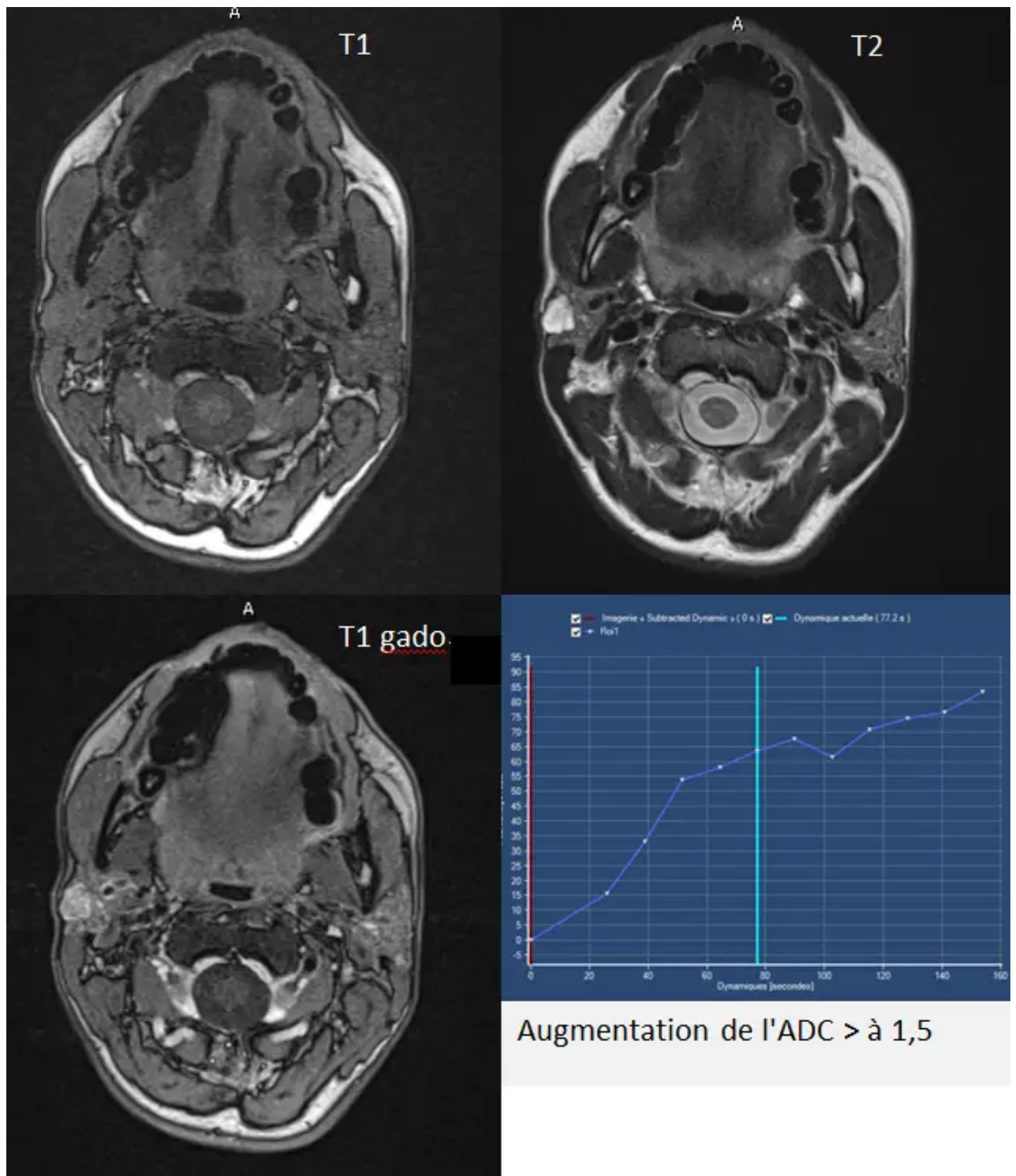


## Élément d'épreuve:73933c3a-24d0-44a5-9560-cb030a6664fc

### Question 1 : (Type: QRM)

Vous voyez en consultation une femme de 45 ans chez qui vous palpez une masse parotidienne droite, estimée à 1.5cm, ferme, située au niveau du pôle inférieur, sans anomalie cutanée en regard. Cette tuméfaction évolue depuis plusieurs années. L'examen des fosses nasales, de la cavité buccale, des autres glandes salivaires et la nasofibroscopie sont sans particularités. La patiente ne présente pas d'altération de l'état général par ailleurs. Vous lui prescrivez une IRM de la parotide pour avancer dans le diagnostic dont voici les résultats.



Choisissez la (les) bonne(s) réponse(s) ?

**Commentaire  
pédagogique  
de  
correction:**

Examens complémentaires d'imagerie dans le cadre d'une pathologie tumorale de la parotide :

- échographie :

o rechercher des signes en faveur de la malignité : hétérogénéité, nécrose, contours irréguliers, adénopathies, index de résistance intratumorale élevé, diagnostic des lésions controlatérales,

o guider une cytoponction.

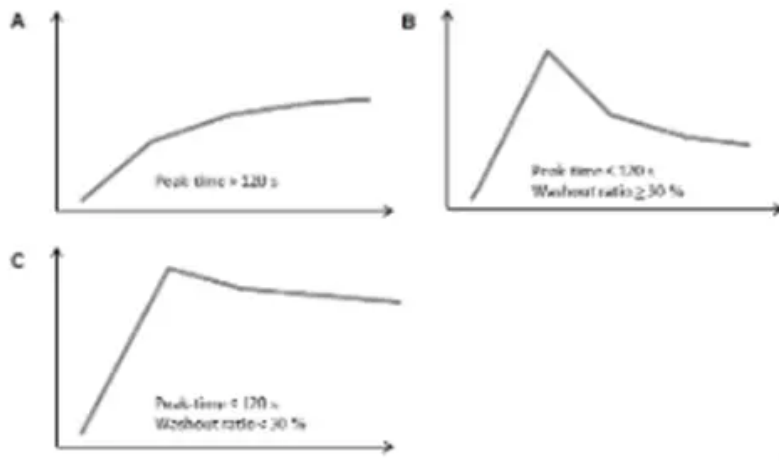
- IRM parotidienne : systématique, séquences T1, T2, avec et sans injection de Gadolinium, séquences FAT-SAT, diffusion et courbe de perfusion, L'association d'un coefficient ADC <1,2 et d'une courbe de perfusion de type C est très évocatrice de malignité.

- TDM cervico-thoracique injecté dans le cas où la malignité est très probable (adénopathies, envahissement cutané, atteinte du VII).

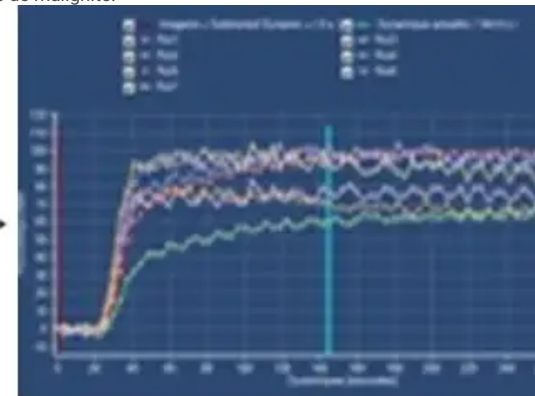
Signe de malignité :

- L'association d'une paralysie faciale périphérique

- L'IRM retrouve une diffusion élevée, une perfusion élevée et un wash out inférieur à 30%,  
L'association d'un coefficient ADC <1,2 et d'une courbe de perfusion de type C est très évocatrice de malignité.



**Fig 1 : courbe de perfusion à l'IRM**  
A. Adénome pléomorphe. B. Cystadénolymphome. C. Tumeur maligne  
*Collège français ORL et CCF item 88 – U4*



**Fig 2 : Courbe de perfusion type C**  
*Iconographie\_cancer\_parotide\_JUX.jpg*  
*Uness livret LiSA item 90 -Pathologie des glandes salivaires*

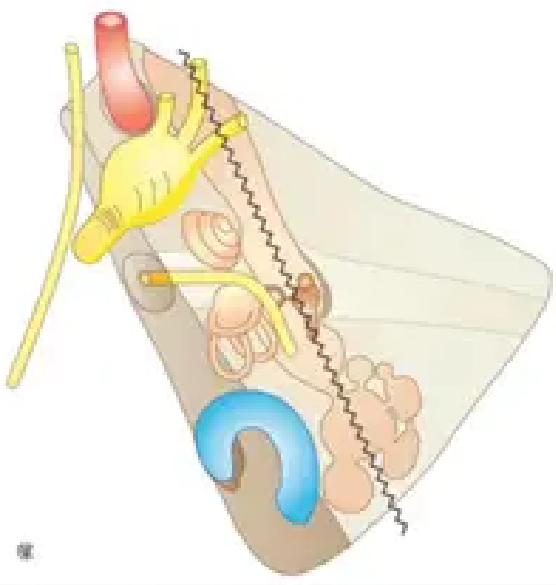
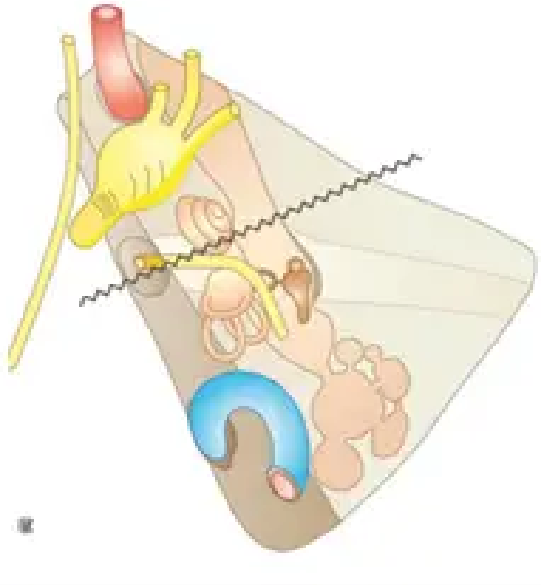
- ☐ Faux A. il s'agit d'une lésion nodulaire mal limitée à contour spiculé
- ☒ Valide B. il s'agit d'une lésion isointense en T1 avec rehaussement après injection de gadolinium
- ☐ Faux C. la courbe de perfusion est une courbe type C
- ☒ Valide D. sur les données cliniques et de l'imagerie, on suspecte une tumeur bénigne de la parotide
- ☒ Valide E. au vu des résultats de l'IRM, vous proposez une biopsie intraparotidienne

**Question 2 : (Type: QRM)**

Concernant les fractures du rocher, choisissez la (les) bonne(s) réponse(s).

Commentaire

pédagogique  
de  
correction:

Fracture longitudinale	Fracture transversale
	
Trait de fracture parallèle à l'axe du rocher Les plus fréquentes 70-90% Choc latéral	Trait de fracture perpendiculaire à l'axe du rocher Moins fréquente 10-30% Choc antéro-postérieur
Atteinte du VII au niveau du ganglion géniculé ou de la 3 <sup>ème</sup> portion	Atteinte du VII au niveau de la deuxième portion
Atteinte <u>extralabyrinthique</u> le plus souvent	Atteinte <u>intralabyrinthique</u> le plus souvent
Entraîne toujours en <u>hémotympan</u> (hémorragie de la caisse du tympan) Surdité de transmission +/- de perception si commotion labyrinthique	Surdité de perception voire <u>cophose</u> Vertige

Examen Clinique devant une fracture du rocher

Examen neurologique complet

Examen ORL

- Rechercher une PFP secondaire ou immédiate et coter la sévérité (grade de House Brackman)
- Rechercher un syndrome cochléovestibulaire homolatéral
- Otoscopie : hémotympan, perforation, otorragie
- Rechercher otoliquorrhée/rhinoliquorrhée

- ☒ Valide A. les fractures longitudinales du rocher sont parallèles à l'axe de la pyramide pétreuse et sont les plus fréquentes
- ☐ Faux B. Une paralysie faciale homolatérale à la fracture du rocher d'apparition secondaire doit faire suspecter une section/déchirure du nerf VII
- ☒ Valide C. les fractures longitudinales du rocher sont toujours associées à un hémotympan

- ☒ Valide D. la paralysie faciale périphérique doit toujours être recherchée même chez un patient comateux par la manœuvre de Pierre Marie et Foix
- ☐ Faux E. une otoliquorrhée doit faire suspecter une fistule labyrinthique

### Question 3 : (Type: QRM)

vous recevez en consultation Mr Heff, 37 ans, pour une hypoacousie droite évoluant depuis 5 ans, sans facteur déclenchant. Il est luthier. Il a comme antécédent une amygdalectomie avec pose d'aérateur trans-tympanique dans l'enfance pour des otites moyennes aiguës à répétition, sa mère a été appareillée à l'âge de 44 ans. Il n'a pas d'otalgie, pas d'otorrhée chronique. A l'examen clinique, les conduits auditifs externes sont normaux, les tympans sont également sains. Vous réalisez une audiométrie tonale qui retrouve une surdité de transmission droite modérée. Vous suspectez une otospongiose.

Choisissez la (les) bonne(s) réponse(s).

Commentaire pédagogique de correction:

Otospongiose : ostéodystrophie de la capsule labyrinthique

Épidémiologie :

- 8% des sujets de race blanches sont histologiquement atteints mais 1 pour 1000 sont cliniquement atteints
- Sujet jeune
- Sexe ratio : 2 femmes pour 1 homme
- Antécédent familiaux dans 50% des cas

Clinique :

- Surdité de transmission à tympan normal
- Majoration à la puberté, pendant la grossesse/allaitement ou à la ménopause
- Acoumétrie : Rinne négatif, weber latéralisé du côté homolatérale

Examen complémentaire :

- Audiométrie tonale : surdité de transmission
- Tympanogramme : courbe type A (normal)
- Reflexe stapédien : effet on-off ou aboli
- TDM des rochers en coupes fines : TDM nécessaire pour confirmer la présence du foyer otospongieux et éliminer un diagnostic différentiel

Traitement :

- Chirurgical : ablation de l'étrier et rétablissement de l'effet columellaire par prothèse ossiculaire
- Appareillage auditif par prothèse auditive

- ☐ Faux A. l'otospongiose est plus fréquemment retrouvée chez les hommes
- ☒ Valide B. le rinne acoumétrique sera négatif
- ☐ Faux C. le tympanogramme montrera une courbe aplatie
- ☒ Valide D. on aura un effet On-Off sur le reflexe stapédien
- ☐ Faux E. vous demandez une IRM des rochers pour rechercher un foyer otospongieux au niveau de la capsule otique et en bilan pré-opératoire

### Question 4 : (Type: QRM)

Concernant les dyspnées laryngées aiguës de l'enfant, choisissez la (les) bonne(s) réponse(s)

Commentaire pédagogique de correction:

o Inspiratoire = Stridor, cornage = obstacle glottique ou supra-glottique

o Aux 2 temps = obstacle trachéal

o Expiratoire = wheezing = obstacle sous-trachéal

Etiologies des dyspnées laryngées de l'enfant

- Chez le nouveau-né : laryngomalacie (75%), malformation laryngée congénitale (palmure, atrésie, diastème)
- Chez le nourrisson de moins de 6 mois : angiome sous glottique (apparition à quelques semaines de vie)
- Chez l'enfant de plus de 6 mois :
  - laryngite striduleuse : brutale la nuit, contexte de rhinopharyngite, cédant en quelques minutes
  - épiglottite (rare car à Haemophilus influenzae couvert par la vaccination)
  - laryngite sous glottique (la plus fréquente) : virale le plus souvent
  - spasme laryngé
- le corps étranger : 1<sup>er</sup> phase avec syndrome de pénétration (accès de suffocation +/- cyanose, suivi d'une toux et d'une dyspnée), puis deuxième phase dite phase muette et troisième phase à quelque jours avec complication infectieuse bronchopulmonaire.

- ☐ Faux A. un cornage traduit un obstacle sous glottique
- ☒ Valide B. la laryngomalacie est l'étiologie la plus fréquente chez les nouveau-nés
- ☐ Faux C. l'épiglottite est l'étiologie la plus fréquente chez les enfants de plus de 6 mois
- ☒ Valide D. la laryngite sous glottique est le plus souvent d'origine virale
- ☒ Valide E. le syndrome de pénétration traduit l'inhalation d'un corps étranger

### Question 5 : (Type: QRM)

Vous recevez aux urgences pédiatriques la jeune Inès 5 ans pour tuméfaction palpébrale supérieure dans un contexte de rhinosinusite depuis 5 jours. Elle a pris en automédication du paracétamol et des AINS (Advil) et a fait des lavages de nez. Depuis ce matin, elle mange moins bien et présente une fièvre à 38.9°C et se plaint de céphalée rétro-orbitaire. A l'examen, vous constatez un œdème inflammatoire du canthus interne droit, associé à un œdème palpébral homolatéral. Choisissez la (les) bonne(s) réponse(s).

Commentaire  
pédagogique de  
correction:

Sinusite ethmoïdale aiguë:

plus fréquente chez l'enfant que l'adulte et peut survenir dès l'âge de 6 mois.  
rare, mais à risque de complications graves.  
Survient généralement au décours d'une rhinopharyngite aiguë.

Clinique : A suspecter devant :

- Comblement de l'angle interne de l'œil
- Œdème palpébral
- Céphalées rétro-orbitaires
- Évolution des symptômes > 72 heures

On distingue 2 formes selon le stade d'évolution: le stade fluxionnaire (atteinte pré-septale) et le stade collecté (orbitaire)

- Stade fluxionnaire : Fièvre peu élevée, pas d'AEG, œdème palpébral douloureux unilatéral avec effacement du canthus interne, l'ouverture reste possible, l'œil est bien mobile, calme et la mobilisation non douloureuse

A ce stade, pas d'examen complémentaire

- Stade collecté ou suppuré = Fièvre élevée (39 à 40°C), Œdème palpébral douloureux, prédominant à l'angle interne de l'orbite et à la paupière supérieure, mobilisation douloureuse du globe oculaire, chemosis, exophtalmie, Céphalées, prostration, Possible suppuration nasale unilatérale (inconstant) ; A l'extrême : mydriase, immobilité du globe oculaire, abolition du réflexe cornéen = URGENCE ABSOLU (pronostic fonctionnel +++)

Les principales complications des sinusites sont :

- Orbitaires (ethmoïdite aiguë) : cellulite orbitaire ou périorbitaire, phlegmon, abcès sous-périosté, névrite optique.
- Neuroméningés (toute atteinte sinusienne) : méningite (pneumocoque), thrombophlébite du sinus caverneux ou longitudinal supérieur, abcès cérébral, empyème sous-dural

Réalisation d'un scanner injecté des sinus en urgence pour confirmation diagnostique et recherche de complications (collection périorbitaire), voire TDM cérébrale avec injection

Traitement :

L'ethmoïdite aiguë au stade fluxionnaire peut-être traitée en ambulatoire sans examen complémentaire sous réserve d'une bonne compréhension des consignes de surveillance et d'un suivi en consultation.

L'ethmoïdite aiguë au stade collecté chez l'enfant et le nourrisson est une urgence médicale, parfois chirurgicale. Elle nécessite une hospitalisation immédiate pour imagerie (scanner), introduction d'une antibiothérapie parentérale à large spectre (association amoxicilline/acide clavulanique avec des fortes doses d'amoxicilline ou C3G (si allergie pénicilline) + aminoside en cas de sepsis) et drainage

chirurgical en cas de forme compliquée (collection rétro septale ou intraorbitaire).

- ☒ *Valide* A. vous réalisez en urgence un scanner cérébral avec injection et du massif facial
- ☒ *Valide* B. vous recherchez une exophtalmie
- ☒ *Valide* C. vous recherchez une abolition du reflexe photomoteur
- ☒ *Valide* D. vous recherchez un syndrome méningé
- ☐ *Faux* E. vous devez rechercher une mastoidite