



*SMPR– 19.04.2023*

# Urgences ORL pour la médecine de premier recours

Dr Maxime Mermod, MD-PhD  
Chef de Clinique– Service ORL et Chirurgie Cervico-faciale

# Vignette clinique 1

- Homme 16 ans
- Epistaxis à répétition
- Pas de source visible en rhinoscopie antérieure

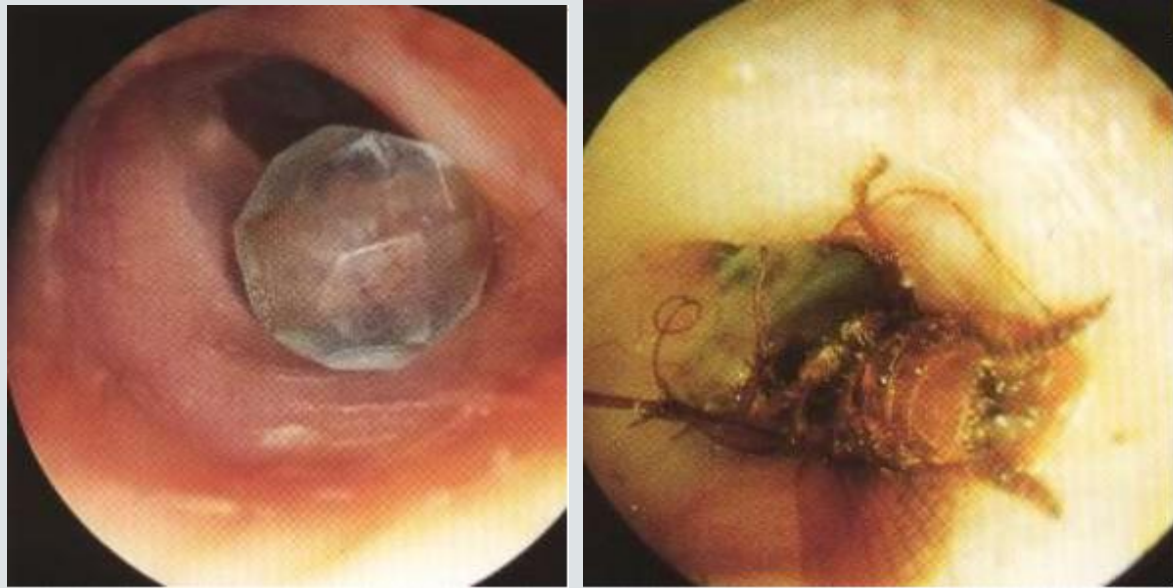
**Quel est votre diagnostic ?**

**Que faites vous?**

# Plan

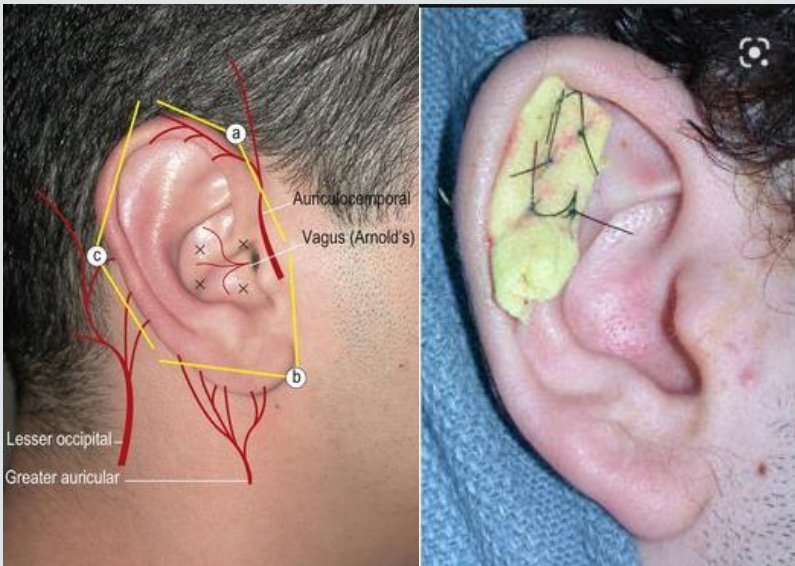
1. Oreille
2. Nez
3. Pharynx-oesophage
4. Larynx – trachée - bronches
5. Cas cliniques (vignettes)

# 1. Oreille – Corps étranger



- Insecte
  - Tuer l'insecte (spray xylocaïne)
  - Retrait pince Hartman
- Bille
  - Retrait avec micro-crochet
- CAVE lacération conduit, pousser bille plus loin

# 1. Oreille – Hématome du pavillon



- Traumatisme
- CAVE surinfection puis nécrose cartilage
- Traitement : Incision drainage vs ponction
- Sutures transfixiantes sur Jelonet 7 jours
- Couverture Co-amoxicilline

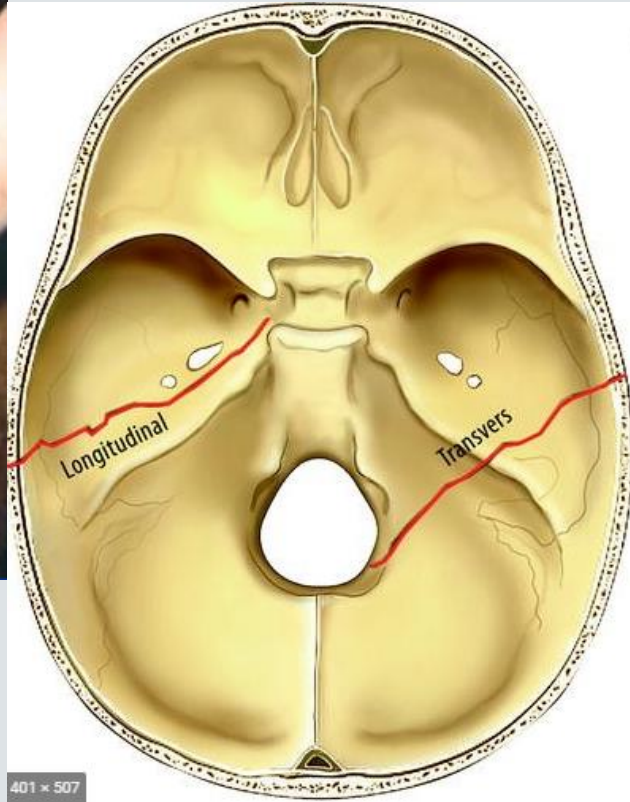
# 1. Oreille – Perforation tympanique traumatique



Traumatisme (gifle, plongeon, Q-tips)

- Symptômes : Douleur, hypoacousie  
CAVE vertige → enfoncement stapès avec fistule péri-lymphatique
  
- Bilan : Acoumétrie, audiogramme
  
- Traitement
  - Conservateur
  - Protéger oreille de l'eau.
  - Si membrane tympanique perforée dans l'eau ou risque infectieux : ATB per os
  - Désomédine gouttes (optionnel)
  - Patch papier (optionnel)
  - Contrôle à 3 semaine et 3 mois

# 1. Oreille – Fracture os temporal



## Signe/symptôme

- Signe de Battle

## Bilan

- CT-rocher coupe fine
- Audiogramme (urgence différée)

## Longitudinale 80%

- Paralysie VII
- Possible luxation enclume
- Cave brèche LCR

## Transverse

- Paralysie VII
- Hemotympan

Si fracture os tympanal : mèche (cave sténose CAE)

NOTE : si fuite LCR → PAS mèche et seulement pansement (risque méningite)

# 1. Oreille – Fracture os temporal



Signe/symptôme

- Signe de Battle

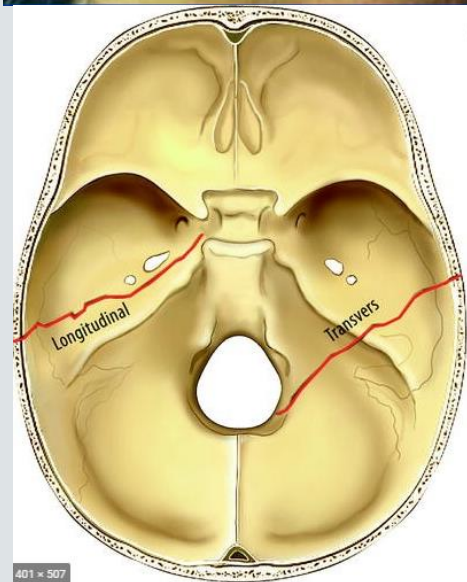
Bilan

- CT-rocher coupe fine
- Audiogramme (urgence différée)

Type de fracture	Longitudinale 80%	Transverse
Signes / symptômes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paralysie VII</li><li>• Possible luxation enclume</li><li>• Cave brèche LCR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paralysie VII</li><li>• Hémotympan</li></ul>

Si fracture os tympanal : mèche (cave sténose CAE)

NOTE : si fuite LCR → PAS mèche et seulement pansement (risque méningite)





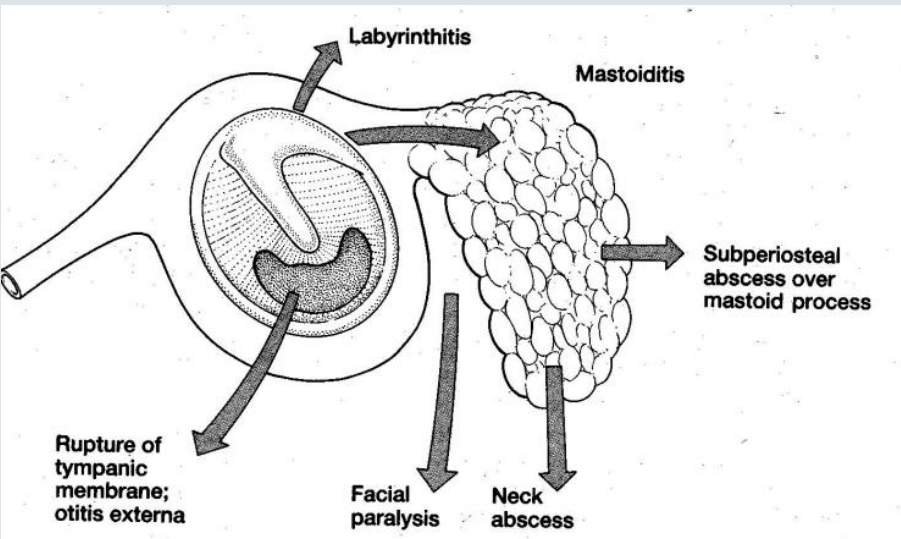
# 1. Oreille – Mastoïdite



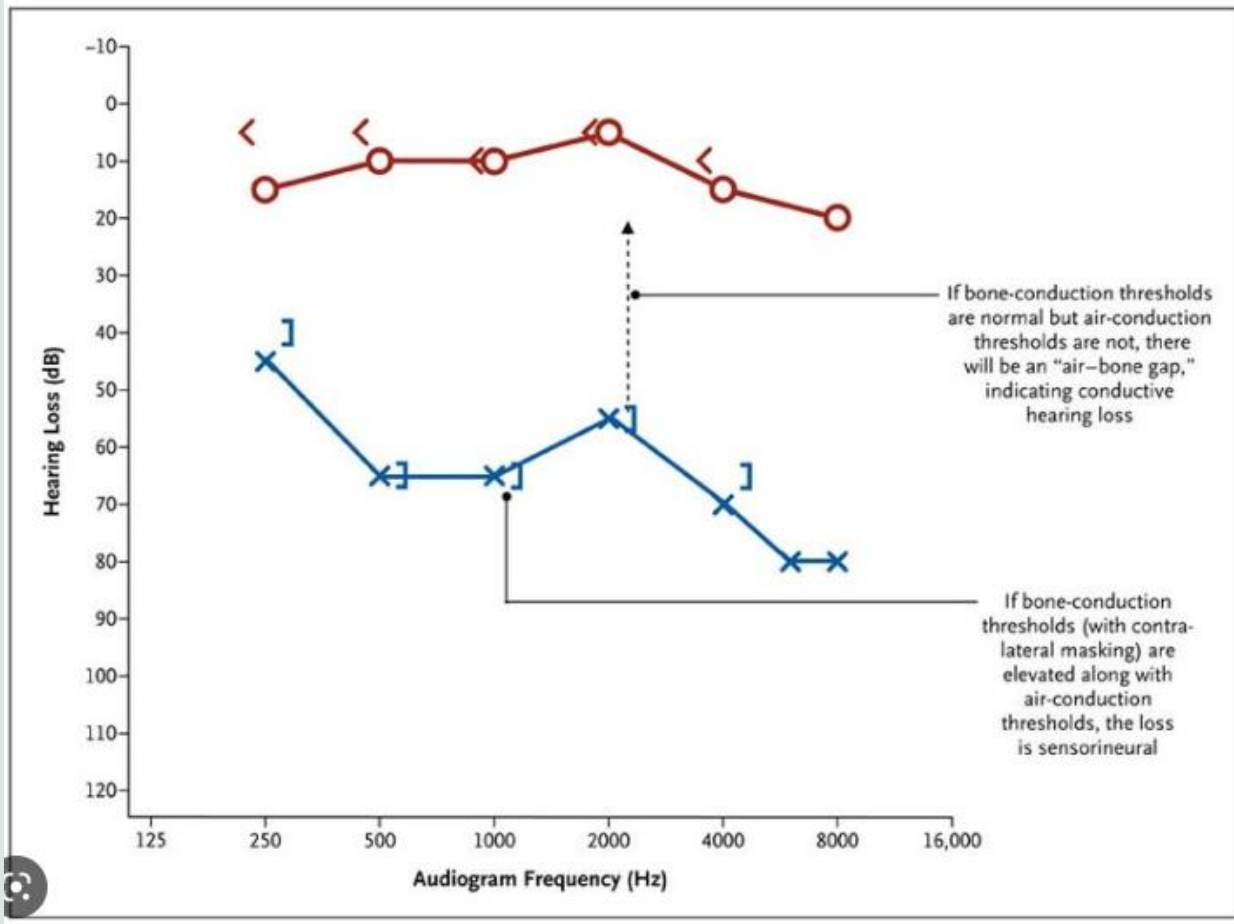
Otite moyenne aiguë  
Décollement pavillon

Traitement

- ATB i.v.
- Drain trans-tympanique
- +/- mastoïdectomie



# 1. Oreille – Surdité brusque



- 80% idiopathique
- Weber latéralisé du côté sain
- Rinn  positif ou entendu du côté sain
- Voix chuchotée non perçue
- Anamnèse familiale, médicamenteuse, exposition au bruit
- Cortico-thérapie systémique : prednisone 1 mg/kg 7 jours ou 60 mg 1 fois/j pour 7 jours
- Cortico-thérapie intra-tympanique (diabète, comorbidités)
- IRM conduit auditif interne à distance

## 2. Nez – Hématome septal



Trauma, chirurgie

Tuméfaction septum nasal dépressible

Traitement

- Incision drainage
- Splint 10 jours
- Antibiotique
  
- CAVE : nécrose septum (ensellure nasale)

## 2. Nez – Fracture nasale



Choc frontal ou latéral

Déformation, épistaxis, obstruction nasale

Traitement

- < 2h : réduction fermée
- 5-10 j : réduction fermée
- > 6 mois : rhinoseptoplastie

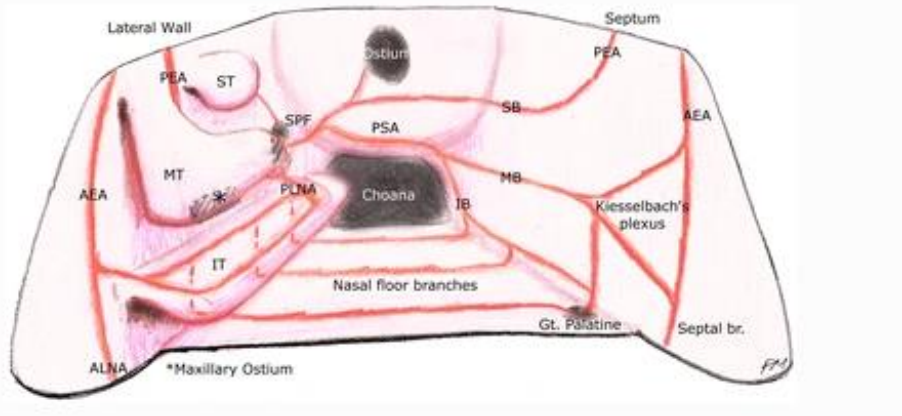
# 2. Nez – Epistaxis

## Etiologie

- Idiopathique, grattage, trauma
- Coagulopathie, HTA, Rendu-Hosler

## Approche initiale

- Moucher caillot, glace cou, compression, anesthésie locale par tamponnement.
- Epistaxis antérieur: cautérisation AL, packing antérieur (rhinorapid, gaze, spongostan..)
- Epistaxis postérieur ou supérieur:
  - Packing double ballonnet
  - Hémostase en AG si échec
- CAVE épistaxis sévère (= récurrence, échec de méchage, perte > 2 pts Hb → Asphyxie > choc)



## 2. Nez – Epistaxis



## 2. Nez – Sinusites (compliquées)

Rhino-sinusite = inflammation du nez et sinus paranasaux

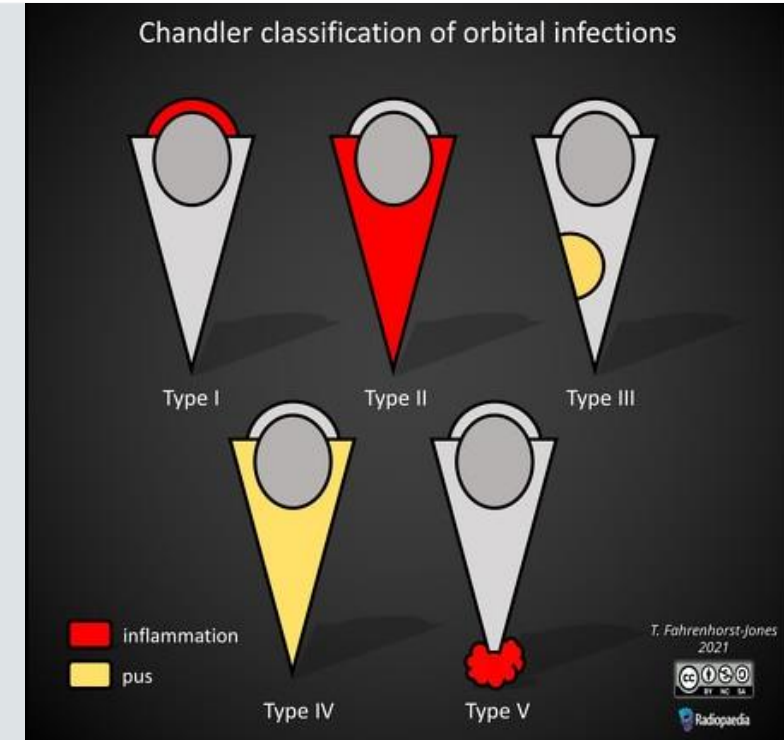
- 1 symptôme, mais au moins obstruction nasale ou rhinorrhée
- Autre (pression faciale, réduction odorat)
- + évidence endonasale d'inflammation (endoscopie ou CT), polype, œdème, pu.

Endoscopie nasale (rhinoscopie antérieure)

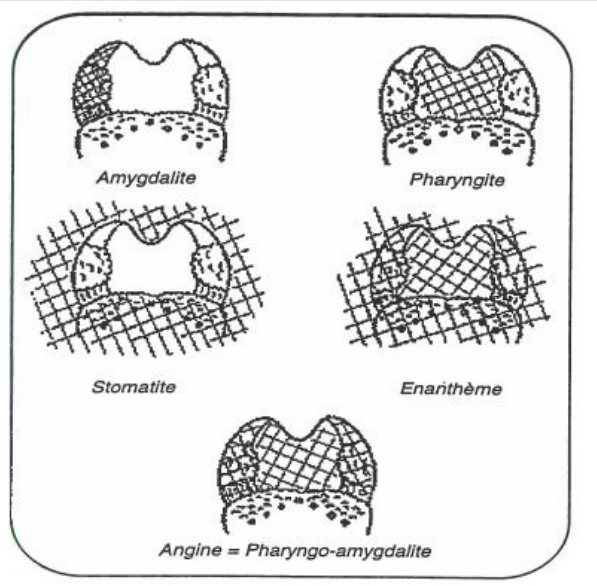
Examen NC

Examen visuel (oculomotricité, acuité visuelle)

Complication selon Chandler : si suspecté (proptose, érythème, œdème palpébral, trouble ophtalmo → CT +/- drainage chirurgical. ATB large spectre.



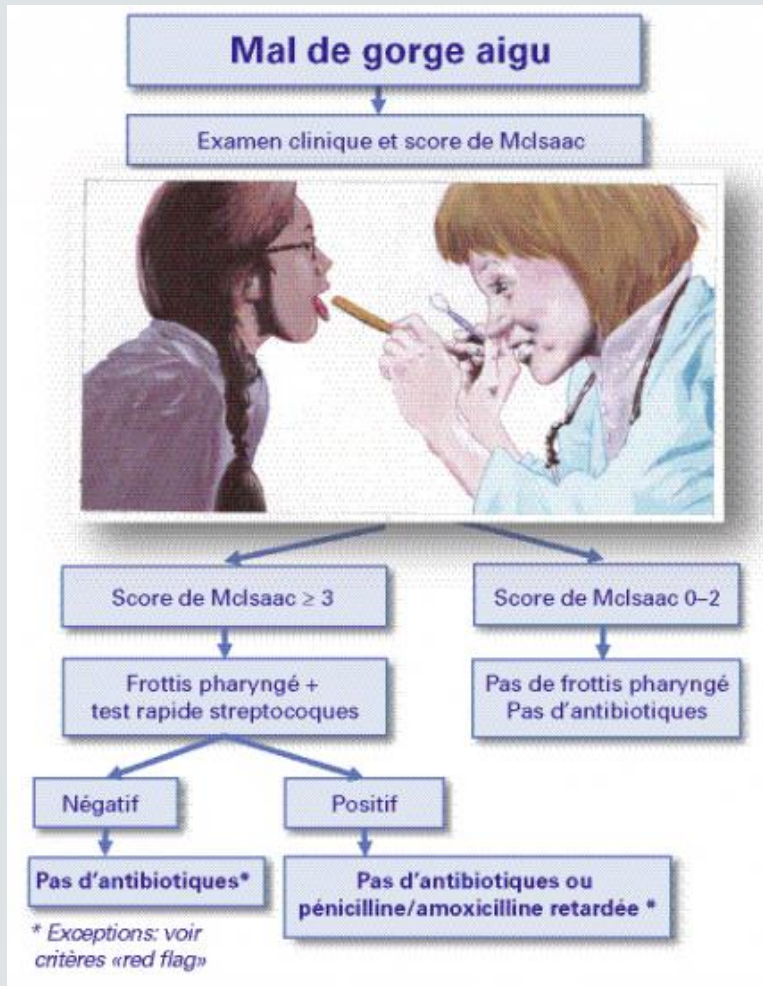
# 3. Gorge – Angine



- Angines: 70% virale / 30% bactérienne
- Pas de correspondance apparences et étiologie
- Strep Beta hemolytique A: Utilisation antibiotique débattue
- Réduction durée symptômes ~ 1-2j
- Pénicilline, si allergie clindamycine ou azithromycine



# 3. Gorge – Angine



**Critères «red flag»**  
pour une évaluation minutieuse du patient  
et une possible antibiothérapie immédiate  
(modifiée selon [6, 23, 51]).

- Le patient semble très malade (décision clinique du médecin expérimenté)
- Immunosuppression (par ex. cancer, chimiothérapie)
- Evolution inhabituelle: augmentation de la douleur, mal-être, troubles de la déglutition ou fièvre après la première consultation, absence d'amélioration en 4-7 jours
- Troubles ou anomalies strictement unilatérales (indice possible de complications comme abcès périamygdalien, situation inhabituelle)
- Le toucher sur le côté du cou est douloureux (indication possible d'un abcès)
- Le patient ne peut plus avaler, ouvrir la bouche («trismus»)
- Suspicion de scarlatine: éruption cutanée rouge, «langue framboisée», aspect «papier abrasif» palpable de la peau\*
- Antécédents personnels ou familiaux de rhumatisme articulaire aigu
- Jeunes enfants, âge >65 ans, comorbidités significatives
- Eventuellement: patient ayant récemment immigré d'un pays en développement\*\*

**Score de Mclsaac\*\***  
pour prédire la mise en évidence de streptocoques du groupe A dans le frottis pharyngé

**Patient avec mal de gorge: additionner les symptômes suivants:**

- Fièvre  $>38^{\circ}\text{C}$ : 1 point
- Rougeur + dépôts amygdaliens: 1 point
- Lymphadénopathie cervicale: 1 point
- Absence de toux: 1 point
- Âge:
  - 3 à 14 ans: 1 point
  - 15 à 44 ans: 0 point
  - 45 ou plus: -1 point

**Probabilité d'un frottis pharyngé positif selon le score de Mclsaac:**

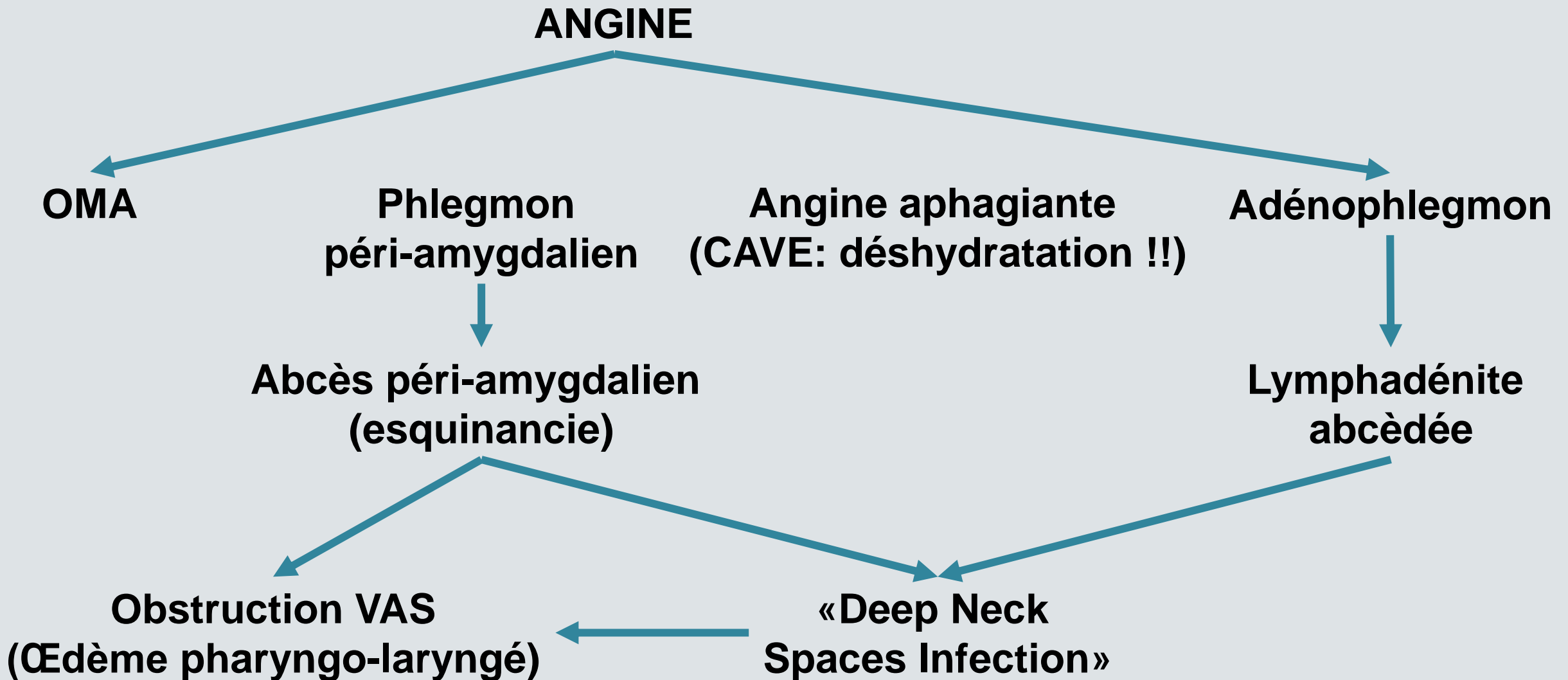
- Score 1  $\rightarrow$  5-10%
- Score 2  $\rightarrow$  11-17%
- Score 3  $\rightarrow$  28-35%
- Score 4 ou 5  $\rightarrow$  51-53%

# 3. Gorge – Angine mononucléosique

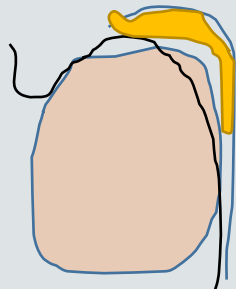


- Maladie systémique
- FSC = Lymphocytose avec atypies (Cellules de Pfeiffer)
- Tests hépatiques perturbés
- Splénomégalie = CAVE : risque de rupture splénique
- Lymphadénopathies cervicales «systémiques»
- Monospot Test > Heterophile Antibody Test (10% faux + durant 1<sup>ère</sup> sem)
- Traitement
  - Symptomatique +/- clindamycine +/- corticoïdes
  - Repos / éviction sports de contact > 6 semaines

# 3. Gorge – Angine complications

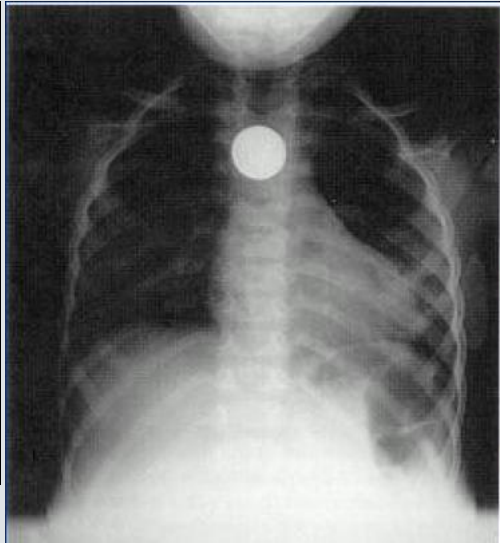


# 3. Gorge – Abscès péri-amygdalien



- Pus dans l'espace péri-tonsillaire
- Diagnostic clinique > CT-scanner
- Asymétrie voile, déviation luette
- CAVE voie aérienne (changement voix, stridor, dyspnée)
- Traitement
  - Co-amoxicilline i.v.
  - Incision drainage
  - Tonsillectomie à chaud
- CAVE : extension cervicale, médiastinale (danger space)

# 3. Gorge – CE pharyngo-oesophagien



- Chronologie, dysphagie, odynophagie ?
- Régurgitation, hypersialorrhée, emphysème
- Amygdale > base de langue > œsophage
- Corps étranger vs impaction alimentaire
- FR : enfant, personnes âgées

## Examens paracliniques

- RX :
  - Suspicion de corps étranger radio-opaque SANS clinique d'obstruction complète
- CT :
  - Suspicion de perforation
  - Corps étranger tranchant
  - Ingestion de narcotiques
  - Refus de l'endoscopie

## Indication à prise en charge endoscopique

- Tous CE pharyngo-oesophagien devrait être retiré < 24heures.
- Spécialement si large > 2.5 cm ou long > 5 cm, ou tranchant.
- Signes d'obstruction complète et/ou objet tranchant → U2
- Pile bouton → urgence vitale (U0)

### 3. Gorge – Corps étranger inhalé



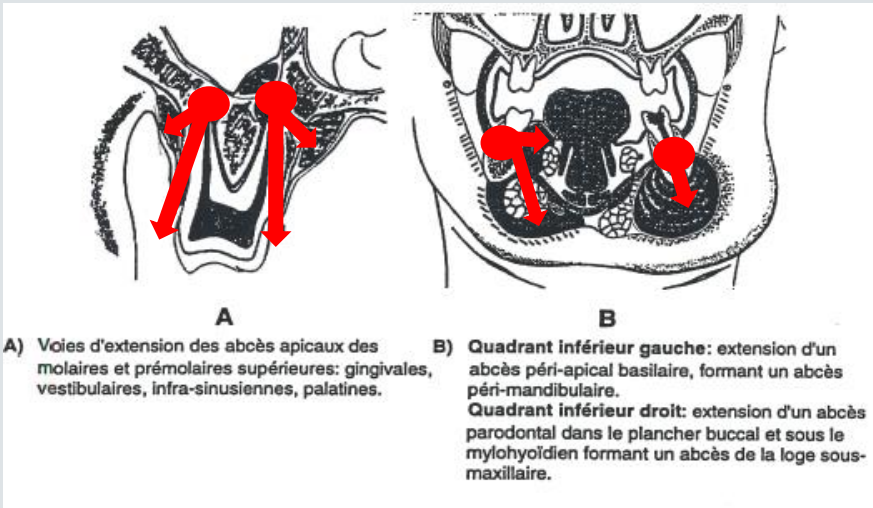
Syndrome de pénétration  
Toux et/ou stridor et/ou wheezing

Hypoventilation +/- wheezing

RX = air-trapping

→ Bronchoscopie souple +/- rigide

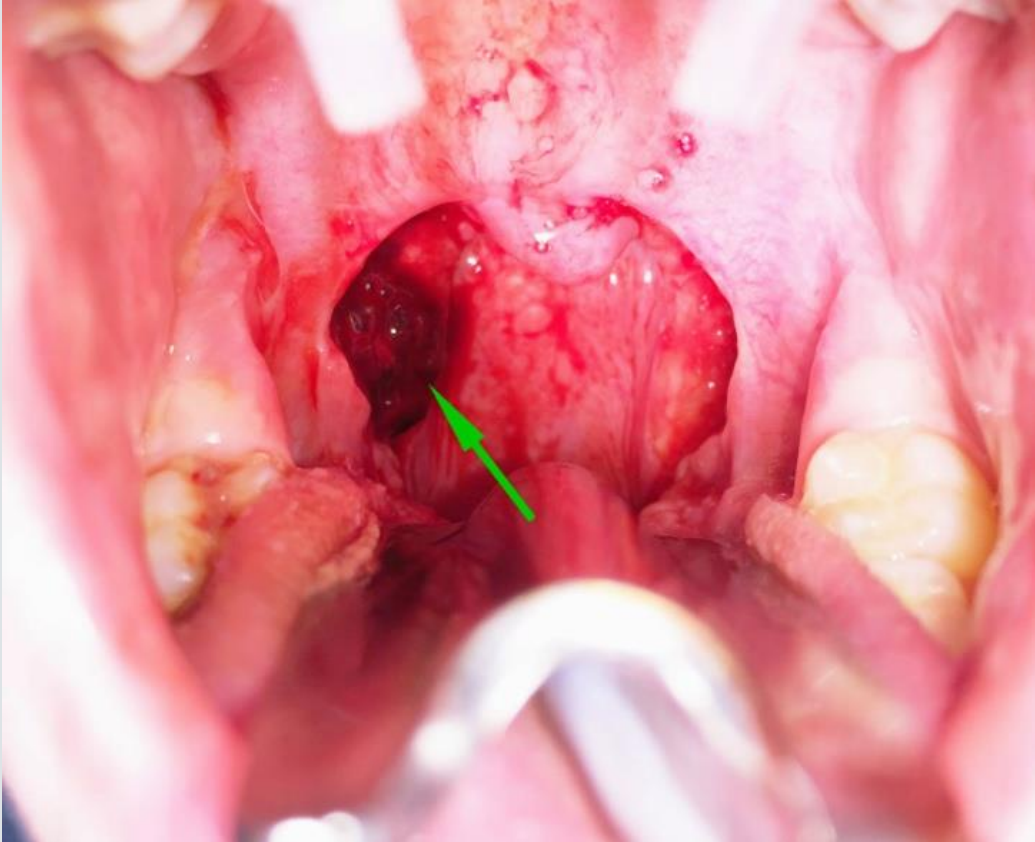
# 3. Gorge – Abscès dentaire



Traitement:

- Phlegmon
  - Antibiothérapie (Co-amoxicilline)
- Abscès
  - Antibiothérapie + drainage chirurgical (voie trans-orale +/- cervicotomie)
- «Angine de Ludwig»
  - Antibiothérapie + drainage chirurgical
  - Intubation / Trachéotomie

# 3. Gorge – Hémorragie post-tonsillectomie



- Risque = 3-6 %
- **En moyenne 1 décès / année en Suisse**
- **2 Pics de fréquence**
  - 0-6h postopératoire: chirurgien dépendant
  - 7-10 jours postopératoire : chirurgien indépendant (chutes d'escarres)

## Principe de prise en charge :

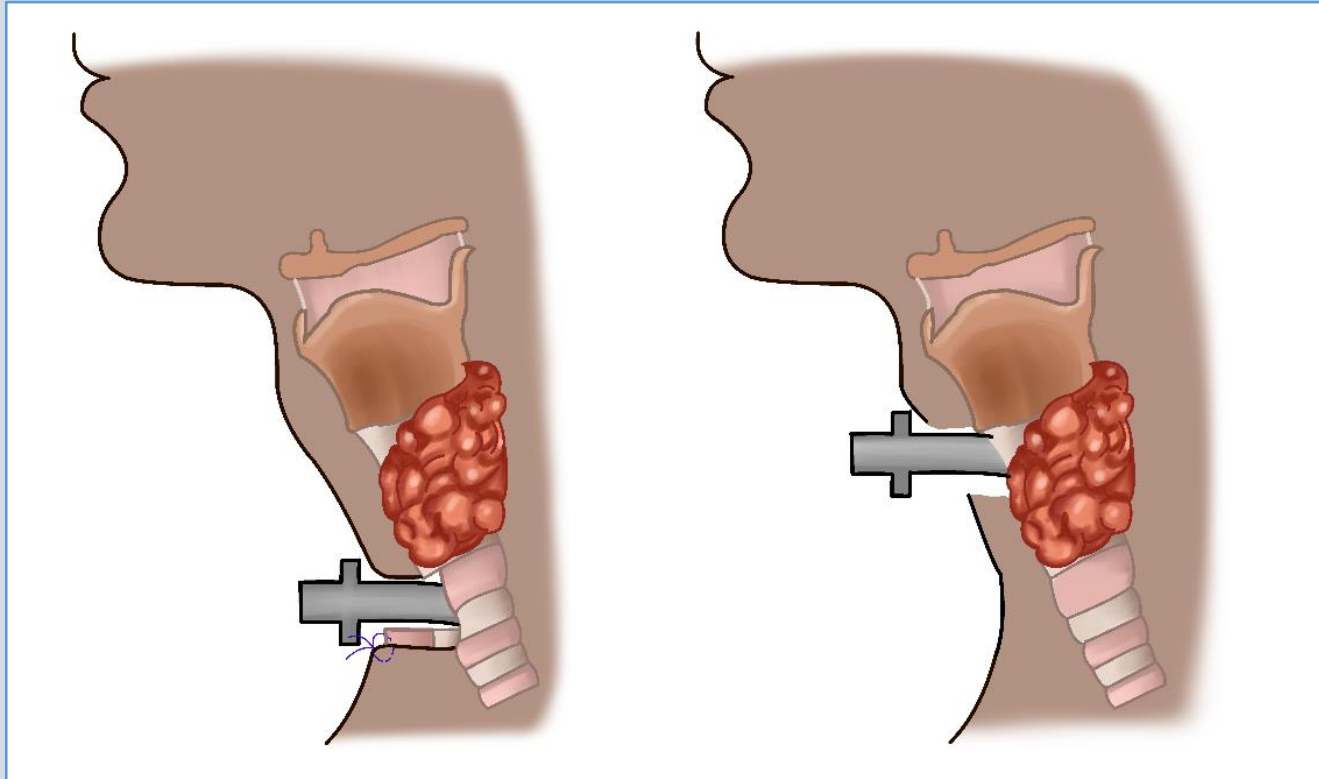
- Urgence de degré 0
- Sécurisation de la voie respiratoire = Intubation oro-trachéale  
(Aspirations de gros calibre à disposition)
- Cautérisation sous AG
- Eventuellement embolisation
  - Cas multi-récidivants
  - Hémorragie cataclysmique



# 4. Crico-thyroïdotomie (« coniotomie »)

- Indication « cannot ventilate, cannot intubate »
  - Arrêt respiratoire (patient inconscient)
  - Ventilation impossible
  - 3 échecs d'intubation et patient non réveillable

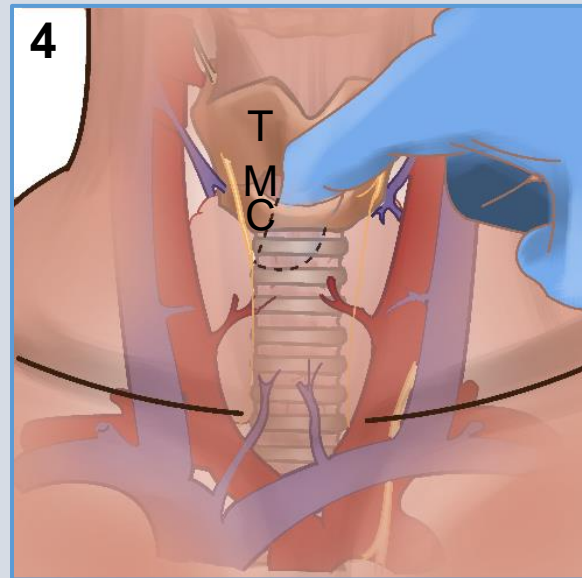
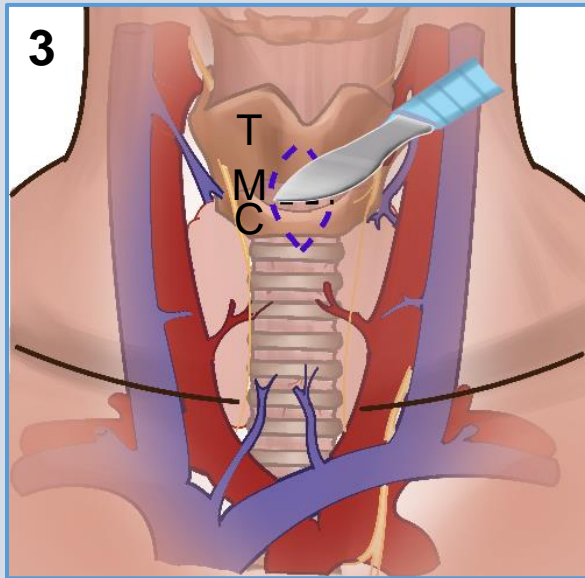
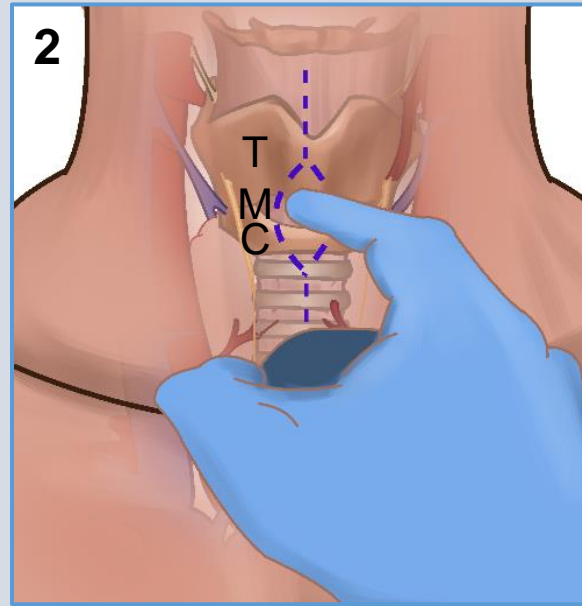
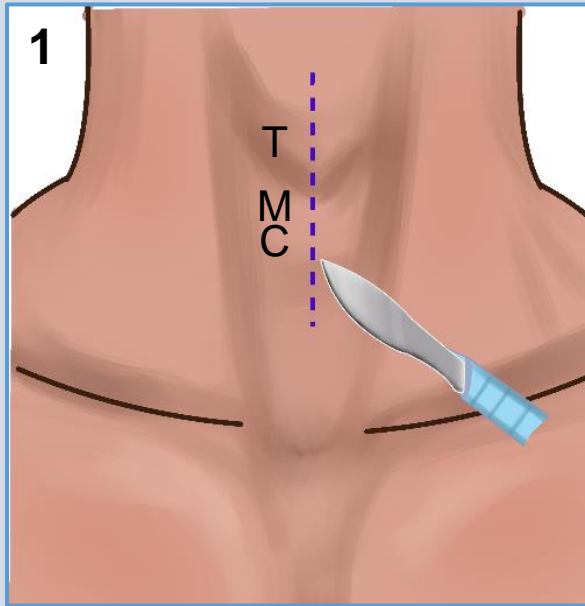
## 4. Crico-thyroïdotomie (vs trachéotomie)



Représentation schématique d'une trachéotomie (à gauche) et d'une crico-thyroïdotomie (à droite)

# 4. Crico-thyroïdotomie (« coniotomie »)

- Obstruction endo-laryngée
  - Tumeur
  - Épiglottite
  - Œdème laryngé (anaphylaxie, ...)
  - Corps étranger
- Compression extrinsèque
  - Hématome (trauma, post-op, pseudoanévrisme, ...)
  - Angine de Ludwig
  - Abscess cervical profond ou parapharyngé
- Hémorragie massive des VADS



T = Cartilage thyroïde  
M = Membrane cricothyroïdienne  
C = Cartilage cricoïde

# CAS CLINIQUES

# Vignette clinique 1

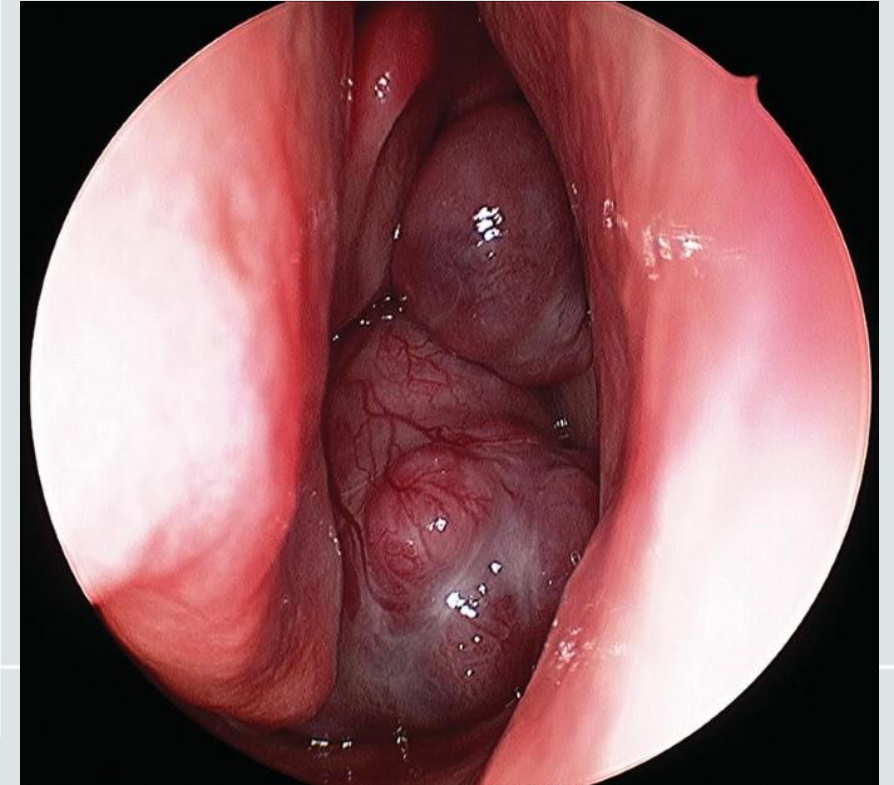
- Homme 16 ans
- Epistaxis à répétition
- Pas de source visible en rhinoscopie antérieure

**Quel est votre diagnostic ?**

**Que faites vous?**

# Vignette clinique 1 – Réponse

- Endoscopie nasale
- Angiofibrome juvénile
- Facteur de risque : jeunes hommes
- Particularités :
  - atteinte unilatérale
  - Epistaxis à répétition
- Déficit nerf crânien, facialgies, obstruction nasale



# Vignette clinique 2

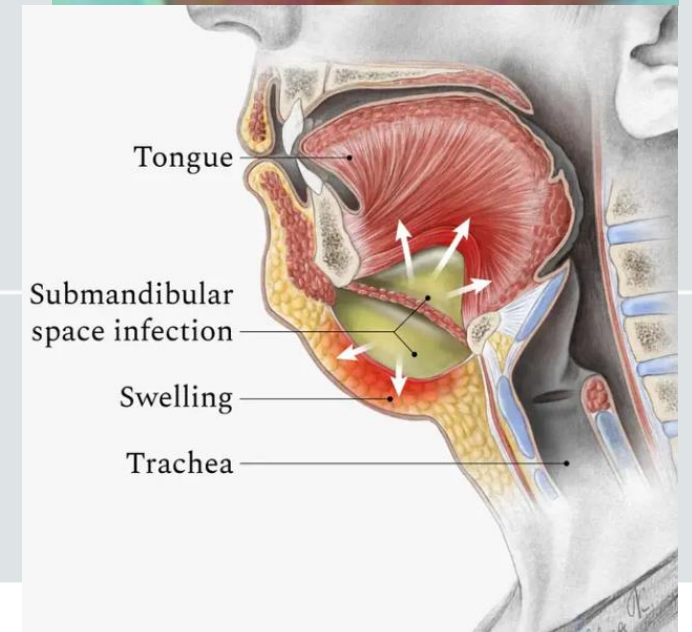
- Homme 56 ans
- Mauvais état dentaire
- Aphagie, odynophagie, voix gutturale
- Œdème plancher buccal et tuméfaction sous-mentonnaire
- Dyspnée haute

**Que suspectez vous ?**



# Vignette clinique 2 - Réponse

- Angine de Ludwig
- Cellulite +/- abcès du plancher buccal sur cause dentaire
- CAVE : intubation orale impossible
- O<sub>2</sub>+++
- Intubation vigile vs crico-thyroïdotomie vs trachéotomie
- Extraction dentaire
- Drainage transoral +/- transcervical



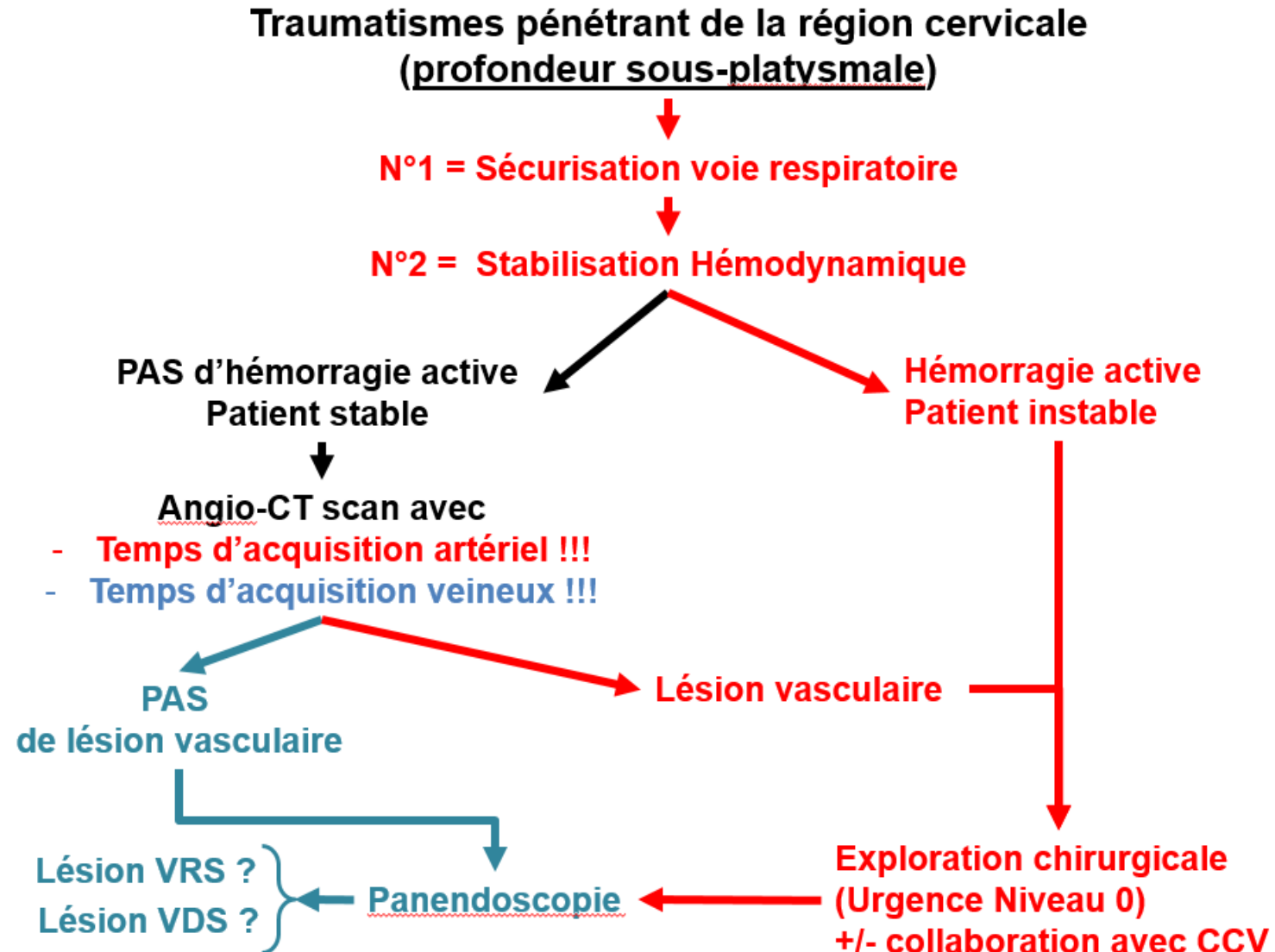
# Vignette clinique 3

- Agression à l'arme blanche
- « stab wound »



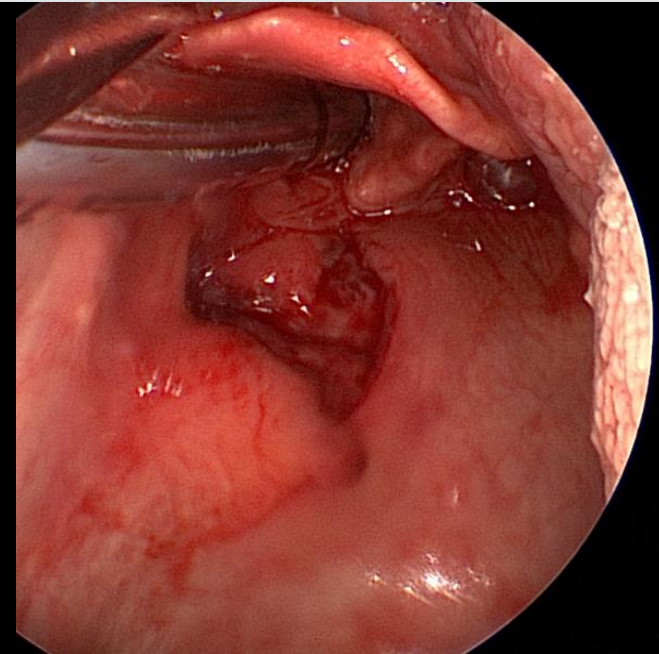
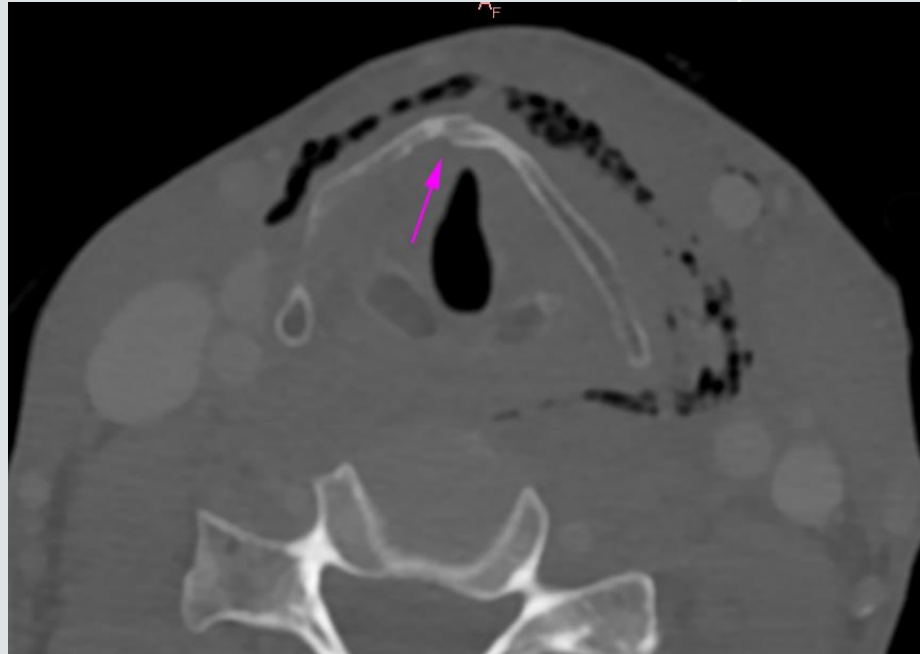
**Quelle est votre prise en charge?**

# Vignette clinique 3 – réponses



# Vignette clinique 4

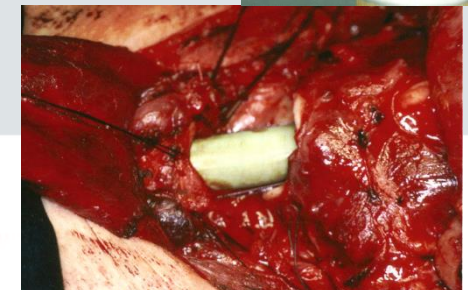
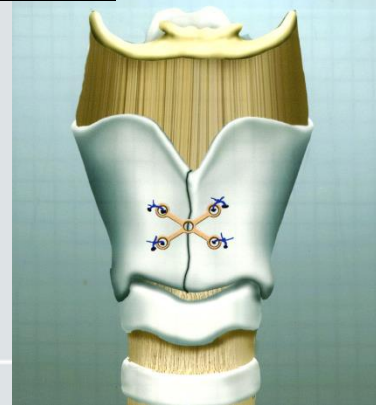
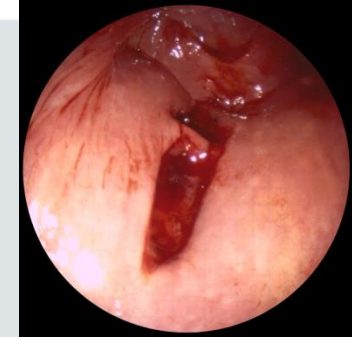
- Accident voiture
- Choc cervical antérieur
- Dysphonie



Quelle est votre prise en charge?

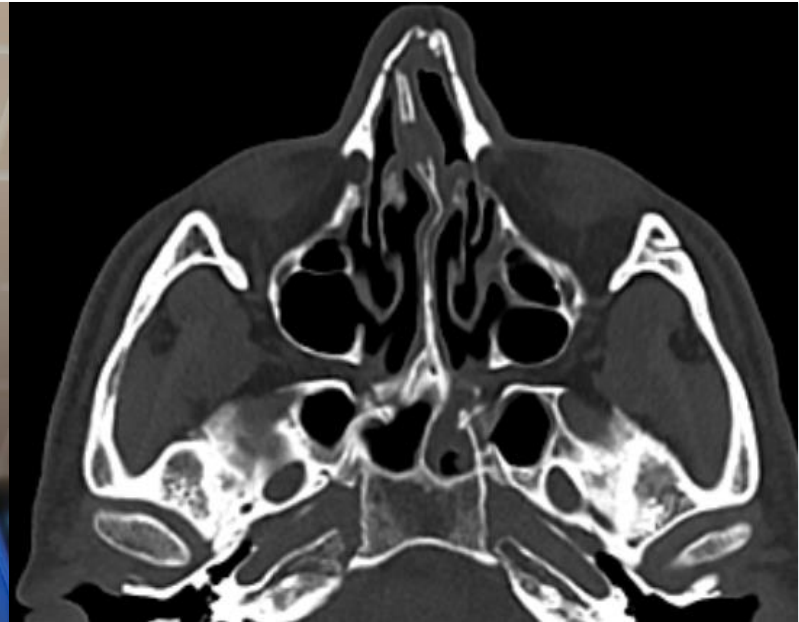
# Vignette clinique 4 - réponse

- Fracture cartilage thyroïde
  - Plaie pharynx
- **Lésion muqueuse pharyngée**
    - Suture endoscopique (U2 → risque chondrite)
  - **Fracture de l'os hyoïde**
    - Traitement conservateur vs exérèse + suture musculature supra- / infra-hyoïdienne
  - **Fracture du cartilage thyroïde**
    - Réduction + chondrosynthèse par mini-plaques en Titane (si multifragmentaire, suture vicryl 2.0)
  - **Fracture du cartilage cricoïde et désunion crico-trachéale partielle**
    - Ré-anastomose + stenting



# Vignette clinique 5

- Trauma nasal
- Gêne respiration nasale
- Gêne esthétique



**Quel est votre diagnostic ?  
Que faites vous?**

# Vignette clinique 5

- Fracture naso-septale
- Réduction en AG
- Abord septoplastie pour réduction ouverte du septum  
+ splints
- Réduction fermée os propres



**Merci pour votre attention**

