



Infections et complications des infections ORL de l'enfant : le point en 2018

LES COMPLICATIONS LOCO REGIONALES SUPPURATIVES

Travail de thèse : **Abcès ORL profonds de l'enfant – Etude rétrospective d'évaluation des pratiques concernant 108 cas pris en charge aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux de 2010 à 2015**

Dr MENIGOZ Clément (médecin généraliste)

Dr LAGARDE Marie (Pédiatre)





Eléments ayant motivés ce travail :

- Augmentation d'incidence perçue
- Hétérogénéité des pratiques de prise en charge
- Recommandations non harmonisées (SFORL 2008 – GPIP 2016)

OBJECTIF : établir un protocole de prise en charge

Etude rétrospective sur 5 ans, unicentrique (CHU Bordeaux)

Analyse de données quantitatives (dossiers informatiques DxCare)

211 patients inclus initialement, 108 analysés *in fine*

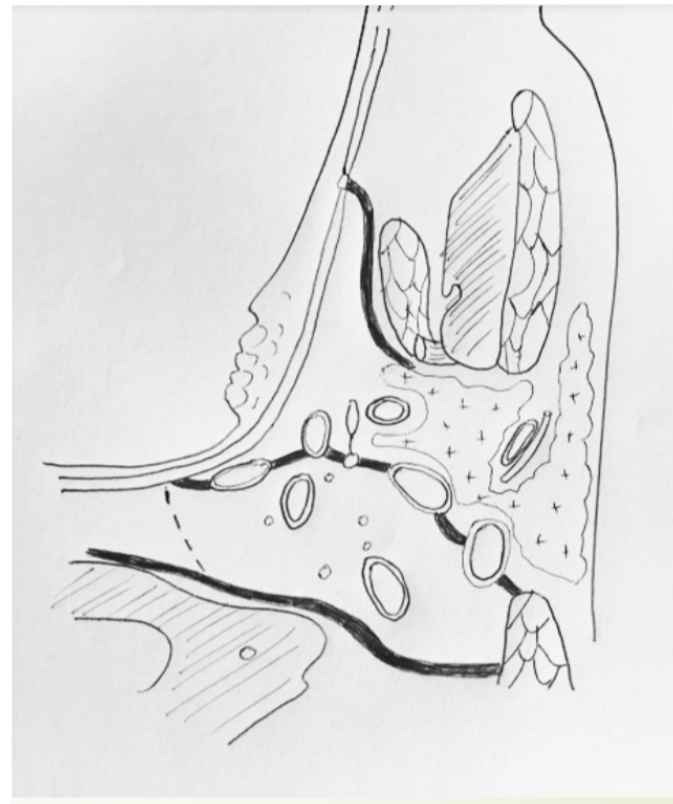
Les chiffres cités sans source sont ceux résultant de notre étude





Les complications loco régionales suppuratives :

- Adénophlegmon cervical (38,7%)
- Abscess rétropharyngé (24,3%)
- Abscess périamygdalien (22,5%)
- Abscess parapharyngé (12,6%)
(abscess du cavum négligeable 1,8%)



Coupe transversale passant par C2 et la région tonsillaire





Majorité des cas avant 6 ans (involution ganglions lymphatiques) (3/4 des cas)

Prédominance masculine (53,7%)

Prédominance hivernale (31,5%) et printanière (28,7%)

Augmentation d'incidence même si reste rare





2 terrains à risque :

Enfant de moins de 1 an :

- Clinique souvent trompeuse
- Risque SARM plus présent ($p \leq 0,001$)¹

Le diabétique : risque d'extension plus marqué (RR 1,96)²



(1) Etudes de Coticchia et al. Li et Al. Hoffman et al.

(2) Shimizu et al. Clinical and bacteriological differences of deep neck infection in pediatric and adult patients: Review of 123 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngo. 1 août 2017;99:95-9



Orientation par un professionnel (72,2%), dont ½ par des médecins libéraux

Traitement pré hospitalier

- AINS (47,5%)
- ATB (59,4%) dont près de ½ Amox-ac.Clav (45,4%)





ABCES PERI-AMYGDALIEN	Adolescent et jeune adulte	Angine/pharyngite Voussure/bombement unilatéral pilier ant. Luette œdémateuse ou déviée	FIEVRE	Odyno- ou dysphagie, otalgie, hypersialorrhée	TRISMUS Pas de torticolis Tête inclinée côté malade
ABCES RETROPHARYNGE	Jeune enfant	Voussure médiane paroi pharyngée post.	FIEVRE	Odyno- ou dysphagie, hypersialorrhée	Douleur cervicale TORTICOLIS SIGNES RESP (dyspnée-stridor)
ABCES PARAPHARYNGE (pré ou rétrostylien)	Enfant, adolescent	+/- anomalie endobuccale	FIEVRE	Tuméfaction cervicale, trismus	TORTICOLIS SIGNES GENERAUX (rétrostylien) CBH possible
ADENOPHLEGMON LATERO-CERVICAL	Tout âge	+/- anomalie endobuccale	+/-FIEVRE	Adénopathie cervicale	TORTICOLIS





Le torticolis fébrile : signe clinique devant faire le plus craindre une infection cervicale profonde (52%) (fréquence des abcès cervicaux en présence torticolis 52,9% vs 4,8% sans, avec $p < 0,001$)¹

Complications rares environ 0,3% (grade C)² mais potentiellement mortelles

- Respiratoire : « epiglottite » (ARP) (stridor, dyspnée)
- Vasculaire (Sd de Lemierre (thrombose jug interne)
- Extensive : médiastinite, pneumopathie

Attention aux différentiels : Méningite, mastoïdite, ethmoïdite, PFAPA, Kawasaki, surinfection de malformation (Kyste Thyroïdienne, arcs branchiaux)



(1) Georget et al. Acute cervical lymphadenitis and infections of the retropharyngeal and parapharyngeal spaces in children. BMC Ear Nose Throat Disord. 2014;14(1):8.

(2) SFORL. Recommandation pour la pratique clinique. Complications locorégionales des pharyngites. Société Fr ORL Chir Face Cou. Oct 2008.



Imagerie (93%)

TDM Cervico-thoracique avec injection = examen de référence (80%)

Sensible mais peu spécifique

Diagnostic et recherche de complications (15%) notamment vasculaires (50%)

Modification prise en charge post imagerie (82%) : chirurgie, adaptation antibiotique, transfert CHU

Bilan biologique :

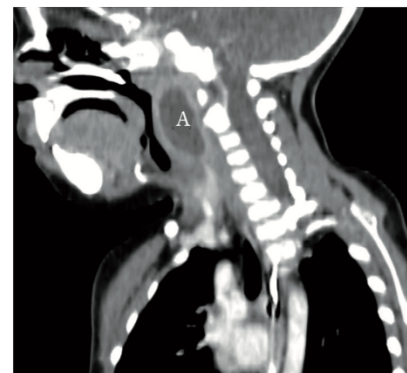
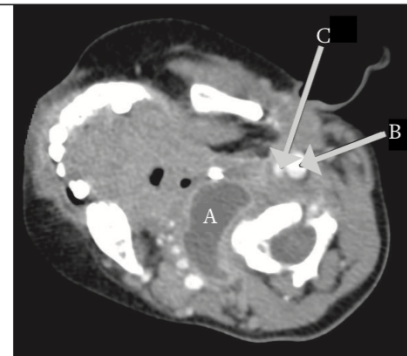
NFS, CRP, Hémoculture (influence peu la prise en charge)

PCT non indiquée



(1) Vinckenbosch P et al. Abcès rétropharyngé de l'enfant. Rev Med Suisse 2017;13:1698-702.

A: abcès rétropharyngé; B: veine jugulaire interne; C: artère carotide commune.



TDM cervicale d'après (1)



Bactériologie :

Anaérobies et Aéro-anaérobies facultatives de la flore bactérienne pharyngée

Prélèvement (54%), sous AG drainage chirurgical (95%) Positif (81%)

Prélèvements Mono- (2/3) ou polymicrobiens (1/3, majoritaires dans littérature)

- Streptocoques (45%) dont **Streptocoques pyogènes (SBHGA) (45%)**

- Staphylocoques (39%) dont **SAMS (84%)**

(aucun SARM dans notre étude / augmentation dans la biblio)

Hémocultures pour une moitié des patients (54,6%) toutes négatives ou contaminées

TDR fait dans 20,4% des cas (une moitié positive)





Objectif thèse : réaliser un protocole de prise en charge -> comparaison sous groupes :

- Groupe respectant recommandations (GPIP 2016 SFORL 2008) VS groupe ne respectant pas recommandations
- Groupe Amox-ac.Clav VS groupe C3G+Métronidazole





Groupe respectant recommandations (GRR) (GPIP 2016 SFORL 2008) VS groupe ne respectant pas recommandations (GNRPR)

TDM : moins de complications vasculaires GRR (6,6% vs 10,6%)

Majoration d'antibiotique secondaire importante GNRPR (91,5% vs 26,2%)

Chirurgie initiale : comparable / **Chirurgie secondaire : plus fréquente GRR (23 vs 14,9%)**

Durée d'hospitalisation similaire





Groupe Amox-ac.Clav (AUG) VS groupe C3G+Métronidazole (C3G)(effectifs similaires)

Majoration secondaire d'antibiotique plus importante dans le groupe AUG (15 vs 1)
(posologie adaptée seulement pour 30% des patients)

Nombre total de chirurgie similaire

Initiale : plus importante (15 vs 9) dans le groupe C3G

Secondaire : plus importante (11 vs 3) dans le groupe AUG

Durée hospitalisation similaire





Prise en charge : médico-chirurgicale

Concertée Pédiatre et ORL

Traitement médicamenteux (98%) initial 48-72H +++

Chirurgie (53%)

initiale (72%) si : hypodensité TDM > 20mm ou complications respiratoire/vasculaire
secondaire (37%) : si non amélioration

NB : chirurgie par voie endo buccale le plus souvent sauf si abcès très latéral ou atteinte des gros vaisseaux (abord latéral)





Antibiothérapie probabiliste IV en première intention du protocole

Amox-ac.Clav 150mg/Kg/J en 3 IVL (max 4g/J) ¹

Si allergie :

Ceftriaxone 50mg/Kg/j (max 1g/J) + Métronidazole 40mg/Kg/J en 2-3 IVL (max 1,5g/J)

Ou

Ceftriaxone 50mg/Kg/J (max 1g/J) + Clindamycine 40mg/Kg/J en 4 IVL (max 2,4g/J)

Cefotaxime possible : 200mg/Kg/J 3IVL (max 12g/J)



(1) Cohen R et al. Guide prescription d'antibiotique en pédiatrie. Arch Pédiatrie. Juin 2016;23(Hors série 3):pS1-S55



POINTS CLES

- Augmentation incidence
- Prédominance masculine / hiver et printemps
- Prédominance chez l'enfant de moins de 6 ans
- Torticolis fébrile : signe clinique clé
- TDM Cervico-thoracique injectée : examen de référence / quasi systématique
- Antibiothérapie en première intention adaptée contre le Staphylocoque aureus et le Streptocoques pyogenes : AUGMENTIN à dose adaptée 150mg/Kg/J
- Chirurgie : initiale si hypodensité > 20mm ou complications, secondaire si échec traitement médical





Merci à vous de votre attention

Place aux questions

