

Traitement des infections ORL (otite, angine, sinusite)

Pr Béatrix Barry

Service ORL, Hôpital Bichat

31 mars 2022

Angines

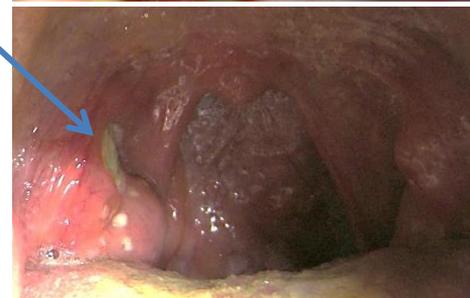
9 millions d'angines / an en France
Origine virale dans 70 à 80% des cas



- Les angines bactériennes :
 - pas avant l'âge de 3 ans (exceptionnelles)
 - concernent essentiellement les enfants entre 3 et 15 ans
 - rares entre 25 et 40 ans
 - exceptionnelles > 45 ans (Craindre un cancer si évolue depuis + de 2/3 semaines)
- Parmi les angines bactériennes :
 - La + fréquente l'angine à streptocoque β -hémolytique du groupe A

Les formes cliniques

- **Les angines les plus fréquentes**
 - angine érythémateuse
 - angine érythémato-pultacée
 - **Les angines pseudo-membraneuses**
 - mononucléose infectieuse
 - diphtérie
 - **Les angines vésiculeuses**
 - Zona, Primo-infection herpès, herpangine
 - **Les angines ulcéreuses**
 - Angine de Vincent (treponema vincenti et fusobacterium necrophorum)
- Possibilité de thrombose VJI et syndrome de Lemierre
- Hémopathies malignes (faire NFS: agranulocytose)
 - Chancre syphilitique (ulcération indolore + adénopathie unilatérale indolore)



Diagnostic

- Début brutal par dysphagie douloureuse avec fièvre
 - Angine virale (pas de traitement)
 - Angine bactérienne (antibiotiques) car risque de complications

- **Loco-régionales infectieuses:**

- phlegmons péri-amygdaliens,
- Adénophlegmon
- cellulites cervico-faciales



- Immuno-allergiques: RAA (3-25 ans), Glomérulonéphrite

- Origine bactérienne ?

- Pas de diagnostic facile cliniquement
- Éviter les antibiotiques sur angine virale: Test de diagnostic rapide

Diagnostic différentiel

- **Hypertrophie amygdalienne** avant 25 ans: ras ou SAS
- **Pharyngite:** toux, rhinorrhée
- **Lymphome:** gène progressive
- **Cancer:** fumeur , HPV
- **Sarcome de Kaposi**



> Pourquoi faire un TDR angine ?

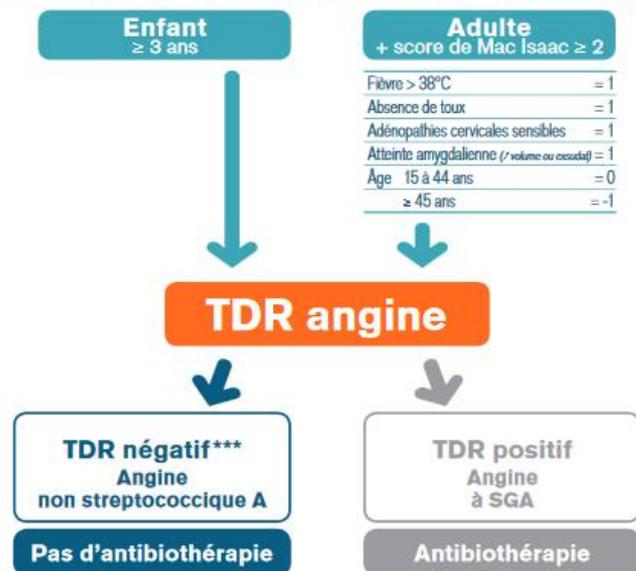
> **Aucun signe clinique ni symptôme ne sont spécifiques des angines à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA).** Complément indispensable de l'examen clinique, le **TDR** angine confirme l'étiologie à SGA. Il réduit le risque de passer à côté de cette angine bactérienne.*

Fiabilité du **TDR** angine : **sensibilité > 90 %**, **spécificité > 95 %**.

> **Utiliser les antibiotiques de manière ciblée, c'est préserver leur efficacité.** Le **TDR** angine permet de réserver les antibiotiques aux angines à SGA et évite ainsi de prescrire ces médicaments inutilement.

> Pour quel patient ?**

Devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée



Pas de nécessité de pratiquer un **TDR** angine, ni de traiter par antibiotiques chez :

- > Enfant < 3 ans (angine à SGA rare, Rhumatisme Articulaire Aigu exceptionnel)
- > Adulte + score de Mac Isaac < 2

* Humair, Antonini Revaz, Bovier *et al.* Management of Acute Pharyngitis in Adults. Arch Intern Med 2006;166:640-644.

** AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations. Octobre 2005.

*** Sans facteur de risque de RAA (Rhumatisme Articulaire Aigu), ce résultat ne justifie pas de contrôle supplémentaire

> Le TDR angine, un outil intégré à la consultation

Au début de l'examen, devant des signes cliniques d'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée :



1 Prélèvement



2 1 minute

Mise en contact du prélèvement avec les réactifs



3 5 minutes

Poursuite de la consultation en attendant le résultat
Immersion du test



4 Lecture du résultat en fin de consultation

Dans la plupart des cas, le **TDR** angine se révèle négatif car les angines sont d'origine virale dans :
- 75 à 90 % des cas chez l'adulte,
- 60 à 75 % chez l'enfant.

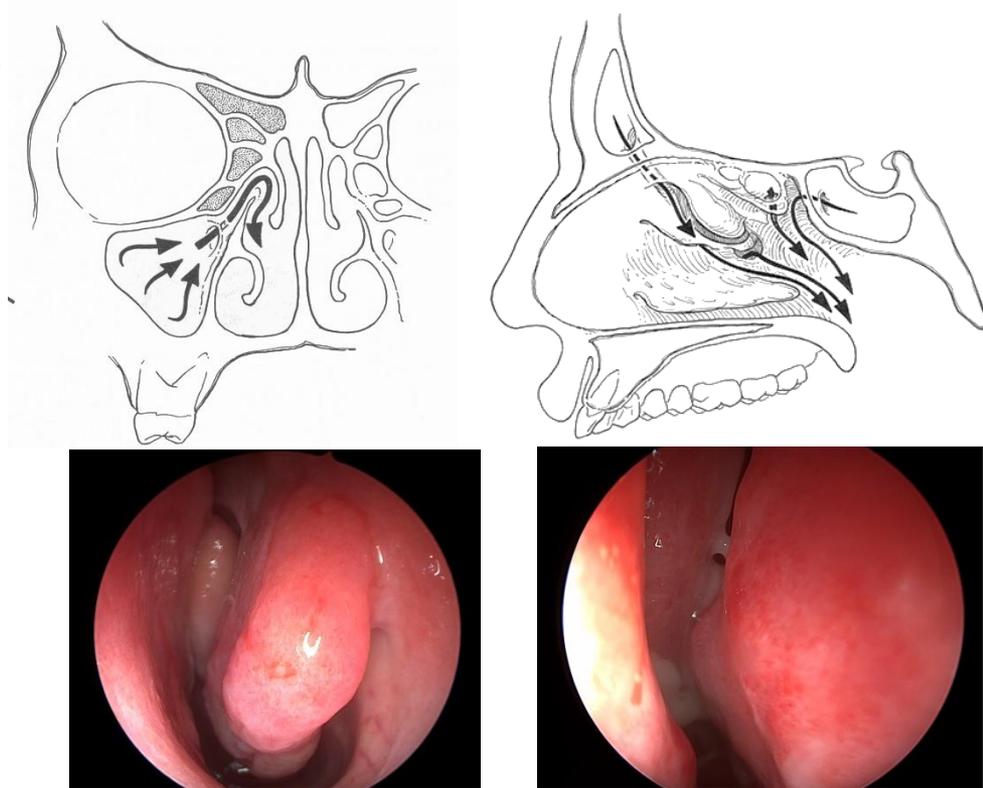
En quelques minutes, avec le **TDR** angine, vous contribuez à préserver l'efficacité des antibiotiques.

Traitement angine

- **Enfant ou adulte avec score de Mac Isaac ≥ 2 et TDR positif: Antibiothérapie**
- Les traitements de courte durée sont à privilégier pour une bonne observance
- Le traitement recommandé est **l'amoxicilline pendant 6 jours**
- Les céphalosporines de 2e génération (céfuroxime) et de 3e génération (cefodoxime) per os ne doivent être utilisées qu'en cas d'allergie vraie aux pénicillines, et en absence de contre-indications aux céphalosporines
- En cas de contre-indication à l'ensemble des bêtalactamines, un macrolide (ayant une durée de traitement raccourcie validée par l'AMM) peut être prescrit : azithromycine, clarithromycine ou josamycine. La résistance du streptocoque bêtahémolytique du groupe A (SGA) aux macrolides est $< 10\%$
- Traitement antibiotique immédiat ou retardé jusqu'au 9e jour après le début des signes cliniques.

Sinusites

- **Sinus: cavités aériennes stériles, muqueuse de type respiratoire**
- **Drainage ciliaire mucus → ostium**
- **Infection: évolution d'une rhinopharyngite (1%) pus dans le sinus qui se draine dans l'ostium**



Diagnostic clinique

Sinusites maxillaires les plus fréquentes uni ou bilatérales

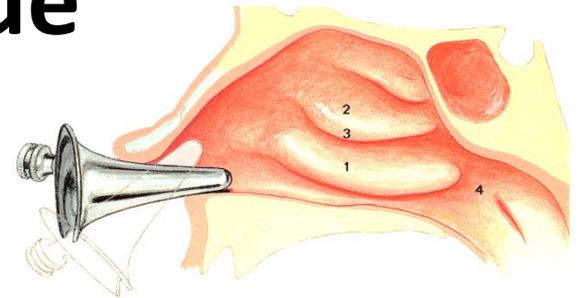
Nombreux symptômes non spécifiques/ rhinite virale ou allergique
mais: unilatéralité très évocateur

- « infection nasale » R aux TT locaux >3 jours ou rhinite virale récente
- rhinorrhée purulente
- douleurs faciales
 - ↑ position penché en avant
 - pulsatile

Examen difficile ORL

Rares chez l'enfant (Tableau de RP se prolongeant au-delà de 10 jours)

Crainte: ethmoïdite (cellulite orbitaire)



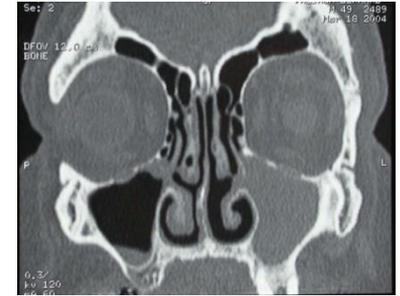
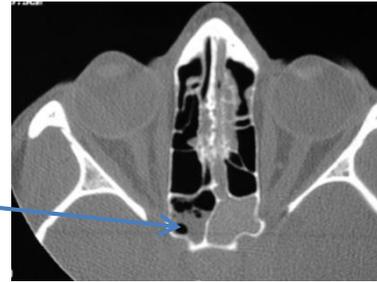
Sinusite aiguë: Diagnostic radiologique

Pas d'imagerie sauf sinusite sphénoïdale

TDM non injecté si nécessité de preuve de sinusite

Indications

- complications (cellulite orbitaire, méningite, thrombophlébite du sinus caverneux)
- échec de tt, récurrences
- doute sur diag différentiel,
- patient immuno-déprimé,



Sinusites: bactériologie

Prélèvement bactériologique

« Gold standard »: culture des sécrétions obtenues par ponction directe

prélèvement au méat moyen

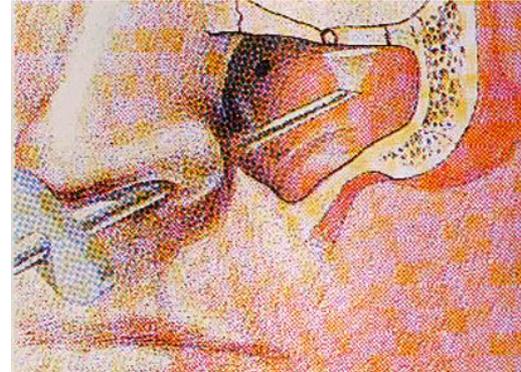
présence de pus au méat moyen

Germes en cause: pas d'études récentes

Principaux germes: *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*

Germes anaérobies si origine dentaire (cacosmie)

S. Aureus + fréquent lors du prélèvement au méat moyen (contamination par vestibule, recherche leucocytes++)



Sinusite aiguë de l'adulte

Attitude thérapeutique= traitement probabiliste

Localisation	Symptomatologie	Choix de l'antibiothérapie
Maxillaire	- Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit.	- Amoxicilline en première intention , amoxicilline-acide clavulanique en cas d'échec - <i>En cas de sinusite d'origine dentaire</i> : amoxicilline-acide clavulanique - <i>En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines</i> : céfotiam, céfpodoxime, céfuroxime-axétil. - <i>En cas de contre-indication aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines)</i> : pristnamycine, télithromycine*. - <i>En cas d'échec d'une 1^{ère} antibiothérapie après documentation bactériologique</i> : fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**
Frontale	- Céphalée sus-orbitaire.	- amoxicilline-acide clavulanique - ou fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**
Ethmoïdale	- Comblement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral. - Céphalée rétro orbitaire.	- amoxicilline-acide clavulanique - ou fluoroquinolone anti-pneumococcique : lévofloxacine ou moxifloxacine**
Sphénoïdale	- Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intra-crânienne.	- amoxicilline-acide clavulanique - ou fluoroquinolone anti-pneumococcique lévofloxacine ou moxifloxacine**

*en comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves.

Elle est utilisable lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

** La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu' aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-145-nb.pdf>

<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>

Sinusites aiguës: Traitement antibiotique?

- **But du traitement antibiotique**
 - Amélioration clinique rapide
 - Prévention des complications méningées et orbitaires
 - Prévention des sinusites chroniques?



Otitis moyennes aiguës

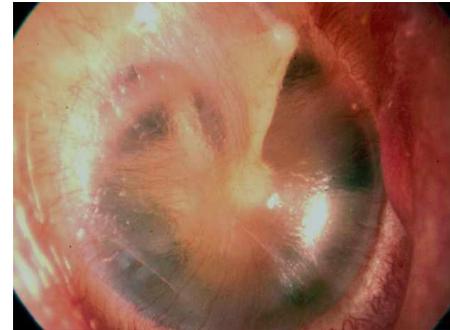
OMA rares c/o l'adulte: germes mal connus

Surtout chez l'enfant, après rhino-pharyngite:
fièvre + otalgie, *S pneumoniae* et *haemophilus influenzae*

Complications graves rares (mastoidites, c
méningées et intra craniennes) :

- fréquentes avant l'ère des antibiotiques: >10%
en 1930

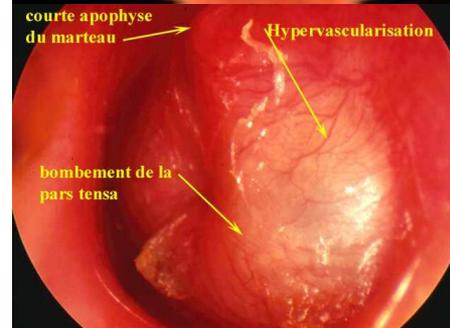
- 0,004% des otites actuellement dans les pays
industrialisés



Tympan normal

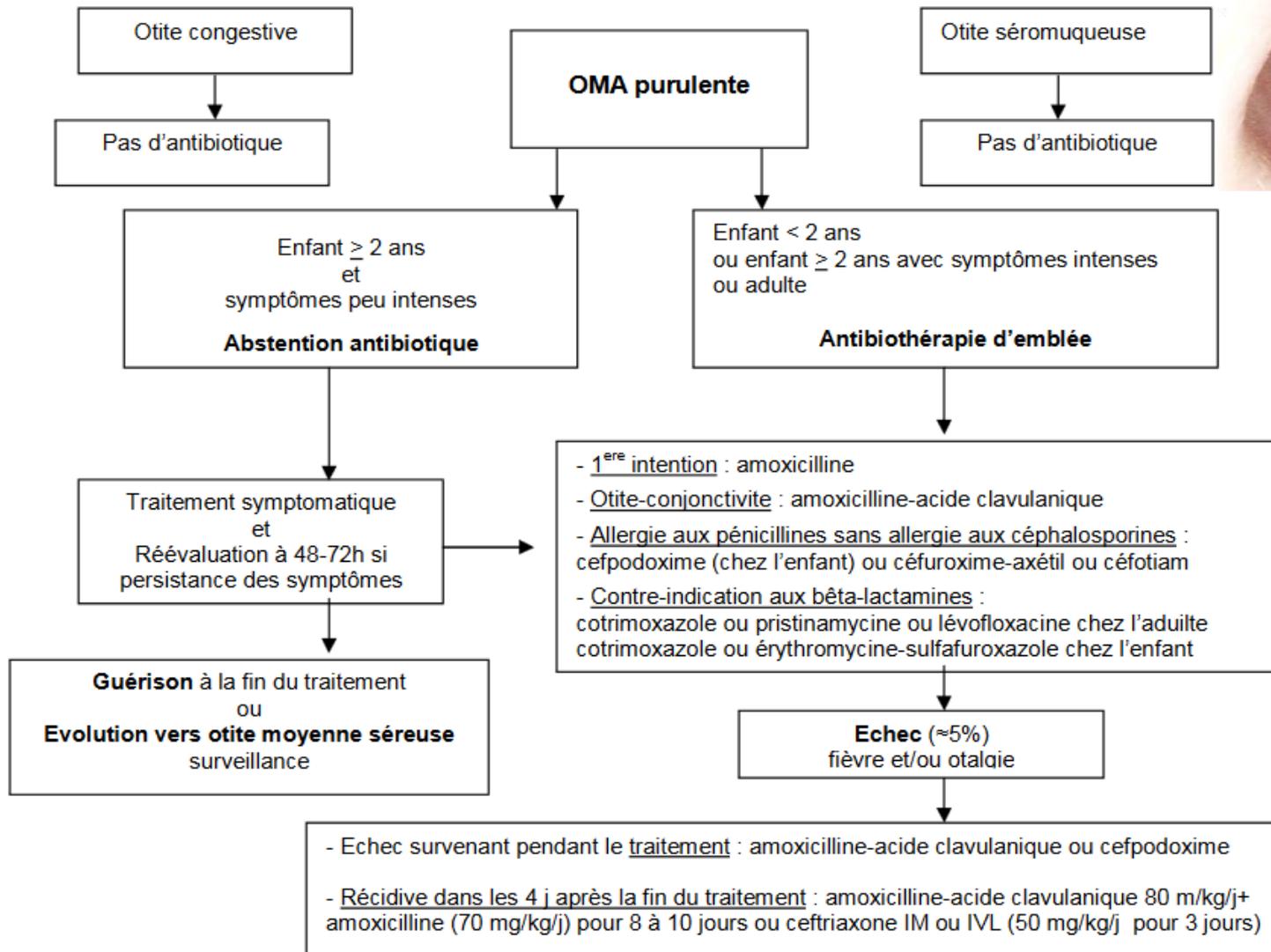


Tympan congestif



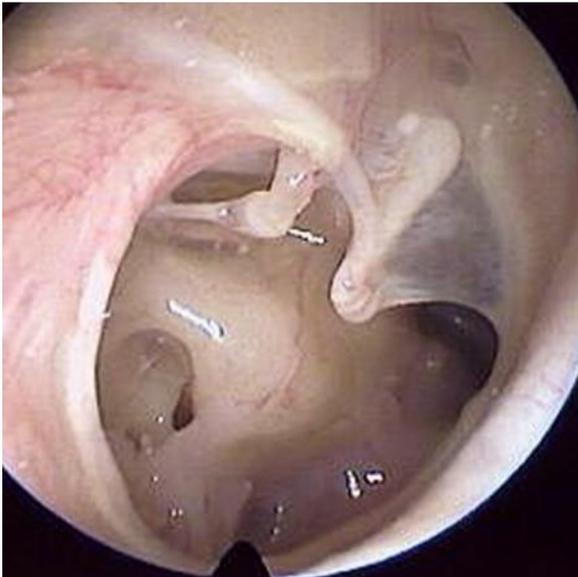
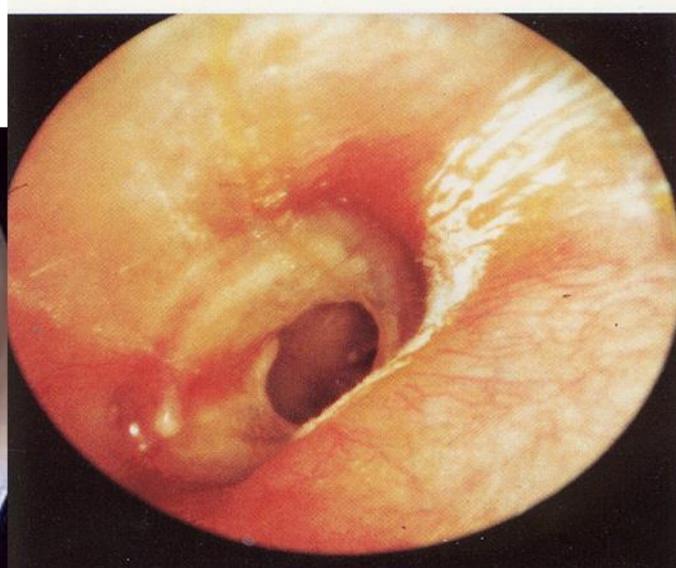
Otite moyenne aiguë

ANNEXE 1 : PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË

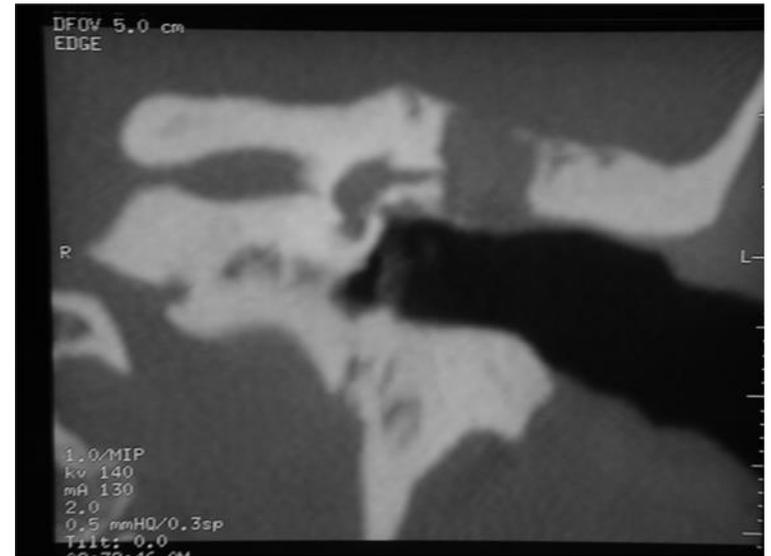
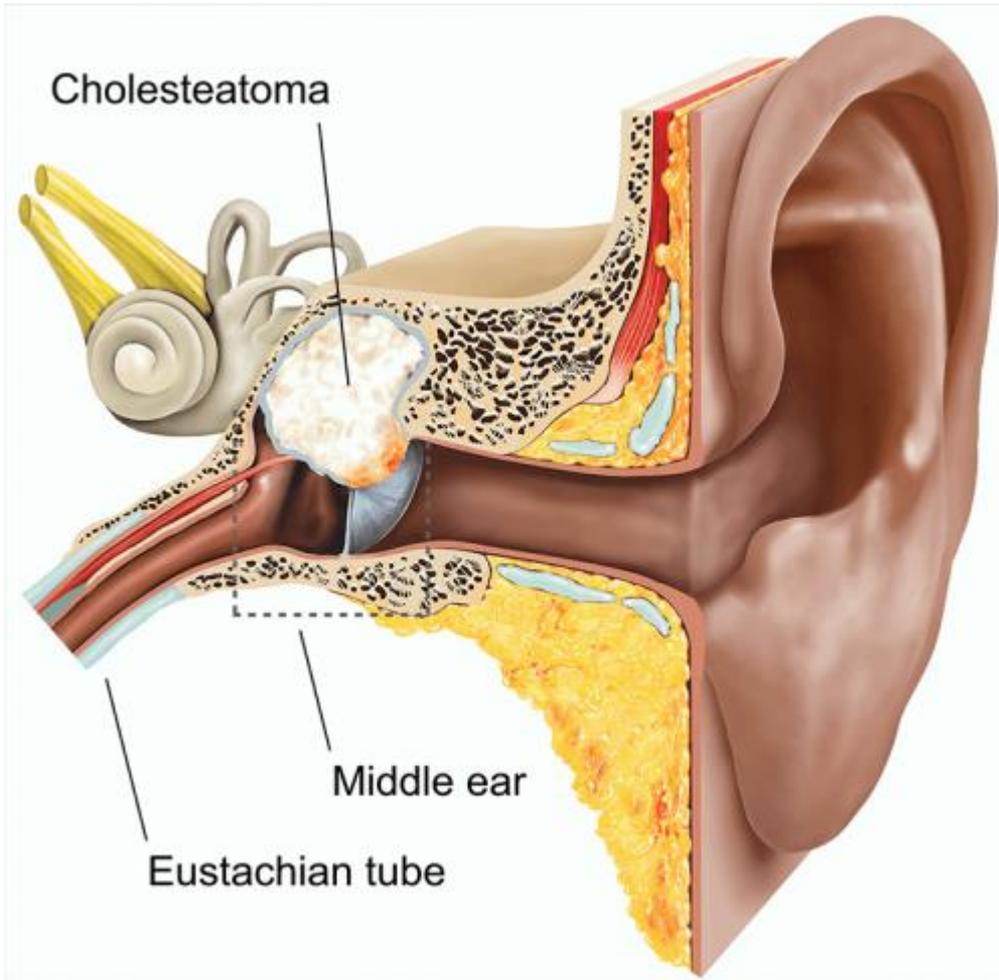


Adulte: otite chronique

- Perforation
 - Sèche
 - Surinfectée

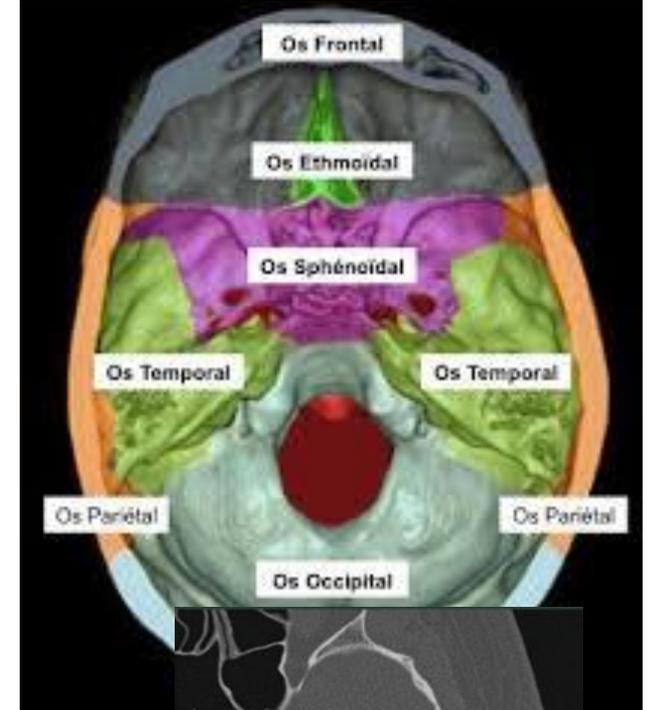
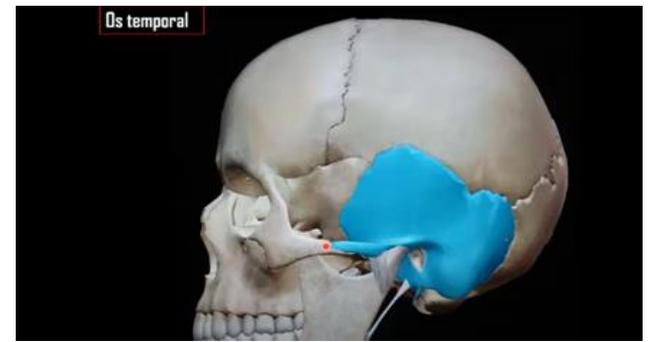


Cholestéatome



Complications

- **Locorégionales**
 - Mastoïdite , Pétrosite
 - Paralysie faciale otogène
 - Labyrinthite
- **Endocrâniennes**
 - méningite purulente,
 - empyème extradural,
 - abcès intracérébral,
 - thrombophlébite du sinus latéral

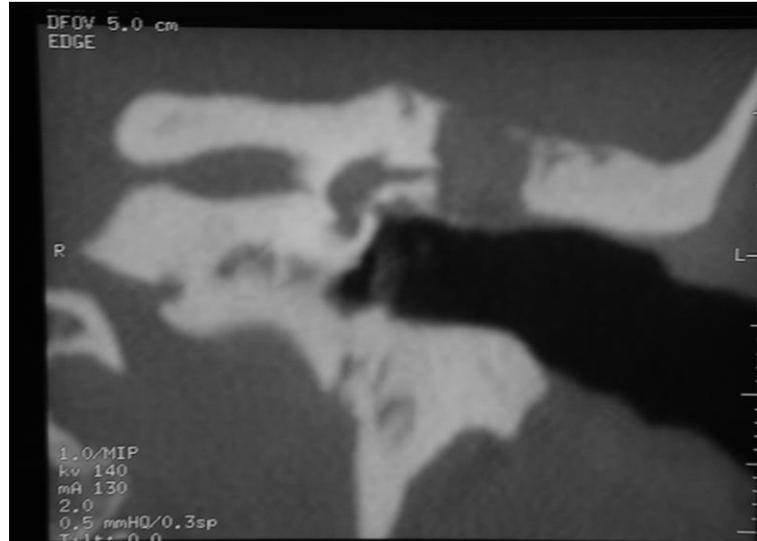
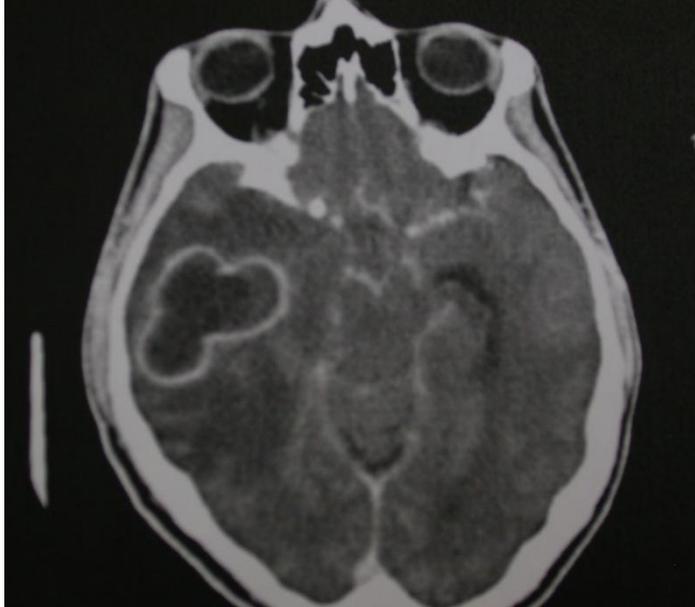


Mastoidites aiguës extériorisée

- **OMA**
 - tympan bombé
 - chute de la paroi post du CAE
- **Abcès sous-périosté mastoïdien**
 - comblement du sillon rétro auriculaire
 - décollement du pavillon
 - fluctuation rétro-auriculaire: corticale rompu
 - mastoïdite de Bezold effraction apex mastoïdien avec torticolis
 - effraction espaces para-pharyngés: trismus, abcès rétro-stylien
- **Scanner**
- **Traitement: AB+ Exploration chirurgicale (mastoïdectomie)**

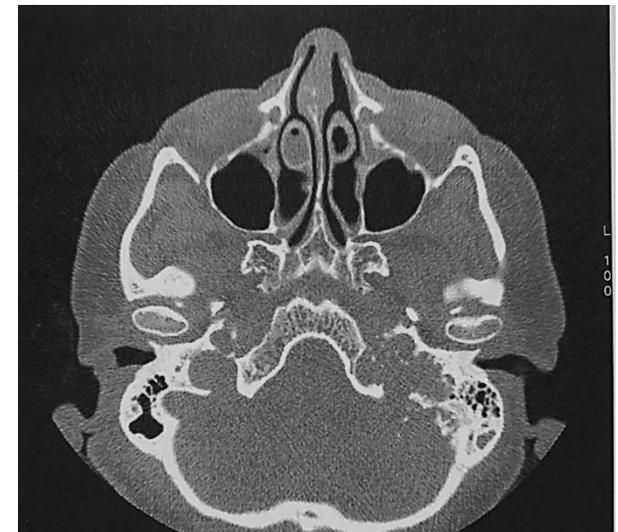
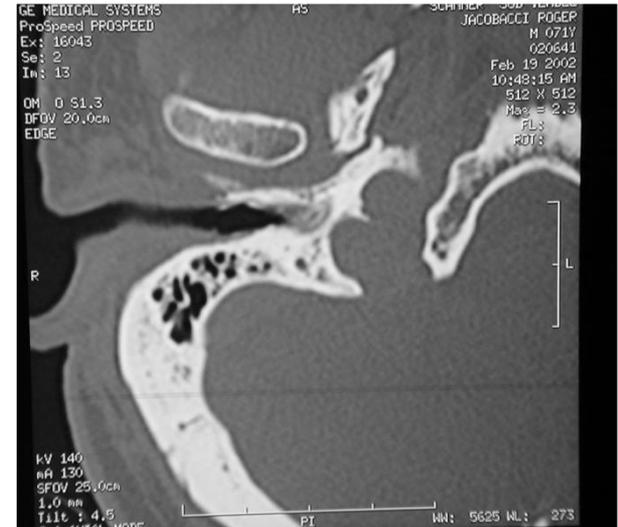


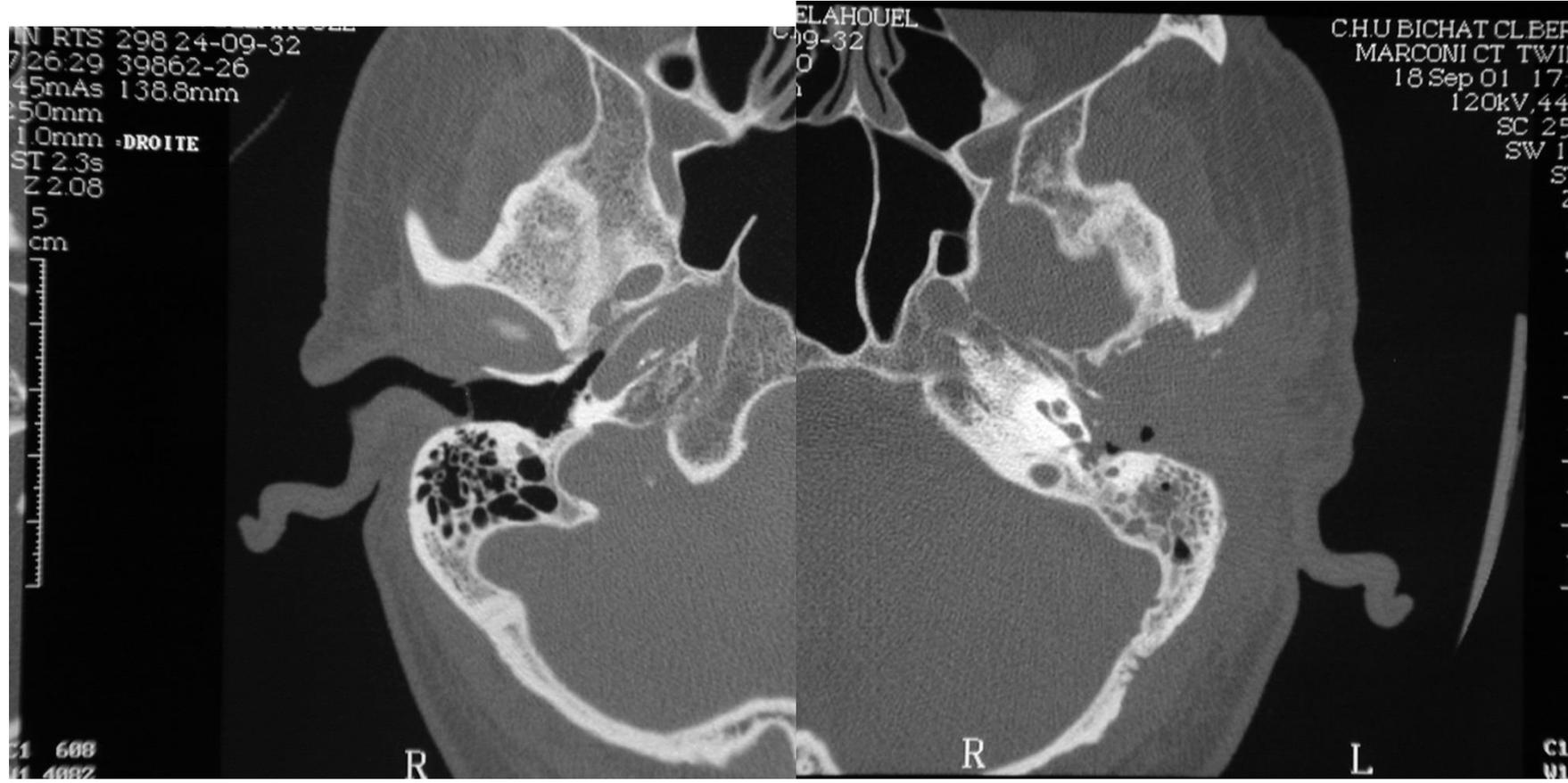
Complications endocrâniennes



Otite externe maligne

- Terrain: patients âgés diabétiques, immuno-déprimés
- Otite externe compliquée d'une ostéite de l'os tympanal puis du rocher et de la base du crâne
- Clinique
 - otite externe: tissus de granulation
 - paralysie des paires crâniennes: VII, IX, X, XI
- Bactériologie++: *Pseudomonas aeruginosa* ou *Staphylococcus aureus*, rarement *aspergillose*
- Scanner: lyse osseuse
- Traitement
 - Préventif
 - Curatif soins locaux AB IV (C3g+Quinolones) prolongé
 - Surveillance
 - Clinique + VS + Scintigraphie aux leucocytes marqués





Otite externe gauche trainante chez patiente diabète de type 2 avec multiple complications: neuropathie, rétinopathie, artériopathie

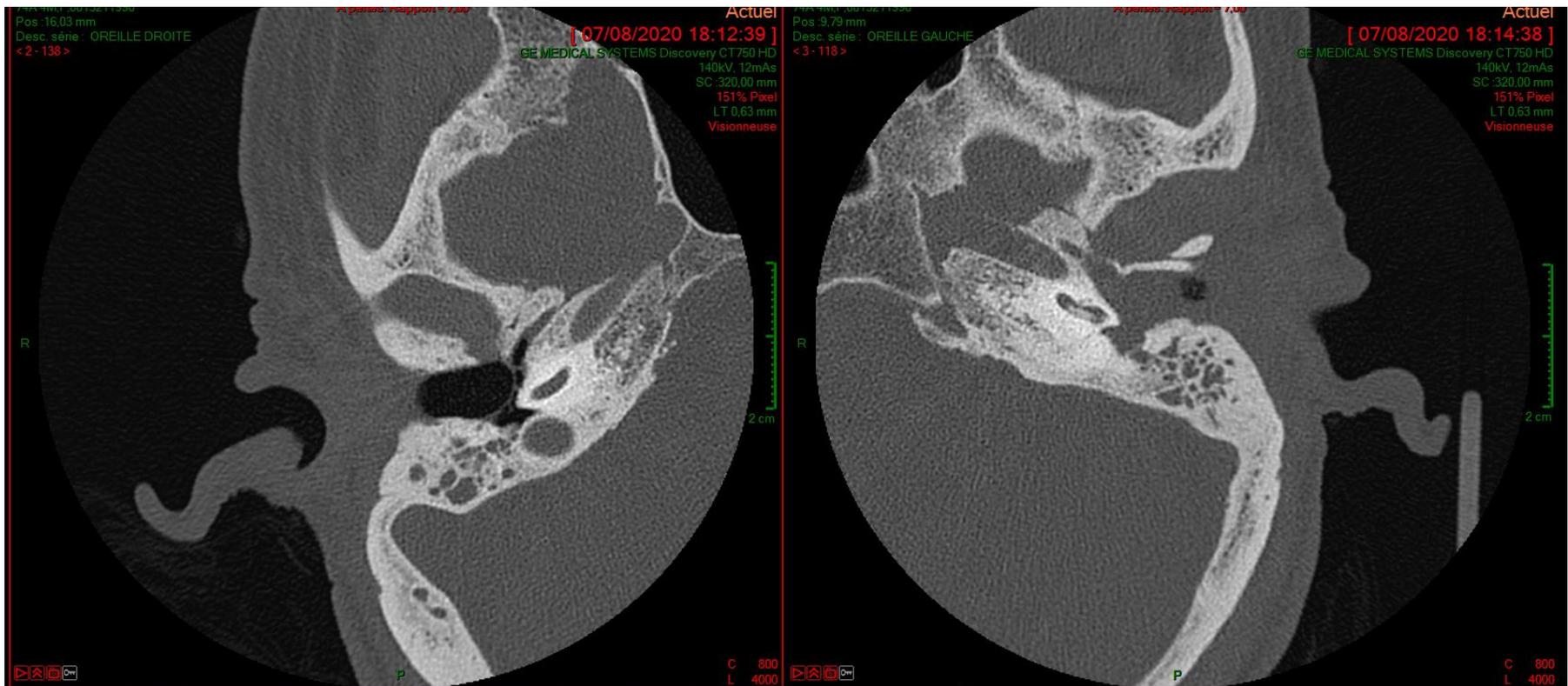
Hospitalisation pour bilan d'une probable otite externe maligne gauche:

TDM des rochers du 07/08/2020: petite lyse osseuse à la partie interne du CAE, au niveau du plancher, proche du sulcus;

Prlvb bactériologiques : pyocyanique multi-R, corynébactérie et staphylocoque aureus

Indication de Scintigraphie aux leucocytes marqués le 19/08/20

Nouveaux soins d'oreille lors de l'hospitalisation et introduction d'une bi-antibiothérapie associant imipenem 1g toutes les 8 heures et fosfomycine 12g/24h pour 2 semaines si OMA isolée, 6 semaines selon scinti si atteinte osseuse associée



Otite externe maligne: Traitement

- Essentiellement médical : ASSOCIATION
 - béta lactamine (pénicilline semi-synthétique ou céphalosporine injectable) active sur *Pseudomonas aeruginosa*
 - germe sensible : ticarcilline ou à la ceftazidime
 - germe résistant à la ticarcilline et à la ceftazidime: imipenem.
 - germe résistant à l'imipenem:aztreonam
 - à un autre antibiotique d'une famille active sur *Pseudomonas aeruginosa*
 - Aminoside
 - Ou surtout (concentration dans l'os) : fluoroquinolones (ciprofloxacine) per os

Otite maligne externe

- Fréquence en augmentation
 - Patients âgé, diabétiques
- Pas de règles de prise en charge
 - Prélèvement bactériologique ++
 - Pas de chirurgie extensive ++
- Bilan?
 - Lyse osseuse au scanner, IRM
 - Scinti aux leucocytes marquées, Scinti au technétium, TEP
- Traitement
 - Antibiothérapie adaptée 4 à 6 semaines
 - Quand arrêter?? Craintes de rechutes

