



République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Abou Bakr Belkaid "Tlemcen"

Faculté de Médecine Dr Benzerdjeb



Mémoire de fin d'études pour
l'obtention du diplôme de Docteur en
médecine

LES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTES EN ORL

Présenté par:

Dr Madani Nawel

Encadrée par:

Pr HADJ ALLAL

Professeur
F. HADJ ALLAL
Chef de Service ORL
CHU TLEMEN

Année Universitaire

2012 - 2013

Remerciements

Avant tous je remercie Dieu tout puissant pour m'avoir aidé à réaliser ce modeste travail.

Au niveau du service d'ORL je tiens à remercier le chef de service Pr HADJ ALLAL pour avoir bien voulu encadré ce mémoire.

Je tiens donc à vous exprimer ma reconnaissance car vous m'avais pas hésiter à vous rendre disponibles tout au long de mon stage, je tiens à vous remercier de l'accueil que vous m'avais réservé et du temps que vous m'avez consacré au sein de votre service et de toutes les informations nécessaires à la réalisation de mes travaux et m'avoir fait découvrir toute les responsabilités aux quelles sont confrontées les médecins.

Cette première expérience sera très importante pour ma carrière et les taches que vous m'avez associé m'ont vraiment permis de consolider mes connaissances et de développer des nouvelles. je tiens à exprimer ma reconnaissance en vers le professeur HADJ ALLAL qui a eu la gentillesse de lire et corriger ce travail.

Mes remerciements vont aussi a tous les maitres assistants, assistants Dr INAL Dr MEBARKI Dr MLATA Dr CHIALI Dr MEHTARI Dr NASRI .ex..et tous les résidents :Dr ALLAL Dr KHEDDAM Dr HAMMOUDA Dr BENAMAR Dr ATTAR qui m'ont beaucoup aider et qui avec eux j'ai appris beaucoup de choses: consultations spécialisées et d'urgences ainsi la prise en charge des différentes pathologies et leurs précieux conseils qui ont attribué à l'éclaircissement de mes idées et l'approfondissement de mes connaissances.

Je remercie aussi chaleureusement le personnel paramédical et les auxiliaires de santé pour leur aide et leur collaboration.

Le plan

- INTRODUCTION
- Rappel anatomique
- Sémiologie ORL
 - naso sinusienne
 - otologique
 - pharyngo laryngée
- Examen clinique
- Description des différentes pathologies.

INTRODUCTION A L'ETUDES STATISTIQUE

- Les objectifs
- Limites des sujets
- Donnée épidémiologique

DISCUSSION DES RESULTAS

- CONCLUSION
- Bibliographie

INTRODUCTION

- ORL est l'abréviation d'oto-rhino-laryngologie. Spécialité medico-chirurgicale étudiant les affections de la « sphère » oreilles-nez-gorge-larynx (voie aériennes supérieures).
- Elle comprend aussi la chirurgie maxillo- faciale

Elle traite plusieurs pathologies les oreilles, les fosses nasales, sinus ;pharynx :larynx trac et œsophage cervical, cou , pathologies glandulaires, CMCF , Chirurgie endoscopique des VADS, Et ext microchirurgie otoneurologique

RAPPEL ANATOMIQUE

1-LES FOSSES NASALES:

2 fosses nasales

. 2 x 4 sinus de la face

. 1 pyramide nasale ostéo-cartilagineuse.

Situation : entre

- la base crâne en haut
- la cavité buccale en bas.
- les orbites et les sinus maxillaires et ethmoïdaux de chaque côté.
- Plancher horizontal = palais osseux
- Toit = lame criblée de l'ethmoïde
très fine
filets olfactifs
- Cloison, médiane
- Paroi externe : 3 cornets de chaque côté (inférieur, moyen et supérieur) ,
rapport avec les sinus ethmoïdaux et frontaux.
- En avant: pyramide nasale → vestibule nasal
- En arrière: les choanes → cavum

LES SINUS PARANASaux SINUS = CAVITÉ

4 sinus (ou groupes de sinus) par côté : cavités annexes des fosses nasales

- 2 sinus maxillaires
- 2 labyrinthes ethmoïdaux
- 2 sinus frontaux
- 2 sinus sphénoïdaux.

Les relations entre les sinus et les fosses nasales

- drainage dans les fosses nasales par un orifice naturel réduit : l'ostium sinusien.

- situés dans :
 - Le méat moyen pour le sinus frontal, les cellules ethmoïdales antérieures et le sinus maxillaire.
 - Le méat supérieur pour les cellules ethmoïdales postérieures
 - La gouttière sphéno-ethmoïdale pour le sphénoïde
- 2-Les oreilles:
- **Oreille externe**
 - Pavillon
 - Conduit auditif externe
- **Oreille moyenne**
 - Tympan
 - Osselets
 - Cavités mastoïdiennes
 - Trompe d'Eustache
- **Oreille interne**
 - Cochlée
 - Vestibule
- **Oreille externe**
- Sert à amplifier les sons
- Pavillon et 1ere moitié du conduit auditif externe sont cartilagineux
- La seconde partie du conduit auditif externe est osseuse : le tympan
- **Oreille moyenne**

amplifie les sons activement

 - MILIEU AÉRIEN
 - Pression de gaz équilibrée de part et d'autre du tympan par la trompe d'Eustache
- **Oreille interne**
 - Milieux liquidiens

- Cochlée : audition
 - transforme l'onde sonore en message nerveux
- Vestibule : équilibre
- Le nerf facial
- Passe de la boîte crânienne à la face en traversant la pyramide pétreuse
- En relation étroite et permanente avec tous les éléments de l'oreille
- L'examen de la mobilité de la face fait partie de l'examen otologique !

3-Les voies aéro-digestives supérieures:

- a -Cavité buccale
- b-Rhinopharynx
- c-Oropharynx
- d-Hypopharynx
- e-Larynx
- Le naso-pharynx constitué par 4orifices, les 2choanes et les 2orifices tubaires.
- L'oro-pharynx qui communique avec la cavité buccale par l'isthme du gosier.
- L'hypo pharynx ou laryngopharynx.
- Il se termine en bas au niveau de la bouche de l'œsophage.
- Le LARYUNX :
- -Il peut être divisé en 3étages :
- **a/Etage glottique :**
- -C'est l'espace compris entre les 2 cordes vocales.
- **b/Etage sus glottique :**
- -Constitué par le vestibule laryngé, la face postérieure de l'épiglotte, les bandes ventriculaires et le ventricule de Morgagni.
- **c/Etage sous glottique :**
- -C'est la partie la plus rétrécie du larynx, et qui s'unie à la trachée en bas.

La sémiologie ORL

• SEMILOGIE NASO SINUSIENNE

• Des signes fonctionnels spécifiques :

- rhinorrhée
- obstruction nasale
- éternuements
- troubles de l'odorat

• Des signes non spécifiques :

- Douleurs
- Tuméfactions
- Troubles visuels, etc...

RHINNORHEE

• **Définition** : tout écoulement nasal

• **nature** :

- claire (séreuse, liquide céphalorachidien),
- muqueuse, purulente ou muco-purulente (sinusites),
- sanguinolente (tumeurs) ou carrément hémorragique (épistaxis)

• **localisation** : Antérieure : Postérieure

• circonstances d'apparition :

- Spontanée
- Au mouchage
- tête en avant pour le LCR

• côté : Unilatérale ou bilatérale ; À bascule

• horaires, sa fréquence

- Permanente ou occasionnelle
- Saisonnière ou per-annuelle

Diurne ou nocturne

L'OBSTRUCTION NASALE

• les signes d'accompagnement :

- Les signes généraux : fièvre, altération EG

- Les déformations faciales ou de la pyramide nasale
- Bruits respiratoires, ronflements
- Les autres signes cliniques spécifiques ou non.
- etc...

ETERNUEMENTS

- C'est un symptôme nasal fréquent représenté par un rejet brutal d'air sous pression par le nez et la bouche, involontaire, déclenché par l'irritation de
- la muqueuse nasale et olfactive, engendrant une excitation phrénique avec une contraction du diaphragme qui provoque une inspiration forte puis un souffle d'air expiratoire puissant donnant un bruit caractéristique.
- Causes : irritation de la muqueuse nasale au cours des rhinites aiguës grippales et surtout allergiques.

TROUBLE DE L'ODORAT

La plupart des troubles de l'odorat sont liés à une pathologie nasale retentissant sur la zone olfactive située à la partie haute des fosses nasales.

Il existe aussi des troubles de l'odorat d'origine centrale, par atteinte du tractus olfactif central (tumeurs) ou par lésions temporales (hallucinations olfactives de l'épilepsie = voir neurologie)

L'interrogatoire permet d'identifier le type de trouble de l'odorat, étape essentielle pouvant orienter vers une étiologie

- On distingue:
- Anosmie : absence de perception des odeurs
- Hyposmie : diminution de la perception des odeurs
- Parosmie : déformation de la perception des odeurs
- Cacosmie : perception de mauvaise odeur
- complète et définitive dans certains traumatismes crâniens
- Le + souvent : polyposé nasale
- La cacosmie :
 - objective : c'est à dire perceptible par l'entourage. ex : sinusite, tumeur, corps étrangers des fosses nasales.
 - subjective : liée à une atteinte neurosensorielle ou neurologique

Examen clinique des fosses nasales

- Interrogatoire
- Inspection et palpation de la pyramide nasale, du visage :
 - Recherche de déformations, des points douloureux
 - Regarder respirer, au besoin avec un miroir
- La rhinoscopie antérieure :
 - Spéculum + miroir frontal
- examen de la cavité buccale, du palais, de la dentition, du pharynx
- rhinoscopie postérieure :
 - au miroir
 - ou à l'optique
 - Endoscopie des fosses nasales et du cavum :
 - . Au fibroscope souple
 - . À l'optique rigide : 0°, 30°, 70°.

• SEMILOGIE OTOLOGIQUE

- - Mal à l'oreille = OTALGIE
- L'oreille qui coule = OTORRHÉE
- - Du sang dans l'oreille = OTORRAGIE
- Du mal à entendre = HYPOACOUSIE
- Des bourdonnements/sifflements= ACOUPHÈNES
- Des vertiges = SYNDROMES VERTIGINEUX
- UNE PARALYSIE FACIALE

OTALGIE

- 2 provenances :

A) L'oreille : otalgie des otites

- Otite externe:
 - Affection aiguë infectieuse ou inflammatoire du conduit auditif et/ou du pavillon
- Otite moyenne
 - Affection aiguë infectieuse ou inflammatoire du tympan et/ou des cavités d'oreille moyenne (caisse du tympan, mastoïde)

- Les atteintes chroniques font moins mal, plutôt sensation de tension dans l'oreille, voire rien du tout

B) La sphère oropharyngée : otalgies réflexes

- Toute pathologie de l'oropharynx ou du cavum peut entraîner des otalgies réflexes
 - Infections
 - Cancers

OTORRHEE

- Écoulement d'oreille
 - Pus : le plus fréquent
 - Otite externe
 - Otite moyenne perforée
 - Otorrhée sur aérateur ou Perforation tympan surinfectée
 - Cholestéatome
 - Liquide céphalorachidien = OTOLIQUORRHÉE
 - Rare
 - Écoulement liquide transparent, grande abondance
 - Contexte ++ Traumatisme crânien avec fracture du rocher et brèche durale
 - Risque majeur de méningite (pneumococque)

OTORRAGIE

- Saignement extériorisé par l'oreille
 - Traumatique
 - Fracture du rocher
 - Manipulation (ongles, coton tige, épingle à nourrice, etc...)
 - Infection (granulome saigne au contact)

HYPOACOUSIE

- **De transmission**
 - Atteinte de la transmission de l'onde sonore
 - Pathologie du conduit auditif externe, du tympan, des osselets
- **De perception**
 - Atteinte de la perception neurologique des sons

Pathologie de la cochlée et du nerf auditif

ACOUPHENES

- Perception subjectif d'un son en dehors de toute émission sonore
- Acouphènes essentiels (fréquents)
 - Uni mais plus souvent bilatéral (pas de lésion organique sous-jacente)
 - Physiopathologie inconnue
 - Accompagne souvent une perte auditive
 - Acouphènes symptomatiques (rares)
 - Souvent unilatéral
 - Atteinte du nerf auditif (schwannomes)
 - Atteinte vasculaires de la caisse du tympan
 - Malformation artérioveineuse de la base du crâne

• SEMILOGIE PHARYNGO LARYNGEE

- Les principaux signes sémiologiques sont :
 - Dysphonie
- -Dyspnée
- -Douleurs et dysphagie
- -Hémorragies
- -Infection pharyngée: angine
- 7-Les masses cervicales latérales et médianes

DYSPHONIE

- Toute modification de la voix nécessite un examen ORL

Dysphonie laryngée: bitonale, métallique, étouffée

- Dysphonie supra-laryngée: voix de canard
- Rhinolalie ouverte , fermée
- Aphonie

DYSPNEE

- dyspnée laryngée avec bradypnée inspiratoire, tirage, cornage, modification de la voix

- dyspnée pharyngée ou épiglottique aux deux temps respiratoire avec stase salivaire et douleurs pharyngées

DOULEURS BUCCO PHARYNGEES

Dysphagie : gêne à la déglutition

Odynophagie: déglutition douloureuse

•Glossodynies

Toute dysphagie ,unilatérale chez un homme alcoolotabagique > à 3 semaines

Infection pharyngée

- Inflammation et infection de l'anneau de Waldeyer
- Angine: inflammation aigüe de l'oropharynx
- Angine non spécifique
- Amygdalite érythématopultacée: bactérienne à streptocoqueb hémolytique du groupe A
- fièvre ,adn, odynophagie
- Angine spécifique
- Ulcéreuse: angine de Vincent, unilatérale, hyperalgique, à fusospires
- Erythématopultacée au cours de la MNI
- A fausses membranes au cours de la diphtérie

Examen clinique

A/EXAMEN OTOLOGIQUE :

a/Interrogatoire :

- Age, profession et hygiène de vie.
- Les antécédents personnels et familiaux, médicaux et chirurgicaux.

- La description du trouble (date de début, mode d'évolution, intensité,...).
- Les circonstances de survenue (traumatisme, rhinopharyngite ou autre).
- Les signes d'accompagnement et une éventuelle prise médicamenteuse (ATB ototoxiques).

b/Signes d'appel :

- Le signe le plus fréquemment retrouvé est l'otalgie.
- L'otorrhée, otorragie, vertige, acouphène, surdité brusque, ou encore paralysie faciale périphérique peuvent être les premiers signes de consultation en ORL.

c/Inspection :

-Du pavillon et du conduit auditif externe: à la recherche d'une malformation, de lésions cutanées (exp. : vésicules en faveur d'un zona auriculaire) ou encore préciser les caractères d'une otorrhée ou des signes inflammatoires à ce niveau.

-Du sillon retro-auriculaire qui est creux à l'état normal et comblé en cas de mastoïdite.

-Rechercher une cicatrice d'intervention.

d/Palpation :

-Du tragus et la traction du pavillon à la recherche d'une douleur évocatrice d'une otite externe.

-Disparition des nodosités mastoïdiennes peut supposer un œdème précurseur d'une mastoïdite.

e/Otoscopie :

-Nécessite un jeu de spéculums, une source lumineuse (miroir de CLAR), mais aussi un otoscope.

-Permet d'examiner le conduit auditif externe en premier lieu à la recherche d'une pathologie du conduit auditif externe.

Ensuite Le tympan qui est normalement de couleur gris perle et brillant et dont les reliefs les plus importants sont:

- . le manche du marteau qui est solidement enchâssé dans la membrane tympanique,
- . le triangle lumineux de POLITZER en bas et en avant,
- . la membrane de shrapnell au-dessus des ligaments du marteau
- . et l'anneau fibreux de couleur blanchâtre qui entoure le tympan.

-Rechercher une éventuelle perforation et préciser ses caractères(taille,localisation,unique ou multiple,.....) ainsi que d'autres pathologies du tympan(poche de rétraction,atrophie tympanique,tympanosclérose,.....) et de l'oreille moyenne

f/Examen sous microscope :

-Se fait de façon systématique en consultation d'otologie.

-Après une bonne aspiration des sécrétions au niveau du conduit.

-Permet un examen plus précis en cas de pathologie de l'oreille moyenne (otite moyenne chronique, otite cholestéatomateuse,.....).

-Permet le prélèvement de pus pour examen *bactériologique*, et aussi le prélèvement de paillettes de cholesteatome pour examen *anapath*.

-Un examen au stylet en cas d'otite cholestéatomateuse, qui met en évidence un aspect de sucre mou de l'os.

g/Oto-endoscopie :

-Autorise l'étude des régions anatomiques cachés jusque là à la vision directe.

-Il confère au praticien des images de grande qualité couplé avec un appareil photo ou une caméra permettant le suivi du patient.

h/Acoumétrie :

1/Vocale : permet d'évaluer l'audition en utilisant la voix chuchotée et la voix haute.

2/Instrumentale : en utilisant le diapason.

i/Examen vestibulaire :

-Préciser les caractères du vertige qui permettent déjà une orientation.

-Il comporte l'étude de la marche aveugle, le piétinement aveugle, épreuve du romberg et la recherche du nystagmus spontané.

B/EXAMEN NASO-SINUSIEN :

a/Interrogatoire :

-Age, profession et antécédents (asthme, allergie naso-sinusienne,...).

b/Signes d'appel :

-Obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis, anosmie,.....

-Douleurs des points sinusiens, céphalées, sensation de pesanteur.

c/Inspection :

-Aspect de la pyramide nasale (déformation, malformation, déviation,...).

-Préciser les caractères d'une tuméfaction au niveau des points sinusiens ou la pyramide nasale.

d/Palpation :

-A la recherche d'une douleur au niveau des points sinusiens (maxillaire, frontal et ethmoïdal).

-D'une douleur à la racine du nez en cas de fracture de l'os propre du nez.

e/Rhinoscopie antérieure :

-En utilisant le miroir de CLAR et un spéculum de (KILLIAN, VACHER).

-Après instillation de la xylocaine adrénalinée pour rétraction des cornets.

-Permet de voir les cornets, les méats, la muqueuse pituitaire le plancher et la cloison nasale.

-Un examen au stilet en cas de tumeur de la fosse nasale ou de polypose nasale.

f/Rhinoscopie postérieure :

-A l'aide d'un miroir et d'un abaisse langue.

-Permet d'examiner le cavum (choanes, les orifices tubaires, le plafond et la paroi postérieure).

g/Naso-fibroscopie :

-Permet un meilleur examen des fosses nasales et du cavum.

-Et aussi de faire des biopsies.

C/EXAMEN DE LA CAVITE BUCCALE ET DE L'OROPHARYNX :

a/Interrogatoire :

-En plus de l'interrogatoire classique, il faut préciser les habitudes du malade.

b/Signes d'appel :

-Modification du goût, défaut de langage, dysphagie,.....

-Signes associés : fièvre, AEG, amaigrissement,....

c/Inspection :

-A l'aide d'un abaisse langue;examine .

-Lèvres gencives et faces internes des joues(orifice du canal de Stenon en regard de la 2è molaire supérieure).

-Précise l'état dentaire.

-face dorsale et ventrale de la langue et apprécie sa mobilité.

-le plancher de la bouche (orifice du canal de wharton).

-Le palais dure e, le voile du palais et la luvette

-L'oropharynx : inflammation, une aphtose ou une candidose.

-Les loges amygdaliennes : angines, tumeur,....

d/Palpation :

-D'une éventuelle formation à ce niveau en précisant ses caractères(saignement ,induration ,sensibilité).

D/EXAMEN DU PHARYNGO-LARYNX :

a/Interrogatoire :

- Préciser les antécédents de tuberculose ou de syphilis.
- habitudes du patient :tabagisme ,alcoolisme.

b/Signes d'appel :

- Dysphonie, dysphagie, dyspnée.
- Fausses routes.

c/Inspection :

- Cicatrice d'intervention.
- Déformation du larynx.
- Mobilité du larynx à la déglutition.
- Préciser les caractères d'une tuméfaction.

d/Palpation :

- Rechercher une douleur.
- Rechercher le signe de MOORE : crépitations laryngées à sa mobilisation horizontale.

e/Laryngoscopie indirecte :

- A l'aide d'un miroir laryngien.
- Permet d'examiner l'endolarynx (cordes vocales, face postérieure de l'épiglotte, l'étage sus et sous glottique).
- Permet d'apprécier la mobilité des cordes vocales.

f/Naso-fibroscopie :

- Permet un examen plus facile et plus détaillé du larynx et de l'hypo pharynx ,utile en cas de difficulté a la laryngoscopie indirecte.

● E/EXAMEN DU COU:

● - Inspection:

- .peut objectiver une tumefaction (taille,situation)
- .etat de la peau
- (normalé,inflammatoire,fistule,cicatrice d'intervention)

● Palpation:permet d'explorer

.Les aires ganglionnaires cervicales;sous maxillaires ,jugulo-carotidienne,spinales et susclaviculaires a la recherche d'une adénopathie cervicale et préciser ses caractères

(siège, mobilité, sensibilité, adhérence, taille et consistance).

.le corps thyroïde.

- Region sousmaxillaire:les doigts,courbés en crochets contre le bord inferieur de la machoire.
- =>Gouttiere jugulocarotidienne:le muscle sternocleidomastoidien doit etre relaché,tete inclinée sur le coté a explorer.le pouce de l'examineur s'insinue sous le bord antérieur du scm sur toute sa hauteur pendant que les doigts réalise un appui en arriere de ce muscle(pince digitale).
- Region spinale:s'etend de la mastoïde au moignon de l'épaule en avant du trapèze.la tete flechie du coté a explorer puis du coté opposé.
- =>Region susclaviculaire:son exploration est facilitée en faisant tousser le malade.
- =>La thyroïde:flechir la tete vers le coté a examiner au repos puis pendant la déglutition.

Description des différentes pathologie

A-Pathologie d'urgence

1-Fracture de l'os propre du nez

- **La fracture du nez ou fracture des os propres du nez est la plus fréquente des fractures faciales.**
La fracture du nez est due à un choc direct de face ou à un choc latéral.
La fracture du nez est responsable d'une déviation du nez plus ou moins marquée associée à une déviation de la cloison nasale.
La déformation est masquée les premiers jours en raison de l'œdème.
Cette fracture du nez doit être opérée en cas de déviation importante du nez ou de troubles respiratoires. Cette intervention doit être faite dans les 15 jours après l'intervention.
Une seconde intervention peut être nécessaire en cas de résultat insatisfaisant mais plus à distance.
- Les conséquences d'une fracture du nez sont :
- Esthétiques :
 - La fracture du nez peut entraîner un aspect inesthétique du nez en raison du déplacement des os.
- Fonctionnelles :
 - Cette fracture peut entraîner une déviation de la cloison nasale et être responsable de troubles respiratoires (obstruction nasale unilatérale).
- **Une fracture non déplacée du nez qui n'entraîne aucune conséquence esthétique ou fonctionnelle n'a pas lieu d'être opérée.**

Chaque fois que la fracture est enfoncée et/ou qu'elle a des conséquences fonctionnelles, le traitement chirurgical est nécessaire.

- L'intervention doit parfois être réalisée aussi en urgence en cas :
- d'hématome de la cloison qui augmente de risque d'infection ou de nécrose du cartilage de la cloison,
- de déviation majeure de la pyramide nasale (nez couché sur la joue).
- **Quel sera l'examen clinique ?**
- Le patient se présente habituellement avec un nez tuméfié, et raconte l'histoire de son traumatisme. Il a habituellement observé un saignement du nez après le traumatisme, mais cela n'est pas constant. L'examen recherchera une déviation du nez, en s'aidant au besoin d'une photographie antérieure. C'est en raison de cette nécessité d'appréciation de la forme du nez que les patients sont habituellement vus au trois ou quatrième jour post-traumatique, le temps que l'œdème ait assez régressé pour permettre un examen dans les meilleures conditions. On cherchera encore une ecchymose palpébrale inférieure, et une hémorragie sous-conjonctivale interne.
- En endo-nasal, on recherchera une déviation de la cloison ou un hématome de la cloison : collection de sang accumulé sous la muqueuse et pouvant entraîner des phénomènes de nécrose muqueuse ou cartilagineuse.
- La palpation recherchera des points douloureux, une asymétrie des reliefs.
- Enfin, du point de vue fonctionnel, on recherchera une atteinte de la perméabilité nasale.
- **La prise en charge**
- Trois cas de figure se présentent au terme de ce bilan
- Il n'y a pas de fracture visible à la radiographie. Il n'y aura aucun traitement mis à part le traitement antalgique.
- Il y a une fracture visible à la radiographie mais cliniquement, le nez n'est pas dévié et il n'existe aucun trouble fonctionnel, c'est-à-dire de trouble de la perméabilité. On conseillera la prudence et l'absence de choc sur le nez associées à un traitement antalgique qui permettra la consolidation en quatre semaines.
- Il existe une fracture visible, un nez dévié et/ou des troubles fonctionnels. L'intervention chirurgicale s'imposera.

2 Les corps étrangers

- Corps étrangers auriculaire:
- Les ORL ont souvent la tâche de retirer des corps étrangers des conduits auditifs externes. Bien que l'insertion, la présence ou le retrait d'un corps étranger dans l'oreille ne constituent pas un danger mortel, ils peuvent être la source de morbidité importante.

- Cette affirmation est particulièrement vraie chez l'enfant en raison des dimensions anatomiques réduites de l'oreille et du degré variable de collaboration du patient
- La présence de corps étrangers dans le conduit auditif externe est relativement fréquente, surtout chez les enfants de deux à quatre ans. Ces derniers ont tendance à placer des objets dans leurs oreilles; car ils sont curieux et veulent expérimenter ou imiter leurs pairs. Parfois, ce sont les autres enfants qui le font en jouant
- La présence de corps étrangers dans l'oreille n'est toutefois pas l'apanage des enfants
- Il arrive, par exemple qu'une personne âgée perde une pile de son appareil auditif dans le conduit ou encore qu'un bout de coton-tige y reste logé pendant le nettoyage des oreilles, des morceaux d'ail et enfin les insectes.
- Les objets que l'on trouve le plus souvent dans les oreilles des jeunes enfants sont des cailloux, les billes, et les petits jouets de plastique.
- **Remarque** : la pile bouton est un corps étranger très dangereux, à extraire en urgence (risque de corrosion chimique).
- L'otoscopie demeure l'outil principal permettant de poser le diagnostic. Les découvertes à l'examen varient selon l'objet et la durée de sa présence dans le conduit depuis très peu de temps n'entraînera pas d'anomalies.
- Toutefois, si l'objet est abrasif, si son insertion a causé une rupture du tympan ou si le patient l'a manipulé en essayant de le retirer il pourrait y avoir présence d'otalgie ou d'otorragie, si l'objet est présent depuis un certain temps, le médecin pourrait noter de l'érythème et de l'œdème du conduit ainsi qu'une otorrhée nauséabonde.
- Corps étrangers nasaux
- Le diagnostic est facilement à l'anamnèse si l'introduction d'un corps étranger dans le nez a eu lieu devant des témoins. Si l'enfant n'avoue pas spontanément la présence d'un objet, des signes éventuels permettront aux parents et au médecin d'évoquer cette possibilité. En effet l'enfant pourrait présenter une obstruction nasale et une rhinorrhée purulente fétide unilatérale.
- Si la rhinoscopie antérieure visualise le corps étranger on fixe l'enfant et on introduit une curette derrière le corps étranger et on le retire, il ne faut pas enfoncer le corps étranger en arrière car l'extraction sera difficile
- Si on peut pas l'extraire avec la curette on passe à l'aspiration.
- Corps étranger œsophagien
- L'ingestion de corps étrangers par des enfants est fréquente. La majorité des objets avalés vont passer librement dans le tractus gastro-intestinal sans conséquences. Par contre, certains vont demeurer coincés dans l'œsophage

- Les enfants s'étouffent fréquemment avec des pièces de monnaie et des petits jouets tandis que les adultes le font plutôt avec de la nourriture, comme des bolus et viandes qui restent logées
- L'anamnèse ne révélera souvent qu'une présomption de la part des parents que l'enfant a avalé un objet
- Le petit présente des symptômes d'étouffement ou des quintes de toux
- Les adultes et les enfants plus âgés vont fréquemment donner des détails au sujet du corps étranger, ils peuvent indiquer l'endroit de l'inconfort et décrire leurs symptômes de dysphagie ou d'odynophagie

3 Dyspnée laryngée

- Gêne à la respiration normale.
- Dyspnée obstructive : obstacle fonctionnel ou organique.
- Plus fréquente chez l'enfant (calibre des voies aériennes plus étroit que chez l'adulte).
- Peut être d'installation progressive ou aiguë urgence thérapeutique.
- Le DC + : clinique et paraclinique.

Reconnaître la dyspnée laryngée

- **TRIADE :**
 - **Dyspnée inspiratoire** : inspiration prolongée, chez le Nrs et Nné, plutôt tachypnée, apnée.
 - **Tirage** : sus sternal, intercostal, épigastrique
 - **Bruits laryngés inspiratoires** :
 - *Stridor* : aigu, glotto-sus glottique.
 - *Cornage* : grave, glotto sous glottique.
- **Signes associés** : dysphonie, dysphagie, odynophagie, toux, otalgie.

Signes de gravité

Cliniques :

- Durée > 1 heure, âge.
- Apnée, tachypnée > 60 cycles/min, bradypnée extrême.
- Signes de lutte : accentuation du tirage, battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal.
- Signes d'hypercapnie : sueurs, HTA.
- Signe d'hyoxémie : cyanose, pâleur extrême.
- Troubles de la conscience : agitation, angoisse.

- **Biologiques**

G azométrie : acidose respiratoire : Pa CO₂ > 60 mmHg, PaO₂ < 50 mmHg.

En l'absence de TRT état d'asphyxie : polypnée superficielle, diminution du tirage, pouls, TA qui précède le décès.

Diagnostic étiologique

- **Anamnèse** : contexte d'apparition (traumatisme, infection, prise médicamenteuse).
- **ATCD** : radiothérapie , chirurgie thyroïdienne, cancer.
- **Signes accompagnateurs** : dysphonie, dysphagie.
- **Examen clinique** :
 - LI au miroir, nasofibroscopie.
 - LDS sous AG (traumatisme, sténose , obstruction tumorale , corps étranger).
 - Examen cervical local : aires GG, cicatrice d'intervention.
 - Examen radiologiques : TDM, IRM.

4 L'epistaxis

- Saignement provenant des narines et/ou choanes.
- Souvent bénigne (petite abondance).
- Parfois sévère (abondance, fréquence, tares associées).
- Diagnostic facile (clinique+++).
- Jugulée par le médecin urgentiste 90%.
- Recours au médecin ORL 10%.
- Causes multiples.
- Traitement (médical, compression bi digitale voire méchage antérieur +++),

Diagnostic:

- Clinique, facile.
- Examen clinique: systématique et complet, parfois laissé en dernier lieu si l'épistaxis est grave!!!

TDD: épistaxis de petite à moyenne abondance:

- *Motif de consultation:*
 - Saignement d'abondance variable s'extériorisant par les narines (+/- cavité buccale).
- *Interrogatoire:*
 - Date de début.

- Abondance.
- Fréquence.
- Côté.
- Durée.
- ATCD(trauma récent, coagulopathie, prise médicamenteuse, cas similaires dans la famille...)
- *Signes fonctionnels:(gravité!!!)*
 - Signes d'hypovolémie (choc hémorragique)
- *Examen physique:*
 - Après mouchage énergique.
 - Rhinoscopie antérieure: aspect de la muqueuse, siège du saignement si antérieur.
 - Rhinoscopie postérieure: examen de cavum!
 - Nasofibroscopie: Examen de choix.
 - Examen ORL complet.
Examen systémique.

5 Adenophlegmon

- DÉFINITION = diffusion extra ganglionnaire de l'infection.
- - avec les adénites, les adénophlémons sont les causes les plus fréquentes des tuméfactions cervicales inflammatoires.
 - peut être primitif ou secondaire à une adénite.
 - souvent situé à la partie latérale et haute de la région jugulo-carotidienne.
 - grave car expose aux complications vasculaires, hémorragiques et à la diffusion médiastinale.

physiopathologie

- Tout d'abord, l'adénophlegmon constitue un abcès superficiel ou profond. Celui-ci est soit bien délimité, c'est-à-dire circonscrit ou mal délimité, c'est-à-dire diffus. Dans ce cas, il s'étend aux tissus du voisinage et plus spécifiquement aux autres ganglions.
- DIAGNOSTIC
 - - tuméfaction inflammatoire cervicale mal limitée - signes généraux marqués (parfois)
 - 2 - 1 - Interrogatoire
 - ATCD
 - porte d'entrée cutanée, buccale ou pharyngée

- 2 - 2 - Examen ORL permet d'apprécier :
 - la consistance de la tuméfaction (collection)
 - la mobilité par rapport aux plans profonds
 - l'aspect de la peau en regard

6 Cellulite

- Les cellulites cervico-faciales sont des infections graves diffusant le long des espaces aponévrotiques de la face et du cou. Elles mettent en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge chirurgicale et réanimatoire rapide
- Le point de départ de ces infections est le plus souvent pharyngé (angine mal traitée, phlegmon péri-amygdalien) ou dentaire (dent non ou mal traitée).
- Le patient se présente habituellement dans un contexte d'angine traînante ou des douleurs dentaires depuis plusieurs jours, avec apparition progressive d'un œdème inflammatoire du cou (uni puis bilatéral), associé de façon variable à une limitation d'ouverture buccale (trismus), une gêne pour la déglutition (dysphagie) ou pour la respiration (dyspnée).
- L'œdème inflammatoire du cou peut progresser très rapidement malgré la prescription d'antibiotiques, probablement favorisé par la prise concomitante d'anti-inflammatoires (AINS type ibuprofène, ou corticoïdes).
- La rougeur cutanée peut atteindre le thorax, en faveur d'une extension de l'infection vers le médiastin (région anatomique entre les poumons), ce qui est un facteur de mauvais pronostic. D'autres signes de gravité sont dépistables dès l'examen clinique : la nécrose de la peau du cou apparaissant en quelques heures, la crépitation sous-cutanée (bulles d'air palpables sous la peau).
- L'examen-clé demandé en urgence est un **scanner cervico-thoracique** avec injection de produit de contraste. Il a de nombreux intérêts :
- Diagnostique : il confirme le diagnostic de cellulite cervicale en montrant l'atteinte de plusieurs espaces cervicaux (à type d'infiltration, de collections de pus, voir de bulles de gaz sous-cutanées), et dresse une cartographie précise des espaces atteints, guidant le geste chirurgical ultérieur
- Etiologique : il permet souvent de montrer ou d'évoquer l'origine de l'infection (dentaire ou pharyngée le plus souvent, parfois des glandes salivaires...)
- Pronostique : il montre toutes les complications possibles au stade initial (atteinte du médiastin souvent infra-clinique, thromboses des vaisseaux cervicaux...)

7 Paralysie faciale périphérique

- La paralysie faciale périphérique est l'ensemble des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et végétatifs d'une hémiface secondaire à une atteinte périphérique du nerf facial.

- L'atteinte du nerf peut siéger: à son origine, sur son trajet intra-pétreux ou sur son segment extra-crânien.
- Est un symptôme fréquent, de diagnostic le plus souvent clinique, aisé dans les formes complètes
- Examen clinique :
 - 1- examen du visage :
 - Au repos : hémiface lisse et flasque
- Cote sain: attraction du nez, attraction de la bouche
- Cote paralysé
 - Effacement des rides du front
 - Elargissement de la fente palpébrale
 - Abaissement de la paupière inférieure
 - Effacement du pli naso-génien
 - Chute de la commissure labiale
- lors des mouvements :

La paralysie devient évidente, le patient ne peut ni fermer ses yeux, siffler, gonfler les joues, ni sourire.

 - 1- Impossibilité de fermer l'œil: lagophtalmie et signe de Charles Bell.
 - 2- Signe du peaucier de Babinski.
 - 3- La parole peut être gênée par la déviation de la bouche.
 - 4- Mastication est perturbée.

B-PATHOLOGIE D'OTOLOGIE

OTITE MOYENNE AIGUE

- L'otite moyenne aiguë est définie comme une inflammation aiguë avec ou sans suppuration de la muqueuse qui tapisse le revêtement des cavités de l'oreille moyenne (cellules mastoïdiennes, caisse du tympan et trompe d'Eustache).
Elle est, après la rhinopharyngite, l'infection la plus fréquente en pathologie pédiatrique et domine la pathologie auriculaire de l'enfant. Elle constitue un problème quotidien de consultation ORL.
- D'origine microbienne ou virale, dont le premier site est rhino-pharyngé, elle est le plus souvent bénigne mais peut parfois donner des complications.
- Le tableau clinique est souvent trompeur, une otoscopie minutieuse s'impose. Rappelons que le tympan normal est translucide, de couleur gris-perle. Il présente des repères précis : manche du marteau et triangle lumineux nettement visibles, il n'y a pas de vaisseaux visibles : le diagnostic de l'OMA est avant tout otoscopique il faut savoir différencier une simple otite congestive d'une otite moyenne aiguë purulente.

Signes fonctionnels :

L'otalgie :

- C'est le *maître symptôme*. Elle peut apparaître au cours d'une rhinopharyngite plus ou moins fébrile.
- Généralement *d'apparition brutale*, cette douleur siège *au fond du conduit*; elle est *très intense, pulsatile, irradiant vers le crâne*.
- Le jeune enfant pleure et tend la main vers une oreille ou la frotte contre le drap.
- Parfois elle est minime et masquée par une otorrhée ou des signes généraux
-) Signes généraux :
 - ils sont dominés par la *fièvre* qui est plus marquée chez l'enfant aux alentours de 38° parfois jusqu'à 40°. Mais peut être absente chez le nourrisson.
 - *Des troubles digestifs* : vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, inappétence.
 - *insomnie*
- 2 / Signes physiques : Ils sont représentés par l'otoscopie :
 - C'est un examen capital, permettant le diagnostic. Elle doit être bilatérale.
 - *L'enfant est immobilisé*, et c'est souvent un examen difficile nécessitant une *technique rigoureuse* (nettoyage du conduit, aspiration en cas d'écoulement, examen sous un bon éclairage ou même au microscope).
 - L'otoscopie permet de distinguer différents aspects de la membrane du tympan variables selon les différents stades de l'OMA.

OTITE MOYENNE CHRONIQUE

- C'est tous les processus inflammatoires de l'oreille moyenne, évoluant depuis plusieurs semaines (> 3mois).
- En réalité, ces processus évoluent en général depuis longtemps lorsqu'on est amené à découvrir une OMC et cela implique :
 - Une perforation tympanique
 - Des lésions anatomopathologiques bien définies
 - Classiquement on divise les OMC en 2 groupes :
 - Les unes, OMC muqueuses, qui sont bénignes, elles entraînent que peu de complications vitales. Elles peuvent par contre laisser des *séquelles* (surdité...), accessible au traitement.

- Les autres OMC cholestéatomateuses qui sont *dangereuses*, elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée. Elles peuvent entraîner des complications dont certaines mettent en jeu le Pc vital. Le traitement est chirurgical.
- Les formes de passages de l'une à l'autre ne sont pas exceptionnelles, ce qui implique la surveillance régulière de toute OMC, tant quelle évolue, même si au départ elle est sans danger.
- Enfin, OMC ne signifie pas toujours perforation tympanique
- Il existe donc des OMC à tympan ouvert et des OMC à tympan fermé.

- OTITE SERO MUQUEUSE

- L'otite séro-muqueuses à tympan fermé :
 - Apanage de l'enfant entre 3 et 8 ans, fréquente : 1 à 4% des enfants en sont atteints.
 - Rare chez l'adulte, ou la constatation d'une otite sero-muqueuse unilatérale doit faire rechercher un cancer du cavum (en particulier chez les sujets originaires d'Asie et du bassin méditerranéen).
 - L'*hypoacousie* est le symptôme essentiel, expliquée par :
 - Présence d'un liquide séreux dans la caisse du tympan.
 - L'obstruction tubaire, entraîne une dépression d'air dans la cavité tympanique.
 - Otoscope : montre des tympans fermés, mais mats, beige ou jaune (ex : tympan droit ci-contre avec parfois un niveau liquidien ou des bulles) rétractés ou quelque fois bombants.
 - Examen clinique :
 - Recherche chez l'enfant la notion de rhinopharyngite à répétition, en faveur d'une hypertrophie des végétations adénoïdes.
 - La surdité est :
 - De transmission de 20 à 40 dB, quelque fois plus.
 - Le plus souvent bilatérale, retentissant + ou – gravement sur le comportement, notamment scolaire de l'enfant, ces acquisitions. Elle se manifeste donc souvent par des signes indirects, trompeurs, qu'il faut savoir rattacher à une surdité.
 - Intensité variable, rythmée volontiers par les épisodes rhinopharyngés.
 - A tympanogramme plat, ce qui permet d'en faire le Dg objectif chez le jeune enfant non coopérant.
- L'otite séro-muqueuses à tympan ouvert :
 - Elle est représentée par l'otorrhée tubaire ou l'otite chronique suppurée simple.

Elle atteint avant tout l'enfant mais l'on retrouve souvent chez l'adulte des poussées surinfection.

- L'otorrhée résume la symptomatologie : l'écoulement, en générale bilatéral tantôt modéré tantôt profus est muqueux ou muco-purulents, non fétides, véritable « *mouchage par l'oreille* ».
- L'otoscopie :

Montre après nettoyage du conduit, une *perforation tympanique* de taille variable antéro-inférieure ou réniforme voir subtotale ou comme ici postérieure de la PARS TENSA, elle n'atteint pas les parois du conduit et elle est bordée de tympan (on dit qu'elle est non marginale).

- De cette perforation s'écoule un liquide muqueux + ou – surinfecté.
- L'otite chronique cholestéatomateuse :
- **Définition** :
- C'est une otite chronique ostéitique avec présence de cholestéatome.
- C'est une néoformation de nature compacte blanchâtre, de structure lamellaire stratifiée, de consistance « *marron cuit* » entourée par une membrane appelée **matrice** : celle-ci produit la substance fondamentale.
- **Histologiquement** : c'est une formation épidermique à potentiel évolutif très grand, augmentant de volume et érodant l'os pour le détruire, l'ostéite favorisant les dégâts.
- **Clinique** :
- L'otorrhée :
- Elle est purulente et mêlée à des paillettes de cholestéatome.
- **Très fétide**, d'odeur nauséabonde+++.
- **Otoscopie** : après nettoyage et aspiration ; examen si possible sous loupe ou microscope ; on a soit :
- Poche de rétraction avec une perforation minime atticale ;
- Perforation marginale postérieure ;
- Ou large destruction tympanique avec fond de caisse visible granuleux, remanié et présence de cholestéatome.
- **Surdité** : de type de **transmission**, importante à cause des lésions ossiculaires associées (ostéite ossiculaire).
- en l'absence de traitement médical et chirurgical, l'évolution se fait vers les complications :
- Mastoïdite avec abcès rétro-auriculaire ;

- Méningite, abcès du cerveau et cervelet ;
- Thrombophlébite du sinus latéral ; labyrinthites ;
- Paralyse faciale périphérique et enfin surdité

Les otites externes

- C'est l'atteinte du conduit auditif externe:
- On trouve Plusieurs aspects cliniques
- Furoncle du conduit: ce caractérise par une otalgie très importante avec une rougeur du conduit et évolue vers la suppuration extériorisée
- Otite externe diffuse: otalgie vive avec conduit oedematié et inflammatoire plus prurit
- Otalgie externe maligne: otite nécrosante avec des ulcérations et granulations
- Otomycose: infection du conduit du au mycose
- Eczéma du conduit: atteignant le pavillon ou le conduit, on a une peau sèche congestive et desquame plus le prurit

C-PATHOLOGIE EXTERNE

1 VEGETATION ADENOÏDE

- La pathologie des végétations adénoïdes est avant tout une pathologie de **l'enfant** surtout de **3 à 7ans**.
- Il s'agit de l'**hypertrophie des amygdales pharyngées de LUSHKA**, qui tapisse la muqueuse de la voute et de la paroi postérieure du cavum; cette pathologie se rencontre rarement chez l'adulte.
- Cet amas lymphoïde, par sa persistance, par son volume et par les infections itératives dont il est le siège, provoque des manifestations pathologiques.
- L'hypertrophie des végétations est un processus normal puisque ce tissu lymphoïde est préposé au rôle de **défense des voies aériennes supérieures**, mais leur exubérance constitue un terrain propice au développement des **infections**, de ce fait, les végétations constituent le chaînon d'un véritable «**cercle vicieux**».
- : le tableau typique est celui d'un **enfant pale, volontiers chétif, enrhumé chronique, fatigable, subfébrile en permanence**, qui est amené à consulter pour 2 ordres de troubles principaux:
- **Infections O.R.L. à répétition :**
- Rhinite muco-purulente quasi permanente
- Angines et rhino-pharyngites à répétition
- Trachéo-bronchites

- Enfin des **otites à répétition**,
- **Obstruction nasale prolongée** : surtout nette avant 3 ans.
- L'enfant **ronfle** car il ne peut respirer par le nez, il **renifle à tout instant, déglutit ses sécrétions**. Le ronflement nocturne oblige à garder la bouche ouverte et provoque des **difficultés d'alimentation**.
- **EXAMEN CLINIQUE:**
- **Rhinoscopie antérieure** : visualise un **paquet adénoïdien** irrégulier, rosé, brillant et mobile avec les mouvements du voile au cours de la phonation (faire prononcer un chiffre).
- **Rhinoscopie postérieure** : la paroi postérieure du pharynx est tapissée de **coulées muco-purulentes**, parfois, le pôle inférieur du paquet adénoïdien apparaît derrière la luette.
- **Chez le NRS** : le dg est impossible, c'est dire la valeur des signes indirects de mauvaise aération tympanique avec des otites à répétition, ainsi que la coulée postérieure.
- **complications des végétations adénoïdes**
- **Adénoïdites aiguës** : fièvre adénoïdienne, avec adénopathies ++
- **Rhinites muco-purulentes incessantes**
- **Otites à répétition**
- **Complications laryngées** : laryngites chez le nourrisson
- **Abcès rétro-pharyngien** : à drainer en urgence, par incision de la paroi pharyngienne postérieure.
- **Infections à distance**
- **2LES ANGINES**
- **Généralités** : c'est une inflammation aiguë de l'ensemble du pharynx, et en particulier des amygdales palatines
- **Classifications** : on distingue
- **Angines aiguës non spécifiques** d'origine virale ou bactériennes
- **Angines aiguës spécifiques** d'origine virales ou bactériennes, diphtérie, angine de Vincent.
- **Etude clinique** :
- **Motif de consultation** : dysphagie ou fièvre.
- **Interrogatoire** :
- Age sexe

- Mode de début, évolution
 - ATCD : angines à répétition, vaccination, épidémie.
 - **Signes fonctionnels :**
 - Douleur spontanée ou provoquée par la déglutition pouvant irradier vers l'oreille.
 - Halène fétide, otalgie réflexe
 - Hyper sialorrhée par défaut de déglutition.
 - **Signes généraux :**
 - Fièvre 39-40.
 - Frissons, courbatures, asthénie.
 - Tachycardie.
 - Troubles urinaires.
 - **Signes physiques:**
 - **Inspection :**
 - Fasciés rouge.
 - Tuméfaction douloureuse.
 - Adénopathie.
 - **Examen de la cavité buccale et oropharynx :**
 - **Angine catarrhales** : angine banale érythémateuse : rougeur diffuse de l'amygdale
 - **Angine érythémato-pultacée** : rougeur de l'amygdale + points blanchâtre ou débris caséeux.
 - **Fausse membrane** : exsudation fibrineuse adhérent a la surface des amygdales.
 - **Angine ulcéreuse** : ulcération de l'amygdale a contenu purulent.
 - **Angine vésiculeuse** : amygdale est le siège de vésicules.
 - **Examen ORL complet** : palpation des aires ganglionnaires à la recherche d'ADP cervicales inflammatoire.
 - **Examen général somatique**
 - **Examen biologique :** FNS, VS, fibrinémie, prélèvement de gorge et culture, ASLO.
- 3 Rhinite aigu**
- C'est une infection respiratoire haute développée au niveau de la muqueuse nasale.
 - C'est une affection d'**étiologie virale** fréquente et **récurrente**

- Elle peut se compliquer de surinfection bactérienne et diffuser aux organes voisins.
- Le germe le plus fréquent est le **rhinovirus**
- Autres moins fréquents : adénovirus, entérovirus, les virus grippaux...
- **Début**: marqué par des prodromes :
- **Signes généraux** : asthénie, courbatures, pesanteur de la tête
- **Signes locaux** : céphalée, éternuements, hydrorrhée, obstruction nasale, anosmie.

Période d'état: extension du processus vers les voies aériennes inférieures, système tubo-tympanique et la mastoïde.

- **Examen clinique** :
- **Rhinorrhée** : abondante et muqueuse, devient mucopurulente en 2 à 3 jours.
- **Rhinoscopie ant** : muqueuse nasale oedématisée sensible parfois hyperhémisée.
- **Phase d'amélioration clinique**: entre le 5^{ème} et 8^{ème} jour.

Guérison spontanée vers le 10^{ème} jour en l'absence de complications

• Rhinite chronique

- **DÉffinition** : rhinites évoluant depuis **plus de 6 mois**
- **rhinites infectieuses** : le plus souvent des **rhinosinusites**, fréquemment **atrophiques**
- Caractérisées par une obstruction nasale, des écoulements mucopurulent, purulent ou glaireux.
- **rhinites hypertrophiques** : c'est une congestion de la muqueuse des cornets inférieurs qui réduit considérablement la filière aérienne nasale.
- **Clinique** :
- L'hypertrophie de la muqueuse devient rapidement définitive.
- L'obstruction nasale est constante, elle peut être uni ou bilatérale ou a « bascule »
- D'autres signes peuvent être présents :
- Rhinorrhée ant séreuse ou muqueuse,
- Eternuement, jetage postérieur, céphalée ou gêne cranio-faciale,
- Prurit nasal, palatin, oculaire...,
- Hyposmie ou anosmie associés parfois à des troubles du goût.
- **Rhinoscopie ant et endoscopie** : avant et après pulvérisation de Xylocaine 5% à la naphthazoline :
- Cornets inf rouge, hypertrophiés, luisant, lisse ou granuleux (verruqueux ou muriforme)

- Muqueuse œdémateuse polyploïde
- Des sécrétions
- On distingue plusieurs causes
- **Rhinites infectieuses**
- **Rhinites inflammatoire :**
- **Rhinites allergiques**
- **Rhinites non allergiques à éosinophiles (NARES)**
- **Rhinite par intolérance chimique**
- **Rhinites médicamenteuses**
- **Rhinites hormonales**

4 Sinusite

- C'est une inflammation des cavités sinusiennes para nasales
- Elle survient lorsqu'il existe un trouble de l'aération sinusienne avec accumulation de pus dans les sinus.
- Peut être associée: Rhinite Sinusite barotraumatique Pan sinusite, Sinusite ethmoïdale
- (Fréquente chez l'enfant de moins de six ans)
- Signe clinique
- Dépendent de la localisation, du caractère aigu et du siège de la sinusite.
 - **Sinusite maxillaire aiguë:**
 - fièvre,
 - Rhinorrhée
 - douleur sous-orbitaire pulsatile accentuée par la flexion de la tête
 - Œdème jugal.
 - Point douloureux de Barthez: douleur provoquée à l'émergence du nerf sous-orbitaire
 - **Sinusite maxillaire d'origine dentaire:**
 - unilatérale, odontalgie associée
 - œdème de la joue
 - rhinorrhée fétide
 - **Sinusite frontale aiguë:**
 - Céphalée frontale
 - Œdème sus-orbitaire

- douleur à la pression de la paroi antérieure du sinus frontal
 - **Sinusite sphénoïdale aiguë:**
- Fièvre
- Rhinorrhée postérieure,
- Céphalée profonde rétro-orbitaire irradiant au vertex
 - **Sinusite ethmoïdale aiguë:**
- Syndrome fébrile à 39°C
- Altération de l'état général,
- Rhinorrhée purulente unilatérale,
- œdème de l'angle interne de l'œil
- Vertige
- Le vertige est un symptôme qui n'attire pas d'emblée l'attention sur l'oreille, bien qu'il soit très souvent d'origine labyrinthique.
- Il s'agit d'une illusion de déplacement d'une sensation de mouvement sans déplacement réel.
- Le vertige correspond à une illusion de déplacement ou de mouvements dans l'un des 3 plans de l'espace à l'origine de sensations désagréables ou à une simple sensation de déséquilibre. Il traduit une atteinte du système vestibulaire périphérique et/ou de ses connexions centrales
- Le patient doit décrire de façon précise et non suggérée cette sensation. Le vertige est le plus souvent typiquement giratoire (vertige vient de "vertere" = tourner). Le sujet se sent tourner comme sur un carrousel. Le sens de rotation, horaire ou anti-horaire est souvent bien précisé.
- - Il peut être **violent** : imposant la position couchée, immobile.
- - ou **discret** : . simple sensation vertigineuse brève (quelques secondes) aux changements de position de la tête et/ou du corps , sensation vertigineuse ou d'ébriété larvée et permanente.
- - Plus rarement, il s'agit d'une impression de déplacement linéaire, latéral, antéro-postérieur, vertical (chute dans un trou).
- **Le diagnostic positif de vertige** repose sur :
 - - L'anamnèse et les caractères descriptifs du symptôme : illusion du mouvement.
 - - L'examen labyrinthique
- **a) Le praticien recherchera les éléments du syndrome vestibulaire spontané :**
 - **1 / Le nystagmus (N)**

Mouvement conjugué des deux yeux, biphasique, à ressort (déviations lente, tonique, suivie d'un mouvement de rappel rapide, ce dernier définissant par convention les sens du nystagmus). Le nystagmus peut être observé à l'oeil nu, ou mieux, sous lunettes grossissantes (Bartels).

- **2 / Les déviations segmentaires**
- - par la manoeuvre des bras tendus (B.T.)
- **3 / Les déviations axiales par l'épreuve de Romberg**
- Dans un Romberg vestibulaire, la déviation (en général latéropulsion) se manifeste après un certain temps de latence. Elle apparaît ou s'aggrave à la fermeture des yeux.

5 Polypose naso sinusienne

- La polypose nasosinusienne (PNS) est une sinusite chronique inflammatoire, dont
- l'origine reste encore mal connue.
- Cette sinusite chronique est responsable d'une dégénérescence oedémateuse de
- la muqueuse sinusienne aboutissant à la formation de polypes (tumeur bénigne).
- Ces polypes vont rapidement grossir et envahir l'ensemble des cavités nasales
- et sinusiennes.
- LES SYMPTOMES
- En règle générale les patients consultent pour 2 symptômes majeurs
- - L'obstruction nasale (nez bouché)
- - Et la perte d'odorat (anosmie)
- Ces symptômes peuvent être récents ou anciens.
- D'autres symptômes peuvent amener à consulter :
- - les douleurs (sur le front, l'oeil, les maxillaires) en cas d'infection associée
- - la rhinorrhée (sensation d'écoulement nasal)
- - les éternuements
- Le médecin recherchera toujours une allergie connue, un asthme, une intolérance à l'aspirine
- Le diagnostic repose sur la FIBROSCOPIE NASALE
- Cet examen pratiqué en consultation permet de faire le diagnostic en retrouvant
- des polypes (aspect de grain de raisin gris jaune) dans les 2 fosses nasales et de

- faire un premier point sur l'extension de cette maladie

D-PATHOLOGIE D'ONCOLOGIE

• CANCER DU LARYNX

- Ce sont toutes les **tumeurs malignes primitives** qui sont nées aux dépens de la muqueuse qui tapisse l'**endolarynx**.
- Il s'agit de cancers **fréquents** de nos jours survenant chez l'**adulte**, le plus souvent **fumeur** et se manifestant assez tôt par des signes laryngés très révélateurs notamment la **dysphonie** nécessitant un examen spécialisé.
- Le pronostic fonctionnel ou vital est d'autant plus meilleur que le dg est fait précocement
- **Du point de vue histologique** : Le cancer du larynx est en règle générale un **carcinome épidermoïde**, exceptionnellement un sarcome.
- **SIEGE** :
- **La corde vocale** : les cordes vocales, dans leur 1/3 moyen ne connaissent pas de drainage lymphatique si bien qu'il est exceptionnel que cette localisation s'accompagne d'une adénopathie métastatique expliquant leur évolution longtemps locale. Le risque de métastase ganglionnaire est plus important en cas d'atteinte de la commissure antérieure du larynx.
- **Le ventricule** : il est situé entre la face supérieure de la corde vocale et le plancher de la bande ventriculaire. Cette localisation tumorale s'étend préférentiellement au cartilage thyroïde. Le risque de métastase ganglionnaire est de 60% car le réseau lymphatique se draine vers les ganglions jugulo-carotidiens supérieurs et moyens de façon bilatérale.
- **Le vestibule laryngé** : c'est une localisation très fréquente. Elle concerne soit la face laryngée de l'épiglotte soit une bande ventriculaire soit s'étend, comme c'est classique, au niveau du pied de l'épiglotte et des bandes ventriculaires réalisant une lésion en fer à cheval. Le risque de métastase ganglionnaire bilatérale est aussi de 60%. L'ulcération du cartilage épiglottique est fréquente, la tumeur peut envahir alors la loge pré-épiglottique.
- **La sous-glotte** : elle est située en dessous du niveau de la corde vocale. Le risque de métastase ganglionnaire est de 10 à 40 % surtout au niveau des chaînes récurrentielles. Cette localisation est d'un mauvais pronostic.
- **Signes d'appel et circonstance de découverte**
- **Le maître symptôme est la DYSPHONIE** +++: La persistance d'une dysphonie impose l'examen du larynx au miroir pour en reconnaître la cause surtout s'il s'agit d'un sujet fumeur de 40 ans ou plus. La dysphonie est précoce puis progresse de façon insidieuse.

- **La dyspnée est plus tardive** et témoigne d'une tumeur volumineuse apparaissant d'abord à l'effort puis de façon continue. Elle est souvent le seul signe d'appel d'un carcinome de la sous-glotte.
- **La dysphagie** : apparait dans les cancers sus glottiques (vestibule laryngé) ou les très volumineuses tumeurs laryngées. Elle s'accompagne souvent d'une **odynophagie** (douleur à la déglutition), et d'une **otalgie réflexe** du côté de la lésion tumorale.
- **Une adénopathie cervicale** en apparence isolée peut révéler un cancer du larynx (sus glottique) et doit toujours faire pratiquer un examen ORL complet à la recherche d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures, ce d'autant plus que le sujet est tabagique.
- **Des signes plus rares**, jamais isolés, crachats hémoptoïques, une sensation de corps étranger peuvent révéler une tumeur du larynx.
- **L'examen du larynx repose sur la laryngoscopie indirecte au miroir sous bon éclairage.**
- Une **fibroscopie laryngée** est nécessaire voire une **micro-laryngoscopie en suspension** (MLES) sous anesthésie générale si la laryngoscopie indirecte est difficile.
- **La vérification complète du larynx** : est indispensable devant les signes d'appel cités surtout si le sujet est grand fumeur. Elle précisera le siège et l'extension, l'aspect macroscopique de la tumeur, la mobilité des cordes vocales et des aryténoïdes.
- **Palpation des aires ganglionnaires cervicales** : l'existence d'une adénopathie cervicale métastatique aggrave le pronostic et modifie les modalités du traitement.
- **Recherche de métastases** : viscérales pulmonaires, hépatiques et osseuses.
- **Le bilan général** : apprécie l'état nutritionnel, les fonctions respiratoires avant d'envisager une chirurgie partielle laryngée, l'état cardiovasculaire, rénal, hépatique, l'état dentaire enfin.

• CANCER DU CAVUM

- : les cancers du rhinopharynx se distinguent des autres cancers des VADS par de nombreux caractères:
- **Leur développement** : dans une cavité profondément située sous la base du crâne difficile d'accès,
- **Le début** : est souvent asymptomatique et se manifeste par leur **symptomatologie d'emprunt**, fréquemment liée à l'atteinte des structures anatomiques voisines, c'est pour cela que souvent le dg est tardif.
- **Leurs caractères histologiques**: carcinomes malpighiens peu différenciés ou indifférenciés,
- **Leur particulière radiosensibilité,**

- Leur étiologie : liée à la présence du virus Epstein Barr et non à l'alcool-tabagisme
- : les cancers du rhinopharynx appartiennent à 3 groupes histologiques principaux:
 - **Les carcinomes épidermoïdes ou malpighiens différenciés plus ou moins kératinisants;**
 - **Les carcinomes épidermoïdes indifférenciés** : appelés **carcinomes nasopharyngiens** ou UCNT ("undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type") appelés auparavant lympho-épithéliomes. C'est les plus fréquents.
 - **Le lymphome malin non hodgkinien** (LMNH) : est plus rare.
 - **Les autres tumeurs malignes** : sont exceptionnelles chez l'adulte (plasmocytome, adénocarcinome, cylindrome).
- **Les carcinomes du cavum** sont très **lymphophiles** et s'accompagnent d'adénopathies dans 60% à 80% des cas. Souvent de façon bilatérale.
- Signe clinique
- **Les signes d'appel** : ce sont des signes d'emprunt, et se divisent en 4 syndromes :
 - **Syndrome ganglionnaire** : ADP cervicales (40 %). Elles sont souvent bilatérales.
 - Le premier signe est fréquemment une ou des ADP cervicales haut situées dans le territoire sous-digastrique ou le territoire spinal haut (triangle postérieur du cou) de distribution uni ou bilatérale.
 - **Syndrome otologique** : (25%) :
 - **Catarrhe tubaire unilatéral, OSM,**
 - **Hypoacousie unilatérale progressive de transmission** : par dysfonctionnement de la trompe d'Eustache que ce soit un catarrhe tubaire ou un épanchement séro-muqueux de l'oreille moyenne.
 - **Acouphènes, otophonie.**
 - **Syndrome rhinologique** (20 %) : obstruction nasale unilatérale, épistaxis.
 - Epistaxis récidivantes;
 - Rhinorrhée purulente ou sanguinolente ne cédant pas à un traitement antibiotique bien conduit;
 - Obstruction nasale uni ou bilatérale d'apparition progressive.
 - *Ces signes sont évocateurs d'une origine tumorale surtout s'ils sont unilatéraux*
 - **Syndrome neurologiques** : (10 %) des signes neurologiques peuvent être révélateurs: névralgies du V ou du IX, paralysies oculomotrices(VI), céphalées.
 - *Cette symptomatologie est trompeuse, il faut toujours bien examiner le cavum dans ces situations cliniques.*
- L'examen clinique : conduit sous bon éclairage au miroir en rhinoscopie postérieure. L'examen est facilité par l'utilisation d'optiques rigides par voie nasale ou à 90° par voie de l'oropharynx ou à l'aide d'un nasofibroscope au besoin après anesthésie locale

Etude statistique

Introduction

- Nous avons mené une étude rétrospective d'une série des cas des pathologies les plus fréquentes traités au service d'ORL au CHU de Tlemcen durant une période d'une année 2012.
- La collecte des cas s'est faite à partir de
 - registre des gardes
 - Registre de consultation d'otologie
 - Registre de consultation d'oncologie
 - Registre de consultation au niveau de la polyclinique abou techfine
- L'analyse a été effectuée en utilisant l'excel.

Les objectifs

- Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :
- **Objectif général :**
- Etudier les pathologies les plus fréquentes dans le service d'ORL CHU TLEMEN ainsi au niveau de EPSP Abou techfine du janvier au décembre 2012.
- **2. Objectifs spécifiques :**
- * déterminer la fréquence de ces pathologies selon le type de la pathologie et l'âge des patients
- * déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques de ces pathologies ;
- **Limite des sujets :**
-
- **Les critères d'inclusion :**
- *Les patients inclus durant cette étude : tout les patients qui ont consultés au niveau service d'ORL, les urgences CHU Tlemcen et au niveau de la consultation externe; durant l'année 2012.*

- **Les critères d'exclusion :**

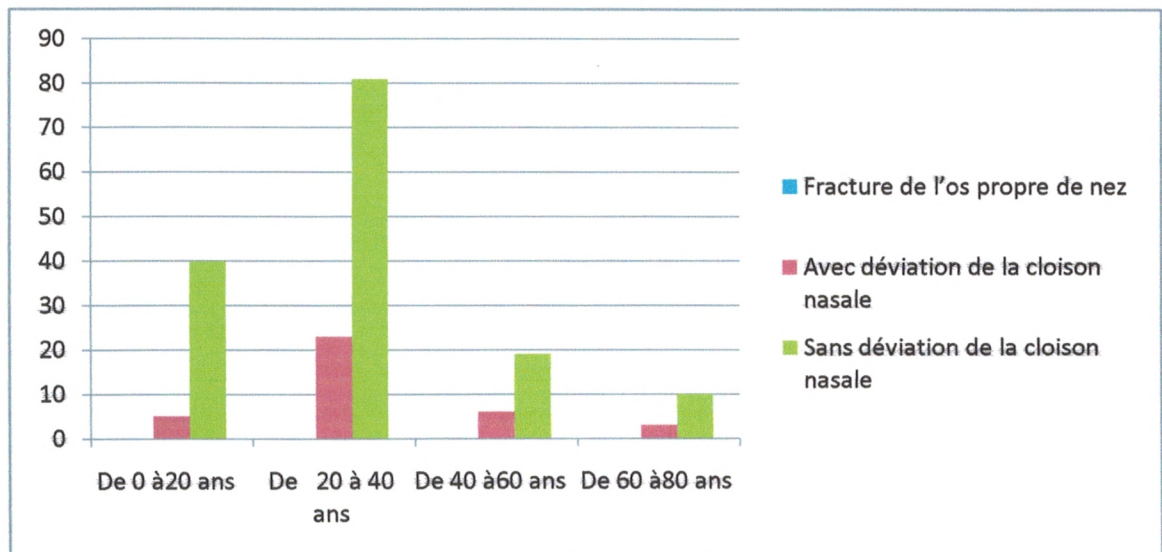
- *Les patients exclus durant cette étude : les patients ayant consulté , mais dont ils ne figure pas dans les registres de consultation*

1-La Consultation d'urgence

- données épidémiologiques

Répartition des Cas de fracture de l'os propre du nez avec et sans déviation de la cloison nasale selon l'age

Age	De 0 à20 ans	De 20 à 40 ans	De 40 à60 ans	De 60 à80 ans
Fracture de l'os propre de nez				
Avec déviation de la cloison nasale	05	23	06	03
Sans déviation de la cloison nasale	40	81	19	10

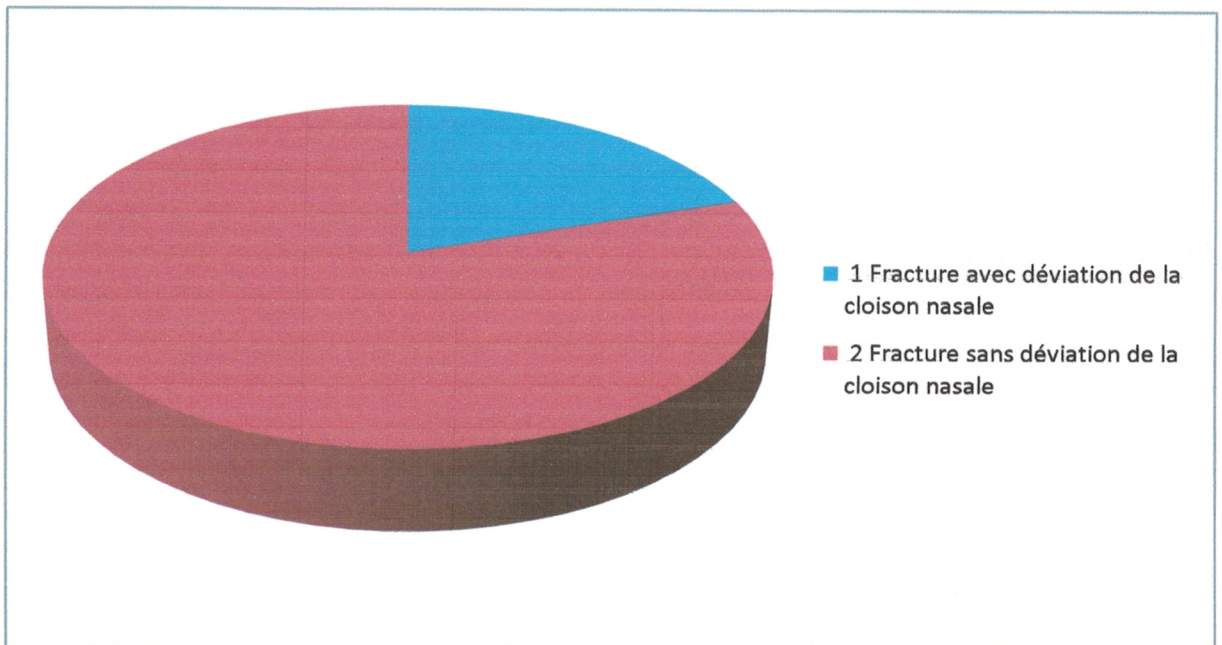


Répartition des cas selon la tranche d'age premier tableau

Répartition selon la déviation ou pas de la cloison nasale histogramme

Répartition des cas selon la déviation ou pas de la cloison 2 eme tableau

	Nombres de cas	Pourcentage
1 Fracture avec déviation de la cloison nasale	37	19,79 %
2 Fracture sans déviation de la cloison nasale	150	80,21 %
total	187	100 %

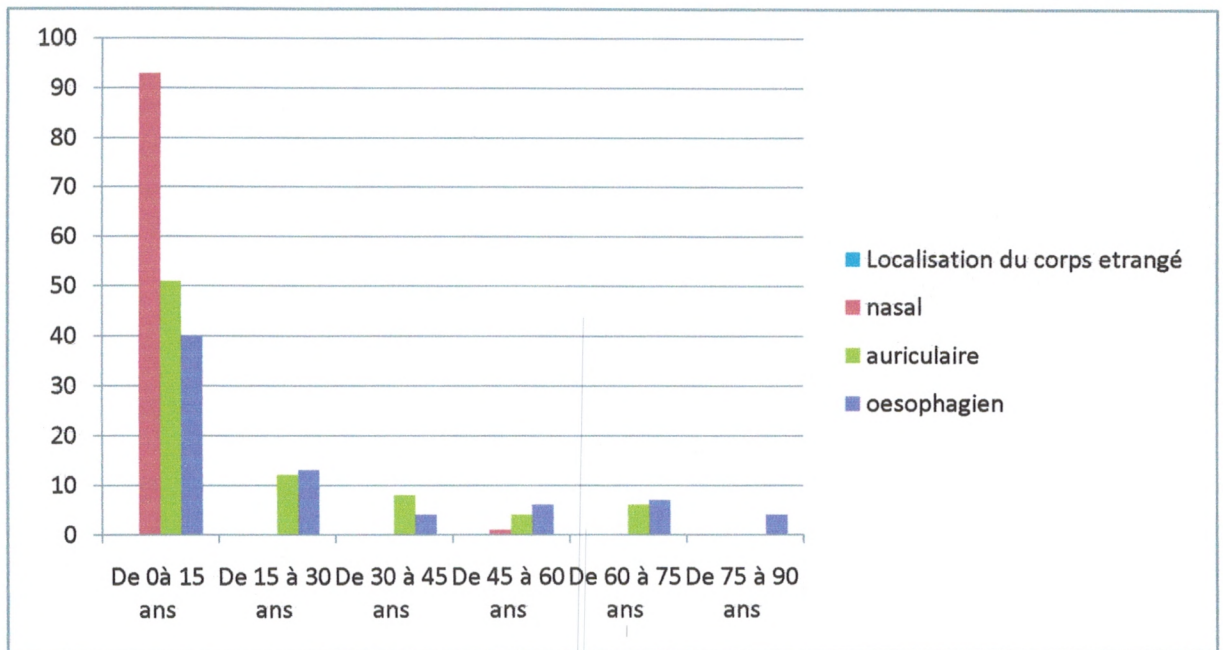


- Le commentaire:
- cette série est caractérisée par l'âge jeune des patients avec un âge moyen global de 30 ans.
- Les fractures sans déviation de la cloison nasale sont plus fréquente que les fractures avec déviation de la cloison nasale.
- Le plus jeune dans notre série avait 03 ans, et le plus âgé avait 79 ans.
- La tranche d'âge la plus touchée était entre 20et 40 ans pour les deux types de fractures.

les Différentes localisations des corps étrangers

AGE	De 0 à 15 ans	De 15 à 30 ans	De 30 à 45 ans	De 45 à 60 ans	De 60 à 75 ans	De 75 à 90 ans
Localisation du corps étranger						
nasal	93	00	00	01	00	00
auriculaire	51	12	08	04	06	00
oesophagien	40	13	04	06	07	04

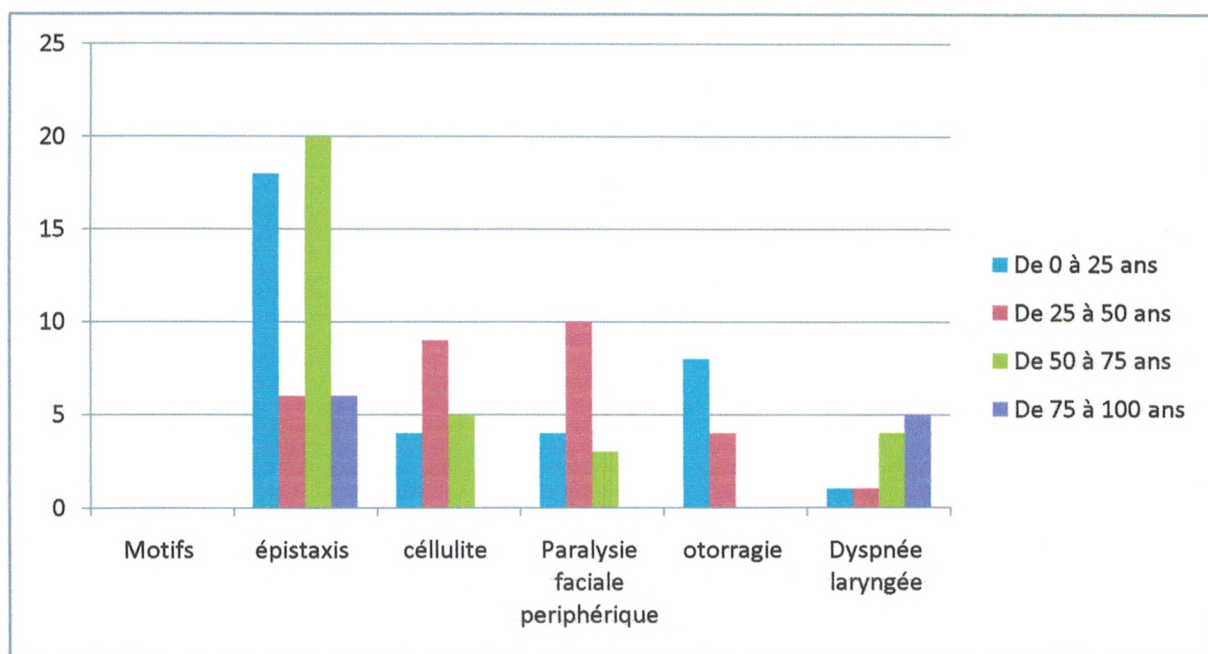
REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE



- **Commentaire:**
 - Les localisations des corps étrangers nasals se voient le plus fréquemment chez les jeunes enfants durant les premières années surtout.
 - les corps étrangers auriculaires et œsophagiens touchent les différentes tranches d'âges avec un pic au jeune âge.
- les autres consultations d'urgences

AGE	De 0 à 25 ans	De 25 à 50 ans	De 50 à 75 ans	De 75 à 100 ans
Motifs				
épistaxis	18	06	20	06
cellulite	04	09	05	00
Paralysie faciale périphérique	04	10	03	00
otorragie	08	04	00	00
Dyspnée laryngée	01	01	04	05

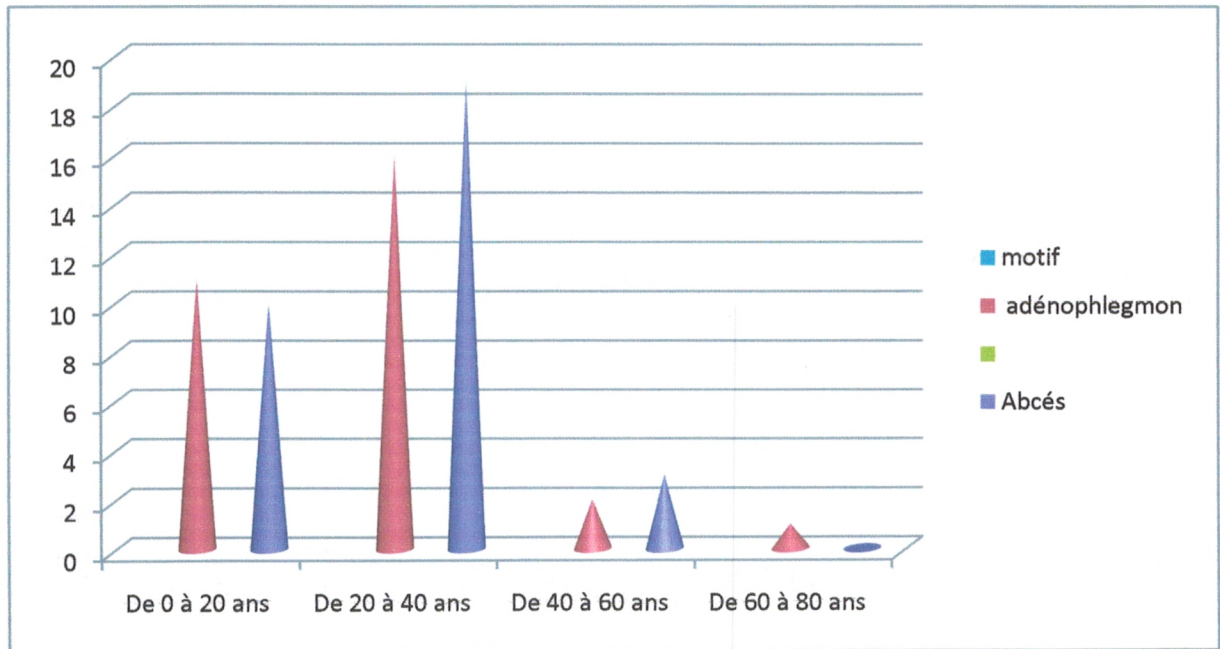
REPARTITION SELON L'AGE



commentaire

- L' épistaxis se voit le plus souvent chez les extrêmes âge en générale.
- Les cellulites et les paralysies faciales périphériques se vont à tous âge avec un pic de fréquence en jeune âge.
- L'otorragie se voie surtout chez les enfants et les jeunes.
- La dyspnée laryngée se voie à tout âge mais surtout chez les adultes

Age	De 0 à 20 ans	De 20 à 40 ans	De 40 à 60 ans	De 60 à 80 ans
motif				
adénophlegmon	11	16	02	01
Abcès	10	19	03	00

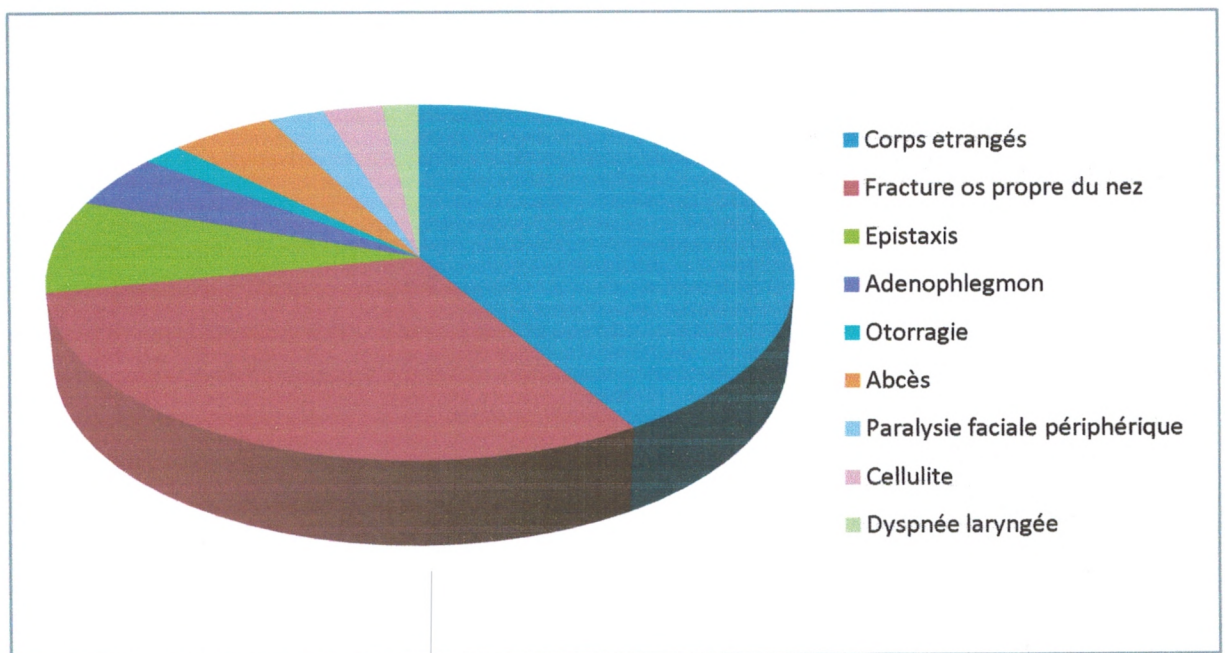


	Nombre de cas	pourcentage%
Corps étrangers	256	41,76%
Fracture os propre du nez	187	30,5%
Epistaxis	50	8,5%
Adenophlegmon	30	4,9%
Otorragie	12	1,96%
Abcès	32	5,22%
Paralysie faciale périphérique	17	2,78%
Cellulite	18	2,93%
Dyspnée laryngée	11	1,83%

commentaire

- On observe que Les adenophlegmons et les abcès ont pratiquement la même fréquence
- Ils ont un pic de fréquence surtout avant 40 ans.
- Après 60 ans presque ils n'existent pas.

Répartition des cas selon la fréquence



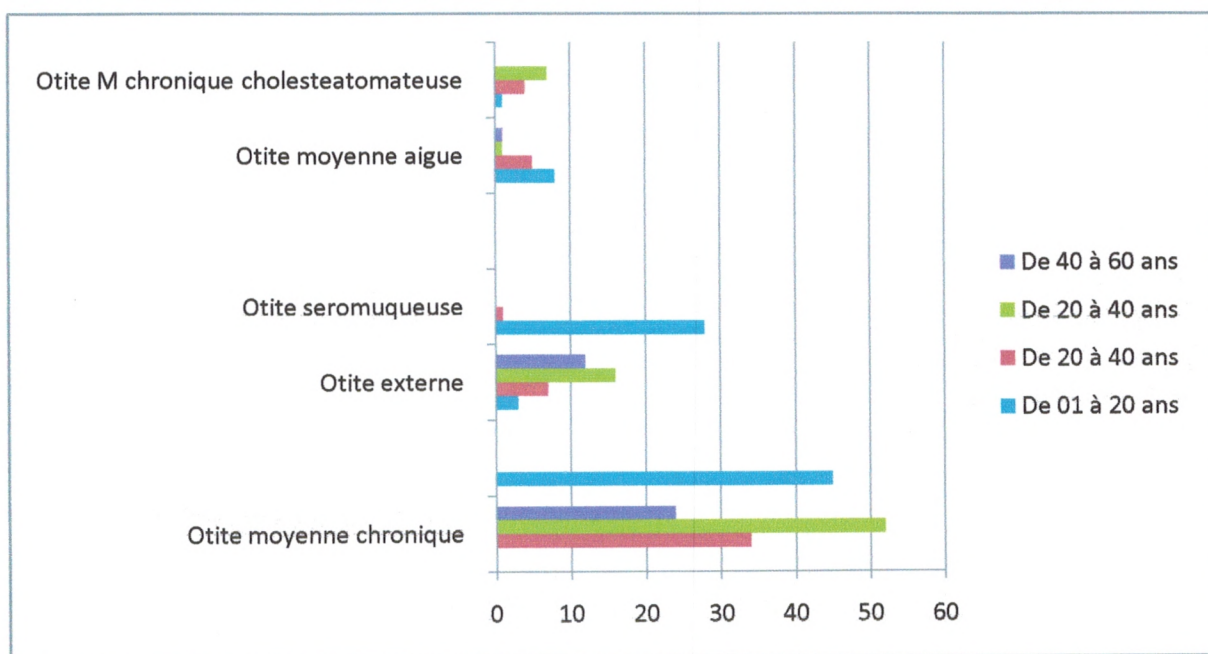
- Donc en conclusion de la consultation d'urgence:
- Les corps étrangers sont les plus fréquents des consultation d'urgence.

Les fracture de l'os propre du nez occupent la deuxième place.

donc ces deux pathologies occupent plus de 72% de la pathologie d'urgence.

2-La consultation d'otologie les otites moyennes

	De 01 à 20 ans	De 20 à 40 ans	De 40 à 60 ans	De 60 à 80 ans
Otite M C	45	34	52	24
Otite externe	03	07	16	12
Otite seromuqueus	28	01	00	00
Otite M A	08	05	01	01
Otite M CC	01	04	07	00



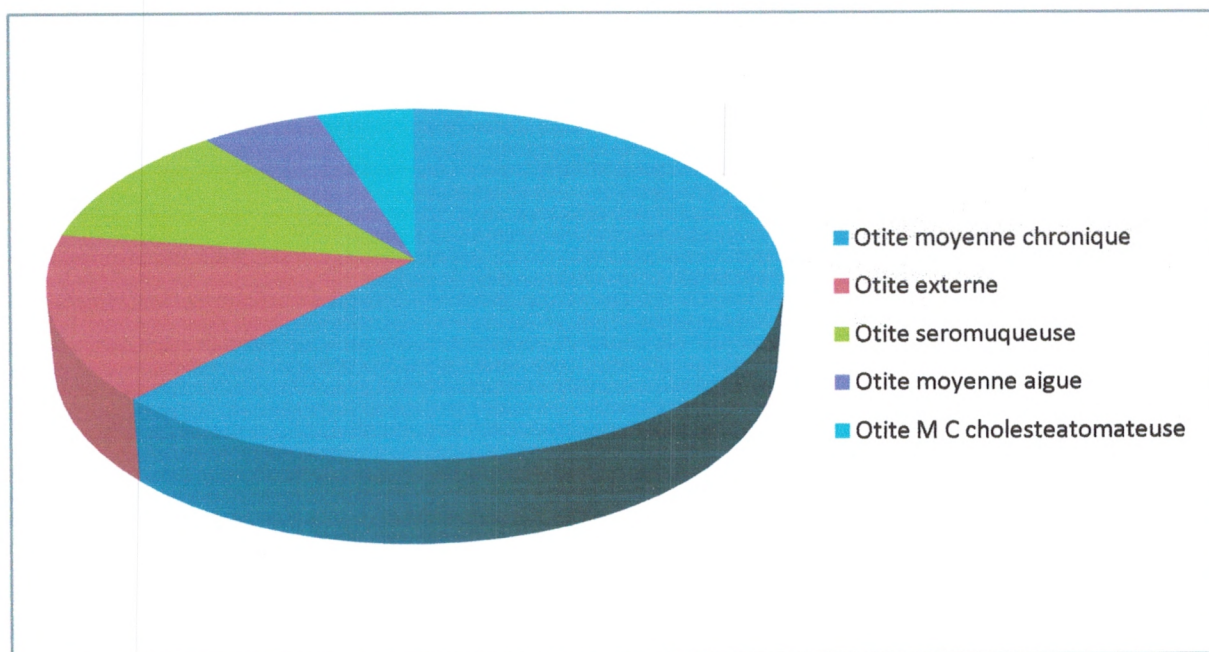
REPARTITION SELON L'AGE

commentaire

- Les otites moyennes chroniques ont pratiquement la même fréquence selon l'âge
- Les otites moyennes aiguës ont une prédominance surtout chez les jeunes alors que les otites externes ont une prédominance chez les adultes.
- On observe que les otites seromuqueuses représentent la quasi majorité chez les moins de 20 ans
- La prédominance chez les adultes de l'otite moyenne chronique cholesteatomateuse est nette.

	nombre de cas	pourcentage%
Otite moyenne chron	155	62,24%
Otite externe	38	15,26%
Otite seromuqueuse	29	11,64%
Otite moyen aigue	15	6,02%
Otite M C	12	4,84%
Total	249	100%

Répartition selon la fréquence



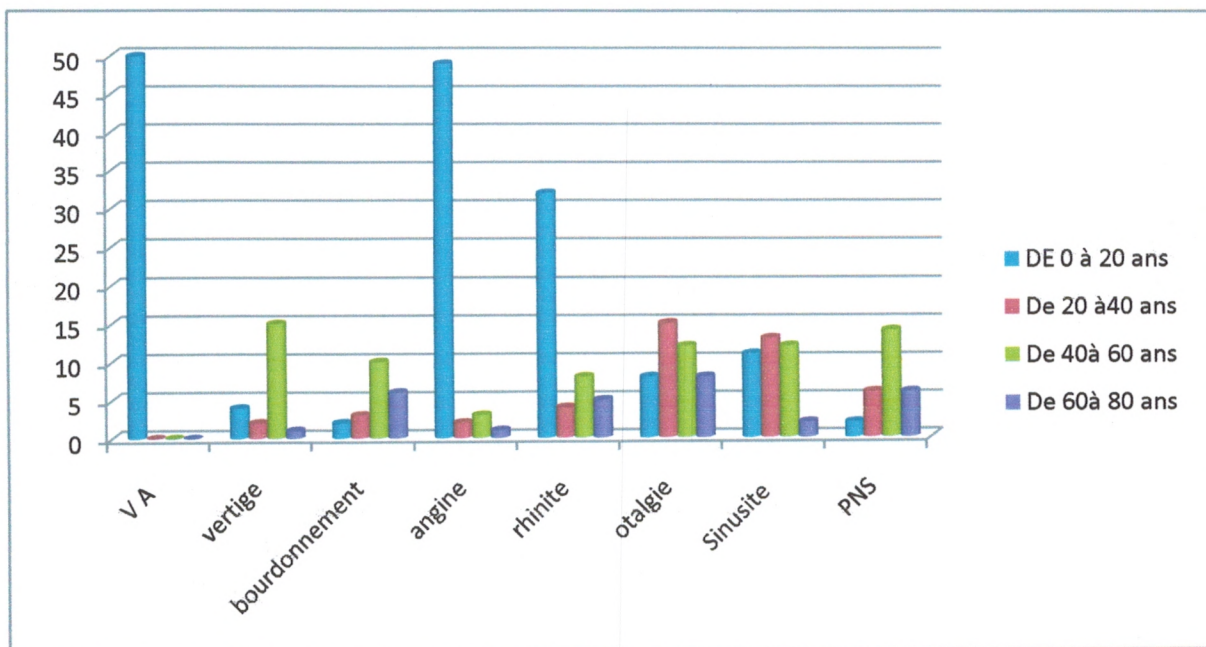
- La prédominance de l'otite moyenne chronique au niveau de la consultation est évident, elle représente plus que la moitié des cas.

3-CONSULTATION EXTERNE

Répartition selon l'âge

	DE 0 à 20 ans	De 20 à 40	De 40 à 60 ans	De 60 à 80 ans
V A	50	00	00	00
vertige	04	02	15	01
bourdonnement	02	03	10	06
angine	49	02	03	01
rhinite	32	04	08	05
otalgie	08	15	12	08
Sinusite	11	13	12	02
PNS	02	06	14	06

Répartition des cas selon l'âge

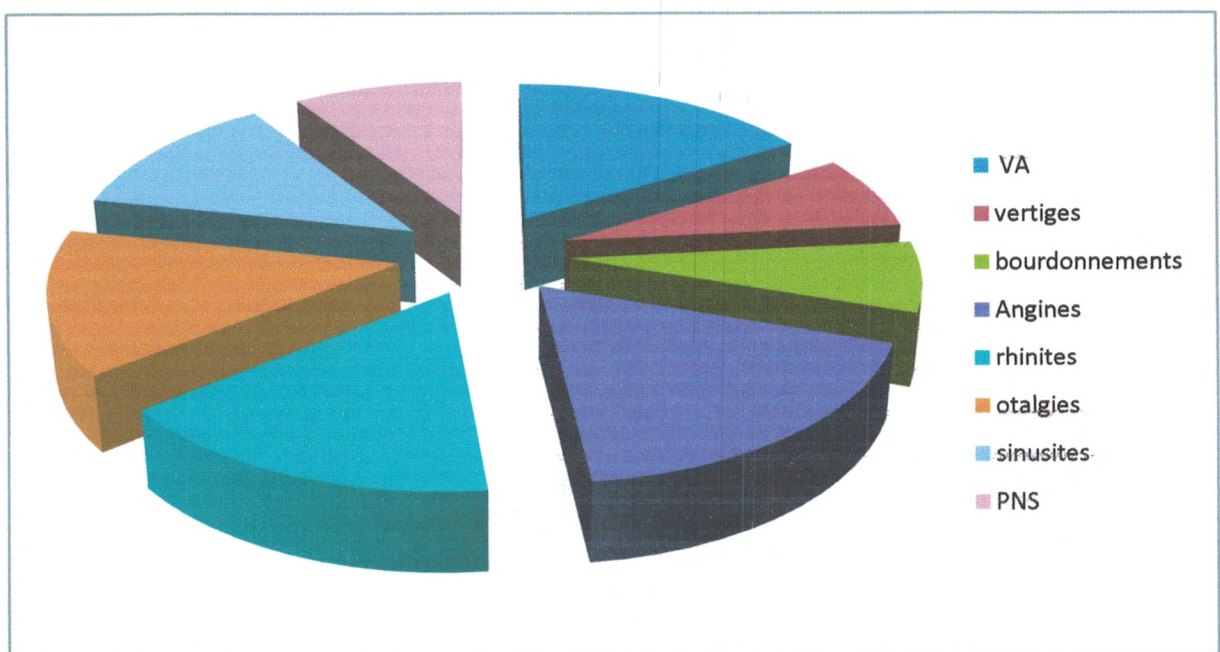


	Nombres de cas	pourcentages
VA	50	16,33
vertiges	22	7,18
bourdonnements	21	6,86
Angines	55	17,97
rhinites	49	16,03
otalgies	43	14,06
sinusites	38	12,42
PNS	28	9,15

commentaire

- On voit que les végétations adénoïdes se répartissent en totalité chez les enfants.
- Dans ce graphique on observe que les rhinites ainsi que les angines sont fréquents chez les adolescents.
- La prédominance du vertige s'observe surtout chez les adultes de plus de 40 ans.
- Concernant le bourdonnement d'oreille, l'otalgie, les sinusites et les polypes nasosinusiens ont presque la même répartition selon l'âge.

Répartition selon la fréquence



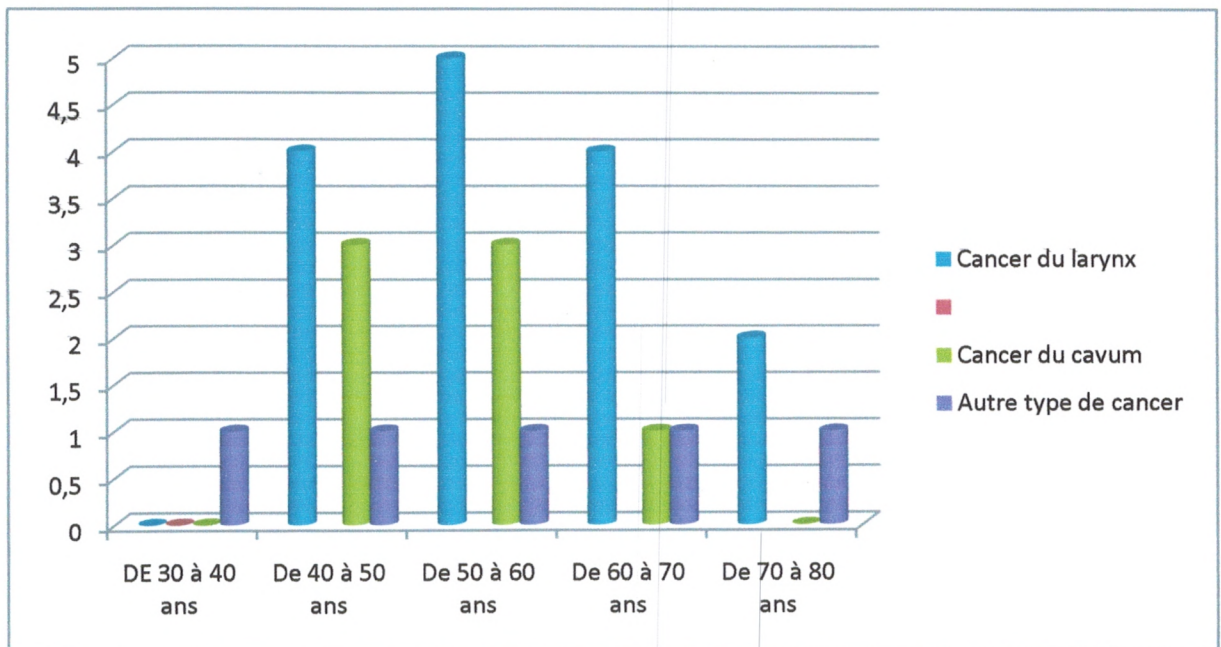
commentaire

- On observe que les végétations adénoïdes ainsi que les angines occupent la première place de consultation
- Les rhinites, les sinusites et les otalgies sont des pathologies fréquentes

4-CONSULTATION D'ONCOLOGIE

Répartition des cancers selon l'âge

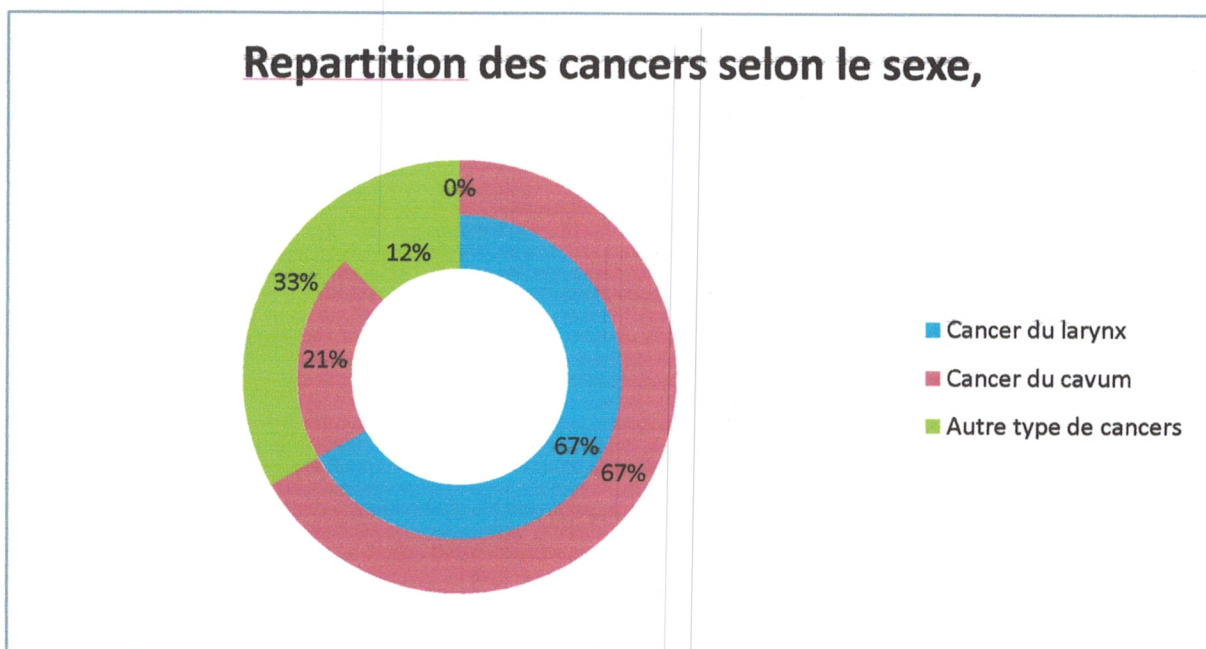
	DE 30 à 40 ans	De 40 à 50 ans	De 50 à 60 ans	De 60 à 70 ans	De 70 à 80 ans
Cancer du larynx	00	04	05	04	02
Cancer du cavum	00	03	03	01	00
Autre type de cancer	01	01	01	01	01



- Commentaire:
- Les cancers les plus retrouvés en consultation d'ORL sont les cancers du larynx et du cavum
- Le cancer du larynx touche surtout l'adulte avec un pic entre 50 et 60 ans
- Le cancer du cavum est rare après 70 ans, il a presque la même fréquence entre 40 et 60 ans

	HOMME	FEMME
Cancer du larynx	16	00
Cancer du cavum	05	02
Autre type de cancers	03	01

Répartition selon le sexe



- Commentaire:
- Le cercle externe représente la femme
- Le cercle interne représente l'homme
- On constate que le cancer du larynx prédomine chez les hommes, n'attient pas les femme
- On voit que le cancer du cavum atteint les femmes avec un sexe ratio=2,5

Discussion des résultats

- Sur tous les différents types de consultation que ce soit d'urgence, d'otologie, externe ou d'oncologie on a des pathologies plus fréquentes que d'autres:
- Au niveau de la **consultation d'urgence** on voit la prédominance des corps étrangers qu'elle que soit leur localisation et elle présente 256 cas sur 316 cas donc 41,76 % du total des consultations et elle prédomine chez les enfants car ils ont tendance à mettre ce qui est entre leurs mains dans leurs bouches, leurs nez, ou leur oreille sans qu'ils pensent
- Quelque type des corps étrangers

- auriculaires: pile , bout de plastique, perle, légumes secs, bout de papier parfois on trouve des insectes
- Nasaux: pile, perle , légumes secs, papier, cailloux , bout de gomme
- Œsophagiens :surtout les pièces de monnaies chez les enfants et des morceaux de nourritures chez les adultes(os de poulet)
- Donc le risque d'infection augmente selon la nature du corps étranger et son délais de sa localisation d'où la nécessiter d'extraction des possible
- Il y a des situations d'urgences ou il faut l'extraction en urgence comme les piles car ils libèrent leurs produits toxiques donc risque de corrosion chimique et on cas de corps étranger œsophagien par la monnaie car risque de perforation œsophagienne et des complications locales donc la chirurgie s'impose
- On a aussi la prédominance des fractures de l'os propre du nez qui représente 187 cas sur un total de 613 cas ce qui vaut 30,5%
- Leurs fréquences se projettent sur les traumatismes directs sur le nez exemple une agression par un coup de bois ou de métal ou une chute réception faite sur le nez
- On doit confie le malade pour une chirurgie si la fracture est associer a une déviation de la cloison nasale ou si la fracture est enfoncée
- La fracture est réduite par les voies naturelles (les narines) et ne comporte pas d'incision, afin de retrouver si possible l'aspect initial du nez.
- La perméabilité des fosses nasales est contrôlée. C'est à dire qu'on vérifie s'il existe ou non une luxation traumatique de la cloison nasale. Si tel est le cas, on procède également à sa réduction. Il faut savoir que ce geste très simple, qui doit être tenté, a des résultats parfois décevants et qu'il est parfois nécessaire de procéder, en cas de luxation traumatique de la cloison, à une deuxième intervention, 3 mois au moins après cette réduction afin de corriger à coup sûr une déviation de cloison séquellaire (septoplastie).
- En fin d'intervention, des mèches sont mises en place dans le nez. Elles permettent d'arrêter le saignement mais surtout de tenir la fracture réduite en place (contention interne).
- On **pathologie d'otologie** on voie la nette prédominance des otites moyennes chroniques sur 249 malades on a 155 cas qui est équivalent a 62,29 %.
- . L'OMC peut succéder OMA surtout si elle est récidivante. Elle s'installe souvent sournoisement.
- **Différents facteurs peuvent intervenir, souvent intriquer :**
- Inflammation et/ou obstruction chronique des voies aériennes supérieures (obstruction nasale, sinusite, hypertrophie des végétations adénoïdes...)
- Dysfonctionnement de la trompe d'EUSTACHE

- Dystrophie ou fragilité muqueuses des voies aériennes supérieures par perturbation immunitaire locale (allergie ou non)
- Le bilan d'une OMC surtout muqueuses, doit toujours comporter un examen soigneux des voies aériennes supérieures et leur mise en état fait partie des objectifs thérapeutiques.
- Un processus infectieux s'y surajoute souvent, cause de réchauffement de l'OMC.
- Donc il faut
- : rompre le cercle vicieux crée par l'obstruction tubaire.
- Ablation des végétations adénoïdes
- Action médicale sur une éventuelle fragilité muqueuse (cf affections rhinopharyngées de l'enfant) = traitement du terrain
- **Si hypoacousie persiste, bilatérale et/ou = 25dB**, mise en place d'aérateur trans-tympanique (synonyme : **diabolos**), qui seront laisser plusieurs mois.
- En rétablissant une pression d'air normale dans la caisse du tympan, ils permettent :
- La vidange de l'épanchement muqueux par la trompe par «effet du 2^{ème} trou dans une boîte de jus de fruits ».
- L'aération de l'oreille moyenne ; l'hypoacousie régresse
- On **consultation externe** les pathologies ont presque la même fréquences surtout les végétations adénoïde les angines les rhinites et les sinusites qui ont surtout un pic en hivers
- Un traitement adéquat de la cause peu diminuer leur fréquences
- Traitement des V A
- A chaque fois que l'hypertrophie entraine des **complications locorégionales importantes**.
- Mais avant d'opérer, il est indispensable d'éliminer d'autre infections responsables de troubles similaires tels que: sinusites, rhinites allergiques, corps étrangers méconnus des fosses nasales...
- Ainsi:
- Rhino-pharyngites répétées ayant subi des traitements antibiotiques répétés.
- Otites itératives surtout +++
- Laryngites chroniques...
- De toute façon, l'adénoïdectomie est un geste banal et bien supporté.

- Elle donne très souvent d'excellents résultats sur la fonction respiratoire nasale des enfants.
- Elle est rarement totale et plusieurs interventions sont parfois nécessaires
- Traitement des rhinites
- **Chez l'adulte :**
- Mouchage soigneux atraumatique avec mouchoirs jetables.
- Instillation de sérum physiologique, de vasoconstricteurs (courte durée : 4 à 5 j)
- Antipyrétique, décongestifs par voie générale : Dénoral, Actifed, Vit C.....
- **Chez l'enfant:** mouchage, instillation de sérum physiologique, antiseptique local, antipyrétique, Vit C
- **Chez le NNé :**
- Désobstruction nasale en urgence : aspiration, adrénaline 1/1000,
- ATB, antipyrétique.
- Traitement des angines
- **Prophylactiques :** hygiène bucco dentaire, dans le cas d'angine diphtérique : isoler le malade afin d'éviter le contagé.
- **Curatifs :**
 - **Médicaux :**
 - **Locaux :** ATB, antiseptique, AINS, collutoire, badigeonnage.
 - **Généraux :** ATB, AINS, antalgiques, vitaminothérapie, antipyrétiques, sérothérapie.
 - **Chirurgicaux :** amygdalectomie, incision en cas phlegmon.
- Traitement des sinusites
- Prélèvement bactériologique endonasal (au cours d'une rhinoscopie autant que possible.)
- Traitement médical institué rapidement
- Eviter le tabac et les polluants atmosphériques si possibles
- Intérêt des inhalations qui améliorent le confort et le drainage
- **Traitement médical :**
- **Antibiotiques:** actifs sur le pneumocoque (15%), les streptocoques (9%) les germes producteurs de Beta-lactamases tels *Haemophilus influenzae* (35 %), *Staphylococcus aureus*, *Moraxella Catharrhalis* et les anaérobies: amoxicilline et acide clavulanique ou une céphalosporine pendant 10 jours
- En cas d'allergie, triméthoprime-sulfaméthoxazole

- Vasoconstricteurs locaux pendant 6 jours, inhalations mentholées
- Anti-inflammatoires stéroïdiens per os (1 mg/kg) ou non stéroïdiens pendant 6 jours
- Antalgiques, antipyrétiques
 - **Antihistaminiques** si sinusite allergique
- En cas d'échec du traitement, intérêt de l'antibiogramme. Utilisation du céfotaxime, de la ceftriaxone
- On **pathologie d'oncologie** on voie qu'il ya une augmentation des pathologies cancéreuses surtout larynx et cavum
- La croissance des tumeurs du larynx est en relation avec l'alcool et le tabac
- Le pronostic dépend de l'étage atteint du volume de la tumeur et la profondeur donc le traitement sera adaptée a chaque type de tumeur
- **INDICATIONS THERAPEUTIQUES**
- **La radiothérapie exclusive : est utilisée pour les tumeurs peu volumineuses (T1)** de la corde vocale ou du vestibule laryngé avec une mobilité laryngée conservée, en l'absence d'adénopathie cervicale palpable.
- **La chirurgie partielle du larynx** : est décidée pour des tumeurs limitées à mobilité conservée de la corde vocale ou du vestibule (T1, T2).
- **L'association radiochirurgicale : peut être utilisée pour les tumeurs volumineuses (T3,T4)** avec une corde vocale fixée nécessitant une laryngectomie totale associée à un évidement ganglionnaire bilatéral suivi de radiothérapie. Cependant de nombreux protocoles sont en cours pour évaluer la radiothérapie exclusive, la radiochimiothérapie concomittante ou la chimiothérapie d'induction pour préserver le larynx et éviter une laryngectomie
- On voit que le cancer du cavum est fréquent dans notre pays parce qu'il est fréquent dans les pays de Maghreb
- Il n'est pas due a l'alcool ni au tabac mais due a EBV
- Autre facteurs génétique et environnement sont intriqués
- Le traitement repose sur
- **Radiothérapie** : avant tout à la fois sur le cavum et sur les aires ganglionnaires, à la dose de 65 à 70 grays.
- **La chimiothérapie** : peut être proposée avant la radiothérapie et après la radiothérapie.
- Le protocole le plus fréquemment utilisé est le protocole BAC (*Bléomycine - Adriamycine, Cisplatyl*)

- Elle est utilisée sous forme de 3 cures de BAC avant la radiothérapie. On évalue la réponse suite à ces 3 cures de chimiothérapie. 2 cas de figure vont se présenter :
- Soit le sujet est répondeur et 3 cures seront réalisées après la radiothérapie.
- Soit le sujet n'est pas répondeur et en règle générale, la chimiothérapie n'est pas utilisée après la radiothérapie.
- **La chirurgie** ne concerne que l'exérèse des adénopathies restantes plus de 2 mois après la fin de l'irradiation.

Conclusion

- A la lumière de cette étude rétrospective regroupant plusieurs pathologie des différentes consultations d'ORL on a retirer:
- les pathologie les plus fréquentes .
- Savoir faire en pathologie d'urgence
- Détecter les plus urgences entre eux donc traitement urgent
- Traiter a froid des pathologies bien précises
- Savoir quand on utilise un traitement médical et quand on utilise un traitement chirurgical

Bibliographie

- EMC ORL 2008
- PRECIS D'OTO RHINO LARYNGOLOGIE
- WWW.INFOCANCER.ORG
- ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE
- CONFERANCE D'HIPPOCRATE
- GUIDE MEDICALE FAMILIAL
- WWW.WIKIPEDIA.ORG
- WWW.MEDIXDZ.COM
- WWW.VULGARIS.MEDICAL.COM
- WWW.DOC.CANCER.INFO
- ORLINFO.FREE.FR
- IMPACT INTERNAT ORL
- PHYSIOLOGIE HUMAINE
- WWW.ALAM-DZ.COM
- ELEMENT D'EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE
- WWW.MEDISITE.FR