



PROJET THIELLAL

Un environnement favorable à l'action des communautés pour agir sur les déterminants de la santé unique des populations, des animaux et de l'environnement en vue d'une transition agroécologique et d'une meilleure santé

Formation sur le bon usage des
antibiotique à destination des ICP/SF

Financé par





INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES et ORL

Projet financé par



Objectifs

1. Citer les différentes formes cliniques d'infection ORL
2. Donner les critères diagnostiques d'une sinusite bactérienne
3. Proposer un protocole d'antibiothérapie d'une sinusite maxillaire aiguë d'origine bactérienne
4. Proposer un protocole d'antibiothérapie d'une angine bactérienne
5. Proposer un protocole d'antibiothérapie d'une Otite aiguë suppurée
6. Proposer un protocole d'antibiothérapie d'une otite aiguë perforée

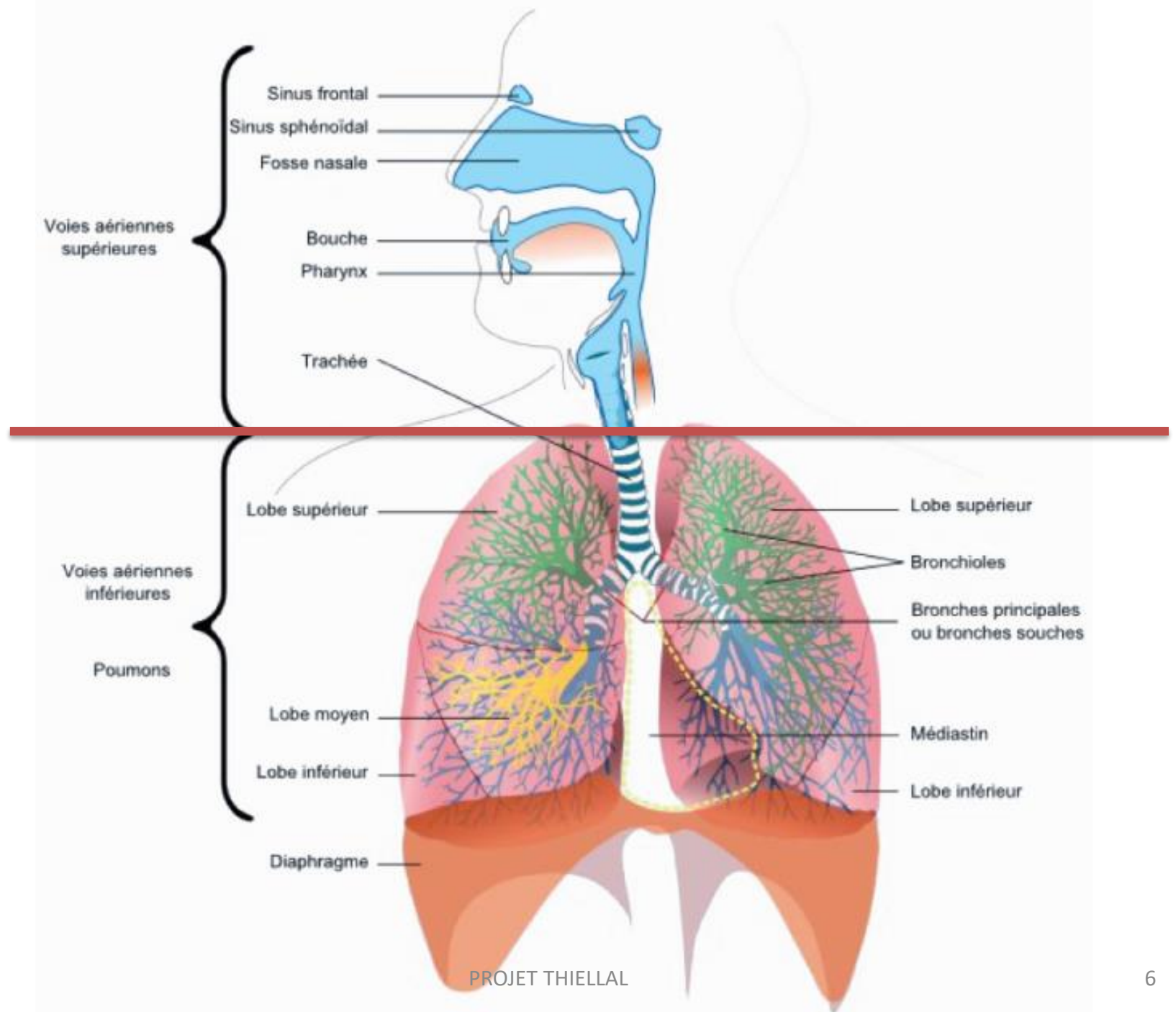
PLAN

- 1. INTRODUCTION**
- 2. RHINITE AIGUE**
- 3. RHINOPHARYNGITE**
- 4. SINUSITE AIGUE**
- 5. ANGINES AIGUES**
- 6. OTITE MOYENNE AIGUE**

1. INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

- Infections ORL sont très fréquentes et le plus souvent bénignes
- Principal motif de consultation
- Premières causes d'automédication (ATB +++)
- Origine virale généralement prédominante



2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

❖ Épidémiologie

- Plus fréquente des affections rhinologiques
- Pathologie contagieuse : main, gouttelettes de Pflügge
- Enfants avant 6 ans : 6 à 10 épisodes par an, 2 à 4 chez les adultes.
- Cause = virus dans près de 50%
- Surinfection bactérienne : Haemophilus, streptocoque,
- pneumocoque et staphylocoque

2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

❖ Clinique

- **Période d'incubation** : 48 heures à 6 jours.
- **Prodrome** : asthénie, sensation de refroidissement, myalgies atypiques.
- **Début**: Irritation nasale, brûlures endonasales, picotements pharyngés

2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

❖ Clinique

- **Phase d'état** : triade symptomatique faite de
 - obstruction nasale bilatérale (80 à 100% des cas)
 - rhinorrhée aqueuse profuse
 - crises d'éternuements souvent en salves.

Peuvent être associées : anosmie, perte du goût,

Toux présente dans plus de 50 % des cas

2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

❖ Evolution

- **Phase d'amélioration clinique** : 5ème et 8ème jour par sécrétions nasales moins abondantes et plus fluides.
- **Résolution spontanée** habituelle vers le dixième jour
- **Complications possibles** : laryngite, bronchite, sinusite, otite moyenne aiguë, otite séreuse

2. RHINITE AIGUË OU CORYZA

❖ PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Pas d'antibiothérapie systématique
- **Chez l'adulte** : mouchage, désinfection rhinopharyngée, vasoconstricteurs locaux et généraux.
- **Chez l'enfant** : mouchage, lavage des fosses nasales au sérum physiologique, instillations nasales.
- **Antibiothérapie** : en cas de complications

3. RHINOPHARYNGITE

3. RHINOPHARYNGITE

❖ Définition – épidémiologie

- Il s'agit d'une **inflammation** d'origine **infectieuse** du **pharynx associée à une atteinte nasale**
- Pathologie très fréquente chez les jeunes enfants entre 6 mois et 8 ans
- Habituellement sans gravité, guérison spontanée en 7 jours
- Etiologie généralement virale: rhinovirus, coronavirus, VRS, virus influenzae

3. RHINOPHARYNGITE

❖ Clinique

- Rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, douleur pharyngées, fièvre modéré
- Ronflement nocturne avec parfois troubles de sommeil
- Examen : rhinorrhée antérieure et/ou postérieure parfois purulente, adénopathies cervicales,

❖ Complications

- Otite, Bronchite
- Surinfections bactériennes

3. RHINOPHARYNGITE

❖ PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Pas d'antibiothérapie systématique
- Ne doit être prescrite que si complications avérées
- Pas de corticoïdes ni d'anti-inflammatoire
- Le traitement est symptomatique.
 - Fièvre: bains tièdes, boissons abondantes et antipyrétiques
 - Rhinorrhée et obstruction nasale : mouchage, lavage des FN décongestionnants locaux et généraux

4. Sinusite aigue

4. Sinusite aiguë

❖ Définition

- **Inflammation aiguë d'origine infectieuse** de la muqueuse de la cavité sinusienne
- Affection fréquente qui peut être à l'origine de redoutables complications (méningites, abcès cérébral)
- Principalement due à des virus (rhinovirus, myxovirus, adénovirus)
- Surinfection bactérienne probable (Strepto, staph, H.I)

4. Sinusite aiguë

❖ **Physiopathologie** : 3 mécanismes physiopathologiques

- **Voie nasale** ou rhinogène
- **Voie dentaire** : lésions apico-dentaires
- **Origine traumatique** : barotraumatisme, surinfection d'un hématome intra sinusien.

4. Sinusite aiguë

❖ Signes cliniques

- **Symptômes**

- Céphalées
- Obstruction nasale avec hyposmie
- Rhinorrhée antérieure ou postérieure purulente parfois striée de sang
- Fièvre allant jusqu'à 38°5 (inconstant)
- cacosmie peut également motiver la consultation.

4. Sinusite aiguë

❖ Signes cliniques

- **Examen physique**
 - Douleur à la pression des points sinusiens : non spécifique
 - Rhinoscopie antérieure : aspect congestif de la muqueuse nasale, sécrétions mucopurulentes.
- **Complications** : méningites, encéphalites, infections oculaires

4. Sinusite aiguë

❖ Critères diagnostiques de sinusites bactériennes

➤ Sinusite maxillaire bactérienne :

Au moins 2 des 3 **critères majeurs** suivants :

1. Persistance ou augmentation des **douleurs sinusiennes infra-orbitaires** malgré **48 heures** de traitement symptomatique correct
2. Caractère **unilatéral** de la douleur et/ou son **augmentation par antéflexion de la tête** et/ou son caractère **pulsatile** et/ou son **acmé en fin d'après-midi et la nuit**
3. **Augmentation de la rhinorrhée** ou de la **purulence**

La présence de **critères mineurs** renforcent la suspicion étiologique bactérienne : Fièvre > 3ème jours,

Obstruction nasale, éternuements, toux, gêne pharyngée >10 jrs

4. Sinusite aiguë

❖ Critères diagnostiques de sinusites bactériennes

➤ Sinusite frontale bactérienne :

- Douleurs sus-orbitaires, uni- ou bilatérales, pulsatiles, augmentant lors des mouvements de la tête en décline
- Mouchage purulent, Fièvre presque toujours présente

➤ Sinusite éthmoïdale bactérienne : Enfant +++

- Comblement angle interne de l'œil
- Œdème palpébral voire exophtalmie

➤ Sinusite sphénoïdale bactérienne Céphalées rétro-orbitaires permanentes, insomniantes, irradiation vertex ou la région occipitale Écoulement postérieur au niveau du rhinopharynx

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE DE L'ADULTE	Virus +++	Pas d'antibiotiques si cause virale → Traitement des symptômes	
	S. aureus		
	Pneumocoque	1^{ère} INTENTION : Amoxicilline <ul style="list-style-type: none"> • 3g/jours en 2 prises par VO • Durée : 7 jours 	- Se moucher unilatéralement
	Hemophilus influenzae	2^{ème} INTENTION : Amox - ac clav Si porte d'entrée dentaire → anaérobie ? <ul style="list-style-type: none"> • 3g/jours en 2 prises par VO • Durée : 7 jours 	- Eviter le reniflement
	Anaérobies	3^{ème} INTENTION : céphalosporines Si allergie aux pénicillines Céfuroxime <ul style="list-style-type: none"> • 500mg/jours en 2 prises par VO • Durée : 5 jours ou Cefpodoxime <ul style="list-style-type: none"> • 400mg /jour en 2 prises par VO • Durée : 5jours Si CI des bétalactamines → Pristinamycine : 1g x 2/jr VO pendant 4 jrs	- Évaluation à J10 + Consultation en milieu spécialisé

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
SINUSITES FRONTALE, ETHMOÏDA LES ET SPHÉNOÏDA LES PURULENT ES CHEZ L'ADULTE	Virus +++	Antibiothérapie sans reserve	
	S. aureus	1^{ère} INTENTION : Amoxicilline – ac clav <ul style="list-style-type: none"> • 3g/jours en 2 prises par VO • Durée : 7 jours 	
	Pneumocoque	2^{ème} INTENTION : Amox - ac clav	
	Hemophilus influenzae	Si porte d'entrée dentaire → anaérobie ? <ul style="list-style-type: none"> • 3g/jours en 2 prises par VO • Durée : 7 jours 	
	Anaérobies	3^{ème} INTENTION : céphalosporines	
	Moraxella catarrhalis	Si allergie aux pénicillines Céfuroxime <ul style="list-style-type: none"> • 500mg/jours en 2 prises par VO • Durée : 5 jours ou Cefpodoxime <ul style="list-style-type: none"> • 400mg /jour en 2 prises par VO • Durée : 5jours Si CI des bétalactamines → Lévofloxacin : 500/jr VO pendant 5 jrs	- Antalgiques - Corticoïdes : 0,5 à 1 mg/kg/jour pendant 7 jour si sinusites hyperalgiques - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne sont pas recommandés

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
SINUSITE MAXILLAIRE AIGUE DE L'ENFANT	Virus +++	Pas d'antibiotiques si cause virale → Traitement des symptômes	
	S. aureus		
	Pneumocoque	1^{ère} INTENTION : Amoxicilline <ul style="list-style-type: none"> • 80mg/Kg/jr en 2 prises par VO • Durée : 10 jours 	- Se moucher unilatéralement
	Hemophilus influenzae	2^{ème} INTENTION : Amox - ac clav Si porte d'entrée dentaire → anaérobie ? <ul style="list-style-type: none"> • 80mg/Kg/jr en 3 prises par VO • Durée : 10 jours 	- Eviter le reniflement - Évaluation à J10
	Anaérobies	3^{ème} INTENTION : céphalosporines Si allergie aux pénicillines Cefpodoxime <ul style="list-style-type: none"> • 8mg/Kg x 2 / jr par VO • Durée : 10jours 	+ Consultation en milieu spcialisé
	Moraxella catarrhalis	Si CI des bétalactamines → Sulfaméthoxazole + triméthoprime (Cotrimoxazole) : 30mg/Kg/jr et 6mg/Kg/jr VO pendant en 2 prises pendant 10 jours	

NB : Sinusite ethmoïdale → Hospitalisation et Avis ORL et pédiatrie pour antibiothérapie en urgence

5. Engines aigues

5. Angines aiguës

❖ Définition - épidémiologie

- Inflammation aiguë des formations de l'oropharynx.
- Fréquente en consultation ORL.
- Germes en cause :
 - Virus 60 à 80 % : adénovirus, virus influenzae, CMV, VRS, EBV...
 - Bactéries : 20 à 40 % des cas avec prédominance du **S**treptocoque **B**êta **H**émolytique du groupe **A** (**SBHA**)

5. Angines aiguës

❖ Signes cliniques

- **Mal de gorge** = maître symptôme
- Hyperthermie inconstante
- Oropharyngoscopie: Quatre formes anatomo-cliniques
 - Angines érythémateuses et érythémato-pultacées
 - Angines pseudo membraneuses
 - Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques
 - Angines vésiculeuses

5. Angines aiguës

- **Angines érythémateuses et érythémato-pultacées**
 - 80 à 90 % des angines.
 - Origine virale ou bactérienne.



5. Angines aiguës

- **Angines pseudo membraneuses**
 - Présence de fausses membranes au niveau de l'oropharynx
 - Sont dues à la diphtérie et à la mononucléose infectieuse (MNI)



5. Angines aiguës

- **Angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques**
 - Perte de substance amygdale, piliers, voile, paroi pharyngée post
 - Etiologie: Angine de Vincent (association fusospirillaire) +++
 - Chancre syphilitique VIH



5. Angines aiguës

- Angines vésiculeuses

- Elles sont le plus souvent d'origine virale

- **Angines herpétiques** dues au virus Herpès simplex de type I
 - **Herpangine** due au virus Coxsackie du groupe A
 - **Zona pharyngien** due au virus varicelle – zona

5. Angines aiguës

❖ Examens complémentaires

- NFS: syndrome mononucéaire
- Sérologies: syphilis, VIH, MNI test
- **Test de diagnostic rapide (TDR)** du streptocoque A
- Prélèvements de gorge : ils sont rarement effectués

5. Angines aiguës

NB : TDR des infections à streptocoque à faire si score de Mac Isaac ≥ 2

Critères	Points
Température $> 38^{\circ}$	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cerv. ant. douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Age : 3 à 14 ans	1
15 à 44 ans	0
≥ 45 ans	-1

5. Angines aiguës

❖ Complications

- **Complications locorégionales suppuratives**
 - Phlegmon péri amygdalien
 - Abscès rétropharyngé pré vertébral
 - Abscès latéro pharyngé.
 - ○ Adénophlegmon latéro cervical
 - Cellulites cervicales extensives.

5. Angines aiguës

❖ Complications

- **Complications locorégionales obstructives :**
 - hypertrophies amygdaliennes
- **Complications générales**
 - Glomerulonéphrite Aiguë post-streptococcique
 - ○ Rhumatisme articulaire aigu (RAA)
 - Endocardite rhumatismale

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

DIAGNOSTIC

SCORE DE MAC ISAAC

Critères	Points
Température > 38 °	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cerv. ant. douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Age : 3 à 14 ans	1
15 à 44 ans	0
≥ 45 ans	-1

Facteurs de risque de RAA :

- Antécédents de RAA,
- Angine à SBHA à répétition

Score < 2 : Pas d'antibiotiques !!

Score de Mac Isaac ≥ 2 : Faire un TDR des infections à **streptocoque**

Si TDR (+) ou Facteurs de risque de RAA → Antibiothérapie !

ANTIBIOTHERAPIE

1^{ère} INTENTION

Amoxicilline

- Chez l'enfant : 50mg/kg/jr
- Chez l'adulte 2g/jr
- En 2 prises par VO
- Durée : 6 jours

2^{ème} INTENTION

Azithromycine

- Chez l'enfant 20mg/kg/jr
- Chez l'adulte 500mg/jr
- En 1 prise par VO
- Durée : 3 jours

Ou

Josamycine

- Chez l'enfant 25mg/kg/jr
- Chez l'adulte 500mg/jr
- En 1 prise par VO
- Durée : 3 jours

OBSERVATIONS

Prélèvement de gorge si Facteurs de risque de RAA

Corticoïdes et antinflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne sont pas recommandés

Eviction scolaire de 2 jours si Angine à SBHA

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- **Angine diphtérique** : maladie à déclaration obligatoire
 - sérothérapie antidiphtérique en urgence, hospitalisation, isolement 30 j
 - Traitement antibiotique (pénicilline ou macrolide).
 - Relais sérothérapie par anatoxinothérapie (vaccination).
- ○ Prophylaxie de l'entourage impérative.

6. Otites moyennes aigue

6. Otite moyenne aigue

❖ Définitions - épidémiologie

- Il s'agit d'une inflammation aigue des cavités de l'oreille moyenne
- Affection très fréquente : 2/3 enfants de moins de 3 ans ont déjà présenté 1 épisode d'OMA

6. Otite moyenne aiguë

❖ Mécanismes physiopathologiques

- Colonisation oreille moyenne via trompe d'Eustache par des germes du rhinopharynx

❖ Facteurs favorisants:

- vie en collectivité (crèche ou garderie),
- habitat en grande agglomération (pollution, mode de vie), tabagisme ou allergie respiratoire,
- carence martiale

6. Otite moyenne aigue

❖ Signes cliniques

- Otalgie,
- hyperthermie inconstante,
- chez le nourrisson cris, pleurs, irritabilité, insomnie, troubles digestifs (diarrhée, vomissement)

6. Otite moyenne aiguë

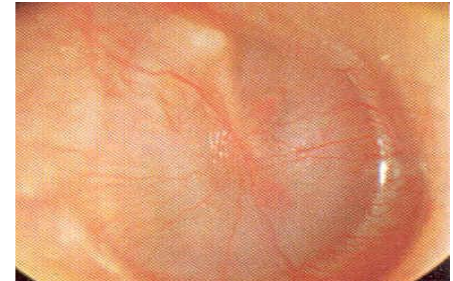
❖ Signes cliniques

- Otoscopie : 3 stades
 - **Otite congestive:** tympan rouge, disparition reflet lumineux
 - **Otite suppurée collectée:** tympan bombant disparition reflet et reliefs ossiculaires => paracentèse
 - **Otite suppurée avec otorrhée** => perforation tympanique

6. Otite moyenne aiguë

❖ Signes cliniques

Otite congestive : Tympan congestif



Otite suppurée : Tympan bombé



Otite suppurée avec otorrhée : Tympan perforé



6. Otite moyenne aigue

❖ Complications

- mastoïdite
- labyrinthites (surdité, vertiges, acouphènes),
- • paralysie faciale
- méningites, abcès extraduraux et cérébraux,

6. Otite moyenne aigue

❖ Etiologies

- *H. Influenzae* (50 %),
- *S. pyogènes* (35 %), *S. pneumoniae* (20%).
- *Moraxella catarrhalis* 5% des cas,
- *Staphylococcus aureus*,
- différentes entérobactéries moins de 5 % des cas
- *Pseudomonas aeruginosa*.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

DIAGNOSTIC	GERMES	ANTIBIOTHERAPIE	OBSERVATIONS
Stade congestif → Tympan rouge Stade suppuré → Tympan bombé Stade de perforation → Otorrhée	Streptocoque Haemophilus influenzae (H.I) Bactéries atypiques (staphylococcus aureus, pseudomonas aeruginosa, antérobactéries, autres)	Si otite au stade congestif : Pas d'antibiotiques TRAITEMENT 1^{ère} INTENTION : <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 80-100mg/kg/jr soit 2 à 3g/jr en 2 prises TRAITEMENT 2^{ème} INTENTION <ul style="list-style-type: none"> • Si suspicion d'H.I. (Otite – conjonctivite) → Amoxicilline-acide clavulanique : 3g en 3 prises/jr • Si allergie aux pénicillines → Céfuroxime axétil : 500mg/jr ou Cefpodoxime proxétil : 200mg/jr • Si allergies au bêtalactamines → Cotrimoxazol : 30 mg/kg/j < 3 mois avec impossibilité VO → ceftriaxone IV	Durée ATB <ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 3 mois à 2 ans : 10 jours • Plus de 2 ans et adultes : 5 jours