

	Otite moyenne aigüe										
Étiologie	S. Pneumoniae, H. Influenzae, M. Catarrhalis, (Streptococcus pyogenes, S. Aureus, Pseudomonas aeruginosa, entérobactéries)										
Physiopathologie	1) Rhinopharyngite => OMA congestive 2) Accumulation des sécrétions dans oreille moyenne 3) Multiplication des bactéries 4) +/- Suppuration bactérienne dans la caisse du tympan => OMA purulente Pic incidence à 9 mois										
Clinique	- Otalgie au décours d'une rhinopharyngite - Fièvre - Asthénie, anorexie - Rhinorrhée, toux - +/- conjonctivite (sd otite-conjonctive)										
Paraclinique	▪ OMA congestive : congestion tympanique, respect des reliefs, sans bombement ▪ OMA purulente : inflammation tympanique (congestion, hypervascularisation), épanchement rétro-tympanique (opacité, effacement des reliefs ou bombement)										
Complications	▪ Méningite bactérienne ▪ Mastoïdite ▪ Thrombophlébites cérébrales et abcès du cerveau ▪ Paralysie faciale ▪ Otite sérumuqueuse										
Traitement	- +/- ATB : 1) Amoxicilline per os (+/- acide clavulanique si otite-conjonctivite) 2) 2^{ème} intention : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th><u>Allergie pénicillines</u></th><th><u>CI aux βL</u></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfant</td><td>Cefpodoxime</td><td>Cotrimoxazole Erythromycine-sulfafurazole Pristinamycine</td></tr> <tr> <td>Adulte</td><td>Cefpodoxime Céfuroxime-axétil</td><td>Pristinamycine Cotrimoxazole lévofloxacine</td></tr> </tbody> </table> ≤ 2 ans => 8 jours > 2 ans => 5 jours - Antalgiques/antipyrétiques : paracétamol - Traitement local : mouchage - +/- Paracentèse <u>Si échec et Tt initial par amoxicilline</u> : - Amoxicilline-acide clavulanique ou ceftriaxone - 1^{er} échec : ○ Echec en cours de Tt : amoxicilline-acide clavulanique ou cefpodoxime ○ Echec à la fin du Tt : amoxicilline-acide clavulanique - 2^{ème} échec : paracentèse, amoxicilline-acide clavulanique + amoxicilline ou ceftriaxone <u>Si Tt initial autre que l'amoxicilline</u> : avis spécialisé			<u>Allergie pénicillines</u>	<u>CI aux βL</u>	Enfant	Cefpodoxime	Cotrimoxazole Erythromycine-sulfafurazole Pristinamycine	Adulte	Cefpodoxime Céfuroxime-axétil	Pristinamycine Cotrimoxazole lévofloxacine
	<u>Allergie pénicillines</u>	<u>CI aux βL</u>									
Enfant	Cefpodoxime	Cotrimoxazole Erythromycine-sulfafurazole Pristinamycine									
Adulte	Cefpodoxime Céfuroxime-axétil	Pristinamycine Cotrimoxazole lévofloxacine									
Prévention	Vaccination anti-pneumococcique										

	Otite externe bénigne
Définition	Inflammation de la peau du conduit auditif externe
Étiologie	S. Aureus, P. Aeruginosa
Physiopathologie	Favorisée par macération (chaleur + humidité), dermatose pré-existante
Clinique	- Apyrexie - Douleurs violentes, pulsatiles, +/- insomniantes, augmentées par mastication, pression du tragus et mobilisation du pavillon - Otorrhée purulente
Paraclinique	<u>Otoscopie</u> : CAE inflammatoire, œdématié et douloureux, tympan normal
Traitement	- Traitement local : nettoyage, gouttes auriculaires antiseptiques ou antibiotiques 5-7 jours - Tt symptomatique : antalgiques
Prévention	Bannir les cotons tiges et éviter toute macération

	Otite externe nécrosante
Étiologie	P. Aeruginosa
Physiopathologie	Extension osseuse vers la base du crâne d'une otite externe Terrain : immunodéprimé (diabète, grand âge)
Clinique	- Tableau d'otite externe qui ne guérit pas sous Tt local - Polype du CAE évocateur
Traitement	- Avis ORL en URGENCE - PEC spécialisée
Prévention	+/- Atteinte des paires crâniennes

	Otite séromuqueuse ou otite moyenne chronique à tympan fermé
Définition	Inflammation chronique > 3 mois, épanchement non purulent
Physiopathologie	Trouble de la ventilation de oreille moyenne : dysfonction trompe d'Eustache u inflammation post-infectieuse
Clinique	- Hypoacousie - Otalgies fugaces, sensations d'oreille pleine ou de vertige - Obstruction nasale, ronflements nocturnes - Rhinorrhée, reniflements - Absence de signes généraux
Paraclinique	<u>Otoscopie</u> : tympons mats et immobiles, niveau liquidien <u>Examen rhino-pharyngé</u> : hypertrophie des végétations adénoïdes Surdité de transmission Tympanogramme plat
Complications	- OMA à répétition - Cholestéatome
Traitement	- Corticoïdes - Lavage des fosses nasales - Ablation des végétations adénoïdes - Pose d'aérateurs trans-tympaniques - Bilan orthophonique - Pas d'ATB
Evolution	Guérison spontanée

	Otites cholestéatomateuses
Clinique	- Otorrhée chronique fétide - Hypoacousie

	- Apyrexie
Paraclinique	<u>Otoscopie</u> : pus mêlé de squames épidermiques, blanchâtres ou brunâtres, polype du CAE ou sur le tympan <u>Audiométrie tonale</u> : surdité de transmission TDM
Complications	Paralysie faciale, labyrinthite, méningite bactérienne, abcès cérébral, mastoïdite, thrombophlébite, vertige et surdité neurosensorielles
Traitement	- Pas d'ATB - Avis ORL +++=

	Rhinopharyngite
Définition	Atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx + atteinte variable nasale
Étiologie	Virale ++ : rhinovirus, adénovirus, coronavirus, influenza, para-influenza, RS, métapneumovirus
Physiopathologie	Transmission interhumaine
Clinique	Rhume banal : symptômes bilatéraux - Rhinorrhée claire puis purulente - Obstruction nasale - Douleurs non localisées - Syndrome pseudo-grippal : fièvre et myalgies - +/- toux (pharyngite), trachéite, bronchite, laryngite, conjonctivite, otite
Évolution	Favorable 99%
Complications	Surinfection => sinusite bactérienne
Traitement	Symptomatique : - Antalgiques/antipyrétiques : paracétamol - Lavage des fosses nasales au sérum phy
Prévention	Hygiène des mains, port d'un masque, lutte contre tabagisme, vaccination pneumocoque et grippale

	Sinusite		
Définition	Inflammation des sinus aériens de la face		
Étiologie	▪ <u>Sinusites maxillaires, frontales, sphénoïdiennes</u> : S Pneumoniae, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis, S. aureus ▪ <u>Ethmoïdites</u> : S. Aureus, H. Influenzae, S. Pyogenes, S. Pneumoniae +/- Aspergillus (maxillaire)		
Physiopathologie	Complication rare des rhinopharyngites PAS de contagiosité Risque d'atteinte grave du SNC Chronique : > 12 semaines de douleur et rhinorrhée		
Diagnostic	Au – 2 critères : - Persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes pendant au – 48h - Douleur unilatérale, augmentée si tête penchée en avant, pulsatile acmé en fin d'après-midi et la nuit - Augmentation rhinorrhée et de la purulence Critères mineurs : persistance J3 de fièvre, J10 de l'obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux		
Clinique	<table border="1"> <tr> <td><u>Maxillaire</u> : - Douleur infra-orbitaire unilatérale, majorée par </td><td><u>Ethmoïdale</u> : - Comblement angle interne de l'œil </td></tr> </table>	<u>Maxillaire</u> : - Douleur infra-orbitaire unilatérale, majorée par	<u>Ethmoïdale</u> : - Comblement angle interne de l'œil
<u>Maxillaire</u> : - Douleur infra-orbitaire unilatérale, majorée par	<u>Ethmoïdale</u> : - Comblement angle interne de l'œil		

	antéflexion, irradiation arcades dentaires - Mouchage purulent - +/- fièvre - Présence pus méat moyen - ATCD de sinusite	- Œdème palpébral - Céphalée rétro-orbitaire
	<u>Sphénoïdale :</u> - Céphalée rétro-orbitaire permanente - Irradiation vertex	<u>Frontale :</u> - Céphalées sus-orbitaires
Complications	Orbitaires (éthmoïdites ++): - Dermo-hypodermite - Phlegmon - Abscess sous-périosté - Névrite optique - Paralysies oculomotrices Neuroméningées (frontales, éthmoïdales, sphénoïdales): - Méningite - Thrombophlébite - Abscess cérébral - Empyème sous)dural	
Traitement	▪ ATB pour formes aiguës : - Probabiliste : 1) Amoxicilline 7j 2) Amoxicilline + acide clavulanique 7j - Alternative si allergie aux pénicillines : ○ C2G : Céfuroxime-axétil 5j ○ C3G : Cefpodoxime-proxétil 5j ; Céfotiam-hexétil 5j - Alternative si allergie aux pénicillines et céphalosporines : Synergistine = Pristinamycine 4j - Dernier recours : Lévofloxacine 8j ▪ +/- drainage des sinus ▪ Symptomatique : antalgiques/antipyrétiques (paracétamol)	

	Méningo-encéphalite herpétique à liquide clair
Étiologie	HSV1 ++ (HSV2) Lésions lobes temporaux, nécrotiques Réactivation (adulte) ou PI (enfant)
Physiopathologie	Terrain : < 20 ans ou > 50 ans
Clinique	▪ Fièvre ▪ Installation en qq jours ▪ Troubles du comportement, troubles mnésiques, aphasie, crises convulsives temporales
Paraclinique	▪ LCS : lymphocytaire ▪ EEG : décharges périodiques d'ondes lentes au niveau temporal ▪ Imagerie : lésions hypodenses fronto-temporales biatérales asymétriques ▪ PCR HSV dans LCS
Évolution	Grave ++ Mortalité 80% sans Tt
Complications	Surinfection => sinusite bactérienne
Traitement	- URGENCE - Aciclovir IC 3 semaines

	Abcès cérébraux
Étiologie	ORL, dentaire : Streptocoque, anaérobies Post-traumatique ou post-neurochirurgical : S. Aureus, entérobactéries, P. Aeruginosa Hématogène : S. aureus, Listeria, Mycobacterium tuberculosis Infection rare, incidence 60 ans
Physiopathologie	Contamination par contiguïté Diffusion hématogène Post-traumatique ou post-chirurgical Porte d'entrée inconnue dans 10% des cas
Clinique	▪ Céphalées ▪ Signes neurologiques centraux ▪ Fièvre
Paraclinique	▪ Imagerie : cocarde (centre nécrotique, capsule réhaussée par produit de contraste, œdème périlésionnel) ▪ Hémocultures ▪ Dépistage VIH systématique ▪ Ponction biopsie stéréotaxique neurochirurgicale
Évolution	Séquelles déficitaires iu épilepsie Mortalité
Traitement	- Tt médocochirurgical en urgence : aspiration du pus, ATB à fortes doses - Recherche et Tt porte d'entrée - Tt sympatomatique

Résultats de l'examen du LCS

	LCS normal	Méningite purulente = prédominance PNN	Méningite à liquide clair = prédominance lymphocytaire
<i>Macroscopie</i>	Clair (eau de roche)	Trouble (si visible à l'œil nu : cytorachie > 300 GB/ mm ³)	Clair
<i>Éléments</i>	< 5/mm ³ Lymphocytes 60-70% Monocytes 30-50% Ni PNN ni hématies	> 20/mm ³ et en général > 1000/mm ³ PNN > 50%	5-100/mm ³ en général Parfois 100-1000/mm ³ Lymphocytes > 50%
<i>Glycorachie</i>	> 2/3 glycémie	≤ 0,4 glycémie	> 2/3 glycémie : viral < 0,4 glycémie : Listeria ou BK
<i>Protéïnorachie</i>	< 0,4 g/l	> 1 g/l	< 1 g/l : viral 1-2 g/l : bactérien
<i>Lactatorachie</i>	< 3,2 mmol/l	> 3,2 mmol/l	< 3,2 mmol/l
<i>Examen direct</i>	Négatif	Positif (sauf si méningite décapitée, bactérie fragile, faible inoculum)	Négatif : viral Positif : Listeria ou BK
<i>Étiologie</i>		Méningite bactérienne 30% des méningites virales au début	Normoglycorachie : viral Hypoglycorachie : Listeria, BK 10% des méningites bactériennes au début

	Bronchite aigüe
Épidémiologie	Infection virale +++ Contexte épidémique
Physiopathologie	Inflammation aigüe des bronches et des bronchioles secondaire à agression infectieuse
Clinique	▪ +/- précédée d'une infection des VAS (rhinite, pharyngite) ▪ Toux sèche puis productive, évolution prolongée ▪ Expectoration secondairement purulente ▪ Douleurs thoraciques bronchiques (brûlures rétro-sternales) ▪ Râles bronchiques
Paraclinique	/
Évolution	Favorable spontanément
Traitement	- Ambulatoire et symptomatique

	Exacerbation de BPCO
Microbiologie	Bactéries : H. influenzae, M. catarrhalis, S. pneumoniae, (P. aeruginosa) Virales : grippe, coronavirus, rhinovirus, adénovirus
Physiopathologie	Majoration d'une dyspnée, d'une toux, du volume et/ou de la purulence des expectorations
Clinique	▪ Majoration/apparition d'un ou de plusieurs symptômes (toux, expectoration , dyspnée)
Critères hospitalisation	- Modification importante des symptômes (apparition dyspnée de repos) - BPCO stade III ou IV - Apparition de signes cliniques nouveaux : cyanose, OMI - Présence de comorbidités - Apparition d'une arythmie - Diagnostic incertain - Age > 70 ans - Manque de ressources, d'autonomie, d'aide à domicile
Évolution	Risque d'IRpA grave
Traitement	<u>Symptomatique</u> : - Si bronchospasme : courte corticothérapie voie générale - Bronchodilatateur en aérosols - Kiné respi - O2 <u>ATB</u> : - Absence de dyspnée => pas d'ATB - Dyspnée d'effort (VEMS <50%) => Amoxicilline ou macrolide ou pristinamycine - Dyspnée de repos (VEMS <30%) => Augmentin® ou C3G injectables (céfotaxime, ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine)
Prévention	- Arrêt tabac - Vaccinations antipneumococcique et antigrippale

	Coqueluche
Épidémiologie	▪ Bordetella pertussis : bacille G- ▪ Sécrétion de plusieurs toxines (adhésines) => nécrose de la muqueuse respiratoire ▪ +/- Bordetella pertussis => para-coqueluche ▪ Transmission aérienne ▪ Difficilement cultivable => PCR
Physiopathologie	Toxi-infection Facteurs de virulence : - Toxine pertussique : interaction avec cellules hôtes - Hémagglutinine filamenteuse : hyperlymphocytose, hypersensibilité à histamine ⇒ Syndrome infectieux limité à épithélium bronchique ⇒ Syndrome toxique : nécrose des cellules ciliées bronchiques, hyperlymphocytose Potentiellement létale chez le nourrisson de moins de 6 mois
Clinique	▪ Incubation 7-10j ▪ APYREXIE ▪ Phase 1 : catarrhe 7-15j - Contagiosité ++ - Rhinite, éternuements - Apparition toux spasmodique ▪ Phase 2 : Quintes 4-6 semaines - Toux +++ (quintes paroxystiques avec difficultés de reprise inspiratoire, nocturne) - Apyrexie ▪ Phase 3 : Convalescence - Diminution progressive de la fréquence et sévérité des quintes - Hyperréactivité bronchique résiduelle Toux prolongé ≥ 1 semaine chez enfant anciennement vacciné ou adulte => rechercher coqueluche Diagnostic bactériologique : ▪ Indication : Sympto < 21j ou contact > 21 j ▪ Aspiration, écouvillonnage nasopharyngé, recueil de mucus de quinte ▪ PCR ou culture sur milieux spécifiques (Bordet-Gengou ou Regan Lowe)
Paraclinique	<u>Bio</u> : hyperlymphocytose, pas de syndrome inflammatoire <u>Radio</u> : normale +++ (sd interstitiel, distension thoracique, atélectasie, PNO, condensation parenchymateuse)
Complications	▪ Pulmonaires : quintes asphyxiantes, apnées, obstruction bronchique ▪ Surinfections broncho-pulmonaires (fièvre) ▪ Mécaniques : prolapsus, hernie, PNO, fractures costales ▪ Dénutrition, déshydratation
Diagnostic différentiel	- Toux infectieuse lors infection virale ou bactérienne - Toux pneumo-allergologique - Toux mécanique (RGO, tumeur, CE) - Toux iatrogène (IEC, βB) - Toux psychogène
Traitement	- MACROLIDES → Clarithromycine 7j → Azithromycine 3j → Si CI => Cotrimoxazole 14j - +/- O2 - Hydratation et nutrition - +/- plasmaphérèse - +/- ATB - CI des antitussifs et fluidifiants chez le nourrisson
Prévention	- Règles d'éviction - ATBp (max 21j après dernier contact) - Vaccination : enfants et jeunes adultes, cocooning, milieu professionnel - Notification des cas : ◇ ≥ 2 cas dans collectivités => au médecin ARS ◇ ≥ 2 cas nosocomiaux (maternité, EHPAD, hôpital) => notification au CLIN

