

Infections rhino-pharyngées de l'enfant (77b)

*Docteur Olivier Cuisnier
Octobre 2002*

Pré requis :

- Anatomie du pharynx et des organes lymphoïdes.
- Immunité anti-infectieuse

Résumé :

La rhinopharyngite de l'enfant est une pathologie d'adaptation. Quasi obligatoire, elle est donc fréquente. Le coût engendré par cette pathologie est important imposant une conduite thérapeutique de bon sens : il faut faire le minimum nécessaire.

Si le diagnostic ne pose pas de problème particulier, il ne faut pas méconnaître les différentes complications, potentiellement graves.

Le but du traitement est triple : guérir l'épisode en cours, éviter l'apparition des complications ou les traiter, essayer de prévenir les récives.

Index :

Rhinopharyngites aiguës, complications, antibiothérapie, otite congestive, adénoïdectomie.

1. Introduction

La rhinopharyngite est une affection commune, exprimant l'adaptation de l'enfant à son milieu. Outre les thérapeutiques strictement médicales, le respect de simples règles d'hygiène est un traitement d'appoint essentiel, utile dans la prévention des complications comme de la maladie elle-même.

2. Rappel anatomique

La muqueuse pharyngée est formée d'un épithélium qui recouvre un chorion, lequel renferme des follicules lymphoïdes très nombreux, isolés ou groupés en amas. L'ensemble a été appelé anneau de WALDEYER. Les amas de follicules comportent plusieurs groupes ou amygdales :

- les amygdales palatines, communément appelées amygdales,
- l'amygdale pharyngée de LUSCHKA qui, hypertrophiée, constitue les végétations adénoïdes; elle est appendue au toit du cavum et s'atrophie à la puberté,
- les amygdales linguales de chaque côté de la ligne médiane de la base de la langue

3. Les rhinopharyngites de l'enfant

La rhinopharyngite est aussi appelée adénoïdite car elle frappe l'amygdale pharyngée de Luschka dont l'hypertrophie forme les végétations adénoïdes.

Le contact permanent des voies aéro-digestives supérieures avec le milieu ambiant explique la fréquence des atteintes infectieuses aiguës rhino-pharyngées dans l'enfance. Dès l'âge de 6 mois, le nourrisson a perdu la protection immunitaire maternelle et doit établir avec l'environnement un équilibre qui sera d'autant plus progressif que les germes viraux et

bactériens sont en grand nombre et que l'immunité est spécifique. Les récurrences sont donc fréquentes jusqu'à 6 ou 7 ans. Il s'agit alors de rhinopharyngites d'adaptation (8 à 10 épisodes par an).

Le rôle favorisant des maladies infectieuses anergisantes est certain, la prédisposition familiale fréquente, le terrain atopique possible, la vie en collectivité, le tabagisme passif et la pollution atmosphérique sont aujourd'hui incriminés.

4. Clinique

4.1. Rhinopharyngites aiguës d'intensité moyenne (enfant de 6 mois à 7 ans)

4.1.1. 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 vespéral prolongé lorsqu'il existe un foyer infectieux.

4.1.2. 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 nasale. Un catarrhe conjonctival associé plaide en faveur d'une origine virale.

4.1.3. Signes d'examen

- 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 érythémato-pultacée (voir question Angines 2002, O. Cuisnier 77A),
- la réaction ganglionnaire cervicale est presque constante sous forme d'une polyadénopathie jugulo-carotidienne bilatérale sans empatement, 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 antéro-inférieur tympanique est fréquente. Parfois il existe déjà une véritable otite moyenne aiguë.



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

4.1.4. Evolution

Quelques enfants ne présentent que des formes frustres. D'autres ont tendance à faire des formes extensives avec trachéo-bronchite. Enfin certains présentent régulièrement des complications.

4.1.5. Complications

4.1.5.1. 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

4.1.5.2. Les otites sont fréquentes et marquent certaines fratries

- Otite séreuse infra-clinique, à tympan fermé, parfois éphémère ou chronique évoluant vers l'otite muqueuse; le diagnostic est suspecté devant une hypoacousie et affirmé par l'otoscopie l'impédancemétrie (courbe plate).
- Otite aiguë avec ses douleurs cycliques et sa fièvre peu élevée. Si l'otite est suppurée, une antibiothérapie doit être instaurée.

4.1.5.3. La participation sinusienne

Jusqu'à 4 ans seule l'ethmoïde est en cause et jusqu'à 7 ans le complexe ethmoïdo- maxillaire. Sauf dans les formes compliquées (ethmoidites fluxionnaires) il s'agit surtout d'une rhino sinusite qui nécessite avant tout un traitement antibiotique par voie générale.

4.1.5.4. 3.1.4.4. Les laryngites

On oppose classiquement la laryngite striduleuse, éphémère, récidivante et sans gravité à la laryngite sous-glottique, œdémateuse, suffocante, grave et à l'épiglottite aiguë encore plus sévère.

4.1.5.5. Les adénophlegmons cervicaux

Cette évolution traduit un passage vers la suppuration, qui va se collecter et nécessiter un traitement chirurgical de drainage. Lorsque cette abcédation est responsable d'un torticolis on parle de Syndrome de Grisel.

4.1.5.6. Les complications pulmonaires et digestives

Elles sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est plus jeune et peuvent être sévères : gastro-entérite, toxicose.

4.1.5.7. Les convulsions fébriles du nourrisson

4.2. Rhinopharyngites aiguës récidivantes

4.2.1. L'interrogatoire est important

Il portera sur la fréquence des récurrences, sur les antécédents O.R.L. familiaux, la recherche d'un terrain atopique, le bon équilibre diététique, les habitudes de chauffage, le tabagisme de l'entourage familial.

4.2.2. L'aspect général de l'enfant doit être étudié

Pâle, dyspnéique, ou au contraire hypotrophique ; hyperactif ou asthénique.

4.2.3. L'examen du nez et du cavum

- parfois permanence d'un catarrhe muqueux ou muco-purulent,
- les végétations adénoïdes doivent être appréciées soit en rhinoscopie postérieure, soit par le toucher naso-pharyngé (à faire en fin d'examen !), soit par nasofibroscopie.

4.2.4. L'examen du pharynx

Peut montrer un écoulement pharyngé postérieur et surtout l'aspect des amygdales palatines parfois cryptiques et caséuses, parfois totalement obstructives.

4.2.5. Les oreilles sont examinées systématiquement et sous grossissement (microscope)

Au moindre soupçon, une impédancemétrie doit être pratiquée et si l'enfant est assez grand (plus de 4 ans) un audiogramme (auparavant un peep-show peut être demandé à partir de 2 ans).

4.2.6. Les signes trachéo-bronchiques doivent être étudiés

Toux productive ou toux sèche.

4.2.7. Examens complémentaires

Devant l'aspect récidivant des rhinopharyngites, il faut rechercher :

- un terrain atopique ou allergique NFS, Phadiatop, tests cutanés.
- une hyposidérémie,
- un déficit en immunoglobuline (IgG, IgA).
- un reflux gastro-oesophagien.

5. Traitement

Le but du traitement est triple : guérir l'épisode en cours, éviter l'apparition des complications ou les traiter, essayer de prévenir les récurrences.

Il doit être nuancé en fonction de l'importance des épisodes et de leur rythme évolutif.

Actuellement, près de 60% des enfants présentant une rhinopharyngite aiguë non compliquée reçoivent une antibiothérapie abusive, souvent sous la pression des parents.

5.1. A titre curatif

Dans les cas banals, on se contente d'une désinfection locale associée à la prescription d'anti-histaminiques et d'antipyrétiques. L'antibiothérapie sera réservée aux formes paraissant sévères et naturellement aux complications microbiennes telle l'otite. En effet, aucune étude n'a démontré l'efficacité des antibiotiques dans les formes non compliquées, ni dans le raccourcissement de la symptomatologie, ni dans la prévention des complications. A l'inverse, le traitement antibiotique peut se discuter en cas d'antécédents d'otites récurrentes, chez le nourrisson de moins de 6 mois, et à tout âge sur terrain immunodéprimé.

5.2. A titre préventif

Il faut surtout agir sur l'environnement (chauffage modéré, air humidifié) et sur le terrain (vit. A et D, calcium, vit. C, oligo-éléments "manganèse, cuivre", soufre, hypo-allergisants). Les vaccins par voie perlinguale ou nasale et dans les formes très récurrentes par voie injectable sont utiles. Par contre, les gamma-globulines n'ont qu'une action temporaire et ne sont indiquées que pour traiter les rhinopharyngites itératives.

Les changements climatiques et le thermalisme trouvent leurs indications dans les formes plus rebelles.

Il faut également favoriser l'allaitement maternel, et tenter de limiter le mode de garde en crèche collective avant 6 mois, et principalement en saison hivernale. Il faut lutter contre le tabagisme passif.

L'adénoïdectomie (ablation des végétations adénoïdes) est indiquée chaque fois que les végétations demeurent volumineuses en dehors des poussées et sont le siège d'une suppuration chronique. Cette indication est impérative en cas de complications otologiques.

5.3. A titre éducatif

Le traitement doit comporter un volet éducatif vis-à-vis des trois acteurs principaux :

- 1) l'enfant chez qui la perméabilité des voies aériennes est essentielle, d'où l'importance de l'apprentissage précoce du mouchage.
- 2) Les parents à qui il importe d'apprendre à ne pas confondre antibiotiques et antipyrétiques.
- 3) Le médecin, parce que son premier critère de prescription d'un antibiotique est l'aspect puriforme des sécrétions alors qu'il est démontré qu'il ne témoigne en rien d'une surinfection bactérienne.

Références :

- « Rhinopharyngites » Ph Romanet, B Morizot Encycl Med Chir ORL (Paris, France) 20-510-A-10 1994
- « Rhinopharyngites de l'enfant » JM Triglia. In « ORL de l'enfant », EN Garabédian, Médecine Sciences, Flammarion, Paris, pp 89-94. 1996.
- Recommandations de l'AFSSAPS : « antibiothérapie par voie générale en pratique courante » Méd. Mal. Infect 2001 ; 31 : 493s-507s.