

I L'année pédiatrique

Quoi de neuf en ORL pédiatrique ?

Papillomatose laryngotrachéale : un bénéfice collatéral de la vaccination contre le HPV ? Plaidoyer pour une vaccination universelle

La papillomatose laryngotrachéale est une pathologie relativement rare, touchant environ une personne sur 100 000, surtout des enfants ou des adolescents. Elle consiste en l'apparition et la croissance de papillomes bénins dans les voies aériennes supérieures, du nez aux bronches, même si l'atteinte laryngée est la plus fréquente (**fig. 1**). Ces papillomes sont liés à une infection par un papillomavirus humain (HPV) de sérotype 6, 11 ou plus rarement 16 ou 18. Les lésions sont d'abord obstructives et peuvent à ce titre menacer le pronostic vital. Elles ont également à long terme un potentiel de dégénération maligne. Si l'extension se poursuit vers le bas, une destruction du parenchyme pulmonaire est possible avec un risque d'insuffisance respiratoire. Enfin, des désobstructions et exérèses endoscopiques répétées



Fig. 1 : Larynx, vue endoscopique. Papillomes laryngés obstructifs.

étant souvent nécessaires, une fibrose laryngée peut apparaître et majorer l'obstruction.

Les HPV étant ubiquitaires, on ne connaît pas les mécanismes immunitaires qui font que très peu de sujets déclenchent la maladie alors que la plupart d'entre nous avons été et sommes régulièrement exposés à ces virus. Il n'y a pas de transmission interhumaine de la papillomatose laryngotrachéale.

Un traitement curatif de la maladie n'est pour l'instant pas disponible. À ce jour, la prise en charge est essentiellement chirurgicale et palliative, et seuls de rares traitements médicaux adjuvants ont démontré une efficacité modérée. L'administration du vaccin (préventif) anti-HPV couvrant les sérotypes responsables de la maladie a été proposée chez les malades, avec une efficacité variable. Un panel d'experts internationaux a tout de même validé cette indication de vaccination à visée curative chez les malades, même en dehors de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du produit.

En France, la vaccination préventive contre le HPV est proposée depuis 2007 aux jeunes filles de 11 à 14 ans, avec rattrapage possible jusqu'à 19 ans et une extension éventuelle aux sujets à risque entre 9 et 26 ans (sujets greffés, infectés par le VIH, homosexuels masculins). La couverture vaccinale actuelle est faible et décevante, de moins de 20 %, alors que la protection conférée par ce vaccin contre les cancers génitaux est considérable [1]. Peut-être mettra-t-on également en évidence à l'avenir une protection contre certains cancers de l'oropharynx, très liés au HPV.



N. LEBOULANGER

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale pédiatrique, Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades et Faculté Paris V René Descartes, PARIS.

Quoi qu'il en soit, d'autres pays ont choisi de pratiquer une vaccination universelle, comme les États-Unis et le Canada dont les programmes ont commencé par les filles en 2006 avec une extension aux garçons en 2011, et l'Australie en 2007 pour les filles et 2013 pour les garçons. Dans ces pays, le taux de couverture dépasse les 80 %. Nos collègues australiens ont publié récemment les chiffres des nouveaux cas annuels de papillomatose : l'incidence a été divisée par 8 entre 2012 et 2016. Cette différence est bien entendu nettement significative et à mettre en relation avec la généralisation de la vaccination aux filles et aux garçons. Ces données plaident en faveur de la vaccination généralisées contre le HPV, chez filles et garçons, avant l'âge de l'entrée dans la vie sexuelle comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays, afin de limiter la diffusion du virus et de conférer une protection non seulement contre les cancers génitaux mais aussi contre des pathologies plus rares mais à peine moins dangereuses.

Il est à espérer qu'en France, dans les prochaines années, cette vaccination

L'année pédiatrique

soit prise en charge pour les deux sexes et recommandée voire intégrée au panel des protections obligatoires.

L'endoscopie du sommeil induit chez l'enfant

Le syndrome d'apnées du sommeil obstructif de l'enfant est dans la grande majorité des cas dû à une hypertrophie des végétations adénoïdes et/ou des amygdales palatines. Parfois cependant, l'obstacle est plus difficile à identifier. Qu'il soit dynamique (pharyngomalacie latérale), fixe (hypertrophie du tissu adénoïdien de la base de la langue) ou encore mixte, le site d'obstruction peut échapper à un examen de consultation même bien conduit.

Il peut être alors légitime de proposer chez certains patients une endoscopie du sommeil ou DISE (*drug induced sleep endoscopy*) [2]. Cet examen est réalisé au bloc opératoire et consiste en la visualisation par endoscopie des voies aériennes supérieures du patient lors d'une induction anesthésique progressive et bien sûr sans curares. Non seulement on peut parfois mettre en évidence un site obstructif qui aurait échappé aux explorations précédentes mais, dans le même temps, un geste de désobstruction ciblé peut également être réalisé (comme la destruction par radiofréquence de tissu lymphoïde basilingual hypertrophique). Bien sûr, la question de la comparabilité d'un sommeil naturel et d'une anesthésie générale, même quand elle respecte la ventilation spontanée, peut se poser. Quoi qu'il en soit, c'est une technique dont les indications sont limitées mais qui, dans certains cas complexes et mal compris, peut apporter des réponses et orienter vers une prise en charge spécifique.

La fin de l'otoplastie esthétique ?

Les malformations du pavillon sont très variées, allant des simples oreilles

décollées, culturellement plus ou moins bien acceptées, aux formes syndromiques très anormales. Jusqu'à une période récente, la correction chirurgicale de ces anomalies était réalisée dans la plupart des cas à un âge où l'enfant peut activement et raisonnablement participer à la décision, c'est-à-dire au moins 7 ou 8 ans, et souvent plus tard. Cette correction, l'otoplastie reconstructrice ou esthétique, est réalisée sous anesthésie générale et expose aux risques chirurgicaux habituels : hématome, chondrite, souffrance cutanée, modification secondaire rendant nécessaire un geste de retouche, etc.

Développée depuis une petite dizaine d'années mais en expansion depuis deux ans environ, une technique de modelage précoce des pavillons pourrait rendre nombre d'otoplasties obsolètes [3]. En effet, le cartilage du pavillon des nouveau-nés est particulièrement malléable et possède un potentiel de remodelage important dans les premières semaines de vie. Il est possible d'adapter un système de moulage en silicone qui donne au cartilage du pavillon la forme désirée, la plus naturelle possible. Au bout de quelques semaines (un mois de modelage environ), la forme imposée au cartilage devient naturelle et stable (**fig. 2 et 3**). Les parents apprennent vite à entretenir eux-mêmes le dispositif et le suivi clinique est rapproché.

Bien entendu, les contraintes sont nombreuses : suivi très rigoureux, nécessité d'un système d'adhésion à la peau qui soit le moins agressif possible, moulage n'entraînant pas d'érosion ou d'ulcération cutanée, etc.

Les résultats préliminaires sont encourageants : remodelage satisfaisant, standardisé et surtout stable dans le temps. Évidemment, cette technique n'est pas destinée aux déformations minimales qui, bien que pouvant parfois motiver une correction chirurgicale tardive, ne justifient pas une prise en charge aussi précoce. La forme définitive des pavillons,



Fig. 2 : Nouveau-né, pavillon droit : ptôse de la partie supérieure du pavillon.



Fig. 3 : Nourrisson, pavillon droit après un mois de moulage : la partie supérieure du pavillon est redevenue de morphologie normale et gardera cette forme à l'avenir. Le discret érythème lié à la confirmation prolongée passe rapidement.

qui ne sont que des variantes de la normale, est en effet difficile à estimer chez un nouveau-né. En revanche, donc, les déformations plus marquées sont visibles dès la naissance et peuvent désormais être prises en charge très précocement afin de réduire le risque de recours à une chirurgie ultérieure.

Pile bouton : toujours plus de mises en garde

Les ingestions de corps étranger chez l'enfant sont fréquentes, mais l'une d'entre elle est une véritable urgence thérapeutique, un retard pouvant mettre

en jeu le pronostic vital : l'ingestion d'une pile bouton. Si cette dernière s'enclave dans l'œsophage, l'énergie délivrée par la pile – qui reste en contact avec la même zone de muqueuse humide conductrice – entraîne très rapidement des lésions muqueuses œsophagiennes qui peuvent conduire à la perforation et la médiastinite.

À la radiographie de thorax, une pile peut être différenciée d'une pièce de monnaie par la présence d'un double contour (**fig. 4**). Ce liséré sombre au sein du corps étranger correspond au joint isolant qui sépare l'anode de la cathode. Il est toujours absent s'il s'agit d'une pièce de monnaie, même si ces dernières ont deux phases métalliques qui paraissent distinctes (1 et 2 euros).

L'ingestion et l'enclavement d'une pile bouton est une **urgence** et l'enfant, même s'il est très peu symptomatique, doit immédiatement être conduit, en SAMU si besoin, dans un centre pouvant assurer le retrait de la pile. Les enfants doivent être conduits au bloc opératoire sans aucun délai et sans attendre la durée de jeûne préopératoire habituelle. Des algorithmes de prise en charge ont récemment été publiés [4, 5] mais peuvent se résumer ainsi : retirer une pile bouton coincée dans l'œsophage d'un enfant est une urgence immédiate, vitale.

Beaucoup de communications ont été récemment faites par la communauté des ORL pédiatres auprès des professionnels de santé impliqués, du grand public mais aussi des autorités afin de pouvoir influencer sur les industriels et de durcir les normes de sécurité relatives à la présence de piles bouton dans des appareils électroniques : ces derniers ne doivent sous aucun prétexte pouvoir être ouverts par un enfant.

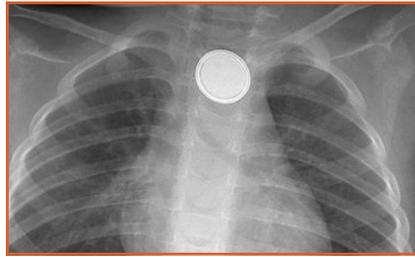


Fig. 4 : Radiographie de thorax de face. Pile bouton dans l'œsophage. Le double contour est bien visible.

Prothèses auditives : extension du remboursement

L'appareillage auditif est un élément fondamental de la prise en charge des enfants présentant une surdité invalidante. Jusqu'à présent, ces appareillages très efficaces et perfectionnés, mais coûteux, étaient pris en charge à 100 % chez l'enfant jusqu'à l'âge de 20 ans. En fonction des étiologies, la prise en charge par la collectivité n'était ensuite plus assurée et il pouvait devenir compliqué pour certains patients d'être correctement appareillés.

Entre fin 2019 et 2021, le cadre "100 % santé" sera progressivement mis en place [6]. Les patients devront toujours avoir au préalable la prescription motivée d'un ORL et le devis détaillée d'un audioprothésiste. Pour les enfants de moins de 6 ans, l'ORL devra être spécialisé en pédiatrie ou faire valoir une compétence spécifique en audiométrie de l'enfant. Cette extension de la couverture va assurer une prise en charge audioprothétique correcte tout au long de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. NOVAKOVIC D, CHENG ATL, ZURYNSKI Y *et al.* A prospective study of the incidence of juvenile-onset recur-

rent respiratory papillomatosis after implementation of a national HPV vaccination program. *J Infect Dis*, 2018;217:208-212.

2. LECLERE JC, MARIANOWSKI R, MONTEYROL PJ *et al.* Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology. Role of the ENT specialist in the diagnosis of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) in children. Part 2: Diagnostic investigations apart from sleep studies. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2019;136:295-299.
3. DANIALI LN, REZZADEH K, SHELL C *et al.* Classification of newborn ear malformations and their treatment with the EarWell infant ear correction system. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:681-691.
4. LABADIE M, TOURNOUD CH. Avis relatif à la prise en charge initiale d'un appel pour toute suspicion d'ingestion de pile bouton par un jeune enfant. *Toxicol Anal Clin*, 2019;31:7-11.
5. LAHMAR J, CÉLÉRIER C, GARABÉDIAN EN *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.
6. www.ameli.fr/paris/assure/actualites/des-protheses-auditives-bientot-integralement-prises-en-charge

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