

Les rhinopharyngites aiguës

Les rhinopharyngites représentent **un problème de santé publique**, du fait de la fréquence des consultations médicales , des jours d'absentéisme scolaire ou d'arrêt de travail, enfin des coûts induits .

Les rhinopharyngites sont **le plus souvent d'origine virale**, et pourtant représentent une des toutes **premières causes de prescription d'antibiotiques chez l'enfant ???? .**

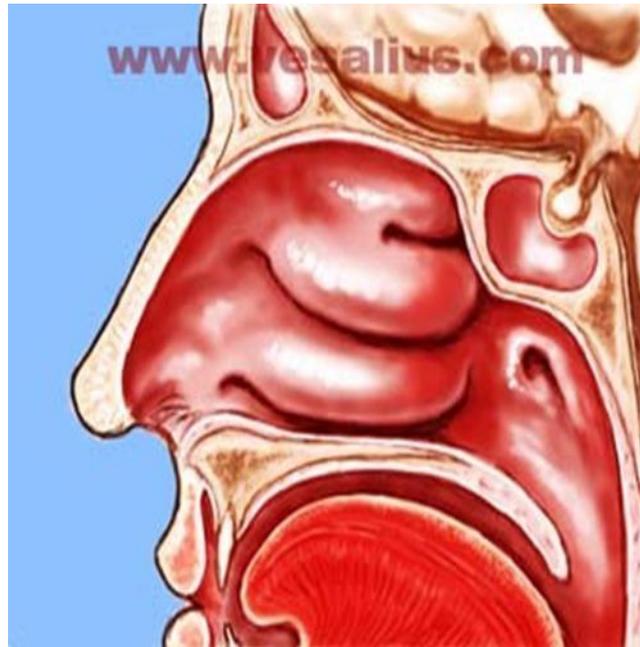
Un antibiotique est prescrit dans près de **40%** des cas de rhinopharyngite alors qu'aucune étude n'a jamais démontré l'efficacité des antibiotiques dans cette affection

la première cause de consultation en pédiatrie

Tableau 1 : Rhinopharyngites : essais publiés versus placebo

N	Méthodologie	Critères d'inclusion	Médicament (durée)	Résultats
197 (2-10 ans)	randomisé double aveugle vs pbo	- infection respiratoire (ni SGA, ni OMA, ni pneumopathie) - ambulatoires	amoxicilline ou cotrimoxazole (5 jours)	- Pas de différence sur le % de guérison, ni sur les symptômes à J4. AB > pbo sur rhinorrhée à J8.
142 (enfants > 2 mois)	randomisé double aveugle vs pbo	- rhinopharyngite purulente	cephalexine vs cephalexine + décongestionnant vs décongestionnant (5-6 jours)	- Pas de différence sur : rhinorrhée, fièvre au 5e jour, complications (aggravation des signes, OMA).
115 (1-4 ans)	randomisé double aveugle vs pbo	- infection respiratoire haute et ATCDs d'au moins 3 OMA dont 1 dans les 6 mois - rhinite et/ou toux et/ou fièvre	amoxicilline + ac. clavulanique (7 jours)	- Pas de différence sur la survenue de l'OMA (18% sous AB vs 22% pbo)
829 (20-49 ans)	randomisé double aveugle vs pbo	- infection respiratoire haute	tetracycline (5 jours)	- Pas de différence sur les symptômes (toux, rhinorrhée, expectoration), le nombre de jours d'arrêt de travail ; le taux d'effets indésirables est supérieur sous AB (6,7% vs 1,8%)
300 (16-64 ans)	randomisé double aveugle vs pbo	- infection respiratoire haute	amoxicilline + ac. clavulanique (5 jours)	- Pas de différence sur le taux de guérison, de persistance ou d'aggravation des symptômes. - Chez les 20% des patients pour qui la culture d'aspiration nasopharyngée est positive (HI, SP, MC) : AB > pbo. - 23% sous AB présentent des effets indésirables digestifs vs 5% sous pbo

Rappels



Bactériologie

Les virus sont de très loin les principaux agents pathogènes des rhinopharyngites :
rhinovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial (VRS), virus influenzae et para-influenzae, adénovirus, entérovirus... Plus de 200 virus sont susceptibles d'induire une rhinopharyngite, accompagnée ou non de signes cliniques, témoignant de l'atteinte d'une autre partie de l'arbre respiratoire .

La contagiosité est grande pour l'ensemble de ces virus, en particulier pour les rhinovirus, le VRS et le virus de la grippe.

Les bactéries retrouvées dans les sécrétions rhinopharyngées (notamment
S. pneumoniae,
Hæmophilus influenzae,
Moraxella catarrhalis
staphylocoque .

Examen clinique

La rhinopharyngite est définie comme une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx (cavum) à laquelle vient s'associer de façon variable une atteinte nasale .

En fait, l'objectif essentiel de l'examen clinique est de rechercher **une complication** (infectieuse ou ventilatoire) .

Signes généraux:

Ils sont variables d'autant plus importants que l'enfant est plus jeune. **L'élévation thermique brutale est généralement de courte durée (38 à 39°C)**. Elle fait place à un état subfébrile prolongé lorsqu'il existe un foyer infectieux.

Signes fonctionnels:

L'obstruction nasale avec respiration buccale et bruyante, explique le ronflement nocturne.
La rhinorrhée, muqueuse au départ, devient vite muco-purulente avec irritation narinaire.

Signes physiques

- **rougeur diffuse de l'oro-pharynx** prédominant sur le voile et ses piliers; les piliers postérieurs peuvent être turgescents,
 - la participation amygdalienne est fréquente avec parfois une véritable angine
- la réaction ganglionnaire cervicale est presque constante sous forme d'une polyadénopathie jugulo-carotidienne bilatérale sans empâtement, souvent centrée sur le ganglion sous-digastrique.
- l'examen des tympans doit être systématique : la simple réaction congestive de la membrane de Shrapnell et du manche du marteau. La rougeur du quadrant antéroinférieur tympanique est fréquente. Parfois il existe déjà une véritable otite moyenne aiguë



Otite congestive dans le cadre d'une rhinopharyngite aiguë
(O. Cuisnier)

Evolution et complications

C'est une pathologie bénigne ,

d'évolution spontanément favorable en **7 à 10 jours** dans la grande majorité des cas. Du fait de la diversité des agents pathogènes impliqués et de la diversité des sujets touchés, l'histoire naturelle des rhinopharyngites est variable.

la fièvre dépasse rarement 4 jours ,

la rhinorrhée et la toux se prolongent dans moins de **10 % des cas au-delà d'une semaine .**

L'évolution vers une rhinorrhée muco- purulente ou purulente est habituelle .

Les complications infectieuses secondaires à une surinfection bactérienne sont le plus souvent bénignes et aucune étude n'a démontré **qu'elles soient prévenues par les antibiotiques.**

Elles sont dominées par **l'otite moyenne aiguë (OMA) et la sinusite :**

-l'OMA est la complication bactérienne la plus fréquente (7 à 30% des cas) surtout entre 6 mois et 2 ans. Elle peut survenir 1 jour à 2 semaines après le début de la rhinopharyngite, la moitié des OMA survenant dans les 4 premiers jours, les 3/4 dans la première semaine

- **les sinusites** surviennent dans 0.5 à 10 % des cas. Deux entités sont à distinguer :

- l'éthmoïdite aiguë,

affection rare et grave, de survenue rapide concerne essentiellement le nourrisson et justifie une hospitalisation urgente ;

la sinusite maxillaire

, plus fréquente mais le plus souvent bénigne, survient essentiellement après l'âge

de 3 ans, . Son diagnostic doit être évoqué devant des symptômes soit intenses, soit prolongés. En particulier, la persistance de la symptomatologie sans tendance à l'amélioration au delà de 10 jours, doit la faire évoquer .

Les conjonctivites purulentes du nourrisson, le plus souvent d'origine bactérienne, sont une complication possible de la rhinopharyngite. Les micro organismes impliqués (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*...) sont des hôtes habituels du rhinopharynx . Le traitement est essentiellement local, et l'antibiothérapie par voie générale n'est pas indiqué. La présence d'une conjonctivite invite à rechercher une OMA (**syndrome otiteconjonctivite**) d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent d'otites peu fébriles et peu douloureuses .

Les angines érythémato-pultacées

Elles surviennent plutôt à partir de 3 ou 4 ans sans rapport direct avec la taille des amygdales. Elles ont tendance à s'estomper après 7 ans. On se souviendra toujours du risque streptococcique

Les laryngites

Les adénophlegmons cervicaux

Cette évolution traduit un passage vers la suppuration, qui va se collecter et nécessiter un traitement chirurgical de drainage.

Les complications pulmonaires et digestives

Elles sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est plus jeune et peuvent être sévères : gastroentérite . Bronchite et bronchiolite ,

En pratique, on peut dégager des signes suggérant la survenue **d'une complication supposée bactérienne et dont les parents/patients doivent être avertis** . Parmi ces signes, peuvent être mis en exergue :

- une gêne respiratoire,
- une fièvre persistante au-delà de 3 jours, ou d'apparition postérieure après ce délai,
- la persistance, sans tendance à l'amélioration, des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au-delà de 10 jours,
- une irritabilité, des réveils nocturnes, une otalgie, une otorrhée,
- une conjonctivite purulente, un oedème palpébral,
- des troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée)
- une éruption cutanée.

Facteurs de risques de survenue de complication bactérienne

Plusieurs facteurs sont susceptibles de modifier l'évolution naturelle des rhinopharyngites, augmentant l'incidence des complications :

- l'immunodépression
- l'anémie,
- RGO .
- la fente velopalatine
- Tabagisme actif / passif
- les antécédents d'OMA récidivante (**plus de 3 OMA en 6 mois**) ou la présence d'otite séreuse augmentent le risque de survenue d'une OMA .

-L'âge: le pic d'incidence des OMA se situe entre 6 mois et 2 ans ; après cet âge la fréquence de cette complication diminue très rapidement .

Chez les enfants de plus de 4 ans, la complication la plus fréquente est la sinusite maxillaire.

-La vie en collectivité (crèche collective) augmente l'incidence des rhinopharyngites et lorsqu'un épisode survient, il a une évolution plus prolongée et se complique plus volontiers d'otites .

Traitement

Le traitement

En cas de **rhinopharyngite non compliquée**, le traitement est essentiellement symptomatique.

Une attitude thérapeutique minimale :

- antipyrétiques // paracetamol //

- lavage des fosses nasales au serum salé isotonique ou hypertonique

//tiède// et/ou aspiration au “mouche-bébé”,

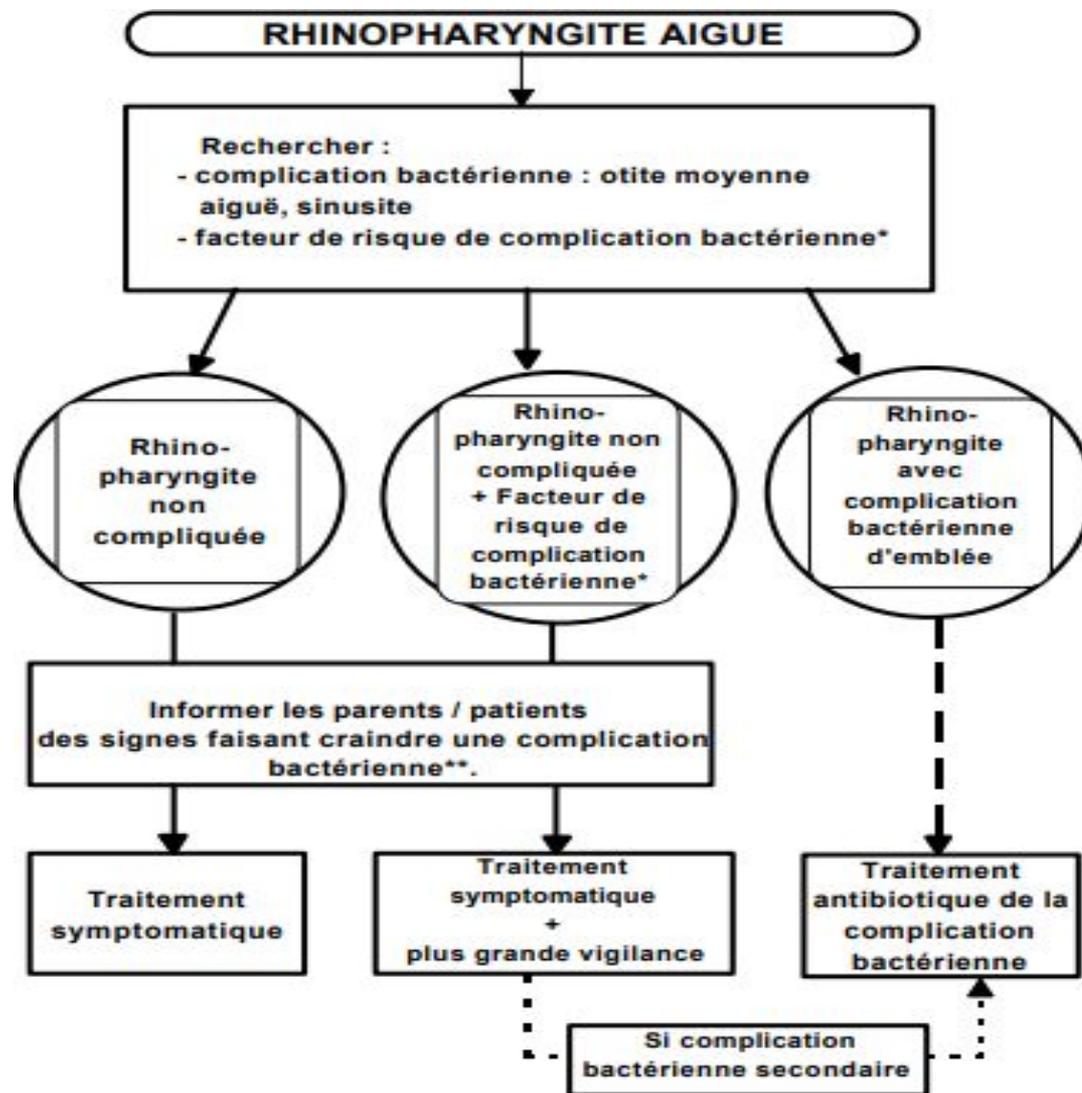
- parfois traitements locaux .

Une information des parents et des patients est nécessaire.

Ils seront avertis de la nature bénigne et de l'évolution normale de la pathologie, de la durée moyenne des symptômes,

et de la survenue possible de complications bactériennes, telles que l'otite ou la sinusite, qui seules justifient une antibiothérapie adaptée

Aucun antibiotique ne bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication rhinopharyngite



Rhinopharyngites chroniques et récidivantes :

Ces formes ne se distinguent des précédentes que par leur évolution subaigüe ou chronique.

Parfois il s'agit de la répétition d'épisodes aigus entre lesquels le nez est sec et perméable. Souvent la rhînorrhée muco-purulente est permanente avec obstruction nasale et respiration buccale chroniques.

L'hypertrophie obstructive des végétations adénoïdes suspectée sur l'histoire clinique pourra être mise en évidence par la fibroscopie par voie nasale ou par radiographie du cavum de profil.

Rhinopharyngites chroniques, récidivantes ou compliquées :

Moyens médicaux :

- mucolytiques et muco-modificateurs
- anti-inflammatoire et Antipyrétique utilisés lors de 1 épisode aigu
- corticothérapie en cas de complication (laryngite sous glottique)
- l'antibiothérapie par voie générale: en cas de surinfection locale ou complication
- antihistaminique en cas d'allergie
- oligo-éléments pour renforcer le système immunitaire
- le fer sera proposé en cas de carence martiale, traitement de 1 RGO, les cures thermales.

L'ADENOÏDECTOMIE :

Intervention chirurgicale qui consiste à réduire le volume des végétations adénoïdes.

Contre indications de l'adénoïdectomie:

- trouble de la crasse sanguine
- Division vélo-palatine
- infection en cours
- il n'est pas conseillé de la réaliser avant l'âge de 1 an

-les indications de l'adénoïdectomie:

- rhinopharyngite récidivante et/ ou compliquée
- en cas d'obstruction ventilatoire importante(en général associée à une amygdalectomie).

conclusion

La majorité des rhinopharyngites est d'origine virale, guérit spontanément et ne relève que d'un traitement symptomatique.

Le caractère purulent des sécrétions ou la fièvre ne sont pas synonymes d'infection bactérienne et ne justifient pas la prescription d'antibiotique.

Les antibiotiques n'ont pas d'indication dans les formes aiguës non compliquées de rhinopharyngite puisque leur efficacité n'est pas prouvée dans la réduction des symptômes ni dans la prévention des complications,

Seule la survenue d'une complication avérée, supposée bactérienne (OMA - sinusite) justifie un traitement antibiotique.

Les AINS à doses anti-inflammatoires et les corticoïdes par voie générale n'ont pas de place dans le traitement des rhinopharyngites aiguës non compliquées.

