

Urgences ORL au cabinet du médecin de premier recours (partie 2)

TIBOR QUINODOZ^a et Dr FRANÇOIS VORUZ^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.946.e48278

Les plaintes de la sphère ORL sont fréquentes en médecine de premier recours, mais leur évaluation peut s'avérer complexe. Leur appréciation clinique nécessite une connaissance de l'anatomie, de la pathologie et des diagnostics différentiels. La frontière entre affections bénignes ou nécessitant un traitement spécifique et un avis spécialisé est parfois floue. Un raisonnement clinique structuré et quelques repères clés permettent d'éviter les pièges les plus fréquents. Ce guide pratique illustré, publié en deux parties, vise à soutenir le médecin de premier recours dans une prise en charge sûre, pragmatique et conforme aux recommandations actuelles. Faisant suite à une première partie (article séparé) concernant l'otologie, cette seconde partie traite des pathologies non infectieuses de l'oreille ainsi que de quelques atteintes fréquentes au niveau du nez et de la région cervicale.

ENT emergencies in general practice

ENT complaints are common in primary care, yet their assessment can be challenging. Their clinical evaluation requires a knowledge of anatomy, pathology, and differential diagnoses. The boundaries between benign conditions and those requiring specific treatment or specialist referral is sometimes unclear. A structured clinical reasoning process, combined with a few key references, helps avoid the most common pitfalls. This illustrated practical guide is designed to support primary care physicians in providing safe, pragmatic, and guideline-based management. This second part addresses non-infectious ear disorders as well as several common conditions involving the nose and cervical region.

INTRODUCTION

Le médecin de premier recours est régulièrement exposé aux plaintes aiguës de la sphère ORL, qui représentent jusqu'à 10% des motifs de consultation et certainement davantage en période hivernale. Après avoir abordé les urgences otologiques infectieuses dans la première partie de cet article,¹ ce sont les pathologies non infectieuses de l'oreille, ainsi que certaines affections touchant le nez et la région cervicale qui sont décrites, que le médecin de premier recours est parfaitement habilité à traiter. Un raisonnement clinique structuré, associé à quelques repères pratiques, permet de prévenir les principaux pièges diagnostiques et d'identifier les situations nécessitant un avis spécialisé. Ce guide pratique illustré a pour objectif d'accompagner le médecin de premier recours dans une prise en charge sûre, pragmatique et conforme aux recommandations actuelles des pathologies ORL aiguës les plus courantes.

^aService d'ORL et chirurgie cervicofaciale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14 tibor.quinodoz@rhne.ch | francois.voruz@hug.ch

OREILLES

Acouphène

Diagnostic

Il s'agit d'un symptôme désignant la perception d'un son en l'absence de source acoustique externe. Bien que les mécanismes soient mal compris (une hypothèse commune est la plasticité inadaptée du système nerveux central avec décharge autonome des neurones auditifs), il semble principalement être causé par une surdité ou une lésion cochléaire (pour plus d'informations, voir la figure 1A de la première partie de ce guide¹).² Sa prévalence est de 10 à 15%, aussi bien chez l'homme que la femme, et jusqu'à 25% au-dessus de 65 ans,³ typiquement associé à la presbycusie; à tel point qu'on pourrait se demander s'il n'est pas dans ce cas physiologique. Dans une proportion importante de cas, cependant, aucune cause claire n'est identifiée. Il y a une relation bidirectionnelle entre l'intensité, la sévérité et l'habituation de l'acouphène d'une part, et le stress, l'anxiété, la dépression et la fatigue d'autre part.²

Traitement

En l'absence d'étiologie potentiellement corrigible (cérumen, perforation tympanique, otosclérose, disjonction ossiculaire, variation vasculaire, 3^e fenêtre labyrinthique, paragangliome, myoclonies, etc.),⁴ il n'y a malheureusement aucune mesure chirurgicale ou médicamenteuse démontrée à proposer.⁵ Le conseil éclairé joue un rôle prépondérant dans la prise en charge du patient. En cas de perte auditive associée, un appareillage auditif est à conseiller; il aura un rôle de masquage en plus d'améliorer l'audition.^{2,5} De manière générale, le masquage (à l'aide de haut-parleurs ou d'écouteurs) est à suggérer. À noter la disponibilité, dans le commerce actuel, d'écouteurs à conduction osseuse, relativement bon marché par rapport aux dispositifs médicaux, permettant au patient d'entendre un son de masquage tout en ayant les conduits auditifs libres, facilitant les interactions et offrant une certaine sécurité vis-à-vis des éléments extérieurs (voitures).

Remarques

Six pour cent des patients sont dérangés de manière significative, 1 à 2% de manière sévère.² Une thérapie cognitivocomportementale peut alors aider à stabiliser la situation, sans pour autant faire disparaître l'acouphène.^{2,5} Aucun médicament (y compris le ginkgo biloba (*Symfona*)) ne fait partie des recommandations de prise en charge, tout comme la neuromodulation, les suppléments nutritionnels, ou l'acupuncture, par manque de preuve ou par hétérogénéité des études disponibles.^{2,5} En cas d'acouphène unilatéral ou pulsatif, on proposera un bilan d'imagerie par IRM afin d'exclure formellement un processus rétrocochléaire, tel qu'un schwannome vestibulaire, ou une anomalie vasculaire.⁴

Hypoacousie brusque

Diagnostic

L'hypoacousie est un symptôme pouvant correspondre à une surdité transmissionnelle (mécanique) ou perceptuelle (neurosensorielle). À l'anamnèse, il sera important de distinguer une hypoacousie d'installation brusque ou progressive, unilatérale ou bilatérale, et de son association avec des symptômes généraux, otologiques (acouphène, otorrhée, vertiges) ou neurologiques. L'anamnèse recherchera une infection récente, un traumatisme crânien ou acoustique, ou encore la prise de médicaments ototoxiques (cisplatine, aminoglycosides). L'otoscopie pourra être normale ou mettre en évidence un bouchon de cérumen, une otite externe, moyenne, sérumqueuse ou une perforation tympanique. L'acoumétrie à l'aide d'un diapason permettra de distinguer une atteinte de perception ou de transmission (pour plus d'informations, voir la figure 5 de la première partie de ce guide¹).

Traitement

L'étiologie doit être identifiée avant d'instaurer le traitement d'une hypoacousie, et traiter la cause sous-jacente (se référer à la première partie de ce guide¹). Lorsque l'examen clinique n'est pas contributif, une évaluation par un spécialiste ORL peut être nécessaire afin de compléter le bilan et de traiter de manière appropriée (traitement médicamenteux, chirurgical ou aides auditives).

Remarques

La surdité brusque idiopathique est un diagnostic de surdité neurosensorielle unilatérale d'apparition rapide. Les patients rapportent régulièrement une sensation d'oreille bouchée, parfois accompagnée d'une légère sensation vertigineuse ou d'un acouphène. L'otoscopie est normale et l'acoumétrie parle en faveur d'une surdité neurosensorielle (Weber latéralisé du côté sain, Rinne positif – pour plus d'informations, voir la figure 5 de la première partie de ce guide¹). Son étiologie est le plus souvent inconnue (> 90%), l'hypothèse principale étant une infection ou une réactivation virale dans l'oreille interne ou le nerf cochléaire. Après confirmation audiométrique par un ORL, une IRM à la recherche d'un processus rétrocochléaire fera partie du bilan diagnostique, qui pourra éventuellement être complété par des sérologies, selon l'anamnèse (VIH, syphilis, borréliose).⁶ Son traitement est débattu, mais en raison d'un faible rapport risque/bénéfice, une corticothérapie peut être proposée (par exemple, dexaméthasone 8 mg 1 x/jour pendant 7 jours).^{6,7} Le pronostic de récupération varie selon l'atteinte, l'âge et les symptômes associés. La thérapie à l'oxygène hyperbare pourrait avoir un effet positif, mais elle est difficile d'accès.⁸ En cas de séquelles auditives, des solutions de réhabilitation seront proposées (aides auditives conventionnelles ou implant cochléaire).

FIG 1	Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)
--------------	--

Ce code QR permet d'accéder à des vidéos pédagogiques des différentes manœuvres diagnostiques et thérapeutiques.



tic de récupération varie selon l'atteinte, l'âge et les symptômes associés. La thérapie à l'oxygène hyperbare pourrait avoir un effet positif, mais elle est difficile d'accès.⁸ En cas de séquelles auditives, des solutions de réhabilitation seront proposées (aides auditives conventionnelles ou implant cochléaire).

Vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)

Diagnostic

Le VPPB est la première cause de vertige aigu.⁹ C'est une affection vestibulaire bénigne due à la présence anormale d'otoconies (cristaux de carbonate de calcium normalement fixés aux organes otolithiques) dans les canaux semi-circulaires (pour plus d'informations, voir la figure 1A de la première partie de ce guide¹). Le diagnostic est purement clinique,¹⁰ associant des attaques vertigineuses récurrentes (< 1 min) en s'allongeant ou en se tournant sur le dos, associées à des signes différents selon la localisation des otoconies:

- *Canal postérieur* (> 80% des cas): un nystagmus torsionnel (pôle supérieur battant vers l'oreille du bas) et vertical vers le haut à la manœuvre de Hallpike, après une latence, durant moins d'une minute *ou*
- *canal latéral* (15 à 20% des cas): un nystagmus horizontal à la manœuvre de supine head roll test, après une courte latence, durant moins d'une minute.

Traitement

Le traitement est strictement manuel, avec les manœuvres libératrices d'Epley ou de Semont pour le VPPB postérieur et de «barbecue» pour le VPPB latéral. Plusieurs vidéos pédagogiques des différentes manœuvres diagnostiques et thérapeutiques sont disponibles via le code QR de la **figure 1**.

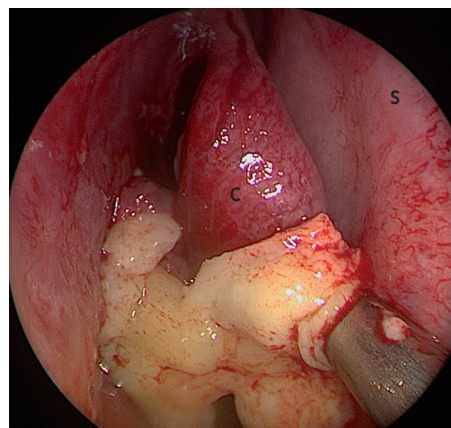
Remarques

Très rarement, le canal semi-circulaire antérieur peut être atteint. Quelques autres causes de vertiges périphériques d'origine vestibulaire peuvent se présenter de façon aiguë (névrite vestibulaire, maladie de Ménière, migraine vestibulaire, etc.).¹¹

FIG 2	Rhinosinusite aiguë
--------------	----------------------------

Écoulement purulent venant du méat moyen droit.

C: cornet moyen; S: septum.



NEZ

Rhinosinusite aiguë (RSA)

Diagnostic

La RSA est une infection de la muqueuse nasale et des sinus paranasaux, d'étiologie majoritairement virale. Le diagnostic est clinique et repose sur la présence, depuis moins de 3 mois, d'au moins deux des quatre symptômes suivants (dont au moins a ou b): a) obstruction nasale; b) rhinorrhée trouble (**figure 2**); c) douleur, pression faciale et d) hyposmie.¹² Un bilan biologique peut être demandé en cas de suspicion de complication.

Traitement

Il est symptomatique, combinant anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et paracétamol associés à des rinçages salins et à un décongestionnant nasal. Un traitement antibiotique est à envisager en cas de suspicion d'infection bactérienne, lorsque ≥ 3 critères sont présents parmi: a) fièvre $> 38^\circ\text{C}$; b) rechute; c) plaintes unilatérales; d) douleurs intenses et e) syndrome inflammatoire.¹²

Remarques

Les signes suggestifs d'une rhinosinusite compliquée comportent une tuméfaction orbitaire, des troubles visuels, des signes neurologiques, un sepsis, un méningisme, ou encore une douleur non contrôlée.¹² Le patient doit être référé en urgence; une imagerie sera probablement réalisée, associée possiblement à un drainage chirurgical.

En cas de symptomatologie unilatérale récidivante, une étiologie odontogène sous-jacente sera à exclure par CT.

On notera que le diagnostic différentiel des facialgies, même unilatérales, comporte certains types de céphalées primaires

(migraine, névralgie trigéminal, céphalée en grappe). La plainte douloureuse est alors souvent plus marquée, et l'on note typiquement l'absence de signes nasaux associés ou de réponse au traitement.¹²

RÉGION CERVICALE

Angine

Diagnostic

L'angine est une pharyngo-amygdalite se manifestant par une odynophagie aiguë parfois accompagnée d'une fièvre variable et d'un examen clinique anormal du fond de gorge. Elle est d'origine virale dans 70 à 90% des cas, avec une douleur modérée, l'absence de fièvre, des amygdales non exsudatives et des symptômes de rhume. L'angine bactérienne est plus rare et se caractérise potentiellement par une fièvre élevée, une odynophagie intense, des amygdales tuméfiées et exsudatives (**figure 3A**), ainsi que des adénopathies cervicales.

Traitement

Il est symptomatique. L'antibiothérapie n'est pas recommandée en cas d'angine aiguë non compliquée, ne réduisant la durée des symptômes que d'un jour environ, sans réduction des complications telles que le rhumatisme articulaire aigu (RAA - quasiment disparu en Europe de l'Ouest), la glomérulonéphrite, ou l'abcès périamygdalien.^{13,14} Une bonne information au patient avec un suivi à 72 heures sont recommandés.

Remarques

Une antibiothérapie sera proposée si le patient semble très malade, est immunosupprimé, a des antécédents de RAA, ou si l'évolution est inhabituelle et présente des signes

FIG 3 Angine

A. Angine. B. Abscès péri-amygdalien gauche; œdème inflammatoire de l'amygdale, déviation de la luette. C. Mononucléose infectieuse; dépôts pultacés dans le pharynx et importantes adénopathies cervicales. D. Mycose oropharyngée.

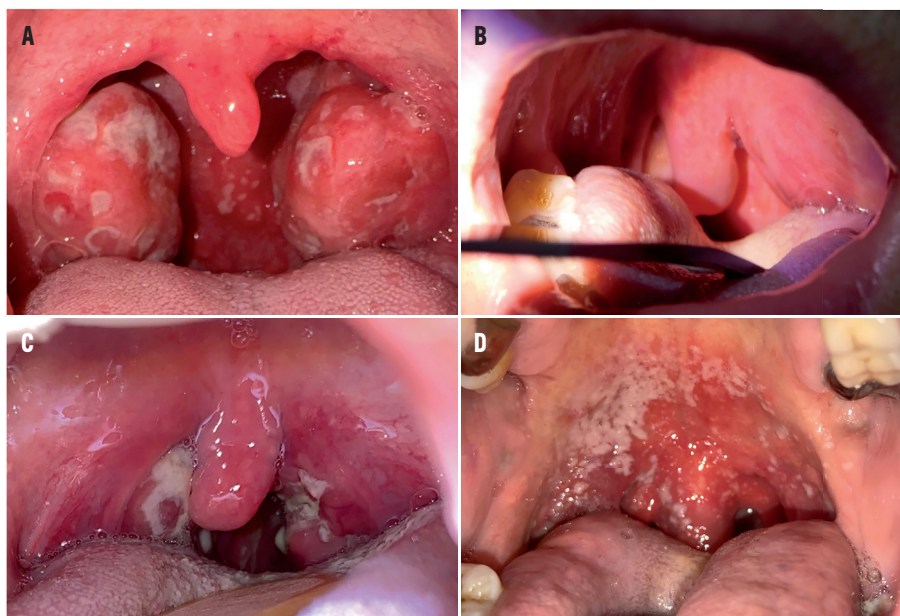


FIG 4 Sialadénite

A. Importante parotidite droite. B. Sialadénite sous-mandibulaire droite avec lithiase à l'abouchement du canal de Wharton. C. Lithiase après extraction.



évoqueurs d'abcès périamygdalien (**figure 3B**).^{13,15} Ce dernier peut se manifester par une douleur latéralisée, une tuméfaction du voile du palais, une déviation de la luette du côté sain, une voix étouffée (de patate chaude), ou encore, le plus évocateur, un trismus. Il nécessite une prise en charge ORL avec un traitement antibiotique associé à un drainage de l'abcès.¹⁶ Une imagerie de routine par CT cervical injecté n'est pas recommandée, sauf en cas de doute ou de présentation atypique.¹⁵ Spécifiquement, la présence d'un stridor ou d'un cou rouge et induré nécessite des investigations cliniques et radiologiques urgentes en centre hospitalier, à la recherche d'un œdème laryngé, d'une épiglottite ou d'un abcès des espaces profonds du cou, tous trois pouvant représenter une menace vitale.

La mononucléose infectieuse (**figure 3C**) est une maladie systémique due à 90% au virus d'Epstein-Barr (EBV), survenant typiquement entre 15 et 25 ans, associant fièvre, angine et adénopathies cervicales, associées parfois à une spléno- et hépatomégalie. Le bilan sanguin est spécifique avec une sérologie positive pour une infection aiguë à EBV (IgM VCA ± IgG VCA positifs, IgG EBNA négatifs), bien que le CMV, la toxoplasmose ou le VIH puissent présenter un tableau similaire. Son traitement est symptomatique. En présence d'une splénomégalie, l'arrêt des sports de contact doit être recommandé pendant 3 à 4 semaines, afin d'éviter une éventuelle rupture splénique, complication rare et grave.¹⁷

Finalement, la mycose oropharyngée (**figure 3D**) doit être distinguée d'une angine, car son traitement repose sur un antifongique topique ± systémique et doit faire rechercher une potentielle immunocompromission.

Sialadénite

Diagnostic

La sialadénite aiguë est l'inflammation d'une glande salivaire, majoritairement d'origine infectieuse (virale, bactérienne (**figure 4A**)), obstructive (sialolithiase (**figures 4B et C**)), ou plus rarement traumatique ou inflammatoire (Sjögren, sarcoïdose). La parotide est la glande la plus fréquemment

atteinte dans les formes infectieuses, alors que la glande sous-mandibulaire est plus souvent touchée dans les formes lithiasiques. Cliniquement, la sialadénite aiguë est habituellement unilatérale, avec une symptomatologie de tuméfaction douloureuse fluctuante, notamment une aggravation lors des repas, en lien avec la stimulation de la sécrétion salivaire.¹⁸

Traitement

Il repose en première intention sur des mesures générales, notamment une bonne hydratation et l'administration d'AINS. Selon la présentation clinique et l'étiologie suspectée, un traitement antibiotique (en cas de surinfection bactérienne) ou corticostéroïde (en cas de forme inflammatoire sévère ou d'origine auto-immune) peut être indiqué.¹⁸ Bien que la littérature recommande également le massage de la glande atteinte et l'utilisation de sialagogues, la douleur que ces mesures peuvent provoquer limite leur usage systématique.

Remarques

En présence de lithiase obstructive, une extraction peut être envisagée soit en phase aiguë (**figures 4B et C**), soit dans un second temps, une fois l'infection contrôlée.¹⁸ Une atteinte bilatérale doit faire évoquer les oreillons, qui, bien que de diagnostic clinique et de traitement symptomatique, peuvent se compliquer de 20% d'orchite, 5% d'ovarite, 15% de méningite aseptique et, rarement, de surdité neurosensorielle.¹⁹ Une parotidite associée à une paralysie faciale doit évoquer une lésion tumorale potentiellement maligne et nécessite des investigations radiologiques (US + cytoponction ± IRM).

CONCLUSION

Les plaintes ORL aiguës s'invitent fréquemment en médecine de premier recours et requièrent une bonne connaissance de la pathologie afin de permettre un diagnostic précis et d'éviter les pièges diagnostiques. Ce guide est destiné à faciliter ce travail d'évaluation et de décision, afin de garantir une

prise en charge cohérente, sûre et conforme aux recommandations actuelles.

Conflit d'intérêts: T. Quinodoz n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article. F. Voruz n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article, hormis avoir participé aux études mentionnées en références 15 et 16.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

ORCID ID:

F. Voruz: <https://orcid.org/0000-0003-2774-5507>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un acouphène unilatéral, pulsatif ou associé à une hypoacousie, mérite des investigations complémentaires par IRM.
- L'acoumétrie au diapason aide à distinguer les hypoacousies brusques bénignes (surdité de transmission) de celles nécessitant un traitement en urgence (surdité de perception potentiellement irréversible).
- Le vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB) est le vertige aigu le plus fréquent, quasiment toujours de bonne évolution.
- L'angine aiguë non compliquée ne nécessite pas d'antibiothérapie.

1 **Quinodoz T, Voruz F. Urgences ORL au cabinet du médecin de premier recours. *Rev Med Suisse* 2026 ;22:926:107-12. DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.946.48278

2 Tsang BKT, Collins GG, Anderson S, et al. Tinnitus update: what can be done for the ringing? *Intern Med J.* 2024 Jul;54(7):1066-76. DOI: 10.1111/imj.16414.

3 *Jarach CM, Lugo A, Scala M, et al. Global Prevalence and Incidence of Tinnitus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2022 Sep 1;79(9):888-900. DOI: 10.1001/jamaneurol.2022.2189.

4 Verbist B, Connor S, Farina D. ESR Essentials: diagnostic strategies in tinnitus-practice recommendations by the European Society of Head and Neck Radiology. *Eur Radiol.* 2025 Mar;35(3):1303-12. DOI: 10.1007/s00330-024-11316-z.

5 Lee HY, Jung DJ. Recent Updates on Tinnitus Management. *J Audiol Otol.* 2023 Oct;27(4):181-92. DOI: 10.7874/jao.2023.00416.

6 Kuhn M, Heman-Ackah SE, Shaikh JA, et al. Sudden sensorineural hearing loss: a review of diagnosis, treatment, and prognosis. *Trends Amplif.* 2011 Sep;15(3):91-105. DOI: 10.1177/1084713811408349.

7 Plontke SK, Meisner C, Agrawal S, et al. Intratympanic corticosteroids for sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Jul 22;7(7):CD008080. DOI: 10.1002/14651858.CD008080.pub2.

8 Bennett MH, Kertesz T, Perleth M, et al. Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10(10):CD004739. DOI: 10.1002/14651858.CD004739.pub4.

9 *Zwergal A, Dieterich M. Vertigo and dizziness in the emergency room. *Curr Opin Neurol.* 2020 Feb;33(1):117-25. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000769.

10 von Brevem M, Bertholon P, Brandt T, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed).* 2017;68(6):349-60. DOI: 10.1016/j.otorri.2017.02.007.

11 **Society B. International Classification of Vestibular Disorders Consensus Documents [En ligne]. 2025. (Cité le 3 octobre 2025). Disponible sur: www.thebaranysociety.org/icvd-consensus-documents/.

12 **Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology.* 2020 Feb 20;58(Suppl. S29):1-464. DOI: 10.4193/Rhin20.600.

13 *Hofmann Y, Berger H, Wingeier B, et al. Traitement de l'angine à streptocoques. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum.* 2019. DOI: 10.4414/fms.2019.08092.

14 *Blanco NB, Albrich W. Pharyngite. 2024. (Cité le 3 octobre 2025). Disponible sur: <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2408/fr>.

15 Voruz F, Revol R, Combescuré C, et al. Diagnosis of Peritonsillar Abscess-A Prospective Study Comparing Clinical with CT Findings in 133 Consecutive Patients. *Diagnostics (Basel).* 2025 Jan 20;15(2):228. DOI: 10.3390/diagnostics15020228.

16 Voruz F, Revol R, Mermod M, et al. A randomized clinical trial of peritonsillar abscess treatment comparing drainage and tonsillectomy. *Am J Otolaryngol.* 2025 Nov-Dec;46(6):104745. DOI: 10.1016/j.amjoto.2025.104745.

17 Shephard RJ. Exercise and the Athlete With Infectious Mononucleosis. *Clin J Sport Med.* 2017 Mar;27(2):168-78. DOI: 10.1097/JSM.0000000000000330.

18 Moore J, Simpson MTW, Cohen N, et al. Approche de la sialadénite. *Can Fam Physician.* 2023;69(8):e159-64. DOI: 10.46747/cfp.6908e159.

19 Jent P, Berger C, Streit S, et al. Les oreillons: de l'histoire ancienne? *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum.* 2018. DOI: 10.4414/fms.2018.03391.

* à lire
** à lire absolutement