

# **Infections respiratoires aiguës hautes**

A.DEHIMI  
Pôle Pédiatrique  
CHU Sétif

# Classification des IRA

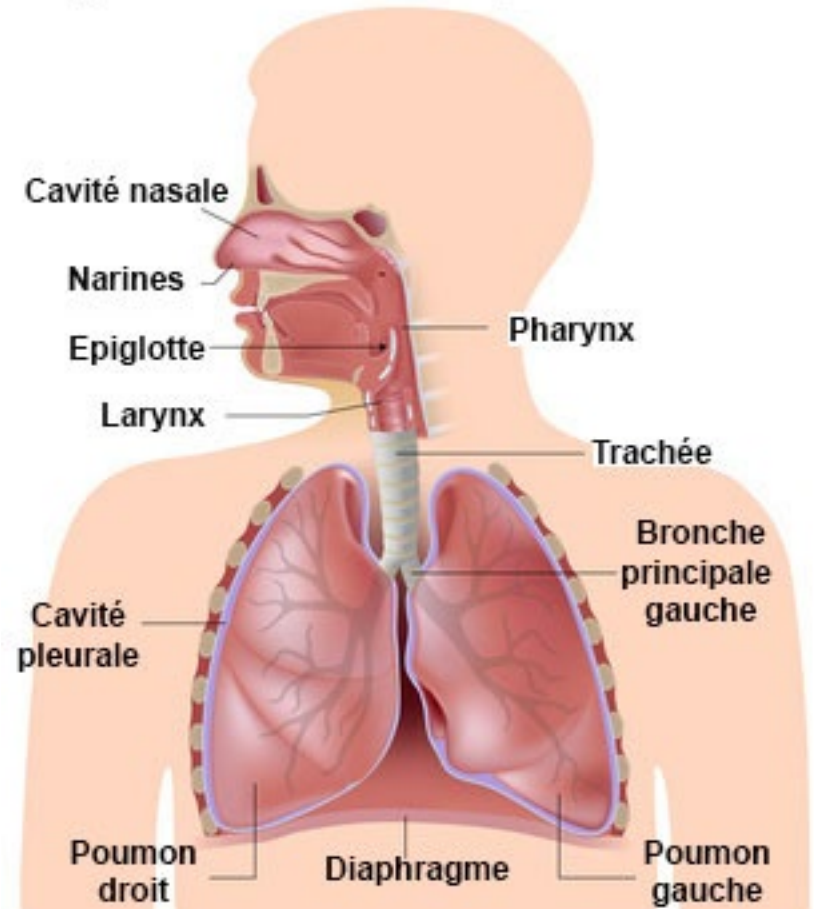
## ❑ IRA hautes :

1. Rhinopharyngites aiguës
2. Angines aiguës
3. Otites moyennes aiguës
4. Sinusites aiguës
5. Laryngites aiguës.

## ❑ IRA Basses:

1. Bronchiolites aiguës
2. Pneumonies aiguës

## Système respiratoire



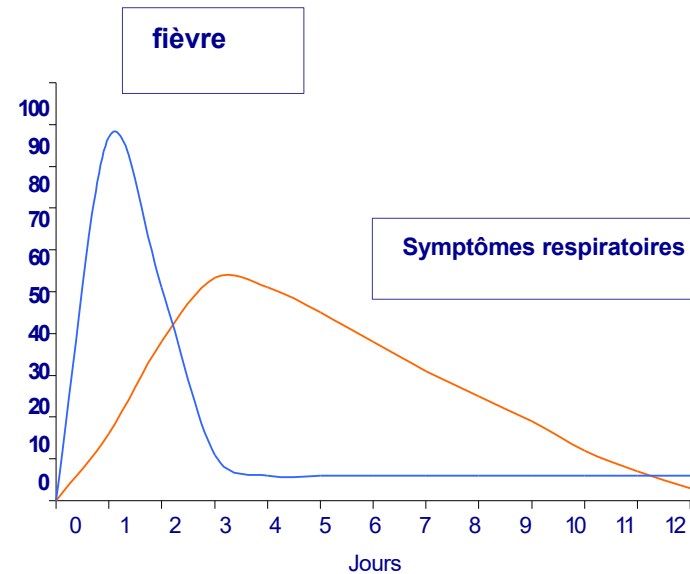
# Rhinopharyngites aiguës

- Atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale
- Virus : surtout rhinovirus ( 50% ), VRS, para-influenzae, adénovirus, coronavirus, entérovirus ( > 100 virus).....
- Fréquence moyenne : 6 à 8 rhinopharyngites/an chez l'enfant < 3 ans

# Rhinopharyngites aiguës

## Symptômes

- T° : 38°-38,5°; parfois > à 39°
- Rhinorrhée antérieure et/ou postérieure : claire, muco-purulente ou purulente
- Toux
- Inflammation pharyngée
- Adénopathies cervicales bilatérales de type inflammatoire
- Examen otoscopique : tympanes rouges et congestifs
- Auscultation pulmonaire : normale ± râles transmis



# Classification

## Des rhinopharyngites aiguës

### Rhinopharyngite aiguë (non compliquée) :

- Rhinorrhée, toux jusqu'à 10 jours
- Evolution habituelle vers la rhinorrhée d'aspect purulent

### Rhinopharyngite aiguë compliquée :

- T° > 4<sup>ème</sup> jour ou réascension de la fièvre
- OMA
- Pneumonie
- sinusite (éthmoïdite) très rare

### Rhinopharyngites récidivantes :

*> 8 épisodes d'infections, rechercher :*

- Hypertrophie des végétations adénoïdes
- Terrain atopique
- Carence martiale

# Rhinopharyngites aiguës

## Prise en charge

- Le traitement doit être uniquement symptomatique
  - Désobstruction rhino-pharyngée, 5 à 6 fois par jour (démonstration)
  - Lutte contre la fièvre
  - Pas d'ATB, pas de gouttes nasales, antitussifs
- Il faut **prendre le temps d'expliquer** le caractère bénin de l'affection, qui guérit spontanément en 7 à 9 jours, rassurer sur l'absence d'otite, angine, pneumonie
- Laisser des conseils simples, écrits, contenant les signes devant faire reconsulter
- ATB: si  $F^{\circ} > 4$  jrs, réascension de la fièvre, aggravation des symptômes
  - ➔ Rechercher par un examen clinique une complication (otite, pneumonie...)

# Angine aigue

- Inflammation aiguë d'origine infectieuse des amygdales et/ou de l'ensemble du pharynx
- Virus (50% des cas), bactéries (streptocoque b hémolytique du groupe A 25 à 40 %)
- Risques de complications infectieuses et immunologiques (incidence du RAA 0,5 cas/100000)

# Angine aiguë

## Symptômes

- Fièvre
- Odynophagie
- Modifications de l'aspect de la gorge
- Adénopathies cervicales
- Signes respiratoires comme la rhinorrhée, la toux et la dysphonie sont rarement présent en particulier dans les angines bactérienne
- Éruption cutanée



# Angine érythémateuse

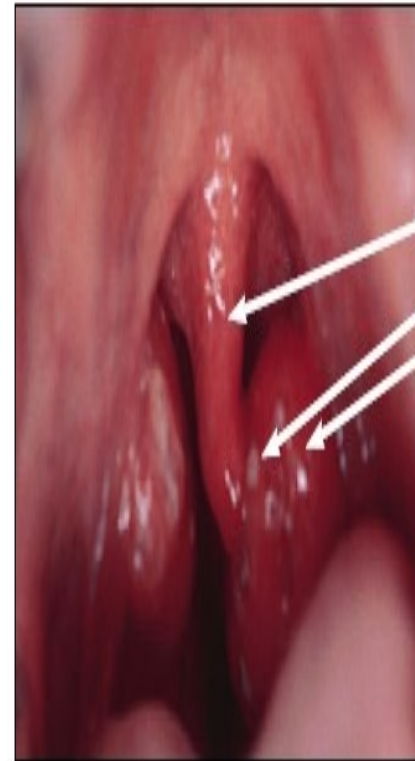
- Plus fréquente
- Etiologie virale et streptococcique
- Seul le TDR permettra le diagnostic étiologique

**Toute angine comme  
streptococcique enfant  $\geq 4$  ans  
(risque RAA, GNA)??**



# Angine érythémato-pultacée

- Streptocoque +++
- Dysphagie importante
- Adénopathies cervicales douloureuses
- La présence de pus ne signe pas toujours la responsabilité d'une bactérie



Luette  
Enduit pultacé  
Amygdale gauche

*Nette hypertrophie amygdalienne fébrile, algique et dysphagiante, le plus souvent streptococcique*

# Angine avec purpura du voile

- Beaucoup plus rare
- SGA
- Virus : EBV ou entérovirus



# Angine vésiculeuse

Virale: entérovirus+++



# Angines avec fausses membranes

## Diphtérie

- Blanches adhérentes, extensives
- **Pas de vaccination**
- Difficultés respiratoires,  
dyspnée laryngée
- Syndrome infectieux sévère



# Angines avec fausses membranes

## Mononucléose Infectieuse

- Adénopathies importantes
- Splénomégalie
- Purpura du voile
- Eruption cutanée



# Angine ulcéro-nécrotique

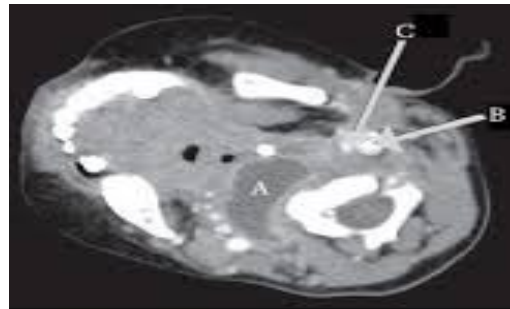
## angine de Vincent

- Exceptionnel chez l'enfant
- Terrain : neutropénie
- Unilatéral
- Infection fuso-spirillaire (anaérobie), notamment *fusobacterium necrophorum*



# Angines compliquées

- Abscès périamygdalien
- Abscès rétropharyngé
- Angines répétées





# Angines aiguës

## Prise en charge

### Enfant de 3 ans et plus

- Amoxicilline : 50 mg/Kg/j en 2 prises pendant 6 jours
- Benzyl-Benzathine Pénicilline : Une injection I.M. unique :
  - 600 000 si poids < 30 Kg
  - 1.200.000 UI si poids ≥ 30 Kg
- Pénicilline V : 50 000UI/Kg/J en 2 à 3 prises pendant 8 à 10 jours

### En cas d'allergie à la pénicilline :

- Azithromycine : 20 mg/Kg/j : 1 prise pendant 03 jours
- Clarithromycine : 15 mg//Kg/J 2 prises pendant 5 jours
- Erythromycine : 30 à 50 mg/Kg/J pendant 10 jours

# Angines aiguës

## Prise en charge

### Enfant <3 ans

- Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée :
  - Pas d'antibiotique
  - Traitement symptomatique
  
- Traitement comme rhinopharyngite

# Angine compliquée

**Abcès périamygdalien**

**Abcès rétropharyngien**

- Hospitalisation
- Si alimentation orale impossible: Ration de base (SGH à 10 % + électrolytes)
- Antibiothérapie :
  - Première intention : Amoxicilline-acide clavulanique (10 jours)
  - En cas d'allergie avérée à la pénicilline : céphalosporine de troisième génération (céfotaxime ou ceftriaxone)+ métronidazole
- Avis ORL : ponction et incision de l'abcès

# Otites moyennes aiguës « OMA »

- L'otite moyenne aiguë (OMA): inflammation aiguë d'origine infectieuse de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement dans la caisse du tympan
- Infection courante chez les jeunes enfants:
  - Le pic entre 6 et 24 mois
  - 75 % enfants <06 ans

# Germes

- OMA congestive: 90 % virus
- OMA collectées ou perforées d'origine bactérienne:
  - Haemophilus influenzae (30 à 40%)
  - Pneumocoque (40 %)
- OMA + conjonctivite purulente = H. influenzae

# Le diagnostic d'otite est un diagnostic clinique

## Signes fonctionnels

Otalgie, irritabilité, pleurs, insomnie

## Signes généraux

Fièvre, asthénie, anorexie, troubles digestifs

## Signes otoscopiques

+++++

# Diagnostic

- Un conduit auditif suffisamment dégagé de cérumen pour permettre une vision des tympans
- Un otoscope de qualité
- Une bonne connaissance de la sémiologie otoscopique

# Otoscopie normale

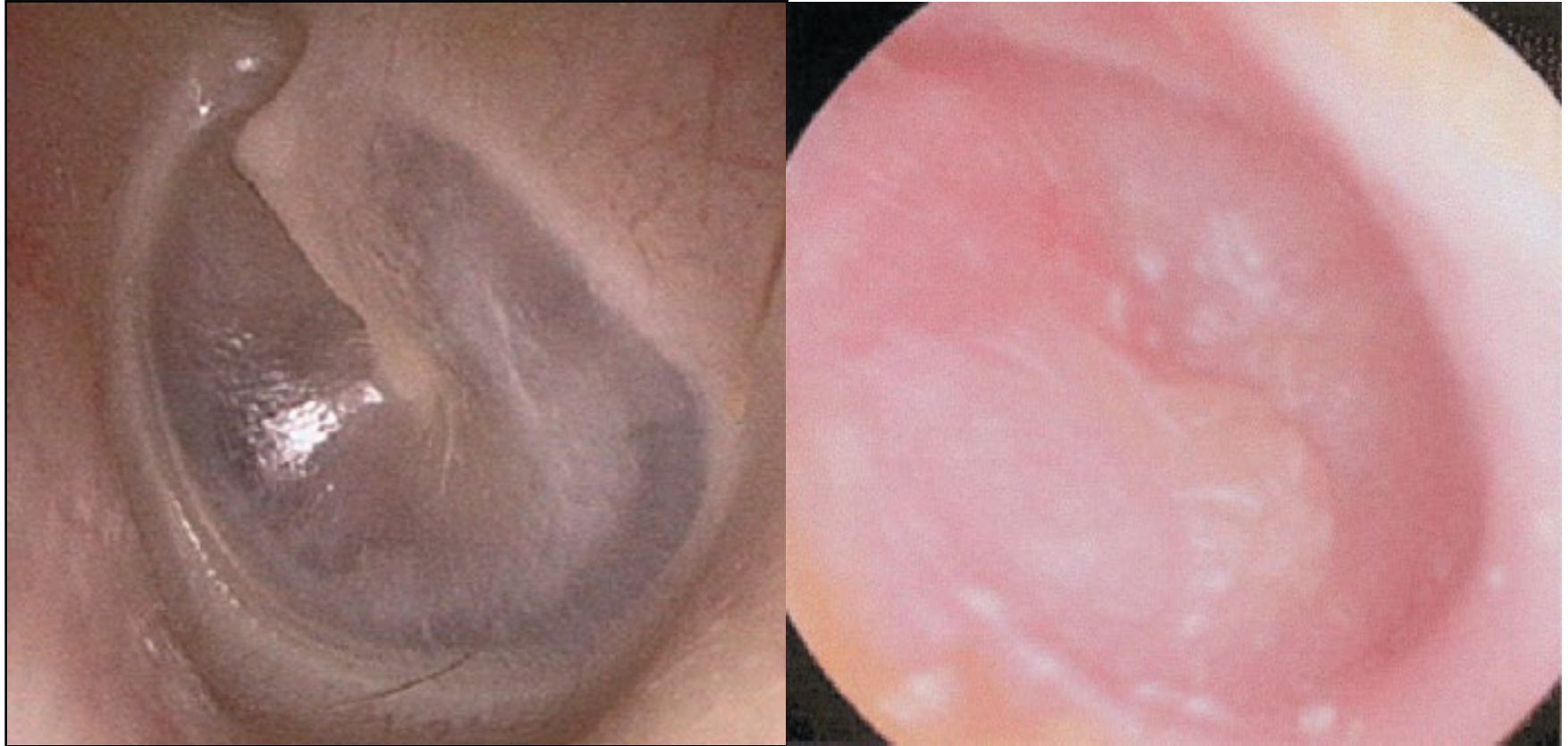




# OMA congestive



# OMA purulente



# OMA purulente perforé



# Otite moyenne aigue compliquée

- Antro-mastoidite
- Méningites 1/10 000
- Paralysie faciale 5/1 000

# Otites récidivantes (>4/an)

✓ Otites moyennes aiguës purulentes qui se répètent (normalisation du tympan entre 2 épisodes )

✓ Otites séro-muqueuses :

- Otite chronique à tympan fermé : accumulation dans l'oreille moyenne d'un liquide aseptique
- parfois perforation du tympan avec écoulement séreux
- fièvre absente
- parfois Otalgie légère à modérée
- hypoacousie +++





# OMA

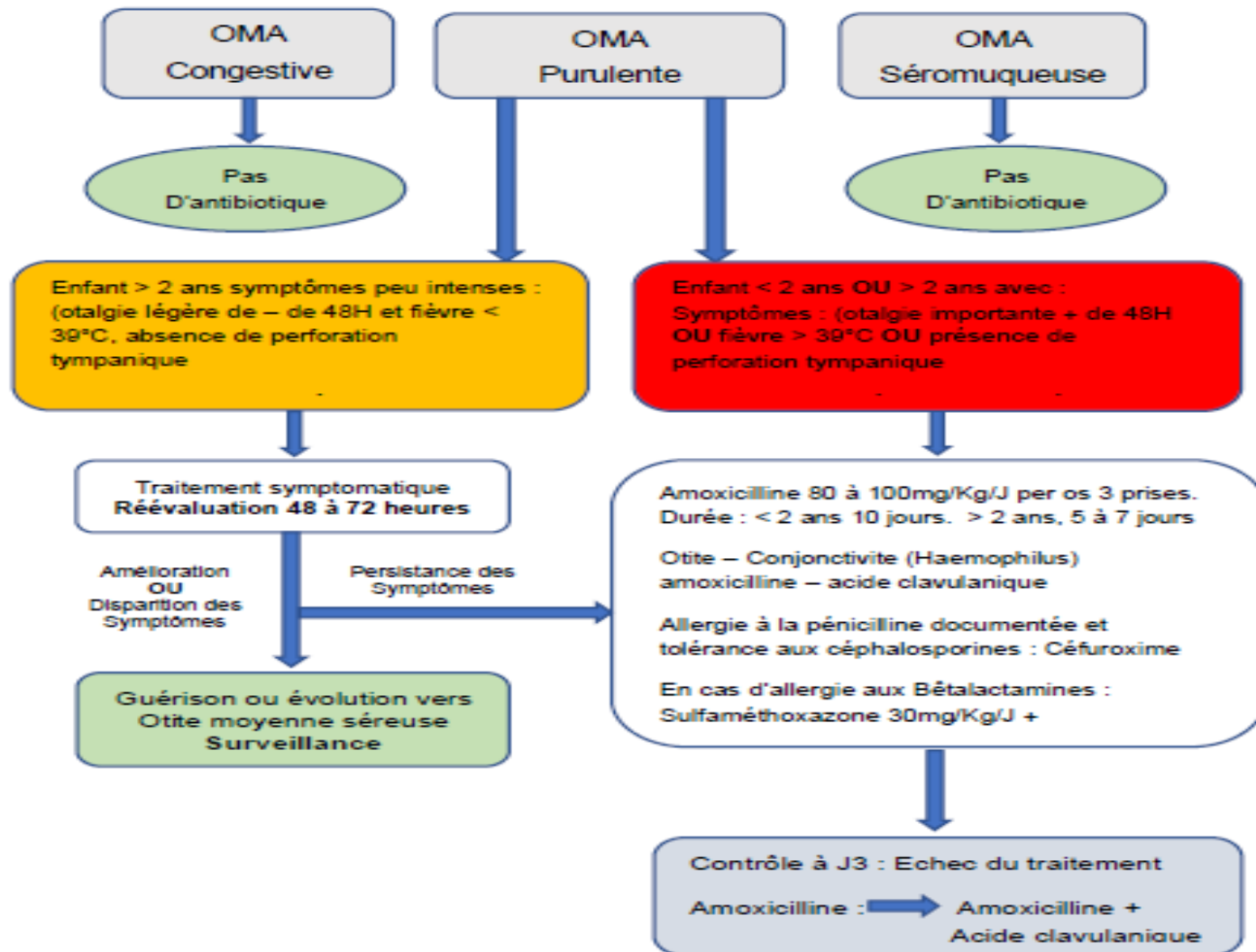
## Prise en charge

- Symptômes sévères : otalgie modérée à grave de plus de 48 heures ou fièvre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  ou présence d'une perforation tympanique
- Otorrhée et otite bilatérales
- Amoxicilline 80 à 100mg/Kg/J per os 3 prises  
Durée : < 2 ans 10 jours. > 2 ans, 5 à 7 jours.
- Traitement symptomatique et antalgique
- Contrôle J3 :
  - Bonne évolution (apyrexie, assèchement pus): même TRT
  - Echec: amoxicilline- acide clavulanique
  - Avis ORL
- Paracentèse:
  - Age < 3 mois
  - Enfant hyperalgique + tympan fortement bombé
  - Echec d'un traitement antérieur
  - OMA compliquée

**La constatation d'un tympan congestif dans le cadre d'une rhinopharyngite aiguë ne nécessite pas la prescription d'une antibiothérapie**

# OMA

## Prise en charge



# Sinusites aiguës

## Définition:

Inflammation aiguë de la muqueuse des sinus de la face, survenant habituellement dans un contexte de rhinopharyngite aiguë.

## Germes :

- *Hémophilus influenzae*,
- Pneumocoque,
- Staphylocoque.



# Sinusites aiguës

- Fièvre
- Écoulement nasal purulent uni ou bilatéral
- Haleine fétide
- Toux
- Œdème périorbitaire
- Céphalées et /ou douleurs faciales.
- Rechercher les facteurs de risque (terrain) :  
asthme, cardiopathie congénitale, déficit  
immunitaire...
- Examen clinique:
  - Douleur à la pression maxillaire ou frontale
  - Congestion nasale

# **Sinusites aiguës**

## **Examens complémentaires**

- Radiographie des sinus est inutile au diagnostic
- Bilan biologique : ethmoïdite+++

# Ethmoïdite

- **Nourrisson et le jeune enfant**
- Syndrome infectieux sévère
- Œdème inflammatoire  
périorbitaire sans suppuration  
conjonctivale
- Ecoulement nasal purulent bilatéral
- **Urgence pédiatrique**
  - cellulite orbitaire, suppuration intra-orbitaire
  - thrombo-phlébite du sinus caverneux .



# Sinusite maxillaire

- **Rhinosinusite maxillaire :**

Tableau clinique d'une rhinopharyngite surinfectée

- **Sinusite maxillaire** (enfant de 5 ans et plus)

- fièvre,
- rhinorrhée purulente
- céphalées+++



# Traitement

## Mesures générales

- Soins locaux ( idem que rhinopharyngite )
- Lutter contre la fièvre et la douleur
- Mesures de soutien

# Traitement

- Antibiothérapie :
  - **Ethmoïdite** : Amoxicilline par voie parentérale 100 mg/kg/j en 3-4 prises pendant 10 jours
  - **Rhinosinusite maxillaire aiguë sévère et Rhinosinusite aiguë trainante avec facteurs de risque** : Amoxicilline 80 mg/kg/j en 3-4 prises pendant 10 jours

# Laryngites aiguës

- Inflammation du larynx le plus souvent d'origine infectieuse. Témoin d'une obstruction VAS
- Modification du cri ou de la voix, toux rauque ou aboyeuse, cornage ou stridor, difficultés respiratoires avec ou sans tirage
- Dyspnée inspiratoire avec tirage sus sternal, stridor et/ou cornage, coloration, comportement, position de l'enfant, ...

# Laryngites aiguës

## Classification

### **L.A. Œdémateuse ( sous glottique )**

la plus fréquente

- Étiologie essentiellement virale
- Précédée d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite fébrile
- Dyspnée souvent la nuit , précédée d'une toux rauque puis aboyante
- Évolution souvent favorable en moins d'une heure sous TRT
- Récidives possibles

### **L.A. Spasmodique (striduleuse)**

Soudaineté, brièveté et répétition

- Étiologies virales et allergie
- Accès de dyspnée laryngée d'apparition brutale d'évolution rapide
- Dyspnée laryngée + toux rauque durant quelques min à quelques h
- Fièvre absente ou  $<38^{\circ}$
- Peut se répéter dans la même nuit ou au cours des nuits suivantes
- Récidives sont fréquentes



# Laryngites aiguës

## Classification

### **Epiglottite** : Urgence pédiatrique

- Peut toucher le nourrisson dès l'âge de 6 mois, mais concerne surtout l'enfant de 3 à 6 ans
- Germe: *hémophilus Influenzae* type b
- Symptômes très évocateurs :
  - ✓ faciès toxique, fièvre > 39°
  - ✓ douleur pharyngée, dysphagie puis aphagie
  - ✓ hypersialorrhée, voix étouffée, détresse respiratoire
  - ✓ enfant en position assise tête penchée en avant, rejetant sa salive
  - ✓ adénopathies cervicales bilatérales
- Examen du pharynx et la dépression de la langue par l'abaisse langue peuvent précipiter une asphyxie avec arrêt respiratoire et cardiaque

# Laryngites aiguës

## Appréciation de la gravité :

des facteurs de gravité sont à dégager d'emblée :

- Très jeune âge
- Dyspnée continue depuis une heure ou d'avantage
- Certains symptômes : pauses respiratoires, pâleur, signes d'asphyxie ( cyanose , sueurs, tachycardie ), signes d'épuisement, altération de la conscience
- Certaines étiologies : épiglottite aiguë, laryngite diphtérique (laryngites sévères )

# Laryngites aiguës

## Appréciation de la gravité : Score de Westley

Score de Westley :

**Laryngite légère : score à 1**

( toux rauque avec stridor à l'agitation sans tirage )

**Laryngite modérée : score 2 à 7**

**Laryngite sévère : score supérieur à 7**

<i>Paramètres cliniques</i>	<i>Score</i>
♦ <u>Stridor inspiratoire</u>	
Aucun	0
A l'agitation	1
Au calme	2
♦ <u>Tirage</u>	
Aucun	0
Léger	1
Modéré	2
Sévère	3
♦ <u>Murmure vésiculaire (entrée d'air)</u>	
Normal	0
Diminué	1
Très diminué	2
♦ <u>Cyanose</u>	
Absente	0
A l'agitation	4
Au calme	5
♦ <u>Degré de conscience</u>	
Normal	0
Altéré	5

# **Laryngites aiguës**

## **Prise en charge**

### **Laryngite légère : Score 1 : toux rauque sans tirage**

Traitement en ambulatoire

Mesures générales :

- antipyrétiques en cas de fièvre
- traitement de la rhinopharyngite si associée
- Pas d'antibiotiques
- Pas de corticoïdes

### **Laryngite modérée :**

#### **Score 2 à 7**

- Mise en observation
- Mesures générales
- Pas d'antibiotiques
- Corticothérapie :  
administrer des corticoïdes d'action rapide:  
Dexaméthasone 0,6 mg/Kg en I.M.  
à renouveler éventuellement après 1H en cas de persistance des symptômes
- Autoriser le retour la maison après 1 à 2H d'observation après l'injection :
- avec des mesures générales
- pas de traitement corticoïde oral de relais

## **Laryngite sévère : Score supérieur à 7**

- Hospitaliser l'enfant
- Mesures générales : antipyrétiques en cas de fièvre, oxygène humidifié, arrêt de la voie orale, perfusion ( ration de base )
- Nébulisations d'adrénaline 0,1% : ( 1 ml = 1 mg ) : 0,1 ml/Kg ( sans dépasser 5 ml ) avec 3 ml de S.S.I. à 9 ‰
- Corticothérapie par voie intraveineuse : Dexaméthasone 0,6 mg/Kg en I.V à renouveler 1H plus tard puis toutes les 6 heures en cas de persistance des symptômes.
- Antibiothérapie par voie intraveineuse : Ampicilline ou amoxicilline 100 - 150 mg/Kg/24h en I.V. en 4 fois

En cas d'amélioration clinique stable et disparition des signes de gravité, la sortie au domicile est autorisée

En cas d'aggravation après mise en route du traitement : Préparer les conditions matérielles d'une intubation

# Epiglottite

- Hospitalisation d'urgence
- Examen prudent de tout enfant dont la dyspnée laryngée a un caractère postural ( l'enfant est dyspneïque, fébrile et cherche à éviter la position couchée)
- Respecter la position assise : ne pas allonger

Toute manipulation est interdite avant d'avoir assuré la liberté des voies aériennes : ne pas utiliser d'abaisse langue.

- Corticothérapie par voie intraveineuse : Déxaméthasone 0,6 mg/Kg à renouveler 1 heure après
- Antibiothérapie : Céfotaxime 100 mg/Kg/24h (sinon amoxicilline 150 – 200 mg/Kg) + gentamicine 5 mg/Kg/24h
- Faire procéder en urgence à une INTUBATION dans un service de réanimation ou d'ORL

**Merci votre attention**