

Les explorations de la rhinite de l'enfant : quand et comment faire d'autres explorations ?

Rhinitis investigations in children: When and how to investigate

V. Prulière-Escabasse ^{a,*}, ^b, ^c

^a Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, centre hospitalier intercommunal de Créteil, 40, avenue de Verdun, 94000 Créteil, France

^b Université Paris Est-Créteil, 61, avenue du Général-de-Gaulle, 94000 Créteil, France

^c Inserm U955, 94000 Créteil, France

Disponible sur Internet le 3 avril 2014

Résumé

La découverte d'une rhinosinusite diffuse chronique per annuelle émaillée d'épisodes de surinfections bactériennes chez un enfant doit faire évoquer trois étiologies : une mucoviscidose, un déficit immunitaire ou une dyskinésie ciliaire primitive (DCP). Les antécédents familiaux (consanguinité, bronchite chronique, sinusite chronique) et l'histoire clinique (situs inversus, otite chronique, infections bactériennes bronchiques) guideront le praticien dans son enquête étiologique. L'examen ORL est alors capital. L'otoscopie recherchera la présence ou non d'une otite séromuqueuse et l'interrogatoire l'existence d'épisodes récurrents d'otites moyennes aiguës. L'endoscopie nasale, à l'aide d'un nasofibroscope, permettra de caractériser l'atteinte rhinosinusienne et de réaliser un prélèvement des sécrétions purulentes en vue d'une analyse bactériologique. Le diagnostic de mucoviscidose est retenu lorsque le test de la sueur est pathologique (> 60 mmol/L) et que deux mutations du gène *CFTR* sont mises en évidence. Le dosage pondéral des immunoglobulines sériques et le titrage des anticorps d'origine vaccinale permettent de révéler un déficit immunitaire. Le diagnostic de DCP repose sur l'analyse du battement ciliaire et l'analyse ultrastructurale des cils (de l'épithélium nasal ou bronchique) prélevés par brossage.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Sinusite chronique diffuse ; Nasofibroskopie ; Mucoviscidose ; Déficit immunitaire ; Dyskinésie ciliaire

Abstract

The discovery of diffuse chronic rhinosinusitis associated with scattered episodes of secondary bacterial infections in a child should make one think of three underlying conditions: cystic fibrosis (CF), immunodeficiency or primary ciliary dyskinesia (PCD). Family history (consanguinity, chronic bronchitis, chronic sinusitis) and clinical history (situs inversus, chronic bronchitis, chronic sinusitis) should guide clinicians in the search for their etiology. An ENT examination is essential. An otoscopy examination is necessary for detection of otitis media with effusion, and questioning may reveal a history of recurrent otitis media. Nasal fibroscopy may show evidence of rhinosinusitis and allow sampling of purulent secretions for bacteriological analysis. CF diagnosis is traditionally based on the presence of two or more sweat chloride measurements greater than 60 mmol/L and the presence of two *CFTR* gene mutations. Laboratory examination for serum immunoglobulin levels and titration of vaccine-induced antibody levels can detect immunodeficiency. Diagnosis of PCD is based on ciliary beat frequency measurements and ultrastructural analysis of nasal or bronchial cilia obtained by nasal or bronchial mucosal brushing.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Diffuse chronic rhinosinusitis; Cystic fibrosis; Immunodeficiency; Primary ciliary dyskinesia; Diagnosis; Nasal fibroscopy

* Correspondance.

Adresse e-mail : v.escabasse@free.fr.

1. Interrogatoire et examen clinique d'une rhinosinusite chronique chez l'enfant

L'exploration d'une rhinite débute par un interrogatoire qui précise la date de survenue des premiers symptômes rhinosinusiens (depuis la naissance, la petite enfance ou l'adolescence), leur fréquence afin de déterminer leur caractère chronique (> 3 mois) aigu ou subaigu (au moins 8 semaines et au maximum 12 semaines), leur intensité (0 : absent ; 1 : léger ; 2 : modéré ; 3 : sévère), la présence concomitantes d'épisodes d'otites moyennes aiguës ou séromuqueuses et enfin, l'existence d'une atteinte bronchique inflammatoire ou infectieuse [1]. Les symptômes rhinosinusiens recherchés chez l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte : une obstruction nasale, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure, le caractère purulent ou non des sécrétions nasales, l'existence de troubles de l'odorat (souvent traduits comme un manque d'appétit chez l'enfant), des douleurs faciales (frontales, maxillaires ou globales, de type céphalées exprimées chez l'enfant par une fatigue, des pleurs ou une apathie). L'existence d'une rhinorrhée purulente subaiguë ou chronique, accompagnée de troubles de l'odorat et de douleurs faciales, associée ou non à des épisodes d'otites et d'infections bronchiques, doit conduire le praticien à s'interroger sur l'origine non allergique de la symptomatologie nasale [2]. Un examen des fosses nasales à l'aide d'un nasofibroscope est alors indispensable afin de caractériser l'atteinte rhinosinusienne. Cet examen réalisable dès le plus jeune âge (fibre pédiatrique de 2,7 mm de diamètre) est facilité lorsque le praticien ORL offre à l'enfant la possibilité de regarder par la lunette du nasofibroscope le contenu de sa fosse nasale. La nasofibroscopie permet alors d'affirmer le caractère diffus donc bilatéral ou non de l'inflammation et/ou la présence de sécrétions purulentes et/ou de polypes aux méats moyens (Fig. 1). Un prélèvement des sécrétions purulentes aux méats moyens doit être réalisé lors de l'examen à l'aide d'un écouvillon ou d'une aspiration reliée à un piège dans le but d'une analyse bactériologique. La présence de sécrétions purulentes unilatérales conduit l'ORL à évoquer une cause



Fig. 1. Examen nasofibroscopique (fosse nasale droite) d'un enfant de 8 ans présentant une rhinosinusite chronique diffuse sécrétions muco-purulentes au méat moyen droit.

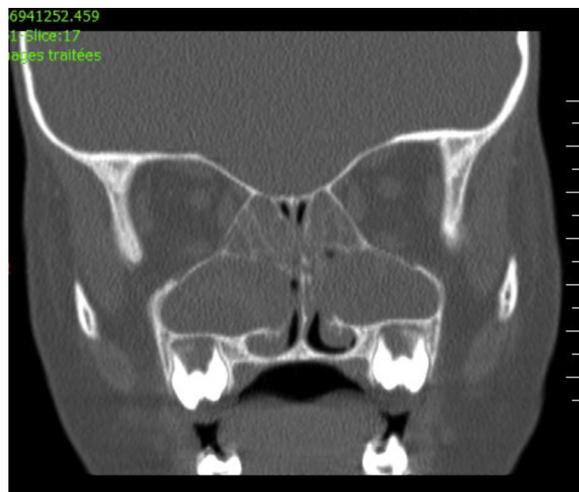


Fig. 2. Scanner des sinus en coupes coronales d'un enfant de 5 ans présentant une rhinosinusite chronique diffuse. Comblement total de l'ensemble des cavités naso-sinusiennes.

locale bénigne (imperforation choanale unilatérale, corps étranger dans la fosse nasale, origine dentaire) ou plus rarement maligne. La présence d'une rhinosinusite chronique diffuse (Fig. 2) avec mise en évidence de polypes et/ou de sécrétions purulentes doit faire évoquer trois diagnostics : un déficit immunitaire, une mucoviscidose, une dyskinésie ciliaire primitive (DCP).

2. Les déficits immunitaires

Un déficit immunitaire commun variable (DICV) est soupçonnable dès le plus jeune âge devant la récurrence d'épisodes infectieux sévères, bruyants sur le plan clinique (hyperthermie, algies, apathie) rhinosinusiens, otitiques ou bronchiques nécessitant des traitements antibiotiques prolongés afin d'obtenir la guérison. Les organismes communément retrouvés dans ces infections sont des bactéries largement répandues dans la population (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus*). Le diagnostic est confirmé par le dosage pondéral des immunoglobulines sériques : IgG et sous-classes (IgG₁, IgG₂, IgG₃, IgG₄), IgA et IgM combinées ou non. Le niveau d'anticorps d'origine vaccinale contre la poliomyélite, la rougeole, la diphtérie et le tétanos est habituellement abaissé ou nul. La numération et la fonction des lymphocytes T peuvent également être testées à partir de prélèvements sanguins ainsi que la production d'anticorps par les lymphocytes B. Enfin, la présence d'auto-anticorps plasmatiques peut être mise en évidence d'où l'intérêt de leur recherche lors du bilan sanguin [3].

3. Les pathologies liées au défaut d'épuration mucociliaire

À l'interrogatoire, la mucoviscidose et la DCP peuvent être évoquées lorsqu'il existe une consanguinité familiale. Ces deux pathologies d'origine génétique sont responsables d'infections

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386037>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386037>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)