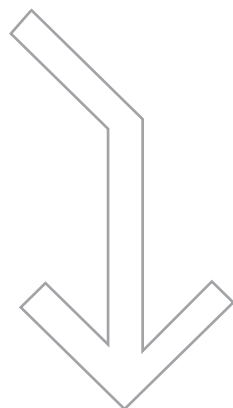


# 10 MAJBOOK



iECN

2<sup>e</sup> ÉDITION ACTUALISÉE

## MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

## URGENCES RÉANIMATION

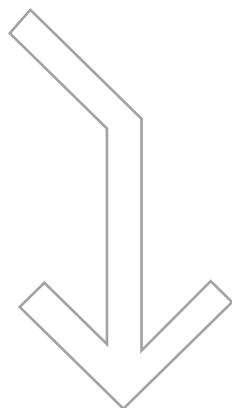
ANESTHÉSIE, OPHTALMOLOGIE  
ORL, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Alexis Maillard  
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune  
Professeur à l'Université Paris Descartes

**MED-LINE**  
Editions

# 10 MAJBOOK



iECN

2<sup>e</sup> édition actualisée

## MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

# URGENCES RÉANIMATION

ANESTHÉSIE, OPHTALMOLOGIE  
ORL, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Alexis Maillard  
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune  
Professeur à l'Université Paris Descartes

**MED-LINE**  
Editions

**Éditions MED-LINE**  
74 Boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
Tél. : 09 70 77 11 48  
**www.med-line.fr**

*URGENCES RÉANIMATION ANESTHÉSIE, OPHTALMOLOGIE ORL, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE (N°. 10) -  
MAJBOOK - TOUTE LA SPÉCIALITÉ, PAR LE MAJOR*  
ISBN : 978-2-84678-294-4  
© 2021 ÉDITIONS MED-LINE

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.



## Préface du Pr Claire Le Jeunne

Publier les notes du major à l'Examen Classant National de médecine 2018, voilà une idée originale qui mérite tout notre intérêt.

Les notes qui deviennent fiches sont des documents uniques. Élaborées avec beaucoup de soin et de sens pratique, elles permettent de faire une révision d'un item en quelques dizaines de minutes.

Tout compte dans une fiche : la présentation, le jeu des couleurs, le choix des abréviations. C'est un énorme travail original fait à partir de sources différentes, des photocopiés, des manuels, le cours de l'enseignant, un article. Tout document jugé informatif peut contribuer à la touche finale de la fiche qui s'élabore et se complète petit à petit pour devenir définitive en général la dernière année.

En l'occurrence une fiche concerne un item du programme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales sachant qu'il y en a 362 au total.

Cette méthodologie des fiches a traversé les temps, j'ai moi-même travaillé avec cette technique pour préparer le concours de 1977 et ce n'est que récemment que j'ai accepté l'idée de m'en séparer, tant l'énergie mise pour les préparer et le travail que cela symbolise sont considérables.

La taille de cet ouvrage de 1900 pages nous montre bien la somme des connaissances que nous demandons à nos étudiants de métaboliser. Chaque année davantage, car la médecine – et les connaissances scientifiques qui s'y rattachent – progresse à pas de géant et doit se spécialiser.

Il faut donc trouver des moyens pour pouvoir assimiler un programme aussi important sachant qu'en médecine, il n'y a pas d'impasse possible. C'est bien ce que nous montrent Alexis Maillard, Major aux iECN 2018, et Lina Jeantin, 71<sup>e</sup> aux iECN 2018, dans ce recueil.

Ils abordent toutes les questions du programme sous forme de fiches présentées selon l'ordre du programme. Ils ont traité tous les items. Ils ont fait des fiches synthétiques brillantes qui leur ont permis d'avoir un classement exceptionnel.

Cet ouvrage permettra à ceux qui n'ont pas commencé le travail minutieux dès le début de DFASM de pouvoir rattraper le temps et de s'approprier les fiches ainsi élaborées.

Elles sont complémentaires de l'enseignement à la faculté qui se veut éminemment pratique et qui ne revendique pas l'exhaustivité surtout dans la dernière année des études.

Merci aux Éditions Med-Line d'avoir voulu valoriser ce travail et ainsi reconnaître son importance.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

Pr Claire LE JEUNNE  
Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes  
Ex vice doyen à la pédagogie

## Remerciements

Nos remerciements tous particuliers aux auteurs et aux éditeurs des livres suivants, qui nous ont autorisés à reproduire certaines iconographies de leurs ouvrages, au sein de notre livre, dans un souci d'aider le lecteur et de rendre l'ouvrage plus pédagogique.

- *Cancérologie*, Livre du Collège, Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC), Ouvrage coordonné par le Pr Philippe Giraud et le Pr Jean Trédaniel, Editions Med-line
- *Dermatologie*, UE ECN en dossiers progressifs, Félix Pham, Guillaume Rougier, Editions VG
- *Dermatologie, vénérologie*, iKB, Pr Philippe Bahadoran, Alexandra Picard, Frédéric Mantoux, Emeline Castela, Editions VG
- *Chirurgie générale, viscérale et digestive*, Livre du Collège, Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive, Editions Med-line
- *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*, 3<sup>e</sup> édition, Livres des Collèges : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- *Guide pratique d'Ophthalmologie*, Dr Patrice Vo Tan - Dr Yves Lachkar, Editions VG
- *Guide pratique de Pédiatrie*, Daniel Berdah, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Gynécologie Obstétrique*, iKB, Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino, Editions VG
- *Hépatologie, Gastrologie-entérologie, chirurgie viscérale*, iKB, Jean-David Zeitoun, Ariane Chryssostalis, Pr Jérémie Lefevre
- *Imagerie médicale*, KB, Mickaël Soussan, Editions VG
- *iECN+ Imagerie*, Pr Ivan Bricault, Raphaël Girard, Julien Frandon, Mehmet Sahin, Editions VG
- *Neurologie*, 12<sup>e</sup> édition, Nicolas Danziger, Sonia Alamowitch, Editions Med-line
- *Orthopédie-Traumatologie*, 7<sup>e</sup> édition, Guillaume Wavreille, Editions Med-Line
- *Ophthalmologie*, iKB, Allan Benarous, Tich Ludovic Le, Editions VG
- *Orthopédie-Traumatologie*, iKB, Sylvain Bodard, Grégory Edgard-Rosa, Arié Azuelos, Claude Aharoni, Editions VG
- *Parasitoses et mycoses*, L'entraînement IECN, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Parasitoses et mycologie en poche*, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Pédiatrie*, iKB, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Radiologie-Imagerie*, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction du Pr Nathalie Boutry, Editions Med-Line
- *Radiodiagnostic, Imagerie médicale et médecine nucléaire*, 116 dossiers à interpréter, Michaël Soussan, Ingrid Faouzzi, Editions Med-Line
- *Rhumatologie*, iKB, Pierre Khalifa, Editions VG



## Introduction par les auteurs

### Urgences, Réanimation, Anesthésie, Ophtalmologie, ORL, Chirurgie maxillo-faciale

La préparation de l'iECN est une épreuve complexe et de longue haleine par la masse considérable des connaissances nécessaires et par la ténacité dont il faut faire preuve. Et cette épreuve est rendue d'autant plus ardue que les supports de connaissances sont disparates, souvent peu synthétiques et de qualité inégale.

Avec cet ouvrage, constitué de la somme revue et actualisée de nos fiches pour la préparation au concours, nous proposons un support homogène, synthétique et complet pour la préparation des iECN. Le Majbook paru en un seul volume (avec tous les items de l'iECN) est désormais également décliné par spécialités pour ceux d'entre vous qui préfèrent réviser de cette façon. Au total 10 volumes qui traitent de la Pédiatrie (volume 1), de la Cardiologie-Pneumologie (volume 2), de la Neurologie, Psychiatrie et addictologie (volume 3), de la Santé publique, médecine légale, médecine du travail, pharmacologie (Volume 4), de la Gynécologie, obstétrique, urologie, néphrologie (Volume 5), de la Dermatologie, maladies infectieuses (Volume 6), de l'Hépto-gastro-entérologie, Endocrinologie, diabétologie, nutrition (Volume 7), de la Cancérologie, hématologie, Douleur, Soins palliatifs, Gériatrie, MPR (Volume 8), de la Médecine interne, immunologie, Rhumatologie, Orthopédie (Volume 9), de Urgences Réanimation, anesthésie, Ophtalmologie, ORL et Chirurgie maxillo-faciale (Volume 10).

Ces fiches nous ont accompagnés tout au long de notre externat. Elles ont été créées et enrichies à partir de nos cours, de nos stages, de nos conférences, et de toute la bibliographie utile tout au long de notre préparation. Elles donnent, pour chaque item, un contenu organisé et adapté à la réponse aux questions à choix multiples. Elles ne font pas l'impasse sur la compréhension qui est, de notre point de vue, le ciment de la mémorisation.

La présentation utilise des couleurs pour faciliter la lisibilité. Les points essentiels sont mis en valeur afin de hiérarchiser les connaissances et rendre l'apprentissage à la fois plus agréable et plus efficace. Des schémas et tableaux de synthèses viennent encore consolider les points importants du texte.

Enfin, nous avons souhaité intégrer à cet ouvrage une iconographie en couleurs (photographies, imagerie radiologique, schémas explicatifs, etc.) afin de fixer les concepts et image-clés qu'il est nécessaire d'avoir en tête le jour J.

Nous espérons que ces fiches vous aideront autant qu'elles nous ont aidés pour la préparation des iECN et vous permettront d'atteindre la spécialité dont vous rêvez.

Bon courage à tous !

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71<sup>e</sup> aux iECN 2018



## Les auteurs

**Alexis Maillard** est arrivé Major à l'iECN 2018. Il a débuté ses études de médecine à la faculté de médecine de Grenoble. Après un master 2 en neurosciences intégratives à l'École Normale Supérieure, il a poursuivi son externat à Paris Descartes. Il choisit la spécialité de Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France.






**Lina Jeantin** est classée 71<sup>e</sup> à l'iECN 2018. Elle intègre la promotion 2013 de l'école de l'Inserm, où elle poursuit un double cursus médecine-sciences. Elle est également interne en Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France et souhaite allier une activité de recherche fondamentale à sa pratique clinique.

Ouvrage coordonné par le **Dr Sylvain Bodard**, classé 7<sup>e</sup> à l'ECN 2013, Conférencier d'Internat.







# Sommaire


## PARTIE 1 : URGENCES - RÉANIMATION - ANESTHÉSIE

	<b>UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical</b>	
Item 9	Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.....	17
	<b>UE 5 : Handicap - Vieillessement - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement</b>	
Item 133	Anesthésie locale, locorégionale et générale .....	22
	<b>UE 8 : Circulation - Métabolismes</b>	
Item 227	Surveillance et complications des abords veineux.....	28
	<b>UE 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses</b>	
Item 325	Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : indications, complications. Hémovigilance.....	32
	<b>UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës</b>	
Item 327	Arrêt cardio-circulatoire.....	42
Item 328	État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique, cardiogénique, anaphylactique.....	47
Item 329-1	Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez un polytraumatisé.....	57
Item 329-2	Brûlures .....	67
Item 329-3	Plaies de la main.....	70
Item 329-4	Fractures de jambe.....	74
Item 329-5	Traumatismes de l'épaule.....	79
Item 329-6	Traumatismes du rachis .....	85
Items 329-7 et 330	Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme et brûlure oculaire.....	92
Item 331	Coma non traumatique chez l'adulte et chez l'enfant.....	95
Item 332	Principales intoxications aiguës.....	100
Item 333	Œdème de Quincke et Anaphylaxie.....	114
Item 354 et 355	Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte. Corps étranger des voies aériennes supérieures .....	118









## PARTIE 2 : OPHTALMOLOGIE

	<b>UE 2 : De la conception à la naissance-Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent</b>	
Item 50	Strabisme de l'enfant .....	133
	<b>UE 4 : Perception - Système nerveux - Revêtement cutané</b>	
Item 79	Altération de la fonction visuelle.....	138
Item 80	Anomalie de la vision d'apparition brutale.....	142
Item 81	Œil rouge et/ou douloureux .....	151
Item 82	Glaucome chronique .....	159
Item 83	Troubles de la réfraction .....	163
Item 84	Pathologie des paupières .....	166
Item 100	Diplopie .....	168
	<b>UE 5 : Handicap - Vieillessement - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement</b>	
Item 127	Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.....	174
	<b>UE 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang</b>	
Item 197-1	Transplantation d'organes : aspects généraux.....	184
Item 197-3	Greffe de cornée. Prélèvement de cornée à but thérapeutique.....	189



 <b>UE 8 : Circulation - Métabolismes</b>	
Item 221 Hypertension artérielle de l'adulte.....	194
Item 240 Hyperthyroïdie .....	205
Item 245-1 Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.....	213
Item 245-2 Œil et diabète .....	225

### PARTIE 3 : ORL - CHIRURGIE MAXILLO FACIALE

 <b>UE 2 : De la conception à la naissance-Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent</b>	
Item 46 Anomalies maxillo-faciales et développement bucco-dentaire .....	233
 <b>UE 4 : Perception - Système nerveux - Revêtement cutané</b>	
Item 85 Epistaxis .....	240
Item 86 Trouble aigu de la parole. Dysphonie .....	244
Item 87 Altération de la fonction auditive .....	249
Item 88 Pathologie des glandes salivaires .....	258
Item 99 Paralyse faciale .....	270
Item 101 Vertige .....	275
Item 111 Hémangiomes et malformations vasculaires cutanées.....	284
 <b>UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement</b>	
Item 115 La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique.....	290
 <b>UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail</b>	
Item 145 Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant.....	300
Item 146 Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant.....	305
Item 147 Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant .....	314
 <b>UE 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang</b>	
Item 199 Dyspnée aiguë et chronique.....	324
 <b>UE 8 : Circulation - Métabolismes</b>	
Item 270 Dysphagie .....	330
 <b>UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie</b>	
Item 295 Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.....	336
 <b>UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës</b>	
Item 330-1 Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crânien.....	346
Item 330-2 Traumatologie maxillo-faciale.....	353

**Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :**

Item 163 : Hépatites virales dans le volume d'Hépatologie.

Item 212 : Syndrome hémorragique d'origine hématologique dans le volume d'Hématologie.

Item 265 : Trouble de l'équilibre acido-basique dans le volume de Néphrologie.

Item 344 : Infection aiguë des parties molles dans le volume d'orthopédie.

# Abréviations

<b>AA</b>	Air ambiant	<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>AAH</b>	Allocation adulte handicapé	<b>CIVD</b>	Coagulation intravasculaire disséminée
<b>AAN</b>	Anticorps anti-nucléaires (= FAN)	<b>CI</b>	Chlore
<b>AAP</b>	Anti-agrégant plaquettaire	<b>CMUc</b>	Couverture universelle maladie complémentaire
<b>Ac</b>	Anticorps	<b>CMV</b>	Cytomégalovirus
<b>ACH</b>	Acétyl-Choline	<b>CPDPN</b>	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
<b>ACR</b>	Arrêt cardiorespiratoire	<b>CPK</b>	Créatine phospho-kinase
<b>AD</b>	Antidépresseur	<b>CRIP</b>	Cellule de recueil des informations préoccupantes
<b>ADH</b>	Anti-diurétique hormone (hormone anti-diurétique)	<b>CTCG</b>	Crise tonico-clonique généralisée
<b>ADK</b>	Adénocarcinome	<b>CV</b>	Cordes vocales, cardiovasculaire, champ visuel
<b>ADP</b>	Adénopathies	<b>D</b>	Droit, droite
<b>ADT</b>	Antidépresseur tricyclique	<b>DA</b>	Dopamine
<b>AEEH</b>	Allocation d'éducation enfant handicapé	<b>DALA</b>	Déficit androgénique lié à l'âge
<b>AG</b>	Anesthésie générale	<b>DDB</b>	Dilatation des bronches
<b>AIT</b>	Accident ischémique transitoire	<b>DLCO</b>	Diffusion Libre du CO
<b>AL</b>	Anesthésie locale	<b>DMLA</b>	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
<b>ALR</b>	Anesthésie loco-régionale	<b>DR</b>	Décollement de rétine
<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché	<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
<b>AMS</b>	Atrophie multi-systématisée	<b>DT</b>	Douleur thoracique, Delirium tremens
<b>AOMI</b>	Artérite oblitérante des membres inférieurs	<b>DT1, DT2</b>	Diabète de type 1, 2
<b>APA</b>	Allocation personnalisée d'autonomie	<b>EAL</b>	Examen d'une anomalie lipidique
<b>ARM</b>	Angiographie par résonance magnétique	<b>EBV</b>	Epstein-Barr virus
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé	<b>EDC</b>	Épisode dépressif caractérisé
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>EDTSA</b>	Écho-doppler des troncs supra-aortiques
<b>ATB</b>	Antibiotique, antibiothérapie	<b>EEG</b>	Électro-encéphalogramme
<b>ATCD</b>	Antécédents	<b>EER</b>	Épuration extra-rénale
<b>ATIII</b>	Antithrombine III	<b>EG</b>	État général
<b>AV</b>	Acuité visuelle	<b>EI</b>	Effet indésirable
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral	<b>EMG</b>	Électromyogramme
<b>AVF</b>	Algie vasculaire de la face	<b>ENMG</b>	Électro-neuromyogramme
<b>AVK</b>	Anti-vitamine K	<b>EP</b>	Embolie pulmonaire
<b>AVP</b>	Accident de la voie publique	<b>EPP</b>	Électrophorèse des protéines plasmatiques
<b>AVS</b>	Auxiliaire de vie scolaire	<b>ES</b>	Effet secondaire
<b>BAT</b>	Biopsie de l'artère temporale	<b>ETO</b>	Échographie trans-oesophagienne
<b>BAV</b>	Bloc atrio-ventriculaire ou Baisse de l'acuité visuelle	<b>ETT</b>	Échographie trans-thoracique
<b>BB-</b>	Bêta bloquants	<b>F</b>	Fille, femme
<b>BGN</b>	Bacille Gram Négatif	<b>FAN</b>	Facteur anti-nucléaire (= AAN)
<b>BK</b>	Bacille de Koch, par extension tuberculose	<b>FCS</b>	Fausse couche spontanée
<b>BPCO</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive	<b>FdR</b>	Facteur de risque
<b>BU</b>	Bandelette urinaire	<b>FN</b>	Faux négatifs
<b>BZD</b>	Benzodiazépines	<b>FO</b>	Fond d'oeil
<b>C2G, C3G</b>	Céphalosporine de 2 <sup>e</sup> , de 3 <sup>e</sup> génération	<b>FP</b>	Faux positifs
<b>Ca</b>	Calcium	<b>G</b>	Gauche, Garçon
<b>CAE</b>	Conduit auditif externe	<b>GDS</b>	Gaz du sang
<b>CAI</b>	Conduit auditif interne	<b>GDS en AA</b>	Gaz du sang en air ambiant
<b>CAT</b>	Conduite à tenir	<b>GEM</b>	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
<b>CBH</b>	Claude-Bernard-Horner	<b>GEPA</b>	Granulomatose éosinophile et polyangéite
<b>CBP</b>	Cancer broncho-pulmonaire	<b>GEU</b>	Grossesse extra-utérine
<b>CCR</b>	Cancer colorectal	<b>GGT ou γGT</b>	Gamma-glutamyl-transférase
<b>CDAPH</b>	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	<b>GNMP</b>	Glomérulonéphrite membrano-proliférative
<b>CE</b>	Corps étranger	<b>GNRP</b>	Glomérulonéphrite rapidement progressive
<b>CHC</b>	Carcinome hépato-cellulaire	<b>GPA</b>	Granulomatose avec poly-angéite
<b>CI</b>	Contre-indication	<b>GPAO</b>	Glaucome primitif à angle ouvert

<b>GR</b>	Globule rouge	<b>LP</b>	Libération prolongée
<b>H</b>	Homme	<b>M</b>	Mois (3M = 3 mois)
<b>H1</b>	Récepteurs histaminergiques de type 1	<b>MAF</b>	Mouvements actifs foetaux
<b>HBP</b>	Hypertrophie bénigne de prostate	<b>MAP</b>	Menace d'accouchement prématurée
<b>HBPM</b>	Héparine de bas poids moléculaire	<b>MAV</b>	Malformation artério-veineuse
<b>HDJ</b>	Hôpital de jour	<b>MCV</b>	Maladie cardio-vasculaire
<b>HED</b>	Hématome extra-dural	<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>HELLP</b>	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets	<b>MG</b>	Médecin généraliste
<b>HIA</b>	Hémorragie intra-alvéolaire	<b>MHD</b>	Mesures hygiéno-diététiques
<b>HIV</b>	Hémorragie intra-vitréenne	<b>MI</b>	Membre inférieur
<b>HMG</b>	Hépatomégalie	<b>MID</b>	Membre inférieur droit
<b>HNF</b>	Héparine non fractionnée	<b>MIG</b>	Membre inférieur gauche
<b>HPN</b>	Hydrocéphalie à pression normale	<b>MIN</b>	Mort inattendue du nourrisson
<b>HPN</b>	Hémoglobinurie paroxystique nocturne	<b>MPP</b>	Mal perforant plantaire
<b>HPV</b>	Human papilloma virus	<b>MS</b>	Membre supérieur
<b>HRP</b>	Hématome rétro-placentaire	<b>MSD</b>	Membre supérieur droit
<b>HSA</b>	Hémorragie sous arachnoïdienne (= hémorragie méningée)	<b>MSG</b>	Membre supérieur gauche
<b>HSD</b>	Hématome sous dural	<b>MT</b>	Médecin traitant
<b>HSM, HSMG</b>	Hépatosplénomégalie	<b>MTX</b>	Méthotrexate
<b>HSV</b>	Herpes Simplex virus	<b>N</b>	Normal
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle	<b>NA</b>	Noradrénaline
<b>HTAP</b>	Hypertension artérielle pulmonaire, par définition HTP de type 1	<b>Na</b>	Sodium
<b>HTIC</b>	Hypertension intracrânienne	<b>NFS-P</b>	Numération Formule sanguine - Plaquettes
<b>HTP</b>	Hypertension pulmonaire	<b>NGC</b>	Noyaux gris centraux
<b>HTS</b>	hormonothérapie substitutive	<b>NL</b>	Neuroleptiques
<b>HU</b>	Hauteur utérine	<b>NN</b>	Nouveau-né
<b>HyperTG</b>	Hypertriglycéridémie	<b>NOIA (ou NOIAA)</b>	Neuropathie optique ischémique antérieure (aigue)
<b>HypoTA</b>	Hypotension artérielle	<b>NORB</b>	Neuropathie optique rétrobulbaire
<b>IC</b>	Insuffisance cardiaque	<b>NRS</b>	Nourrisson
<b>ICG</b>	Insuffisance cardiaque gauche	<b>OACR</b>	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
<b>ICoro</b>	Insuffisance coronarienne	<b>OAP</b>	Œdème aigu du poumon
<b>ID</b>	Immunodépression	<b>OATF</b>	Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
<b>IDM</b>	Infarctus du myocarde	<b>OBACR</b>	Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine
<b>IDR</b>	Intra-dermo réaction	<b>OBVCR</b>	Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine
<b>IHC</b>	Insuffisance hépato-cellulaire	<b>OCT</b>	Tomographie par cohérence optique
<b>IMG</b>	Interruption médicale de grossesse	<b>OEAP</b>	Oto-émissions acoustiques provoquées
<b>INF</b>	Interféron	<b>OG / OD</b>	Oreille gauche / droite
<b>IOA</b>	Infection ostéo-articulaire	<b>OGÉ</b>	Organes génitaux externes
<b>IOT</b>	Intubation oro-trachéale	<b>OH</b>	Alcool, alcoolisme
<b>IR</b>	Insuffisance rénale (IRC = chronique, IRA = aigue)	<b>OM</b>	Oreille moyenne
<b>IRA</b>	Insuffisance rénale aiguë	<b>OMA</b>	Otite moyenne aigue
<b>IRespC</b>	Insuffisance respiratoire chronique	<b>OMC</b>	Oedème maculaire cystoïde
<b>IRSNA</b>	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	<b>OMC</b>	Otite moyenne chronique
<b>ISRS</b>	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	<b>OMI</b>	Oedèmes des membres inférieurs
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible	<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>IU</b>	Infection urinaire	<b>OPP</b>	Ordonnance de placement provisoire
<b>IV</b>	Intraveineux	<b>OSM</b>	Otite séro-muqueuse
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse	<b>OVCR</b>	Occlusion de la veine centrale de la rétine
<b>JPDC</b>	Jusqu'à preuve du contraire	<b>PA</b>	Pression artérielle
<b>K ou K+</b>	Potassium	<b>PAN</b>	Péri-artérite noueuse
<b>KT</b>	Cathéter, cathétérisme	<b>PAP</b>	Pression artérielle pulmonaire
<b>LAF</b>	Lampe à fente	<b>PC</b>	Perte de connaissance, Périmètre crânien
<b>LBA</b>	Liquide broncho-alvéolaire	<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction
<b>LCR</b>	Liquide céphalo-rachidien	<b>PdC</b>	Produit de contraste
<b>LCS</b>	Liquide cérébro-spinal	<b>PEA</b>	Potentiels évoqués auditifs
<b>LED</b>	Lupus érythémateux disséminé	<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>LGM</b>	Lésions glomérulaires minimes		

<b>PIO</b>	Pression intra oculaire	<b>TDM TAP</b>	Tomodensitométrie Toraco-Abdomino-Pelvienne
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile	<b>TDM Tx</b>	Tomodensitométrie du thorax
<b>PNA</b>	Pyélonéphrite aiguë	<b>TdR</b>	Trouble du rythme
<b>PO</b>	Per os	<b>TED</b>	Troubles envahissant du développement
<b>POM</b>	Paralysie oculomotrice	<b>TFI</b>	Troubles fonctionnels intestinaux
<b>POP</b>	Pillule oestro-progestative	<b>THM</b>	Traitement hormonal substitutif
<b>PP</b>	Post-partum	<b>THM</b>	Traitement hormonal de la ménopause
<b>PPR</b>	Photocoagulation pan-rétinienne	<b>TJ</b>	Turgescence jugulaire
<b>PPS</b>	Projet personnalisé de soins	<b>TO</b>	Tonus oculaire
<b>PR</b>	Polyarthrite rhumatoïde	<b>TP</b>	Taux de prothrombine
<b>PSP</b>	Paralysie supra-nucléaire progressive	<b>TR</b>	Toucher rectal
<b>PTx</b>	Pneumothorax	<b>TS</b>	Tentative de suicide
<b>PUMA</b>	Protection universelle maladie	<b>TSA</b>	Troncs supra aortiques
<b>QI</b>	Quotient intellectuel	<b>TV</b>	Tachycardie ventriculaire
<b>RAA</b>	Rhumatisme articulaire aigu	<b>TVC</b>	Thrombose veineuse cérébrale
<b>RCIU</b>	Retard de croissance intra-utérin	<b>TVO</b>	Trouble ventilatoire obstructif
<b>RCV</b>	Risque cardio-vasculaire	<b>TVR</b>	Trouble ventilatoire restrictif
<b>RD</b>	Rétinopathie diabétique	<b>Tx</b>	Thorax
<b>RGO</b>	Reflux gastro-oesophagien	<b>TXA2</b>	Thromboxane A2
<b>RHJ</b>	Reflux hépato-jugulaire	<b>UGD</b>	Ulcère gastro-duodéal
<b>RM</b>	Rétrécissement mitral	<b>VADS</b>	Voies aérodigestives supérieures
<b>RPCA</b>	Résistance à la protéine C activée (= déficit en facteur V)	<b>VB</b>	Voies biliaires
<b>RPM</b>	Réflexe photomoteur	<b>VHA (VHB, C, D, E)</b>	Virus de l'hépatite A (B, C, D, E)
<b>RPM</b>	Rupture prématurée des membranes	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active	<b>VitD</b>	Vitamine D
<b>RTx</b>	Radio de thorax		
<b>S</b>	Semaine (3S = 3 semaines)		
<b>SA</b>	Semaines d'aménorrhée (36SA = 36 semaines d'aménorrhée)		
<b>SAOS</b>	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil		
<b>SAPL</b>	Syndrome des antiphospholipides		
<b>SAT-VAT</b>	Sérologie antitétanique - Vaccination antitétanique		
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences		
<b>SB</b>	Substance blanche (cérébrale)		
<b>SC</b>	Sous-cutané		
<b>Sd</b>	Syndrome		
<b>SdG</b>	Signe de gravité		
<b>SEP</b>	Sclérose en plaques		
<b>SG</b>	Substance grise (cérébrale)		
<b>SGS</b>	Syndrome de Goujerot-Sjögren		
<b>SMG</b>	Splénomégalie		
<b>SN</b>	Syndrome néphrotique		
<b>SNG</b>	Sonde naso-gastrique		
<b>SpA</b>	Spondylarthrite		
<b>SpO2</b>	Saturation en oxygène de l'hémoglobine		
<b>SRAA</b>	Système rénine angiotensine aldostérone		
<b>ssi</b>	Si et seulement si		
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation		
<b>Staph</b>	Staphylocoque		
<b>TA</b>	Tension artérielle		
<b>TA</b>	Troubles de d'adaptation		
<b>TAG</b>	Trouble anxieux généralisé		
<b>TC</b>	Tronc cérébral, Trauma crânien		
<b>TCA</b>	Trouble du comportement alimentaire		
<b>TCA</b>	Temps de Céphaline activée (équivalent du TCK)		
<b>TCC</b>	Thérapie Cognitivo-comportementale		
<b>TCK</b>	Temps de Céphaline Kaolin (équivalent du TCA)		
<b>TDAH</b>	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		
<b>TDM AP</b>	TDM abdomino-pelvien		

## OBJECTIFS CNCI :

- Connaître les différentes formes de sinusite et les explorations éventuellement nécessaires pour en étayer le diagnostic.
- Connaître les arguments cliniques permettant de distinguer une sinusite maxillaire aiguë, d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite
- Prescrire le traitement approprié, antibiotique et/ou symptomatique, à un patient présentant une sinusite maxillaire aiguë, une rhinite, une rhinopharyngite.
- Diagnostiquer et connaître les complications et les principes du traitement d'une ethmoïdite aiguë du nourrisson et de l'enfant.

## I. Infections naso-sinusiennes de l'adulte

### 1. Rhinites virales aiguës (rhume) et rhinopharyngites

- **Diagnostic** : !! **Mode d'expression de la grippe le plus fréquent** chez l'enfant ++
  - Examen clinique : tableau typique en 3 phases / 5-20 jours / 0-4 épisodes par an
  - Examen complémentaires : **AUCUN** +++
  - Evolution : spontanément favorable sous **7-10J** dans la grande majorité des cas
    - Complications : surinfections bactériennes à **suspecter si fièvre > 3 jours**
    - **Otite et Sinusite** +++ / Sd méningé / complications oculaires / cervico-médiastinales / ADP cervicales
- **Traitement**
  - Fièvre disparaît rapidement / Toux et rhinorrhée persistent souvent 7-10 jours
  - **Traitement ambulatoire symptomatique uniquement**
    - Antalgiques-antipyrétique : paracétamol PO (3x1g/J chez l'adulte) (AINS non recommandé)
    - Désobstruction rhinopharyngée : lavage au sérum physiologique + mouchage
    - ± pseudo-éphédrine : ssi **obstruction invalidante sans contre-indications / CI < 12 ans**
  - **!! Pas d'antibiothérapie** : même devant une rhinorrhée purulente
- **Diagnostic différentiel = Rhinite allergique intermittente**
  - Peut se présenter sous forme d'une rhinite aiguë, prédomine généralement au printemps
  - Pas de facteur infectieux / Terrain atopique / Exposition à allergènes
  - Confirmation de la sensibilisation IgE spécifique : Prick test cutanée
  - Trépied clinique
    - Obstruction nasale
    - Rhinorrhée claire et abondante
    - Eternuement en salve
  - Signes associés (souvent) : prurit palatin / conjonctivite allergique

### 2. Sinusites aiguës

- **Rappels anatomiques**
  - Sinus antérieurs : maxillaires / frontaux / ethmoïdaux antérieurs
  - Sinus postérieurs : ethmoïdaux postérieurs / sphénoïde
  - Drainage des cavités sinusales :
    - Méat moyen : cellules ethmoïde antérieur / sinus **maxillaire** / sinus **frontal**
    - Méat supérieur : accès à l'**ethmoïde postérieur**
    - Sphénoïde : se draine par son propre ostium dans les fosses nasales

- **Sinusites bactériennes**
  - **Germes** : *S. pneumoniae* / *H. influenzae* / *Moraxella catarrhalis* / *S. aureus*
    - !! **Ethmoïdites** : *S. aureus* / *H. influenzae* / *S. pyogenes* / *S. pneumoniae*
    - !! **Sinusites maxillaires** : fréquente **origine dentaire** ++ avec germes anaérobies / dent 6 > 5 > 7 > 4
    - **Aspergillus** : greffe sur migration intra-sinusienne d'**amalgame dentaire**
  - **Risque** : Atteinte du **SNC par diffusion** de proximité
- **Diagnostic et formes topographiques**
  - **Signes positifs** : **Fièvre** peu élevée (< 39°C) / **rhinorrhée purulente** / **Douleurs** ou céphalées (↑ en **déclive** ++)
  - **Sinusite maxillaire** : **La plus fréquente**
    - **Signes fonctionnels**

- **Critères majeurs** : ≥ 2 **critères** nécessaires pour prescription ATB = **sinusite bactérienne (A connaître ++)**
  - **1. Persistance ou ↑ des douleur sinusienne sous-orbitaire** : malgré antalgique / antipyrétique / ± décongestionnant (≥ 12 ans) ≥ **48h**
  - **2. Type de douleur** :
    - **Unilatérale**
    - Et/ou caractère **pulsatile**
    - Et/ou **Sd douloureux postural** = ↑ par effort / pro-cubitus / tête penchée en avant
    - Et/ou **Recrudescence vespérale** (acmé en fin d'après-midi ou la nuit)
    - Irradiation vers arcades dentaires
  - **3. ↑ rhinorrhée et sa purulence** : +++ **si unilatéral / Homolatéral** à la sinusite le plus souvent
- **Critères mineurs** (renforce la suspicion) :
  - Fièvre persistant > **3j**
  - Obstruction nasale, gêne pharyngée ou toux > **10j**

- **Rhinoscopie antérieure** : **Pus** au **méat moyen** du côté douloureux / ± polype au niveau du méat moyen
- **Rechercher signes complication** (rare): neuroméningée ou ophtalmologique (Œdème palpébral...) ++
- **Examens complémentaires** :
  - **TDM sinus sans injection** : NON systématique
    - Si doute diagnostic ou suspicion de complication ou **échec d'un 1<sup>er</sup> ATB**
    - Pour sinusite maxillaire **unilatérale chronique** couplé au bilan stomatologique
  - **Bilan stomatologique** : Examen dentaire + **panoramique** + **clichés rétro-alvéolaires** ou **denta-scan**
    - ⇒ Si sinusite maxillaire **unilatérale** sans contexte de rhinite



**Sinusite maxillaire gauche d'origine dentaire. Épaississement muqueux en cadre de la muqueuse du sinus maxillaire gauche.**  
Source : iKb imagerie

- **Sinusite frontale**
  - **Douleur** : frontale sus-orbitaire / ↑ fin de matinée ou soirée / **Rhinorrhée** homolatérale
  - **Examens complémentaires** : confirmation par **TDM de la face systématique**

- Sinusite sphénoïdale
  - Douleurs atypiques : **céphalées rétro-orbitaires, occipitales** ou du **vertex**
  - Signes associés : Écoulement purulent **pharyngé postérieur** (vu à l'abaisse-langue)
  - Diagnostic : **TDM des sinus ++++**
- Ethmoïdite aiguë de l'enfant : cf infra
- **Formes particulières :**
  - **Forme hyperalgique : sinusite bloquée** maxillaire, frontale ou sphénoïdale
    - Clinique :
      - Douleur très intense / Plus d'écoulement nasal / **tuméfaction région infra-orbitaire** (si maxillaire)
      - **Larmoiement homolatéral** (par compression du canal lacrymal au contact)
    - **Prise en charge** : Soulagement par **ponction des sinus** sous AL-AG
      - **Sinusite maxillaire bloquée** : Voie méatale inférieure (≠ méat moyen)
      - **Sinusite frontale bloquée** : Voie frontale antérieure = **clou de Lemoine**
      - **Sinusite sphénoïdale bloquée** : Voie endonasale
  - **Forme récidivante ou traînante**
    - **Sinusite latérale récidivante** : > **2 épisodes** de même localisation
      - **Rechercher cause dentaire** : pour sinusite maxillaire
      - **Cause locorégionale** : tumeur / balle fongique / anomalie anatomique
    - **Forme traînante = sinusite chronique** : > **12S** / **!!** rarement d'origine infectieuse ++
      - **Sinusite chronique bilatérale : Polypose nasosinusienne**
        - Inflammation chronique fosse nasale avec **polypes à point de départ ethmoïdal**
        - → **Parfois syndrome de Widal** : Polypose nasosinusienne / asthme / intolérance aspirine et AINS
  - **Formes compliquées : sinusites non maxillaires** dans la quasi totalité des cas
    - **Complications oculo-orbitaires** :
      - **Cellulite palpébrale / Abscess orbitaire sous-périosté / Névrite optique / Paralysies oculomotrices**
      - **Signes d'alerte** : **œdème paupière supérieure** / exophtalmie / troubles de l'oculomotricité / BAV
      - → **TDM** : présence de collection → discussion de drainage
    - **Complications cérébro-méningées** : Très rares
      - **Abscess cérébraux** (streptocoques, anaérobies) / **Méningites** (pneumocoque ++)
      - **Empyèmes sous-duraux** : complication de **sinusite frontale** ++
      - **Thrombophlébite** : du sinus caverneux (sinusite sphénoïdale ++) ou longitudinal supérieur
    - **Autres** : Ostéite frontale / Abscess jugal / Thrombophlébite
  - **Formes de l'immunodéprimé** : Diabète insulino-requérant / **VIH** / corticothérapie / chimiothérapie...
    - ⇨ **Rhinosinusites aiguës fongiques invasives** : Tableau pauvre initialement → simple **fièvre inexplicquée**
- **Traitement**
  - **Indications de l'ATB**
    - **Formes subaiguës** : PAS d'ATB en 1<sup>ère</sup> intention → traitement symptomatique et **réévaluation 48-72h**
    - **Formes aiguës** :
      - **Sinusite maxillaire : Sinusite aiguë maxillaire purulente** (≥ 2 critères majeurs +++ et ± mineurs)
        - **!! PAS si** : Formes subaiguës / Symptômes bilatéraux modérés...
          - ⇨ Traitement symptomatique / Réévaluation si persistance anormale (à 48-72h)
        - Si échec d'un traitement symptomatique / complications
        - Si sinusite maxillaire unilatérale avec infection dentaire homolatérale (de l'arc supérieur)
      - **Dans tous les cas si** : sinusite **frontale / ethmoïdale / sphénoïdale**
  - **Modalités de l'antibiothérapie** :
    - **1<sup>ère</sup> intention** :
      - **Amoxicilline (7-10 jours)** : sinusite maxillaire purulente d'origine rhinogène
      - **Augmentin®** : Si sinusite maxillaire d'origine dentaire ou **sinusite non maxillaire**
    - **Si échec** : Choix entre
      - **Augmentin®** (si traitement initial par amoxicilline)
      - **C2G orale** (si allergie pénicilline sans allergie céphalosporines) : céfuroxime-axétil **5 jours**
      - **C3G orale** (si allergie pénicilline sans allergie céphalosporines) : Céfotiam-hexétil ou Cefpodoxime-proxétil **5 jours**
      - **Pristinamycine 4 jours (ou Télithromycine 5 jours à défaut)** : si allergie aux β-lactamines
      - **Et si sinusite autre que maxillaire : FQAP** (Lévofloxacine ou moxifloxacine) **8 jours**
      - ⇨ **En dernier recours** / Préférer lévofloxacine (Moxifloxacine → risque allongement QT)



- Si résistance ATB ou hyperalgiques ou évolutions compliquées : **ponction-drainage** chirurgicale des sinus
- Si sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire : traitement en **2 + 1 temps**
  - 1. Soins dentaires : traitement canalaire
  - 2. ATB d'épreuve (Augmentin®) : au terme du traitement canalaire / au mieux adapté
  - 3. Si inefficace : chirurgie (pour favoriser drainage)
- Traitement de facteurs locaux favorisants
- Traitement symptomatique
  - Antalgique-antipyrétique : paracétamol 3x1g/J PO / **!! PAS AINS**
  - Désobstruction nasale : lavages au sérum physiologique pluriquotidiens et mouchage
  - **Corticoïdes PO** : Utiles en cure courte (7j) ssi sinusite aigue hyperalgique (bloquée)
  - **!! Décongestionnant : Non recommandé** (B-R non favorable : risques CV)

## II. Infections nasosinusiennes de l'enfant

### 1. Rhinosinusite de l'enfant

- **Généralités** : **!!** Chez l'enfant parler de **rhinosinusite virale** (et non de sinusite)
  - **Pas** de rhinosinusite avant **3 ans** (cf développement)
  - **Formes communes** : Pneumocoque / *Haemophilus* / *Moraxella catarrhalis*
  - **Formes compliquées** : *S. aureus* / Anaérobies
  - **Formation des sinus** : ethmoïdal = **1<sup>er</sup> M de vie** / maxillaire = **4 ans** / frontal = **5-10 ans** / sphénoïdal = **10-15 ans**
- **Rhinopharyngite** :
  - Rhinite aiguë du NN et du NRS : **!!** Enfant < 6S à **respiration nasale exclusive**
    - → **Obstruction nasale bilatérale** intermittente voire détresse respiratoire imposant hospitalisation
    - **DD** : atrésies choanes / hypoplasies des orifices piriformes / autres malformations de la face
  - **Rhinopharyngite de l'enfant** : Clinique +++ / Otoscopie → **élimine OMA purulente**
- **Rhino-sinusite maxillaire +++** : enfant de > **3 ans** avec une rhinopharyngite
  - **Rhino-sinusite maxillaire subaiguë commune**
    - Signes de rhinopharyngite (non spécifiques) mais durée > **10 jours sans amélioration**
    - Ou réaggravation au 7<sup>ème</sup> jour d'une rhinopharyngite qui avait régressé
  - **Rhino-sinusite maxillaire aiguë sévère** : Fièvre > **39°C** / **céphalées** ± oedème périorbitaire
- **Examens complémentaires**
  - **TDM du massif facial injectée**
    - **Rhinosinusite maxillaire aiguë compliquée** ou **persistante** malgré traitement adapté
    - **Ethmoïdite aiguë** extériorisée
    - Sinusites **récidivantes** ou chroniques après avis spécialisé
  - **Ponction sinusienne** : exceptionnelle
  - **Explorations allergologiques** : ssi rhinosinusites chroniques ou récidivante avec **symptomatologie allergique**
- **Traitement**
  - **!! Avis ORL**: Rhinosinusite aiguë **compliquée** / **Ethmoïdite** extériorisée / Sinusite **récidivante ou chronique**
  - **ATB pour rhinosinusites de l'enfant**
    - **2 options** : **Surveillance** sous traitement symptomatique et réévaluation à 3-4j OU **ATB d'emblée**
      - **!! ATB d'emblée sans discussion si** :
        - Formes **sévères de sinusite maxillaire ou frontale** (évoquant sinusite purulente)
        - Tableau de **rhinopharyngite > 10j** sans signe d'amélioration / avec réaggravation secondaire
        - **Forme subaiguë de sinusite maxillaire avec FdR** : asthme / drépanocytose / cardiopathie
    - **Amoxicilline 8-10j** : 1<sup>ère</sup> intention pour sinusite aigue maxillaire
      - ⇨ En 3 prises journalières (8h) ou à défaut en 2 prises à 12h d'intervalle
    - **Autres ATB** : possibles dans des situations particulières
      - **Augmentin®** : Si échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par Amoxicilline
        - Pour sinusite aigue maxillaire d'**origine dentaire**
        - Pour sinusite **frontale / ethmoïdale / sphénoïdale** en 1<sup>ère</sup> intention
      - **Cefpodoxime** : allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines (situation la plus fréquente)
      - **Cotrimoxazole** : si CI aux β-lactamines



- Si échec ATB initial : = persistance fièvre élevée ou signes locaux à 3-4j de traitement → **Avis spécialisé**
- PEC récidives : **Avis spécialisé**
- Traitement symptomatique : Antalgique-antipyrétique (paracétamol) / Désobstruction nasopharyngée
- Sinusites hyperalgiques : **corticoïdes PO** au cas par cas
- Evolution et suivi
  - Rhinosinusite maxillaire aiguë : **favorable en 5-10 jours**
  - Complication évolutive : **Sinusite chronique**
    - Sinusite maxillaire ou frontale > **4M** / Indolore sauf poussée de surinfection
    - **Confirmation** : **TDM sinus**

## 2. Ethmoïdite infectieuse aiguë

- **Diagnostic**
  - Terrain : enfant jeune (âge médian **2-3 ans**)
  - Germes: pneumocoque / *Haemophilus influenzae* / *Staphylocoque aureus* / *S. pyogenes*
  - Examen clinique :
    - Signes fonctionnels : **céphalées orbitaires** ± rhinorrhée purulente unilatérale
    - Signes généraux : fièvre élevée (> 39°C) / AEG
    - Signes oculo-palpébraux : **douleur à l'angle interne**
  - 1. Forme oedémateuse = **stade fluxionnaire**
    - Clinique : Fièvre > **39-40°C**
      - **Œdème palpébral douloureux** : **Angle interne** de l'orbite et la **paupière supérieur**
        - Bonne ouverture spontanée des paupières
        - **Pas de pus conjonctival** : élimine dacryocystite ou conjonctivite
      - **Suppuration nasale** : homolatérale ± sanguinolente (inconstante)
    - TDM : **Opacité ethmoïdo-maxillaire** à prédominance unilatérale
    - Diagnostic différentiel : Éliminer
      - **Ostéomyélite maxillaire supérieur** : Œdème ++ paupière inférieure / Tuméfaction gingivale et palatine
      - **Staphylococcie maligne de la face** : furoncle de l'aile du nez / de la lèvre supérieure
      - **Érysipèle de la face** : affection streptococcique
    - Traitement : **ATB large spectre** / en ambulatoire si état général conservé / **contrôle clinique à 48h**
  - 2. Forme collectée = **stade suppuré**
    - = **abcès sous périoste** entre os planum (paroi interne de l'orbite) et périoste → Refoule contenu orbitaire
    - Signes fonctionnels : **exophtalmie douloureuse** / **Chemosis ++** (ouverture palpébrale quasi-impossible)
    - Rechercher SdG : → **1 seul SdG = amener patient aux urgences**
      - Trouble de la vue type diplopie / BAV / ophtalmoplégie
      - **Mydriase aréflexique** / **Anesthésie** cornéenne
    - TDM injecté :
      - Ethmoïdite extériorisée / Abcès extra-périoste / Suppuration intra-orbitaire (cellulite)
      - **Thrombophlébite cérébrale** du sinus caverneux
    - Traitement : Hospitalisation ++ / **prélèvements**
      - **Drainage chirurgical abcès et l'ethmoïde en urgence** : si collection / ophtalmoplégie / disparition RPM / BAV
      - **ATB parentérale large spectre** : double ou triple avec adaptation secondaire
  - 3. Forme compliquée :
    - **Suppuration intra-orbitaire** : Mydriase paralytique / Anesthésie cornéenne / Ophtalmoplégie / névrite...
    - **Thrombophlébite intracrânienne** : Fièvre oscillante avec frissons et Sd méningé / Atteinte oculomotrice
- **Traitement : 8-10j**
  - Au stade fluxionnaire (formes mineures) : ambulatoire possible sous conditions de **suivi à 24-48h**
    - ⇒ ATB orale par **Augmentin®** 80mg/kg/j en 3 prises
  - Au stade suppuré : Traitement **hospitalier indispensable** / ± **Drainage chirurgical de l'abcès de l'éthmoïde**
    - **Augmentin® IV** forte dose (150mg/kg/j) ± gentamycine 5mg/kg/j si forme septicémique
    - **Si allergie** : céfotaxime en 3 prises IVL / ceftriaxone en 1 prise IV
  - En pratique - Indications à une antibiothérapie chez enfant :
    - Sinusite ethmoïdale / frontale / sphénoïdale
    - Formes aiguës sévères ou forme compliquée de sinusite maxillaire

## OBJECTIFS CNCI :

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

## 1. Généralités

### • Définitions

- **Dysphagie** : blocage ou gêne à la progression des aliments au cours déglutition. On distingue :
  - **Dysphagie oro-pharyngée (= dysphagie haute)** : essentiellement neurologique ou musculaire
  - **Dysphagie oesophagienne (= dysphagie basse)** : blocage ou gêne au niveau rétro-sternal
  - Dysphagie **élective** = prédomine sur les solides ≠ **paradoxe** = sur les liquides

### • Physiopathologie: 2 types de dysphagies

- **Déglutition normale** : 2 temps volontaires : buccal puis oral / temps réflexe pharyngo-laryngo-oesophagien (propulsion pharyngée, fermeture et occlusion laryngée, relaxation puis ouverture SSO/ temps réflexe oesophagien)
- **1. Dysphagies organiques (lésionnelles)** : diagnostic par **EOGD**
  - ⇒ **Typiquement** : **élective** / aggravation progressive / dénutrition rapide
- **2. Dysphagies fonctionnelles** : diagnostic par **manométrie**
  - ⇒ **Typiquement** : **paradoxe** / évolution intermittente / pas de dénutrition

## 2. Etiologies

### • Causes organiques

- **Etiologies pariétales** : EOGD (± histologie) fait le diagnostic
  - **Cancer** / Oesophagite peptique +++ / Diverticules
  - **Oesophagite** : infectieuse / médicamenteuse / à éosinophiles...
- **Etiologies extrinsèques** : TDM fait le diagnostic
  - ⇒ Compression par une ADP médiastinale / goître / CBNPC...
- **Etiologies intra-luminales**
  - **Sd Kelly-Paterson** (= anneau Plummer Vinson) : membranes oesophagiennes + anémie + lésions buccales
    - ⇒ Haut risque de **carcinome de la bouche et de l'oesophage**
  - **Anneau de Schatzki** : épaissement muqueux oesophage inférieur

### • Causes fonctionnelles

- **Troubles moteurs primitifs** : Achalasie / Maladie des spasmes diffus
- **Troubles moteurs secondaires** : Sclérodermie / Pseudo-achalasie / Neuropathies

## 3. Orientation diagnostique

### • Etape 1 = Examen clinique → recherche signes d'orientation

- **Interrogatoire** : caractérisation dysphagie et signes associés
- **Score d'Eckardt** : quantification du degré de la dysphagie dans le cadre d'un trouble moteur oesophagien
  - **Dysphagie** : Jamais (0 pt) / Occasionnelle (1 pt) / Quotidienne (2 pt) / à chaque repas (3 pt)
  - **Régurgitations** : Jamais (0 pt) / Occasionnelle (1 pt) / Quotidienne (2 pt) / à chaque repas (3 pt)
  - **Douleurs thoraciques** : Jamais (0 pt) / Occasionnelle (1 pt) / Quotidienne (2 pt) / à chaque repas (3 pt)
  - **Amaigrissement** : non (0 pt) / < 5 kg (1 pt) / 5-10 kg (2 pt) / > 10 kg (3 pt)
- **Examen physique**
  - **Pour orientation étiologique** : Ex. abdominal / Ex. buccal et ORL ++
  - **Dysphagie oropharyngée +++** : Dysphagie haute dès la déglutition / toux / des régurgitations nasales
  - **Evaluer sévérité du trouble** : **Perte de poids** (en absolu et en %) / **état pulmonaire**

- **Etape 2 = recherche prioritaire lésion organique ++**
  - **Nasofibroscopie** : en 1<sup>e</sup> intention dans l'examen clinique ORL ++
  - 1<sup>ère</sup> intention = **Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD) : Systématique**
    - ⇒ **Biopsies** systématiques étagées ± coloration en spray sur muqueuse : lugol / acide acétique
  - **Autres examens morphologiques** : A discuter si EOGD non contributive
    - **TDM thoracique** : Recherche lésion médiastinales / Extension locale des cancers
    - **Echo-endoscopie** : si lésion pariétale de petite taille
    - **Transit OGD baryté** : en 2<sup>nd</sup> intention surtout si **sténose serrée**
    - **Transit baryté pharyngo-oesophagien** : ssi signes d'appel **diverticule de Zenker** (ruminations, BHA)
    - **Endoscopie ORL à tube rigide** : sous AG
    - **IRM du TC** : uniquement si dysphagie **sans preuve étiologie** / signes d'appels → recherche atteinte TC
- **3<sup>ème</sup> étape : recherche trouble moteur oesophagien** : Si EOGD et biopsies normales
  - Si suspicion dysphagie haute :
    - ± **Etude nasofibroscopique de la déglutition** : ssi suspicion origine haute
    - ± **Radiocinéma** (vidéo-fluoroscopie) : pour observer les atteintes du **SSO**
  - **Manométrie oesophagienne ++ : Systématique si absence de lésion à l'EOGD et biopsies normales**
    - Manométrie haute résolution (**MHR**) > manométrie classique (nombre de capteur plus grand)
    - **NB** : n'est pas un bon examen pour étude SSO

#### 4. Diagnostic étiologique

- **Dysphagie digestive organique (lésionnelle)**
  - **Généralités** : **Elective** / s'aggrave / retentissement sur EG
  - **Sténose tumorale +++** : !! **Cancer du pharynx ou œsophage = 1<sup>ère</sup> cause troubles déglutition**
    - Cancer épidermoïde (70%) / Adénocarcinome (30%)
    - **Dysphagie** : Elective puis globale / progressive sans intervalle libre
    - **Signes malignité** : **AEG** avec dénutrition rapide +++ / ADP superficielles / signes compressions médiastin
  - **Cancers ORL (carcinome épidermoïdes)** : **sinus piriforme** / vestibule laryngé / région rétrocricoïdienne
  - **Oesophagite peptique +++ : EOGD avec biopsies**
    - Sténose serrée / régulière / Ulcérations (érosions) de la muqueuse
    - !! Biopsies systématiques pour éliminer une sténose néoplasique
  - **Obstacles intra-luminaux (rares)** : **Anneau de Schatzki** (Aspect diaphragme dans 1/3 inférieur œsophage)
    - **Associé à** :
      - **RGO ++**
      - **Carence martiale** : Sd **Kelly-Paterson** (= anneau de Plummer-Vinson)
  - **Autres oesophagite sténosantes (rare)** :
    - Caustique ou radique / Oesophagite à éosinophile (parfois sténosante)
    - Oesophagite à CMV / Candidose oesophagienne / Primo-infection herpétique
  - **Oesophagite non sténosante**
    - **Oesophagite médicamenteuse (Odynophagie)** : Doxycycline / aspirine-AINS / alendronate / Chlorure de K<sup>+</sup>
    - **Oesophagite à éosinophile** :
      - Homme jeune / associé à **manifestations atopiques** (50%) : asthme dermatite...
      - **Endoscopie** : Normale ou aspect de pseudo-trachée (sténoses multiples)
      - **Confirmation = histologie ++** → Infiltration **PNE** (>15/champs au x400)
      - **Corticothérapie**
    - **Oesophagite infectieuse : candidosique** / virales (HSV, CMV)
  - **Diverticules de l'oesophage**
    - **Diverticule de Zenker** (atteinte du **SSO**) : dysphagie haute chez personne âgée +++
      - Régurgitations non digérées / toux décubitus / pneumopathies infectieuses / Haleine fétide
      - **Nasofibroscopie** : **Signe de la « marée »** pathognomonique
      - **TOGD** : confirme le diagnostic
      - **Traitement** : uniquement si symptomatique → résection per endoscopique crico-pharyngien
    - **Diverticules 1/3 moyen** : attraction par ganglion en général tuberculeux / ø traitement
    - **Diverticules 1/3 inférieur** : rechercher trouble moteur / avec **hernie** hiatale ± RGO ++
  - **Compression extrinsèque**
    - **Causes** : **ADP médiastinales ++ / goître** / CBNPC / Anévrisme aorte / cancer sein
    - **Paraclinique** : FOGD = muqueuse normale refoulée → TDM thorax +++

- **Causes neurologiques ou neuromusculaires :**
  - **Sclérose latérale amyotrophique** : Fasciculation et atrophie linguale / dysarthrie
  - **Myasthénie** : bloc neuromusculaire à l'ENMG
  - **Paralysie des nerfs crâniens** : **Paralysie du X ++** → A explorer par un TDM/IRM de la base du crâne
    - **Clinique** : Immobilité laryngée unilatérale / Stase salivaire sinus piriforme / Troubles sensibilité
    - **Causes** : Tumeur (neurinomes...) / Neuropathie (neurosarcoïdose, diabète) / Trauma...
  - **Myopathies** : myopathies oculo-pharyngées / mitochondriales / de Steinert
    - **Clinique** : Fréquentes atteintes oculaires (ptosis) / Sans atteinte sensitive associée
    - **NB** : association dysphagie + ptosis très évocatrice myopathie oculo-pharyngée
  - **Syndromes pseudobulbaires d'origine vasculaire** :
    - **Dissociation automatico-volontaire** du déclenchement déglutition
    - Troubles sensitifs associés / abolition réflexe nauséux
  - **Tumeurs du V4** : parfois révélées par des troubles de la déglutition
- **Dysphagie non lésionnelle = fonctionnelle**
  - AEG non systématique / concerne les liquides et solides (parfois dysphagie paradoxale = liquides > solides)
  - **Généralités** : primitives ou secondaires
    - **Primitives** : Achalasie (= cardiospasme) / Maladie spasmes diffus œsophage / Œsophage « casse-noisette »
    - **Secondaires** :
      - **RGO**
      - **Certaines collagénose** : **sclérodermie** / dermatomyosite / **lupus**
      - **Maladie touchant innervation ou muscle œsophage** : **diabète** / **amylose** / myasthénie
  - **Achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage +++ = cardiospasme (tout œsophage et rien que œsophage)**
    - **Apéristaltisme œsophagien complet** = critère obligatoire
    - Et le plus souvent **défaut relaxation du SIO** durant déglutition / hypertonie SIO au repos (mais non obligatoire)
    - **Clinique**
      - **Dysphagie fonctionnelle** : **paradoxale** et **capricieuse** (intermittente et inopinée) / **Régurgitations ++**
    - **Paraclinique**
      - **EOGD** : !! souvent normale ± sensation de « ressaut » au cardia
      - **TOGD** : sténose du bas œsophage / dilatation en amont (image « en queue de radis »)
      - **Manométrie** : fait le diagnostic +++
    - **Principales anomalies manométriques** : **Absence totale péristaltisme corps** œsophage +++
      - **Contractions non propagées d'amplitude importante** : achalasie « vigoureuse »
      - **Hypertonie SIO** : très fréquente
      - **MHR = 3 types différents d'achalasie**
        - **Type I = « classique »** : pas ↑ pression œsophage par défaut de relaxation oeso-gastrique
        - **Type II** : pressurisation de l'œsophage lié à la compression bolus entre SSO et SIO
        - **Type III = achalasie spastique** : ondes œsophagiennes non propagées de grandes amplitudes
    - **Diagnostics différentiels**
      - **Affection cancéreuse cardiaque** = **pseudo-achalasie néoplasique**
        - ⇒ **!!** Recherche tumeur cardia infiltrante si achalasie > 50 ans ou si importante hyperpression SIO
      - **Maladie de Chagas** = pseudo-achalasie du à parasitose (*Trypanosma cruzi*)
    - **Complications** : **carcinome épidermoïde** (surveillance ++) / Pneumopathies d'inhalation
    - **Traitement**
      - **2 techniques de référence**
        - **Myotomie de Heller** : myotomie extra-muqueuse par coelioscopie + intervention anti-reflux
        - **Ou dilatation pneumatique sous endoscopie**
      - **Pharmacologie** (dérivés-nitré / infiltration toxine botulique) → Efficacité très inférieure
  - **Autres troubles moteurs primitifs**
    - **Spasmes diffus de l'œsophage** : > 10% ondes corps anormale / non propagées / amples et répétitives
      - Alternance avec péristaltisme normal
      - **Pression du SIO au repos normale** (≠ achalasie)
    - **Œsophage hypercontractile ou « marteau-piqueur »**
      - > 20 % de contractions œsophagiennes d'intensité élevée / partie inférieure de l'œsophage ++
      - Fonctionnement SIO normal / souvent révélée par des douleurs thoraciques atypiques

- **Péristaltisme oesophagien inefficace** : > 50 % de contractions faibles ou absentes (dysphagie et RGO)
- **Achalasie du SSO (= du « crico-pharyngien »)** : défaut ouverture SSO par fibrose du muscle strié
  - Blocage cervical bas chez un patient âgé (> 80 ans en général) / fibroscopie normale
  - **Diagnostic** : par **radiocinéma**
- **Troubles moteurs de l'oesophage secondaires**
  - **Sclérodermie** : CREST / RGO invalidant ± oesophagite peptique
    - ⇒ **Manométrie** : hypotonie sévère du SIO / ↓ du péristaltisme des 2/3 inférieurs
  - **Pseudo-achalasia** (compression extrinsèque cardia) : cancer de l'estomac (cardia) / cancer du pancréas
  - **Neuropathies végétatives** : Neuropathie diabétique ++ / amylose...
- **Causes de dysphagies aiguës**
  - **Infectieuses** :
    - **Angines et phlegmon péri-amygdalien** : dysphagie douloureuse / fébrile / ± trismus et hypersialorrhée
    - **Phlegmons péri et rétropharyngés** : dysphagie et hypersialorrhée fébrile
      - ⇒ Evaluer extension par TDM puis traitement chirurgical
  - **Corps étrangers pharyngo-oesophagiens** : **dysphagie douloureuse**
    - **CE oropharyngés** :
      - Souvent alimentaires et acérés (arête, os...) dans amygdale ou base langue
      - Visibles à l'abaisse langue ou miroir
      - **Traitement** : extraction (parfois difficile avec réflexe nauséux ou hypersialorrhée)
    - **CE hypopharyngés** : **TDM** nécessaire
      - ⇒ Risque rare de complications par perforation pharyngée avec emphysème ou abcès cervical
    - **CE oesophagien** :
      - **Types de CE** :
        - **Alimentaire ++** : surtout sur sténose sous-jacente
        - **Autres** : jouets / pièce... (petit enfant ++ ou terrain psychiatrique)
      - **Complications principale** : risque **perforation oesophagienne**
        - Apparition DT à projection postérieure / emphysème cervical puis médiastinite (→ fièvre et AEG)
        - **Radio cervicale de profil** :
          - Signe de Minigerode : image claire pré-vertébrale
          - Emphysème médiastinal (ligne bordant la silhouette cardiaque)
        - **TDM** : si suspicion médiastinite
        - **± Test à la gastrographie** (rare) : recherche de fistule
      - **Traitement** : **extraction en urgence endoscopique** au tube rigide sous AG
        - Vérification de l'état de la muqueuse : recherche plaie ou perforation
        - **Si médiastinite** : abord chirurgical cervical gauche pour lavage et drainage
          - ⇒ Extraction CE par endoscopie ou cervicotomie selon les cas
- **Brûlures par caustique**
  - **Mécanismes** :
    - **Ingestion accidentelle** (enfant +++): souvent brûlures proximales
      - ⇒ Endoscopie basse sous AG selon étendue des lésions buccales et oropharyngées et type de caustique
    - **Ou ingestion volontaire** (adulte ++): massive → brûlures souvent proximales et distales
      - ⇒ Endoscopie complète indispensable pour bilan lésionnel et pose de SNG
  - **Produits en causes** :
    - **Acides** : acide chlorhydrique / détartrants
    - **Bases** : soude caustique / potasse / ammoniacque
    - **Autres** : hypochlorite de soude (eau de Javel) / permanganate de potassium / eau oxygénée...
  - **Stades de brûlures** : visible à l'endoscopie
    - **Stade I** : brûlures superficielles → érythème (évolution favorable)
    - **Stade II** : hémorragies et ulcérations
    - **Stade III** : lésions nécrotiques profonde
  - **Symptomatologie** : est variable selon le type et la quantité de caustique ingéré
    - Simple brûlure buccale ou oropharyngée
    - Jusqu'à une douleur cervicale et thoracique intense avec dysphagie majeure et hypersialorrhée

- **Examen clinique :**
  - **Général** : recherche **état de choc** / défaillance
  - **Examen ORL** : buccal / oropharyngé / pharyngolaryngé
  - **Recherche de complications d'une perforation** :
    - **En faveur médiastinite** : Dyspnée / emphysème cervical
    - **En faveur péritonite** : défense ou contracture abdominale
- **Examen endoscopique** : Au tube rigide sous AG ou au fibroscope (mais risque ↑ perforation par l'insufflation)
  - ⇒ Autres examens biologiques ou d'imagerie en fonction de l'état clinique et de l'évolution
- **Complications** :
  - **Perforation** (immédiate ou secondaire) : responsable de médiastinite ou péritonite de pronostic grave
  - **Hémorragie digestive**
  - **Dyspnée laryngée**
  - **Etat de choc / défaillance viscéral**
- **Séquelles** : **Sténose** hypopharyngée ou sténose œsophagienne (partielle ou totale)
  - Risque surtout majeur dans stades III
  - **Bilan** : endoscopie et transit pharyngo-œsophagien si sténose majeure

2<sup>e</sup> ÉDITION ACTUALISÉE

# iECN : Toute la spécialité, par le Major

## ⇒ Travailler efficacement l'iECN avec les fiches du Major

- Les fiches actualisées du Major
- Tous les Items de la spécialité

## ⇒ Votre nouvel outil pour mettre toutes les chances de votre côté

- Un contenu organisé, synthétique et adapté à la réponse aux QCM
- Les explications utiles pour comprendre et mémoriser
- Des couleurs pour hiérarchiser les connaissances et faciliter la lecture
- Les points essentiels, schémas, tableaux, pour mieux comprendre
- Un texte et une iconographie en couleurs

## ⇒ Un livre pour avoir toute la spécialité en tête le jour J.

### Les auteurs :

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71<sup>e</sup> aux iECN 2018

**Coordination :** Dr Sylvain Bodard, 7<sup>e</sup> aux ECN 2013, conférencier d'Internat

**Préface** du Pr Claire Le Jeune, Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes,  
Ex vice doyen à la pédagogie

23 € TTC

ISBN : 9782846782944



9 782846 782944

**MED-LINE**  
Editions

[www.med-line.fr](http://www.med-line.fr)