

Pathologies ORL fréquentes de l'enfant en âge scolaire



DR CAROLINE DE TOEUF
PR NAIMA DEGGOUJ
PR CAROLINE HUART



▶ Otologie

- ❖ Corps étrangers et bouchons de cérumen
- ❖ Otites externes
- ❖ Otites moyennes

▶ Rhinologie

- ❖ Rhinites et sinusites aiguës
- ❖ Rhinite allergique
- ❖ Épistaxix

▶ Laryngologie

- ❖ Laryngites

▶ Topic sur la chirurgie de base en ORL pédiatrique

Otologie



Otoscopie normale



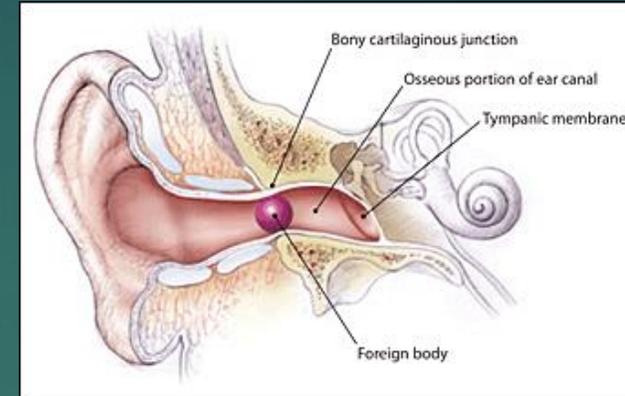
Corps étrangers de l'oreille et bouchons de cérumen

➤ Corps étrangers

- Petits objets de tout type
- Surtout chez les jeunes enfants
- Retrait nécessite parfois une sédation

➤ Bouchons de cérumen

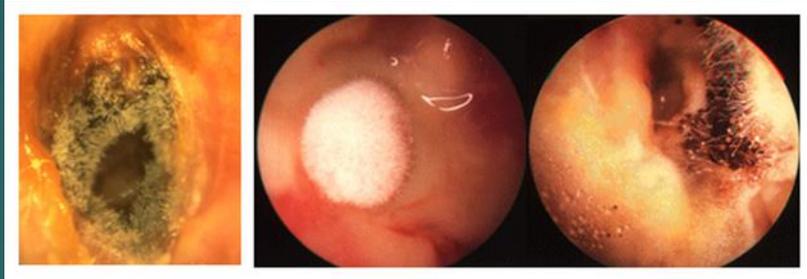
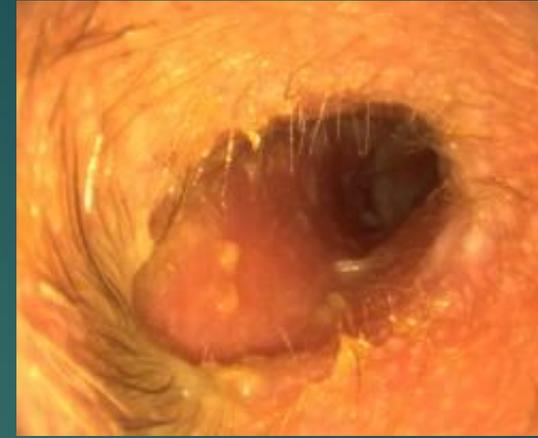
- Mélange de desquamation et de la production des glandes sudoripares et cérumineuses
- Favorisés par l'usage des coton-tiges
- Peuvent entraîner une perte auditive ou une otalgie, souvent asymptomatique
- Retrait à l'aide d'instruments sous contrôle otoscopique ou seringage



Otite externe

➤ Clinique :

- douleur, majoration à la mobilisation du pavillon
- Œdème et sténose du conduit auditif externe
- Fréquemment *Pseudomonas Aeruginosa*
- Type de dépôts dans le CAE peut être évocateur d'une infection mycotique



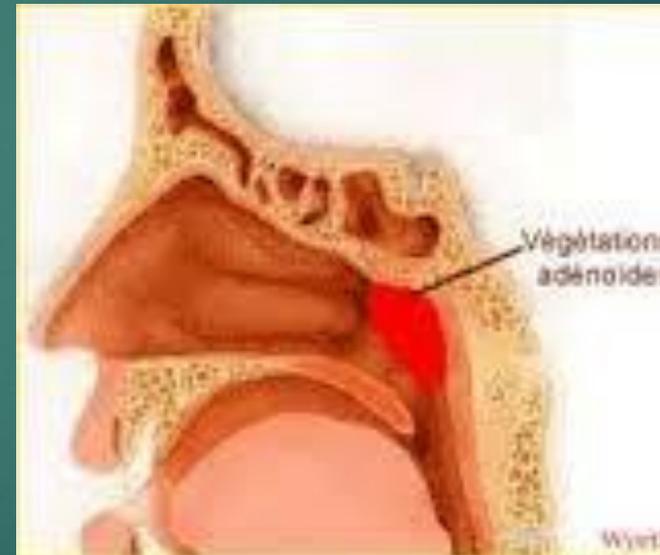
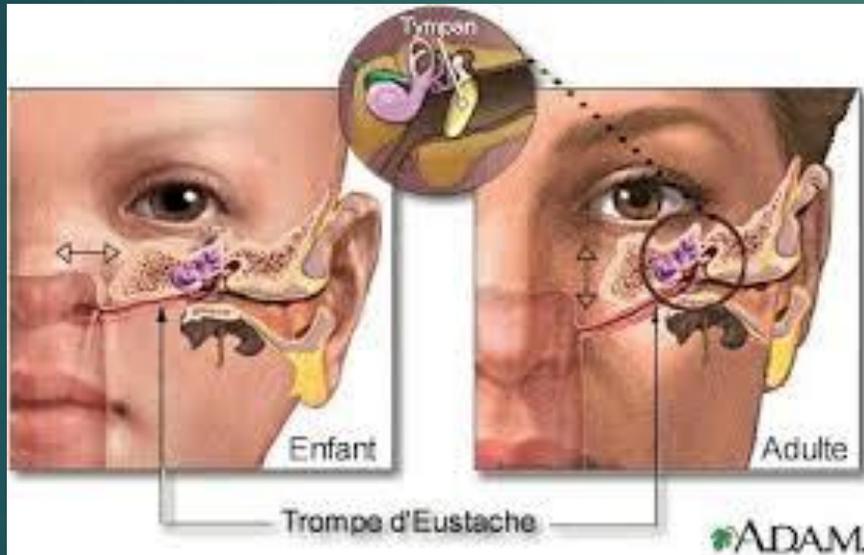
➤ Traitement : nettoyage du conduit, AB ou antimycosique local, corticoïde topique

➤ Facteur favorisant principal = piscine



Otites moyennes

- Particularités de l'enfant
 - L'ostium tubaire est situé plus bas que chez l'adulte
 - La TE est plus courte et plus horizontale
 - Nasopharynx riche en tissus lymphoïde (végétations adénoïdes)



Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

- Infection de l'oreille moyenne avec présence de pus en rétrotympanique
- Plus fréquente entre 6 mois et 3 ans
- Souvent associée à une rhinopharyngite
- Clinique : otalgie, plénitude d'oreille, surdité, fièvre
- Germes les plus fréquents : H. Influenzae, Str. Pneumoniae, Moxarella catarrhalis



Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

▪ Prise en charge

- Guérison spontanée 50 à 80 %
- Soins de nez, décongestionnants, paracétamol, AINS
- AB topique en cas d'otorrhée
- AB per os
 - ❖ Amoxicilline (75-100 mg/Kg/j) en 3 prises = 1^{er} choix
 - ❖ Remplacer la moitié de la dose par Amoxi-clav si pas d'amélioration après 48-72 h
 - ❖ En cas d'allergie : Céfuroxime (30-50 mg/Kg/j) en 3 prises ou Azitromycine (10 mg/Kg/j) en 1 prise



Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

- Quand donner des AB per os ?
 - Enfants < 6 mois
 - Enfants 6 mois – 2 ans après 24h si pas d'amélioration
 - > 2ans : si symptômes de + de 3 jours ou d'emblée bruyante
 - OMA récidivantes (> 3 épisodes)
 - Patients à risque de complication
 - Otorrhée persistante plus d'une semaine sans signe d'amélioration

▪ Paracenthèse

- Hyperalgique, AEG, convulsions hyperthermiques
- Documentation bactériologique :
 - ❖ Âge < 3 mois,
 - ❖ Échec d'un traitement AB
 - ❖ Complication
 - ❖ Déficit immunitaire



Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

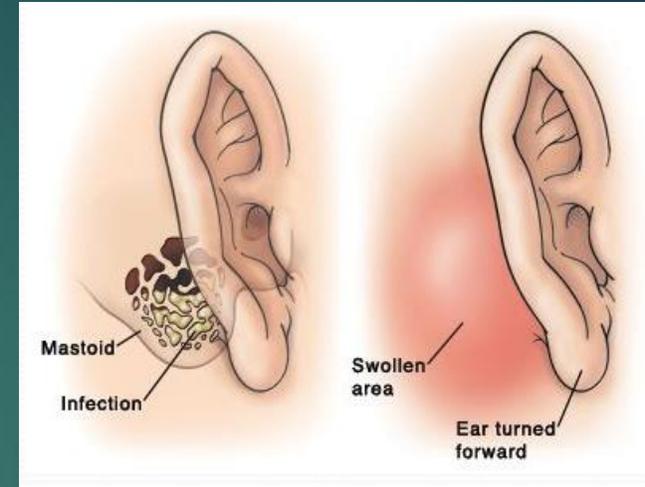
- Complications
 - Mastoïdite
 - Paralysie faciale
 - Labyrinthite (surdité, vertiges)
 - Complications intracraniennes (méningite, thrombose sinus latéral)

Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

▪ Mastoïdite = ostéite mastoïdienne

- Surtout vers 2-3 ans
- Str. Pneumoniae ou Str. Pyogène dans 60 % des cas
- Clinique :
 - ❖ OMA, température élevée, +/- AEG
 - ❖ région rétro-auriculaire érythémateuse et tuméfiée => **pavillon décollé** vers l'avant et le bas
 - ❖ ! chez le nourrisson, collection peut être dans le cou!!



Otites moyennes

➤ Otites moyennes aiguës

▪ Mastoïdite

○ Prise en charge :

- ❖ Scanner d'emblé en cas de suspicion de complications neurologique
- ❖ Echographie
- ❖ prélèvement bactériologique; si pas de perforation spontanée, mise en place d'un DTT
- ❖ AB IV (ceftriaxone)
- ❖ En cas d'absence d'amélioration en 48h, CT + drainage chirurgical

Otites moyennes

➤ Otites moyennes chroniques (> 3 mois)

▪ Otite séro-muqueuse

- Pathologie inflammatoire de l'oreille moyenne avec épanchement rétrotympanique sans signe d'infection
- Incidence ? 15 à 40 % chez les enfants de 1 à 5 ans
- Favorisée par
 - ❖ Anatomie de la TE chez le jeune enfant
 - ❖ rhinites à répétition ou inflammation chronique (allergie, reflux, tabagisme passif, piscines chlorées...)
 - ❖ Obstacle mécanique lié à une hypertrophie des végétations adénoïdes
 - ❖ Dysmorphisme facial et fentes vélares



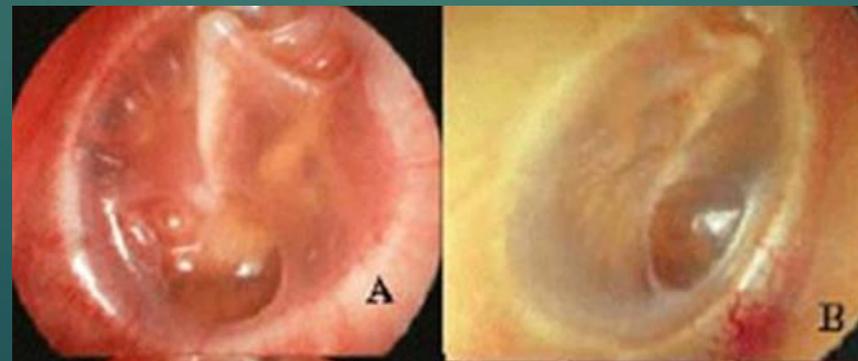
Otites moyennes

➤ Otites moyennes chroniques (> 3 mois)

▪ Otite séro-muqueuse

○ Clinique :

- ❖ Souvent asymptomatique
- ❖ Surdité généralement mod r e mais suffisante pour gêner l'apprentissage du langage
- ❖ Surinfection avec OMA   répétition



Otites moyennes

➤ Otites moyennes chroniques (> 3 mois)

▪ Otite séro-muqueuse

○ Prise en charge :

- ❖ Action sur les facteurs favorisants
- ❖ Soins de nez en cas d'encombrement nasal : mouchage, sprays ou irrigations saline
- ❖ mométasone furoate
- ❖ Otovent



Otites moyennes

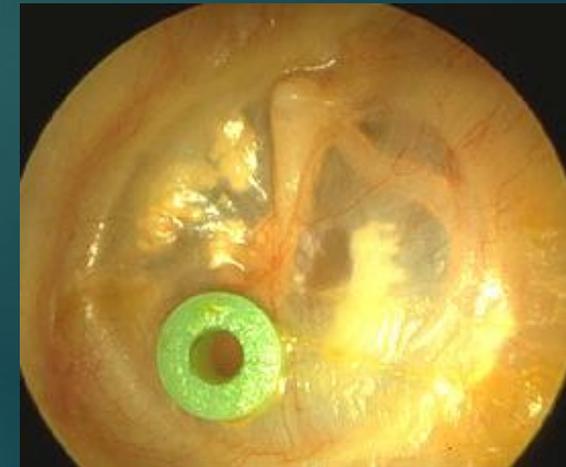
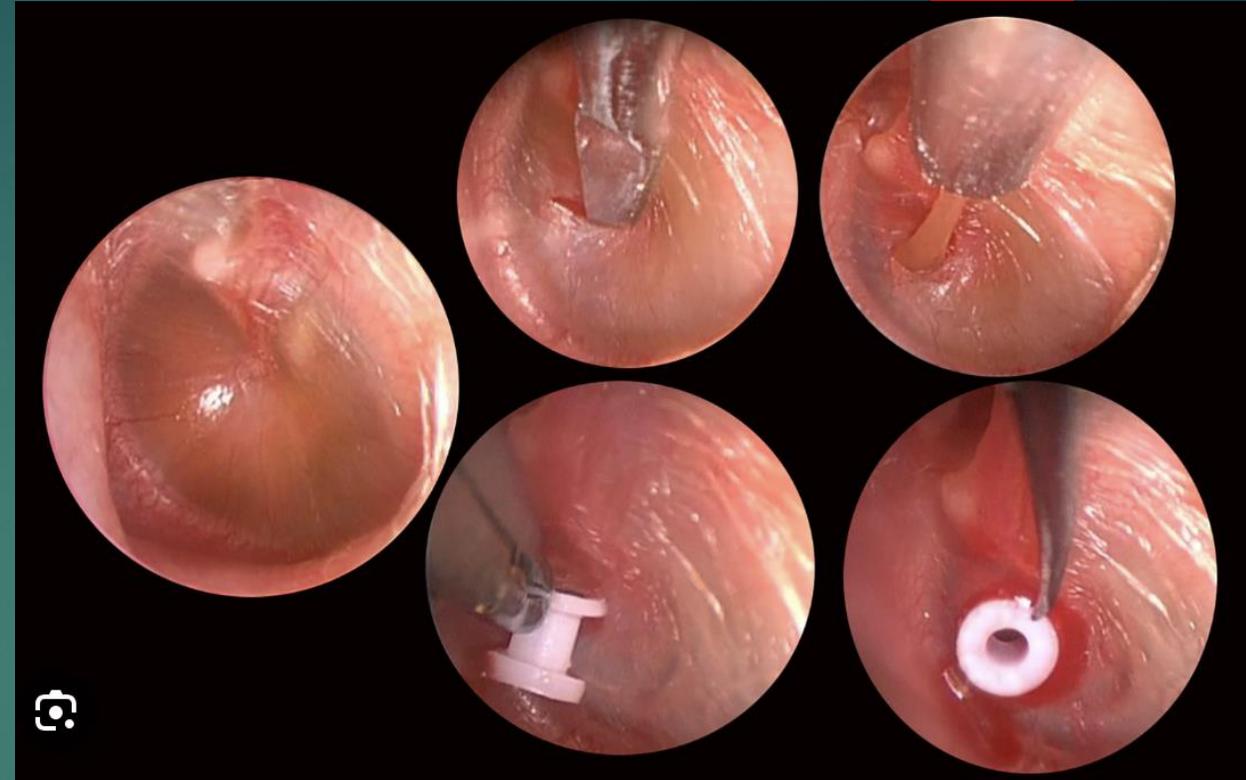
➤ Otites moyennes chroniques (> 3 mois)

▪ Otite séro-muqueuse

○ Prise en charge :

❖ Drains transtympaniques

- ✓ Si échec du traitement médical
- ✓ En cas de surdité et/ou de retard de langage
- ✓ OMA   répétition
- ✓ associé à une adénoïdectomie en cas d'hypertrophie des VA



Rhinologie



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinites aiguës

- Premier motif de consultation de 6 mois à 7 ans
- Considérées comme un passage obligé pour le développement de l'immunité
- Facteurs favorisants bien connus :
 - Allergies
 - Tabagisme passif : nicotine paralyse les cils et induit la libération de médiateurs inflammatoires favorisant les infections
 - Pollution : dérivés sulfurés, monoxyde de carbone, ozone... responsable d'une inflammation chronique
 - Chauffage et sécheresse de l'air dans les habitations ont un impact sur la clairance muco-ciliaire de plus, variation de température aggrave le phénomène par des phénomènes vasomoteurs
 - RGO qui induit un état inflammatoire chronique
 - Collectivité
 - Carences : fer, vitamines (A,C,E et F)
 - Trouble immunitaires : déficit en IgA sécrétoire et IgG2...

Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinites aiguës

- Clinique :
 - obstruction nasale, rhinorrhée, fièvre rarement élevée
 - Fréquemment associée à une pharyngite
- Évolution habituellement favorable en quelques jours



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinites aiguës

- Complications / pathologies associées : OMA et OSM, laryngite et laryngites sous-glottique (surtout de 1 à 3 ans), sinusitis, adénites, bronchites...
- Traitement :
 - Principalement local : lavage au sérum physiologique, décongestionnant en aigu, AB locaux dans les cas trainants ou récidivants
 - Pas d'AB par voie générale hors complication
 - En cas de récurrences multiples :
 - ❖ Action sur les facteurs favorisants, traitement d'éventuelles allergies
 - ❖ Adénoïdectomie uniquement en cas d'hypertrophie des VA

Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

▪ Développement des sinus

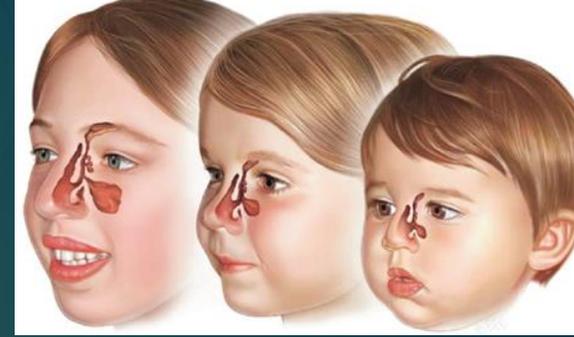
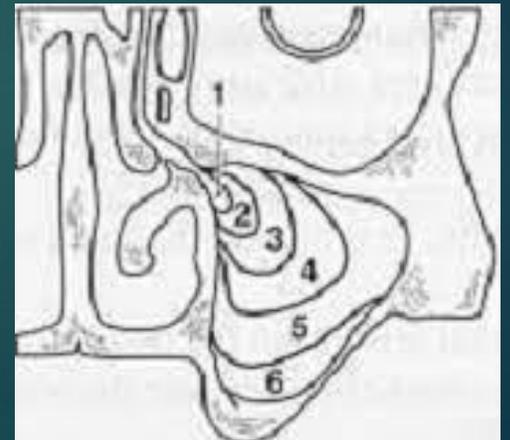
○ Ethmoïde :

- présent dès la naissance
- les cellules vont se développer en taille et les cloisons s'ossifier jusqu'à 12 ans



○ Maxillaire :

- présent dès la naissance
- Jusqu'à environ 5 ans, communication ++ avec FN, d'où le terme rhinosinusite
- Véritable pathologie maxillaire plutôt après l'âge de 8 ans



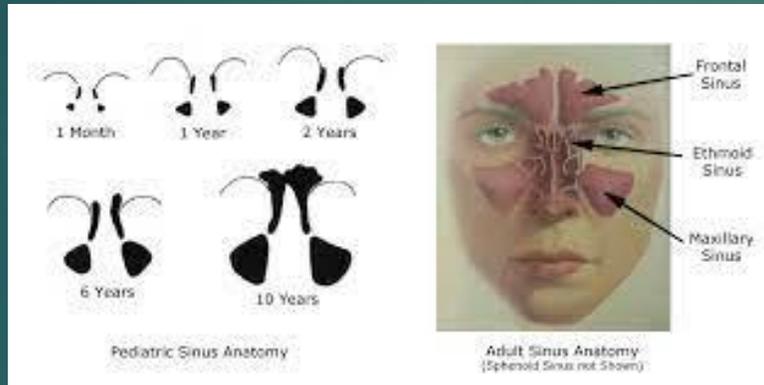
Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

▪ Développement des sinus

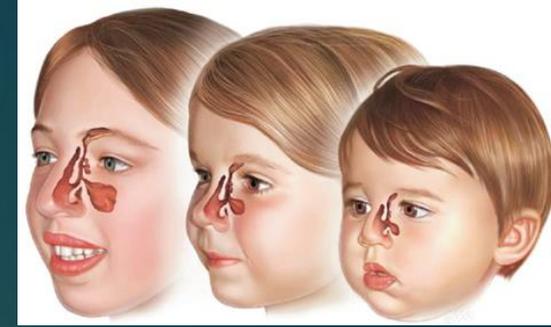
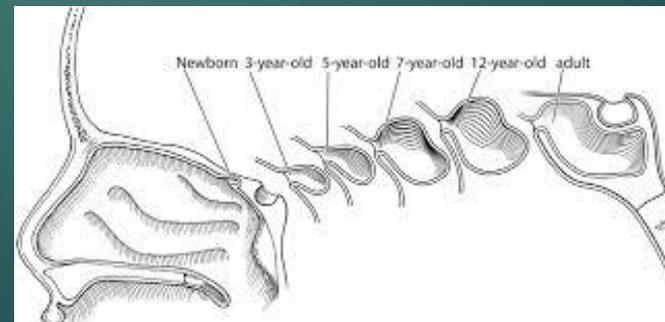
○ Frontal :

- Se développe à partir de E antérieur, on commence à pouvoir le distinguer du complexe ethmoïdien à partir de 6 ans
- Sur le plan pathologique, il ne s'exprime pas vraiment avant l'âge de 9 ans



○ Sphénoïde :

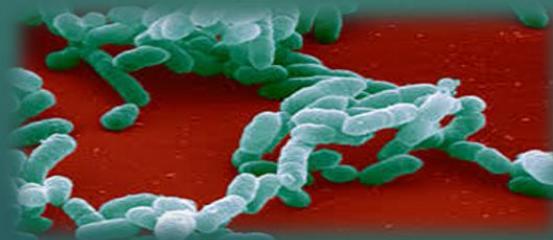
- N'existe virtuellement pas à la naissance
- Pneumatisation bien visible au CT à 9 ans



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

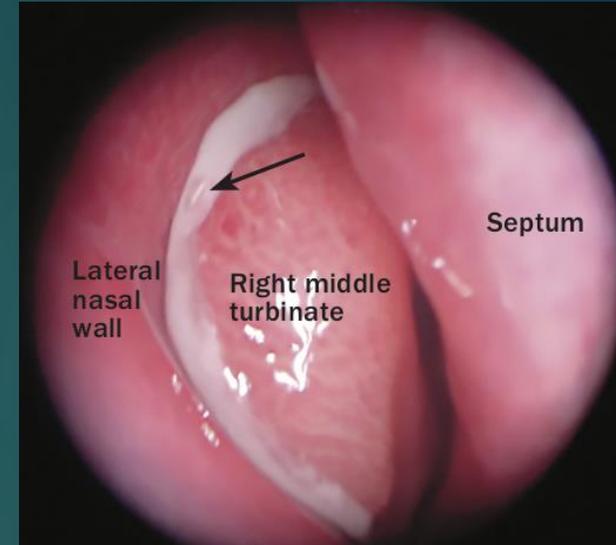
- Théoriquement pas de pathologie maxillaire avant 6-7 ans ni frontale ou sphénoïdale avant 8-9 ans
- Avant ces âges, seul l'ethmoïdite se rencontre couramment
- Pic de fréquence en hiver et au printemps
- Germes :
 - Virus : rhinovirus, coronavirus, coxackies, RSV, adenovirus...
 - Aérobes : *S. doré*, Streptocoques (*pneumoniae*, *pyogène*, *milleri*), H influenza, *Moraxella Catharalis*
 - Anaérobies



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

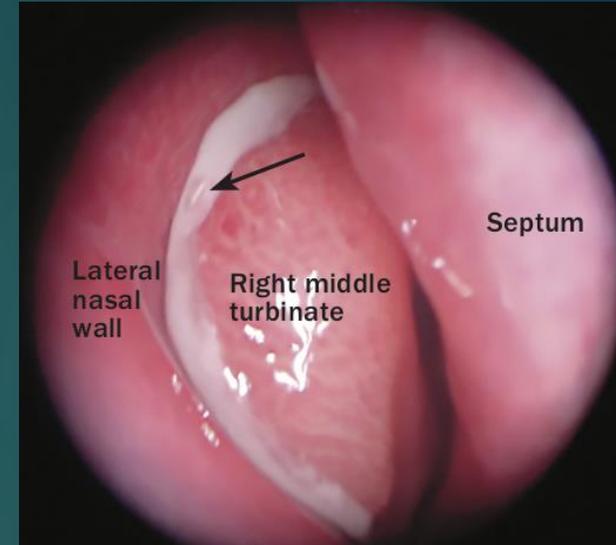
- Clinique : survenue brutale d'au moins 2 symptômes parmi : ON, Rhinorrhée antérieure ou postérieure, pesanteur/douleur faciale en fonction des sinus atteints , trouble de l'odorat
- Font souvent suite à un rhume banal, les symptômes persistent au-delà de 7-10 jours et peuvent se prolonger jusqu'à 30 jours
- Pas de place pour l'imagerie dans la rhinosinusite aiguë en dehors de suspicion de complication => CT sinus injecté



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

- Suspicion d'origine bactérienne :
 - Caractère unilatéral
 - Durée de plus de 10 jours, maladie biphasique
 - Température élevée (>38°)
 - Douleur sévère
 - Rhinorrhée antérieure ou postérieure purulente
 - Biologie inflammatoire : CRP, VS, neutrophilie (peu discriminant)



Rhinites et rhinosinusites aiguës

➤ Rhinosinusites

▪ Ethmoïdite

- Clinique un peu trop bruyante avec forte fièvre et enfant abattu
- Oedème de la région canthale interne et de la paupière supérieure et/ou inférieure
- Absence de pus au niveau conjonctival (diagnostic différentiel : conjonctivite, dacryocystite)
- Pression de l'angle interne de l'oeil douloureuse
- Complications :
 - ❖ Cellulite et abcès orbitaire : !! exophtalmie, diplopie, ophtalmoplégie, diminution de l'acuité visuelle, douleur à la mobilisation oculaire
 - ❖ Complications endocrâniennes : méningite, empyème, abcès



Rhinites et rhinosinusites aiguës

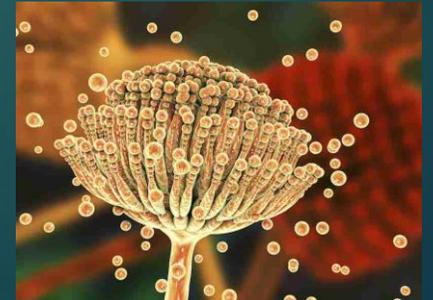
➤ Rhinosinusites

▪ Prise en charge

- Traitement symptomatique : paracétamol, AINS, lavage de nez, décongestionnants
- Corticoïdes topiques
- Vitamine C, Zinc...
- AB en cas de suspicion d'origine bactérienne (choix de l'AB similaire à l'OMA)
- En cas de complication : hospitalisation, AB IV, prise en charge multidisciplinaire, chirurgie en cas d'abcès orbitaire ou d'atteinte endocrânienne (abords endoscopiques purs ou voie externe combinée)

Rhinite allergique

- 25-30 % de la population dans nos contrées
- Classification actuelle :
 - Intermittente : < 4 j/semaine et < 4 semaines consécutives
 - Persistante : > 4 j/semaine ou > 4 semaines consécutives
 - Rhinite légère / modérée / sévère en fonction du retentissement sur le sommeil et les activités.
- réaction IgE médiée
- Principaux allergènes : acariens, animaux domestiques, pollens d'arbres ou de graminées et moisissures



Rhinite allergique

➤ Clinique :

- Éternuements
- rhinorrhée plutôt aqueuse
- Obstruction nasale
- Se complique fréquemment d'infections ORL à répétition
- Comorbidités : croutes de lait dans la petite enfance, eczéma, conjonctivite, asthme, 50 % d'évolution vers la sinusite chronique à l'âge adulte

➤ Diagnostic :

- Anamnèse : ATCD familiaux, survenue des symptômes (saisonnalité, cadre de vie, contact d'animaux...)
- Tests allergiques cutanés
- Tests sanguins : éosinophilie , IgE totales, IgE spécifiques
- Tests de provocation nasale (peu d'implication en pratique clinique)



Rhinite allergique

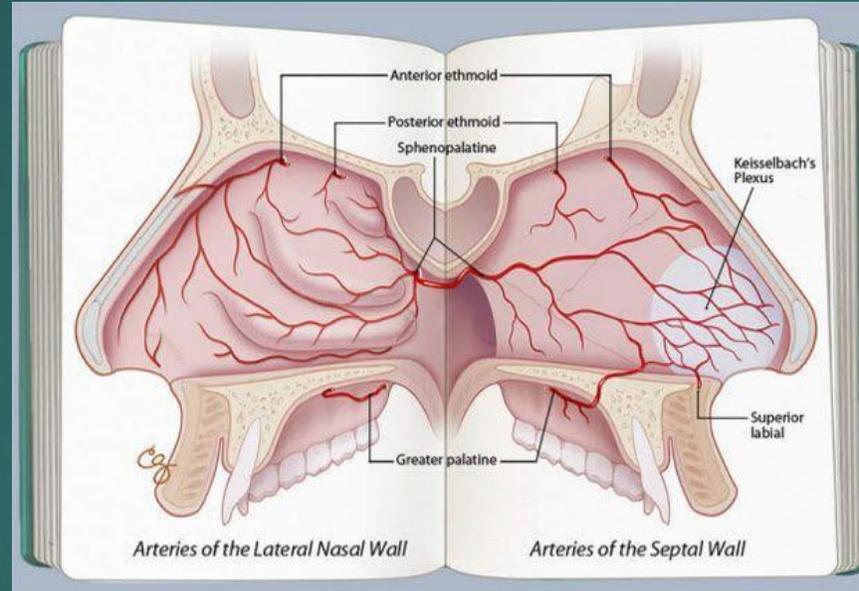
➤ Traitements :

- Éviction si possible, lavage de nez
- Sur le plan médicamenteux, la première ligne reste les anti-H1 et les corticoïdes topiques
- Chromoglycates (intranasal et/ou collyre)
- Anti leucotriènes (Montélukast) !! **E2 neuropsychotropes surtout chez l'adolescent**
- Désensibilisation :
 - Nécessite un diagnostic précis
 - Préviendrait l'apparition de nouvelles sensibilisation et l'évolution vers l'asthme
 - Coût ++ pour le patient en Belgique



Épistaxis

- Riche vascularisation des fosses nasales issue des carotides interne et externes qui s'anastomosent principalement au niveau de la tache de Kiesselbach (tache vasculaire) dans la partie antérieure du septum



- Habituellement bénigne, inquiétante pour l'entourage en raison de son caractère récidivant



Épistaxis



➤ Facteurs favorisants chez l'enfant:

- grattage
- Inflammation nasale
- L'interrogatoire recherche toutefois la prise de médicaments (aspirine...), les troubles de coagulation, les antécédents familiaux (hémophilie, télangiectasie hémorragique héréditaire...)

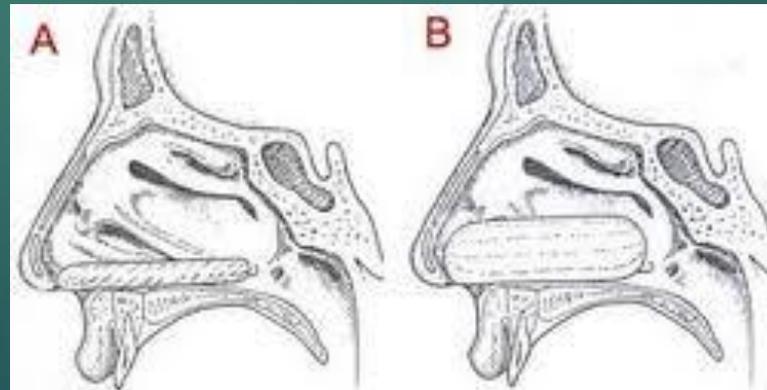
➤ Prise en charge des ectasies vasculaires de la tache de Kiesselbach

- Pommades cicatrisantes en cas de croûtes
- Cautérisation chimique (AgNO_3) ou électrique

Épistaxis

➤ Prise en charge du saignement en aigu :

- Tête penchée vers l'avant
- Compression bidigitale
- Mouchage pour évacuer les caillots
- Glace (cold pack) sur le front ou dans la nuque
- Ouate hémostatique
- En cas d'échec, prise en charge en hospitalier : endoscopie nasale (localisation du saignement), cautérisation chimique ou électrique, tamponnement nasal



Laryngologie

larynx



the larynx

Laryngites

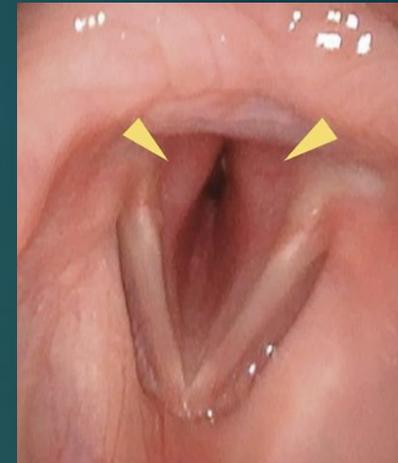
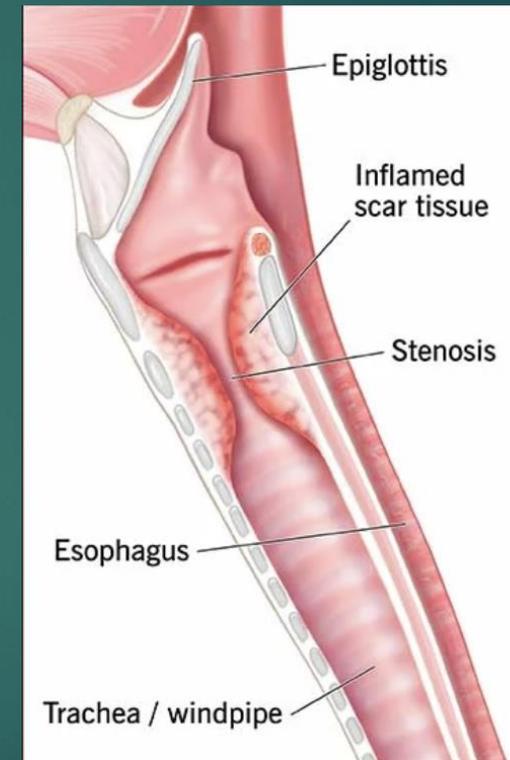
- Risque de dyspnée :
 - Tissus sous-muqueux laryngé lâche => propice à la constitution rapide d'un œdème obstructif
 - Plus l'installation du rétrécissement est rapide, moins bonne est la tolérance
 - étroitesse de la lumière laryngée chez l'enfant

- Signes de sévérité d'une dyspnée laryngée :
 - > 1 h
 - Signes d'hypercapnie : sueurs, agitation, trouble de la conscience, tachycardie, HTA
 - Signes d'hypoxie : pâleur, cyanose
 - Trouble du rythme respiratoire
 - Tachypnée et diminution du tirage = **épuisement !!**
 - Irrégularité respiratoire (gasp) et soubresauts

Laryngites

➤ Laryngite sous-glottique aiguë

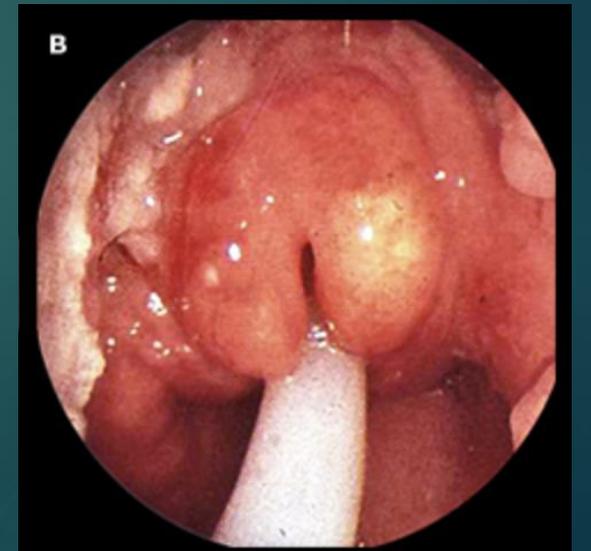
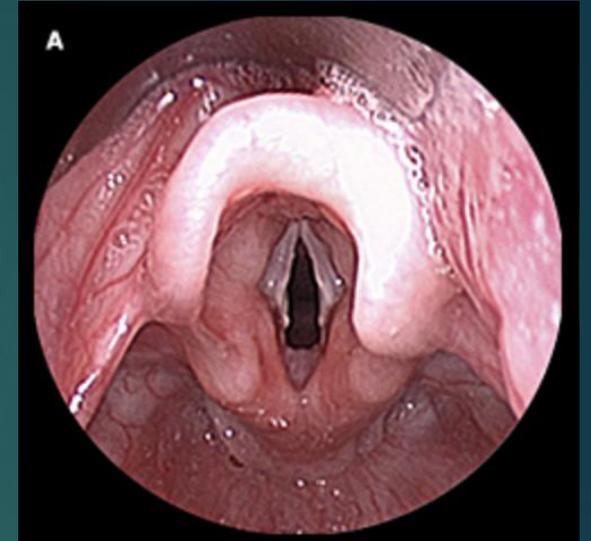
- Sous-glotte = région la plus étroite, non extensible (cricoïde)
- Pic de fréquence 1-3 ans, **avant 6 mois** suspect d'une pathologie laryngée sous-jacente
- Virales, souvent au décours d'une rhynopharyngite
- Clinique :
 - Installation rapidement progressive
 - Fièvre peu élevée
 - Bradypnée et tirage surtout sus-sternal
 - Toux rauque
 - voix normale ou rauque
- Traitement
 - Aérosols d'adrénaline (5 mg, peut être répéter après 30' max 6 X/j)
 - Corticoïde en aérosol ou par voie générale
 - Hospitalisation si enfant instable ou ne répond pas au traitement
 - ! Parfois intubation urgente



Laryngites

➤ Épiglottites

- Infection grave due le plus fréquemment à H Influenzae type b
- Rare depuis vaccination
- Pic de fréquence 2-3 ans
- Clinique :
 - Bradypnée inspiratoire, installation rapide
 - Fièvre élevée, AEG, enfant prostré
 - Dyspnée ++, position assise tête en avant, bouche ouverte, sialorrhée, voix étouffée
 - Prise en charge **urgente**
 - Naso-fibroscopie en milieu hospitalier avec équipe de réanimation
 - R/ Aérosols corticostéroïdes, adrénaline, corticoïdes per os, antibiothérapie
 - Si intubation => anesthésistes/réanimateurs pédiatriques



Topic sur l'adénotonsillectomie



Indications d'amygdalectomie

➤ Anomalies respiratoires du sommeil – SAOS

- HAVA = un des premiers facteurs de risque de SAOS chez l'enfant

- **Enfants ≠ Adultes**

- Symptomatologie

- ❖ *Nocturne* : Ronflement, respiration buccale, sudation, sommeil agité, réveils nocturne, position de la tête en hyperextension, énurésie (suspect si secondaire)
 - ❖ *Diurne* : somnolence rare, hyperactivité, irritabilité, troubles de l'attention/concentration, problèmes scolaire, retard de croissance
 - ❖ Retentissements cardio-pulmonaires sévères tel coeur pulmonaire chronique, HTAP, décompensation cardiaque sont plus exceptionnels que chez l'adulte

- Critères polysomnographiques :

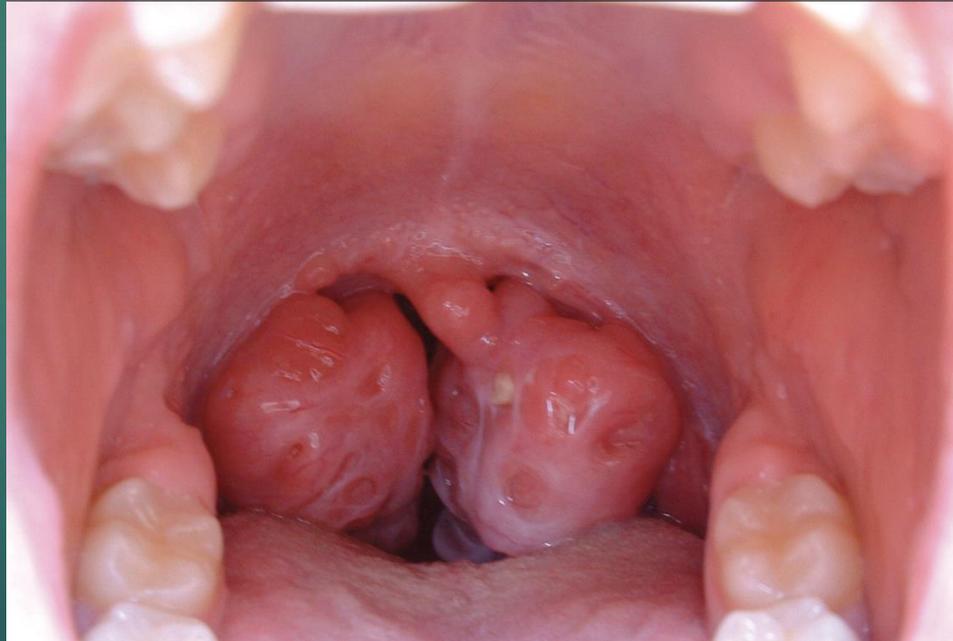
- ❖ IAH entre 1.5 et 5/h = SAOS modéré
 - ❖ IAH > 5/h = SAOS sévère

- Prise en charge généralement chirurgicale avant d'envisager une cPAP



Indications d'amygdalectomie

- Anomalies respiratoires du sommeil – SAOS
 - Profil à haut risque de complications respiratoires postop
 - Age < 2 ans
 - Anomalies craniofaciales
 - Retard de croissance
 - Hypotonie globale
 - Obésité morbide
 - Cœur pulmonaire



Indications d'amygdalectomie

➤ Angines à répétition

▪ Amygdalites aiguës

○ Agents pathogènes

❖ Virus (60-80 %)

❖ Streptococcus A β hémolytic :

✓ 25 - 40% chez l'enfants

✓ Pic d'incidence > 7 - 10 ans

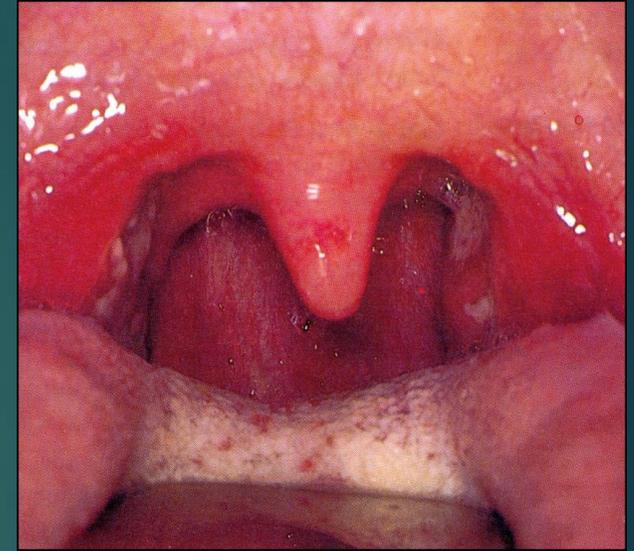
❖ Autres germes fréquemment rencontrés : Str. Groupes C,D,F β hémolytic, H.influenza, S. aureus, Str. Pneumoniae

▪ Place des AB dans l'amygdalite aiguë :

❖ Patients à risques (immunodépression, onco, ATCD de RAA, valvulopathie, chirurgie prothétique récente)

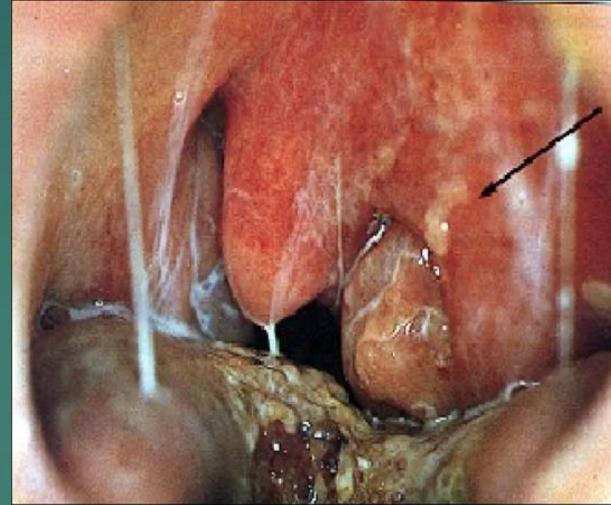
❖ Angines compliquées

❖ Choix de l'AB similaire OMA



Indications d'amygdalectomie

- Angines à répétition
 - Complications locales des amygdalites aiguës
 - **Abcès para-amygdaliens**
 - **Abcès rétropharyngiens**
 - **Adénites cervicales suppuratives**
 - Otites moyenne aiguës
 - Sinusites



Indications d'amygdalectomie

➤ Angines à répétition

▪ Chirurgie indiquée si le nombre d'infections :

- ≥ 7 /an 1 an
- ≥ 5 /an 2 ans
- ≥ 3 /an 3 ans

▪ Exceptions :

- Amygdalite compliquée d'abcès amygdalien
 - ❖ Taux de récurrence 10 à 15 %
 - ❖ Chirurgie indiquée après une récurrence
- PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis)
- ATCD de RAA
- multiples allergies aux AB
- Convulsions hyperthermiques

Indications d'amygdalectomies

➤ Autres indications :

- Asymétrie amygdalienne : !! Pathologie maligne, surtout si d'apparition récente
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du langage (rhinophonie, "voix de patate chaude")
- Peu d'études
- Peser l'indication au cas par cas

Indications d'amygdalectomies

➤ Complications de la chirurgie :

▪ Hémorragie

- Entre 4 et 5 %
- Primaires (24h) ou secondaire (pic de fréquence 7 à 10 j postop)
- Saignement massif rare et souvent précédé de saignement(s) mineur(s)
- Ne jamais banaliser

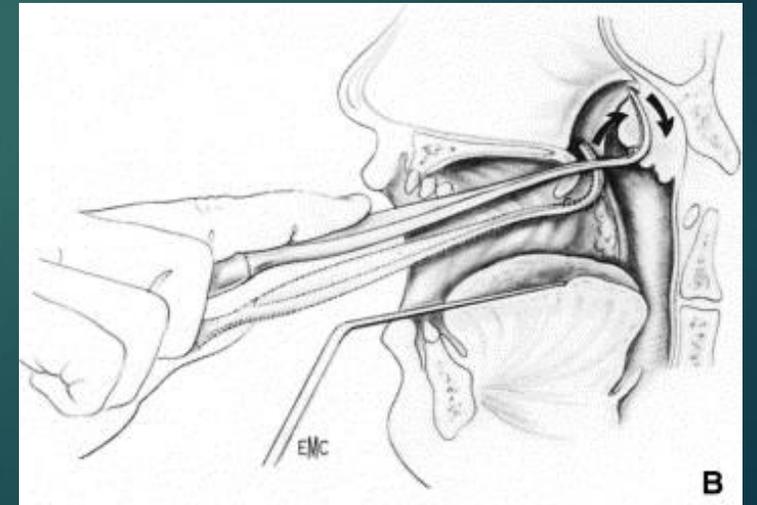
▪ Douleur

- Quasi constante
- De modérée à sévère
- Augmentation sur les 48 premières heures
- Durée moyenne de 7 à 10 jours
- Traitement antalgique systématique durant la première semaine



Indications d'adénoïdectomie

- Hypertrophie des VA entraînant une obstruction nasale chronique ou des rhinosinusites à répétition (malgré le traitement de pathologie sous-jacente)
- SAOS : Hypertrophie isolée de VA plutôt chez le tout petit
- OSM :
 - En association avec la mise en place de DTT
 - Si hypertrophie des VA
- Peu de complications (hémorragies, insuffisance vélaire, lésion de la TE...)



Laryngites

➤ Diagnostic topographique de l'obstacle

- Type de dyspnée
 - inspiratoire évoque un obstacle entre les fosses nasales et la trachée cervicale
 - expiratoire oriente un obstacle de la trachée thoracique ou des bronches
 - 2 temps évoque un obstacle trachéale ou un rétrécissement sous-glottique très serré
- Qualité du bruit respiratoire :
 - Ronflement obstacle nasal ou pharyngé
 - Stridor (son aigu) obstacle laryngé
 - Cornage (son grave) obstacle souvent trachéal mais parfois laryngé
- Tirage toujours sous-jacent à l'obstacle
 - sous-mandibulaire = origine nasal ou pharyngé
 - Autre zones de tirage : sus-sternale, sus-claviculaire, intercostale et xiphoïdienne
- Dysphonie = plan glottique
- Hypersialorrhée = carrefour pharyngolaryngé

