

Infections ORL récidivantes de l'enfant

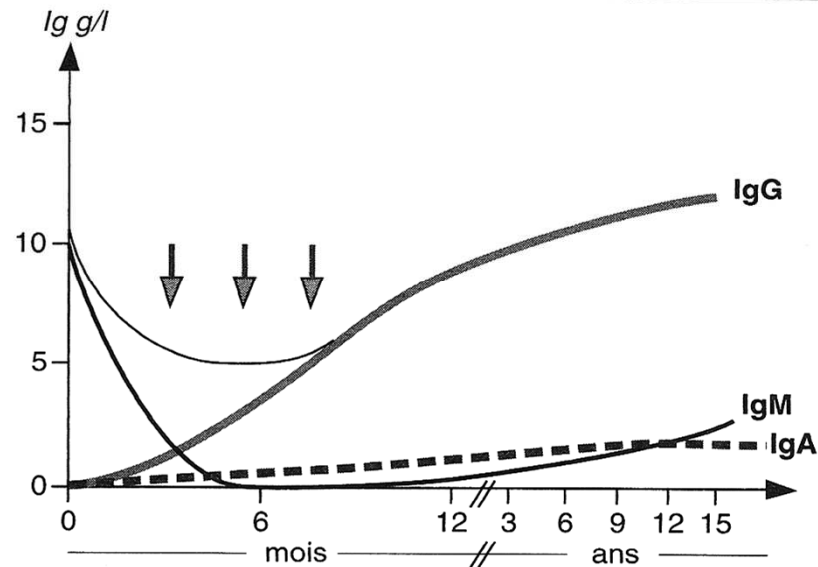
Les Jeudis de l'Europe
25 septembre 2010
François Payot

INTRODUCTION

- Motif très fréquent de consultation
 - InVS 2009 : 18,6 millions de consultations/an de 6 mois à 15 ans
 - Rhinopharyngites 67%, Otites 17%, Angines 16%
 - Coût global estimé/an : 1 milliard d'euros
- Quand parler d'infections ORL récidivantes?
 - OMA ≥ 3 en 6 mois, ≥ 5 en 12 mois
 - Angines/Pharyngites ≥ 7 en 12 mois
 - Rhinopharyngites fébriles après 3 ans ≥ 6 en 12 mois
 - Sinusites après 3 ans ≥ 3 en 6 mois
 - Laryngites : pas de consensus international
 - Retenir globalement : **plus de 3 épisodes ORL aigus en 6 mois**
- Maladie d'adaptation ou pathologie sous-jacente?
- Existe-t-il des outils simples d'orientation? Quand "passer la main"?
- La multiplicité des pathologies et des patients explique le faible nombre d'études de "médecine basée sur les preuves"

Immaturité immunitaire Physiologique

- Nouveau-né : Taux d'IgG normal mais il s'agit d'IgG maternelles, qui disparaissent en 3 à 6 mois. De plus, déficit initial relatif en IgG2
- Augmentation très lente du taux d'IgA, valeurs définitives entre 4 et 8 ans
- Compétence immunitaire efficace vers 6-7 ans



Où est la frontière de la normalité?

- Les infections ORL sont trop fréquentes
 - Plus de 6 à 8 par an avant 5-6 ans
 - Plus de 2 à 4 par an avant 12 ans
- Les infections ORL sont persistantes
- Les infections ORL sont compliquées
- Les infections dépassent la sphère ORL
- Les infections ORL retentissent sur l'état général de l'enfant

Des outils simples pour une démarche simple

- Les outils
 - Interrogatoire
 - Recueil des antécédents
 - Analyse du mode de vie et de l'environnement
 - Lecture du carnet de santé
 - Caractéristiques des épisodes infectieux
 - Recherche d'une symptomatologie extra-ori associée
 - Broncho-pulmonaire
 - Cutanée
 - Digestive
 - Examen clinique
 - Complet et minutieux
 - Courbes de croissance SP
 - Examens paracliniques limités, orientés par la clinique
- La démarche diagnostique
 - Recherche des facteurs favorisants (l'enfant et son environnement)
 - Recherche d'une autre pathologie

Facteurs favorisants et pathologies sous-jacentes

■ L'ENFANT

- **Carence martiale**
- **Végétations adénoïdienne**
- **Allergie**
- Petit poids de naissance
- Sexe masculin
- RGO
- Très rarement
 - Déficit immunitaire
 - Dyskinésie ciliaire
 - Mucoviscidose

■ L'ENVIRONNEMENT

- **Collectivité**
- Famille nombreuse
- **Tabagisme passif**
- Pollution
- Piscine
- Absence d'allaitement maternel

Quelques points-clefs... du côté de l'enfant

■ **Carence martiale**

- Classique mais controversé : cause ou conséquence des infections?
- $\text{Fer} < 10 \mu\text{mol/l}$, Ferritinémie $< 10 \mu\text{g/l}$

■ **Hypertrophie des végétations adénoïdes**

- Rhinosinusites récidivantes, OSM
- Nasofibroskopie plus que radio de cavum/sinus

■ **Reflux gastro-oesophagien**

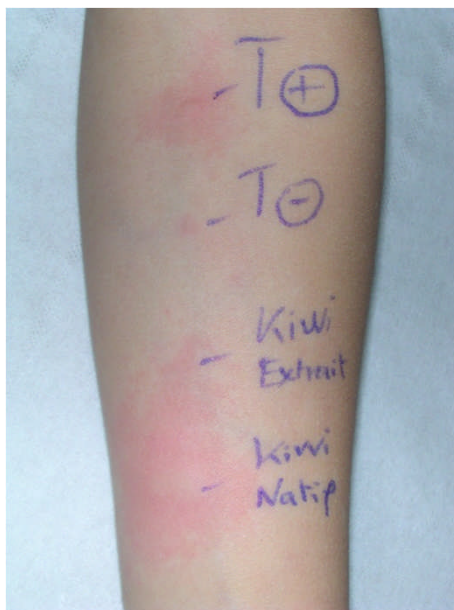
- Très (trop?) souvent incriminé et traité (IPP)
- Rarement sans symptômes fonctionnels digestifs
- Signes laryngés, toux, asthme associé
- Rôle du RGO dans les rhinosinusites controversé
- PHmétrie de 24 heures (temps de $\text{pH} < 4$ et nombre de reflux/24 heures)

Suite...

■ Allergie

- L'inflammation muqueuse allergique rend les infections virales ORL plus expressives
- L'infection aggrave l'obstruction naso-sinusienne allergique
- Enquête ISAAC : prévalence de la rhinite allergique dans le monde 380000 enfants de 6-7 ans, 670000 de 13-14 ans
 - Tranche 6-7 ans : 4,2% (Inde) à 12,7% (Europe)
 - Tranche 13-14 ans : 1% (Inde) à 45%(Paraguay)
- Le bilan doit rechercher les antécédents personnels et familiaux d'atopie, et les circonstances d'aggravation ou de déclenchement des symptômes : unité de temps, de lieu, d'action
- Les tests cutanés sont la méthode la plus sensible et la moins coûteuse
- L'allergie alimentaire n'est pas responsable de problèmes ORL
- Ne pas oublier de penser à l'asthme

Prick-tests



Suite...

■ **Les raretés**

- Les déficits immunitaires
 - Très rares, y penser si les infections ORL sont sévères, surinfectées, compliquées, associées à d'autres pathologies (cutanées, digestives...)
 - Le déficit isolé en IgA (1/700) est peu pathogène, sauf si associé à un déficit en sous-classe d'IgG (IgG2)
- La mucoviscidose
 - Toujours y penser surtout si signes digestifs associés
- Les dyskinesies ciliaires
 - Tableau d'obstruction chronique nasosinusienne avec bronchopathie chronique

Quelques points-clefs... du côté de l'environnement

■ **La collectivité**

- Etude Epicrèche JP Collet Lyon 1994
 - Le mode de garde en crèche collective multiplie le nombre d'infections ORL par 5 (3,5 à 5,5 selon le type d'infection et la taille de la crèche), par rapport à la garde à domicile
- Les 3 germes circulants principaux responsables de surinfection sont
 - H. influenzae, M. catarrhalis, S. pneumoniae

■ **Le tabagisme passif : polluant majeur de l'enfant**

- De la conception à l'adolescence
- Une cotininurie >2,5ng/ml augmente de 40% la fréquence des OSM
- Règles des "3 cigarettes fumées devant l'enfant = 1 fumée par lui"

■ **La pollution atmosphérique**

- NO₂, SO₂ l'hiver, O₃ l'été
- Ne doit pas occulter, par effet médiatique, la pollution domestique, et en particulier le tabagisme

Quels examens paracliniques?

- En première intention
 - Numération et formule sanguine
 - Recherche d'une anémie
 - Valeur absolue des PNN et des Lymphocytes
 - Hyperéosinophilie
 - Ferritinémie
 - Immunoglobulines G, A, M (E inutiles)
 - Test Phadiatop® et/ou Prick-tests
 - Radiographie thoracique
 - (Nasofibroscopie)

Examens paracliniques

- En deuxième intention
 - Test de la sueur (dans un centre de référence)
 - Bilan immunitaire étendu
 - Sous-classes d'IgG
 - Anticorps vaccinaux
 - Sous-populations lymphocytaires
 - Brossage nasal et étude des cils
 - PHmétrie de 24 heures
 - Scanner sinusien

A l'issue du bilan de base : 3 situations

- Soit les infections ORL rentrent dans le cadre de l'apprentissage immunitaire
 - Les infections ORL sont banales
 - Leur fréquence n'est pas excessive et diminue avec l'âge et l'été
 - L'état général est bon et la croissance normale
 - Il n'y a pas de signes "négatifs" (digestifs, cutanés, bronchopulmonaires...)
 - Il faut rassurer les parents, savoir ne pas entrer dans une spirale d'examens sophistiqués, et...patienter

Suite...

- Soit il existe une pathologie sous-jacente bénigne et curable : savoir alors
 - Demander une adenoïdectomie
 - Compenser une carence martiale
 - Traiter un RGO compliqué
 - Réaliser une éviction allergénique, donner un antihistaminique, une corticothérapie nasale (prolongée et à bonne dose)
 - Exiger un retrait de la collectivité
 - Exiger (!) un sevrage tabagique
- Soit il existe des éléments d'inquiétude clinique et/ou paraclinique : savoir alors passer la main

CONCLUSION

- Les infections ORL récidivantes de l'enfant relèvent rarement d'une pathologie sévère sous-jacente
- La collectivité, le tabagisme passif, le terrain atopique, sont les facteurs de récurrence les plus fréquents
- Il n'existe pas de traitement médicamenteux préventif d'efficacité démontrée
- La prise en charge est souvent empirique et non validée, aussi il faut savoir garder la main, mais aussi savoir rester vigilant, ...et modeste !

Merci pour votre attention!

