

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

ORL pédiatrique : quoi de neuf ?



→ N. LEBOULANGER

Service d'ORL et de Chirurgie
cervico-faciale pédiatrique,
Hôpital universitaire
Necker-Enfants malades,
PARIS.

[Amygdalectomie de l'enfant

Environ 50 000 amygdalectomies sont réalisées chaque année en France, souvent associées à une adénoïdectomie, chez des enfants de 2 à 8 ans en général. La Société Française d'ORL a présenté en 2009 ses recommandations pour la pratique clinique concernant l'amygdalectomie de l'enfant (publiées en fin d'année dernière). Ces recommandations concluent que l'amygdalectomie de l'enfant doit être proposée en cas d'hypertrophie amygdalienne symptomatique entraînant un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) dont les principaux signes cliniques sont résumés dans le **tableau I**.

>>> Le SAOS représente 70 % des indications d'amygdalectomie de l'enfant. Chez l'enfant ne présentant pas de pathologie associée (**tableau II**) et quand l'examen clinique et l'interrogatoire concordent, la réalisation d'un enregistrement polysomnographique n'est pas nécessaire.

>>> La deuxième indication d'amygdalectomie chez l'enfant (environ 30 % des patients) est le traitement d'angines à répétition (au moins trois épisodes par an pendant 2 années consécutives). La plupart des amygdalectomies et adéno-amygdalectomies de l'enfant peuvent maintenant être réalisées en ambulatoire, dans le respect de certains critères également définis dans la recommandation.

Une publication récente s'est intéressée à l'efficacité intrinsèque de l'adéno-amygdalectomie pour SAOS [2]. Cette étude a comparé de manière prospective et contrôlée l'évolution clinique et polysomnographique de deux groupes d'enfants présentant un SAOS avec amygdales hypertrophiques, l'un opéré et l'autre simplement surveillé. La différence à l'issue des 7 mois de surveillance était significative avec une amélioration de la qualité de vie, du comportement et une normalisation de l'enregistrement polysomnographique chez 79 % des patients opérés contre seulement 46 % chez les patients surveillés. Une des

Signes nocturnes	Signes diurnes
• Ronflement • Pauses respiratoires • Sueurs • Énurésie • Parasomnies • Sommeil agité • Position anormale pendant le sommeil (tête en hyperextension)	• Difficultés de réveil • Irritabilité au réveil • Hyperactivité • Troubles de l'attention et de la mémoire • Asthénie au réveil • Somnolence diurne • Céphalées ou vomissement matinaux • Anorexie matinale • Respiration buccale • Troubles de la croissance (tardifs)

TABEAU I : Signes témoins de troubles respiratoires lors d'une hypertrophie amygdalienne (en **bleu**, les signes les plus discriminants) [3].

ORL PÉDIATRIQUE

Âge < 3 ans
Malformation cranio-faciale ou des voies aériennes supérieures.
Maladie neuromusculaire.
Insuffisance cardiaque droite et hypertension artérielle pulmonaire.
Obésité morbide.
Maladie métabolique avec infiltration conjonctive.
Maladie respiratoire récente des voies aériennes supérieures ou inférieures avec hyperréactivité bronchique.

TABLEAU II : Critères déterminant une amygdalectomie à risque respiratoire.

limites principales de l'étude est qu'elle ne concernait que des enfants de 5 à 9 ans, c'est-à-dire sensiblement plus âgés que ceux d'habitude concernés par un SAOS. Ce travail constitue néanmoins un élément fort en faveur de la réalisation d'une adéno-amygdalectomie de l'enfant devant un SAOS clinique franc.

Amygdalectomie, encore !

L'amygdalectomie est, comme il l'a été évoqué plus haut, un geste fréquent et efficace chez l'enfant. Sa morbidité est cependant notable et récemment plusieurs publications ont rapporté le risque de décompensation respiratoire – dont certains cas mortels – secondaire à l'utilisation de codéine en tant qu'antalgique postopératoire chez l'enfant [3, 4]. En effet, il existe un risque théorique d'aggravation respiratoire transitoire postopératoire chez les patients atteints de SAOS très sévère et souvent d'une comorbidité associée. Cette dégradation pourrait être majorée chez certains patients possédant un enzyme métabolisant rapidement la codéine en son produit de dégradation actif. Une obésité était aussi souvent rapportée chez les patients concernés par ces accidents.

Néanmoins, malgré la relative rareté de ces accidents, la grande majorité des services d'ORL pédiatrique pratiquant des adéno-amygdalectomie de l'enfant ont supprimé la codéine des prescriptions postopératoires pour la remplacer temporairement par du tramadol, par

exemple, en attendant une molécule parfaitement appropriée.

Pour conclure, bien que l'adéno-amygdalectomie de l'enfant soit un geste ancien, en apparence bien codifié, les pratiques cliniques sont en perpétuel mouvement et adaptation pour assurer aux patients une prise en charge aussi adaptée qu'efficace en limitant au maximum les risques et la charge de soin.

Infections de l'enfant à mycobactéries atypiques

Les infections à mycobactéries atypiques (MBA) sont relativement fréquentes chez l'enfant âgé de 1 à 5 ans. En général, elles se présentent comme une adénopathie d'évolution chronique, unilatérale, sans signes généraux, sous-mandibulaire ou pré-auriculaire, de la région parotidienne. Les lésions sont indolores, souvent recouvertes d'une peau érythémateuse mais non inflammatoire (**fig. 1**), non adhérente à la lésion, avec parfois une fistulisation à la peau. Certaines formes peuvent être particulièrement agressives, se présentant comme des lésions pseudo-tumorales (**fig. 2**). Si les infections de l'adulte sont souvent associées à un contexte d'immuno-dépression (chimiothérapies, infection par le VIH, etc.), celles de l'enfant sont dans la très grande majorité des cas isolées et sans contexte particulier.

Le germe le plus fréquemment responsable est *Mycobacterium avium*, suivi



FIG. 1 : Infection à MBA pré-auriculaire droite typique. Adénopathie sous-jacente avec fistulisation à la peau, érythème cutané non inflammatoire.



FIG. 2 : Forme agressive d'infection à MBA, pseudo-tumorale. La fistulisation à la peau est secondaire.

par *Mycobacterium haemophilum*, bien que leur mise en évidence par les cultures soit difficile. L'aspect anatomopathologique est très évocateur, montrant une infiltration granulomateuse épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséuse.

Plusieurs antibiotiques ont déjà démontré leur efficacité clinique contre le(s) germe(s) responsable(s), notamment la clarithromycine et la rifabutine.

Cependant, plusieurs travaux récents ont comparé de manière rigoureuse les taux de succès du traitement médical seul à celui de l'exérèse chirurgicale de la lésion [5, 6]. Le résultat est sans appel et confirme l'impression clinique : l'exérèse chirurgicale est nettement plus efficace (96 % de guérison à 6 mois) que le traitement médical seul (66 %). Par ailleurs, plus l'exérèse est large et complète, plus rapide et complète est la guérison. La principale difficulté technique que peut présenter le geste chirurgical est la proximité du nerf facial ou de l'une de ses branches. Il est en effet impensable de prendre un risque de paralysie faciale définitive, même partielle, pour traiter une infection bénigne dont l'évolution spontanée à long terme est en général la guérison. Le traitement chirurgical permet une guérison plus rapide mais également avec des séquelles esthétiques nettement moindres.

Il reste une place pour le traitement médical quand le geste chirurgical ne peut être réalisé (contre-indication locale), en cas d'atteintes multiples ou en cas de geste incomplet. Ces indications seront discutées au cas par cas entre pédiatre infectiologue et ORL.

Aérateurs transtympaniques chez l'enfant : recommandations pour la pratique clinique

La pose d'aérateurs transtympaniques (ATT) est un des gestes chirurgicaux les plus fréquemment réalisés chez l'enfant (fig. 3). Ses indications sont, la plupart du temps, la présence d'une otite séreuse (ou séro-muqueuse) chronique entraînant des otites moyennes aiguës (OMA) à répétition et/ou une surdité de transmission. La pose d'ATT pour rétraction tympanique est plus rare mais représente la troisième cause la plus fréquente. Les ATT sont efficaces car ils permettent à l'air de rentrer dans



FIG. 3 : Tympan droit, vue otoscopique ; aérateur de type diabolo en place en antéro-inférieur.

l'oreille moyenne et donc de faciliter le travail de drainage.

Un panel d'experts nord-américains a très récemment publié une série de recommandations pour la pratique clinique [7], qui sont comparables à celles recommandées par les sociétés savantes d'ORL françaises. Ainsi, il n'est indiqué de poser des aérateurs en cas d'otite séro-muqueuse que quand cette dernière dure plus de 3 mois (hors pathologie associée), toujours des deux côtés et après un test auditif minimal adapté à l'âge de l'enfant. En France, du fait de la mise en place récente du dépistage universel de la surdité, tous les enfants devraient à l'avenir avoir au moins été testé une fois. Les OMA à répétition sans OSM chronique sous-jacente ne sont pas une indication de pose d'ATT. Tous les enfants présentant une OSM persistant plus de 3 mois devraient être systématiquement testés sur le plan auditif.

Les pathologies associées pouvant faire hâter la pose d'aérateurs sont une surdité de perception associée, un retard de langage important, une malformation associée (au premier rang desquelles une fente vélaire ou vélo-palatine), ou une pathologie générale (craniosténose, trisomie 21, etc.). Les consignes de protection vis-à-vis de l'eau une fois les aérateurs en place sont de plus en plus légers,

étant donné le très faible risque réel de pénétration d'eau souillée dans l'oreille moyenne. Ces consignes relèvent cependant de l'appréciation du clinicien.

La pose d'aérateurs transtympaniques est associée à une très faible morbidité et a une très forte efficacité sur les épanchements chroniques et les infections répétées de l'oreille moyenne. Une otite séro-muqueuse isolée, non symptomatique, n'est pas une indication de pose d'ATT.

Rapprochement réussi de services

Depuis mi-avril dernier, les services d'ORL pédiatrique des hôpitaux Armand-Trousseau et Necker-Enfants malades à Paris ont fusionné, donnant naissance à Necker au premier service européen par la taille d'ORL pédiatrique, sous la direction du Pr Garabédian.

>>> À l'hôpital Armand-Trousseau est conservée une consultation d'ORL pédiatrique générale, réservée aux patients de l'hôpital et à ceux issus des départements et arrondissements adjacents. Une activité chirurgicale est également maintenue, en hôpital de jour exclusivement, afin de répondre aux besoins de proximité.

>>> Le nouveau service de l'hôpital Necker a intégré le bâtiment Laennec, inauguré cette même année. Il fait partie d'un ensemble unique associant chirurgie maxillo-faciale et plastique, neurochirurgie pédiatrique, et collabore étroitement avec les autres spécialités chirurgicales et avec des unités de pédiatrie ultra-spécialisées notamment dans le domaine des explorations respiratoires, de l'étude du sommeil et de la ventilation non invasive de l'enfant. Cette nouvelle structure permet désormais une prise en charge multidisciplinaire optimale de patients de tous horizons, dans de très bonnes conditions techniques et d'hébergement.

ORL PÉDIATRIQUE

Bibliographie

1. LESCANNE E, CHIRON B, CONSTANT I *et al.* Pediatric tonsillectomy: clinical practice guidelines. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2012;129:264-271.
2. MARCUS CL, MOORE RH, ROSEN CL *et al.* A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea. *N Engl J Med*, 2013;368:2366-2376.
3. KUEHN BM. FDA: No codeine after tonsillectomy for children. *JAMA*, 2013;309:1100.
4. KELLY LE, RIEDER M, VAN DEN ANKER J *et al.* More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. *Pediatrics*, 2012;129:e1343-e1347.
5. LINDEBOOM JA, LINDEBOOM R, BRUIJNESTEIJN VAN COPPENRAET ES *et al.* Esthetic outcome of surgical excision versus antibiotic therapy for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children. *Pediatr Infect Dis J*, 2009;28:1028-1030.
6. LINDEBOOM JA, KUIJPER EJ, BRUIJNESTEIJN VAN COPPENRAET ES *et al.* Surgical excision versus antibiotic treatment for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: a multicenter, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*, 2007;44:1057-1064.
7. ROSENFELD RM, SCHWARTZ SR, PYNNONEN MA *et al.* Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013;149:S1-S35.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.