

CONSEILS DE BONNE PRATIQUE

CORTICOTHERAPIE EN ORL DANS LE CONTEXTE DE LA PANDEMIE COVID 19

27 MARS 2020

Association Française d'Otologie et Neuro-Otologie

Ces conseils de bonne pratique sont à pondérer par des situations locales qui peuvent engendrer des retards de prise en charge

La pandémie COVID 19 est responsable d'une importante mortalité pour laquelle les facteurs de risque identifiés sont l'obésité, l'âge élevé (>65 ans), le sexe masculin, l'hypertension artérielle, les antécédents d'AVC ou l'insuffisance coronarienne, l'insuffisance cardiaque, le diabète non contrôlé, les pathologies chroniques respiratoires, l'insuffisance rénale dialysée, voire un cancer évolutif. Sans que ce soit formellement établi il faut sans doute y associer les différentes formes d'immunodépression, la cirrhose, les antécédents de splénectomie (ou drépanocytose homozygote).

*Avis relatif aux recommandations thérapeutiques de la prise en charge du COVID-19.
23 Mars 2020. Haut Conseil de la Santé Publique.*

Dans ce contexte, il convient d'adapter nos habitudes de prescription pour d'une part, soigner au mieux la cible ORL, mais également ne pas exposer le patient à une perte

de chance face au COVID 19. Il n'existe pas de données précises sur l'impact de la corticothérapie en cure courte chez un patient COVID+ : est-elle néfaste car limitant les défenses du patient, ou à l'inverse le protège-t-elle de la phase inflammatoire qui au septième jour déclenche une aggravation des lésions pulmonaires ? Des études prospectives en cours permettront d'apporter une réponse à cette question.

Pour autant face à l'incertitude il convient de peser plus encore que d'habitude le rapport risques-bénéfices pour le patient, en particulier compte tenu de ses facteurs de risque éventuels voire de la qualité de son confinement.

Avis de la SPILF

Il n'y a pas lieu de réaliser un test Covid avant corticothérapie (ou chimiothérapie, ou biothérapie, ou immunosuppresseurs) chez quelqu'un qui n'aurait pas de signes évocateurs.

Lorsque l'indication thérapeutique est validée, la corticothérapie orale ne pose pas problème.

PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE

Privilégier la téléconsultation avec si possible analyse vidéo de la mobilité faciale du patient, son état oculaire, la conque, la région parotidienne et cervicale (auto palpation) à la recherche d'une lésion maligne.

- Dans les formes incomplètes, il vaut mieux s'abstenir de mettre en place un traitement médicamenteux. Seuls les soins oculaires seront prescrits.
- Dans les formes complètes (grade VI de House et Brackmann), avec signes cliniques évocateurs de COVID, il convient d'apprécier le risque infectieux. Il

serait théoriquement possible de faire une PCR avant d'instaurer le traitement, mais sa réalisation pratique serait aléatoire avec refus probable des centres préleveurs. De plus dans ce contexte, le taux de test négatif est de 30 à 40% (avis de plusieurs immunohématologistes).

- Une corticothérapie per os en cure courte, en association avec 3 gr de valaciclovir par jour en cas d'origine zostérienne, pourra être prescrite en recommandant au patient un confinement strict et la nécessité d'arrêter le traitement au moindre symptôme infectieux. En cas de diabète associé, la corticothérapie ne sera pas prescrite.

Madhok VB, Gagyor I, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 18;7:CD001942. doi: 10.1002/14651858.CD001942.pub5. Review.

Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 5;9:CD001869. doi: 10.1002/14651858.CD001869.pub9.

SYNTHESE PFP

Il n'y a pas lieu de réaliser un test Covid avant corticothérapie (ou chimiothérapie, ou biothérapie, ou immunosuppresseurs) chez quelqu'un qui n'aurait pas de signes évocateurs.

- En cas de paralysie faciale périphérique modérée grade 2 à 4 de House et Brackmann :

repos et soins oculaires,

pas de corticoïdes

- En cas de paralysie faciale sévère grade 5 et 6 de House-Brackmann inclus:

repos et soins oculaires,

corticothérapie orale cure courte : à domicile en l'absence d'HTA et de diabète, sous contrôle du MG ; discuter domicile ou hospitalisation si diabète insulino-dépendant déséquilibré ou HTA instable sous TRT, âge, comorbidités et état oculaire.

Surveillance ophtalmologique et ORL à 1 mois (téléconsultation)

SURDITE BRUSQUE

Le problème est de déterminer le seul auditif et le type de courbe (A-E) :

Téléconsultation initiale avec réalisation de test auditif en ligne ou par téléphone (nombreuses possibilités gratuites et offre vaste), oreille controlatérale bouchée.

Dans les formes modérées le pronostic est bon et le traitement corticoïde ne semble pas indispensable. Dans les formes sévères, un traitement devra être instauré, en particulier en cas d'oreille unique. Il est logique de proposer des injections trans-tympaniques de corticoïdes plutôt qu'un traitement systémique dans la mesure du possible en milieu non hospitalier (cabinet libéral).

En l'absence de signes cliniques évocateurs de COVID-19, une corticothérapie per os est également possible.

Qiang Q, Wu X, Yang T, Yang C, Sun H. A comparison between systemic and intratympanic steroid therapies as initial therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a meta-analysis. Acta Otolaryngol. 2017 Jun;137(6):598-605. doi: 10.1080/00016489.2016.1260157. Epub 2016 Dec 6.

SYNTHESE surdité brusque

- Surdité unilatérale, isolée « modérée » : repos domicile et suivi toutes les 48h à distance
- Surdité unilatérale, « importante » : indication de consultation ORL de ville avec audiométrie (avec précautions en usage envers le Covid-19). A l'issue de l'audiogramme :
 - * seuil > 60 dB : repos domicile, équilibration facteurs de risque.
 - * seuil < 60 dB : discuter corticothérapie : IT d'emblée préférable en cabinet de ville ou corticothérapie orale en cure courte

OTITES AIGUES

Les corticoïdes ne sont pas recommandés.

POUSSEES DE MALADIE DE MENIERE

Le traitement symptomatique ou étiopathogénique est délivré en téléconsultation (Betahistine, Acetazolamide, teganil).

La corticothérapie topique IT ne semble pas souhaitable dans le contexte actuel afin d'éviter les déplacements en milieu hospitalier à risque ni même en cabinet ORL libéral de ville.

Light JP, Silverstein H. Transtympanic perfusion: indications and limitations. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Oct;12(5):378-83.

Patel M. Intratympanic corticosteroids in Ménière's disease: A mini-review. J Otol. 2017 Sep;12(3):117-124. doi: 10.1016/j.joto.2017.06.002. Epub 2017 Jun 26.

AEROSOLTHÉRAPIE

Dans la mesure où la contamination virale est favorisée par l'aérosolisation, il faut déconseiller ce mode d'administration jusqu'à la fin de la crise sanitaire actuelle, tant qu'il existe des traitements alternatifs.

ANOSMIE EN RAPPORT AVEC LE COVID 19

Il n'existe aujourd'hui aucun consensus sur le traitement spécifique. Dans le cadre des précautions sus-citées, il paraît dangereux de recommander une corticothérapie locale et par voie générale ou les lavages des fosses nasales, ainsi que les irrigations nasales au budésonide, d'autant plus que ces anosmies ne sont pas associées à une rhinite ou à une obstruction nasale. Les indications de la corticothérapie et des lavages des fosses nasales en rhinologie sont précisées dans le document intitulé « [Consultations et traitements médicamenteux en rhinologie en contexte d'épidémie COVID-19](#) ».

Nguyen TP, Patel ZM. Budesonide irrigation with olfactory training improves outcomes compared with olfactory training alone in patients with olfactory loss. Int Forum Allergy Rhinol. 2018 Sep;8(9):977-981. doi: 10.1002/alr.22140. Epub 2018 Jun 14.

Le bon sens est primordial dans la décision. Chaque sous-section de la société fait paraître au besoin quelques recommandations ciblées mais ces informations ne sont que des supports de décision pour chaque équipe en fonction des situations du moment et des directives des tutelles.

Nous ne pouvons pas nous prononcer plus avant sur des protocoles spécifiques liés aux patients COVID+, qui relèvent de recommandations gouvernementales et éventuellement de la SFAR et de la Société de Pathologies Infectieuses de langue Française.

Conseils : tracer le plus possible les informations données aux patients et/ou à leur famille, les discussions avec les Médecins Traitants, ainsi que les discussions collégiales au sein de vos établissements ou en inter-établissements (avec les urgentistes, anesthésistes, réanimateurs...) qui seront certainement nécessaires dans la majorité des cas.

Vous pouvez également solliciter les comités d'éthique locaux mis en place dans vos établissements.

Pr Philippe Herman, Paris

Pr Sébastien Schmerber, Grenoble, Président de l'AFON

Christophe Vincent, Lille

Cecile Parietti Winkler, Nancy

Anne Charpiot, Strasbourg

Jean-Pierre Lavieille, Marseille

Frédéric Tankere, Paris

Jean-François Papon, Paris

Stéphane Tringali, Lyon

Patrice Gallet, Nancy