

Infections ORL de l'enfant

Dr GIRARDIN Marie-Laure
Praticienne Hospitalière Contractuelle
Réanimation pédiatrique polyvalente
Référente en infectiologie pédiatrique
Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

Sommaire

Généralités / Enjeux

Cas clinique

Infections des voies respiratoires hautes :

- Rhinopharyngites
- Angines
- Otites
- Sinusites
- Laryngites
- Adénites

Infections ORL sévères :

- Abscess périamygdalien / rétropharyngé / parapharyngé
- Ethmoïdite
- Mastoïdite
- Epiglottites

Conclusion

Références

GENERALITES / ENJEUX

- Les plus **fréquentes** des infections de l'enfant

- **VIRALES** +++++

BACTERIENNE à guérison spontanée

- **PAS D'ANTIBIOTHERAPIE INUTILE** +++

- **SI ANTI-BIOTHERAPIE : LA BONNE MOLECULE** +++

-  **FORMES GRAVES** à ne pas louper



CAS CLINIQUE

Emile 3 ans, 15kg

Cs pour **fièvre** avec **rhinorrhée** purulente depuis **24h**, 4 jours après la rentrée scolaire

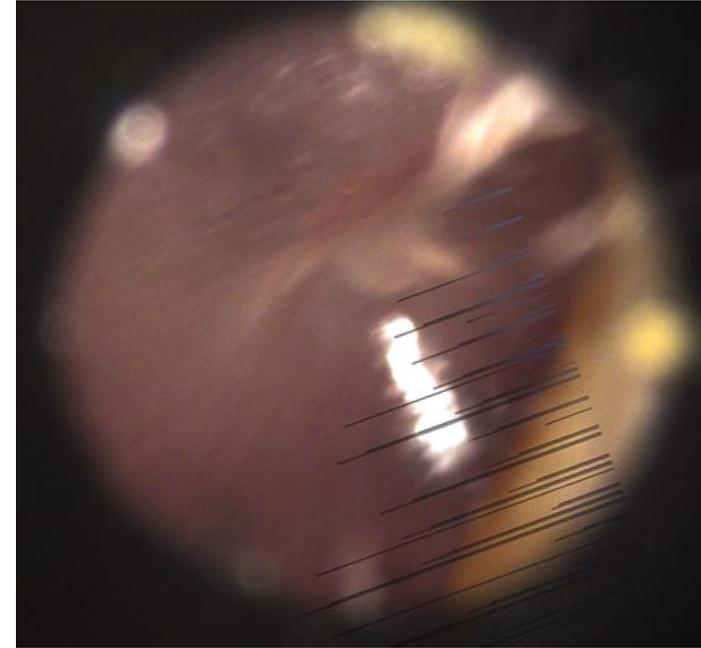
Pas d'antécédent / Vaccins à jour / bonne courbe staturopondérale

T 38°C, **bon état général**, FC 100bpm, TA 80/50mmHg, TRC <3sec

Alimentation conservée, pas d'odynophagie, pas de retentissement respiratoire, bonne perfusion périphérique

Palpation de quelques adénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales

Pas d'éruption cutanée



-> **Rhinopharyngite**

- Pas d'antibiothérapie +++
- Traitement symptomatique
- Consignes de surveillance / motif de nouvelle consultation +++
- Mot dans le carnet de santé



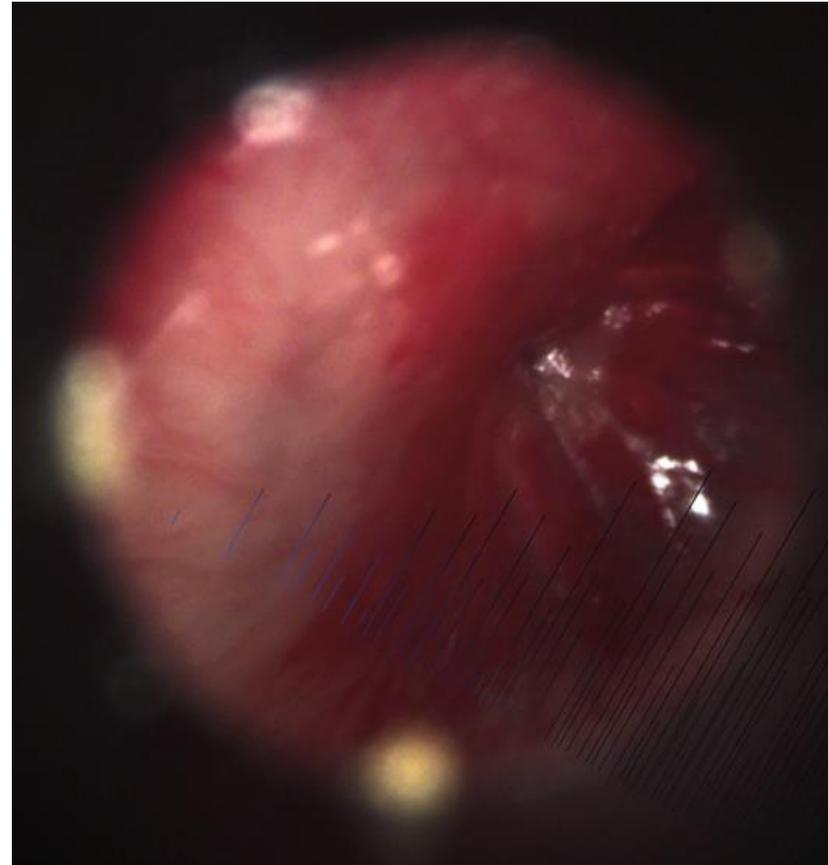
Cs 48H plus tard pour **persistance de la fièvre et otalgie** intense

Etat général conservé, T° 38,5°C, bien tolérée

Persistance de la rhinorrhée, pas d'otorrhée constatée, pas de conjonctivite

-> **OMA purulente + otalgie intense**

- Amoxicilline 80 à 100mg/kg/j en 2 prises/j pendant 5 jours



INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES

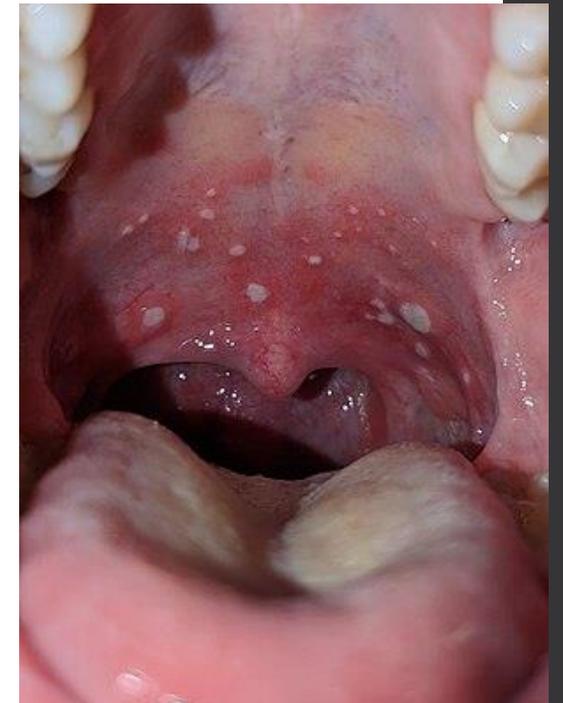
RHINOPHARYNGITE

- La plus **fréquente** ++
- **VIRUS** : rhinovirus, coronavirus, VRS, influenza virus et parainfluenza virus
- **Bénigne** / pas de signe de gravité
- Attention au **nouveaux-nés** / gêne respiratoire
- Traitement **symptomatique** :
 - Lavage de nez
 - Antipyrétique : paracétamol
- Consignes de surveillance / **explications aux parents** +++



ANGINES

- **Virales +++** : adénovirus, influenza virus et parainfluenza virus, VRS, entérovirus, EBV...
- Bactériennes : **streptocoque du groupe A**
- Diagnostic **clinique** : hypertrophie amygdalienne / fièvre / odynophagie
- 4 formes anatomocliniques :
 - **érythémateuses ou érythématopultacées**
 - pseudo-membraneuses (MNI / Diphtérie)
 - vésiculeuses (HSV / entérovirus)
 - ulcéronécrotiques bactériennes (hémopathie)
- **TDR streptocoque du groupe A > 3 ans**
Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 6j
Eviction de la collectivité d'enfants indiquée jusqu'à 48h
- Traitement symptomatique



OTITES

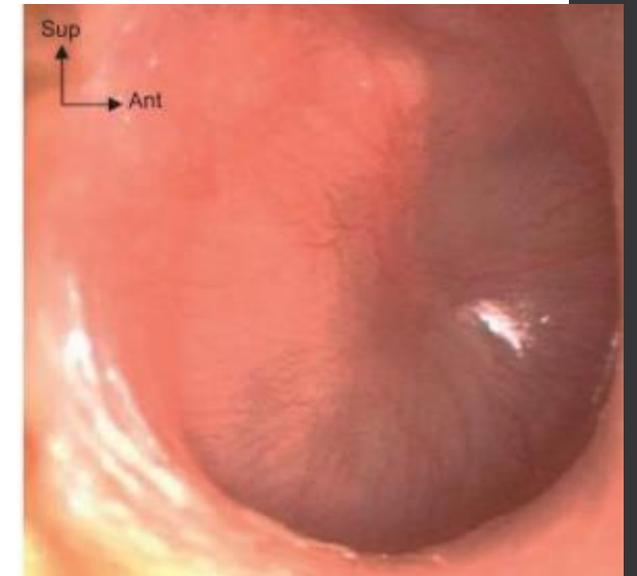
- Otites **congestives** et **séro-muqueuses**
-> **Pas d'antibiothérapie ++**

- **OMA purulente**

- Otalgie + fièvre
- **Pneumocoque** et **Haemophilus influenzae** (SGA/m.catarrhalis)
- **Antibiothérapie** si < 2ans
ou > 2ans et sévère (otalgie intense / fièvre élevée /
symptômes persistants >48h /otorrhée)
- **Amoxicilline** 80 à 100mg/kg/j en 2 doses
- Durée : **5j** si > 2ans / **10j** si < 2ans / récidivante / otorrhée

- Syndrome **otite –conjonctivite** :

- Haemophilus influenzae
- Antibiothérapie par **Amox** ou **Amox + acide clavulanique**
- Durée idem OMA seule



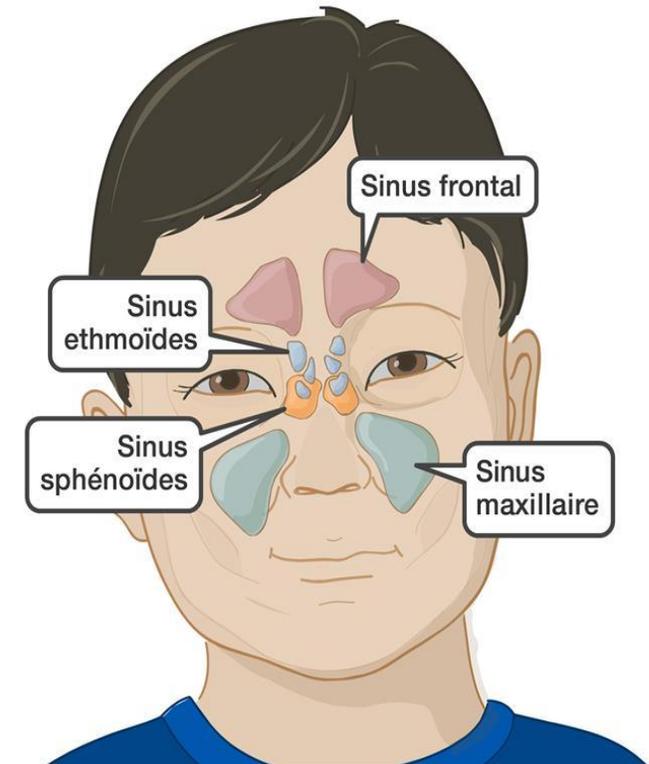
SINUSITES

- Sinusites frontales ou rhinosinusite maxillaires (> 3ans

- Cibles : **Pneumocoque** et **Haemophilus influenzae** (m.catarrhalis)
- Antibiothérapie si frontale ou maxillaire sévère (fièvre élevée / céphalées / rhinorrhée purulente > 3-4j) ou FDR (asthme / cardiopathie / drépanocytose)
 - +/- si rhinosinusite maxillaire subaiguë (>10j)
- **Amoxicilline** 80 à 100mg/kg/j en 2 doses
- Durée : **10j**

- Ethmoïdite :

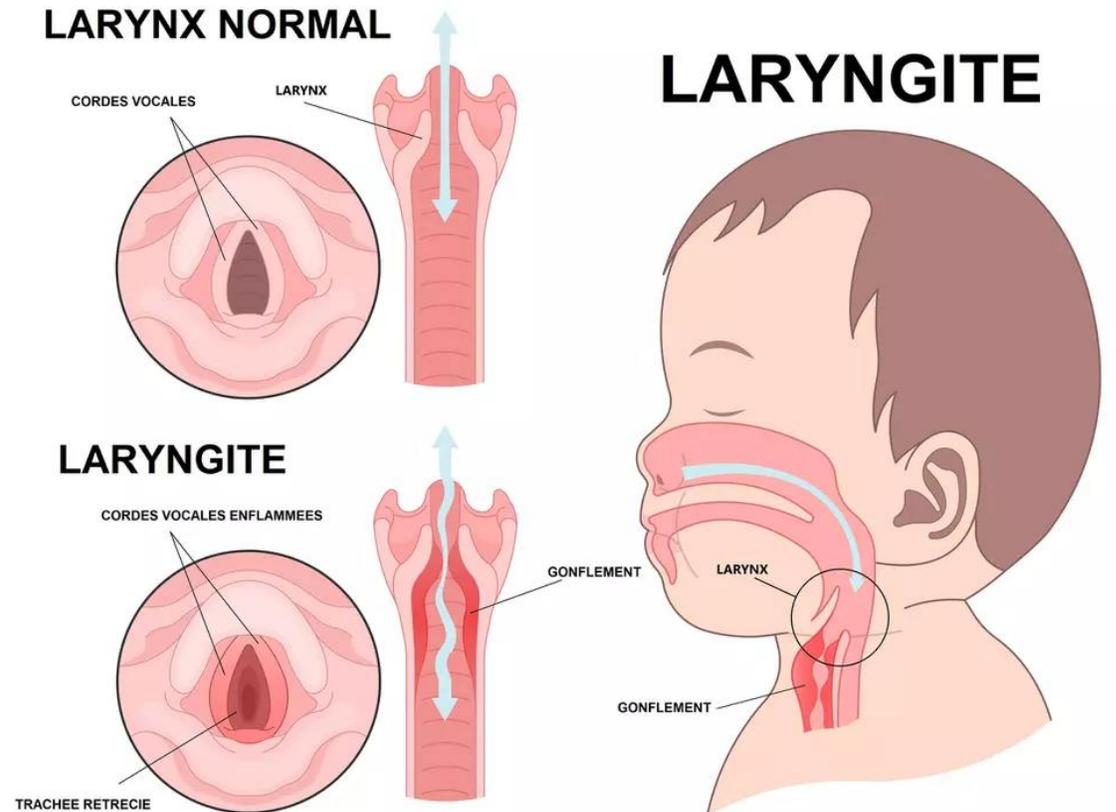
- **Préseptale** : fièvre modérée, œdème palpébral unilatéral douloureux, débutant au niveau de la paupière supérieure et de l'angle interne de l'œil ; sans conjonctivite associée ; avec bonne ouverture spontanée des paupières.
- **Amoxicilline + acide clavulanique PO** 80mg/kg/j en 3 prises pdt 10j
- **Forme collectée** : cf infections sévères



sinus ethmoïdal : premiers mois de vie
sinus maxillaire : 3–4 ans
sinus frontal : 5–10 ans
sinus sphénoïdal : 10–15 ans

LARYNGITES

- **VIRALES +++**
- 1 à 3 ans
Toux rauque / cornage / dyspnée laryngée
-> DRA avec SDL hauts / > nocturnes
Fièvre parfois peu élevée
- **Corticothérapie PO 1 à 3j** si forme simple
- **Aérosols cortico et/ou adrénaline** si SDL
- Attention **diagnostics différentiels**
 - <6 mois / récidivantes : avis ORL
 - Angiome sous glottique
 - anaphylaxie



ADENITES AIGUËS

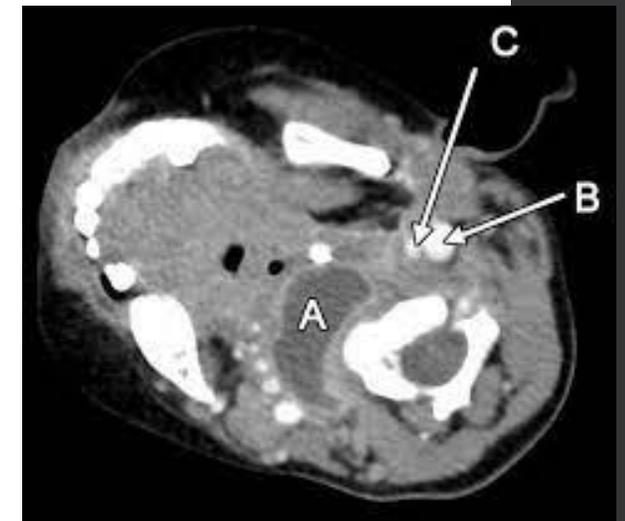
- Contexte d'**infection ORL** récente / recherche porte d'entrée
- Pas de signe de gravité clinique / pas de torticolis
- Cibles : **SGA** et **SAMS**
- Intérêt du **TDR SGA** :
 - Si + : **Amoxicilline** PO 50mg/kg/j en 2 prises
 - Si - : **Amoxicilline + acide clavulanique** PO 80mg/kg/j en 3 prises
 - Durée : **10j**
- Signes de gravités : **IDEM** abcès



INFECTIONS ORL SEVERES

ABCÈS rétropharyngés et parapharyngés

- **Complication** d'une **angine** le plus souvent
- Fièvre / **Torticolis** / Trismus / Odynophagie sévère
- **Dévi**ation de la **l**uette -> périamygdalien
- **Signes de lutte respiratoire** -> para ou rétropharyngé
- Rechercher **signes de gravité +++**
- **Hospitalisation** pour antibiothérapie IV +/- ponction
- Antibiothérapie :
Cibles : SGA, SAMS, pneumocoque, fusobacterium sp, bactéroïdes sp
Amoxicilline + acide clavulanique IV 150 mg/kg/j en 3 fois



ETHMOÏDITE

- Fièvre / rhinorrhée unilatérale purulente / œdème palpébrale / début coin interne de l'œil / aggravation rapide

- Classification de **Chandler ++**

Classification de Chandler	Localisation anatomique	Clinique
Stade 1	Cellulite préseptale	Œdème palpébral isolé
Stade 2	Cellulite orbitaire	Chémose, exophtalmie réductible
Stade 3	Abcès sous périoste	Baisse de l'acuité visuelle Exophtalmie non réductible
Stade 4	Abcès orbitaire	Ophtalmoplégie complète Baisse importante de l'acuité visuelle
Stade 5	Thrombose du sinus caverneux	Cécité, atteinte oculaire controlatérale

- **Hospitalisation et avis ophtalmologique**

- Cibles : pneumocoque, H. influenzae, peptostreptococcus, B catarrhales, anaérobies

- **Stade 2 et stade 1 chez NRS < 1ans :**

- **Amoxicilline + acide clavulanique 150mg/kg/j IV en 3 prises**

- **Stade 3 à 5 :**

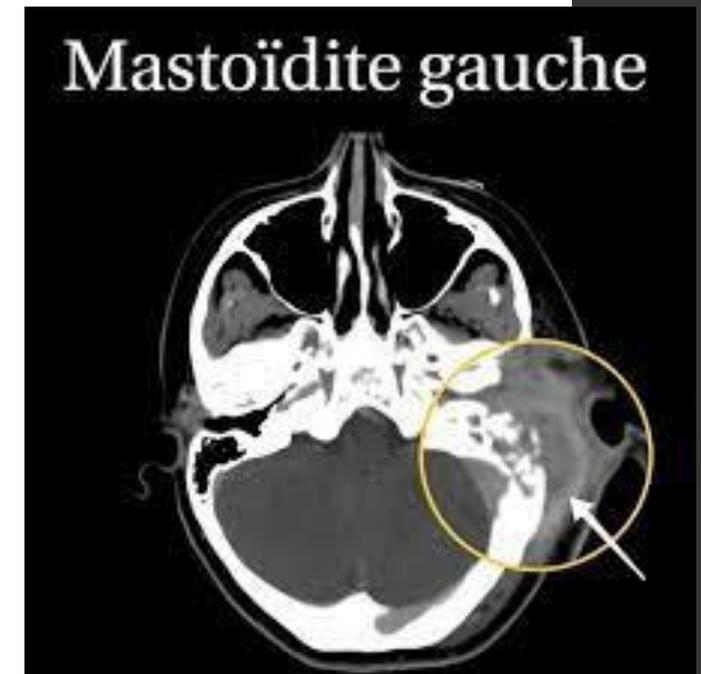
- **Cefotaxime IV 200mg/kg/j en 3 ou 4 prises/j**

- **+ Metronidazole IV 30mg/kg/j en 2 à 3 prises/j**



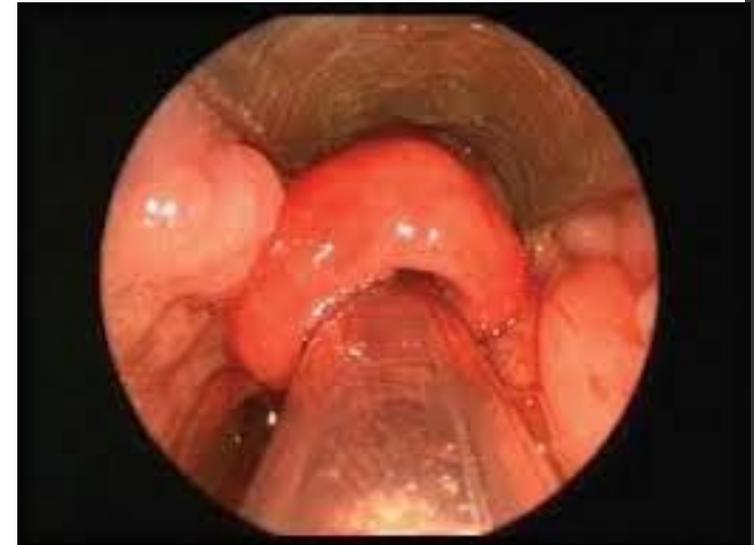
MASTOÏDITE AIGUE

- Complication d'une OMA
- Rougeur rétro-auriculaire, **décollement du pavillon auriculaire**, comblement du sillon rétro-auriculaire.
- **Formes simples :**
 - Cibles : pneumocoque et SGA
 - **Amoxicilline IV** 150 à 200mg/kg/j en 3 prises
- **Formes trainantes > 5j :**
 - Cibles : pneumocoque et SGA et fusobactérium
 - **Amoxicilline + acide clavulanique IV** 150 mg/kg/j en 3 prises
- **Formes compliquées :** collection sous-cutanée, empyème méningé, méningite, thrombophlébite cérébrale, sepsis, arthrite de l'ATM :
 - **Cefotaxime IV** 200mg/kg/j en 3 ou 4 prises/j
 - **+ Metronidazole IV** 30mg/kg/j en 2 à 3 prises/j



EPIGLOTTITES

- **Rare** mais grave ++
- Tableau ORL **sévère++** : forte fièvre / dysphagie / **hypersialorrhée** / asphyxie / **position assise**
- Cibles : pneumocoque, haemophilus influenzae type b
- Appel du **SAMU** / **hospitalisation en urgence**
- Antibiothérapie : **Céfotaxime** 200 mg/kg/j en 3 à 4 IV
 - Durée : **5 à 7j**

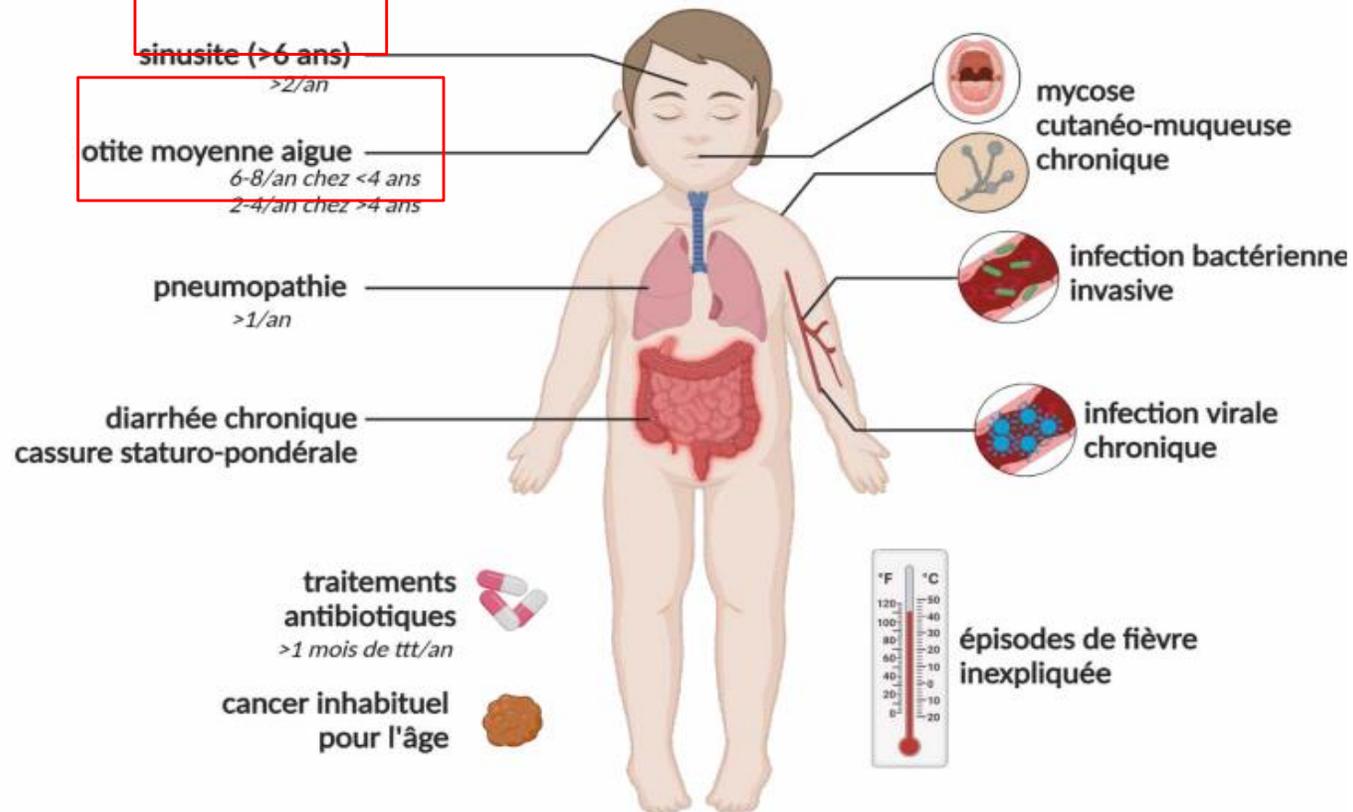


DÉFICIT IMMUNITAIRE

PNDS Deficits immunitaires adultes enfants

SIGNES REVELATEURS DE DIP CHEZ L'ENFANT

- Manifestations auto-immunes ou granulomateuses
- ATCD familial de DIP



CONCLUSION :

- Infections ORL de l'enfant = les plus **fréquentes**
- Principales causes de prescription **d'antibiothérapie**
- Tableau le plus souvent **bénin et/ou viral**
- Connaître les **non indications d'antibiothérapie**
- Si antibiothérapie, connaître **cibles bactériennes et R**
- Ne pas méconnaître les **formes sévères** nécessitant le plus souvent hospitalisation et antibiothérapie IV

Références :

- Cohen R, Madhi F, Thollot F, Hau I, Vie le Sage F, Lemaître C, Magendie C, Werner A, Gelbert N, Cohen JF, Couloigner V. Antimicrobial treatment of ENT infections. Infect Dis Now. 2023 Sep 18;53(8S):104785. doi: 10.1016/j.idnow.2023.104785. Epub ahead of print. PMID: 37730165.
- Gauzit R, Castan B, Bonnet E, Bru JP, Cohen R, Diamantis S, et al. Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations. Infect Dis Now 2021;51(2):114-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001>
- Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie GPIP, Archives de Pédiatrie juin 2016
- <https://www.activ-france.com/fr>
- Trousseau de poche
- [pnds_di_web_2023.pdf \(has-sante.fr\)](#)