

Université d'Alger
Faculté de Médecine
Département de médecine

Module d'oto-rhino-laryngologie
Sixième Année

RHINOPHARYNGITES DE L'ENFANT

Présenté Dr S.OURAGHI

Année universitaire 2020 - 2021

I- INTRODUCTION :

Les rhinopharyngites appelées aussi adénoidites représentent la pathologie infectieuse la plus fréquente chez l'enfant. Il s'agit d'une atteinte inflammatoire de l'étage supérieur du pharynx avec participation nasale.

Elles représentent le motif de consultation le plus fréquent chez les enfants entre 6 mois et 7 ans.

Les rhinopharyngites ont une origine le plus souvent virale.

Il s'agit d'une pathologie bénigne, d'évolution spontanément favorable en 7 à 10 jours.

C'est une maladie d'adaptation aux germes de notre environnement.

II- ETIOPATHOGENIE :

A la naissance, la protection immunitaire est assurée uniquement par les IgG maternelles.

Cette protection est temporaire durant entre 3 à 8 mois. Puis relais par le lait maternel (IgA)

Après élimination des IgG et fin de l'allaitement maternel, le nourrisson devra synthétiser ses propres Ig en stimulant son système immunitaire en fonction du mode de vie.

Les virus et les bactéries pénètrent par les fosses nasales et leurs antigènes, après avoir traversé la muqueuse rhinopharyngée, entrent en contact avec les macrophages déclenchant le processus de la réaction immunitaire qui aboutit à la synthèse des lymphocytes B et T et l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée appelée aussi végétations adénoïdes.

Cette réaction immunitaire sera précoce et intense si l'enfant est mis en crèche.

III- EPIDEMIOLOGIE :

1- Fréquence :

Motif de consultation le plus fréquent chez l'enfant de moins de 5 ans .

2- Agent causal :

a-Virus (67%) : les virus représentent les principaux agents pathogènes. Plus de 200 virus sont susceptibles d'induire une rhinopharyngite ; les plus fréquents :

Rhinovirus , coronavirus , virus respiratoire syncytial,

Virus influenzae et parainfluenzae, adenovirus, entérovirus

b- bactéries (33%) :

représentées essentiellement par les bactéries suivantes

Streptocoque pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Staphylocoque.

Il s'agit de bactéries commensales du rhinopharynx devenant pathogènes dans certaines situations.

FACTEURS FAVORISANTS

. Les facteurs favorisants sont multiples:

- hypertrophie des végétations adénoïdes ;
- facteurs climatiques : printemps, automne ;
- facteurs épidémiques : grippe... ;
- mode de vie : crèche, école, milieu familial infectant, tabagisme passif ;
- fièvres éruptives de l'enfance : rougeole, varicelle, scarlatine... ;
- terrain, avec volontiers une notion familiale de « fragilité muqueuse », allergique ou non.

IV- CLINIQUE

Le tableau clinique associe de façon variable les symptômes suivants: rhinorrhée antérieure, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux.

L'examen clinique retrouve une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure qui peut être séromuqueuse (visqueuse et claire), purulente (colorée, plus ou moins épaisse) ou mucopurulente (visqueuse et colorée).

La rhinorrhée devient jaunâtre ou verdâtre lorsqu'elle contient beaucoup de cellules de desquamation. Il ne s'agit pas de pus (défini par la présence de polynucléaires altérés) et une rhinorrhée dite purulente n'est aucunement synonyme d'infection bactérienne. Le caractère puriforme de la rhinorrhée et l'existence d'une fièvre (dans les délais normaux d'évolution de la rhinopharyngite) ne sont pas des arguments en faveur de l'origine bactérienne de.

L'oropharynx est souvent inflammatoire

Les tympanes sont congestifs

Le diagnostic de rhinopharyngite est posé chez un patient qui présente un syndrome infectieux brutal associant :

- une fièvre à 38,5-39°C, avec parfois vomissements et diarrhée ;
- une obstruction nasale avec rhinorrhée antérieure,

- une obstruction de la trompe auditive avec une surdité associée
- des adénopathies cervicales bilatérales douloureuses.

L'examen clinique est peu contributif, il éliminera un autre foyer infectieux face à un syndrome fébrile de l'enfant (méninge, articulation, digestif, pulmonaire, urinaire, otite, angine).

Le prélèvement virologique n'est pas effectué en pratique.

Le prélèvement bactériologique, nasal ou nasopharyngé, n'a pas d'intérêt car les fosses nasales et le rhinopharynx ne sont pas des cavités stériles.

V- FORMES CLINIQUES :

A – rhinopharyngites aiguës

Forme catarrhale

Forme purulente

Forme itérative

B- FORMES PARTICULIERES :

Forme phonatoire

Forme ventilatoire

Rhinopharyngite allergique

A – rhinopharyngites aiguës

Peut prendre différentes formes courantes avec passage de l'une à l'autre au cours du même épisode et / ou au décours d'épisodes successifs.

1- Forme catarrhale :

C'est une rhinopharyngite claire d'origine virale.

SG : peu fébrile (38,5) avec EG conservé

SF : absents

Rhinoscopie : sécrétions blanc d'œuf filante

Otoscopie : tympan congestif + / - liquide retro tympanique

Traitement : désinfection rhinopharyngée par lavage et aspiration

AINS

Eviter de prescrire les ATB

Evolution : Guérison en 5 à 6 jours ou évolue vers la forme purulente

2- Forme purulente :

Rhinopharyngite sale , mucopurulente d'origine bactérienne

SG : fièvre à 39 – 40 avec EG + / - altéré

SF : obstruction nasale , céphalées

Rhinoscopie : sécrétions mucopurulente encombrant le cavum , les fosses nasales et le pharynx

3- Forme itérative :

Ce sont les rhinopharyngites précédemment décrites , ce caractérisant cependant par leur pérennité.

B- FORMES PARTICULIERES :

1- FORME PHONATOIRE

Rhinolalie fermée avec ronflement nocturne secondaire à une obstruction du cavum par les végétations adénoïdes.

2- RHINOPHARYNGITES ALLERGIQUES :

Obstruction nasale chronique

Rhinorrhée claire voir mucopurulente (surinfection)

Interrogatoire : eczéma, atopie familiale, asthme

Diagnostic : difficile

Traitement: éviction allergique

Anti Histaminique

CTC

Désensibilisation spécifique ou non

VI –EVOLUTION

La rhinopharyngite est une pathologie bénigne, d'évolution spontanément favorable en 7 à 10 jours.

La fièvre dure en général 3-4 jours, la rhinorrhée et la toux persiste généralement 7 à 10 jours,

VII-COMPLICATIONS

Les complications sont représentées essentiellement par les complications suivantes:

OTOLOGIQUES : OMA, OSM

SINUSIENNES : Ethmoidite (nourrisson), Sinusite maxillaire

COMPLICATIONS MENINGEES : Méningite purulente

COMPLICATIONS BRONCHOPULMONAIRES : DDB, bronchopneumopathies

Digestives : Diarrhée, vomissements

Ganglionnaires : Adénophlégon cervical

Les signes évoquant la survenue d'une complication bactérienne :

- fièvre persistant au delà de 3 jours ou réapparaissant secondairement après ce délai,
- persistance, sans tendance à l'amélioration, des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au-delà de 10 jours,
- changement de comportement de l'enfant : anorexie, irritabilité, réveils nocturnes ou au contraire, somnolence,
- otalgie, otorrhée,
- conjonctivite purulente, œdème palpébral,
- troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée),
- apparition ou persistance d'une gêne respiratoire.

VII- TRAITEMENT :

Buts : - Guérison

Eviter les complications

Prévenir les récurrences

La prise en charge des facteurs favorisants aide au contrôle des rhinopharyngites à répétition :

- éducation du mouchage et de l'hygiène nasale;
- éviction du tabagisme passif, éviction temporaire de la crèche ;
- correction d'un reflux gastro-œsophagien ;

Traitement médical

Apprentissage du mouchage

Désinfection rhinopharyngée

AINS

ATB si infection bactérienne

Traitement chirurgical :

Adénoïdectomie si végétations adénoïdes ou surinfection.

