

Les IRA hautes chez l'enfant

1. Otites Moyennes Aiguës
2. Sinusites Aiguës :
3. Rhinopharyngites Aiguës :
4. Angines Aiguës :
5. Laryngites Aiguës

Otites Moyennes Aiguës

1. Définition :

L'OMA est une inflammation aiguë d'origine infectieuse des cavités de l'oreille moyenne s'accompagnant ou non d'un épanchement rétro tympanique. L'OMA est une affection fréquente surtout chez le nourrisson et le jeune enfant .pic de fréquence 6 à 24 mois. Les germes responsables sont Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae et Branhamella catarrhalis.

2. clinique :

SF : ✓ Fièvre ✓ Pleurs, otalgies ✓ Otorrhée : écoulement de pus ✓ Agitation, insomnie,
✓ Troubles digestifs : diarrhée, vomissements ✓ Symptômes témoin de la précession par une infection virale déclenchante : toux, rhinorrhée

Les signes cliniques souvent trompeurs chez le nourrisson et la difficulté à réaliser un examen otoscopique rendent le diagnostic d'OMA difficile.

➤ Examen local : L'otoscopie à l'aide d'un otoscope avec une bonne source lumineuse, après avoir nettoyé le conduit auditif. Elle permet de montrer l'un des 3 stades successifs de l'OMA :

- ✓ OMA congestive : le tympan est rouge vif ou rosé avec disparition du triangle lumineux mais les reliefs ossiculaires sont respectés
- ✓ OMA suppurée ou collectée : le tympan est bombant avec disparition des reliefs ossiculaires
- ✓ OMA perforé : le tympan est rouge et perforé avec une otorrhée purulente

➤ Examen général : Il doit comporter : ✓ La prise de la température ✓ Un examen somatique complet ✓ L'appréciation de l'état d'hydratation ✓ La recherche d'éventuelles complications :

- Antro-mastoïdite : disparition du sillon rétroauriculaire, douleur à la palpation derrière ou au-dessus de l'oreille
- Méningite
- Abscess du cerveau et du cervelet
- Labyrinthite (surdité, vertige)
- Paralysie faciale
- Thrombo-phlébite cérébrale

3. Classer :

1. Otite moyenne aigue non compliquée
2. Otite moyenne aigue compliquée :
3. **Otites récidivantes** : plus de 3 épisodes documentés dans les 6 derniers mois ou plus de 4 épisodes par an dont le dernier épisode date de moins de 6 mois. On distingue :
 - Otites moyennes aiguës purulentes : qui se répètent (avec normalisation du tympan entre 2 épisodes)
 - **Otites séro-muqueuses** : otite chronique à tympan fermé avec accumulation dans l'oreille moyenne d'un liquide aseptique et plus ou moins visqueux parfois perforation du tympan avec écoulement séreux fièvre modérée ou absente, on doit y penser devant une hypoacousie ou des otites à répétition.
En cas d'otites récidivantes il faut demander un avis spécialisé en ORL.

4. Traitement :

4.1-Antibiothérapie : Il est nécessaire de prescrire une antibiothérapie d'emblée dans les situations suivantes quel que soit l'âge :

- Symptômes sévères (otalgie modérée à grave de plus de 48 heures ou fièvre ≥ 39 °C ou présence d'une perforation tympanique
 - Otorrhée et otite bilatérales
- Amoxicilline 80 à 100mg/Kg/J per os 3 prises. Durée : < 2 ans 10 jours. > 2 ans, 5 à 7 jours.

Situations particulières : En cas de vomissements importants ou voie orale impossible : ceftriaxone 50 mg/kg/jour, IM ou IV. Durée 1 à 3 jours en une injection par jour.

Avis spécialisé en ORL : en cas de :

- Difficulté à examiner le tympan
- Mauvaise réponse au traitement de deuxième ligne : amoxicilline- acide clavulanique
- OMA récurrente et ou compliquée
- Perforation tympanique non résolue après 6 semaines
- Persistance d'une hypoacousie

4.2. Autres mesures :

- Traitement symptomatique et antalgique sont indispensables. Le paracétamol et l'ibuprofène doivent être utilisés à doses optimales pour traiter la douleur et la fièvre
- Tout traitement local à base d'antibiotique ou de corticoïde est à proscrire en cas de tympan ouvert.
- Les antibiotiques et les antiseptiques en gouttes auriculaires n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et ne sont pas indiqués chez l'enfant

PARACENTESE : Indications

- Age < 3 mois
- Enfant hyperalgique + tympan fortement bombé
- Echec d'un traitement antérieur
- OMA compliquée

Rhino-sinusites :

1. Définition :

C'est une inflammation aigue de la muqueuse des sinus de la face, survenant habituellement dans un contexte de rhinopharyngite aigue.

Rappel anatomique :

Le sinus éthmoïdal est présent dès la naissance. Il est le seul véritablement individualisé jusqu'à l'âge de 3 ans. En conséquence la seule sinusite vraie observée avant l'âge de 3 ans est l'éthmoïdite.

Le sinus maxillaire n'est individualisé qu'après l'âge de 3 ans et on peut observer alors des sinusites maxillaires vraies..

2. Les germes responsables :

Les sinusites chez les enfants sont souvent d'origine virale, des surinfections bactériennes sont possibles, il s'agit des mêmes germes des otites : Hémophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae (pneumocoque) et Staphylococcus auréus.

3. Diagnostic :

Il est clinique, basé sur l'anamnèse et l'examen clinique.

Rechercher les signes fonctionnels suivants

➤ Fièvre ➤ Ecoulement nasal purulent uni ou bilatéral ➤ Haleine fétide ➤ Toux ➤ OEdème périorbitaire ➤ Douleurs faciales ➤ Céphalées et /ou douleurs faciales. ➤ Rechercher les facteurs de risque (terrain) : asthme, cardiopathie congénitale, déficit immunitaire...

L'examen clinique doit être complet :

➤ Prendre la température : en général la fièvre est importante > 39°C
➤ Rhinorrhée purulente antérieure et/ou postérieure ➤ OEdème périorbitaire ➤ Douleur à la pression maxillaire ou frontale ➤ Congestion nasale ➤ Examiner le pharynx et les tympans++

4. Examens complémentaires :

La radiographie des sinus est inutile au diagnostic.

Le bilan biologique inflammatoire n'est indiqué que si le tableau clinique est sévère (éthmoïdite).

5. Formes cliniques :

5.1 L'éthmoïdite : C'est une urgence pédiatrique, se caractérise par :

- Syndrome infectieux sévère (clinique et biologique)
- OEdème inflammatoire périorbitaire sans suppuration conjonctivale
- Ecoulement nasal purulent bilatéral
- Peut se compliquer de suppuration intra-orbitaire, à craindre devant :
 - Fixité du globe oculaire
 - Mydriase paralytique
 - Anesthésie cornéenne

5.2 Rhino sinusite maxillaire : chez l'enfant de plus de 3 ans, associe les signes suivants (en fonction de la gravité du tableau clinique) :

- Rhinosinusite maxillaire subaiguë ou trainante : C'est le tableau de rhinopharyngite trainante, avec fièvre qui ne dépasse pas 38°, rhinorrhée claire ou purulente et obstruction nasale
- Rhinosinusite aigue sévère : fièvre >39°, rhinorrhée purulente, céphalées et douleurs faciales

6.Traitement :

Traitement symptomatique : indiqué dans toutes les formes

- Douleur et fièvre : paracétamol 60 mg/kg en 4 prises /jour
- Lavage du nez avec une solution saline
- Pas de décongestionnants, d'antitussifs, de corticoïdes, d'AINS
- Antibiothérapie est indiquée :

Ethmoïdite :

Amoxicilline par voie parentérale à forte dose à l'hôpital
100 mg/kg/j en 3-4 prises pendant 10 jours

Rhino-sinusite maxillaire aigue sévère et Rhinosinusite aigue trainante avec facteurs de risque :

L'amoxicilline reste aussi l'antibiotique préféré, en ambulatoire à la dose de 80 mg/kg/j en 3-4 prises pendant 10 jours.

Et si allergie prescrire un macrolide.

Drainage chirurgical : est indiqué si suppuration intra orbitaire dans l'éthmoidite.

Ibuprofène indiqué en cas de douleurs intenses

Rhino-pharyngite :

1. Définition :

La rhinopharyngite aiguë se définit comme une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale.

La rhinopharyngite aiguë est d'origine virale. C'est la pathologie infectieuse la plus fréquente du nourrisson. C'est une affection d'évolution simple qui ne nécessite pas d'antibiotique.

Elle associe rhinorrhée, fièvre et toux avec parfois des signes digestifs à type de diarrhée et vomissements.

2. Diagnostic positif :

L'examen retrouve :

- Inflammation (rougeur) plus au moins importante du pharynx.
- Rhinorrhée antérieure et/ou postérieure : claire, muqueuse ou puriforme.
- Tympan rouges et congestifs à l'examen otoscopique.
- Adénopathies cervicales bilatérales de type inflammatoire.
- L'examen va préciser l'absence de signes de déshydratation et de difficultés respiratoires.

3. Traitement :

- Rassurer les parents sur la bénignité de l'affection
- Désobstruction rhino pharyngée au SSI
- Mouchage volontaire après 3 ans
- Lutte contre la fièvre

Pas d'antibiotiques

Pas de gouttes nasales médicinales

Pas d'AINS (anti inflammatoire non stéroïdiens)

Pas d'antitussifs (Pas de sirop contre la toux)

La rhinorrhée d'aspect purulente et la fièvre élevée ne sont pas synonymes d'infection bactérienne.

Rechercher par un examen clinique une complication (otite, une complication (otite, pneumonie...) pneumonie...)

Persistance d'une fièvre élevée > 4 jours

Persistance d'une fièvre élevée > 4 jours

Réascension de la fièvre nsion de la fièvre

Persistance /aggravation des symptômes

Angine/Pharyngite :

1. Définition :

L'angine est une inflammation aiguë d'origine infectieuse des amygdales et/ou de l'ensemble du pharynx.

Les virus et les bactéries se partagent l'étiologie. Le streptocoque α -hémolytique du groupe A est le plus fréquent des germes bactériens (25 à 40 % des angines), mais rarement en cause avant 3 ans.

Pathologie banale et fréquente, habituellement d'évolution spontanément favorable, sa gravité potentielle est liée au risque de survenue de complications post-streptococcique : Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) qui reste rare avant 4 ans et la glomérulonéphrite aiguë.

L'incidence du RAA a nettement reculé ces quarante dernières années, elle est passée de 49,7 cas /100000 en 1975 à 6 puis 1,3 cas/100000 au cours des années 2000 pour se stabiliser ces six dernières années autour de 0,5 cas/100000 enfants âgés de 4 à 19 ans, faisant ainsi de l'Algérie un pays à faible incidence de RAA. Néanmoins le traitement adéquat de l'angine streptococcique reste primordial afin d'éviter toute résurgence du RAA.

2. Clinique :

Le tableau clinique associe :

- Début brutal ➤ Fièvre ➤ Douleurs pharyngées et ou odynophagie ➤ Douleurs abdominales, vomissements
- Examen de la gorge : Rougeur diffuse du pharynx avec parfois exsudat blanchâtre, amygdales tuméfiées.
- Adénopathies sous angulo-maxillaires sensibles.

3. Classification :

- Angine érythémateuse ou érythémateux-pultacée : virale ou bactérienne
- Angine à fausses membranes : Mononucléose infectieuse, diphtérie
- Angine compliquée : Abscess péri amygdalien et abscess rétro pharyngé
- Angines récidivantes

4. Traitement :

4.1 Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée :

Seule l'angine streptococcique nécessite un traitement antibiotique.

En pratique il est difficile de distinguer l'angine virale de l'angine streptococcique d'où l'adoption par de nombreux pays développés de tests de diagnostic rapide du streptocoque (TDR) afin de ne traiter que l'angine streptococcique chez l'enfant de plus de 3 ans.

En l'absence de TDR, la présence de signes en faveur d'une infection virale permet de sursoir au traitement antibiotique systématique.

ENFANT DE 3 ANS ET PLUS :

- Amoxicilline : 50 mg/Kg/j en 2 prises pendant 6 jours
- Benzyl-Benzathine Pénicilline : Une injection I.M. unique :
 - 600 000 si poids < 30 Kg
 - 1.200.000 UI si poids INF 30 Kg
- Pénicilline V : 500 000UI/Kg/J en 2 à 3 prises pendant 8 à 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

- Azithromycine : 20 mg/Kg/j : 1 prise pendant 03 jours
- Clarithromycine : 15 mg//Kg/J 2 prises pendant 5 jours
- Erythromycine : 30 à50 mg/Kg/J pendant 10 jours

ENFANT DE MOINS DE 3 ANS :

- Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée :
 - Pas d'antibiotique
 - Traitement symptomatique
- Voir traitement rhinopharyngite

5. Complications :

Les complications sont dues au SGA et s'observent au cours d'une angine aiguë ou lors d'une poussée de réchauffement d'une amygdalite chronique.

5.1 Complications locales et locorégionales

Les complications suppuratives locorégionales sont représentées

essentiellement par le phlegmon péri-amygdalien, mais aussi par l'adénite cervicale suppurative (adénophlegmon latéro-cervical), l'abcès rétro pharyngé, l'otite moyenne aiguë, la sinusite, la mastoïdite, la cellulite cervicale.

5.1.1 Phlegmon péri-amygdalien

C'est une suppuration de l'atmosphère celluleuse extra-capsulaire de la loge amygdalienne, à point de départ amygdalien. Dans 80 % des cas, il est de localisation antéro-supérieure. L'examen, souvent gêné par le trismus, retrouve une tuméfaction de la partie supérieure du pilier antérieur, une luette déviée du côté controlatéral, oedématisée, translucide et une amygdale refoulée en dedans.

5.1.2. Infections péripharyngées

L'imagerie, le plus souvent par TDM, complète l'examen clinique. . Il est possible de différencier le phlegmon rétro-pharyngé, le phlegmon pré-stylien et le phlegmon rétro-stylien.

5.1.3 Adénite cervicale suppurative (ou adéno-phlegmon latéro-cervical)

Il s'agit d'une véritable urgence et les aspects de la prise en charge se limitent à la reconnaissance des signes d'alerte et de gravité, et à l'organisation d'un transfert du patient vers un centre spécialisé pour un traitement médicochirurgical.

L'apanage du petit nourrisson et se manifeste par une tuméfaction ganglionnaire majeure, avec fièvre, fluctuation, rougeur de la peau.

5.2 Complications générales

C'est l'ensemble des complications non suppurées et non toxiques des infections streptococciques, à savoir les complications immunologiques.

5.2.1 Le rhumatisme articulaire aigu

5.2.2 La glomérulonéphrite aiguë

Elle est liée à la mise en circulation de complexe immun circulant apparaissant 10 à 20 jours après l'angine streptococcique et se révélant par une hématurie, une protéinurie et des oedèmes.

6. Indication de l'amygdalectomie :

Les deux principales indications :

- L'hypertrophie amygdalienne symptomatique
- Les infections amygdaliennes récidivantes : Angine récidivante : l'amygdalectomie peut être proposée en cas d'infections répétées avec au moins trois épisodes infectieux par an pendant trois ans ou cinq épisodes par an sur deux ans ; Amygdalite chronique : signes inflammatoires locaux (douleurs pharyngées, halitose, aspect inflammatoire des amygdales) et régionaux (adénopathies cervicales) persistant au moins trois mois et ne répondant pas au trt médical ; Abscess péri-amygdalien récidivant; Autres indications infectieuses plus rares : - syndromes post-streptococciques des angines à SGA (excepté la pathologie rénale post-streptococcique car l'efficacité de l'amygdalectomie dans cette indication n'est pas démontrée); - angine aiguë dyspnéisante au décours d'une mononucléose infectieuse; - amygdalectomie à chaud associée au drainage par voie endobuccale d'un abcès