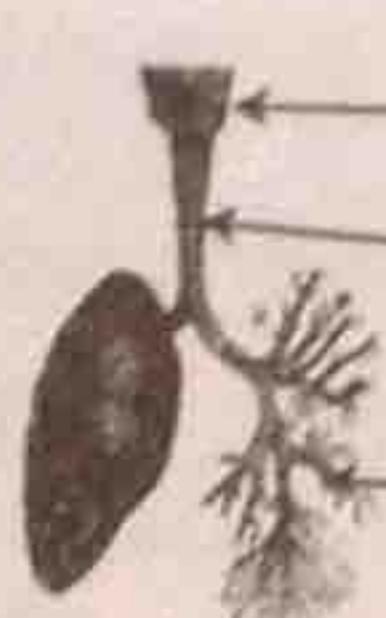
1• respiratoires & GDS	cyanose, polypnée (car obstacle = bradypnée), signes de lutte / d'épuisement, apnées, gasps - durée > 1 H hypercapnie puis hypoxie (Sat++) = alerte [normalement, hypocapnie par hyperventilation]
2•	tachycardie, HTA puis bradycardie jusqu'à ↓ anoxique, TRC > 30, HTG, roulle
3• neuro	agitation puis coma, convulsions
4• généraux	asthénie, pâleur, sueurs, assis & ne parle pas ++, pb biberon / dentition / déshydratation



2. SAMU en U + H° :

Libération VAS, O₂ réchauffé pour SpO₂ > 94%, proclive ++ → VA masque puis IOT (si passe)

Scope, Sat O₂, VVP, SNG - GDS (veineux), RT de face au lit, Endoscopie si suspicion CE



laryngé = DYSPNÉE INSPIRATOIRE

trachéal = DYSPNÉE MIXTE (aux 2 temps), Δ

bronchique = DYSPNÉE EXPIRATOIRE

supra-glottique : dysphagie, voix étouffée, Ø toux
glottique : dysphonie / voix rauque (rare)
sous-glottique : toux rauque aboyante (QS)

① **LARYNGITES AIGUÈS** +++ (QS) : 1ère cause de dyspnée laryngée chez l'enfant > 6 mois

② **CE inhalé (intra-bronchique)** +++ (QS)

③ **Laryngomalacie** ++ (stridor congénital): **Nouveau-Né**, fréquent, bénin, mais reste un dg d'élimination
↪ lors des cris, des pleurs, disparaît lors du sommeil - évolution spontanément favorable < 2 ans

→ endoscopie ORL systématique ++ (marofibro = dg)

III = surveillance / dm n disponible avec coq pd, apté

④ **Angiome sous-glottique** + : **Nourrisson < 6 mois** avec stridor ± angiome cutané facial

régression spontanée en 1 à 2 ans

β bloquant (Propanolol) +++ = ttt de référence (après ECG)

± corticoïdes si crise, ± chirurgie



Endoscopie ORL systématique sur toute dyspnée laryngée du **nourrisson < 6 mois**

⑤ **autres** : - allergie : œdème de Quincke

- ♥ : CDP congénitale, myocardite aiguë virale, péricardite aiguë → signes associés d'IC

- métabolique / rénal : acidoses (diabète, salicylés++)

- neuro

cong - muco
stridor < glotte
toux

LARYNGITES AIGUËS DE L'ENFANT

= 1^{ère} cause de dyspnée laryngée chez l'enfant > 6 mois - hiver ++ - ♂ ++



LARYNGITE SOUS-GLOTTIQUE (=Laryngo-trachéite virale)	EPIGLOTTITE	LARYNGO-TRACHÉO BRONCHITE BACTÉRIENNE	LARYNGITE STRIDULEUSE
la + fréquente	la + grave	la + longue à traiter	la + bénigne
virale (para-influenzae 1,2,3 ++)	Haemophilus influenzae type B (devient très rare grâce aux vaccins !)	Staphylocoque doré	virale
3 mois - 7 ans, contexte de RP 1-3 ans	Grand enfant : 1 - 7 ans	3 mois - 12 ans	3 à 6 ans, contexte de RP
<ul style="list-style-type: none"> dg clinique: bradypnée inspiratoire avec tirage, <i>cong</i>, stridor inspiratoire, toux rauque aboyante ++ de début vésbral/moiteur, d'évolution progressive, modérément fébrile Evolution rapidement favorable grâce à la corticothérapie (< 1h) Formes récidivantes fréquentes → recherche RGO ++, allergie/asthme, foyer ORL.. <p>in lutte → haut</p>	<ul style="list-style-type: none"> signes ventilatoires : Dyspnée laryngée d'évolution très rapide, avec toux absente et voix couverte/absente signes de déglutition : Dysphagie avec Hypersialorrhée («laryngite qui bave») ++ Fièvre élevée (39-40°) avec AEG position particulière de l'enfant (assis, refus du décubitus) <p>Certains gestes sont classiquement contre-indiqués mais à adapter en pratique à l'état de l'enfant pour ne pas le décompenser ! <i>[fibro + endoscopie au bloc opératoire, pour éliminer cause amygdaillenne]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ø examen du pharynx à l'abaisse-langue +++ (⇒ spasme laryngé / asphyxie/ T) - Ø allonger l'enfant ++ 	<ul style="list-style-type: none"> Dyspnée mixte (inspiratoire & expiratoire) avec râles dans les 2 champs pulmonaires Fièvre élevée (39-40°), frissons avec AEG 	<ul style="list-style-type: none"> Spasme laryngé nocturne: quintes de toux rauque/aboyante cède spontanément en quelques minutes <p>⚠ recherche signe de Koplick car la laryngite striduleuse inaugure volontiers une rougeole</p>
<p>→ Corticoïdes +++ : Célestène®(Bétaméthasone) 2 mg/kg/j PO 2-3 j + DRP + aérosols de cortico-adrénaline aux Ø SSI + humidification de l'atmosphère</p> <ul style="list-style-type: none"> si l'évolution n'est pas rapidement favorable ⇒ Ø en U pour corticoïdes IV (DXM) + poursuite des aérosols et surveillance médicale de l'amélioration <p>+ Avis ORL m < 6 mois récidivante</p>	<p>Ø absolue +++ car risque d'ACR brutal:</p> <p>→ Transfert hospitalier médicalisé en Ø (SAMU)</p> <p>Ø en Réa pédiatrique - scope</p> <p>→ "Avoir l'intubation facile" car elle est vite difficile !</p> <p>→ ATB IV = C3G (Céfotaxime 100-200 mg/kg/j x 10-15)</p> <ul style="list-style-type: none"> Puis seulement, bilan complet de l'infection à Haemophilus (Hémoc, écouvillonage, Ag solubles, PL au moindre doute...) <p>une fois passé le cap de l'urgence vitale</p>	<p>Ø en Ø</p> <p>• Intubation & extraction endoscopique des fausses membranes + prélèvements bronchoscopiques</p> <p>• ATB anti-staph IV (C3G + Fosfo & Flagyl®), puis II^e adaptée</p>	ttt symptomatique : humidification de l'atmosphère, DRP ± corticoïdes (DXM)

⚠ < 6 mois → angome nous - glotte

CE
épiglottite

bulle TC avec XI et XII

gras XX

résumé sous larynx

CV

thyroïde

- + rhinolalie ouverte (fuite d'air par le nez)
- + rhinolalie fermée (obstruction nasale)
- + hypophonie

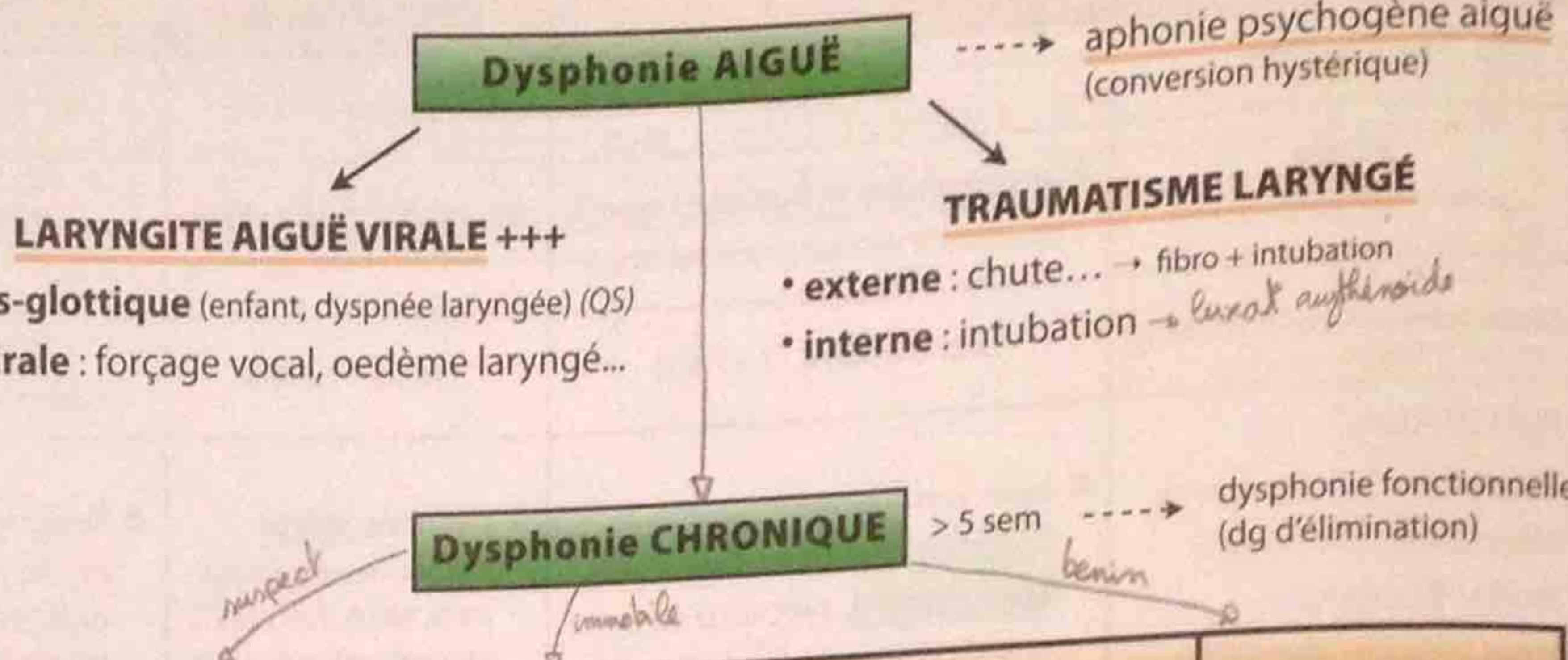
DYSPHONIE TROUBLE AIGU DE LA PAROLE

↓ + dysgraphie
(écriture maladroite)
+ dysarthrie
(langage maladroit)

Q Toute dysphonie → examen du larynx par **laryngoscopie indirecte** +++ ou **nasofibroscopie** +++

Au moindre doute (ou si lésions) ⇒ **Laryngoscopie directe en suspension** sous AG, au tube rigide + **biopsies**

- larynx
- 2^{me}
- ParvoC
- ADP



Cancer des VADS	PARALYSIE LARYNGÉE	LARYNGITE CHRONIQUE	Tumeurs bénignes du plan glottique
<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du larynx (plan glottique) - Cancer pharyngolaryngé stade T3 = immobilité de la corde vocale <p>♂ 40 - 50 ans tabagique +++ OH (dans ce contexte, tout est suspect)</p>	<p>atteinte récurrentielle (paralysie isolée) <i>tant le trajet!!</i></p> <p>ou du X (hémivoile, trouble de déglutition)</p> <p>→ Voix bitonale</p> <ul style="list-style-type: none"> • PR (bloc articulat) • post-op (chir thyroidienne ++) • tumeur maligne • neuro (SEP, Guillain-Barré, etc.) • a frigore (20%, 50% avec 6 mois) • post intubat (Bruit aphyénoides révélant cuivre) 	<p>♂ 40 - 50 ans, tabagique ou RGO</p> <p>• rouge = érythroplasie : liée au RGO, évolution favorable</p> <p>• blanche = kératose laryngée (état pré-cancer)</p> <p>• pseudo-myxome des cordes vocales : ♀ jeune tabagique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nodules des CV (jeune, malmenage des CV) - Polype - Granulome (RGO++) - Papillomatose (HPV 6) <p>→ laser ± trachéotomie</p>
<p>Laryngoscopie directe sous AG + biopsie</p> <p>➡ Panendoscopie</p> <p>TDM cervical</p>	<p>TDM du tronc cérébral à l'étage cervical si PR droite (+ thoracique si PR gauche) ++</p> <p>± Echographie cervicale / thyroïde</p> <p>TSH ± calcitonine</p> <p>Cytoponction d'un nodule thyroïdien</p> <p>± RTT</p>	<p>Laryngoscopie directe sous AG + biopsie / exérèse systématique +++</p>	<p>Laryngoscopie directe sous AG</p> <p>au moindre doute mais pas obligé en frigore ++</p>
(QS)	<p>- Chirurgie laryngée : médialisation corde vocale (injection ou implant)</p>	<p>↓ tabac + surveillance</p>	<p>- exérèse laser ++ ou μ chirurgie</p> <p>- ORTHOPHONIE ++</p>

✓ CV normale ⇒ spécialiste pour Stroboscopie (hypot, hyperphonie, ruminage, dys, névralgie, myopathie)

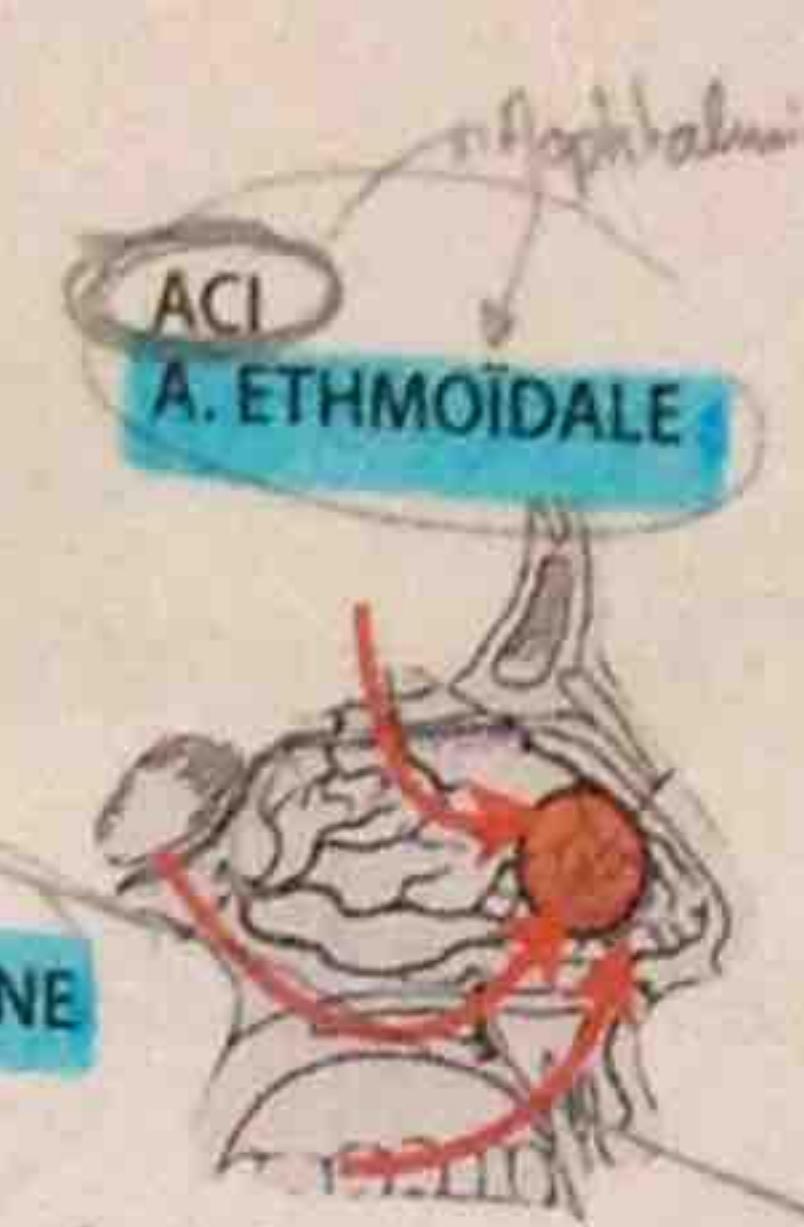
portion < inspiration = ouvert

phonation = médians/fermés

△ peut être bloquée dans l'une ou l'autre point < sur = voie jaîche, ferme seule △

param = ~ p

EPISTAXIS



- antérieure
- postérieure = déglutie (écoulement sanguin rhinopharyngé)
- examen oropharyngé à l'abaisse-langue → affirme le dg si epistaxis postérieure, élimine hématémèse ++

□ Evaluer la **GRAVITÉ** :

- **Abondance & retentissement**: signes de choc hémorragique (PA++), épistaxis à répétition, ancienne (anémie), bilat...
- **Terrain** : troubles de la coagulation ++ (AVK, AINS/AAP, constitutionnels), sujet âgé, tares ...

si grave :

NFS, plaquettes - GR-Rh-RAI - TP, TCA (\pm INR)

pose VV - remplissage (\pm ttt choc) - TRANSFUSION CG selon tolérance, terrain et taux Hb



↑ des **AVK** & relais par héparine après contrôle de l'épistaxis ⇒ INR \pm supplémentation vit. K++ \Rightarrow PPSB = dépend de l'INR et rapport de l'hémorragie grave

↓ de l'**Aspirine** remplacée si absolue nécessité par héparine ou Cébutide® 10j

transfusion CP si thrombopénie < 40 000

⚠ Jamais d'IM avant les résultats d'hémostase

CAT:

- installation 1/2 assise, tête en avant, rassurer
- **mouchage** \pm aspiration : évacuation des caillots
- Anesthésie locale par mèche de xylocaïne naphazolinée

⚠ contrôlé TA < 180

\pm anxiolytique

(SAT-VAT)

1°/ Compression bidigitale 10 min (sur tache vasculaire)

2°/ TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR x 48 h

par mèche résorbable ++ (SURGICEL®) si tb. de coagulation +++ (car risque de récidive hémorragique au démêchage)
sous ATB prophylaxie +++ (Amoxicilline ou Augmentin®) et antalgiques ++

24 h

min saignement ant-post

(mèche (Algostéril® ou Merocef®) tassée \leftrightarrow choanes)



Prin
Génom
-ke

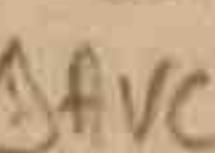
3°/ TAMPONNEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR par sonde à double ballonnet (fosses nasales + choanes)

sous ATB prophylaxie + morphiniques en H° x 48 h

max 48h

4°/ Techniques invasives (bloc, AG):

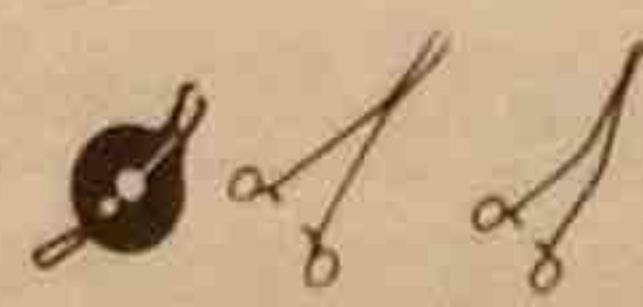
⚠ CI embolisation branche ACI can ethmoïdale



- Embolisation sélective A. sphénopalatine & faciale (branches ACE) lors d'une artériographie

ou { - Coagulation de l'A. sphénopalatine (voie endonasale)

- Ligature chirurgicale des A. ethmoïdales ant. & post.



⑤ Chin d'hémostase

⚠ Centrer sur tache vasculaire que l'on va faire

• Rechercher l'étiologie :



Causes LOCALES

Traumatique

- # OPN
- # massif facial (DONEF, Lefort)
- post-chirurgie ORL

Tumorale

♦ Fibrome naso-pharyngien

♂ adolescent / puberté (reste rare)
épistaxis répétées abondantes
(richement vascularisées ++)
TDM, IRM, angiographie

◊ Fibroscopie chez tout adolescent avec epistaxis

⚠ Jamais de biopsie +++

(risque hémorragique ++)
→ embolisation + résection chirurgicale

★ angiofibrome de la cloison (polype bénin)

★ Cancer du cavum

★ AdénoK de l'ethmoïde (sciure de bois)

◊ obstruction nasale unilatérale ↗ 2011
◊ TDM / IRM, endoscopie rigide + biopsie
◊ Chirurgie + RT
Déclaration Maladie professionnelle ++
(menuisier ++, nickel, amiante, goudron...)

Causes GÉNÉRALES

Troubles de la coagulation ++

à toujours rechercher +++

- iatrogène: AVK, Aspirine & AAP
- Thrombopénie, thrombopathie
- ↪ ⚡ leucémie ! ↳ NFS
- Coagulopathie: Willebrand, Hémophilie, IHC

HTA ++

♦ Maladie de Rendu-Osler:

angiomatose familiale autosomique dom.
angiomes ✗ des fosses nasales (cloison ++)
épistaxis répétées abondantes (anémie)
⇒ NFS - transfusion - tamponnement
+ bilan génétique / familial

- ⚠ Infection locale (**rhinites** +++, RP...) ou générale (scarlatine, typhoïde)...

+ Essentielle (idiopathique) + + + fréquent

= épistaxis bénigne chez le jeune (ectasie de la tache vasculaire)
⇒ cautérisation (chin) pompe au cabinet

Réseau veineux fosse nasale

profond => os, cartilage

3 couches central: + muscle lisse => turgescence muq
superficiel

post/spheno/palatine jo fplexus max. int

3 drainages sup/ethme jo V. ophtalm

ant/paup jo V. faciale

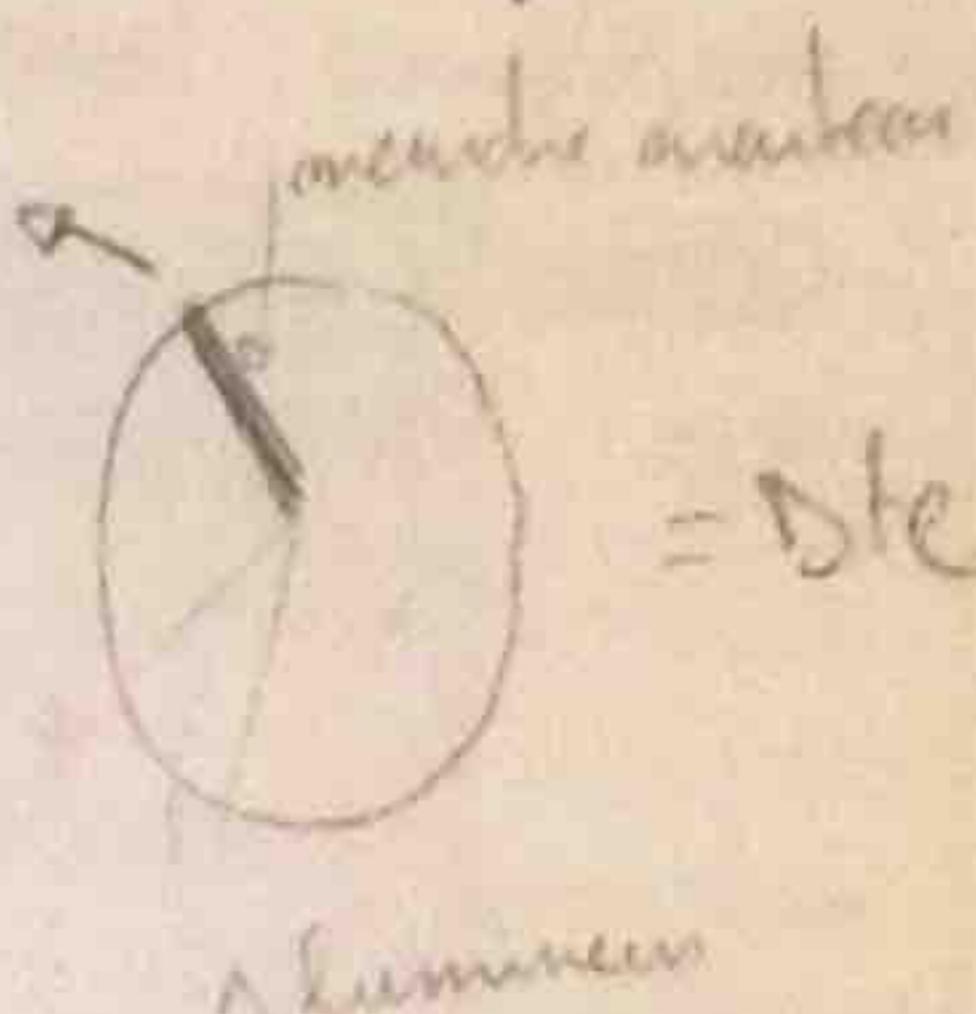
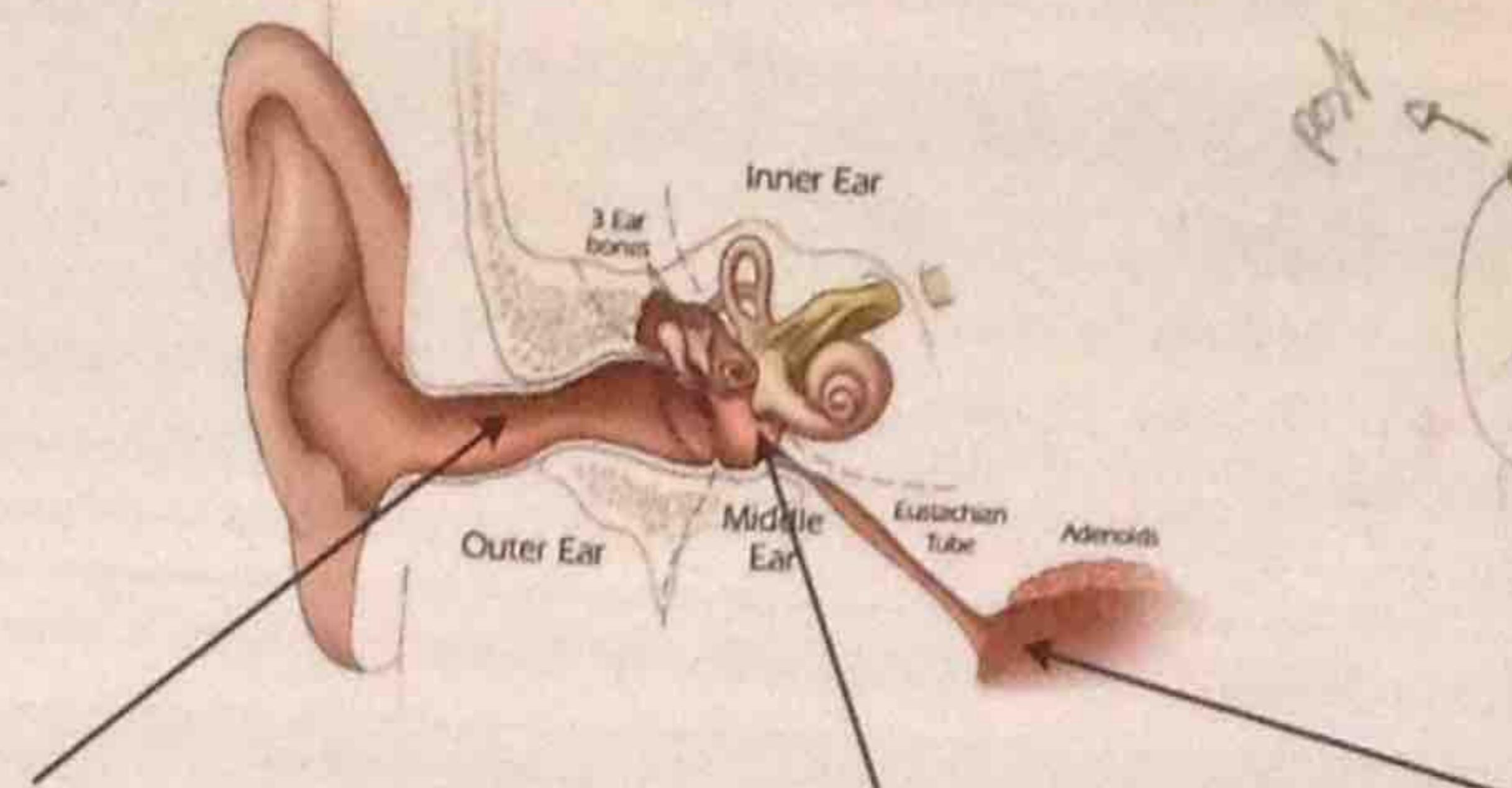
V3 → pavillon
VII → Ramsay-Hunt (CAE)
X → fond du CAE + tympan
IX → Otolaryng

OTALGIES

= otodynies si à cause d'un pb à l'oreille

otoscopie
+ bactériaire en 1^{re}/2^{me} vie
+ un 75% tympan + bonne interprétation
N = grisé + manche maîtrise + éclairage

	inflamm	épanch
otite ext	-	-
otitis conges.	+	-
otitis purul	+	+
otitis-muq	-	+



Pavillon + CAE

OREILLE EXTERNE

- Trauma: coton-tige, CE, plaie, othématome, # du tympanal
- Infection: Otite externe bactérienne (cf. ↓)
 - Otite externe maligne (cf. ↓)
 - Furoncle du conduit
 - Chondrite ou périchondrite
 - Otomycose
 - Zona du VII (zone de Ramsay-Hunt)
 - Eczéma du conduit (surinfecté ++)
- Tumeurs du CAE: - bénignes / malignes
 - bouchon cérumen
 - cancérôme, carcinome, cylindrome

caisse du tympan + mastoïde

OREILLE MOYENNE

- Otite moyenne aiguë +++ (QS)
- Poussée de réchauffement d'otite chronique (normalement indolore)
- Dysfonctionnement tubaire
 - obstruction de la trompe d'Eustache sur RP
 - vagalien, obstruct tumoral
- Thyngite phlycténulaire
- Mastoïdite
- Pétonite rare ++
- Tumeur

Ø dh si pb oreille interne!

OTALGIES RÉFLEXE

(= extra-otologique)

- Infection pharyngée :++ Angine, RP, phlegmon.., RGO
- CANCERS oro-pharyngés ++ alcool-tabagiques
 - endoscopie sous AG si otalgie persistante à tympans normaux ++
- Stomato (dents de sagesse)
- Névralgies (V..) ✕

OTITE EXTERNE bactérienne

Staphylocoques dorés +++

facteurs de survenue : macération d'eau de piscine, eczéma/ grattage, CE, coton-tiges ++, furoncles

Otalgie intense (majorée à la pression du tragus et à la traction du pavillon) : 1^{re} cause d'otalgie de l'adulte !

Lancinante ± otorrhée purulente, hypoacusie... Ø T°

• Complications : récidives, périchondrite, abcès, otite externe maligne

CAE : inflamm, sécrétion blanche

Ø examens complémentaires

⚠ Aspergillus? → filamentueux, tache noire

ttt local ++ : gouttes ATB (Oflocet® auriculaire) +++

* corticostéroïde - Pope otowick -

+ coton-tiges, piscine, boules Quièς

⚠ Jamais d'ototoxiques (aminosides...) si perforation du tympan

OTITE EXTERNE MALIGNE

Pseudomonas aeruginosa (= pyocyanique)

Terrain +++ = chez diabétique +++ ou ID, succède à otite externe banale

Fièvre, AEG

Diffusion de l'infection:

- CAE → cartilage → os tympanal (ostéite)
- base du crâne (nerfs crâniens VII (PF++) à XII)
- complications neuro ++ (méningite, abcès, TP, empyème)

➡ Bilan infectieux: bactério local + ATBgr, hémoc ± PL

TDM du rocher (lyse osseuse)

et IRM cérébrale (diffusion infection intracrânienne)

+ Scintigraphie osseuse (^{99m}Tc)

➡ Double ou triple ATB anti-pyocyanique

parentérale prolongée x 4-6 sem adaptée à ATBgr : Ceftazidime + aminoside + ciprofloxacin IV

● Equilibre parfait du diabète



éliminer un zona du VII : éruption vésiculeuse dans la zone de Ramsay-Hunt + PF + otalgie intense

Périchondrite = infect pavillon (dh rouge, œd, > relief)

++ Pseudo aeruginosa

ATB IV ± drainage chir

⚠ nécrose cartilage

Nodule dh = dyskeratose sur revêtement

réactif char

enfant ++ cas homog d'E. | contre
| @ horizontale

inflamm ↑
depuis ds ORN ↑
de perméabilité ↑
tempo inflamm

OTITE MOYENNE AIGUË

1/2007, 2011

la @fleg • très fréquente : **jeunes enfants** : 6 mois à 7-8 ans (période d'adaptation), **hiver**, consécutive à RP virale

Germes:

virüs

Haemophilus influenzae: conjonctivite souvent associée +++ Δ vacun mobil!

Pneumocoque: fièvre souvent très élevée // vaccin actif

+ **Moraxella catarrhalis**

= **Staph doré/épi**, **Staph off**

FDR de PSDP: collectivités/ crèches, ATCD OMA < 3 mois

âge < 2 ans, prise récente d'Amoxicilline

- Clinique: Oinalgie ou pleurs, fièvre ± otorrhée si tympans fragiles ± vomit/diarrhée/dl abdo!

3 stades:

① **Otite congestive**: tympan mat, rouge mais Ø bombé - otalgies - hypervascularisé ++

→ malade 2D.

② **Otite purulente (collectée)**: tympan blanc, opaque, disparition des reliefs et Δ lumineux, = **OMAP** + BOMBANT +++, épanchement rétro-tympanique - Fièvre à 40° + otalgie

→ sevrage bac 100%

± **Otite perforée**: otorrhée purulente par perforation spontanée du tympan → se ferme à 33



OTOSCOPIE systématique

+++

= examen des tympans devant toute fièvre / vomissements (ou méningite) et toute RP fébrile **chez l'enfant** (y compris le **nourrisson**)

- Evolution: peut être spontanément favorable, et doit être favorable sous traitement en 48 h // ch mode 10%

- Complications (rares): 100% virale / 30% Hoemo / 10% Pne

• germe Résistant (échec ATB) - Perforation tympanique

• Labyrinthite (vertiges, surdité) - PFP

• Mastoidite (très rare grâce aux ATB) → décollém pavillon + bumeJack (abcès sous-pérotidien) "non extérieurisé" non palpable

• Méningite - Abcès encéphalique - Thrombophlébite du sinus latéral - ostéite

• Chronicité +++ (1/3): Otite séreuse chronique / rétraction / cholestéatome - Séquelles: hypoacusie / surdité

• Récidives ++: répétitions d'OMA ou OSM avec poussées de surinfection ("otites réchauffées")

- Facteurs favorisants classiques (cf. RP):

Crèche ++ / vie en collectivité, hypertrophie des végétations adénoïdes, RGO, tabagisme passif, dysfonction tubaire/ malformation trompe d'Eustache, infections ORL répétées, TD, carence en fer

Paracentèse seulement si nécessité de prélèvement bactériologique : (= évacuat + analyse)

• Nourrisson < 3 mois (BGN ++), TD

• Otite compliquée (mastoidite) ou mal tolérée (fièvre, dl non contrôlée = hyperalgie)

• ou Résistante (échec ATB ttt, récidive) : visée dg → ATBgr. + CMI

- ttt ambulatoire :

INDICATIONS	
• enfant < 2 ans	
• enfant > 2 ans si très symptomatique	Traitement ATB
• Nourrisson < 3 mois	→ ① malade Adulterer !
• enfant > 2 ans et peu symptomatique	Ø ttt ATB et surveillance à 48H m'assurance !
• Otite congestive	Ø ATB H 2°

METHODES DE TRAITEMENT	
① ATB probabiliste P.O	visant Haemophilus et Pneumocoque
▫ AMOXICILLINE ou Aug	
② si échec ttt / forme traînante / forme récidivante	: suspicion PSDP
▫ Augmentin®	
③ si nouvel échec	: prélèvement bactériologique nécessaire = paracentèse (PSDP +++)
▫ Rocéphine® IM ou IV (interdite sans preuve bactériologique)	
ou ATB IV d'emblée en fonction du prélèvement pour Non < 3 mois / idem / idem	
• Antalgiques	: Paracétamol 60 mg/kg/j en 4 prises PO
• DRP	pluriquotidienne (ex: Prophine®)
• Eviction des facteurs favorisants	(retrait crèche, adénoïdectomie, tabac passif)
• Surveillance	= contrôle / reconsulter si persistance des symptômes
Vaccins anti-haemophilus et anti-pneumo. à mettre à jour, mais peu efficaces sur otites	
⚠ Pas de gouttes d'ATB aminosides sur perforation tympanique (ototoxicité)	

échec H = | persistance à 48h | + OTIA qu'à l'otoscopie
réapparue à 4j

à 4-6 sem · OSM ?

OMA purulente

① Amox **80 mg/kg/j**
en 3 quinz

10j < 2ans

5j > 2ans, adulte (2-3g/j)

→ si conjonctivite = Augmentin

↳ si allergie = cefpodoxime - piroxetil ou ciprofloxacin - azétil

↳ si CI = cotrimox

Chroniq = actif > 3 mois ↗ rhinoph (benin)
 cholestéomatose (doct)

Recidivante = ≥ 3x en 6 mois (évolut négatif)
 intervalle 3 sem

↓
prévent

- adénoïdectomie si - dme compliquée
- récidiv + mal tolérée
Après échec MTH!

- ATT = yoyo = tube creux

↑ tabac pauf

- FdR.
- heredité, T21, gente, pt cil (sd Kartagener), deficit ?
 - pallait mère, tabac paqj, collectivité, pollution, hiver

* formes :

- Non bilat ± crq G
- OTIA nécrosante rougeole / scuralitine: D destruct tympan ++
- O. phlyctenulaire: phlyctème hémorragiq, ^{en HT}, dhr ++
- O. barotrauma: épanch, ± congestive, HT anti inflam, Øgb

Matoïdite

- Dg (AEG - tuméfact inflam rétroauricul' - décollém' pavillon
chute pavoi post CAE
- TDM : = complicat ?
- (H). ATB ± chir

OTITES MOYENNES CHRONIQUES

>3 mois

OTITE SÉRO-MUQUEUSE +++

très fréquentes

= OMC à tympan purifié

- enfant en âge de maladies d'adaptation (< 6 ans, crèches ++), contexte de RP répétées
- "dysfonction tubaire chronique" - hypersécrétion des cellules de l'oreille moyenne
- Facteurs favorisants classiques (RP): infections ORL (RP ou OMA) répétées, végétations, RGO, allergie, tabagisme parental, ...
Gente, humor cavum

- hypoacusie** +++ - Ø fièvre, Ø douleur ⇒ risque d'être méconnu !
découvert par examen systématique ou **retard de la parole** / preqd appel / non bilingue
ou **difficultés scolaires**
ou **troubles du comportement**

△ Chez l'adulte,
toute otite sévère
persistante unilatérale
doit faire suspecter
une tumeur du cavum

Otoscopie: visualisation d'un épanchement citrin ou bleuté ou niveau liquide rétro-tympanique
parfois tympan un peu épaisse, inflamm, bleu, jaune, dégen + tombant ou retraché

- Audiométrie: ST (= 20 - 50 dB)
- Tympanométrie: courbe plate (type B)

⊕ Bilan orthophonique

⊕ Rx cavum, fer, ferritine si persistante

- évolution: guérison spontanée +++, mais peut durer plusieurs mois et **récidiver** +++,
+ **retentissement scolaire & langage**

- Complications:
 - Surinfection** (OMAP) = "otite réchauffée" ⇒ ATB + corticoïdes
 - Poche de rétraction tympanique** → risque de **Cholestéatome**
→ Hos autres OMC !

1°/ ttt = **DRP quotidienne** +++

Ø ATB sauf surinfection ⇒ AUGMENTIN® + corticoïdes 10j

2°/ **ttt des causes possibles** ++ : **adénoïdectomie**, RGO, allergie, ↑ tabagisme parental...

3°/ **Pose d'ATT** = aérateurs trans-tympaniques (yoyos)

{ si persistance hypoacusie / **retentissement scolaire**
ou surdité bilatérale > 25 à 30 dB
ou complicité de **rétraction** tympanique → **TYMPANOPLASTIE** ++
ou > 50%/an}

4°/ **Orthophoniste** (rééducation) pour rattrapage des tb. du langage

5°/ Dispense de piscine scolaire (+ bouchons auriculaires si ATT pour protection lors des bains d'été)

Placement au 1^{er} rang en classe - DRP/j

Certificats
+ conseils
aux parents
(EDUCATION)

Otite tuberculeuse

y penser si

- labyrinthite méningoïde
- PF sans cholestéatome
- aspect nécrotiq / perforat multiple



ATT direct, 1^{er} consult, n
- surdité > 40
- Ø percept
- trismus
- retrac tympan
- Gente

Poche de Rehacé

atticales = pour Glacuda = sup
 autonettoyante = épiderme N = collat ouvert
 non = épiderme dysfonctionnel = collat fermé, calot coincé
 → réversible = manœuvre Vatalva
 squame d'épiderme

(2)

OTITES CHRONIQUES

MUQUEUSE SUPPURÉE A TYMPAN OUVERT	ATÉLECTASIQUE	CHOLESTÉATOMATEUSE
Perforation tympanique	Rétraction tympanique	Squames d'épiderme → lyse osseuse
Otorrhée purulente ou mèches + muqueuse ST (douleurs lors des réchauffements)	très peu symptomatique +/- ST progressive	Otorrhée purulente fétide & récidivante ± débris épidermiques hypoacusie (ST puis mixte) ± signe de la fistule (vertige à la pression du tragus)
Otoscopie : Perforation non marginale!	«Poche de rétraction» <ul style="list-style-type: none"> atticale, ou postéro-sup, ou ailleurs au microscope binoculaire autonettoyante ou non réversible ou non 	Poche de rétraction non contrôlable, non autonettoyante, avec image de prolifération blanchâtre d'épiderme «en cire de bougie» ou «en coulée de lave» / en «croutelle» + lyse du cadre tympanique ± des osselets
+ OREILLE CONTROLATÉRALE à toujours examiner + + +		
Audiogramme ST < 30 dB !	ST atteinte oreillet	ST → SP + Bilan vestibulaire si vertige
Ø	TDM des rochers +++ ↳ élimine cholestéatome	→ opacité atticale - degré d'extension ± lyse atticale / ossiculaire / osseuse ; ± brèche méningée & otorrhée cérébro-spinale
Complications : bénin ! <ul style="list-style-type: none"> écoulement récidivant secondaire au bain ou au rhume ("se mouche par l'oreille") 	évolue vers cholestéatome	<ul style="list-style-type: none"> surinfections fréquentes +++ Labyrinthisation (SP ⇒ surdité mixte) ; Labyrinthite - fistule labyrinthique PF, neuro-méningées : méningite, abcès, TPSL, fuite LCR
ttt : médical : <ul style="list-style-type: none"> - eau stagnante → aspiration - ttt des facteurs favorisants 	<ul style="list-style-type: none"> ± chirurgical ATT ou greffe tympanique de renforcement 	<ul style="list-style-type: none"> chirurgical : ablation du cholestéatome ± reconstruction = "TYMPANOPLASTIE" (& ex. anapath.) SURVEILLANCE +++ 10ans par IRM post-chirurgicale d'un résiduel ++ ou de récidives +++ (cholestéatomes récurrents invasifs) <ul style="list-style-type: none"> - clinique & TDM et surtout IRM +++ ("flash en diffusion") réguliers plusieurs années - cicatricielle: ex. local, audiogramme, chir 2nd look à 1 an OREILLE CONTROLATÉRALE +++
chirurgical : <ul style="list-style-type: none"> - myringoplastie ++ typanoplastie 		

TYMPANOSCLÉROSE	OTITE FIBRO-INFLAMMATOIRE OU ADHÉSIVE
<u>séquellaire d'otites répétées</u> (transformation hyaline de la muqueuse tympanique)	<u>maladie du tissu conjonctif</u> (symplyse inflammatoire entre tympan et fond de caisse)
Ø immobilisation ossellet → ST	ST ancienne & progressive → SP Ø
pseudo-tympan, tympan blanc jaunâtre, épaisse, plaque dure	Ø otorrhée - tympan opaque
stade séquellaire	rare et très sévère
Ø ttt chirurgical - Abstention - Surveillance	Ø ttt chirurgical - Ø ttt efficace → prothèse

↑ myringosclérose = que tympan, pas os Ø ST

[Enfant Sound]

ST: language!

- std' appel:
- >20 dB gene scol^R - pb prononciat
 - >40 language imparfait/tend
 - >70 Ø language, que voix forte
 - >90 Ø

Ø râche,
voix

Depistage OBLIGATOIRE x3

- néonat: OEA Acondit d'examen
PEPA (que 35dB)
- 9^e mois : bruits familiers, jouet sonore, calibré en freq/intervalle
- + 18^e - 24 mois : voix hlt, chuchotez, jouet audiométrie n > 5ans

Δ toujours bilan orthophoniste + QI

(HT) • amplificateur = prothèse

• implant cochléaire (seulement bilat ou profonde)
+ orthophoniste échec prothèse 3 mois

ATOLOGIE

PEA non invasif → mesure du seuil auditif
localisation de l'audiotest : oreille droite / gauche
étude que 10% aiguë
en audiote basse profonde

OAE Otoacoustique = son provoqué par le contact des cellules cochées !
répondre à tout le CAE jusqu'à 30dB
AN : automatisé / reproduisables / non invasif / < 1 min
réponse normale (présente ou pas)

BILAN AUDITIF

Inventaire des différents examens cliniques et paracliniques utilisés dans un bilan de surdité

Examen ORL toujours **BILATERAL & COMPARATIF** +++++

1 Otoscopie bilatérale

tympan anormal = ST
tympan normal = SP ++ (ou otospongiose)



2 Acoumétrie :

- **Weber** latéralisé côté atteint (par CO +++) = ST
latéralisé côté sain (CO inefficace/insuff) = SP

- **Rinne** Θ : CO > CA = ST
⊕ : CA > CO = N ou SP



(1) définit le type de surdité



peu utilisés : • Bonnier : diapason sur la rotule → perçu par l'oreille atteinte
• Lewis : si CO > CC (cartilagineuse) → blocage de la chaîne ossiculaire

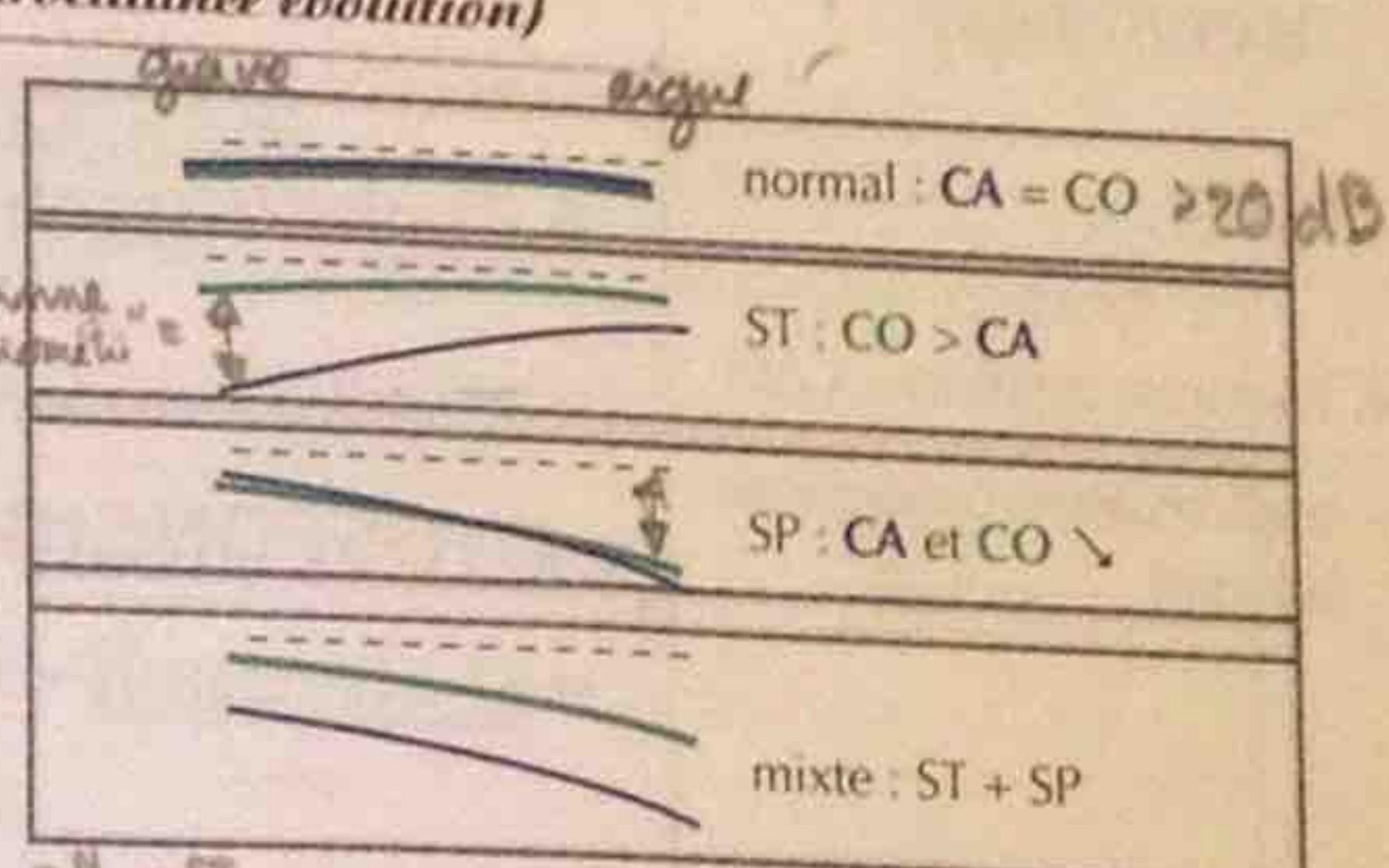
pour otospongiose

3 Ex. neuro:

recherche : - Sd vestibulaire : Romberg, déviation des index, nystagmus : secousse Lente = vers la Lésion
- Sd cérébelleux
- Nerfs crâniens (V, VII, VIII) : PF ++



(2) affirme et quantifie la perte auditive (+ surveillance évolution)

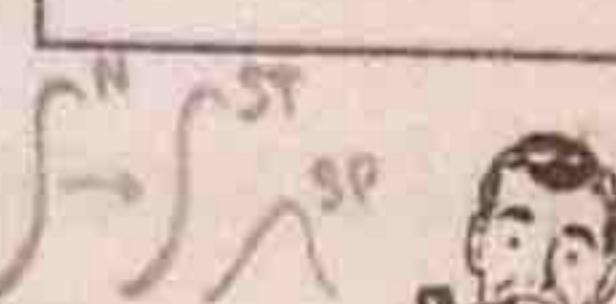


1 Audiométrie : > 5 ans

audiogramme tonal
DON = son pur
décalage (CO > CA)
2 courbes ↓
courbes décalées ET ↓ = S. mixte

audiogramme vocal = intelligibilité : retentissement fonctionnel
mot = non complexe

Pds le bruit en ST, mème
+ ds SP = distorsion sonore



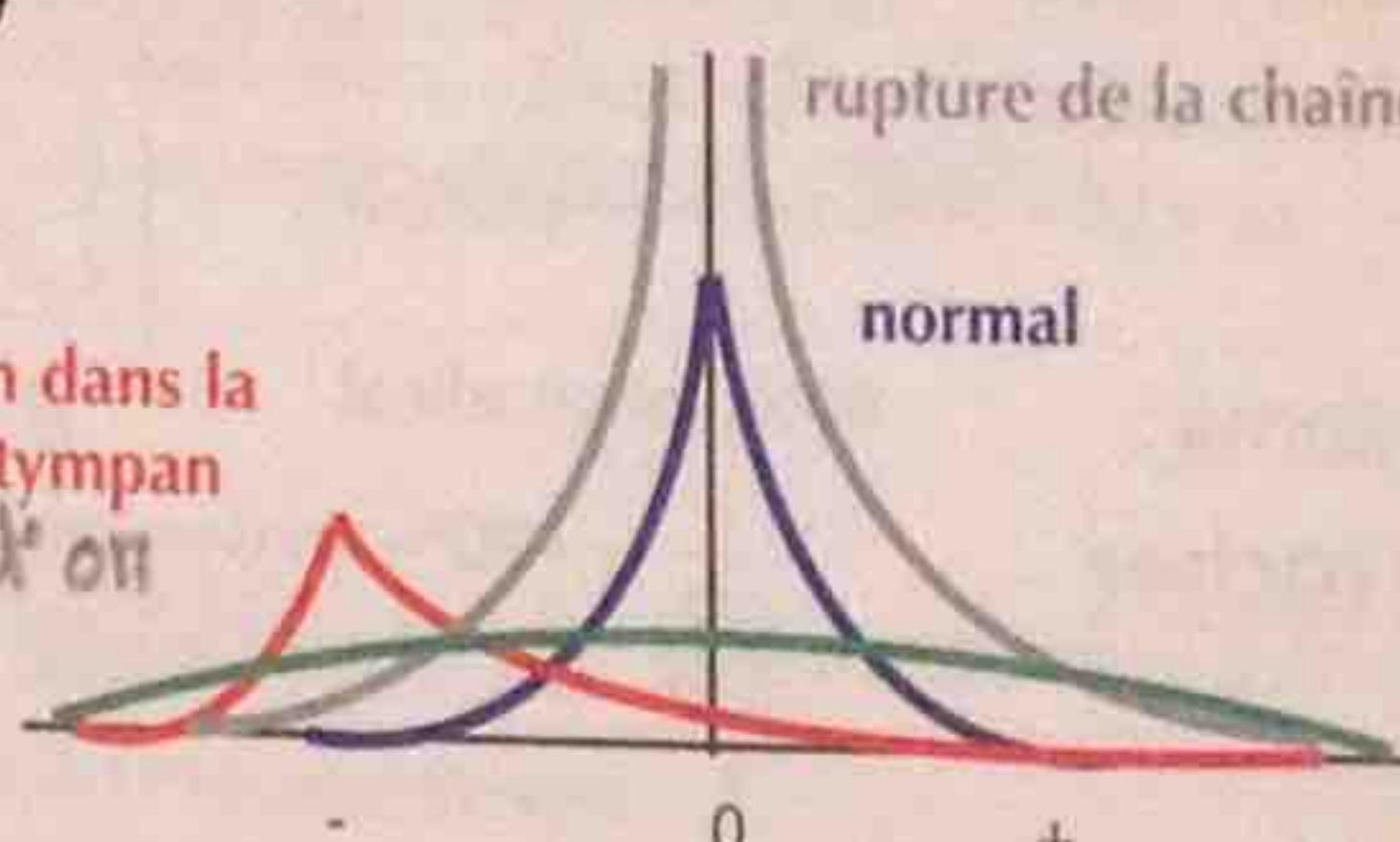
(3) mobilité du tympan
(+ rech. étiologie)

2 Impédancemétrie (= tympanométrie)

tympanogramme

⚠ CI n'peut pas tympan

dépression dans la caisse du tympan
= bientôt ON



rupture de la chaîne des osselets

courbe plate : liquide dans la caisse du tympan (OSM) +++

réflexe stapédiien (test de Metz)

(contact rét. qd > 80dB → mesure par impédancemétrie)

jusqu'à 30 dB de perte dans les ST, puis aboli au delà

SP → RS + avec recrutement = endocochléaire

RS + SANS recrutement = rétrocochléaire
puis abolition du RS au delà d'un certain seuil

Selon le contexte :

+ Tests vestibulaires caloriques, ENG, VNG

+ PEA → intervalle I-V ⇒ neurinome du VIII

+ IRM de l'angle ponto-cérébelleux = de la fosse cérébrale postérieure (neurinome du VIII)

+ TDM rochers et CAI (bilan otites chroniques)

Appel = maladie des 2 :

Handicap en bilat.

- 20 (oupe) hyperacousie
 - 40 (moy) -
 - 70 (rares)
 - 90 (rare) -
 - 120 (toute) -
- etant parfois

SURDITÉS

soit pas que

max 60dB

ST

= Surdité de transmission

- Otoscopie : tympan anormal ++ (sauf OTOSPONGIOSE)
- Weber : latéralisé côté atteint
- Rinne : ⊕ (CO > CA)
- R. stapédiens : jusqu'à 30 dB de perte, puis aboli au delà

soit pas aigre

SP

= Surdité de perception

j'ose pas

- PEA intérieur
- PEA ext.
- PDA

tympan N

latéralisé côté sain

⊕ (CA > CO)

SP soit

⊕ avec recrutement

⊕ SANS recrutement
puis aboli au delà d'un seuil

Oreille externe
(CAE)

Oreille moyenne
(caisse du tympan)

ENDOCOCHLÉAIRE

Rétrocochléaire
N ou caeau

1. Obstruction : CE,
Bouchon cérumen

①

- **OSM** +++ (QS)

↳ dysfonctions tubaires
(obstruction trompe Eustache au cours RP)

- **OMA**

↳ lycé oreille
↳ Hyperplasie

dir

- **Otite chronique**

↳ perforation tympanique (ouverte)

↳ rétraction tympanique ("poche de rétraction")
= adhérence

● **Cholestéatome** +++

1. **Ménière** ++ (triade - QS)

2. **Labyrinthite** △ n'arrive pas !

- post-inf^x : herpès, VZV, oreillons, bact.
séquelles méningite pneumocoque

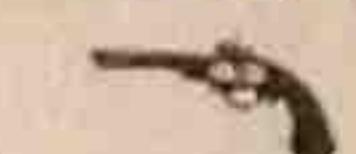
- toxiques (ototoxiques) : AIR
aminosides, sels de platine...

△ Jamais de gouttes d'aminoacides ++
→ bilat. & irréversible

● **Cholestéatome** (signe fistule) = ① chir
plutôt brutal

1. **Neurinome**
du VIII

++++ (QS)



SP unilat = PEA + IRM
à toujours évoquer

++

plutôt chronique

2. **Otite externe** (QS)

3. **Traumatisme**
tympanique
(coton-tige)

4. Tumeurs (ostéome CAE)

malformation congénitale
(aplasie)

② **OTOSPONGIOSE** ++ (QS)

→ ST à tympan N → vers SP (mixte)
+++

[NB : il existe d'autres causes de ST à tympan N !]

③ **Malformation congénitale**

des osselets / pavillon / CAE...
→ chir que > 3 ans (prothèse en attendant)

⊕ Trauma :

- # rocher

80% longitudinal

20% transversal:

↓ ↓ SP

- # tympanales sur trauma mandibulaire
- hémotympan
- rupture chaîne ossiculaire post-trauma
- barotraumatisme O. moyenne

3. **PRESBYACOUSIE** ++++ (QS)

→ bilat & sym, 70-80 ans, ↘ aigus

④ **Surdité brusque idiopathique** ++

souvent !!

→ unilat, indl, → 10%

→ repos + corticothérapie // x 7j

réponse 50% → 20, vasodilat, amiodarone

PFP, vertige (sd vestibulaire périphérique)

- otorragie, otorrhée, brèche méningée

- ST ± SP

- TC, chir, plongée

→ Δ ≥ 85dB ≥ 8h/j

→ 1000 entre ailes

5. **Trauma sonores aigus/chroniques** (MP ++)

→ fatigabilité auditive réversible puis définitive

→ mesures sur lieu de travail (TV) "modifiés"

+ barotraumatisme O. interne



NB : surdités mixtes possibles

- humeur glauque tympano-liquide

Enfant :

• Génétiques +++ : isolées ++ (connexine 26 ++)

• sd malformatif congénital

• Infections / pathologies γ & post-natales :

- CMV ++++

- infection cong. (TORCH)

- infection néonat / enfance (Méningite +++)

- Prématurité, anoxie, toxiques, trauma dentaire

→ avec l'âge, obtient amplificateur puis cochléaire

sat pas = catico = vasodilat

1. OTOSPONGIOSE

Yves, Blane ++

"ankylose stapédo-vestibulaire" ++ = ankylose de l'étrier sur la fenêtre ovale par dystrophie os labyrinthique

♀ jeune avec ATCD familiaux de surdité (mère, soeur) [autosomique dominant - pénétrance Δ]. ↗ lors γ plus-moins

gén., Y, juv.

→ ST à tympans normaux,

progressive, bilat > 50%, asymétrique ± acouphènes & vertiges.
signes de Bonnier (CO+++ et Lewis (CO>CC) ⊕

2000

audiométrie : "encoche de Carhart sur fréquence 2000 Hz" ++ avec ST ↳ évolue vers S. mixte (labyrinthisation)

Ø réflexe stapédien (après effet on-off initial) + TDM des rochers +++ ↗ courbe norm. (Nou Jouga desponc)

• évolue vers labyrinthisation ⇒ surdité mixte ++ = SP + ST prédominante - Bilatéralisation - aggravation ST

je deviens

• ttt μ chir: **STAPÉDECTOMIE** avec remplacement de l'étrier par piston synthétique entre enclume et fenêtre ovale
Très bons résultats - Complications : SP (labyrinthisation) et PF

on fait prosth.

(ou) prothèse auditive à toujours proposer en alternative (information bénéfices / risques ++)

2. PRESBYACOUSIE

processus N de vieillissement de l'organe de Corti (cochlée)

Sujet âgé 60 - 80 ans ± FDR : traumatismes sonores aigus ou chroniques, terrain familial (susceptibilité génétique)

→ **SP endocochléaire**, progressive insidieuse, **bilatérale & symétrique ++** (↗ aigus ++)

⇒ isolément progressif (socio-familial), gêne compréhension en atmosphère bruyante ↗ tb. intelligibilité en conversation courante

audiométrie tonale: "**SP symétrique prédominant sur les fréquences aiguës**" +++ (courbe en pente de ski)
et vocale: mauvaise intelligibilité



AUCUN AUTRE EXAMEN SI TYPIQUE +++

réflexe stapédien : présent (recrutement), tympanogramme Normal

PEA et IRM si surdité asymétrique +++ → "hantise du neurinome du VIII"

• ttt : 1. **Appareillage prothétique auditif bilatéral** +++ selon tolérance / gêne fonctionnelle :

licite quand ≥ 30 dB de perte sur les fréquences conversationnelles (2000 Hz)

EDUCATION - Audioprothésiste

2. **Orthophonie** (livre sur les sons) si profonde

3. **Préventif** +++ : protection contre la toxicité du bruit (traumatismes sonores)

- Dépistage : Cs ORL / an - Eviter les expositions intempestives

- Surveillance des postes de travail : protections individuelles (casques) & collectives (↗ niveau bruit) ↗ reclassement/adaptation

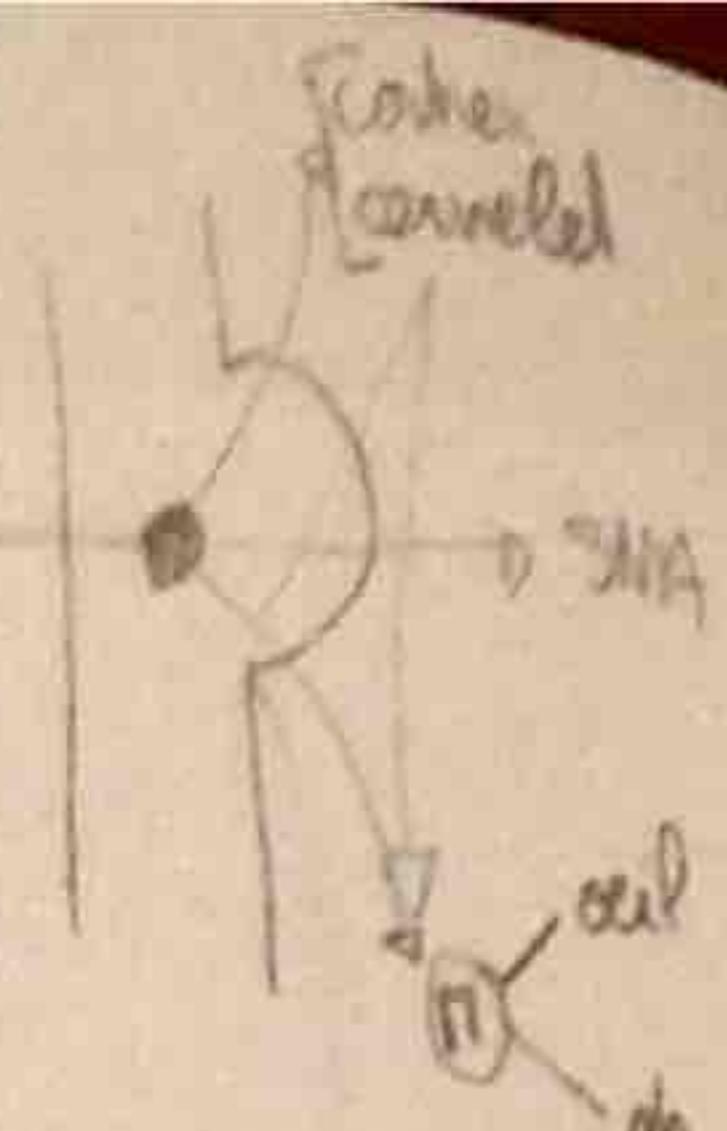
- **SURDITÉ PROFESSIONNELLE** = 2^e RANG DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES

IPP 5% (Bégaié bilat) → 20% (profonde bilat)

an asymétrie		
pb percept -> vertig		
pb SNA -> nausée	= Sd vestibulaire	
pb oeil -> nystagmus		
pb mn -> déviation		
eg avec oeil > vestibule > proprio		

VERTIGE

= illus m/v



Sd vestibulaire	PÉRIPHÉRIQUE (nerf VIII ou oreille interne (vestibule))	CENTRAL (noyaux vestibulaires dans TC + cervelet)				
Vertige	<p>Intense, rotatoire, franc + signes digestifs végétatifs (nausées/ vomissements) <i>givre, sueur</i></p>	<p>instabilité, déséquilibre (moins franc)</p>				
Nystagmus	<p>UNIDIRECTIONNEL horizonto-rotatoire ++ ← sens = secousse rapide = "bat à G" → secousse lente = vers la lésion +++ <i>à droite</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> MULTIDIRECTIONNEL ↑ pur ou ↙ peut être à la gîte/- pur 				
Caractère	<p>Complet & HARMONIEUX</p> <ul style="list-style-type: none"> déviation posturale (aggravé les yeux fermés) : ROMBERG vestibulaire déviation des index déviation à la marche, en ⚡ + piétinement aveugle = Fukuda - secousse lente du nystagmus → vers le côté atteint <i>"Oreille gauche malade = tout tombe à gauche"</i> 	<p>Incomplet & DYSHARMONIEUX (déviations inconstantes ou dans tous les sens)</p>				
Signes associés	<p>signes auditifs (cochléaires) +++ ↗</p> <ul style="list-style-type: none"> surdité de perception (Rinne +, Weber côté sain) acouphènes 	<p>signes neurologiques centraux ++ associés : céphalées, sd cérébelleux, PC, att. NC</p>				
Epreuves caloriques	<p>eaq froide 30° puis chaude 40° de chaque oreille hypo- ou inexcitabilité du vestibule lésé</p>	<p>Hyperexcitabilité ou N et symétrique</p>				
Principales causes:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">avec SURDITÉ</th> <th style="text-align: center;">sans surdité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>1. Ménière : prolongé 15' à qqs h répétés (par poussées)</p> <p>2. Labyrinthite</p> <ul style="list-style-type: none"> - infectieuse (OMA...) - toxique (aminosides) - Cholestéatome (s. fistule) = U médico-chir + Traumatisme du rocher <p><i>réel vertige à tympan pb</i></p> </td> <td> <p>3. Névrite vestibulaire ++ : prolongé qqs jours spontanément favorable (compensation centrale) (viral++)</p> <p>4. Faux vertiges = hypoTA orthostatique ++ à éliminer !!</p> </td> </tr> </tbody> </table>	avec SURDITÉ	sans surdité	<p>1. Ménière : prolongé 15' à qqs h répétés (par poussées)</p> <p>2. Labyrinthite</p> <ul style="list-style-type: none"> - infectieuse (OMA...) - toxique (aminosides) - Cholestéatome (s. fistule) = U médico-chir + Traumatisme du rocher <p><i>réel vertige à tympan pb</i></p>	<p>3. Névrite vestibulaire ++ : prolongé qqs jours spontanément favorable (compensation centrale) (viral++)</p> <p>4. Faux vertiges = hypoTA orthostatique ++ à éliminer !!</p>	<p>Ø surdité centrale</p>
avec SURDITÉ	sans surdité					
<p>1. Ménière : prolongé 15' à qqs h répétés (par poussées)</p> <p>2. Labyrinthite</p> <ul style="list-style-type: none"> - infectieuse (OMA...) - toxique (aminosides) - Cholestéatome (s. fistule) = U médico-chir + Traumatisme du rocher <p><i>réel vertige à tympan pb</i></p>	<p>3. Névrite vestibulaire ++ : prolongé qqs jours spontanément favorable (compensation centrale) (viral++)</p> <p>4. Faux vertiges = hypoTA orthostatique ++ à éliminer !!</p>					
Vertige brutal (aigu)	<p>1. Neurinome du VIII +++ (à évoquer devant tout vertige, même si 1^{er} épisode ++)</p> <p>2. VPPB ++ très brefs, répétés mouvements position tête</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wallenberg ++ = AVC vertébro-basilaire ⚠️ parap mais dysarthrie SEP (poussée) hématome cérébelleux Faux vertiges = hypoTA orthostatique ++ à éliminer !! hypoglycémie malaise vagal épilepsie temporaire spasmophilie/hystérie... 				
Vertige chronique	<p>1. Neurinome du VIII +++ (à évoquer devant tout vertige, même si 1^{er} épisode ++)</p> <p>2. VPPB ++ très brefs, répétés mouvements position tête</p>	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance vertébro-basilaire SEP Tumeur fosse postérieure ou tronc c. / abcès tronc cérébral 				
ttt symptomatique de la crise : puis : ttt étio +++	<ul style="list-style-type: none"> repos & isolement, ↓W Antivertigineux : Tanganil® 1 ampoule IVL Antiémétique : Primpéran® 1 ampoule x 3 ou 3 cp/j Sédatifs et anxiolytiques : Valium® <p>Serc® 1 cp x 3/j (Ménière)</p> <p>Rééducation vestibulaire (précoce ++)</p>	<p>TDM (ou IRM) en U (vraies urgences = vertiges centraux !)</p>				

VPPB

$\Delta g \Rightarrow$ Dix Hallix

- 1. assis $\hat{\tau}$ tournée $\approx 45^\circ$
- 2. couché $\hat{\tau}$ ds le vide $\approx 30^\circ$
- attendre 30-60''!

$\text{III} \Rightarrow$ canal post (nystagmus circulaire)

assis fin DixH \rightarrow tourne $\hat{\tau}$ à 45° de l'autre côté - attendre 30

(o) tourne encore pr regard sol (décubitus lat) - attendre 30

(o) s'asseoir jbe pendante - attendre

\Rightarrow canal sup (nystag vertical)

assis $\hat{\tau}$ tête \rightarrow couché $\hat{\tau}$ ds l'axe, .. le vide complet - attendre

(o) relever la $\hat{\tau}$ (pas le buste) - attendre

(o) relever le buste - attendre

\Rightarrow canal lat (nystag horizont)

couché $\hat{\tau}$ sur la table tournée côté qb

tourner $\hat{\tau}$ de l'autre côté - attendre

(o) tourner encore pour regarder la table (décub ventral) - attendre

(o) tourner encore pr regard côté poir (décub lat) - attendre

(o) tourner encore pr regard plafond - attendre

(o) s'asseoir

Signe de la fistule = appari^t nystagmus qd modif press CAE (appuis bagu) = fistule labyrinthiq (cholesteatome?)

Test d'Halmagyi = mvt bousque de la \hat{T} à D_OG, N = yeux reste fixe
pb = — part avec la \hat{T}
± VHIT Video Head impulse Test

Nevrite Vestibul¹⁾

Gd vertige periph

pls j, > en 4-6 semaines par compensat vestibule opposé

viral ++

mobilisat⁺
active \hat{T} +++

HT antivertig !

max 2-4j

kiné

⚠ si + surdité \Rightarrow nocher, cholesteatome, rhombex R. auditory int
hémorragie intra-vestibul

si + Sd même \Rightarrow Wallenberg

Vertige paroxistiq de l'enfant = Sd de Barre

vertige de qdg minutes (après chute, pleurs, se remet à jouer N.)

Dexam neuro parfait sinon IRD

1. Maladie de MÉNIÈRE

- étiologie inconnue - hydrops endolymphatique (= hyperpression liquidiennne endolabyrinthique)
- « adulte jeune 30-35 ans, anxieux »

Trépied clinique :

- **Vertige**: grand vertige périphérique rotatoire prolongé = qqs heures ++ + vomissements ++
- **acouphènes + Surdité de perception + plénitude d'oreille** → Paroxysme, régresse après
- **évolution paroxystique par poussées +++** : ATCD d'épisodes identiques → Recurrent

- audiogramme + impédancemétrie/ RS : SP unilatérale + recrutement (= endocochléaire) = RS +
- PEA de type endocochléaire, latence I-V normale : si latence I-V augmentée ⇒ IRM (recherche neurinome ++)
Test osmotique ou glycérol améliore l'audition

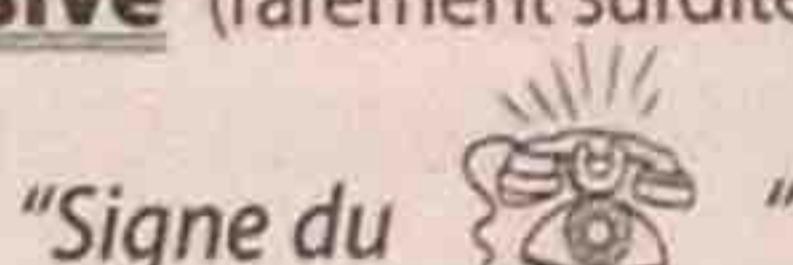
- Pronostic variable :
 - aggravation de la surdité avec les crises → SP définitive
 - risque de **bilatéralisation** +++ 10%
 - ↘ signes vestibulaires (compensation centrale) → chez agé

- ttt : **crise** (cf. tableau + Mannitol*) + **fond** : Ψ (AL, TCC), diurétiques, RHD → section chir du VIII
jo chir instillat gentamycin

examen N
entre curse
en surdité

2. Neurinome de l'acoustique +++ (= Schwannome du VIII : tumeur bénigne à croissance lente)

- naît dans le CAI & se développe dans l'angle ponto-cérébelleux (tumeur de la fosse postérieure la + fréquente)
- **Surdité de perception** rétrocochléaire **d'installation progressive** (rarement surdité brusque = piège !)
- vertiges modérés (instabilité), mais formes trompeuses ++
⚠️ vertige petit mais pernicius !!
- A EVOQUER SYSTEMATIQUEMENT DEVANT TOUTE HYPOACOUSIE UNILATERALE ET/OU VERTIGE
- recherche complications : atteinte V, VII, sd cérébelleux, HTIC (compression)
- recherche de **neurofibromatose** (type 2++) : neurinome VIII + tumeurs multiples SNC (méningiomes, gliomes, épendymomes, schwannomes)



- Ø recrutement = rétrocochléaire - SP unilatérale - Epreuves vestibulaires, VNG : aréflexie vestibulaire unilat.
(= épreuve calorigène et strobilogique)
- PEA +++ : ↑ temps de latence I-V et III
- IRM cérébrale +++ de la fosse postérieure centrée sur l'angle ponto-cérébelleux (+ gadolinium)

- Radiothérapie (gamma knife) ++ ou chirurgie d'exérèse (risques : PF, att. V, surdité définitive, méningite, fistule LCR, t)

3. Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB) +++

- **cupulolithiasie** : chute otolithes sur cupule dans le canal 1/2 circulaire postérieur

- **Vertige intense bref (qqs secondes ++)** déclenché par **positions de la tête** (+ ou retourne de la lit)

- dg + : manoeuvre de positionnement (Dix Hallpike) + = vertige après latence 2-10" + nystagmus ↔ puis n'a plus !!.
canal post vertige épuisable avec la répétition des manoeuvres

- **Répétitivité** des accès, puis spontanément régressif en quelques semaines (risque récidive)

- **manoeuvre libératoire de Semon** ± antivertigineux + kiné

E dix

⚠️ possible post TC Y3
méninome
ostéoporose

so s'aure pas en
restant ds la ponte
⇒ IRM

⚠ OH tabac → pas fDR
 ke ethmoïde adenocarcinom
 ke cavum

TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES VADS

195, 2000

1

OROPHARYNX

(amygdale, base de langue)

+++

++

& CAVITÉ BUCCALE

LARYNX

$T_1, T_2, T_3 = \text{immobilité CV}$

HYPOPHARYNX

= SINUS PIRIFORME

+++

CAVUM

(= RHINOPHARYNX)

Carcinome épidermoïde +++++

♂ 45 - 70 ans, **alcool-tabagique** +++,
 + Virus HPV 16 > 18 (amygdale +++, oropharynx)

- Lésion pré-cancéreuse = Dysplasie → CIS = *in situ* → μ invasif → invasif → extension locale (dysplasie, Bowen, leucoplasie) / Papillomatose, laryngite chronique blanche
- "très lymphophiles" (sauf cancer du plan glottique = CV (ADP)) → métastases gg^R cervicales
- rares métastases viscérales (poul, hep, os, cœr)
- LOCALISATION MÉTACHRONE +++, (10-20%) = cancers multiples des VADS = 2^e après 1^{er} cancer

- signes de loc: **Dysphagie** (± odynophagie) - **Dysphonie** - **Dyspnée**, tumeur Otalgie réflexe, douleur... immobilité corde vocale = stade T₃
- ADP cervicale (sous-digastrique++) dure, fixée, indolore (= métastatique) - AEG

BILAN

- abaisse langue : cavité buccale - **Laryngoscopie indirecte** (miroir) + **directe** = **Nasofibroscopie** (cavoscopie)
- Otoscopie (OSM) - EXAMEN STOMATO
- Palpation des aires ganglionnaires cervicales ⇒ schéma daté +++++

BILAN D'EXTENSION

1. loco-régionale

PANENDOSCOPIE des VADS +++, sous AG, au tube rigide + **biopsies** / anapath. 0-π+ EOGD ± trachéoscopie ⇒ recherche 2^e localisation +++, (cancer synchrone ou métachrone)

2. 2^e loc ++

TDM et IRM cervico-faciale injecté: - TDM → extension osseuse + **staging ganglionnaire (N)** +++, - IRM → extension musculaire (pour K langue et cavum seulement)

3. métastase à distance

PET-scan idéalement (ou RT + écho abdo + BHC) ± TDM si signe d'appel

Pronostic

survie à 5 ans: 30% 60% 30% 30-40%

CAVOSCOPIE +++, sous AG, + biopsies

[+ **Sérologie EBV** (Acanti VCA, EA, EBNA)]

PRÉ-THÉRAPEUTIQUE / Terrain: - chimiothérapie: bilan cœur, rein
 - radiothérapie: **bilan stomato**: Panorex, rech / ttt foyers infectieux - confection gouttières fluorées
 + INFORMATION PATIENT (séquelles++) - pré-op: ECG, EFR, bilan nutritionnel, Cs anesthésie/pré-op. - RCP +++

1. **CHIRURGIE**: exérèse tumeur ± curage gg^R +++, ou exérèse laser (petits cancers des CV)

+ partielle (T₁, T₂) ou totale (T₃, T₄)

2. **RADIOOTHÉRAPIE** externe curative (⁶⁰Co) tumeur + aires gg ± post-op.

(amygdale = Rx sensible +++)

Pour les T₃, T₄ du larynx:

3. CT (5FU, platin) réponse complète (30%) RT = préservation d'organe

CT néoadjuvante

mauvaise réponse Laryngectomie totale (ou PLT) ± RT post-op

3. **PRÉVENTION**: alcool-tabac, lutte contre HPV...

4. Surveillance régulière, à vie +++, (clinique + nasofibroscopie) TDM et IRM cervico-faciale - RT/an - séro. EBV ++ (réactivé lors reprise K)

RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE +++:

• RT externe télobalt ++ (sur tumeur & ADP)

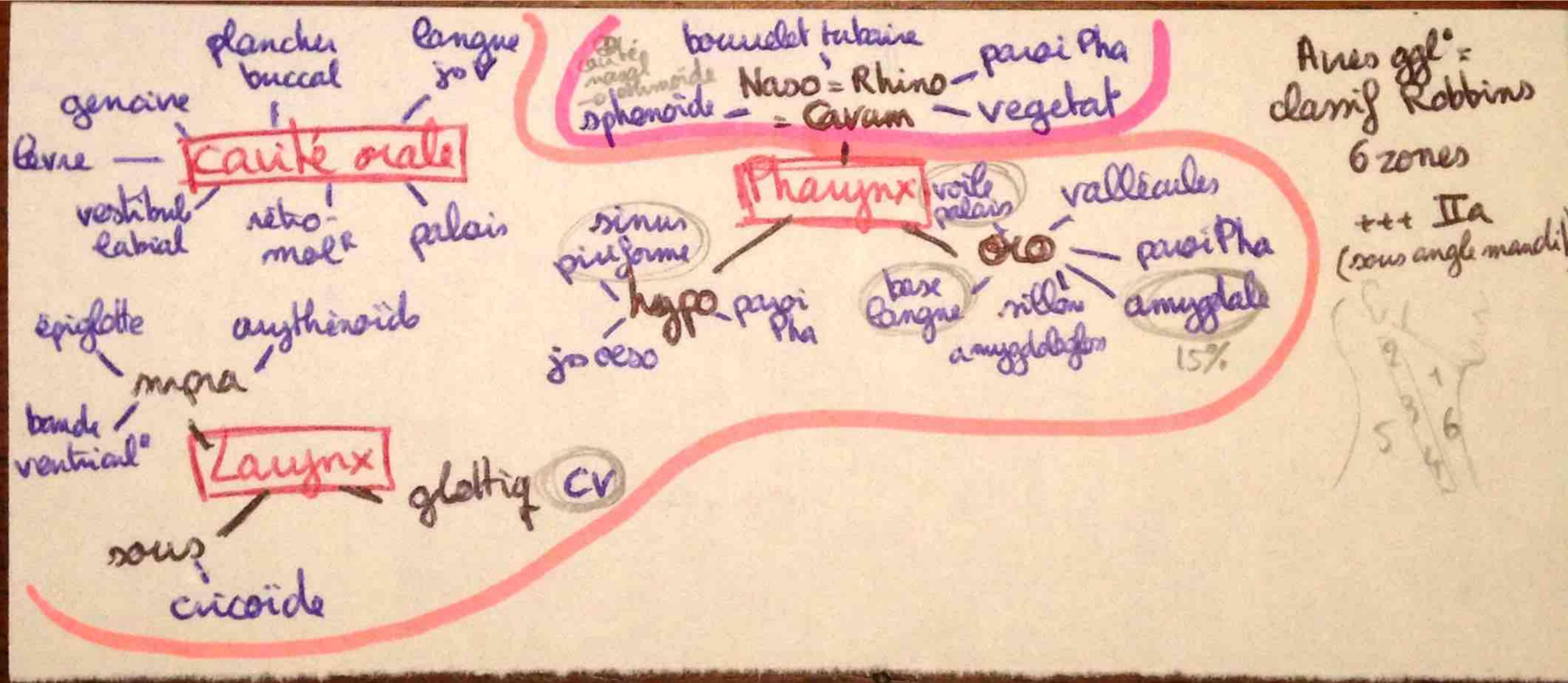
• CT concomitante (5-FU, cisplatine)

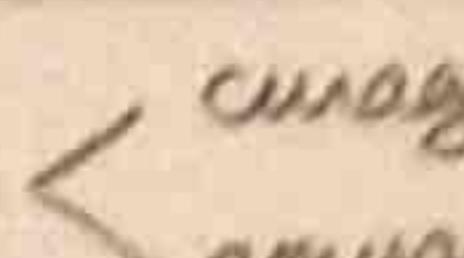
puis chir si il en reste

+ TDT à Panorex de ref & 6 mois

1 mois 1 an
13 mois 2-3 ans
16 mois 4-5 ans
sans 6 ans

ri pr d'appel
1/6 mois 2 ans
1 an 3 ans
ri Rhina!



Δ ADP cervicale → panendocrinie → cervicotomie externe + extemporanée : si \oplus  amygdalectomie homolatérale si \ominus amygdalectomie bilatérale

recherche de récidives locales & régionales - 2^e localisation (2 premières années) - métastases

- Soutien ψ - PEC 100% - **Réinsertion socio-professionnelle** +++ si chirurgie lourde
- Limiter les séquelles fonctionnelles : **ORTHOPHONIE / KINÉ**, fluor... bains de bouche systématiques
- Soins palliatifs** si trop évolué : CT ± RT, unité de soins palliatifs..

effets II :

- Radiothérapie (RT) : "horriblement mutilante"

1. **Asialie** (ou hyposialie) = xérostomie (inévitable)
2. **Radiomucite** ++, stomatite (b.b.), trismus, radiodermite... infections dentaires/ parodontales \leftrightarrow dénutrition
3. **Ostéoradionécrose mandibulaire** +++++ & dentaire : prévention = remise en état + extraction de foyers infectieux bucco-dentaires - confection de gouttières fluorées bains de bouche, hygiène bucco-dentaire, ± ATB
4. Sténose oesophagienne, dysphagie (nutrition entérale SNG ou gastrostomie / IV/ dilatation)
5. Hypothyroïdie, oedème laryngé, OSM..., hémouagie griseux

- Chimiothérapie (CT) :

5 FU \rightarrow coronaropathie

cisplatine \rightarrow toxicité hémato, rénale, neuro, auditive (VIII)



dg différentiels devant une masse kystique cervicale :

- métastase ganglionnaire de cancer des VADS / cavum
- Tuberculose ganglionnaire
- Lymphome +++ Amygdales Δ
- Kyste amygdaloïde

- ▷ TDM cervical injecté ou IRM gadolinium ++
- + Panendoscopie
- ▷ RT - IDR
- ▷ cytoponction adénectomie
- Pas de biopsie

T 1 < 2cm

2 < 4cm

3 >

4

N 1 < 3cm uniax

2 < 6cm ou multiaxes

3

Forse nasale à niveau

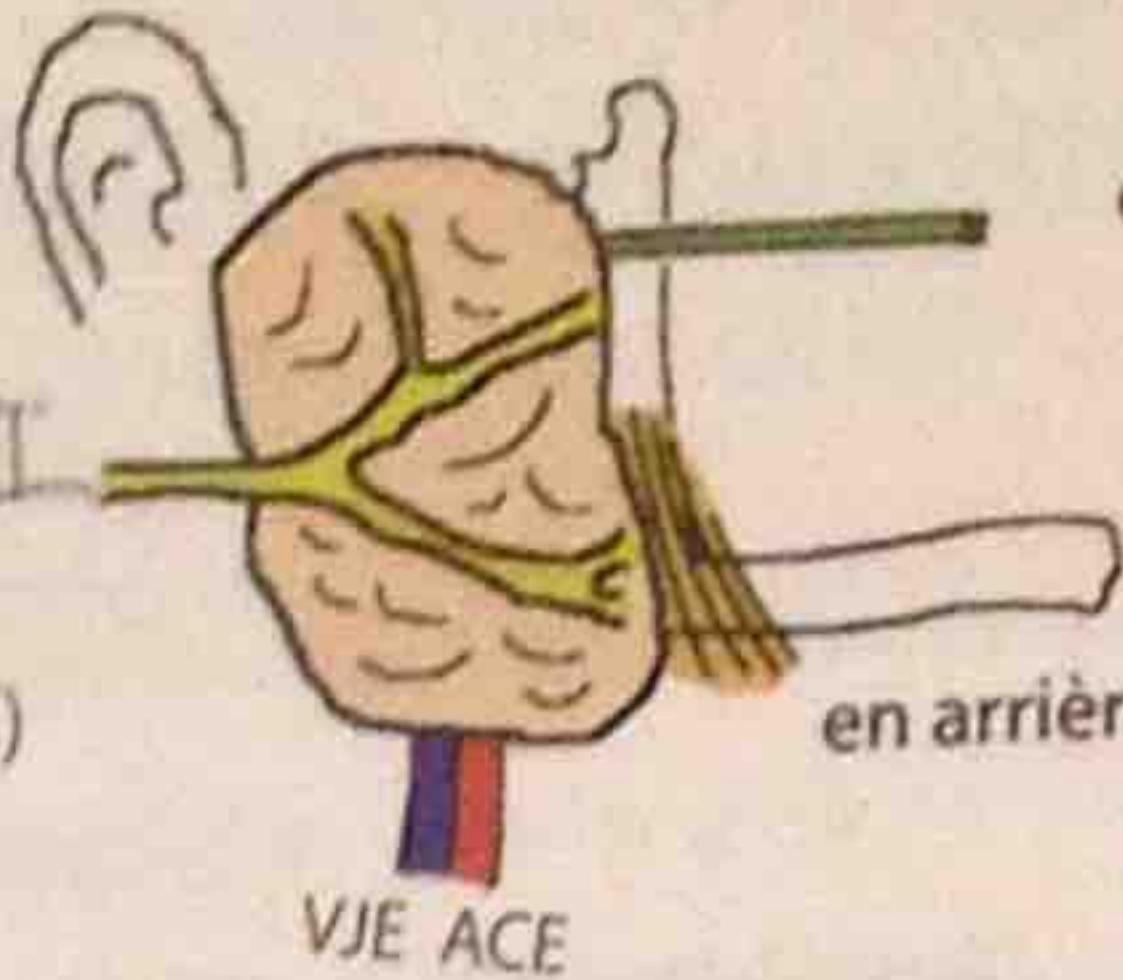
ethmoids : bois (j, 300mg) nickel, houille, galena
Σ^η nasal / œil / nez
ADP rare, 20% méta
+++ adenok \rightarrow TDM + IRM
chin + RT

enignant -> 50% malin

% malin:
parotide < maxillaire < m. ling.
40%

TUMEURS PAROTIDIENNES

- A crânien ext
- V jugulaire
- Nerf facial VII
(+ en 2 lobes : profond & superficiel)



canal de Sténon : s'ouvre en regard 1^e ou 2^e molaire sup.

Parotide :
en arrière de la branche montante de la mandibule & masseter
(descend + bas que l'angle mandibulaire)
"comblement du sillon rétro-mandibulaire"

Illustration © M. Guedj

Signes de malignité +++

- Masse indurée, douloureuse, fixée (adhérente au plan profond ou à la peau), **attraction cutanée** en regard, évolution **rapide**
- Paralysie faciale périphérique** +++, trismus
- Adénopathies** +++; cervicales (sous-digastrique++) - **AEG** → métastases

A chercher!!

Tumeurs bénignes épithéliales		Tumeurs <u>malignes</u> épithéliales / non épithéliales		
ADÉNOME PLÉOMORPHE +++ 50 % tumeurs 50% des bénins	Cystadéno-lymphome 10% = T de Warthin	Carcinome adénoïde kystique +++ (cylindrome) 10%	Adéno-carcinome ++, Come épidermoïde, indifférencié 20%	Métastase d'une tumeur de la face (mélanome ou épidermoïde) Lymphome
adulte jeune 45 ans, ♀ plutôt - argument fréquence ++ nodule ISOLÉ +++, unilatéral, croissance lente (ancienneté) plusieurs ∅ signe de malignité (= aucun signe associé) ++	♂ âgé et VIH +	adulte 45 ans	adulte	rech K primitif (mélanome, spino) sur cuir chevelu + face +++
IRM parotides +++, HyperT2 polylobé, unifocal + cytoponction à l'aiguille fine, écho,	HyperT1 kystique régulier, multifocal	induré	SIGNES DE MALIGNITÉ ++++	Ø hyper! infiltrante, mal limitée → ♂ malignes à la cytoponction
Jamais de biopsie partielle (sans exérèse complète) → risque de dissémination, lésion du VII... +++				
Evolution : ↗ progressive de taille (lente) • dégénérescence maligne (AdenoK) 5-10 % • récidive locale après chirurgie	∅ transformation maligne ∅ risque de récidive	Méta Ø tardives (10 ans) mais survie longue • récidive locale	Rapide Récidives ++ mauvais pronostic	
ttt chirurgical : Parotidectomie totale ou superficielle conservatrice du N. facial + ex. anapath extemporané et définitif	- P. superficielle (exérèse simple) conservatrice du VII Ø chin in tout OK → la seul sans chin	Parotidectomie totale avec parfois sacrifice du N. facial si envahi par la tumeur + ex. anapath extemporané et définitif + curage gg ^R (évidemment) cervical homolatéral + Radiothérapie post-op.		

- **PROTECTION DE L'OEIL (PF)** +++, occlusion palpébrale nocturne, agents mouillants, pommade vit. A (prévention kératite)

- **INFORMATION DU PATIENT en pré-op.** (PF ++, séquelles, complications...)

Au total, attitude initiale → **Exploration chirurgicale** + **examen histologique extempo** (et définitif)

- Carcinome muco épidermoïde = 45% des malins! n'est pas méchant
- Carcinome à acinus = 10%.

Sialose = ↑ vol chlo des gl. salivaires + infect

- Complications post-op de parotidectomie :
- 1. Paralysie Faciale** (Périphérique) : transitoire souvent (oedème) ou totale (section)
 - Protection oculaire +++ (prévenir kératite d'exposition)
 - 2. Syndrome de Frey** : tardif > 3 mois, rougeur et sudation de la région du masséter pendant les repas (repousse aberrante des fibres parasympathiques) → BOTOX
 - 3. Séquelles esthétiques ++** (dépression cutanée)
 - 4. Récidives** (carcinomes, adénome pléomorphe) ou **cancérisation** (adénome pléomorphe)
 5. précoces : hématome, oedème, fistule salivaire, infection, hémorragie.... xérostomie post-op ++ (radiothérapie)



bilatéral

infect, oreille
manger pain
Sarcoidose
Gougerot
VIH
OH
anorexie / obésité
goutte
diabète

AUTRES CAUSES DE PAROTIDOMÉGALIE

PAROTIDITE		PATHOLOGIE IMMUNITAIRE SYSTÉMIQUE		
virale aiguë	bactérienne	Gougerot - Sjögren	Sarcoidose ++	Infection VIH
Oreillons +++ <i>(Ø pus)</i> bcp d'autres <i>Pamylase à 8-10</i>	<ul style="list-style-type: none"> aiguë à pyogènes = suppurée ++ enfant (Non en Réa ++) ou sujet âgé ++ : favorisé par déshydratation - prélèvement à l'ostium (Staph doré) - terrain débilité (TD) ou lithiasis infectée - PEC calquée sur lithiasis • récidivante de l'enfant : poussée itératives fébriles 5-10 ans <p>ATB 10^j</p> <p>= UNILATÉRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> = Sd sec : • buccal : asialie / xérostomie (test au sucre) • oculaire : xérophthalmie (+ conjonctivite, kératite) • parotidomégalie bilatérale • polyarthrite <p>(infiltrat lympho-plasmocytaire)</p> <p>sialagogues, larmes artificielles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> = Sd de Heerfordt : Parotidite BILATÉRALE + PF + uvéite + fièvre + ADP médiastinales ou parotidomégalie simple * Sd Mikulicz = Ø gl lacrimale <p>(Granulome épithélioïde giganto-Ø)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cystadéno-lymphome - infiltrat benign lymphoïde simple / kystique - Lymphome <p>Amylose</p> <p>... QS</p> <p>Sialadénose = Sd rec. + œil p. brûlure m. endocr. → OI CRI</p>

Biopsie des glandes salivaires accessoires sous AL ++

+ Hôte kimura : Ø 20-30
 ⇒ module nou-eut, ADP
 Δg = négatif

⚠ Surveillance ++

car risque de transformation en LYMPHOME +++

Tuberculose
 → module prétragien fistulisé à la peau

Sialite chlo ⇒ echo = destruction parenchymateuse + dilat canal
 ⇒ malégraphie = grain de plomb (pommier apprivoisé)

Sialite ↗ maladie = 1^{er} pb glande
Sialite ↗ maladie = 1^{er} pb canal

LITHIASE DES GLANDES SALIVAIRES

199

LITHIASE SOUS-MANDIBULAIRE +++ (= SOUS MAXILLAIRE)	LITHIASE PAROTIDIENNE
pathologie la plus fréquente des glandes salivaires	beaucoup moins fréquente
<ul style="list-style-type: none"> dg clinique: manifestations mécaniques "rythmées par les repas" +++ hernie salivaire = tuméfaction sous-mandibulaire, cède en qqs min. colique salivaire = ^{coulisse de tout} idem + douloureuse & prolongée ^{± horo repas} examen du canal de Wharton (ostium rouge sans pus, calcul parfois palpable) 	rares
<ul style="list-style-type: none"> manifestations inflammatoires & infectieuses: <ul style="list-style-type: none"> Whartonite : ostium du Wharton inflam. + pus - douleur plancher, petite fièvre péri-whartonite : idem + douleur & fièvre ↗ - sillon mandibule - petit trismus Sous-maxillite aiguë +++ : Wharton inflammatoire & purulent, induré ^{= maladie} dl, fièvre, trismus majeur - plancher buccal induré cellulite cervicale (<i>favorisé par AINS</i>) = complication grave 	<ul style="list-style-type: none"> Sténonite péristénonite Parotidite aiguë lithiasique révélatrice le plus souvent: → tuméfaction douloureuse + fièvre + pus au Sténon
<ul style="list-style-type: none"> Rx standard: 3 clichés : - occlusal ("mordu") antérieur & postérieur +++ - profil "défilé maxillaire" (\pm Panorex) <p>→ visualise et localise les calculs radio-opaques (75%) = Ca^{2+}</p>	film endobuccal + cliché postérieur
<ul style="list-style-type: none"> échographie, TDM ^{pas de ?} cervico-faciale +++ sialographie 	échographie, Sialographie
<p>① ATB : Augmentin® 2g/j x 8j = <u>ttt de l'infection (épisode aigu)</u> = <i>si complicat!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Antalgiques (paracétamol) \Rightarrow Jamais d'aspirine ni AINS ++ antispasmodiques (spasfon®) - sialogogue <p>[si cellulite cervicale : \oplus, Rocéphine® + Flagyl® + Drainage chir \cup (QS)]</p>	
<p>② Chirurgie +++ = <u>ttt étio à distance de tout épisode aigu infectieux ++</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>extraction du calcul</u> : marsupialisation du Wharton ^{/ sialendoskopie nc 8mm} si intracanalaire antérieur (β) ou palpable <u>sous-mandibulectomie avec exérèse du Wharton</u> dans les autres cas et si récidives fréquentes 	Surveillance \pm chirurgie (extraction sialoscopique)
<p>3 dg ≠ :</p> <ul style="list-style-type: none"> abcès / cellulite d'origine dentaire (\emptyset sillon, ostium normal) Adénophlegmon sous-maxillaire / ADP / ganglion calcifié 	

• Grenouillotte = collect de salive do sous-linguale
tuméfact molle, indur
 \Rightarrow IRM + chin

\Rightarrow Sous-Maxill \rightarrow A. faciale + N. hypoglos / Canal Wharton
palpable

\Rightarrow Sous lingual \rightarrow A. faciale + N. linguale // Canal Rinnius = Bartholin
+ 15-30 minutes

DOULEUR BUCCALE



- douleurs dentaires ++ (QS)
- Angine, pharyngite (QS)
- douleur de la cavité buccale

douleur aiguë

Vésicules

= viroses

- **Herpès +++** (HSV 1)
 - gingivo-stomatite, primo-infection
- **herpangine** / pieds-mains-bouche (coxsackie A)
- varicelle - zona (VZV)
- primo-infection VIH

Bulles

- **Pemphigus vulgaire** (auto-immun)
 - bulles très fragiles entourées d'érosions érythémateuses
- **Pemphigoïde cicatricielle** (auto-immun)
 - dg sur histo et IF
- **ERYTHÈME POLYMORPHE** (cocarde) (Herpès, mycoplasme = post-infectieux)
- Stevens-Johnson / Lyell (toxidermie)
 - (décollement au doigt)

Ulcérations

- ronde, régulière, fond plat à g. bien au*
- ↓*
- **APHTES** +++ (auto-?)
- vulgaire ++, géant, miliaire
- **Behçet** : aphtose bipolaire avec atteinte génitale
- **Leucémies aiguës, agranulocytose**
- Lichen érosif mucites post CT, RT

douleur chronique

Lésion blanche

- non hyperkératosique :
- **CANDIDOSE** +++ facilement détachable

1/99

- hyperkératosiques :

- **Leucoplasie** : non détachable, adhérente
 - ♂ 50 ans tabac ++, alcool
 - dégénérescence maligne carcinome épidermoïde
 - ↑ FDR (1 mois) → biopsie (dysplasie) → exérèse chir

- **Lichen plan** sur face interne des joues
- biopsie - corticothérapie locale



Lésion ulcérée

1. **Aphtose** +++
2. **traumatique**
3. **carcinome épidermoïde**
 - biopsie de toute ulcération unique persistante +++
4. **neutropénie (agranulocytose)**

- **irritative** (dents, bruxisme)

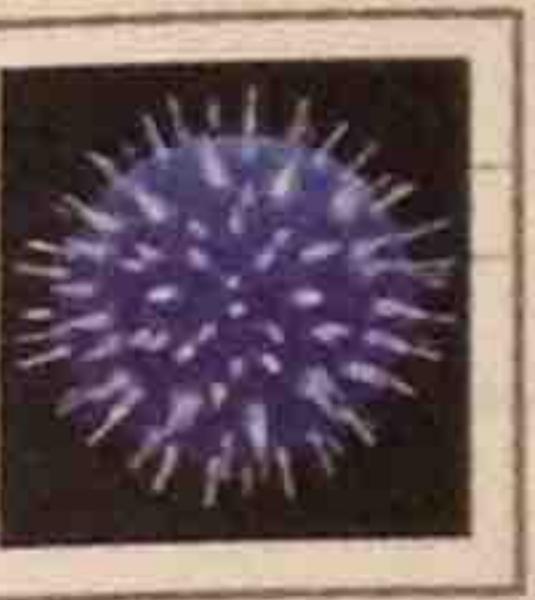
+ ulcération post-vésiculeuses, post-bulleuses

Lésions pré-K +++

- **Papillomatose orale floride à HPV** :
 - biopsie → chirurgie
 - évolution systématique en carcinome sans ttt
- **Erythroplasie de Queyrat**
 - sujet âgé, plaque rouge
 - dégénérescence maligne ++

- Amphotericin B
- miconazole

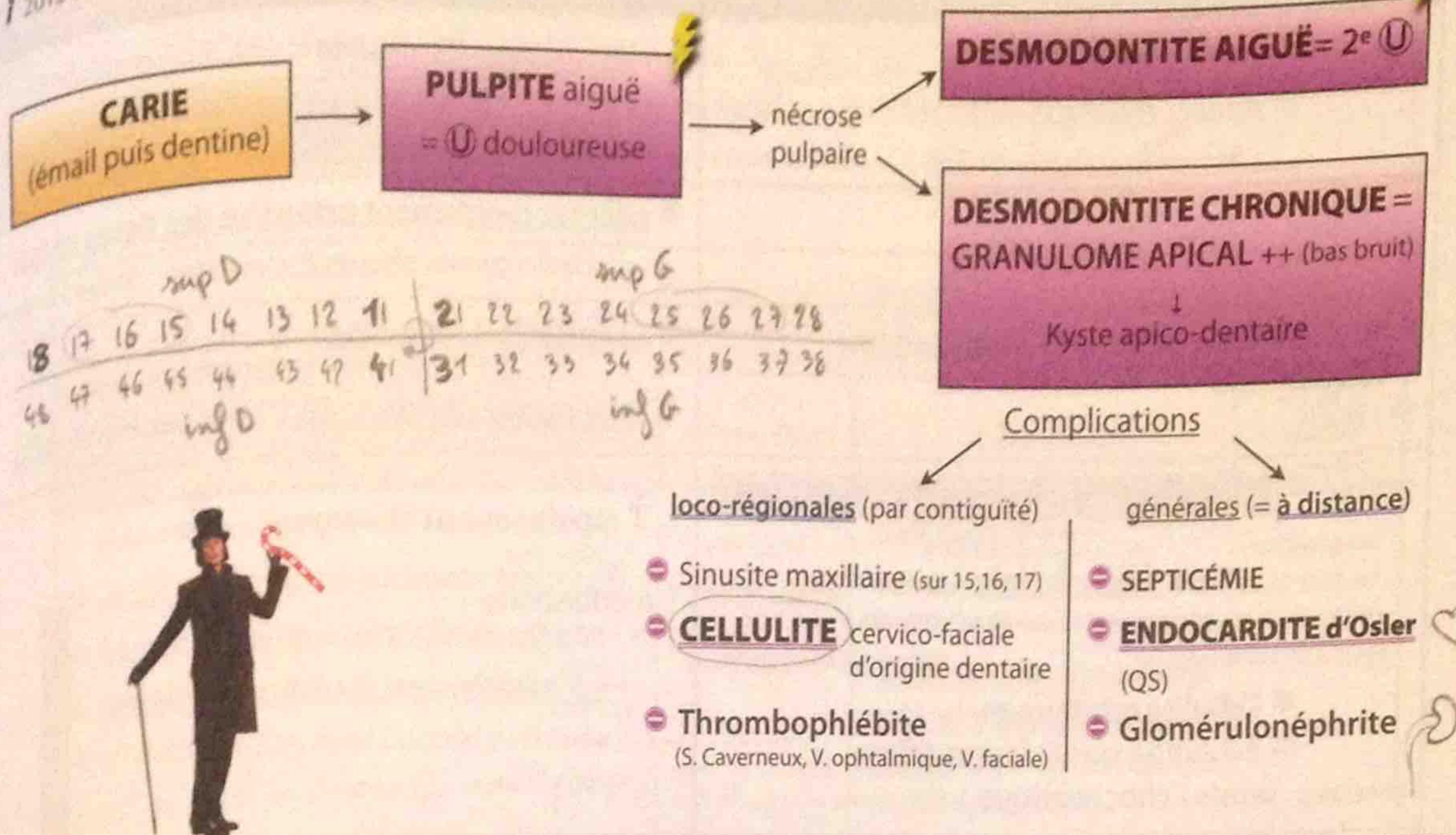
Stomatologie et infection VIH :

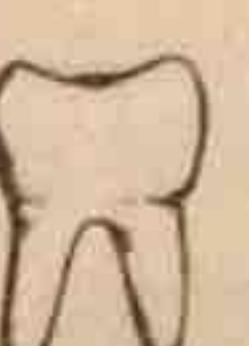


1. Candidose buccale (\downarrow CD4) → Antifongique systémique PO (Triflucan[®]) x 3 sem + bains bouche +++
2. Leucoplasie chevelue de la langue (HBV) : 20% des VIH+, sans valeur péjorative
3. Herpès
4. Papillomatose orale à HPV
5. Ulcération muqueuse (gingivite bactérienne ulcéronécrotique, lymphome, Kaposi - neutropénique ++)

LÉSIONS DENTAIRES ET GINGIVALES : FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES (& COMPLICATIONS)

7-2012



	CARIE	PULPITE	DESMODONTITE AIGUË	DESMODONTITE CHRONIQUE
FDR	saccharose +++ mauvaise hygiène BD ++ diabète	[sur carie dentaire profonde ++]	=infection du ligament alvéolo-dentaire (péri-apex) [sur pulpopathie]	=GRANULOME APICO-DENTAIRE =ostéite chronique apex
douleur	• émail : indolore • dentine : dl modérées, intermittentes	Pulpite aiguë = "rage de dent"  douleur intense +++ localisée puis irradiée ↗ à la percussion transversale crises intermittentes // accalmies	 pulsatile, unilatérale impression de dent longue ↗ à la percussion axiale continue +++	indolore (bas bruit) (découverte sur Rx)
vitalité (atteinte pulpaire)	⊕	encore ⊕ (= sensible au froid) mais évolution vers nécrose pulpaire	⊖ (insensible au froid) = mortifiée +++	⊖ = mortifiée
Panorex Cliché rétro-alvéolaire			élargissement du ligament alvéolo-dentaire +++	lacune osseuse Ø<10mm +++ Ø>10mm: kyste apico-dentaire
ttt	<ul style="list-style-type: none"> préventif +++ : brossages pluriquotidiens, fluor, hygiène alimentaire.. curatif : élimine la dentine pathologique & obturation (amalgame ou composite) 	<ul style="list-style-type: none"> ① douloureuse : Antalgiques +++ Pulpectomie totale puis dévitalisation (obturation des canaux radiculaires) dans un 2^e temps ATB P.O. 	① H° : Antalgiques Trépanation + drainage ATB (Augmentin®)	1° conservateur le plus souvent - obturation canalaire - résection apicale à retro = énudération du granulome 2° non conservateur = avulsion dentaire (valve ++)

CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE

= U ttt +++

2012

CIRCONSCRITE

-Abcès

collection

- tuméfaction douloureuse **inflammatoire**: **fluctuation** +++, trismus
- Fièvre

locoreg: ■ **Thrombophlébite du sinus caverneux**
++++ (la plus grave)

ou de la **veine faciale** /ophtalmique

○ oedème palpbral + exophthalmie + chémosis + att. III, IV, VI
+ sd méningé IRM c ou TDM c injecté

■ **Cellulite orbitaire** ++

■ évolution vers la forme diffuse

générales: sepsis / choc septique , GI

■ Panoramique dentaire + cliché dent (rétroalvéolaire)

■ TDM cervico-thoracique injecté (recherche de coulées dans le médiastin)

■ Hémocultures (x3) et **CRP** +++, prélèvements locaux

Bilan pré-op (hémostase, NFS...)

AUCUN EXAMEN "LONG" NE DOIT RETARDER LE TRAITEMENT
UN TDM CERVICO-THORACIQUE EST À FAIRE AU MIEUX AVANT LA CHIR ++

↓ des AINS +++

U ttt médico-chirurgicale +++

① **ttt chirurgical en U**: A JEUN

- mise à plat
- **DRAINAGE** de l'abcès par voie endobuccale
++++ (incision en pleine tuméfaction)

+ **ttt de la dent causale** +++ : extraction

② **ttt médical**: (sans attendre les résultats du bilan)

ATB IV (active sur anaérobies & strepto D): **C3G + Métronidazole**

± Anticoagulation préventive si cellulite faciale (≠ d'origine dentaire) ↗ curative si thrombophlébite

③ **Antalgiques IV, SAT-VAT, Prévention DT** (alcoolique ++), CI aux AINS +++

DIFFUSE = FASCIITE NÉCROSANTE

Terrain : diabète, ID, débilité

⚠ prise d'**AINS** ou **corticoïdes** → à proscrire!
+++++ +++

■ **nécrose rapidement extensive des tissus mous**
(association germes aérobies & anaérobies) - Strepto D +++

■ **Crépitation neigeuse** sous-cutanée à la palpation
(= gangrène gazeuse) - QS

■ **Sd septique majeur ($\geq 40^\circ$) / choc septique, AEG**

• † rapide sans ttt chirurgical



• médiastinite

U si dg certain : Ø imagerie
(Pronostic vital)

H° en extrême U en Réa

idem

+ **EXCISION** large des tissus nécrosés

+ **CERVICOTOMIE** ++

+ drainage médiastinal

⚠ Proscrire la trachéotomie ++

Réa : **IOT + VM** en cervicostomie - ttt du choc

Imipénème/Tienam® + Amikacine/Amiklin® IV

FRACTURES DU MASSIF FACIAL

/ 2008

- fréquent dans le cadre de polytraumatismes (AVP) ⇒ Si « ambiance Réa » : examen maxillo-facial en 2^e intention seulement
- 1^{er} Respiratoire : LVAS ± IOT - **RACHIS EN RECTITUDE** +++ si trauma du rachis cervical suspecté + ex. neuro, Glasgow...
- 2^{er} Hémodynamique : correction d'un choc éventuel - scope
- 3^{er} Recherche de lésions associées urgentes → **TDM crâno-facial** +++, Rx/TDM rachis, Echo abdo & rénale, RT
- 4^{er} Prévenir l'infection : **SAT - VAT** +++, (y penser dans toutes les questions à l'internat...), **ATB IV**, ttt de la plaie < 6h

→ 95% (maxillaire + palpebral + zygomatico)

+ 32%
épibulba

+ 2%
zygoma

DU MALAIRE

= zygomaticus = pommette

- choc direct sur la pommette - souvent déplacée
- œdème/ hématome pommette (enfoncée)
- hémorragie sous-conjonctivale externe ++
- Anesthésie territoire N. sous-orbitaire V₂++
- limitation d'ouverture buccale possible
- œil en bas et en dehors (dénat. lig paupier)
- ostéosynthèse

DU PLANCHER DE L'ORBITE

par voie percutanée	(associée ou isolée)	par voie endonasale	par voie orbitaire
>95% "Blow-Out"	enj++ "Trap-Door" = en goutte	= incarcération de la graisse péri-orbitaire et/ou du muscle droit inférieur dans le plancher fendu = chirurgicale ++ ⇒ Diplopie dans le regard vertical & limitation de l'élévation (= ophtalmoplégie verticale douloureuse) → examen ophtalmo ①	emphysème sous-cutané palpébral lors du mouchage ++
= plancher effondré = éNOPHTALMIE ⇒ diplopie indolore car pas de muscle			

TDM du massif facial +++++ sans injection ①

(sans retarder la chirurgie si incarcération)

± Panoramique dentaire si lésion ± TDM crâne spc si TC + PC (HED) ± Test de Lancaster à distance (diplopie)

- ttt de la plaie < 6h (+ SAT-VAT) & ATB prophylaxie, antalgiques... Pas de chirurgie si peu déplacé et non compliqué
- ttt chir: Réduction + Ostéosynthèse/ réfection du plancher de l'orbite en ① différée si incarcération du droit inf.

DU ROCHER

1/96

- otorragie, otorrhée claire (= otoliquorrhée) : brèche méningée (risque méningite +++) , hémotympan → OTOSCOPIE ① ++
- ST ± SP - vertige = sd vestibulaire périph. Acoustométrie + Audiogramme & Tympanométrie
- PFP si PFP immédiate → chirurgie ① de décompression du VII

TDM du rocher +++

ttt chirurgical : méchage en ①, puis tympanoplastie ± ossiculoplastie. Prothèse auditive si SP.

otosacial = Lefort

onto facial :

DU 1/3 MÉDIAN

DES OS PROPRES DU NEZ

+++

- épistaxis + gros nez douloureux
- Recherche et drainage d'un **hématome de cloison** +++
- TDM (ou Rx OPN) - Réduction si très déplacée

« DONEF » : NOE + frontal

Dislocation orbito-naso-ethmoïdo-frontale

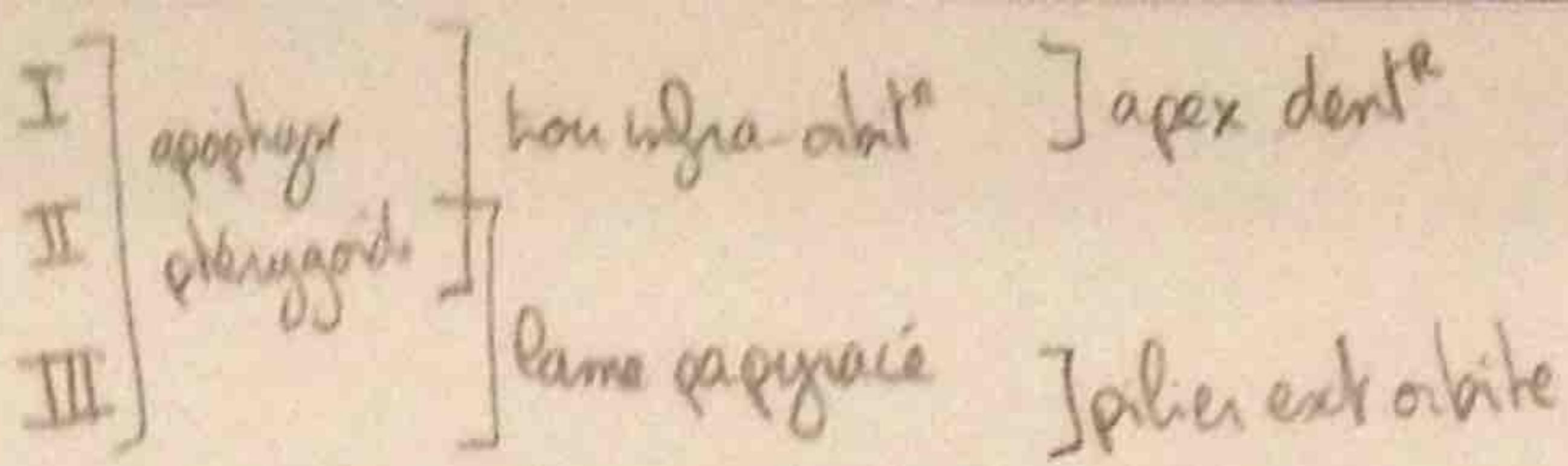
- épistaxis, télecanthus, aplatissement de la face, anosmie
- rhinorrhée cérébro-spinale** (brèche durelle) → risque **méningite**
- TDM (lésions cérébrales ++)
- Réduction et reconstruction (greffons osseux)

NOE = Naso-Ontro-Ethmo

CNETFO = DONEF + maxillaire

(L^o pharyngobasalis - o^o pharyngotympanique dont)

ethmo = base du crâne = ICR



(4) **FRACTURE - DISJONCTION FACIALE avec modification de l'articulé dentaire = LEFORT**

	Lefort I	Lefort II	Lefort III
mobilité Y/moyenne	arcade dentaire supérieure (toute seule) <i>pt. scariq</i>	arcade dentaire sup. + nez (=partie moyenne)	ensemble du massif facial (dont malaires) par rapport au crâne <i>zygomaire</i> (= disjonction crâno-faciale véritable) + profil de boxeur (pseudo-prognathie) <i>nasus lunaris = élargie</i>
variantes	parfois combinées entre elles (Lefort I + II + III) ou à d'autres # du massif (mandibule, OPN...) ou hémilefort		
signes communs	<ul style="list-style-type: none"> oedème facial ++ & hématomes péri-orbitaires en lunettes → 2 et 3 trouble de l'articulé dentaire + contact molaire prématûre + bénance incisive + rétramaxillie 		
examens cpl.	TDM du massif facial ++ : # ptérygoïde définit la # de Lefort sur la TDM		
complications (cf. ⑤ ci-dessous)	rhinoliquorrhée (écoulement nasal de LCR) ++ par brèche dure-mérienne → 2 et 3 risque de méningite bactérienne ++ (Pneumocoque) → test de la compresse + // BV		
ttt	Ostéosynthèse et blocage bimaxillaire + ATB		

(5) **Complications possibles des # du massif facial** (à adapter au contexte / à la localisation)

1. INFECTIEUSES ++	<ul style="list-style-type: none"> - Cellulite orbitaire, surinfection hémosinus, endophtalmie, plaies contuses... - rhinorrhée cérébro-spinale (rhinoliquorrhée) → risque de méningite bactérienne +++ - lésions cérébrales associées : 	<ul style="list-style-type: none"> → SAT-VAT +++ ttt plaie Vaccination anti-pneumocoque +++ recherche sd méningé Surveillance neuro 24 h + TDM_c spc au moindre doute Chir ① si lésion
2. Neurochirurgicales (pronostic vital)	<ul style="list-style-type: none"> - # du plancher (QS) : diplopie, enophtalmie, limitation douloureuse de l'élévation - plaie du globe (cornéenne ou sclérale) +++, corps étranger intra-oculaire, ulcération de cornée, hyphéma, cataracte traumatique, phakodonésis, HYPERTONIE OCULAIRE +++ (parfois 24H après - enfant ++) - Hémorragie intra-vitrénne, déchirure rétinienne périphérique voire DR post-traumatique +++, oedème rétinien contusif (<i>de Berlin</i>), 	<ul style="list-style-type: none"> → ex. ophtalmo +++ Imagerie : Echo B, TDM si plaie / suspicion CEIO ou si HIV masquant le FO Chir ① si plaie du globe : fermeture, ↑ CE, ATB IV..
3. Ophtalmologiques		
4. Nerveuses	<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésie du nerf sous-orbitaire V₂, anosmie - PFP par # du rocher 	<ul style="list-style-type: none"> → ex. neuro ++ PFP immédiate = ① chir
5. Séquelles fonctionnelles & esthétiques	trouble de l'occlusion & de l'articulé dentaire, séquelles ophtalmo, nerveuses...	→ surveillance ± chirurgie à distance

- par mandibule (+ commin) - corps (grêle mol) - angle

FRACTURES MANDIBULAIRES

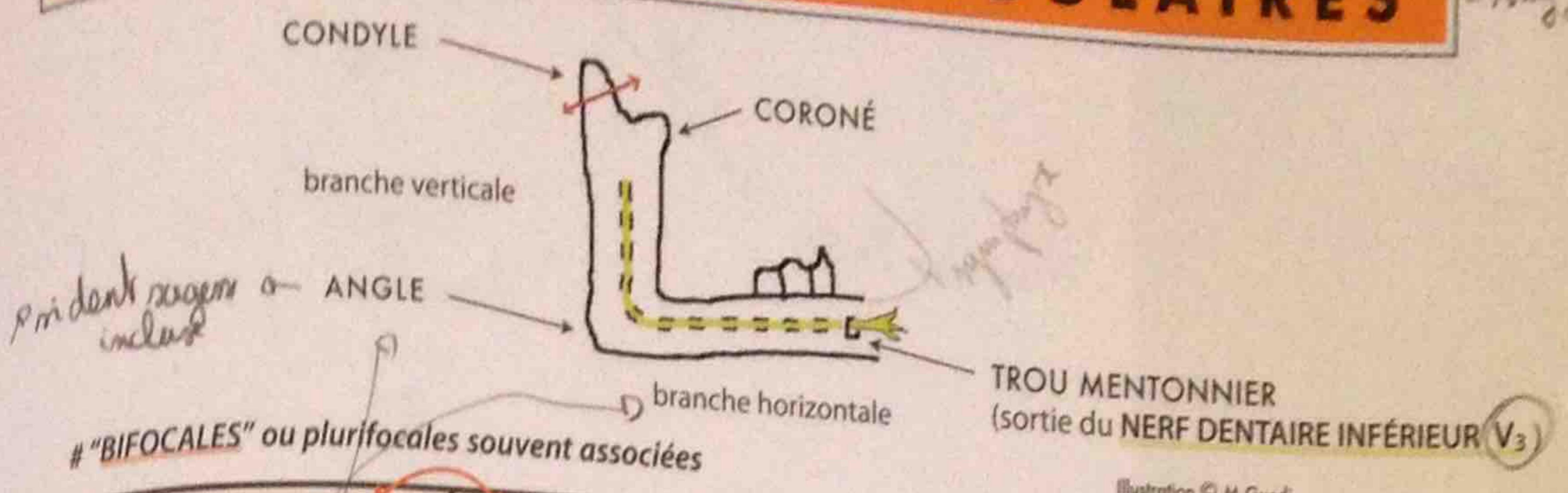


Illustration © M.Guedj

# branche horizontale (parasymphysaire)	# du condyle ++++	# parasymphysaire bilatérale
<ul style="list-style-type: none"> → toujours rechercher une # du condyle controlatéral souvent déplacée ++ Anesthésie territoire du nerf dentaire inférieur V₃ ++ <ul style="list-style-type: none"> = hypoesthésie labio-mentonnière oedème/ hématome, dl... #œdème plaie muqueuse, gingivorragies diastème interdentaire 	<ul style="list-style-type: none"> → à rechercher devant tout choc sur le menton → souvent associé à une # du tympanal (otorragie) <p>dlx 2 côté, Δ ph sensitif</p> <ul style="list-style-type: none"> Trismus, douleur prétragienne à l'ouverture trouble de l'articulé dentaire +++ : <ul style="list-style-type: none"> contact molaire prématûré homolatéral # béance incisive controlatérale latérodéviation du côté de la # à l'ouverture buccale otorragie = # os tympanal associée + d'auCRE 	<p>risque de glossoptose</p> <ul style="list-style-type: none"> → asphyxie par obstruction des VADS <p>→ protraction linguale par fil +++</p>

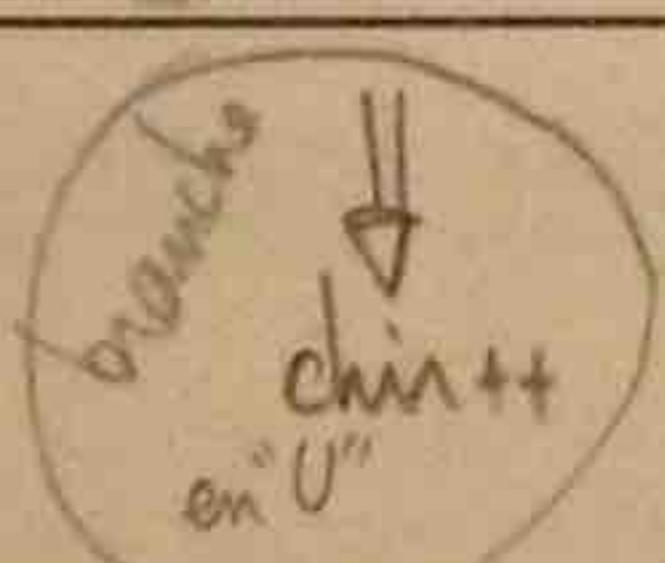
- Rx / bilan odontologique : Panoramique dentaire + clichés rétro-alvéolaires + face basse bouche ouverte
- TDM** de la mandibule +++ ou **défilés** mandibulaires ++ D & G

<ul style="list-style-type: none"> Complications immédiates : Séquelles - fonctionnelles <ul style="list-style-type: none"> - esthétiques & - nerveuses 	<ul style="list-style-type: none"> # ou luxations dentaires +++, lésion du V₃ Troubles de l'articulé dentaire : - consolidation en mauvais articulé, ostéite <ul style="list-style-type: none"> - tb. de l'occlusion, cal vicieux, algodystrophie Ankylose temporo-mandibulaire ++ (sur retard de ttt) Troubles de croissance hémimandibulaire (μ-rétro-mandibulie) chez l'enfant <p>Nerf dentaire inférieur → anesthésie labio-mentonnière = Sg de Vincent</p> <ul style="list-style-type: none"> SADATI = Sd Algo - Dysfonct de l'App Manducateur 	<p>glossoptose → DRA</p>
---	--	--------------------------

- 1^{er} ttt de la plaie, SAT-VAT +++, ATB prophylaxie, b.b... et **réimplantation en U des dents luxées** (< 6h) + contention par cerclage
- 2^{er} ttt ORTHOPEDIQUE: **Blocage bimaxillaire** avec arcs métalliques & fils d'acier (+ pince Bee-Bee) x 6 semaines
⇒ **réduction fracturaire** en bon articulé **SAUF # articulaires et enfants !**
- 3^{er} ttt CHIRURGICAL: **Réduction + Ostéosynthèse** (μ plaques) sur # très déplacées, plurifocales..
- 4^{er} ▲ **Ci formelle au blocage si # articulaire** (condyle ou coroné) ou **enfant**, ou épileptiques

→ **Rééducation précoce** ++ (mécanothérapie) dans tous les cas **si fracture articulaire**

(rééducation seule sur # condyliennes peu déplacées (sinon chirurgie) pour éviter l'ankylose temporo-mandibulaire)



olim adapté
+ 5 opht
6 sem

