



PATHOLOGIE ORL PÉDIATRIQUE

Dr Abdelkaddous BOUMED
Praticien ORL-CCF
PZQ-CHUM

PLAN

- Pathologie otologique :
 - Surdités
 - Otites
 - Vertiges
 - Pathologie malformative
 - Motifs en urgences otologiques
- Pathologie rhinologique :
 - Rhinosinusites
 - Pathologie malformative
 - Motifs en urgences rhinologiques
- Pathologie laryngologique :
 - Dyspnées
 - Dysphonies
 - SAOS
 - Pathologie malformative
- Pathologie cervicofaciale :
 - Masses cervicales



PATHOLOGIE OTOLOGIQUE

Surdités à tympan anormal

- Surdités se rapportant le plus souvent aux otites
- En général : surdités de transmission ou mixte
- Attention : coexistence de surdité de perception et otite moyenne chronique => surdité mixte
- NB : la distinction audiométrique d'une surdité mixte (SM) d'une surdité de transmission (ST) est très difficile chez le jeune enfant (< 5ans++)

Surdités à tympan normal : Diagnostic

- Otoscopie : tympan normal (n'exclut pas des séquelles d'otite moyenne ancienne!)
- CDD : entourage (toute suspicion de surdité évoquée par l'entourage d'un enfant doit amener à la réalisation d'un examen ORL avec audiométrie+++)
 - Retard de langage ou son absence
 - Déformation des mots (consonnes)
 - Difficultés scolaires
 - Troubles du comportement: enfant distrait, replié, bagarreur, agité..
 - Enfant qui fait répéter, qui augmente le volume de la TV ..
 - Dépistage systématique en période néonatale (enfants à risque++), en période scolaire

Dépistage de la surdité – N.né à risque

- Age gestationnel < 36 semaines et/ou poids < 1,5 kg
- Apgar de 0 à 4 à 1 min., de 0 à 6 à 5 min
- Ventilation assistée pendant 5 jours ou plus
- Ictère néonatal requérant une exsanguino-transfusion
- Infections prénatales : - toxoplasmose, rubéole, CMV, herpès, syphilis
- Antibiothérapie ototoxique chez le nouveau-né
- Anomalie crânio-faciale ou syndrome malformatif
- Surdité familiale
- Accouchement dystocique :
 - ventouse + apgar < 7 à 5 min.
 - césarienne + apgar < 7 à 5 min.
 - forceps

Autre : maladie neuro-endocrinienne (méningite – pathologie thyroïdienne)

Surdités à tympan normal : Diagnostic

- Bilan : **audiométrie anormale => imagerie**
 - Audiométrie subjective : comportementale ou en champ libre (< 4 ans), tonale et vocale (> 5ans).
 - Impédancemétrie : tympanométrie + reflexe stapédien (tout age)
 - OEAP (néonatale)
 - PEA : OEAP négatives à plusieurs reprises, audiométrie impossible, seuils audiométriques discordants avec l'examen clinique.
 - TDM des rochers : suspicion de malformation ossiculaire ou de l'oreille interne+++, préopératoire (implant cochléaire)
 - IRM : malformations, préop

Surdités à tympan normal :

Etiologies et P.E.C

- **Surdité de transmission :**

- malformation de l'OM ou l'OE, otospongiose   début précoce, séquelles d'OMC (tympanoscl rose, lyse ossiculaire), séquelles ossiculaires de fr du rocher

- **Surdité de perception :**

- **Unilatérale :**

- malformation de l'OI, Trauma sonore, commotion labyrinthique

- **Bilatérale :**

- Malformation congénitale : appareillage auditif, implant cochléaire (IC), +/- orthophonie
- Infections (ant  ou post-natale, labyrinthite post-méningite ou post-otitique) : appareillage, IC, +/- orthophonie
- Surdité génétique syndromique (30%) ou non syndromique (70%) : appareillage, IC, +/- orthophonie, enquête et conseil génétiques
- Autres : traumatisme (crânien, sonore), dysplasies osseuses, maladies métaboliques, ototoxicité.

Otites aiguës

- Otites externes :

- Otites externes bactériennes :

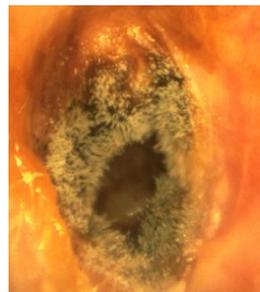
Dc clinique (Dlrs+++ spontané ou provoquée

à la mobilisation du pavillon « normal » ± sténose du CAE =>

traitement local ± général (7j) + antalgiques



- Otites externes mycosiques (otomycoses) : ± otorrhée chronique indolore+ dépôts cotonneux blancs ou noirs+++ => antifongiques topiques (15j minimum) en solution si sèche, en poudrage si humide



Otitis aiguës

- Otitis Moyenne aiguë :
 - Dc clinique: otalgies +++, unilatéralité, tympan inflammatoire
 - Distinguer OMA congestive d'une OSM (otalgies =0, bilatéralité)



- Paracentèse: otalgies > 72h, complications, OMA trainante
- TRT: ATB + topiques + antalgiques +/- corticothérapie
- Complications: hospit + ATB parentérale
 - Mastoïdite aiguë: TDM +/- chirurgie
 - Labyrinthite aiguë: Sd cochléovestibulaire
 - méningite; empyèmes, abcès: TDM +/- chirurgie
 - Thrombophlébite du sinus latéral: TDM +/- anticoagulants
 - PF: + corticothérapie + rééducation faciale si persistance

Otitis chroniques

- OMC à tympan fermé:

- OSM+++:

- fréquence+++ crèche+++
 - Asymptomatique +++
 - Symptomatique: surdité+++ , OMA récidivante
 - Bilan:
 - Clinique: rhinite et rhinopharyngites, RGO..otoscopie
 - Audiométrie: tympanogramme
 - Imagerie =o
 - TRT: si symptomatique
 - ATT+++ adénoïdectomie

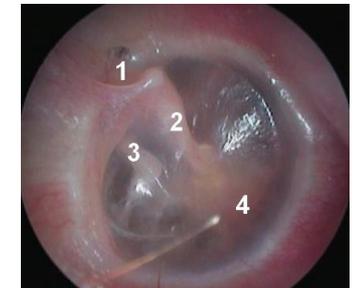
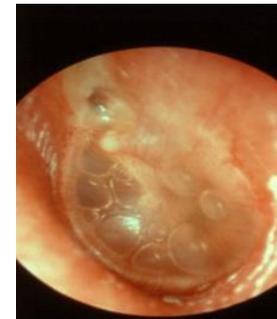
- Autres: poches de rétractions, atélectasie, otite adhésive..

- OMC simple à tympan ouvert:

- perforation tympanique non marginale => myringoplastie+/- ossiculoplastie après audiométrie.
 - TRT des réchauffements: ATB + gouttes non ototoxiques

- OMC cholestéatomateuse: Dc otoscopique (distinction entre otomycose et OMCC!)

- âge > 6 ans, perforation marginale, poche de rétraction sale.
 - Audiométrie + TDM
 - Chirurgie+++



Vertiges chez l'enfant

- Examen clinique oto-neuro-vestibulaire ++
- Examens paracliniques:
 - Explorations vestibulaires +/-
 - Imagerie selon le contexte
- Etiologies:
 - Equivalents migraineux++
 - VPPB
 - Trauma crânien
 - Malformation de l'oreille interne +/- fistule périlymphatique
 - Troubles visuels: réfraction, vergence
 - Autres: tumeurs FCP..
- P.E.C spécialisée

Pathologie malformative

- Aplasie mineure, aplasie majeure, malformations de l'OI
- Audiométrie
- Imagerie: TDM et /ou IRM
- Recherche d'autres malformations
- P.E.C: selon le type de la malformation
 - Unilatérale: surveillance
 - Bilatérale ou unilatérale avec surdité importante:
 - Appareillage
 - Ossiculoplastie
 - BAHA..
 - Chirurgie esthétique



Motifs en urgences otologiques

- Otagies: BDC, traumatisme CAE, CE, otites, angines++, abcès pharyngés..
- Otorragie: traumatisme auriculaire, otite virale phlycténulaire, réchauffement d'OMC, Fr du rocher
- Otorrhée: otites
- Hypoacousie: BDC, otites, traumatismes (sonore..), surdité brusque (rare)
- PF: Otites, Fr du rocher

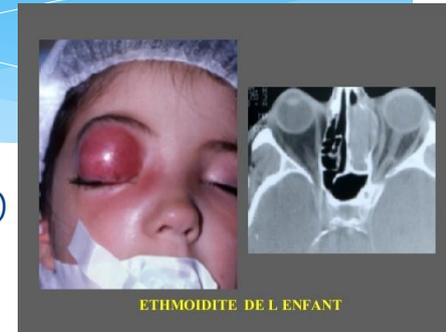


PATHOLOGIE RHINOLOGIQUE

Rhinosinusites aiguës

- Rhinites aiguës:

- Virale+++
- FF: hiver, promiscuité, VA
- ON + Rhinorrhée claire épaisse ou fluide
- Durée: 5j, >5j => possible surinfection bactérienne
- TRT: symptomatique + lavages du nez + prévention des récives (immunomodulateur « ribomunyl »)
- Complications: surinfection, sinusite, OMA
- N.né:
 - Formes bactériennes (bruyantes): pvt bactériologique
 - dyspnée + difficulté alimentaire => 1 goutte d'adrénaline à 1/100000 X3/j ou en aérosols



- rhinosinusites aiguës:

- Ethmoidite aiguë du nourrisson:
 - rhinopharyngite aiguë ou trainante + œdème inflammatoire palpébrale + syndrome infectieux intense
 - Nourrisson++
 - TDM avec PDC: confirme le Dc + recherche de complications
 - Complications: abcès orbitaire, thrombophlébite du sinus caverneux, méningite...
 - TRT: hospit + ATB parentérale +/- chirurgie (abcès orbitaire) +TRT local + anticoagulant (thrombophlébite) + corticothérapie (souffrance optique)
- Autres sinusites: moins fréquentes que chez l'adulte



Rhinosinusites chroniques

- Rhinite chronique: symptômes > 12 semaines en continu ou non
- Symptômes: ON++, Rhinorrhée, autres (conjonctivite, sibilants..)
- Bilan:
 - Tests allergiques: tests cutanés, phadiatop et trophatop
 - Recherche d'asthme, RGO, SAOS..
 - Imagerie=0
- Rhinites chroniques:
 - Rhinites allergiques++: traitement antiallergiques
 - Rhinites NARES
 - Autres: moins fréquentes

Pathologie malformative

- Rare
- Rechercher d'autres malformations: ligne médiane
- Atrésie choanale+++ , atrésie des orifices piriformes, dacryocystocèles, méningocèle ou méningoencéphalocèle, gliomes nasaux...
- Nasofibroscopie+++
- TDM+/-IRM
- P.e.c selon l'étiologie



Motifs aux urgences rhinologiques

- Epistaxis:
 - Souvent bénigne
 - nasofibroskopie obligatoire à distance du saignement: tumeurs++
 - TRT:
 - HEC pommade, cautérisation de la tache vasculaire, méchage.. rarement hospitalisation avec mise en condition
 - Selon l'étiologie: rhinites, CE, Traumatisme, Tm..
- CE de la fosse nasale:
 - Rhinorrhée (purulente et nauséabonde si CE ancien), épistaxis, ON unilatéral
 - Ablation sans ou sous AG.
- Traumatisme:
 - Fr du nez, Fr de l'étage moyen
 - Rhinoliqorrhée ++
- Sinusites: rhinopharyngite trainante purulente + douleurs faciales



LARYNGOLOGIE DE L'ENFANT

Les dyspnées

- Dc: urgence
 - Bradypnée inspiratoire
 - Bruits respiratoires
 - Dysphonie?
 - Signes de lutte
 - Nasofibroskopie+++
 - Imagerie: si nécessaire TDM++
- P.E.C: hospit+ position assise+ O2+ aérosols +/- intubation +TRT étiologique
- Etiologies:
 - N.né et nourrisson de < 6mois:
 - laryngomalacie++: surveillance + prévention de la décompensation ou supraglottoplastie
 - Angiome sous glottique: Propranolol
 - Malformation laryngée: palmure, sténose, diastème..
 - Paralysies laryngées congénitales: trachéotomie
 - Compression par lymphangiome, goitre, tumeur nerveuse: chirurgie
 - Autres : Arc vasculaire (chirurgie) , Laryngocèle (chirurgie), Abscess rétropharyngé (drainage)
 - Nourrisson > 6mois:
 - Laryngite striduleuse: hospit+ TRT médical
 - Laryngite sous-glottique: hospit+ TRT médical
 - Laryngotrachéite: hospit+ TRT médical

Les dyspnées

- L'enfant:
 - Laryngite aiguë sous glottique: TRT médical
 - Epiglottite aiguë: TRT médical +/- intubation
 - Traumatismes laryngés: TRT médical +/- trachéotomie
 - Corps étrangers: laryngotrachéoscopie
 - Sténoses post-traumatiques ou iatrogènes: TRT médical +/- dilatations
 - Œdème de Quincke: TRT médical
 - Papillomatose laryngée: chirurgie

Les dysphonies

- Dc : clinique
 - Nasofibroskopie: étiologies++
 - Bilan phoniatrique avec stroboscopie
 - Imagerie: Echo, TDM ou IRM selon l'étiologie
- Aigues: laryngites infectieuses+++
- Chroniques:
 - Larynx normal (rare): malmenage vocal, forçage (garçon) => rééducation orthophonique
 - Lésions laryngées: kystes et nodules laryngés, paralysies laryngées, traumatismes laryngés, papillomatose laryngée..
- Aphonie psychogène:
 - Adolescents
 - Normalité du larynx
 - Rééducation orthophonique +/- psychothérapie

SAOS

- Dc:

- Ronflement fréquent (systématique ou presque)
- Respiration bruyante durant le sommeil,
- Durée de sieste trop longue (supérieure à 2h30)
- Respiration bouche ouverte
- Fausses routes lors de l'alimentation, mastication lente
- Gaspes, râles, Arrêt respiratoire avec reprise inspiratoire bruyante, épisodes d'apnées observés (enregistrement vidéo par smartphone), énurésie nocturne (particulièrement énurésie secondaire, après au moins 6 mois de continence)
- Endormissement en position assise ou en hyper extension cervicale
- Cyanose
- Sueurs nocturnes
- Céphalées au réveil
- Somnolence diurne
- Trouble de l'attention et hyperactivité
- Problèmes d'apprentissage et de mémoire
- Examen clinique: amygdales jointives ++
- Nasofibroscopie: VA ++
- questionnaire Spruyt Gozal
- Polysomnographie



SAOS

- Types de SAOS:
 - Le type I concerne de jeunes enfants sans surpoids avec une hypertrophie adéno-amygdalienne marquée. Pas de polysomnographie
 - Le type II concerne des enfants en surpoids avec une obésité viscérale et tronculaire, un diamètre du cou augmenté, une hypertrophie adéno-amygdalienne moins marquée que dans le type I, avec une somnolence diurne excessive. Pas de polysomnographie
 - Le type III concerne les enfants ayant des pathologies neurologiques, malformatives ou génétiques avec malformations cranio-faciales et atteinte neuromusculaire ou squelettique. Indication de polysomnographie
- P.E.C:
 - Adéno-amygdalectomie: la référence
 - VNI:
 - En l'absence d'obstacle rhino et/ou oropharyngé
 - Après chirurgie si le SAHOS persiste
 - En cas de contre-indications à la chirurgie
 - Dans les obstructions complexes liées à des pathologies pharyngolaryngées et laryngées ou des co-morbidités
 - Comme alternative à la réalisation d'une trachéotomie.

Autres pathologies du pharynx

- Angines
- Phlegmon périamygdalien:
 - angines trainantes + sd infectieux sévère +/- trismus
 - Pas d'imagerie
 - Drainage + ATB
- Abscès parapharyngé :
 - Idem que le phlegmon mais + trismus+ empatement inflammatoire sous angulo-maxillaire +/- téticulis
 - TDM++
 - Drainage sous AG + ATB
- Abscès rétropharyngée:
 - Torticollis fébrile
 - Dysphagie++ voire dyspnée
 - TDM++
 - Drainage sous AG + ATB

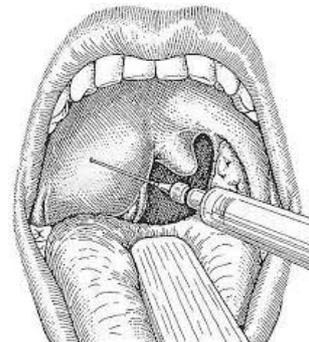
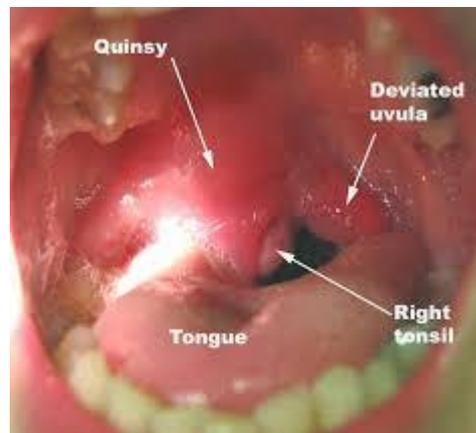
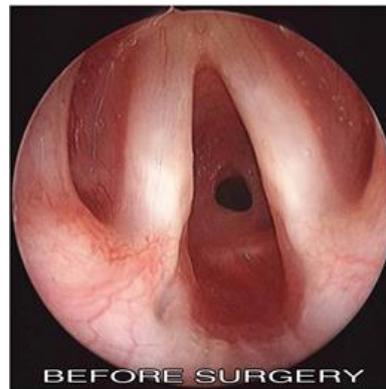
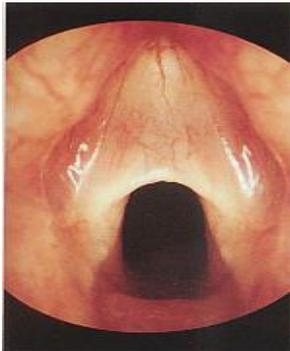
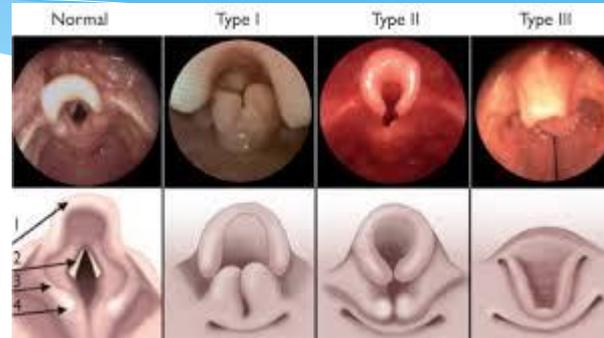


Fig. 1. Aspect de l'oropharynx lors d'un abcès périamygdalien.



Pathologie malformative





PATHOLOGIE CERVICOFACIALE

Masses cervicales

- Dc:
 - Clinique:
 - aigue ou chronique
 - Médiane ou latéraocervicale
 - Caractères cliniques: volume, consistance, ...
 - Examen ORL
 - Imagerie: écho mais surtout TDM +/- IRM
 - Étiologies:
 - Aigues: infectieuses++ post-traumatique (angiome ou lymphangiome)
 - Chroniques:
 - Médianes: KTT, Kyste amygdaloïde, ADP , goitre, autres (laryngocèle...)
 - Latérales: kyste branchial, ADP (infectieuse, hémopathie), lymphangiome, tumeur
 - Traitement:
 - Médical
 - chirurgical

Conclusion

- * Pathologie variée: infectieuse++ malformative++