

# Infections de la sphère ORL

**Nicolas Menjot de Champfleur**

*Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes*



URL de téléchargement:  
[presentations.dyndns.org](http://presentations.dyndns.org)

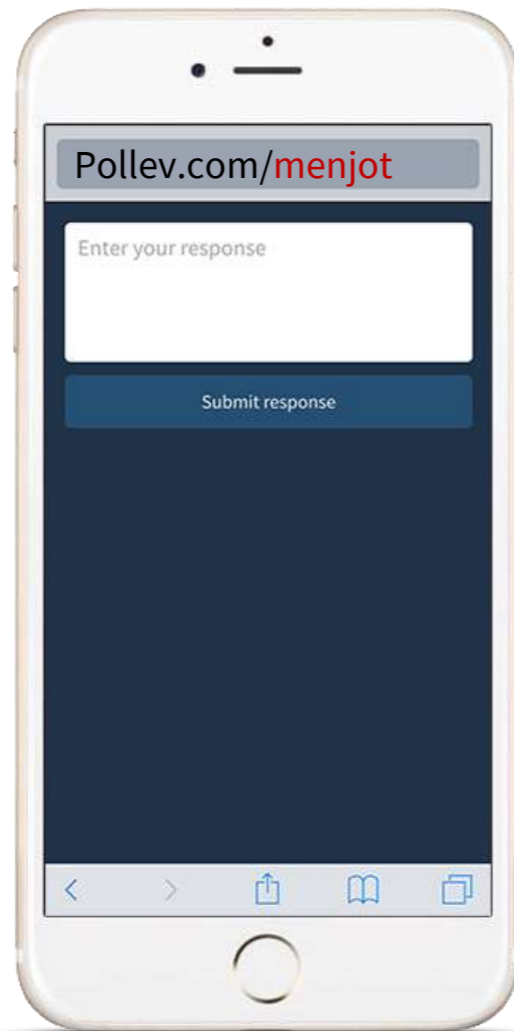


Lien Poll Everywhere:  
[PollEv.com/menjot](http://PollEv.com/menjot)

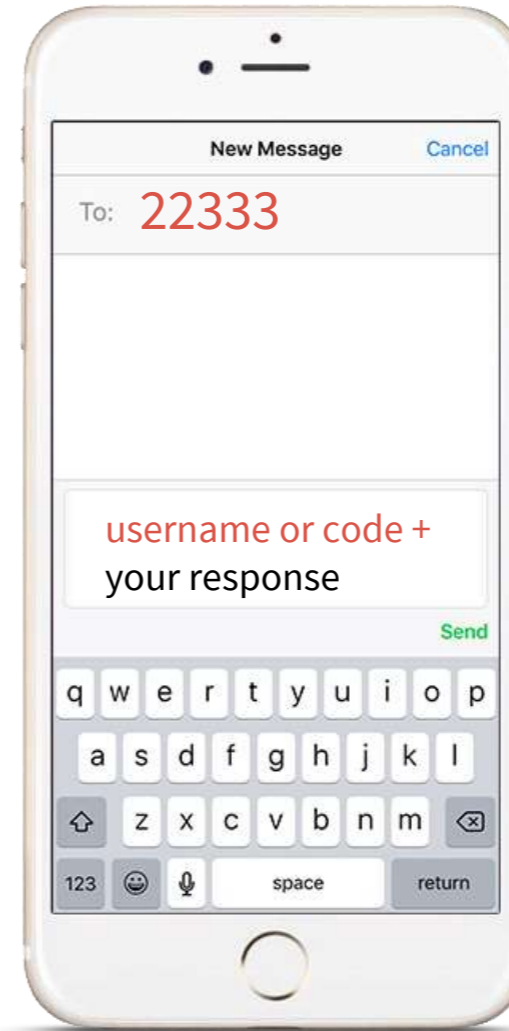


[nicolasdechampfleur@orange.fr](mailto:nicolasdechampfleur@orange.fr)

# Responding with Poll Everywhere

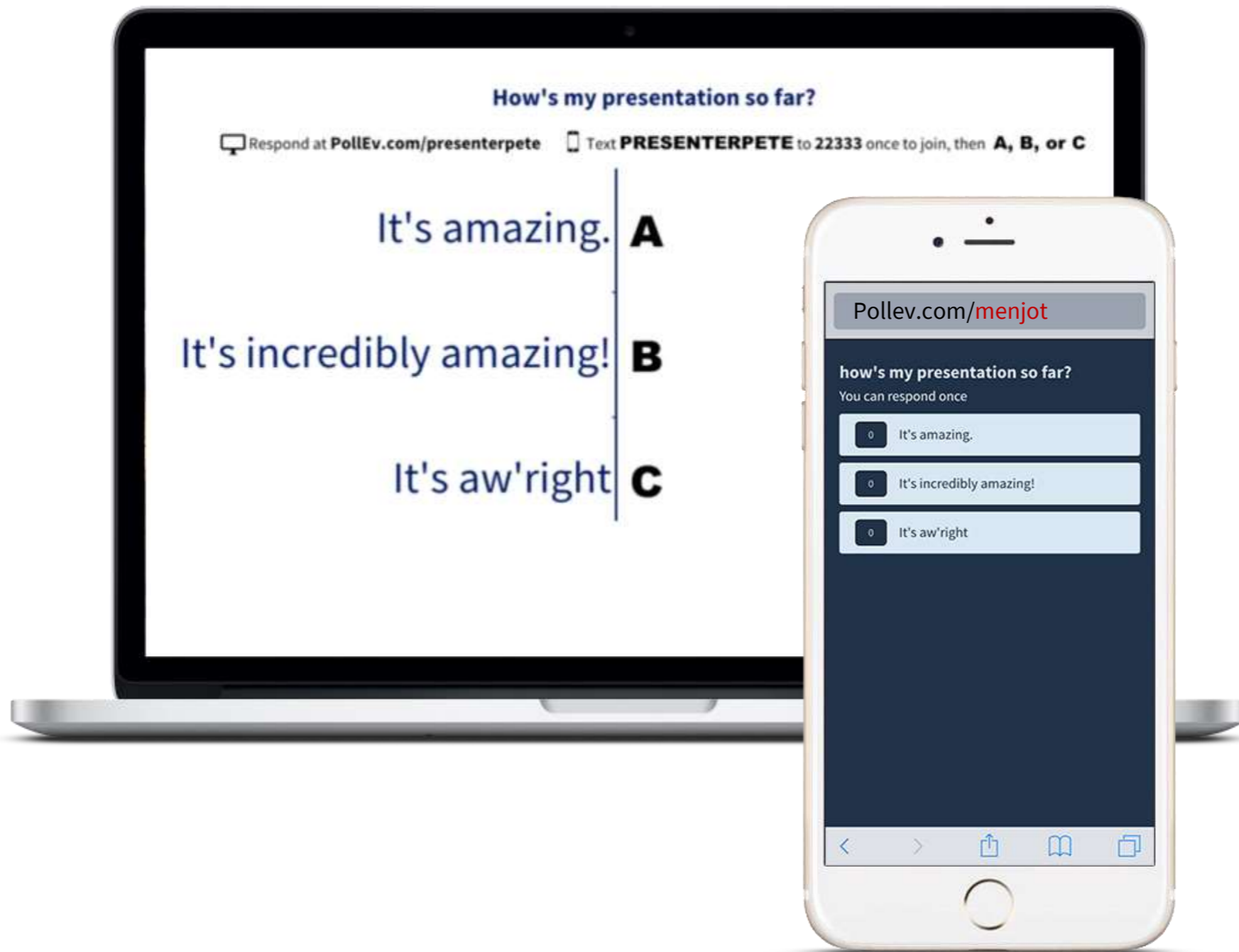


Web voting



Text voting





# De quelle ville venez-vous?

# Objectifs

1. Identifier les complications des sinusites aiguës (intracrânienne - orbitaire)
2. Explorer en imagerie un foyer infectieux otomastoïdien.
3. Explorer en imagerie un foyer infectieux cervical.
4. Identifier les voies de diffusion des infections cervicales.
5. Explorer une infection oto-mastoïdienne en imagerie.

# Plan

1. Infections nasosinusiennes
2. Foyers infectieux orbitaires
3. Infections cervico-faciales
4. Foyers infectieux salivaires
5. Infections pétro-mastoïdiennes

# Infections nasosinusiennes

- **Homme, 30 ans**
- **Anamnèse**
  - Il y a quelques jours
    - Syndrome pseudo-grippal avec fièvre 38,2°C
    - Rhinorrhée claire et toux
    - Obstruction nasale pendant 24h
  - Dans un deuxième temps
    - Apparition de douleurs sous orbitaires
    - Fièvre à 39°C
    - Rhinorrhée purulente

1. **Réalisez-vous un examen d'imagerie en cas de sinusite aiguë maxillaire > 72 heures?**
2. **Réalisez-vous un examen d'imagerie en cas de sinusite aiguë frontale?**
3. **Citez un autre examen qui peut être indiqué lors d'une sinusite aigues?**
4. **Quelles sont les 4 principales complications neuro-méningées à rechercher sur le scanner compliquant les sinusites frontales, sphénoïdales et ethmoidales?**





**Donnez les 4 principales complications neuro-méningées, à rechercher sur le scanner, compliquant les sinusites frontales, sphénoïdales et ethmoïdales?**

- **Indication au bilan d'imagerie**

- Sinusite aiguë maxillaire > 72 heures
- Sinusite aiguë éthmoïdale
- Sinusite aiguë frontale
- Sinusite aiguë sphénoïdale

- **Modalités d'imagerie**

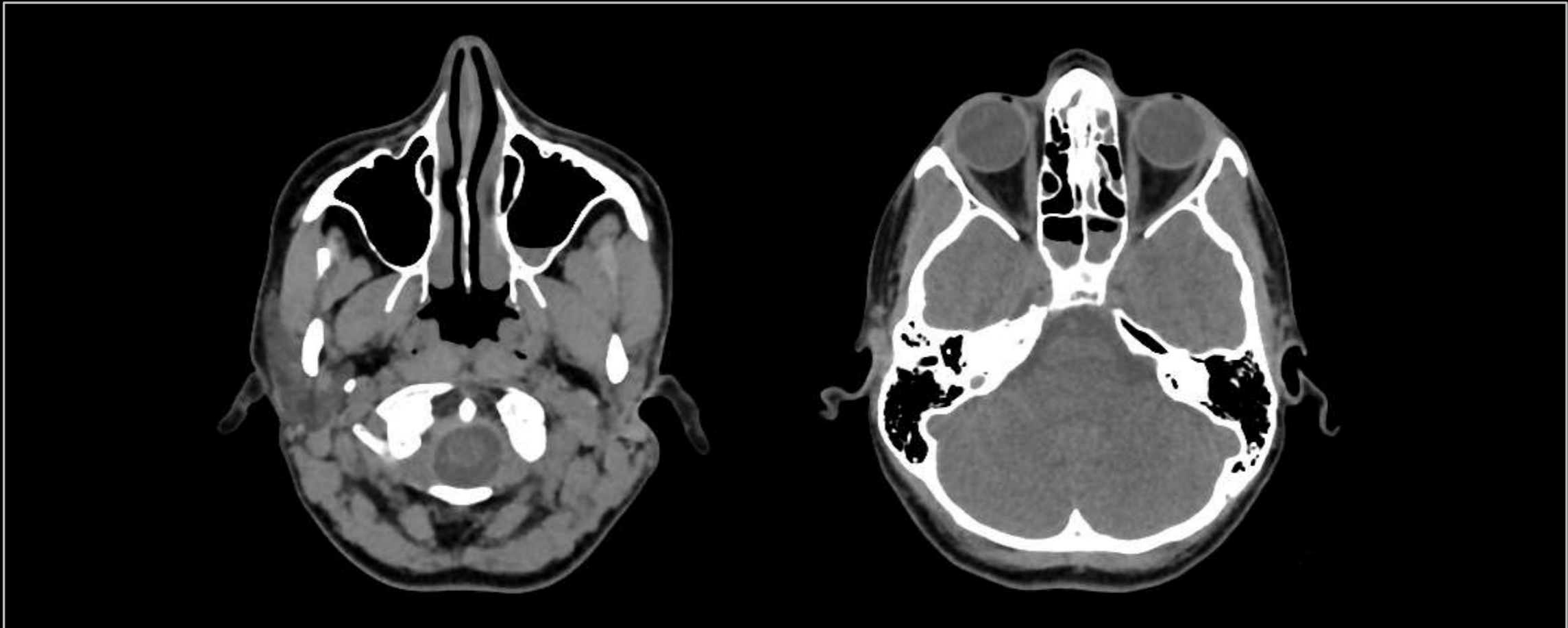
- Tomodensitométrie des sinus paranasaux avec injection
- Pas d'indication de la radiographie des sinus (GBU)
- Imagerie par résonance magnétique
  - Complète la TDM
  - Recherche de complications endocrâniennes

- **Complications endocrâniennes**

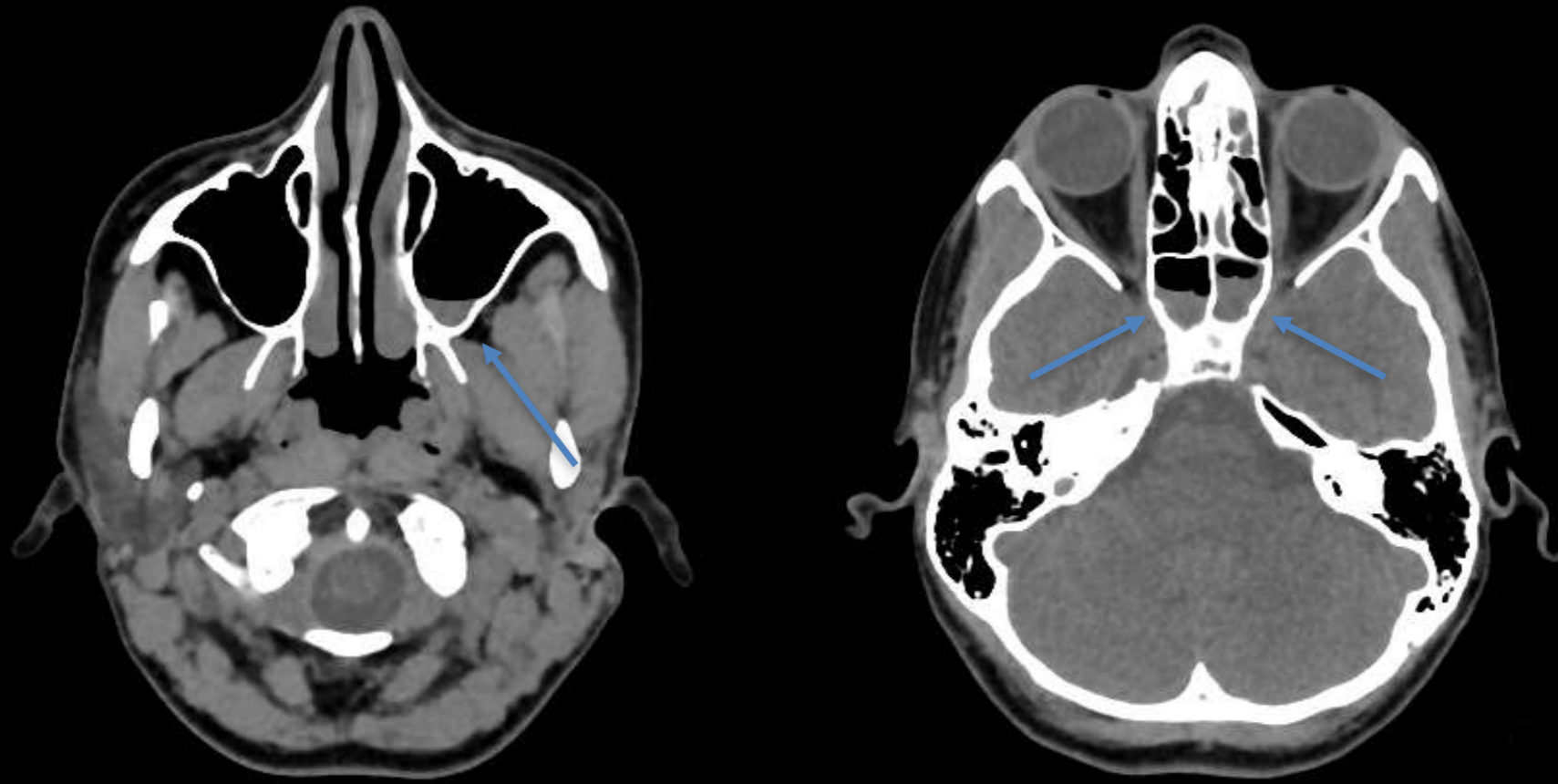
- Méningite aiguë bactérienne (pneumocoque)
- Thrombose veineuse cérébrale septique
  - Loges caverneuses
  - Sinus longitudinal supérieur
- Abscès cérébral (streptocoques, anaérobies)
- Empyème sous-dural (souvent compliquant une sinusite frontale)

TUE6-145-1 : Symptômes évocateurs du diagnostic de sinusite

| Localisation                   | Symptomatologie évoluant depuis au moins 72 heures  |
|--------------------------------|---|
| Maxillaire (la plus fréquente) | Douleur infra-orbitaire unilatérale, majorée par l'antéflexion et irradiant aux arcades dentaires, mouchage purulent, avec ou sans fièvre, présence de pus au méat moyen ; parfois pulsatile et maximum en fin d'après-midi et la nuit. L'existence d'antécédent de sinusite est un argument supplémentaire |
| Frontale                       | Céphalées sus-orbitaires ; confirmation par scanner de la face  |
| Ethmoïdale                     | Comblement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral, céphalée rétro-orbitaire ; confirmation par scanner de la face   |
| Sphénoïdale                    | Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler une douleur d'hypertension intracrânienne. Confirmation par scanner de la face  |



- **Patiente de 35 ans**
- **Céphalées récentes**



## Sinusite maxillaire et sphénoïdale aiguë

- Comblement sinusien
- Niveau hydro-aérique

# Taxinomie



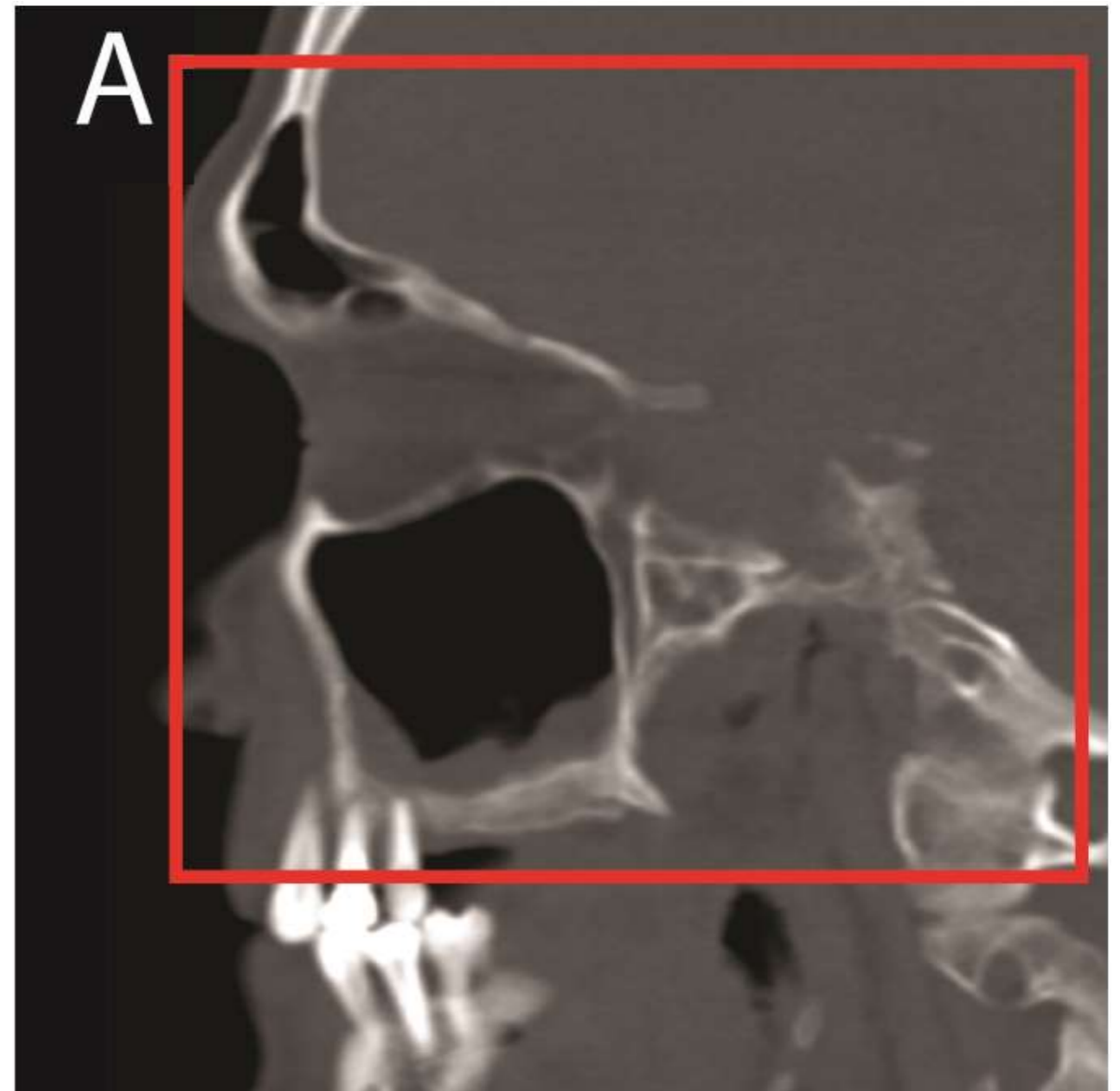
1. Rhinosinusites (anc. sinusite)
2. Rhinosinusite aiguë
  - a. Diagnostic clinique
  - b. Motif fréquent de consultation
  - c. Indication de l'imagerie
    - ① Complications locales
    - ② Complications générales
    - ③ Manifestations atypiques
    - ④ Localisation ethmoïdale ou sphénoïdale
3. Sinusites persistantes
  - a. Sinusites récidivantes
    - ① Episodes de sinusites aiguës répétés
  - b. Sinusites chroniques (infectieuse ou inflammatoire)

# Imagerie dans les infections nasosinusiennes

- Objectifs
  - Confirmer le diagnostic
  - Evaluer le siège et l'extension des lésions
  - Description des variations anatomiques
  - Guider les indications thérapeutiques
  - Guider le geste opératoire
- Outils
  - Radiographie standard: insuffisante (éthmoïde, sphénoïde)
  - IRM: place limitée
    - Complications neuroméningées
    - Complications orbitaires
  - **Tomodensitométrie**
    - Sinusite chronique ou récidivante
    - Sinusite résistante au traitement médical
    - Complication
    - Contrôle post-opératoire

# Réalisation de la tomomodensitométrie

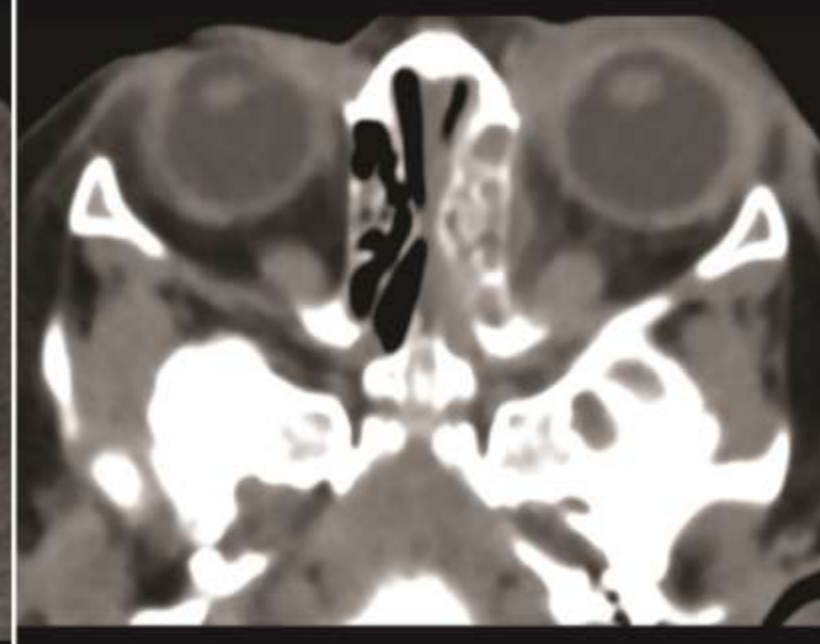
- **Champ d'exploration**
  - Des récessus alvéolaires maxillaires
  - Au toit des sinus frontaux
- **Reconstructions curvilignes selon le mode dentascanner**
- **Injection de produit de contraste**
  - Non indiquée le plus souvent
  - Sinusite aiguë compliquée
  - Mode biphasique



A



B



C



D



Enfant de 7 mois.  
Oedème palpébral supéro-interne gauche  
douloureux et fébrile.



# Eléments du compte-rendu



- ✓ Topographie de la sinusite
- ✓ Extension au défilé ostioméatal
- ✓ Signes d'atteinte chronique
- ✓ Cause individualisable
  - ✓ Origine dentaire possible?
  - ✓ Variantes anatomiques à risque de pathologie de confinement?
- ✓ Origine fongique ou granulomateuse
- ✓ Variantes anatomiques à risque chirurgical

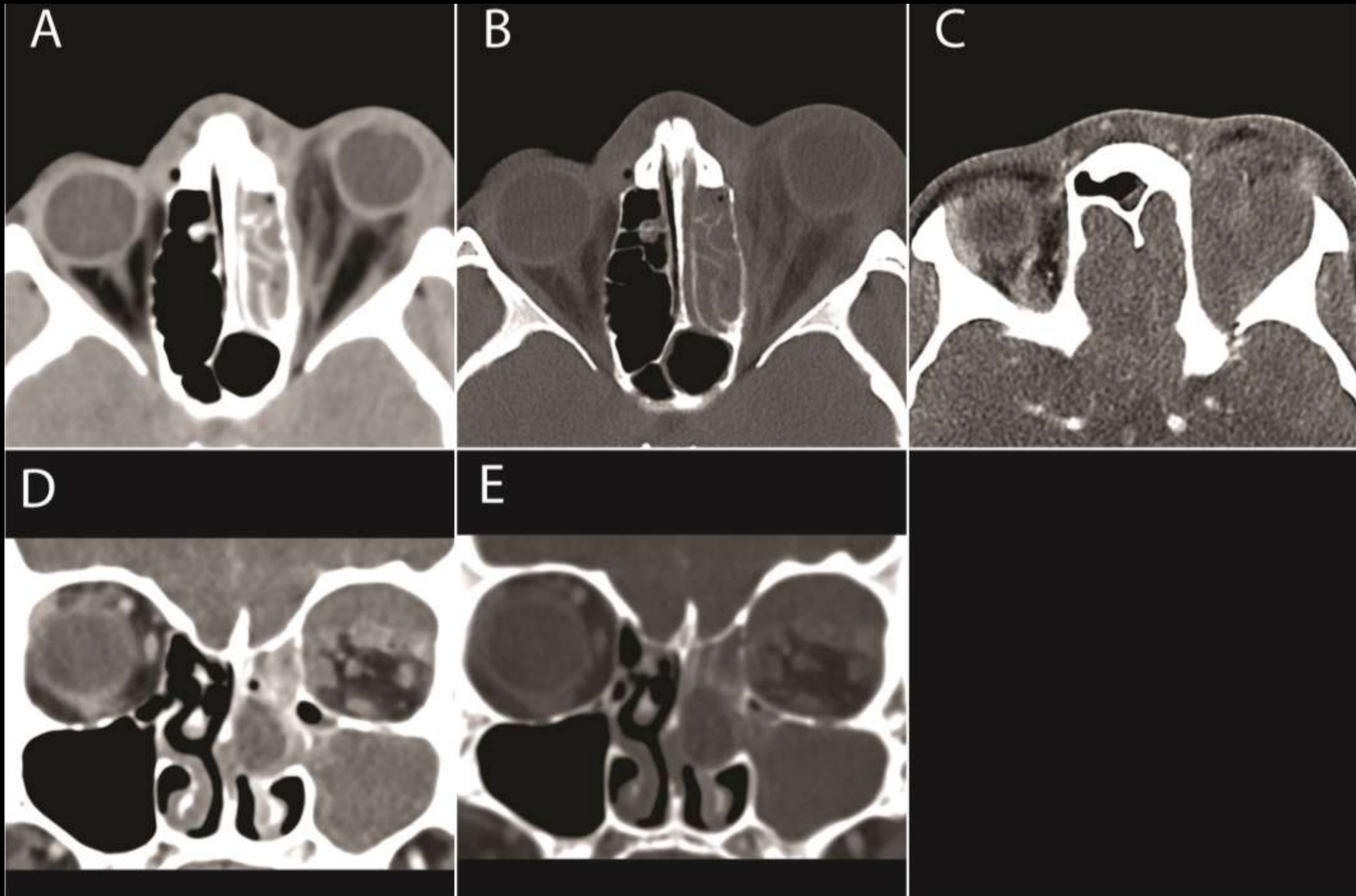
# Rhinosinusite aiguë

- Durée d'évolution < 4 semaines
- Etiopathogénie
  - Origine virale le plus souvent
  - Oedème de la muqueuse nasosinusienne
    - Obstruction des unités ostioméatales
    - Rétention des sécrétions
    - Surinfection bactérienne
- Tomodensitométrie
  - Niveaux hydro-aériques
  - Bulles d'air au sein d'une opacité sinusale
- Topographie
  - Adulte
    - Maxillaire ++
    - Sphénoïdale: extension ++
  - Enfant: ethmoïdale
    - Indication à la réalisation d'une imagerie en urgence



## Histoire de la maladie

- Enfant de 14 ans
- Pas d'antécédent
- 05/01/2018: Exophtalmie de l'oeil gauche, brutale depuis 48h dans un contexte fébrile. Baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche (1/10), ophtalmoplégie, semi-mydriase.
  - Bilan biologique: CRP 88
  - TDM 05/01/2018



**Donnez les mots clés de l'interprétation de cette imagerie.**

## Traitement

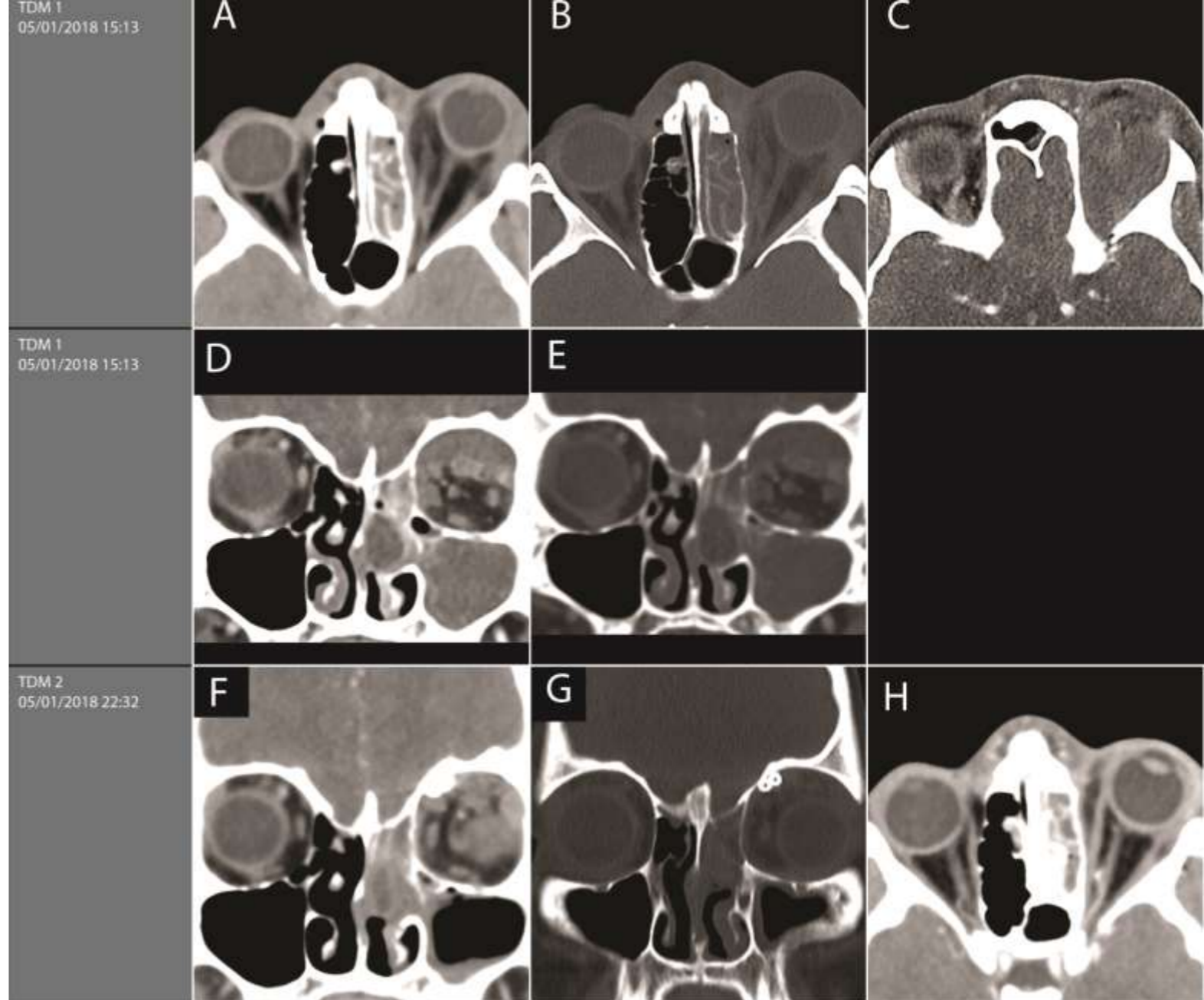
- 05/01/2018: chirurgie
  - Méatotomie moyenne gauche
  - Ethmoïdectomie antérieure gauche
  - Drainage de l'orbite gauche par voie externe
- 05/01/2018: contrôle post-opératoire en tomodensitométrie
- Prélèvements bactériologiques per-opératoires: streptocoque intermedius
- Antibiothérapie: CEFOTAXIME + METRONIDAZOLE

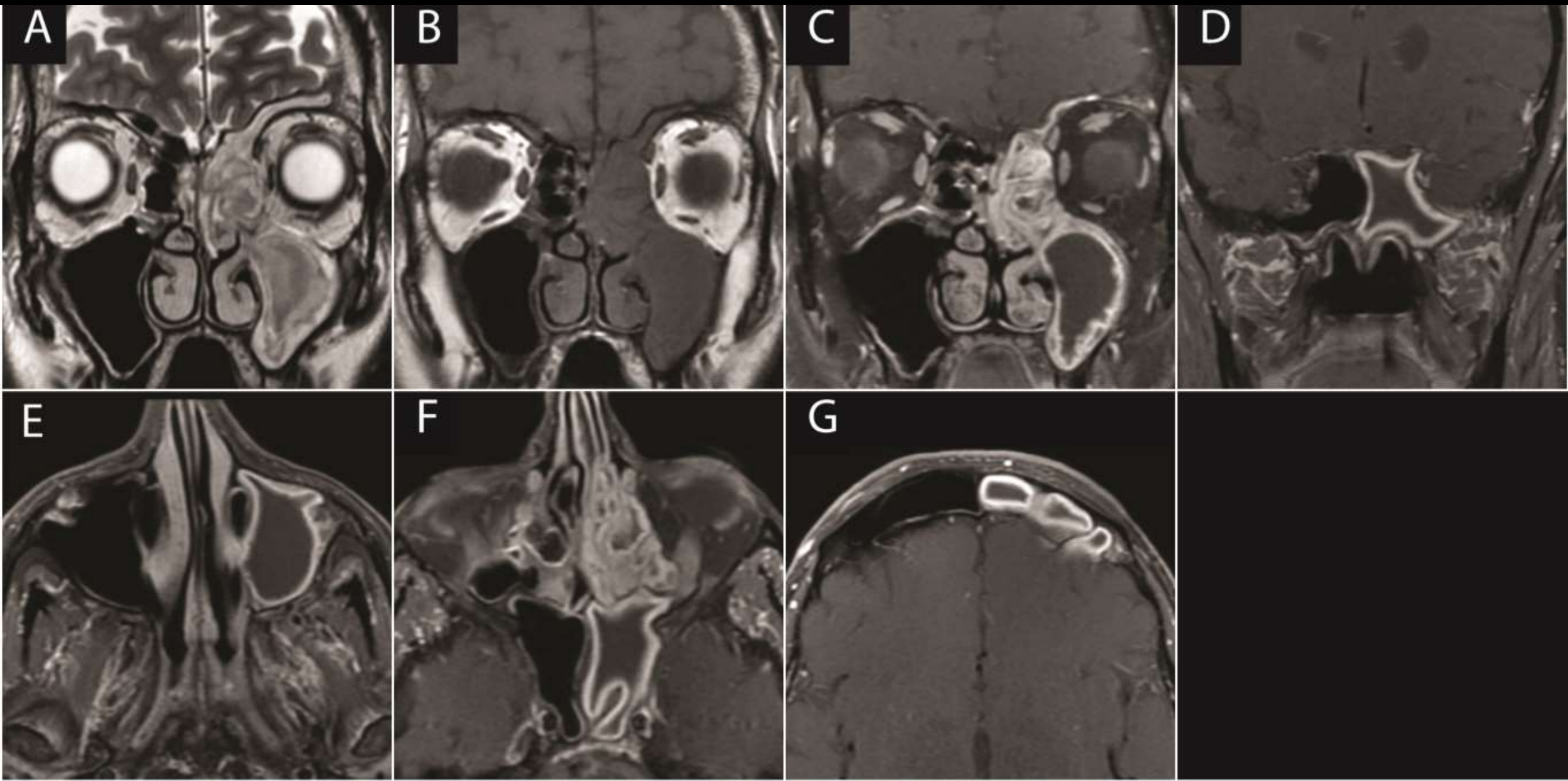
## Evolution

- Apyrexie
- Diminution de l'œdème palpébral
- Acuité visuelle 6/10 à la sortie

## Diagnostic final

**Ethmoïdite aiguë compliquée de cellulite orbitaire gauche responsable d'une exophtalmie de l'œil gauche grade III**



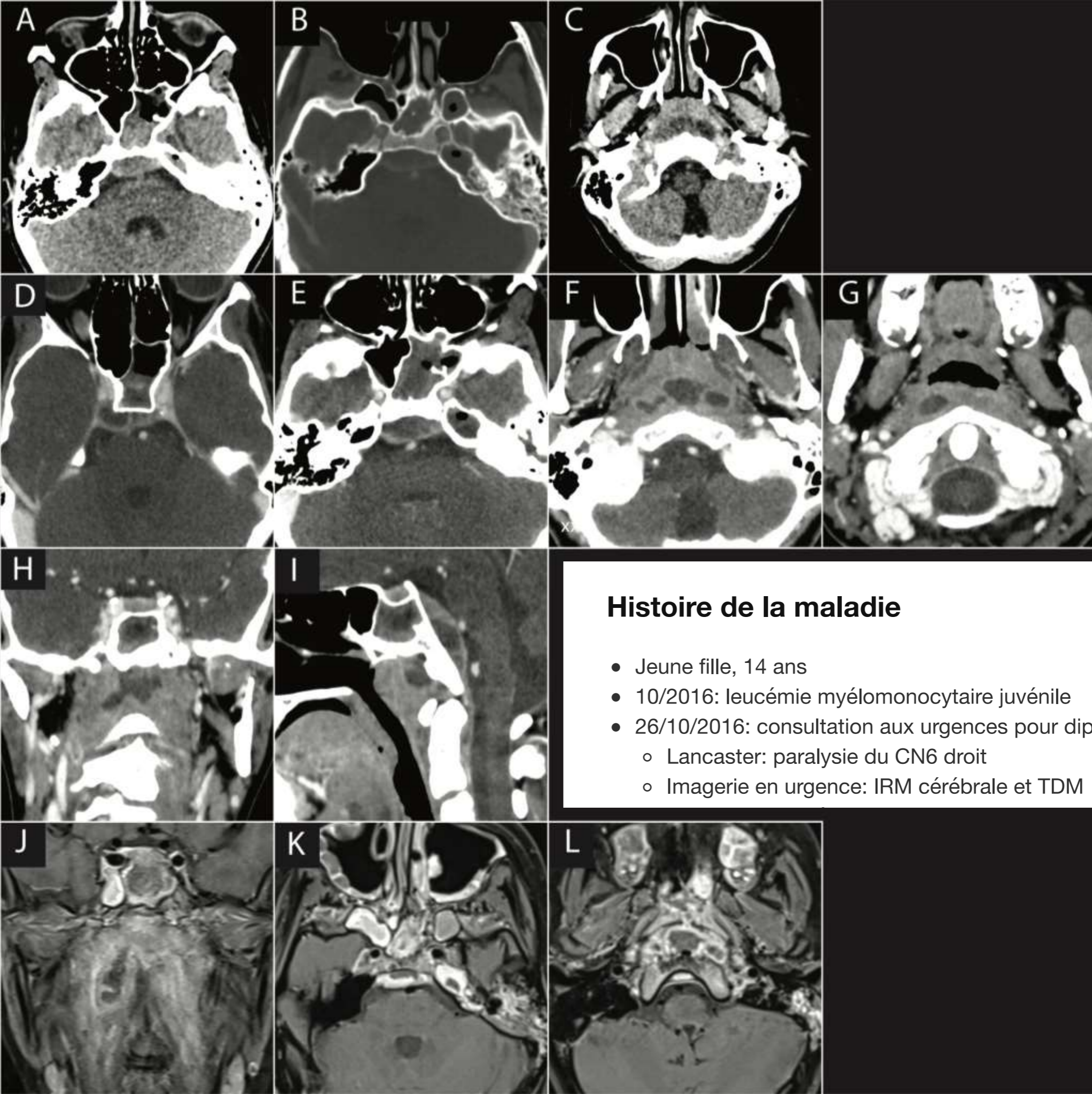


Homme 54 ans

Fièvre

Douleur hémicrânienne gauche, intense, pulsatile

Rhinorrhée et obstruction nasale



## Histoire de la maladie

- Jeune fille, 14 ans
- 10/2016: leucémie myélomonocytaire juvénile
- 26/10/2016: consultation aux urgences pour diplopie et céphalées
  - Lancaster: paralysie du CN6 droit
  - Imagerie en urgence: IRM cérébrale et TDM

## Histoire de la maladie

- Jeune fille, 14 ans
- 10/2016: leucémie myélomonocytaire juvénile
- 26/10/2016: consultation aux urgences pour diplopie et céphalées
  - Lancaster: paralysie du CN6 droit
  - Imagerie en urgence: IRM cérébrale et TDM
    - Sinusite sphénoïdale
    - Empyème rétroclival
    - Infiltration des 2 loges caverneuses
    - Abscès rétro-pharyngé
    - Hypertrophie adénoïdienne et abcès intra-adénoïdien

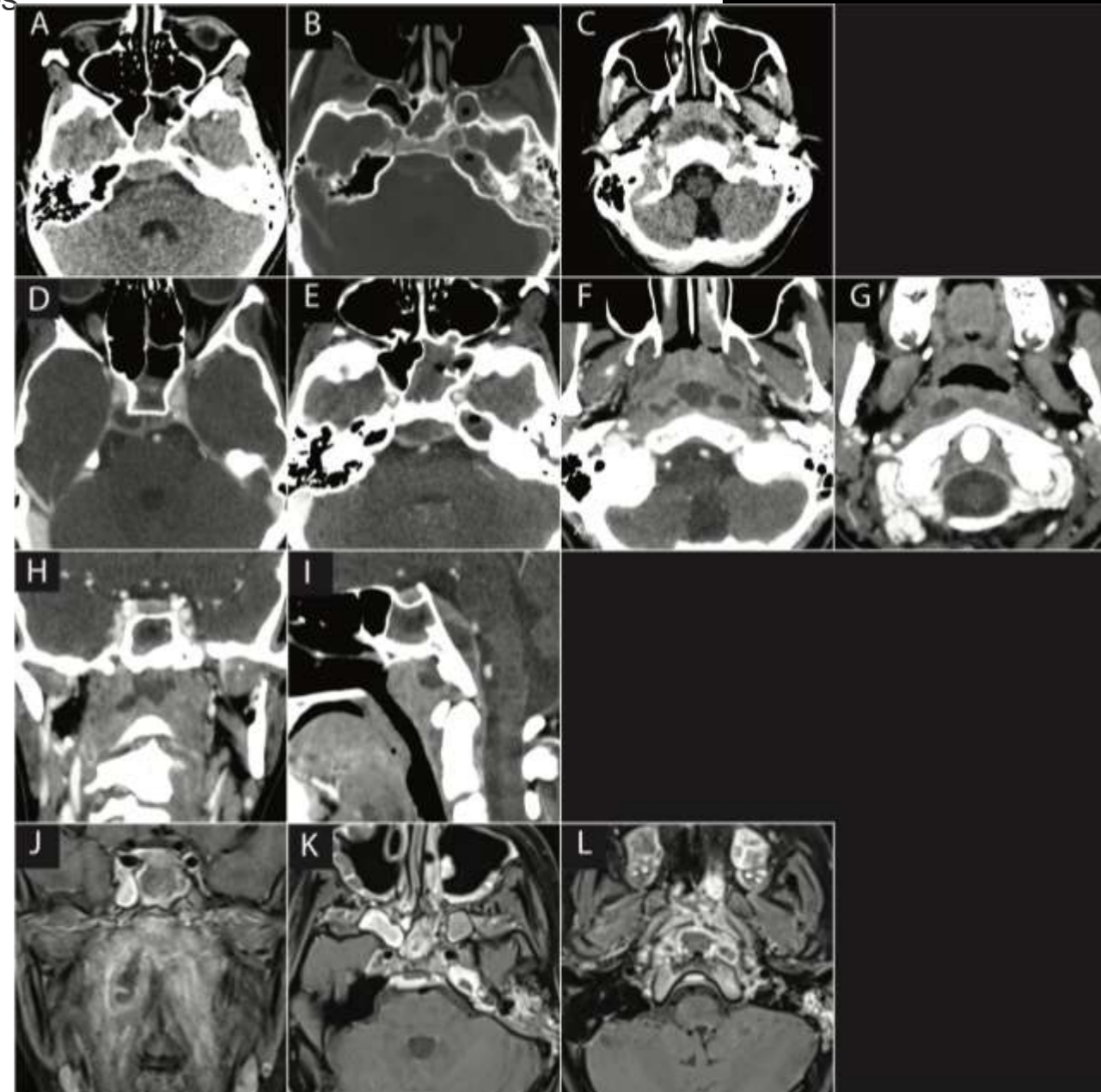
## 27/10/2016: traitement chirurgical

*Evacuation de l'empyème rétro-clival par voie trans-sphénoïdale*

1. Sphénoïdotomie
2. Fraisage de la paroi postérieure du sphénoïde
3. Evacuation de l'empyème
4. Adénoïdectomie

## Evolution

- Favorable sous triple antibiothérapie
- Prélèvements bactériologiques
  - Streptococcus intermedius
  - Propionibacterium acnes

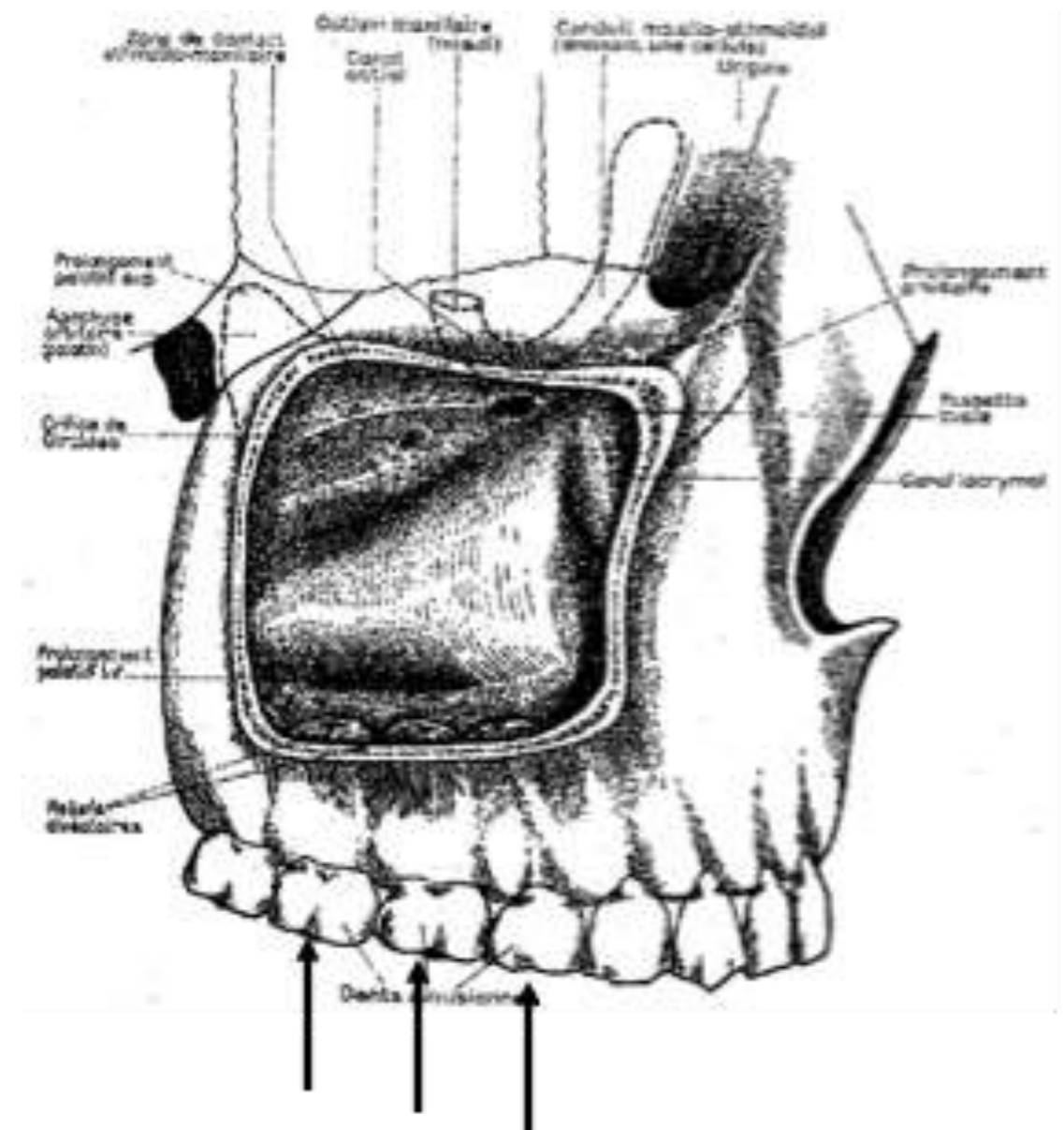




# Sinusite d'origine dentaire



1. 10 à 15% des sinusites maxillaires isolées
2. dents antrales :
  - a. 2ème prémolaires
  - b. 2 premières molaires



# Sinusite d'origine dentaire



## 1. Carie

a. => pulpite => apex : desmodontite localisée, organisée en kyste radiculo-dentaire ou évoluant en ostéite

## 2. Granulome péri apical

a. périodontite apicale ou diffuse chronique

b. hyperplasie de la muqueuse du récessus alvéolaire

c. atteinte du sinus par contiguïté

## 3. Communication bucco-sinusienne

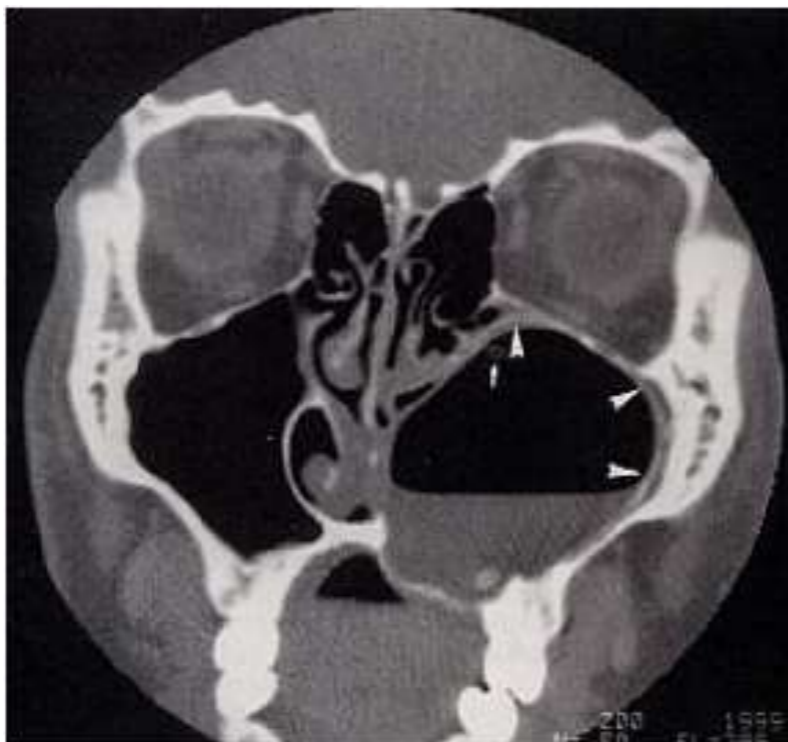
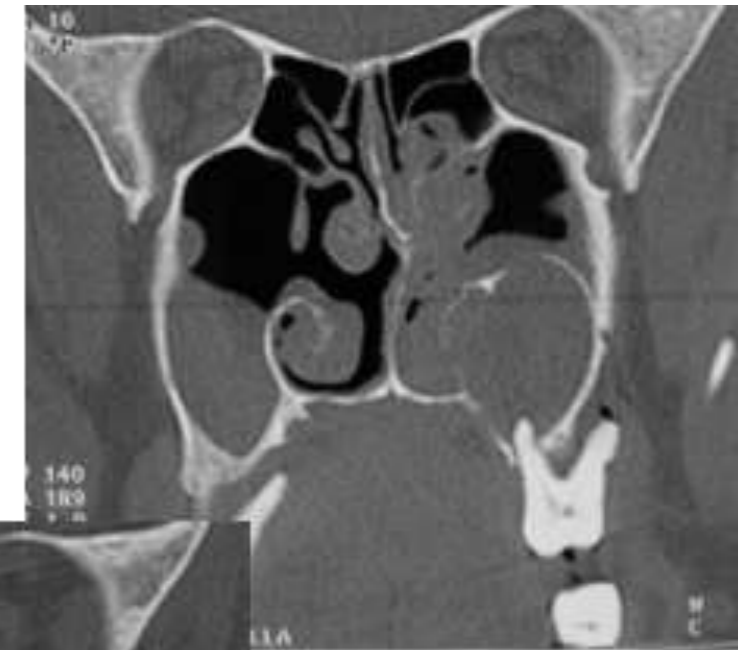
## 4. Corps étranger intra sinusien d'origine dentaire (iatrogène)

# Sinusite d'origine dentaire

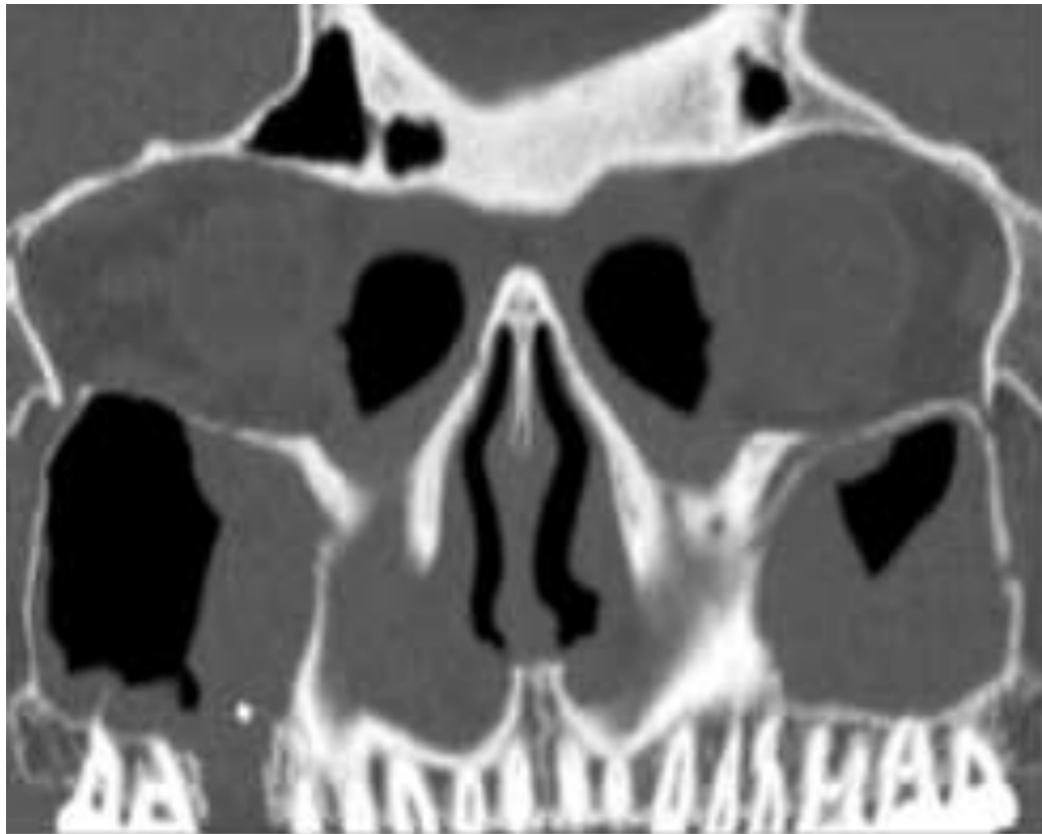


## Kyste radiculo-dentaire

1. Refoule la paroi osseuse du bas-fond du sinus maxillaire
2. Entouré par un liseré hyperdense (coque osseuse)
3. double paroi du sinus



# Sinusite d'origine dentaire



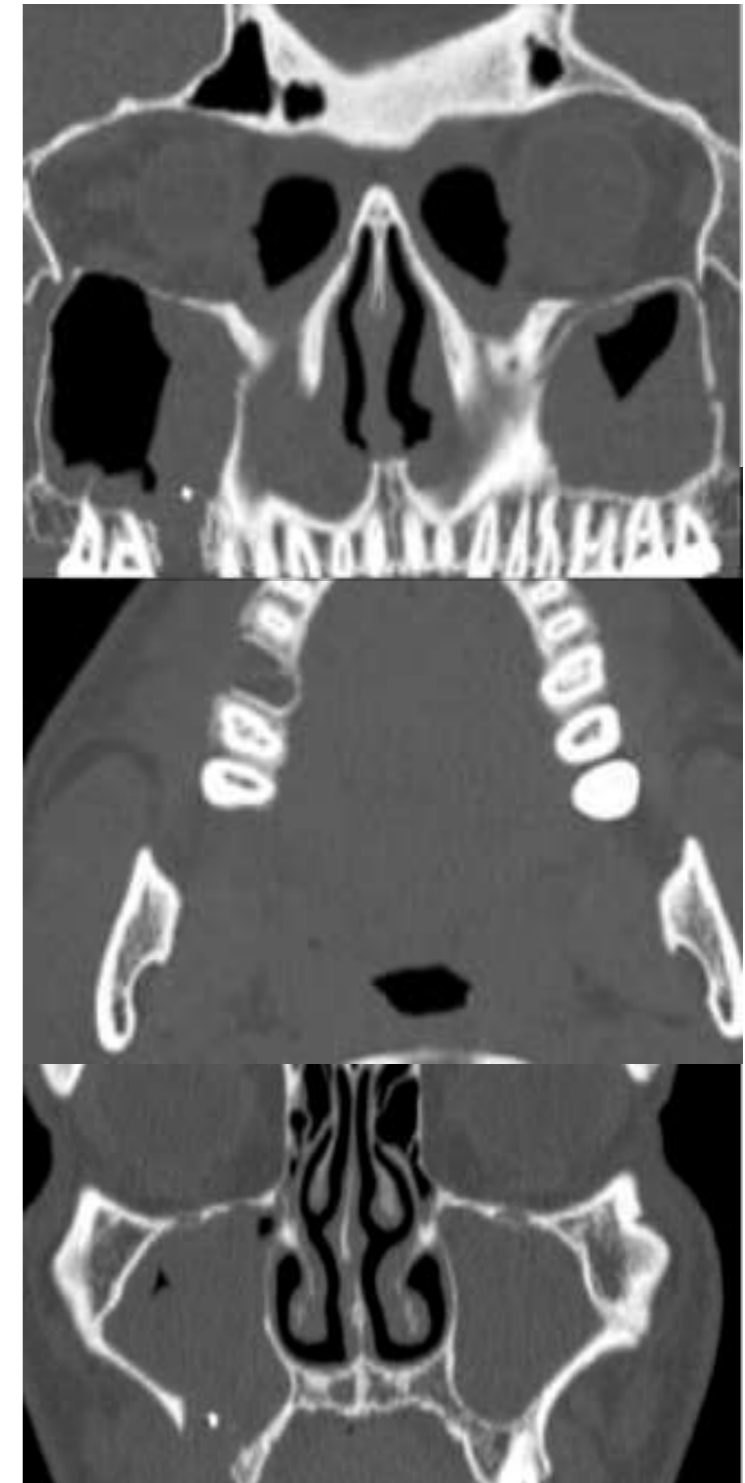
# Sinusite d'origine dentaire



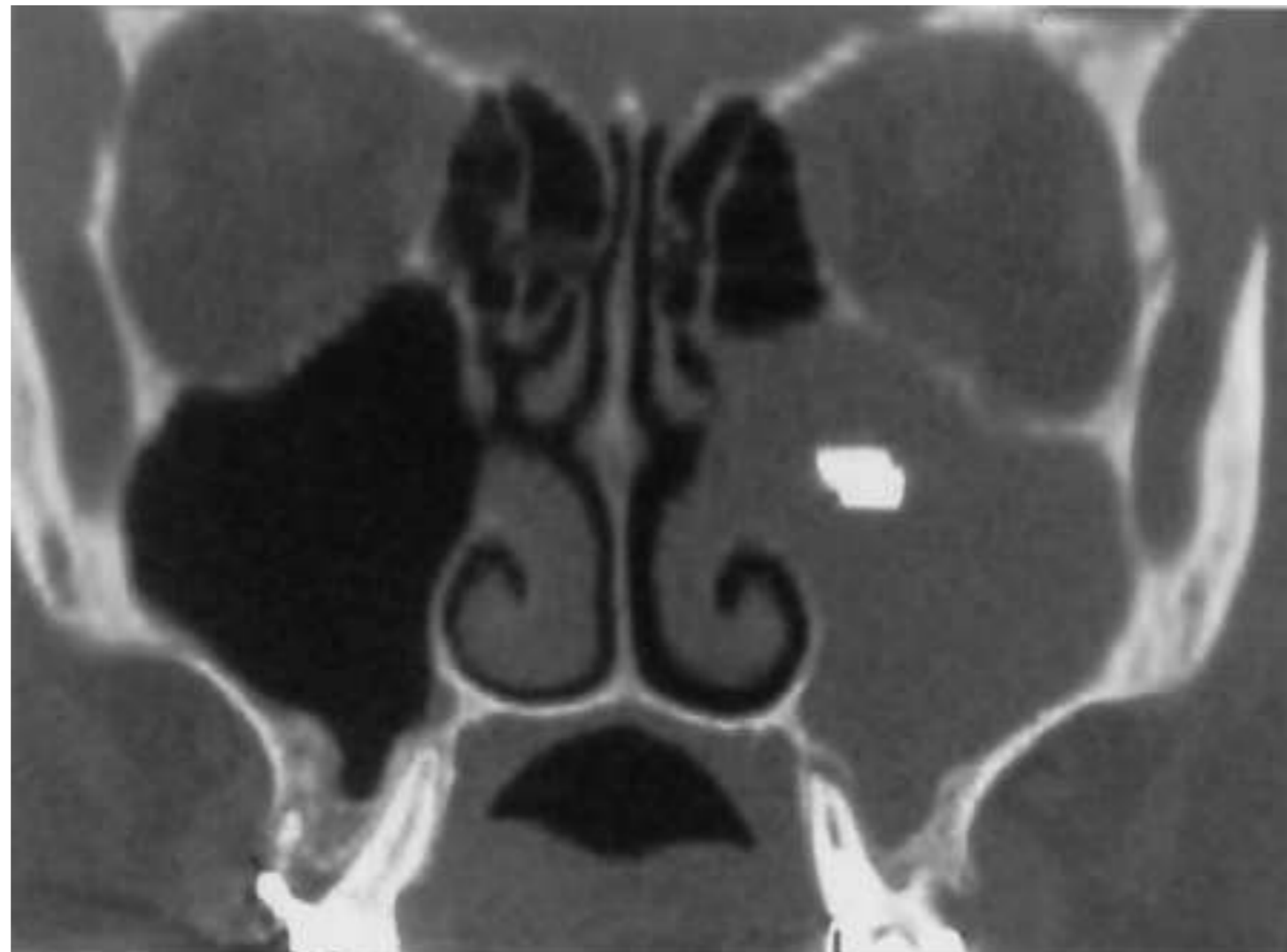
## Communication bucco-sinusienne

Etiologies:

- a. spontanée (résorption alvéolaire)
- b. chirurgicale (avulsion dentaire, traumatique)
- c. infectieuse
- d. tumorale

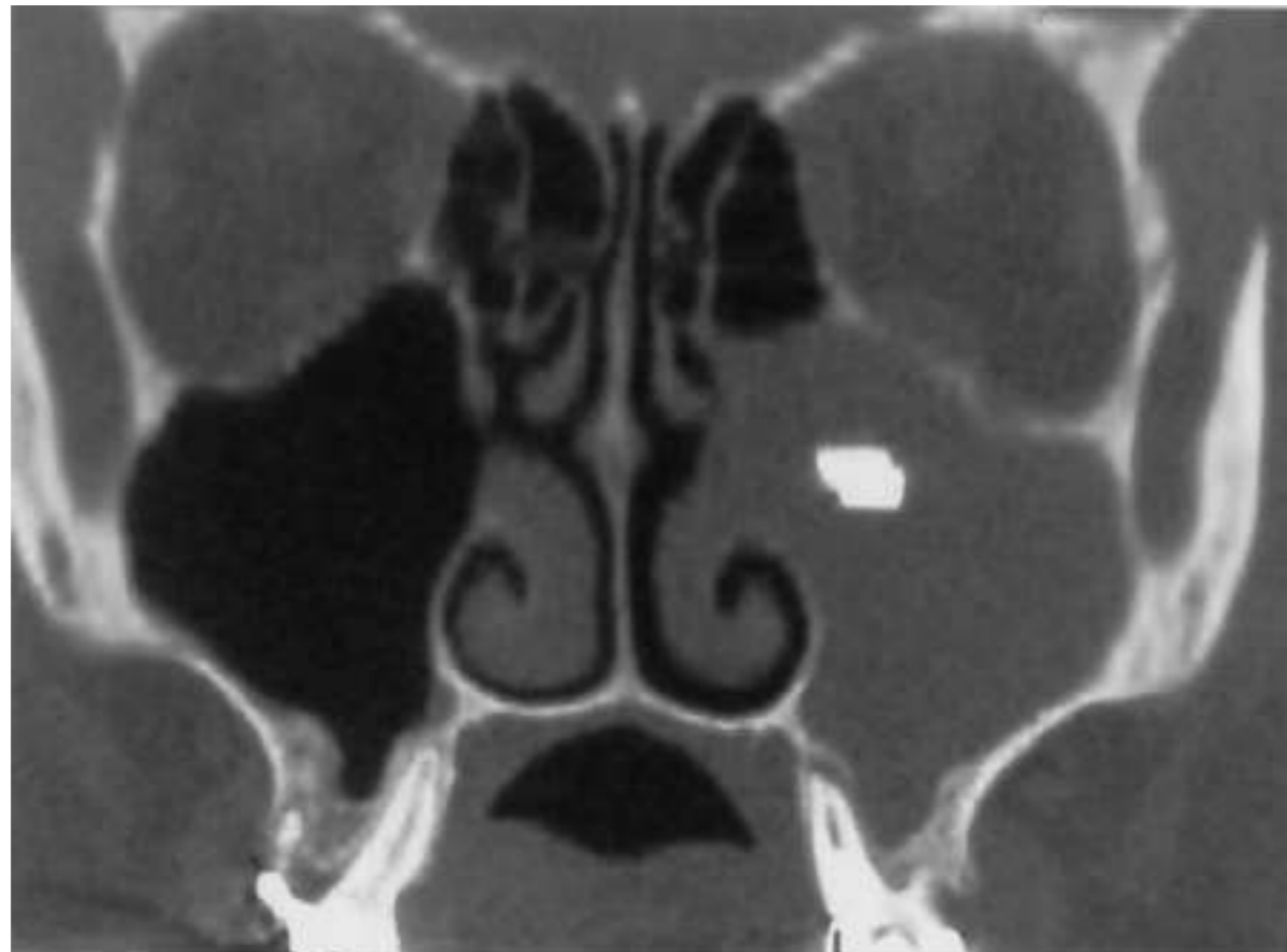


# Sinusite d'origine dentaire



# Sinusite d'origine dentaire

- Amalgame dentaire

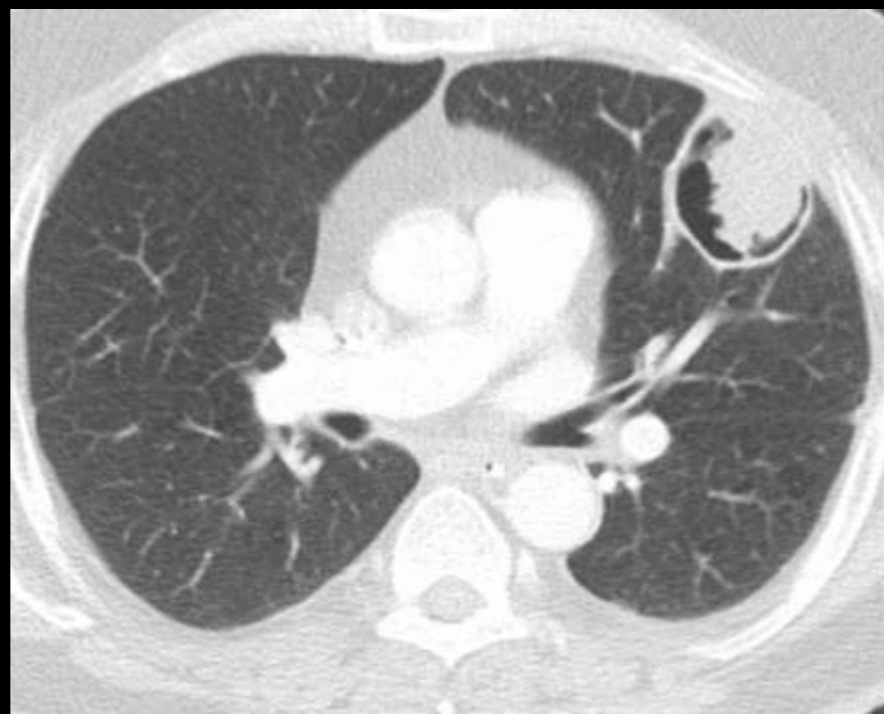
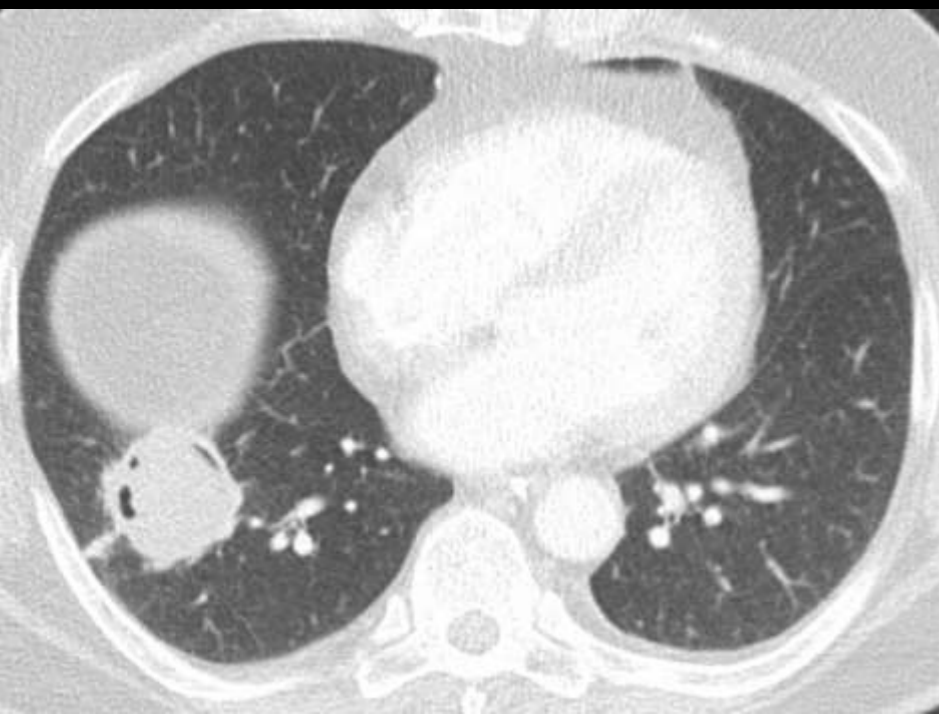


## Antécédents

- Obésité
- Apnée du sommeil appareillée
- Diabète de type 2
- Dyslipidémie
- Myocardite

## Histoire de la maladie

- 21/09/2017: admission aux urgences pour syndrome septique et œdème palpébral.
  - Traitement par amoxicilline pour une angine depuis 5 jours.
  - Nécrose gingivale et signes de sinusite
- Découverte d'une neutropénie profonde
  - neutropénie idiopathique
  - myélogramme et BOM: moelle pauvre, infiltrat lymphocytaire
- 16/10/2017: antigénémie aspergillaire positives
- 23/10/2017: tomодensitométrie



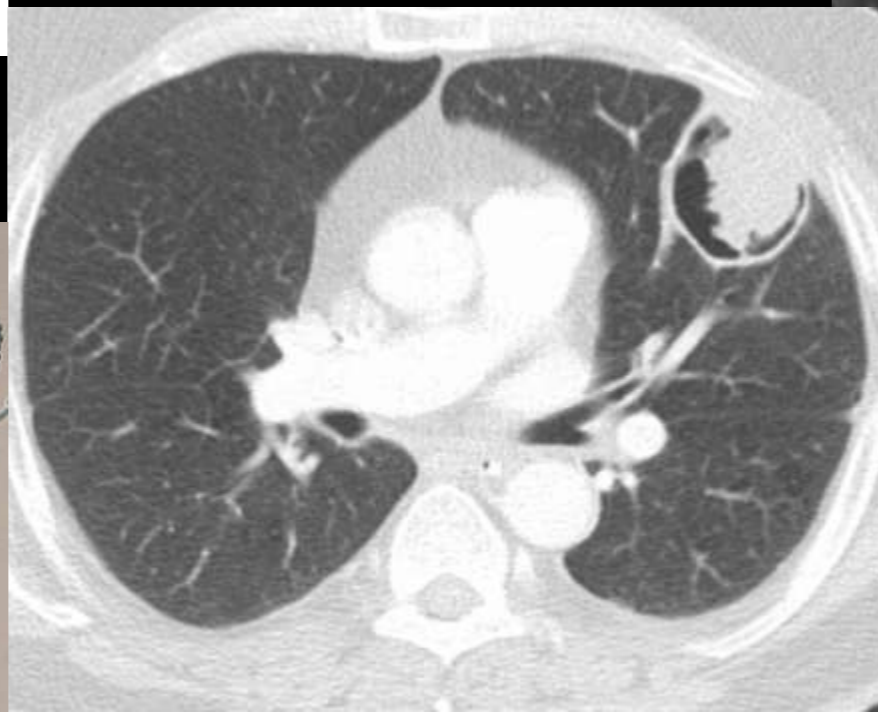
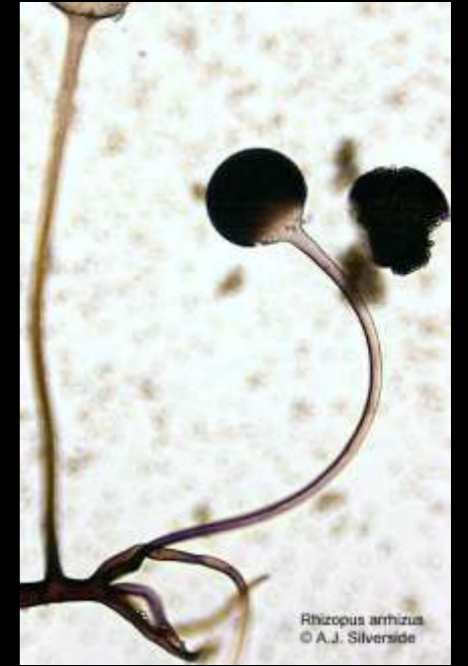


## Prise en charge

- Drainage thoracique gauche
- Traitement de l'aspergillose invasive
- Traitement d'une réactivation CMV
- 08/11/2017: Exploration ORL par voie endoscopique et exérèse sous anesthésie
  - Exérèse de lésions nécrotiques concernant
    - Le pré-maxillaire
    - Le palais dur
    - Les sinus maxillaires droits et gauches
    - Les cloisons inter-sinuso-nasales droites et gauches
    - La cloison nasale
    - Les os propres du nez
- Biopsies nasales et palatines
  - Infection à Mucormycose (*Rhizopus arrhizus*)
  - *Aspergillus* section Flavi.
  - co-infection bactérienne
    - *Acinetobacter baumannii*
    - *Pseudomonas* BMR

## Diagnostics

- Mucormycose naso-sinusienne chez un patient immunodéprimé
- Aspergillose pulmonaire invasive



# Rhinosinusite mycotiques

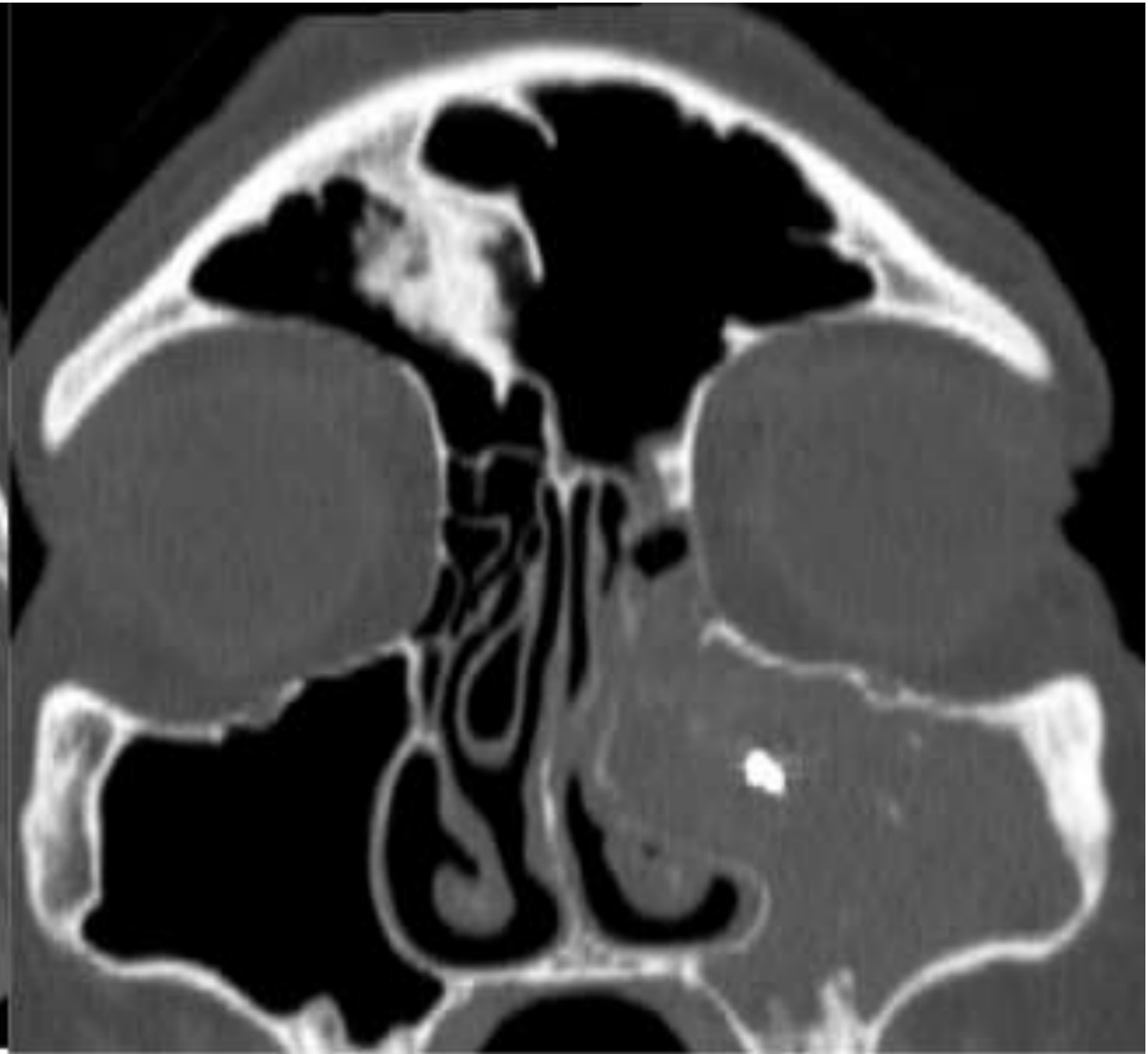


1. Sinusite (maxillaire ou ethmoïdale) qui répond mal au traitement
2. Aspergillus dans 50% des cas
3. Formes invasives très sévères, rares, immuno-déprimés : aspergillose invasive systémique

# Rhinosinusite mycotiques

- Une sinusite (maxillaire ou ethmoïdale) qui répond mal au traitement
- aspergillus dans 50% des cas
- diagnostic : ana-path
- Formes invasives très sévères, rares, immuno-déprimés : aspergillose invasive systémique

# Rhinosinusite mycotiques



# Rhinosinusite mycotiques

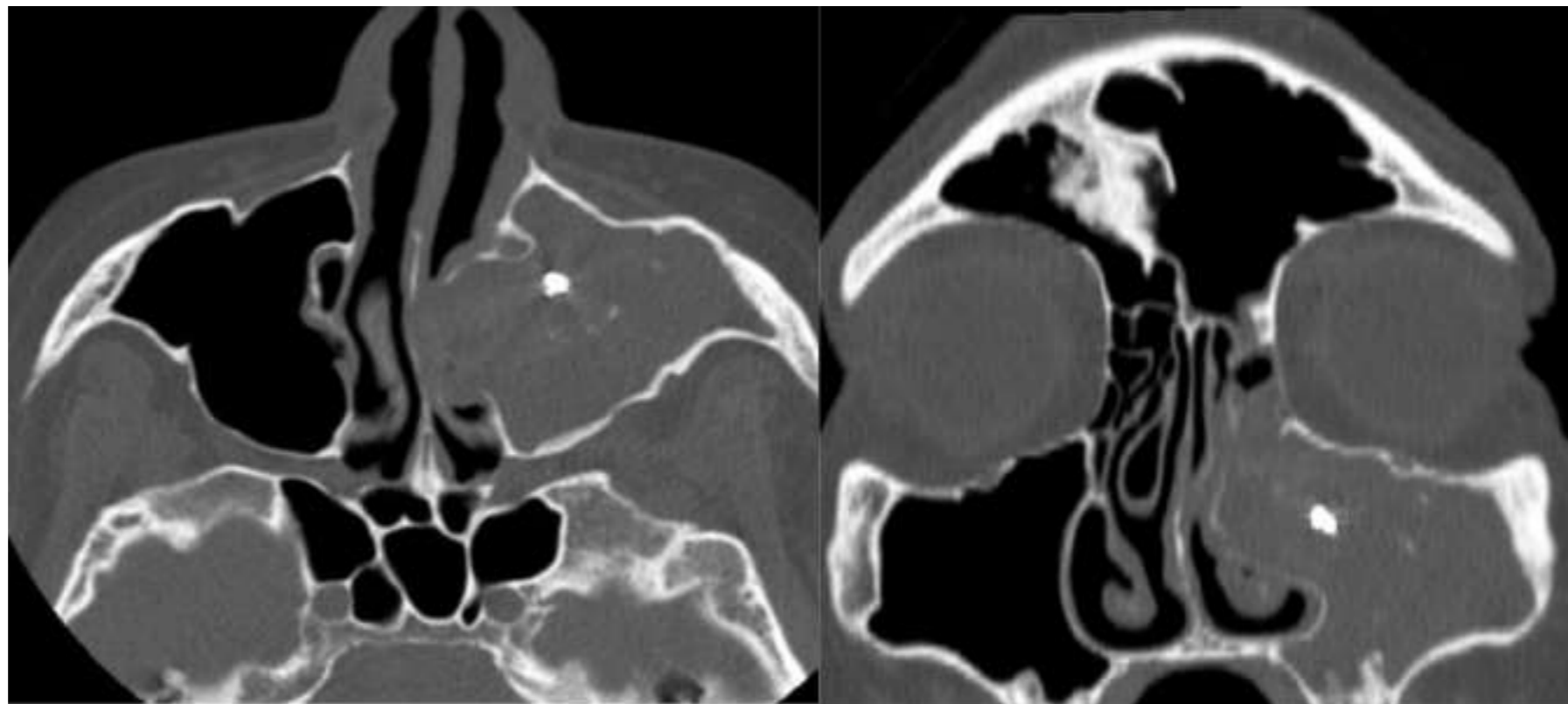
## TDM

Sinusite agressive,  
paroi osseuses soufflées,  
ostéolyse,  
matériel d'obturation dentaire,  
filaments spontanément hyperdenses  
calcifications (nécrose), en mottes

## IRM

Propriétés paramagnétique  
de l'aspergillus  
(fer/manganèse)

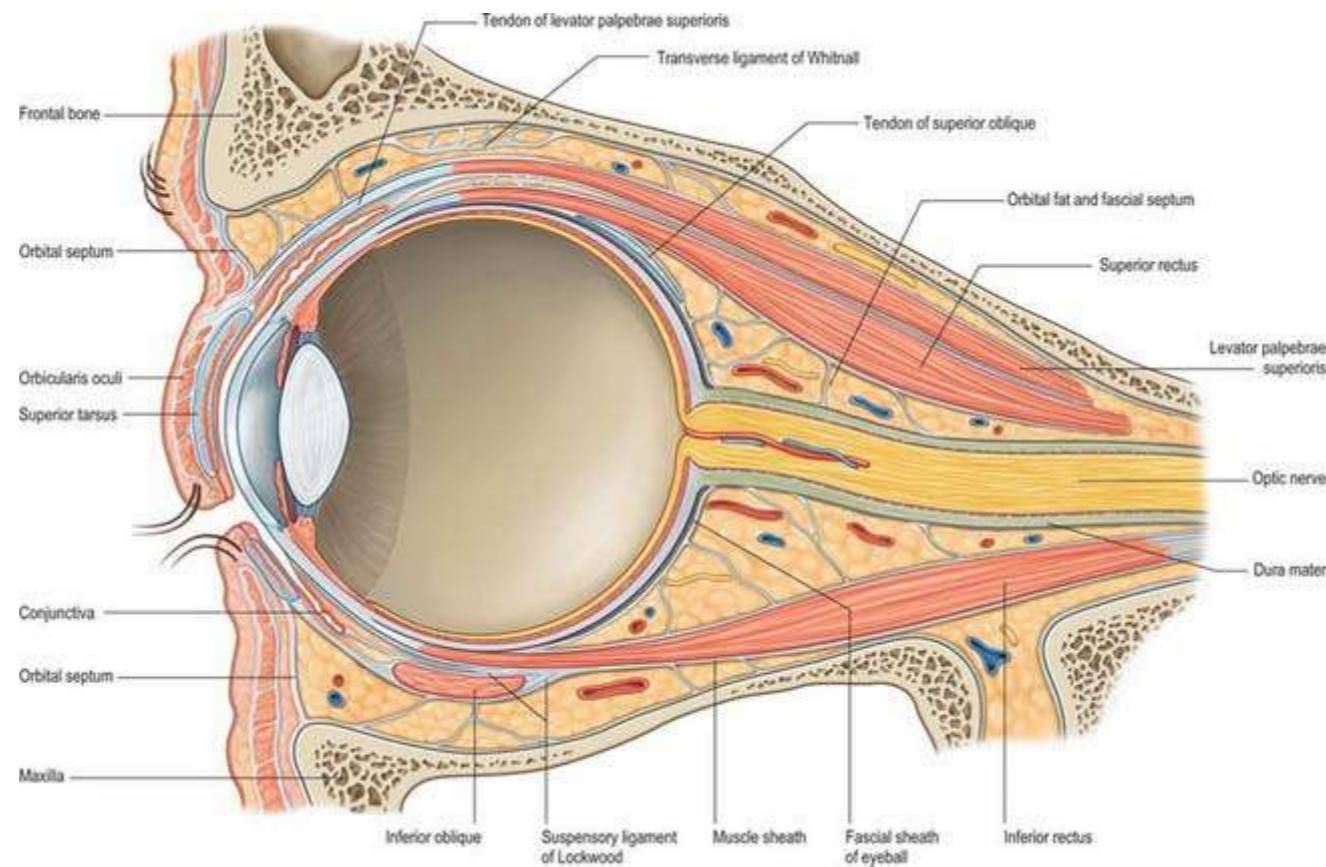
hypo T1, hypo T2++



# Foyers infectieux orbitaires

# Septum orbitaire

- Septum intra-orbitaire : membrane fibro-élastique entre le pourtour du bord orbitaire osseux et le bord périphérique des targes des paupières
- Complications
  - pré-septales : paupières et appareil lacrymal
  - rétro-septales : structures intra-orbitaires



## Histoire de la maladie

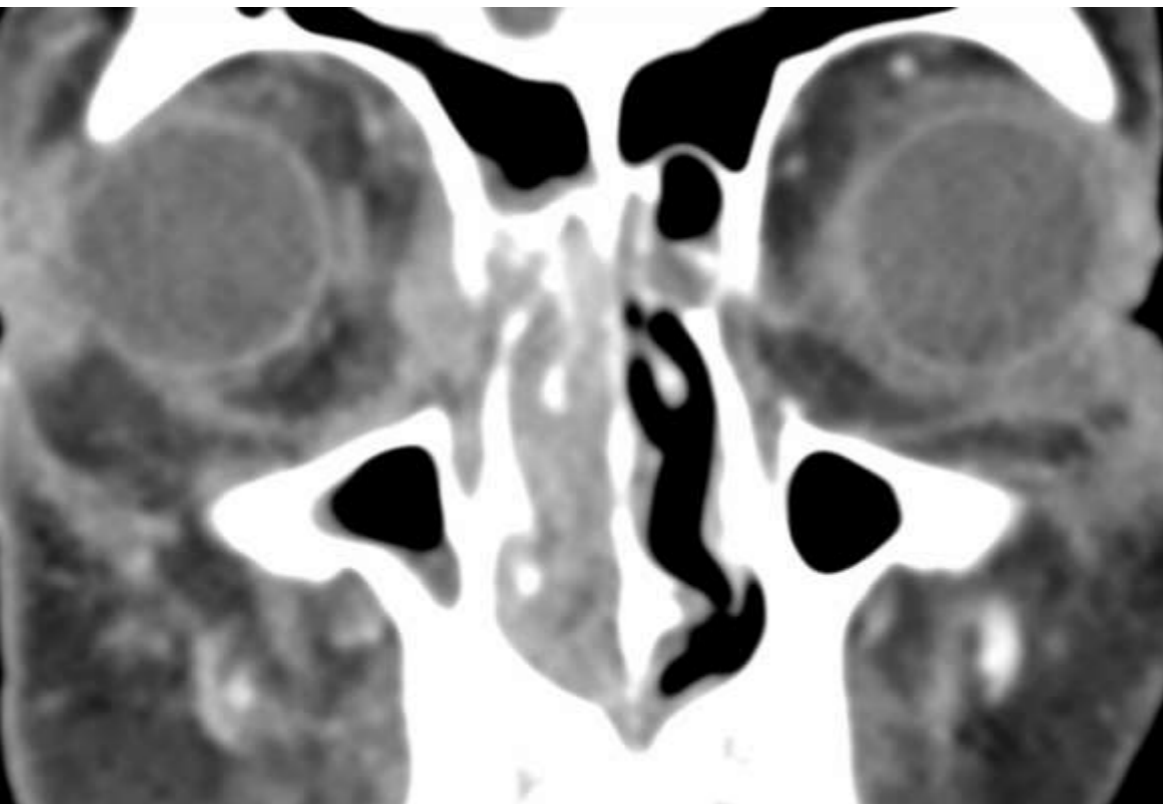
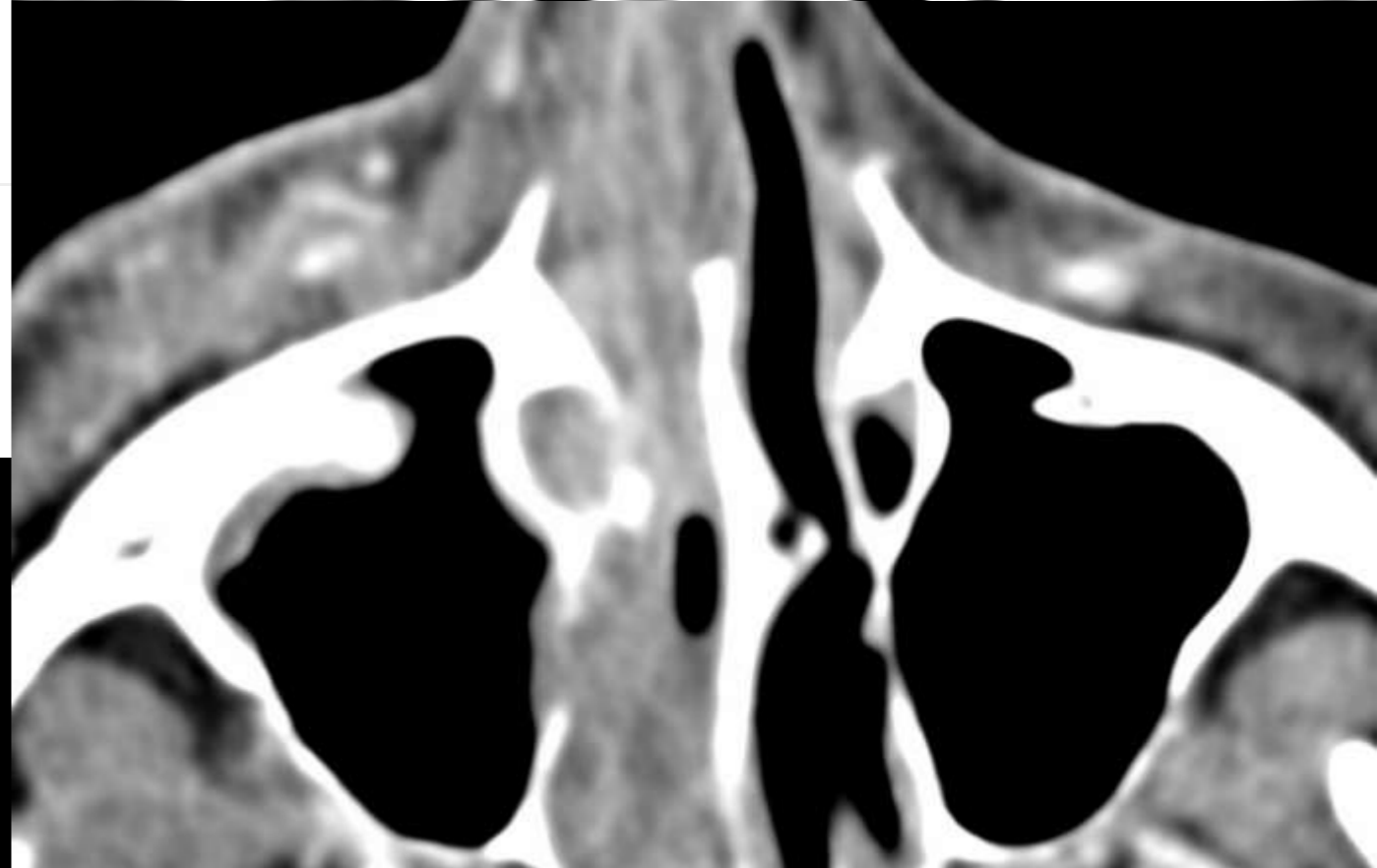
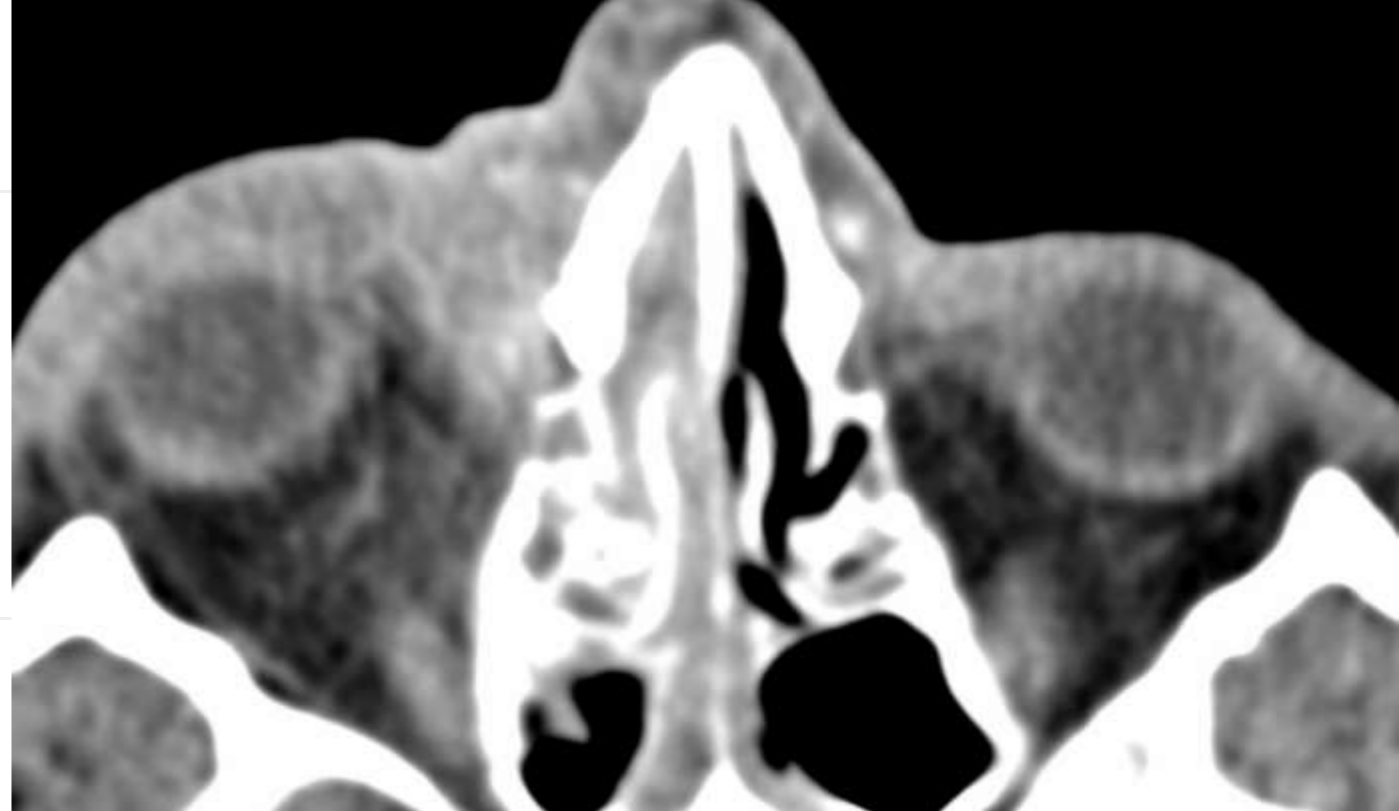
- 2010: Leucémie aiguë myéloïde
  - HYDREA et transfusions itératives en hôpital de jour depuis fin novembre 2015.
- 02/01/2016
  - Hématome palpébral droit spontané depuis 7 jours
  - Diplopie

## Bilan biologique d'entrée

- Anémie à 8,8 g/dL
- Thrombopénie (20 000)
- Leuconéutropénie (960 GB dont 600 PNN)
- CRP 13.8

## Avis ophtalmologique

- Tuméfaction du canthus interne droit
- Tuméfaction de la paupière inférieure droite
- Hématome
- Ecoulement nasal purulent





## Histoire de la maladie

- 2010: Leucémie aiguë myéloïde
  - HYDREA et transfusions itératives en hôpital de jour depuis fin novembre 2015.
- 02/01/2016
  - Hématome palpébral droit spontané depuis 7 jours
  - Diplopie

## Bilan biologique d'entrée

- Anémie à 8,8 g/dL
- Thrombopénie (20 000)
- Leuconéutropénie (960 GB dont 600 PNN)
- CRP 13.8

## Avis ophtalmologique

- Tuméfaction du canthus interne droit
- Tuméfaction de la paupière inférieure droite
- Hématome
- Écoulement nasal purulent

## Tomodensitométrie

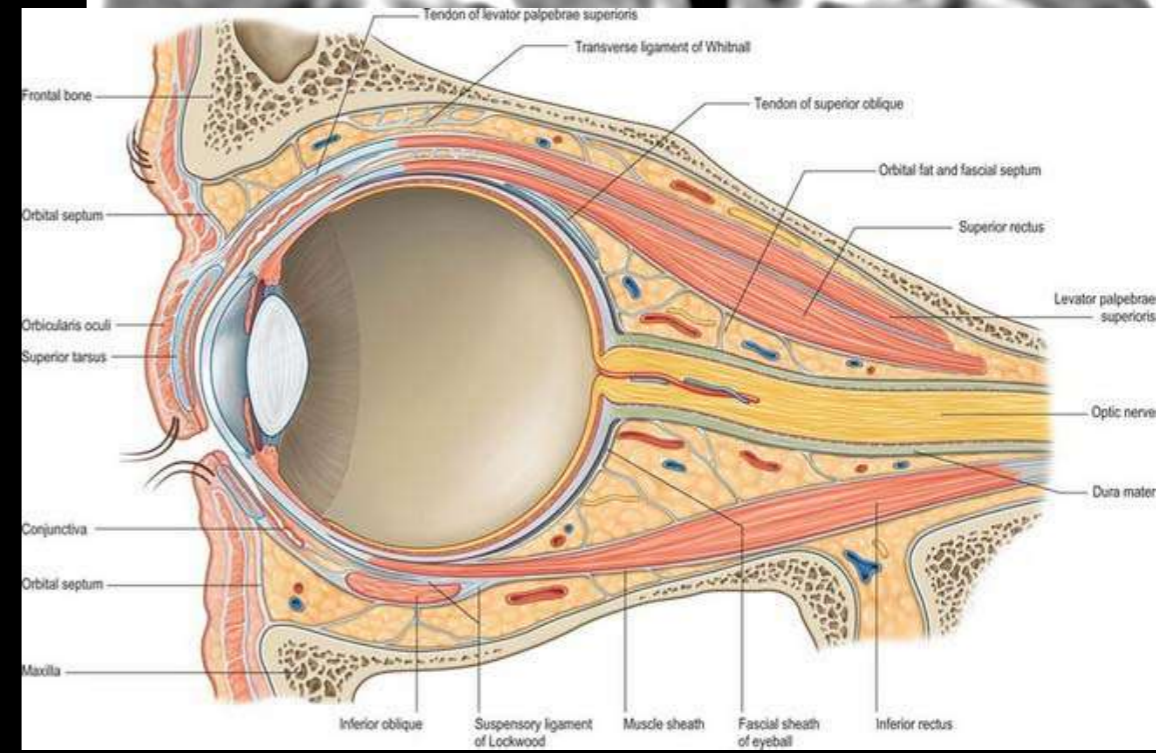
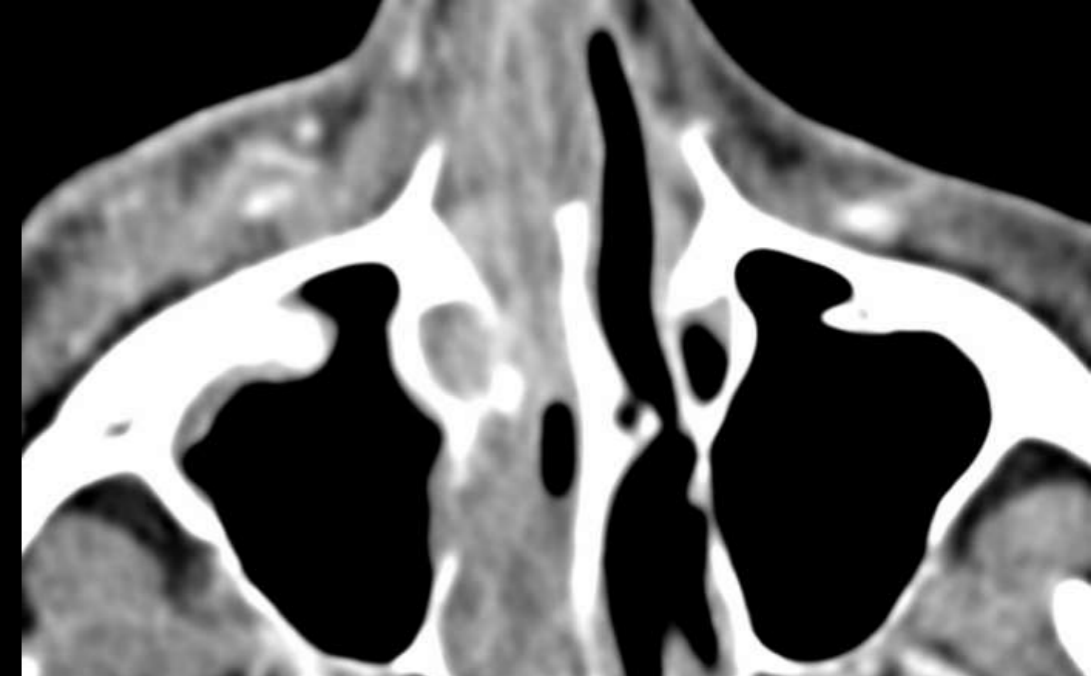
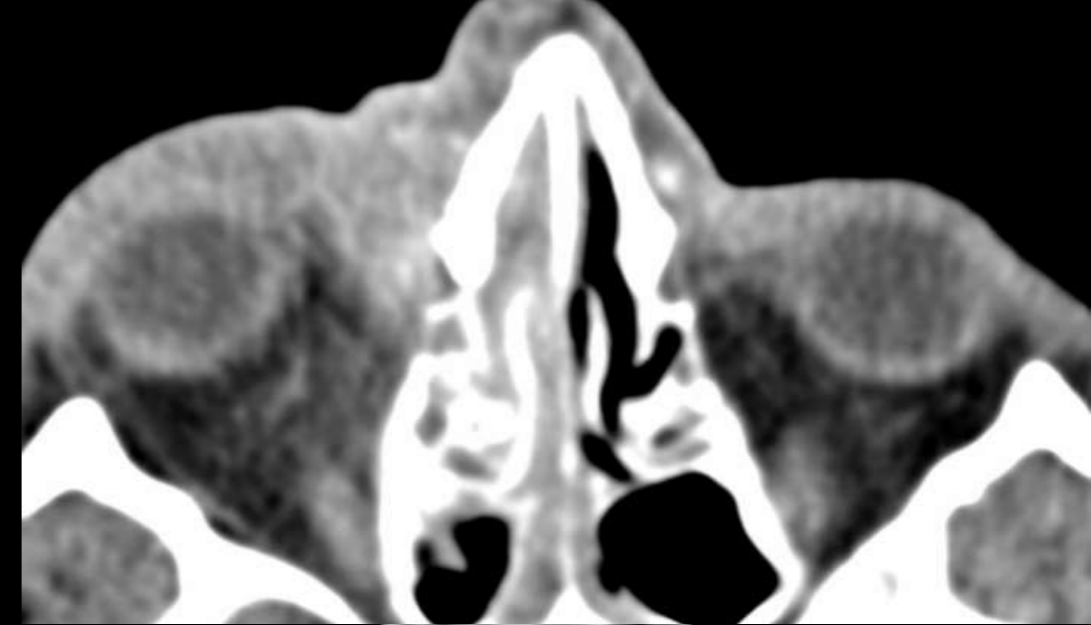
- Exophtalmie droite de grade II
- Infiltration du canthus interne
- Pas de collection
- Comblement du canal lacrymo-nasal

## Diagnostic final

Dacryocystite aiguë droite compliquée de cellulite rétroseptale

## Evolution

- Bilan bactériologique négatif
- Retour à l'apyrexie sous antibiothérapie probabiliste
- Geste chirurgical non retenu (thrombopénie)
- Evolution ophtalmologique satisfaisante

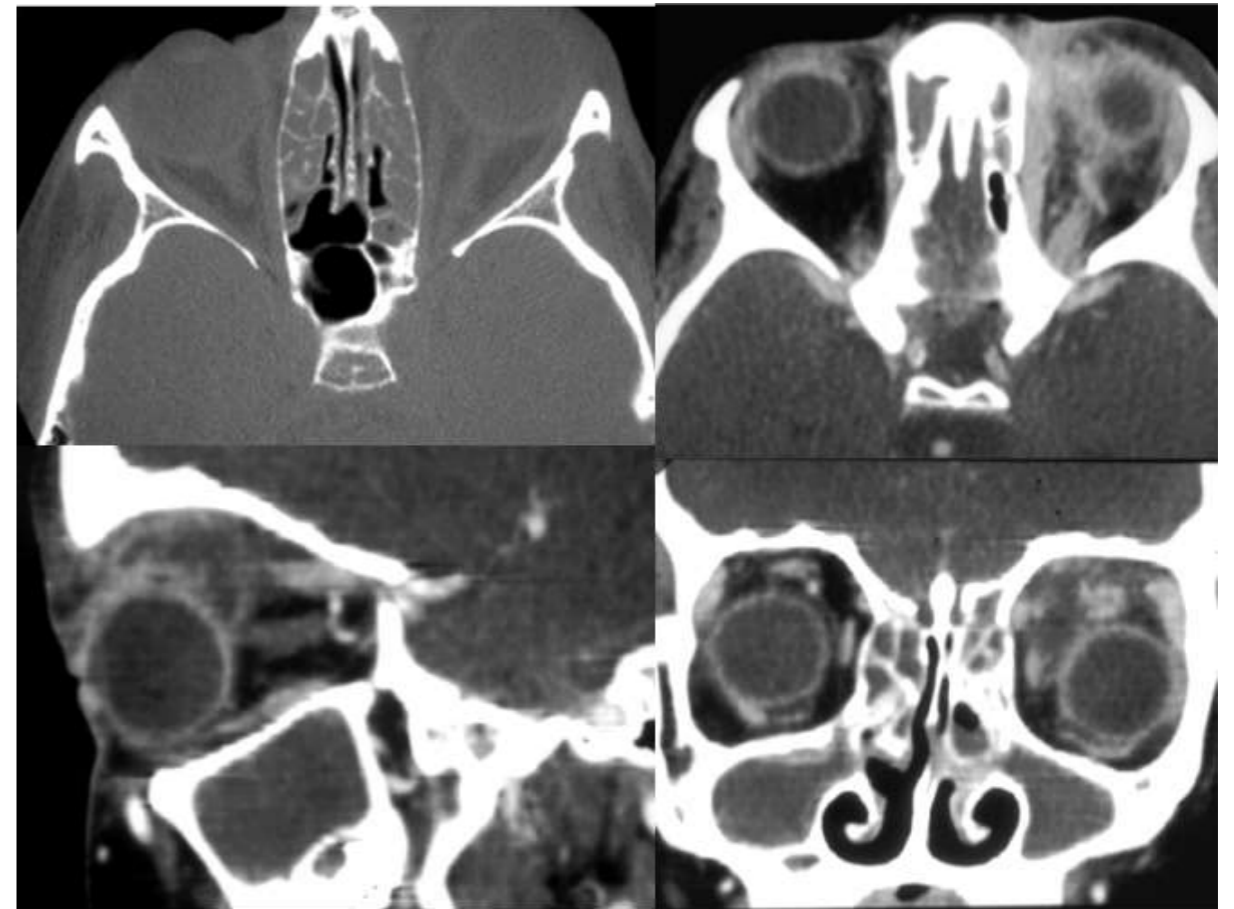


# Complication orbitaire des infections nasosinusiennes

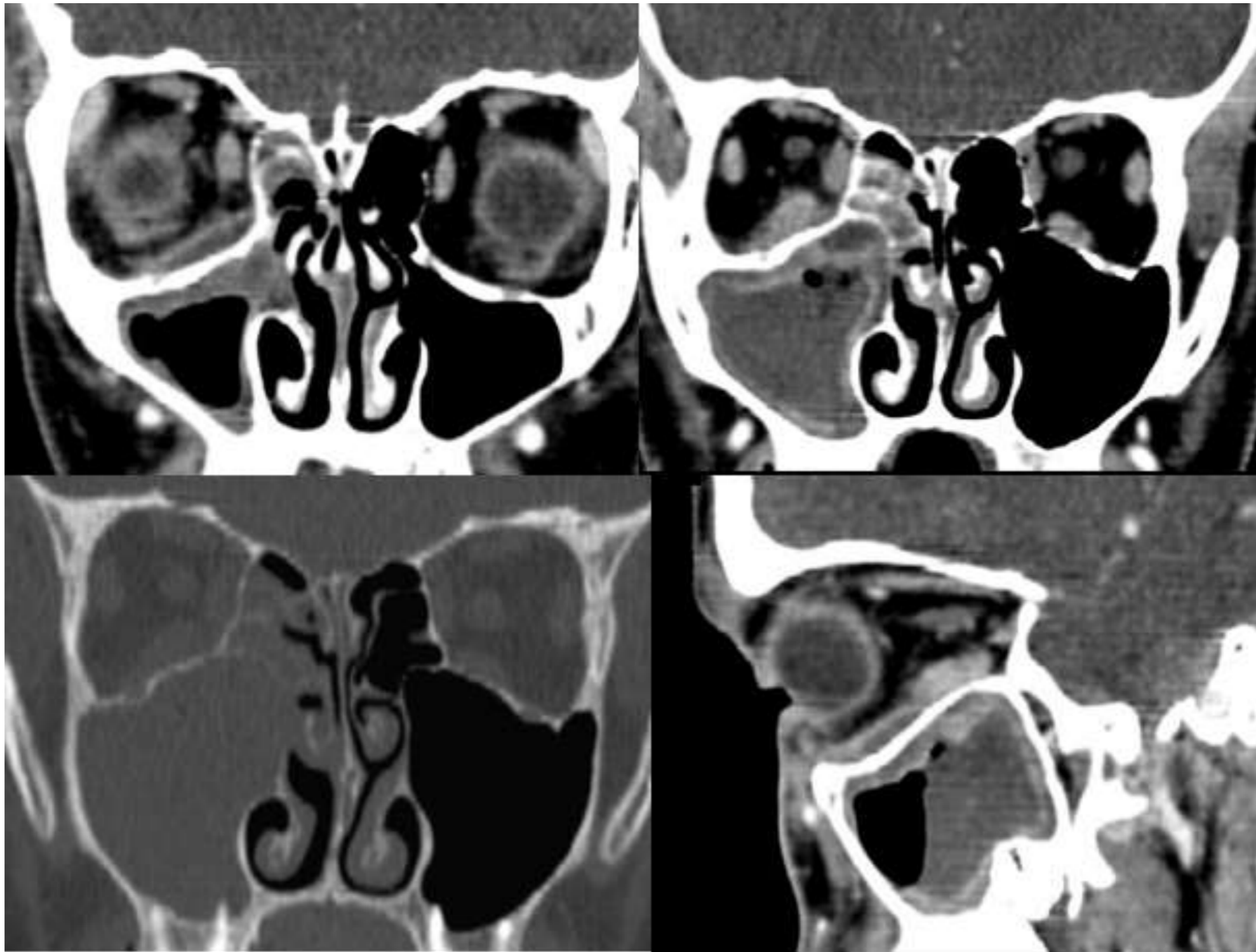
1. Cellulite palpébrale et péri-orbitaire
2. Cellulite orbitaire
3. Abscès sous-périosté
4. Thrombose d'une veine ophtalmique
5. Thrombose de la loge caverneuse

# Cellulite orbitaire

- Infection des tissus mous de l'orbite
  - voie directe trans-pariétale
  - voie veineuse
- TDM avec injection
  - Infiltration hyperdense hétérogène de la graisse intra et extra-conique
  - Prise de contraste hétérogène
  - Exophtalmie
  - Ostéolyse de la lame papyracée
  - Infiltration palpébrale
- Complications à rechercher
  - Thrombose des veines ophtalmiques
  - Thrombose de la loge caverneuse

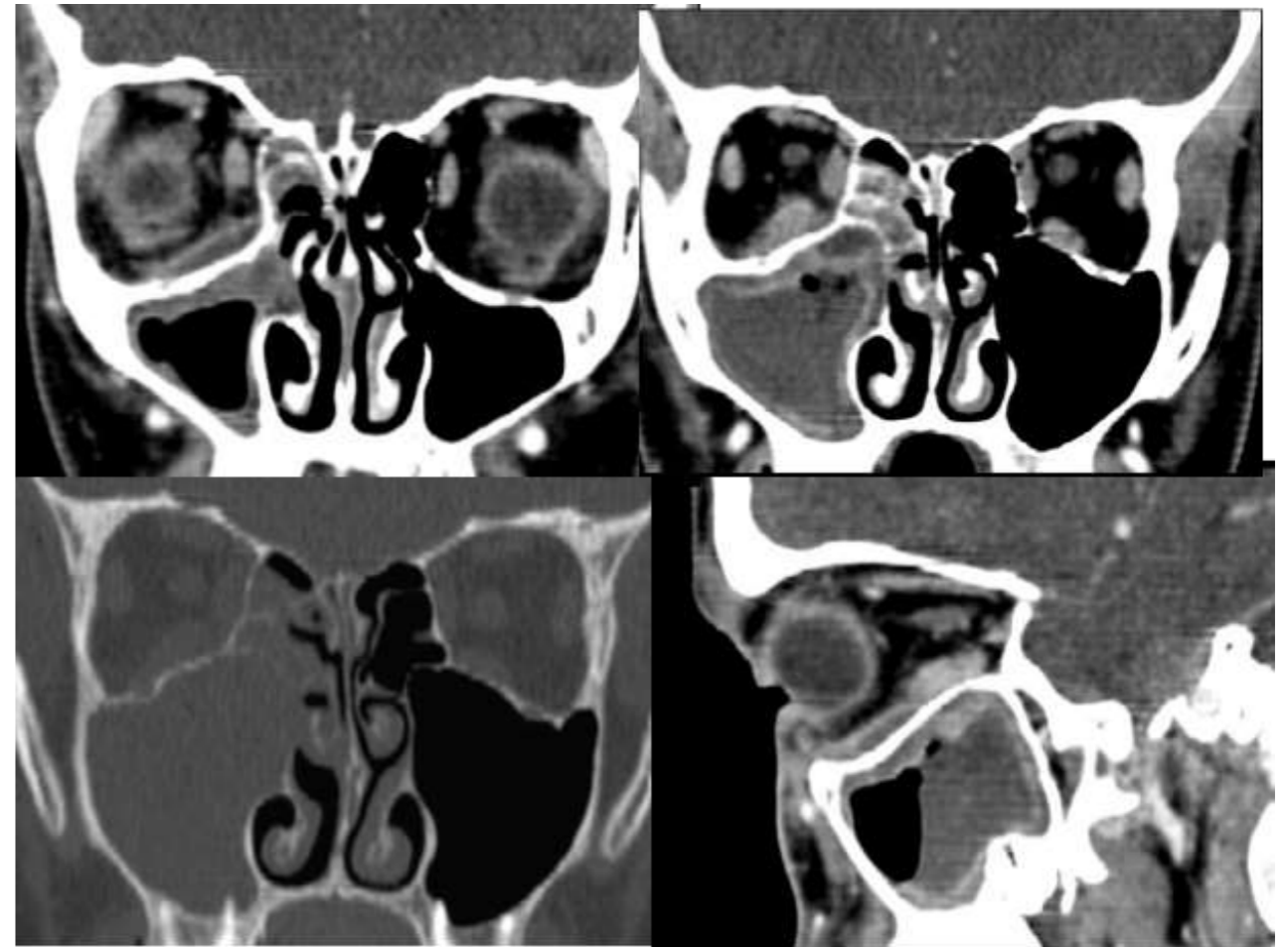


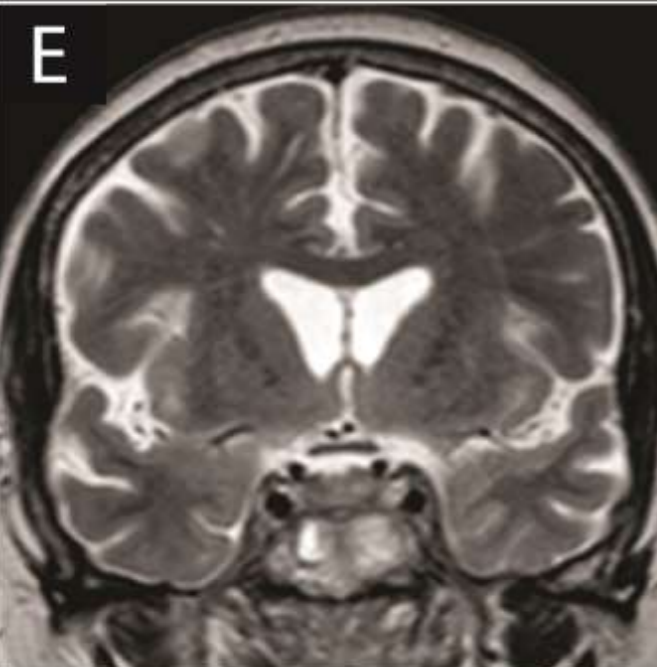
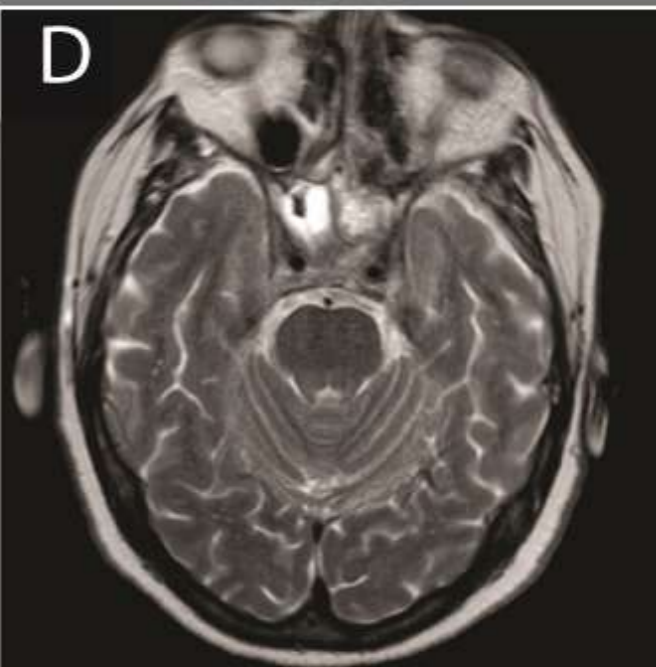
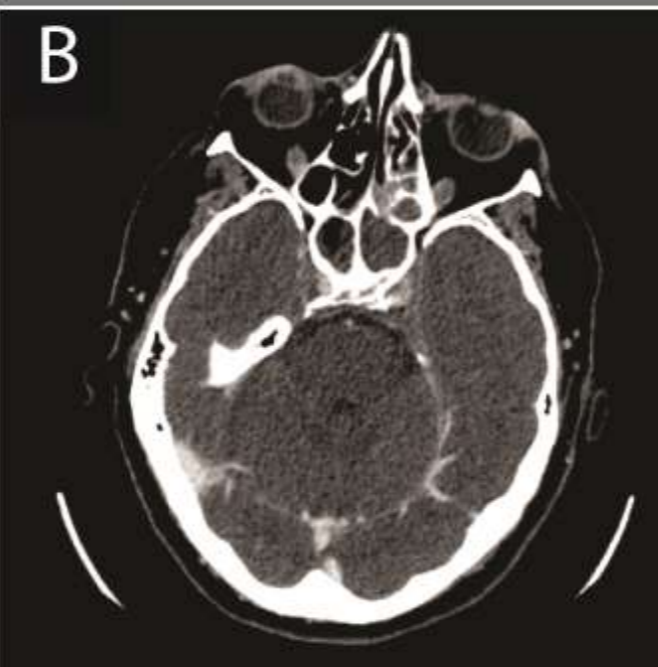
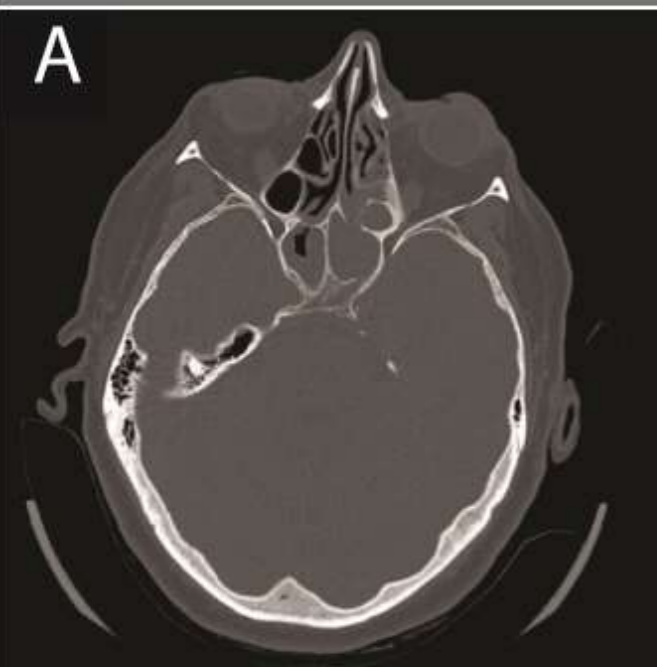
# Complications orbitaires des infections nasosinusiennes



# Abcès sous périoste

- Refoulement et épaissement du muscle droit
- Elargissement de l'espace extra-conique
- Périoste non individualisable
- Foyer d'ostéolyse
- Exophtalmie
- Extension à l'orbite rétro-septale
- Extension à la loge caverneuse





# mol-ann - Quelle complication suspectez-vous chez cette patiente présentant une rhinosinusite aiguë?

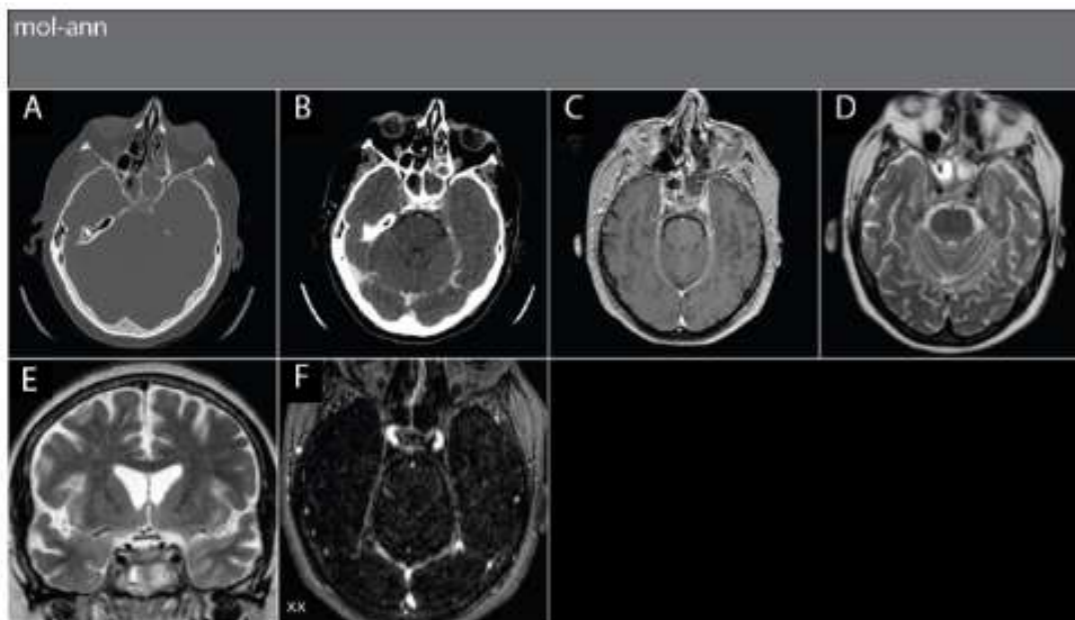
Abcès  
sous-périosté  
intraorbitaire.

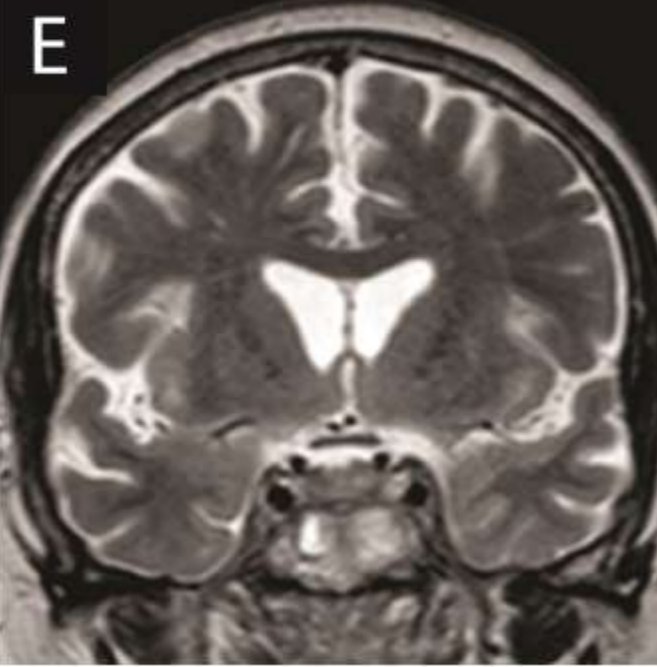
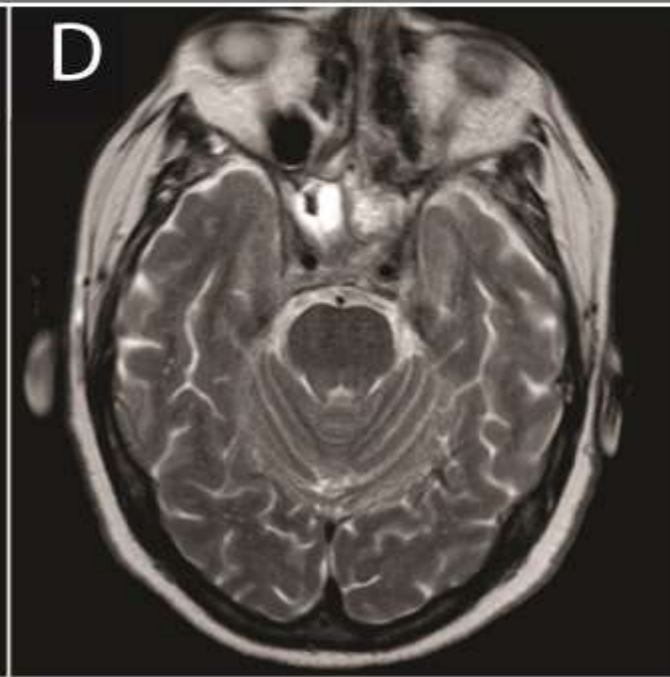
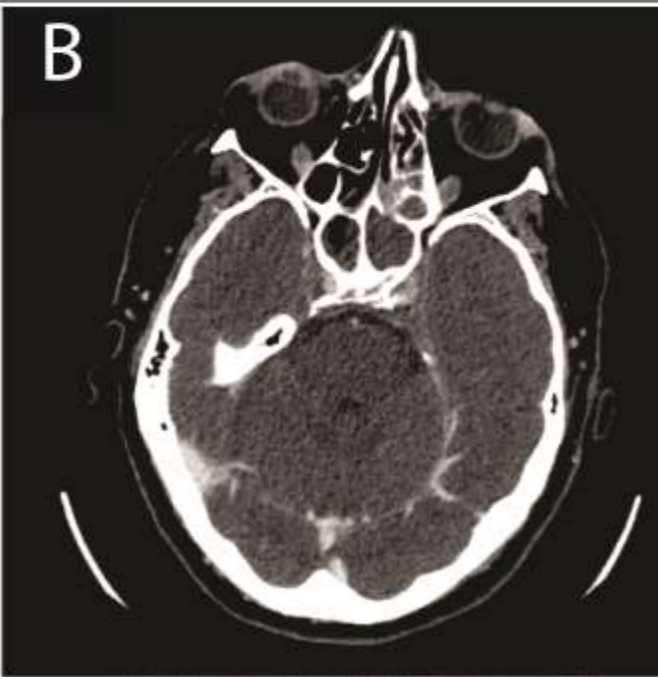
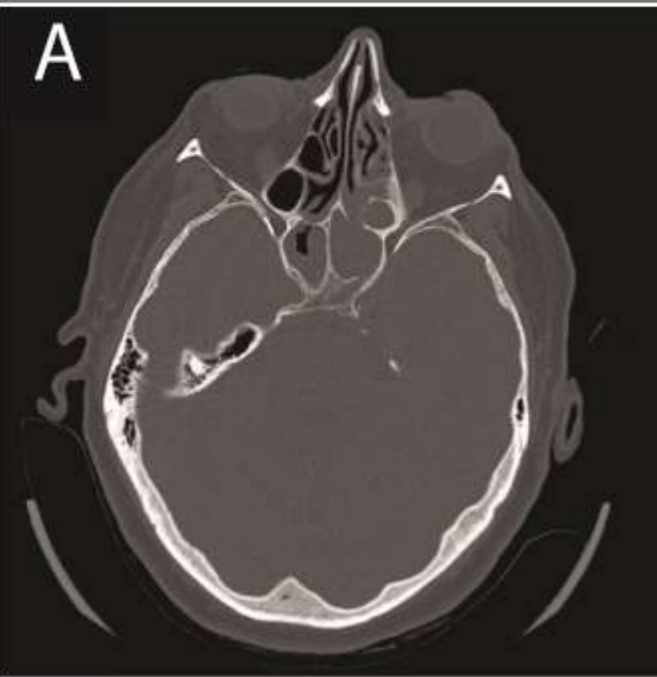
Thrombose de la  
veine ophtalmique.

Thrombose de la  
loge caverneuse.

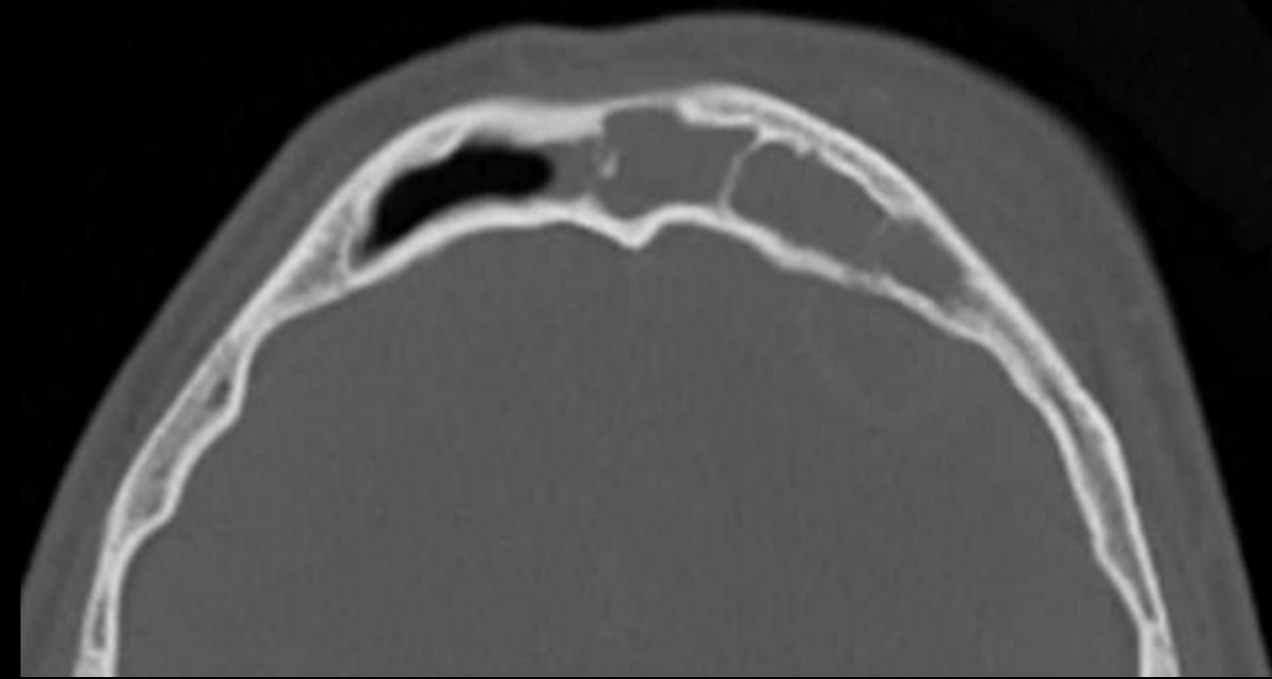
Cellulite orbitaire.

Abcès  
intra-cérébral.







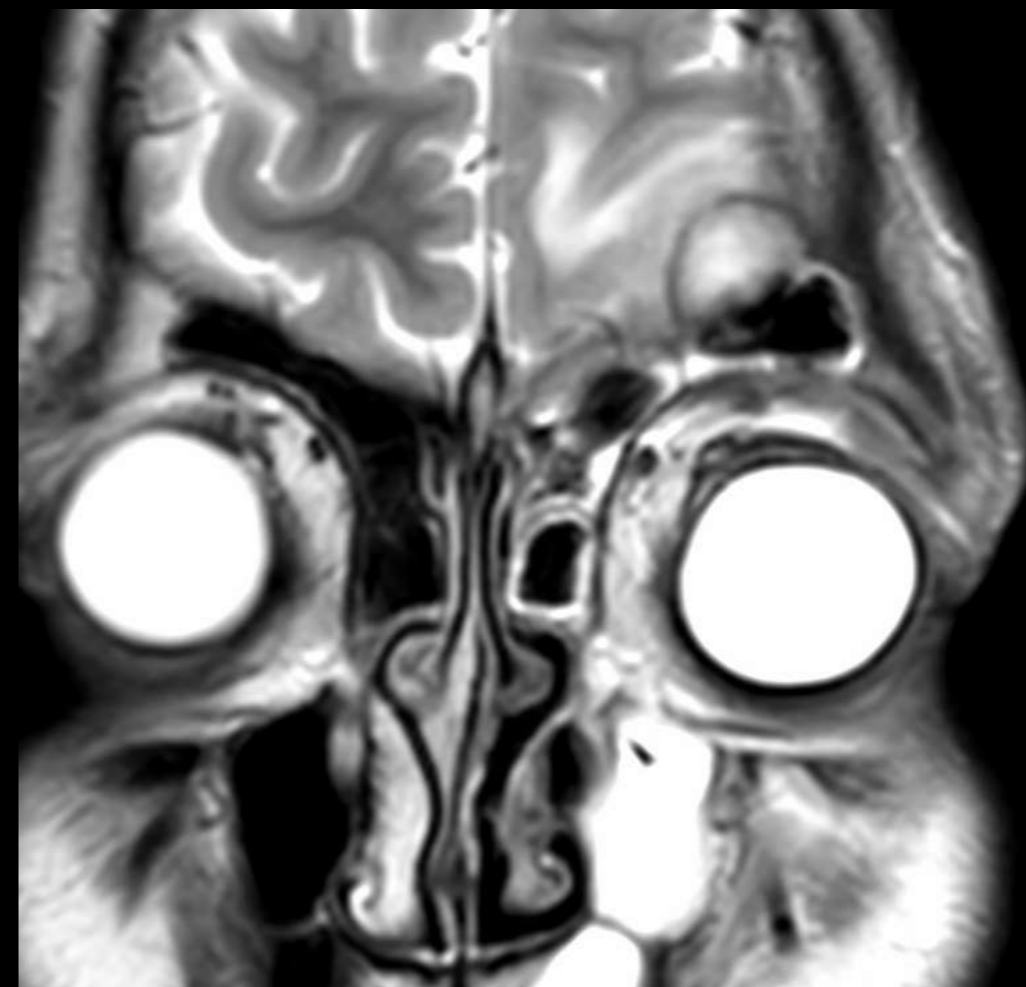
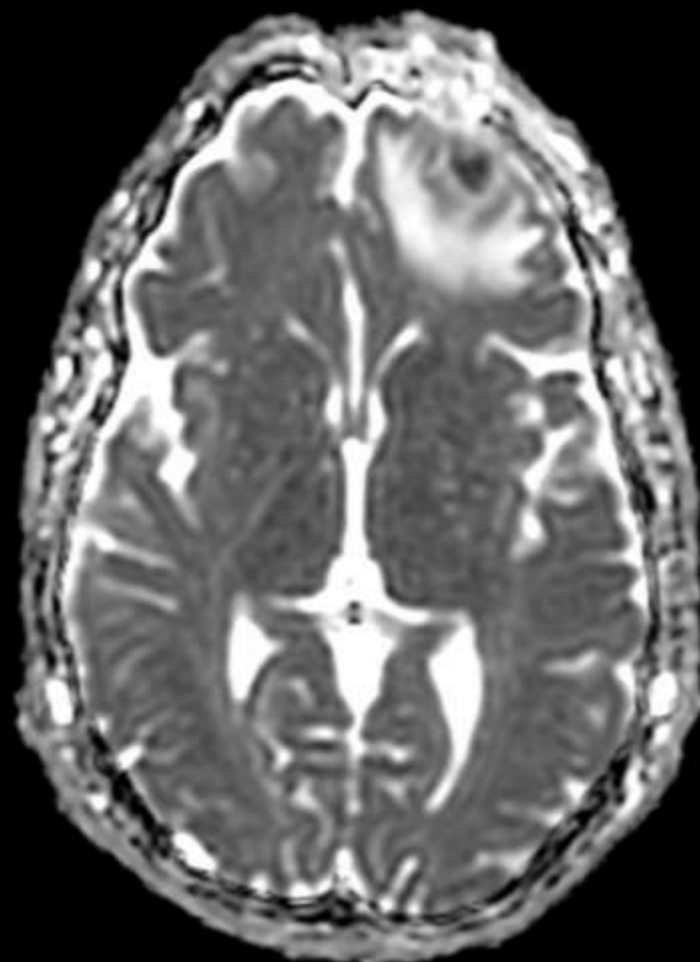
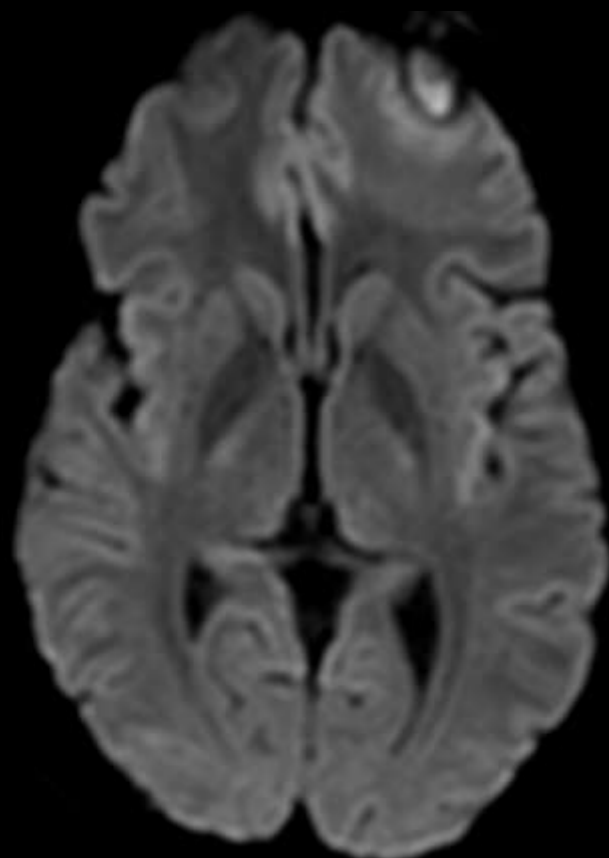
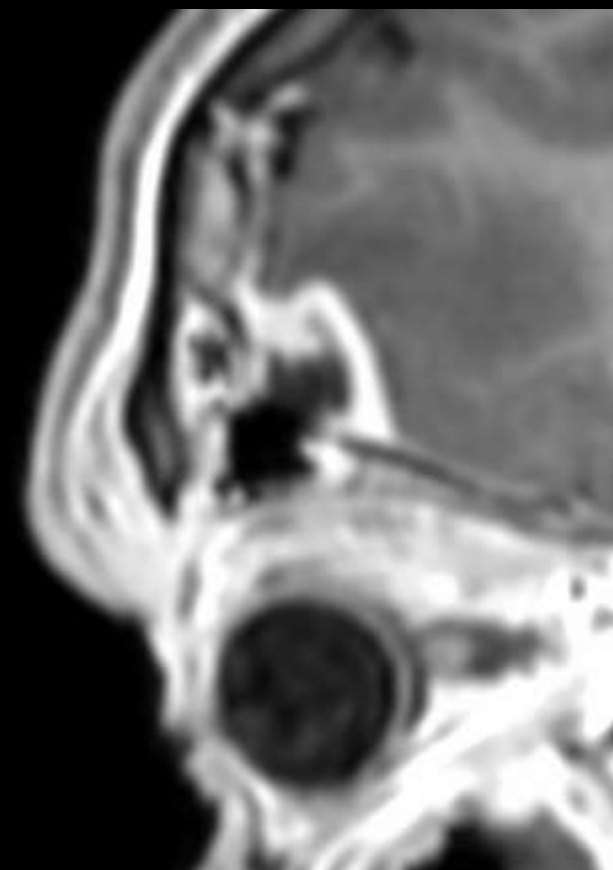
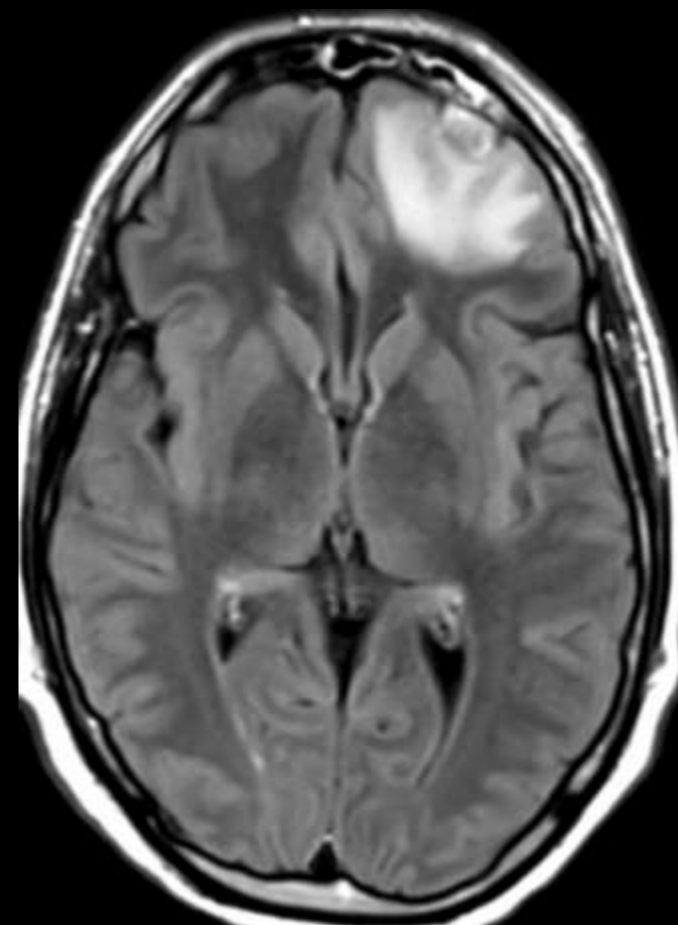
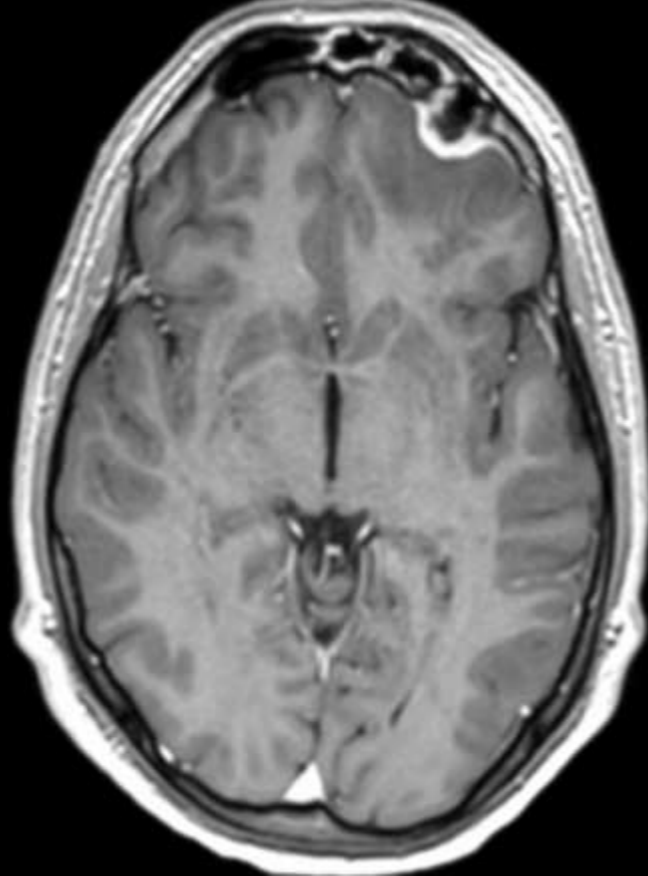


arl-gir-jua-31081988

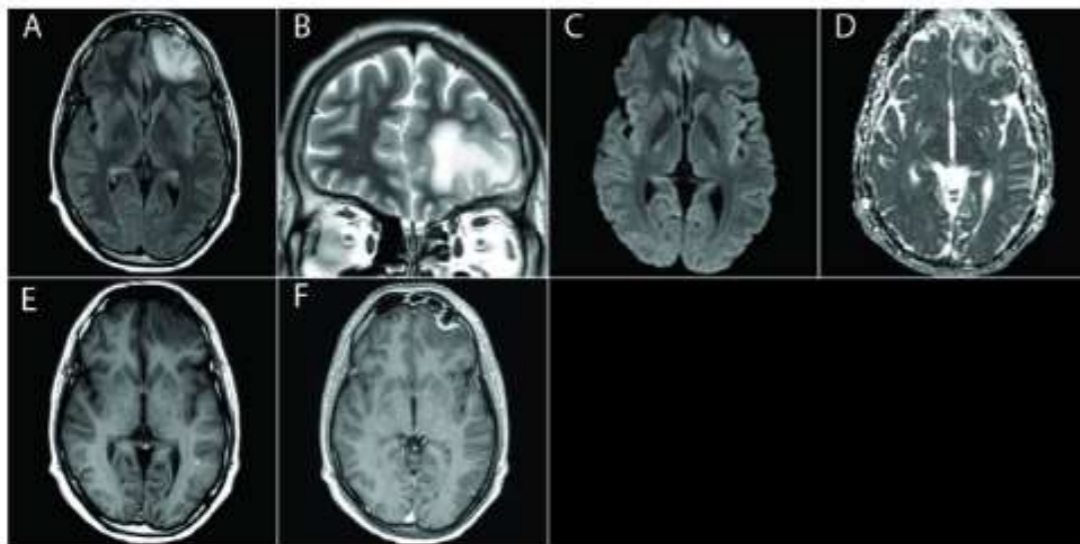
## Histoire de la maladie

- Homme, 27 ans
- Fièvre
- Obstruction nasale
- Douleur orbitaire gauche et céphalées frontales gauches





# arl-gir-jua-31081988 - Rhinosinusite aigüe. Donnez les propositions exactes.



Cellulite orbitaire **A**

Abcès intra-cérébral **B**

Thrombose de la loge caverneuse **C**

Abcès orbitaire **D**

Empyème cérébral **E**

## Histoire de la maladie

- Homme, 27 ans
- Fièvre
- Obstruction nasale
- Douleur orbitaire gauche et céphalées frontales gauches

## Diagnostic

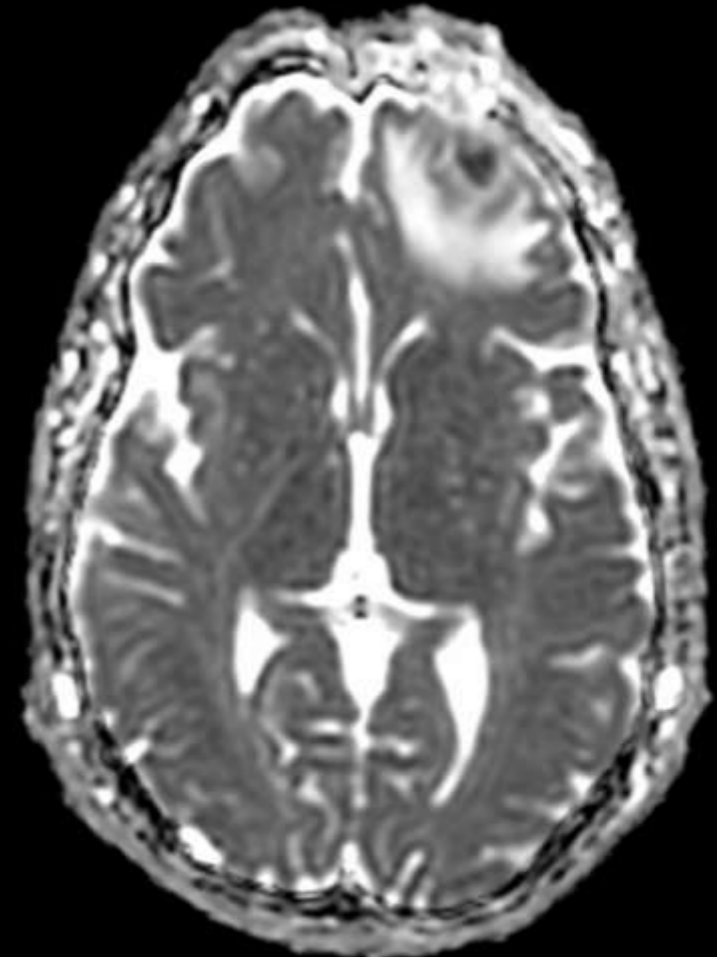
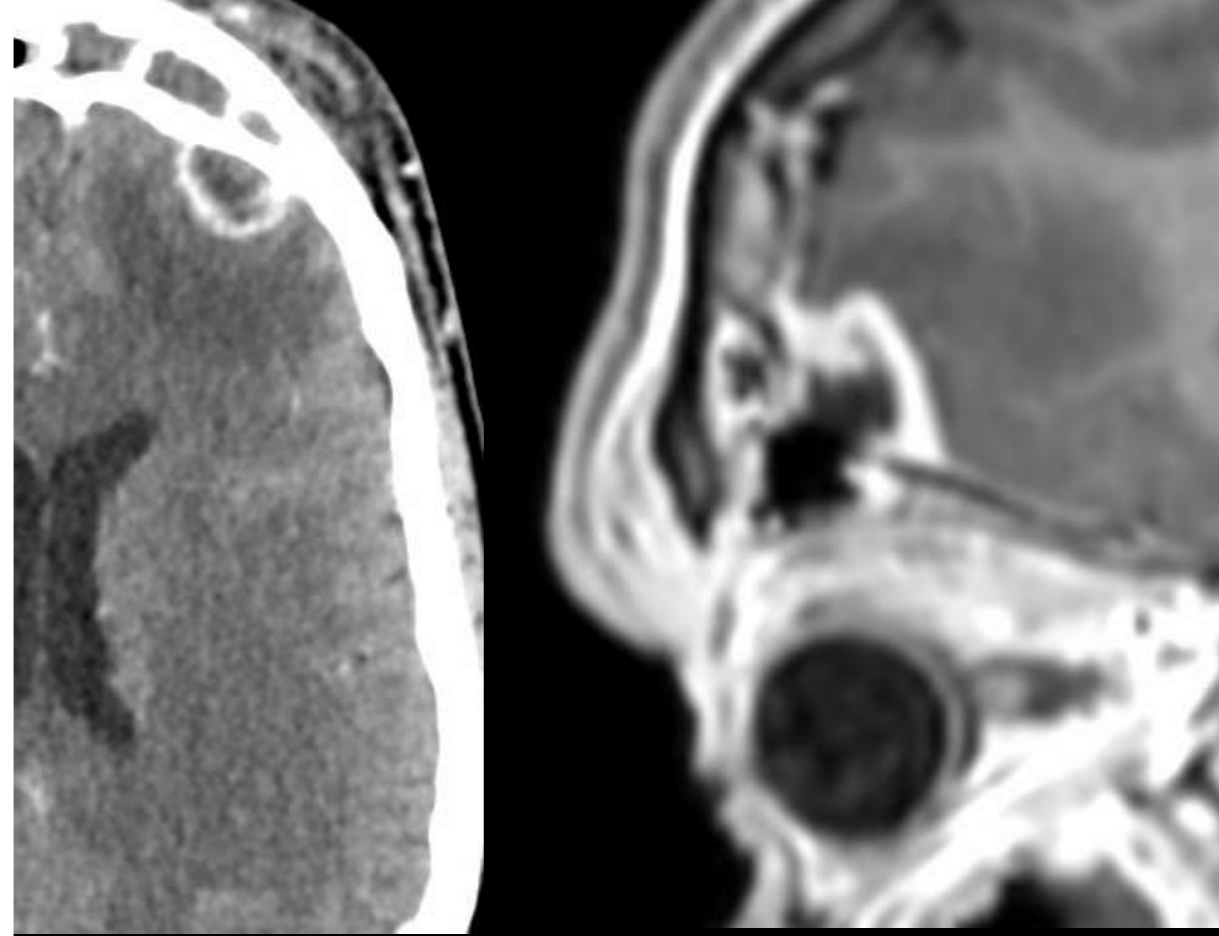
Pansinusite antérieure gauche compliquée d'un empyème cérébral et d'un abcès orbitaire.

## Traitement

- Pansinusite antérieure et abcès orbitaire
  - Prise en charge chirurgicale initiale
  - Méatotomie moyenne gauche
  - Drainage de l'abcès intraorbitaire gauche par voie canthale externe: Incision cutanée par voie du canthus externe, dissection des tissus jusqu'au périoste du rebord orbitaire supérieur, et décollement du périoste puis drainage de l'abcès.
  - Méchage de l'abcès
- Empyème cérébral
  - Traitement médical

## Evolution

- Evolution clinique favorable
- Régression de l'œdème palpébral
- Examen ophtalmologique sans anomalie



# Complications endocrâniennes



## ✓ **Pachyméningite localisée**

- ✓ une méningite bactérienne circonscrite à la région frontale.
- ✓ TDM + : sinusite frontale, +/- ostéite, prise de contraste localisée en arrière de la voûte frontale, disparition des sillons et effacement des espaces sous arachnoïdiens à un stade évolué

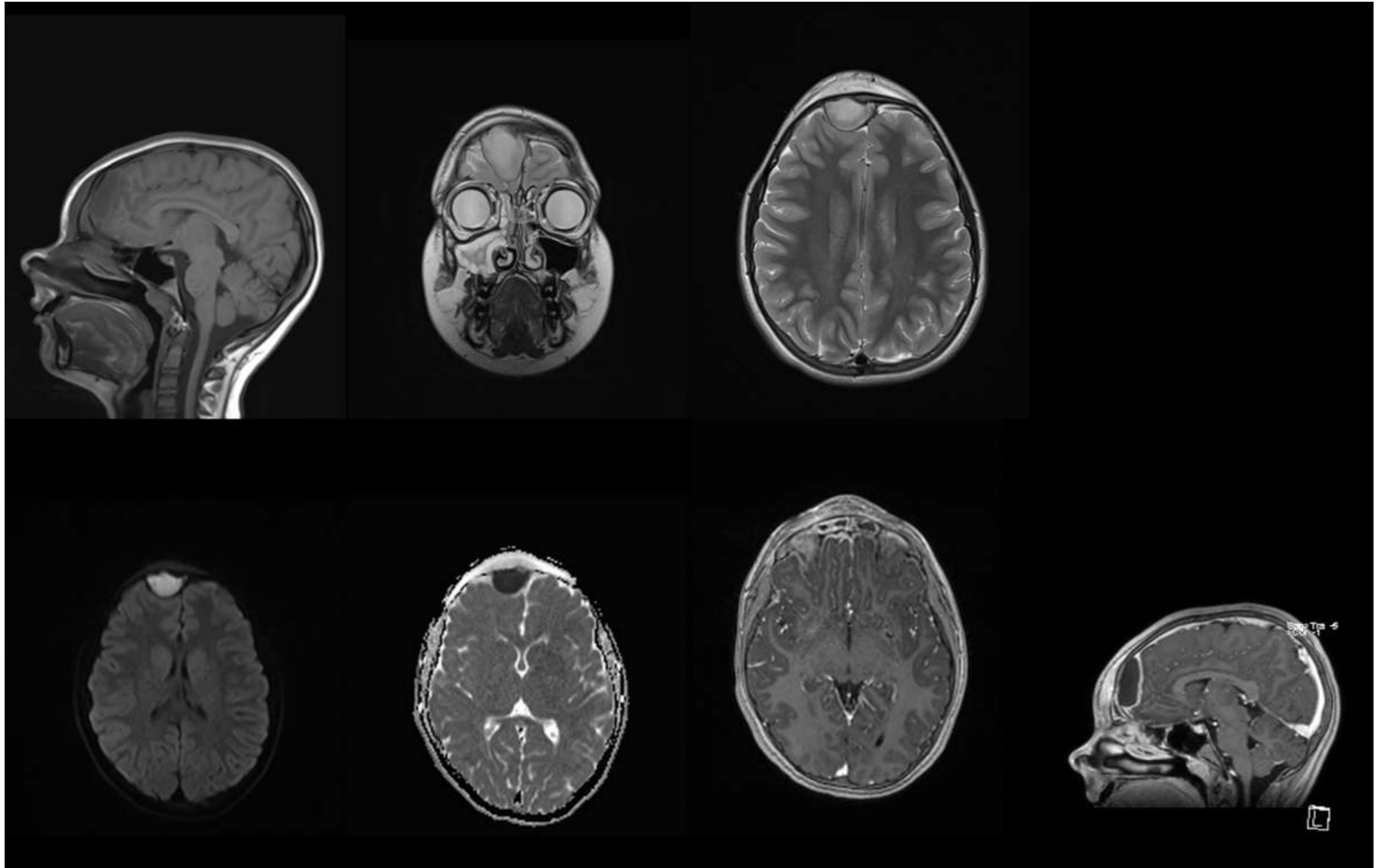
## ✓ **Abcès péri et sous-dural (empyème)**

- ✓ TDM + : collection extra ou sous durale
- ✓ prise de contraste des parois de la collection

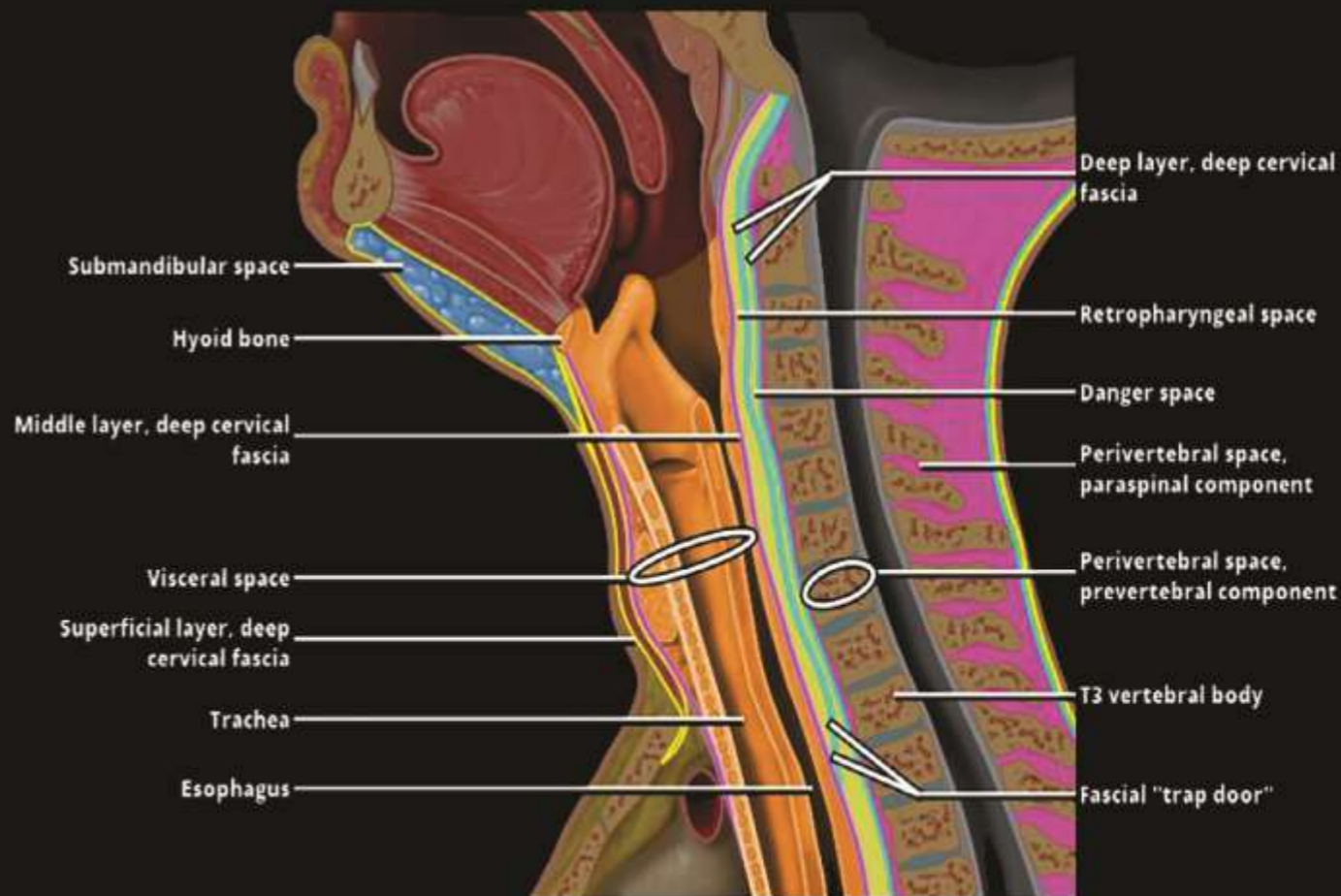
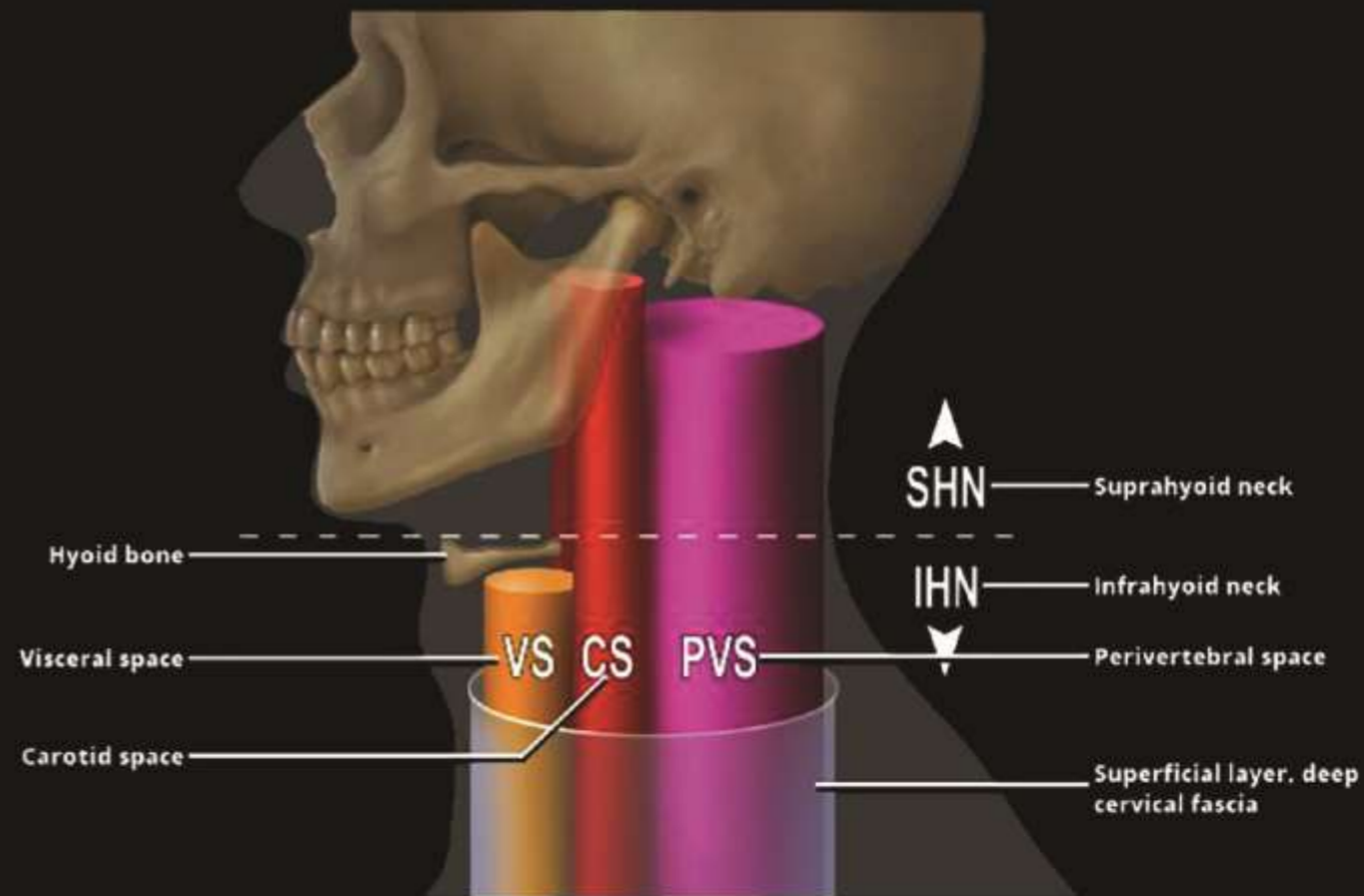
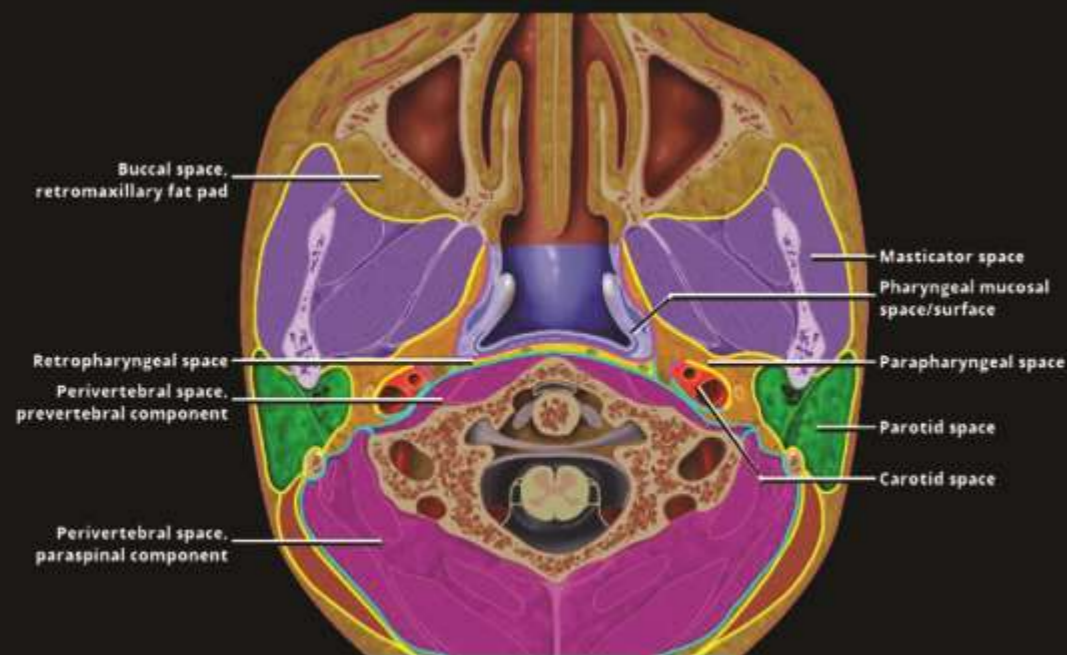
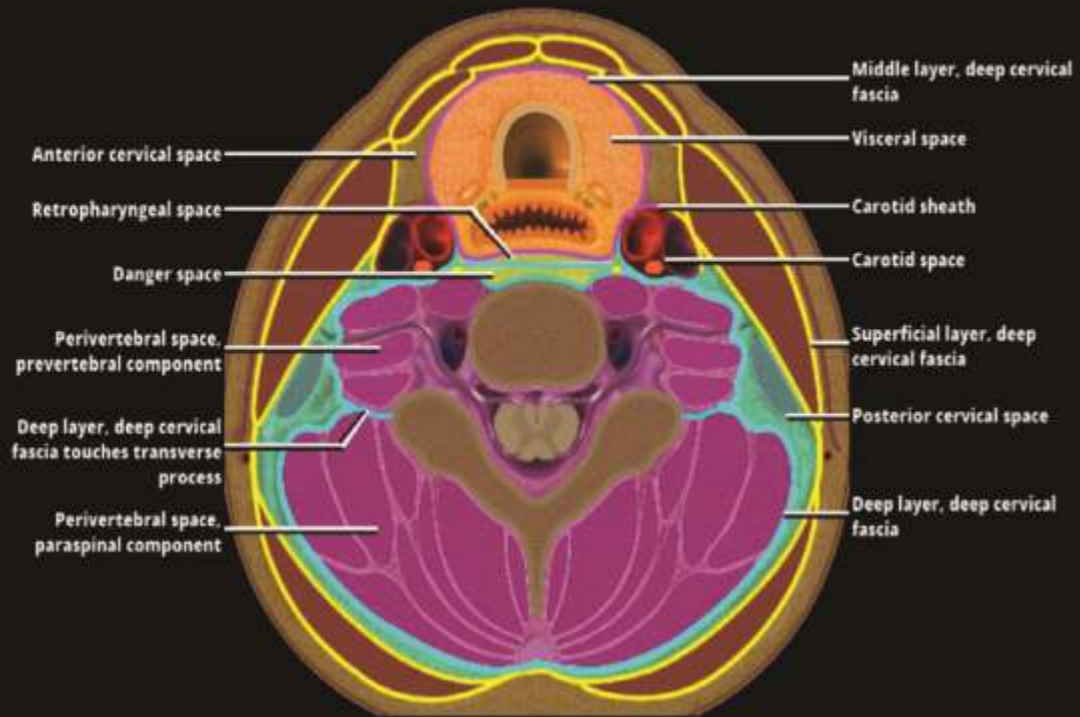
## ✓ **Abcès intra-cérébral**

- ✓ au lobe frontal quand ils compliquent une sinusite ethmoïdo-frontale

# Complications endocrâniennes



# Foyers infectieux cervicaux





bar-eit-01072016

## Histoire de la maladie

---

- Enfant 22 mois
- Le 03/05/2018
  - Fièvre à 39°C
  - Torticolis droit
  - Pas de rhinite, pas de toux, pas de diarrhées
  - Vomissements

## Examen physique

---

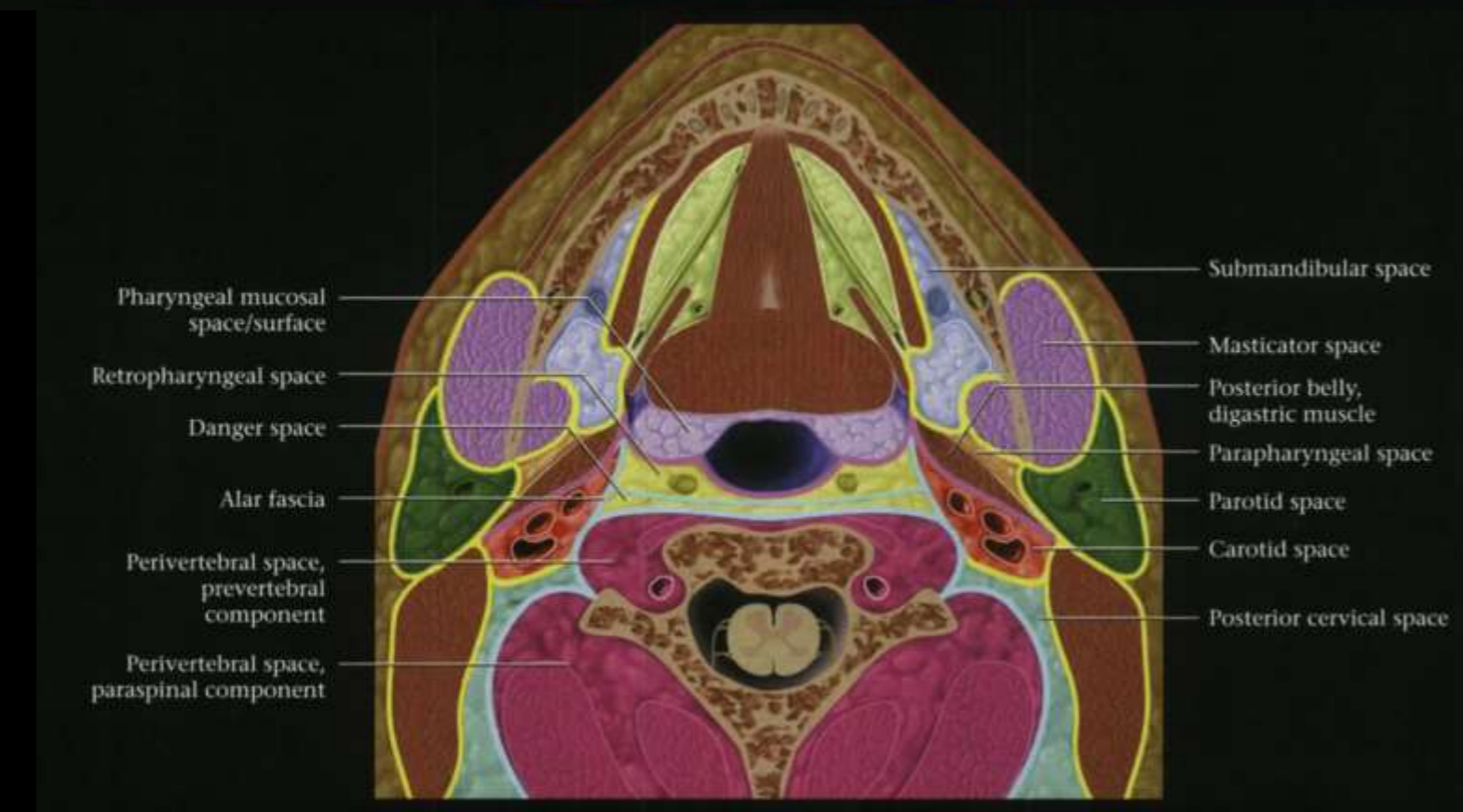
- Angine érythémateuse symétrique

## Examens biologiques

---

- Syndrome inflammatoire CRP 99, GB 18.000 (14.000 PNN)





# bar-eit-01072016 - Donnez la proposition exacte parmi les items proposés.

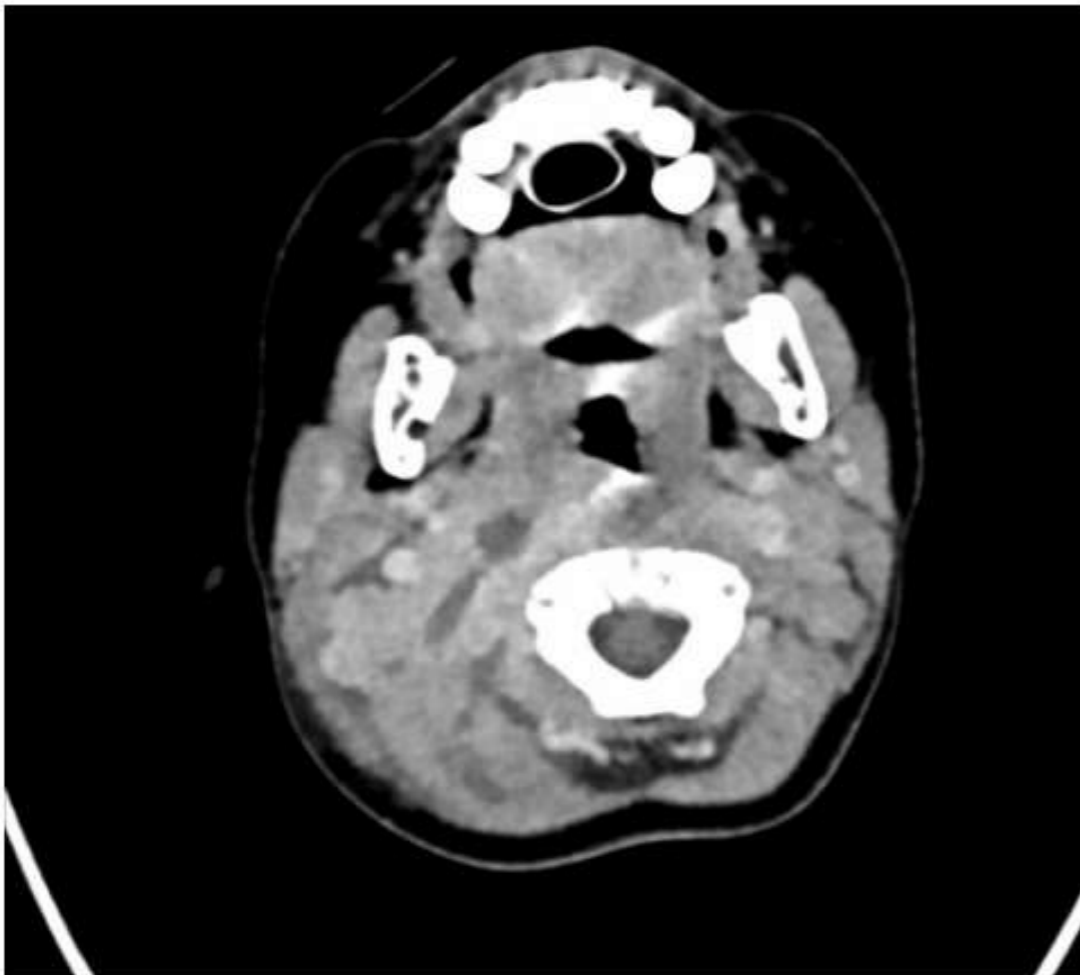
La collection est située dans l'espace masticateur.

La collection est située dans l'espace parapharyngé.

La collection est située dans l'espace carotidien.

La collection est située dans l'espace parotidien.

La collection est située dans l'espace cervical postérieur.



## Histoire de la maladie

- Enfant 22 mois
- Le 03/05/2018
  - Fièvre à 39°C
  - Torticolis droit
  - Pas de rhinite, pas de toux, pas de diarrhées
  - Vomissements

## Examen physique

- Angine érythémateuse symétrique

## Examens biologiques

- Syndrome inflammatoire CRP 99, GB 18.000 (14.000 PNN)

## Tomodensitométrie

- Abscès cervical postérieur droit
- Infiltration rétro-pharyngée sans collection

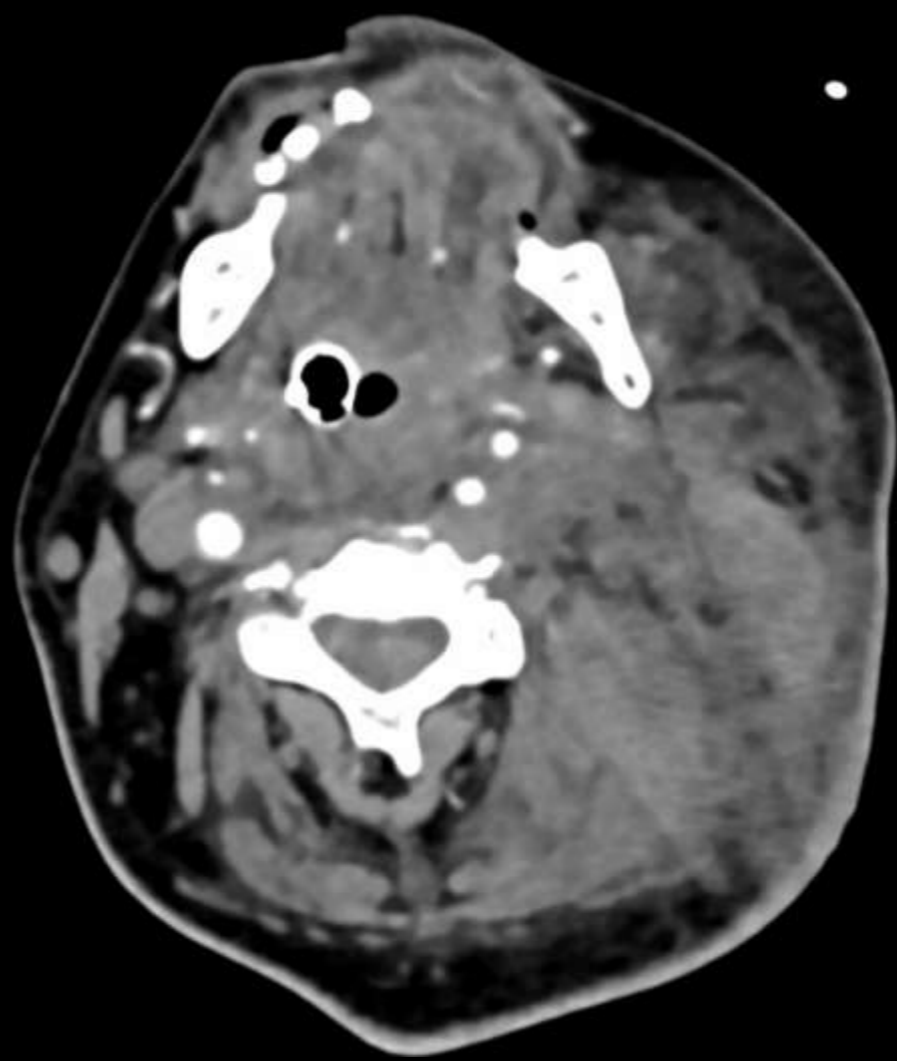
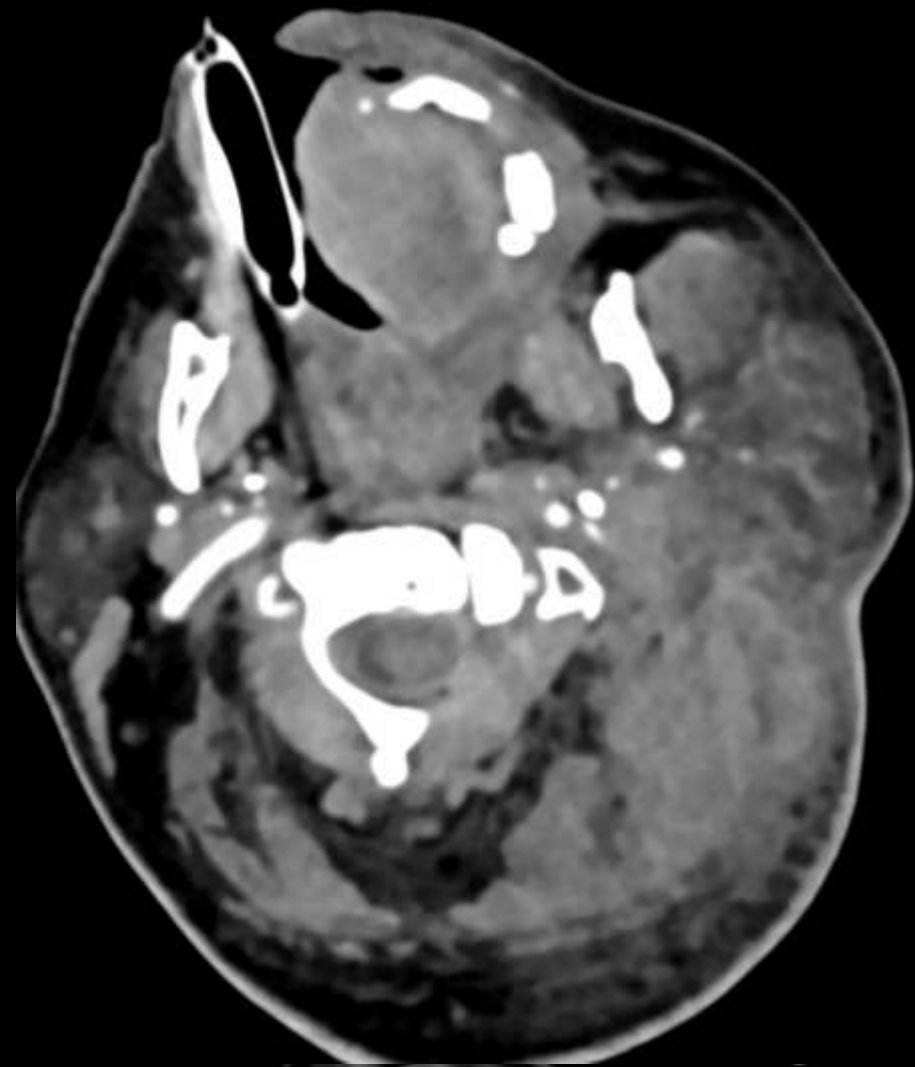
## Traitement

- Antibiothérapie

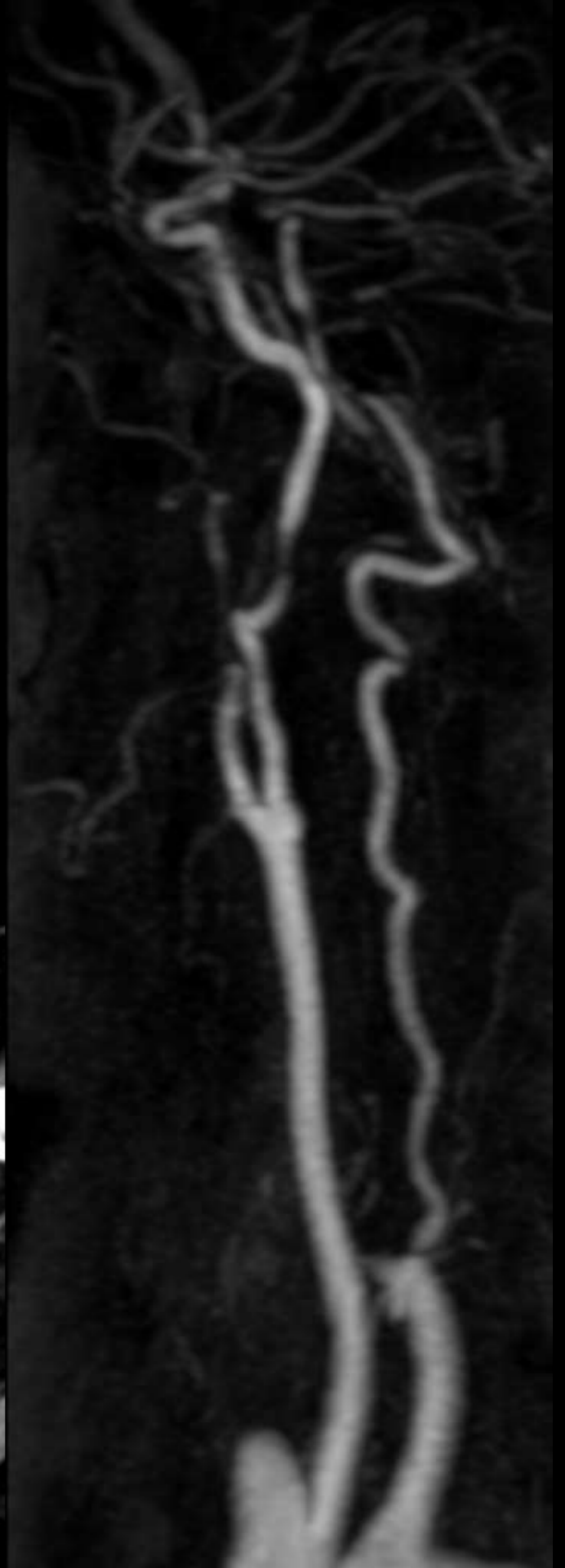
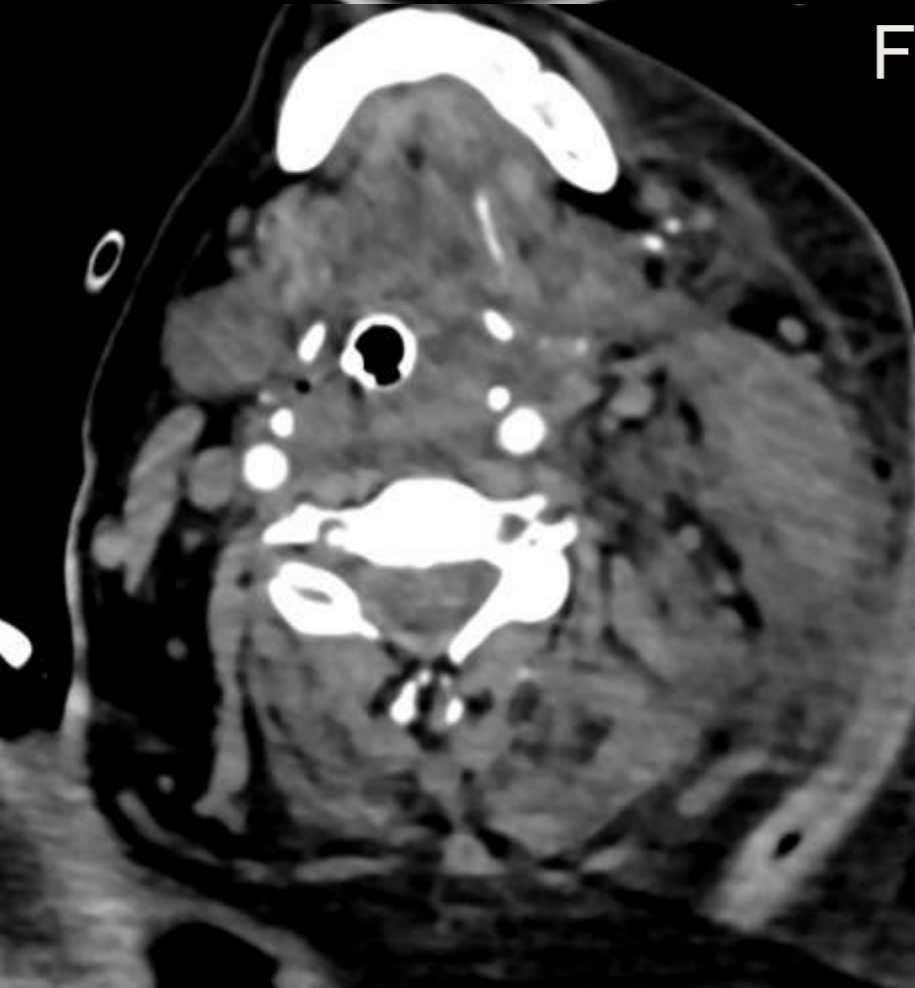
## Evolution

Evolution favorable





F 66 ans



amr-ame-29031996

## Cas clinique

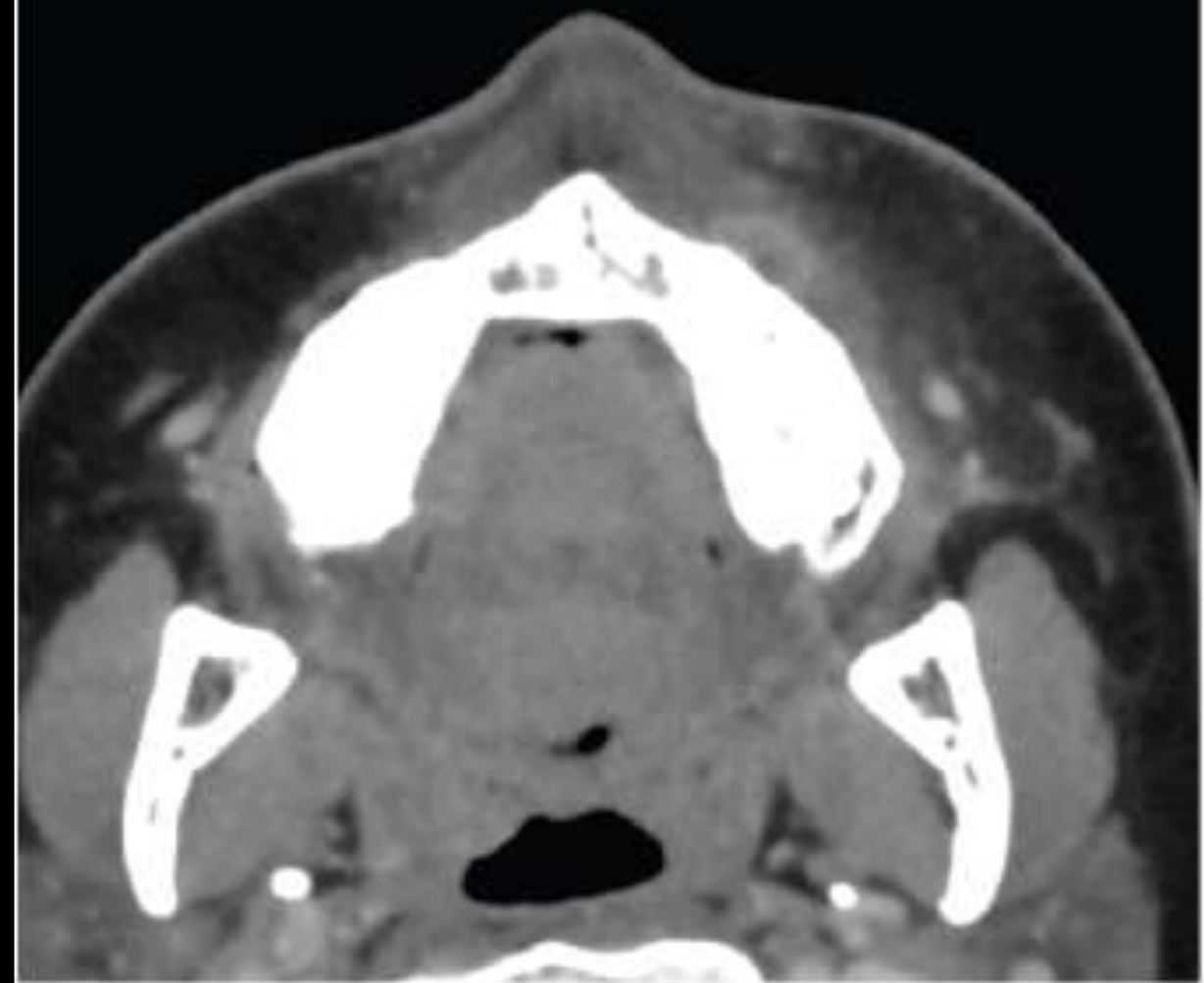
amr-ame-29031996

Homme, 22 ans

## Histoire de la maladie

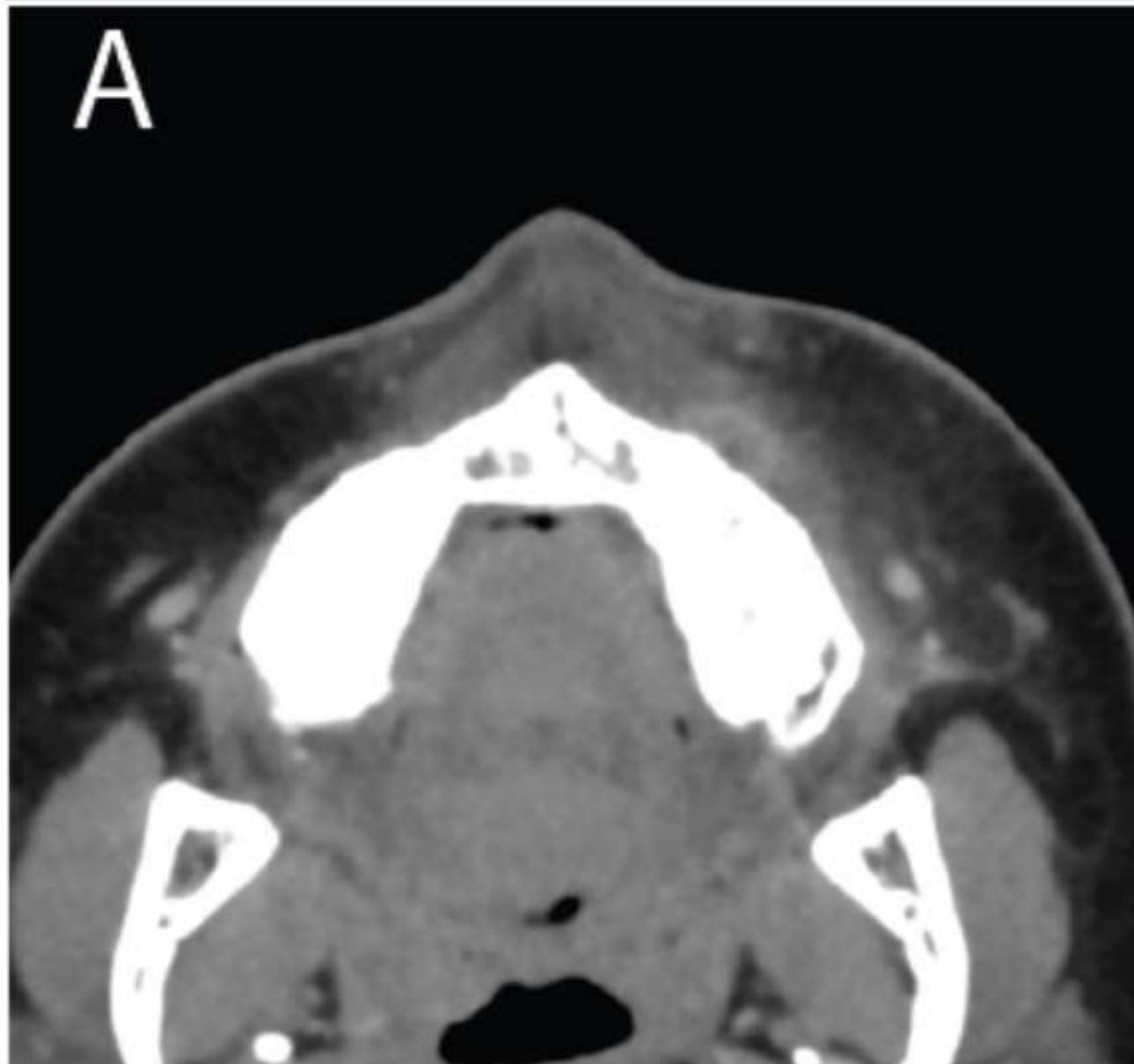
- Oedème génien et jugal, peu douloureux évoluant depuis 24 heures
- Pas de fièvre
- Pas de rhinorrhée
- Pas de douleur dentaire. Bon état dentaire
- Sillon vestibulaire inflammatoire, douloureux en regard de 23/24.

A



amr-ame-29031996 - Localisez l'anomalie visible sur cet examen.

amr-ame-29031996



amr-ame-29031996

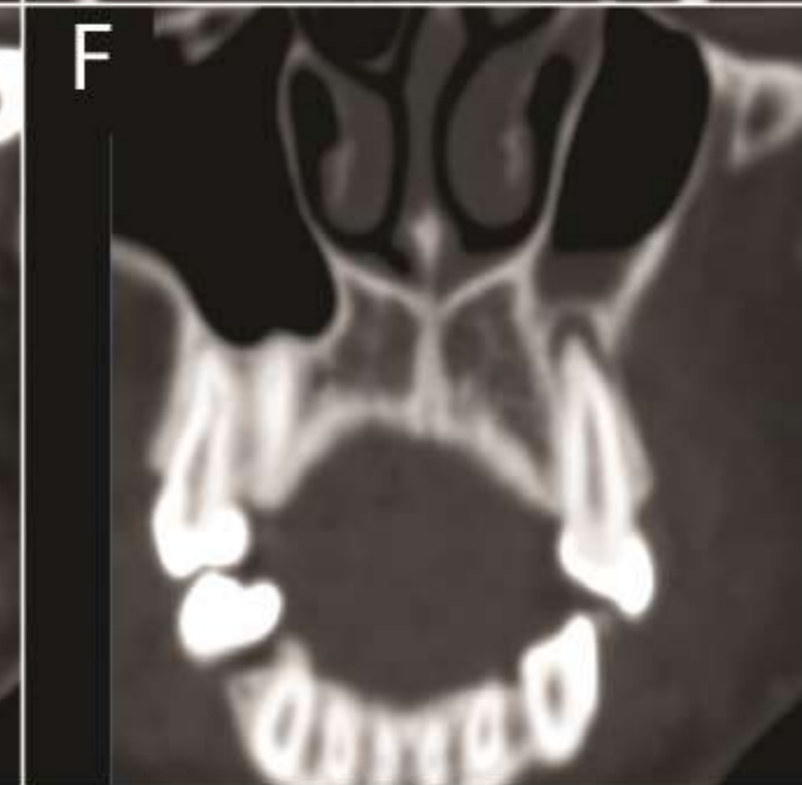
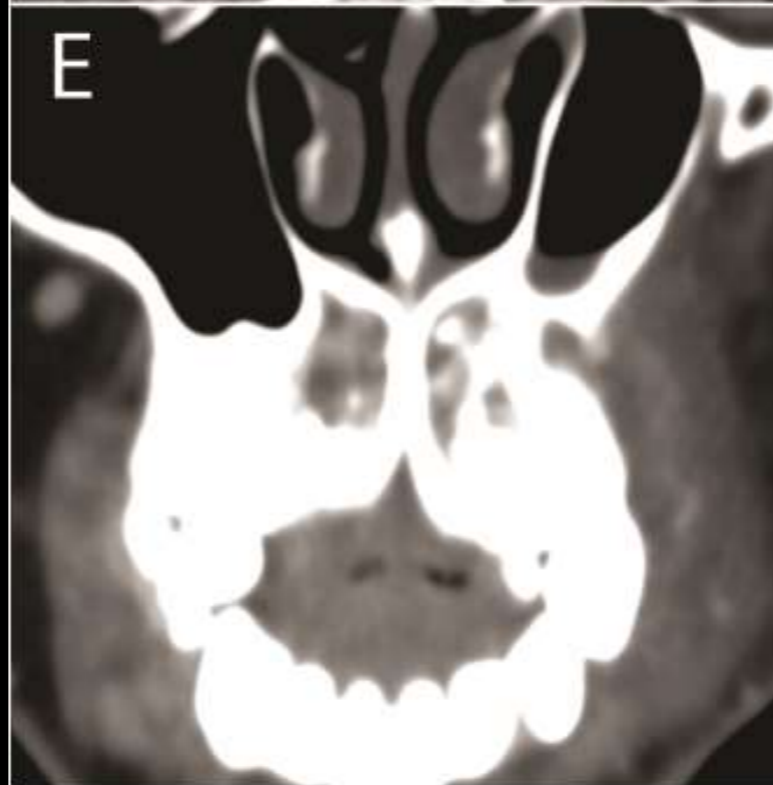
## Cas clinique

amr-ame-29031996

Homme, 22 ans

## Histoire de la maladie

- Oedème génien et jugal, peu douloureux évoluant depuis 24 heures
- Pas de fièvre
- Pas de rhinorrhée
- Pas de douleur dentaire. Bon état dentaire
- Sillon vestibulaire inflammatoire, douloureux en regard de 23/24.





amr-ame-29031996

Homme, 22 ans

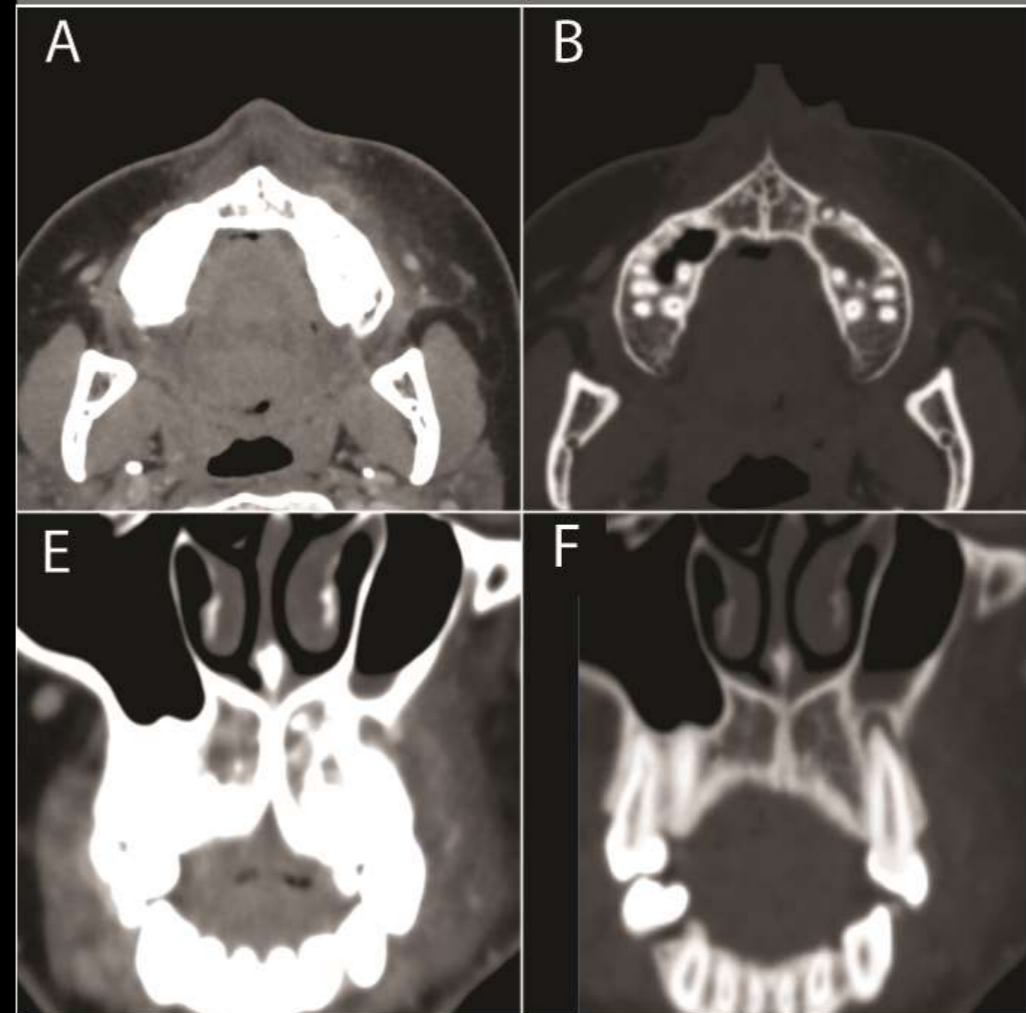
## Histoire de la maladie

- Oedème génien et jugal, peu douloureux évoluant depuis 24 heures.
- Pas de fièvre
- Pas de rhinorrhée
- Pas de douleur dentaire. Bon état dentaire
- Sillon vestibulaire inflammatoire, douloureux en regard de 23/24.

## Diagnostic final

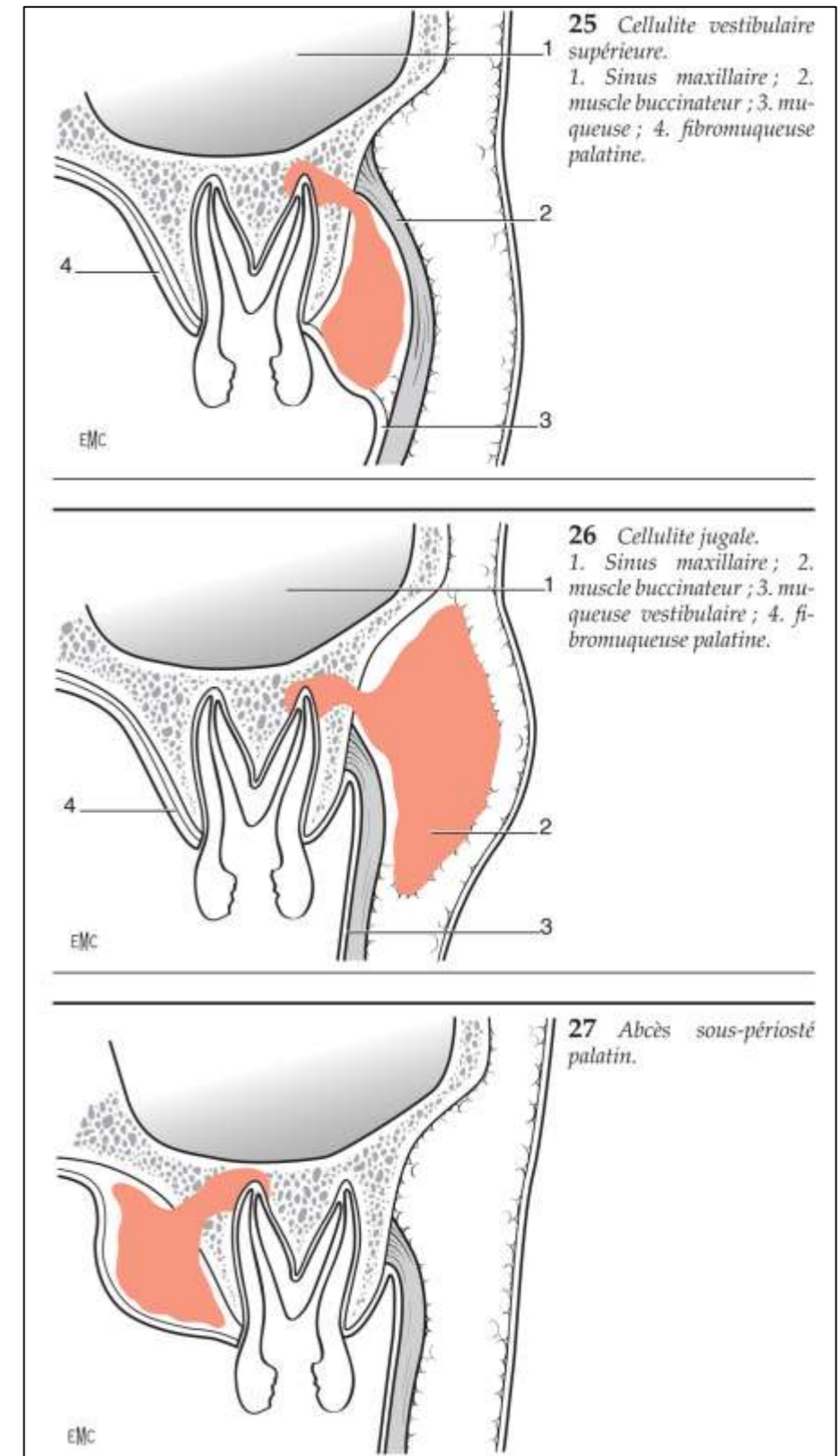
Kyste périapical de la dent 23 compliqué de cellulite périmaxillaire vestibulaire supérieure.

amr-ame-29031996



# Cellulites d'origine dentaire

- Cellulites aiguës
  - Cellulite séreuse
  - Cellulite suppurée
- Localisation de l'infection
  - Cellulites pérимандibulaires
    - Groupe incisivocanin
      - Cellulites de la région labiomentonnière
      - Cellulites mentonnière
    - Groupe prémolomolaire
      - Cellulite génienne
      - Cellulite massétérine
      - Cellulite sous-mylo-hyoïdienne
      - Cellulite sus-mylo-hyoïdienne, du plancher buccal
  - Cellulites périmaxillaires
    - Groupe incisivocanin
      - Cellulite de la région nasolabiale
      - Cellulite labiale supérieure
    - Groupe prémolomolaire
      - Cellulite vestibulaire supérieure
      - Cellulite jugale
      - Abscès sous-périoste palatin

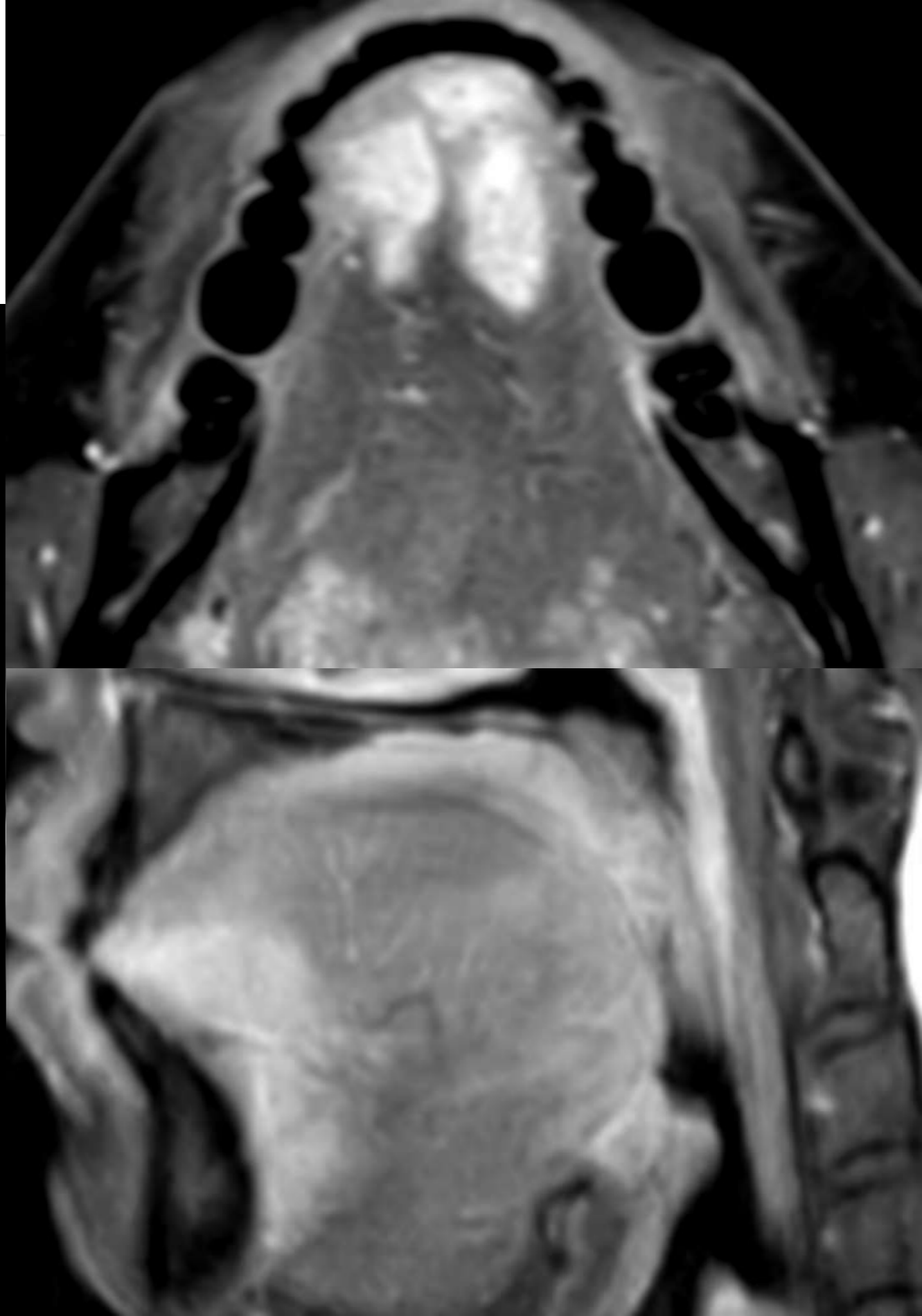


1. Peron JM et Mangez JF. Cellulites et fistules d'origine dentaire. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002*

# Foyers infectieux salivaires

## Histoire de la maladie

- Femme 27 ans
- Masse de la base de langue d'évolution rapide.
- 13/03/2017: exérèse chirurgicale



## Histoire de la maladie

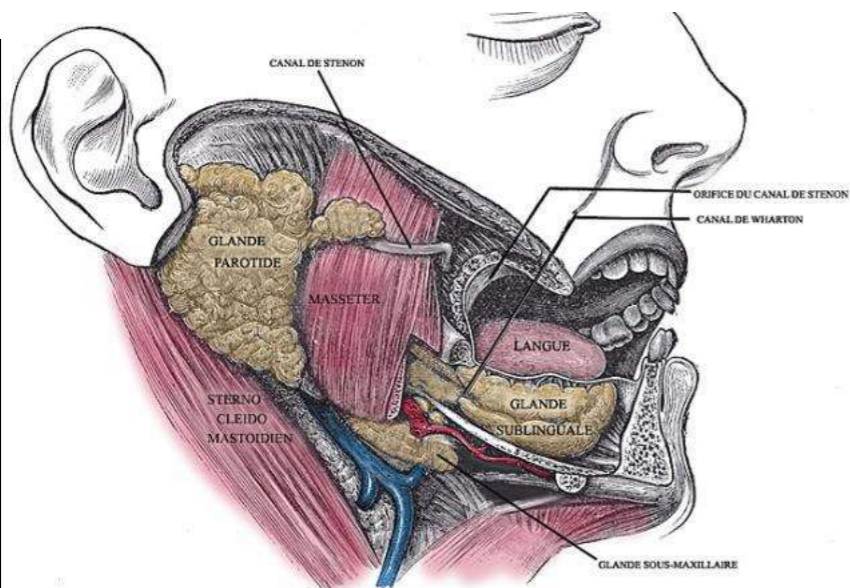
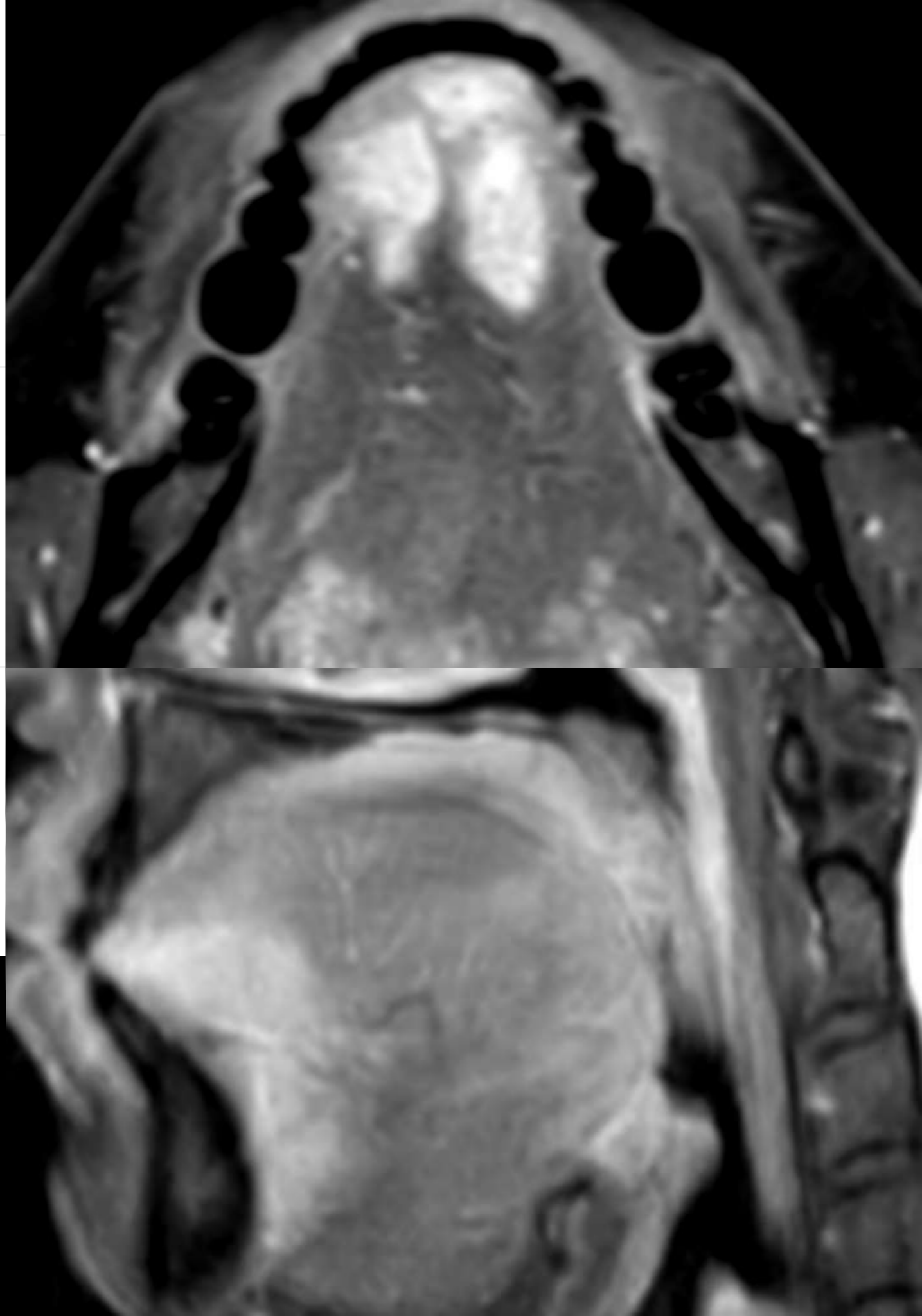
- Femme 27 ans
- Masse de la base de langue d'évolution rapide.
- 13/03/2017: exérèse chirurgicale

## Anatomo-pathologie

- Remaniements inflammatoires aigus
  - Autour des canaux salivaires
  - Au sein des lobules séro-muqueux
- Présence de zones abcédées, riches en polynucléaires neutrophiles.
- Infiltrat inflammatoire diffus entre les lobules

## Diagnostic

- Aspect histopathologique de **sialadénite en partie abcédée**
- Pas d'obstacle
- Pas de lésion tumorale



# Infections des glandes salivaires

- Peuvent concerner la glande sous-maxillaire, la parotide exceptionnellement les glandes sub-linguales
- Peuvent faire suite à des signes cliniques de hernie ou de colique salivaire en cas d'origine lithiasique
- Intérêts du scanner :
  - Recherche de collections
  - Bilan d'extension de la cellulite
  - Intérêt d'un fenêtrage adapté: recherche de lithiases





- **Garçon, 6 ans**
- **Décollement du pavillon d'allure inflammatoire**
- **Douleur**
- **Fièvre**

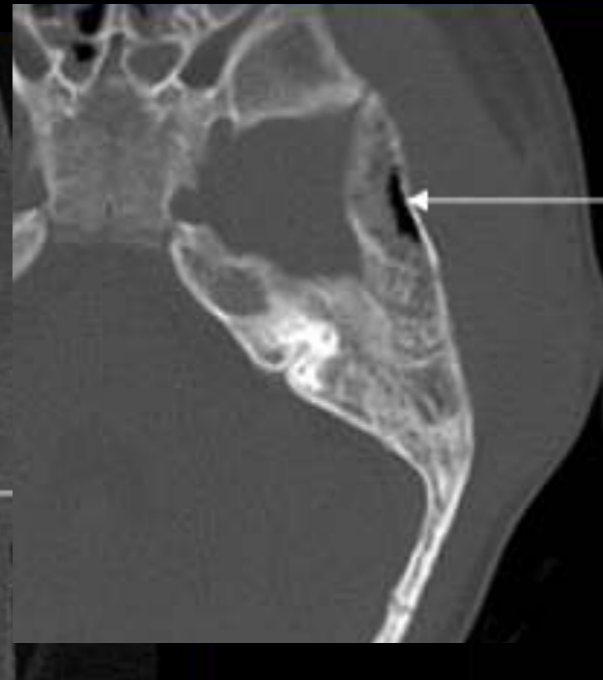
- 1. Quel diagnostic évoquez-vous?**
- 2. Réalisez-vous un examen d'imagerie?**
- 3. Si oui, dans quel délai?**



- Garçon, 6 ans
- Décollement du pavillon d'allure inflammatoire
- Douleur
- Fièvre

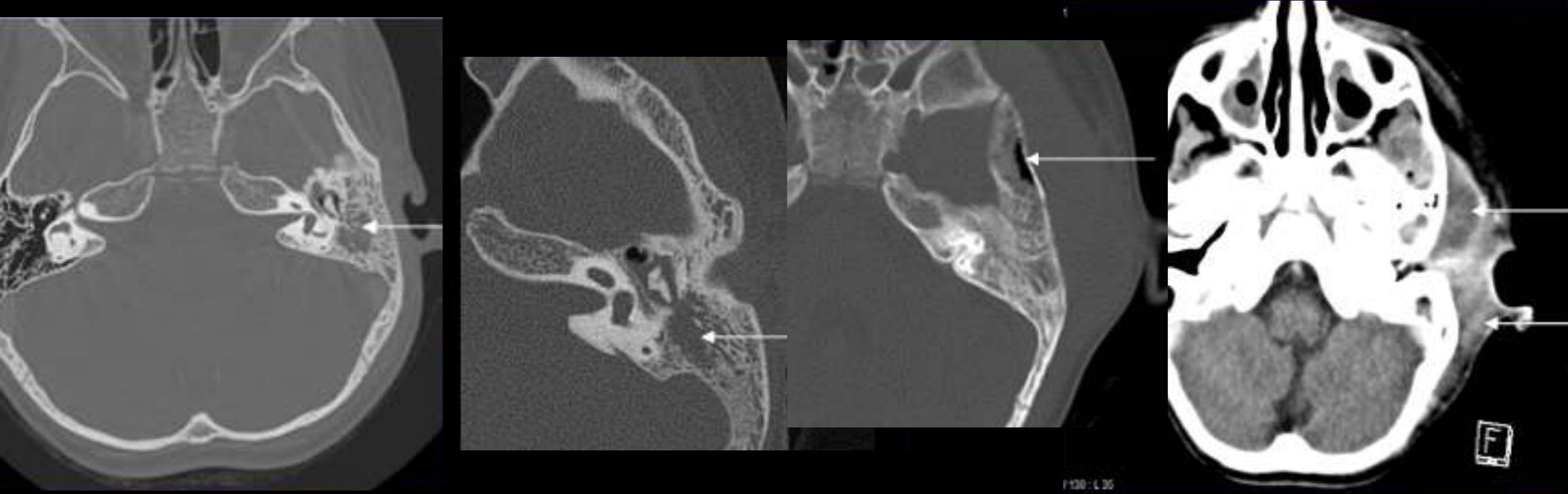
1. Quel diagnostic évoquez-vous?
  - a) Mastoïdite aiguë compliquée et extériorisée de l'oreille gauche
2. Réalisez-vous un examen d'imagerie?
  - a) Tomodensitométrie du rocher et cérébral avec injection
3. Si oui, dans quel délai?
  - a) En urgence
4. Que recherchez-vous?



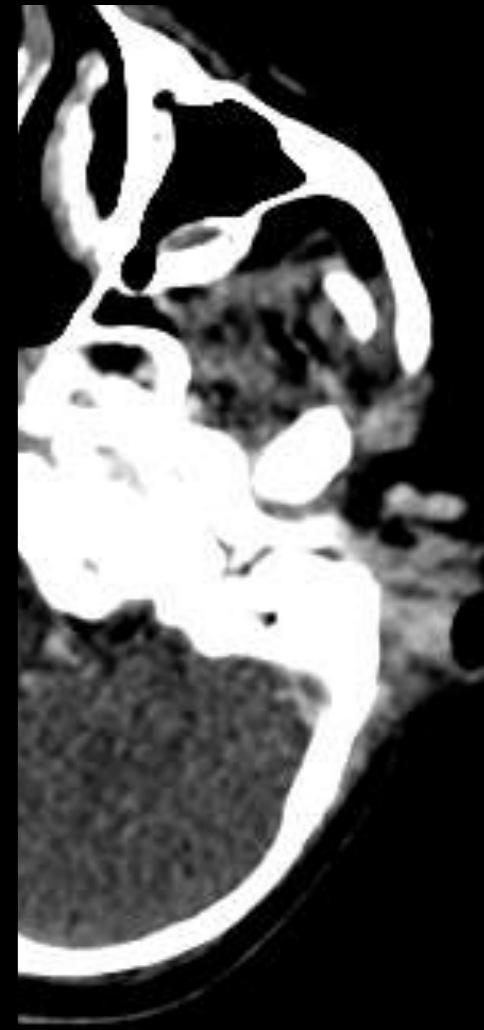
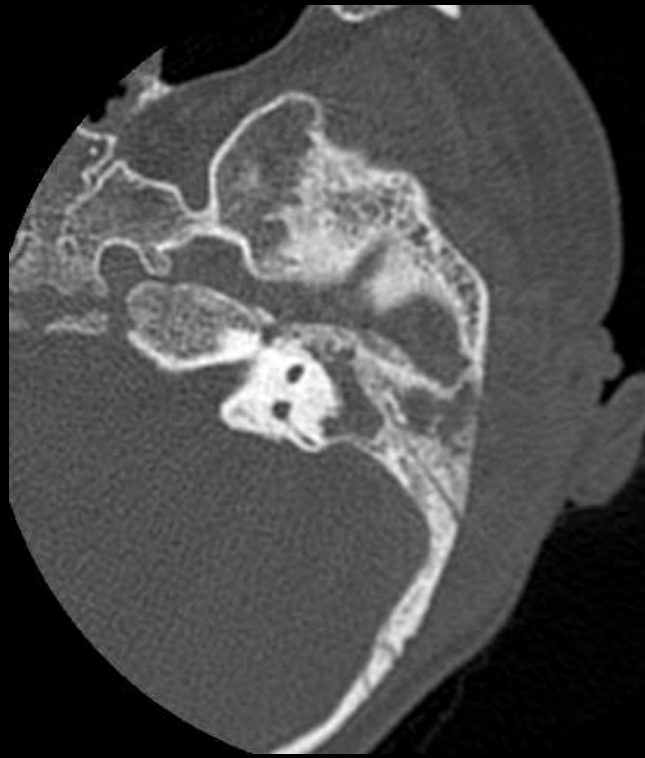


F 130 - L 35

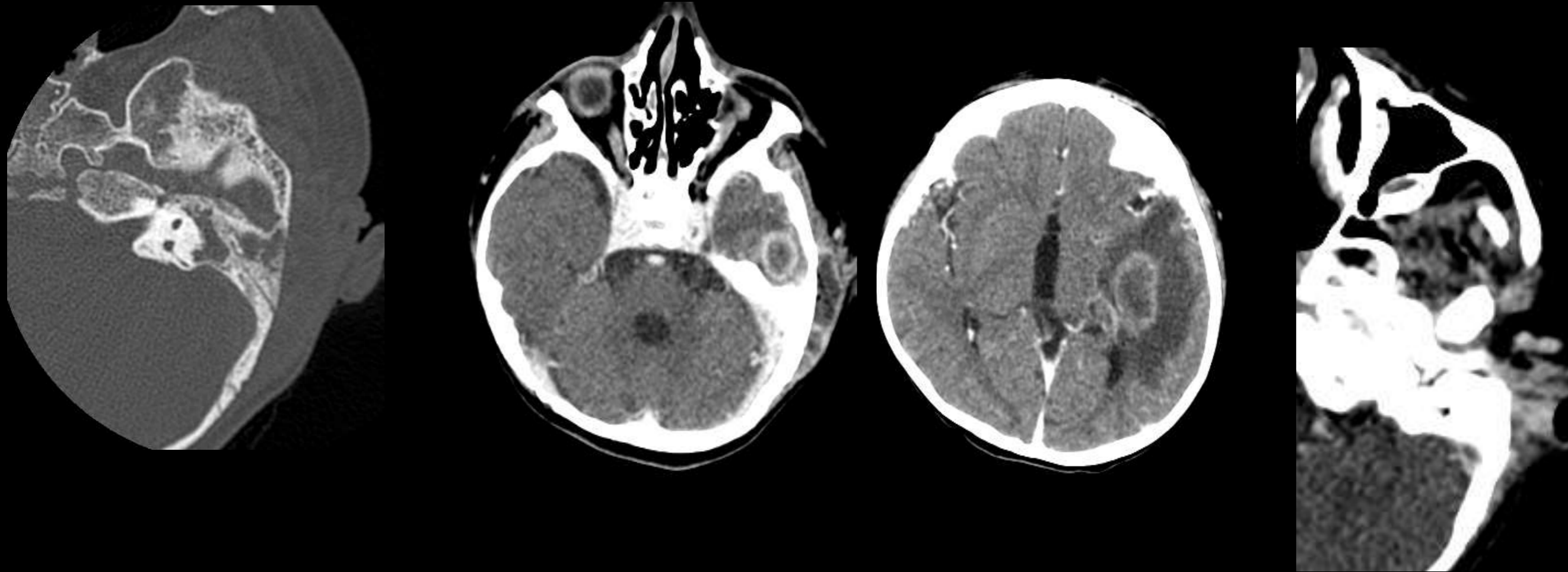




- **Epanchement liquidien**
  - Comblement des cellules mastoïdiennes
  - Comblement des cavités de l'oreille moyenne
- **Ostéolyse**
  - Ostéolyse mastoïdienne
  - Ostéolyse de l'écaïlle de l'os temporal
- **Extension aux parties molles**
  - Epaissement des parties molles rétro-auriculaires
  - Collections des parties molles rétro-auriculaires
- **Sténose du conduit auditif externe**
- **Complications loco-régionales**



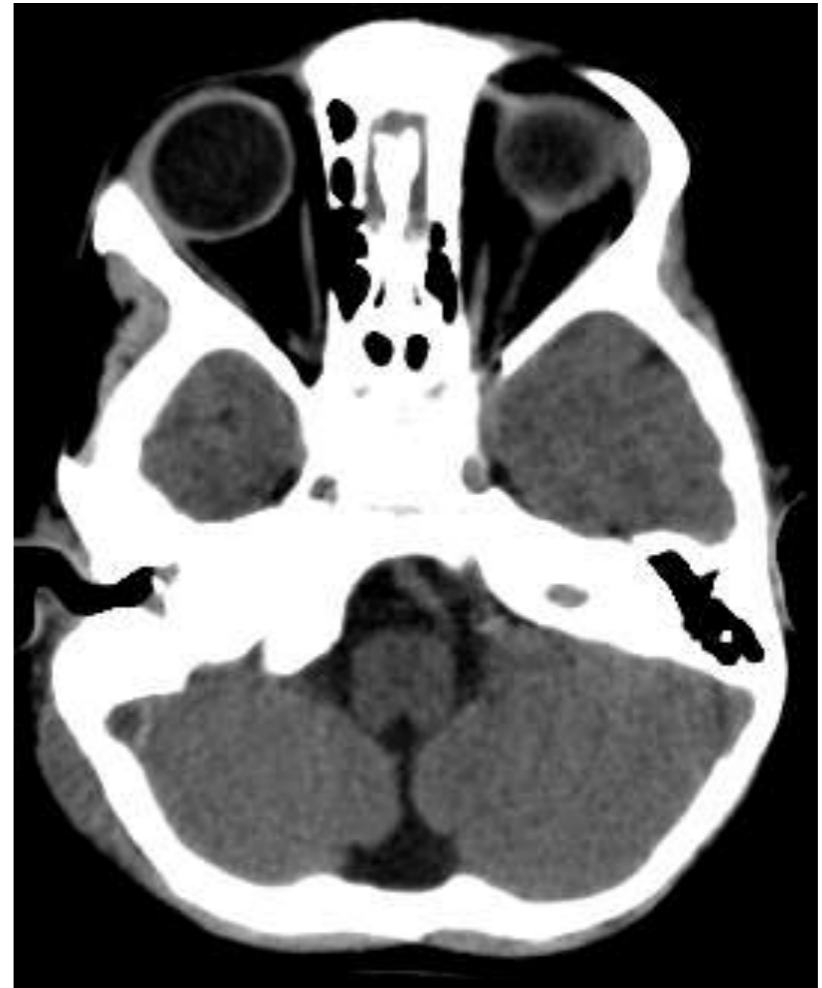
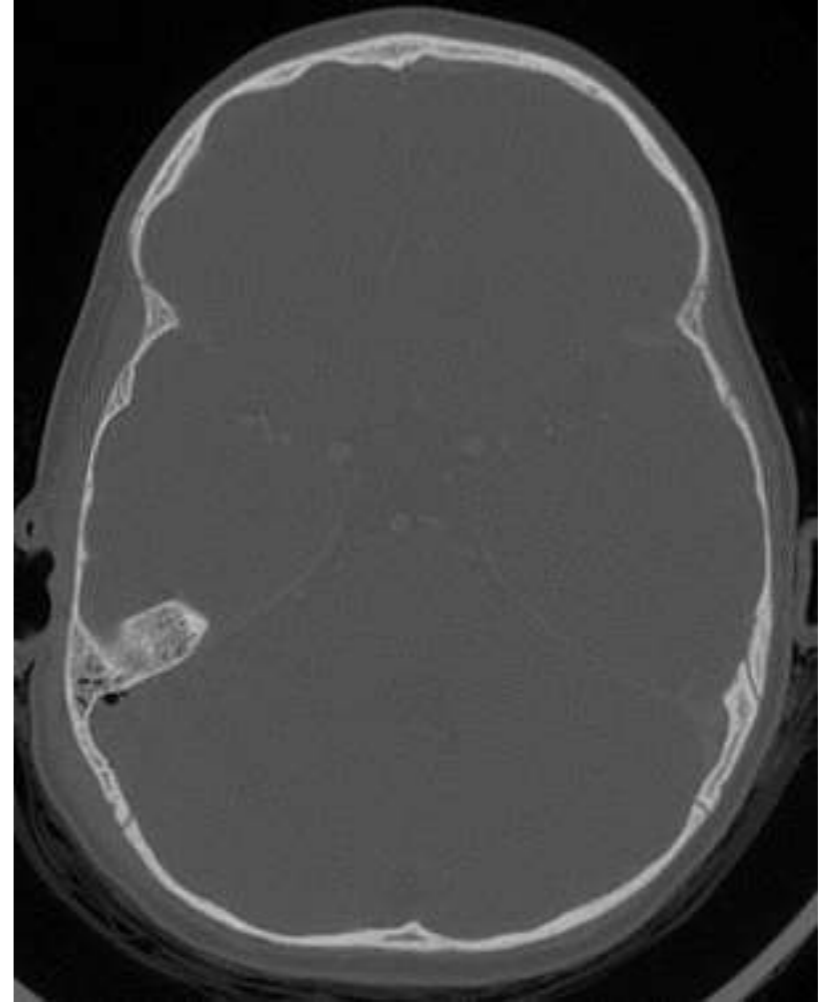
**Enfant de 6 ans**  
**Collection rétro-auriculaire gauche**  
**Contexte fébrile**



Mastoïdite gauche compliquée d'abcès intracrânien et de thrombose veineuse cérébrale du sinus latéral gauche

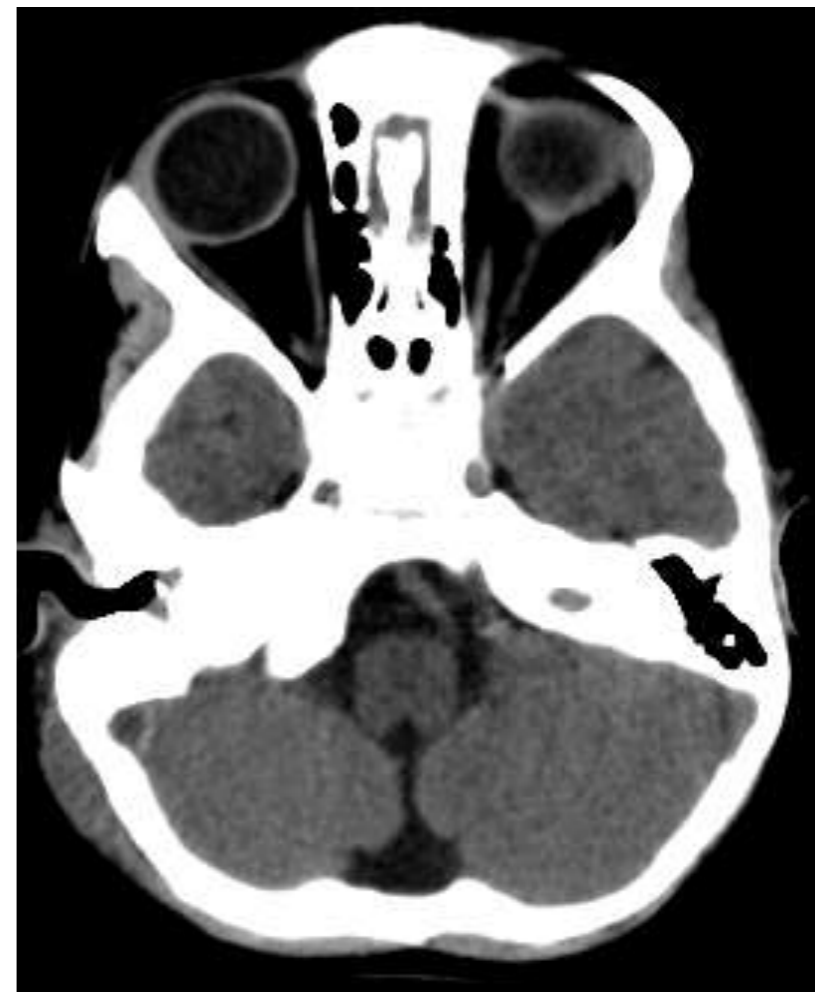
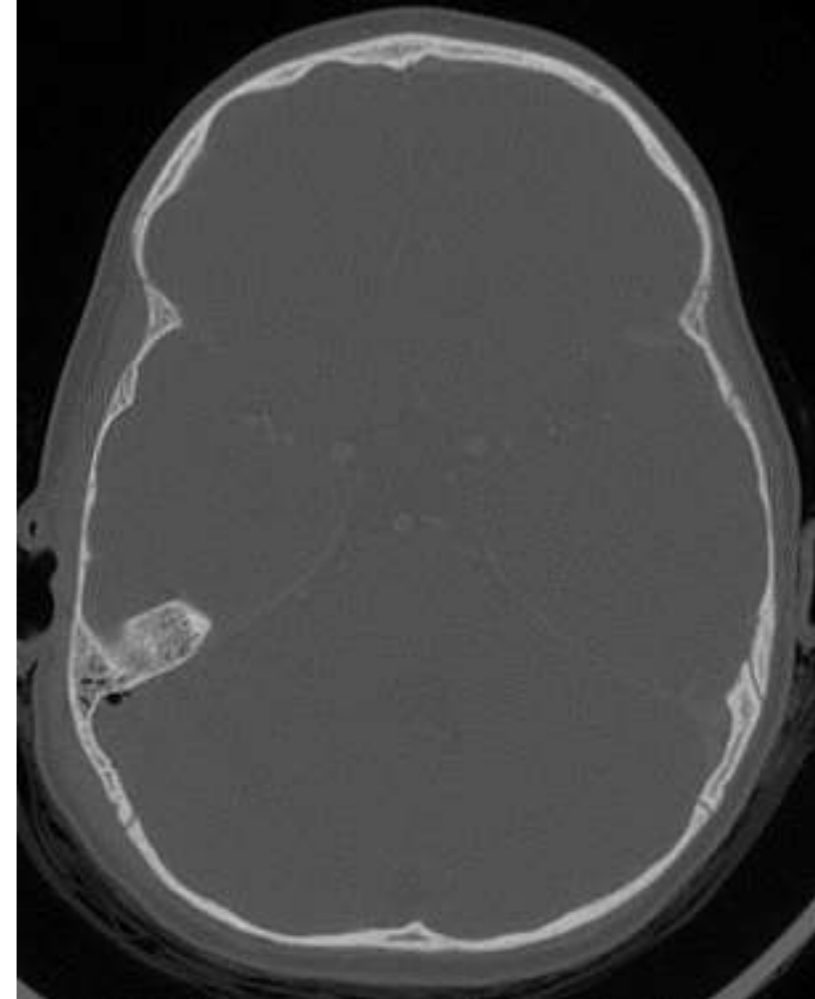
- **Mastoïdite** = comblement des cellules mastoïdiennes et de l'OM à gauche
- **Abcès sous cutané** et rétro-auriculaire gauche
- **Abcès intracrânien** = lésion temporale gauche réhaussée en cocarde, avec hypodensité périlésionnelle (**œdème**) et effet de masse sur la ligne médiane
- **TVC sinus latéral gauche** (signe du delta)

# Complications des otomastoïdites



# Complications des otomastoïdites

- Doivent être systématiquement recherchées
- **Paralysie faciale**
- **Méningite**
- **Mastoïdite**
- **Abcès cérébral**
- **Thrombophlébite**



# Otomastoïdite

- Complications:
  - doivent être systématiquement recherchées
  - Paralysie faciale
  - Méningite
  - Mastoïdite
  - abcès cérébral
  - Thrombophlébite
  - syndrome de Lemière = thrombose septique de la VJI + abcès pulmonaires (risque d'embols septiques à distance)



# Liste de contrôle: otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant



1. Comblement des cellules mastoïdiennes
2. Comblement de l'oreille moyenne
3. Ostéolyse mastoïdienne
4. Ostéolyse de l'écaïlle de l'os temporal
5. Epaississement des parties molles rétro-auriculaires
6. Collections des parties molles rétro-auriculaires
7. Sténose du conduit auditif externe
8. Complications loco-régionales
  - a. Méningite aiguë bactérienne (pneumocoque)
  - b. Thrombose veineuse cérébrale septique
    - ① Sinus latéral
  - c. Abscess cérébral
  - d. Empyème sous-dural



# Take home messages



1. Motif fréquent de consultation aux urgences
2. Lecture méthodique
  - a. Foyer infectieux
  - b. Porte d'entrée
  - c. Complications
3. Processus trans-spatiaux
  - a. Diffusion médiastinale
  - b. Diffusion endocrânienne

