



Edition Tsunami

Le Manuel Du Généraliste

ORL

Tiré Des AKOS Traité

ADÉNOPATHIE CERVICALE

E SERRANO, J PERCODANI, JJ PESSEY

Les adénopathies cervicales représentent un motif fréquent de consultation en ORL. Elles imposent une prise en charge diagnostique et thérapeutique bien codifiée. Toute tuméfaction cervicale évoluant depuis plus d'un mois doit être explorée. Les étiologies sont nombreuses, dominées par la crainte d'une affection maligne.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Les relais ganglionnaires cervicaux sont nombreux et assurent surtout le drainage lymphatique des territoires de la face et du cou. Ils ne sont normalement pas palpables, dans les conditions physiologiques. Leur augmentation de volume peut être la traduction d'une affection générale, d'une infection aiguë ou chronique ou d'une pathologie tumorale, en général maligne. Toute tuméfaction cervicale n'est pas une adénopathie et pose alors le problème du diagnostic différentiel.

RAPPEL ANATOMIQUE

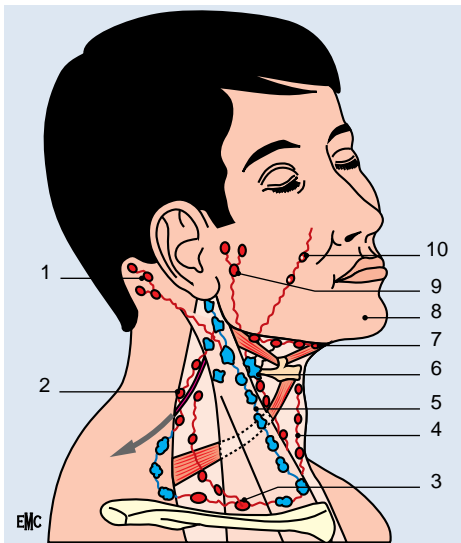
Les chaînes ganglionnaires cervicales peuvent être schématisées en plusieurs groupes. Il existe des groupes situés au voisinage de la mandibule et des groupes latéraux (fig 1).

Les groupes situés au voisinage de la mandibule comprennent :

- les **ganglions sous-mentaux** sont situés entre les ventres antérieurs des deux muscles digastriques, un peu en arrière du menton. Ils sont recherchés tête légèrement fléchie en avant ;
- les **ganglions sous-maxillaires** sont situés dans la loge de la glande sous-maxillaire. Ils sont recherchés les doigts en crochet sous le bord inférieur de la mandibule ;
- les **ganglions mastoïdiens** sont situés en regard de l'apophyse mastoïde ;
- les **ganglions parotidiens** sont situés dans la loge parotidienne. Ils peuvent soulever le lobule de l'oreille.

Les groupes latéraux constituent le triangle décrit par Rouvière qui comprend :

- un côté antérieur formé par la veine jugulaire interne et ses ganglions lymphatiques satellites ;
- un côté postérieur constitué par la chaîne spinale ;



1 Les principales aires ganglionnaires cervicales (d'après Legent. Manuel pratique d'ORL Masson Paris). 1. Ganglions occipitaux ; 2. chaîne du nerf spinal ; 3. chaîne cervicale transverse ; 4. chaîne jugulaire antérieure ; 5. chaîne jugulaire interne (ganglions sus-omohyoïdiens) ; 6. ganglions sous-digastriques ; 7. ganglions sous-maxillaires ; 8. ganglions sous-mentaux ; 9. ganglions parotidiens ; 10. ganglions faciaux.

- une base correspondant à la chaîne cervicale transverse ;
- les **ganglions sous-digastriques** sont situés en dessous du ventre postérieur du muscle digastrique, juste sous l'angle de la mandibule. Le plus volumineux est appelé ganglion de Kuttner ;
- les **ganglions sus-omohyoïdiens** sont situés au-dessus du ventre antérieur du muscle omohyoïdien, le long de la veine jugulaire interne. Les ganglions sous-digastriques et sus-omohyoïdiens sont recherchés tête inclinée du côté à examiner ;
- la **chaîne ganglionnaire spinale** est satellite de la branche externe du nerf spinal. On décrit des ganglions spinaux hauts, moyens et bas. Les ganglions rétrospinaux sont situés au-dessus de la branche externe du nerf spinal ;

- la **chaîne ganglionnaire cervicale** transverse s'étend le long de l'artère cervicale transverse et correspond à la région sus-claviculaire. Le ganglion sus-claviculaire gauche s'appelle le ganglion de Troisier. Les ganglions sus-claviculaires sont examinés en se plaçant en arrière du patient et en lui demandant de tousser.

Deux autres chaînes ganglionnaires sont à décrire :

- la chaîne cervicale antérieure qui réunit la région sous-mentale au creux sus-sternal ;
- la chaîne cervicale postérieure qui descend de l'occiput, le long du plan musculaire postérieur, au niveau de la nuque et se draine dans la chaîne cervicale transverse [3].

DIAGNOSTIC POSITIF

● Interrogatoire

Il doit préciser : l'âge du patient ; ses antécédents médicaux, en particulier la notion d'une maladie de système connue : sarcoïdose, lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde ; ses antécédents chirurgicaux, en particulier la notion d'une intervention chirurgicale cervicale ; une intoxication alcool-tabagique ; un séjour à l'étranger ; le milieu socioprofessionnel (contact avec du gibier, griffure de chat) ; l'état des vaccinations ; les circonstances d'apparition (existence d'une infection ORL ou dentaire dans les jours ou semaines précédents, une éruption cutanée) ; l'existence de signes associés ORL (dysphagie, dyspnée, dysphonie, odynophagie, saignement par la bouche) ou généraux (altération de l'état général, fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes...) ; le délai entre la découverte de l'adénopathie et la date de la consultation ; l'évolution de la symptomatologie.

● Examen clinique

Inspection

Elle doit rechercher des cicatrices cervicales, des tatouages ou une pigmentation cutanée anormale. Elle doit apprécier l'état des téguments en regard de l'adénopathie.

Palpation

Elle doit préciser les caractères de l’adénopathie : nombre (adénopathie unique ou multiples), siège, dimension, consistance (molle, rénitente, ferme, dure), sensibilité, limites (nettes ou imprécises), adhérence ou non aux plans superficiels ou aux plans profonds (musculaires, osseux, vasculaires).

Examen ORL

Cet examen doit être complété d’un examen ORL : peau de la face et du cuir chevelu, cavité buccale, oropharynx, pharyngolarynx, fosses nasales, cavum, conduits auditifs externes, tympans.

Tous les éléments de l’examen clinique doivent être consignés sur un schéma daté.

Au terme d’un examen clinique bien conduit on peut éliminer les fausses tuméfactions cervicales, en particulier chez les sujets maigres :

- grande corne de l’os hyoïde ;
- grande corne du cartilage thyroïde (pouvant en imposer pour une adénopathie sous-digastrique) qui sont mobiles à la déglutition ;
- apophyse transverse de C2 (pouvant évoquer une adénopathie mastoïdienne dure) ;
- bulbe carotidien qui peut être confondu avec une adénopathie sous-digastrique, mais qui est pulsatile.

Il est souvent possible d’avoir une bonne orientation clinique à la fin de l’interrogatoire et de l’examen clinique.

Chez l’enfant, la première étiologie à évoquer est une pathologie infectieuse.

Chez l’adolescent et l’adulte jeune :

- des adénopathies inflammatoires, douloureuses, dans un contexte de maladie infectieuse font évoquer une étiologie infectieuse ;
- des adénopathies en général multiples, fermes, voire dures, dans un contexte fébrile avec altération de l’état général font évoquer en premier lieu une hémopathie maligne.

Chez l’adulte de sexe masculin, alcoolotabagique, présentant une ou plusieurs adénopathies dures, fixées, il faut en premier lieu rechercher un cancer des voies aérodigestives supérieures.

Toutefois, il ne s’agit que d’orientations et ceci n’a rien d’absolu.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Parfois, il est difficile à l’examen clinique de faire le diagnostic différentiel d’une adénopathie cervicale latérale avec un lipome, une tumeur nerveuse, un kyste congénital, une pathologie salivaire, tumorale ou lithiasique, parotidienne ou sous-maxillaire. Une adénopathie cervicale médiane ne doit pas être confondue avec un kyste congénital ou une tumeur de la thyroïde. En cas de doute diagnostique, certains examens complémentaires seront utiles.

Tuméfactions latérales

Les **lipomes** peuvent siéger dans n’importe quelle région cervicale. Il s’agit le plus souvent d’une masse de consistance molle, non douloureuse et d’évolution lente.

Les **tumeurs nerveuses** sont rares, développées à partir des nerfs périphériques (schwannomes, neurofibromes), des ganglions sympathiques (neuroblastomes, ganglioneuromes, ganglioneuroblastomes) ou des paraganglions (paragangliomes ou tumeurs glomiques). Elles peuvent s’intégrer dans le cadre d’une neurofibromatose. Elles se présentent sous la forme d’une tuméfaction ferme, indolore, bien limitée, parfois associées à des signes neurologiques par compression (X, XI, XII, sympathique cervical). Le caractère pulsatile de la masse, éventuellement associé à la présence d’un souffle auscultatoire fait évoquer une tumeur du glomus. La cytoponction ramène du sang artériel. Dans les autres cas de tumeurs nerveuses, la cytoponction élimine une lésion kystique mais permet rarement de porter le diagnostic. L’échographie cervicale affirme la nature solide de la tumeur. Le scanner et l’imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent d’évoquer le diagnostic de tumeur nerveuse et précisent ses rapports avec les organes de voisinage. L’artériographie donne des images typiques en cas de tumeur glomique [4].

Les **kystes congénitaux latéro-cervicaux** doivent être soupçonnés chez un sujet jeune, devant une tuméfaction molle ou rénitente, lisse, bien limitée. La cytoponction et l’échographie cervicale confirment la nature kystique de la tuméfaction et précisent son volume et son siège exact. Le scanner et l’IRM n’ont pas d’indication dans ce cas.

Les **tumeurs de la glande sous-maxillaire** sont rares.

Les **hypertrophies de la glande sous-maxillaire** ou sous maxillites chroniques, infectieuses ou lithiasiques, peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel avec une adénopathie de la région sous-maxillaire.

Il en est de même pour les **tumeurs de la glande parotide**, notamment une tumeur du pôle inférieur de la parotide peut en imposer pour une adénopathie sous-digastrique.

Tuméfactions médianes

Les **kystes du tractus thyroïdienne** sont plus fréquents chez l’enfant et chez l’adulte jeune. Ils se traduisent cliniquement par une tuméfaction cervicale médiane mobile à la déglutition. L’échographie cervicale précise le contenu et les limites profondes de la masse. La scintigraphie thyroïdienne confirme la présence d’une thyroïde fonctionnelle.

Les **nodules thyroïdiens** ascensionnent à la déglutition. La cytoponction et l’échographie cervicale redressent le diagnostic en cas de doute.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certains examens complémentaires sont réalisés de façon systématique, d’autres sont orientés par les données de l’interrogatoire et de l’examen clinique [5].

Numération formule sanguine

La présence de blastes avec anomalies majeures de la numération et de la formule des leucocytes orientent d’emblée vers une leucémie.

Une augmentation des polynucléaires est en faveur d’un processus infectieux bactérien, une diminution est évocatrice d’une virose.

Vitesse de sédimentation

Elle est élevée au cours des processus infectieux ou inflammatoires.

Intradermoréaction (IDR) à la tuberculine à 10 unités

Elle oriente vers le diagnostic de tuberculose ganglionnaire lorsqu’elle est franchement positive, ou phlycténulaire.

La négativation de l’IDR évoque le diagnostic de sarcoïdose.

Sérologies

Elles ne sont pas toutes systématiques, mais certaines d’entre-elles sont demandées de façon pertinente en fonction du contexte et de l’orientation clinique : VIH, toxoplasmose, rubéole, mononucléose infectieuse, maladie des griffes du chat, mycobactéries atypiques.

Toute adénopathie cervicale subaiguë ou chronique chez un adulte doit faire rechercher une infection VIH.

Radiographie thoracique

Elle est systématique. Elle peut en effet évoquer un certain nombre de pathologies responsables d’adénopathies cervicales : sarcoïdose (présence d’adénopathies médiastinales et d’un infiltrat périhilaire bilatéral), tuberculose, cancer du poumon. Dans ces cas, un scanner thoracique et une fibroscopie bronchique avec recherche de bacille de Koch (BK), réalisation de biopsies sur les zones muqueuses macroscopiquement suspectes, sont souvent utiles.

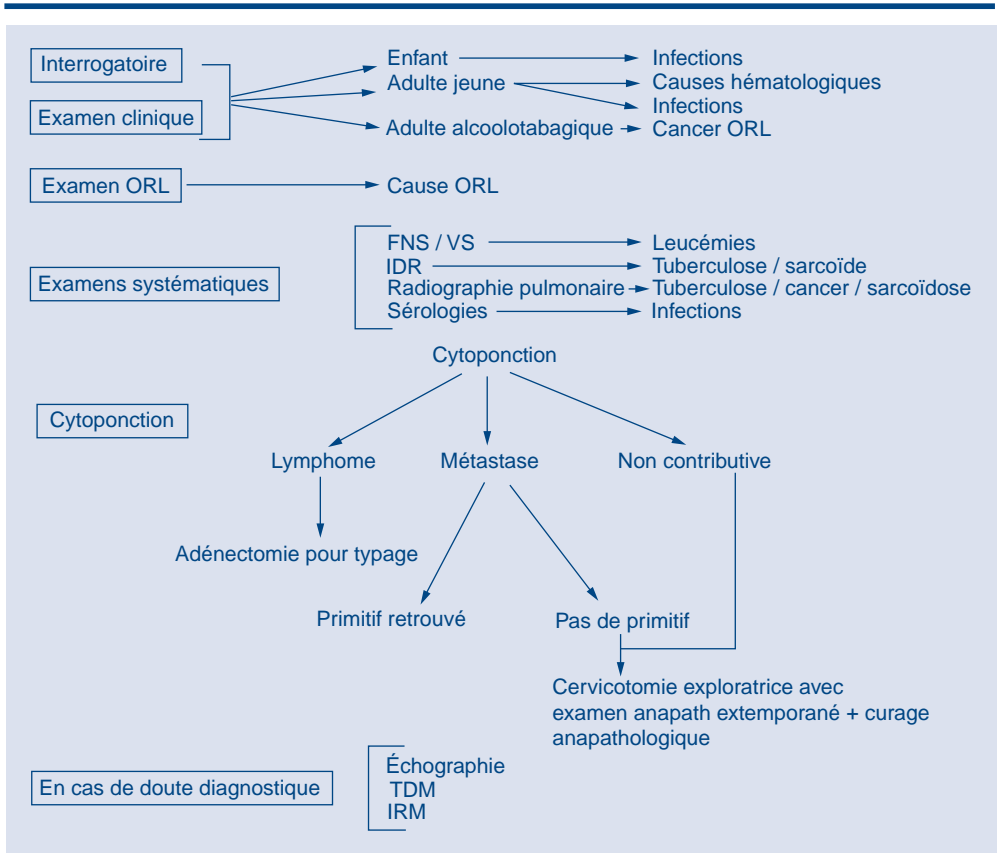
Cytoponction à l’aiguille fine

Elle est pratiquée par aspiration à l’aide d’une aiguille montée sur une seringue. Un étalement sur lames est ensuite réalisé. Cet examen recueillant de façon ponctuelle des cellules ganglionnaires n’a de valeur que s’il est positif [6].

Bilan radiologique

Échographie cervicale

Devant une masse cervicale palpable, l’imagerie à réaliser en première intention est l’échographie, car c’est un examen facile, rapide, non agressif et



2 Orientations diagnostiques.

reproductible. Elle donne des renseignements sur le contenu liquide ou solide de la masse, permettant ainsi le diagnostic différentiel avec un kyste congénital. Elle est aussi utile pour le diagnostic différentiel avec un lipome dont l'aspect échographique est évocateur (masse hyperéchogène souvent feuilletée). L'échographie explore les différentes aires cervicales, détermine la taille de l'adénopathie, ses rapports avec les vaisseaux et l'axe viscéral, ainsi que l'atteinte de la graisse environnante. Elle peut donner des arguments en faveur du caractère bénin ou malin des adénopathies, sans qu'aucun argument ne soit formel. Elle autorise la réalisation de ponctions guidées à l'aiguille fine à visée cytologique^[7].

Scanner cervical

Le scanner est utile en cas de doute diagnostique avec une tumeur nerveuse ou une tumeur salivaire (parotidienne ou sous-maxillaire). Dans le bilan des adénopathies, il étudie les rapports des adénopathies avec les structures de voisinage. Lorsqu'il existe une tumeur pharyngolaryngée, le scanner entre dans le cadre du bilan d'extension locorégional de la tumeur^[7].

IRM cervicale

L'IRM représente une aide importante dans le diagnostic des tumeurs nerveuses et des tumeurs salivaires. Elle est plus performante que le scanner pour l'étude des rapports de l'adénopathie avec les structures voisines^[7] (fig 2).

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

● Adénopathies entrant dans le cadre d'une maladie générale

Le diagnostic d'adénopathie cervicale entrant dans le cadre d'une maladie inflammatoire peut parfois être évoqué dès l'interrogatoire, en particulier en cas de lupus érythémateux disséminé ou de polyarthrite rhumatoïde où le contexte clinique et biologique est évocateur. Les adénopathies cervicales peuvent être révélatrices de la sarcoïdose. Les anomalies de la radiographie du thorax et la négativation de l'IDR orientent le diagnostic. Le traitement est fonction du stade évolutif de la maladie en cause.

● Adénopathies infectieuses

Adénopathies infectieuses aiguës

L'adénite aiguë peut survenir au cours ou au décours d'une angine, d'une infection dentaire ou dans le cadre de lésions gingivobuccales (aphtes, glossite...). Elle se présente sous la forme d'une ou plusieurs adénopathies douloureuses spontanément et à la palpation. Il n'y a pas ou peu de signes inflammatoires locaux. Le traitement de la cause fait disparaître l'adénopathie.

L'adénophlegmon est l'apanage de l'enfant, en général avant l'âge de trois ans, mais peut se voir aussi chez l'adulte. Il complique une angine ou une rhinopharyngite. Il se manifeste par une tuméfaction ganglionnaire cervicale majeure avec douleur,

fluctuation, rougeur de la peau. Les signes généraux sont variables en fonction des traitements déjà administrés. Le traitement est chirurgical, représenté par l'incision et le drainage de la collection suppurée et la réalisation d'un prélèvement bactériologique pour antibiogramme. L'antibiothérapie est adaptée aux données de l'antibiogramme.

Adénopathies infectieuses chroniques

Une infection VIH doit être suspectée devant toute adénopathie cervicale subaiguë ou chronique chez un adulte. Il convient de demander, avec l'accord du patient, une sérologie VIH1 et VIH2.

La tuberculose : la plupart du temps, il s'agit d'une primo-infection buccale ou pharyngée passée inaperçue ; l'adénopathie est souvent unique, évoluant rapidement vers le ramollissement et la fistulisation. Elle n'est que très rarement associée à d'autres localisations tuberculeuses. L'IDR est fortement positive. La cytoponction retrouve le plus souvent un pus amicrobien ; la mise en évidence de bacilles acido-alcoolo-résistants après coloration de Ziehl Neelsen est rare car ils sont très peu nombreux. La recherche du bacille de Koch (BK) par PCR (polymerase chain reaction) peut permettre un diagnostic rapide mais est de coût élevé. La culture classique sur milieu de Löwenstein nécessite deux à trois mois pour l'identification du bacille de Koch ou d'autres espèces de mycobactéries. Le traitement est médical comportant une quadri antibiothérapie pendant un an. L'association à une corticothérapie peut être utile pendant quelques semaines. Le traitement chirurgical doit être réservé aux échecs du traitement médical.

La toxoplasmose s'accompagne le plus souvent d'adénopathies cervicales multiples, postérieures et/ou axillaires ; les signes associés sont peu spécifiques : éruption cutanée fugace, fébricule, asthénie. Le diagnostic repose sur la sérologie (augmentation des IgG sur deux prélèvements réalisés à 15 jours d'intervalle). L'absence de traitement est de règle.

La rubéole s'accompagne d'adénopathies souvent multiples, occipitales. Elles précèdent en général l'exanthème, lui-même inconstant, et persistent 2 à 3 mois. La sérologie confirme le diagnostic (augmentation des IgG sur deux prélèvements à 15 jours d'intervalle). Le traitement est symptomatique.

La mononucléose infectieuse associe typiquement des adénopathies multiples, occipitales, une angine d'aspect clinique variable, une fièvre et une asthénie. Le MNI-test et la sérologie de Paul, Bunnell et Davidsohn confirment le diagnostic. Le traitement est symptomatique. La prescription d'ampicilline est contre-indiquée en raison du risque d'érythème morbillo-scarlatiniforme.

La maladie des griffes du chat ou lymphoréticulose bénigne d'inoculation s'accompagne d'adénopathies volumineuses souvent molles, pouvant évoluer vers la fistulisation, apparaissant dans le territoire de drainage d'une griffure de chat. Le diagnostic est le plus souvent sérologique. Le traitement médical est basé sur les cyclophosphamides. Il est parfois nécessaire d'effectuer un geste chirurgical de drainage ou d'exérèse celluloganglionnaire.

Les **infections à mycobactéries atypiques** touchent surtout l’enfant entre 1 et 3 ans. Les adénopathies évoluent en général rapidement vers la suppuration et la fistulisation. Leur siège est souvent sous-maxillaire. La preuve bactériologique est difficile à obtenir. Les réactions à la tuberculine sont faiblement positives. Les mycobactéries atypiques sont résistantes à la plupart des antibiotiques, le traitement repose donc sur l’exérèse ganglionnaire chirurgicale^[1].

Les **adénopathies cervicales infectieuses** évoluant vers la fistulisation font donc évoquer une tuberculose ganglionnaire ou une infection à mycobactéries atypiques, surtout chez l’enfant. Les adénopathies cervicales en rapport avec une syphilis ou une tularémie sont devenues exceptionnelles.

● **Adénopathies entrant dans le cadre d’une maladie hématologique**

Leucémies

Des adénopathies cervicales peuvent être révélatrices d’une leucémie aiguë (adulte jeune) ou chronique (leucémie lymphoïde chronique chez l’adulte plus âgé). La numération formule sanguine est alors évocatrice du diagnostic.

Lymphomes

Le contexte clinique est en général évocateur : altération de l’état général, hépatosplénomégalie, adénopathies hors du territoire cervical, fièvre, sueurs nocturnes.

Lorsque la cytoponction oriente vers le diagnostic de lymphome, il faut réaliser une adénectomie avec examen anatomopathologique pour un diagnostic précis et un typage du lymphome.

● **Adénopathies métastatiques**

Lorsque la cytoponction oriente vers ce diagnostic, un bilan à la recherche d’une tumeur primitive doit être réalisé.

Métastase ganglionnaire d’un carcinome épidermoïde

Après un examen ORL complet, la recherche d’un carcinome épidermoïde impose la réalisation d’une endoscopie des voies aérodigestives supérieures sous anesthésie générale avec œsophagoscopie au tube rigide. Les cancers ORL les plus lymphophiles sont : le cavum, l’amygdale, la base de la langue, le sinus piriforme. Lorsque cet examen ne met pas en évidence de lésion muqueuse macroscopiquement suspecte, on réalise de façon systématique des biopsies à leur niveau. En effet, il s’agit des localisations où l’on rencontre le plus souvent de petits carcinomes épidermoïdes responsables de l’adénopathie cervicale.

Si le bilan ORL est négatif, il faut rechercher un primitif pulmonaire (à toujours suspecter devant une adénopathie sus-claviculaire) ou digestif (surtout devant un ganglion de Troisier). D’autres localisations sont exceptionnelles : testicule chez l’homme, ovaire chez la femme.

Lorsqu’une tumeur primitive est retrouvée, le traitement de l’adénopathie s’inscrit dans la prise en charge de la tumeur primitive^[8].

Métastase ganglionnaire d’un adénocarcinome

La recherche d’un adénocarcinome oriente dans un premier temps vers la thyroïde (bilan hormonal thyroïdien, échographie cervicale, scintigraphie thyroïdienne). En cas de négativité du bilan thyroïdien, on recherchera un primitif rénal, prostatique chez l’homme, mammaire chez la femme.

Métastase ganglionnaire sans primitif retrouvé

Parfois au terme du bilan, aucune tumeur primitive n’est mise en évidence ; on parle alors d’adénopathie cervicale sans primitif retrouvé. Il faut dans ces cas réaliser une cervicotomie exploratrice

avec examen anatomopathologique extemporané, qui confirmera le diagnostic de métastase ganglionnaire. Cette cervicotomie sera réalisée dans les règles de la chirurgie cervicale, par un chirurgien ORL, qui pratiquera dans le même temps opératoire, un évidement ganglionnaire. Certains réalisent aussi de principe une amygdalectomie homolatérale à l’adénopathie. En effet, des études ont montré que cette attitude permettait de retrouver, dans un nombre non négligeable de cas, un carcinome in situ au niveau de la loge amygdalienne^[2]. L’évidement ganglionnaire sera suivi dans tous les cas d’une radiothérapie externe complémentaire.

Les erreurs à ne pas commettre

- ✓ **Laisser persister une adénopathie cervicale au-delà de 1 mois.**
- ✓ **Minimiser l’importance d’une tuméfaction cervicale auprès du malade.**
- ✓ **Effectuer une biopsie sans examen ORL.**
- ✓ **Pratiquer l’exérèse d’une adénopathie sans suivre les règles de la chirurgie cervicale.**

CONCLUSION

En conclusion, les adénopathies cervicales représentent une pathologie à ne pas négliger. Toute adénopathie cervicale évoluant depuis plus d’un mois nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique. Les examens complémentaires ne doivent pas être prescrits de manière systématique mais leurs indications varient en fonction du contexte clinique. La biopsie d’une adénopathie suspecte du cou est un acte à proscrire, surtout si cet acte est isolé, non précédé d’un examen ORL et non complété d’un curage ganglionnaire en cas de métastase.

Elie Serrano : Professeur des Universités, ORL des Hôpitaux.

Josiane Percodani : Chef de clinique-assistant des Hôpitaux.

Jean-Jacques Pessey : Professeur des Universités, ORL des Hôpitaux.

Service d’ORL et de chirurgie cervicofaciale, CHU de Rangueil, 31403 Toulouse cedex 4, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : E Serrano, J Percodani et JJ Pessey. Adénopathie cervicale.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0490, 1998, 4 p

R É F É R E N C E S

[1] Manolidis S, Frenkiel S, Yoskovitch A, Black M. Mycobacterial infections of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993 ; 109 : 427-433

[2] Percodani J, Serrano E, Woisard V, Bachaud JM, Daly-Schveitzer N, Pessey JJ. Adénopathies cervicales métastatiques sans primitif retrouvé. Évolution à long terme. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996 ; 113 : 212-218

[3] Pessey JJ, Serrano E. Évidements ganglionnaires du cou. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-872-A-10, 1991 : 1-8

[4] Pessey JJ, Serrano E, Percodani J. Tumeurs nerveuses du cou. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-875-C-10, 1994 : 1-8

[5] Piquet JJ, Chevalier D. Adénopathies cervicales. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-870-A-10, 1990 : 1-10

[6] Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphadenopathy in 1,103 patients. Role, limitations and analysis of diagnostic pitfalls. *Acta Cytol* 1995 ; 39 : 76-81

[7] Van Den Brekel MW, Castelijns JA, Snow GB. Imaging of cervical lymphadenopathy. *Neuroimaging Clin N Am* 1996 ; 6 : 417-434

[8] Violaris NS, O’Neil D, Helliwell TR, Caslin AW, Roland NJ, Jones AS. Soft tissue cervical metastases of squamous carcinoma of the head and neck. *Clin Otolaryngol* 1994 ; 19 : 394-399



Les angines sont des affections très fréquentes. Environ 9 millions de nouveaux cas d'angine sont diagnostiqués en France chaque année, dont environ 8 millions sont traités par antibiotiques. La crainte majeure est l'infection à streptocoque bêtahémolytique du groupe A, avec son risque, chez les sujets de moins de 25 ans, de complications poststreptococciques. Cependant, on estime que seulement 20 % des angines de l'adulte et entre 25 et 50 % des angines de l'enfant sont streptococciques. La prise en charge la plus efficace et la moins onéreuse possible, tant diagnostique que thérapeutique, est un objectif quotidien du généraliste. Les tests de dépistage rapide du streptocoque n'étant pas remboursés par les caisses de Sécurité sociale, c'est encore de l'analyse clinique que dépend principalement la thérapeutique, et notamment la décision de l'antibiothérapie.

© Elsevier, Paris.

DÉFINITION

Les angines aiguës sont généralement assimilées aux amygdalites aiguës. Certains auteurs, cependant, regroupent sous le terme d'angine l'ensemble des amygdalites aiguës et des pharyngites aiguës. Comme la stratégie thérapeutique est différente entre les amygdalites aiguës et les pharyngites aiguës, cet article concerne uniquement, selon la définition classique de l'angine aiguë, l'amygdalite aiguë.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE ANGINE « COMMUNE » ÉRYTHÉMATEUSE OU ÉRYTHÉMATOPULTACÉE

Reconnaître l'angine « commune »

Le diagnostic est souvent évoqué par l'entourage. Le médecin traitant doit rechercher et pondérer les différents éléments du tableau clinique pour affirmer le diagnostic d'angine et écarter celui de pharyngite. Cette distinction n'est pas un pur exercice de style, mais représente à l'heure actuelle un critère déterminant pour décider une antibiothérapie.

Les formes typiques des angines et des pharyngites sont bien différentes (tableau I). Quelques remarques peuvent être faites sur ces caractéristiques cliniques :

- les anomalies amygdaliennes d'une angine sont parfois décalées de quelques heures par rapport aux signes généraux et fonctionnels intenses. En d'autres termes, une pharyngite ayant débuté depuis quelques heures, « banale » à l'examen pharyngé, mais suffisamment intense sur un plan fonctionnel et général pour que le médecin ait été consulté, devient souvent une angine typique quelques heures plus tard ;

Tableau I. – Caractères cliniques distinctifs entre les angines aiguës et les pharyngites aiguës.		
	Angines aiguës	Pharyngites aiguës
Fièvre	élevée (39-40 °C)	modérée (37,5-38,5 °C)
Vomissements, céphalées	fréquents	rares
Douleur pharyngée	intense (avec souvent otalgie réflexe)	modérée
Rhinorrhée	non	souvent
Toux	non	souvent
Conjonctivite	non	parfois
Examen oropharyngé	anomalies limitées aux amygdales	anomalies diffuses
Adénopathies	douloureuses et limitées au territoire sous-angulomaxillaire	peu sensibles et diffuses

– l'intérêt de l'analyse sémiologique résumée dans le tableau I est particulièrement important pour les formes érythémateuses. Pour les formes érythématopultacées, le diagnostic d'angine est évident.

Angine bactérienne (et singulièrement à streptocoque bêtahémolytique du groupe A) ou virale ?

La réponse probabiliste est directement liée à l'analyse clinique

La diffusion des manifestations des pharyngites, qui sont en fait très souvent des rhino-pharyngo-laryngo-trachéites, est un argument en faveur du contage viral de l'ensemble de la muqueuse des voies aériennes.

Quant aux angines, elles peuvent être bactériennes ou virales. Classiquement, l'aspect érythématopultacé est en faveur d'une étiologie bactérienne, et l'aspect érythémateux en faveur d'une étiologie virale. Ces propos sont en réalité

caricaturaux, certaines angines érythémateuses pouvant fort bien être bactériennes (et évoluer en quelques heures et jusqu'à 48 heures en angine érythématopultacée), et plus de la moitié des angines érythémateuses et érythématopultacées sont virales. Lorsque l'on évoque une étiologie bactérienne pour une angine, la plupart des arguments probabilistes retenus concernent l'infection par streptocoque bêtahémolytique du groupe A, les autres variétés bactériennes en cause étant beaucoup plus rares (streptocoques du groupe C, Streptococcus pneumoniae, staphylocoque, Haemophilus, mycoplasme).

Le diagnostic de nature bactérienne ou virale peut-il s'appuyer sur des examens complémentaires ?

La numération formule sanguine montre une franche hyperleucocytose avec prédominance de polynucléaires neutrophiles dans les étiologies bactériennes (tableau II). L'élévation de la protéine C réactive traduit la nature bactérienne de l'affection.

Tableau II. – Avantages et inconvénients des examens de laboratoire dans les angines érythémateuses et érythématopultacées.			
	Étiologie bactérienne	Étiologie virale	Remarques
NFS	hyperleucocytose	pas d’hyperleucocytose	Bon argument d’orientation. Rendu rapide
CRP	augmentée	normale	Bon argument d’orientation. Rendu rapide
Culture bactériologique du prélèvement pharyngé	+	–	Examen de référence Délai de 24 à 48 heures
ASLO	Sans intérêt	Sans intérêt	Traduit un contact antérieur avec le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
Tests de dépistage rapide du streptocoque	+	–	Sensible (80-90 %) Spécifique (97 %) Mais non remboursé

Ces paramètres sont modifiés très précocement et leurs résultats peuvent être obtenus en quelques heures.

L’analyse bactériologique après culture d’un prélèvement amygdalien par écouvillonnage est certainement l’examen le plus performant pour affirmer l’étiologie bactérienne. De plus, il est possible de savoir si le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A est en cause ou non. Le gros problème de cet examen est le délai pour obtenir les résultats, entre 24 à 48 heures.

Le dosage des antistreptolysines O, antistreptokinases, antistreptodornases, antihyaluronidases et anti-DNases est malheureusement trop souvent demandé. En fait, ces anticorps n’apparaissent que 3 semaines environ après un contage streptococcique, et leur présence ne traduit par conséquent qu’un ancien contage. Ces dosages n’ont d’intérêt que pour le suivi d’un rhumatisme articulaire aigu (RAA) mais ne sont d’aucune utilité pour guider l’attitude thérapeutique face à une angine aiguë.

Les tests rapides de dépistage de l’infection streptococcique, réalisés par le praticien sur un écouvillonnage amygdalien, dont la lecture est immédiate, sont à la fois très sensibles (entre 80 et 90 %) et spécifiques (97 %). Certains pays ont choisi la pratique de ces tests rapides pour décider la prescription d’antibiotiques. En France, les organismes de protection sociale ne remboursent pas ces tests qui ne sont donc pas utilisés.

● **Traitement des angines érythémateuses et érythématopultacées**

Buts de l’antibiothérapie

L’antibiothérapie est nécessaire dans les angines provoquées par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A ou d’autres germes bactériens. Elle ne l’est pas dans les étiologies virales.

Les buts de l’antibiothérapie dans les angines streptococciques sont les suivants :

- prévenir la survenue des complications poststreptococciques. Ce souci primordial doit être pris en compte principalement au-dessous de l’âge de 25 ans, le RAA ne survenant pas à l’âge adulte ;

- limiter la dissémination du streptocoque ;
- prévenir le risque de complications locorégionales (phlegmon périamygdalien, adénophlegmon cervical) ;
- accélérer la disparition des symptômes.

Quels antibiotiques ?

L’antibiothérapie est antistreptococcique. Les familles utilisées sont les suivantes (tableau III) :

- les pénicillines V, orales ;
- les céphalosporines orales de première génération ;
- les aminopénicillines ;
- les macrolides, mal-aimés des ORL pour les otites et les sinusites en raison d’une efficacité controversée sur *Haemophilus influenzae*, trouvent ici une indication de choix, notamment les derniers représentants qui ne sont prescrits que 3 jours.

Les autres familles d’antibiotiques n’ont aucune justification en matière d’angines aiguës. Les références médicales opposables excluent notamment les familles suivantes : aminopénicilline + inhibiteurs des bêta-lactamases, quinolones, céphalosporines de 2^e et de 3^e génération per os.

Tableau III. – Exemples de traitement antibiotiques des angines bactériennes communes.			
	Nom commercial (exemple)	Voie d’abord - Posologie - Durée	Remarques
Penicilline V	Oracilline®	VO 50 000 U/kg/j (3 cp chez adulte) 10 jours	Traitement de référence Observance sur 10 jours ?
Aminopénicillines	Clamoxyl®	VO 30 mg/kg/j (2 cp chez adulte) 10 jours	Attention si MNI (rash cutané) Observance sur 10 jours ?
Céphalosporines de 1 ^{re} génération	Céfaperos®	VO 30 mg/kg/j (2 cp chez adulte) 10 jours	Observance sur 10 jours ?
Macrolides	Rulid®	VO 6 mg/kg/j (2 cp chez adulte) 10 jours	Observance sur 10 jours ?
	Zithromax®	VO adulte : 2 cp le 1 ^{er} jour, puis 1 cp/j pendant 4 jours	Durée brève validée

VO : voir orale.

Traitements symptomatiques

Antipyrétiques et antalgiques : aspirine, paracétamol.

Les AINS ne sont pas proposés dans les références médicales opposables (sauf symptomatologie extrêmement bruyante).

Les corticostéroïdes n’ont pas d’indication.

Les traitements locaux sont souvent employés, qu’il s’agisse de collutoires (Collu-Hextril®, Locabiotol®, Rifocine® collutoire...) ou de pastilles (Lysofon®, Imudon®, Maxicaïne®...). Ils ne sont remboursés qu’à 35 % en général et à 0 % pour certains d’entre eux.

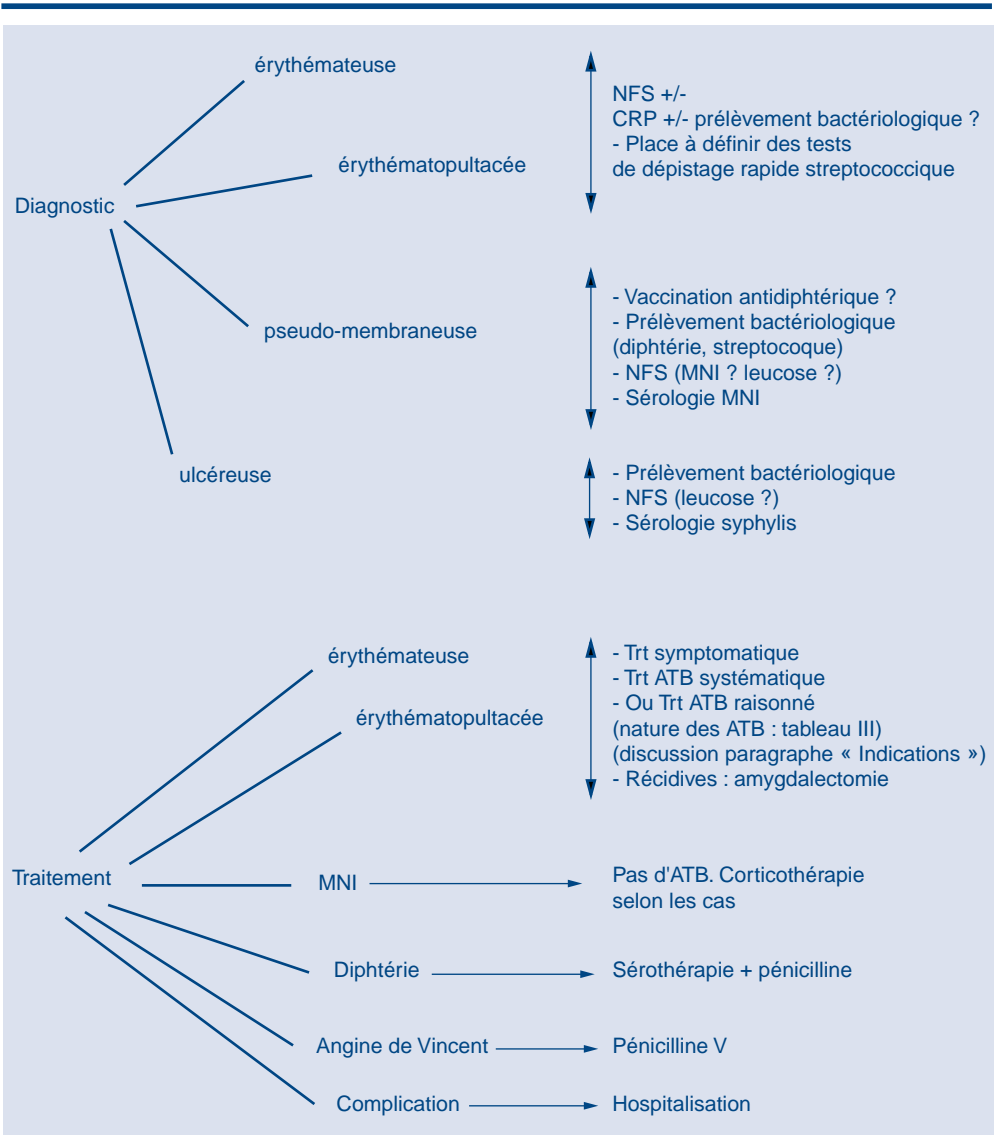
Indications

Un traitement symptomatique est toujours prescrit. Le traitement antibiotique antistreptococcique se discute selon l’âge et la présentation clinique, et éventuellement les données de laboratoire (fig 1).

On peut se risquer à proposer les attitudes suivantes :

- pharyngite : pas de traitement antibiotique ;
- angine vraie chez l’adulte avec état général conservé, pas de déficit immunitaire, pas d’antécédents de phlegmon périamygdalien : pas de traitement antibiotique immédiat, prélèvement bactériologique. L’antibiothérapie peut être instaurée secondairement en cas de non-amélioration clinique et lorsque le résultat de la culture bactériologique conclut à une étiologie streptococcique ;
- angine vraie chez l’enfant : antibiothérapie antistreptococcique ;
- angine vraie chez l’adulte avec état général altéré, diabète ou déficit immunitaire, antécédents de phlegmon périamygdalien : traitement antibiotique antistreptococcique.

Il est certain que la diffusion des tests de dépistage rapide des streptocoques pourrait bouleverser ces règles de prescription probabilistes. Actuellement, en attendant le remboursement de ces tests de dépistage, la demande systématique d’une NFS et d’une CRP, de rendu très rapide par le laboratoire, pourrait limiter considérablement la prescription d’antibiotiques lors d’angines



CONDUITE À TENIR DEVANT DES FORMES PARTICULIÈRES D'ANGINES

● Complications infectieuses

Phlegmon périamygdalien

La fièvre et la dysphagie sont intenses. L'examen retrouve un trépid caractéristique :

- limitation de l'ouverture buccale ;
- œdème de la luette ;
- refoulement d'une loge amygdalienne en dedans, traduisant l'existence d'une collection purulente périamygdalienne.

La conduite à tenir est dictée par la gravité potentielle du phlegmon qui peut entraîner une rupture carotidienne par extension cervicale. L'hospitalisation doit donc être immédiate, afin qu'un drainage chirurgical par voie endobuccale soit réalisé, parallèlement au traitement antibiotique par voie parentérale (qui doit être efficace contre les cocci à Gram positif mais aussi contre les germes anaérobies).

Adénophlegmon cervical et cellulite cervicale extensive

Elles correspondent à la diffusion régionale (respectivement ganglionnaire et cellulaire), évoluant pour son propre compte, d'une infection dont le point de départ peut être amygdalien, mais également dentaire, et dans certains cas, pas clairement retrouvé. Quoi qu'il en soit, la gravité des tableaux cliniques est extrême, dominée par l'intensité des signes cervicaux (torticolis, peau cervicale tendue et rouge, parfois crépitation neigeuse traduisant un emphysème sous-cutané dans les cellulites cervicales extensives) et des signes généraux. L'hospitalisation est immédiate, afin qu'un drainage chirurgical par voie cervicale soit réalisé, parallèlement au traitement antibiotique par voie parentérale (qui devra être efficace contre les cocci à Gram positif mais aussi contre les germes anaérobies).

● Angines récidivantes

Des angines bactériennes récidivantes doivent, sauf contre-indication opératoire, être traitées par amygdalectomie. Il est donc très important que

l'interrogatoire rétrospectif retrouve bien des signes d'angine (et non de simple pharyngite), et que le nombre d'épisodes infectieux soit suffisant. Même si aucune définition précise n'existe, on estime raisonnable de parler d'angines récidivantes lorsque plus de trois à quatre angines par an sur 2 années ou plus consécutives sont observées.

L'amygdalectomie est également indiquée après traitement d'un phlegmon périamygdalien.

● Mononucléose infectieuse

La présentation est celle d'une angine érythématopultacée ou à fausses membranes, avec une réaction ganglionnaire majeure et diffuse (« cou proconsulaire ») chez un enfant ou adolescent. Il est important d'affirmer la mononucléose infectieuse, afin :

- d'éviter une antibiothérapie injustifiée, l'étiologie étant virale (Epstein-Barr virus) et non bactérienne. De plus, une antibiothérapie par amoxicilline, outre son inefficacité, entraîne un rash cutané ;
- d'éliminer une leucose, diagnostic différentiel qui se pose dans un climat d'angoisse ;
- d'autoriser la prescription d'une corticothérapie en cas de symptomatologie locale et d'asthénie particulièrement intense.

Le diagnostic de mononucléose infectieuse peut être orienté par quelques signes sémiologiques fins (pétéchies du voile, discrète hépatosplénomégalie) et des examens de laboratoire (numération formule sanguine, syndrome mononucléosique, ou son équivalent représenté par la présence en grand nombre de lymphocytes hyperbasophiles, augmentation modérée des transaminases). Cependant, la certitude diagnostique ne peut venir que des dosages sérologiques. Actuellement, le MNI-test et la réaction de Paul-Bunnell-Davidsohn sont critiqués car ils sont grevés, selon le moment de leur réalisation par rapport à l'évolution de la maladie, de faux négatifs. Certains préconisent la sérologie de l'Epstein-Barr virus qui est recommandable en première intention.

● Angine de Vincent

Elle réalise chez un adulte jeune le tableau d'une angine unilatérale, précocement à fausse membrane, puis ulcéreuse. Les signes généraux sont relativement modérés. La douleur est unilatérale, accompagnée d'une hypersialorrhée, et l'haleine est fétide. Il existe une réaction ganglionnaire modérée.

L'angine de Vincent est favorisée par un mauvais état buccodentaire qui permet le développement d'une association bactérienne particulière de germes anaérobies : l'association fusospirillaire, faite du bacille à Gram positif de Plaut-Vincent et de spirilles, appelés actuellement spirochètes, et qui comprennent trois espèces (*Treponema microdentium*, *Borrelia buccalis*, *Borrelia Vincenti*).

Le diagnostic différentiel principal est le chancre syphilitique.

Le traitement est basé sur une pénicilline V.

Angines pseudo-membraneuses

Le diagnostic à évoquer en priorité est celui d'angine diphtérique. Il faut donc d'emblée demander si le sujet est vacciné (vaccination très

immunisante). Dans l'éventualité d'une absence de vaccination, et surtout si le patient revient de voyage (notamment de Russie), la possibilité de diphtérie doit toujours être évoquée devant une angine à fausse membrane recouvrant une amygdale, ou les deux amygdales et la lnette à un stade plus évolué. La fausse membrane est épaisse et adhère fortement à la muqueuse sous-jacente qui saigne au contact lorsque l'on essaie de la détacher.

La confirmation vient de l'étude bactériologique du prélèvement pharyngé (*Corynebacterium diphtheriae*).

Le traitement curatif repose sur la sérothérapie antidiphtérique (antitoxine) à la dose de 20 000 U chez l'enfant et de 50 000 U chez l'adulte, alors que le traitement préventif repose sur la vaccination (par l'anatoxine diphtérique). La pénicillinothérapie est associée.

D'autres affections que la diphtérie peuvent donner un tableau pseudo-membraneux : angines

pultacées à streptocoque, mononudéose infectieuse, angine de Vincent à son stade débutant, localisation amygdalienne des hémopathies

● **Angines vésiculeuses**

La constatation de vésicules sur la surface amygdalienne permet d'affirmer l'étiologie virale de l'angine. Cependant, les vésicules disparaissent rapidement, laissant place à une présentation érythémateuse ou érythématopultacée moins évocatrice.

Angine herpétique

Due à l'Herpès simplex virus de type 1, elle survient chez l'adulte jeune. Le début est brutal et les signes généraux marqués. La muqueuse pharyngée est rouge vif avec des vésicules qui laissent la place à des taches blanches d'exsudats de contours polycycliques.

Herpangine

Due au virus Coxsackie du groupe A, elle survient chez l'enfant de moins de 5 ans. Les vésicules laissent place à de petites ulcérations.

Scarlatine

Elle est délibérément placée en dernier chapitre, bien qu'elle soit d'origine streptococcique (streptocoque bêtahémolytique du groupe A ayant la particularité de libérer une toxine érythrogène), car elle est devenue très rare. La symptomatologie générale est intense (fièvre, céphalées, vomissements), les amygdales et le pharynx sont très rouges, le bord de langue est « carmin » alors que le reste de la langue est blanc. L'exanthème apparaît après 24 heures, commençant au niveau de la région scapulaire et d'évolution descendante. Le traitement est celui des angines streptococciques.

Louis Crampette : Professeur des Universités,
service ORL, hôpital Saint-Charles, centre hospitalier universitaire de Montpellier, 34295 Montpellier cedex 05, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : L Crampette. Angine.
Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0400, 1998, 4 p

R É F É R E N C E S

[1] Serrano E, Percodani J, Pessey JJ. Complications des angines. In : Inflammation et infection en laryngologie. <i>Rev Prat (numéro spécial)</i> 1996 : 23-27	[5] Pessey JJ. Les angines. In : Inflammation et infection en laryngologie. <i>Rev Prat (numéro spécial)</i> 1996 : 20-23
[2] Kernbaum S. Éléments de pathologie infectieuse (6 ^e éd). SIMEP, 1996	[6] Gehanno P. Les infections en ORL. PIL, 1991
[3] Crampette L, Mondain M, Barazer M, Guerrier B, Dejean Y. L'amygdalectomie chez l'enfant. <i>Cahiers d'ORL</i> 1991 ; 26 : 89-92	[7] Médecine et pathologie infectieuse. 10 ^e conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Les infections ORL 1996 ; 26 (suppl)
[4] Association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale. Le POPI, guide de traitement (5 ^e éd). 1997	

CANCERS ORL

CONDUITE À TENIR ET TRAITEMENT

JM KLOSSEK, JP FONTANEL

Les cancers ORL doivent être systématiquement recherchés chez les hommes de 50 ans fumeurs et/ou alcooliques. Le pronostic dépend de l'extension de la tumeur, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce !

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Les cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL) touchent le plus souvent l'homme adulte. Les localisations les plus fréquentes en France sont le pharyngolarynx, l'oropharynx, les cavités nasosinusiennes, plus rarement le rhinopharynx. Dans les localisations pharyngolaryngées, l'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque. Le pronostic reste sombre, car le diagnostic est souvent fait à un stade avancé. Très souvent, le patient recule le moment de la consultation, car le cancer ORL reste longtemps indolore. Parmi les cancers ORL, on distingue les cancers du pharyngolarynx et de l'oropharynx, du rhinopharynx, des cavités nasosinusiennes (fig 1).

CANCERS DU PHARYNGOLARYNX ET DE L'OROPHARYNX

● Épidémiologie

Alcool et tabac sont les principaux facteurs de risque. Ils touchent neuf hommes pour une femme entre 50 et 70 ans. L'hypopharynx est le plus souvent atteint, et en particulier le sinus piriforme puis l'oropharynx. La localisation laryngée est plus étroitement liée à l'intoxication tabagique. L'incidence n'est pas parfaitement connue, mais pour le Nord de la France, elle est estimée, pour les cancers ORL, à environ 92,6 pour 100 000 hommes et 4,6 pour 100 000 femmes. Pour l'hypopharynx, localisation la plus fréquente dans cette région, l'estimation est de 12,6 pour 100 000 hommes et 0,4 pour 100 000 femmes.

● Comment les dépister à la consultation ?

Chez un patient à risque, le cancer du pharynx ou du larynx peut se révéler par une dysphagie, une dysphonie, une adénopathie cervicale, une otalgie réflexe (le tympan est normal) ou une dyspnée laryngée.

✓ La dysphagie est au départ souvent un accrochage alimentaire discontinu.

✓ La dysphonie est au début intermittente, s'améliorant après un repos vocal ou des aérosols. Ces améliorations transitoires ne doivent pas rassurer et faire retarder l'examen des cordes vocales.

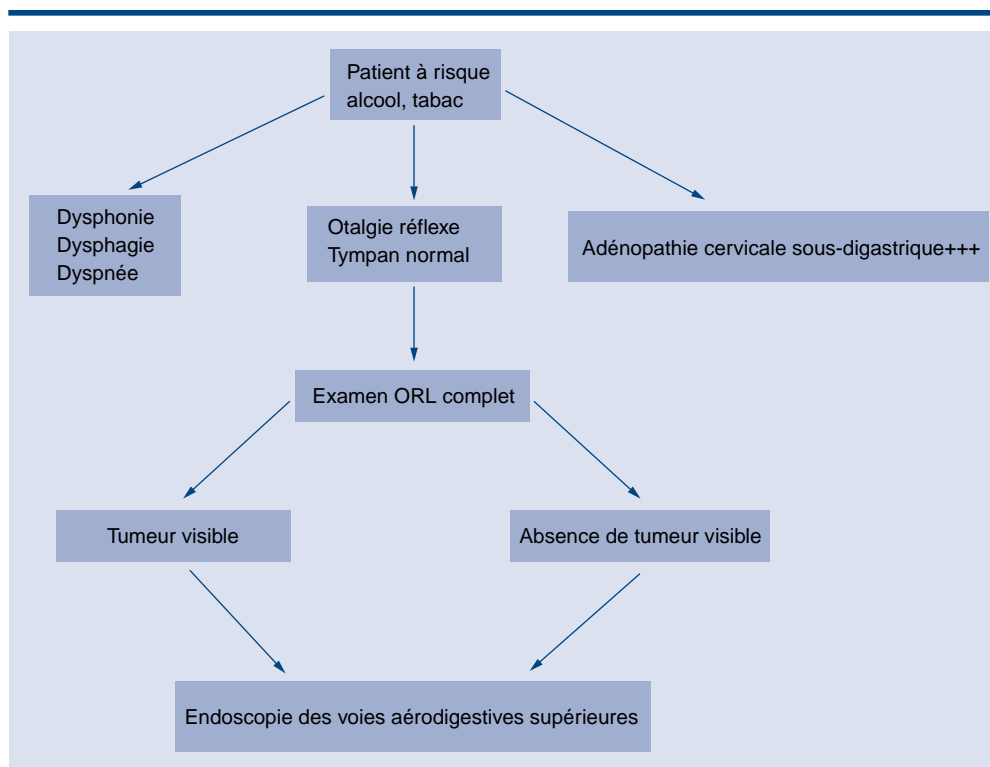
✓ L'adénopathie cervicale est souvent révélatrice, le territoire le plus fréquent est sous-digastrique (rétromandibulaire). Si l'évolution est souvent indolore progressive, des poussées inflammatoires ou tumorales sont possibles et peuvent tromper le médecin consulté.

✓ L'otalgie est souvent trompeuse car brève et intense. L'aspect normal du tympan doit alerter

✓ La dyspnée est inspiratoire, souvent bruyante, longtemps bien supportée car très progressive, mais elle témoigne d'une forme déjà évoluée.

Il est néanmoins souhaitable, même en l'absence de symptômes évocateurs, de réaliser un examen ORL soigneux chez ces patients à risque (alcool, tabac) pour identifier, le plus tôt possible, ces tumeurs, dont le pronostic est étroitement lié à leur taille et à la présence de métastases ganglionnaires.

Chez un patient à risque (alcool, tabac), toute dysphonie, dysphagie, adénopathie, otalgie supérieure à 3 semaines impose un examen ORL complet.



1 Conduite à tenir devant un cancer ORL.

● Examen clinique à la consultation

La tumeur est souvent déjà visible.

L'examen à l'abaisse-langue explore la base de langue, les loges amygdaliennes, la paroi pharyngée postérieure et le voile du palais.

La palpation avec un gant complète l'examen : toute infiltration ou induration est suspecte, de même que le saignement au contact.

La tumeur peut être bourgeonnante, ulcérée, ou réduite à une simple érosion, d'où la nécessité d'un éclairage précis lors de l'examen.

L'examen cervical est indispensable, car parfois l'adénopathie révèle le cancer, en particulier si elle siège dans l'aire sous-digastrique ou rétromandibulaire.

Devant une adénopathie cervicale sous-digastrique, il ne faut pas :

- ✓ *pratiquer une biopsie sans examen ORL préalable ;*
- ✓ *donner un traitement corticoïde d'épreuve.*

Le larynx et l'hypopharynx sont visibles à l'examen au miroir.

Une fois le patient dépisté, le bilan ORL est indispensable.

● Quels examens complémentaires ?

Dans tous les cas, une endoscopie des voies aérodigestives supérieures est réalisée.

Elle permet de préciser l'extension de la tumeur, la biopsie et la recherche d'un deuxième cancer (15 à 20 % des cas).

La radiographie pulmonaire recherche également une diffusion métastatique ou un deuxième cancer (fréquent chez le patient fumeur).

L'évaluation de l'état dentaire est systématique, en particulier si une radiothérapie est décidée.

● Traitement

Actuellement, trois méthodes sont possibles : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie.

Le choix dépend du site et de l'extension tumorale, de la présence d'adénopathie, du caractère bourgeonnant ou ulcéreux de la tumeur.

La chimiothérapie reste proposée en induction ou en association à la radiothérapie.

La radiothérapie est réalisée, soit :

- isolée, pour les tumeurs bourgeonnantes, en particulier pharyngées ;
- en postopératoire ;
- en association avec la chimiothérapie.

La chirurgie est effectuée lorsque les deux autres modes de traitement ne sont pas aussi efficaces, par exemple pour les tumeurs pharyngolaryngées avec atteinte cartilagineuse. Des interventions partielles ou totales sont possibles. L'indication dépend de l'extension tumorale et ganglionnaire, de la mobilité laryngée et de l'âge du patient.

Que dire au patient sur les traitements ?

Assez souvent, les patients sont angoissés devant l'annonce du diagnostic et redoutent une **chirurgie réputée délabrante et mutilante**. L'ablation du larynx avec mutité postopératoire transitoire demeure l'information la plus pénible pour le patient. En pratique, schématiquement, **deux situations de consultation se rencontrent** : soit **l'ablation du larynx s'avère nécessaire**, soit **elle peut être évitée** (autre localisation, chirurgie partielle).

Dans tous les cas, il faut préparer le patient à une **éventuelle chimiothérapie**, dont les effets secondaires, avec les protocoles utilisés, surviennent soit pendant la cure, soit à distance.

Pendant la cure, les nausées et vomissements sont loin d'être exceptionnels et doivent être annoncés au patient, tout en lui indiquant que des traitements souvent efficaces lui seront donnés pour réduire cet inconfort. Peu d'autres problèmes sont rencontrés. La chute des cheveux n'est pas systématique ; lorsqu'elle survient, il faut rassurer le patient, car elle est transitoire. La durée du séjour est souvent brève, car la plupart des équipes utilisent des protocoles de chimiothérapie réalisables au domicile du patient.

À distance de la cure, le patient doit être prévenu des risques d'inappétence et d'infection pour lesquels il doit contacter son médecin traitant. Cette surveillance clinique s'accompagne souvent d'un contrôle de la numération sanguine pour vérifier l'absence d'aplasie hématologique à distance.

Le rôle du généraliste est primordial dans cette information, car le malade reçoit souvent des informations erronées sur cette chimiothérapie. Le médecin doit s'efforcer de personnaliser chaque traitement.

La chimiothérapie terminée, le patient doit être informé qu'il ne s'agit que d'une partie initiale du traitement. La radiothérapie ou la chirurgie vont être ensuite entreprises pour éliminer la lésion.

La radiothérapie dure en général entre 4 et 6 semaines. Elle peut être utilisée seule ou après la chirurgie. Pour le patient, ce traitement se traduit par plusieurs consultations. Il doit être prévenu qu'au cours des rayonnements ainsi qu'après, plusieurs phénomènes normaux peuvent survenir. Pendant les rayons, la peau et les muqueuses deviennent inflammatoires, douloureuses et justifient des soins locaux (application de pommade Biafine® sur la peau, bains de bouche bicarbonatés). L'alimentation devient difficile, et parfois une corticothérapie est nécessaire. Tous ces phénomènes disparaissent en quelques jours, mais angoissent souvent le patient. Dans certains cas, toutefois, la mucite est violente et impose l'arrêt des rayons, voire une hospitalisation de quelques jours, pour traiter l'inflammation et les lésions érosives qui empêchent toute alimentation. Après cette phase inflammatoire, la peau devient cartonnée et desquame, justifiant parfois encore des soins locaux (pommade grasse).

Une fois les rayons terminés, le patient doit être prévenu de certains phénomènes « normaux ».

La salive va s'épaissir et ne plus jouer son rôle protecteur sur les dents. Une prophylaxie fluorée par gel local ou par comprimé est systématiquement donnée ; elle doit être poursuivie pendant plusieurs années. En son absence, les dents noircissent, des caries surviennent sur les collets et provoquent des bris dentaires. De même, tout soin dentaire doit être fait avec une protection antibiotique et des soins spécifiques pour prévenir toute ostéoradionécrose. Le patient doit toujours prévenir son dentiste de l'irradiation buccale antérieure.

Le patient doit également être prévenu d'un éventuel jabot sous-mentonnier, qui peut survenir dans les semaines suivant la fin de l'irradiation. Il traduit une simple poussée inflammatoire du tissu sous-cutané. Selon l'intensité, une simple surveillance ou une corticothérapie peuvent être discutées.

Enfin, plus tardivement, une fibrose d'intensité variable peut survenir, rendant la peau plus ou moins souple ; un trismus ou une dysphagie (pharyngo-œsophagite postradique) peuvent également survenir. Toutes ces modifications postradiques doivent être énoncées au patient, et là encore, le rôle du généraliste est indispensable.

Pour la chirurgie, les informations à donner au patient concernent les séquelles de l'intervention. Si le larynx est conservé, une trachéotomie est parfois annoncée, mais elle est transitoire, et le patient en est averti. Si l'ablation du larynx a été décidée, le patient doit être informé des possibilités de rééducation vocale, parfois longue et difficile, mais d'autant mieux réussie que le patient est encouragé à y adhérer.

Les troubles de déglutition secondaires à la chirurgie pharyngolaryngée diffèrent selon l'étendue de l'exérèse, et il est difficile, en dehors du spécialiste, de présager de leur intensité. Il est de ce fait primordial pour le généraliste d'être averti précisément par l'ORL des séquelles sur la déglutition qu'entraîne l'acte opératoire choisi, afin de préparer, si nécessaire, le patient à cette période moralement difficile pour lui.

● Pronostic des lésions pharyngolaryngées traitées

Il est étroitement lié à l'extension de la tumeur, en particulier s'il existe une atteinte cartilagineuse ou osseuse, à la présence et à la taille des adénopathies et, bien sûr, à l'existence de métastases au moment du diagnostic. Tous modes de traitement confondus, le pronostic varie de 15 % d'échecs locaux en cas de tumeur T1, à plus de 50 % d'échecs en cas de tumeur T4. En outre, la taille du ganglion joue également un rôle important, puisque le contrôle de l'adénopathie varie approximativement de 80 % en cas de ganglion inférieur à 3 cm, à 20 % en cas de ganglion supérieur à 6 cm. Ces résultats doivent toutefois être nuancés en fonction de la localisation, puisque l'atteinte de l'étage glottique isolé a un taux de succès proche de 75 % à 5 ans, alors que pour l'hypopharynx, il est d'environ 20 % à 5 ans. **Ces**

résultats soulignent l'intérêt d'un dépistage systématique chez les patients à risque par le généraliste.

CANCER DU RHINOPHARYNX

● Épidémiologie

Il se rencontre plus fréquemment chez les patients originaires du Maghreb ou du Sud-Est asiatique (20 pour 100 000) et dans le pourtour méditerranéen (7 pour 100 000), mais l'incidence chez les patients originaires de France semble très faible (0,2 pour 100 000). L'homme est plus fréquemment atteint, avec un pic vers 10-25 ans, et un second pic, vers 50 ans, dans les populations à risque. Sur le plan histologique, on distingue les carcinomes épidermoïdes ou les carcinomes indifférenciés (UCNT : *undifferentiated carcinoma nasopharynx tumor*) et les lymphomes. Les relations des formes indifférenciées avec le virus d'Epstein-Barr (EBV) sont étroites, traduites par une augmentation du taux des anticorps anti-EBV. La fréquence des métastases osseuses ou pulmonaires est une autre particularité de ces tumeurs.

● Comment le dépister à la consultation ?

Il peut se révéler par une obstruction nasale unie ou bilatérale, une ou plusieurs adénopathies cervicales, des épistaxis minimes, le plus souvent à répétition, une otite séreuse unie ou bilatérale. Les douleurs et les déficits neurologiques (V) sont tardifs.

● L'examen clinique à la consultation

L'examen de la cavité buccale à l'abaisse-langue ne laisse voir que les grosses tumeurs. Le patient, en prononçant la voyelle « a », soulève le voile et laisse entrevoir la partie basse du cavum.

L'idéal est l'examen du rhinopharynx à l'optique souple ou rigide.

La radiographie standard est peu intéressante, car elle ne révèle que des tumeurs déjà évoluées. La tomodensitométrie est l'examen de référence pour préciser l'extension.

L'otoscopie à la recherche d'une otite séreuse et la palpation cervicale à la recherche d'adénopathies complètent l'examen.

● Traitement

La radiothérapie et la chimiothérapie sont les composantes principales des protocoles thérapeutiques. La radiothérapie est systématiquement effectuée, la chimiothérapie est en voie d'évaluation. Les facteurs pronostiques sont l'extension de la tumeur, en particulier à la base du crâne, la réponse initiale au traitement, la présence de métastase ganglionnaire, osseuse ou pulmonaire au moment du diagnostic, et la forme histologique. La surveillance des patients se fait sur le plan local (cavum, aire ganglionnaire cervicale), clinique et radiologique, ainsi que sur le plan radiologique pour

la recherche de métastases (pulmonaire, osseuse). Pour les UNCT, la sérologie anti-EBV est demandée périodiquement.

Les résultats, toutes formes histologiques confondues, varient de 30 à 50 % à 5 ans.

CANCERS DES CAVITÉS NASOSINUSIENNES

Ils sont beaucoup plus rares que les cancers du pharyngolarynx.

● Comment les dépister à la consultation ?

Les personnes travaillant le bois et le cuir sont plus fréquemment atteintes (adénocarcinome ethmoïdal).

La symptomatologie est fruste, mais toute obstruction nasale unilatérale progressive chez un adulte peut être une tumeur nasosinusienne, surtout si des épistaxis, même minimes, l'accompagnent. Les douleurs et les déficits neurologiques sont tardifs. L'exophtalmie témoigne d'un envahissement massif.

La tumeur n'est pas toujours facile à voir. Elle siège dans la cavité sinusienne et ne devient visible que lorsqu'elle atteint la cavité nasale (méat moyen) ou buccale (vestibule jugal). Cette expression clinique fruste renforce l'intérêt d'un avis spécialisé ou d'une exploration tomodensitométrie en cas de doute, car le pronostic dépend étroitement de l'envahissement tumoral.

Le traitement comprend une chirurgie associée à une radiothérapie dans les formes accessibles ; dans les formes inopérables, la radiothérapie associée à la chimiothérapie est proposée.

RÔLE DU GÉNÉRALISTE DANS LA SURVEILLANCE DES PATIENTS TRAITÉS POUR UN CANCER ORL

● En cas de chimiothérapie

Entre les cures de chimiothérapie, toute infection ou hémorragie peut révéler une aplasie et justifie donc un contrôle de la numération sanguine.

● En cours de radiothérapie

Les premières séances s'accompagnent d'un érythème cutané et muqueux important. La dysphagie qui en résulte peut être parfois très invalidante, au point d'empêcher toute alimentation. Les soins cutanés sont indispensables : massage de la peau avec une pommade (Biafine®) et application d'antiseptique à l'eau en cas de suintement. Le rasage doit être prudent.

Les mycoses muqueuses doivent être recherchées systématiquement. Si l'aphagie persiste, un avis spécialisé est nécessaire.

● À distance de la radiothérapie

Un œdème cervical antérieur (coup de pigeon) peut survenir quelques semaines ou mois après l'arrêt du traitement. Son évolution est souvent fluctuante et ne nécessite, le plus souvent, aucun traitement. Un œdème pharyngolaryngé est

possible quelques semaines après l'irradiation : il nécessite parfois une corticothérapie par voie injectable (Solu-Médrol® : 1 à 2 mg/kg) pendant 3 à 5 jours ou par aérosols.

Après cette phase œdémateuse, une fibrose peut atteindre la région cervicale. Elle rend souvent la palpation difficile et justifie parfois une kinésithérapie, en particulier si elle s'accompagne d'une atrophie musculaire.

L'asialie est constante lorsque l'irradiation a porté sur la cavité buccale. Son traitement est difficile, et le patient en est souvent réduit à boire, très périodiquement, de petites quantités d'eau.

● Après la chirurgie

Il faut évaluer les modifications postopératoires des fonctions respiratoires, phonatoires et de déglutition. Elles sont minimes ou nulles après des chirurgies limitées : cordectomie, pharyngectomie partielle. À l'inverse, elles peuvent être majeures après des chirurgies lourdes (pharyngolaryngectomie totale avec reconstruction, buccopharyngectomie transmandibulaire).

Quelle que soit la technique utilisée, l'apparition de certains signes doit être systématiquement recherchée par le généraliste lors des consultations de surveillance.

Chacune de ces situations doit déclencher la demande d'un avis spécialisé

- ✓ Apparition d'une adénopathie cervicale.
- ✓ Apparition d'une dyspnée, d'une dysphonie ou d'une dysphagie.
- ✓ Perte de la voix œsophagienne après rééducation vocale chez un patient laryngectomisé.
- ✓ Apparition d'une otalgie.
- ✓ Saignement, même minime, par la bouche.
- ✓ Réapparition d'un bourgeon ou d'une ulcération muqueuse ou cutanée.

CONCLUSION

Le rôle du généraliste est primordial dans le dépistage et le suivi des malades porteurs d'un cancer ORL. Ce rôle essentiel doit permettre de réduire le nombre des tumeurs déjà très évoluées lors de leur prise en charge. Les campagnes de sensibilisation auprès du public sur les dangers d'un abus d'alcool et de tabac, relayées par le généraliste, sont sûrement l'autre moyen efficace de réduire leur survenue. Ces progrès dans la prévention sont vraisemblablement plus importants que tous les progrès techniques dont le rôle est de réduire les conséquences sur la vie relationnelle des traitements des cancers ORL.

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Jean-Pierre Fontanel : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d’oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, hôpital Jean Bernard, 355, avenue Jacques Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et JP Fontanel. Cancers ORL. Conduite à tenir et traitement. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0470, 1998, 4 p

R É F É R E N C E S

[1] Beauvillain DE, Montreuil C, Peuvrel P, Rolland F, Vignoud J. Chimiothérapie dans le traitement des cancers des voies aérodigestives supérieures (lymphome malin exclu). *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-901-F-10, 1997 : 1-8

[2] Beutter P, Pinlong E. Cancer de la région amygdalienne. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-595-A-10, 1997 : 1-8

[3] Brunet A, Perrin C, Perrin P. Tumeurs malignes des fosses nasales. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-405-A-10, 1997 : 1-8

[4] Cachin Y, Vandenbrouck C. Cancer de l’hypopharynx : cancer du sinus piriforme. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris),Oto-rhino-laryngologie, 20-605-A-10, 1997 : 1-8

[5] Lefebvre JL, Pignat JC, Chevalier D. Cancer du larynx. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-710-A-10, 1997 : 1-8

CONDUITE À TENIR DEVANT UN CANCER DE LA THYROÏDE

G LE CLECH, B GODEY

Les nodules thyroïdiens sont fréquents. Les cancers sont rares. Le problème est d'essayer de réduire le nombre d'interventions chirurgicales pour nodule bénin sans omettre un cancer.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Les cancers thyroïdiens sont rares, très latents cliniquement, et la difficulté de leur diagnostic tient à l'extrême fréquence des nodules thyroïdiens, puisqu'on sait que 50 % des thyroïdes autopsiées comportent des nodules et que 40 % des sujets de plus de 40 ans sont porteurs de nodules échographiques infracliniques. Toute la gageure sera donc d'essayer de réduire le nombre d'interventions chirurgicales pour nodules bénins sans passer à côté d'un cancer.

ÉPIDÉMIOLOGIE ^[4]

Les cancers thyroïdiens sont rares, leur fréquence étant estimée entre 0,1 et 3,7 pour 100 000 hommes par an et entre 0,4 et 9,6 pour 100 000 femmes par an.

La carence iodée favorise les cancers thyroïdiens et augmente la proportion des cancers de type vésiculaire.

Les cancers thyroïdiens sont plus fréquents chez l'enfant, l'adolescent et chez l'homme porteur de nodules, avec un deuxième pic de fréquence après 60 ans.

L'irradiation externe thérapeutique ou accidentelle joue un rôle favorisant, avec un effet dose linéaire jusqu'à un certain point, en augmentant le nombre des nodules et en multipliant par quatre les cancers en cas d'irradiation accidentelle.

Finalement, on considère que 7 à 8 % des nodules froids sont néoplasiques alors que les chiffres sont de 5 à 6 % pour les goitres multinodulaires et de 3 à 4 % pour les hyperthyroïdies.

ASPECTS CLINIQUES

La plupart des cancers thyroïdiens se présentent sous l'aspect de nodules isolés, mais il faudra cependant rechercher des signes de suspicion et bien les différencier d'autres signes peu évocateurs.

La plupart des cancers thyroïdiens sont en euthyroïdie, mais l'hypo- et l'hyperthyroïdie n'excluent pas le cancer. Les signes de compression ne traduisent qu'un effet de masse, sans caractère péjoratif, sauf parfois pour la paralysie récurrentielle.

● Signes à rechercher en faveur d'un cancer de la thyroïde

● À l'interrogatoire

Il faut insister à nouveau sur le risque particulier chez l'enfant, l'adolescent, l'homme, et après 60 ans chez les deux sexes. Il faudra de plus rechercher une irradiation cervicale dans l'enfance, rare actuellement, voire une irradiation accidentelle. Il faudra également chercher des antécédents familiaux de cancer médullaire de la thyroïde.

● À l'examen clinique ^[5]

■ La dureté du nodule est un signe capital, souvent corrélé avec le cancer.

■ Les autres signes inquiétants sont :

- la modification récente du nodule avec augmentation de volume et douleurs ;
- l'adhérence aux structures de voisinage ;
- un nodule antérieur médian fixé à la trachée ;
- un nodule saillant sur le parenchyme thyroïdien ;
- une adénopathie cervicale homolatérale, sus-claviculaire ou cervicale basse, dure, mobile, d'au moins 2 cm et surtout ronde ;
- éventuellement une paralysie récurrentielle.

Malheureusement, dans la grande majorité des cas, le cancer se présente sous la forme de nodule, unique ou multiple, sans aucun signe suspect.

QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SONT POSSIBLES ET QU'EN ATTENDRE ?

Les dosages hormonaux se résument à la TSH (*thyroid stimulating hormone*), qui est le plus souvent normale, signant l'euthyroïdie. La thyroglobuline n'a pas de valeur si la thyroïde est en place. La thyrocalcitonine n'est élevée qu'en cas de cancer médullaire, et donc de rentabilité très faible en dosage systématique.

La scintigraphie au technétium ou à l'iode montre le caractère chaud ou froid du ou des nodule(s), mais n'apporte pas d'argument en faveur du cancer, avec cependant plus de cancers

pour les nodules froids (8 %) que pour les nodules chauds (3 à 4 %). Elle ne dépiste les nodules qu'à partir du centimètre. La scintigraphie au thallium serait plus intéressante, surtout si elle montre un nodule chaud au thallium et froid au technétium ou à l'iode. Cet examen est cependant très peu utilisé en pratique.

L'échographie est plus performante que la scintigraphie, montrant des nodules à partir de 3 à 4 mm.

L'aspect serait plus suspect en cas de nodule plein, hypoéchogène, surtout si le nodule est associé à des adénopathies suspectes supérieures à 1,5 cm, rondes, homolatérales, cervicales basses.

Il faut insister sur la fréquente découverte de nodules thyroïdiens infracliniques à l'échographie, et **ne tenir compte, en pratique, que des nodules cliniques, c'est-à-dire palpables.**

La ponction cytologique représente un apport plus récent et plus intéressant.

Elle présente de nombreux avantages théoriques, car elle est facile à réaliser, non invasive, peut être répétée, est relativement peu onéreuse et peut être guidée par l'échographie.

Elle peut apporter le diagnostic en cas de cancer papillaire, médullaire, anaplasique ou de lymphome.

Cependant, elle nécessite une grande habitude de lecture, et il existe un certain nombre de faux négatifs, de l'ordre de 2 à 5 %, ce qui n'est pas négligeable sur 7 à 8 % de cancers sur nodule. Il existe par ailleurs un certain nombre de résultats indéterminés, proche de 20 %.

Le diagnostic est difficile en cas de nodules profonds, multiples, ou dans les formes vésiculaires et parfois papillaires des cancers (*tableau I*).

Le suivi est encore mal codifié en ce qui concerne d'une part la durée, d'autre part le nombre et le rythme des ponctions ^[1].

En conclusion du bilan clinique et paraclinique, la décision thérapeutique est prise sur un faisceau d'arguments parmi lesquels la ponction a une place plus ou moins importante. Il ne faut certainement pas opérer les nodules infracliniques, les nodules purement kystiques ne se reproduisant pas après ponction et les nodules isolés survenant chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Il faut en revanche certainement opérer les nodules volumineux au-delà de 2,5 cm, les nodules comportant des signes de suspicion clinique ou à la ponction, et tenir compte de l'état psychologique du patient supportant ou non la surveillance et les examens répétés. Les autres cas doivent être

Tableau I. – Avantages et inconvénients de la ponction cytologique.

Avantages Facile à réaliser Peut être renouvelée Peut être guidée par l'échographie Peu onéreuse Diagnostic dans les cancers papillaires, médullaires, lymphomes, anaplasiques
Inconvénients Opérateur dépendante Faux négatifs (2 à 5 %) Indéterminés (15 à 20 %) Diagnostic difficile pour les nodules multiples et les cancers vésiculaires

Tableau II. – Réduction du nombre d'interventions chirurgicales.

Nodules à opérer Signes de suspicion cliniques ou à la ponction Taille supérieure à 2,5 cm Surveillance aléatoire ou mal acceptée
Nodules à ne pas opérer Infracliniques (échographiques) Kystiques ne se reproduisant pas après ponction Âge au-delà de 70 ans

analysés de la façon la plus objective possible ; le problème est d'essayer de réduire le nombre des interventions chirurgicales pour nodules bénins, sans omettre un cancer (tableau II).

TRAITEMENT

Pour aider la décision thérapeutique, un certain nombre de scores ou d'index ont été proposés, tenant compte de facteurs de gravité que sont l'âge au-delà de 45 ans, la taille de la tumeur, le type histologique, les métastases, et éventuellement le sexe et l'atteinte ganglionnaire. Ces éléments guident la décision en faveur d'un traitement complémentaire par iode radioactif ou irradiation externe à la chirurgie.

Le traitement est actuellement bien codifié pour les formes différenciées papillaires ou vésiculaires,

Tableau III. – Classification histopathologique des tumeurs malignes de la thyroïde (Organisation mondiale de la santé, 1988).

Tumeurs malignes épithéliales Carcinome vésiculaire Carcinome papillaire Carcinome médullaire ou carcinome à cellules C Carcinome indifférencié ou carcinome anaplasique Autres carcinomes
Tumeurs malignes non épithéliales Sarcomes Lymphomes Autres types
Tumeurs secondaires

qui représentent plus de 80 % des cas. Le traitement des autres types de cancer représente autant de cas particuliers (tableau III).

● **Traitement des formes différenciées papillaires ou vésiculaires**

L'essentiel du traitement est chirurgical.

Bien souvent, le diagnostic de cancer n'est porté que lors de l'examen histologique extemporané. Celui-ci est positif dans 80 % des cas, permettant le traitement chirurgical dans le même temps. Il existe cependant 20 % de résultats négatifs ou douteux nécessitant d'attendre le résultat définitif pour compléter le traitement.

La thyroïdectomie totale ou subtotale est actuellement l'intervention de base, du fait de la plurifocalité fréquente de ces cancers (30 % des cas), car elle donne, à long terme, moins de récurrences locorégionales et à distance. Un curage ganglionnaire est habituellement associé à la thyroïdectomie, même en l'absence d'adénopathie palpable (N0), car on retrouve 40 % d'envahissement ganglionnaire, souvent infraclinique. Il est unilatéral en cas de lésion localisée sur un lobe et bilatéral en cas de lésion bilatérale ou isthmique.

L'**iode radioactif** est à la fois un moyen de surveillance et de traitement dans les formes fixant l'iode.

Ce traitement vient compléter la chirurgie s'il existe des résidus thyroïdiens après l'intervention, ce qui est paradoxalement très fréquent, ou si le malade présente des facteurs de gravité précisés par

différents index (âge > 45 ans, tumeurs volumineuses, métastases, caractères histologiques particuliers) (tableau IV).

Sur le plan pratique, après l'intervention, le malade est laissé sans traitement substitutif pendant 3 à 4 semaines, de manière à entraîner une élévation importante de la TSH. Une scintigraphie du corps entier est réalisée pour repérer les reliquats thyroïdiens et les éventuelles métastases. Dans ces cas-là, une dose thérapeutique d'iode radioactif (habituellement 100 millicuries) est donnée pour obtenir une carte blanche cervicale. La surveillance ultérieure comprend une scintigraphie et un dosage de la thyroglobuline, qui doit être effondrée. La surveillance ultérieure est annuelle à 2 ans, 3 ans et 5 ans, puis tous les 5 ans [3].

Après cette phase, le malade reçoit un traitement substitutif par L-T₄ (Lévothyrox® : 100 à 150 µg/j ou L-Thyroxine® : 20 à 30 gouttes/j).

Comment surveiller le patient ?

L'évolution spontanée est lente pour les formes différenciées, ce qui explique que la survie est analysée, non pas sur 5 ans comme pour la plupart des cancers, mais sur 20 ans. C'est dire l'importance d'une prise en charge rigoureuse pour éviter les échecs à long terme sous forme de métastases, toujours très difficiles à traiter.

Cette évolution peut être locale, à partir de résidus thyroïdiens ganglionnaires, cervicale ou métastatique, pulmonaire ou osseuse essentiellement. Les métastases pulmonaires sont milliaires et plus péjoratives en cas de macronodules. Les métastases osseuses sont habituellement ostéolytiques, et le plus souvent multiples, c'est-à-dire de très mauvais pronostic (tableau IV).

Les récurrences locorégionales sont dépistées par la scintigraphie, l'élévation de la thyroglobuline et l'échographie.

● **Traitement des cas particuliers**

Les **cancers médullaires** dérivés des cellules C ne fixent pas l'iode et sont donc pratiquement exclusivement traités par la chirurgie.

On réalise une thyroïdectomie totale et un curage bilatéral fonctionnel du fait de la fréquence et de la bilatéralité de l'atteinte ganglionnaire.

Le traitement des métastases n'est possible que par la chirurgie devant une métastase unique, la radiothérapie externe n'apportant que des résultats médiocres.

Tableau IV. – Aspects anatomocliniques.			
Histologie	Terrain	Particularités	Évolution
Épithéliomas papillaires (60 à 70 %)	À tout âge Surtout femme jeune, enfant et adolescent	Plurifocalité Métastases plutôt ganglionnaires que pulmonaires ou osseuses Fixant l'iode ++	Très lente Survie excellente après traitement > 95 % à 20 ans, sauf si métastases viscérales
Épithéliomas vésiculaires (= folliculaires) (20 à 30 %)	À tout âge Surtout femme de 40 ans et plus	Métastases pulmonaires et osseuses plutôt que ganglionnaires Fixant l'iode	Lente Survie très bonne après traitement > 90 % à 20 ans, sauf si métastases viscérales
Cancers médullaires (5 à 10 %)	À tout âge Formes sporadiques et familiales Néoplasies endocriniennes multiples (NEM II A et II B)	Marqueurs tumoraux Plurifocalité Métastases ganglionnaires et à distance Ne fixant pas l'iode	Bonne si traitement précoce Dépistage +++
Cancers anaplasiques ou indifférenciés (rares)	Femmes âgées Goitre ancien	Envahissement local et régional précoce Métastases précoces	Très mauvais pronostic Évolution fatale en quelques mois

Il faut insister sur l'importance d'un traitement précoce au stade local ou locorégional, et donc sur le dépistage des formes familiales. Le traitement précoce de ces formes familiales a transformé le pronostic, apportant des survies comparables à celles des cancers vésiculopapillaires.

Les **formes indifférenciées** sont d'évolution très rapide, quel que soit le traitement. Parfois, le geste chirurgical est limité à une lobectomie, voire à une biopsie, du fait de l'extension locale. La radiothérapie externe est proposée à titre palliatif, et la chimiothérapie est très peu efficace.

Les **lymphomes malins** sont parfois localisés à la thyroïde et traités par l'association chirurgie-

radiothérapie externe. Dans les formes diffuses, le traitement repose sur la polychimiothérapie.

Les **microcancers thyroïdiens**, cancers limités au maximum à 1 cm, posent un problème particulier, car ils sont d'évolution très lente, souvent papillaires, et rarement retrouvés à l'examen histologique extemporané.

Leur découverte secondaire fait proposer soit un traitement classique du cancer par thyroïdectomie totale et curage dans les formes agressives et plurifocales, soit un geste limité à la lobectomie dans les formes uniques peu agressives avec surveillance fondée uniquement sur l'échographie.

CONCLUSION

La plupart des cancers thyroïdiens sont représentés par des formes différenciées dont le pronostic est excellent à très long terme. Ces cancers nécessitent cependant une prise en charge rigoureuse devant permettre, par une chirurgie large et une surveillance biologique et scintigraphique prolongée, une survie proche de celle de la population générale.

Guy Le Clech : Praticien hospitalo-universitaire.

Benoît Godey : Chef de clinique-assistant.

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillofaciale, hôpital de Pontchaillou, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 9, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : G Le Clech et B Godey. Conduite à tenir devant un cancer de la thyroïde.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0480, 1998, 3 p

RÉFÉRENCES

[1] Cannoni M, Demard F. Les nodules thyroïdiens. Du diagnostic à la chirurgie. Paris : Arnette, 1995

[2] Le Clech G. Nodules froids et goîtres multinodulaires. Paris : Ellipses, 1996 : 381-392

[3] Le Clere J, Orgiazzi J, Rousset B, Schlienger JL, Wemeau JL. La thyroïde. Paris : Expansion Scientifique Française, 1992

[4] Le Clere J, Weryha G, Pascal V, Duquenne M, Duriez T. Épidémiologie. La prise en charge des nodules thyroïdiens. Accords et controverses. *Ann Endocrinol* 1993 ; 54 : 213-217

[5] Schlumberger M, Travagli JP. Épithéliomas thyroïdiens différenciés. Paris : Ellipses, 1996 : 27-35

[6] Tourniaire J. Prise en charge du nodule thyroïdien isolé ; évaluation clinique. La prise en charge du nodule thyroïdien. Accord et controverses. *Ann Endocrinol* 1993 ; 54 : 226-229

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE OTORRHÉE CHRONIQUE

JM KLOSSEK, JP FONTANEL

L'écoulement chronique de l'oreille est un motif fréquent de consultation chez le généraliste. Il peut être le témoignage d'une pathologie du conduit auditif externe, de l'oreille moyenne ou d'une fracture du rocher. La recherche d'une perforation tympanique est essentielle.

© Elsevier, Paris.

INTERROGATOIRE

Les données à recueillir sont le type de l'écoulement (spontané, posttraumatique, succédant à l'introduction de liquide), la durée de l'écoulement, la nature de l'écoulement (séreux, muqueux, aqueux, purulent), le caractère, uni- ou bilatéral, la présence de signes associés (surdité, vertiges, acouphènes, paralysie faciale), et la présence, ou des antécédants, de perforation tympanique et d'aérateur transtympanique (fig 1).

Toute paralysie faciale, tout vertige, toute surdité brutale associés à une otorrhée justifient un examen spécialisé en urgence.

EXAMEN CLINIQUE

Outre l'examen ORL complet, systématiquement associé, l'examen otologique comprend plusieurs étapes.

● Examen de l'oreille

Conduit

Parfois un suintement est présent, avec une desquamation cutanée du conduit. L' tat de la peau est précisé : excoriation, œdème, suintement, sécrétions, croûtes.

Examen du tympan

Il n'est pas toujours aisé, car parfois l'otorrhée est profuse, et un nettoyage du conduit est nécessaire.   l'aide d'un porte-coton, le nettoyage est prudent et minutieux jusqu'à proximité de la membrane tympanique. La présence d'un bourgeon inflammatoire, de squames ou de débris épidermiques, en particulier dans le quadrant tympanique postérosupérieur, doit alerter le généraliste sur la présence éventuelle d'une otite chronique cholestéatomateuse.

Si une perforation est visible, sa topographie et ses rapports avec le conduit sont importants à préciser. Il est classique de distinguer les perforations marginales (au contact du conduit), pouvant évoluer vers une otite chronique cholestéatomateuse, et les perforations non marginales (  distance du conduit), en générale séquellaire non actives. Néanmoins, les bords de la perforation doivent être examinés avec soin pour vérifier l'absence de dépôts épidermiques témoignant de « l'activité » de la perforation.

Lorsque la taille de la perforation le permet, l'examen de la muqueuse de la caisse du tympan renseigne parfois sur la nature de la pathologie, en particulier si des débris épidermiques sont visibles.

Parfois l'inflammation et l'otorrhée profuse ne permettent pas un examen fiable. Il faut revoir le patient après un traitement antibiotique local, et éventuellement général.

Il faut distinguer les pathologies du conduit (sans perforation) et les pathologies de l'oreille moyenne (avec perforation).

  L'ISSUE DE L'EXAMEN

Plusieurs situations sont rencontrées.

● Otorrhée unilatérale

Tympan intact

L'otorrhée est due à une pathologie du conduit ou du revêtement cutané de la membrane tympanique.

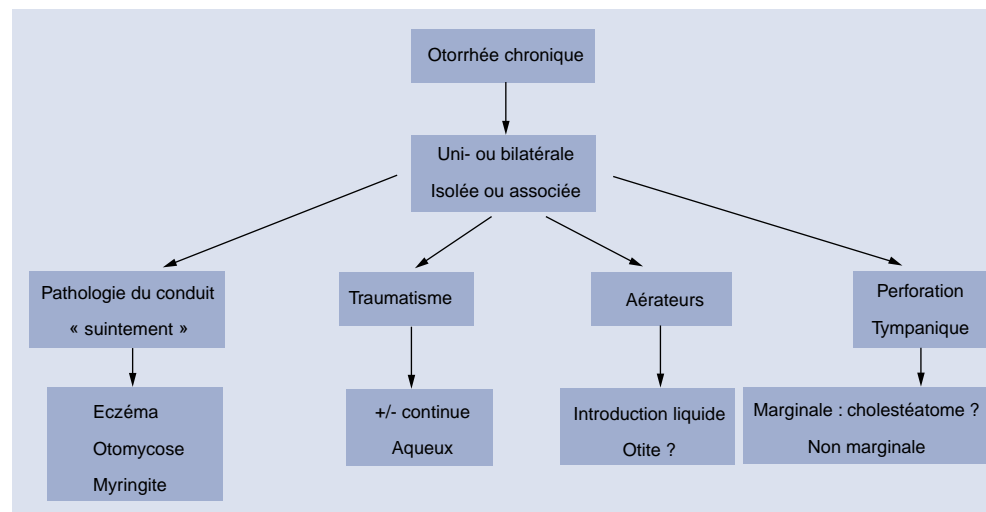
■ Otite externe

En général, elle ne se développe pas sur une peau saine ; le climat chaud et humide favorise sa survenue. La macération cutanée est fréquemment associée après des bains en piscine ou en eau de mer.

L'otoscopie est souvent douloureuse, en particulier lors de toute mobilisation du pavillon.

Un traitement local est le plus souvent suffisant, par l'instillation de gouttes auriculaires ou mieux, en humidifiant une mèche laissée en place pendant quelques jours. Les gouttes contiennent un antibiotique (en évitant la néomycine et la framyc tine, à l'origine de possibles réactions allergiques), souvent un cortico ide et un antalgique. Polydexa , Otofa , Antibio-Synalar , Panotile  et Otipax  sont les principales gouttes prescrites dans cette indication.

Le principal objectif est d'éviter les récidives en interdisant tout nettoyage local instrumental. Certains proposent des mesures préventives : instillation de solution huileuse (huile d'amande douce, C rulyse ) avant la baignade, puis rinçage à l'eau douce et instillation de solution d'acide acétique à 2 ou 5 %.



1 Conduite à tenir devant une otorrhée chronique.

■ **Eczéma**

Le prurit est associé à une lichenification du revêtement cutané. Il doit être différencié de l'eczéma de contact. Le traitement est difficile, car le grattage entretient les lésions. Il comprend des dermocorticoïdes (Locapred®), et parfois des pommades au goudron (Carbo-Dome®).

■ **Corps étranger**

Bien que cela reste exceptionnel, il faut systématiquement l'évoquer. Le corps étranger est retiré avec minutie pour éviter toute blessure cutanée. Il est indispensable d'utiliser un matériel approprié en évitant les pinces qui font « fuir » le corps étranger vers le fond du conduit auditif externe. Des soins locaux sont parfois nécessaires après avoir nettoyé le conduit. Ils se limitent le plus souvent à l'application d'un antiseptique (éosine, fluorescéine) en solution aqueuse. Si une otite externe est associée, le traitement décrit précédemment est à mettre en œuvre.

■ **Otomycose chronique**

Un prurit est souvent associé. L'aspect de coton lâche ou de papier buvard remplissant le conduit est évocateur. Le prélèvement n'est pas utile dans les formes évidentes, en revanche, il est souhaitable devant des otorrhées inhabituelles, récidivantes, sans lésions spécifiques de l'oreille moyenne.

Le traitement est local, souvent pendant plusieurs semaines (Mycoster®, Pevaryl®...).

■ **Myringites chroniques**

Elles traduisent l'inflammation chronique de la membrane tympanique. Il s'agit plus d'un suintement que d'une otorrhée. Des granulations sont visibles sur la membrane tympanique. Le traitement est local, conduit par l'ORL.

Existence d'une perforation tympanique

■ **Non marginale**

Le fond de caisse est légèrement inflammatoire, il n'y a pas de déficit auditif, et l'introduction de liquide

est à l'origine de l'écoulement. Le diagnostic de perforation isolée est le plus probable.

Un traitement local est souvent suffisant pour assécher l'oreille : Otofa®, Oflocet® en gouttes auriculaires (l'Auricularum® est réservé à l'usage du spécialiste). Le traitement antibiotique par voie générale n'est pas toujours utile, en particulier si l'otorrhée est récente. Néanmoins, lorsque l'otorrhée est purulente, une antibiothérapie est souhaitable, dirigée contre le pneumocoque, *Haemophilus influenzae* et le streptocoque. Le patient doit prendre des précautions pour empêcher toute nouvelle introduction d'eau dans l'oreille.

En quelques jours, l'oreille est sèche, la perforation persiste le plus souvent. Il est possible de proposer au patient un avis spécialisé pour la fermeture chirurgicale de la membrane tympanique. La persistance de la perforation fait courir un risque de récurrence de l'écoulement.

■ **Marginale postérosupérieure**

Des débris épidermiques sont visibles. Une otite chronique cholestéatomateuse doit être systématiquement évoquée. Un avis spécialisé est requis, car aucun traitement médical ne peut guérir cette pathologie, pour laquelle un traitement chirurgical est nécessaire. En l'absence de traitement adapté, le cholestéatome envahit lentement les cavités de l'oreille moyenne et peut se révéler par une complication.

Toute perforation touchant le cadre osseux du conduit ou multiple justifie un avis spécialisé.

● **Otorrhée bilatérale**

Le plus souvent, il s'agit d'un dysfonctionnement tubaire dont témoigne la position antéro-inférieure des perforations, le plus souvent à bords réguliers, épaissis. L'otorrhée est muqueuse et épaisse. Il n'y a pas de syndrome infectieux.

Une antibiothérapie locale (Oflocet®) ou générale assèche souvent temporairement l'oreille. La prise en charge au long cours de ces otites muqueuses à tympan ouvert est généralement lassante pour le patient et souvent délicate. Des mesures préventives peuvent toutefois être proposées : cures thermales, hygiène nasale.

● **Quelques cas particuliers**

Otorrhée sur aérateur

C'est une des situations les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant. Elle est le plus souvent due à l'introduction d'eau dans l'oreille, mais elle peut également témoigner d'une réactivation de l'otite séromuqueuse pour laquelle l'aérateur a été mis en place, ou plus exceptionnellement d'une réaction inflammatoire autour de l'aérateur.

Dans tous les cas, que l'otorrhée soit unilatérale ou bilatérale, un traitement local sous la forme de gouttes auriculaires est suffisant pour résoudre le problème.

En cas d'échec, si l'aspect du tympan apparaît douteux ou si un bourgeonnement est présent autour de l'aérateur, un avis spécialisé est utile. Il permet le nettoyage de l'oreille sous microscope, et éventuellement un prélèvement. L'ablation de l'aérateur est parfois nécessaire pour mettre un terme à l'otorrhée.

Otorrhée posttraumatique

Elle traduit une communication entre l'oreille interne, ou l'espace sous-arachnoïdien, et l'oreille moyenne. Si elle est facile à envisager au cours du traumatisme, il faut savoir y penser à distance, même plusieurs mois après le traumatisme. Son caractère aqueux, continu, parfois peu abondant, doit alerter le médecin et faire demander un avis spécialisé.

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Jean-Pierre Fontanel : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, hôpital Jean-Bernard, 355, avenue Jacques Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et JP Fontanel. Conduite à tenir devant une otorrhée chronique. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0415, 1998

R É F É R É N C E S

[1] Legent et al. Le conduit auditif externe : méat acoustique externe. Rapport de la société d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervicofaciale. Paris : Arnette, 1995

[2] Martin CH, Magan J, Bebear JP. La trompe auditive. Rapport de la société d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervicofaciale. Paris : Arnette, 1996

DYSPNÉE LARYNGÉE DE L'ADULTE

D CHEVALIER

La dyspnée laryngée de l'adulte est une dyspnée obstructive du larynx, responsable d'une bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage. Les cancers laryngés sont la cause la plus fréquente, mais elle peut être secondaire à une atteinte infectieuse, à un traumatisme interne ou externe, ou à un problème allergique, classique mais en fait rare œdème de Quincke.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

La dyspnée laryngée de l'adulte est une dyspnée obstructive, conséquence d'un obstacle au niveau du larynx. Elle est moins fréquente que chez l'enfant, en raison du calibre des voies aériennes, plus étroit que chez l'adulte. Elle peut prendre un aspect chronique, s'installant progressivement, et doit conduire à un diagnostic étiologique sans délai avant que le risque vital ne soit mis en jeu. Elle peut s'installer de façon aiguë et constitue alors une urgence thérapeutique.

Les éléments du diagnostic positif sont avant tout cliniques. Les examens paracliniques, lorsqu'ils sont nécessaires au diagnostic étiologique, ne doivent pas retarder le traitement en urgence.

RECONNAÎTRE LA DYSPNÉE LARYNGÉE

● Définition

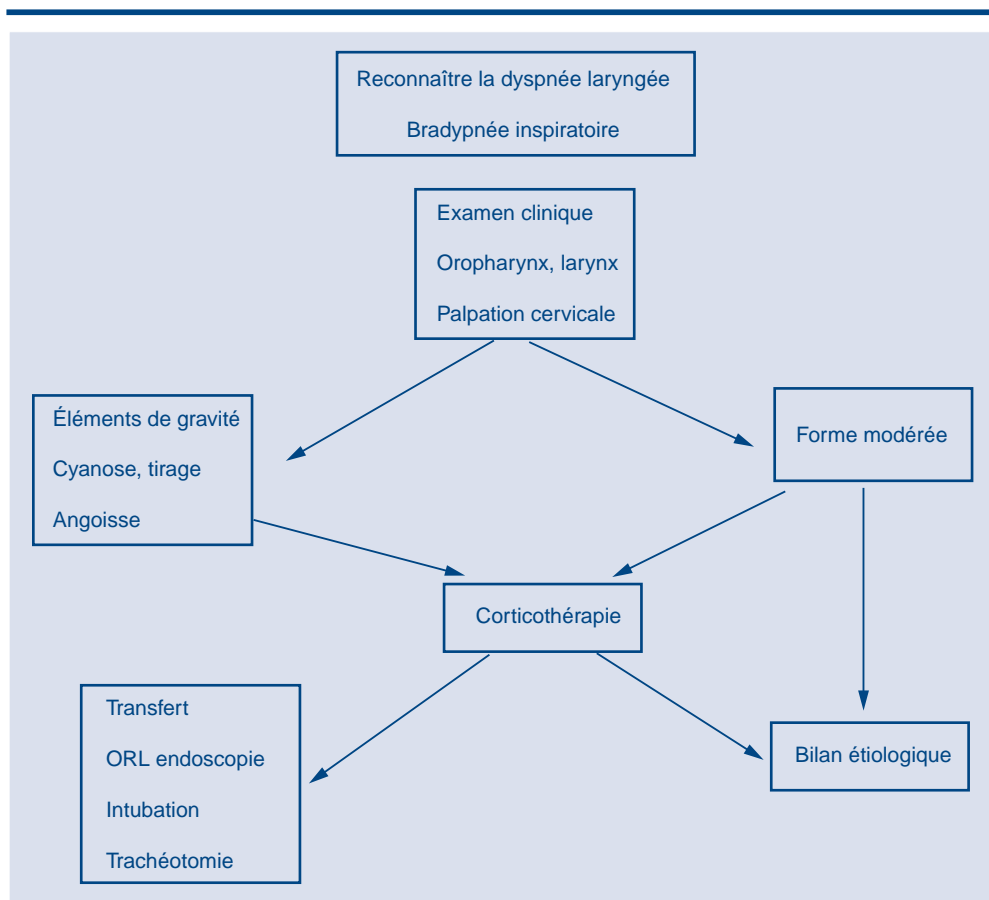
Dans sa forme typique, il s'agit d'une bradypnée inspiratoire qui témoigne du ralentissement du rythme respiratoire, essentiellement aux dépens de l'inspiration (fig 1). La mise en jeu des muscles respiratoires accessoires provoque le tirage qui est la dépression des parties molles sus-claviculaires et intercostales. Le cornage est un bruit laryngé inspiratoire, témoin du rétrécissement de la filière respiratoire.

À côté de ces signes cliniques classiques, peuvent s'associer une toux habituellement sèche, une dysphonie, une voix étouffée, une dysphagie.

● Formes cliniques

Dyspnée laryngée paroxystique

Elle est la conséquence d'une brutale obstruction des voies aériennes. Elle apparaît isolément, ou peut aggraver une dyspnée laryngée chronique jusque là bien supportée. Le patient est assis, tous les reliefs musculaires de son cou sont bien visibles et tendus, il est angoissé, cyanosé et couvert de sueurs.



1 Conduite à tenir devant une dyspnée laryngée.

Dyspnée laryngée chronique

Les signes cliniques sont mineurs et sont plus évocateurs dans les situations où le patient doit faire un effort ou si une obstruction paroxystique survient.

Signes de gravité

Ils conditionnent la thérapeutique et déterminent sa rapidité de mise en œuvre. Il s'agit de la cyanose, des sueurs, de la pâleur. L'agitation, l'angoisse du patient peuvent précéder l'épuisement. L'intensité du tirage sus-claviculaire et sus-sternal témoigne de

l'importance de l'obstacle laryngé. L'hypertension artérielle et la tachycardie complètent le tableau clinique des formes graves.

Les signes de gravité sont : cyanose, sueurs, pâleur, agitation, angoisse.

L'évolution, en l'absence de traitement rapide, aboutit à un état d'asphyxie où le patient a une

Tableau I. – Signes cliniques en fonction du siège de l'obstacle.

Sus-glottique	Glottique	Sous-glottique
voix étouffée dysphagie	dysphonie	voix normale toux rauque

Tableau II. – Causes des dyspnées laryngées chez l'adulte.

Tumeurs	
malignes	→ pharyngolaryngées
bénignes	→ laryngocèle kyste laryngé papillomatose
Paralysie laryngée bilatérale en fermeture	
Épiglottite	
Traumatismes	
Œdème de Quincke	
Corps étranger	

polypnée superficielle, le tirage diminue, pouls et tension artérielle chutent. Ces signes ultimes précèdent de peu le décès du patient.

Formes topographiques

Lorsque la dyspnée est modérée, il est possible d'évaluer le lieu de l'obstacle en fonction des signes cliniques (tableaux I, II).

Éliminer les autres causes de dyspnée

Les causes cardiaques et pulmonaires s'accompagnent d'une polypnée sur les deux temps respiratoires et il n'y a pas d'autre signe laryngé. Dans l'asthme, la bradypnée est expiratoire et les signes auscultatoires sont caractéristiques. Les dyspnées obstructives supralaryngées sont la conséquence des obstacles rhino- et oropharyngés.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Moyens du diagnostic

L'interrogatoire du patient ou de son entourage précise rapidement l'histoire clinique et le mode de survenue. Il précise la rapidité d'évolution, les signes associés, la prise de médicament. Ces éléments permettent d'orienter le diagnostic étiologique, en particulier s'il existe un contexte traumatique ou infectieux. L'inspection et la palpation prudente des reliefs du cou, dans le contexte d'un traumatisme, cherchent une douleur précise, un hématome, une crépitation sous-cutanée. L'examen oropharyngé et l'examen laryngé sont réalisés prudemment pour voir le carrefour des voies aériennes supérieures et sont particulièrement utiles pour le diagnostic. L'examen au nasofibroscope souple, lorsqu'il est réalisable, apporte des informations capitales pour le diagnostic sur le larynx et sa mobilité.

La laryngoscopie directe, sous anesthésie générale au bloc opératoire, permet une exploration précise du larynx. Elle peut être un des moyens thérapeutiques et précède parfois la trachéotomie. Elle est faite en urgence devant une cause traumatique, un corps étranger, une sténose ou une obstruction tumorale. Lorsque l'intensité de la dyspnée le permet, le scanner est l'examen paradiagnostic le plus utile au diagnostic et ne sera effectué que s'il ne retarde pas le traitement.

Le diagnostic de dyspnée laryngée est clinique. Les examens complémentaires ne doivent pas retarder le traitement d'urgence.

Causes tumorales

Chez l'adulte, elles sont les plus fréquentes. Il s'agit essentiellement des cancers du larynx et de l'hypopharynx^[1].

Cancers pharyngolaryngés

Face à un patient de plus de 45 ans, tabagique et aux habitudes de boisson, il s'agit du diagnostic le plus probable. Les arguments sont : la présence d'une dyspnée, d'une dysphagie, d'une otalgie réflexe, et surtout l'installation progressive et parfois ancienne de ces signes. La dyspnée laryngée est plus souvent rencontrée dans les localisations glottiques, sous-glottiques et ventriculaires. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur du sinus piriforme ou de la margelle laryngée, la dysphagie est le premier signe et s'accompagne volontiers d'une adénopathie cervicale. L'obstruction de la filière laryngée est la conséquence de l'infiltration profonde du mur pharyngolaryngé. Le diagnostic évoqué par l'anamnèse est confirmé par la laryngoscopie indirecte sous anesthésie locale ou par la fibroscopie laryngée. À ce moment et pour diminuer le facteur inflammatoire associé, une corticothérapie intraveineuse est débutée immédiatement (Solu-Médrol® : 1 à 2 mg/kg/24 h). L'amélioration transitoire laisse le temps à la préparation du patient, et parfois à la réalisation d'un scanner laryngé. Il est utile, en particulier pour l'étude de la sous-glotte, de l'infiltration profonde et des aires ganglionnaires. C'est la laryngoscopie directe sous anesthésie générale et la biopsie qui affirment le diagnostic, mais dans le même temps, il faut libérer les voies respiratoires. Pour cela, une désobstruction au laser réalisée dans le même temps est le moyen efficace, mais provisoire^[3]. Ensuite, le bilan d'extension doit être complété pour poser l'indication du traitement, le plus souvent chirurgical, de cette tumeur. Si le laser n'est pas disponible, la trachéotomie est faite.

Tumeurs bénignes

Elles sont plus rarement à l'origine de dyspnée laryngée. Les laryngocèles ou les kystes laryngés, habituellement asymptomatiques, peuvent se révéler après accroissement rapide de leur volume.

Leur diagnostic, évoqué en laryngoscopie indirecte, est confirmé par le scanner laryngé. Le traitement est soit endoscopique par ouverture et marsupialisation dans la lumière laryngée, soit externe par résection chirurgicale. La papillomatose laryngée est une affection récidivante pour laquelle la dysphonie est au premier plan et conduit au diagnostic avant que la dyspnée ne s'installe. Son traitement n'est habituellement pas dans un contexte d'urgence et consiste en la photocoagulation laser des papillomes. D'autres tumeurs bénignes du larynx peuvent être rencontrées et posent surtout un problème de diagnostic tant leur évolution progressive conduit rarement à la dyspnée laryngée aiguë (chondrome, lipome...).

Paralysies laryngées bilatérales en fermeture

Lorsqu'elles sont d'origine centrale, il s'agit soit de la paralysie des dilatateurs de la glotte (syndrome de Gerhardt), dans laquelle la voix est normale, soit de la diplégie laryngée totale, où la dysphonie est importante (syndrome de Riegel). L'origine centrale est en rapport avec une atteinte vasculaire, toxique, dégénérative ou infectieuse. Les causes périphériques sont en rapport avec une atteinte bilatérale des récurrents, le plus souvent postchirurgicale. C'est la chirurgie de la thyroïde, de l'œsophage et de la trachée qui est le plus souvent responsable, mais l'infiltration tumorale à partir de ces organes conduit au même tableau clinique d'immobilité laryngée en fermeture. Lorsqu'il s'agit du mode de découverte, il est nécessaire d'en faire le diagnostic par l'imagerie. Le traitement urgent est réalisé par voie endoscopique et consiste en l'élargissement de la filière respiratoire laryngée, soit par cordectomie, soit par aryténoïdectomie au laser^[4]. En cas d'échec, la trachéotomie est également proposée.

Dyspnées laryngées d'origine infectieuse

Elles sont nettement moins fréquentes que chez l'enfant. Il s'agit principalement de l'épiglottite qui est évoquée cliniquement car associée à une dysphagie, un syndrome infectieux franc avec hyperthermie et une hypersalivation. Les germes responsables sont *Haemophilus influenzae*, mais également les streptocoques et *Staphylococcus aureus*^[6]. Le tableau clinique classique est celui d'un homme, au teint gris, assis, tenant un haricot dans lequel il crache régulièrement sa salive. Une telle situation impose l'hospitalisation du patient, en raison du risque évolutif imprévisible. Le patient doit rester en position assise, et le traitement en milieu de réanimation associe une antibiothérapie à large spectre et une corticothérapie. Le diagnostic évoqué cliniquement est confirmé par l'examen laryngé au nasofibroscope, réalisé prudemment, qui montre la turgescence de l'épiglotte. Lorsque la dyspnée s'intensifie, l'intubation est réalisée au bloc opératoire, avec possibilité de réaliser rapidement une trachéotomie en cas d'échec.

Les autres causes de dyspnée d'origine infectieuse sont rares : on peut citer la laryngite diphthérique, actuellement exceptionnelle.

● Causes traumatiques

Les traumatismes externes sont surtout la conséquence des accidents de la voie publique et sont de nature variable, de la simple contusion jusqu'à la désinsertion cricotrachéale. L'anamnèse permet de poser le diagnostic, mais il est important de retenir que la dyspnée laryngée peut apparaître ou s'aggraver secondairement et impose donc un avis spécialisé. Il est souvent nécessaire de poursuivre en hospitalisation une surveillance qui, au moindre doute, conduit à effectuer un bilan précis des lésions par l'examen endoscopique, sous anesthésie générale, et par le scanner laryngé. La corticothérapie, dans le but de réduire la composante œdémateuse, permet de mettre en condition le patient avant son hospitalisation.

Les sténoses laryngées évoluent de façon chronique et sont la conséquence de traumatismes externes ou internes (intubation prolongée, brûlure caustique...). Le diagnostic est évoqué par l'anamnèse et confirmé par l'examen laryngé. La dyspnée est habituellement longtemps bien tolérée et permet de préciser la ou les lésions responsables par l'imagerie.

● Œdème laryngé aigu

L'œdème de Quincke est une affection classique mais rare. Sa survenue est brutale, et elle s'associe à

un œdème de la face et des lèvres, avec risque d'obstruction des voies aériennes par l'œdème. Le traitement urgent^[2] est l'injection sous-cutanée d'adrénaline (0,2 à 0,5 mL à 1/1000) et l'administration d'une dose de corticoïde : 40 mg de prednisone per os ou en intraveineuse.

Il peut s'agir d'une cause allergique d'origine alimentaire ou médicamenteuse, et se pose alors le problème de l'allergène responsable pour le traitement préventif. Il peut également s'agir d'œdème angio-neurotique héréditaire qui est lié à un déficit en C1-estérase et dont le traitement préventif fait appel aux androgènes.

● Corps étranger

Il est rare chez l'adulte, et la dyspnée laryngée se rencontre si le corps étranger (CE) est enclavé dans le larynx. Devant un patient asphyxique, il peut correspondre à une fausse route alimentaire. Seule la manœuvre de Heimlich peut sauver le patient, mais encore faut-il avoir le temps de la pratiquer. Par contre, si le corps étranger est plus petit, la dyspnée est mieux supportée et laisse le temps de prendre les mesures pour hospitaliser le patient et pour extraire le corps étranger sous anesthésie.

SYNTHÈSE DES GESTES D'URGENCE

L'hospitalisation et/ou l'avis spécialisé ORL sont souvent nécessaires, car il s'agit d'une pathologie pour laquelle l'examen clinique, qui

est à la base de pratiquement tous les diagnostics, nécessite une expérience et un matériel spécifiques. Néanmoins, le médecin généraliste joue un rôle capital en préparant le patient à un transfert ou pour administrer un traitement en situation d'extrême urgence. La corticothérapie est souvent utile et, du fait de l'urgence, est idéalement administrée par voie intraveineuse. L'adrénaline est utilisée pour le rare mais impressionnant œdème de Quincke. Enfin, les thérapeutiques instrumentales telles que l'intubation ou la trachéotomie sont difficilement réalisables en pratique. Afin d'y remédier, il existe actuellement des cathéters larges avec mandrin (Minitroch[®]) qui permettent de faire une ponction percutanée trachéale ou intercricothyroïdienne^[5]. Un tel geste peut sauver de l'asphyxie un patient pour qui l'urgence est extrême. Secondairement, une fois la situation critique résolue, le patient est adressé au spécialiste.

CONCLUSION

La dyspnée laryngée est une urgence thérapeutique et nécessite souvent un avis spécialisé. L'histoire clinique et l'examen laryngé permettent souvent d'en reconnaître la cause et de la traiter rapidement dans les meilleures conditions.

Dominique Chevalier : Professeur des Universités, praticien hospitalier, service d'ORL, hôpital Claude-Huriez, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : D Chevalier. Dyspnée laryngée de l'adulte. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0440, 1998, 3 p

RÉFÉRENCES

[1] Bories F, Bessede JP, Enaux M. Diagnostic des dyspnées laryngées de l'adulte. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris)*, Oto-rhino-laryngologie, 20-643-A-10, 1996 : 1-6

[2] Frank-Austen K. Affections liées à une réaction d'hypersensibilité immédiate. In : Harrison TR ed. *Principes de médecine interne*. Paris : Flammarion, 1993 : 1422-1428

[3] Freche C, Rouvier P, Piquet JJ, Haguenauer JP, Traissac L, Peynegre R et al. Laser et cancer. In : *L'endoscopie diagnostique et thérapeutique en ORL*. Paris : Arnette, 1993 : 303-308

[4] Mérite-Drancy A, Laccourreye O, Brasnu D, Laccourreye H. Corpectomie partielle postérieure au laser CO₂ dans les paralysies récurrentielles bilatérales. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1992 ; 109 : 235-239

[5] Orliaguet G. Trachéotomie et cricothyroïdotomie en urgence. Techniques spécialisées en anesthésie réanimation d'urgence. Paris : Arnette, 1993 : 11-37

[6] Perrin A, Hareux S, Florant A, Baril C, Depondt J, Roulleau P. Dyspnée laryngée de l'adulte d'origine infectieuse. À propos de 54 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1987 ; 104 : 625-631

DYSPNÉES LARYNGÉES DE L'ENFANT

JM TRIGLIA, R NICOLLAS

La dyspnée laryngée chez l'enfant constitue une urgence pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elle impose de surveiller l'enfant et de prévoir, en l'absence d'amélioration rapide de la symptomatologie, son transfert dans une structure adaptée. Si chez un nourrisson de moins de six mois on doit évoquer l'existence d'une lésion congénitale, tout enfant en âge de se déplacer, présentant une dyspnée laryngée aiguë, doit être suspect de corps étranger des voies aériennes jusqu'à preuve du contraire.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Les dyspnées laryngées de l'enfant sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques qui peuvent engager le pronostic vital immédiat. Il faut savoir reconnaître leurs signes de gravité en présence desquels un geste de sauvetage doit souvent être rapidement effectué. Au plan étiologique, deux groupes d'enfants sont à distinguer, selon qu'ils sont âgés de moins ou de plus de six mois. Chez les premiers, la pathologie en cause est le plus souvent congénitale, tandis que chez les plus grands, ce sont les corps étrangers et les laryngites aiguës qui sont le plus généralement rencontrés.

RAPPEL ANATOMIQUE

Le larynx de l'enfant ne se limite pas à un larynx adulte de volume réduit. Sa situation anatomique n'est en effet pas la même. Le larynx de l'enfant est plus haut que celui de l'adulte : il descend avec les années jusqu'à l'âge de treize ans environ où il acquiert sa position définitive.

Au plan morphologique, on distingue trois étages :

- l'étage sus-glottique ou vestibule laryngé est relativement souple et spacieux. Il se caractérise par une certaine flaccidité de l'épiglotte, qui, retombant facilement sur le larynx, peut rendre difficile une exposition glottique, soit lors d'une intubation, soit lors d'un examen en fibroscopie nasopharyngée. La base de la langue, immédiatement sus-jacente, peut également jouer un rôle, car étant très réflexogène, elle peut constituer un facteur d'aggravation brutale de la dyspnée ;

- l'étage glottique est constitué par les apophyses vocales, les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales. Chez l'enfant, ce plan glottique a un aspect

ovalaire. Chez le grand enfant comme chez l'adulte, il représente la partie la plus étroite du larynx ;

- l'étage sous-glottique est une région névralgique du fait de son étroitesse : c'est en effet la zone la plus étroite du larynx chez le nourrisson et le petit enfant. Il est cerné par l'anneau cricoïdien, ce qui le rend rigide et inextensible. Le diamètre de ce dernier est de l'ordre de 5 mm chez le nouveau-né pour atteindre 8 à 10 mm à l'âge de 6-7 ans. Le tissu conjonctif qui recouvre le cricoïde étant extrêmement lâche chez le nourrisson, on y trouve un plan de clivage naturel qui permet la constitution d'œdèmes.

Chez un nouveau-né, l'apparition d'un œdème de 1 mm d'épaisseur diminue de 75 % la filière sous-glottique ^[2].

DIAGNOSTIC POSITIF

● Aspect clinique

Dans sa forme typique, le diagnostic de dyspnée laryngée est facile. Il s'agit d'une dyspnée obstructive se traduisant par une bradypnée inspiratoire, ou, pour le moins, par une inspiration prolongée. L'enfant donne l'impression d'avoir « soif d'air », ses efforts inspiratoires mettant en jeu les muscles inspiratoires accessoires. Cet effort inspiratoire se traduit par le tirage, dépression inspiratoire des creux sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique, et des espaces intercostaux. L'origine laryngée de cette dyspnée obstructive se traduit par l'existence d'un bruit laryngé inspiratoire (stridor, cornage), et des modifications de la voix et de la toux.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi évident et il faut noter certaines formes moins typiques. En cas d'obstacle laryngé sous-glottique pur, la voix peut être normale et la dyspnée porter sur les deux temps de la respiration.

Chez le nouveau-né et le petit nourrisson, la bradypnée est souvent remplacée par une

Dans sa forme clinique typique, la dyspnée laryngée associe :

- une bradypnée inspiratoire (ou une inspiration prolongée) ;
- un tirage (sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique, intercostal) ;
- un bruit laryngé inspiratoire (stridor, cornage) ;
- des modifications de la voix ;
- de la toux.

tachypnée ; le diagnostic est d'autant plus difficile que toute tachypnée du nourrisson peut s'accompagner d'un tirage. Enfin, le tableau peut être encore plus trompeur chez un nouveau-né devant une apnée avec ou sans prodrome, des accès de cyanose ou de bradycardie pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiorespiratoire anoxique.

Deux bruits respiratoires différents peuvent être décrits dans un contexte de dyspnée laryngée : le stridor et le cornage.

Le stridor est un bruit plutôt aigu. Le mot en lui-même désigne, en latin, des bruits très divers pouvant aller du sifflement de serpent au barrissement ; en pathologie laryngée, c'est par exemple le bruit perçu dans une laryngomalacie. Il traduit une atteinte vestibulaire ou glottique.

Le cornage désigne un bruit de tonalité moins aiguë que le stridor, moins timbré, évoquant la raucité et le caractère caverneux de la corne de brume. On l'entend lors de rétrécissements glottosousglottiques.

Cette systématisation est bien sûr schématique ; les anciens considéraient ainsi que « toute modification de calibre, de disposition, de consistance des voies aériennes entre le carrefour aérodigestif et la terminaison des bronches souches, est susceptible d'entraîner un stridor ».

L'appréciation du type de dysphonie au cours d'une dyspnée laryngée peut être d'un grand

secours pour le diagnostic topographique. Si la voix est rauque, voilée, bitonale ou éteinte, elle signe une atteinte glottique ou glottosousglottique. Si l'atteinte est supraglottique, la voix sera étouffée.

Pour terminer la description des signes associés, la présence d'une hypersialorrhée associée à une dyspnée laryngée signe un obstacle sus-glottique.

● Critères de gravité

Devant toute dyspnée, l'appréciation de son retentissement s'impose. Les signes de gravité sont cliniques et biologiques. Les premiers sont la durée de la dyspnée, les troubles respiratoires, les signes de lutte respiratoire, les signes d'insuffisance respiratoire aiguë sévère, les troubles de la conscience. Les seconds sont des critères gazométriques.

Au plan clinique, la durée d'une dyspnée supérieure à une heure est considérée comme indice de gravité du fait de la fatigue qui en résulte. L'enfant ne peut plus lutter contre l'obstacle et s'épuise, risquant de se retrouver en arrêt cardiorespiratoire. Les signes de lutte respiratoire, outre le tirage précédemment évoqué, comportent le battement des ailes du nez, le balancement thoraco-abdominal et le hochement de haut en bas de la tête lors de l'inspiration. Une tachypnée supérieure à 60 cycles respiratoires par minute est en fait une respiration superficielle peu efficace, annonciatrice d'une décompensation rapide. Du fait du caractère superficiel de cette respiration, une impression de disparition du tirage doit inquiéter plutôt que rassurer. L'aspect général de l'enfant à ce stade est en règle générale inquiétant, avec cyanose ou pâleur intense. De même, une bradypnée extrême avec des pauses respiratoires de plus de 20 secondes sont des signes de haute gravité. L'existence de sueurs témoignent d'une hypercapnie, et la cyanose, toujours d'apparition tardive dans les dyspnées laryngées de l'enfant, d'une hypoxémie. Les troubles de la conscience, lorsqu'ils surviennent, doivent être considérés comme gravissimes car témoignant d'une hypoxie cérébrale sévère.

Au plan gazométrique, une PaCO₂ > 60 mmHg et/ou une PaO₂ < 50 mmHg sont des critères de gravité d'une dyspnée, de même que l'apparition d'une acidose respiratoire.

Devant toute dyspnée, il importe d'apprécier les éventuels signes de gravité

- ✓ Cliniques :
 - durée de la dyspnée ;
 - troubles respiratoires ;
 - signes de lutte respiratoire ;
 - signes d'insuffisance respiratoire aiguë sévère ;
 - troubles de la conscience.
- ✓ Biologiques :
 - critères gazométriques.

ÉTIOLOGIES ET CONDUITE À TENIR (TABLEAU I)

Tableau I. – Étiologies des dyspnées laryngées.

Chez le nourrisson de moins de 6 mois

- laryngomalacie
- angiome sous-glottique
- paralysies laryngées
- sténoses laryngotrachéales
- kystes laryngés et juxtalaryngés

Chez l'enfant de plus de 6 mois

- corps étrangers des voies aériennes
- laryngites aiguës (épiglottite, laryngite striduleuse, laryngite œdémateuse)
- autres causes plus rares (papillomatoses laryngées, traumatisme laryngé, ingestion de caustiques, œdème laryngé allergique)

● Dyspnée laryngée chez le nourrisson de moins de six mois

Un bilan est à entreprendre en milieu spécialisé en pédiatrie.

Laryngomalacie

La laryngomalacie représente la plus fréquente des anomalies laryngées congénitales^[4, 12], et la cause la plus habituelle des stridors du nouveau-né, du nourrisson et du petit enfant.

Sur le plan des lésions laryngées, on reconnaît trois types de lésions anatomiques dans la laryngomalacie

- ✓ Type 1 : épiglote longue et tubulaire, souvent appelée « épiglote en oméga », volontiers associée au type 2.
- ✓ Type 2 : replis aryépiglottiques courts.
- ✓ Type 3 : épaississement de la région aryénoïdienne dont la muqueuse se prolabe dans la lumière laryngée lors de l'inspiration (fig 1).

D'autres mécanismes associés à ces anomalies anatomiques ont été évoqués ; on y retrouve essentiellement l'hypothèse selon laquelle un mauvais contrôle neuromusculaire associé à la faiblesse du support cartilagineux peut être responsable du collapsus des éléments de l'étage sus-glottique. D'autre part, Holinger signale l'existence d'un reflux gastro-œsophagien dans environ un quart des cas.

Concernant la clinique, le maître-symptôme est le stridor^[7], comme la dénomination originelle de la pathologie, « stridor laryngé congénital », pouvait le laisser supposer. Il est majoré par le décubitus dorsal, les pleurs, les cris, et toute circonstance augmentant la fréquence et le débit respiratoires. Il a été signalé une possible accentuation du stridor lors des phases de sommeil^[4]. La date d'apparition du stridor est toujours très précoce, s'échelonnant volontiers entre

Quelle est la conduite à tenir devant une laryngomalacie ?

- ✓ Dans les cas où la laryngomalacie se limite à un stridor isolé, seule une surveillance de l'enfant sur les plans staturopondéral et respiratoire est nécessaire.
- ✓ En ce qui concerne le traitement des formes sévères de la laryngomalacie, tous les auteurs sont unanimes pour utiliser le laser Co₂, même si certaines équipes ne l'utilisent pas de façon exclusive mais en alternance avec les micro-instruments laryngés.

les dixième et quinzième jours de vie^[4, 7]. Soulignons que, si la laryngomalacie s'accompagne toujours d'un stridor, l'existence d'un stridor n'est pas toujours le témoin d'une laryngomalacie.

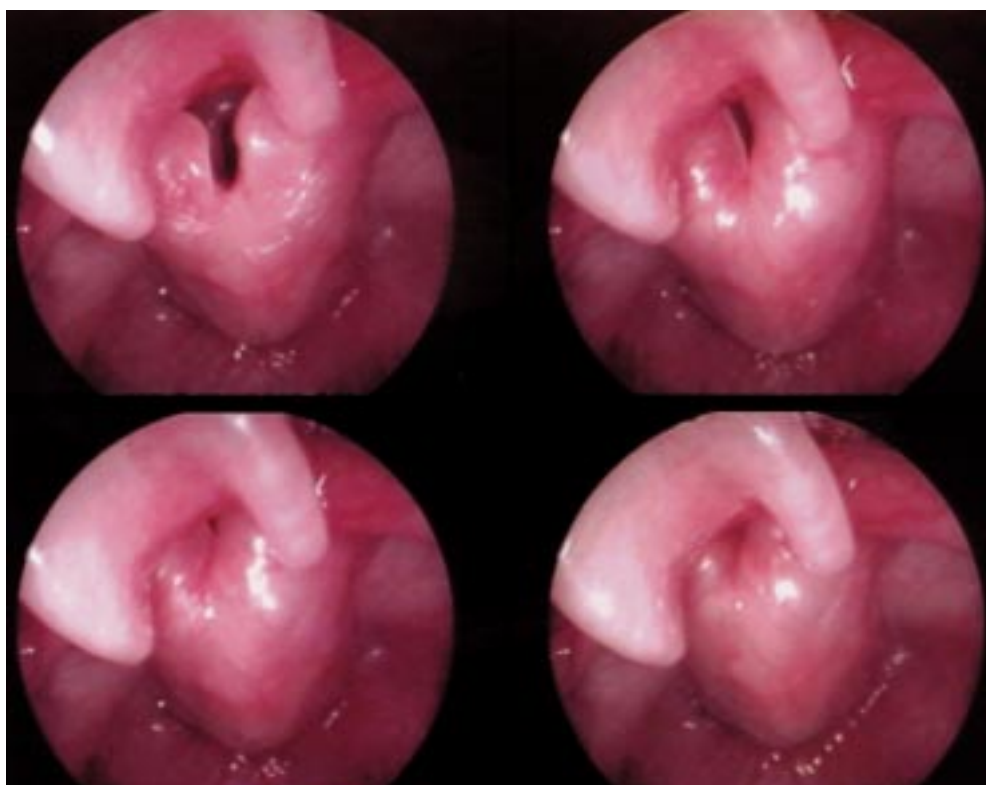
L'enfant porteur de cette affection peut également présenter une dyspnée d'effort, voire de repos, selon la gravité de son atteinte. À l'extrême, des épisodes de cyanose, voire des apnées, pouvant déboucher sur un arrêt cardiorespiratoire peuvent se rencontrer en pareil cas.

Une grande importance doit être accordée à l'augmentation de la durée des tétées, témoin des difficultés alimentaires, qui est très vite suivie d'une cassure de la courbe de poids.

Le retentissement staturopondéral, l'aggravation des dyspnées, les apnées, et les épisodes de cyanose, sont autant d'éléments définissant les

En quoi consiste le traitement de l'angiome sous-glottique ?

Il repose tout d'abord sur la corticothérapie générale à la dose de 0,125 à 0,375 mg/kg/j de bétaméthasone pendant 10 à 15 jours, à poursuivre à doses dégressives durant 4 semaines. Les corticoïdes agiraient d'une part de façon indirecte en sensibilisant les angiomes aux vasoconstricteurs présents dans la circulation générale, et d'autre part directement sur les sphincters précapillaires. Devant une forme corticosensible, le traitement est à renouveler en cas d'accès dyspnéique. En revanche, face à une forme corticorésistante, on aura recours soit au laser, soit à la chirurgie par voie externe associant une exérèse de la lésion et une éventuelle laryngotrachéoplastie d'élargissement^[10]. Notons qu'une grande place est toujours accordée à la trachéotomie de sécurité. L'intubation transitoire a également été proposée.



1 Laryngomalacie : noter l'aspiration de la muqueuse laryngée postérieure lors de l'inspiration.

formes sévères de laryngomalacie et qui font porter une indication opératoire^[7]. D'autres complications liées à l'obstruction des voies aériennes et à la lutte respiratoire de l'enfant ont été rapportées tels les pectus excavatum.

Angiome sous-glottique

L'angiome sous-glottique est la première cause de dyspnée laryngée chez les enfants de moins de 6 mois^[10] ; notons que cette fréquence a longtemps été sous-estimée, et que c'est aux progrès de l'endoscopie pédiatrique que l'on doit de mieux en connaître l'importance.

Aux plans anatomique et physiopathologique, deux faits sont constatés, pour lesquels aucune explication n'est donnée : la nette prédominance féminine (le sex-ratio étant approximativement de

deux filles pour un garçon), et la localisation préférentielle postérolatérale gauche (fig 2).

Au plan de la symptomatologie, il faut retenir que la dyspnée laryngée apparaît avec une notion d'intervalle libre par rapport à la naissance, c'est-à-dire que l'enfant est indemne de tout signe respiratoire pendant les 6 à 8 premières semaines de vie. C'est progressivement que le nourrisson va présenter une dyspnée inspiratoire parfois accompagnée d'une toux, d'un stridor, voire d'un cri rauque^[10]. La possibilité d'une dysphagie, de vomissements, de cyanose et d'hémoptysies a été également notée. Il faut aussi remarquer que tout tableau de laryngites à répétition ne faisant pas sa preuve doit faire penser à l'existence d'un angiome sous-glottique.

Paralysies laryngées

Les paralysies laryngées représentent la deuxième cause des stridors et dyspnées du nouveau-né et du nourrisson^[5]. L'intensité de leur symptomatologie est variable en fonction, d'une part, du caractère uni ou bilatéral de la paralysie, et d'autre part de son type, c'est-à-dire en fermeture (adduction) ou en ouverture (abduction). Généralement unilatérales, elle sont bien supportées après une période d'adaptation respiratoire. Dans les formes bilatérales en fermeture, la dyspnée et le stridor sont permanents, tandis que la dysphonie et les troubles de la déglutition sont rares. Dans la majorité des cas, la détresse respiratoire est telle qu'elle nécessite une intubation, généralement suivie d'une trachéotomie.

La certitude diagnostique repose sur la visualisation de la paralysie laryngée ; elle est permise aujourd'hui au cours d'une consultation ORL par l'emploi du nasofibroscope. Si cette

Quelles causes invoquer devant une paralysie laryngée ?

- ✓ Dans 50 % des cas, aucune étiologie n'est retrouvée (paralysie laryngée idiopathique).
- ✓ Dans 50 % des cas, un de ces trois groupes étiologiques est identifié : neurologique, traumatique ou cardiologique.

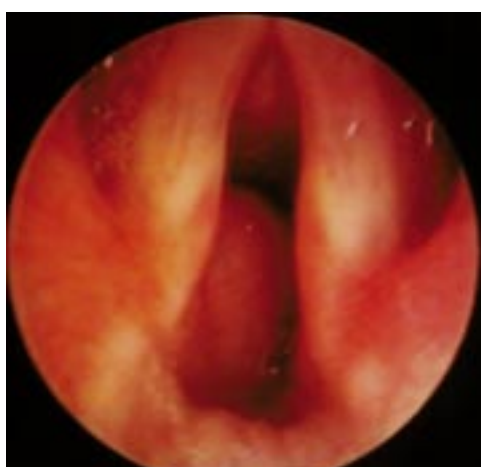
réalisation est aisée et de pratique courante, l'interprétation de la mobilité laryngée d'un nouveau-né ou d'un nourrisson reste une étape souvent difficile ; le diagnostic de paralysie laryngée de l'enfant est l'un des plus difficiles à porter en nasofibroscopie.

- Les **formes neurologiques** représentent la première cause de paralysie laryngée bilatérale et la deuxième cause de paralysie unilatérale^[5]. Elles correspondent essentiellement à des atteintes centrales à type d'anoxie cérébrale néonatale (35 %). La paralysie laryngée n'étant qu'un des éléments du tableau clinique, l'anamnèse y est très évocatrice. D'autres atteintes neurologiques centrales peuvent être en cause, telle l'hypotonie néonatale bénigne (35 %). Les malformations d'Arnold-Chiari, les méningocèles ou myéломéningocèles^[5] et les hydrocéphalies ont été retrouvées à l'origine de paralysies laryngées qui sont assez souvent d'apparition retardée. La tolérance de la paralysie est fonction de son caractère bilatéral ou unilatéral. Certaines affections périphériques peuvent également entraîner des paralysies laryngées, tels les dysgénésies nucléaires ou les neuropathies périphériques héréditaires, voire les traumatismes des nerfs moteurs du larynx. L'évolution des paralysies laryngées de cause neurologique se fait plus volontiers vers la régression dans les formes unilatérales que dans les formes bilatérales.

- Les **traumatismes obstétricaux** sont une cause fréquente de paralysies laryngées néonatales. Elles sont secondaires à l'emploi de forceps et/ou à des tractions prolongées sur le rachis cervical^[5]. On les retrouve également dans les suites de dystocie des épaules. Les enfants naissent avec un stridor, plus rarement en état de détresse respiratoire pouvant nécessiter une intubation d'urgence, et selon certains auteurs, une trachéotomie. Ces paralysies sont généralement toujours régressives.

- Toute **chirurgie cervicale ou thoracique** du nourrisson ou du petit enfant peut être à l'origine d'une paralysie laryngée par lésion des nerfs récurrents. Les interventions en cause sont essentiellement cervicales, thoraciques (en particulier cardiaque ou œsophagienne), ou neurologiques, telle la cure d'une tumeur de la fosse postérieure. Ces paralysies sont le plus souvent définitives.

- Les **dilatations des cavités cardiaques** ou de l'artère pulmonaire sont une des causes peu fréquentes de paralysies laryngées (2 %) de l'enfant. Mentionnons le syndrome d'Ortner, qui est une paralysie laryngée gauche, causée par l'étirement du nerf récurrent gauche par une artère pulmonaire dilatée dans un contexte de rétrécissement mitral.



2 Angiome sous-glottique dans sa localisation typique postérolatérale gauche.

La gravité potentielle des formes bilatérales et la possible régression spontanée au cours des 9 premiers mois sont les éléments qui tendent à dicter la stratégie thérapeutique. En l'absence d'une récupération spontanée, un traitement chirurgical d'élargissement glottique doit être envisagé, soit par voie endoscopique, soit par voie externe. Il pourra s'agir soit d'une aryténoïdectomie [6], soit d'une aryténoïdopexie [8].

Sténoses laryngotrachéales

Différentes lésions anatomiques peuvent se voir ; qu'elles soient congénitales ou acquises, leur prise en charge dépend du degré d'obstruction de la lumière aérienne.

Une simple surveillance régulière est à instituer si l'obstruction est inférieure à 50 %. Dans le cas contraire, ces sténoses doivent bénéficier, ces sténoses doivent bénéficier, soit d'un traitement chirurgical par voie externe, soit d'un traitement endoscopique [6, 10].

L'atrésie laryngée est une anomalie congénitale précoce du développement laryngé. Habituellement associée à d'autres malformations congénitales, elle est toujours responsable d'une grande détresse respiratoire dès la naissance, car la filière laryngée est réduite à un fin pertuis postérieur. La survie de l'enfant ne peut être assurée que par une trachéotomie d'urgence, la décision d'un traitement ultérieur dépend essentiellement du nombre et de la sévérité des malformations congénitales associées.

La sténose glottique membraneuse se caractérise par l'existence, soit d'une membrane très fine, translucide, unissant le tiers ou la moitié antérieure des cordes vocales, soit d'une membrane épaisse où le bord interne des cordes vocales n'est pas nettement individualisé (fig 3). Si, dans le premier cas, la simple section à la faux permet une amélioration immédiate de la respiration, dans les formes épaisses, la crainte d'une sténose cricoïdienne sous-jacente doit faire envisager un agrandissement laryngé par voie externe.

La sténose sous-glottique peut être classée selon différents types histologiques de lésions (fig 4). Au



3 Palmure glottique antérieure.



4 Sténose sous-glottique antérieure rétrécissant la lumière aérienne de 60 % environ.

plan clinique, la dyspnée est d'autant plus précoce et marquée que la sténose est plus serrée. Son degré exact ne peut être réellement établi que par une endoscopie, mais celle-ci constitue une exploration dangereuse car le traumatisme instrumental risque d'aggraver la dyspnée par survenue d'un œdème de la muqueuse. C'est pourquoi il est conseillé, avant d'endormir l'enfant, de préparer le matériel nécessaire pour une intubation ou une trachéotomie sur bronchoscope si l'intubation n'est pas possible. En fonction de l'extension verticale et du degré de la sténose, le traitement fait appel soit au laser (< 70 % d'obstruction et < 0,5 à 1 cm de hauteur), soit à une chirurgie par voie externe à type de laryngotrachéoplastie d'élargissement ou de résection cricotrachéale [6, 9].

Kystes laryngés et juxtalaryngés

Il s'agit d'entités pathologiques beaucoup plus rares : ce sont les kystes épiglottiques, aryépiglottiques et sous-glottiques [12]. Ils se révèlent généralement de façon précoce dans les premiers jours de la vie pour s'aggraver rapidement. Le diagnostic ne peut être efficacement porté que par la fibroscopie nasopharyngée qui permettra de situer le niveau exact du kyste et son importance. La hiérarchie thérapeutique va de la simple ponction, pour confirmer le diagnostic et affaïsser le kyste, jusqu'à l'exérèse de la poche kystique par voie endoscopique et à l'aide du laser. L'exérèse chirurgicale par cervicotomie n'est généralement indiquée qu'en cas de récurrence après traitement endoscopique.

● Dyspnée laryngée chez les enfants de plus de 6 mois

C'est la forme clinique la plus fréquente.

Corps étrangers des voies aériennes

Fréquents chez l'enfant de six mois à six ans, ils ont un maximum de fréquence dans la deuxième année. Ils sont caractérisés par le syndrome de pénétration qui associe toux, agitation, accès de suffocation, cyanose, et on apprend rétrospectivement que l'enfant a avalé « de travers », mangé des cacahuètes ou autre friandise. Habituellement tout rentre dans l'ordre en quelques minutes mais

une hospitalisation sera nécessaire pour vérifier l'axe trachéobronchique avec une instrumentation adaptée

Parfois, un tableau d'asphyxie peut survenir en présence de corps étranger volumineux ou enclavé dans le larynx ou la trachée. Il faudra se méfier, dans cette éventualité, de gestes à l'aveugle comme la mise en place de doigts dans la bouche qui peut enfoncer le corps étranger, la suspension de l'enfant par les pieds qui pourra rendre un corps étranger complètement obstructif s'il s'enclave dans la région sous-glottique.

Le traitement initial consiste à administrer un corticoïde injectable pour lutter contre l'œdème et prévoir le transport de l'enfant en urgence dans un milieu spécialisé habitué à l'endoscopie pédiatrique.

Si l'asphyxie est menaçante, la manœuvre de Heimlich, qui réalise la compression brusque de la région épigastrique de bas en haut peut être tentée pour désenclaver le corps étranger.

La trachéotomie d'extrême urgence ou la ponction trachéale avec un trocart sont parfois les seules solutions. Quoi qu'il en soit, le traitement, qui repose sur une endoscopie, aura à la fois un intérêt diagnostique et thérapeutique permettant l'extraction du corps étranger [3].

En cas de doute sur l'existence ou non d'un corps étranger, une endoscopie devra être pratiquée systématiquement, le doute ne devant pas avoir sa place en matière de corps étranger des voies aériennes.

Laryngites aiguës

S'inscrivant généralement dans un contexte fébrile, elles peuvent toucher les trois étages du larynx. En dehors de l'épiglottite, grave mais rare, les formes les plus fréquentes sont les laryngites « striduleuses » spasmodiques d'évolution bénigne et les laryngites « œdémateuses » plus sévères [11].

■ Épiglottite ou laryngite supraglottique

Elle est beaucoup plus rare que les autres formes mais elle est aussi beaucoup plus dangereuse. D'origine bactérienne, due à *Haemophilus influenzae*, son début est très brutal avec une fièvre élevée supérieure à 39 °C, associée à une dyspnée et une dysphagie s'aggravant rapidement. L'attitude de l'enfant est évocatrice, assis, tête penchée en avant, bouche ouverte d'où s'écoule une salive claire qu'il ne peut déglutir et refusant de s'allonger sur le dos. On note également une altération importante de l'état général. Si la dyspnée réagit mal à l'antibiothérapie, l'enfant doit être transféré d'urgence dans un service de réanimation en évitant l'examen oropharyngé et le décubitus, ces manœuvres pouvant provoquer une apnée mortelle. En milieu spécialisé, l'intubation s'avère le plus souvent



5 Laryngite sous-glottique.

nécessaire, tout en prenant la précaution de préparer le matériel nécessaire à une trachéotomie de sauvetage.

■ Laryngite striduleuse

C'est la moins grave des laryngites ; elle correspond au « faux croup ». Sa physiopathologie exacte n'est toujours pas connue ; il s'agirait d'un spasme glottique dont la (les) cause(s) pourrai(en)t être un reflux gastro-œsophagien, des phénomènes inflammatoires ou psychologiques. Leur survenue est brutale, volontiers nocturne, et la dyspnée modérée disparaît spontanément en moins de 1 heure. Un contexte de virose respiratoire est habituellement retrouvé. La récurrence des épisodes dyspnéiques est fréquente, tant la même nuit que les suivantes.

Devant l'angoisse des parents de se trouver confrontés à un épisode plus sévère, et afin de calmer la toux irritative, une corticothérapie per os

de 3 à 4 jours par de la bêtaméthasone à 10 gouttes/kg/j sera prescrite ainsi qu'une humidification de la chambre.

■ Laryngite œdémateuse

C'est la plus fréquente des laryngites sous-glottiques (fig 5). D'origine virale, comme la rhinopharyngite qui l'accompagne, son début est souvent nocturne, marqué par une dyspnée laryngée typique avec tirage et cornage. Il n'y a pas de caractère spasmodique, le cri et la toux sont rauques, l'expiration est libre.

Le traitement de la laryngite œdémateuse doit être instauré rapidement. Il associe une corticothérapie injectable (1 mg/kg/j de Solumédrol®), à renouveler une demi-heure plus tard si les signes dyspnéiques persistent, et une humidification de l'air ambiant. Le médecin doit rester avec l'enfant jusqu'à cessation des signes. En l'absence d'amélioration rapide, l'enfant devra être hospitalisé car l'évolution vers une forme grave peut imposer une intubation voire une trachéotomie d'urgence [2].

Autres causes de dyspnée laryngée

■ Papillomatose laryngée

Il s'agit d'une lésion tumorale bénigne d'origine virale (papillomavirus), qui n'est qu'exceptionnel-



6 Papillomatose laryngée juvénile.

lement dyspnéisant [1]. Lorsqu'elle le devient, ce n'est qu'après une longue période de dysphonie (fig 6).

■ Traumatismes laryngés

Ils sont suspectés devant un emphysème sous-cutané, témoin d'une communication entre l'arbre aérien et les espaces sous-cutanés. L'anamnèse est là aussi importante.

■ Ingestion de liquide caustique ou bouillant

Elle survient généralement dans un contexte évocateur avec la présence de lésions buccales.

■ Œdème laryngé allergique par piqûre d'insecte

Il apparaît lui aussi dans un contexte évocateur. Il réagit bien, en général, au traitement d'adrénaline sous-cutanée (1/4 de mg) ou Soludécadron® injectable (4 mg).

Jean-Michel Triglia : Professeur des Universités, praticien hospitalier fédération ORL.

R Nicollas : Chef de clinique à la faculté, assistant des Hôpitaux.

Unité d'ORL pédiatrique, hôpital de la Timone, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 5, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Triglia et R Nicollas. Dyspnées laryngées de l'enfant. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), *Encyclopédie Pratique de Médecine*, 6-0445, 1998, 5 p

RÉFÉRENCES

[1] Attal P, Rocher P, Bobin S. La papillomatose laryngée. *Cahiers d'ORL* 1996 ; 21 : 224-226

[2] Girschig H. Les laryngites aiguës. In : Garabédian EN, Bobin S, Monteil JP, Triglia JM eds. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1996 : 209-212

[3] Liancai M, Deqiang S, Ping HE. . Radiological diagnosis of aspirated foreign bodies in children: review of 343 cases. *J Laryngol Otol* 1990 ; 104 : 778-782

[4] Narcy P, Bobin S, Contencin P, Le Pajolec C, Manac'h Y. Anomalies laryngées du nouveau-né : à propos de 687 observations. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1984 ; 101 : 363-373

[5] Nicollas R, Roman S, Triglia JM. Les paralysies laryngées de l'enfant. *Cahiers d'ORL* 1996 ; 21 : 233-237

[6] Nicollas R, Triglia JM, Belus JF, Bonneru JJ, Marty JY. Le laser CO2 en laryngologie infantile. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996 ; 113 : 243-249

[7] Triglia JM, Abram D, Nicollas R, Bonneru JJ, Geigle P, Cannoni M. Le traitement des formes sévères de la laryngomalacie. *J Fr ORL* 1992 ; 41 : 427-430

[8] Triglia JM, Belus JF, Nicollas R. Arytenoidopexy for bilateral vocal fold paralysis in young children. *J Laryngol Otol* 1996 ; 110 : 1027-1030

[9] Triglia JM, Belus JF, Portaspana T, Abram D, Gillot JC, Castro F et al. Les sténoses laryngées de l'enfant. Bilan de dix ans de traitement. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1995 ; 112 : 279-284

[10] Triglia JM, Epron JP, Bouanga C, Cannoni M. Le traitement chirurgical des angiomes sous-glottiques du nourrisson : techniques et indications. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1993 ; 110 : 399-403

[11] Triglia JM, Nicollas R. Les laryngites aiguës dyspnéisantes de l'enfant. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), *Oto-rhino-laryngologie*, 20-645-E-10, 1997 : 1-6

[12] Triglia JM, Portaspana T, Cannoni M, Pech A. Subglottic cyst in a newborn. *J Laryngol Otol* 1991 ; 105 : 222-223

ÉCOULEMENT NASAL CHRONIQUE

E SERRANO, J PERCODANI, JJ PESSEY

Un écoulement nasal chronique est un signe fonctionnel rhinologique banal et fréquent. Le diagnostic étiologique obéit à une démarche codifiée. Tout écoulement nasal unilatéral est suspect et doit faire éliminer une pathologie tumorale.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

La rhinorrhée, ou écoulement nasal chronique, constitue un motif de consultation fréquent en oto-rhino-laryngologie (ORL). Elle peut être isolée ou associée à d'autres signes fonctionnels rhinosinusiens : obstruction nasale, éternuements, troubles de l'odorat, épistaxis, algies faciales. Il peut s'agir d'une rhinorrhée antérieure, le patient se plaint alors « d'être enrhumé », « de se moucher » ou « d'avoir le nez qui coule », ou bien d'un jetage postérieur, le patient parle alors d'une sensation de corps étranger pharyngé, de brûlure ou de picotement pharyngé. Souvent, il décrit très bien que « quelque chose coule au fond de la gorge ». Parfois, il existe simplement un hémorragie, ou radement de gorge.

L'interrogatoire doit être minutieux et dirigé, permettant souvent au clinicien d'évoquer d'emblée un diagnostic étiologique. La rhinoscopie est indispensable, de même que l'examen ORL complet. Les examens complémentaires seront guidés par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

INTERROGATOIRE

Le clinicien devra faire préciser :

- la nature de la rhinorrhée : séreuse (plutôt liquide), muqueuse (plutôt épaisse), mucopurulente, purulente, croûteuse ou sanglante, acqueuse ;
- le caractère uni- ou bilatéral ;
- la date et le mode de début ;
- l'évolution aiguë ou chronique, continue ou discontinue ;
- le mode évolutif des symptômes : survenue saisonnière ou perannuelle ;
- la notion de facteurs déclenchants : changement d'environnement, manipulation de certaines substances, contact avec certains animaux, changements de position (le matin au lever), prise de certains aliments ;
- les signes associés rhinologiques : obstruction nasale, éternuements, troubles olfactifs, épistaxis, algies faciales ;
- les signes associés évocateurs d'une allergie : prurit nasal, oculaire ou palatin ;

- des signes de reflux gastro-œsophagien, en particulier un pyrosis, en cas de jetage postérieur ;
- des signes indirects de jetage postérieur : laryngés (toux sèche ou productive) ou trachéobronchiques (trachéobronchites à répétition).

Il est par ailleurs important de connaître les antécédents personnels et familiaux, en particulier l'existence d'une allergie ou d'un asthme, la notion de traumatisme crâniofacial, les antécédents chirurgicaux rhinosinusiens.

EXAMEN CLINIQUE

Inspection

L'examen clinique débute par l'inspection qui permet parfois de mettre en évidence une déformation congénitale ou acquise de la pyramide nasale, une déviation septale antérieure ou une anomalie du vestibule narinaire visible en relevant la pointe du nez avec le pouce, un pli nasal horizontal, perpendiculaire à l'arête nasale, évocateur d'une allergie et lié aux mouvements répétés de frottement et de mouchage : c'est le classique « salut allergique » ; enfin, un second pli palpébral inférieur, également évocateur d'allergie.

L'inspection du nez au cours d'une inspiration forcée peut mettre en évidence une aspiration des ailes narinaires caractéristique d'un syndrome de la valve nasale.

Palpation

La palpation recherche des points douloureux en cas d'antécédent de traumatisme.

Endoscopie des fosses nasales

La rhinoscopie antérieure au spéculum donne des informations limitées par rapport à l'endoscopie nasale. Elle permet cependant de visualiser la cloison cartilagineuse, le plancher de la fosse nasale, la tête du cornet inférieur et la tête du cornet moyen. Elle doit être pratiquée avant et après pulvérisation nasale d'un vasoconstricteur.

La rhinoscopie postérieure au miroir est souvent difficile en raison d'un réflexe nauséux ou de la conformation anatomique (longueur du voile). Lorsqu'elle est possible, elle visualise le cavum et la partie postérieure des fosses nasales.

L'ORL pratiquera une endoscopie nasale, réalisée à l'aide d'un nasofibroscope souple ou d'un endoscope rigide, qui mettra en évidence :

- l'architecture ostéocartilagineuse des fosses nasales ;
- l'aspect de la muqueuse de l'ensemble de la fosse nasale (œdème, polypose, hypertrophie, atrophie) ;
- d'éventuelles lésions sécrétoires au niveau des méats ;
- le cavum (inflammation, hypertrophie adénoïdienne) ;
- une éventuelle tumeur des fosses nasales.

Il est possible de réaliser des prélèvements dirigés sous endoscopie, notamment des prélèvements bactériologiques au niveau du méat moyen ou un frottis nasal au niveau du cornet moyen pour examen cytologique [6].

CONDUITE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE À TENIR

Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique guident la prescription des examens complémentaires et la conduite thérapeutique à tenir.

Rhinorrhée claire

Rhinorrhée claire isolée

Devant une rhinorrhée claire isolée unilatérale

Il faut éliminer une rhinorrhée de liquide céphalorachidien. Elle est facilement suspectée en cas d'antécédent de traumatisme crânien compliqué de fracture de l'étage antérieur de la base du crâne ou du rocher. Elle peut aussi survenir dans les suites d'une chirurgie rhinosinusienne (évidemment ethmoïdal, septoplastie). Il s'agit en général d'une hydorrhée unilatérale augmentée par les efforts abdominaux, la compression des jugulaires, la position penchée en avant. La difficulté est de confirmer son authenticité. La présence de glucose et le dosage de la bêta-2-transferrine dans l'écoulement nasal sont des signes de valeur, mais seulement en cas d'écoulement non sanglant. Le scanner recherche un trait de fracture au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne ou du rocher. Le transit isotopique confirme le diagnostic et précise la

localisation de la fuite de liquide céphalorachidien. Il est non contributif en l'absence de rhinorrhée le jour de l'examen. Le traitement est en général chirurgical, comprenant la fermeture de la brèche afin de prévenir le risque de méningite.

Devant une rhinorrhée claire isolée bilatérale

Il faut penser à :

- l'hydrorrhée du sujet âgé, classique « goutte au nez ». Elle justifie, en l'absence de contre-indication, la prescription d'anticholinergiques locaux ;
- l'hydrorrhée matinale survenant dès le passage à la position orthostatique. Elle est souvent profuse, séreuse et peut être isolée. Elle est favorisée par les variations de température. La cause serait un dysfonctionnement neurovasculaire des glandes et des réseaux artérioveineux sous-muqueux.

Rhinorrhée claire associée à d'autres signes rhinologiques

■ **Rhinite allergique**

La classique triade symptomatique obstruction nasale bilatérale, rhinorrhée claire, éternuements survenant sous forme de crises, en salve, est fortement évocatrice d'une rhinite allergique. À cette triade, peuvent s'associer des signes mineurs mais parfois au devant de la scène :

- prurit nasal, palatin, oculaire avec larmoiement, ou prurit du conduit auditif externe ;
- des céphalées : fréquentes, elles ne traduisent pas forcément une participation sinusienne, mais sont la conséquence d'un trouble de la ventilation nasale ;
- un jetage postérieur ;
- des troubles olfactifs : hyposmie ou anosmie, parfois associés à une hypoguesie.

Les aspects endoscopiques de la rhinite allergique sont variables, aucun n'est spécifique :

- hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs ;
- sécrétions séreuses tapissant les fosses nasales ;
- muqueuse couleur lilas, atone, plus rarement rouge ;
- œdème localisé de la muqueuse ;
- polypes au niveau du méat moyen en cas de participation sinusienne.

Des tests cutanés viendront confirmer l'impression clinique

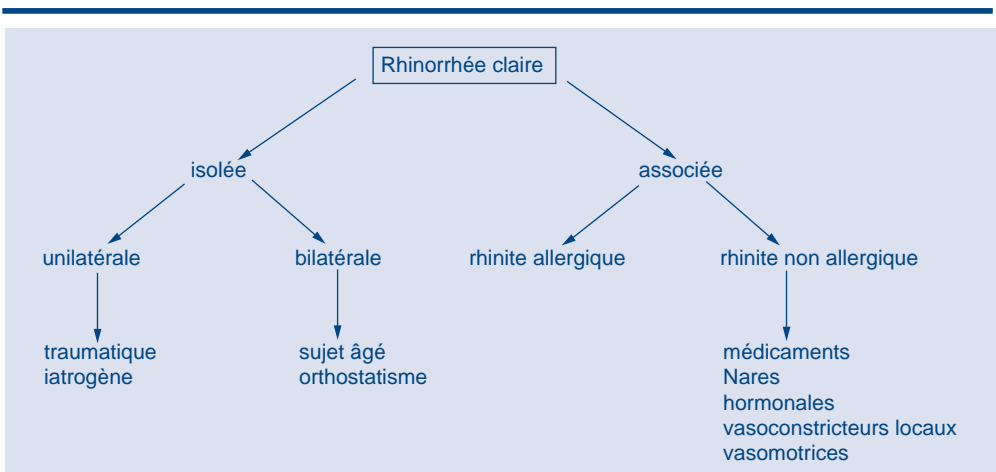
Les antihistaminiques par voie générale et/ou par voie locale intranasale en association avec les corticoïdes locaux constituent la base du traitement. Ils sont en général très efficaces sur la rhinorrhée. La corticothérapie générale en cure courte peut être prescrite en cas de rhinite allergique sévère ou pour passer un cap aigu. Les corticoïdes retard injectables n'ont aucune indication dans ces cas. L'éviction allergénique est toujours indiquée lorsqu'elle est possible [5, 7, 9].

■ **Rhinite non allergique**

L'allergie n'est pas la seule cause d'hyperréactivité nasale. En effet, il existe des rhinites non allergiques au cours desquelles la rhinorrhée peut être d'intensité variable [4, 9].

■ Les rhinites par intolérance médicamenteuse ou alimentaire : acide acétylsalicylique et dérivés, alcool, certains colorants (tartrazine). Le traitement repose sur l'éviction de la substance en cause.

■ La rhinite éosinophilique, ou NARES (*non allergic rhinitis with eosinophilic syndrom*) : la



1 Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée claire. 1. Nares : non allergic rhinitis with eosinophilic syndrom.

symptomatologie diffère peu de celle des autres rhinites, mais l'anosmie est fréquemment retrouvée. Le diagnostic repose sur la négativité du bilan allergique et la présence d'une hyperéosinophilie sécrétoire supérieure à 20 %. Le traitement est basé sur la corticothérapie locale. L'évolution vers l'asthme n'est pas rare.

■ Les rhinites de cause hormonale : les œstrogènes jouent un rôle important dans la pathogénie de certains syndromes d'hyperréactivité nasale. Une rhinite chronique peut survenir pendant la grossesse et disparaître après l'accouchement. Citons également la rhinite survenant en période prémenstruelle et les rhinites évoluant au cours des hypothyroïdies.

■ Les rhinites iatrogènes par abus de vasoconstricteurs locaux : ces rhinites médicamenteuses sont de type hypertrophique, et l'obstruction nasale est au premier plan. Elles peuvent aussi être provoquées par certains traitements antihypertenseurs (vasodilatateurs, bêtabloquants). Le traitement passe en premier lieu par le sevrage, parfois difficile, et/ou la modification du traitement antihypertenseur.

Les rhinites vasomotrices proprement dites : il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Elles sont en rapport avec un dysfonctionnement neurovégétatif. Les signes cliniques sont souvent dissociés, l'évolution est irrégulière. Des facteurs psychogènes sont souvent retrouvés : stress, émotivité, difficultés professionnelles ou relationnelles. Le traitement des rhinites à prédominance sécrétoire repose sur les anticholinergiques locaux (fig 1).

● **Rhinorrhée purulente**

Rhinorrhée purulente unilatérale

■ **Chez l'enfant**

Une rhinorrhée purulente unilatérale fait évoquer :

■ une atrésie choanale unilatérale : le diagnostic est clinique, la rhinoscopie met en évidence une imperforation de la partie postérieure de la fosse nasale avec impossibilité de passage vers le cavum ; le scanner permet d'authentifier le caractère muqueux, osseux ou ostéomuqueux de l'atrésie ; le traitement est chirurgical ;

■ un corps étranger de la fosse nasale : le diagnostic est rhinoscopique. Le traitement repose sur l'extraction du corps étranger.

■ **Chez l'adulte**

Une rhinorrhée purulente unilatérale fait évoquer plusieurs possibilités.

■ Une tumeur maligne des fosses nasales ou des sinus : les signes associés évocateurs sont des épistaxis récidivantes ou une rhinorrhée striée de sang et des algies faciales. La rhinoscopie met en évidence une masse polypoïde ou bourgeonnante dans la fosse nasale. Les biopsies confirment le diagnostic. Le bilan d'extension locorégional doit comporter un scanner des sinus en coupes axiales et coronales, voire une imagerie par résonance magnétique en cas de doute sur une extension orbitaire ou endocrânienne. Le traitement est chirurgical.

■ Une tumeur du cavum : les signes rhinologiques associés sont une obstruction nasale et/ou une rhinorrhée sanglante. Une hypoacousie de transmission en rapport avec une otite séromuqueuse homolatérale à la tumeur est un signe d'une grande valeur diagnostique.

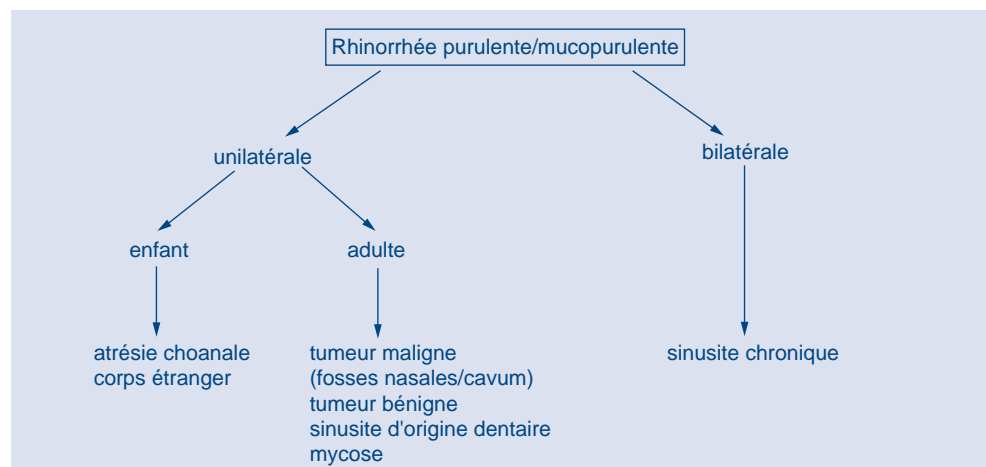
■ Une tumeur bénigne des fosses nasales : polype de Killian, papillome inversé. La symptomatologie est surtout obstructive. Le diagnostic est endoscopique, scanographique et anatomopathologique.

■ Une sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire : elle est évoquée devant une rhinorrhée fétide unilatérale associée à des douleurs dentaires. Les principes du traitement sont identiques à ceux de la sinusite d'origine nasale, mais le foyer infectieux dentaire responsable doit être traité, et il faut tenir compte de la fréquence plus grande des germes anaérobies [2].

■ Une mycose sinusienne : les signes cliniques sont aspécifiques, et la rhinorrhée peut en faire partie. Le scanner des sinus est fortement évocateur. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen mycologique direct et la culture. Le traitement est chirurgical, le plus souvent par voie endoscopique endonasale.

Rhinorrhée purulente ou mucopurulente bilatérale

Une rhinorrhée purulente bilatérale fait évoquer une sinusite chronique : la rhinorrhée purulente, ou le plus souvent mucopurulente, est parfois remplacée ou associée à un jetage postérieur. Il peut exister une obstruction nasale, une hyposmie ou une anosmie, parfois une sensation de pesanteur faciale. Ces signes sont diversement associés.



2 Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée purulente ou mucopurulente.

L'endoscopie des fosses nasales peut mettre en évidence ces sécrétions purulentes au méat moyen avec un œdème de l'apophyse unciforme et/ou de la bulle, un polype du méat moyen, une polypose nasale extensive. Le bilan radiologique doit comporter un scanner des sinus, celui-ci doit être interprété en fonction du contexte clinique.

Le diagnostic de sinusite chronique étant posé sur des critères cliniques, endoscopiques et scanographiques, un bilan étiologique minimum s'impose :

- recherche d'une allergie ;
- prélèvement bactériologique devant un écoulement purulent persistant malgré une antibiothérapie adaptée ;
- bilan dentaire ;
- recherche d'un diabète .

Le traitement des sinusites chroniques est le plus souvent médical. L'antibiothérapie doit tenir compte du caractère polymicrobien (Gram⁺, Gram⁻, anaérobies) de la flore bactérienne. Les soins locaux

ne doivent pas être négligés (lavages des fosses nasales au sérum physiologique, aérosolthérapie, crénothérapie)^[1, 3, 8] (fig 2).

● Rhinorrhée croûteuse

Une rhinorrhée croûteuse doit faire évoquer (fig 3) :

- une rhinite atrophique primitive, où ozène associe rhinorrhée purulente et croûteuse, cacosmie

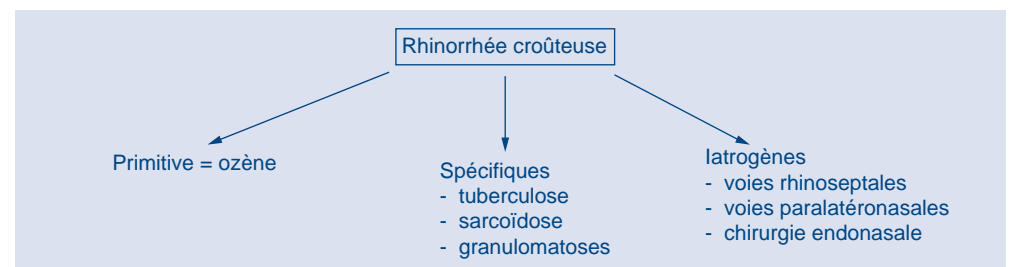
et obstruction nasale. La rhinoscopie retrouve une atrophie de la muqueuse nasale, tapissée de croûtes. Le prélèvement bactériologique retrouve fréquemment *Klebsiella ozenae*. Le traitement est médical, associant des lavages des fosses nasales, des aérosols, des instillations de produits mucolytiques et une antibiothérapie active sur *Klebsiella ozenae*. C'est une entité clinique rare de nos jours ;

■ une rhinite croûteuse iatrogène postchirurgicale : elle est souvent inévitable après utilisation des voies d'abord rhinoseptales ou paralatéronasales. La présence de croûtes est habituelle pendant la phase de cicatrisation après une chirurgie endonasale. La persistance des croûtes représente une complication rare mais redoutable ;

■ une rhinite croûteuse spécifique : tuberculose, sarcoïdose et autres granulomatoses (granulomatose Wegener, maladie de Stewart). Les prélèvements bactériologiques et anatomopathologiques feront le diagnostic.

● Rhinorrhée sanglante

Toute rhinorrhée sanglante chronique, a fortiori si elle est unilatérale, associée à une obstruction nasale unilatérale ou à des manifestations douloureuses, doit faire éliminer une tumeur des fosses nasales, des sinus ou du cavum.



3 Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée croûteuse.

Elie Serrano : Professeur des Universités, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Josiane Percodani : Chef de clinique-assistant des Hôpitaux.

Jean-Jacques Pessey : Professeur des Universités, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale, CHU de Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhes, 31403 Toulouse cedex 4, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : E Serrano, J Percodani et JJ Pessey. Écoulement nasal chronique.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0492, 1998

RÉFÉRENCES

[1] Dessi P, Triglia JM, Tomasi M, Zanaret M, Cannoni M. Prise en charge médico-chirurgicale de la sinusite maxillaire chronique de l'adulte. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1992 ; 46 : 279-285

[2] Jankowski R, Bruhier N. Sinusite maxillaire d'origine dentaire. *J F ORL* 1993 ; 42 : 207-212

[3] Klossek JM. Sinusite chronique : traitement médical. *Région Santé* 1995 ; 36 : 16-18

[4] Mullarkey MF. Eosinophilic non allergic rhinitis. *J Allerg Clin Immunol* 1988 ; 82 : 941-949

[5] Naclerio RM. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 1991 ; 325 : 860-869

[6] Peynegre R. Exploration physique des fosses nasales. *La Revue du Praticien (n° spécial)* : 1994, 12-15

[7] Serrano E, Didier A, Percodani J. Les rhinites allergiques en questions. *Pil*, 1995

[8] Serrano E, Percodani J, Pessey JJ. Polypose nasosinusienne : traitement médical. *Les Cahiers d'ORL* 1995 ; 8 : 505-509

[9] Wayoff M, Moneret-Vautrin DA. Le syndrome d'hyperréactivité nasale (rhinites allergiques et vasomotrices). *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Oto-rhino-laryngologie* 20-350-A-10, 1988 : 1-16

ÉPISTAXIS

JM KLOSSEK, PJ FOURCROY

Répérer la zone de saignement, évaluer le retentissement de l'épistaxis, arrêter l'hémorragie et contrôler les facteurs favorisants : tels doivent être en consultation les quatre réflexes à avoir devant une épistaxis.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

L'épistaxis est l'une des plus fréquentes urgences médicales. Soixante pour cent de la population a eu au moins une épistaxis, et seule 6 % ont justifié une consultation médicale. Il n'existe pas de prédominance saisonnière, mais une atmosphère sèche semble être fréquemment associée au risque de saignement. La tache vasculaire sur le septum nasal est le site de saignement le plus fréquent. La formation de croûtes est habituelle à son niveau et explique la fréquence des hémorragies, entretenue parfois par les autotraumatismes des patients (grattage, manœuvre digitale). Les hémorragies sont parfois dues à des causes locales (blessure, anomalies vasculaires) ou générales (hémopathies, trouble de l'hémostase). Le rôle du généraliste est primordial pour évaluer la nécessité d'un avis et/ou d'un traitement spécialisé.

L'épistaxis est l'une des plus fréquentes urgences médicales.

RAPPEL D'ANATOMIE SUR LA VASCULARISATION NASALE

Le nez est un organe richement vascularisé par le système carotidien externe (artère grande palatine ou sphéno-palatine et faciale) et carotidien interne (artères ethmoïdales antérieure et postérieure). L'ensemble de ce réseau se distribue dans toute la cavité nasale ; schématiquement, le système ethmoïdal pour la région antérieure et supérieure de la fosse nasale, et le système carotidien externe pour la région postérieure. Une région est plus particulièrement à l'origine des épistaxis : la tache vasculaire. Elle se situe sur le septum de chaque côté, à environ 1 cm en arrière de l'orifice narinaire. Elle est visible sans difficulté à l'examen du nez. Elle est formée par les ramifications terminales des vaisseaux issus à la fois du système ethmoïdal, facial et maxillaire.

CLINIQUE ^[1]

Trois situations sont rencontrées en pratique :

- le patient a saigné, il ne saigne plus, mais la répétition des épistaxis l'inquiète et il souhaite en connaître la cause et le remède ;
- le patient a saigné, il a mis en place un méchage antérieur qui a interrompu l'hémorragie, mais il n'ose pas le retirer ;
- le patient continue à saigner malgré ses premières tentatives de compression ou méchage et consulte en urgence.

Malgré la diversité apparente de ces situations, l'approche diagnostique et thérapeutique est identique. Le praticien doit appliquer la même recherche étiologique et proposer graduellement les explorations et traitements.

60 % de la population a eu au moins une épistaxis.

L'attitude en consultation devant une épistaxis se définit en quatre étapes simultanées (fig 1).

- Arrêter le saignement.
- Évaluer le retentissement du saignement.

■ Suspecter la zone de saignement : uni- ou bilatérale, antérieure ou postérieure.

■ Rechercher les facteurs favorisant l'hémorragie : trouble de l'hémostase, médicaments, hypertension artérielle, traumatisme, tumeurs.

● Évaluer le retentissement de l'hémorragie

La durée est une des notions les plus importantes, et l'abondance du saignement doit être évaluée avec prudence, en recherchant le maximum de preuves objectives.

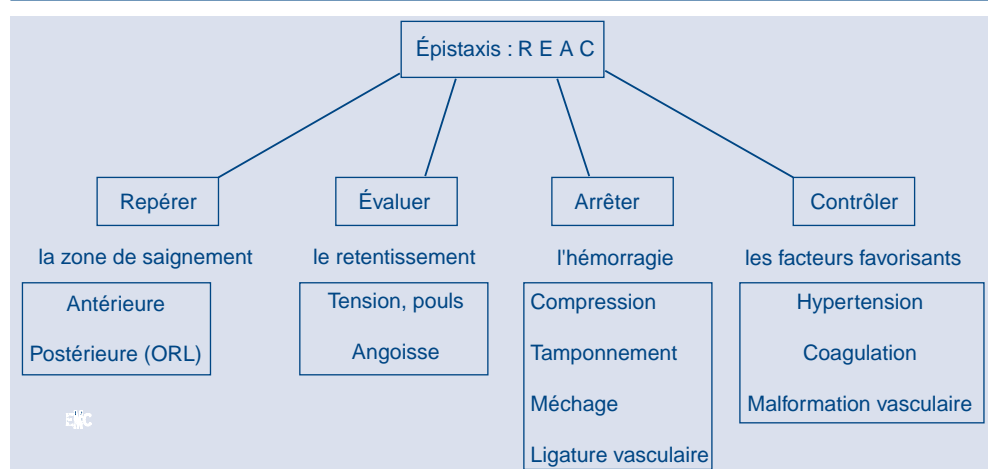
La présence de sueurs, la tachycardie, voire la pâleur sont souvent tardives.

L'angoisse est fréquente et doit être prise en compte dans la prise en charge du patient.

En cas d'urgence, le temps de saignement est un examen de dépistage simple et facile à réaliser.

● Préciser l'origine du saignement

À l'aide d'un éclairage frontal ou d'une lampe (otoscope), la région nasale antérieure, et en particulier le septum (tache vasculaire), d'où provient la majorité des épistaxis, est facilement accessible.



1 Conduite à tenir devant une épistaxis.

Chaque fois que cela est possible, il faut prudemment faire moucher le patient pour retirer le caillot obstruant la cavité nasale. La mise en place d'une pulvérisation de vasoconstricteur en l'absence d'hypertension artérielle (Aturgyl®, Pernazène®) facilite l'examen et peut même quelquefois arrêter l'hémorragie. Si le point de saignement n'est pas visible, il s'agit probablement d'un saignement postérieur. En l'absence d'une instrumentation spécifique (endoscope), l'examen du reste de la cavité nasale est quasi impossible ; le patient sent le sang couler dans sa gorge, comme le prouve l'examen du cavum. Une origine bilatérale est assez rare même si du sang coule des deux cavités nasales, car le plus souvent, le sang reflue d'une fosse nasale à l'autre par l'arrière (choanes).

Ne pas oublier les traitements en cours

- ✓ Aspirine, AINS.
- ✓ Anticoagulant.
- ✓ Chimiothérapie.
- ✓ Antihypertenseur.

Rechercher les facteurs favorisants (tableau I)

- Ils conditionnent la prise en charge et la gravité de l'hémorragie.
- Prise de la tension artérielle (se méfier des hypertensions paradoxales).
 - Relever les médicaments en cours ou récemment arrêtés.
 - Vérifier s'il existe ou non une pathologie sous-jacente (angiomatose, tumeur).

Tableau I. – Les différentes causes des épistaxis.

Locales	Chirurgie, fibroscopie Traumatismes Tumorales bénignes et malignes Infection ou inflammation Épistaxis essentielle
Générales	Trouble de l'hémostase Anomalie du temps vasculaire : angiome, Willebrand, capillarites Anomalie du temps plaquettaire : purpura Anomalie des facteurs de coagulation Hypertension artérielle

- Faire un temps de saignement (dépiétage).

Arrêter le saignement

La **compression bidigitale** consiste à faire pincer la portion mobile (cartilagineuse) du nez où siège la tache vasculaire. La durée de compression doit être au moins égale au temps de saignement, soit en moyenne au minimum 7 minutes.

En cas d'échec, ou si le saignement est trop abondant : **mécher la fosse nasale**. L'idéal est de faire moucher le malade avant le méchage, de pulvériser un anesthésique local (Xylocaïne® naphazolinée), puis de glisser la mèche dans le nez. Pour la direction du méchage, garder en mémoire que le plancher de la fosse nasale est approximativement parallèle à la ligne aile du nez tragus.

Quel type de mèche ? **Une mèche grasse** est préférable à une mèche sèche, car une fois l'arrêt du

saignement obtenu, le risque hémorragique est réactivé lors de l'ablation du méchage. La présence d'un corps gras réduit la formation de croûtes et le risque hémorragique. **L'antibiothérapie n'est pas systématique si le méchage est inférieur à 48 heures.** Des tampons tels Merocel® et Coalgan® peuvent également être proposés. Chez l'enfant ou lorsqu'il existe des troubles de l'hémostase ou une maladie angiomateuse, l'emploi d'une mèche résorbable (Surgicel®) est recommandé. Sa résorption spontanée réduit le risque de reprise hémorragique puisqu'il n'y a pas de déméchage. Toutefois des saignements abondants ne sont pas toujours maîtrisables avec ces mèches.

En cas d'échec, l'appel à l'ORL est nécessaire pour mettre en place une compression antérieure et postérieure avec un méchage ou une sonde à ballonets, voire une ligature vasculaire ou une embolisation.

Conduite à tenir une fois le saignement arrêté

Soit la perte sanguine a été minime, le patient est revu pour son déméchage quelques jours plus tard.

Soit aucun méchage n'a été nécessaire, le saignement s'est arrêté spontanément ou après une simple compression bidigitale.

Quels que soient les moyens nécessaires à l'arrêt du saignement, l'attitude est systématisée.

- **Rechercher une cause locale du saignement :** tache vasculaire, tumeur, malformation vasculaire (angiomatose), antécédent chirurgical.
- **Rechercher une cause générale :** trouble de l'hémostase spontané ou provoqué (médicaments +++).

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.
Pierre-Jean Fourcroy : Interne des Hôpitaux.
Service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital Jean-Bernard, 86021 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et PJ Fourcroy. Conduite à tenir et traitement d'une épistaxis. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0450, 1998, 2 p

RÉFÉRENCES

[1] Gicquel P, Fontanel JP. Épistaxis. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-310-A-10, 1995 : 1-8

OBSTRUCTION NASALE CHRONIQUE

JM KLOSSEK, JP FONTANEL

Devant une obstruction nasale chronique, il faut d'emblée reconnaître le caractère unilatéral ou bilatéral de l'obstruction. Une tumeur du cavum peut également se révéler par une obstruction nasale. Les obstructions unilatérales peuvent être d'origine anatomique (déviation septale) ou tumorale. Les obstructions bilatérales sont en général dues à une pathologie muqueuse infectieuse ou inflammatoire, dont la polyposse nasosinusienne ou le dysfonctionnement des cornets inférieurs. L'interrogatoire est essentiel dans la recherche diagnostique afin de trouver les signes associés et les circonstances de déclenchement.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

L'obstruction nasale chronique est une cause fréquente de consultation.

L'interrogatoire est la pièce essentielle de la démarche diagnostique.

Schématiquement, il est utile de distinguer les formes unilatérales dues à des causes locales architecturales ou tumorales et les formes bilatérales dues à des pathologies de la muqueuse. L'obstruction nasale peut être due à des causes endonasales, mais aussi sinusiennes et rhinopharyngées.

PHYSIOPATHOLOGIE

La perméabilité nasale est régulée à la fois par l'architecture nasale et la muqueuse qui recouvre celle-ci. Sur la face latérale de la cavité nasale, il y a, de haut en bas, trois cornets dans chaque cavité nasale, dont l'origine embryologique est différente. Le cornet inférieur est un os indépendant ; les cornets moyen et supérieur appartiennent à l'os ethmoïdal. Le cornet inférieur est recouvert d'une muqueuse érectile qui est formée d'un réseau vasculaire anastomotique. En situation normale, il existe un cycle nasal qui régule la perméabilité nasale^[3]. La muqueuse nasosinusienne, et en particulier le cornet inférieur, subissent un cycle alternatif de vasodilatation et de vasoconstriction dont la résultante donne une sensation de perméabilité nasale confortable. Cet équilibre est

modifié par la température ambiante, la posture, les pathologies inflammatoires chroniques allergiques ou non. Une déviation septale (cloison nasale) retentit d'autant plus sur la respiration qu'elle est antérieure. D'autres anomalies peuvent retentir sur le confort nasal : malformation de la valve nasale et de l'orifice choanal chez l'enfant.

CLINIQUE : COMMENT ANALYSER L'OBSTRUCTION NASALE ?

● Interrogatoire

Il est essentiel. Il renseigne sur les circonstances de survenue, la durée et le rythme de l'obstruction, le côté obstrué, les signes associés (trouble de l'odorat, épistaxis, rhinorrhée postérieure, douleur), la prise de médicaments.

● Examen des fosses nasales

Il comprend l'examen de la pyramide nasale et de la portion antérieure des cavités nasales.

L'analyse porte sur l'aspect des cornets inférieurs et du septum nasal. La portion postérieure des cavités nasales n'est pas accessible sans le recours soit à une rhinoscopie postérieure, soit à un examen à l'optique souple ou rigide.

Pour faciliter l'examen endonasal, on peut utiliser l'otoscope après pulvérisation de vasoconstricteurs.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont guidés par la suspicion diagnostique.

La plupart du temps, ils sont inutiles car l'interrogatoire et la clinique suffisent à évoquer le diagnostic ou à demander un avis spécialisé.

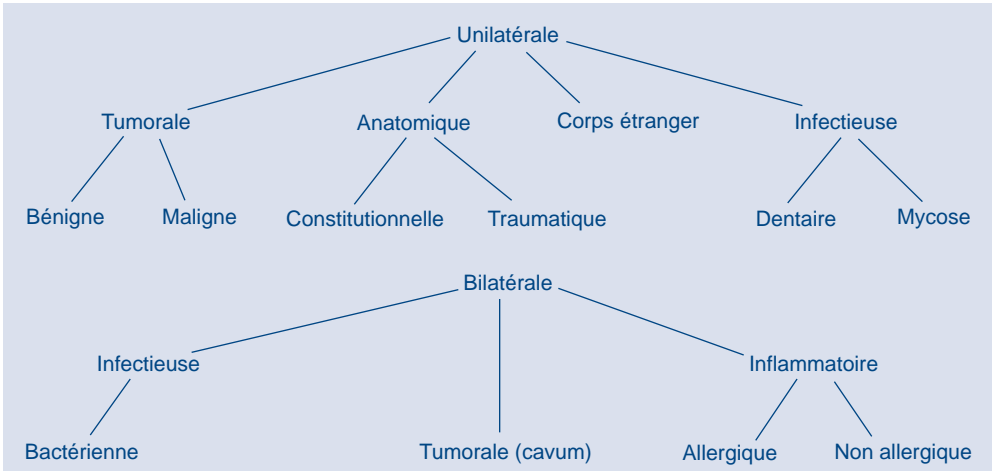
La radiologie standard est peu utile par rapport aux renseignements fournis par l'interrogatoire. En revanche, la tomодensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM)^[2] sont indispensables si une tumeur est soupçonnée, et elles peuvent être utiles dans le suivi des pathologies infectieuses et inflammatoires.

Les autres investigations (rhinomanométrie, cytologie nasale) sont réalisées par l'ORL.

ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

Dès la consultation, certaines données de l'interrogatoire et de l'examen orientent l'enquête. Schématiquement, une obstruction unilatérale doit faire évoquer une pathologie d'organe (déviation architecturale, tumeur). Une obstruction bilatérale fait suspecter une pathologie muqueuse. Ne pas oublier qu'une tumeur du rhinopharynx peut se dévoiler par une obstruction nasale uni- ou bilatérale (fig 1) (tableau I).

Ne pas poursuivre un traitement vasoconstricteur au-delà de 8 jours sans diagnostic étiologique.



1 Arbre diagnostique d'obstruction nasale chronique (hormis les causes rhinopharyngées).

Tableau I. – Conduite à tenir devant une obstruction nasale chronique.

Interrogatoire : uni- ou bilatérale, permanent, évolution par crises, isolé ou associé

Examen : septum, cornet inférieur, cavum

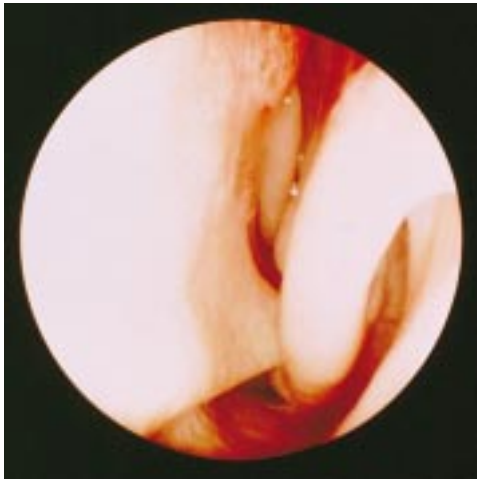
Examens complémentaires : endoscopie nasale, tomodensitométrie, IRM

● Obstructions unilatérales

Tumeurs

En cas d'obstruction unilatérale : toujours penser à une tumeur.

- **Bénignes**
Elles sont en général non douloureuses.
 - Le polype antrochoanal de Killian est une des tumeurs bénignes les plus fréquentes. Il prend son origine dans le sinus maxillaire et, par effet de masse, tombe dans le cavum. Il est parfois visible dans la fosse nasale. L'obstruction est progressive, rebelle aux traitements médicaux. Peuvent s'en rapprocher des polypes solitaires plus rares, dont l'origine est ethmoïdale ou sphénoïdale.
 - Le papillome inversé est assez souvent une masse granuleuse, blanchâtre, irrégulière, parfois hémorragique, située dans le méat moyen. Il touche l'adulte et peut s'accompagner d'épistaxis.
 - Chez le nourrisson et le petit enfant, il faut se méfier d'une anomalie de la ligne médiane (ménioencéphalocèle, gliome).
- **Malignes**
Malgré la malignité, les douleurs sont tardives. En revanche, les **épistaxis sont fréquentes** mais souvent peu abondantes, ce qui ne doit pas faire retarder le diagnostic. Elles siègent dans le sinus ethmoïdal, le sinus maxillaire, voire sur le septum. Longtemps invisibles car confinées dans la cavité sinusienne, les tumeurs se dévoilent dans la fosse nasale sous la forme d'une masse irrégulière souvent recouverte de sécrétions mucopurulentes. Ce sont des carcinomes épidermoïdes ou glandulaires, ou des lymphomes.



2 Fosse nasale gauche. Éperon septal antérieur touchant le cornet inférieur.

Causes anatomiques

- **Constitutionnelles**
 - Chez le nourrisson, l'atrésie choanale bilatérale dépistée dès la naissance ne pose guère de problème. En revanche, l'atrésie unilatérale peut être découverte, parfois même tardivement, chez l'adulte. Le diagnostic est aisé, en faisant souffler l'enfant par le nez, narine par narine. En cas d'infection unilatérale répétée, ne pas oublier le corps étranger enclavé.
 - Les déviations septales ou rhinoseptales (fig 2) peuvent être spontanées, présentes dès l'enfance, mais souvent bien tolérées jusqu'à l'âge adulte, ou post-traumatiques. Elles sont d'autant plus mal tolérées qu'elles sont antérieures. L'obstruction est permanente, non améliorée par les vasoconstricteurs.

Causes infectieuses^[1]

Les sinusites, ou rhinosinusites chroniques, s'accompagnent d'une obstruction nasale. Dans ces formes unilatérales, les causes dentaires sont à rechercher ainsi que les mycoses sinusiennes.

● Obstructions bilatérales

Pathologies infectieuses

L'atteinte bactérienne des cavités nasosinusiennes s'accompagne d'une obstruction



3 Fosse nasale gauche. Hypertrophie du cornet inférieur.



4 Fosse nasale droite. Polypose nasosinusienne obstruant la fosse nasale.

bilatérale. Des sécrétions purulentes recouvrent la muqueuse nasosinusienne inflammatoire et rouge.

Pathologies inflammatoires^[4]

- La dysfonction des cornets inférieurs (fig 3) se traduit par une obstruction nasale isolée augmentant en décubitus et sensible aux vasoconstricteurs au début. À l'examen, il existe une hypertrophie bilatérale des deux cornets inférieurs. La muqueuse est rouge, hypervascularisée. L'hypertrophie peut être diffuse ou localisée au niveau de la queue du cornet.
- La rhinosinusite allergique et la polypose nasosinusienne sont les affections les plus typiques à évoquer. Dans ces cas, la présence de troubles olfactifs, de rhinorrhée aqueuse et de crises d'éternuements sont à rechercher. La muqueuse nasosinusienne est souvent pâle, œdématisée, traduisant l'infiltrat inflammatoire. Le cornet inférieur peut être atteint (fig 4), mais aussi le cornet moyen et l'ethmoïde antérieur. La présence de polypes

bilatéraux est parfois visible dans chaque fosse nasale, confirmant le diagnostic de polypose.

Pathologies tumorales

Les tumeurs du cavum peuvent se révéler par une obstruction bilatérale. La présence d’une otite séreuse ou d’adénopathies cervicales

renforce cette suspicion diagnostique. Les épistaxis sont plus rares. L’origine du patient (Maghreb, Sud-Est asiatique) accroît la suspicion diagnostique.

L’examen est délicat, et la radiographie du cavum peut être utile en cas de doute.

Un avis spécialisé s’impose pour vérifier l’aspect du cavum.

Ne pas oublier d’explorer le cavum devant une obstruction nasale chronique uni- ou bilatérale.

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.
Jean-Pierre Fontanel : Professeur des Universités, praticien hospitalier.
Service d’oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, hôpital Jean Bernard, 355, avenue Jacques-Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et JP Fontanel. Obstruction nasale chronique.
Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0483, 1998, 3 p

R É F É R E N C E S

[1] Klossek JM, Fontanel JP. Sinusites maxillaires. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-430-A-10, 1997 : 1-8

[2] Klossek JM, Fontanel JP, Ferrie JC. Explorations radiologiques des cavités sinusiennes et nasales. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-422-A-10, 1997 : 1-8

[3] Peynegre R, Brossard B. Exploration physique et fonctionnelle des fosses nasales. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-290-A-10, 1997 : 1-8

[4] Peynegre R, Coste A. Polypose nasosinusienne. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-395-A-10, 1997 : 1-8

OTITE MOYENNE AIGUË

JM KLOSSEK, JP FONTANEL

Une otite moyenne aiguë doit être systématiquement recherchée chez tout nourrisson ou enfant fébrile. Au troisième jour du traitement antibiotique, l'état de l'enfant doit être contrôlé par le médecin. En cas de résistance des symptômes (otorrhée, fébricule, bombement rétrotympanique), un prélèvement du pus rétrotympanique doit être effectué du fait de l'émergence de souches bactériennes résistantes, en particulier de pneumocoques.

© Elsevier, Paris.

ÉPIDÉMIOLOGIE ^[1]

On estime à cinq millions le nombre d'otites diagnostiquées en France chaque année. Actuellement, le diagnostic d'otite moyenne aiguë (OMA) correspond à la survenue brutale d'une fièvre, associée à une otalgie et à une modification de l'aspect tympanique (hypervascularisation, bombement). Le pic de fréquence de survenue se situe entre 6 et 18 mois.

Cinquante pour cent des OMA survenant chez les enfants de moins de 1 an sont vues par le pédiatre. Après l'âge de 2 ans, 60 % des otites sont vues par le généraliste. La durée de l'épanchement liquidien postinfectieux est plus longue si l'enfant a moins de 2 ans. Les facteurs de risque commencent à être mieux perçus, en particulier le mode de garde, la crèche collective étant la plus significativement associée au risque de récurrence. Le caractère saisonnier des otites est également bien connu, avec la prépondérance hivernale. Enfin, le tabagisme passif semble jouer un rôle favorisant dans la survenue d'une OMA.

Le jeune âge semble être étroitement associé au risque d'échec thérapeutique, de même que le portage rhinopharyngé de pneumocoques résistants.

Facteurs de risques d'échecs d'une OMA

- ✓ Jeune âge.
- ✓ Mode de garde en crèche collective.
- ✓ Antécédent d'otites récidivantes.
- ✓ Tabagisme passif.
- ✓ Prédominance masculine ?

PHYSIOPATHOLOGIE ^[2]

L'oreille moyenne est en communication avec le rhinopharynx par la trompe auditive (trompe d'Eustache). C'est un milieu habituellement stérile dont la contamination se fait à partir des bactéries colonisant le rhinopharynx. Cette migration peut se faire lors de reniflement, de mouchage, mais peut-être également de proche en proche. Les moyens de défense sont à la fois non spécifiques (clairance mucociliaire, chimiotactisme, phagocytose) et spécifiques (immunités systémique et locale). Une fois l'inoculum en place, on observe une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité vasculaire. L'épanchement créé contient de nombreux polynucléaires et produits des sécrétions glandulaires, ainsi que des médiateurs de l'inflammation (fig 1). Tous ces éléments renforcent

le phénomène inflammatoire, dont le rôle exact n'est pas totalement élucidé. Les germes les plus souvent en cause sont ^[3] :

- *Haemophilus influenzae* ;
- les pneumocoques ;
- les virus.

CONDUITE DEVANT UNE OMA

● Comment reconnaître l'otite ?

Symptomatologie

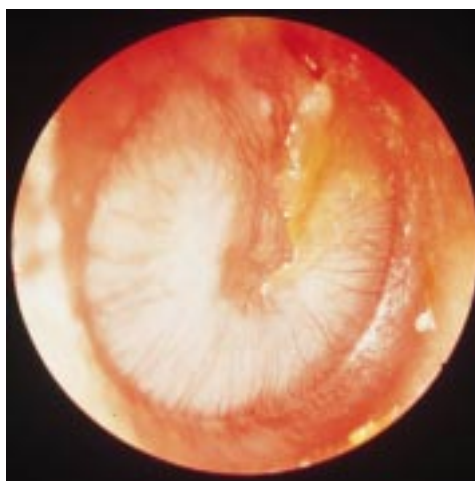
Elle varie selon l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus le diagnostic est trompeur, car la symptomatologie est souvent non spécifique ; toutefois, l'**otalgie** et la **fièvre** sont les deux principaux symptômes à rechercher.

Chez le nourrisson, tout syndrome fébrile, même septicémique, doit faire rechercher systématiquement sa présence. Les signes digestifs et les modifications du comportement (torpeur, sommeil agité) peuvent la révéler. Sa recherche doit être également systématique lors d'une rhinopharyngite, même d'allure virale. L'otalgie classiquement pulsatile, vive ou lancinante est plus aisée à retrouver chez le grand enfant.

D'autres modes révélateurs sont possibles, soit sous la forme d'une otorrhée pendant un rhume alors qu'aucun signe otologique ne le laissait présager, soit par une complication qui reste toujours possible, pouvant même parfois inaugurer l'histoire clinique.

Parfois, enfin, l'otite est totalement asymptomatique, confirmant l'intérêt d'un examen systématique des tympans chez tout enfant fébrile.

Est-ce que la clinique peut orienter vers le germe en cause ? Il est classique de suspecter un



1 Otite moyenne aiguë. Otoscopie du tympan droit.

pneumocoque lorsque la fièvre est très élevée et la douleur intense. La présence d’une conjonctivite purulente est en faveur d’une infection à *Haemophilus influenzae* [4].

Examen des tympans

Il n’est pas toujours facile. L’agitation de l’enfant, l’étroitesse du conduit chez le nourrisson et la présence de cérumen sont les obstacles quotidiens à l’otoscopie. Certaines techniques peuvent être proposées pour réduire ces inconvénients.

Techniques

Pour éviter toute mobilité pendant l’examen, le nourrisson est allongé sur la table d’examen, éventuellement enroulé dans un drap.

Le jeune enfant est immobilisé sur les genoux de l’assistant, la tête bloquée du côté de l’oreille à explorer.

On expose le conduit auditif externe en tirant le pavillon vers le haut et l’arrière.

On nettoie le conduit à l’aide d’un fin Coton-Tige, humidifié si besoin de sérum physiologique. On expose le champ tympanique à l’aide du spéculum en évitant toute blessure ou pression vive qui pourrait augmenter l’agitation de l’enfant.

Éclairage de la zone examinée

Si l’otoscopie au microscope binoculaire est la meilleure solution, elle n’est pas utilisable au domicile de l’enfant. L’otoscope est la solution la plus utilisée ; il doit offrir une luminosité et un grossissement suffisants pour voir aisément la membrane tympanique et le conduit auditif externe.

Zones à analyser

La membrane tympanique, normalement transparente, réfléchit la lumière en avant (triangle lumineux), car, à ce niveau, elle est face aux rayons lumineux.

Dans l’OMA, plusieurs aspects sont possibles selon le stade.

Au début, le tympan est hypervascularisé, en particulier autour du manche du marteau. Le tympan est rosé, parcouru par des vaisseaux congestifs.

Lorsque l’épanchement se produit, il se traduit par un aspect infiltré du tympan, dont la transparence a disparu.

Si l’épanchement est déjà abondant, il refoule le tympan, dont les reliefs s’émeussent, et le triangle lumineux disparaît. Au fur et à mesure que l’épanchement se constitue, la membrane tympanique est refoulée, et l’aspect classique de bombement tympanique centré sur le manche du marteau est visible.

Si l’épanchement continue, la rupture tympanique survient, accompagnée d’une otorrhée révélatrice. La perforation classiquement punctiforme siège au sommet de la déformation, souvent postérosupérieure.

Quel que soit l’aspect trouvé, le traitement doit être débuté rapidement, car l’évolution d’un stade à l’autre est imprévisible.

Il n’est pas utile de réaliser des examens complémentaires, sauf en cas de complications ou d’échec du traitement initial.

Traitement

Si l’emploi des antibiotiques est largement répandu dans cette pathologie, l’émergence de souches résistantes a fait rediscuter l’antibiothérapie probabiliste, dont le rôle sur l’écologie bactérienne est en voie d’évaluation [3, 6].

Antibiotiques possibles (liste non exhaustive)
Amoxicilline : 100 mg/ kg/j en 3 prises.
Amoxicilline + acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 3 prises.
Céfixime : 8 mg/kg/j en 2 prises.
Cefpodoxime proxétilel : 8 mg/kg/j en 2 prises.
Céfuroxime axétilel : 30 mg/kg/j en 2 prises.
Céfaclor : 40 mg/kg/j en 3 prises.
Céfazoline : 35 à 50 mg/kg/j en 2 prises.
Céfadroxil : 50 à 100 mg/kg/j en 2 prises.
Érythromycine + sulfafurazole : 50 mg/kg/j en 3 prises.

Le choix du traitement antibiotique est guidé par les données actualisées de l’épidémiologie, l’analyse des échecs, ainsi que les essais cliniques.

Les antibiotiques disponibles sont les pénicillines, les céphalosporines et éventuellement les macrolides.

Actuellement, les deux principaux germes en cause sont *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae*. Leur sensibilité aux antibiotiques n’est pas tout à fait identique (tableau I).

Aujourd’hui, cette situation impose en cas d’échec le **recueil de la collection intratympanique**. Même si la paracentèse alourdit la prise en charge de l’otite, l’émergence des résistances bactériennes justifie ce prélèvement afin d’identifier les causes des échecs et guider les futures prescriptions. L’attitude thérapeutique, en revanche, n’est pas bloquée dans l’attente du résultat bactériologique, en particulier si l’état du malade est préoccupant. Dans ce cas, si un pneumocoque à sensibilité diminuée est suspecté, l’amoxicilline à la dose de 150 mg/kg en trois prises ou la céftriaxone sont prescrites. Si *H influenzae* est envisagé, l’amoxicilline + l’acide clavulanique, le céfixime et le céfuroxime axétilel sont actifs.

Traitements adjuvants

Si la prescription d’anti-inflammatoires ou de corticoïdes est classique, pour prévenir la survenue d’un épanchement postinfectieux, son efficacité n’est pas encore totalement prouvée par les études comparatives en cours.

Contre la douleur et la fièvre, l’utilisation de paracétamol ou d’aspirine reste la référence.

Les mucolytiques n’ont par ailleurs jamais fait la preuve de leur efficacité dans cette indication.

Combien de temps traiter ?

Cette durée est fixée empiriquement entre **8 et 10 jours**. Ceci dit, la pratique permet de constater souvent une mauvaise compliance du malade. Des études sur la durée ont confirmé l’éradication rapide du germe lorsque l’antibiotique était adapté. Cela renforce l’intérêt de **revoir l’enfant vers le troisième jour pour apprécier l’efficacité du traitement** : soit la symptomatologie a disparu, et le traitement peut être poursuivi jusqu’au huitième jour, voire jusqu’au cinquième jour pour certains auteurs, soit des anomalies persistent [5] (otorrhée, fébricule, bombement ou simple collection rétrotympanique), et il est probable que l’antibiotique n’est pas actif, soit en raison des doses utilisées, soit à cause de la molécule.

QUELLE ATTITUDE EN PRATIQUE ?

- Essayer d’identifier cliniquement des associations syndromiques en faveur d’une espèce bactérienne.
- Essayer de diversifier l’antibiothérapie pour réduire, au moins théoriquement, l’acquisition de résistances.
- Essayer d’identifier les affections virales.
- Respecter la posologie et la cinétique de l’antibiotique choisi.
- Actualiser ses connaissances sur l’épidémiologie régionale des OMA.

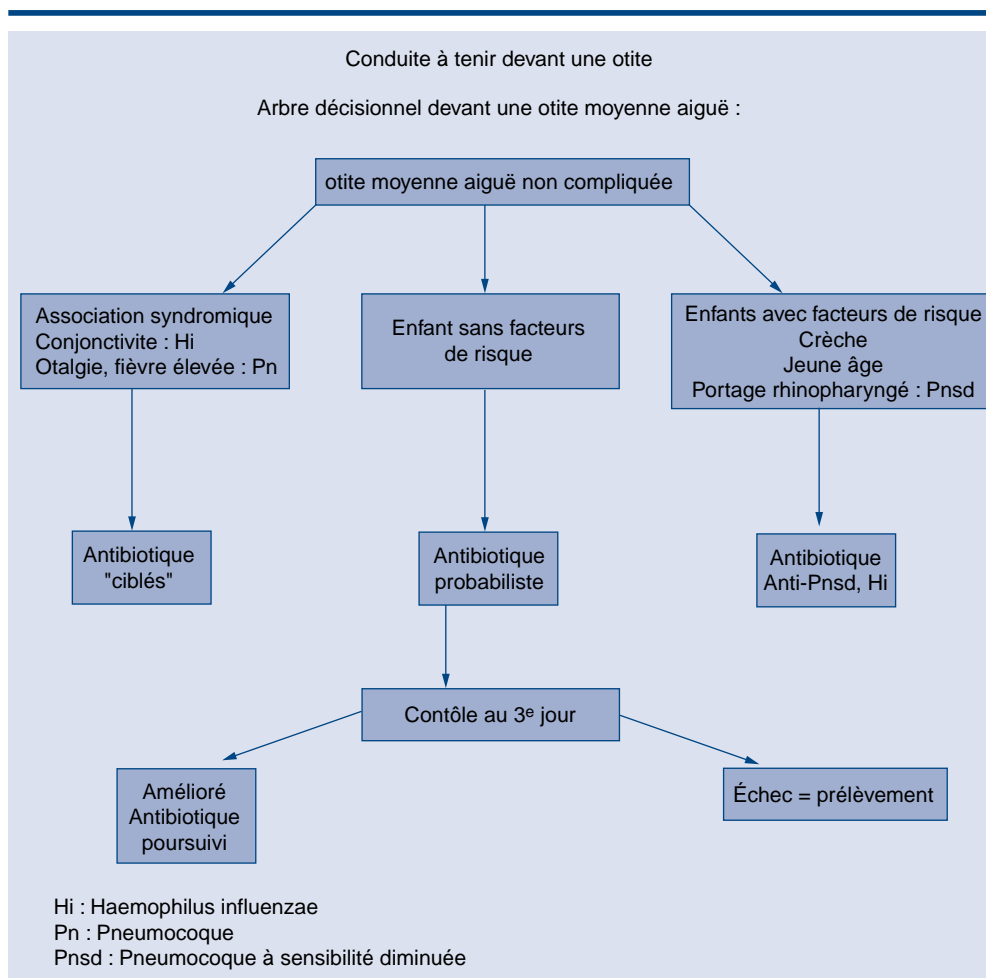
ÉVOLUTION (FIG 2)

Dans la majorité des cas, l’apyrexie est obtenue en moins de 72 heures, et l’otoscopie se normalise en 8 à 15 jours.

Parfois, l’évolution est **traînante**, et des signes d’infection persistent au-delà de 3 semaines.

Tableau I. – Les antibiotiques oraux actifs sur les bactéries couramment identifiées dans l’otite moyenne aiguë.				
	H influenzae		S pneumoniae	
	B+	B–	S	I/R
Amoxicilline	S	R	S	I/S
Amox/Clav	S	S	S	I/S
Céfixime	S	S	S	R
Céfuroxime/Axetil	S	S	S	I/S
Cefpodoxime-prox	S	S	S	I/S
Céfaclor	S	MS	S	R

B+ : bêta lactamase présente ; B- : bêta lactamase absente ; S : sensible ; I : intermédiaire ; R : résistant ; MS : modérément sensible ; Amox/Clav : amoxicilline/acide clavulanique ; prox : proxétilel.



2 Arbre décisionnel devant une otite moyenne aiguë.

L'enfant est souvent asthénique, la courbe de poids stagnante, l'otorrhée fréquente et la température persistante, mais rarement au-delà de 38,5 °C. L'examen otoscopique, souvent délicat à réaliser, fait constater une membrane tympanique épaissie dont les reliefs sont effacés. Parfois, un bombement postérosupérieur ou une otorrhée sont visibles.

Dans tous les cas, le **prélèvement** est **indispensable**. Le pneumocoque et *H influenzae* demeurent les germes prédominants, mais leur sensibilité est souvent diminuée.

La recherche biologique d'un syndrome inflammatoire est un bon marqueur (numération formule sanguine et protéine C réactive).

Le traitement médical est toujours guidé par le germe identifié, au besoin après plusieurs prélèvements. L'antibiothérapie par voie orale ou parentérale est adaptée également à la sensibilité du germe. Le reflux gastro-œsophagien (RGO) doit être évoqué et traité. La surveillance est clinique : état général et aspect otoscopique. Le traitement est poursuivi au moins 15 jours ; si l'amélioration n'est pas constatée malgré le traitement adapté, la mastoïdectomie est discutée.

Si une **otite séreuse** résiduelle est constatée, une adénoïdectomie avec paracentèse ou aérateurs transtympaniques est envisagée après une surveillance prolongée.

La **récidive** de l'otite moyenne est l'autre mode évolutif ; elle concerne surtout l'enfant de 1 à 2 ans. Les facteurs fréquemment associés à ces récurrences sont l'âge de survenue du premier épisode, l'enfant de sexe masculin et le mode de garde de l'enfant. Les germes ne semblent pas être différents de ceux rencontrés lors de l'otite isolée ; en revanche, le rôle des virus est évoqué par plusieurs études.

La prévention des récurrences est multifactorielle :

- correction d'un RGO ou d'une carence martiale ;
- discuter l'indication d'une adénoïdectomie ou de la pose d'aérateurs transtympaniques.

CONCLUSION

L'OMA doit être systématiquement recherchée chez tout nourrisson ou enfant fébrile. Devant l'émergence des résistances du pneumocoque et d'*H influenzae*, il est nécessaire d'affiner le choix de l'antibiothérapie, au besoin après un prélèvement du pus rétrotympanique.

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Jean-Pierre Fontanel : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, hôpital Jean Bernard, 355, avenue Jacques-Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et JP Fontanel. Otite moyenne aiguë.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0410, 1998, 3 p

RÉFÉRENCES

[1] Berche P, Gehanno P, Olivier C et al. Épidémiologie de la flore nasopharyngée au cours des otites moyennes aiguës de l'enfant. *Med Mal Infect* 1996 ; 26 : 5-19

[2] Cohen R. Impact des antibiotiques sur la flore nasopharyngée. *Med Mal Infect* 1996 ; 26 : 25-29

[3] Cohen R, Boucherat M, Coicadan L et al. Enquête épidémiologique sur l'OMA. *Medicine et enfance*, 1996 : 27-31

[4] Cohen R, Danan C, Geslin P. Le syndrome otite-conjonctivite : à propos de 81 observations. *Med Mal Infect* 1988 ; 18 : 553-557

[5] Garabedian EN, Roelly P, Lacombe H, Denoyelle F. Otites traînantes et mastoïdites subaiguës de l'enfant. Étude prospective à propos de 118 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1990 ; 107 : 126-131

[6] Gehanno P. Épidémiologie bactérienne et analyse critique des essais thérapeutiques dans l'otite. *Med Mal Infect* 1992 ; 22 : 114-129

RHINOPHARYNGITE

O WONG

La rhinopharyngite est un motif fréquent de consultation des enfants comme des adultes. Après avoir écarté les complications (otite, sinusite), il faut se garder de prescrire une antibiothérapie. Cette prescription est un élément majeur de la relation médecin-malade. Elle représente 10 % de l'ensemble de l'antibiothérapie prescrite par les généralistes et 1 % du coût total de leurs prescriptions pharmaceutiques.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : rhinopharyngite, otite, sinusite, antibiotiques.

INTRODUCTION

Cliniquement, la rhinopharyngite^[1] se définit comme une inflammation de l'étage supérieur du pharynx, éventuellement associée à une atteinte nasale. Les signes cliniques sont variables : rhinorrhée ou obstruction nasale, fièvre, toux, asthénie, céphalées. Il peut s'associer une otalgie, une conjonctivite et éventuellement une sensation de mal-être^[6] qui peut être le vrai motif de consultation chez des patients en difficulté sociale ou psychologique. L'examen clinique retrouve une muqueuse pharyngée érythémateuse et une rhinorrhée parfois purulente. Le caractère purulent^[1] de la rhinorrhée n'est pas synonyme d'une surinfection bactérienne justifiant un traitement antibiotique. Ce caractère purulent est habituel.

Les virus habituellement en cause sont les rhinovirus, les coronavirus, le virus respiratoire syncytial, le virus *Influenzae*, les adénovirus et l'entérovirus... Les bactéries commensales du rhinopharynx sont *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moxarella catarrhalis* et le staphylocoque, de sorte que le prélèvement bactériologique des sécrétions nasales ne permet pas de guider le traitement ou d'identifier le germe causal. Il s'agit toujours d'un diagnostic clinique et probabiliste.

L'examen clinique permet à la fois de rechercher une complication infectieuse à type d'otite moyenne aiguë ou de sinusite maxillaire et de rassurer le patient sur la bénignité de son affection. La durée de l'évolution est en règle de 7 à 10 jours, mais la période fébrile dépasse rarement 4 jours.

COMPLICATIONS

L'otite moyenne aiguë^[7] est recherchée de principe par un examen attentif du tympan avec un otoscope à fibre optique. L'otite moyenne aiguë est une complication rare ; elle survient en général dès

les premiers jours de la maladie et la fréquence est maximale chez les enfants de moins de 2 ans gardés en crèche (risque de 30 % dans certaines études). L'otite séreuse peut se manifester par une hypoacousie et un aspect dépoli un peu terne du tympan à l'examen otoscopique. Elle est la conséquence d'une inflammation dans la caisse du tympan sans infection de l'oreille moyenne. Elle se diagnostique au mieux au tympanogramme qui montre une courbe plate au lieu de la courbe en « cloche » habituelle. Elle peut engendrer un retard dans l'acquisition du langage dans les formes chroniques chez les enfants de moins de 3 ans. Le maniement de l'appareil peut s'apprendre lors d'une séance de formation continue et le coût de l'appareil est environ de 3 000 euros. Cette technique est utilisée en routine dans les pays scandinaves par les médecins de famille.

La sinusite maxillaire survient dans 0,5 à 10 %^[1] des cas. La pneumatisation des sinus maxillaires s'opère vers 3 à 4 ans et la persistance d'une rhinorrhée purulente unilatérale et fétide doit faire rechercher un corps étranger dans les fosses nasales chez l'enfant par un examen oto-rhino-laryngologique (ORL). Une douleur à la pression d'un sinus, la persistance d'une fièvre au-delà de 5 jours, voire un érythème sous-orbitaire doivent faire suspecter une sinusite maxillaire. En médecine générale, l'examen ultrasonographique^[21] a la même sensibilité et spécificité que la radiographie des sinus, avec un risque de faux positif en cas de polypes dans les fosses nasales. Cette technique non invasive a été comparée à la ponction des sinus qui est considérée comme l'étalon-or pour le diagnostic de sinusite maxillaire. Il est probable que cet outil diagnostique va entrer dans le cabinet de médecine générale au même titre que le stéthoscope car il permet un résultat immédiat sans irradiation. Son coût actuel est d'environ 3 000 euros, ce qui en fait le seul obstacle à sa diffusion en France. Cette méthode est également utilisée couramment en soins primaires dans les pays nordiques. L'examen clinique seul a une mauvaise sensibilité et spécificité par rapport à la radiographie ou à l'examen ultrasonographique des sinus (*tableaux I, II, III*).

La conjonctivite purulente, en particulier chez le nourrisson, est une complication^[1] classique qui répond bien au traitement local par collyre. Les germes usuels sont *Haemophilus influenzae* et *Moxarella catarrhalis*. La présence d'une conjonctivite associée doit faire rechercher attentivement une otite moyenne aiguë associée.

Les parents doivent être avertis des signes devant conduire à une nouvelle consultation :

- gêne respiratoire, sifflements ;
- fièvre d'apparition secondaire ou persistant au-delà de 3 à 4 jours ;
- persistance des symptômes au-delà de 10 jours ;
- réveils nocturnes ;
- otalgie, otorrhée ;
- symptômes digestifs ou cutanés ou conjonctivite purulente.

Les facteurs de risque de complications infectieuses sont l'immunodépression, les antécédents d'otite moyenne aiguë, en particulier récidivante, les enfants de moins de 2 ans gardés en collectivité et probablement le tabagisme parental.

TRAITEMENT (fig 1)

Le traitement en l'absence de complication repose sur : le lavage régulier des fosses nasales avec du sérum physiologique qui sera bien expliqué aux parents, les antipyrétiques. Chez l'adulte, les vasoconstricteurs nasaux peuvent contribuer au confort du patient en l'absence de contre-indication. Une attention particulière est de mise en cas de projet de voyage en avion ou en cas de pratique de plongée sous-marine. En cas de récurrences très fréquentes, on recherche une carence martiale^[7].

La rhinopharyngite est une des affections les plus fréquentes en médecine générale, en particulier chez l'enfant de moins de 3 ans. Dans une étude française^[9], la fréquence de la rhinopharyngite était de 10 % au sein des enfants de moins de 10 ans consultant en médecine générale. En 1 an, 45 % des personnes souffrent d'une rhinopharyngite^[11], soit

Tableau I. – Radiographie comparée à la ponction (d’après [21]).								
Étude	N	Prévalence	Sensibilité	95 % CI	Spécificité	95 % CI	RV+	RV-
McNeill 1963	242	0,61	0,76	(0,71 - 0,82)	0,76	(0,70 - 0,81)	3,12	0,31
Revonta 1980 I	170	0,46	0,87	(0,82 - 0,92)	0,91	(0,87 - 0,95)	9,94	0,14
Revonta 1980 II	60	0,58	0,80	(0,70 - 0,90)	0,80	(0,71 - 0,89)	2,92	0,52
Kuusela 1982	156	0,53	0,83	(0,77 - 0,89)	0,72	(0,65 - 0,79)	2,92	0,24
Van Buchem 1995	62	0,26	0,63	(0,50 - 0,75)	0,91	(0,84 - 0,98)	7,19	0,41
Savolainen 1997	234	0,80	0,93	(0,90 - 0,96)	0,62	(0,55 - 0,68)	2,43	0,11
Laine 1998	72	0,32	0,61	(0,50 - 0,72)	0,98	(0,95 - 1,00)	29,83	0,40
Total	996							
Moyenne pondérée			0,87	(0,85 - 0,88)	0,89	(0,88 - 0,91)	3,36	0,26

95 % CI : intervalle de confiance ; RV+ : rapport de vraisemblance + (ne dépend pas de la prévalence) ; RV– : rapport de vraisemblance – (ne dépend pas de la prévalence) ; RV : fréquence du résultat d’un test chez les malades/même fréquence chez les sains.

Tableau II. – Échographie comparée à la ponction (d’après [21]).								
Étude	N	Prévalence	Sensibilité	95 % CI	Spécificité	95 % CI	RV+	RV-
McNeill 1963	170	0,46	0,87	(0,82- 0,92)	0,91	(0,87 - 0,95)	9,94	0,14
Revonta 1980 I	200	0,53	0,92	(0,88 - 0,95)	0,81	(0,75 - 0,86)	4,73	0,10
Revonta 1980 II	60	0,58	0,94	(0,88 - 1,00)	0,72	(0,61 - 0,83)	3,37	0,08
Kuusela 1982	156	0,53	0,71	(0,64 - 0,78)	0,64	(0,56 - 0,71)	1,94	0,46
Van Buchem 1995	48	0,27	0,54	(0,40 - 0,68)	0,94	(0,88 - 1,00)	9,42	0,49
Savolainen 1997	234	0,80	0,81	(0,76 - 0,86)	0,72	(0,67 - 0,78)	2,94	0,26
Laine 1998	72	0,32	0,61	(0,50 - 0,72)	0,53	(0,42 - 0,65)	1,30	0,74
Total	940							
Moyenne pondérée			0,85	(0,84 - 0,87)	0,82	(0,80 - 0,83)	2,78	0,30

95 % CI : intervalle de confiance ; RV+ : rapport de vraisemblance + (ne dépend pas de la prévalence) ; RV– : rapport de vraisemblance – (ne dépend pas de la prévalence) ; RV : fréquence du résultat d’un test chez les malades/même fréquence chez les sains.

Tableau III. – Examen clinique comparé à la ponction (d’après [21]).								
Étude	N	Prévalence	Sensibilité	95 % CI	Spécificité	95 % CI	RV+	RV-
Berg 1985	90	0,48	0,75	(0,70- 0,82)	0,78	(0,70 - 0,87)	3,45	0,32
Berg 1988	155	0,44	0,66	(0,58 - 0,73)	0,79	(0,73 - 0,85)	3,13	0,43
Total	245							
Moyenne pondérée			0,69	(0,65 - 0,73)	0,79	(0,75 - 0,82)	3,25	0,40

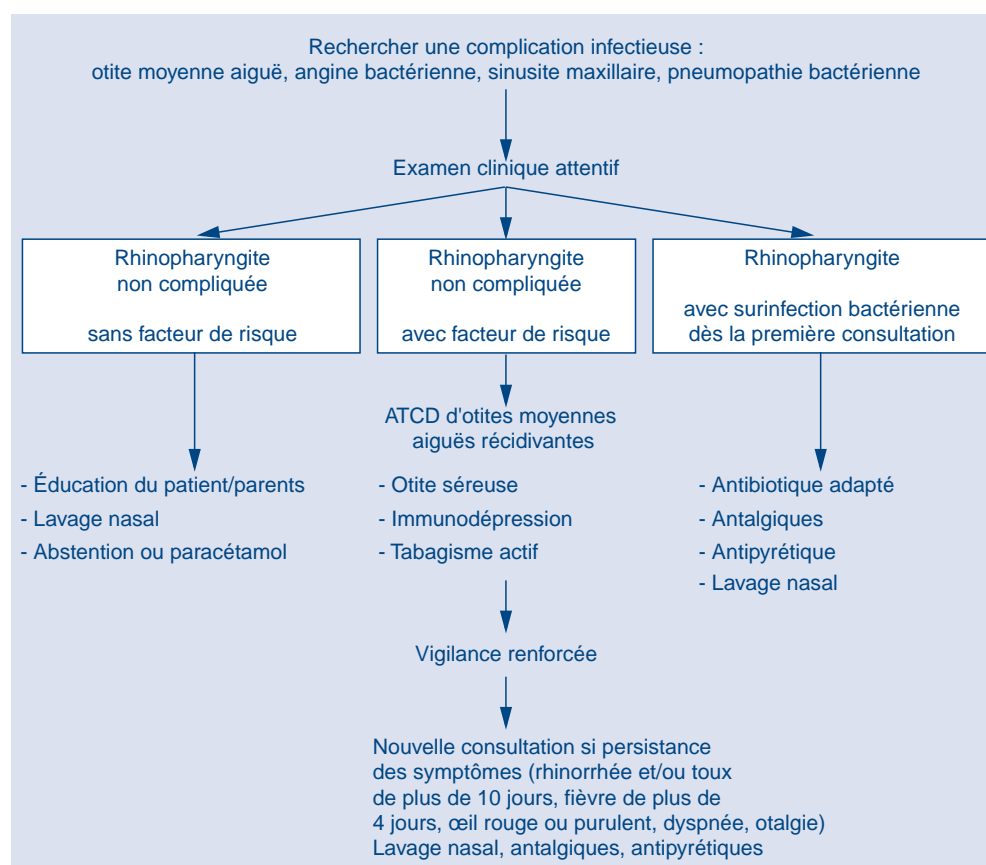
95 % CI : intervalle de confiance ; RV+ : rapport de vraisemblance + (ne dépend pas de la prévalence) ; RV– : rapport de vraisemblance – (ne dépend pas de la prévalence) ; RV : fréquence du résultat d’un test chez les malades/même fréquence chez les sains.

25 millions de cas annuels. L’incidence annuelle est de 197 pour 100 nourrissons de moins de 2 ans. L’incidence annuelle décroît rapidement à 70 pour 100 enfants de 2 à 15 ans et oscille un peu au-dessus de 30 épisodes pour 100 personnes à l’âge adulte. La fréquence des rhinopharyngites décroît [11] avec l’âge mais aussi leur proportion dans les motifs de recours aux soins du fait de l’augmentation des autres pathologies liées au vieillissement. Le recours aux soins pour un épisode de rhinopharyngite est variable d’un pays à l’autre et en fonction de nombreux facteurs [6, 15] environnementaux, psychologiques et sociaux. L’absence de couverture complémentaire [11] est un frein notable puisqu’il diminue d’un tiers les consultations pour rhinopharyngite à âge et sexe comparables. Les patients qui ont des troubles de

l’humeur [6], des relations sociales pauvres, une mauvaise estime de soi, consultent plus volontiers pour rhinopharyngite. Les comparaisons internationales [8] sont hasardeuses compte tenu des différences nosographiques d’un pays à l’autre, en particulier au sein de l’Europe. La rhinopharyngite regroupe en effet les rhinites (rhume) et les pharyngites (mal de gorge) et l’association des deux. Dans une étude épidémiologique [20] récente menée par une équipe de l’Université de Gand en France et en Italie portant sur 900 enfants consultant en médecine générale, l’âge moyen était de 28 mois avec un sex-ratio de cinq garçons pour quatre filles. Les enfants avaient eu en moyenne 4,1 épisodes de rhinopharyngite l’année précédente contre 1,4 cas d’otites moyennes aiguës. La rhinorrhée, parfois associée à une toux ou une otalgie sans otite

moyenne aiguë, était considérée comme un signe de rhinopharyngite par le médecin généraliste. Il n’y avait pas de différence de prise en charge ou de critères diagnostiques entre la France et l’Italie. Le coût de la prise en charge était similaire dans les deux pays, avec un large intervalle de confiance. Les facteurs de majorations du coût étaient un épisode d’otite moyenne aiguë lors de l’hiver précédent, un premier épisode d’otite moyenne aiguë avant 6 mois, un antécédent d’otorrhée, un enfant gardé en crèche. Toutefois, l’intérêt d’une antibiothérapie dans cette population supposée à risque de surinfection n’a jamais été démontré.

Dans une étude menée au pays de Galles [3], un tiers des patients souhaitaient recevoir un antibiotique et les mères de familles acceptaient plus volontiers de renoncer à un traitement antibiotique



1 Stratégie de prise en charge d'une rhinopharyngite aiguë. ATCD : antécédent.

pour leurs enfants que pour elles-mêmes. La satisfaction du patient est plus fortement corrélée à la qualité de la relation médecin-patient qu'au résultat de la consultation éventuellement matérialisée par une prescription antibiotique. La majorité des patients cherchent à être rassurés et réclament des informations sur la nature bénigne de leur maladie, plutôt qu'ils ne souhaitent une prescription à tout prix d'un antibiotique, même si c'est leur idée initiale. Le fait de souligner les risques d'effets secondaires à type de mycose ou de troubles digestifs peut aider le médecin à s'abstenir d'une prescription d'antibiotique. L'inefficacité des antibiotiques sur les maladies virales est une subtilité qu'il n'est pas toujours facile de communiquer au malade, surtout si le médecin est surmené ou débordé par sa charge de travail. En effet, l'absence d'efficacité des antibiotiques sur les maladies virales peut se heurter à la conviction du patient, si celui-ci a été rapidement soulagé pour un épisode similaire, lorsque le médecin a enfin accepté de prescrire le traitement adéquat au moment où les symptômes allaient naturellement s'amender...

La satisfaction du patient est également fortement corrélée à la durée des symptômes et au soulagement de la douleur. Les patients qui expriment un souhait de recevoir un antibiotique ont plus de chance d'en recevoir un et, surtout si la perception de ce désir du patient par le médecin est forte^[3], le médecin multiplie par dix la chance de réaliser cette prescription ! Dans cette étude qualitative, les médecins généralistes ont massivement exprimé leur amertume ou leurs difficultés à renoncer à délivrer une prescription : sensation de frustration si le malade se sent abandonné par son médecin, sentiment de s'être fait manipuler si on a accepté une prescription injustifiée,

et tentation de prescrire pour éviter les conflits inutiles et écourter la consultation. Toutefois, un médecin a expliqué combien il était heureux de convaincre réellement un patient de renoncer à un antibiotique inutile alors que la demande initiale était forte, mais a reconnu que cette éventualité est rare. Les médecins ressentent leur rôle dans la genèse du risque de sélection de bactérie résistante comme négligeable et la prescription d'un antibiotique à spectre étroit une ou deux fois l'an pour une infection présumée virale leur apparaît comme dérisoire, dans la masse de l'usage parfois irrationnel des antibiotiques. Certains pensent qu'il ne faut pas compromettre la qualité de la relation médecin-malade en refusant systématiquement de prescrire un antibiotique dans les affections présumées virales, que certains patients sont objectivement améliorés par le traitement et qu'il pourrait même y avoir un risque médico-légal si le malade présentait quelques jours après une surinfection à type de pneumonie franche lobaire aiguë et que l'on pourrait dire « son généraliste n'a rien fait, pas même prescrit un antibiotique » ... La plupart des médecins interrogés reconnaissent que les prescriptions inutiles permettent d'écourter les consultations mais accroissent le risque de consultations ultérieures pour une maladie similaire. Ce qui est un avantage pour le médecin exerçant dans un système de paiement à l'acte est un inconvénient dans les systèmes de paiement à la capitation. Cela peut être une explication partielle des différences de niveau de prescriptions d'un pays à l'autre.

Peu de médecins demandent explicitement au patient s'il souhaite ou non un antibiotique et l'une des pistes pour améliorer la situation serait de permettre au patient de se soigner lui-même lors

d'épisodes très bénins de rhumes isolés en favorisant une éducation adéquate, en particulier des femmes enceintes, ou lors des consultations de protection maternelle et infantile (PMI) car les mères semblent plus réceptives à l'idée de renoncer à un antibiotique pour leurs enfants que pour elles-mêmes.

Dans une étude^[2] portant sur 544 patients et 15 médecins généralistes, 67 % des patients souhaitent recevoir une prescription et deux tiers des prescriptions seulement obéissent au savoir médical en vigueur. Le plus fort déterminant de la prescription est l'idée que se fait le médecin du souhait de son malade. L'opinion du patient attendant son médecin a été comparée avec l'avis du médecin en fin de consultation par un enquêteur extérieur. Si le médecin se sent contraint de prescrire, cela multiplie par cinq la probabilité de prescrire, ce qui est édifiant pour une étude britannique où le médecin est rémunéré à la capitation. Les femmes médecins^[4] semblent plus sensibles à la demande du patient et un peu plus prescriptrices, comme cela a été identifié en France.

Dans les pays où il existe des infirmières^[5] spécialisées en médecine générale qui effectuent le triage des malades, leur efficacité sur la rapidité de guérison, les récurrences et la consommation d'antibiotiques est similaire à celle du médecin. En France, les consultations de médecine préventive (médecine scolaire, de crèche, PMI, dispensaires, médecine du travail, etc) pourraient être associées aux médecins généralistes dans l'éducation des patients. Il est en effet rare qu'un médecin de crèche ne conseille pas aux parents de consulter en urgence leur médecin traitant pour un nourrisson fébrile souffrant de rhinopharyngite, et ce serait le lieu idéal pour démystifier la prescription antibiotique comme une panacée rendant possible un retour rapide à la crèche et libérant les parents d'un souci important...

Mieux prendre en compte les craintes du patient, consacrer du temps à expliquer et convaincre, donner le sentiment de prendre en charge « sérieusement » le patient qui a peur de déranger le médecin pour des maux mineurs, insister sur les avantages à s'abstenir de prescrire pour éviter les effets secondaires, offrir la possibilité d'une deuxième consultation en cas de non-régression des symptômes à 5 ou 7 jours, voici les pistes^[10] qui peuvent aider le médecin à réduire ses prescriptions dans les affections supposées virales. Des sessions de formation médicale continue^[19] interactives et en petits groupes peuvent réduire très significativement les prescriptions inutiles et cet effet peut perdurer dans le temps au moins 18 mois.

Dans une étude^[16] menée à Southampton au Royaume-Uni, on a comparé chez 716 patients de plus de 4 ans, dans un essai clinique randomisé, trois stratégies possibles : traitement par antibiotiques pour 10 jours, pas de traitement, traitement antibiotique en cas de persistance des symptômes au bout de 3 jours. On constate une absence de différence significative sur la durée des symptômes, sur la fréquence d'amélioration au troisième jour, sur la durée de l'arrêt scolaire ou de maladie, ou sur la satisfaction du patient. La fréquence des complications à type de surinfections bactériennes est similaire dans les trois groupes. La satisfaction du patient était fortement corrélée à la durée des symptômes et la qualité de la relation médecin-patient. Les patients du groupe avec antibiotiques d'emblée avaient un jour de fièvre en moins et ont

exprimé plus souvent le souhait de reconsulter pour un épisode similaire (79 % versus 54 % versus 57 %). Il n'y avait pas de différence sur les rechutes à court terme ou sur la fréquence des surinfections bactériennes. Ces patients ont été suivis pendant 1 an, ce qui a permis de montrer^[14] qu'une durée de symptômes supérieure à 5 jours, un antécédent d'épisode de bronchite ou la prescription initiale d'antibiotiques pour un épisode similaire étaient des facteurs de risque de rechute, c'est-à-dire de consultation pour un épisode similaire (38 % versus 27 %). Les patients de plus de 12 ans, ceux qui avaient le plus attendu avant de consulter, les patients souffrant d'une toux associée sont ceux qui avaient une durée de maladie la plus longue. La satisfaction^[3, 15] du patient est mieux corrélée au sentiment d'être pris au sérieux qu'au fait de recevoir ou non un antibiotique. Les médecins perçoivent assez mal le désir du patient et surestiment souvent le souhait du patient ; ils semblent poser la question directement au patient assez rarement. Dans les études colligées sur le sujet, la fréquence^[2, 3, 15] d'erreur d'appréciation du médecin oscille entre 20 et 50 %.

L'antibiothérapie^[11] pour rhinopharyngite représente environ 10 % de l'ensemble de l'antibiothérapie prescrite par le généraliste et 1 % du coût total de leur prescription pharmaceutique. Dans une étude du CREDES^[11], la fréquence de prescription des antibiotiques était de 46 %. L'ordre de grandeur retrouvé dans diverses^[8] études est de 40 %, ce qui n'est pas très différent de ce que l'on rencontre au Royaume-Uni ou en Allemagne qui ont

des niveaux de développement comparables ; en revanche, la fréquence de consultation pour cette maladie est nettement plus élevée en France, probablement pour des raisons culturelles et de facilité d'accès aux soins primaires (temps d'attente plus long au Royaume-Uni, coût plus élevé en Allemagne). Cette fréquence^[11] était plus élevée dans l'est de la France (effet climatique ?), chez les nouveaux patients, les patients soignés à domicile, les généralistes de 45 à 54 ans plus forts prescripteurs que leurs cadets, les médecins ayant une grosse patientèle. L'effet du secteur conventionnel semble neutre. Le risque de mauvais usage s'accroît si le patient est une femme, avec l'âge du malade et plus le niveau d'éducation de celui-ci est bas. Le coût de l'antibiothérapie est moins élevé lorsque le médecin exerce également hors de son cabinet. En revanche, le niveau d'activité et le mode d'exercice^[4, 11], seul ou en groupe, ont un effet neutre sur le coût de l'antibiothérapie dans une étude et à risque de prescriptions iatrogènes dans une autre. En 1995 et malgré les références médicales opposables^[12] (RMO), 6 % environ des prescriptions comportaient un corticoïde. La prescription conjointe d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) a fortement chuté à la suite des RMO^[12], interdisant l'association systématique d'un AINS avec un antibiotique dans les affections ORL courantes, sauf cas particuliers. Le niveau de prescription est également similaire en fréquence^[18] aux États-Unis, en particulier dans l'État du Kentucky où une étude^[17] portant sur 50 000 patients consultant en soins primaires pendant 1 an a été

conduite : 48 % des patients consultant pour un épisode présumé viral ont reçu un antibiotique, 4 % seulement des patients ont développé une complication à type d'otite moyenne aiguë et moins de 1 % une sinusite maxillaire aiguë. Ces prescriptions inutiles ont été évaluées à 10 dollars environ par consultation^[17] de soins primaires, quel que soit le motif pour le programme Medicaid, qui est l'équivalent de notre couverture maladie universelle (CMU) pour les plus démunis aux États-Unis... Des résultats similaires ont été rapportés parmi la clientèle des pédiatres américains.

CONCLUSION

La rhinopharyngite, autrefois dénommée maladie d'adaptation comme étant le témoin de l'apprentissage immunitaire des nourrissons et des enfants, demeure un motif de consultation fréquent, même chez l'adulte. La prise en charge réclame une écoute attentive et une éducation des patients pour réduire les prescriptions évitables d'antibiotiques. En ce début de xxi^e siècle, une aide concrète au médecin généraliste est nécessaire pour s'approprier de nouveaux outils diagnostiques, tant dans le domaine de la prise en charge des complications que dans celui plus subtil du diagnostic éducatif du patient, de ses attentes et des ses représentations mentales de la santé, sans lequel il serait illusoire d'améliorer la morbidité liée aux rhinopharyngites.

Olivier Wong : Médecin , 45, rue Saint-Lambert, 75015 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Wong O. Rhinopharyngite. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0396, 2002, 5 p

RÉFÉRENCES

[1] Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : Infections ORL et respiratoires basses. Agence du Médicament, Janvier1999, <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/5/5000.htm>

[2] Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *Br Med J* 1997 ; 315 : 1506-1510

[3] Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *Br Med J* 1998 ; 317 : 637-642

[4] Coste J, Venot A. An epidemiologic approach to drug prescribing quality assessment: a study in primary care practice in France. *Med Care* 1999 ; 12 : 1294-1307

[5] Cox C, Jones M. An evaluation of the management of patients with sore throats by practice nurses and GPs. *Br J Gen Pract* 2000 ; 50 : 872-876

[6] De Longis A, Folkman S, Lazarus RS. The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *J Person Psychol* 1988 ; 3 : 486-495

[7] Dixième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Les infections ORL 19/06/1996. *Méd Mal Infect* 1996 ; 26 (suppl) : S1-S8

[8] Elies W, Pletan Y. An international medico-economic survey of 2 007 children with recurrent nasopharyngitis and acute otitis media. *Drugs* 1997 ; 54 (suppl 1) : 5-12

[9] Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. *Rev Prat Méd Gén* 1998 ; 12 : 24-31

[10] Hamm RM, Hicks RJ, Bemben DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract* 1996 ; 43 : 56-62

[11] Le Fur P, Sermet C. Rhinopharyngites et antibiothérapie en1992. Biblio n° 1105. Paris : CREDES décembre 1995

[12] Le Fur P, Sermet C. Impact sur la prescription pharmaceutique. Les antibiotiques. Paris : CREDES décembre 1996

[13] Rapport sur l'observatoire national des prescriptions sur l'antibiothérapie en pratique ambulatoire <http://www.agmed.sante.gouv.fr/> 1998

[14] Little P, Gould C, Williamson I, Warner G, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *Br Med J* 1997 ; 315 : 350-352

[15] Little P, Gould C, Williamson I, Warner G, Gantley M, Kinmonth AL. Clinical and psychosocial predictors of illness duration from randomised controlled trial of prescribing strategies for sore throat. *Br MedJ* 1999 ; 319 : 736-737

[16] Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *Br MedJ* 1997 ; 314 : 722-727

[17] Mainous AG 3rd, Hueston WJ. The cost of antibiotics in treating upper respiratory tract infections in a Medicaid population. *Arch Fam Med* 1998 ; 7 : 45-49

[18] Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA* 1998 ; 279 : 875-877

[19] Perez-Cuevas R, Guiscafne H, Munoz O, Reyes H, Tome P, Libreros V et al. Improving physician prescribing patterns to treat rhinopharyngitis. Intervention strategies in two health systems of Mexico. *Soc Sci Med* 1996 ; 8 : 1185-1194

[20] Van Cauwenberge P, Berdeaux G, Morineau A, Smadja C, Allaire JM. Use of diagnosis clusters to assess the economic consequences of rhinopharyngitis in children in Italy and France during the winter. Rhinitis Survey Group. *Clin Ther* 1999 ; 21 : 404-421

[21] Varonen H, Mäkelä M, Savolainen S, Läärä E, Hilden J. Comparison of ultrasound, radiography, and clinical examination in the diagnosis of acute maxillary sinusitis: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2000 ; 53 : 940-948

SINUSITE

JM KLOSSEK, C DESMONS

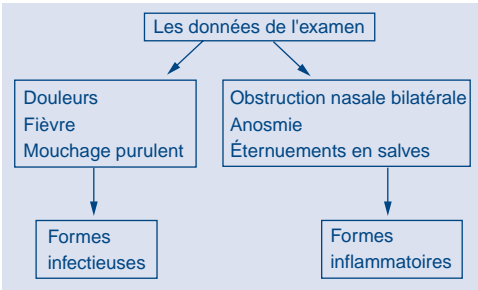
Les sinusites sont réparties en deux grandes familles: les atteintes infectieuses et les atteintes inflammatoires. Dans les formes infectieuses aiguës typiques, aucun examen complémentaire n'est indispensable. Le traitement repose sur l'antibiothérapie, la lutte contre la congestion nasale et la douleur. Dans les formes inflammatoires, le traitement est souvent long. On pourra s'aider d'un examen tomodensitométrique, mais l'interrogatoire est primordial à la recherche d'une allergie ou d'une intolérance.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Les sinusites ou rhinosinusites (fig 1, 2), sont réparties en deux grandes familles : les atteintes infectieuses et inflammatoires (tableau I).

■ Dans les atteintes infectieuses, l'étiologie peut être virale, bactérienne ou mycosique. Les formes unilatérales sont fréquemment dues à des causes locales, les formes bilatérales reflètent souvent une anomalie de terrain.



1 Arbre décisionnel devant une sinusite.

Tableau I. – Les différentes sinusites ou rhinosinusites.

Formes aiguës	Rhinosinusites virales Rhinosinusites bactériennes
Formes chroniques	Rhinosinusites infectieuses (bactérienne, parasitaire, mycosique) Rhinosinusites inflammatoires bilatérales (œdémateuse, polypeuse) (spécifiques : allergie, intolérance) (non spécifiques : stress, chimique, physique)

■ Dans les formes inflammatoires, l'atteinte est bilatérale, spécifique (allergie) ou non spécifique (stress, température, chimique).

PHYSIOPATHOLOGIE

Les cavités sinusiennes appendues aux cavités nasales communiquent toutes avec la cavité nasale par un orifice étroit : l'ostium sinusien^[5]. Cet orifice permet l'équilibre pressionnel entre les deux cavités et le transport mucociliaire des sécrétions sinusiennes vers le rhinopharynx. Une agression

virale, bactérienne, allergénique, chimique ou physique perturbe cet équilibre physiologique. La muqueuse, en réponse à l'agression, devient œdématisée, réduisant le diamètre ostial. Le transport mucociliaire est ralenti, ce qui augmente l'inflammation et entretient le dysfonctionnement sinusien^[2]. La concentration en oxygène intrasinusien diminue, aggravant le processus inflammatoire. La destruction de l'agent causal permet le retour à la normale et évite le passage à la chronicité.

SINUSITES OU RHINOSINUSITES INFECTIEUSES

● Formes aiguës

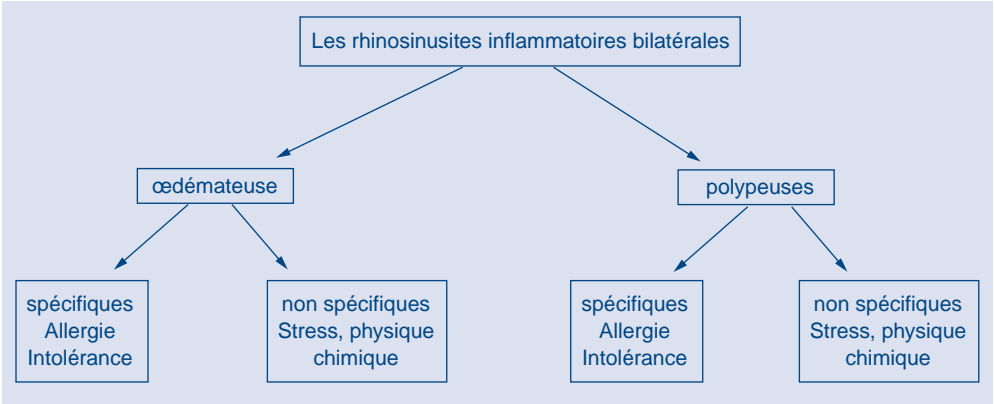
Tous les cavités sinusiennes peuvent être infectées mais, en pratique, la localisation maxillaire est la plus fréquente. Les atteintes ethmoïdales, frontales et sphénoïdales sont plus rares.

Rhinosinusite maxillaire aiguë^[3]

■ **Symptomatologie**
Comment la reconnaître en consultation ?

Elle survient brutalement soit chez un patient indemne de toute pathologie rhinosinusienne, soit chez un patient atteint d'une affection rhinosinusienne chronique.

La douleur est évocatrice, sa localisation correspond à la cavité sinusienne infectée



2 Rhinosinusites inflammatoires.

Tableau II. – Localisation des douleurs sinusiennes.

Maxillaire	Sous-orbitaire Irradiation dentaire, orbitaire
Éthmoïdale	fronto-orbitaire Irradiation temporale, rétro-orbitaire, racine du nez
Frontale	Sus-orbitaire Irradiation temporale, nuquale
Sphénoïdale	Rétro-orbitaire Irradiation pariétale, temporale, occipitale

(tableau II). Ici elle est infra-orbitaire irradiant vers les dents. Elle est souvent pulsative, augmentant aux mouvements de tête.

L'écoulement nasal purulent, associé à l'obstruction homolatérale, renforce la suspicion diagnostique.

La fièvre absente au début, atteint rapidement 38 - 38,5 °C.

■ Examen clinique

L'examen des fosses nasales, après instillation de vasoconstricteur (Pernazène®, Aturgyl®), confirme la présence de pus. Un examen attentif de la cavité nasale, au besoin à l'aide d'un otoscope, précise l'origine des sécrétions. Lorsqu'elles siègent dans le méat moyen, l'origine maxillaire est la plus probable, mais le sinus frontal ou éthmoïdal antérieur peuvent également en être à l'origine. Le sphénoïde se draine dans la portion postéro-supérieure de la fosse nasale, souvent difficile à voir. La présence de pus dans le cavum reflète indirectement la suppuration sinusienne.

L'examen de la denture est systématique, particulièrement minutieux dans les formes unilatérales.

■ Comment rechercher la cause ?

L'atteinte peut être virale ou bactérienne. Il est toutefois très difficile en pratique quotidienne de distinguer ces deux formes, même si la présence de pus renforce la suspicion en faveur de la cause bactérienne. De plus, le pourcentage respectif de chacune des étiologies reste méconnu. En cas d'atteinte bactérienne, les germes les plus couramment rencontrés sont l'*Haemophilus influenzae*, le pneumocoque, les autres streptocoques. Le staphylocoque doré et *Branhamella catarrhalis* sont plus rarement isolés. Quant aux germes anaérobies et aux entérocoques, ils sont plus souvent signalés dans les formes d'origine dentaire ou lors de poussées de surinfection de sinusite chronique.

■ Examens complémentaires

Faut-il en faire et lesquels ? Dans les formes typiques, ils ne sont pas nécessaires.

En cas d'insuffisance du traitement ou de rechute malgré un traitement adapté :

- la radiographie est intéressante pour vérifier l'absence de cause locale (pâte dentaire, mycose) ;
- l'examen à l'optique est utile pour analyser l'état des méats sinusiens et guider un prélèvement du pus ;

– la connaissance de la flore bactérienne probabiliste dispense d'un prélèvement dans les formes non compliquées.

■ Comment la traiter ?

Les objectifs : lutter contre l'infection, la congestion nasale, la douleur.

Lutter contre l'infection

L'antibiothérapie est choisie en fonction des germes soupçonnés (cf supra). De nombreuses molécules peuvent être choisies :

**Amoxicilline-acide clavulanique 1,5 g à 3g /j pendant 10 jours ;
Pristinamycine 2g/j pendant 10 jours ;
Céfuroxime axétil 500mg/j pendant 10 jours ;
Céfixime 400mg/j pendant 10 jours.**

Des études sont actuellement proposées pour réduire la durée des traitements afin d'améliorer la compliance du patient car souvent les symptômes disparaissent en 3 à 5 jours et le malade est tenté d'arrêter le traitement à ce stade. Les résultats préliminaires sont en faveur, pour certaines molécules, d'un raccourcissement. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour vérifier l'éradication bactériologique du foyer infectieux.

Lutter contre la congestion nasale

Les vasoconstricteurs sont rapidement efficaces sur l'obstruction nasosinusienne. Leur prise pendant 2 à 4 jours n'entraîne aucun risque iatrogène en l'absence des contre-indications classiques cardiovasculaires (HTA, angor, etc). La réduction de l'œdème muqueux réduit également la douleur.

La place des anti-inflammatoires reste encore à définir, même si leur prescription est largement répandue. Des études sont actuellement en cours pour vérifier l'influence exacte de la corticothérapie sur l'évolution symptomatique. Si elle est décidée, elle est prescrite pour 3 à 5 jours à la dose de 1 mg/kg/j équivalent prednisone. Son arrêt est brutal, sans recours à une posologie dégressive.

Lutter contre la douleur

Outre les vasoconstricteurs, la prescription d'antalgiques est parfois nécessaire pendant les 48 premières heures. L'association à un antipyrétique est une alternative pratique pour lutter également contre la fièvre.

■ Évolution

L'évolution est rapidement favorable, aucun contrôle radiologique n'est nécessaire dans les formes simples. Il n'est à envisager qu'en cas d'échec ou de complication. La tomodensitométrie est souvent plus intéressante que les radiographies standards, en particulier dans les formes compliquées, après un examen endoscopique des cavités nasales. Les complications sont devenues exceptionnelles. Elles sont orbitaires et doivent être recherchées dès le premier examen : trouble de la mobilité, mydriase paralytique.

Éthmoïdite aiguë

Beaucoup plus rare, elle touche surtout le jeune enfant dont le sinus éthmoïdal est le sinus le plus développé. La douleur fronto-orbitaire n'est pas toujours retrouvée. La fièvre est rapidement élevée. L'œdème douloureux de l'angle interne de l'œil est le signe clinique le plus évocateur. La fosse nasale homolatérale peut être normale ou obstruée par des sécrétions purulentes. Le risque de complication orbitaire est élevé en cas de retard thérapeutique. L'exploration radiologique est décidée devant une forme compliquée ou si une collection est suspectée ; c'est la tomodensitométrie [4].

Le traitement comprend toujours un volet médical. antibiothérapie dirigée contre l'hémophilus, le pneumocoque, le staphylocoque ou les anaérobies (ex : Amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporine de troisième génération). En cas de formes compliquées ou d'un environnement familial défavorable : hospitalisation pour antibiothérapie parentérale.

La chirurgie assure le drainage de la collection purulente périorbitaire en cas de complications ou de retard diagnostique.

Sinusite frontale aiguë

Rare, elle atteint l'adulte. Si la cause rhinogène reste la plus fréquente, les antécédents de chirurgie endonasale doivent être recherchés. L'intensité de la douleur témoigne de la dysperméabilité du canal nasofrontal. Celle-ci conditionne les choix thérapeutiques. Dans les formes modérées, l'antibiothérapie avec instillation locale de vasoconstricteur est suffisante. Dans les formes hyperalgiques, hospitalisation et drainage sont nécessaires.

Sinusite sphénoïdale aiguë (tableau II)

Très rare, elle est suspectée devant des douleurs occipitales associées à une fièvre de 38 - 38,5 °C. L'examen clinique est très pauvre, la fosse nasale est parfois congestionnée mais elle peut être strictement normale. Seul l'examen endonasal à l'optique donne accès à l'ostium situé au fond de la cavité nasale. La tomodensitométrie est l'examen radiologique à demander pour confirmer la suspicion clinique [4]. Son diagnostic impose un traitement antibiotique parentérale associé à des vasoconstricteurs locaux. Le pronostic est lié au risque de complications intracrâniennes, en général dues à un retard de prise en charge. L'hospitalisation est souhaitable.

● Formes chroniques infectieuses

Elles doivent être distinguées des formes aiguës récidivantes où le patient est totalement asymptomatique entre les poussées aiguës. Si, pour les formes bilatérales la recherche de l'étiologie est souvent difficile, pour les formes unilatérales il faut actuellement systématiquement penser à la mycose sinusienne ou à un foyer dentaire.

Comment les reconnaître ?

La rhinorrhée postérieure est le maître symptôme, la douleur étant exceptionnelle. La congestion nasale est parfois associée. Une pathologie bronchopulmonaire est à rechercher (dilatation des bronches).

Examens complémentaires

La tomodynamométrie peut révéler la cause de la suppuration chronique en particulier si unilatérale l'état dentaire et vérifié. Un déficit immunitaire, quoique exceptionnel, peut être recherché, de même qu'une anomalie ciliaire. Un avis spécialisé est souhaitable : pour vérifier l'état de la muqueuse nasale, faire des prélèvements.

Traitement

Il est avant tout médical, souvent long et difficile. Il comprend des mesures hygiénodietétiques : lavages de nez, arrêt du tabac, éventuellement immunostimulant ou modulateur. L'antibiothérapie doit être réservée aux poussées de réchauffement, dont les germes responsables sont semblables aux germes des formes aiguës. Si l'antibiothérapie améliore transitoirement l'état clinique, la rechute ou la persistance de la suppuration conduit à demander un avis spécialisé.

SINUSITES OU RHINOSINUSITES INFLAMMATOIRES [1, 6, 7]

Comment les reconnaître ? (fig 2)

Elles doivent être suspectées devant une obstruction nasale bilatérale, un trouble de l'odorat, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure souvent séreuse. Les éternuements en salves sont fréquemment associés à l'hyperréactivité nasale. Une irritation conjonctivale est étroitement associée aux formes allergiques. La chronologie est variable, soit continue, soit par crises répétitives.

Ces formes se révèlent parfois par une surinfection et miment une rhinosinusite aiguë. Toutefois, à l'issue du traitement, le patient « rechute » ou reste gêné et l'interrogatoire redevient primordial pour retrouver les symptômes initiaux évocateurs (fig 3).

Elles sont parfois associées à une allergie ou une intolérance médicamenteuse (AINS), alimentaire. L'association à un asthme ou un équivalent d'hyperréactivité bronchique est à rechercher. Inversement ces rhinosinusites inflammatoires sont à dépister chez tout asthmatique.

Tableau III. – Traitement des rhinosinusites inflammatoires.

Traitement symptomatique Antihistaminiques Corticoïdes locaux Vasoconstricteurs locaux Corticoïdes généraux	Traitement étiologique Éviction des allergènes Désensibilisation
Traitement associé Lavage nasal Arrêt du tabac	Traitement chirurgical échec ou contre-indication au traitement médical

À l'examen endonasal, les anomalies touchent le cornet inférieur et/ou moyen. Deux aspects sont possibles : soit la muqueuse est pâle, oedématisée, recouverte d'un mucus translucide, soit des polypes sont visibles bilatéralement dans le méat moyen.

Examens complémentaires

- Quels examens sont nécessaires ?
- Les tests allergologiques sont demandés en cas de suspicion clinique car l'interrogatoire reste primordial.
 - La radiologie standard est peu performante. La tomodynamométrie est surtout utile en cas d'échec thérapeutique ou de doute diagnostique. Ces pathologies se traduisent par des opacités diffuses, centrées sur l'ethmoïde antérieur et le sinus maxillaire.
 - La biologie.
- Si l'interrogatoire fait suspecter une allergie, les RMO suggèrent le recours d'emblée au tests cutanés. S'il existe un doute, le dosage d'IGE spécifique (maximum 4) est parfois intéressant. La recherche d'IGE totales est en revanche inutile. L'hyperéosinophilie est rare dans ces rhinosinusites inflammatoires.
- Traitement (tableau III)**
- Pour traiter les symptômes, il existe plusieurs choix possibles :
- les corticoïdes locaux sont plus actifs sur l'obstruction nasale ;
 - les antihistaminiques généraux ou locaux agissent sur la rhinorrhée et les éternuements ;
 - les anticholinergiques locaux agissent sur la rhinorrhée ;

– les antidégranulants mastocytaires sont plus spécifiques aux formes allergiques.

Le choix est guidé par la symptomatologie et sa chronologie.

■ **Traitement étiologique**

Si une allergie est présente, l'éviction et éventuellement l'immunothérapie spécifique sont indiquées. Dans les autres formes, il n'y a pas de traitement étiologique.

■ **Autre traitement**

En pratique, quel traitement proposer une fois la rhinosinusite identifiée ?

Il comprend souvent deux phases : le traitement de la poussée révélatrice et le traitement de fond.

Traitement de la poussée révélatrice

La corticothérapie est le principal anti-inflammatoire utilisé. Une cure courte de 6 à 12 jours, par voie générale, réduit l'oedème et améliore le confort du patient (prednisone ou prednisolone 1mg/kg/24h). Les vasoconstricteurs locaux sont parfois utiles dans les premiers jours, de même que les antibiotiques lorsqu'une infection révèle la pathologie.

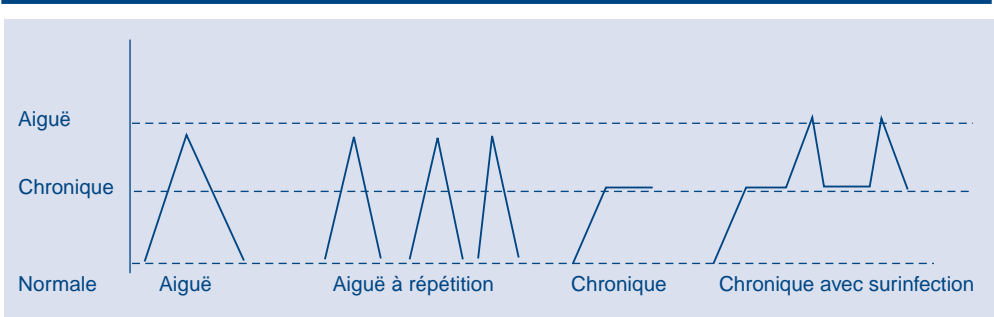
Traitement de fond

L'hygiène nasale, l'arrêt du tabac, l'éviction des allergènes ou médicaments et aliments en cause sont systématiquement discutés.

La corticothérapie intranasale est souvent nécessaire quotidiennement pour contrôler l'inflammation nasale. Lorsqu'une allergie est présente, les antihistaminiques sont également utiles. La désensibilisation peut également parfois être posée.

La durée du traitement est difficile à proposer, car, très souvent, plusieurs mois ou années sont nécessaires pour obtenir une guérison. Une étude précise, avec le patient, des facteurs déclenchants, des périodes symptomatiques des éventuelles allergies peuvent souvent préciser un calendrier thérapeutique.

La chirurgie est discutée devant un échec ou une contre-indication au traitement médical. Elle s'adresse surtout aux polypes.



3 Formes évolutives des rhinosinusites.

Jean-Michel Klossek : Professeur des Universités, praticien hospitalier.
Catherine Desmons : Interne des Hôpitaux.
Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, hôpital Jean Bernard, 355, avenue Jacques-Cœur, BP 577, 86021 Poitiers Cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : JM Klossek et C Desmons. Sinusite.
Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0460, 1998, 4 p

R É F É R E N C E S

[1] Dessi P. Diagnostic d'une polypose nasosinusienne. *Cahiers d'ORL* 1995 ; 30 : 498-504

[2] Klossek JM, Fontanel JP. Exploration physique et thérapeutiques spéciales des sinus. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-420-A-10, 1992 : 1-8

[3] Klossek JM, Fontanel JP. Sinusites maxillaires. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-430-A-10, 1994 : 1-5

[4] Klossek JM, Fontanel JP, Ferrie JC. Explorations radiologiques des cavités sinusiennes et nasales. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-422-A-10, 1993 : 1-16

[5] Legent F, Perlemuter L, Vandenbrouck C. Cahier d'anatomie ORL. Fosses nasales-pharynx (3^e ed). Paris : Masson, 1981 : 7-69

[6] Peynègre R, Coste A. Polypose nasosinusienne. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-395-A-10, 1994 : 1-10

[7] Serrano E, Percodani J, Pessey JJ. Polypose nasosinusienne : traitement médical. *Cahiers d'ORL* 1995 : 30 : 505-509

SURDITÉ BRUTALE

P BORDURE, F JEGOUX, F LEGENT

Le généraliste peut, grâce à un diapason, définir l'origine transmissionnelle ou neurosensorielle d'une surdité. La principale cause de surdité brutale est la surdité brusque idiopathique. C'est une surdité de perception, qui nécessite un traitement d'urgence, de préférence en milieu hospitalier, et un bilan complet spécialisé à distance, à la recherche, en particulier, d'un neurinome du VIII.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

La surdité est à la fois un symptôme et un handicap. La survenue brutale d'une surdité a souvent une signification particulière, pouvant nécessiter un traitement d'urgence approprié. Aussi est-il indispensable de connaître l'origine de cette surdité. Or un certain nombre de surdités surviennent en dehors de tout contexte clinique évocateur, ce qui en rend le diagnostic difficile. Il faut rattacher à ces surdités brutales l'aggravation d'une surdité déjà connue. Une surdité peut en effet en cacher une autre, comme par exemple une otospongiose associée à un neurinome de l'acoustique.

En pratique, la notion de contexte est primordiale à faire préciser en premier.

EXAMEN

Dans tous les cas, un examen otologique minimal s'impose, même si l'étiologie paraît évidente. Il comprend l'otoscopie et l'acoumétrie au moins au diapason, pour savoir s'il s'agit d'une surdité de transmission, de perception ou d'une surdité mixte.

L'examen otoscopique s'impose toujours en premier, ne serait-ce que pour éliminer un bouchon de cérumen. Chez un patient diabétique, l'extraction du bouchon de cérumen doit être réalisée par un oto-rhino-laryngologiste (ORL), compte tenu du risque d'otite externe maligne. De même, il faut vérifier après, extraction du bouchon, l'absence d'anomalies sous-jacentes par l'otoscopie et l'acoumétrie.

L'examen au diapason est un moyen simple et rapide de différencier surdité de perception

(neurosensorielle) et surdité de transmission. On utilise de préférence un diapason de 250 ou 500 Hz. Les tests de Weber et de Rinne sont les deux tests acoumétiques indispensables.

● Test de Weber

Le test de Weber consiste à placer le diapason sur le vertex, le front, ou le menton. On demande au patient : « Dans quelle oreille entendez-vous le son : à droite, à gauche, ou dans les deux à la fois ? » : si le patient désigne l'oreille sourde, c'est qu'il s'agit d'une surdité de transmission. Il arrive fréquemment que le patient hésite pour admettre que le son est plus fort dans l'oreille sourde. Si le patient est indécis ou s'il désigne l'oreille saine, il s'agit probablement d'une surdité neurosensorielle.

● Test de Rinne

On demande au patient si le son est plus fort en appliquant le diapason sur la mastoïde, ou en plaçant le diapason à 2 cm du méat auditif externe (les branches du diapason étant placées dans un

plan parallèle à celui du conduit auditif externe). Le son est plus fort avec le diapason sur la mastoïde quand il existe une surdité de transmission. C'est l'inverse en cas d'audition normale ou de surdité de perception.

SURDITÉS SURVENANT DANS UN CONTEXTE PATENT

Schématiquement, on peut distinguer les contextes traumatiques et les contextes infectieux (tableaux I, II).

● Contextes traumatiques

■ Traumatisme direct : en particulier par un coton-tige, où les lésions peuvent intéresser non seulement la membrane tympanique mais aussi la chaîne ossiculaire et l'oreille interne. Un examen otologique est donc indispensable.

■ Gifle, traumatisme crânien, barotraumatisme survenant pendant un vol en avion ou à l'occasion

Tableau I. – Étiologie des surdités brutales : surdités de transmission.

Contexte	Otoscopie	Étiologie
Bain en piscine, otalgie	Bouchon de cérumen	Bouchon de cérumen
Otalgie, otorrhée	Conduit inflammatoire et obstrué	Otite externe aiguë
Fièvre, otalgie	Tympan congestif, bombant	Otite moyenne aiguë
Rhinopharyngite	Tympan congestif, tympan ambré, niveau liquide	Catarrhe tubaire avec épanchement tympanique
Gifle, explosion	Perforation	Blast auriculaire
Plongée, avion	Tympan congestif, hémotympan, ou perforation	Barotraumatisme
Traumatisme crânien	Hémotympan, perforation, fracture de l'os tympanal	Fracture du rocher, luxation ossiculaire

Tableau II. – �tiologie des surdités brutales : surdités de perception ou mixte.		
Contexte	Otoscopie	�tiologie
Pas de contexte particulier Surdité de perception	Normale	Surdité brusque
Triade symptomatique (vertige, surdité, acouphènes) Antécédents de vertiges Surdité de perception	Normale	Maladie de Ménière
Otorrhée, � vertiges	Otite moyenne chronique	Labyrinthite
Otalgie, vertige, paralysie faciale	Vésicules sur la conque, bulles hémorrhagiques	Zona du ganglion géniculé
Traumatisme sonore	Normale	Traumatisme sonore
Gifle, explosion	Normale ou perforation	Blast auriculaire
Plongée, avion	Tympan congestif, hémotympan, perforation	Barotraumatisme
Traumatisme crânien	Hémotympan, perforation, fracture de l'os tympanal ou normale	Fracture du rocher, commotion labyrinthique, fistule périlymphatique

d'une plongée. Dans tout ces cas, il peut exister des lésions tympaniques, mais des lésions labyrinthiques peuvent s'ajouter, et imposer un geste chirurgical urgent.

■ Traumatisme sonore d  à un bruit intense, bref ou prolongé, comme dans un concert de rock. Dans un grand nombre de cas la surdité est réversible. Il s'agit d'une surdité de perception. L'absence de récupération rapide et complète de l'audition nécessite un traitement d'urgence.

● **Contextes infectieux**

■ Rhinite ou rhinopharyngite : la notion de rhinopharyngite récente oriente vers la présence d'un épanchement tympanique inflammatoire (« catarrhe tubaire »).

■ Otite aiguë : très souvent accompagnée d'une hypoacousie.

■ Zona : une éruption vésiculeuse de la conque, associée à une surdité brutale signe le zona otitique, d'autant plus qu'apparaissent une paralysie faciale périphérique et des vertiges.

■ Méningite : la survenue d'une surdité doit faire craindre une atteinte labyrinthique qui peut être bilatérale et parfois retardée.

SURDITÉS SURVENANT EN DEHORS D'UN CONTEXTE PATENT

Il s'agit le plus souvent d'une surdité de perception (tableau II). Une telle surdité de perception, sans étiologie évidente, constitue pour les otologistes une surdité brusque qui impose une recherche diagnostique et un traitement spécifique. Les surdités brusques sont considérées idiopathiques jusqu'à preuve du contraire. **C'est la principale cause de consultation pour surdité brutale.** La fréquence est probablement sous-estimée car un bon nombre de patients présentent de tels épisodes qui régressent spontanément avant même d'aller consulter ou de penser à consulter. **Les vertiges sont**

parfois associés et représentent un élément de mauvais pronostic. Les hypothèses pathogéniques sont nombreuses (virales, vasculaires, ruptures membranaires intralabyrinthiques, inflammatoires, hyperpression des liquides labyrinthiques ou du liquide céphalorachidien [LCR], fistules périlymphatiques...). Elles posent un double problème : celui d'une étiologie éventuelle qu'il faut chercher de principe, et celui de leur traitement.

● **Examens biologiques à demander en cas de surdité brusque** [1, 4]

Ils ont pour but de dépister une cause possible passée inaperçue.

Numération formule sanguine, numération des plaquettes, vitesse de sédimentation : ces trois examens permettent de dépister d'une part une hémopathie, et d'autre part un syndrome inflammatoire pouvant révéler une maladie inflammatoire générale (syndrome de Cogan, lupus, périartérite noueuse...) [1].

Un bilan d'hémostase et une sérologie de la syphilis (*Treponema pallidum* haemagglutination assay [TPHA], venereal disease research laboratory [VDRL]) complètent les recherches biologiques.

● **Examens complémentaires réalisés par l'ORL**

  la première consultation

Les audiom tries tonale et vocale sont réalisées pour confirmer l'origine transmissionnelle, mixte ou neurosensorielle de la surdité.

Gestes à faire en consultation

- ✓ **Otoscopie : tympan normal, anormal.**
- ✓ **Acoum trie au diapason : transmission, perception.**

Les examens biologiques sont complétés en fonction du contexte. Il s'agit le plus souvent de

sérologies virales ou bactériennes (*human immunodeficiency virus* [VIH], Cytomégalovirus [CMV], maladie de Lyme, rubéole, oreillons...).

Quelques semaines après une surdité brusque

Même si la surdité a totalement récupéré, il est indispensable de chercher un neurinome du VIII ou une autre pathologie rétrocochléaire (tumeur, sclérose en plaques). Les examens cochléovestibulaires sont réalisés à distance de l'épisode aigu pour éviter tout traumatisme sonore. L'étude des **potentiels évoqués auditifs** précoces permet de localiser la lésion à la cochlée ou au-delà de la cochlée (nerf auditif, voies auditives centrales). En cas d'atteinte rétrocochléaire, un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de gadolinium est demandé [5].

● **Traitement**

En pratique, ce sont les surdités de perception brutales qui nécessitent un traitement en urgence. Il s'agit le plus souvent d'une surdité brusque idiopathique. **Une hospitalisation de 4 à 5 jours est préférable** surtout chez les sujets hyperactifs. Seule la **corticothérapie** semble avoir fait preuve d'efficacité [3]. Les chances de succès thérapeutique sont d'autant plus grandes que le traitement a été réalisé précocement après le début de la surdité, qu'il n'y a pas de vertiges associés, que la surdité prédomine sur les fréquences graves et qu'elle est modérée. Différents types de cortico ides peuvent être utilisés (prednisone, prednisolone ou méthylprednisolone)   la posologie quotidienne de 1 à 2 mg/kg pendant 4 jours ou quelques semaines. La corticothérapie est administrée par voie parentérale les premiers jours, en perfusion lente, ce qui est le garant d'un véritable repos.

Une grande variété de traitements ont été proposés dans les surdités brusques de part leurs propriétés bénéfiques sur la microcirculation cochléaire ou l'oxygénation tissulaire (vasodilateurs, inhalation de carbogène, anticoagulants, hémodilution, caisson hyperbare...) [2, 4]. Malgré la popularité de ces traitements, leur supériorité par rapport à la récupération spontanée n'a pas été clairement démontrée [3].

AGGRAVATION BRUTALE D'UNE SURDITÉ PRÉEXISTANTE

En pratique, c'est l'apparition ou l'aggravation d'une atteinte neurosensorielle qui doit attirer l'attention en priorité. L'aggravation d'une surdité chez un patient a deux origines possibles : soit une aggravation ou une complication de la pathologie préexistante, soit la survenue d'une autre pathologie comme, par exemple, un neurinome du VIII. On peut envisager plusieurs situations.

La surdité brusque est une urgence. Le contexte de survenue est primordial pour la recherche étiologique.

● **Maladie de Ménière connue**

Une surdité brutale ou une aggravation de la surdité est fréquente au cours des crises de la maladie de Ménière. La surdité, qui est purement neurosensorielle, peut être complètement réversible au début de l'évolution de la maladie.

● **Otospongiose**

Si le patient a été opéré, il faut évoquer une complication de l'intervention chirurgicale qui impose le recours urgent à un ORL et un éventuel geste de reprise chirurgicale. L'aggravation de l'audition peut aussi avoir une cause différente,

imposant donc un examen cochléovestibulaire à la recherche, en particulier, d'un neurinome du VIII.

● **Otite chronique**

L'aggravation brutale de la surdité par atteinte neurosensorielle impose aussi un avis ORL urgent. Selon le contexte, il peut s'agir d'une fistule labyrinthique cholestéatomateuse ou d'une labyrinthite infectieuse, qui sont des complications de la pathologie initiale. Parfois, l'atteinte neurosensorielle brutale peut révéler une autre pathologie, telle qu'une maladie de Wegener, une otite tuberculeuse ou encore un neurinome du VIII.

CONCLUSION

Face à une surdité brutale, le médecin généraliste doit évoquer le diagnostic étiologique en fonction du contexte clinique, et essayer de définir l'origine transmissionnelle ou neurosensorielle de la surdité. En effet, les surdités de perception (neurosensorielles) requièrent un traitement d'urgence et le recours rapide à un spécialiste ORL. Le diagnostic initial de surdité brusque idiopathique ne sera souvent confirmé que secondairement, en fonction des résultats des examens cochléovestibulaires et biologiques qui permettront d'éliminer notamment un neurinome du VIII.

Philippe Bordure : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Frank Jegoux : Interne des Hôpitaux.

François Legent : Professeur des Universités, chef de service.

Clinique ORL et chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire régional de Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44035 Nantes, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : P Bordure, F Jegoux et F Legent. Surdité brutale. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0420, 1998, 3 p

RÉFÉRENCES

[1] Brete M, Tran BA, Huy D. Conduite à tenir devant une surdité brutale de l'adulte. *Rev Prat (Medecine generale)* 1988 ; 39 : -34

[2] Debry C, Granjean E, Briche D, el Jerrari A, Gentine A, Conraux C. Surdités brusques. Analyse d'une série de 117 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1992 ; 109 : 175-181

[3] Legent F, Bordure P. Attitude thérapeutique devant une surdité brusque idiopathique. *Revue officielle de la Societe Française d'ORL* 1997 ; 42 : 69-74

[4] Lienhart H, Gouteyron JF, Faugère JM. Surdités brusques et fluctuantes. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-183-A-10, 1991 : 1-12

[5] Vincent M, Estève-Fraysse MJ, Fraysse B. Diagnostic des surdités de perception chez l'adulte. *Rev Prat (Paris)* 1990 ; 40 : 1751-1761

VERTIGE

P BORDURE, O MALARD, C CALAIS, F LEGENT

Le rôle du médecin généraliste devant un vertige est d'authentifier la nature vestibulaire des troubles, de définir la nature périphérique ou centrale de ces troubles grâce à un examen clinique simple, et enfin d'instaurer un traitement symptomatique pour soulager le patient.

© Elsevier, Paris.

INTRODUCTION

Le vertige est un symptôme qui naît d'un conflit d'informations entre les systèmes vestibulaires, visuels et proprioceptifs. Il se définit par une illusion de mouvement. Son origine est le plus souvent une atteinte ou un dysfonctionnement du système vestibulaire périphérique. Le diagnostic étiologique est souvent évoqué dès l'interrogatoire. Le rôle du médecin généraliste est triple. Il doit d'abord authentifier la nature vestibulaire des troubles que présente le patient. Deuxièmement, sa démarche diagnostique doit lui permettre de définir la nature périphérique ou centrale (et purement neurologique) des vertiges afin d'orienter au mieux son patient, soit vers l'oto-rhino-laryngologiste (ORL), soit vers le neurologue. Troisièmement, il est amené à traiter, en urgence, le patient vertigineux, et à prendre en charge un éventuel traitement médical de fond d'une maladie de Ménière.

INTERROGATOIRE

C'est l'élément capital, et si, à la fin de l'interrogatoire, un diagnostic précis n'est pas évoqué, il est peu probable que les examens complémentaires redressent la situation^[1].

Il doit faire éliminer ce qui n'est pas un vertige :

- syncope et lipothymie, car le vertige ne

s'accompagne ni de lipothymie, ni de perte de connaissance ;

- un trouble de la marche sans sensation erronée de déplacement, tel qu'on peut l'observer dans une pathologie ostéoarticulaire ou un déficit moteur ;

- le mal des transports ou cinétose, car le déplacement n'est pas qu'une illusion.

Il doit faire préciser :

- le type de vertige : rotatoire, déséquilibre non systématisé avec tendance à la chute, ou encore simple déséquilibre à la marche ;

- l'importance des signes neurovégétatifs : nausées, vomissements ;

- le profil évolutif : grande crise unique, vertige chronique avec paroxysmes itératifs ou vertige chronique permanent ;

- la survenue antérieure de crises vertigineuses : dans ce cas, on peut dès l'interrogatoire identifier trois grands groupes : le vertige bénin paroxystique de position (VPPB), la maladie de Ménière, et les vertiges récurrents.

Contexte de survenue

Traumatisme crânien, barotraumatisme, traumatisme direct de l'oreille, prises de médicaments vestibulotoxiques, en particulier prises de gouttes ototoxiques qui sont d'autant plus dangereuses qu'il existe une perforation tympanique sans otorrhée associée, et enfin chirurgie otologique (tout particulièrement la chirurgie stapédienne de l'otospongiose).

Facteurs déclenchants

Ce sont les changements de position, l'effort, le mouchage ou l'éternuement.

Un vertige rotatoire intense qui dure quelques secondes et qui survient exclusivement aux changements de position est très évocateur du VPPB. L'interrogatoire dans ce type de vertige pose deux difficultés : d'abord, faire préciser au patient que le vertige apparaît uniquement pour un certain type de position (par exemple, lors d'une rotation à gauche dans le lit), et ensuite, la durée très brève de la sensation vertigineuse souvent largement surévaluée.

Le vertige au mouchage et à l'éternuement, dans un contexte post-traumatique ou après chirurgie de l'étrier, évoque avant tout une fistule périlymphatique qui nécessite souvent un traitement chirurgical^[2].

Signes associés

■ Otologiques

L'**otorrhée purulente** oriente vers une complication d'une otite chronique, et en particulier d'une otite cholestatomateuse. Un syndrome vertigineux dans un tel contexte nécessite un avis spécialisé urgent.

Les **signes cochléaires** (surdité, sensation d'oreille bouchée ou de plénitude d'oreille, acouphènes) orientent vers une pathologie de l'oreille interne, et en particulier la maladie de Ménière.

■ Neurologiques

L'interrogatoire doit faire préciser la survenue, même transitoire, de signes neurologiques (déficit moteur, aphasie, dysesthésies, paresthésies, crises tonico-cloniques...).

EXAMEN CLINIQUE

Il comporte, en plus d'un examen général et neurologique, l'examen otoscopique, l'acoumétrie au diapason et l'examen vestibulaire.

● Signes vestibulaires spontanés

■ Nystagmus

C'est le premier signe à rechercher pendant une crise vertigineuse. Il est souvent absent en dehors des crises, et au contraire souvent présent pendant. Le nystagmus vestibulo-oculaire est le signe objectif vestibulaire le plus fidèle, permettant d'affirmer la nature vestibulaire des symptômes ; encore faut-il le rechercher, et ce d'autant plus que le patient est en crise, qu'il ferme les yeux et qu'il est nauséeux. Le nystagmus vestibulo-oculaire est un mouvement conjugué des deux globes oculaires. Il est rythmique,

formé de deux mouvements opposés du globe oculaire : un mouvement lent, qui est dans le même sens que la déviation corporelle du patient, et un mouvement rapide de rappel, qui détermine le sens du nystagmus. Il doit être mis en évidence, le regard de face, avec et sans fixation oculaire. On peut limiter, en pratique, la fixation oculaire, par l'utilisation de lunettes à verres grossissants (lunettes de Frenzel), ou en demandant au patient de regarder au loin, sans fixer d'objet.

■ Déviation spontanée des index

Elle est recherchée chez le patient assis, les yeux fermés, sans appui dorsal et avec les bras tendus à l'horizontale.

■ Épreuve de Romberg

Elle étudie la statique du patient debout, talons joints et yeux fermés, sans aucun autre appui. Elle peut être sensibilisée en faisant marcher sur place le patient.

L'analyse des signes vestibulaires spontanés permet de rapporter le syndrome vestibulaire présenté par le patient à une atteinte périphérique (oreille interne, nerf vestibulaire), ou à une atteinte centrale (noyaux vestibulaires et autres voies vestibulaires intracérébrales) (tableau I).

● Manœuvre de Dix-Hallpike

En l'absence de signes vestibulaires spontanés, la manœuvre de Dix-Hallpike (fig 1) permet de mettre en évidence un nystagmus de position. C'est la manœuvre diagnostique du VPPB. Le patient est assis sur la table d'examen. On le fait passer, rapidement, de la position assise à la position couchée, tête dans le vide, et en rotation de 45° d'un côté. On maintient la position quelques secondes en demandant au patient de bien laisser les yeux ouverts. La manœuvre est réalisée de l'autre côté, de la même façon. Le VPPB est caractérisé par la survenue, légèrement retardée de quelques secondes, d'un vertige parfois très intense, avec un nystagmus rotatoire battant vers l'oreille la plus basse (sens de la secousse rapide). Vertiges et nystagmus s'estompent en une dizaine de secondes. La remise rapide du patient en position assise déclenche un nystagmus dans le sens opposé. Ce nystagmus est vite fatigable, lors de la répétition des manœuvres. Lorsque le vertige de position est atypique, il faut être vigilant, compléter l'examen cochléo-vestibulaire et réaliser un examen neurologique. En effet, des vertiges de position peuvent révéler des lésions médianes de la fosse postérieure.

Tableau I. – Critères permettant de distinguer un syndrome vestibulaire central et un syndrome vestibulaire périphérique.		
Critères	Périphérique	Central
Nystagmus	Horizontal rotatoire	Vertical
	Unidirectionnel	Multidirectionnel
	Inhibé par la fixation oculaire	Augmenté par la fixation oculaire
Signes végétatifs	Importants	Modérés ou absents
Signes cochléaires	Oui	Non
Syndrome vestibulaire harmonieux (les signes vestibulaires spontanés ont la même direction : secousse lente du nystagmus, déviation corporelle et des index)	Oui	Non
Signes neurologiques associés	Non	Oui

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique, différents diagnostics peuvent être évoqués (tableau II et figure 2).

La constatation d'un syndrome vestibulaire central doit faire orienter le patient vers un confrère neurologue. La survenue d'un vertige périphérique doit faire orienter le patient vers un ORL, d'autant plus rapidement qu'il existe une atteinte de l'oreille moyenne.

EXAMENS COCHLÉOVESTIBULAIRES RÉALISÉS PAR LE SPÉCIALISTE

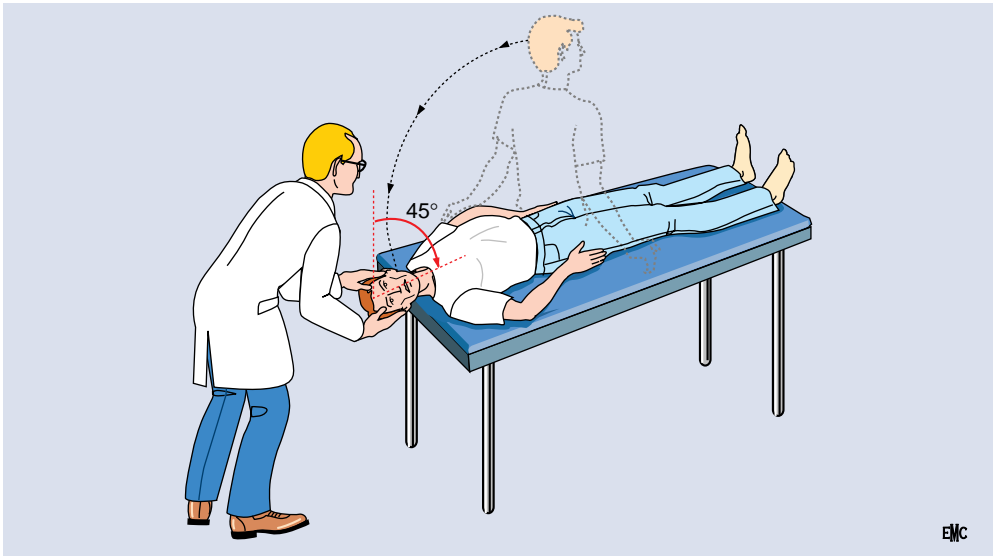
Ce sont : l'audiométrie tonale et vocale ; la tympanométrie ; l'examen calorique ; les potentiels évoqués auditifs précoces ; les tests osmotiques, pour objectiver l'hydrops labyrinthique de la maladie de Ménière ; l'électronystagmographie et la vidéonystagmographie [4].

S'il existe des signes d'atteinte rétrocochléaire, un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec injection de gadolinium est demandé afin de chercher un neurinome du VIII [4].

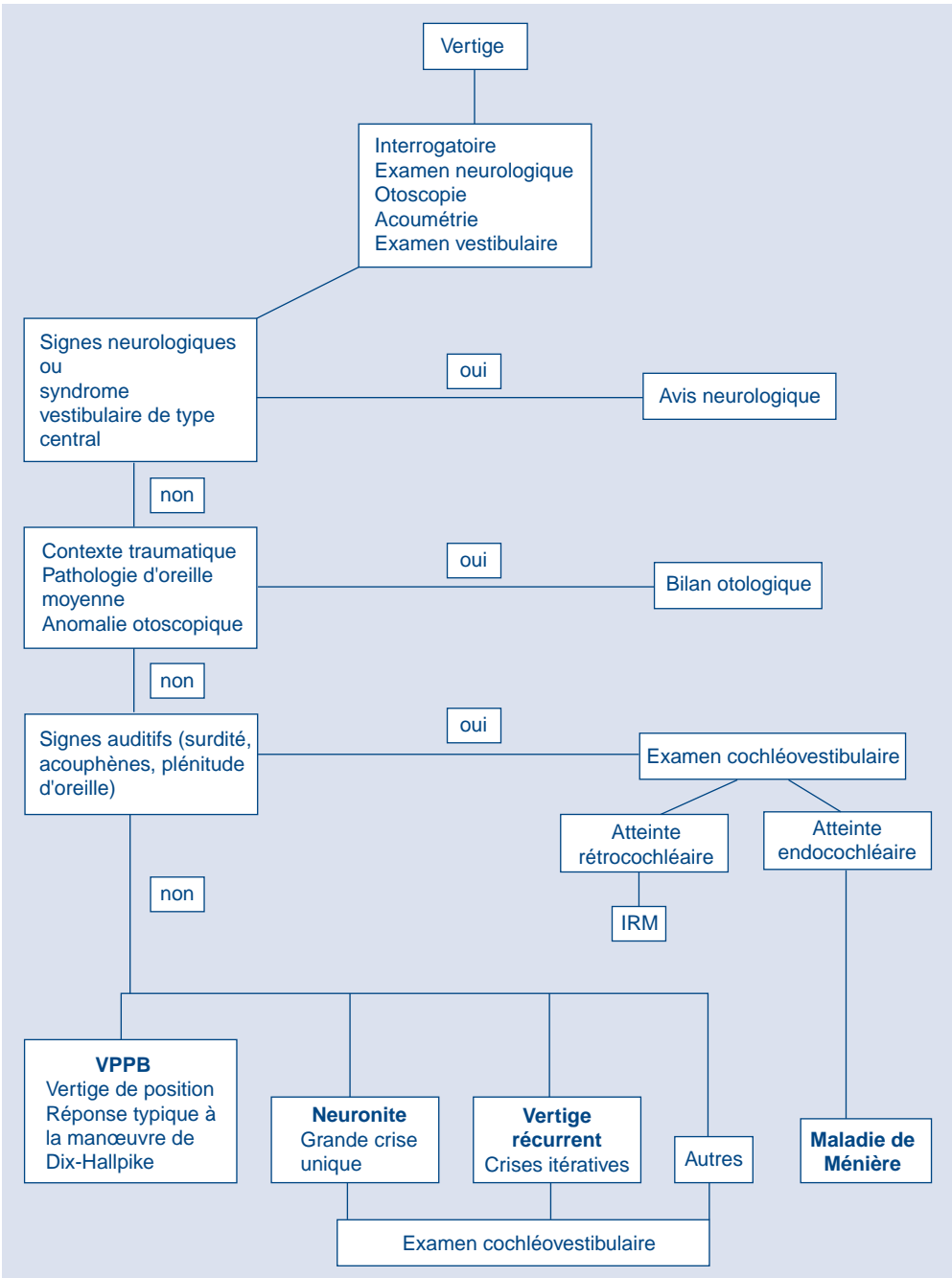
TRAITEMENT DES VERTIGES PÉRIPHÉRIQUES

● Traitement de la crise

Administration intraveineuse d'un antivergineux type Tanganil® (1 à 2 ampoules en injection intraveineuse directe lente), associé à un antiémétique par voie parentérale.



1 Manœuvre de Dix-Hallpike.



2 Stratégie diagnostique des vertiges de l'adulte.
VPPB : vertige bénin paroxystique de position ; IRM :
imagerie par résonance magnétique.

Le patient doit se lever le plus rapidement possible pour favoriser la compensation vestibulaire, et ce d'autant plus qu'il est âgé, car ses capacités de compensation sont moindres. La rééducation vestibulaire par un kinésithérapeute est souvent nécessaire dans ce cas. Il faut éviter les sédatifs qui retardent la compensation vestibulaire.

Dans la maladie de Ménière, on peut avoir recours à des produits agissant sur l'hydrops labyrinthique comme le sulfate de magnésium à 15 % : 10 mL en intraveineuse directe lente, 1 fois par jour pendant 5 à 10 jours.

Le VPPB bénéficie d'un traitement particulier grâce à une manœuvre thérapeutique réalisée au

cabinet de l'ORL. Dans beaucoup de cas, une seule manœuvre est suffisante, mais parfois elle doit être répétée.

● **Traitement de fond de la maladie de Ménière**

La bêtahistidine est indiquée dans le traitement de fond de la maladie de Ménière, car elle semble avoir une action directe sur l'hydrops labyrinthique.

● **Chirurgie**

Elle est indiquée en cas de vertige invalidant résistant au traitement médical, essentiellement dans la maladie de Ménière, et dans les fistules périlymphatiques post-traumatiques.

CONCLUSION

Le rôle du médecin généraliste est capital dans la prise en charge du patient vertigineux. C'est lui qui est le plus souvent confronté à l'épisode aigu et qui peut recueillir le maximum de données sémiologiques. Sa connaissance du patient et de ses antécédents lui permet de connaître au mieux le contexte pathologique. Or cette connaissance est d'une importance majeure pour orienter le diagnostic. Il doit par ailleurs assurer le traitement symptomatique d'urgence pour soulager le patient, et l'orienter au mieux vers l'ORL et/ou le neurologue, en fonction du diagnostic posé.

Tableau II. – Diagnostic des principaux vertiges périphériques [3].

Maladie	Contexte clinique	Profil évolutif	Signes auditifs	Otoscopie	Signes vestibulaires spontanés
Maladie de Ménière	Antécédent de vertiges Triade symptomatique : vertige, surdité, acouphènes	Chronique avec crises itératives	Oui	Normale	Absents en dehors de la crise
VPPB	Antécédent traumatique fréquent Vertige rotatoire intense, uniquement aux changements de positions	Chronique avec crises itératives	Non	Normale	Absents
Vertiges récurrents	Antécédent de vertiges	Chronique avec crises itératives	Non	Normale	Absents
Neurinome du VIII	Pas d'antécédent	Vertige chronique de tout type	Oui	Normale	Souvent absents
Neuronte vestibulaire	Pas d'antécédent ni contexte	Grande crise sur quelques jours	Non	Normale	Syndrome périphérique typique
Fracture du rocher, barotraumatisme, commotion labyrinthique	Contexte traumatique	Vertige aigu	Oui	Normale ou perforation ou hémotympan	Syndrome périphérique typique souvent fugace
Fistules périlymphatiques	Contexte traumatique ou après chirurgie de l'étrier Vertige volontiers positionnel, à l'effort ou au mouchage	Vertige aigu ou chronique	Oui	Normale ou perforation	Souvent absents

VPPB : vertige bénin paroxystique de position.

Philippe Bordure : Professeur des Universités, praticien hospitalier.
Olivier Malard : Interne des Hôpitaux.
Catherine Calais : Praticien hospitalier.
François Legent : Professeur des Universités, chef de service.
Clinique ORL et chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire régional de Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44035 Nantes, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : P Bordure, O Malard, C Calais et F Legent. Vertige. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0430, 1998, 4 p

R É F É R E N C E S

[1] Calais C, Legent F. Y a-t-il des gestes thérapeutiques immédiats à pratiquer chez un patient vertigineux ? *Concours med* 1996 ; 24 : 1659-1664

[2] Legent F, Bordure P. Les fistules périlymphatiques post-traumatiques. *Bull Acad Natl Med* 1994 ; 178 : 34-45

[3] Sauvage JP, Enaux M, Bories F. Diagnostic étiologique des vertiges. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-200-A-10, 1994 : 1-14

[4] Tran Ba Huy P, Waele (de) C. Les vertiges et le praticien. Paris : John Libbey Eurotext, 1996