

**UNIVERSITE DE TLEMCCEN**

**5<sup>ème</sup> ANNEE MEDECINE**

**MODULE DE PEDIATRIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 /2017**

## **LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES HAUTES**

- 1. RHINOPHARYNGITE AIGUES**
- 2. ANGINES AIGUES**
- 3. LARYNGITES AIGUES**
- 4. SINUSITES AIGUES**
- 5. OTITES MOYENNES AIGUES**

**Dr A. KADDOUR**

Dr A. KADDOUR  
PEDIATRIE  
Maitre Assistant  
UNIVERSITE TLEMCCEN

## **LA RHINOPHARYNGITE AIGUE**

### **DEFINITION :**

Atteinte inflammatoire d'origine virale de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale, elle associe une rhinorrhée, fièvre et toux.

C'est la forme la plus bénigne et la plus commune des infections des voies aériennes supérieures (VAS) du nourrisson et de l'enfant.

### **EXAMEN CLINIQUE :**

-fièvre souvent modérée (38°-39°)

-rhinorrhée muqueuse ou muco-purulente bilatérale

-Toux et signes digestifs (vomissements, diarrhées).

### **CLASSIFICATION :**

#### **RHINOPHARYNGITE AIGUE NON COMPLIQUEE :**

La fièvre élevée dépasse rarement 04 jours, rhinorrhée et la toux durant jusqu'à 10 jours; l'évolution vers la rhinorrhée d'aspect purulente est habituelle.

#### **RHINOPHARYNGITE AIGUE COMPLIQUEE :**

Persistance de la température au-delà de 04 jours ou réascension de la fièvre

Otite moyenne aigue, pneumonie ou rarement une sinusite (éthmoidite).

#### **RHINOPHARYNGITE RECIDIVANTES :**

Selon l'OMS un enfant peut faire en moyenne de 06 à 08 épisodes d'infections respiratoires aiguës hautes, au-delà de cette fréquence il faut rechercher une hypertrophie des végétations adénoïdes, terrain atopique ou carence martiale.

### **TRAITEMENT :**

Le traitement est symptomatique, d'où l'intérêt de rassurer les parents sur la nature bénigne de l'affection.

-lavage quotidien fréquent des fosses nasales au sérum physiologique et aspiration des sécrétions avec un mouche bébé.

-lutter contre la fièvre par les moyens physiques et chimiques (PARACETAMOL) , les ATB ne sont pas indiqués , les AINS sont inutiles voir nocifs , pas de sirop contre la toux.

## LES ANGINES

l'inflammation aiguë des amygdales palatines dont l'origine virale est retrouvée dans 50-90% des cas .l'impact économique et écologique d'une telle prescription d'antibiotiques justifie d'en discuter le caractère systématique, alors le principal agent bactérien ( SBHA) n'est retrouvé que dans 20% des cas tous âge confondus .la classification repose essentiellement sur l'analyse de l'aspect clinique qui permet de distinguer les angines érythémateuses et érythémato-pultacées , les angines pseudomembraneuses , ulcéro-nécrotiques et vésiculeuses.

### ANGINES ERYTHEMATEUSES ET ERYTHEMATO-PULTACEES :

Le diagnostic est souvent facile devant une dysphagie fébrile, parfois associée :douleurs abdominale, éruptions , céphalées .

Les angines érythémateuses (angines rouges) sont caractérisées par un aspect rouge vif de la muqueuse oropharyngée , avec des amygdales tuméfiées , parfois un œdème des piliers , du voile et de la luvette.

Les angines érythémato-pultacées (angines blanches) sont caractérisées outre l'aspect inflammatoire de la muqueuse , par un enduit blanchâtre punctiforme ou confluant sur les amygdales , facile à décoller à l'abaisse-langue.

On considère que le risque de faire une première poussée de (RAA) après une angine est de 1 à 3%.

Il existe deux techniques qui permettent de confirmer la présence de (SBHA) sur un prélèvement pharyngé : le test de diagnostic rapide (TDR) et la mise en culture d'un prélèvement pharyngé.

Le traitement : selon l'âge de l'enfant , on distingue

Enfant < 04 ans :

-angine érythémateuse : ( pas d'antibiotiques )

-angine pultacée : pénicillineV ( 10 jours per os ) ou amoxicilline ( peros 06j)

Enfant > 04 ans : benzatyl-penicilline une injection en IM associée au

pénicilline V ( 10 jours per os ) 50000 à 100000 UI/kg/j en 03 prises si allergie à la pénicilline : Erythromycine 30-50 mg/kg/j pendant 10 jours.

## **ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSE**

### **Mononucléose infectieuse :**

Due au virus Epstein –Barre qui représente la cause la plus fréquente d'angines à fausses membranes.

Accompagnée d'une asthénie et adénopathies diffuses , le MNI-test est positif, on a parfois recours à la sérologie EBV.

L'antibiothérapie n'est pas utile , la corticothérapie par voie générale est indiquée en cas de forme obstructive.

### **Diphthérie :**

Toxi-infection due à corynebacterium diphtheriae , la diphthérie à quasiment disparu avec la vaccination obligatoire .

## **ANGINE ULCERO-NECROTIQUE**

Elles doivent faire évoquer systématiquement une hémopathie et donc réaliser une NFS de principe.

L'angine de VINCENT touche l'adolescent ayant un mauvais état bucco-dentaire , une fausse membrane grisâtre friable , unilatérale est strictement localisée à l'amygdale qui devient par la suite ulcéreuse.

Traitement repose sur la désinfection locale , pénicilline par voie générale et soins dentaires.

## **ANGINES VESICULEUSES :**

Il s'agit le plus souvent d'une extension à l'amygdale d'une stomatite vésiculeuse ( herpès , zona , herpangine, ect..).

## LARYNGITES AIGUES DE L'ENFANT

les laryngites aiguës pédiatriques sont à risque de dyspnée sévère du à l'étranglement de la lumière laryngée sous glottique chez l'enfant

la toux aboyante , modification de la voix et stridor inspiratoire ( dyspnée inspiratoire ) sont les manifestations cliniques habituelles.

### **Laryngite aiguë œdémateuse ( sous glottique ) :**

C'est la forme la plus fréquente dont l'étiologie est essentiellement virale , précédée d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite fébrile.

Le début est progressif en deux à trois jours, la dyspnée s'installe souvent la nuit associée à une toux rauque puis aboyante ; l'évolution est le plus souvent favorable en moins d'une heure sous l'effet du traitement , les récurrences sont possibles.

Traitement : mise en observation , mesures générales , pas d'antibiotiques

DEXAMETHASONE 0,6 mg/en IM à renouveler éventuellement une heure après en cas de persistance de symptômes .

### **LARYNGITE AIGUE SPASMODIQUE ( STRIDULEUSE ) :**

Soudaineté , brièveté et répétition sont les caractéristiques de cette forme , ce qui permet de la différencier aisément de la laryngite aiguë sous glottique qui évolue plus longuement

Les étiologies habituelles sont les viroses et l'allergie , cliniquement des accès de dyspnée laryngée d'apparition brutale sans prodromes et d'évolution rapide avec toux rauque qui dure quelques minutes à quelques heures , peut se répéter dans la même nuit ou au cours des nuits suivantes

Une dose unique de DEXAMETHASONE est le plus souvent suffisante du fait de sa durée d'action prolongée.

## EPIGLOTTITES

il s'agit d'une infection grave dont le germe habituel est Haemophilus influenzae de type b . son incidence a considérablement diminuée depuis l'instauration de la vaccination systématique contre cette bactérie , l'âge de survenue va de 06 mois jusqu'à l'âge adulte , le tableau est celui d'une bradypnée inspiratoire sévère d'installation rapide associée à une fièvre élevée une altération de l'état général et une dysphagie . l'enfant a le teint gris reste assis , penché en avant , bouche ouverte et salve beaucoup . a fin de ne pas provoquer de décompensation respiratoire , il ne faut pas allonger ni pratiquer d'examen endobuccal à l'abaisse langue .

traitement :

- hospitalisation d'urgence
- examen prudent de tout enfant dont la dyspnée laryngée a un caractere postural ( l'enfant dyspneique , fébrile et cherche à éviter la position couchée)
- respecter la position assise : ne pas allonger l'enfant
- corticoide par voie IV : DEXAMETHASONE 0,6 mg/kg à renouveler une heure après.
- antibiotiques : céfotaxime 100 mg/kg/j + centamicine 5mg/kg/j
- faire procéder en urgence à une intubation dans un service de reanimation ou service ORL.

## LES SINUSITES AIGUES

c'est l'inflammation aigue de la muqueuse des sinus de la face, survenant habituellement dans un contexte de rhinopharyngite aigue

le sinus éthmoïdal est présent dès la naissance, il est le seul véritablement individualisé jusqu'à l'âge de 06 ans , en conséquence la seule sinusite vraie observée avant 06 ans est l'éthmoïdite .

après l'âge de 06 ans , le sinus maxillaire est individualisé et on peut observer alors des sinusites maxillaires vraies.

Les germes responsables des sinusites sont les même que ceux responsables de l'otite : hémophilus influenzae , pneumocoque , staphylocoque.

Le diagnostic de sinusite est clinique, la radiographie des sinus de la face n'est pas nécessaire.

### ETHMOIDITE :

C'est une urgence pédiatrique car il existe un risque de survenue de complications graves .

le syndrome infectieux et l'œdème périorbitaire traduisent une cellulite orbitaire. Cette dernière peut être due a une thrombophlébite des veines de drainage ethmoido-orbitaire.

Trois symptômes doivent faire craindre une suppuration intra-orbitaire : la fixité du globe oculaire , mydriase paralytique et anesthésie cornéenne.

Traitement d'une ethoidite : hospitalisation et prescrire une antibiothérapie par voie intraveineuse pendant 15 à 21 jours , puis relais per os.

C3G ( céfotaxime ) 100mg/kg IV en 04 prises + gentamicine 3 à 5 mg/kg/j en IM

En cas d'évolution défavorable avec persistance du tableau infectieux :  
prescrire un traitement antistaphylocoque :

Oxacilline 200 mg/kg/j IV en 04 prises +gentamicine 3 à 5 mg/kg/j IM.

#### SINUSITE MAXILLAIRE :

Le tableau clinique correspond à une rhinopharyngite trainante au delà de 08 jours avec fièvre , rhinorrhée antérieure et /ou postérieure , des céphalées et douleurs faciales.

Traitement : antibiothérapie per os

En première intention : amoxicilline 80mg/kg/j en 03 prises pendant 10 jours

En deuxième intention : amoxicilline-acide clavulanique : 80mg/kg/j en 03 prises et pendant 10 jours.

## OTITES MOYENNES AIGUES :

### DEFINITION :

L'OMA est une inflammation de l'oreille moyenne accompagnée habituellement d'un épanchement purulent , elle se manifeste par otalgie , fièvre et irritabilité

L'OMA est fréquente surtout chez le nourrisson et le jeune enfant , les germes responsables sont : hémophilus influenzae , pneumocoque , et plus rarement le streptocoque A et le staphylocoque aureus.

### EXAMEN CLINIQUE :

Les signes cliniques souvent trompeurs chez le nourrisson et la difficulté de réaliser un examen otoscopique rendent le diagnostic de l'OMA difficile , l'examen doit être local et général.



### EXAMEN LOCAL :

A l'aide d'un otoscope avec une bonne source lumineuse , après avoir nettoyé le conduit auditif , permet de retrouver selon les stades évolutifs :

- tympan opaque avec congestion marquée
- tympan opaque bombé
- tympan perforé avec ou sans écoulement.

### EXAMEN GENERAL :

La prise de température , état d'hydratation , un examen somatique complet et la recherche d'éventuelles complications :

- mastoïdite : disparition du sillon retro auriculaire , douleur à la palpation derrière l'oreille.
- paralysie faciale.

### **CLASSIFICATION :**

- otite moyenne aigue non compliquée
- otite moyenne aigue compliquée : mastoïdite,...
- otites récidivantes : nombre d'épisode supérieur à 04/ an .

### **TRAITEMENT :**

En raison des complications bactériennes potentielles de l'OMA ( méningite , mastoïdite , bactériémie ) il est nécessaire de prescrire une antibiothérapie.

Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 03 prises pendant 10 jours.

Le paracétamol est utilisé comme la molécule antalgique et antipyrétique de référence

Tout traitement local à base d'ATB ou de corticoïde est à proscrire en cas de tympan ouvert

Cas particulier de la paracenthèse : elle consiste en une incision de la membrane tympanique ce qui permet le drainage de la collection suppurée et l'aération des cavités de l'oreille moyenne , les indications de la paracenthèse sont très limitées : otite hyper-algique , et otite compliquée (mastoïdite , méningite ).

