

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

ORL

Gembloux, le 28 janvier 2006

Le syndrome de Ménière: une rareté

Parmi tous les vertiges, le syndrome de Ménière est une entité rare, voire rarissime. Le syndrome se caractérise par des crises d'atteinte cochléo-vestibulaire d'une durée variable d'1/4h à plusieurs heures. Ces crises se répètent à un rythme variable et sont séparées par des périodes inter-critiques asymptomatiques dans les débuts de la maladie pouvant durer des années. Ces crises sont dues à un hydrops endolymphatique avec ruptures labyrinthiques à minima. La répétition des crises engendre une hypoacousie pouvant aller jusqu'à la surdité profonde et il peut persister une instabilité intercritique. Il s'agit d'une maladie psychosomatique mais il existe des formes familiales (présence du COCH gène). Dans certains cas, il s'agit de formes auto-immunitaires (présence d'anticorps anti-cochléaires). Des intolérances alimentaires pourraient favoriser ou déclencher le syndrome. Il existe aussi une influence hormonale: les crises sont plus fréquentes en deuxième moitié de cycle chez la femme ou en rapport avec des problèmes thyroïdiens.

Des formes atypiques sont décrites: le Lhermoyez où l'on observe une amélioration de l'audition pendant la crise au lieu de la baisse d'acuité auditive classiquement observée, la forme de Tumarkin caractérisée par une drop attack et enfin une ébriété permanente avec persistance d'une atteinte maculaire rendant les sujets sensibles à la pesanteur. Le traitement de la crise fait appel aux diurétiques et substances hyperosmolaires. Le traitement préventif consiste en l'administration de betahistine au long cours. La betahistine n'a pour seule indication que le Ménière et sa prescription devrait rester donc aussi exceptionnelle que le syndrome lui-même. On peut placer des drains transtympaniques associés éventuellement à l'injection intraauriculaire d'ototoxiques chez les patients ont une perte auditive importante (la destruction de l'oreille interne supprimera évidemment les crises). Le Meniett est un appareil destiné à régulariser la pression à travers le drain. Utilisé deux fois par jour, il peut donner jusqu'à 66% de bons résultats.

Et enfin après échec de toutes ces tentatives, la neurectomie vestibulaire est une solution chirurgicale qui a le mérite de préserver l'audition de ces patients.

D'après l'exposé « Tournez manège » du Dr S. CASTELAIN, ORL Cliniques universitaires St Luc, Bruxelles

Suivi des cancers des voies aéro-digestives supérieures

Le tabac et l'alcool sont les deux principaux responsables des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS): bouche, oropharynx, pharynx, larynx et œsophage (à l'exception des adénocarcinomes du bas œsophage). La surveillance de ces cancers doit se faire de manière rapprochée: tous les mois au cours de la première année, tous les 2 mois la 2^e année, tous les 3 mois la 3^e année, tous les 4 mois la 4^e année, tous les 6 mois la 5^e année et tous les ans ensuite. Les consultations de contrôle servent à rechercher une éventuelle récurrence locorégionale mais aussi une seconde localisation cancéreuse, suivre et traiter les complications et séquelles, suivi logopédique et kinésithérapeutique, soutien moral et suivi du sevrage tabagique et/ou éthylique.

Les seconds cancers sont plus fréquents dans les deux ans de traitement que les récurrences. 90% de ces seconds cancers sont des tumeurs in situ ou locale et leur taux de guérison est donc élevé. Pour les cancers des VADS, on observe 20% de cancers simultanés (localisation double, triple voire même quadruple), 5% par an de cancers successifs (allant jusqu'à 50% en 10 ans). Le plancher de la bouche et le bord de la langue sont à examiner et à palper car ce sont des zones de prédilection de seconde localisation. Les adénopathies cervicales seront recherchées. L'examen du larynx se fait par laryngoscopie ou fibroscopie (cette dernière mieux tolérée). Une radio du thorax une fois par an est indiquée pour rechercher les seconds localisations pulmonaires (pas toujours des métastases comme pensé anciennement et donc curables). Pour l'œsophage, la rentabilité d'une gastroscopie une fois par an n'est pas validée en terme de mortalité.

L'hypothyroïdie s'observe dans 5-30% des cas après radiothérapie seule, 30% si la radiothérapie est associée à un évidement, 60% si l'on pratique en plus une thyroïdectomie partielle. Elle survient environ 10 mois après traitement: un dosage TSH et T4 libre sera régulièrement réalisé dès le 6^e mois après radiothérapie jusqu'au 18^e mois.

L'osteoradionécrose de la mandibule est une complication redoutable de la radiothérapie. Atteignant 5% des patients irradiés pour VADS, son risque est multiplié par 4 si l'alcoolisme persiste, mais aussi en cas d'extraction dentaire 20 jours avant et jusqu'à 9 mois après la radiothérapie. La prévention passe par une excellente hygiène bucco dentaire, l'arrêt de l'alcool et du tabac, les soins dentaires pré-alables (extraction dentaires 3 semaines avant radiothérapie), gouttière fluorée à appliquer 5 minutes par jour. En cas d'extraction dentaire, elle sera faite sous couverture antibiotique, une suture muqueuse doit être réalisée et le patient subira des séances de caisson hyperbare. Le traitement de l'osteoradionécrose avérée consiste en antibiothérapie pendant 2 à 3 mois, une oxygénothérapie par caisson hyperbare (une série de 30 séances suffit). La chirurgie de reconstruction de la symphyse mandibulaire par lambeau osseux libre microvascularisé est le traitement de choix en cas de délabrement important. Le suivi se doit d'être multidisciplinaire. L'arrêt du tabac se fera au moins à l'intervention et l'arrêt de l'alcool sera débuté avant l'intervention pour éviter les phénomènes de sevrage à ce moment.

D'après l'exposé « Casser la voix » du Pr P. MOREAU, ORL ULg - CHU du Sart Tilman, Liège

Actualités thérapeutiques des cancers des VADS

Le traitement classique comporte un volet chirurgical et radiothérapie. Mais la chimiothérapie a également une place. Les résultats du traitement locorégional associé à la chimiothérapie montrent des taux de survie à 5 ans supérieurs à ceux du traitement locorégional seul. C'est surtout la chimiothérapie concomitante qui a le meilleur taux de survie à 5 ans (8.5%). Mais le bénéfice diminue avec l'âge du patient. La chimiothérapie augmente également le bénéfice de la radiothérapie post-opératoire. La chimio d'induction est néanmoins intéressante car de la réponse dépend l'indication chirurgicale ou non. Elle permet donc

de préserver les organes (une mauvaise réponse est une indication chirurgicale).

L'**exérèse endoscopique au laser** pour les tumeurs du larynx T1 ou T2 offre un taux de guérison important et un excellent taux de survie. Les suites sont simples. Le patient récupère une voix normale.

En cas de laryngectomie totale, les **prothèses trachéo-œsophagiennes** améliorent nettement la qualité de vie en permettant d'utiliser l'air pulmonaire pour parler, ce qui favorise la possibilité de faire des phrases longues.

Les **greffes de lambeaux libres microanastomosés** sont les seuls traitements de l'ostéoradionécrose consécutive à la radiothérapie. On n'oubliera pas non plus l'importance de la **rééducation logopédique et kinésithérapeutique** pour les fonctions phonatoires mais aussi de déglutition.

D'après l'exposé «Casser la voix» du Pr P. MOREAU, ORL ULg – CHU du Sart Tilman, Liège

Imagerie en ORL : comment choisir ?

La sphère ORL est une région anatomique assez complexe et très diversifiée d'un point de vue fonctionnel. L'imagerie doit être ciblée en fonction de la localisation mais aussi des symptômes. Voici quelques éléments pour guider notre choix de manière raisonnée.

Pour la mise au point d'une symptomatologie de l'**oreille moyenne traumatique ou inflammatoire**, le choix se portera sur le CT scan qui permet un bon examen des structures tant osseuses que des tissus mous.

Les symptômes de l'**oreille interne** nous pousseront à utiliser plutôt l'IRM de même qu'en cas d'une clinique évocatrice d'un problème cérébelleux pour un bon examen de la fosse postérieure.

Pour les **sinus**, l'examen de choix est le CT mais l'IRM est utile en cas de pathologie tumorale, le CT scan ne permettant pas toujours de différencier tissus et sécrétions.

L'échographie, qui rend possible les ponctions-biopsies, reste le maître achat pour la **thyroïde** même si cet examen est opérateur dépendant. On aura de même recours à cette dernière en première intention pour la mise au point d'une **masse tumorale**. L'IRM et/ou le CT ne seront prescrits qu'en deuxième intention après avis spécialisé. L'utilisation des US est également indiquée pour les **pathologies salivaires** avec une IRM si suspicion de tumeur ou pour des affections récidivantes.

Les **dysfonctionnements de l'articulation temporomandibulaire** bénéficieront d'un orthopantomogramme mais l'IRM est le premier choix. La radiographie en cas de **traumatisme nasal** est surtout utile en cas d'expertise mais il y a une faible corrélation entre la clinique et l'imagerie. Le diagnostic de **cancer de la bouche et du pharynx** sera confirmé par IRM ou CT et le staging posé par PET-CT. Le diagnostic du **cancer du larynx** est surtout clinique et endoscopique mais peut être confirmé par CT ou IRM et le PET-CT sera utilisé pour le staging.

L'anamnèse et l'examen clinique sont donc, comme on le voit, primordiaux pour utiliser de la manière la plus rationnelle les spécificités de chaque technique d'imagerie.

D'après l'exposé «Stratégies en imagerie ORL, scanners vs IRM» du Dr J. NICOLAY, ORL CHR Namur

Surdité brusque : une urgence ?

On ne négligera jamais une plainte de baisse brutale et unilatérale de l'audition. Une **anamnèse** détaillée permettra de déterminer les circonstances d'apparition et les autres symptômes associés (acouphènes, autophonie, vertiges, otalgies...). L'examen clinique quant à lui sera basé sur l'**otoscopie** et l'**acoumétrie**. L'otoscopie permet de diagnostiquer un bouchon de cérumen, un catarrhe tubaire, une otite moyenne aiguë, un hémotympan dans le cas d'un traumatisme crânien ou d'un barotraumatisme. L'acoumétrie est un test simple réalisable en MG à l'aide d'un diapason de 125 Hz. On examine la conduction aérienne en plaçant le diapason face à l'oreille. Le **test de Weber** se réalise en posant le diapason au milieu du front. Chez un individu normal, le test est indéréterminé, les vibrations sont audibles de façon diffuse. Si le Weber se latéralise du côté de l'oreille sourde, on a une surdité de transmission. Lorsque la latéralisation se fait du côté sain, il s'agit d'une surdité de perception.

Le **diagnostic de surdité brusque (SUB)** est un diagnostic d'exclusion : pas de bouchon de cérumen, otoscopie normale, latéralisation du Weber vers l'oreille saine, pas d'autophonie, anamnèse négative. La surdité brusque se définit par la survenue en moins de 24 h d'une surdité sensorielle d'au moins 30 dB sur 3 fréquences audiométriques successives. 30 dB de perte auditive correspond au seuil de gêne auditive. Une fois le diagnostic suspecté ou posé, on délègue à l'ORL pour audiométrie. La courbe d'audiométrie détermine le seuil de gravité et le pronostic. La majorité des SUB est d'origine virale. L'incidence est rarissime (1/10000/an).

Quand traiter ? Un traitement dans l'heure est exceptionnel car le patient ne consulte le plus souvent qu'après quelques jours. D'après une étude récente^(a), les délais pour initier le traitement n'influencent pas la récupération auditive, dès lors le SUB ne peut pas être considéré comme une urgence.

Le traitement est empirique : il n'y a pas d'efficacité prédominante des corticoïdes par rapport aux non-corticoïdes^(b). Il est difficile par ailleurs de mener des études randomisées pour juger de l'efficacité d'un traitement en raison de la faible incidence de la SUB. Néanmoins, même si l'efficacité du traitement n'est pas prouvée à l'heure actuelle, il vaut mieux traiter que ne rien faire. L'hospitalisation préconisée antérieurement ne se justifie pas. Le trai-

tement classique à l'heure actuelle consiste en corticoïdes et vasodilatateurs IV (SoluMedrol® IV 1mg/kg/j en 2 injections par jour pendant 6 jours ou Solumedrol® 120 mg 2 fois par jour en IV lente suivi de Medrol® per os). Les vasodilatateurs (Praxilène® et autres...) IV sont supposés augmenter le débit cochléaire même si leur effet n'a jamais été démontré. Mais ils pourraient avoir un effet inverse chez le patient âgé. Le carbogène (5 % CO₂ et 95 % O₂) est également utilisé. Par ailleurs en raison de l'étiologie virale, la prescription d'un antiviral peut se justifier.

D'après l'exposé «Baisse brutale d'audition : une urgence ?» du Dr B. GILLET, ORL, clinique Sainte Elisabeth Namur et CHR Namur

Antibiotiques en ORL : ni trop, ni trop peu

On ne redira jamais assez que la prescription d'antibiotiques doit être raisonnée. L'ORL est un domaine où les infections sont fréquentes et donc la question de l'antibiothérapie s'y pose souvent.

En ce qui concerne l'**otite moyenne aiguë**, nous renvoyons le lecteur aux recommandations de bonne pratique éditées par la SSMG^(c). Il n'y a pas d'arguments pour une augmentation des complications avec la diminution de la prescription des antibiotiques. Et l'amoxicilline reste le premier choix antibiotique. N'oublions pas les mesures de prévention : le vaccin anti-influenza et le vaccin antipneumococcique (bien que plus efficace sur les infections respiratoires basses) mais aussi l'éviction du tabagisme passif, la prévention du RGO, l'allaitement maternel, la vit C pendant la grossesse, l'éviction de la crèche (ne pas mettre en crèche les enfants de moins de 2 mois et la fréquentation ne devrait pas dépasser 30 h par semaine).

En cas de **sinusite**, ne pas oublier une origine dentaire possible. Le traitement doit être symptomatique si les symptômes sont modérés et on utilisera un antibiotique en cas de symptomatologie sévère. Là aussi, l'amoxicilline reste le premier choix. Les complications sont rarissimes et stables.

Pour les **angines et rhinopharyngites**, l'infection est le plus souvent virale et ne nécessite qu'un traitement symptomatique. Le streptocoque pyogène est le germe le plus fréquent et reste sensible à la pénicilline. Les complications sont rares.

D'après l'exposé «Antibiotiques en ORL : ni trop, ni trop peu» du Dr P. SIMON, ORL, CHU Charleroi.

(a) Otolaryngology and neurology 2005 ; 26 (5) 836-902

(b) Auris-Nasus-Larynx 2003 ; 30 : 123-7

(c) EBM et otites moyennes aiguës, RMG 2003 (26) 202 : 178-80