

---

## CHAPITRE 2 – OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).*

**Le contenu de ce chapitre a été mis à jour en août 2011.**

### Table de matières

---

ÉVALUATION DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE .....	2-1
Anamnèse et revue des systèmes .....	2-1
Examen physique .....	2-2
AFFECTIONS COURANTES DES OREILLES ET DU NEZ .....	2-3
Épistaxis antérieure .....	2-3
Céruminose (bouchon de cérumen) .....	2-4
Labyrinthite .....	2-5
Maladie de Ménière (hypertension endolabyrinthique) .....	2-7
Otite externe .....	2-8
Otite moyenne aiguë .....	2-10
Otite moyenne chronique, suppurée .....	2-11
Otite moyenne séreuse (avec épanchement) .....	2-12
Rhinite .....	2-14
Rhinosinusite aiguë .....	2-16
Rhinosinusite chronique .....	2-18
AFFECTIONS COURANTES DE LA GORGE .....	2-19
Laryngite .....	2-19
Pharyngite (mal de gorge) .....	2-20
AFFECTIONS COURANTES DE LA BOUCHE .....	2-23
Chéilite angulaire (perlèche) .....	2-23
Stomatite aphteuse .....	2-23
Absès dentaire .....	2-26
Carie dentaire .....	2-27
Pigmentation d'une dent permanente (morte) .....	2-30
Gingivite .....	2-30
Glossite exfoliatrice marginée (langue géographique) .....	2-30
Péricoronarite .....	2-30
Parodontite .....	2-31

Odotalgie (mal de dent) .....	2-32
Xérostomie (sécheresse de la bouche) .....	2-32
URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES .....	2-33
Avulsion dentaire.....	2-33
Fracture dentaire.....	2-33
Mastoïdite .....	2-33
Traumatisme buccal.....	2-34
Absès périamygdalien.....	2-34
Épistaxis postérieure.....	2-35
SOURCES.....	2-37

## ÉVALUATION DES OREILLES, DU NEZ, DE LA GORGE ET DE LA BOUCHE

### ANAMNÈSE ET REVUE DES SYSTÈMES

Pour chaque symptôme, il faut rechercher et explorer les caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Siège
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Effets sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires déjà diagnostiqués
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

### SYMPTÔMES DOMINANTS

Il faut rechercher les caractéristiques de chaque symptôme comme suit :

#### Oreilles

- Changements récents dans l'audition
- Observance quant au port des prothèses auditives et efficacité de celles-ci
- Démangeaisons
- Otalgie
- Écoulement
- Acouphènes
- Vertiges
- Traumatisme de l'oreille, notamment par l'utilisation de coton-tige

#### Nez

- Écoulement nasal ou rétronasal
- Épistaxis
- Obstruction de l'entrée d'air
- Douleur sinusale, pression sinusale
- Démangeaisons
- Anosmie
- Traumatisme du nez

#### Bouche et gorge

- État de la dentition
- Lésions buccales
- Saignement des gencives
- Mal de gorge
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Voix enrouée ou changement récent dans la voix

#### Cou

- Douleur
- Enflure
- Ganglions enflés

#### Autres symptômes associés

- Fièvre
- Malaise
- Nausées ou vomissements

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Otites ou pharyngites fréquentes
- Rhinosinusite
- Traumatisme à la tête, aux oreilles, au nez ou à la gorge
- Chirurgie aux oreilles, au nez ou à la gorge
- Audiométrie dénotant une perte auditive
- Allergies
- Tabagisme
- Prise régulière de médicaments (prescrits ou en vente libre)

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Autres membres de la famille présentant des symptômes semblables
- Allergies saisonnières
- Asthme
- Perte auditive
- Maladie de Ménière
- Cancer aux oreilles, au nez ou à la gorge

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (CONCERNANT LES OREILLES, LE NEZ ET LA GORGE)

- Expositions fréquentes à l'eau (otite du baigneur)
- Utilisation d'un objet pour nettoyer l'oreille
- Logement surpeuplé
- Habitudes d'hygiène dentaire
- Exposition à la fumée ou à d'autres toxines respiratoires
- Voyage récent en avion
- Exposition professionnelle à des toxines ou à des bruits forts

## REVUE DES SYSTÈMES

Renseignez-vous sur les antécédents concernant les autres systèmes ayant un lien avec le motif de la consultation, par exemple les yeux, le système nerveux central, l'appareil digestif et/ou l'appareil respiratoire.

## EXAMEN PHYSIQUE

### ASPECT GÉNÉRAL

- État de santé apparent
- Degré de confort ou de détresse
- Coloration (teint rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré
- Difficulté de la démarche ou de l'équilibre

### OREILLES

#### Inspection

- Pavillon : lésions, apparence ou position anormale
- Conduit auditif : écoulement, enflure, rougeur, cérumen, corps étrangers
- Tympan : couleur, triangle lumineux, repères, apparence bombée ou enfoncée, perforation, cicatrice, bulles d'air, niveau de liquide
- Évaluez la mobilité du tympan à l'aide d'un otoscope pneumatique (si vous en avez un à votre disposition)

#### Palpation

- Sensibilité du tragus et de l'apophyse mastoïdienne
- Sensibilité du pavillon de l'oreille à la manipulation

Évaluez l'audition à l'aide d'une montre ou en murmurant; procédez à une audiométrie de dépistage ou à une tympanométrie (si vous disposez de l'équipement nécessaire). Procédez à une épreuve de Weber et à une épreuve de Rinne.

### NEZ

#### Inspection

- Partie externe : inflammation, déformation, écoulement, saignement
- Partie interne : coloration de la muqueuse, œdème, déviation de la cloison nasale, polypes, sources de saignement
- Transilluminez les sinus pour détecter toute matité (atténuation du reflet lumineux)
- Respiration nasale par opposition à respiration buccale

#### Palpation

- Sensibilité des sinus (frontaux et maxillaires) et du nez

#### Percussion

- Sensibilité des sinus (frontaux et maxillaires) et du nez

### BOUCHE ET GORGE

#### Inspection

- Lèvres : uniformité de la coloration (rose pâle à rose foncé), lésions, symétrie des lèvres
- Muqueuse buccale et langue : odeur de l'haleine; couleur; lésions de la muqueuse buccale, du palais, de la langue; sensibilité du plancher buccal
- Gencives (voir « Gingivite » dans la section « Affections courantes de la bouche ») : rougeur, enflure
- Xérostomie (voir « Xérostomie » dans la section « Affections courantes de la bouche ») (sécheresse de la bouche)
- Dents : caries, fractures
- Gorge : couleur, symétrie et tuméfaction des amygdales, exsudat, luette sur la ligne médiane

### COU

#### Inspection

- Symétrie
- Enflure
- Masses
- Rougeur
- Hypertrophie de la thyroïde
- Amplitude des mouvements actifs

#### Palpation

- Sensibilité, hypertrophie, mobilité (amplitude des mouvements passifs), contour et consistance des masses
- Thyroïde : taille, consistance, contour, position, sensibilité

## GANGLIONS LYMPHATIQUES DE LA TÊTE ET DU COU

### Palpation

- Sensibilité, hypertrophie, mobilité, contour et consistance des ganglions

- Ganglions pré-auriculaires ou rétroauriculaires
- Ganglions cervicaux antérieurs et postérieurs
- Amygdales
- Ganglions sous-maxillaires
- Ganglions sous-mandibulaires
- Ganglions occipitaux

## AFFECTIONS COURANTES DES OREILLES ET DU NEZ

### ÉPISTAXIS ANTÉRIEURE

Saignement localisé dans la partie antérieure de la fosse nasale.

#### CAUSES

- Traumatisme et irritation
- Assèchement de la muqueuse nasale attribuable à un manque d'humidité dans le milieu ambiant
- Irritation causée par un corps étranger
- Tumeur nasale (rare)

#### Facteurs prédisposants

- Rhinite allergique
- Déviation de la cloison nasale
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Lésions vasculaires localisées
- Polypes nasaux
- Consommation de cocaïne
- Usage de vaporisateurs nasaux
- Coagulopathies systémiques
- Médicaments (warfarine, AINS)
- Affections hématologiques malignes
- Hypertension artérielle
- Insuffisance hépatique
- Urémie
- Dyscrasies (hémophilie, maladie de von Willebrand)

#### ANAMNÈSE

- Présence d'un ou plusieurs des facteurs prédisposants
- Affection généralement unilatérale
- Saignement abondant ou écoulement nasal strié de sang
- Durée, fréquence et abondance des saignements
- Utilisation d'anticoagulants, de produits à base d'AAS ou d'autres médicaments, comme des stéroïdes topiques en vaporisation nasale

- Tendance à se faire des bleus facilement ou antécédents de saignements ailleurs (par exemple, méléna, règles abondantes)
- Antécédents familiaux de maladies hémorragiques (maladie de von Willebrand)

#### OBSERVATIONS

- Examinez le client assis et penché en avant pour que le sang afflue vers l'avant
- La tension artérielle est normale à moins que l'hémorragie ne soit assez grave pour provoquer une hypovolémie
- La fréquence cardiaque peut être élevée parce que le client est effrayé ou parce que l'hémorragie est assez grave pour entraîner une hypovolémie
- Déformation ou déviation évidente de la cloison nasale dans certains cas
- Le saignement peut provenir de la partie antérieure de la cloison nasale
- Examinez la gorge pour détecter un saignement postérieur
- Possibilité de sensibilité des sinus au toucher
- Déviation possible de la cloison nasale

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection de la muqueuse nasale
- Sécheresse et irritation de la muqueuse nasale
- Fracture du nez
- Corps étranger
- Tumeur
- Tuberculose
- Dyscrasie

#### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

## TRAITEMENT

### Objectifs

- Arrêter le saignement
- Prévenir d'autres épisodes

### Consultation

En règle générale, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin sauf s'il y a des complications ou si on soupçonne une affection sous-jacente grave.

### Interventions non pharmacologiques

Exercez une pression sur les deux côtés du nez en appuyant fermement sur la cloison nasale pendant 15–20 minutes. Cette façon de procéder suffit à arrêter la plupart des saignements.

### Éducation du client

- Recommandez au client d'augmenter l'humidité ambiante (en gardant une casserole remplie d'eau sur le poêle en tout temps, particulièrement en hiver)
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie et effets secondaires; mise en garde contre l'emploi abusif)
- Recommandez-lui d'éviter les irritants connus et les traumatismes locaux (se mettre les doigts dans le nez, se moucher fort)
- Expliquez au client les premiers soins en cas d'épistaxis récurrente (s'asseoir droit et se pencher vers l'avant; appuyer fermement et directement sur les tissus mous du nez)
- Recommandez au client de s'appliquer généreusement un lubrifiant, comme de la gelée de pétrole (par exemple, Vaseline), à l'intérieur des narines pour favoriser l'hydratation de la muqueuse nasale
- Conseillez au client de se couper les ongles pour qu'il évite de se blesser en se mettant les doigts dans le nez

### Interventions pharmacologiques

Si l'application d'une pression directe ne suffit pas à arrêter le saignement, utilisez un vasoconstricteur topique :

gouttes de xylométazoline à 0,1 % (Otrivin)

Imbibez un tampon d'ouate de la solution. Placez-le dans la partie antérieure du nez. Appuyez fermement sur la cloison nasale pendant 10–20 minutes.

Si cette mesure ne réussit pas à arrêter le saignement, il faudra effectuer un tamponnement nasal.

Anesthésie et vasoconstriction<sup>1</sup> :

- Imbibez un tampon d'ouate d'une solution de lidocaïne à 1 % et d'épinéphrine (1:1 000)
- Insérez 1 ou 2 tampons d'ouate dans la narine qui saigne. (S'il n'est pas évident que le saignement est unilatéral, insérez des tampons d'ouate dans les deux narines.)
- Bouchez la narine par un tampon d'ouate sec afin de prévenir l'écoulement
- Laissez les tampons d'ouate en place pendant 10 minutes
- Remplissez la partie antérieure de la fosse nasale avec du ruban de gaze d'environ ½ po (13 mm) enduit de Vaseline; disposez-le en couches, sur le plancher de la fosse nasale, de l'avant vers l'arrière, en allant le plus au fond possible, jusqu'à ce que vous atteigniez le toit de la fosse nasale. Laissez en place pendant 2 ou 3 jours
- Vous pouvez utiliser des tampons nasaux ou des éponges de marque Gelfoam, si vous en avez, au lieu de ruban de gaze

### Surveillance et suivi

Il est nécessaire de faire un suivi après 2 ou 3 jours pour retirer les tampons.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour écarter la possibilité d'autres affections si le client est âgé ou si les saignements se produisent à répétition.

S'il y a eu traumatisme (par exemple, une bagarre), il importe d'écarter la possibilité d'un hématome de la cloison nasale, qui nécessite une chirurgie. L'évacuation médicale du client s'impose dans ce cas.

## CÉRUMINOSE (BOUCHON DE CÉRUMEN)

Obstruction du conduit auditif par du cérumen (cire).

### CAUSES

Le cérumen est sécrété naturellement par le conduit auditif et est normalement éliminé par les mécanismes du corps. Il arrive parfois qu'il soit produit en quantité excessive au point d'obstruer partiellement ou complètement le conduit auditif.

**ANAMNÈSE**

- Otalgie
- Sensation de pression
- Démangeaisons
- Surdité de transmission

**OBSERVATIONS**

- Obstruction du conduit auditif par du cérumen (cire)
- Le conduit auditif peut être rouge et enflé
- Les résultats à l'épreuve de Weber et à l'épreuve de Rinne peuvent être anormaux (signes d'une surdité de transmission)

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Irritation causée par un corps étranger
- Otite moyenne
- Otite externe

**COMPLICATIONS**

- Perte auditive
- Otite externe

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

Aucun.

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Retirer le cérumen
- Traiter toute irritation sous-jacente du conduit auditif

**Consultation**

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

**Interventions non pharmacologiques**

Il est parfois utile de ramollir le bouchon de cérumen à l'aide de quelques gouttes d'huile minérale ou d'huile pour bébé légèrement réchauffée avant d'irriguer l'oreille. Injectez de l'eau tiède dans le conduit auditif à l'aide d'une seringue en dirigeant le jet vers le haut jusqu'à ce que le bouchon de cérumen soit dégagé (n'ayez recours à cette technique que si la membrane tympanique est visible et intacte).

Afin de prévenir la c ruminose, toute personne qui sécrète beaucoup de cérumen peut de temps à autre (une ou deux fois par semaine) appliquer 3 gouttes d'une solution composée à parts égales de peroxyde d'hydrogène et d'eau dans chaque oreille pour

réduire les risques de formation d'un bouchon. Il suffit d'instiller 1 ou 2 gouttes d'huile pour bébé dans l'oreille une ou deux fois par semaine pour empêcher le cérumen de durcir. Ne recourez à ces méthodes que si la membrane tympanique est intacte.

**Surveillance et suivi**

Demandez au client de revenir si ses symptômes réapparaissent.

**LABYRINTHITE<sup>2</sup>**

Affection s'accompagnant d'une inflammation du labyrinthe vestibulaire de l'oreille interne. Se présente très souvent comme une affection qui survient après une infection des voies respiratoires supérieures d'origine virale et qui se résout spontanément. Cette section traite aussi du vertige paroxystique bénin.

**CAUSES<sup>3</sup>**

- Infection virale (virus de la grippe, virus parainfluenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, virus Coxsackie, cytomégalovirus, virus varicelle-zona)
- Infections bactériennes (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *P. aeruginosa*, *P. mirabilis*). Si l'infection se trouve à proximité de structures telles que l'oreille moyenne, une telle infection peut causer les problèmes suivants :
  - accumulation de liquide dans le labyrinthe (labyrinthite séreuse)
  - envahissement direct de liquide dans le labyrinthe occasionnant une labyrinthite purulente (suppurée)
- Traumatisme ou blessure à la tête ou à une oreille
- Allergies
- Certains médicaments pris à fortes doses (par exemple, furosémide<sup>4</sup>, AAS, certains antibiotiques IV, phénytoïne à des doses toxiques<sup>5</sup>)
- Tumeur bénigne de l'oreille moyenne
- Vertige paroxystique bénin, causé par de petits calculs ou des particules calcifiées qui se brisent et rebondissent dans le vestibule. Les particules déclenchent des influx nerveux que le cerveau interprète comme des mouvements
- Névrite
- Vascularite

- Il peut arriver, bien que cela soit rare, que des causes plus graves de vertiges entraînent des symptômes semblables à ceux d'une labyrinthite, par exemple :
  - tumeurs à la base de l'encéphale
  - accidents vasculaires cérébraux ou apport sanguin insuffisant au tronc cérébral ou aux nerfs entourant le labyrinthe

### ANAMNÈSE

- Vertiges (symptôme prédominant)
- Étourdissements
- Nausées et vomissements
- Perte auditive intermittente
- Acouphènes
- Malaise
- Transpiration

### OBSERVATIONS

- Diaphorèse
- Salivation accrue
- Nystagmus

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladie de Ménière
- Mastoïdite bactérienne chronique
- Lésion vestibulaire causée par des médicaments
- Neurinome de l'acoustique
- Sclérose en plaques
- Épilepsie temporale

### COMPLICATIONS

- Perte auditive permanente
- Chute pouvant entraîner des blessures
- Méningite (si la cause est bactérienne)

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Détecter et traiter toute maladie sous-jacente si on soupçonne autre chose qu'une labyrinthite virale
- Offrir un traitement de soutien uniquement pour les symptômes

### Consultation

Il faut consulter un médecin si les symptômes du client persistent pendant plus d'une semaine malgré le traitement ou si on soupçonne autre chose qu'une affection virale simple.

### Interventions non pharmacologiques

Conseillez au client de se reposer dans une pièce sombre, les yeux fermés, lors des exacerbations (entre les crises, il peut s'adonner aux activités qu'il tolère).

Recommandez au client de boire suffisamment de liquides pour maintenir l'hydratation.

Si vous soupçonnez un vertige paroxystique bénin, recommandez au patient de pratiquer la manœuvre d'Epley modifiée, trois fois par jour, jusqu'à ce que les étourdissements disparaissent pendant 24 heures. La marche à suivre de la manœuvre d'Epley modifiée qui est décrite ci-dessous est conçue pour le côté gauche. Il faut faire chaque série d'exercices une fois de chaque côté :

- S'asseoir préalablement au milieu du lit, un oreiller placé derrière soi de sorte que si l'on se couche sur le dos, le coussin sera à la hauteur des épaules
- Tourner la tête de 45 degrés, vers la gauche (en regardant par-dessus l'épaule)
- S'étendre rapidement sur le dos, les épaules reposant sur l'oreiller, et la tête, sur le lit. Tenir la position pendant 30 secondes
- Tourner la tête (sans la soulever) vers la droite, de 90 degrés seulement, et tenir la position pendant 30 secondes
- Tourner le corps (avec la tête) encore une fois de 90 degrés vers la droite et tenir la position pendant 30 secondes
- S'asseoir du côté droit du lit, les jambes pendant sur le bord du lit

### Interventions pharmacologiques

Pour soulager les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol), 50 mg PO, ou suppositoire rectal, q6h prn

### Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 1 ou 2 jours pour voir si les symptômes sont soulagés. Veillez à ce que le client ne se déshydrate pas s'il a beaucoup de nausées ou de vomissements.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin si vous soupçonnez autre chose qu'une labyrinthite virale, particulièrement si les crises sont sévères ou récurrentes. La consultation d'un neurologue peut être nécessaire pour diagnostiquer et traiter un trouble sous-jacent.

## MALADIE DE MÉNIÈRE (HYPERTENSION ENDOLABYRINTHIQUE)

Affection dans laquelle l'endolymphe n'est pas suffisamment absorbée dans l'oreille interne, de sorte qu'elle s'accumule et déforme le labyrinthe membraneux, ce qui entraîne des crises récidivantes accompagnées d'un ensemble de symptômes.

**CAUSES**

Les causes de cette maladie sont inconnues, mais il s'agirait, d'après la théorie la plus acceptée, d'une réaction de l'oreille interne à une lésion (par exemple, réduction de la pression de l'oreille interne, allergie, maladie endocrinienne, trouble du métabolisme des lipides, trouble vasculaire, infection virale).

**Facteurs de risque**

- Race blanche
- Stress
- Allergie
- Apport élevé en sel
- Exposition au bruit

**ANAMNÈSE**

- Alternance de crises épisodiques qui durent plusieurs heures et de périodes de rémission
- Perte auditive intermittente dans les basses fréquences
- Acouphènes
- Vertiges (crises spontanées pouvant durer de 20 minutes à plusieurs heures)
- Sensation de plénitude dans l'oreille
- Nausées, vomissements
- Ataxie : chutes possibles
- Prostration (incapacité de se lever parce que tout mouvement aggrave les symptômes)

**OBSERVATIONS**

- Pâleur
- Transpiration
- Détresse, prostration
- Une certaine déshydratation est possible si le client vomit beaucoup
- Des épreuves audiométriques utilisant des sons purs peuvent mettre en évidence une surdité de perception des basses fréquences et une perception amoindrie du discours
- Les épreuves faites à l'aide d'un diapason (Weber et Rinne) confirment les résultats de l'audiométrie

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Labyrinthite virale
- Vertige paroxystique bénin
- Neurinome de l'acoustique
- Syphilis
- Sclérose en plaques
- Insuffisance vertébrobasillaire

**COMPLICATIONS**

- Perte auditive
- Blessures résultant de chutes pendant les crises
- Incapacité de travailler
- Impossibilité de diagnostiquer un neurinome de l'acoustique

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

Aucun.

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Maîtriser les symptômes
- Déterminer la cause sous-jacente

**Consultation**

Consultez un médecin, qui vous aidera à poser un diagnostic (ce n'est pas urgent tant que l'état du client est stable et que ses symptômes sont soulagés par le traitement).

### **Interventions non pharmacologiques**

#### **Éducation du client**

Conseillez le client sur les façons de prévenir les crises :

- réduire le stress (stratégies)
- consommer moins de sel
- cesser de fumer
- consommer moins d'alcool
- éviter les médicaments ototoxiques comme l'acide acétylsalicylique (AAS)

Repos au lit jusqu'à ce que les vertiges cessent.

### **Interventions pharmacologiques**

Pour soulager les nausées et les vomissements pendant les crises aiguës :

dimenhydrinate (Gravol), 50 mg PO, ou suppositoire rectal, q6h prn

### **Surveillance et suivi**

Évaluez au moins une fois par an l'audition des clients dont les symptômes sont stables.

### **Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin si ses symptômes ne sont pas soulagés ou si la perte auditive est évidente. Un neurologue devra peut-être examiner le client pour diagnostiquer et traiter le trouble sous-jacent.

## **OTITE EXTERNE<sup>6</sup>**

Infection ou inflammation du conduit auditif qui peut revêtir deux formes :

- Infection bénigne douloureuse du conduit externe
- Otite externe maligne (nécrosante) : forme d'otite qui peut être mortelle et qui survient généralement chez les personnes âgées, immunodéprimées ou diabétiques. Elle se caractérise par une infection bactérienne qui s'est étendue au cartilage de l'oreille externe et qui est associée à des douleurs et de l'œdème. Elle peut être accompagnée de fièvre et de manifestations générales d'une infection

### **CAUSES**

- Bacilles Gram négatif : *Proteus*, *Pseudomonas*
- Coques Gram positif (moins fréquentes) : *Staphylococcus*, *Streptococcus*
- Infection fongique (par exemple, candidose)

### **Facteurs prédisposants**

- Port d'une prothèse auditive
- Conduit auditif étroit
- Utilisation de coton-tige
- Utilisation de bouchons d'oreille
- Baignade

### **Facteurs de risque**

- État d'immunodépression dû par exemple :
  - au diabète
  - à la prise de médicaments immunodépresseurs
  - à une greffe
  - à la prise à long terme de stéroïdes à action générale

### **ANAMNÈSE**

- Douleur à l'oreille (otalgie)
- Prurit ou irritation
- Écoulement purulent du conduit auditif (blanchâtre, bleu verdâtre ou gris)
- Exposition récente à l'eau ou traumatisme mécanique récent
- Dans certains cas, perte auditive ou sensation de pression dans l'oreille
- Présence possible de céphalées unilatérales

### **OBSERVATIONS**

- Fièvre dans certains cas
- Rougeur et œdème du conduit auditif
- Exsudat purulent ou débris dans le conduit auditif
- Membrane tympanique généralement normale (parfois un peu rouge)
- Si l'œdème et les débris sont importants, il peut être impossible de voir la membrane tympanique
- La manipulation du pavillon de l'oreille ou une pression sur le tragus cause de la douleur
- Les ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs peuvent être hypertrophiés et sensibles

### **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Otite moyenne aiguë avec perforation
- Affection de la peau s'étendant à l'oreille (par exemple, eczéma)
- Mastoïdite
- Présence d'un furoncle dans le conduit auditif
- Irritation causée par un corps étranger

**COMPLICATIONS**

- Otite externe sévère avec obstruction du conduit auditif
- Cellulite de l'oreille externe et du visage

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

Aucun. Le prélèvement d'un échantillon par écouvillonnage en vue d'une culture et d'un antibiogramme n'est pas systématiquement indiqué.

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager la douleur
- Prévenir les récurrences
- Enrayer l'infection

**Consultation**

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin, à moins que l'infection ne se double d'une cellulite de l'oreille externe ou du visage, que le problème soit récurrent, que le traitement soit inefficace, que des symptômes généraux soient présents (par exemple, fièvre), que le client soit immunodéprimé (par exemple, diabétique) ou que vous soupçonniez une otite externe maligne.

**Interventions non pharmacologiques**

Il faut débrider le conduit auditif. Cette intervention est absolument essentielle. Nettoyez l'oreille externe et le conduit auditif avec un soluté physiologique et enlevez délicatement les débris et l'exsudat à l'aide d'une mèche de gaze.

Si un écoulement important s'ensuit ou si le conduit auditif risque de rétrécir davantage, une mèche d'oreille (1 po [2,5 cm] de coton ou de gaze), insérée délicatement dans le conduit et laissée en place, aidera à garder le conduit ouvert et à faire en sorte que les médicaments instillés dans l'oreille se rendent au fond du conduit. La mèche finira par tomber lorsque l'œdème se résorbera; sinon, la retirer 2 ou 3 jours plus tard.

**Éducation du client**

- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (si possible, demandez à un membre de sa famille d'instiller les gouttes et de nettoyer l'oreille)
- Expliquez au client comment nettoyer son oreille avant d'instiller les médicaments

- Expliquez au client comment éviter de nouvelles irritations (par exemple, ne pas nettoyer ses oreilles à l'aide d'un coton-tige)
- Recommandez au client de bien assécher ses oreilles après la baignade ou d'utiliser des bouchons d'oreilles à l'occasion de la baignade, du bain ou de la douche
- Expliquez au client comment bien nettoyer sa prothèse auditive ou ses bouchons d'oreilles

Chez les cas récidivants, amorcez un traitement prophylactique :

solution de Burow (solution otique Buro-Sol), instiller 2 ou 3 gouttes après la baignade ou la douche

ou

solution composée à parts égales de vinaigre et d'eau stérile, instiller 2 ou 3 gouttes après la baignade ou la douche

**Interventions pharmacologiques<sup>7</sup>**

Pour la douleur, un analgésique simple :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1-2 comprimés q4-6h prn

Puisque l'otite externe peut être très douloureuse, il pourrait être nécessaire de recourir à un analgésique puissant si l'acétaminophène ne soulage pas la douleur.

Otite externe (aiguë, non compliquée) :

Si vous constatez que la membrane tympanique n'est pas perforée, amorcez le traitement suivant :

solution ophtalmique/otique de gramicidine/polymyxine (Optimyxin), instiller 4 gouttes qid pendant 7 jours

Si vous ne pouvez voir la membrane tympanique ou si celle-ci est perforée :

solution otique de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

Otite externe maligne (nécrosante) :

Consultez un médecin, car il faut une antibiothérapie par voie parentérale agissant contre les espèces de *Pseudomonas* (par exemple, ciprofloxacine), en plus de soins hospitaliers.

Otite externe fongique (otomycose):

Des champignons microscopiques peuvent causer une otite externe, surtout chez les patients immunodéprimés. Dans les cas d'otites externes bénignes ou modérées dues à de tels microorganismes, il faut administrer des agents antifongiques:

clotrimazole, crème à 1 % (Canesten), appliquer bid pendant 7 jours

ou

gouttes otiques Locacorten Vioform, instiller 2 gouttes bid pendant 7 jours (on peut trouver ce produit en pharmacie)

### Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 7 jours, une fois le traitement terminé. Demandez au client de revenir plus tôt si la douleur augmente ou si une fièvre apparaît malgré le traitement.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez immédiatement vers un hôpital tout patient présentant une otite externe maligne (nécrosante), après consultation d'un médecin, surtout si le client souffre d'une affection concomitante (par exemple, s'il est immunodéprimé ou diabétique). Ce genre de cas nécessite une hospitalisation pour une antibiothérapie intraveineuse (IV).

## OTITE MOYENNE AIGUË<sup>8</sup>

Infection de l'oreille moyenne.

### CAUSES

- Origine virale, dans 25 % des cas
- Origine bactérienne, attribuable à *Streptococcus pneumoniae* (principalement), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*

Le fait de fumer ou d'inhaler de la fumée secondaire est un facteur prédisposant important.

### ANAMNÈSE

- Malaise général et fièvre
- Douleur pulsatile à l'oreille
- Sensation de pression
- Diminution de l'acuité auditive
- Acouphènes ou bourdonnements dans l'oreille, vertiges
- Écoulement purulent si le tympan est perforé
- Une infection des voies respiratoires supérieures peut être présente ou peut avoir précédé l'otite moyenne

### OBSERVATIONS

- Fièvre dans certains cas
- Le client semble légèrement ou modérément malade
- Tympan rouge, mat, bombé
- Repères otoscopiques moins visibles ou absents
- Perforation possible du tympan et écoulement de pus dans le conduit auditif
- Mobilité diminuée de la membrane tympanique (observée au moyen d'un otoscope pneumatique, si vous en avez à votre disposition)
- Bulles visibles sur la membrane tympanique (seulement dans les cas d'infection à mycoplasmes)
- Ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs tuméfiés et sensibles

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe aiguë
- Épanchement transitoire dans l'oreille moyenne (pas d'infection)
- Mastoïdite
- Traumatisme ou irritation causée par un corps étranger
- Douleur irradiant vers l'oreille à partir d'un abcès dentaire ou dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire

### COMPLICATIONS

- Diminution de l'acuité auditive
- Otite moyenne séreuse
- Mastoïdite
- Otite moyenne chronique
- Méningite
- Abscess épidural
- Cholestéatome

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun. S'il y a écoulement, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Enrayer l'infection
- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

#### Consultation

S'il n'y a pas de complications, il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

**Interventions non pharmacologiques****Éducation du client**

- Recommandez au client de prendre du repos pendant la phase fébrile aiguë
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie, adhésion au traitement, suivi)
- Renseignez-le sur l'évolution de la maladie et les résultats prévus (l'otite moyenne séreuse peut persister pendant plusieurs semaines)
- Conseillez au client d'éviter de prendre l'avion tant que les symptômes n'auront pas disparu

**Interventions pharmacologiques<sup>7</sup>**

Pour soulager la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO,  
1–2 comprimés q4-6h prn

Antibiothérapie :

amoxicilline (Amoxil), 500 mg PO tid pendant 7 jours  
*ou*

azithromycine (Zithromax), 500 mg PO, le premier  
jour, puis 250 mg PO od pendant 4 jours

**Surveillance et suivi**

- Demandez au client de revenir après 3 jours si les symptômes ne se sont pas atténués ou s'ils s'aggravent malgré le traitement
- Revoyez le client après 7 jours : recherchez les signes d'une otite moyenne séreuse
- Évaluez l'audition du client 1 mois après le traitement si un symptôme persiste

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

- Elle n'est pas nécessaire s'il n'y a pas de complications

**OTITE MOYENNE CHRONIQUE, SUPPURÉE<sup>9</sup>**

Infection persistante ou infection légère récurrente de l'oreille moyenne associée à une perforation de la membrane tympanique.

Elle peut devenir dangereuse si l'affection initiale simple des muqueuses finit par entraîner la formation d'épithélium stratifié dans l'oreille moyenne (un cholestéatome), complication qui est toutefois rare.

**CAUSES**

- En règle générale, ce type d'infection découle d'otites aiguës récurrentes et de la perforation de la membrane tympanique
- *Proteus*, *Pseudomonas* ou *Staphylococcus* (infection généralement polymicrobienne)

**ANAMNÈSE**

- Diminution de l'acuité auditive
- Écoulement constant et nauséabond de l'oreille
- Acouphènes
- Absence de douleur habituellement, douleur sourde occasionnelle
- Absence de fièvre

**OBSERVATIONS**

- Le client semble bien portant dans l'ensemble
- Écoulement purulent et nauséabond du conduit auditif
- Perforation de la membrane tympanique
- Surdité de transmission

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Otite externe chronique
- Otite moyenne subaiguë

**COMPLICATIONS**

- Perte auditive importante et permanente
- Mastoïdite
- Cholestéatome

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

Aucun. S'il y a écoulement, prélevez un échantillon en vue d'une culture.

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Prévenir les complications
- Éviter le recours inutile aux antibiotiques

**Consultation**

Consultez un médecin sur-le-champ si vous soupçonnez un cholestéatome.

### Interventions non pharmacologiques

#### Éducation du client

- Expliquez l'évolution et l'issue probable de la maladie
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (y compris l'adhésion au traitement)
- L'irrigation auriculaire avant l'instillation de gouttes est un traitement efficace. Dans la mesure du possible, utiliser une solution composée à parts égales de peroxyde et d'eau stérile. Il est possible d'irriguer le conduit auditif externe avec 30 à 40 ml de cette solution à l'aide d'une petite seringue ou d'une poire à lavement. Laissez le conduit s'assécher pendant 5–10 minutes avant d'instiller l'antimicrobien ototopique
- Mettez le client en garde contre l'utilisation de coton-tige pour le nettoyage des oreilles
- Recommandez au client de bien s'assécher les oreilles après la baignade, le bain ou la douche et d'utiliser des bouchons d'oreille à l'occasion de la baignade
- Expliquez au client comment bien nettoyer sa prothèse auditive ou ses bouchons d'oreille

Pour prévenir les récurrences, recommandez au client de nettoyer son conduit auditif avec :

solution de Burow (solution otique Buro-Sol)

ou

solution composée à parts égales de vinaigre et d'eau stérile, instiller 4–6 gouttes dans le conduit auditif après une exposition à l'eau

### Interventions pharmacologiques

Otite moyenne chronique suppurée, bénigne :

Des gouttes antibiotiques topiques suffisent :

gouttes otiques de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

Otite moyenne chronique suppurée, modérée :

En cas d'atteinte importante des tissus mous, des antibiotiques à action générale peuvent être indiqués, en association avec un traitement topique (gouttes otiques). Consultez un médecin pour le choix de l'antibiotique à action générale. L'un des traitements est le suivant :

gouttes otiques de ciprofloxacine/dexaméthasone (Ciprodex), instiller 4 gouttes bid pendant 7 jours

et

lévofloxacine 500 mg une fois par jour

### Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 7 jours.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire d'adresser le client à un oto-rhino-laryngologiste si le traitement ne donne aucun résultat ou si des complications surviennent. Parfois, une intervention chirurgicale s'impose. Dans certains cas, c'est l'infirmière qui se charge de l'orientation du client, mais il s'agit généralement de la responsabilité du médecin traitant.

## OTITE MOYENNE SÉREUSE (AVEC ÉPANCHEMENT)

Présence d'un liquide non infectieux dans l'oreille moyenne pendant plus de 3 mois en l'absence de tout symptôme ou signe d'infection aiguë. La membrane tympanique est intacte.

### CAUSES

- Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache
- Obstruction nasale, polypes nasaux

### Facteurs prédisposants

- Infection virale des voies respiratoires supérieures
- Allergies
- Barotraumatisme
- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Otite moyenne aiguë récente

### ANAMNÈSE

- Existence d'un des facteurs prédisposants
- Diminution de l'acuité auditive dans l'oreille touchée
- Sensation de pression dans l'oreille
- Démangeaisons possibles au nez et aux oreilles
- Douleur légère ou absence de douleur
- Absence de fièvre

### OBSERVATIONS

- Membrane tympanique intacte, mate, rétractée ou peu mobile
- Présence d'un liquide clair, de bulles d'air ou d'un niveau hydroaérique derrière la membrane tympanique
- Repères otoscopiques généralement accentués à cause de la rétraction du tympan

- L'audiométrie peut révéler une perte auditive
- Les résultats à l'épreuve de Weber et à l'épreuve de Rinne peuvent être anormaux (preuve de surdité de transmission)

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tumeur du nasopharynx (si le problème dure depuis longtemps).

### COMPLICATIONS

- Infection secondaire (otite moyenne aiguë purulente)
- Otite moyenne séreuse chronique
- Perte auditive

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Découvrir la cause sous-jacente
- Soulager les symptômes
- Prévenir toute perte auditive

#### Consultation

Consultez un médecin si le client présente un épanchement accompagné d'une perte auditive importante (plus de 20 dB), si l'épanchement et la perte auditive sont bilatéraux ou si l'épanchement persiste pendant plus de 2 ou 3 mois.

#### Interventions non pharmacologiques

#####  ducation du client

- Expliquez l'évolution et l'issue prévue de la maladie
- Comme les symptômes peuvent durer longtemps (2-3 mois), rassurez le client
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (posologie et adhésion au traitement)
- Conseillez au client d'éviter si possible de prendre l'avion tant que les signes et symptômes d'otite n'auront pas disparu
- Si le client doit malgré tout prendre l'avion, recommandez-lui d'employer un décongestionnant nasal topique (par exemple, de la xylométazoline [Otrivin]) une heure avant le décollage en plus de prendre la dose appropriée d'un décongestionnant oral à action générale (par exemple, de la pseudoéphédrine [Sudafed])

- Décrivez les signes et les symptômes de l'otite moyenne purulente et demandez au client de revenir à la clinique s'ils surviennent
- Demandez au client d'essayer d'équilibrer délicatement la pression entre l'oreille moyenne et la gorge, par des gestes simples comme b illier ou mâcher de la gomme

#### Interventions pharmacologiques

La plupart des études démontrent que les antihistaminiques et les décongestionnants sont inefficaces, mais ils apportent un certain soulagement des symptômes à certains clients.

D congestionnant oral (disponible dans les pharmacies de détail):

pseudoéphédrine (Sudafed), 30-60 mg PO tid ou qid pendant 4-7 jours (dose maximale : 240 mg/jour)

Remarque : cette posologie vaut pour la pseudoéphédrine   libération normale; la posologie des préparations à action prolongée doit être ajustée en conséquence.

Commencez par la plus faible dose et la plus petite fréquence. Demandez au client d'augmenter la dose lentement afin de prévenir les effets secondaires (par exemple, agitation, insomnie, irritabilité ou tremblements).

Ne prescrivez pas de décongestionnants aux clients âgés, aux personnes souffrant d'hypertension, de maladies du cœur, de maladies vasculaires périphériques, de diabète ou d'hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé, de rétention urinaire ou d'hypertrophie de la prostate, ou aux personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou des antidépresseurs tricycliques.

Vous pouvez prescrire un antibiotique oral aux personnes qui présentent un épanchement bilatéral persistant entraînant une perte auditive importante. Il est recommandé dans de tels cas de consulter un médecin.

#### Surveillance et suivi

Vérifiez la réponse au traitement après 2-4 semaines. Notez en particulier toute amélioration de l'audition ou diminution des acouphènes.

Réévaluez l'audition, de préférence à l'aide d'une audiométrie de dépistage (si possible).

#### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un oto-rhino-laryngologiste si l'épanchement persiste après 3 mois.

## RHINITE

Inflammation de la muqueuse des fosses nasales entraînant une congestion nasale et une rhinorrhée (écoulement nasal). Les trois types de rhinite les plus courants dont il faut tenir compte dans le diagnostic différentiel d'une rhinite sont les suivants :

- *rhinite allergique* : réaction inflammatoire de la muqueuse nasale
- *rhinite vasomotrice* : inflammation chronique de la muqueuse nasale, qui dépend de l'hyperréactivité de celle-ci (non allergique)
- *rhinite virale (infection des voies respiratoires supérieures)* : infection virale limitée aux voies respiratoires supérieures, généralement bénigne et spontanément résolutive

### CAUSES

#### *Rhinite allergique*

- Sensibilité aux allergènes inhalés (pollen, foins, herbe à poux, poussière, moisissures, phanères d'animaux, fumée)

#### *Rhinite vasomotrice*

- Origine inconnue; les symptômes ne sont pas associés à l'exposition à des allergènes spécifiques
- Muqueuse atrophique (chez les personnes âgées)
- Les crises peuvent être déclenchées par des changements brusques de température ou de pression barométrique, par des odeurs, par un stress émotionnel ou par l'exercice

#### *Rhinite virale (IVRS)*

- Nombreux agents viraux

### ANAMNÈSE

#### *Rhinite allergique*

- Symptômes saisonniers ou chroniques
- Antécédents familiaux d'allergies (par exemple, AAS)
- Présence possible d'asthme ou d'eczéma
- Éternuements paroxystiques
- Démangeaisons nasales
- Congestion nasale
- Écoulement nasal aqueux clair, abondant et continu
- Démangeaisons aux yeux ou larmoiement
- Démangeaisons aux oreilles
- Malaise général et céphalées dans certains cas

- Les symptômes sont importants le matin et s'atténuent pendant la journée, puis s'intensifient de nouveau pendant la nuit
- Écoulement rétronasal
- Respiration par la bouche
- Ronflement et toux sèche pendant la nuit, dans certains cas

#### *Rhinite vasomotrice*

- Congestion nasale soudaine
- Symptômes chroniques
- Écoulement rétronasal persistant
- Irritation intermittente de la gorge
- Ne répond pas aux mesures d'assainissement de l'environnement ni aux médicaments
- Sensation de devoir constamment tousser pour dégager la gorge
- Modification de l'acuité auditive ou olfactive
- Ronflement nocturne
- Fatigue

#### *Rhinite virale (IVRS)*

- Toux improductive ou produisant des expectorations claires
- Légère fièvre
- Congestion nasale avec écoulement nasal clair
- Éternuements
- Écoulement rétronasal
- Démangeaisons dans la gorge
- Légères céphalées et malaise général
- Pression dans les oreilles

### OBSERVATIONS

#### *Rhinite allergique*

- Conjonctive rouge dans certains cas
- Larmoiement dans certains cas
- Œdème possible des paupières et de la région périorbitaire
- Muqueuse nasale œdémateuse, pâle et rose, avec sécrétions liquides et claires
- Présence possible de polypes nasaux
- La peau autour du nez peut être irritée
- Présence possible du « salut allergique »
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères
- Respiration par la bouche

**Rhinite vasomotrice**

- Signes vitaux généralement normaux
- Muqueuse nasale rouge et enflée
- Hypertrophie des cornets du nez
- La gorge peut être légèrement rouge en raison de l'irritation causée par les sécrétions rétronasales
- Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes dans certains cas
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères

**Rhinite virale (IVRS)**

- Légère fièvre possible
- Le client semble légèrement malade
- Écoulement nasal clair
- Légère irritation cutanée autour des narines
- Possibilité d'un épanchement stérile passager dans l'oreille moyenne
- Gorge normale, si ce n'est un léger érythème dans certains cas
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL  
(TOUS LES TYPES DE RHINITE)**

- Sinusite aiguë ou chronique
- Abus de gouttes nasales
- Abus de drogues ou de solvants (par exemple, cocaïne, essence, colle)
- Présence d'un corps étranger dans les narines
- Polypes nasaux
- Déviation de la cloison nasale
- Hypothyroïdie à l'origine de la congestion nasale
- Congestion nasale causée par la grossesse ou l'utilisation de contraceptifs oraux

**COMPLICATIONS (TOUS LES  
TYPES DE RHINITE)**

- Otite moyenne
- Polypes nasaux
- Épistaxis
- Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes
- Sinusite

**TESTS DIAGNOSTIQUES  
(TOUS LES TYPES DE RHINITE)**

Envisagez un test d'allergie cutané.

**TRAITEMENT (TOUS LES TYPES DE RHINITE)****Objectifs**

- Soulager et enrayer les symptômes
- Déterminer l'allergène ou les allergènes à l'origine des symptômes
- Prévenir les complications

**Consultation**

Il est habituellement inutile de consulter un médecin.

**Interventions non pharmacologiques**

Les mesures d'assainissement de l'environnement sont importantes. Dans la mesure du possible, le client doit éviter, éliminer ou réduire les allergènes connus dans son environnement.

**Éducation du client**

- Recommandez au client de boire davantage pour améliorer l'hydratation
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, mise en garde contre l'emploi abusif)
- Recommandez au client d'éviter la caféine
- Recommandez au client d'éviter les allergènes connus (il devrait garder son milieu de vie exempt de poussière, éviter d'aller dehors lorsque la concentration de pollen dans l'air est élevée, utiliser des articles de literie et des vêtements faits de fibres synthétiques) et se défaire de ses animaux domestiques (pour éliminer les phanères animaux)
- Expliquez au client les mesures à prendre pour éviter de transmettre la rhinite virale à d'autres membres de sa famille
- Recommandez-lui de se laver les mains souvent, de jeter les papiers mouchoirs souillés dans un endroit approprié et de se couvrir la bouche et le nez lorsqu'il tousse ou éternue

**Interventions pharmacologiques**

Rhinite allergique et rhinite vasomotrice :

Gouttes nasales de solution saline / vaporisateur nasal Salinex, prn (pour éliminer le mucus et tout allergène inhalé).

Antihistaminiques oraux, pour traiter les symptômes aigus d'écoulement nasal, d'éternuements et de prurit et les symptômes conjonctivaux (ces médicaments ne soulagent pas la congestion nasale) :

cétirizine (Reactine), 10 mg PO une fois par jour (à employer aussi longtemps que le patient est en contact avec l'allergène)

Les corticostéroïdes topiques administrés par voie nasale sont la base du traitement de la rhinite allergique chronique et de la rhinite vasomotrice chronique; ils servent également au traitement d'entretien et à la prophylaxie pour ces maladies. Ils peuvent être administrés seuls ou en association avec des antihistaminiques et des décongestionnants.

Consultez un médecin au sujet de l'utilisation de corticostéroïdes par voie nasale / d'antagonistes des récepteurs parasymphatiques, si les antihistaminiques et les décongestionnants (*voir « rhinite virale »*) sont inefficaces. À titre d'exemple :

fluticasone (Flonase/générique), 50 µg/vaporisation, 2 vaporisations dans chaque narine une fois par jour

ou

triamcinolone (Nasacort AQ), 55 µg/vaporisation, 2 vaporisations dans chaque narine une fois par jour

Rhinite virale :

On peut administrer des antihistaminiques et des décongestionnants oraux (offerts dans les pharmacies de détail) pendant 4 à 7 jours, au plus (afin d'éviter l'effet rebond) :

pseudoéphédrine (Sudafed), 30–60 mg PO tid ou qid pendant 4–7 jours (dose maximale : 240 mg/jour)

Remarque : cette posologie vaut pour la pseudoéphédrine à libération normale; la posologie des préparations à action prolongée doit être ajustée en conséquence.

D'après les données médicales, les antihistaminiques auraient peu d'effet contre le rhume, y compris la rhinite virale.

Ne prescrivez pas de décongestionnants aux clients âgés, aux personnes souffrant d'hypertension, de maladies du cœur, de maladies vasculaires périphériques, de diabète ou d'hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé, de rétention urinaire ou d'hypertrophie de la prostate, ou aux personnes qui prennent des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou des antidépresseurs tricycliques.

Pour la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

### Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir s'il se met à faire de la fièvre ou si les symptômes ne sont pas disparus après 14 jours.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si les symptômes de rhinite ne sont pas disparus après le traitement initial. Il peut être nécessaire de recourir à des tests d'allergie, à une radiographie des sinus ou à d'autres médicaments.

## RHINOSINUSITE AIGÜE<sup>10,11</sup>

Infection de la muqueuse des sinus paranasaux (symptômes présents pendant moins de 4 semaines; moins de 3 épisodes par année) Les sinus maxillaires sont les plus souvent touchés.

### CAUSES

- Fréquentes : *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*
- Moins fréquentes : *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, virus et champignons

### Facteurs prédisposants

- Rhume
- Allergies
- Déviation de la cloison nasale
- Tabagisme
- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Abscès dentaire
- Polypes nasaux
- Traumatisme
- Présence d'un corps étranger
- Plongée ou baignade
- Néoplasmes
- Fibrose kystique

### ANAMNÈSE

- Existence d'un ou plusieurs des facteurs prédisposants
- Céphalées
- Douleur faciale
- Congestion nasale

- La pression sur les sinus atteints s'accroît lorsque le client se penche vers l'avant
- Possible écoulement nasal purulent, parfois teinté de sang
- Douleur dentaire, surtout des incisives et des canines supérieures
- Malaise général dans certains cas
- Fièvre possible
- Écoulement rétronasal
- Hyposmie/anosmie
- Pression dans les oreilles/sensation d'oreille pleine

### OBSERVATIONS

- Légère fièvre possible
- Le client semble légèrement ou modérément malade
- Irritation cutanée autour des narines
- Muqueuse nasale enflée, parfois pâle ou rougeâtre
- Possibles polypes nasaux
- Possible abcès dentaire
- Sensibilité des sinus atteints
- Transillumination réduite des sinus
- Sensibilité au-dessus d'une dent
- Les ganglions cervicaux antérieurs peuvent être tuméfiés et sensibles
- Présence possible de toux

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abcès dentaire
- Un ou plusieurs polypes nasaux
- Tumeur
- Présence d'un corps étranger
- Cellulite périorbitaire
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Céphalées vasculaires de Horton
- Migraine

### COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection aux structures intraorbitaires ou intracrâniennes contiguës
- Sinusite chronique
- Cellulite périorbitaire

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Poser le bon diagnostic
- Déterminer les facteurs prédisposants et traiter l'affection
- Traiter l'infection comme il est indiqué
- Détecter tout abcès dentaire sous-jacent
- Soulager les symptômes

#### Consultation

En règle générale, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin, sauf si l'infection ne se résorbe pas avec le traitement, si les symptômes s'aggravent après 2-3 jours ou s'il y a des complications.

#### Interventions non pharmacologiques

Appliquer de la chaleur humide sur les sinus (par exemple, par l'inhalation de vapeur ou par l'application de compresses chaudes) afin de soulager la pression et de liquéfier les sécrétions épaisses. On peut aussi instiller dans le nez des gouttes de solution saline.

#### Éducation du client

- Recommandez au client de se reposer davantage durant la phase aiguë de l'infection
- Recommandez au client de boire davantage pour s'hydrater (6-8 verres de liquides par jour)
- Expliquez au client comment employer correctement les médicaments (dose, fréquence, effets secondaires)
- Recommandez au client d'éviter les irritants (par exemple, la fumée)
- Recommandez au client d'éviter les baignades, les plongées et les vols d'avion pendant la phase aiguë

#### Interventions pharmacologiques

Il peut s'avérer utile d'employer des gouttes nasales de solution saline / un vaporisateur nasal Salinex au besoin.

Le client peut prendre un décongestionnant nasal en vaporisation ou en gouttes pendant les 24-48 premières heures si la congestion est marquée. Les décongestionnants topiques sont plus efficaces que ceux qui sont administrés par voie orale. Le client ne devrait pas utiliser d'antihistaminiques, car ils assèchent et épaississent les sécrétions.

gouttes nasales de xylométazoline à 0,1 % (Otrivin), instiller 1-3 gouttes q8-12h prn pendant 4 jours au plus

Il est très important de cesser de prendre le décongestionnant nasal topique après 3 ou 4 jours pour prévenir une congestion nasale « de rebond » (une complication appelée rhinite médicamenteuse).

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique simple :

acétaminophène (Tylenol) 325 mg PO,  
1-2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin) 200 mg PO, 1-2 comprimés q4h prn

Dans environ 70 % des cas de sinusite aiguë, l'affection se résorbe d'elle-même, sans antibiothérapie. Cependant, si les symptômes persistent plus de 10 jours ou s'ils s'aggravent après 5 jours, envisagez de recourir aux antibiotiques.

Antibiotiques oraux :

amoxicilline (Amoxil), 500 mg PO tid pendant 10 jours

ou, si allergie à la pénicilline :

doxycycline 200 mg PO une fois, puis 100 mg PO bid pendant 10 jours

### Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 3-4 jours, ou plus tôt si les symptômes s'aggravent malgré le traitement ou s'il n'y a pas de réponse au traitement.

## RHINOSINUSITE CHRONIQUE<sup>10</sup>

Inflammation de la muqueuse des sinus paranasaux qui dure au moins 12 semaines.

### CAUSES

- Infection (bactéries anaérobies, *Staphylococcus aureus*, virus)
- Anomalies anatomiques

### ANAMNÈSE

- Congestion nasale prolongée (plus de 12 semaines)
- Écoulement nasal, parfois purulent
- Écoulement rétronasal possible
- Voix enrouée tôt le matin possible
- Douleur ou pression au niveau des sinus, traversant le milieu du visage
- Céphalées possibles
- Oreilles bouchées
- Douleur oculaire
- Halitose
- Toux chronique
- Fatigue

- Absence de fièvre
- Diminution de l'odorat (hyposmie)
- Antécédents de facteurs de risque sous-jacents tels que rhinite allergique, reflux gastro-œsophagien (RGO), fibrose kystique, immunodéficience, anomalies anatomiques, rhinite non allergique à éosinophiles

### OBSERVATIONS

- Le client semble bien portant
- La muqueuse nasale peut sembler pâle et spongieuse
- Sensibilité possible des sinus à la palpation

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Polypes nasaux
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Tumeur
- Migraine
- Céphalées vasculaires de Horton
- Abscès dentaire

### COMPLICATIONS

- Sinusite aiguë récurrente
- Propagation de l'infection aux structures intraorbitaires ou intracrâniennes

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun dans un premier temps. Envisagez des tests diagnostiques comme une radiographie ou une tomodensitométrie (TDM) des sinus en cas d'échec du traitement initial. Discutez de ces tests avec un médecin.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer les facteurs prédisposants ou sous-jacents
- Empêcher l'infection de se propager à d'autres structures

#### Consultation

Vous devriez consulter un médecin à propos de ces patients. Il pourrait aussi être nécessaire de consulter un spécialiste si vous soupçonnez des anomalies anatomiques ou si l'affection ne se résorbe pas.

La rhinosinusite chronique est une affection complexe pour laquelle il faut souvent recourir à un traitement associant glucocorticoïdes topiques ou oraux, antibiotiques et irrigation nasale.

### **Interventions non pharmacologiques**

#### **Éducation du client**

- Recommandez au client de boire davantage pour s'hydrater (6–8 verres de liquides par jour)
- Recommandez au client d'inhaler de la vapeur ou appliquer des compresses chaudes pour soulager la pression sur les sinus
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Recommandez au client d'éviter les irritants (par exemple, la fumée) et les allergènes
- Recommandez au client d'éviter les baignades, les plongées et les vols d'avion si les symptômes sont aigus

### **Interventions pharmacologiques**

Traitez les symptômes à l'aide d'antibiotiques oraux; l'antibiothérapie doit généralement être de plus longue durée que dans le cas de la sinusite aiguë (c'est à dire 3 semaines). Il n'est pas recommandé de recourir aux antibiotiques de façon répétée.

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg PO bid pendant 21 jours

*ou*

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO qid pendant 21 jours

### **Surveillance et suivi**

Revoyez le client après 2 semaines.

### **Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin si ses symptômes ne s'atténuent pas après 4 semaines d'antibiothérapie ininterrompue, afin d'écartier la possibilité d'un état pathologique sous-jacent (par exemple, polypes nasaux, déviation de la cloison nasale, allergies chroniques). Si vous soupçonnez une maladie dentaire, adressez le client à un dentiste.

## **AFFECTIONS COURANTES DE LA GORGE**

### **LARYNGITE**

La laryngite est une inflammation du larynx due à une surutilisation de la voix, à une irritation ou à une infection.

#### **CAUSES**

- Infection virale (rhume)
- Infection bactérienne (streptocoques)
- Respiration constante par la bouche
- Surutilisation de la voix
- Sinusite chronique
- Abus de tabac (ou exposition à la fumée secondaire)
- Aspiration de substances chimiques caustiques
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Changements dus au vieillissement (par exemple, atrophie musculaire, atrophie des cordes vocales)
- Abus d'alcool
- Exposition prolongée à des poussières ou à d'autres irritants

### **ANAMNÈSE**

- Présence de facteurs de risque (*voir « Causes »*)
- Possibilité d'une infection des voies respiratoires supérieures concomitante
- Voix enrouée ou anormale
- Douleur, chatouillement ou aigreur dans la gorge
- Aphonie (les cordes vocales ne produisent aucun son)
- Dysphonie (modification générale de la qualité de voix)
- Toux
- Fièvre
- Malaise

### **OBSERVATIONS**

- Fièvre possible
- Le client semble légèrement malade
- La gorge peut être légèrement ou assez rouge
- Absence d'exsudat
- Tuméfaction possible des ganglions lymphatiques

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer de la gorge ou du larynx (si les symptômes persistent depuis longtemps ou s'ils sont récurrents)
- Polypes des cordes vocales
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)

## TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

## TRAITEMENT

### Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer et supprimer les facteurs prédisposants (par exemple, la cigarette)

### Consultation

Consultez un médecin immédiatement si le client présente un stridor et une dyspnée.

### Interventions non pharmacologiques

- Le client doit avant tout laisser reposer sa voix (y compris cesser de s'éclaircir la voix)<sup>12</sup>
- L'élimination des facteurs prédisposants (par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool) est aussi importante
- Accroître l'humidité ambiante
- Le client doit boire davantage s'il est fébrile
- Le client doit se reposer jusqu'à ce que la fièvre disparaisse

### Éducation du client

- Expliquez au client l'évolution et l'issue prévue de la maladie
- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Insistez sur l'importance de revenir à la clinique si les symptômes ne sont pas disparus après 1 semaine

### Interventions pharmacologiques

Habituellement aucune.

### Surveillance et suivi

Assurez un suivi si les symptômes ne sont pas disparus après 7 jours (plus tôt, si les symptômes s'aggravent).

## Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si les symptômes persistent après plus de 2 semaines.

## PHARYNGITE (MAL DE GORGE)

Inflammation ou infection de la muqueuse du pharynx (pouvant également s'étendre aux amygdales palatines)

## CAUSES

### Origine infectieuse

- Virus (par exemple, rhinovirus, adénovirus, virus parainfluenza, virus Coxsackie, virus d'Epstein Barr, virus herpétique)
- Bactéries (par exemple, streptocoques  $\beta$ -hémolytiques du groupe A [le plus souvent], *Chlamydia*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*)
- Champignons (par exemple, *Candida*); rares sauf chez les personnes immunodéprimées (par exemple, les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida)

### Origine non infectieuse

- Rhinite allergique
- Sinusite avec écoulement rétronasal
- Respiration par la bouche
- Traumatisme
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Facteurs de risque : contact avec une personne infectée par un streptocoque du groupe A, logement surpeuplé, immunosuppression (par exemple, VIH/sida), fatigue, tabagisme, consommation excessive d'alcool, contacts sexuels orogénitaux, diabète sucré ou prise de corticostéroïdes (par voie orale ou par inhalation)

## ANAMNÈSE

### Origine bactérienne

- Mal de gorge soudain
- Douleur à la déglutition
- Absence de toux
- Fièvre ou frissons
- Malaise
- Éruption cutanée possible
- Céphalées
- Anorexie

**Origine virale**

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Congestion nasale

**Origine non infectieuse**

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Symptômes persistants et récurrents
- Douleur à la déglutition

**OBSERVATIONS****Origine bactérienne**

- Fièvre
- Pouls accéléré
- Le client semble très malade
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Amygdales enflées, parfois asymétriques
- Présence possible d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sont tuméfiés et sensibles
- Éruption cutanée (si scarlatiniforme, infection par un streptocoque du groupe A)

**Origine virale**

- Fièvre possible
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Présence possible d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux peuvent être tuméfiés et sensibles
- Pétéchies sur le palais (mononucléose)
- Vésicules (herpès)

**Origine non infectieuse**

- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs peuvent être tuméfiés et sensibles
- Présence possible d'exsudat

Il est souvent impossible de déterminer à l'examen clinique si la pharyngite est d'origine virale ou bactérienne. Employez l'outil diagnostique Score pour évaluer le mal de gorge (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*), qui vous aidera à déterminer si l'infection à la gorge du patient est causée par un streptocoque du groupe A et s'il faut recourir à une antibiothérapie.

**SCORE POUR ÉVALUER LE MAL DE GORGE**

Chez l'adulte, 85–90 % des maux de gorge sont causés par des infections virales<sup>13</sup>. Afin d'évaluer la probabilité de diagnostiquer une pharyngite à streptocoque du groupe A chez un patient qui consulte pour un mal de gorge, vous disposez d'un certain nombre d'outils. Dans un contexte de soins primaires, le score pour évaluer le mal de gorge constitue un barème pour la prise de décisions cliniques, fondé scientifiquement, qui est valable pour tous les groupes d'âge<sup>14,15</sup>.

**Première étape**

Déterminez le score total du client en lui attribuant des points en fonction des critères suivants.

Critères	Points
Antécédents de fièvre ou température mesurée > 38 °C	1
Absence de toux	1
Adénopathie cervicale antérieure douloureuse	1
Amygdales atteintes (tuméfaction ou exsudat)	1
Âge du patient	1
Âge < 15 ans	1
Âge = 15 à 44 ans	0
Âge ≥ 45 ans	-1

**Deuxième étape**

Choisissez le mode de prise en charge approprié en fonction du score total.

Score total	Prise en charge
-1 à 0	Ni culture ni antibiotique
1 à 3	Si un test de dépistage rapide du streptocoque est disponible : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le résultat est négatif : procédez à une culture de gorge et attendez les résultats</li> <li>• Si le résultat est positif : traitez avec des antibiotiques</li> </ul> Si aucun test de dépistage rapide du streptocoque n'est disponible : procédez à une culture; aucune antibiothérapie, sauf si le résultat de la culture est positif
4 à 5	Procédez à une culture et envisagez une antibiothérapie empirique fondée sur les observations cliniques jusqu'à l'obtention du résultat de la culture

Le recours à cette évaluation par score est *inutile* dans les situations suivantes :

- dans toute communauté aux prises avec une flambée ou une épidémie de pharyngite à streptocoque du groupe A (le score pour évaluer le mal de gorge *ne doit pas* être utilisé dans ce contexte)
- dans les populations où le rhumatisme articulaire aigu demeure un problème
- chez les clients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu ou de valvulopathie cardiaque, ou qui sont immunodéprimés

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Déterminez s'il s'agit d'une infection d'origine bactérienne ou virale
- Mononucléose infectieuse
- Infection transmise sexuellement (dans les cas de pharyngite chronique, interrogez le client au sujet de ses pratiques sexuelles)
- Angine de Vincent (angine ulcéronécrotique)
- Distinguez l'inflammation réactionnelle d'un trouble sous-jacent (*voir la section « Causes »*)

### COMPLICATIONS

- Rhumatisme articulaire aigu (streptocoques du groupe A seulement)
- Glomérulonéphrite (streptocoques du groupe A seulement)
- Abscesses périamygdaliens

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test de dépistage rapide du streptocoque, si disponible (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge » pour les indications en matière de culture*)
- Si indiqué, faites un prélèvement de la gorge en vue d'une culture et d'un antibiogramme (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*)

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir les complications
- Prévenir la propagation de streptocoques du groupe A dans l'entourage du client

### Consultation

Consultez un médecin si le client présente une importante dysphagie ou une dyspnée (dénotant l'obstruction des voies respiratoires supérieures) ou si vous soupçonnez une affection sous-jacente, comme une infection à VIH.

### Interventions non pharmacologiques

- Rester au lit durant la phase fébrile
- Boire suffisamment (6–8 verres par jour)
- Éviter les irritants (par exemple, la fumée)
- Se gargariser avec de l'eau chaude salée qid

### Interventions pharmacologiques<sup>16</sup>

Pour la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO,  
1–2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin), 200 mg, PO, 1–2 comprimés  
q4h prn

Amorcez une antibiothérapie si vous soupçonnez une infection à streptocoque, selon le Score pour évaluer le mal de gorge (*voir la section « Score pour évaluer le mal de gorge »*), et/ou si vos soupçons ont été confirmés par une culture ou un test de dépistage rapide du streptocoque.

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300 mg PO tid ou 600 mg PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine, 250 mg PO qid ou 500 mg PO bid pendant 10 jours

Il ne faut pas utiliser l'ampicilline ni l'amoxicilline car ces médicaments peuvent provoquer un exanthème généralisé (eczéma médicamenteux) chez les sujets atteints de mononucléose infectieuse.

### Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir à la clinique si les symptômes ne s'atténuent pas après 48–72 heures.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire d'adresser le client à un médecin si l'infection est récidivante ou persistante, ou si l'on soupçonne une affection sous-jacente non diagnostiquée.

## AFFECTIONS COURANTES DE LA BOUCHE

### CHÉILITE ANGULAIRE (PERLÈCHE)<sup>17</sup>

Fissures ou lignes aux commissures des lèvres.

#### CAUSES

- Origine bactérienne : *Staphylococcus aureus*
- Origine fongique : *Candida*

#### Facteurs prédisposants

- Humidité accrue aux commissures des lèvres
- Affaissement des muscles faciaux et perte de dents (des molaires, surtout) chez les personnes âgées
- Infection fongique

#### EXAMEN PHYSIQUE

- Érythème, macération aux commissures des lèvres
- Croûtes blanches

#### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélèvement en vue d'une culture
- Test au KOH pour le dépistage d'une candidose

#### TRAITEMENT

La clé du traitement de la chéilite angulaire réside dans l'identification de la cause et le traitement de celle-ci.

### STOMATITE APHTEUSE<sup>18,19</sup>

Ulcération et inflammation récurrente et douloureuse des tissus de la bouche, notamment les lèvres, la muqueuse buccale, la langue, les gencives et la paroi postérieure du pharynx. Après la dégradation de la muqueuse, les lésions deviennent infectées par la flore buccale. L'affection est moins fréquente chez les hommes et les fumeurs réguliers<sup>20</sup>. Il s'agit de la cause la plus fréquente des ulcères buccaux, survenant dans une proportion pouvant atteindre 30 % chez les personnes en bonne santé.

#### CAUSES

- Virus de l'herpès simplex
- Virus Coxsackie
- Champignons du genre *Candida* (candidose buccale)

#### Facteurs prédisposants

- Immunodépression
- Maladie auto-immune (par exemple, maladie de Crohn)

#### Facteurs contributifs

- Allergies (café, chocolat, pommes de terre, fromages, figues, noix, agrumes et gluten)
- Stress
- Exposition au soleil
- Débilité physique généralisée
- Traumatisme
- Carences alimentaires (vitamine B<sub>12</sub>, folate, fer)
- Hormones
- Médicaments (antihypertenseurs, antinéoplasiques, sels d'or, AINS)

#### ANAMNÈSE

- Début et durée des symptômes
- Antécédents de la même affection et traitement
- Fièvre
- Sensation de brûlure ou de picotement avant l'ulcération
- Douleur
- Ptyalisme
- Difficulté à avaler
- Diminution de l'apport alimentaire
- Symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux associés
- Éruption cutanée associée
- Carences alimentaires, facteurs de stress, allergies, traumatisme buccal récent, infections, facteurs de risque pour les infections transmissibles sexuellement (ITS)
- Médicaments
- Perte de poids (ulcères sévères)
- Maladies systémiques
- Traitement dentaire récent
- Tabagisme ou consommation d'alcool

**OBSERVATIONS**

- Fièvre possible si de type infectieux
- Poids du patient (le consigner à titre de poids de référence)
- Vérifiez l'état d'hydratation
- Recherchez les signes d'une lymphadénopathie
- Recherchez des lésions sur le corps
- Auscultez la poitrine
- Réalisez un examen physique complet si vous soupçonnez une maladie systémique

Examinez d'abord l'extérieur des lèvres. Ensuite, abaissez délicatement les lèvres à l'aide d'un abaisse-langue pour examiner la muqueuse buccale antérieure et les gencives. Puis, abaissez doucement la langue. Prenez en note l'emplacement des lésions, leur

nombre et leur répartition. Consignez aussi leurs caractéristiques en termes de couleur, de bordure (nette ou irrégulière), de texture (ferme ou fluctuante), d'écoulement et de taille.

Recherchez les signes cliniques suivants :

- Érythème (herpangine)
- Vésicules (premier stade de toute infection)
- Ulcères : observez leur répartition (les ulcères confluents peuvent prendre la forme de grandes zones blanches de forme irrégulière)
- Ganglions lymphatiques sous-mandibulaires (plus évidents dans les cas d'herpès)

Voir le tableau 1, « *Caractéristiques des formes les plus fréquentes de stomatite* »

**Tableau 1 – Caractéristiques des formes les plus fréquentes de stomatite**

Affection	Cause	Type de lésions	Siège	Diamètre	Autres caractéristiques
Herpangine ou syndrome pieds mains-bouche	Virus Coxsackie, échovirus, entérovirus 71	Vésicules et ulcères accompagnés d'érythème	Piliers antérieurs, palais postérieur; pharynx et muqueuse buccale	1–3 mm	Dysphagie, vésicules sur la paume des mains, sur la plante des pieds et dans la bouche
Stomatite herpétique	Virus de l'herpès simplex	Vésicules et ulcères peu profonds (forme ronde ou ovale), qui peuvent être confluents	Gencives, muqueuse buccale, langue, lèvres	> 5 mm	Ptyalisme, coalescence des lésions Durée d'environ 10 jours
Stomatite aphteuse (mineure ou majeure) <sup>21</sup>	Inconnue	Ulcères accompagnés d'exsudat	Muqueuse buccale, face latérale de la langue	Mineure < 10 mm Majeure > 10 mm	Douleur, absence de fièvre En général, une ou deux lésions uniquement

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Affection d'origine immunologique : hyperplasie gingivale
- Lupus érythémateux disséminé
- Érythème polymorphe
- Cancer de la bouche (à soupçonner si les lésions persistent plus de 3–6 semaines et ne répondent pas au traitement)
- Candidose buccale
- Lichen plan
- Leucoplasie (irritation chronique)
- Syndrome pieds-mains-bouche
- Virus de l'herpès simplex
- Herpangine
- Infection primaire à VIH/sida
- Syphilis

- Angine de Vincent
- Traumatisme
- Pemphigus
- Stomatite prothétique (rougeur du palais, sous la prothèse dentaire)
- Kyste par rétention de mucus (kyste de couleur normale rempli de liquide, situé à l'intérieur de la lèvre). Il se résorbe de lui-même
- Effet indésirable d'un médicament

**COMPLICATIONS**

- Déshydratation
- Surinfection (par exemple, stomatite gangréneuse)
- Angine de Ludwig

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Habituellement aucun
- Vitamine B<sub>12</sub>, folate et fer (si vous soupçonnez une carence alimentaire)
- Formule sanguine (pour exclure l'anémie)
- Cytodiagnostic de Tzanck (pour la stomatite herpétique)
- Biopsie (pour le cancer de la bouche)

## TRAITEMENT

Il n'existe toujours pas de traitement spécifique pour ces affections. La stomatite herpétique dure habituellement 10 jours. L'herpangine ne persiste que quelques jours et entraîne peu de complications. La stomatite aphteuse ne nécessite aucun traitement.

### Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

### Consultation

Puisque la maladie est spontanément résolutive, il est généralement inutile de consulter un médecin, à moins de complications.

### Interventions non pharmacologiques

Il est important de maintenir l'état d'hydratation. Augmentez l'apport hydrique oral (pour combler les besoins d'entretien et les déficits liquidiens résultant de la fièvre).

### Éducation du client

- Informez le client de la durée prévue de la maladie ainsi que des signes et symptômes de déshydratation
- Recommandez-lui de modifier son alimentation, notamment de choisir des boissons non irritantes et non acides (par exemple, lait, eau) et de consommer des sucettes glacées (Popsicle), de la crème glacée et d'autres aliments semblables, en évitant les aliments à base d'agrumes, comme le jus d'orange
- Recommandez l'utilisation locale, en rince-bouche, d'une solution composée à parts égales de peroxyde d'hydrogène et d'eau, tout particulièrement après les repas
- Recommandez au client de se rincer la bouche avec de l'eau saline tiède 4 fois par jour dans les cas d'ulcères causés par un traumatisme ou un virus

- Recommandez d'éviter tout contact direct avec des personnes infectées (par exemple, baisers, utilisation des mêmes verres et ustensiles, contact des mains) pour empêcher que l'infection ne se propage
- Informez le client que le virus de l'herpès peut se transmettre même en l'absence d'ulcères

### Interventions pharmacologiques

Pour la fièvre et la douleur, un antipyrétique et un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325–650 mg PO ou PR, q4-6h prn

On peut obtenir un anesthésique topique contenant de la benzocaïne (par exemple, Anbesol) en pharmacie.

Ne traitez pas cette affection à l'aide d'antibiotiques; ils ne sont ni indiqués ni utiles.

Lésions herpétiques des lèvres

Si les lésions sont herpétiques, consultez un médecin qui pourrait suggérer un traitement antiviral pour la bouche en fonction de la gravité/récurrence. On a parfois recours à des antiviraux topiques comme l'acyclovir (par exemple, Zovirax), mais il faut commencer le traitement avant l'apparition des lésions<sup>22</sup>.

Candidose buccale

Un antifongique :

nystatine en suspension buvable, 500 000 unités (5 ml), se rincer vigoureusement la bouche et avaler, qid

Si des lésions persistantes, douloureuses et de grande taille (> 1 cm) nuisent à l'alimentation, et que toute possibilité d'infection a été écartée, consultez un médecin qui pourrait suggérer un traitement bref à la prednisone (60 mg PO, en diminuant de 5 mg/jour, pendant deux semaines)<sup>23</sup>.

### Surveillance et suivi

- Si les lésions sont graves, assurez un suivi après 2–3 jours
- En cas de lésions d'origine inconnue, assurez un suivi après 7 jours
- Demandez au client de revenir si, malgré le traitement, les lésions ne sont pas disparues après 3 semaines, si le client est incapable de manger ou s'il perd du poids

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin s'il présente encore des lésions après 3 semaines.

## ABCÈS DENTAIRE

Infection des tissus mous situés en périphérie de la dent ou de la gencive en raison d'une infection de la dent ou des structures supportant la dent.

### CAUSES

- Évolution d'une carie dentaire entraînant une pulpite causée par des bactéries anaérobies Gram positif et des bactéroïdes
- Tassement d'un corps étranger autour de la dent
- Facteurs prédisposants : caries profondes, mauvaise hygiène dentaire, traumatisme dentaire

### ANAMNÈSE

- Douleur dentaire localisée
- Douleur constante, profonde et pulsatile
- Douleur intensifiée par la mastication ou par l'exposition au chaud ou au froid
- Dent parfois branlante
- Enflure possible des gencives ou du visage (ou des deux)

### OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Enflure possible du visage
- Dent cariée
- Œdème et érythème gingivaux
- Présence possible d'une dent branlante
- Sensibilité localisée dans la région affectée de la mâchoire
- Tuméfaction et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs
- Douleur dentaire localisée

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affection des glandes salivaires (par exemple, oreillons)
- Sinusite
- Cellulite

### COMPLICATIONS

- Cellulite
- Formation récurrente d'abcès

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Soulager les symptômes
- Empêcher l'infection de se propager

#### Consultation

Consultez un médecin s'il y a présence d'un gros abcès fluctuant, si le client est très malade, si l'infection s'est étendue aux tissus mous du cou ou s'il n'y a pas de réponse au traitement initial après 48–72 heures.

#### Interventions non pharmacologiques

Rinçage de la bouche qid avec une solution saline tiède.

#### Éducation du client

- Expliquez au client comment employer correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Recommandez au patient de modifier son régime alimentaire (diète liquide ou aliments mous)
- Recommandez au patient d'améliorer son hygiène dentaire

#### Interventions pharmacologiques

Un antibiotique oral (seulement si les ganglions lymphatiques sont atteints) :

amoxicilline, 500 mg PO tid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour les infections qui s'étendent et s'accompagnent d'une enflure du visage :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 875 mg (d'amoxicilline) PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn, jusqu'à un maximum de 800 mg PO tid

(Assurez-vous que le patient comprend bien qu'il s'agit de la dose quotidienne maximale.)

ou

pour les clients qui ne peuvent pas prendre de l'ibuprofène :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Si le patient ne peut pas prendre de l'ibuprofène et souffre de douleurs intenses, contactez un médecin pour obtenir un médicament renfermant de la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

### **Surveillance et suivi**

Assurez un suivi après 48–72 heures. Si les symptômes persistent, consultez un médecin qui pourrait suggérer de modifier le traitement antimicrobien (par exemple, ajouter le métronidazole).

### **Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un dentiste pour un traitement définitif.

## **CARIE DENTAIRE<sup>24</sup>**

La carie dentaire est une infection causée par plusieurs facteurs. En général, les colonies bactériennes (plaque dentaire) transforment les glucides fermentables en un acide qui déminéralise l'émail dentaire. Des facteurs de protection comme la salive ou l'exposition au fluorure entraînent une reminéralisation de l'émail, ce qui freine la déminéralisation. La carie apparaît lorsque cet équilibre est rompu et que la reminéralisation est favorisée par rapport à la reminéralisation au cours d'une longue période. Dans les premiers stades de la carie, l'émail devient d'un blanc mat; cependant, la carie peut encore être arrêtée ou renversée à ce stade. Elle est habituellement asymptomatique. Si la déminéralisation se poursuit, l'émail se dégrade et une cavité apparaît. Le processus devient alors de moins en moins réversible.

À mesure que la carie se creuse dans la dentine, la dent devient plus sensible aux aliments sucrés et au froid. Lorsqu'elle s'approche de la pulpe de la dent, la pulpe devient hyperémique (congestionnée) et réagit plus vivement aux variations de température et à d'autres stimuli. Une fois que les bactéries ont atteint la pulpe, un abcès dentaire commence à se former. Avec la destruction de la pulpe, une pression s'accumule à l'apex (l'extrémité de la racine) et la dent atteinte palpite constamment (davantage lorsqu'elle est soumise au chaud et à une pression).

### **CAUSES**

- Bactéries, sucres et salive, en association

### **ANAMNÈSE**

Pour un aperçu des pathologies ainsi que des signes et symptômes associés à la carie dentaire au fil de son évolution, voir le *tableau 2*, «*Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire*».

- Sensibilité d'une ou plusieurs dents aux aliments et aux liquides chauds, froids ou sucrés et à la pression
- Antécédents de carie dentaire, d'abcès dentaire
- Douleur, surtout en mangeant
- Habitudes d'hygiène dentaire
- Traitements dentaires récents

**Tableau 2 – Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire (au fil de son évolution)**

État de la dent ou des tissus mous	Pathologie / réversibilité	Explication	Inconfort – Tableau clinique
<b>Asymptomatique</b> (Normal – pas de carie)	Aucune		Normal – légère sensibilité au chaud et au froid
<b>Asymptomatique</b> (Normal – petite carie ou traumatisme mineur)	Petite carie ou traumatisme mineur Réversible	La structure dentaire dure isole la pulpe.	Normal (comme ci-dessus) Aucune douleur persistante
<b>Atteinte légère de la pulpe</b> - cavité - obturation profonde - traumatisme - traitement dentaire récent	Hyperémie de la pulpe Réversible	Les tissus durs se contractent au froid, ce qui fait pression sur le tissu hyperémique; le sucré cause un déplacement d'ions, créant ainsi une pression osmotique.	Sensibilité accrue au froid et aux aliments sucrés À l'atteinte pulpaire, douleur vive, occasionnelle, mais de courte durée
<b>Atteinte grave de la pulpe</b> - carie profonde - obturation profonde - traumatisme grave récent	Nécrose de la pulpe Irréversible	La chaleur cause l'expansion des gaz produits par les tissus nécrotiques.	Sensibilité accrue à la chaleur Sensibilité à la percussion (tapotement, occlusion) Douleur spontanée, pulsatile, de durée moyenne
<b>Atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine</b>	Réaction inflammatoire chronique à l'extérieur de la dent Irréversible	Les tissus mous qui soutiennent la dent sont étirés, l'enflure est limitée par l'os.	Sensibilité extrême à la percussion Extrusion de la dent Mobilité de la dent Douleur persistante
<b>Extension de la pathologie apicale au delà du cortex osseux le plus près</b>	Abcès gingival ou enflure du visage (dépend de la longueur de la racine) Irréversible	Suppuration chronique: le patient ne peut trouver la source du problème. S'il y a écoulement à partir d'une fistule, il n'y a pas de pression intra-osseuse, donc aucune douleur.	La douleur s'atténue, mais on note un signe évident: apparition d'un abcès gingival ou enflure du visage. Les tissus mous de la bouche peuvent sembler normaux. La douleur est causée par la distension des tissus mous du visage. Le trismus (musculature) peut restreindre l'ouverture de la bouche.

**EXAMEN PHYSIQUE**

Pour vous aider à déterminer le stade d'évolution de la carie dentaire, voir le *tableau 2*, «*Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire*».

Évaluez les éléments suivants :

- Aspect général
- Douleur
- Température (le client ne devrait pas être fébrile, sauf s'il y a abcès)
- Lésion accompagnée d'un écoulement
- Couleur, enflure des tissus mous de la bouche
- Sensibilité des dents atteintes à la percussion (tapotement)
- Mobilité de la dent atteinte
- Fissures carieuses ou caries dentaires

- Enflure du visage ou abcès gingival
- Capacité à ouvrir la bouche

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Abcès dentaire

**COMPLICATIONS**

- Abcès dentaire
- Inconfort chronique dans la bouche
- Exposition de l'os, dans l'alvéole, après l'extraction d'une molaire inférieure (alvéolite)
- Fracture d'une dent

## TRAITEMENT

### Consultation

Consultez un médecin dans les cas suivants :

- enflure du visage
- immunodépression (par exemple, diabète)
- douleur que le traitement ne soulage pas
- affection qui ne disparaît pas après un cycle de traitement
- fièvre
- difficulté à ouvrir la bouche

### Interventions non pharmacologiques

Encouragez une hygiène buccodentaire régulière.

Atteinte pulpaire légère :

laissez guérir si un traitement dentaire a été effectué récemment.

### Interventions pharmacologiques

Pour le tableau clinique, consultez le *tableau 2*, « *Pathologies et signes et symptômes associés à la carie dentaire* ».

Atteinte pulpaire légère :

- les antibiotiques ne sont pas nécessaires

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Pour la douleur dentaire modérément intense, il pourrait être nécessaire de recourir à la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Atteinte pulpaire grave :

- antibiotique (dose faible) (par exemple, Pénicilline V potassique [Pen V], 300 mg qid)
- analgésique, au besoin

Atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine :

antibiotique et analgésique par voie orale. Traitement antibiotique :

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300–600 mg PO qid pendant 7 jours

Si l'infection s'étend ou si des symptômes généraux sont présents, il faut ajouter le métronidazole à la pénicilline :

métronidazole (Flagyl), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline ou dans les régions où la résistance à la pénicilline est importante :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Si la pathologie apicale s'étend au-delà du cortex osseux le plus près :

- aucun traitement si l'écoulement est intrabuccal
- en présence d'une enflure du visage, antibiotique PO ou IV et analgésique, s'il y a lieu. Consultez un médecin si vous estimez que des antibiotiques IV sont nécessaires. Sinon, vous pouvez recourir à un antibiotique oral comme pour l'atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine

### Surveillance et suivi

- Le client qui se présente avec une enflure du visage devrait être suivi quotidiennement jusqu'à ce que l'enflure disparaisse
- Demandez au client de revenir sans délai si une lésion apparaît, si la douleur s'amplifie ou s'il fait de la fièvre

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Si le client se présente avec une grave enflure du visage ou s'il a de la difficulté à ouvrir la bouche, il peut être justifié de l'adresser à un médecin. Cette décision doit être prise après consultation d'un médecin.

Il est justifié d'orienter le client vers un dentiste, en vue d'un traitement, dans les cas suivants :

- client asymptomatique avec petite carie ou traumatisme mineur, pour une restauration dentaire
- atteinte pulpaire légère, pour une obturation temporaire s'il y a présence de cavité
- atteinte pulpaire grave, pour l'élimination du tissu nécrosé dans la dent, par extraction ou par traitement de canal (l'obturation temporaire ou permanente est inutile et peut entraîner une intensification de la douleur)

- atteinte des tissus mous entourant l'extrémité de la racine, pour le drainage de la zone par extraction ou par traitement de canal
- extension de la pathologie apicale au-delà du cortex osseux le plus près, pour l'extraction de la dent et peut-être un curetage. S'il s'agit seulement d'un abcès gingival (intra-buccal), le traitement n'est pas urgent dans la plupart des cas

## PIGMENTATION D'UNE DENT PERMANENTE (MORTE)

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement en cas de dyschromie d'une dent permanente, voir la section « *Pigmentation d'une dent permanente (morte)* », dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

## GINGIVITE

La gingivite est une inflammation des tissus gingivaux non attachés entourant une dent.

### ANAMNÈSE ET OBSERVATIONS

Les tissus sont rouges, légèrement enflés et saignent lorsqu'on les manipule un peu (par exemple, brossage des dents).

### TRAITEMENT

#### *Interventions non pharmacologiques*

La gingivite est réversible avec un brossage des dents minutieux et l'utilisation de la soie dentaire. Informez le client que les tissus saigneront au cours des premiers jours, mais avec un auto-traitement complet, les saignements cesseront et les tissus redeviendront sains en quelques jours.

## GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE (LANGUE GÉOGRAPHIQUE)

Affection de la langue caractérisée par la présence de plusieurs zones lisses et rouges délimitées par un bourrelet de tissu épithélial gris. La glossite exfoliatrice marginée n'est pas une pathologie et aucun traitement n'est indiqué.

### CAUSES

Inconnues.

### TRAITEMENT

#### *Interventions non pharmacologiques*

Rassurez le client.

## PÉRICORONARITE

La péri-coronarite est une infection et une inflammation du tissu gingival entourant une dent partiellement sortie. Elle atteint très souvent la gencive autour d'une dent de sagesse inférieure.

### CAUSES

- Infection bactérienne (souvent un spirochète)

### ANAMNÈSE

- Dent récemment apparue
- Le tabagisme est souvent un facteur

### OBSERVATIONS

- Rougeur et enflure des tissus mous entourant une dent partiellement sortie
- À l'occlusion, la dent antagoniste (du maxillaire opposé) peut appuyer sur les tissus tuméfiés autour de la dent concernée
- Tuméfaction possible des ganglions lymphatiques sous-mandibulaires
- L'ouverture de la bouche pourrait être restreinte

### COMPLICATIONS

- Infection plus généralisée

### TRAITEMENT

#### *Objectifs*

- Empêcher l'infection de s'étendre
- Atténuer l'inconfort

#### *Consultation*

Il n'est habituellement pas justifié de consulter un médecin, sauf en cas de complications.

#### *Interventions non pharmacologiques*

- Rincer avec de l'eau chaude salée 4 fois par jour, jusqu'à disparition des symptômes
- Éviter les aliments épicés
- Éviter de fumer

#### *Éducation du client*

- Habituellement, l'affection se résorbe d'elle-même
- Insistez sur l'hygiène minutieuse des autres dents

### Interventions pharmacologiques

Il n'est pas nécessaire de recourir aux antibiotiques, sauf si l'infection péri-coronaire (péricoronarite) s'accompagne d'une atteinte des ganglions lymphatiques et d'une enflure du visage, ou si l'ouverture de la bouche est restreinte.

Au besoin, un antibiotique oral :

amoxicilline, 250–500 mg PO tid pendant 7 jours

Si l'infection s'étend ou si des symptômes généraux sont présents, ajoutez le métronidazole à la pénicilline :

métronidazole (Flagyl), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline ou dans les régions où la résistance à la pénicilline est importante :

clindamycine (Dalacin C), 150–300 mg PO qid pendant 7 jours

Pour la douleur dentaire bénigne ou modérée, un analgésique simple :

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

Pour la douleur dentaire modérément intense, il peut être nécessaire de recourir à la codéine :

acétaminophène avec codéine (Tylenol n° 3) PO, 1–2 comprimés q4-6h prn

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un dentiste pour le suivi.

## PARODONTITE

La parodontite se caractérise par une inflammation du tissu parodontal (tissu entourant la dent) et par la perte subséquente des structures de soutien des dents (le ligament parodontal et l'os alvéolaire). Chez l'adulte, la forme courante de parodontite se manifeste par une destruction lente des tissus, laquelle peut entraîner la mobilité ou la perte de la dent.

### CAUSES

- Inflammation de la gencive (gingivite)
- Accumulation de tartre

Les problèmes de santé générale (comme le diabète) et les irritants locaux (comme la fumée de cigarette) influent sur la parodontite.

### ANAMNÈSE

- Maladies telles que le diabète
- Le tabagisme est souvent un facteur
- Vitesse d'accumulation du tartre

### OBSERVATIONS

- Les signes de la parodontite pourraient être difficiles à déceler (accumulation possible de tartre sous la gencive; perte osseuse non évidente)
- Accumulations importantes de tartre
- En général, aucun inconfort marqué; le patient se plaindra peut-être de « démangeaisons » ou « d'inconfort » au niveau des gencives
- Odeur de l'haleine
- Aux stades avancés de la maladie, les dents concernées peuvent être mobiles

### COMPLICATIONS

- L'évolution d'une parodontopathie débouche sur la perte dentaire
- Il y a de plus en plus de preuves de liens entre la maladie parodontale et d'autres états pathologiques (par exemple, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète)

### TRAITEMENT

- Hygiène buccodentaire minutieuse et régulière
- Consulter régulièrement un professionnel de la santé dentaire (dentiste, hygiéniste dentaire et/ou thérapeute dentaire)

### Objectifs

- Prévenir ou ralentir la perte des tissus de soutien
- Réduire l'inflammation

### Interventions non pharmacologiques

- Se brosser les dents et utiliser la soie dentaire minutieusement et régulièrement
- Éviter de fumer

### Éducation du client

- Insistez sur l'hygiène buccodentaire minutieuse et régulière
- Recommandez au client de consulter régulièrement un professionnel de la santé dentaire (la fréquence dépend des besoins de chacun)

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un professionnel de la santé dentaire pour le suivi.

## ODONTALGIE (MAL DE DENT)

Pour obtenir des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de l'odontalgie, consultez la section « *Odontalgie (mal de dent)* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez l'enfant et chez l'adulte.

## XÉROSTOMIE (SÉCHERESSE DE LA BOUCHE)<sup>25,26</sup>

Il nous arrive tous d'avoir la bouche sèche de temps en temps, mais pour bon nombre d'adultes, il s'agit d'une affection chronique, la xérostomie, qui se caractérise par une bouche sèche, sensible et pâteuse. Certains patients ont de la difficulté à manger, à avaler, à parler ou à porter leur prothèse dentaire (due à la perte de l'effet de succion). Leur bouche peut être sujette aux ulcères et aux infections à levures, et leurs dents sont plus sensibles à la carie.

### CAUSES

- Effet secondaire de certains médicaments (antidépresseurs tricycliques, benzotropones et autres anticholinergiques, benzodiazépines, isotrétinoïne)
- Problèmes de santé (diabète, syndrome de Sjögren, maladie de Parkinson)
- Radiothérapie ou chimiothérapie
- Consommation d'alcool
- Traumatisme crânien

### ANAMNÈSE

- Médicaments
- Autres maladies (diabète, maladie de Parkinson)
- Tabagisme et consommation d'alcool

### OBSERVATIONS

- Sécheresse excessive de la muqueuse buccale et de la langue
- Prothèses dentaires mal ajustées
- Candidose
- Modification de l'élocution

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Xérostomie chronique
- Réaction de courte durée consécutive à la prise temporaire de certains médicaments

### COMPLICATIONS

- Carie dentaire plus fréquente
- Ulcères
- Infections fongiques
- Carences alimentaires (difficulté à manger certains aliments)

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Prévenir la carie dentaire, les infections fongiques
- Améliorer le confort

#### Interventions non pharmacologiques

- Augmenter l'apport hydrique (boire de l'eau ou de l'eau gazéifiée, de préférence)
- Éviter les boissons acides (boissons gazeuses, boissons énergisantes)
- Éviter les boissons contenant de la caféine (café, thé, certaines boissons gazeuses)
- Utiliser un humidificateur (si possible)
- Privilégier la gomme à mâcher sans sucre (édulcorée au xylitol)
- Privilégier les bonbons édulcorés au xylitol
- Éviter les aliments épicés
- Éviter de fumer et de consommer de l'alcool

#### Éducation du client

- Expliquez au client les causes de la sécheresse de la bouche
- Insistez sur l'apport hydrique
- Insistez sur l'hygiène buccodentaire
- Exposez les mesures d'atténuation de la xérostomie ci-dessus

#### Orientation vers d'autres ressources médicales

- Consultez un médecin pour une revue de la médication
- Adressez le client à un dentiste pour un suivi des caries et de la santé buccodentaire

## URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

### AVULSION DENTAIRE

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de l'avulsion dentaire, consultez la section « *Avulsion dentaire* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

### FRACTURE DENTAIRE

Pour des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de la fracture dentaire, consultez la section « *Fracture dentaire* » dans le chapitre « *Oto-rhino-laryngologie* » du *Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Le traitement est le même chez les enfants et les adultes.

### MASTOÏDITE

Inflammation/infection suppurée (bactérienne) de l'antre mastoïdien et des cellules pneumatiques. La mastoïdite peut être aiguë ou chronique.

#### CAUSES

- La mastoïdite aiguë est une complication rare de l'otite moyenne aiguë
- La mastoïdite chronique est plus souvent associée à un cholestéatome (kyste de l'oreille moyenne) ou à une otite moyenne chronique suppurée (perforation du tympan avec épanchement chronique)
- Micro-organismes les plus fréquents : *Haemophilus influenzae*, streptocoques du groupe A, *Streptococcus pneumoniae*

#### Facteurs de risque

- Otites à répétition
- Cholestéatome
- Immunodépression

#### ANAMNÈSE

- Ootalgie
- Otite moyenne persistante
- Poussées de fièvre avec pics
- Acouphènes
- Otorrhée (si le tympan est perforé)

#### OBSERVATIONS

- Fièvre moyenne ou forte
- Le client semble modérément malade
- Perte auditive
- Enflure et érythème derrière l'oreille
- Le pavillon de l'oreille peut être déplacé vers l'avant si l'œdème est sévère
- La manipulation du pavillon de l'oreille et l'examen otoscopique causent une douleur vive
- Écoulement purulent (si le tympan est perforé)
- Chaleur dans la région rétroauriculaire
- Sensibilité sur l'apophyse mastoïdienne
- Tuméfaction et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs et péri-auriculaires

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe sévère
- Cellulite rétroauriculaire
- Néoplasme bénin ou malin
- Infection des espaces sous-mandibulaires (angine de Ludwig)

#### COMPLICATIONS

- Perte auditive résiduelle
- Méningite
- Abscess intracrânien
- Abscess sous-périosté

#### TESTS DIAGNOSTIQUES

S'il y a otorrhée, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

#### TRAITEMENT

##### Objectifs

- Enrayer la douleur et l'enflure
- Empêcher l'infection de s'étendre

##### Consultation

Consultez un médecin pour le choix d'une antibiothérapie intraveineuse (IV).

##### Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique et réglez le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation.

### Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin pour la prescription d'antibiotiques IV. Un antibiotique à large spectre est nécessaire (par exemple, céfuroxime [Zinacef]).

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325 ou 500 mg PO, 1-2 comprimés q4-6h

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client dès que possible; il doit de toute urgence consulter un oto-rhino-laryngologiste. Il pourrait avoir besoin de plusieurs jours de traitement par IV, voire d'une chirurgie.

## TRAUMATISME BUCCAL

Après un traumatisme, on peut constater une fracture, un déplacement ou une perte de vitalité de la dent (et un abcès), ou bien une lésion ou une ulcération de la muqueuse buccale.

### TRAITEMENT

#### Interventions non pharmacologiques

- Bains de bouche avec une solution salée tiède 4 fois par jour, pour les ulcères causés par un traumatisme

#### Orientation vers d'autres ressources médicales

Tout problème résultant d'un traumatisme doit être examiné par un dentiste à des fins de surveillance et/ou de traitement.

## ABCÈS PÉRIAMYGDALIEN

Cellulite de l'espace situé derrière la capsule amygdalienne s'étendant au voile du palais et entraînant la formation d'un abcès. Affection plus courante chez les 15-30 ans. L'abcès (ou phlegmon) périamygdalien est considéré comme modéré à grave si le patient semble très malade, sécrète de la salive en abondance, a de la difficulté à avaler ou à respirer et/ou est incapable d'ouvrir la bouche. Sinon, il s'agit d'un abcès périamygdalien léger à modéré.

### CAUSES

Infection bactérienne généralement causée par un streptocoque du groupe A (50%), mais parfois par *Streptococcus pyogenes*, *S. aureus* ou *Haemophilus influenzae*.

### ANAMNÈSE

- Pharyngite récente
- Douleur unilatérale croissante à l'oreille et à la gorge
- Fièvre
- Malaise
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Dysphonie
- Ptyalisme (sécrétion salivaire excessive)
- Trismus (difficulté à ouvrir la bouche)

### OBSERVATIONS

- Fièvre
- Pouls accéléré
- Le client peut sembler très mal en point ou en détresse
- Le client est en diaphorèse et est rouge s'il a de la fièvre
- L'amygdale atteinte est très enflée, rouge et déplacée vers la ligne médiane
- En raison de l'hypertrophie de l'amygdale, la luette et le voile du palais peuvent être déplacés de l'autre côté du pharynx
- Érythème et enflure du voile du palais
- Trismus (difficulté à ouvrir la bouche) Salivation accrue
- Dysphonie (le patient parle comme s'il avait une patate chaude dans la bouche)
- Douleur unilatérale irradiant vers l'oreille
- Tuméfaction et extrême sensibilité des ganglions sous-maxillaires/cervicaux
- Tuméfaction fluctuante possible sur le côté atteint du palais

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Épiglottite
- Pharyngite gonococcique

### COMPLICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires
- Septicémie

### TESTS DIAGNOSTIQUES

S'il y a exsudat, prélevez un échantillon en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

### TRAITEMENT DES CAS LÉGERS À MODÉRÉS

Traitement ambulatoire.

**Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

**Interventions non pharmacologiques****Éducation du client**

- Demandez au client de revenir immédiatement si la douleur s'aggrave, s'il a une production de salive excessive, ou s'il a de la difficulté à avaler, à respirer ou à ouvrir la bouche
- Recommandez au client de boire davantage
- Recommandez au client de se reposer davantage jusqu'à ce que la fièvre soit tombée
- Recommandez au client de se gargariser souvent avec une solution salée chaude, pendant 48 heures

**Interventions pharmacologiques**

Un antibiotique :

pénicilline V potassique (Pénicilline V), 300 mg PO qid ou 600 mg PO bid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Dalacin C), 300 mg PO tid pendant 10 jours

Pour la douleur et la fièvre, un analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

ou

ibuprofène (Motrin), 200 mg PO, 1–2 comprimés q4h prn

**Surveillance et suivi**

Assurez un suivi après 24 heures. Si l'état du patient ne s'est pas amélioré, consultez un médecin. Il pourrait être nécessaire de drainer l'abcès par une aspiration (à l'aide d'une aiguille), intervention qui doit être effectuée par un médecin.

**TRAITEMENT DES CAS MODÉRÉS À GRAVES**

Le client semble très malade et a du mal à avaler.

**Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

**Consultation**

Consultez un médecin si l'abcès est gros et si le client semble très mal en point. Il est justifié d'orienter le client immédiatement vers l'hôpital et de l'adresser à un oto-rhino-laryngologiste (ORL).

**Traitement adjuvant**

Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'état d'hydratation du client.

**Interventions non pharmacologiques**

- Rester au lit
- Boire des boissons froides uniquement, par petites gorgées
- Ne rien prendre par la bouche s'il y a production excessive de salive (ptyalisme)

**Interventions pharmacologiques**

Consultez un médecin pour le choix de l'antibiotique IV. La clindamycine (Daladin) par IV est, dans bien des cas, le médicament de prédilection. En outre, l'emploi d'une dose ou deux de dexaméthasone IV peut être associé à l'antibiothérapie IV.

**Surveillance et suivi**

Surveillez le client pour vous assurer que ses voies respiratoires sont suffisamment dégagées.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Procédez à l'évacuation médicale du client vers un hôpital pour amorcer une antibiothérapie IV et drainer l'abcès par une aspiration ou par une intervention chirurgicale.

**ÉPISTAXIS POSTÉRIEURE**

Le saignement semble provenir de la partie postérieure de la fosse nasale.

**CAUSES**

- Affection idiopathique (d'origine inconnue)
- Hypertension artérielle
- Anomalies vasculaires (télangiectasie hémorragique héréditaire)
- Traumatisme (déviation ou perforation de la cloison nasale)
- Infection (par exemple, sinusite chronique)
- Néoplasme (rare)

**ANAMNÈSE**

- Hémorragie nasale soudaine (sang écarlate)
- Peut être unilatérale ou bilatérale
- Écoulement de sang le long de l'arrière-gorge
- Antécédents possibles d'hématémèse (si le client a avalé beaucoup de sang)

- Tendance à se faire des bleus facilement, saignements ailleurs (par exemple, méléna, menstrues abondantes), antécédents familiaux d'une tendance à saigner, utilisation d'anticoagulants, utilisation de produits à base d'acide acétylsalicylique (AAS)

### OBSERVATIONS

- Pouls accéléré
- Baisse de la tension artérielle (si la perte de sang est importante)
- Le client semble anxieux
- Le client peut être pâle et couvert de sueur (si la perte de sang est importante)
- Sang rouge vif s'écoulant des narines (saignement unilatéral ou bilatéral)
- La source du saignement n'est pas visible
- Sang dans le pharynx

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Saignement du tube digestif supérieur
- Saignement consécutif à une amygdalectomie
- Perforation de la cloison nasale

### COMPLICATIONS

- Hypotension ou état de choc (hypovolémie)
- Anémie (si le saignement est intermittent, mais fréquent)

### TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun.

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Arrêter le saignement
- Maintenir le volume sanguin circulant

#### Consultation

Consultez un médecin si le traitement initial ne réussit pas à arrêter le saignement, si l'état du client est instable ou si vous soupçonnez fortement une affection sous-jacente.

#### Traitement adjuvant

- Réanimez le patient, s'il y a lieu
- Amorcez un traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique ou de lactate de Ringer; ajustez le débit de perfusion en fonction du pouls du patient, de sa tension artérielle et du débit du saignement

### Interventions non pharmacologiques

- Mettre le client au repos, assis dans la position la plus confortable possible
- Exercer une pression sur le nez
- Réaliser un tamponnement nasal postérieur (si possible, utiliser une sonde à double ballonnet; ou bien, installer une sonde de Foley)

Marche à suivre pour l'installation d'une sonde de Foley :

1. Glissez une sonde de calibre 12–16 F pourvue d'un ballonnet de 30 cc dans le nez du patient, le long du plancher du nasopharynx, jusqu'à ce que l'extrémité soit visible dans la partie postérieure du pharynx.
2. Gonflez lentement le ballonnet avec 15 ml d'eau stérile, tirez le vers l'avant jusqu'à ce qu'il tienne bien en place contre la choane (dans la partie postérieure de la fosse nasale).
3. Maintenez la traction sur la sonde et étirez légèrement.
4. Effectuez un tamponnement nasal antérieur en insérant un ruban de gaze imprégné de Vaseline (½ × 72 po [1,25 × 180 cm]).
5. À l'aide d'un clamp pour cordon ombilical, fixez le tampon contre la narine; grâce à l'élasticité de la sonde, le ballonnet sera comprimé contre le tamponnement antérieur.
6. Protégez la peau du visage en plaçant des tampons de gaze de 2 x 2 po (5 x 5 cm) sous le clamp.
7. Avec du ruban adhésif, fixez le bout libre de la sonde à l'oreille située du même côté.

Pour obtenir une compression suffisante, il faut parfois effectuer un tamponnement bilatéral. Le saignement devrait cesser une fois l'installation terminée.

### Surveillance et suivi

Surveillez de près les signes vitaux et la perte de sang. Enlevez les tampons et les ballonnets après 24–36 heures. Il est possible que le saignement continue ou reprenne.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuez d'urgence le client vers l'hôpital si l'hémorragie persiste, s'il y a des signes évidents d'hypovolémie (hypotension, tachycardie) ou si vous soupçonnez une affection sous-jacente grave.

## SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en février 2012.

### LIVRES ET MONOGRAPHIES

Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010.

Bickley LS. *Guide de l'examen clinique*. 4<sup>e</sup> éd. Paris: Arnette; 2001.

Colman R, Somogyi R (Editors-in-chief). *Toronto notes – MCCQE 2008 review notes*. 24th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2008.

Ferri FF. *Ferri's clinical advisor: instant diagnosis and treatment*. St. Louis, MO: Mosby; 2004.

Fischbach FT. *A manual of laboratory and diagnostic tests*. 6th ed. Lippincott; 2000.

Graber MA, Lanternier ML. *University of Iowa family practice handbook*. 4th ed. Chapter 20 Otolaryngology. Iowa City, Iowa: The University of Iowa; 2004.

Gray J (Editor-in-chief). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Greenberg DE, Muraca M (Editors). *Canadian clinical practice guidelines*. Toronto, ON: Elsevier Canada; 2008.

Karch AM. *Lippincott's 2002 nursing drug guide*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2002.

Repchinsky C (rédactrice en chef). *CPS, compendium des produits et spécialités pharmaceutiques: l'ouvrage de référence canadien sur les médicaments pour les professionnels de la santé*. Ottawa (Ont.): Association des pharmaciens du Canada; 2007.

Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 40th ed. New York: Lange Medical Books – McGraw-Hill; 2001.

Tintinalli J, et al. *Emergency medicine*. 5th ed. McGraw-Hill; 2000.

### LIGNES DIRECTRICES SUR INTERNET

Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N, et al. *Antibiotics for acute maxillary sinusitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000243. DOI: 10.1002/14651858.CD000243.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000243.html>

Arroll B, Kenealy T. *Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD000247. DOI: 10.1002/14651858.CD000247.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000247.html>

Burton MJ, Doree CJ. *Ear drops for the removal of ear wax*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004326. DOI: 10.1002/14651858.CD004326. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004326.html>

Del Mar C, Glasziou PP, Spinks A. *Antibiotics for sore throat*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub3. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/clsystrev/articles/CD000023/frame.html>

De Sutter AIM, Lemiengre M, Campbell H. *Antihistamines for the common cold*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD001267. DOI: 10.1002/14651858.CD001267. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917904>

Harvey R, Hannan SA, Badia L, Scadding G. *Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006394. DOI: 10.1002/14651858.CD006394.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006394.html>

Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, et al. *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub3. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006207.html>

Revez L, Cardona Zorrilla AF, Ospina EG. *Antibiotics for acute laryngitis in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004783. DOI: 10.1002/14651858.CD004783.pub3. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004783.html>

Sheikh A, Hurwitz B, Shehata Y. *House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001563. DOI: 10.1002/14651858.CD001563.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001563.html>

Thirlwall AS, Kundu S. *Diuretics for Ménière's disease or syndrome*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD003599. DOI: 10.1002/14651858.CD003599.pub2. Disponible à : <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003599.html>

## NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Goralnick E, Kulkarni R. (2009, May 17). Nasal pack, anterior epistaxis: *Treatment & medication*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/80526-treatment>
- 2 Barton J. (2010, May). *Benign paroxysmal positional vertigo*. À jour, en ligne, le 18 février 2011. Article disponible par abonnement, à <http://www.utdol.com>.
- 3 eMedicineHealth. (2009). *Labyrinthitis causes*. eMedicine. Disponible à : [http://www.emedicinehealth.com/labyrinthitis/page2\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/labyrinthitis/page2_em.htm)
- 4 Ogburu O. (2009). *Medications: furosemide*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=772>
- 5 eMedicineHealth. (1997). *Medications: phenytoin*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=740>
- 6 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p.15-16.
- 7 Blondel-Hill E, Fryters S. *Bugs and drugs 2006*. Edmonton, AB: Capital Health; 2006. Disponible à : [http://www.bugsanddrugs.ca/bugs\\_drugs\\_website/web-content/COMBINED\\_BandD2006\\_certified.pdf](http://www.bugsanddrugs.ca/bugs_drugs_website/web-content/COMBINED_BandD2006_certified.pdf)
- 8 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p.17.
- 9 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 21.
- 10 Fryters SR, Blondell-Hill EM. Sinusitis. In Gray J. *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacist's Association; 2007. p. 1206-1221.
- 11 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 23.
- 12 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 12.
- 13 Worrall G, Hutchinson J, Sherman G, Griffiths J. Diagnosing streptococcal sore throat in adults. *Canadian Family Physician* 2007;53:666.
- 14 Ebell MH. Point-of-care guide; Strep throat. *Am Fam Physician* 2003;68(5):937-38. Disponible à : [www.aafp.org/afp/20030901/poc.html](http://www.aafp.org/afp/20030901/poc.html)
- 15 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 8.
- 16 Anti-Infective Review panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guideline Clearinghouse; 2010. p. 9.
- 17 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p.1028.
- 18 Uphold C, Graham M. *Clinical guidelines in family practice*. 4th ed. Gainesville, Florida: Barmarrae; 2003. p. 382-84.
- 19 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p. 1034-35.
- 20 Axell T, Henriksen V. Association between recurrent aphthous ulcers and tobacco habits. *Scandinavian Journal of Dental Research* 1985;93(3):239-42. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3860909?dopt=Abstract>
- 21 Casiglia JM, Mirowski GW, Nebesio CL. *Aphthous stomatitis*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/1075570-overview>
- 22 Goldstein BG, Goldstein AO. *Oral lesions*. (2009, May). Available by subscription: [www.utdol.com](http://www.utdol.com)
- 23 Wolff K, Allen Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. Toronto: McGraw-Hill; 2009. p. 1034.
- 24 American Medical Association. *Dental disorders*. MD Guidelines; n.d. Disponible à : <http://www.mdguidelines.com/dental-disorders>
- 25 Bartels CL. (2009). *Xerostomia information for dentists*. Disponible à : <http://www.oralcancerfoundation.org/dental/xerostomia.htm>
- 26 National Institute for Dental and Craniofacial Research. (2010). *Dry mouth*. Disponible à : <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/DryM>