

Les ethmoïdites

de l'enfant



Z. AFIRI,
A.S. NAAMANI,
N. YAHI,
Service ORL et CCF,
EPH Bachir Mentouri, Kouba, Alger.

Résumé

Les ethmoïdites aiguës du nourrisson constituent une complication des rhino-pharyngites, il s'agit d'une infection du sinus ethmoïdal, seul sinus pneumatisé à la naissance. Les facteurs favorisant sont ceux des infections des voies respiratoires supérieures, se manifestant le plus souvent par des signes ophtalmologiques : œdème palpébral, exophtalmie, troubles de l'oculomotricité évoluant dans un contexte fébrile, la présence d'une rhinorrhée purulente est fortement évocatrice. La TDM sinusienne est d'un grand apport, non seulement pour confirmer le diagnostic mais aussi pour rechercher une complication orbitaire ou endocrânienne. Au bout de l'étape radio-clinique, les complications orbitaires sont classées selon la classification de Chandler. Le traitement médical est de mise, moyennant les désinfections rhinopharyngées, le traitement antalgique et antipyrétique mais surtout une antibiothérapie par voie intraveineuse. Le traitement chirurgical, lui, est indiqué dans les cas où il existe un risque visuel par atteinte du nerf optique ou de la rétine, d'abcès sous périoste collecté ou extensif ou de complications intracrâniennes.

>>> Mots-clés :

Rhinopharyngite, nourrisson, ethmoïdites, complications, nerf optique.

Introduction :

L'ethmoïdite aiguë est l'infection des cellules du sinus ethmoïdal.

Il s'agit d'une pathologie du nourrisson et de l'enfant, se manifestant par un tableau clinique bruyant, fait de signes inflammatoires locaux et généraux. Cette infection pose essentiellement deux problématiques : l'une d'ordre diagnostique (classification radio-clinique), l'autre d'ordre thérapeutique (choix de l'antibiotique et indication du drainage chirurgical).

Abstract

Acute ethmoiditis is a complication of rhino-pharyngitis. It is an infection of the ethmoidal sinus, the only sinus pneumatized at birth. Contributing factors are those of upper respiratory tract infections, the most frequent manifestations are the ophthalmological signs : eyelid edema, exophthalmia, oculomotricity disorders evolving in a febrile context ; presence of purulent rhinorrhea is highly suggestive. Sinus CT is of great help, not only to confirm the diagnosis but also to look for an orbital or endocranial complication. Medical treatment is required, with the rhinopharyngeal disinfections, analgesic and antipyretic treatment but especially intravenous antibiotic therapy. Surgical treatment is indicated in cases where there is a visual risk of damage of the optic nerve or the retina, subperiosteal abscess collected or extensive or intracranial complications.

>>> Key-words :

Rhinopharyngitis, infection, ethmoidal sinus, complication, optic nerve

Matériel et méthode :

Nous avons revu les dossiers de tous les enfants hospitalisés du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2017 pour une ethmoïdite aigüe extériorisée.

Nous avons relevé pour chaque enfant :

- Son âge à l'admission.
- Son sexe.
- L'année et le mois de l'admission.
- Le délai entre les premiers symptômes et l'admission.
- Les signes cliniques à l'admission.
- La classification de Chandler.
- La réalisation ou non d'une TDM et son résultat.
- Le traitement médical entrepris au cours de l'hospitalisation ainsi que le drainage chirurgical éventuel.
- L'évolution.

Résultats :

Pendant ces cinq années consécutives, 63 enfants ont été admis pour prise en charge d'une ethmoïdite aigüe extériorisée. Il y a eu très peu de fluctuations d'une année sur l'autre. Il y avait 47 Garçons pour 16 Filles (figure 1).

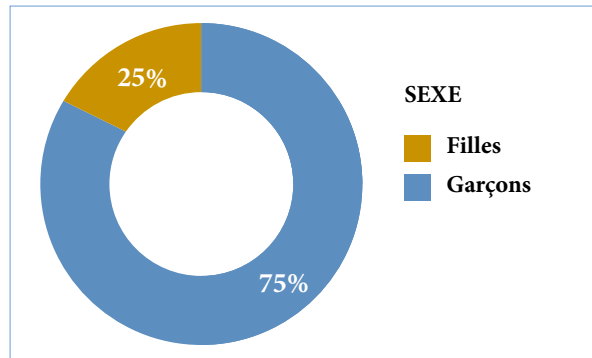


Figure 1 : répartition des enfants selon le sexe

Les enfants étaient âgés de 06 mois à 16 ans, avec une moyenne de 4 ans et demi.

Le délai entre l'apparition des signes cliniques et la consultation variait de 1 à 20 jours :

- 36 % avant 2 jours,
- 39 % entre 3-4 jours
- 25 % après 4 jours.

Sur le plan clinique :

- 00 % des patients présentaient un œdème palpébral.
- 76 % avaient une fièvre.
- 27 % une rhinorrhée purulente.
- 63 % avaient une rhinorrhée claire.
- 30 % présentaient une exophtalmie.
- On n'a pas noté de troubles de l'oculomotricité ni de l'acuité visuelle.



Figure 2 : Œdème palpébral (iconographie du service ORL-CCF EPH Kouba).

L'ethmoïdite a été classée selon la classification de Chandler (figure 3), on a retrouvé :

- Stade I : 34
- Stade II : 17
- Stade III : 11
- Stade IV : 1
- Stade V : 0

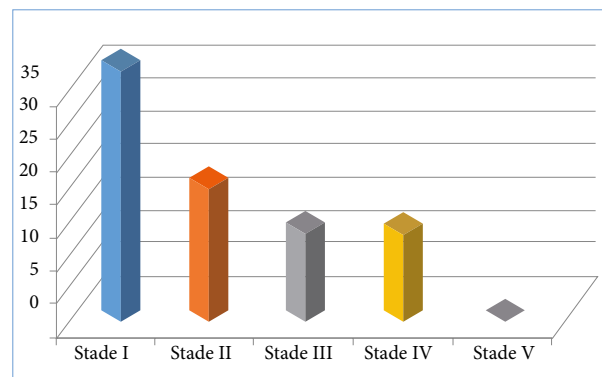


Figure 3 : classification de CHANDLER

Une TDM sinusienne a été réalisée chez 95% des patients retrouvant :

- 11 patients avaient un comblement ethmoïdal bilatéral
- 39 patients avaient un comblement unilatéral
- 13 patients avaient un abcès sous périoste faisant chez 2/3 des patients, moins de 3 mm (figure 4).



IRM : rétention au niveau des sinus (service ORL-CCF)



TDM : opacité des sinus de la face (SERVICE ORL-CCF)

Le traitement médical a été entrepris chez tous les patients, le traitement chirurgical, lui, a été réalisé chez 24 % des patients :

- 21 % des patients ont été opérés par voie externe.
- 3 % par voie endoscopique.



Figure 2 : Abscès sous périoste de 6,5 mm d'épaisseur.

L'évolution a été favorable chez tous les patients, cependant 2 patients ont présenté une diplopie, 1 patient a présenté une cicatrice disgracieuse et 03 patients ont récidivé.

Discussion :

Les ethmoïdites aiguës ne sont pas très fréquentes. En effet, en dehors de M. François ^[1] qui a rapporté une série de 125 cas traités de 1995 à 2003, les publications sur le sujet portent sur des petites séries.

L'éthmoïdite aiguë survient le plus souvent chez l'enfant de 2 à 3 ans, mais elle peut se voir chez des enfants plus jeunes (4 mois) ^[2] et aussi chez l'enfant plus âgé ^[3]. Dans notre série, l'âge moyen était de 4 ans et demi.

Nous avons noté une prédominance masculine, ce qui a été rapporté par certains auteurs ^[1].

La fréquence des signes oculaires : œdème palpébral, conjonctivite, chémosis, exophtalmie explique que l'ophtalmologiste soit fréquemment consulté en première intention ^[3].

L'œdème palpébral était un signe constant chez nos malades ; souvent unilatéral, avec des signes inflammatoires locaux prédominant à la paupière supérieure et à l'angle interne de l'œil, il s'étend plus ou moins vite à la paupière inférieure ^[1,3].

L'hyperthermie retrouvée dans 76% des cas à l'admission est expliquée pas la prise d'antibiotiques dans la période précédant la consultation.

L'examen ophtalmologique est nécessaire afin d'évaluer le patient notamment l'oculomotricité et l'acuité visuelle. La rhinorrhée purulente est inconstante mais quand elle existe, elle a une grande valeur diagnostique.

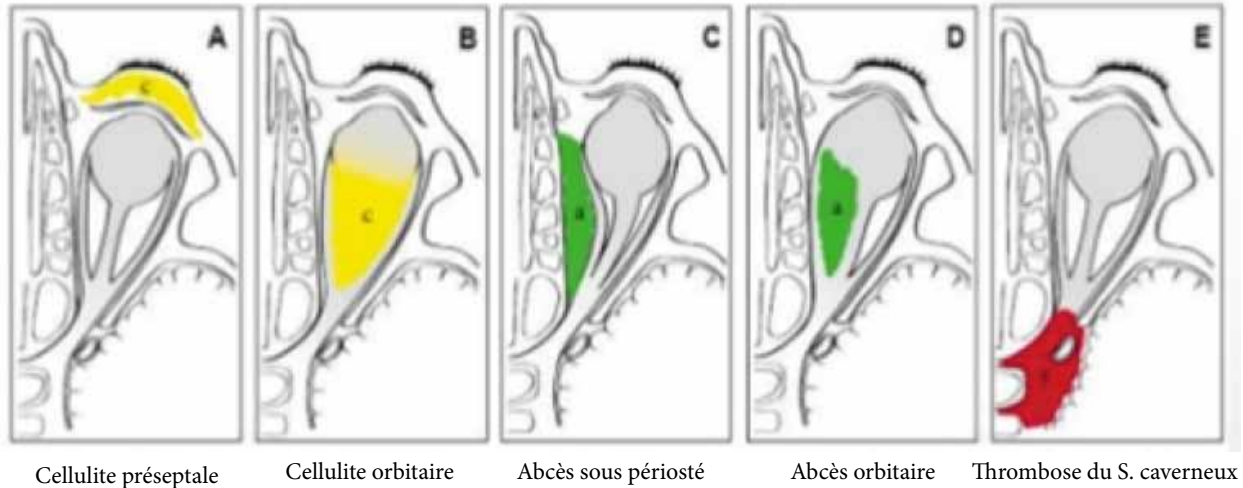
Tout œdème palpébral dans un contexte d'infection rhinopharyngée chez l'enfant impose un scanner en urgence, la tomодensitométrie permet un diagnostic positif et un bilan lésionnel de certitude, en étudiant l'ensemble des cavités sinusiennes, des éléments intra-orbitaires et des structures intracrâniennes.

L'injection de produit de contraste permet de mieux étudier la nature d'une anomalie rétro-septale. Elle permet aussi la recherche de thrombose des veines ophtalmiques et du sinus caverneux.

Les données tomодensitométriques sont indispensables pour indiquer et guider un éventuel geste chirurgical ^[4]. La classification de Chandler (figure 5) est celle utilisée pour classer les complications orbitaires des sinusites, il s'agit d'une classification radio-clinique qui fait la distinction entre 2 entités : les cellulites pré septales

d'évolution favorable le plus souvent avec un traitement médical et les cellulites retro septales qui elles peuvent être graves, mettant en jeu le pronostic vital et visuel. Pour notre série, 34 patients étaient classés stade I,

17 stade II, 11 stade III, 01 stade IV et pas de stade V, ce qui est superposable aux résultats des différentes séries de la littérature, où la cellulite préseptale était la plus fréquemment retrouvée [4].



Classification de Chandler

Tous les patients hospitalisés ont bénéficié d'un traitement médical. Symptomatique : antalgiques et antipyrétiques ; un traitement local : désinfections rhinopharyngées pluriquotidiennes ; et d'un traitement antibiotique. En matière d'antibiotiques, une antibiothérapie parentérale à large spectre associant le céfotaxime et la fosfomycine est la plus indiquée, cependant la disponibilité des molécules fait que dans notre service il s'agit de l'association céfotaxime, vancomycine/gentamycine et métronidazole qui a été prescrite.

Le traitement chirurgical a été entrepris à chaque fois qu'un abcès sous périosté de plus de 3 mm a été retrouvé à l'imagerie [4].

La voie externe est préférée du fait de la particularité de la chirurgie endoscopique chez l'enfant, elle consiste en une incision canthale interne avec décollement sous périosté, le pus a été prélevé à chaque fois pour un examen cytotabacériologique en vue d'adapter l'antibiothérapie par la suite. L'évolution des patients est d'autant plus favorable que la prise en charge est précoce, et du stade de l'ethmoïdite.

Conclusion :

Les ethmoïdites sont les sinusites les plus fréquentes

chez l'enfant de moins de 3 ans.

La gravité de cette affection est liée aux complications oculo-orbitaires et endocrâniennes.

Le diagnostic est essentiellement clinique mais l'apport de la TDM est majeur, notamment dans l'indication thérapeutique.

Conflit d'intérêt :

Aucun.

Date de soumission :

14 Février 2018

Références :

[1] François M, Mariani-Kurkdjian P, Dupont E, Bingen E. Ethmoïdites aiguës extériorisées de l'enfant : à propos d'une série de 125 cas. Arch. Pédiatr. 2005 ; 3 : 6-10.
 [2] Chobaut JC, Menget A, Badet JM et al. Les ethmoïdites de l'enfant à propos de 20 observations récentes. J. F. ORL 1993 ; 42 : 195-200.
 [3] Acute ethmoiditis in children about 11 cases L. Boughamoura, F. Hmila, M. Ben Ali*, I. Chabchoub, J. Bouguila, M. Yacoub, K. Bouzouita*, A S. Essoussi. J. Tun. ORL - N°16 Juin 2006
 [4] Orbital infections in children : clinical signs, imaging and treatment. L. Bovin, J.P. Adenis JFO 2009.