

L'année pédiatrique

ORL pédiatrique : quoi de neuf en 2018 ?

Piles boutons : danger !

Une part importante de l'activité d'urgence d'un ORL pédiatre est le retrait de divers corps étrangers chez l'enfant, qu'ils aient été volontairement (nez, oreilles, pharynx et œsophage pour la plupart) ou accidentellement introduits (voies aériennes).

Les corps étrangers œsophagiens sont en général des morceaux de jouets ou de vêtements (**fig. 1**), ou des pièces de monnaie (**fig. 2**). Ils s'enclavent la plupart du temps dans la bouche œsophagienne ou à la jonction entre le tiers supérieur et le tiers moyen de l'œsophage. Parfois, ils peuvent spontanément se débloquent et être emportés après quelques heures par le péristaltisme œsophagien. Leur élimination ne pose alors plus de problème dans l'immense majorité des cas. En revanche, un corps étranger digestif très similaire à la pièce de monnaie doit impérativement être retiré en extrême urgence : la pile bouton. La différence fondamentale entre pièce et pile à l'imagerie est la présence d'un "double contour", petit liséré radiotransparent circulaire parallèle aux berges externes, qui correspond au joint isolant entre cathode et anode de la pile (**fig. 3**). La présence d'un double contour est donc pathognomonique de la présence d'une pile ; il ne s'observe pas même en cas d'ingestion d'une pièce faite de deux composants métalliques distincts (comme celles d'un ou deux euros). L'usage de smartphones équipés d'un appareil photo de bonne qualité a facilité le transfert d'images entre praticiens et patients.

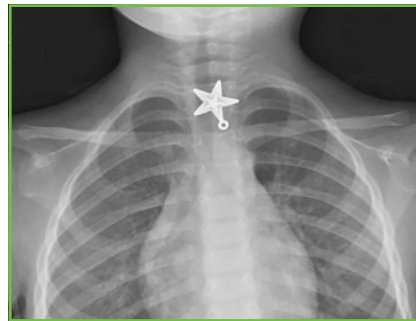


Fig. 1 : Radio de thorax de face. Corps étranger métallique en forme étoile au niveau de la bouche œsophagienne.

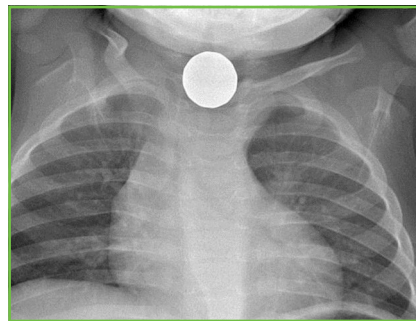


Fig. 2 : Radio de thorax de face. Pièce de monnaie dans l'œsophage au niveau de la bouche œsophagienne. L'image est totalement radio-opaque, homogène, sans double contour.

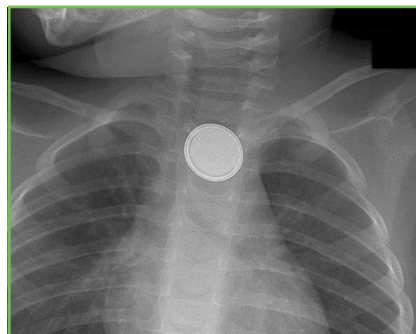


Fig. 3 : Radio de thorax de face. Pile bouton au niveau de la bouche œsophagienne.



N. LEBOULANGER

Service d'ORL et de Chirurgie
Cervico-faciale pédiatrique,
Hôpital Necker-Enfants malades,
Université Paris V René Descartes,
PARIS.

Le retrait par voie endoscopique d'une pile bouton coincée dans l'œsophage est une urgence chirurgicale absolue, qui passera au bloc opératoire devant péritonites et fractures. La pile coincée délivre en effet en continu l'énergie qu'elle contient toujours sur la même petite surface de muqueuse, qui nécroses très rapidement (**fig. 4**), entraînant potentiellement ulcération, sténose, perforation, médiastinite, et risque vital. Un enfant présentant une pile coincée dans

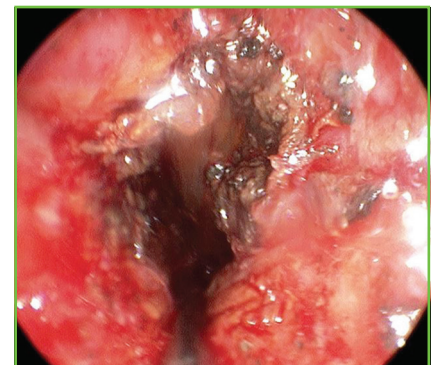


Fig. 4 : Endoscopie œsophagienne lors du retrait de la pile : lésions muqueuses nécrotiques circonférentielles.

l'œsophage doit être transféré **immédiatement par SAMU** à des urgences ORL pouvant le prendre en charge, sans perdre un seul instant, même s'il est pour l'instant asymptomatique. Chaque minute compte, littéralement.

Récemment a été publiée une série rétrospective de 26 enfants ayant présenté une ingestion de pile, sur une période de 6 ans [1]. Les piles incriminées étaient d'au moins 20 mm de diamètre, et issues majoritairement de télécommandes et de jeux d'enfants mal sécurisés. La prévention est donc fondamentale dans ce domaine, auprès des parents mais aussi des industriels. En cas de doute sur la nature du corps étranger ingéré (pièce ou pile) devant une radio et quand l'enfant n'est pas aux urgences ORL mais dans un autre centre, nous demandons systématiquement que nous soit transmise via un smartphone une photo du cliché afin d'organiser une prise en charge immédiate si la présence de pile est avérée.

Chirurgie trachéale : une première mondiale chez l'enfant

En avril dernier, le premier cas de greffe composite complète de trachée chez l'enfant a été publié et révélé au grand public [2]. Nous avons eu l'honneur d'être partie prenante de cette première mondiale, réalisée par une équipe pluridisciplinaire (Institut Gustave Roussy, Centre Chirurgical Marie Lannelongue et hôpital Necker-Enfants malades). Cette reconstruction, réalisée il y a 4 ans à partir de tissus autologues (cartilages costaux, lambeau musculo-cutané libre de muscle grand dorsal), a permis à cette jeune fille de maintenant 16 ans de reprendre une vie normale, sans trachéotomie. La patiente était atteinte d'une hypoplasie congénitale de la trachée et des bronches et avait bénéficié d'une première intervention à l'âge de 9 mois, puis de nombreuses autres qui n'avaient pas permis au final de rétablir un calibre trachéal satisfaisant.

En 2014, l'intervention avait été réalisée en urgence car le pronostic vital de l'enfant était engagé à très court terme. Le recul est désormais suffisant pour affirmer le succès de l'intervention et de la technique. En l'absence pour l'instant de solution alternative fiable (biothérapie cellulaire et tissulaire), cette première réussite mondiale est une incontestable avancée dans la prise en charge des malformations trachéales sévères et étendues de l'enfant.

Surdité de transmission malformative et appareillage

Cette année, l'assurance maladie a accepté de prendre en charge certains modèles d'implants vibrants d'oreille moyenne. C'est une grande avancée pour les patients atteints d'une surdité de transmission ou mixte, avec une composante malformative.

Dans certaines pathologies en effet, un appareillage classique par voie du conduit n'est pas possible et une solution efficace est l'implantation chirurgicale d'un dispositif vibrant directement fixé à un des osselets. Cette masselotte vibrante est reliée à un corps d'appareil sous cutané, lequel communique à un appareil externe par électromagnétisme, à la manière des implants cochléaires. Il n'y a donc pas de dispositif transcutané, ce qui rend la tolérance excellente. Ces appareils peuvent être indiqués à partir de l'âge de 5 ans.

Jusqu'à l'an dernier, ces appareils assez coûteux (entre 4000 et 5000 €) étaient à la charge de la famille du patient. Ils sont désormais pris en charge car le bénéfice médical en a été reconnu.

Une nouvelle piste thérapeutique pour les malformations lymphatiques

Les malformations lymphatiques, anciennement lymphangiomes, sont de présentation clinique très hétérogène. Parfois

de petit volume, discrète et non symptomatiques, elles peuvent être effroyables, déformantes et mettant en jeu le pronostic vital (**fig. 5**). Les malformations présentant une composante microkystique sont les plus difficiles à traiter.

La chirurgie, bien que toujours indiquée dans certains cas, s'est vue en partie remplacée ces dernières années par des thérapeutiques moins invasives : la sclérothérapie, par différents agents, et la rapamycine. Une récente publication dans une revue prestigieuse suggère qu'une autre molécule pourrait être ajoutée dans un avenir proche à l'arsenal thérapeutique [3].

Certaines malformations lymphatiques sont dues à une mutation en mosaïque du gène PIK3CA. La molécule utilisée dans



Fig. 5A (coupe axiale) et **B** (coupe coronale) : IRM cervico-faciale, pondération T2. Nourrisson d'un mois : très volumineuse malformation lymphatique cervico-faciale mixte infiltrante.

L'année pédiatrique

la publication récente en est un inhibiteur spécifique, et ne peut être donc administrée que quand la mutation a été mise en évidence par un examen spécifique. L'étude publiée récemment rapporte une efficacité clinique très importante sur la composante lymphatique chez deux patients, dont un enfant de 9 ans, atteints d'un syndrome spécifique.

Ces bons résultats devront bien sûr être confortés par l'étude d'une plus grande série de patients, qui évaluera aussi l'innocuité du traitement. On espère qu'une solution thérapeutique sera rapidement disponible pour les nourrissons atteints de volumineuses malformations lymphatiques et porteurs de la mutation cible.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant : les recommandations de la SFORL

La Société Française d'ORL a publié cette année ses dernières recommandations sur la prise en charge du syndrome d'apnées obstructives de l'enfant (SAOS) [4]. Un groupe de travail multidisciplinaire a été chargé d'effectuer une revue de la littérature et à partir de ces

textes et de l'expérience de chacun, des recommandations ont été rédigées, puis relues par un groupe de lecture indépendant du groupe de travail. Une réunion de synthèse a permis d'aboutir au texte final.

Voici, en résumé, les conclusions du travail : l'adéno-amygdalectomie est et reste le traitement de référence du SAOS d'un enfant présentant une hypertrophie adéno-amygdalienne.

Il est recommandé de mettre en place une assistance respiratoire chez un enfant présentant un SAOS sévère en l'absence d'obstacle rhino et/ou oropharyngé, après chirurgie si le SAOS persiste, en cas de contre-indication à la chirurgie, dans les obstructions complexes liées à des pathologies pharyngolaryngées et laryngées ou des comorbidités, ou comme alternative à la réalisation d'une trachéotomie. La coopération avec les pneumopédiatres est essentielle dans la prise en charge de ces patients. Enfin, il a été conclu que les corticoïdes par voie nasale avaient leur place dans la prise en charge du SAOS de l'enfant en cas d'obstruction nasale associée.

Au moindre doute quant à un SAOS chez un enfant, un avis ORL est donc indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAHMAR J *et al.* Esophageal lesions following button-battery ingestion in children: Analysis of causes and proposals for preventive measures. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2018;135:91-94.
2. KOLB *et al.* 4-Year Follow-up in a Child with a Total Autologous Tracheal Replacement. *N Engl J Med*, 2018, 2018;378:1353-1355.
3. VENOT Q *et al.* Targeted therapy in patients with PIK3CA-related overgrowth syndrome. *Nature*, 2018;558:540-546.
4. PATERON B *et al.* French Society of ENT (SFORL) guidelines (short version) on the roles of the various treatment options in childhood obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2018;135:265-268.

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