

...Pour la maison...

ORL OPHTALMOLOGIE STOMATOLOGIE

DESC MIT 30/03/2022

A Dinh et L Bernard

Merci

- B BARRY
- F LANTENIER
- ML LELEZ
- B VERRILAUD
- JP FOY
- E CANOUI

ANGINE

- 9 millions/an, Surtout virale, SBHA
- Pas avant 3 ans/ 45 ans : cancer
- Diagnostic : Streptotest si enfant > 3 ans, adulte Score de Mac Isaac
- Pseudomembraneuse : MNI, diphtérie (croup, n'existe plus) , Vésiculeuse : VZV
- Ulcéreuse
 - Angine de Vincent (association fuso-spirillaire / thrombose jug int-Lemière)
 - hémopathie maligne : NFS si angine ulcéreuse
 - chancre syphilitique (aphte)
- Traitement : symptomatique si SBHA : amoxicilline 6 j C2G C3G si allergie : macrolides
- Complications : Phlegmon péri-agmydalien, Adénophlégon
 - Cellulite cervico-faciale, Immunoallergique : GNA, RAA
- Diagnostic différentiel: Hypertrophie amygdalienne, Pharyngite
 - Tumeur : Lymphome / Cancer (fumeur, HPV)/ Sarcome de Kaposi

Sinusite bactérienne

- Rare
- Exceptionnelle chez l'enfant
- Rhinopharyngite qui dégénère, environ 1%
- Diagnostic : Douleur pulsatile unilatérale, pus méat
- Prélèvement au niveau du méat (pas au niveau fosse nasal car portage de SAMS)
- Pas de portage de pneumocoque, Haemophilus au niveau du sinus/méat : si + avec leucocytes = infection certaine
- Enfant : **crainte ethmoïdite**
- Indications imagerie: uniquement si crainte de la sinusite sphénoïdale : **TDM+++**, pas de radio
- recherche de complications : cellulite, thrombophlébite du sinus caverneux, méningite
- Traitement Amoxicilline, Si crainte d'origine dentaire, sinusites frontale, ethmoïdale, sphénoïdale : Amox-AC
- Amélioration rapide sous antibiotique
- Résistance au traitement : recherche une cause : origine dentaire, truffe aspergillaire (traitement uniquement chirurgicale), patient immunodéprimé
- Sinusite chronique : autre tableau souvent épisodes de surinfection

Sinusite fongique allergique

- Sinusite chronique **non invasive sur mucine allergique** (mucus contenant de l'*Aspergillus flavus* > *fumigatus* sans envahissement)
- Importance des constatations chirurgicales et de l'anapath (invasif oui/non)
- Drainage chirurgical (ablation de toute la mucine, corticothérapie locale et systémique)
- Récidive très fréquente si atteinte diffuse (difficulté à ablation totale de la mucine)

Aspergillose chronique invasive et sinusite fongique granulomateuse invasive

- Rare en Europe, proche et moyen Orient, en Afrique
- atteinte paroi post sinus (proche œil)
- Evolution lente symptôme rhinologique et orbitaire (diplopie, exophtalmie)
- Diagnostic ananath : granulome
- traitement antifongique

Sinusite fongique aigue invasive

- Terrain: diabète, ID++ (chimio, allogreffes), ,
- Tout tableau rhinosinusal chez un sujet ID justifie la réalisation d'un examen ORL rapide
- Tableau très invasif, diffusion le long des vaisseaux
- **Anapath** : filament évocateur, culture permet le diagnostic formel
- PCR mucorales (sang) et aspergillus (sur le tissu)
- Bilan extensif +++ rapport avec les vaisseaux (carotides, sinus...)
- Discussion multidisciplinaire +++ chirurgie de débridement et traitement médical (diabète, immunodépression)

Traitement :

- Aspergillose : voriconazole
- Mucormycose : ambisome :5 mg/kg si non atteinte profonde si SNC > 7 mg/kg/j

OTITE

- Congestive : pas d'antibiotique
- OMA purulente
- Traitement:
 - **Enfant > 2 ans et peu de symptômes : pas d'ATB**, tt symptomatique
 - **Enfant < 2 ans, symptômes++, fièvre ++ : Amox-AC**
- Chez adulte : le plus souvent otite chronique, perforation du tympan
- Conséquence de la perforation si bain : surinfection / traitement : ATB puis fermeture tympan

Complications :

- Cholestéatome : épiderme du tympan qui rentre dans l'oreille moyenne avec lyse des osselets
- Mastoïdite aiguë
- Thrombophlébite du sinus latérale
- Méningite
- Empyème
- Mastoïdite de Bezold effraction apex mastoïdien et torticollis

OTITE MALIGNE EXTERNE

- Sujet âgé, diabétique, diabétique
- Part du conduit externe avec diffusion vers les structures osseuses
- **Complications neurologiques** : PF , IX X XI
- Très douloureux
- S aureus et Pyo, Rarement fongique (10%) : aspergillus
- Diagnostic : imagerie **TDM**
- **Prélèvement conduit si pus, sinon biopsie**
- Traitement : C3G et quinolones
- Pas de chirurgie , Durée : antibiotiques 6 s antifongique 6 mois

Otite externe (non maligne) avec colonisation fongique : fréquent

- Traitement= assèchement, pas de tt antifongique

Cellulite faciale

- Origine - dentaire /- salivaire/ cutanée atteinte staphylococcique : staphylococcie maligne de la face (vaisseaux)
- Gravité :
 - terrain comorbidités (obésité, cancer), prise d'antiinflammatoire
 - diffusion : en haut œil/sinus caverneux , en bas : médiastin
- Bilan préopératoire : TDM , bilan inflammatoire (CRP décroissance PCT : non)
- Drainage chirurgical (bien drainage des logettes) avec traitement de la porte d'entrée (salivaire, avulsion dentaire)
- Bactériologie : flore polymorphe sinon streptocoque buccodentaire
- Antibiothérapie amoxicilline-AC

Œil

- Diagnostic microbiologique +++
 - Ponction : 30% d'identification
 - Fongique: rarement isolé
- Toxo: Azythromycine 250 mg/j pyriméthamine 50 mg acide folinique
- 3 à 4 semaines par surface papillaire (adulte 8 s)
- Clindamycine, bactrim per os
- Clindamycine intravitréenne 1 à 2 injection(s)
- Entretien : bactrim

Œil Antiinfectieux

- Antibiothérapie systémique
 - Diffusion supérieure: aphaque et inflammatoire
 - Diffusion
 - +++ : rifamicine, moxiflo, linézolide, carbapénème (mérop)
 - Bof: macrolides, Céphalosporine
- Antibiothérapie
 - Collyre renforcé
 - Injection locale:
 - Vancomycine + ceftazidime (+ amphotericin B (si suspicion fongique))
- Antiviraux
 - Ganciclovir IT et aciclovir voie systémique (VZV œil controlatéral)