Fiches d'ORL

1. Otite externe diffuse

Dermoépidermite aiguë bactérienne de la peau du conduit auditif externe (CAE)

Facteur favorisants : traumatisme, humidité, ± affections dermatologiques

Germes en cause : staphylocoque doré, pseudomonas aëruuginosa

Signes fonctionnels : douleur insomnante, irradiant vers hémiface et mandibule, hypoacousie, acouphènes. Apyrexie.

Examen clinique : CAE érythémateux, gonflé. Otorrhée ± verdâtre. Douleur ++ à la palpation. Tympan normal. Œdème de la région parotidienne ± adénopathies

Complications : Abscès péri-auriculaire. Chondrite du pavillon.

Traitement : Nettoyage et aspirations des débris épidermiques. Pop-oto-wick. Gouttes antibiotico-corticoïdes. Antibiotique systémique si complications/formes sévères.

2. Otite externe maligne

Infection grave, extensive du CAE

Germes en cause : pseudomonas aëruuginosa (90%), staphylocoque doré (10%)

Terrain : Diabète insulino-dépendant mal équilibré. Déficits immunitaires.

Clinique : Ootalgie insomnante. Tympan normal. Otorrhée. Cellulite, sténose nécrotique et granulomateuse de CAE. Céphalées temporales et occipitales ++.

Signes de malignité : Ostéomyélite du tympanal et du rocher. Paralyse des nerfs crâniens. Méningite, abcès intracérébral.

Examen complémentaires : NFS, glycémie ++.

Prélèvement de l'otorrhée : bactériologie et antibiogramme. PL, TDM. IRM si atteinte méningée, cérébrale ou des nerfs crâniens. Scintigraphie pour cartographie de la lyse osseuse.

Traitement : Soins locaux. Triple antibiothérapie IV anti-pyocyanique (8 semaines). Equilibration du diabète.

Pronostic : mortalité – 20% si pas de paralysie des PC, 50% si paralysie faciale, 70% si plusieurs PC atteintes.

3. Otite moyenne aiguë

Souvent dues à des surinfections bactériennes de l'oreille moyenne consécutives à une infection du rhinopharynx par des virus respiratoires, surtout de 6 à 24 mois.

Signes d'appel : otalgie, otorrhée purulente, hypoacousie. Avec éventuellement hyperthermie, nausées, pleurs, troubles sommeil.

Signes associés : rhinite, rhinorrhée, toux, conjonctivite.

Clinique : otoscopie bilatérale :

- otite congestive : tympan mat

- otite catarrhale : œdème tympanique

- otite purulente : tympan blanc, humide, bombé.

- otite perforée.

Examen rhinopharynx pour voir une hypertrophie des végétations. Palpation de la mastoïde. Examen neuro.

Complications :

• Mastoïdite :

- extériorisée : avec abcès sous périoste au sillon rétro-auriculaire

- périostite : sans abcès.

Germes en cause : streptocoques pneumoniae ou pyogènes, haemophilus influenzae.

Traitement : Paracentèse pour analyse bactériologique et antibiogramme. Double antibiothérapie à large spectre. Si échec ou abcès : mastoïdectomie après ponction.

• Paralysie faciale : Là encore paracentèse, analyse bactériologique, double ATB

• Labyrinthites

• Complications neuro

• Perforation tympanique, otite sérumuqueuse

Microbio : OMA congestives : 90% virales, OMA collectives ou perforées : pneumocoque (fièvre > 38°C, < 2 ans), haemophilus influenzae (+ conjonctivite purulente)

Indication de la paracentèse (incision radiale antérieure ou postéro-inférieure du tympan) : otite résistante aux traitements, otites récidivantes, otites compliquées, chez immunodéprimé, systématique chez enfant < 3 mois. Paracentèse toujours accompagnée d'une analyse bactériologique.

Traitement :

• Au stade congestif : rien

• Au stade OMA collectée : antibiothérapie pendant 5 jours, amox en première intention.

• Si ça traîne : + d'amox ou ceftriaxone, antipyrétique, antalgique, désinfection rhino-pharyngée, corticothérapie. Antipyrétique.

4. Otites sérumuqueuses & otites récidivantes

Clinique : Otite séreuse asymptomatique, hypoacousie, otalgie, OMA récidivantes, acouphènes, bruits de liquide.

Examen clinique : recherche d'une cause (fente vélo-palatine, lèvre bifide, malformations, allergie). Examen du cavum : recherche d'une hypertrophie des végétations (enfant), tumeur du cavum (adulte). Une OSM chez un adulte soit faire rechercher un cancer du cavum.

Examens complémentaires :

• Audiométrie : surdité de transmission de 20 à 50 dB

• Tympanométrie : courbe plate (type B)

• Radio du cavum de profil : recherche végétations.

• TDM ± IRM si doute sur cancer du cavum.

Bactériologie : souvent stérile. Parfois pneumocoque, haemophilus, moraxelle.

Evolution : Guérison souvent spontanée, lésions tympaniques, cholestéatome.

Complications : perte auditive, mastoïdite, otite moyenne chronique

Traitement : antibiothérapie > 1 mois, AINS néfastes !

Traitements chirurgicaux : aérateurs trans-tympaniques si OSM avec surdité > 30 dB, OSM avec altération du tympan, OSM avec OMA à répétitions. Adénoïdectomie si végétations.

5. Otites moyennes chroniques

5.1 OMC muqueuse

Signes : surdité de transmission, otorrhée purulente mais non fétide, perforation tympanique NON MARGINALE, fond de caisse humide, muqueuse épaissie.

Examens complémentaires : TDM en coupes axiales et coronales → retrouve opacités de la caisse, de l'antre, des cellules mastoïdiennes (avec perte de la pneumatisation normale) et pas de lyse osseuse.

Traitement : essentiellement étiologique. Si otorrhée : antibio + anti-inflammatoire local. Si échec : tympanoplastie.

5.2 Otite cholestéatomateuse

Le cholestéatome est une tumeur bénigne qui a un pouvoir lytique sur les parois et les osselets de la caisse du tympan.

Signes : surdité de transmission, otorrhée purulente et fétide, otalgie, perforation tympanique marginale, débris épidermiques blanchâtres, polype sentinelle. Signe de la fistule ++ : vertiges dus à la pression de CAE avec le doigt, signant la lyse du canal semi-circulaire externe.

Examens complémentaires : TDM en coupes axiales et coronales : on a l'opacité du cholestéatome + lyse osseuse.

Complications : paralysie faciale, fistule labyrinthique avec vertige, surdité de perception et signe de la fistule. Labyrinthite (surdité de perception + vertiges). Mastoïdite. Neuro : méningite, abcès cérébral.

Traitement : Ablation chirurgicale du cholestéatome puis surveillance stricte et prolongée.

6. Otospongiose

Ostéodystrophie primitive du labyrinthe osseux aboutissant à un blocage de l'étrier dans le foramen ovale.

Maladie génétique autosomique dominante à pénétrance incomplète.

Clinique : surdité de transmission d'aggravation progressive débutant entre 10 et 40 ans, pouvant se bilatéraliser, acouphènes, tympan normal, examen ORL normal.

Examen complémentaires :

• Acoumétrie (Weber latéralisé du côté de l'oreille atteinte, Rinne négatif, Lewis négatif).

• Audiométrie tonale : surdité de transmission.

• Impédancemétrie : tympanogramme normal, réflexe stapédien absent.

• TDM : plages hypodenses autour de la fenêtre ovale.

Traitement : chirurgie.

7. Surdités brusques

Clinique : hypoacousie brutale sans prodrome auditif. Parfois acouphènes.

Audiométrie : acoumétrie (Rinne positif, Weber latéralisé côté sain), audiogramme : surdité de perception, réflexe stapédien conservé, tympanogramme normal.

Conduite à tenir : urgence thérapeutique. Hospitalisation pendant une semaine avec en IV vasodilatateurs, corticoïdes.

Bilan paraclinique : potentiels évoqués auditifs, épreuves caloriques vestibulaires, IRMc.

Rechercher étiologie : bilan des FDRCV, sérologies : syphilis, HIV, bilan immunologique.

8. Fractures du rocher

Clinique :

• Fractures longitudinales : surdité de transmission, paralysie faciale, otoliquorrhée (OM atteinte)

• Fractures transversales : surdité de perception, acouphènes (OI), vertiges par atteinte du vestibule, paralysie faciale, otoliquorrhée.

Lésions associées : encéphaliques, méningées (hématome extradural), rachidiennes si polytraumatisme.

Conduite à tenir : otoscopie, examen du CAE. Examen neuro complet ++

Investigations : TDMc et du rocher en coupes fines, EMG du VII si paralysie faciale, audiogramme tonal. Si paralysie faciale : bilan topographique (test de Schirmer)

Traitement : corticothérapie IV + protection oculaire si paralysie faciale incomplète + vasodilatateurs si surdité de perception. Exploration chirurgicale en urgence du VII si paralysie faciale primaire ou complète dans les 24-48 heures.

9. Neurinome du VIII

Tumeur du VIII, la plus fréquente de la fosse postérieure chez l'adulte. Toute pathologie cochléaire ou vestibulaire doit faire éliminer ce diagnostic, qui repose sur une IRM de la fosse postérieure.

Signes :

• otologiques : surdité, acouphènes unilatéraux, troubles équilibre, vertiges

• extra-otologiques : atteinte du V, syndrome cérébelleux, céphalées dues à l'HTIC, parfois atteinte du VII, atteinte voies pyramidales ou nerfs mixtes exceptionnelle.

Examen : tympan normaux, acoumétrie : Weber latéralisé côté sain, Rinne positif ou nul. Examiner

paires crâniennes, rechercher syndrome cérébelleux et HTIC.

Bilan cochléo-vestibulaire : audiomètre tonal : surdité de perception, diminution du réflexe stapédien, potentiels évoqués auditifs : allongement des latences I-III et I-V, bilan vestibulaire : nystagmus horizonto-rotatoire battant vers l'oreille saine, hypo(a)réflexie vestibulaire aux examens caloriques.

IRM : iso-signal en T1, lésion du CAI. Prend le signal après injection de gadolinium. Fait le diagnostic !

Traitement : chirurgie (fonction de la taille, retentissement, âge, état général et auditif)

10. L'enfant sourd

Bilan audiologique :

- Tests de dépistage :
 - à la naissance, otoémissions acoustiques et PEA automatisés
 - 4 mois : étude des réactions aux bruits familiers
 - 9 mois : bruits familiers, jouets sonores calibrés en fréquence et en intensité. Analyse du réflexe d'orientation/investigation.
 - 24 mois : voix chuchotée et haute
- Mesure de l'audition :
 - à la naissance : PEA sur fréquences aiguës
 - entre 3 et 5 mois : audiométrie par réflexe conditionné. On détermine le seuil auditif.
 - > 5 ans : audiométrie tonale

Etiologie :

- Surdités génétiques : surdités de transmission génétique exceptionnelles en néonate. Surdités de perception, elles sont sévères si elles sont bilatérales. 60% isolées, 40% associées en syndromes.
 - Surdités acquises, congénitales : embryopathies ou fœtopathies constituent 15% des surdités sévères → cytomegalovirus, rubéole, toxoplasmose.
 - Causes néonatales : traumatisme obstétrical, anorexie néonatale, prématurité, incompatibilité Rh.
 - Sinon : traumatiques, toxiques, infectieuses.
- Prise en charge : réhabilitation : développement du langage oral par appareillage et orthophoniste. Echec → implant cochléaire.

11. Paralysies faciales périphériques

Clinique : disparition des rides, sourcil abaissé, fente palpébrale plus large, abaissement paupières inférieure, effacement du sillon naso-génien, bouche attirée du côté sain, abaissement de la commissure labiale. Signe de Charles-Bell signant l'atteinte périphérique. Attention aux formes incomplètes avec signe de Collet et signe des cils de Souques.

Estimer la gravité : testing musculaire avec technique de Freyss. Classification de House-Brackmann (6 grades). Rechercher complication oculaire → ulcère. EMG global intégré avec stimulation du nerf en avant du tragus.

Topographie : déterminée avec interrogatoire et clinique. Ou paraclinique : test de Schirmer : diminution

de sécrétion lacrymale orientant vers lésion en amont du ggl géniculé ; réflexe stapédien : abolition oriente vers lésion en amont de la 3^{ème} portion pétreuse mastoïdienne ; test de Blatt : diminution de salive → idem ; électrogustométrie : agueusie 2/3 antérieurs → idem.

Etiologie :

- PF idiopathique : due à réactivation d'un HSV1. Début brutal, avec parfois avant la PF : fièvre, céphalées, otalgie, dysgueusie, paresthésies faciales. Traitement : corticothérapie à forte dose et aciclovir.
- PF zostérienne : réactivation du virus de la varicelle sur le ggl géniculé. Prodromes : douleurs intenses. Avec PF on a éruption vésiculeuse de la zone de Ramsay-Hunt. Traitement : idem.
- Autres PF infectieuses : maladie de Lyme (érythème cutané migrant), HIV, rougeole, tuberculose.
- PF traumatiques
- PF tumorales : neurinome ou tumeur de voisinage. Aggravation progressive. Bilan paraclinique pour déterminer la localisation. IRM avec gadolinium.
- PF et maladies générales : diabète, sarcoïdose...
- PF et neuro : SEP, Guillain-Barré.

12. Vertiges

Clinique : examen ORL + vestibulaire (nystagmus, Romberg) + neuro.

Examens complémentaires : bilan audiométrique, épreuves vestibulaires (calorique), TDM rochers, IRM fosse postérieure. Tout syndrome vestibulaire associé à signes neuro impose exploration neuro-radio !

Etiologies :

- Vertige paroxystique positionnel bénin : quelques secondes au lever ou allongé en tournant la tête du côté atteint. Pas d'autres signes (vomissements, signes cochléaires). Traitement : manœuvre de Semont.
- Maladie de Ménière : acouphènes, surdité fluctuante puis vertiges avec nausées, vomissements, malaise au cours des crises. Asthénie de plusieurs jours. Au cours de la crise : nystagmus, Weber côté sain. Epreuve vestibulaire calorique : hyporéflexie vestibulaire. Audiométrie : surdité de perception, réflexe stapédien montre un recrutement, signant le caractère endocochléaire de la surdité. Traitement : anti-vertigineux, sédatif, antiémétique.
- Fracture du rocher : nystagmus, aréflexie à l'épreuve calorique.
- Otites, otospongiose, tumeurs, médicaments ototoxiques.
- Névrite vestibulaire : Viral. Début brutal sans prodrome avec nausées, vomissements. À l'examen : nystagmus battant côté opposé. On a une aréflexie vestibulaire. Traitement : anti-vertigineux, anxiolytiques, antiémétiques, corticothérapie.
- Neurinome du VIII.

13. Obstruction nasale

• Nouveau-né : atrésie choanale (bilatérale = urgence chirurgicale. Diagnostic : sondes nasales à la naissance), imperforation choanale unilatérale, rhinite inflammatoire, tumeurs.

• Nourrisson :

- hypertrophie des végétations adénoïdes : obstruction nasale, troubles de la voix, respiration buccale, ronflements, parfois SAS. Possibles infections ORL. Diagnostic : nasofibroscope, radio cavum de profil. Traitement : adénoïdectomie.

- infections et inflammatoires : rhinites aiguës, rhinites chroniques allergiques → rhinorrhée claire, éternuements, prurit nasale/oculaire. Traitement : antihistaminiques ± anti-inflammatoires + éviction allergéniques.

- traumatismes : hématomes, déviations septale, corps étranger.

- malformations, tumeurs.

• Adulte :

- infectieux (polypose naso-sinusienne : corticothérapie locale continue avec antibio-corticoïdes en IV. Si échec : chirurgie)

- tumoral :

○ adénocarcinome de l'éthmoïde : signes rhino : obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée purulente, sinusites ; OPH : œdème paupière supérieure, dacryocystite, exophtalmie, ptosis, diplopie ; neuro : névralgie du V2, méningite.

Traitement : chirurgical ± radiothérapie.

○ papillome inversé des fosses nasales : bénin mais peut devenir malin et a un pouvoir ostéolytique. Traitement : chirurgical.

○ polype solitaire de Killian. Traitement chirurgical.

13. Epistaxis

Etiologies :

• Maladie de Rendu-Osler : angiomatose hémorragique familiale autosomique dominante. Il y a des télangiectasies cutanéomuqueuses des fosses nasales. Histologie : malformation artério-veineuse. Patients décèdent des complications de l'anémie chronique et des transfusions itératives. Se révèle entre 20 et 40 ans par hémorragies itératives.

• Troubles de l'hémostase

• Tumeurs : surtout fibrome naso-pharyngien : tumeur vascularisée choanale avec obstruction nasale, épistaxis itératives graves et signes de compression.

Examens complémentaires : TDM ± IRM massif facial + artériographie carotidienne. Traitement : chirurgie.

• Infections, traumatisme.

Remarque : si l'épistaxis s'éclaircit → LCR.

Conduite à tenir : interrogatoire : médicaments ? examen : pouls, TA, signes de choc ; groupe sanguin : Rh car transfusion envisagée ; voie veineuse, NFS, plaquettes, hémostase ; examen ORL après mouchage/aspiration et rétraction de la muqueuse avec anesthésique et vasoconstricteur.

Traitement : hémostase locale : mouchage, tamponnements ; hémostase régionale : clipage artère

sphéno-palatine ; hémostase générale : arrêt AVK, héparine ; traitement symptomatique.

14. Infections naso-sinusiennes aiguës de l'adulte

Explorations : clinique, endoscopie avec fibroscope souple, TDM en 1^{ère} intention.

Etiologies : voie nasale (rhinite virale, barotraumatisme), voie dentaire : haemophilus influenzae + pneumocoque 50%, germes anaérobies, mycoses fréquentes si origine dentaire, résistance à la pénicilline fréquente.

Formes cliniques :

• Sinusite maxillaire aiguë rhinogène

Rhinite qui tourne mal. On a : douleur/pesanteur sous-orbitaire (nocturne, pulsatile, effort ++), algie dentaire, obstruction nasale persistante bilatérale, rhinorrhée purulente, asthénie, fièvre. Douleur lors de la pression de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Rhinoscopie : muqueuse nasale turgescence.

• D'origine dentaire : signes unilatéraux, rhinorrhée fétide, douleurs dentaires intenses. Examen endobuccal + clichés radiologiques.

• Sinusites frontales ou éthmoïdo-frontales : obstruction nasale persistante, rhinorrhée purulente, douleur pulsatile sus ou périorbitaire, ± larmoiement, ± photophobie. Douleurs lors de la pression de la paroi antérieure du sinus frontal.

Complications : maxillaires : diffusions. Autres : diffusion, septicémies, cellulites, abcès orbitaires, méningites purulentes, abcès cérébraux.

Conduite à tenir : antibiothérapie probabiliste de 1^{ère} intention (10 jours), anti-inflammatoires (stéroïdiens), vasoconstricteurs, antalgiques, soins locaux. Si résistance, atypie : bilan radiologique, prélèvement bactériologique.

15. Infections naso-sinusiennes et pharyngées de l'enfant

Maladie d'adaptation.

Signes : rhinorrhée muco-purulente bilatérale, obstruction nasale, ronflements, adénopathies cervicales bilatérales, 38,5°C. Si récurrences : radio du cavum de profil.

Il faut rechercher les complications générales, pneumologiques, digestives, neurologiques et ORL : OMA, laryngite, sinusite/éthmoïdite.

Traitement : antipyrétique, drainage fosses nasales, pas d'antibiotiques sans complications !

Si récurrences : discuter adénoïdectomie.

16. Ethmoïdite aiguë de l'enfant

Enfant de 2-3 ans.

Formes :

• Forme non extériorisée : rhinopharyngite avec fièvre et rhinorrhée purulente + œdème de l'angle interne de l'œil. Examen fosses nasales : pus au méat moyen.

• Forme extériorisée : Œdème palpébral inflammatoire, occlusion de la fente palpébrale. Fièvre à 39°C, frissons,

céphalées. Stade 1 : cellulite orbitaire. Stade 2 : forme abcédée : exophtalmie non réductible. Signes de gravité : immobilité oculaire, mydriase, anesthésie cornéenne.

Germes en cause : haemophilus influenzae, staphylocoque doré, pneumocoque, streptocoque A.

Complications : neurologiques, panophtalmie, cécité.

Bilan : NFS, hémo + prélèvement bactériol. TDM du massif facial en coupes axiales et coronales (retrouve opacités dans cellules ethmoïdales)

Traitement : hospitalisation, voie veineuse, antibiothérapie parentérale, anti-inflammatoires, antalgiques, antipyrétiques, soins locaux. Exceptionnellement chirurgie si complications oculaires ou collection importante au scanner (évacuation de l'abcès)

17. Angines

Diagnostic : début brutal avec syndrome infectieux général. Dysphagie douloureuse. Adénopathie sous angulo-maxillaires bilatérales.

17.1 Angines érythémateuses

Clinique : rougeur diffuse du pharynx et hypertrophie amygdales. Forme érythémato-pultacée : points blancs sur amygdales.

Germe : virus 80%. Parfois streptocoque.

Bilan : NFS. MNI-test si doute sur MNI. Kits de test rapide du streptocoque A.

Traitement : symptomatique. Antibio si streptocoque A.

17.2 Angines pseudomembraneuses

17.2.1 Mononucléose infectieuse (MNI) :

Due à l'EBV. Asthénie intense et prolongée. 39°C.

Clinique : fausses membranes sur amygdales respectant la luette. Pharynx érythémateux. Splénomégalie modérée, ictère.

Paraclinique : NFS : monocytose, syndrome mononucléosique. Cytolyse hépatique, thrombopénie.

Traitement : symptomatique. Antibio si surinfection bactérienne. Corticoïdes si forme obstructive.

17.2.2 Diphtérie

Clinique : fausses membranes sur l'amygdale et le voile. Réactions ganglionnaire importante. 38°C + syndrome toxique (pâleur, asthénie, pouls filant).

Isolement 30 jours, examen de l'entourage. Déclaration obligatoire.

Bilan : prélèvement de la gorge → recherche du bacille de Klebs-Löffler.

Traitement : sérothérapie + antibiothérapie.

17.3 Angines ulcéronécrotiques

• Angine de Vincent :

Clinique : fièvre unilatérale, adénopathies cervicales unilatérales, fausse membrane amygdalienne unilatérale évoluant vers ulcère/nécrose.

Germe : bacille fusiforme de Plaut-Vincent + tréponéma vincentii.

Traitement : désinfection locale, antibiothérapie.

• Chance syphilitique :

Examen : ulcération amygdalienne unilatérale peu douloureuse, indurée.

Paraclinique : recherche treponema pallidum. Faire tests sérologiques.

Traitement : pénicillothérapie prolongée.

• Hémapathies

17.4 Complications

• Récidives

• Adénite et adénophlegmon cervical (diffusion extraganglionnaire de l'infection) : drainage chirurgical + antibios.

• Phlegmon périamygdalien :

Clinique : dysphagie, hypersialorrhée, trismus +++, otalgie réflexe, adénopathies cervicales douloureuses, fièvre > 39°C

Examen : œdème hémi-voile + luette.

Traitement : hospitalisation, ponction puis analyse bactériol, incision + drainage, antibio IV.

• Abscess rétro-stylien : idem phlegmon mais – trismus + torticolis

• Cellulite cervico-faciale : terrain diabétique ou infection trainante. Examen : tuméfaction cervicale empâtée, dure + syndrome infectieux ++.

Traitement : en urgence, drainage cervical, antibiothérapie large spectre.

• Septicémie

18. Tumeurs de la bouche et des VADS

Les cancers des VADS se révèlent souvent par une dysphagie, une dysphonie, une dyspnée ou une adénopathie cervicale.

Bilan : Examen ORL, panendoscopie avec biopsies. TDM ± IRM et TEP au FDG.

Schématiquement, tumeurs bouche, oropharynx, hypopharynx → dysphagie, tumeurs larynx → dysphonie puis dyspnée, tumeurs cavum → non spécifique oto, rhino, adéno.

Il peut y avoir des douleurs et hémorragies.

95% de carcinomes épidermoïdes. Haute lymphophilie.

Bilan détaillé :

• Locorégional : examen ORL en consultation avec laryngoscope et nasofibroscope + palpation des aires ganglionnaires, panendoscopie sous AG avec biopsie → histologie, TDM sans et avec injection ou IRM, scintigraphie au FDG et TEP-FDG.

• Général : examen clinique complet, TDM thoracique, bilan hépatique ± écho abdo, scintigraphie FDG.

• Préthérapeutique : NFS, iono, urée, créat, bilan hépatique, bilan cardio, évaluation de l'état général, audiogramme (le tout avant chimio), bilan dentaire avant radiothérapie, cs anesthésie avant chirurgie.

19. Cancer de la cavité buccale

Signes : dysphagie ou odynophagie (douleur à la déglutition) unilatérale, gêne à la mobilisation linguale, adénopathie cervicale, hémorragie.

Examen ORL : inspection à l'abaisse langue, laryngoscopie indirecte au miroir ou en nasofibroskopie, palpation.

Bilan : idem que 18.

Traitement : chirurgical, avec curage ganglionnaire, chimiothérapie néo-adjuvante ou avec radiothérapie, surveillance locorégionale en cs ORL, arrêt alcoolotabagique.

20. Cancer de l'oropharynx

Signes : dysphagie ou odynophagie unilatérale, otalgie réflexe unilatérale, adénopathie cervicale, hémorragie.

Examen, bilan et traitement : cf. 19

21. Cancer du larynx

Signes : dysphonie, dyspnée, toux, adénopathie cervicale.

Examen : cf 19 + palpation des cartilages du larynx.

Traitement : chirurgie conservatrice si possible, sinon mutilante. Curage ganglionnaire. Pour le reste cf. 19.

22. Cancer de l'hypopharynx

Signes : sensation d'accrochage du bol alimentaire. Dysphagie, odynophagie, otalgie réflexe, le tout unilatéral.

Reste : cf. 21.

23. Cancer du rhinopharynx

Carcinome indifférencié de type UCNT.

Haut pouvoir métastatique. FDR : infection à EBV.

Signes : obstruction nasale, épistaxis, hypoacousie, acouphènes, otite séreuse chronique unilatérale.

Examen : cavoscopie, palpations aires ganglionnaires, examen ORL → cavoscopie sous AG avec biopsies.

Recherche atteinte des nerfs crâniens.

Bilan : cf. 19 + TDM cavum, base du crâne et cervicales + IRM base de crâne + sérologie EBV.

Traitement : radiochimiothérapie.

24. Adénocarcinome

Signes : obstruction nasale, épistaxis, tuméfaction jugale, atteinte orbitaire, hypoesthésie du V2, douleurs.

Bilan : TDM et IRM. Endoscopie des fosses nasales avec biopsies.

Traitement : chirurgical avec ± chimio néo-adjuvante. Radiothérapie souvent.