



Formation GRIVE ORL



Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>



Déroulement de la soirée

- 20h00-20h30: Accueil des participants, collations
+ présentation du réseau GRIVE
- 20h30-21h15: A vous de jouer! Vrai-Faux, Cas cliniques et Antibiocllic
- 21h15-21h45: Vos cas cliniques
- 21h45-22h00: Take home message + Questions



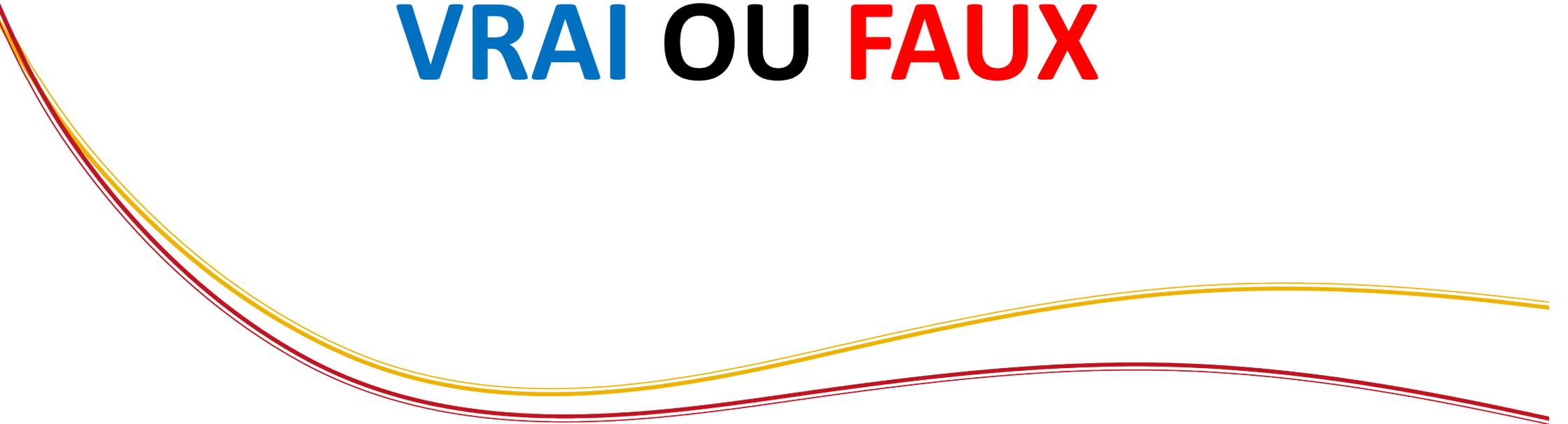
GRIVE



- Un réseau de 10 médecins **G**énéralistes **R**éférents en **I**nfectio**V**igilance **E**xtraHospitalière dans la région Languedoc Roussillon et Midi Pyrénées
- Activité soutenue par l'ARS , l'URPS, l'ARLIN
- Création en Janvier 2016



VRAI OU FAUX





VRAI ou FAUX

Généralités ORL

- Les deux antibiotiques ayant le plus d'impact sur l'acquisition de résistance d'E. Coli sont: les C3G et les Fluoroquinolones.
- Les 2 bactéries à prendre en compte dans le traitement des sinusites et OMAP bactériennes sont Streptococcus pneumoniae et Haemophilus influenzae
- L'Amoxicilline doit absolument être prise en 3 prises journalières pour une bonne efficacité.



VRAI ou FAUX

Généralités ORL

- Les deux antibiotiques ayant le plus d'impact sur l'acquisition de résistance d'E. Coli sont: les C3G et les Fluoroquinolones.
- Les 2 bactéries à prendre en compte dans le traitement des sinusites et OMAP bactériennes sont Streptococcus pneumoniae et Haemophilus influenzae
- L'Amoxicilline doit absolument être prise en 3 prises journalières pour une bonne efficacité.
L'Amoxicilline est possible en 2 prises journalières si les 3 prises (toutes les 8h) sont difficiles.



VRAI ou FAUX

Otite Moyenne Aiguë Purulente

- Les signes cliniques sont un épanchement rétro-tympanique avec une inflammation
- La majorité des OMAP évoluent spontanément vers la guérison
- L'existence de souches de PSDP et de H. Influenzae résistant à l'amoxicilline contre-indique l'utilisation de l'amoxicilline
- En cas d'échec du traitement ATB (persistance ou aggravation à >48h du début du traitement ATB ou la réapparition des signes généraux et fonctionnels associés à des signes otoscopiques d'OMA dans les 4 jours suivant le début du traitement), un traitement par AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 80-90mg par Kg par jour doit être mis en place
- A la fin du traitement, il peut persister un épanchement rétro-tympanique



VRAI ou FAUX

Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

- Les signes cliniques sont un épanchement rétro-tympanique avec une inflammation (= Otite séromuqueuse si pas de SF ni signes généraux)

OMAP= Otagies + fièvre + signes otoscopiques (épanchement rétrotympanique)+/- conjonctivite si H. Influenzae

- La majorité des OMAP évoluent spontanément vers la guérison

● Chez les enfants, l'évolution habituelle de l'otite moyenne aiguë est rapidement favorable : en l'absence de traitement antibiotique, 60 % des enfants n'ont plus de douleur après 24 heures, 86 % après 48 heures et, 3 jours à 4 jours après le diagnostic, 95 % des enfants n'ont plus de signe d'otite moyenne aiguë : ni fièvre, ni douleur, ni épanchement de l'oreille. L'évolution de l'otite moyenne aiguë diffère notamment selon l'âge et est un peu plus lente chez les enfants de moins de 2 ans. (n° 237, p. 201) (n° 238, p. 271)



Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

- L'existence de souches de PSDP et de H. Influenzae résistant à l'amoxicilline contre-indique l'utilisation de l'amoxicilline

Non dans le cas du PSDP, l'utilisation d'une posologie adaptée 80/90mg/kg/j (5j si >2ans et 8-10j si <2ans) permet de surmonter la sensibilité diminuée.

Pour H. influenzae, il n'y a pas de différence d'activité entre l'amoxicilline et l'association amoxicilline-acide clavulanique sur les souches résistantes aux bêta lactamines. H. Influenzae étant responsable de 30% des OMAP, et les souches productrices de β -lactamases représentant 17% des souches d'H. influenzae, sur 100 OMA, la différence d'activité entre l'amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique intéresserait 5 patients sur 100 dans une pathologie qui guérit spontanément dans plus d'un cas sur deux

- **En cas d'échec du traitement ATB** (persistance ou aggravation à >48h du début du traitement ATB ou la réapparition des signes généraux et fonctionnels associés à des signes otoscopiques d'OMA dans les 4 jours suivant le début du traitement), un traitement par **AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 80-90mg par Kg par jour doit être mis en place**

En cas de 2^{ème} échec : avis ORL pour paracentèse et prélèvements bactériologiques.

Otite Moyenne Aiguë Purulente (OMAP)

- ▶ A la fin du traitement, il peut persister un épanchement rétro-tympanique
Pendant plusieurs semaines jusqu'à 3 mois (rev. Prescrire; fev 2016)

Otite moyenne aiguë



OMA congestive

- Ootalgie, fièvre ou rien
- Tympan fin
- Reliefs normaux
- Hyperhémie péri-malléaire

3 stades



OMA collectée

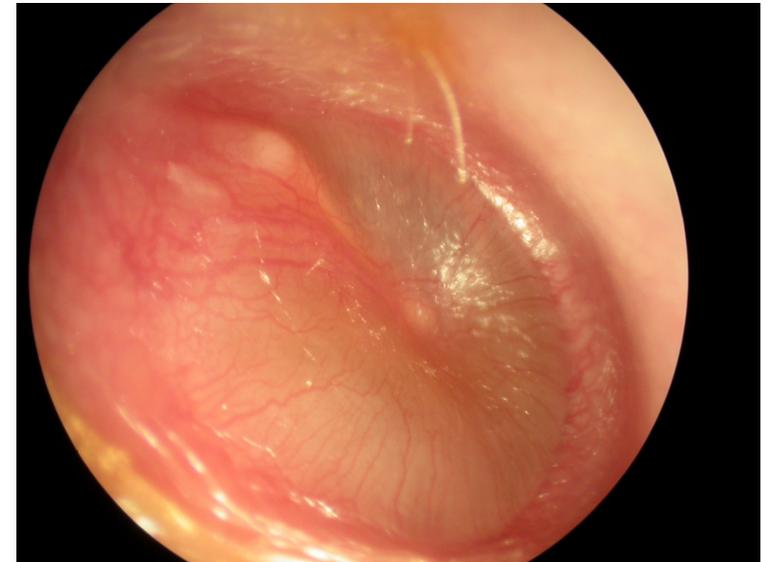
- Ootalgie pulsatile
- Fièvre
- Tympan bombé
- Disparition des reliefs

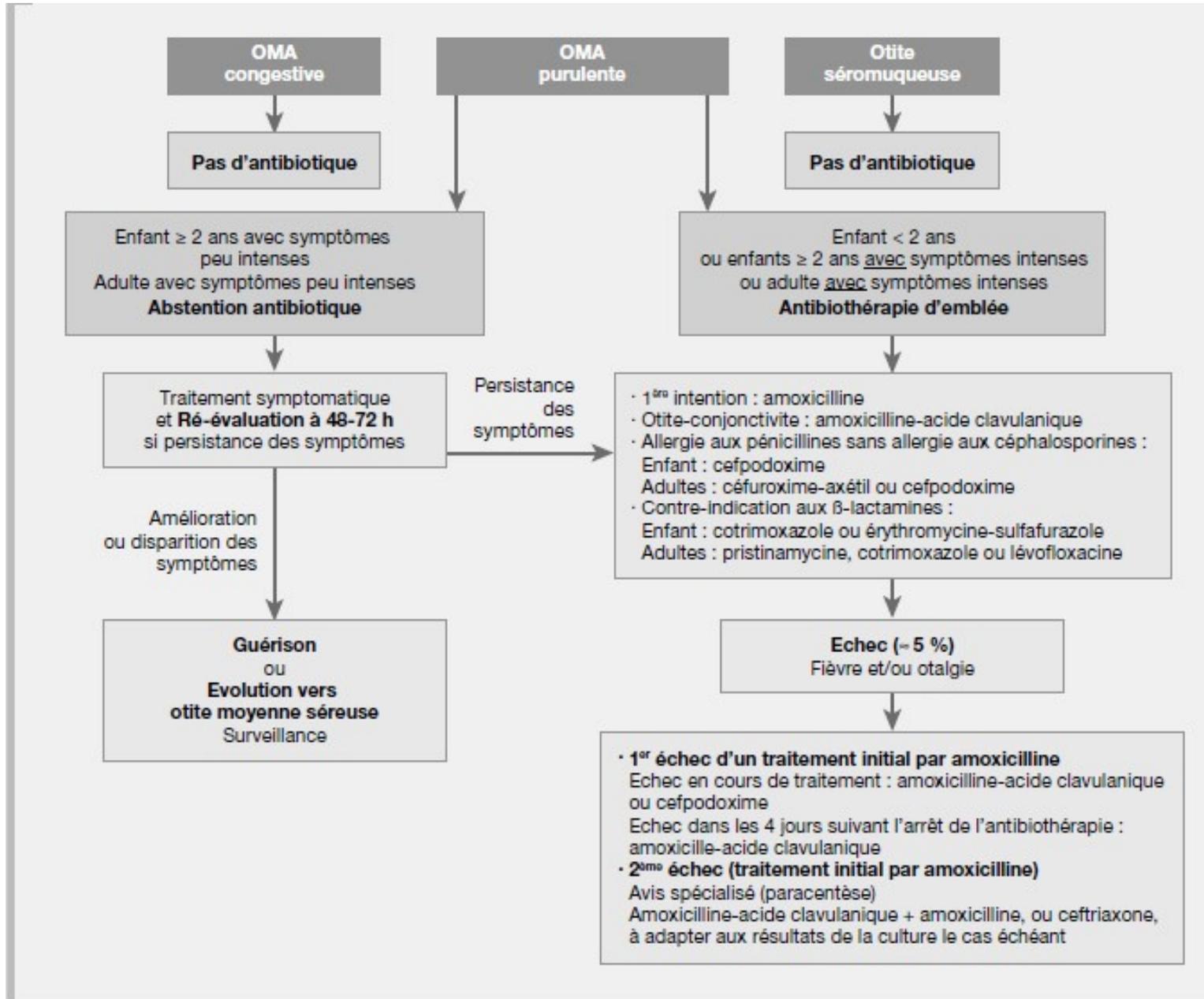


OMA perforée

- Diminution de l'otalgie
- Diminution de la fièvre
- Tympan infiltré
- Perforation visible

Otite séromuqueuse





Antibiothérapie chez l'enfant après avis de la HAS*

conformément aux avis de la transparence sur les différents produits

			DCI (nom commercial) par famille chimique											
			Pénicillines A		Céphalosporines			Macrolides et apparentés				Autres		
			Amoxicilline (Clamoxyl [®] , Hiconc [®] et leurs génériques)	Amoxicilline Acide clavulanique (Augmentin [®] , Ciblar [®] et leurs génériques)	Cefotaxime hepta (Taxotam [®] , Taxodil [®])	Cefpodoxime proxétil (Orlix [®] et génériques)	Céfuroxime axétil (Céporhe [®] , Zinnat [®] et leurs génériques)	Azithromycine (Zithromax [®])	Clarithromycine (Naxy [®] , Zalcia [®] et leurs génériques)	Josamycine (Josacine [®])	Tétramycine (Kotick [®])	Erythromycine Sulfathiazole (Pediazole [®])	Pristinamycine (Pyrastacine [®])	Sulfaméthoxazole Triméthoprime (Bactrim [®] et génériques)
Rhinosinfectieux sévère			Pas de traitement antibiotique											
Angine sévère	enfant < 3 ans		Pas de traitement antibiotique											
	enfant > 3 ans	TDR négatif	Pas de traitement antibiotique											
		TDR positif	50 mg/kg 5 jours			8 mg/kg 5 jours		20 mg/kg 3 jours	15 mg/kg 5 jours	50 mg/kg 5 jours				
Sinusite	maxillaire ou frontale	sigé sévère	80 - 90 mg/kg 7 - 10 jours			8 mg/kg 8 - 10 jours							si < 6 ans : 50 mg/kg 8 - 10 jours	si < 6 ans : 30 mg/kg sulfaméthoxazole + 6 mg/kg triméthoprime 8 - 10 jours
		sigé avec facteur de risque	80 - 90 mg/kg 7 - 10 jours			8 mg/kg 8 - 10 jours							si < 6 ans : 50 mg/kg 8 - 10 jours	si < 6 ans : 30 mg/kg sulfaméthoxazole + 6 mg/kg triméthoprime 8 - 10 jours
		maxillaire d'origine dentaire ou frontale		80 mg/kg 7 - 10 jours			8 mg/kg 8 - 10 jours							30 mg/kg sulfaméthoxazole + 6 mg/kg triméthoprime 8 - 10 jours
	orbitale, sphénoïdale et frontale compliquée		Hospitalisation - Antibiothérapie parentérale											
Otitis moyenne sévère enfant > 3 mois	purulente	enfant < 2 ans	80 - 90 mg/kg 8 - 10 jours	80 mg/kg 8 - 10 jours (si ac. otite-conjonctivite)		8 mg/kg 8 - 10 jours						50 mg/kg érythromycine + 150 mg/kg sulfathiazole 10 jours		30 mg/kg sulfaméthoxazole + 6 mg/kg triméthoprime 8 - 10 jours
		enfant > 2 ans avec symptômes peu bruyants	Pas de traitement antibiotique											
	enfant > 2 ans avec symptômes bruyants	80 - 90 mg/kg 5 jours	80 mg/kg 8 - 10 jours (si ac. otite-conjonctivite)			8 mg/kg 5 jours							50 mg/kg érythromycine + 150 mg/kg sulfathiazole 10 jours	30 mg/kg sulfaméthoxazole + 6 mg/kg triméthoprime 5 jours
congestive ou séro-muqueuse		Pas de traitement antibiotique												

traitement recommandé

En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines

En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

traitement non recommandé

Antibiothérapie chez l'adulte après avis de la HAS*

conformément aux avis de la transparence sur les différents produits

		DCI (nom commercial) par famille chimique														
		Pénicillines A		Céphalosporines			Macrolides et apparentés			Quinolones		Autres				
		Amoxicilline (Clamoxyl®, Hiconil® et leurs génériques)	Amoxicilline Acide clavulanique (Augmentin®, Clilar® et leurs génériques)	Cefosam hexétil (Taktiam®, Tosodil®)	Cefpodoxime proxétil (Avelox® et génériques)	Cefuroxime axétil (Cepazine®, Zinnat® et leurs génériques)	Azithromycine (Zithromax® et génériques)	Clarithromycine (Naxy®, Zedax® et leurs génériques)	Josamycine (Josacine®)	Télithromycine (Ketek®)	Levofloxacine (Tavanic®)	Moxifloxacine (Lixox®)	Pristinamycine (Pyostazine®)	Sulfaméthoxazole Triméthoprim (Bactrim® et génériques)		
Rhinospharyngite aiguë		Pas de traitement antibiotique														
Angine aiguë	Mac Isaac < 2	Pas de traitement antibiotique														
	Mac Isaac > 2	TDR négatif	Pas de traitement antibiotique													
Sinusite	maxillaire aiguë purulente non compliquée avec suspicion d'une infection bactérienne	TDR positif	2 g/j 6 jours		400 mg/j 5 jours	200 mg/j 5 jours	500 mg/j 4 jours	500 mg/j 3 jours	500 mg/j 5 jours	2 g/j 5 jours						
			2 ou 3 g/j 7 - 10 jours		400 mg/j 5 jours	400 mg/j 5 jours	500 mg/j 5 jours				800 mg/j 5 jours			2 g/j 4 jours		
	maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire manifeste homolatérale de l'arc dentaire supérieur		2 ou 3 g/j 7 - 10 jours		400 mg/j 5 jours	400 mg/j 5 jours	500 mg/j 5 jours				800 mg/j 5 jours			2 g/j 4 jours		
	frontale, ethmoïdale, sphénoïdale purulente non compliquée		3 g/j 7 - 10 jours		400 mg/j 5 jours	400 mg/j 5 jours	500 mg/j 5 jours				800 mg/j 5 jours					
Oïte	sevère à risque de complication grave										500 mg/j 8 - 10 jours	400 mg/j 8 - 10 jours				
	moyenne aiguë purulente	2 à 3 g/j 5 jours	2 ou 3 g/j 5 jours (si sd, otite- conjonctivite)	400 mg/j 5 jours	400 mg/j 5 jours	500 mg/j 5 jours									800 mg/j sulfaméthoxazole + 160 mg/j triméthoprim 5 jours	

Traitement recommandé	En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines	En cas de contre-indication aux bêta-lactamines	Traitement non recommandé
-----------------------	---	---	---------------------------

*www.has-sante.fr



VRAI ou FAUX

Otites externes

- Les otites externes sont souvent d'origine bactérienne dans les pays tempérés
- Une fluoroquinolone par la voie auriculaire est le traitement de 1^{er} choix pour réduire les symptômes d'une otite externe aigue bactérienne



VRAI ou FAUX

Otite externe

- Dans les pays tempérés, les otites externes sont souvent d'origine bactérienne: pseudomonas aeruginosa et staphylococcus aureus.
- Une fluoroquinolone par la voie auriculaire est le traitement de 1^{er} choix pour réduire les symptômes d'une otite externe aigue bactérienne



VRAI ou FAUX

Rhinopharyngite aigue

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne.
- Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite virale, les sinusalgies correspondent à un début de sinusite



VRAI ou FAUX

Rhinopharyngite aigue

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne.

Non souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales

- Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite virale, les sinusalgies correspondent à un début de sinusite

Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite virale, les sinusalgies correspondent à une congestion des méats sinusiens et sont spontanément résolutive

DRP++



VRAI ou FAUX

Sinusite maxillaire aiguë

- L'utilisation de l'amoxicilline – acide clavulanique est nécessaire si échec de l'antibiothérapie à 48-72h, si origine dentaire ou autre localisation sinusienne
- En cas d'allergie aux pénicillines, on peut administrer de la pristnamycine 4 jours ou telithromycine 5 jours et chez l'enfant du cotrimoxazole
- La sinusite maxillaire est fréquente chez l'enfant de moins de 3ans
- En cas de suspicion de sinusite aigue maxillaire bactérienne, un examen d'imagerie, ainsi que des prélèvements bactériologiques sont recommandées



VRAI ou FAUX

Sinusite maxillaire aiguë

- Le caractère puriforme des sécrétion nasales correspond forcément à une surinfection bactérienne.

Non souvent lié à une desquamation des cellules épithéliales

- L'utilisation de l'amoxicilline – acide clavulanique est nécessaire si échec de l'antibiothérapie à 48-72h, si origine dentaire ou autre localisation sinusienne
- En cas d'allergie aux pénicillines, on peut administrer de la pristnamycine 4 jours ou télithromycine 5 jours et chez l'enfant du cotrimoxazole

Mais risque d'effets indésirables augmentés avec la télithromycine

- La sinusite maxillaire est fréquente chez l'enfant de moins de 3ans

Le diagnostic de sinusite doit tenir compte chez l'enfant de la chronologie du développement anatomique des cavités sinusiennes (sinus ethmoïdaux au cours des premiers mois de vie ; sinus maxillaires à partir de l'âge 3–4 ans ; sinus frontaux à partir de l'âge de 5–10 ans ; sinus sphénoïdal à partir de l'âge de 10 ans).



Sinusite maxillaire aiguë

En cas de suspicion de sinusite aigue maxillaire bactérienne, un examen d'imagerie, ainsi que des prélèvements bactériologiques sont recommandées

En cas de suspicion de sinusite aigue maxillaire bactérienne, un examen d'imagerie, ainsi que des prélèvements bactériologiques ne sont pas recommandées

Un scanner des sinus est recommandé en cas de sinusite ethmoïdale, frontale ou sphénoïdale



VRAI ou FAUX

Angine

- Streptocoque du groupe A est la principale bactérie retrouvée dans les angines et est responsable de 20% des angines
- L'angine est bactérienne dans 25 à 40% des cas chez l'enfant et dans 10 à 25% chez l'adulte
- L'angine à streptocoque est spécifique: angine érythémato-pultacée
- Un TDR est à réaliser en cas de suspicion d'angine bactérienne chez les enfants de plus de 1 an et chez les adultes avec score de Mac Isaac \geq 1.

- Le traitement de première intention en cas de TDR positif est l'amoxicilline 2g/j ou à 50mg/kg/j pdt 6 jours



VRAI ou FAUX

Angine

- Streptocoque du groupe A est la principale bactérie retrouvée dans les angines et est responsable de 20% des angines

L'angine est bactérienne dans 25 à 50% des cas chez l'enfant > 3 ans et dans 10 à 25% chez l'adulte.

- **L'angine à streptocoque est spécifique: angine érythémato-pultacée**

L'angine à Streptocoque A n'est pas spécifique elle peut être érythémateuse, érythémato-pultacée...

- **Un TDR est à réaliser en cas de suspicion d'angine bactérienne chez les enfants de plus de 1 an et chez les adultes avec sore de Mac Isaac > ou égale à 1.**

*Un TDR est à réaliser en cas de suspicion d'angine bactérienne chez les **enfants de plus de 3 ans** et chez les **adultes avec sore de Mac Isaac > ou égale à 2**. (score < 2 : VPN > 95% pour éliminer SGA) (Sensibilité TDR > 90%, spécificité > 95%) (portage sain SGA = 5%).*

Avant 3 ans, l'angine bactérienne est très rare

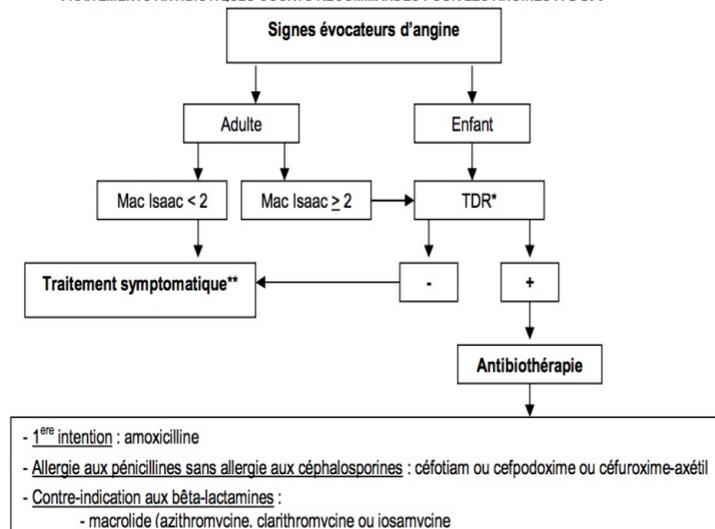
- Le traitement de première intention en cas de TDR positif est l'amoxicilline 2g/j ou à 50mg/kg/j pdt 6 jours

	Angine à SGA	Angine virale
Epidémiologie	- Hiver et début du printemps - Pic d'incidence entre 5 et 15 ans	- Toute l'année
Signes fonctionnels ou généraux	- Début brutal - Dysphagie intense - Absence de toux - Fièvre élevée	- Début progressif - Dysphagie modérée ou absente - Toux, coryza, enrouement, diarrhée, arthralgies, myalgies
Signes physiques	- Erythème pharyngé intense - Purpura du voile - Exsudat - Adénopathies satellites sensibles - Eruption scarlatiniforme	- Vésicules - Eruption évocatrice d'une maladie virale (Coxsackie, herpès) - Conjonctivite

Score de Mac Isaac à utiliser chez l'adulte

- Fièvre > 38°C = 1
- Absence de toux = 1
- Adénopathies cervicales sensibles = 1
- Atteinte amygdalienne (↑volume ou exsudat) = 1
- Âge :
15 à 44 ans = 0
≥ 45 ans = -1

TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES COURTS RECOMMANDÉS POUR LES ANGINES A SGA



* Réalisation du Test de Diagnostic Rapide du streptocoque du groupe A (TDR) systématique chez l'enfant ≥ 3 ans et l'adulte si score de Mac-Isaac ≥ 2
 ** Antalgique et/ou antipyrétique.

SCHEMAS D'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES UTILISABLES POUR LES ANGINES A SGA

Antibiotiques	Posologies (posologies quotidiennes établies pour un adulte/enfant à fonction rénale normale)	Durée de traitement
β-LACTAMINES		
Pénicilline : Amoxicilline	- Adulte : 2 g/j en 2 prises - Enfant > 30 mois : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	6 jours
C2G : Céfuroxime-axétil	- Adulte : 500 mg/j en 2 prises.	4 jours
C3G : Céfotiam	- Adulte : 400 mg/j en 2 prises	5 jours
Cefpodoxime	- Adulte : 200 mg/j en 2 prises - Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours
MACROLIDES*		
Azithromycine	- Adulte : 500 mg/j en une prise unique journalière - Enfant : 20 mg/kg/j, en 1 prise, sans dépasser la posologie adulte	3 jours
Clarithromycine (standard)	- Adulte : 500 mg/j en 2 prises - Enfant : 15 mg/kg/j en 2 prises sans dépasser la posologie adulte	5 jours
Clarithromycine (LP)	- Adulte : 500 mg/j en une prise journalière	5 jours
Josamycine	- Adulte : 2 g/j en 2 prises - Enfant : 50 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	5 jours

* Après prélèvement de gorge pour culture bactériologique et antibiogramme si le taux de résistance du SGA aux macrolides est > à 10%.



ANTIBIOCLIC

ANTIBIOCLIC 
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière MàJ : 08/10/2015

[NOUVELLE RECHERCHE](#) [SOURCES](#) [ACTUALITÉ](#) [À PROPOS](#) [CONTACT](#)

+ Les lettres d'actualité de Mequal, Antibiolor et de la SPILF sont dans l'onglet Actualités! +



RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

Pathologie

CHERCHER



CAS CLINIQUES



Cas clinique n° 1

Melle Patience, 3 ans,

présente une rhinorrhée, une obstruction nasale, une toux ainsi que de la fièvre à 39° depuis 3 jours, sa maman dit que ça ne peut plus durer, elle le sait, c'est tombé sur les bronches il lui faut des antibiotiques.

L'examen clinique retrouve une fièvre à 39°, bien tolérée, oropharynx inflammatoire, pas de signes de complications infectieuses bactériennes locorégionales : pas de signe en faveur d'une OMA purulente, ni d'infection respiratoire basse, ni de sinusite.



Diagnostic :

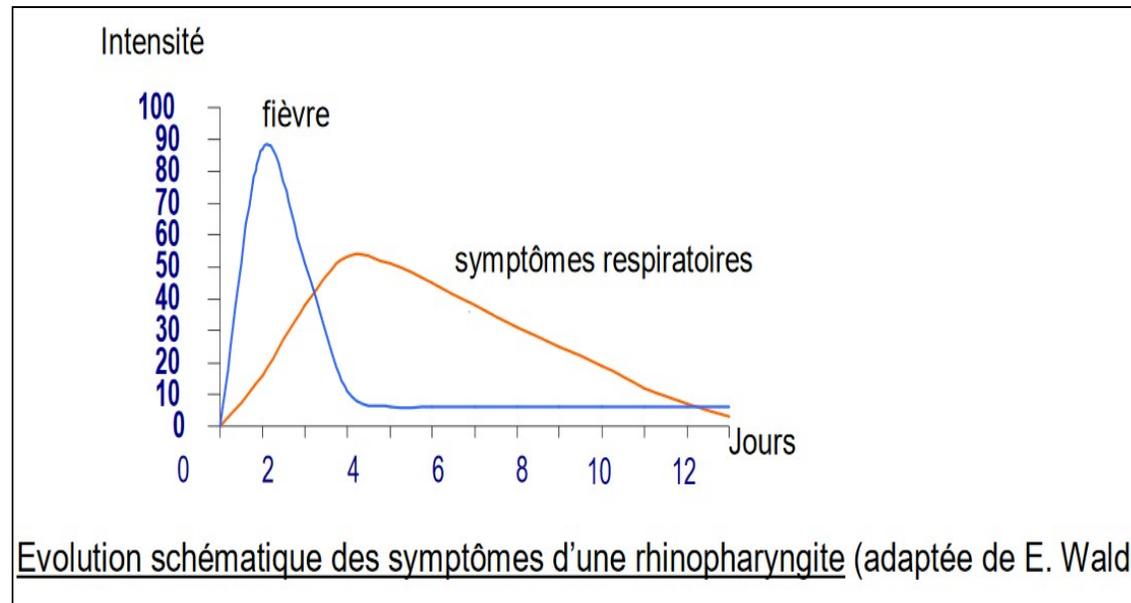
Rhinopharyngite virale

CAT :

Expliquer à la maman que la rhinopharyngite est **une infection virale bénigne**. La fièvre dure en moyenne 2-3 jours, rarement plus de 4 jours.

La rhinorrhée, la toux, l'obstruction nasale évoluent sur 7 à 10 jours.

Possibilité de complications bactériennes rares : OMA, sinusite, infections pulmonaires basses





Traitement:

DRP

Traitement symptomatique anti pyrétique : PARACETAMOL

Pas d'antitussif, pas de vasoconstricteur par voie nasale avant 15 ans,

Pas d'ATB (risque d'effet indésirable clinique et écologique), pas d'impact sur la durée des symptômes ni sur la prévention des complications.

Reconsulter:

- en cas de persistance au-delà de 4 jours d'évolution ou de réapparition de la fièvre,
- changement de comportement de l'enfant
- Ootalgie, otorrhée
- conjonctivite purulente
- œdème palpébral unilatéral
- Troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhées)
- apparition ou persistance d'une gêne respiratoire.



Cas clinique n° 2

L'enfant Paul Strepto, 18 mois vient en consultation avec sa maman car il présente une otalgie droite avec une sensation de fièvre depuis 3 jours.

T°=38.5°

Examen ORL :





Diagnostic :

OMAP

(Streptococcus pneumoniae ou Haemophilus influenzae)

CAT :

Traitement symptomatique

AMOXICILLINE 80mg/kg en 3 prises par jour (toutes les 8 heures) ou en 2 prises pendant 8 à 10 jours (enfant <2 ans) en première intention.

(si allergie chez l'enfant : COTRIMOXAZOLE 8 à 10 jours entre 1 mois à 2 ans)

(si allergie chez l'adulte : COTRIMOXAZOLE 5 jours, PRISTINAMYCINE 5 jours)



Cas clinique n° 3

Sa cousine Emma Philus, 12 ans consulte quant à elle pour une conjonctivite purulente associée à une otite.

L'aspect de son tympan est le même que son cousin



Diagnostic :

Syndrome otite-conjonctivite

CAT :

Bactérie la plus probable : *Haemophilus influenzae*

Traitement symptomatique oral

**AMOXICILLINE ACIDE-CLAVULANIQUE 80mg/kg par jour
d'AMOXICILLINE 5 jours**



Cas clinique n° 4

Mme Veuvitalémieu vient vous voir en consultation. Elle se plaint d'une rhinorrhée, d'une fièvre ainsi que des douleurs au niveau des sinus maxillaires depuis 3 jours. Elle n'en peut plus, elle a envie d'être vite rétablie.



Notre réponse :

Diagnostic :

Rhinopharyngite virale avec sinusalgies correspondant à une congestion des méats sinusiers, fréquentes dans les premiers jours d'une rhinopharyngite, et résolutive spontanément.

La fièvre dure entre 2 à 4 jours. Les autres symptômes durent entre 7 à 10 jours.

CAT :

Nous sommes médecins, pas magiciens ;), il ne pourra pas être rétabli demain.

Traitement symptomatique : PARACETAMOL, DRP+++ (lavage des fosses nasales avec rhinohorn, sérum physiologique, eau de mer).

Patient à réévaluer si traitement symptomatique bien conduit ET :

Si persistance des signes cliniques au-delà de 7 à 10 jours : rhinorrhée, obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée

Ou si aggravation des douleurs sinusiennes infra orbitaires malgré traitement symptomatique pendant plus de 48h

Ou si apparition d'une douleur sinusienne infraorbitaire, unilatérale, pulsatile, augmentée la tête penchée en avant, maximale en fin de journée ou pendant la nuit

Ou si augmentation de la rhinorrhée et poursuite de la purulence



Cas clinique n° 4 SUITE

MME VEVITALÉMIEU (NOM DE JF: JVOUSLAVÉDI) REVIENT 3 JOURS PLUS TARD CAR ELLE SE PLAINT D'UNE AUGMENTATION DES DOULEURS SINUSIENNES INFRA ORBITAIRES SURTOUT À DROITE, PULSATILES, AUGMENTÉES LA TÊTE PENCHÉE EN AVANT.



Notre réponse :

Diagnostic :

Sinusite aigue maxillaire bactérienne

CAT :

Traitement symptomatique : (PARACETAMOL, DRP)

AMOXICILLINE 3g par jour en 2 ou 3 prises pendant 7 à 10 jours

(Si allergie aux béta lactamines : PRISTINAMYCINE 2 g par jour en 2 prises 4 jours ou TELITHROMYCINE 800mg en 1 prise par jour 5 jours)

Si allergie amox chez l'enfant?

Corticoïdes PO (7 jours si sinusite aigue maxillaire hyperalgique)



Cas clinique n° 5

**EMMA LALAGORGE, 28 ANS VIENT VOUS CONSULTER, ELLE PRÉSENTE UNE ODYNOPHAGIE DANS UN CONTEXTE DE FIÈVRE.
TDR NÉGATIF**



Notre réponse :

Diagnostic :

Probable angine virale

CAT : Traitement symptomatique : PARACETAMOL

Si facteur de risque d'IST, penser à faire sérologie VIH dans contexte d'angine virale (primo infection VIH ?) + ebv



Cas clinique n° 5 suite

**ELLE RECONSULTE 2 JOURS PLUS TARD, L'ODYNOPHAGIE A AUGMENTÉ, LA FIÈVRE PERSISTE. ELLE S'EST AUTOMÉDIQUÉE AVEC DE L'IBUPROFENE 400MG
A L'EXAMEN CLINIQUE : PHLEGMON AMYGDALIEN DROIT**



Notre réponse :

CAT :

Arrêt des AINS

Avis chirurgical ORL en urgence

Rq: petite histoire de l'angine du maghreb: manœuvre amygdalienne et endocardite



Cas clinique n° 6

SA SŒUR, 16 ANS, VIENT VOUS VOIR QUELQUES JOURS PLUS TARD EN CONSULTATION.

**ELLE A ÉGALEMENT MAL À LA GORGE AVEC DE LA FIÈVRE.
ELLE EST ALLERGIQUE À L'AMOXICILLINE (URTICAIRE ??)**

**SORE DE MAC ISAAC À 3
TDR RÉALISÉ ET POSITIF**



Notre réponse :

Diagnostic :

Angine bactérienne à Strepto A

CAT :

AZITHROMYCINE 500mg par jour 3 jours

(**si possible après prélèvements bactériologiques**) (Risque de résistance aux Macrolides du Strepto A)

Eviction de la collectivité 2 jours après début ATB

Consultation allergologique à distance pour vérifier l'allergie à l'AMOXICILLINE



Cas clinique n° 7

MÉLANIE VOUS CONSULTE CAR ELLE PRÉSENTE UNE ODYNOPHAGIE, DE LA FIÈVRE ET UNE ASTHÉNIE DEPUIS 1 SEMAINE. IL LUI RESTAIT DE L'AMOXICILLINE À LA MAISON, ELLE S'EST AUTOMÉDIQUÉ AVEC DEPUIS LA VEILLE. AUJOURD'HUI ELLE A UN RASH CUTANÉ.

A L'EXAMEN :

**ANGINE PSEUDOMEMBRANEUSE, ŒDÈME DE LA LUETTE, PURPURA DU VOILE DU PALAIS
ADP CERVICALES INFLAMMATOIRES MULTIPLES
HÉPATOSPLÉNOMÉGALIE
RASH CUTANÉ À L'AMOXICILLINE**





Notre réponse :

Diagnostic : Angine pseudo membraneuse

EBV est la cause la plus fréquente de ces angines (la primo infection à EBV est le plus souvent asymptomatique, l'angine de la mononucléose infectieuse peut être érythémateuse et érythémato pultacée)

(la diphtérie doit également être évoquée devant une angine pseudo membraneuse)

CAT :

MNI test

Sérologie EBV

Bilan sanguin avec recherche de syndrome mononucléosique, cytolyse hépatique, thrombopénie

Traitement symptomatique

Risque : rupture de rate (éviter les sports violents)



Cas clinique n° 8

VINCENT VOUS CONSULTE DEVANT UNE ODYNOPHAGIE ET UNE FIÈVRE. L'EXAMEN MET EN ÉVIDENCE UNE FIÈVRE À 39°C, UNE ULCÉRATION AU NIVEAU DE L'AMYGDALE DROITE RECOUVERTE DE MEMBRANES GRISÂTRES NON ADHÉRENTES. IL A UN MAUVAIS ÉTAT BUCCO DENTAIRE, SON HALEINE EST FÉTIDE.

STREPTO TEST NÉGATIF

UN TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE EST MIS EN PLACE.

IL REVIENT VOUS VOIR 2 JOURS PLUS TARD, EN PLUS DU TABLEAU CLINIQUE INITIAL, IL TOUSSE ET PRÉSENTE UNE DYSPNÉE D'APPARITION PROGRESSIVE. IL SE PLAINT ÉGALEMENT D'UNE DOULEUR CERVICALE DROITE.





Notre réponse :

Diagnostic : **Suspicion d'angine de Vincent compliquée de Sd de Lemierre** (germe le plus fréquemment en cause : anaérobie : fusobacterium necroforum)

CAT : Hospitalisation pour bilan complémentaire en urgence

Prélèvements amygdale avec culture bactériologique

Bilan sanguin (syndrome inflammatoire biologique élevée)

Hémocultures

Scanner thoracique : recherche abcès pulmonaires (emboles septiques)

Scanner cervical : Abcès amygdalien, thrombose jugulaire interne droite

Syndrome de Lemierre : thrombophlébite jugulaire septique compliquée d'embols pulmonaires avec infarctus et abcès pulmonaires. Douleur latéro-cervicale fébrile, altération de l'état général, douleur thoracique

Diagnostics différentiels: syphilis (pas de s généraux, ulcération non douloureuse) agranulocytose/hémopathie maligne (ulcération bilatérale) cancer ORL (lésion unilat)



Cas clinique n° 9

**VOUS VOYEZ EN CONSULTATION MELLE CARLA TINE 6 ANS. DEPUIS 2 JOURS :
T=40°, ODYNOPHAGIE AVEC DYSPHAGIE, ET DES VOMISSEMENTS. CE MATIN ELLE
PRÉSENTE UNE ÉRUPTION CUTANÉE DE CE TYPE:**



A l'examen : T°=39°, angine érythémateuse ++, ADP cervicales sensibles, langue blanche, dépapillée sur la pointe.
Strepto test positif



Notre réponse :

Diagnostic : Scarlatine

CAT : Eviction de la collectivité 2 jours après début de l'ATB

AMOXICILLINE 50mg/Kg/jour PO en 2 prises pendant 6 jours



VOS CAS CLINIQUES



Cas clinique n° 1

Femme 27 ans , pas d ATCD particuliers

consulte le 11/07: fièvre + odynophagie

angine erythémato pultacée, strepto test positif: amoxicilline 2g /j pendant 6 jours

le 13/07: stop fièvre mais persistance odynophagie++ et adénopathies, aspect angine phlegmonnée:

stop amoxicilline

augmentin 3g/j pendant 10j

consulte le 15/07 pour contrôle, amélioration de la symptomatologie, continuer le même traitement

consultation le 19/07: aggravation odynophagie++ adénopathies++ pas d'abcès visible

ORL le 20/07: possible MNI, solupred+ bactrim..



Cas clinique n° 2

Un papa appel 13h30 pour son fils Pierre 16 ans qu'il a du récupérer au lycée car « il a vomi et aurait fait un malaise mais pas grave »

Moi « est-ce qu'il a de la fièvre? Mal à la tête? de la diarrhée? »

Lui « je ne sais pas, il se repose là »

Les agendas sont pleins et il y a pas mal de gastro en ce moment...

Venez ce soir ...

Pierre dit avoir eu mal au ventre et avoir vomi une fois cette nuit puis ce matin au réveil, depuis il est fatigué mais ça va mieux, il a moins mal au ventre...

À l'examen l'abdomen est rassurant (souple, depressible, bha+, oh libres...) Pierre a 38,9°...

« Tu as mal à la gorge »

Pierre « un peu depuis hier »

Pierre a une angine EP avec TDR +



A RETENIR



FLASH GRIVE: les infos à retenir ORL

- Amoxicilline traitement de référence pour les pathologies ORL avec le moins d'impact écologique et la meilleure tolérance
EVITER Céphalosporines et Quinolones
- Utilisation des antibiotiques dans les pathologies ORL premier facteur de risque de E. Coli BLSE
- Utilisation du TDR dans les angines
- Otites et Sinusites → La clinique
- La DRP est la pierre angulaire du traitement d'une rhinopharyngite virale





Retour d'expériences:

LES CAS CLINIQUES DE L'ETE



Cas clinique n° 1

Un homme de 35 ans, consulte parce qu'il souffre d'une gonalgie gauche suite à une chute il y a moins d'un mois. L'examen du genou est parfait. C'est une contusion simple. Le voilà rassuré.

De retour derrière le bureau, il évoque l'herpès labial qui vient juste d'apparaître hier soir. Et il souhaiterait aussi faire une biologie de dépistage MST puisqu'il démarre une relation avec un nouveau compagnon.

Il repart avec une ordonnance d'aciclovir en crème et une ordo de biologie:

sérologie VIH , TPHA VDRL

Recherche chlamydiae sur 1er jet urinaire

Il revient un mois après, dépité, avec les résultats de la biologie que j'ai juste reçus le matin même:

VIH et Chlamydiae négatif. **Syphilis positif.**

**La lésion herpétique persiste depuis un mois,
c'est vraisemblablement un chancre syphilitique.**

(Il me raconte qu'il a eu un rapport sexuel non protégé avec un inconnu qqes semaines avant notre 1ere consultation)





CAT

-Injection IM BENZATHINE BENZYL PENICILLINE SANDOZ 2,4 MUI

C'est compliqué à injecter pour le médecin (épais++, injection en 2 fois...) et douloureux pour le patient!

Il a juré qu'on ne l'y reprendrait plus!

-Contrôle efficacité du traitement:

-Clinique: disparition de la lésion de la lèvre en 1 semaine

- Contrôle sérologique à 3 mois, 6 mois, 1 an (si syph précoce) , 2 ans (si tardive)

VDRL doit se négativer (divisé par 4 à 3-6 mois, négatif à 1 an)et
TPHA rester positif séquellaire

-Dépistage du nouveau partenaire (TPHA -, VDRL - : pas de syphilis, ou sérologie trop

précoce ; effectuer un FTA-abs, ou répéter la sérologie après 1 à 2
semaine(s)) +- **traitement** (Il est négatif.)

-- Education / prévention

--l' inconnu vecteur à connaître et traiter?

...est resté l'inconnu.





Cas clinique n° 2

une jeune dame de 32 ans , lésions abdomen et surtout jambes et cuisses D et G depuis 48h .

Fièvre à 39-40, descend sous paracétamol à 38.5, sueurs, syndrome grippal, altération état général (asthénie, alors que maman de 3 enfants dynamique), promenade en forêt, séjour dans les Pyrénées , piqûres de moustiques, peut-être tiques .

Pas d'adenopathie





Traitée par clamoxyl pour suspicion lyme

Sérologie chik zika lyme négative (mais tôt)

Amélioration des symptômes

Voit dermatologue lendemain pour sa fille , lui montre ses jambes , celle-ci évoque lyme + autre réaction allergique à piqûres moustiques

Ai refait sérologie lyme à 3 semaines + fièvre Q (proposé par Medecin du labo), attente résultats

Patiente va très bien ...



Notre réponse:

- Érythème migrant =



- Lésion non évocatrice de maladie de Lyme
- Surveillance clinique et biologique avant de débuter amoxicilline
- Plutôt réaction allergique inflammatoire à piqure de moustique

Cas clinique n° 3



Mme X. 38 ans, vient pour « éruption » évoluant depuis 3 jours (cf photo)

Au début, aspect de piqure d'insecte puis évolution en faisant un « cercle », non centré par le point de piqure (piqure sur le bord du cercle) qui s'est ensuite « rempli » (zone inflammatoire d'environ 3cm de diamètre) puis depuis hier, « trace rouge » qui remonte sur la face interne du bras.

Non douloureux mais prurigineux++. Pas de fièvre.

A l'examen, peu inflammatoire (légèrement rosé), granuleux, non induré, non sensible. Pas de ganglion axillaire.

Patiente sous traitement antihistaminique au long cours pour rhinite allergique.

>> lymphangite sur piqure d'insecte ? infectieux ou simplement réaction inflammatoire et /ou allergique sans surinfection ?
traitement ?



Notre réponse:

Plutôt lymphangite inflammatoire.
Désinfection +/- pansement alcoolisé
Surveillance , adnp, fièvre, état cutané



Cas clinique n° 4

Mr C., 63 ans, vient pour fièvre évoluant depuis 48h, isolée. Il a passé la journée sur son bateau il y a 2 jours, et depuis, bouffées de chaleur++, trempe son lit la nuit, courbatures++ et est exténué. Il n'a pas mesuré sa température.

ATCD : obésité, BPCO, HTA

TTT actuel : FORTZAAR, SYMBYCORT

A l'examen, pas de fièvre mais a pris du paracétamol 30 min avant la cs, transpire++, auscultation cardio pulm ras, ORL ras mise à part petite pharyngite, pas de brûlures mictionnelles, pas de trouble du transit, abdo souple indolore, fosses lombaires indolores. 1ère hypothèse : pharyngite virale, traitement symptomatique et surveiller l'évolution.

Mr C. reconseille 3 jours plus tard à la MMG pour fièvre persistante mesurée à 40°C sans paracétamol. Pas de nouveau symptôme mais à l'auscultation, foyer en base G. Mis sous augmentin 3g/j avec bilan sanguin à faire le lendemain + radios pulmonaires.

Le lendemain, je reçois un appel du laboratoire : CRP 315, leuco 9100, PNN 8163, lympho 510, natrémie 125, ASAT 89, ALAT 89, GGT 321. Je rappelle le patient, toujours très fatigué, fébrile, son épouse le trouve confus. Je le revois en urgence : TA 13.5/7.5, pls 110, Sat 96%, mais polypnéique, sue à grosses gouttes, crépitants des 2 bases et sibilants à D, confus par moment ; N'a pas pu faire la radio pulm.

> urgences pour poursuivre les explorations (radios, hémoc), ATB IV et surveillance

➤ allo quelques jours plus tard : légionellose

Patient sorti 5 jours plus tard sous levofloxacine, je reçois son bilan sanguin de contrôle à J3 de sa sortie (J4 atb) : PNN 12942, plaq 695000, CRP 27, ASAT 142, ALAT 317, GGT 476, iono ok

Allo le MIT (parce que quand même, je me suis inquiétée !!) : pas d'inquiétude, bilan au moment de la sortie : ASAT 180, ALAT 220, GGT 357, TP 80%, PNN 10000, CRP 56 ; Faire bio dans 48h.

Contrôle à 48h : PNN 9380, ASAT 52, ALAT 199, GGT 410, TP 96%, CRP 15/ Pas eu plus de nouvelles.



Cas clinique n° 5

Mme C., 35 ans, consulte pour fièvre depuis 5 jours, 39-40°, avec céphalées, courbatures, quelques nausées. Elle a consulté au MIT il y a 48h car ATCD de paludisme (voyage souvent en Afrique) et elle connaît bien le service. Pas de voyage récent (le dernier il y a 4 mois). Au MIT : diagnostic de virose probable car examen clinique ras, bio : NFS ras, CRP 52, petite cytolyse hépatique, sérologies hépatites B et C neg, pas de palu.

A l'examen, fièvre 39°, auscultation cardio pulm ras, abdo sensible en hypochondre D, pas d'ictère, pas de selles décolorées ni urines foncées, pas de brûlures mictionnelles, BU neg, pas de trouble du transit.

>Je pense qu'il peut s'agir encore d'une virose et lui prescris un bilan sanguin : leuco 2400, PNN 1822, lympho 451, plaq 115000, CRP 118, ASAT 132, ALAT 187, GGT 122

Je montre ces résultats à ma super collègue qui me dit : « attends, j'ai déjà vu ça il y a 3 ans, c'était une fièvre Q ! », et en effet, je me rappelle que la patiente travaille comme soigneuse dans un Zoo...

J'appelle le MIT qui me dit : « oui, ça peut être une fièvre Q, faites une écho hépatique et les serologies, mais pas de traitement tant que pas confirmée... »

Donc je demande une sérologie mais temps d'attente pour le résultat : 10-12jrs...

Bilan de contrôle 2 jours plus tard : CRP 115, PNN1204, lympho 1397, plaq 117000, ASAT 106, ALAT 180, GGT 236, TP 96%

Et la patiente ne va pas mieux, toujours fébrile, de plus en plus de nausées, céphalées.

Allo le MIT : on attend pas le résultat et on traite, doxycycline 14 jours .

Suite de l'histoire : la patiente est allée bien mieux en 48h, echo hépatique : hépatosplénomégalie homogène (flèche hépatique à 18cm) avec adénopathies du hile hépatique, bio de contrôle à J5 de doxy: PNN 3330, lympho 3375, plaq 353000, CRP 16, ASAT 53, ALAT 108, GGT 247.

A noter, la sérologie est revenue négative car faite trop tôt, mais elle s'est positivée 2 semaines et demi plus tard (obligatoire pour pouvoir faire la déclaration de maladie professionnelle).



CAT

J'ai ensuite réadressé la patiente au MIT pour au moins une consultation de suivi :
faut il recontrôler l'écho hépatique? **Non.**
faire une echo cardio ? **Oui.. ETT de contrôle, TTT préventif: DOXYCYCLINE +
PLAQUENIL prolongé à discuter (avis MIT+++)**



L'info GRIVE à la volée



Flash Info Grive

Le Saviez-vous?

En cas de rhinopharyngite, l'antibiothérapie ne prévient pas l'apparition de sinusite bactérienne.

En revanche une désobstruction rhino pharyngée efficace (DRP) la prévient.

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf>

