

Complications lors de cas ORL banaux

Workshop avec le professeur P. Ott à l'occasion du 24^e Congrès suisse de médecine générale à Zurich

Beaucoup de «working», pas de «shopping»: le workshop ORL a surtout fait honneur à la première syllabe de ce néologisme typiquement français!

Résumé du docteur Jörg Wälti
(traduction: F. Besset)

Otite externe

En se basant de la banale otite externe, P. Ott a évoqué l'otite externe circonscrite [furonculose] et ensuite la forme diffuse, dont l'agent pathogène principal est *Pseudomonas aeruginosa*.

Le traitement est simple: nettoyage local, introduction d'un tampon imbibé soit de Panotile, soit – et c'est nouveau – de ciprofloxacine (ciprofloxacini hydrochloridum) (sans danger d'ototoxicité en cas de tympan défectueux).

Les ARNS sont recommandés comme antalgiques. Une antibiothérapie systémique n'est pas nécessaire, si le patient ne présente pas de symptômes généraux tels que fièvre, adénopathie lymphatique ou état général diminué. Si ces symptômes sont présents, le professeur Ott recommande 2 × 250 mg de ciprofloxacine pendant 6(-10) jours.

Nous devons cependant être particulièrement attentifs s'il s'agit de patients âgés, qui souffrent en outre d'un diabète sucré (même très bien équilibré!), forment des tissus granuleux à la sortie du conduit auditif externe et présentent une résistance au traitement de 10 à 14 jours. S'il s'y ajoutait en plus une otalgie nocturne et une otorrhée fétide, il faut envisager une otitis externa necroticans. Des déficiences des nerfs crâniens au niveau caudal ou une parésie faciale sont des symp-

tômes d'alarme et montrent que l'infection s'est répandue aux alentours.

Le traitement se compose d'une antibiose de long terme et ressort des compétences du spécialiste ORL. Des complications telles qu'ostéomyélite de la base crânienne, méningite, thrombose des veines des sinus ou septicémie, conduisaient jusqu'en 1965 à la mort; seuls 10 à 15% des cas ont encore une issue létale aujourd'hui. L'incidence à l'Hôpital universitaire de Zurich comprend jusqu'à 5 cas par an. Un élément plus rassurant est que ce tableau clinique se développe au cours d'un laps de temps de 3 à 4 semaines.

Refroidissements avec complication

On nous a présenté ici un exemple qui avait commencé de manière non spectaculaire par un refroidissement d'une durée de deux semaines. Une exacerbation de céphalées frontales droites en l'espace de trois jours ont induit la présomption d'une sinusite frontale. Les agents pathogènes les plus courants étaient connus des participants: *Haemophilus influenzae*, *pneumocoques*, *Moraxella katarrhalis* et *streptocoques*.

Le traitement: Traitement local et systémique antiphlogistique, avec principalement l'amoxicilline et l'acide clavulanique ou le cotrimoxazol comme antibiotiques; mais les macrolides (modernes!) ou les céphalosporines de la 2^e génération seraient puissants également. Les ARNS contre les douleurs, des vapeurs ou des rinçages au NaCl permettent de parfaire le traitement.

Si un œdème orbital devait cependant apparaître en cours d'évolution et que les céphalées persistaient ou même augmentaient, il faut penser à une complication orbitale. Peuvent se développer en l'occurrence une périostite, un abcès subpériostique, un phlegmon orbital, un syndrome apex-orbitae ou même une thrombose des cavernes des sinus. Il était évident pour les participants que de tels patients doivent être confiés aux mains de spécialistes à l'hôpital.

Die Deutsche Fassung ist in
PrimaryCare Heft 26 erschienen
(PrimaryCare 2001;1:799-800).



Angina tonsillaris

Anamnèse, examen clinique et éventuellement un frottis du larynx pour streptocoques conduisent au diagnostic de l'amygdalite. Le schéma thérapeutique comprenant 3 à 4 fois 1 mio d'U pénicilline 15 minutes avant les repas était aussi familial pour les participants que le diagnostic différentiel de la maladie de Pfeiffer.

Une complication rare mais extrêmement dangereuse est une septicémie fulgurante après une infection oropharyngienne. L'agent pathogène connu est le *Fusibacterium necrophorans*, un germe obligatoirement anaérobie. Les patients affectés sont la plupart du temps des adultes jeunes immunocompétents, il est très rare qu'un enfant soit touché.

La septicémie post-angineuse apparaît trois jours à trois semaines après la fin de l'amygdalite. Les symptômes directeurs sont une fièvre importante, un état général nettement diminué et des frissons. Un épaississe-

ment cervical unilatéral fasciculé est typique, qui peut être palpé comme conséquence de la thrombose septique de la veine jugulaire. La conséquence sont des embolies septiques, à 90% dans les poumons, mais aussi dans les articulations, le foie ou le système nerveux central. La létalité s'élève à 3 à 18%. Le traitement a lieu après hospitalisation immédiate à l'aide d'une association d'antibiotiques composée de pénicillines/nitroimidazoles et de clindamycine.

L'atmosphère du workshop a été marquée par le grand intérêt manifesté par les participants et un respect vécu à l'égard des médecins de famille de la part des intervenants. Le workshop n'avait pas l'ambition de révéler de manière frontale les découvertes les plus récentes, mais d'enchaîner à partir d'éléments connus, de confirmer des méthodes ayant fait leurs preuves et d'attirer l'attention sur les dangers existants.



Apropos

Nach Meinung der American Medical Association hat das öffentliche Image der Ärzte gelitten, weil diese zu viele Geschenke von Pharmafirmen annehmen. Deshalb hat sie eine Kampagne lanciert, um die Ärzte an die ethischen Richtlinien der AMA zu erinnern. Das Budget für die Kampagne in der Höhe von 750 000.- Dollar wird vorwiegend von der Pharmazeutischen Industrie gesponsert. Die New York Times (10.9.01) meint dazu: «Somehow, we have a feeling that the AMA has missed the point.»

An Unhealthy Influence on Doctors, NY Times, 10.09.01 / BR