

**Tableau 35.1.** Les affections de la sphère ORL.

	Rhinopharyngite aiguë	Sinusite aiguë	Ethmoïdite aiguë	Otite moyenne aiguë
<b>Âge</b>	– Jeune enfant d'âge préscolaire	– Maxillaire > 3 ans – Frontale > 8 ans	– 2 à 3 ans	– Tout âge – Prédominance avant 2 ans
<b>Épidémiologie</b>	– Transmission inter-humaine	– Transmission inter-humaine		
<b>Origine</b>	– Virale +++	– Virale et bactérienne	– Haemophilus influenzae – Staphylococcus aureus	– Virale et bactérienne
<b>Fièvre</b>	– Modérée à élevée	– Prolongée (> 7 j)	– Début brutal – Élevée (39–40 °C)	– Très variable
<b>Douleur</b>	– Gorge	– Céphalée		– Otalgie pouvant être sourde ou vive
<b>Signes spécifiques</b>	– Obstruction nasale – Rhinorrhée claire – Toux sèche – Tympan rosés	– Obstruction nasale persistante – Rhinorrhée postérieure purulente – Toux sèche		– Rhinorrhée fréquente – Tympan rouge, bombé – Otorrhée parfois
<b>Adénopathies</b>	– Cervicales			
<b>État général</b>	– Conservé	– Conservé	– Altéré	– Troubles du sommeil, irritabilité – Pleurs persistants
<b>Signes associés ou extension</b>	– Selon le type de virus : – conjonctivite, adénovirus – VRS bronchiolite – laryngite – grippe – pneumopathie	– Discret œdème péri-orbitaire	– Œdème péri-orbitaire, voire cellulite	– Digestifs : – diarrhée – vomissements – Conjonctivite fréquente
<b>Complications</b>	– Surinfection bactérienne		– Septicémie – Méningite – Abcédation	
<b>Facteurs favorisants</b>	– Hypertrophie des végétations – Terrain allergique – Vie en collectivité			
<b>Confirmation du diagnostic</b>		– Radiographie des sinus	– Clinique – Radiologique	– Examen otoscopique – Prélèvement bactériologique pour antibiogramme si échec de l'antibiothérapie
<b>Traitement</b>	– Symptomatique : – antipyrétiques – DRP – antibiothérapie déconseillée sauf origine bactérienne suspectée	– Antibiothérapie orale : 15 j – Corticothérapie : 7 j	– En urgence : antibiothérapie de 15 j	– Selon l'âge et la clinique – Obligatoire chez l'enfant de moins de trois mois – Antibiothérapie : 7 à 10 j – Paracétèse si otite très algique ou échec thérapeutique

## Le traitement des infections ORL

Dans la plupart des cas, le traitement symptomatique est suffisant et doit être expliqué aux parents pour qu'ils le réalisent correctement.

## Traitement de la fièvre

Dans les pathologies ORL, la fièvre peut être absente ou très élevée. Il n'est pas rare de trouver une température à plus de 40 °C en cas d'otite aiguë ou d'angine. Faire baisser la température

**Tableau 35.2.** Les angines bactériennes.

	Angine aiguë streptococcique	Angine de la scarlatine	Angine de Vincent	Angine diphtérique
<b>Épidémiologie</b>	– 30 à 40 % des angines avant 2 ans	– Inexistante avant 2 ans		– A disparu en France mais reste endémique dans de nombreux pays : risque chez l'enfant voyageur non vacciné
<b>Origine</b>	– Streptocoque A $\beta$ -hémolytique		– Association de germes anaérobies fusiformes et de spirilles	– Bacille diphtérique
<b>Début</b>	– Brutal	– Brutal		
<b>Fièvre</b>	– Élevée (39–40 °C)	– Élevée, 40 °C	– Très élevée	– Élevée
<b>Douleur</b>	– Pharyngée majorée par la déglutition – Céphalées			
<b>Signes spécifiques</b>	– Pharynx rouge vif – Amygdales turgescentes, érythémateuses – Points gris-jaune non adhérents parfois	– Tachycardie – Vomissements – Angine de type streptococcique – Langue saburrale : V lingual, enduit blanchâtre, bords et pointe décapillés du 2 <sup>e</sup> au 8 <sup>e</sup> jour : langue rugueuse, framboisée	– Ulcérations de l'amygdale, avec fond grisâtre – Souvent unilatérale – Haleine fétide	– Fausse membrane épaisse, grisâtre, adhérente, cohérente, à tendance extensive vers les deux amygdales, luette et cavum
<b>Adénopathies</b>	– Sous-digastriques			
<b>État général</b>	– Altéré			– Toxique
<b>Signes associés ou extension</b>	– Diarrhée – Douleurs abdominales – Vomissements			
<b>Complications</b>	– Phlegmon de l'amygdale – Abscess pharyngé – Adénophlégon cervical			– Forme grave, maligne : altération de l'état général, fièvre élevée, chute de tension et insuffisance rénale
<b>Confirmation du diagnostic</b>	– Prélèvement de gorge : cocci Gram+ $\beta$ -hémolytiques – Test rapide (TDR)	– Évolution de la maladie vers une éruption généralisée	– Prélèvement de gorge : association fuso-spirillaire typique	– Prélèvement de gorge fait en urgence sur milieu de Loeffler
<b>Traitement</b>	– Antibiothérapie si test streptococcique rapide positif – Amygdalectomie secondaire si angines récidivantes ou compliquées		– Antibiothérapie IV : pénicilline V ou métronidazole : 15 j	– En urgence : sérothérapie + pénicillinothérapie

contribue au confort de l'enfant et limite les risques de complications générales, telles une déshydratation ou des crises fébriles.

Le médicament à privilégier est le paracétamol. Il est déconseillé d'utiliser l'ibuprofène sans couverture antibiotique, car il est suspecté de favoriser l'apparition de complications graves des infections bactériennes.

### Traitement de la douleur

La douleur accompagne souvent les pathologies infectieuses de la sphère ORL. Elle peut être particulièrement intense en cas d'angine, de sinusite ou d'otite aiguë. Parfois latente au repos, elle s'accroît à l'éveil, lors des pleurs et avec l'alimentation.

**Tableau 35.3.** Les angines virales.

	Forme typique	Herpangine	Angine herpétique	Angine de la mononucléose infectieuse
<b>Épidémiologie</b>	– 60 à 70 % des angines		– Primo-infection herpétique	
<b>Origine</b>		– Entérovirus coxsackie du groupe A	– Herpès simplex de type I	
<b>Fièvre</b>	– Variable		– Élevée	– Prolongée
<b>Douleur</b>			– Bouche très douloureuse	
<b>Signes spécifiques</b>	– Obstruction nasale – Coryza – Myalgies – Amygdales et pharynx érythémateux	– Pharyngite à vésicules claires puis ulcérées	– Angine vésiculeuse – Gingivo-stomatite ulcéreuse	– Fausses membranes jaunâtres sur les amygdales – Purpura du voile – Splénomégalie – Éruption morbilliforme
<b>Adénopathies</b>	– Cervicales diffuses et multiples			– Cervicales volumineuses

Elle est évoquée devant les signes habituels de souffrance mais aussi en cas de refus alimentaire, d'augmentation des pleurs à la déglutition, de frottements des oreilles ou de mouvements de la tête de droite et de gauche.

La douleur des infections ORL doit être prise en compte avant toute autre forme de traitement ; sa prise en charge peut parfois s'avérer suffisante.

Les antalgiques de palier 1 seront mis en œuvre rapidement ; ils s'avèrent souvent suffisants. Un antidouleur de palier 2, voire de palier 3 peut être proposé en cas de douleur très intense (voir p. 744). Le traitement sera poursuivi au moins 48 heures, ce délai correspondant à la durée moyenne de l'épisode douloureux.

### Traitement de la cause

Lorsque la cause virale est suspectée, aucun traitement étiologique n'est disponible.

L'antibiothérapie n'est recommandée qu'en cas de suspicion d'infection bactérienne ou chez certains enfants à risque (prématuré, moins de 3 mois, porteur d'une affection respiratoire chronique). Dans le cas des angines érythémateuses et érythémato-pultacées, l'origine bactérienne peut être documentée par un test streptococcique positif.

Les pénicillines sont données en première intention dans toutes les infections ORL.

### Traitement de l'encombrement nasal

La désobstruction rhinopharyngée (DRP) est recommandée dans toutes les situations où l'obstruction nasale ou la rhinorrhée sont importantes. Elle peut être effectuée par du sérum physiologique ou des solutés marins.

Elle est proposée en cas de gêne réelle surtout avant les repas et le coucher. L'aspiration n'est conseillée qu'en milieu hospitalier car c'est un geste invasif, qui peut majorer l'œdème muqueux en raison des frottements de la sonde d'aspiration contre les parois nasales.

### Prévention des infections ORL (encadré 35.1)

Les vaccinations représentent la prévention de choix pour les infections bactériennes à pneumocoque ou à *Haemophilus*, mais également contre certaines infections virales (Covid-19, grippe, VRS).

Il reste que la meilleure prévention est sans nul doute d'éviter que l'enfant soit en contact avec des personnes porteuses de telles affections, ce qui est illusoire en collectivité comme les crèches et les écoles.

Une attention particulière doit être portée à l'hygiène de l'environnement et à l'hygiène personnelle dans les périodes d'épidémie pour limiter la propagation des infections rhinopharyngées.