

GUÉRIR & BIEN VIEILLIR



LES DOSSIERS SPÉCIAUX

SYSTÈME ORL : STOP AUX ATTAQUES



DR ERIC MÉNAT

Nez, gorge, oreilles : comment ils interagissent



Dr Eric Ménat Médecin homéopathe, nutritionniste et phytothérapeute, spécialiste du cancer et des infections froides, Eric Ménat est aussi enseignant à la faculté de médecine de Paris XIII.

Les infections ORL sont les motifs principaux de consultations durant l'hiver. Et même si elles sont souvent « bénignes », ces petites maladies saisonnières peuvent vite gâcher notre quotidien.

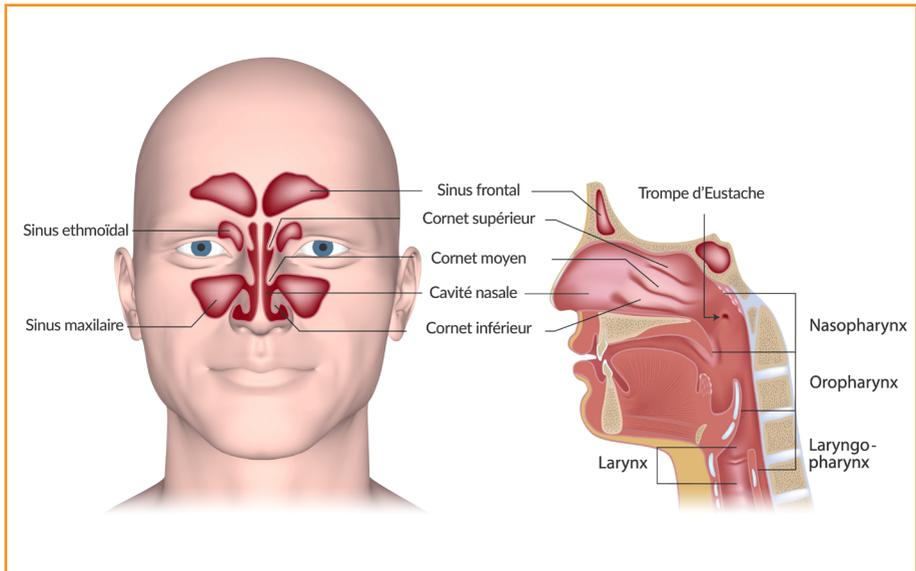
Dans votre revue Guérir & Bien vieillir, j'ai choisi de vous présenter les solutions préventives les plus efficaces contre ces infections virales ou bactériennes, en vous donnant les protocoles naturels les plus adaptés pour vous soigner rapidement si l'infection aiguë survenait.

Dans ce dossier spécial, il me semble important de revenir sur ce système ORL si sujet aux attaques. Je vous expliquerai son fonctionnement – et les raisons de son dysfonctionnement et m'attacherai à faire la distinction entre toutes ces infections qu'on a tendance à confondre quand il s'agit de mal de gorge - qu'il s'agisse d'une angine, d'une pharyngite, d'une rhinopharyngite, d'une sinusite et même d'une otite.

Partie 1. Un système complexe : anatomie du nez et des sinus

À quoi sert donc notre nez à part jouer un rôle important sur notre aspect physique et esthétique ? Évidemment, vous savez qu'on respire beaucoup par le nez (15 000 litres d'air traversent chaque jour le nez), mais pourquoi présente-t-il une anatomie interne si complexe ?

Le nez contient les fosses nasales nous permettant de respirer, mais aussi de « sentir ». Je ne m'attarderai pas sur l'aspect olfactif dans ce dossier bien que les infections ORL et l'obstruction nasale influencent notre odorat.



Le système complexe du nez

Les fosses nasales sont assez complexes pour un « simple » tuyau qui sert à respirer. Elles contiennent 3 « cornets » qui permettent à l'air d'être filtré et créent un « tourbillon » qui est important pour l'odorat.

Cet air va également passer par les sinus, qui sont au nombre 6 (2 paires de 3), classés ici par ordre de taille croissante :

- les sinus ethmoïdaux à la base du nez, proche de l'angle interne de l'orbite ;
- les sinus frontaux au-dessus des sourcils ;
- les sinus maxillaires de chaque côté du nez, au niveau des pommettes, mais aussi juste au-dessus des dents du maxillaire supérieur, notion très importante à connaître.

Toutes ces cavités ont un but essentiel : nous protéger des microbes et des diverses agressions (particules, polluants, pollens, corps étrangers...) qui pourraient pénétrer dans nos poumons et notre organisme. En effet, tout ce qui rentre dans l'organisme aura du mal à en ressortir.

Je ne parlerai pas des infections respiratoires (trachée, poumons) mais rappelez-vous que bien que les poumons soient des organes essentiels à la vie, puisque c'est là que se font les échanges gazeux (oxygène, gaz carbonique), ils sont pourtant très fragiles (vous avez peut-être déjà vu à quoi ressemble du « mou »). Par ailleurs, les poumons sont un cul-de-sac. Et comme les poumons sont un lieu d'échange avec le sang, ils sont assez poreux et des substances présentes dans les poumons peuvent pénétrer assez facilement dans le sang (la nicotine du tabac en est un exemple caricatural).

La nature a donc prévu beaucoup de moyens pour limiter ces risques et protéger les poumons. La physiologie assez complexe du système ORL et les pathologies qui le touchent en sont les conséquences.

Le nez et les sinus sont donc un filtre mécanique pour toutes les particules présentes dans l'air inspiré, mais c'est aussi un lieu où nos défenses immunitaires jouent un rôle très important (voir plus bas).

Les trompes d'Eustache

Une fois l'air filtré par le nez et les sinus, il va passer dans l'arrière-gorge par un orifice de sortie qu'on appelle les « choanes ».

Juste à cet endroit, on trouve un petit orifice : l'ouverture des trompes d'Eustache. Ce petit tuyau joue un rôle très important dans les infections ORL et surtout les otites. En effet, la trompe d'Eustache est un conduit qui relie la partie supérieure du pharynx (appelé rhinopharynx ou nasopharynx) à l'oreille moyenne.

Il sert à équilibrer la pression de l'air des 2 côtés du tympan, entre l'oreille externe (le conduit auditif externe) et l'oreille moyenne (voir ci-dessous l'anatomie de l'oreille). Pour bien entendre, il est essentiel que la pression des 2 côtés du tympan soit identique. Nous en avons tous fait l'expérience en avion ou en plongée. Si la pression augmente d'un seul côté, alors nous avons une sensation d'oreille bouchée qui peut même devenir douloureuse.

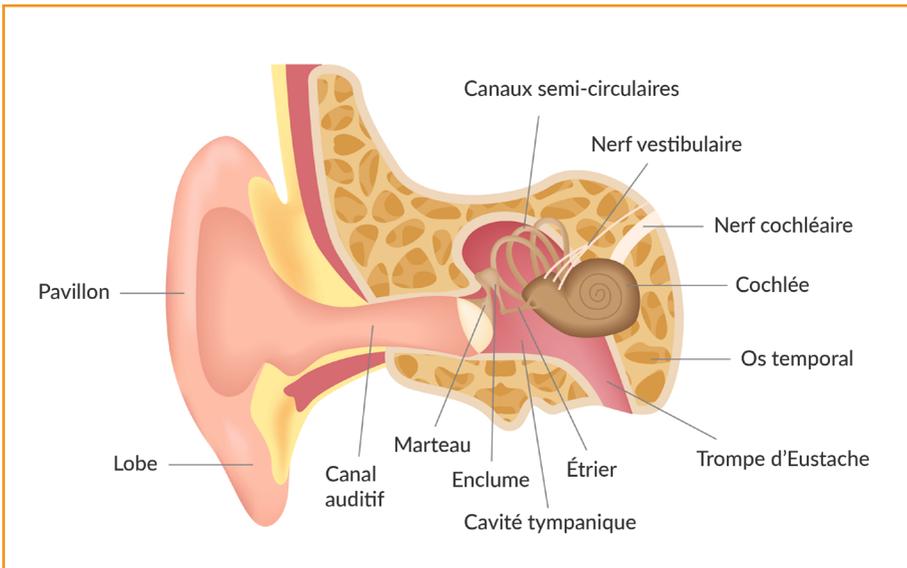
La trompe d'Eustache est donc ce conduit qui permet d'équilibrer les pressions. Mais il ne doit pas être ouvert en permanence, sinon les microbes de la gorge pourraient remonter par là jusqu'à l'oreille moyenne, qui doit être absolument préservée des microbes. C'est pourquoi ce conduit est « mou » et fermé en permanence (ses parois sont collées) et il ne s'ouvre qu'à la demande, quand on déglutit ou bien qu'on souffle par le nez en le bouchant (manœuvre de Valsalva qu'on utilise dans l'avion au décollage ou à l'atterrissage pour « déboucher les oreilles »).

Il arrive, pour différentes raisons, que cette trompe d'Eustache soit inflammatoire ou œdématiée et qu'elle n'arrive plus à s'ouvrir. Cela arrive dans certains rhumes, quand l'inflammation du nez vient toucher la trompe pour des raisons de proximité anatomique. Cela va favoriser une sensation d'oreille bouchée permanente puis de véritables otites.

Anatomie de l'oreille

L'oreille se divise en 3 parties :

- **L'oreille interne**, qui est une structure très complexe où naît le nerf auditif. L'oreille interne est donc le lieu du système nerveux de l'audition qui est relié au cerveau. Je ne rentrerai pas dans les détails, car l'oreille interne est peu impliquée par le sujet de ce dossier.
- **L'oreille externe** est représentée par le conduit auditif, celui auquel on a accès quand on regarde dans l'oreille, celui qu'on nettoie avec des cotons-tiges. C'est un simple tuyau qui mène au tympan et dont le rôle est de protéger celui-ci en l'éloignant de l'entrée de l'oreille et en filtrant un peu l'air grâce à des poils et à la sécrétion de cérumen. Cet éloignement permet aussi au tympan d'être moins agressé par des bruits violents.
- **L'oreille moyenne** est une partie essentielle. Elle contient les « osselets », ces 3 petits os qui montrent le génie de la nature. Ils permettent de transformer le son « mécanique », les ondes qui parviennent au tympan, en son « électrique » qui est ensuite transmis jusqu'au cerveau par le nerf auditif grâce à l'oreille interne.



Vue en coupe de l'oreille externe et interne



Une bonne hygiène buccale, c'est un meilleur hiver en prévision

La gorge et les amygdales

Il nous reste à parler de la gorge, qui est encore une zone assez complexe, avec de nombreux organes, muscles et muqueuses.

La gorge est un carrefour essentiel qui a plusieurs fonctions majeures :

- respirer ;
- parler ;
- goûter ;
- manger.

Elle doit faire tout cela en protégeant l'organisme des agressions extérieures du fait des nombreuses substances pouvant y pénétrer (air, boissons, aliments...).

Je ne détaillerai dans ce dossier qu'une seule structure impliquée dans les infections ORL, **les amygdales**. Je les évoquerai dans le chapitre suivant, car elles font partie de notre système immunitaire.

Partie 2. Comment notre corps se protège : les merveilles du système immunitaire

Si on parle d'infections, on devine que nos défenses immunitaires vont être en première ligne et l'objet de toutes nos préoccupations. On peut diviser ces défenses en 2 grandes parties :

- le système immunitaire général : la moelle et les globules blancs ;
- le système immunitaire « local » : les amygdales, les végétations, les ganglions et les anticorps.

Le système immunitaire général

Notre système immunitaire est fabriqué essentiellement dans la moelle osseuse et est directement lié à nos globules blancs, appelés aussi leucocytes.

Quand on fait une prise de sang, on dose souvent la « numération formule sanguine » (NFS) qui permet de connaître le nombre de globules rouges et de globules blancs et de différencier les 3 grandes familles de ces derniers :

Les polynucléaires neutrophiles (PNN), qui sont surtout des macrophages et représentent notre première ligne de défense. On parle d'« immunité innée ».

Les polynucléaires éosinophiles sont surtout impliqués dans les allergies et la défense contre les parasites.

Les lymphocytes représentent l'immunité acquise et, au final, la partie la plus importante de notre immunité, celle qui va « apprendre » au fur et à mesure des contacts avec les microbes afin que le système immunitaire devienne mature et rapidement efficace.

Nous avons une **immunité innée**, commune à beaucoup d'espèces, représentée par les **macrophages**. Ces grosses cellules vont « manger » toutes les particules, inertes ou vivantes, qu'elles vont rencontrer afin d'en débarrasser l'organisme. C'est une ligne de défense très importante, mais lente, non adaptative et trop grossière pour être suffisante. Elle reste un passage obligé pour que la suite des réactions immunitaires puisse se mettre en place. C'est pourquoi nous utilisons souvent des plantes stimulant les macrophages.

Mais le plus important, surtout en ORL, reste l'immunité acquise, qui dépend des lymphocytes. C'est le système le plus complexe (voir encadré page 8).





2 GRANDES FAMILLES DE LYMPHOCYTES

Il existe 2 grandes familles de lymphocytes :

- les lymphocytes B (LB), qui sécrètent les anticorps (ou gammaglobulines) et représentent *l'immunité humorale* ;
- les lymphocytes T (LT), qui représentent *l'immunité cellulaire* et se divisent en de nombreuses cellules différentes. Certaines permettent une régulation de la réaction immunitaire (LT helper ou LT surpresseur, par exemple) et d'autres sont directement actives pour tuer des cellules toxiques ou étrangères (LT cytotoxiques et LT « natural killer », par exemple). Ce système est important dans la lutte contre les cancers, mais aussi contre certains virus.

En pratique, voici comment se passe la réaction immunitaire :

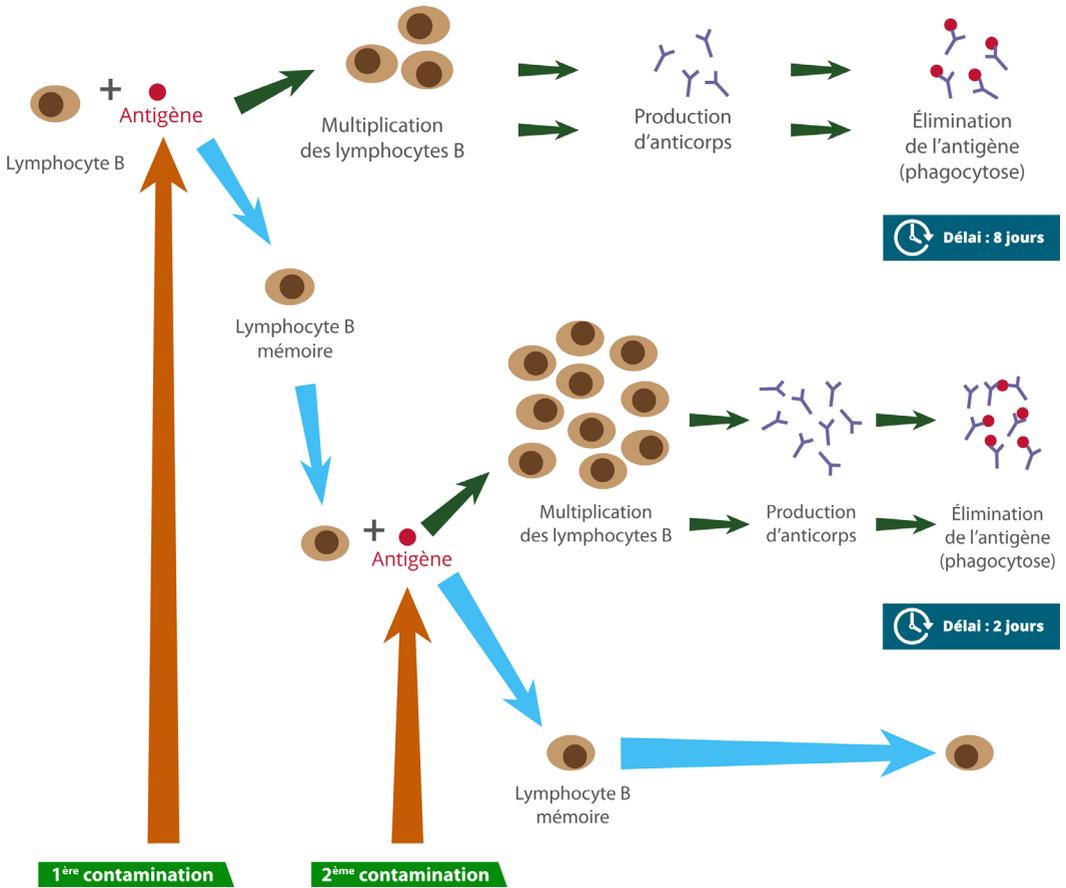
Lors d'un premier contact avec un microbe :

- Les macrophages vont le « manger » (on parle de « phagocytose ») afin de le digérer, de le couper en morceaux pour les présenter aux lymphocytes.
- Les lymphocytes B, aidés par certains lymphocytes T, vont fabriquer des anticorps spécifiques du microbe. Cela nécessite la fabrication d'un « moule », qui sera conservé en mémoire dans les lymphocytes B mémoires pendant des années (c'est aussi le principe théorique de la vaccination).
- Une fois ce « moule » réalisé, les lymphocytes B vont pouvoir fabriquer beaucoup d'anticorps. On parle d'« immunoglobulines » (Ig) ou de gammaglobulines, qui sont de plusieurs types : IgM, IgG surtout présents dans le sang et IgA surtout présents dans les muqueuses (donc dans le système ORL). Les IgA jouent ainsi un rôle primordial dans les infections ORL.
- Ces anticorps relargués en grand nombre dans l'organisme vont se fixer sur tous les microbes qu'ils rencontrent, et dont ils sont spécifiques, et ainsi les rendre inactifs et permettre leur destruction beaucoup plus rapidement que les macrophages seuls ne pourraient le faire.
- Cette première réaction va demander environ 1 semaine pour être efficace, car il faut du temps pour fabriquer le premier moule des anticorps contre un nouveau microbe.

Une petite chose à savoir : le pus est constitué de macrophages qui ont tenté de manger des microbes sur le site de l'infection. C'est presque toujours la preuve d'une infection bactérienne et non pas virale.

Lors d'un contact ultérieur avec un microbe déjà rencontré auparavant :

- Les macrophages font exactement la même chose et présentent les morceaux de microbes aux lymphocytes.
- Les lymphocytes B mémoire vont reconnaître le microbe déjà rencontré et vont immédiatement mettre en production les anticorps spécifiques.
- Les anticorps vont donc rapidement inhiber les microbes, qui seront éliminés beaucoup plus vite. Cette réaction peut prendre 2 à 3 jours, avant même que l'infection se soit vraiment installée. C'est ainsi que nous sommes protégés (ou immunisés) petit à petit contre de nombreuses maladies infectieuses une fois que nous les avons rencontrées une première fois.



La réaction immunitaire

Un bébé doit faire 50 infections avant d'avoir un système immunitaire efficace !

Un bébé naît avec un système immature sans aucun lymphocyte B mémoire. On considère qu'il lui faudra faire au moins 50 infections (essentiellement ORL et respiratoires, mais aussi intestinales) pour développer son système immunitaire et le rendre mature. C'est pourquoi les enfants font beaucoup d'infections ORL en comparaison des adolescents et des adultes, qui ont un système immunitaire plus vigilant et mieux adapté à leur environnement. Quand tout se passe bien...

Pour de multiples raisons que nous évoquerons plus loin, ce système immunitaire peut s'affaiblir, devenir moins réactif, moins performant. C'est une des causes des infections ORL à répétition des adultes.

Je vous ai dit que le système immunitaire général était surtout fabriqué dans la moelle. Ce n'est qu'en partie vrai. Les globules blancs sont tous fabriqués dans la moelle, c'est un fait, mais ensuite ils doivent mûrir, acquérir des caractéristiques spécifiques. C'est en particulier le cas des lymphocytes, qui doivent apprendre à fabriquer les anticorps chargés de nous défendre. Et cela se fait en dehors de la moelle, dans différents organes périphériques dont le principal est l'intestin !



On dit que 60 % des cellules immunitaires sont situées dans l'intestin. En partie pour défendre l'organisme, car beaucoup de microbes, mais aussi de particules agressives, passent dans l'intestin et pourraient envahir notre sang sans la présence de ce système immunitaire. Mais l'intestin est aussi un des principaux lieux de fabrication de certains anticorps. Ainsi, 80 % des IgA (immunoglobulines A ou anticorps des muqueuses) présents dans l'arbre respiratoire sont fabriqués dans l'intestin.

Cela explique pourquoi l'équilibre de notre système immunitaire passe avant tout par une bonne alimentation et une flore intestinale équilibrée, comme nous le verrons dans les traitements.

Nous avons aussi des défenses locales

Certains organes ont des systèmes de défense spécifiques. C'est en particulier le cas de tout le système respiratoire (ORL et pulmonaire).

Au niveau ORL, on trouve 2 grandes défenses locales :

- **Les muqueuses**, qui se défendent grâce à leurs sécrétions de mucus et la présence d'anticorps spécifiques, les IgA, dont je viens de parler ci-dessus.
- Des mini-centres immunitaires représentés par **les ganglions**, appelés aussi « structures lymphoïdes ». Ces dernières sont des réserves de globules blancs prêts à réagir à la moindre agression.

Le mucus est essentiel pour nous défendre contre les agressions extérieures. C'est pourquoi le nez se bouche ou coule dès qu'un « ennemi » (froid, microbe, poussière...) vient agresser ses muqueuses.

Ces sécrétions vont piéger toutes les particules étrangères, les empêcher d'aller plus loin et donner le temps au système immunitaire de se mettre en action. Les enfants qui ont un système immunitaire immature sont spécialement sujets à ces sécrétions, qui sont un moyen de défense inné et rapide. C'est pourquoi on appelle parfois les enfants des « morveux » !

C'est aussi le reflet d'une réalité importante : la plupart des infections ORL commencent par le nez !

Les structures lymphoïdes qui défendent les organes ORL sont nombreuses et essentielles :

- **Les végétations**, qui sont situées en arrière du nez, près des choanes, la région où l'air pénètre dans le pharynx avant d'aller vers les poumons. Elles sont également proches des trompes d'Eustache. C'est pourquoi, si les végétations sont hypertrophiées à cause de rhumes à répétition mal pris en charge, elles vont finir par boucher totalement l'orifice des trompes et favoriser une maladie particulière : les otites séreuses (voir plus loin).
- **Les amygdales** au fond de la gorge, qui sont les tours de défense de la bouche et de la gorge et la localisation des angines.
- **Les nombreux ganglions** situés tout autour du cou et sous le menton, qui pourront gonfler et être douloureux en cas d'infection ORL.

Car en cas d'infection, les macrophages vont stimuler et appeler à l'aide les lymphocytes situés dans les ganglions. Ces globules blancs vont se multiplier et entraîner une réaction inflammatoire. C'est pourquoi les ganglions vont gonfler et devenir douloureux, signant ainsi une réaction de défense contre un agresseur étranger.

La fièvre qui accompagne ces infections est également là pour aider et stimuler toutes ces défenses immunitaires. C'est pourquoi il n'est pas recommandé de vouloir faire tomber la fièvre trop vite en cas d'infection aiguë.



Partie 3. Les différentes infections ORL

Virus ou bactérie ? L'éternelle question

Avant de détailler les différentes infections ORL en fonction de leur localisation, il est important de parler des 2 causes principales : les bactéries et les virus.

Vous savez tous qu'il peut y avoir 2 origines aux angines et autres infections et la distinction entre virus et bactéries est essentielle, car :

- les infections bactériennes sont potentiellement plus graves et les seules qui soient sensibles aux antibiotiques ;
- les infections virales sont les plus fréquentes (80 % en moyenne) et les antibiotiques sont totalement sans effet sur les virus. Mais il peut arriver qu'une angine soit d'abord virale puis finisse par se surinfecter par une bactérie.

Il y a plusieurs façons de différencier ces 2 infections.

Sur le plan clinique, aucun signe n'est totalement spécifique ni absolu :



- Les virus donnent des infections souvent plus brutales avec une fièvre plutôt moins élevée et surtout un syndrome viral qui associe des courbatures et des frissons. Les ganglions seront surtout situés à la partie postérieure du cou. La très grande majorité des rhumes sont d'origine virale.
- Les bactéries donnent des infections souvent plus marquées, avec un signe quasi pathognomonique (spécifique) : la présence de pus. Elles entraînent souvent des infections plus douloureuses avec plus de fièvre, mais sans que cela soit spécifique. Les ganglions seront surtout cervicaux antérieurs, sous la mandibule. Les otites et sinusites sont surtout d'origine bactérienne.



Mais, au final, seuls les examens biologiques peuvent différencier avec certitude les virus des bactéries :

- une prise de sang orientera le diagnostic en montrant une augmentation importante des polynucléaires neutrophiles en cas d'infection bactérienne alors que, en cas de virus, on observera plutôt une élévation des lymphocytes ;
- et surtout un prélèvement des sécrétions afin de rechercher une bactérie (méthode plus facile que la recherche de virus). Il existe aujourd'hui un test de diagnostic rapide (TDR) qui peut être réalisé au cabinet du médecin et qui permet de dire en 1 minute s'il y a la présence de streptocoques dans la gorge, une des bactéries qui peut justifier une antibiothérapie. Pour plus de détails et de précision, le prélèvement pourra être fait au laboratoire et mis en culture. Cela demande 2 à 3 jours minimum pour identifier la bactérie en cause.



LE NEZ QUI COULE : **BLANC, JAUNE, VERT, FLUIDE OU VISQUEUX ?**

Ici, je voudrais juste vous apprendre à différencier les écoulements du nez.

Un simple rhume viral donne un écoulement liquide et parfois irritant. Il n'y a pas de pus avec les virus.

Si l'écoulement devient épais, jaune ou vert, c'est du pus et cela veut dire qu'il y a des bactéries en jeu (souvent une surinfection bactérienne secondaire).

Mais si l'écoulement est jaune et épais uniquement au réveil et redevient clair dans la journée, on est bien face à un rhume d'origine virale. En fait, cet écoulement qui s'accumule dans les cavités ORL pendant la nuit va s'oxyder et même légèrement se surinfecter puisque nous hébergeons tous des bactéries dans notre nez et notre gorge. La présence d'un mouchage jaune le matin au réveil ne doit donc pas obligatoirement orienter vers une infection bactérienne.

Si l'écoulement est blanc et collant, cela évoque plutôt un phénomène allergique.

Si le rhume est installé depuis quelques jours, l'écoulement pourra comporter des traces de sang à cause de l'inflammation des muqueuses. C'est le plus souvent sans gravité, mais cela montre l'agressivité du virus.

Les rhumes et rhinites

Avoir le « nez qui coule » est un symptôme bien commun que nous avons tous ressenti puisque c'est un moyen de défense normal de notre organisme. À partir de quel moment cela devient-il pathologique ? Et faut-il le soigner ?

Le terme « rhinite » est surtout utilisé pour des symptômes chroniques, souvent d'origine allergique, dont il ne sera pas question ici.

En réalité, « rhinite » veut dire « inflammation des fosses nasales » sans préjuger de la cause.

Le mot « rhume » devrait être réservé aux rhinites aiguës d'origine infectieuse. Mais dans les 2 cas, les symptômes sont assez proches : le nez coule, gratte et l'écoulement nasal peut être plus ou moins épais, accompagné d'éternuements (dont le but est de tenter de se débarrasser des particules étrangères agressives). Dans un second temps, le nez va se boucher, gênant la respiration, surtout la nuit.

Le rhume infectieux qui nous intéresse dans ce dossier est toujours d'origine virale. Il est toujours banal et bénin et pourrait ne bénéficier d'aucun traitement, car nous avons normalement des défenses prévues pour lutter contre ce type d'agression.

Le problème est que certaines personnes ont des défenses immunitaires déficientes et que le rhume peut être le premier symptôme de pathologies infectieuses plus complexes, de la sinusite à la trachéite en passant par la pharyngite.

C'est pourquoi, comme je vous l'ai détaillé dans votre revue, je suis partisan de le soigner.

Angine, pharyngite et rhinopharyngite

Ces maladies vont donner comme principal symptôme un mal de gorge parfois très violent et handicapant, surtout à la déglutition.

On distingue l'angine de la pharyngite ainsi :

- On utilise le mot « angine » pour les infections des amygdales. Le mot vient du latin *angere* qui veut dire « serré », car le symptôme principal est la sensation de resserrement au niveau de la gorge avec une difficulté à déglutir.
- La pharyngite évoque une inflammation du pharynx, c'est-à-dire la partie postérieure de la gorge.



Une pharyngite peut provoquer une douleur intense du pharynx

- On parle de rhinopharyngite quand il existe un rhume et une pharyngite, la 2e étant souvent la complication du 1er. Le nez coule vers l'arrière et va inflammer et infecter le rhinopharynx puis l'oropharynx, cette partie du pharynx visible quand on ouvre la bouche.

L'angine est la maladie la plus connue, car c'est une des rares infections ORL à pouvoir entraîner des complications graves.

On dit que 80 % des angines sont virales, mais ce n'est pas totalement vrai. En fait, 80 % des inflammations de la gorge (angines et pharyngites) sont d'origine virale. Il est fréquent qu'on mélange les 2 termes, angine et pharyngite.

Mais la « véritable » angine, celle qui donne des amygdales grosses, douloureuses et inflammatoires doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme une infection bactérienne. D'où l'intérêt du TDR (test de diagnostic rapide) qui permet de diagnostiquer la présence d'un streptocoque.

Car les angines à streptocoques peuvent être graves, évoluer en phlegmon (abcès) de l'amygdale et surtout entraîner une maladie particulière qu'on appelle « rhumatisme articulaire aigu » (RAA), qui donne des douleurs rhumatismales, mais aussi et surtout des lésions cardiaques irréversibles.

Il existe une autre angine violente avec parfois des dépôts blancs et pourtant d'origine virale :

la mononucléose aiguë.

Ce virus peut donner un simple petit mal de gorge durant quelques jours (c'est pourquoi beaucoup de personnes ont fait une mononucléose sans le savoir), mais peut aussi donner une angine hyperalgique accompagnée d'une fatigue pouvant durer plusieurs mois.

Le diagnostic se fait par un prélèvement de gorge qui ne retrouve pas de streptocoque et surtout par une prise de sang qui met en évidence l'infection par le virus Epstein - Barr (EBV), responsable de cette mononucléose.

Il existe bien d'autres causes aux angines, à commencer par **la diphtérie** due à *Corynebacterium diphtheriae*, maladie devenue exceptionnelle en France. Certains diront que c'est grâce au vaccin qu'elle a disparu, mais d'autres pensent que c'est surtout lié à l'amélioration des conditions d'hygiène. On observe toujours des épidémies de diphtérie dans des populations défavorisées, en particulier en Europe de l'Est et en Asie.

Je citerai pour finir **la scarlatine**, une angine liée à un streptocoque particulier donnant aussi des signes cutanés. Elle a la réputation d'une maladie grave (« ça vaut mieux que d'attraper la scarlatine »), mais, aujourd'hui, c'est une maladie aussi banale qu'une autre angine à streptocoque.

Il est donc important de différencier les angines « blanches », qui sont la plupart du temps d'origine bactérienne et peuvent justifier un antibiotique, des angines « rouges » en lien avec de nombreux virus (rhinovirus, coronavirus, adénovirus, myxovirus influenzae...) pour lesquels les antibiotiques sont sans intérêt.

En pratique, on rencontre beaucoup plus de rhinopharyngites que d'angines. Les rhinopharyngites, toujours virales, ne donnent aucune complication directe et peuvent ne pas être soignées. Mais chez un patient fragile, elles peuvent se compliquer d'une angine bactérienne ou d'une infection respiratoire qui sont susceptibles, elles, d'entraîner beaucoup de fatigues et parfois des complications bien plus graves. C'est pourquoi les médecines naturelles seront d'une grande aide en cas de rhinopharyngite.

LA TERRIBLE ANGINE DE JACQUELINE

Avant l'invention des antibiotiques, on pouvait mourir d'une angine, et cette maladie a été pourvoyeuse de nombreuses complications potentiellement graves.

Je me souviens avec tristesse de Jacqueline, une patiente que j'avais suivie au début de mon installation. Enfant, elle avait eu une angine mal soignée ayant entraîné un RAA et, pour finir, des lésions de ses valves cardiaques (insuffisance mitrale en particulier). Quand je la reçois, elle a 55 ans et souffre d'une forte insuffisance cardiaque à cause de ces valves définitivement abîmées. Il avait été décidé de l'opérer de la valve mitrale, car elle était vraiment handicapée par son cœur défaillant. Malheureusement, les connaissances et les techniques chirurgicales de l'époque n'étaient pas celles d'aujourd'hui et pendant l'opération elle a fait un infarctus à cause des caillots présents dans son cœur hypertrophié. Elle est décédée sur la table d'opération.

Heureusement, ces complications ne se voient pratiquement plus aujourd'hui, mais il ne faut pas négliger la gravité d'une angine « blanche », cette couleur étant liée à la présence de pus sur les amygdales et donc la preuve de la présence d'une bactérie, le plus souvent un streptocoque, pouvant donc donner ces complications graves. C'est pourquoi les médecins ont eu tendance, pendant des années, à donner des antibiotiques devant le moindre mal de gorge. Par sécurité !

Pourtant, l'examen clinique permet de différencier les causes et, dans le doute, le TDR est là maintenant pour nous aider. Il faut savoir que devant une angine débutante, on dispose de plusieurs jours avant de donner éventuellement des antibiotiques, car les complications du streptocoque sont tardives (plus d'une semaine). On peut donc prendre le temps de traiter par d'autres moyens (voir plus bas).

Les sinusites, souvent d'origine bactérienne

Si les rhumes sont surtout d'origine virale, les sinusites sont plus souvent d'origine bactérienne.

Les sinus sont des cavités en cul-de-sac et n'ont qu'un orifice un peu étroit qui les relie aux fosses nasales. Si cet orifice se bouche à cause d'un rhume, les sécrétions restent coincées dans les sinus.

Et dans la nature, toute sécrétion, tout liquide ne pouvant pas circuler et stagnant finit par s'infecter, car nous sommes constamment entourés de bactéries.

Il arrive qu'un gros rhume se complique de douleurs au niveau des sinus sans qu'il y ait de pus et donc de bactéries, mais la vraie sinusite est souvent purulente et donc essentiellement bactérienne.

On observe alors :

- Un mouchage purulent qu'on ressent bien comme provenant des sinus, c'est-à-dire de plus loin que les fosses nasales. Il est épais, jaune ou vert et parfois un peu nauséabond.
- Des douleurs parfois violentes, soit au-dessus des sourcils (sinusite frontale) soit au niveau des pommettes (sinusite maxillaire). Un des signes évocateurs de sinusite : les douleurs, qui peuvent ressembler à des céphalées, sont aggravées quand on se penche en avant (à cause de la pression) ou quand on se mouche (cela augmente aussi la pression dans les sinus déjà en hyperpression à cause du pus qui y est enfermé).

Rappelez-vous que les sinus maxillaires sont situés juste au-dessus de l'arc dentaire supérieur. Entre les sinus et les racines des dents, il n'y a qu'une fine lame osseuse. Certaines sinusites peuvent ainsi être liées à un foyer infectieux dentaire.

Par ailleurs, quand on a régulièrement des sinusites, la muqueuse des sinus finit par s'épaissir et par boucher l'orifice qui draine les sinus dans les fosses nasales. Dans ce cas, les sinusites deviennent chroniques et peuvent nécessiter une opération pour vider les sinus.

Le diagnostic des sinusites est assez simple sur le plan clinique. Les symptômes sont très évocateurs et le patient présente une exacerbation des douleurs quand on appuie sur les sinus.

En cas de doute ou pour mieux explorer la situation, on pourra faire une radio des sinus de la face et parfois un scanner afin d'analyser la muqueuse et de rechercher des polypes (complication des sinusites chroniques, surtout quand elles surviennent sur un terrain allergique).

Les polypes des sinus ne donnent jamais de cancer, mais peuvent être très invalidants, gênant la respiration et l'odorat, parfois de façon très importante.

C'est pourquoi les sinusites aiguës doivent être soignées énergiquement pour éviter d'en arriver à des sinusites chroniques avec épaississement muqueux qui sont alors très difficiles à faire disparaître.



Otites : intervenez avant de devenir sourd !

Les otites sont des infections des oreilles. Du fait de son anatomie particulière (voir plus haut), il faut distinguer :

- les otites externes, les plus banales ;
- les otites moyennes, les plus à risque de complications.

Les otites externes sont donc des infections du conduit auditif externe pouvant aller jusqu'à inflammer le tympan. Elles donnent des douleurs dans l'oreille, mais restent souvent assez superficielles et banales. Elles peuvent passer en quelques jours sans traitement.

Il existe des pathologies particulières touchant le conduit auditif et c'est pour cela que je conseille de consulter un médecin quand on a mal à l'oreille :

- eczéma du conduit, assez fréquent, pouvant s'infecter ;
- corps étranger. Tous les médecins ont eu l'occasion de retirer des choses incroyables d'un conduit auditif. Pour ma part, j'y ai trouvé mouche, pointe de crayon, coton, petit jouet ou bille, et quelques autres curiosités ;
- tumeur bénigne qu'on appelle cholestéatome ;
- excès de cérumen qui peut finir par donner des douleurs en s'accumulant (et qui gêne fortement l'audition).

Les otites moyennes sont les « véritables » otites purulentes de l'oreille, celles qui donnent de fortes douleurs et nécessitent souvent un traitement énergique. Comme pour les sinus, l'oreille moyenne est une cavité avec une seule issue : la trompe d'Eustache. Si cette dernière est bouchée, des sécrétions stagnent dans l'oreille moyenne et finissent par s'infecter. D'autant que la trompe se bouche surtout pour des raisons infectieuses.

On se retrouve donc avec du liquide derrière le tympan dans une cavité fermée. La douleur vient d'abord de l'augmentation de pression puis de l'inflammation et de l'infection.

Quand l'abcès (une collection de pus) est trop important derrière le tympan, on peut être amené à percer ce dernier pour permettre au pus de s'écouler. C'est la *paracentèse*, qui est un geste parfois indispensable.

Chez les enfants, à cause de végétations hypertrophiées, on observe souvent des otites séreuses, c'est-à-dire la présence chronique de sérosités dans l'oreille



Allez faire un contrôle de vos oreilles en cas de doute

moyenne. Cela peut donner des douleurs, mais aussi des troubles de l'audition. Et, bien entendu, ces sérosités s'infectent régulièrement et l'enfant peut faire une otite par mois, ce qui peut abîmer définitivement son tympan et ses osselets, compromettant son audition future. C'est pourquoi on peut être amené à opérer les végétations et à poser un « yo-yo », appelé aussi « aérateur transtympanique », afin que ces sérosités puissent s'écouler par le conduit auditif externe et ainsi bloquer le cercle vicieux des otites.

Par expérience, les otites séreuses arrivent souvent sur un terrain allergique.

La présence de pus implique que l'otite moyenne aiguë est essentiellement d'origine bactérienne. Mal soignée, elle peut abîmer définitivement l'oreille moyenne et même interne ou se compliquer d'une mastoïdite (infection de la mastoïde), très grave, car pouvant ensuite se propager vers les méninges et le cerveau.

Conclusion

Vous aurez compris dans ce dossier que le système ORL est un système complexe soumis à des attaques fréquentes. Pour bien y répondre, il est indispensable de comprendre son fonctionnement et surtout de savoir identifier les maladies qui l'affectent.

Encore une fois j'insiste sur l'importance de la prévention car toutes ces infections peuvent être évitées, ou au moins limitées, chaque hiver si on suit les protocoles adaptés.

Dr Éric MÉNAT

GUÉRIR & BIEN VIEILLIR



LES DOSSIERS SPÉCIAUX