



**CHU  
NANTES**

De la rhinite à l'otite -  
Gestion des infections ORL  
courantes chez l'enfant et l'adulte



# POURQUOI ?

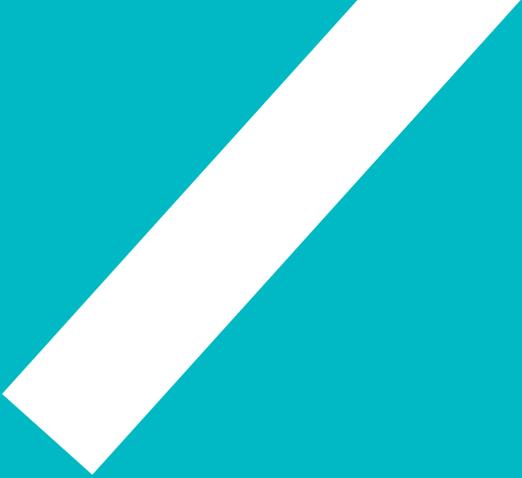
---

## FRÉQUENT

<b>20 millions</b> de consultations/an	<b>infections ORL</b>
12 millions de consultations/an	Rhinopharyngite
9 millions de cas/an	Angine
4 millions de cas/an	Sinusite
3 millions de cas/an	Otite moyenne aigue.

## ANTIBIOTHÉRAPIE

**>40%** des prescriptions d'antibiotiques en ville



# La rhinopharyngite

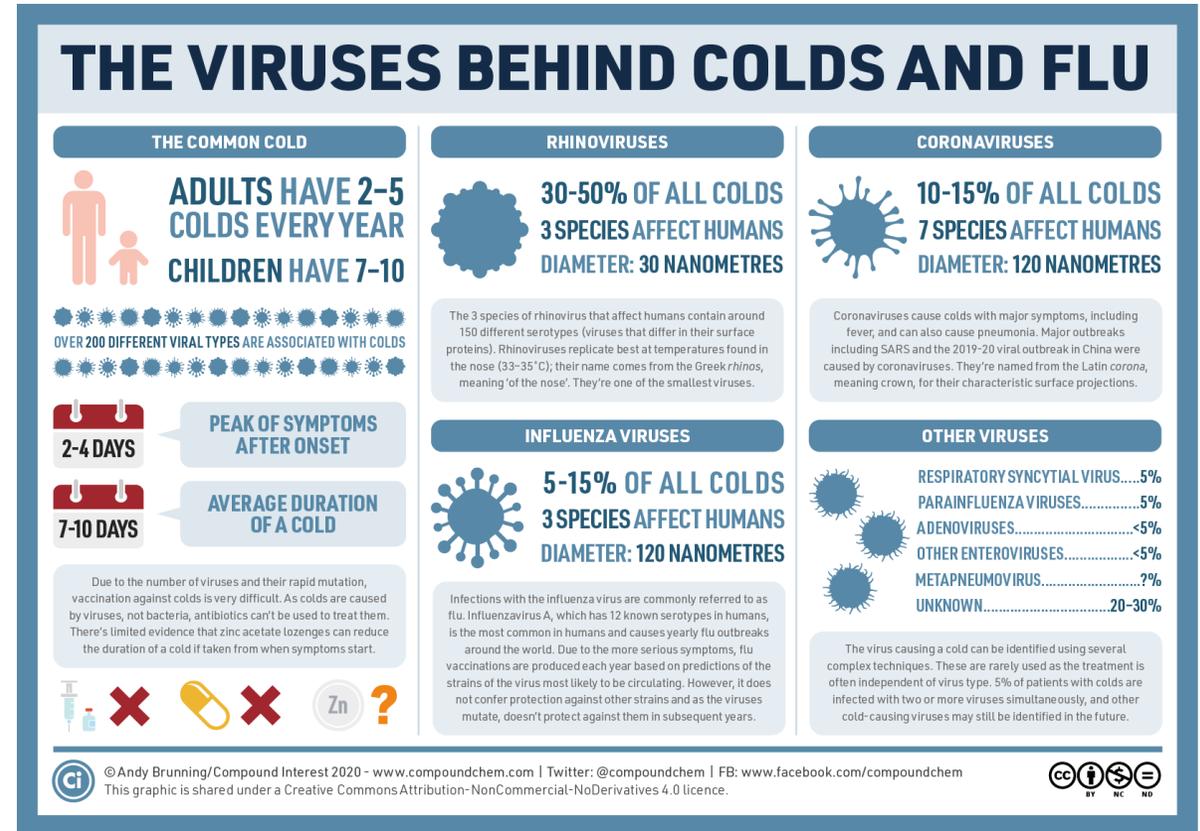
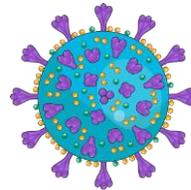
# RHINOPHARYNGITE

## ÉPIDÉMIOLOGIE

- Infection ORL la plus fréquente (12 millions/an)
- Pic 6 mois – 7 ans
- **Enfant – 5-8 épisodes/an**
- **Adulte – 2-5 épisodes/an**
- Pic Automne – Hiver
- Transmission aérienne > **manuportée** (rhinovirus++)

## PLUS DE 200 VIRUS

- **Rhinovirus** (30-50%) – 3 espèces et 150 sérotypes
- **Coronavirus** (10-15%) – 7 espèces
- **Influenza** (5-15%) – 3 espèces
- VRS (5%)
- Parainfluenzae (5%)
- Adenovirus
- Enterovirus
- Metapneumovirus



# RHINOPHARYNGITE

---

## CLINIQUE

- **Incubation brève – 48-72h**
- Symptômes – Rhinorrhée / éternuement / obstruction nasale +/- fièvre +/- toux.
- **Fièvre jusqu'à J4**
- **Toux & rhinorrhée J14**
  
- Une immunité locale de courte durée qui ne protège **QUE** contre le virus responsable
- Une réinfection par un autre virus est donc possible et explique le nombre important d'épisodes.

## COMPLICATION

- **Fièvre > 4j ou réapparition + symptôme spécifique**
- **OMA** – 50% des complications et 10% des RP
- **Sinusite** – 0,5%-10% des RP
- Attention : rhinorrhée purulente : cellules de desquamation, faisant partie de l'évolution naturelle de la rhinopharyngite.

## ANTIBIOTHÉRAPIE : inutile et délétère !

- DRP
- Antipyrétique
- **Pas de** vasoconstricteur / **pas** d'AINS / **pas** de corticothérapie

# EST-CE QU'ON ATTRAPE FROID ?

---

- **Altération de la réponse immunitaire locale**

- Une étude de a montré que l'exposition au froid réduit la réponse immunitaire innée de l'épithélium nasal face aux rhinovirus.
- **Moins de production d'interférons et de peptides antiviraux à 33°C qu'à 37°C.**

- **Vasoconstriction induite par le froid**

- L'air froid induit une vasoconstriction de la muqueuse nasale, réduisant l'afflux sanguin et donc les cellules immunitaires.
- **Diminution des défenses locales et de la clairance muco-ciliaire.**

- **Augmentation du temps de survie des virus en air froid et sec.**

- Les rhinovirus survivent mieux à basse température et air sec.
- **Augmentation de la transmission.**

- **Hausse des comportements à risque en hivers.**

- En hiver, les gens passent plus de temps en intérieur, favorisant la promiscuité et la transmission interhumaine.
- **Le rôle du froid est donc indirectement comportemental.**

# TOUT SUR LA DRP

## Utilisation des pipettes unidoses



1 Je me lave les mains et je prépare les dosettes de sérum physiologique



2 J'allonge mon bébé sur le dos ou sur le côté, avec la tête maintenue sur le côté



3 Je place doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut



4 J'appuie sur la dosette pour en vider le contenu dans la narine tout en fermant la bouche de mon enfant



5 Le sérum ressort par l'autre narine avec les sécrétions nasales. J'attends que bébé ait dégluti correctement



6 J'essuie son nez à l'aide d'un mouchoir jetable



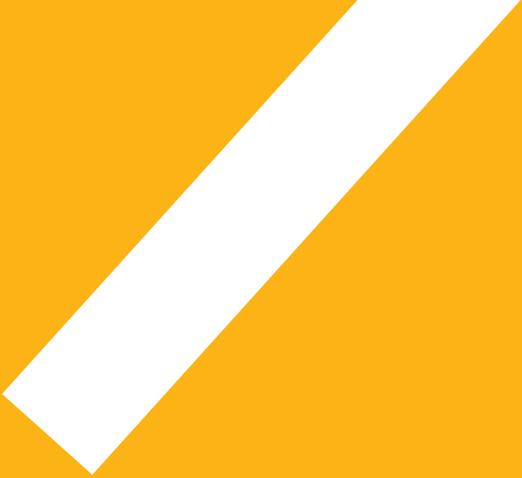
7 Je répète l'opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant mon bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté

## Seringues avec embout siliconé



- ↗ OMA et otite sur ATT surtout si pression importante lors de l'irrigation
  - *impression clinique des ORL depuis la sortie de ce dispositif mais pas d'étude actuellement.*
- Mais ↓↓↓ voire arrêt des OMA lors de l'arrêt des lavages pluriquotidiens sous pression
- Irritation chronique de la muqueuse, hypersécrétion liée à une utilisation quotidienne
- Attention à la conservation du sérum physiologique si utilisation bouteilles ou solution préparée par les parents → risque infectieux

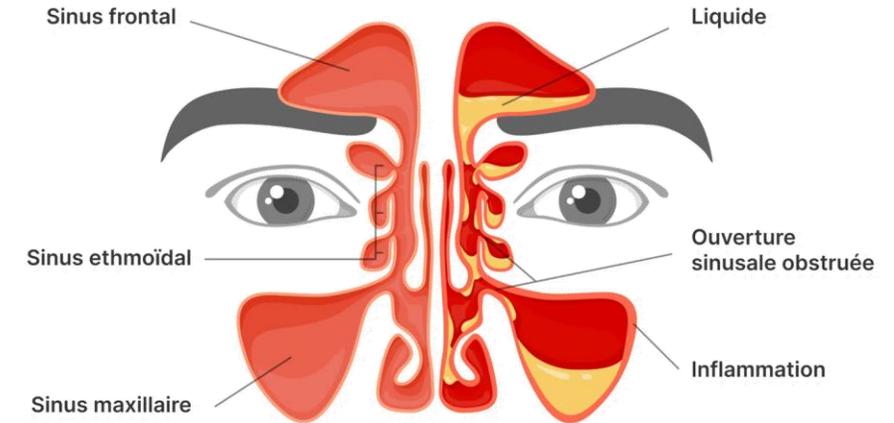
- Mise au point en cours de rédaction par l'AFOP
- Lavages uniquement lors des périodes de virose avec obstruction nasale
- Pas d'irrigation sous pression, ne pas forcer
- Pas d'obstruction totale de la narine avec l'embout en silicone
- Position assise dès que possible
- Utiliser des volumes adaptés à l'âge de l'enfant



# Sinusite

# SINUSITE

- **4 millions de cas/ans (90% par vous !)**
- Indissociable de la rhinopharyngite = **Rhinosinusite**
  - Sinusalgies fréquentes dans les premiers jours d'une rhinosinusite et **ne sont pas** synonyme de sinusite bactérienne nécessitant un antibiotique.
  - Ces douleurs disparaissent la plupart du temps spontanément en quelques jours.
  - Une inflammation de la muqueuse nasale et sinusienne.
  - Une obstruction des ostia sinusaux.
  - Une accumulation de sécrétions qui favorise une surinfection bactérienne secondaire (**dans 0,5 à 2 % des cas**).



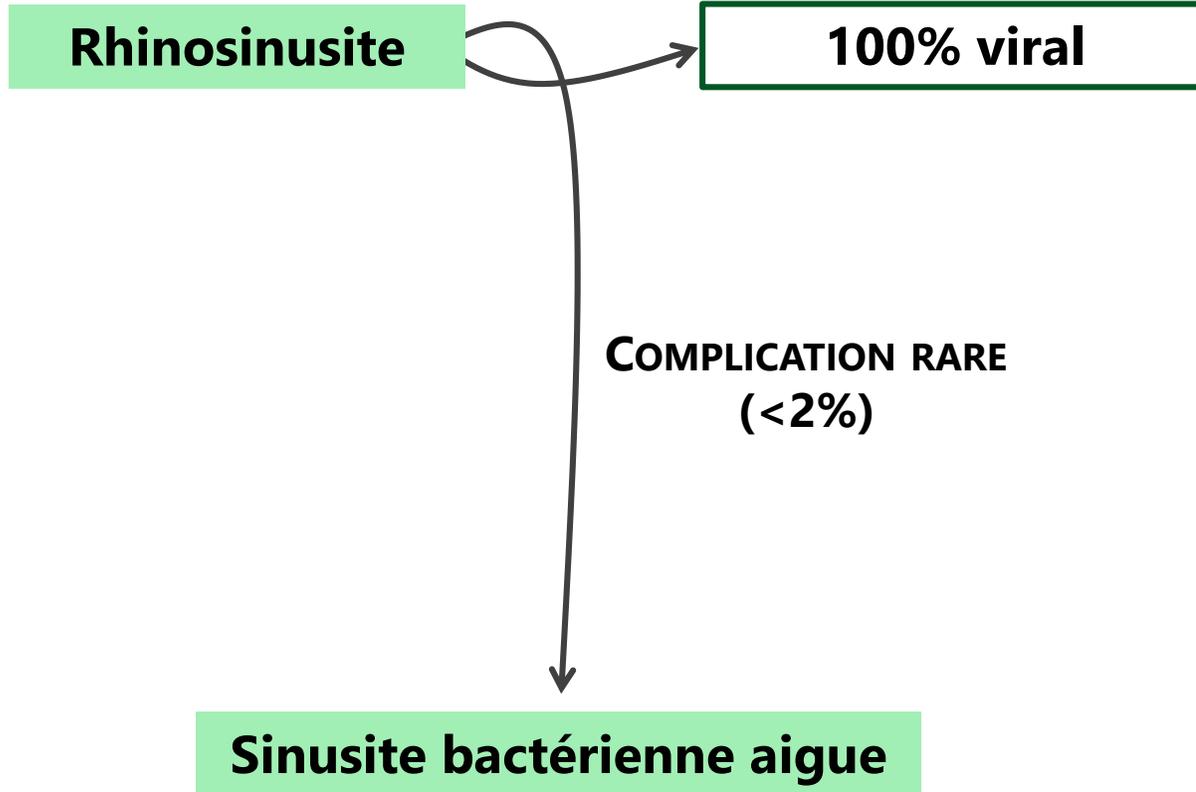
- Maxillaires : **Fréquence+++**
- Ethmoïdales : **Nourrissons/jeunes enfants**
- Frontales et sphénoïdales : **rare et > 10 ans**

## MICROBIOLOGIE

- **Majorité des cas d'origine virale ++**
- **Rhinovirus** (30-50%) – 3 espèces et 150 sérotypes
- **Coronavirus** (10-15%) – 7 espèces
- **Influenza** (5-15%) – 3 espèces
- surinfection bactérienne ne concernant que 2% des cas

Dès les 1ères années de vie : **ethmoïdites**  
Dès 5 ans : **sinusites maxillaires**  
Dès 10 ans : **sinusites frontales**  
Dès 15 ans : **sinusites sphénoïdales**

# ÉTIOLOGIE



- **Rhinovirus** (30-50%)
- **Coronavirus** (10-15%)
- **Influenza** (5-15%)
- VRS (5%)
- Parainfluenzae (5%)
- Adenovirus
- Enterovirus
- Metapneumovirus

- ***Streptococcus pneumoniae***
- ***Haemophilus influenzae***
- ***Branhamella catarrhalis***
- Ethmoidites bactériennes
  - *Staphylococcus aureus*

**SINUSITE FRONTALE**  
**Douleur sus-orbitaire**

Indication TDM  
Complications neuro-méningées **rare**s

- Fièvre
- Bien localisé
- Pulsatile
- Augmentation décline
- Mouchage purulent

**SINUSITE SPHÉNOÏDALE**  
**Douleur rétro-orbitaire**

Indication TDM  
Complications neuro-méningées **rare**s

- Douleurs permanente irradiant au vertex +++
- Nocturnes, insomniantes
- Rebelles aux antalgiques

**SINUSITE MAXILLAIRE BACTÉRIENNE**  
**Douleur infra-orbitaire**

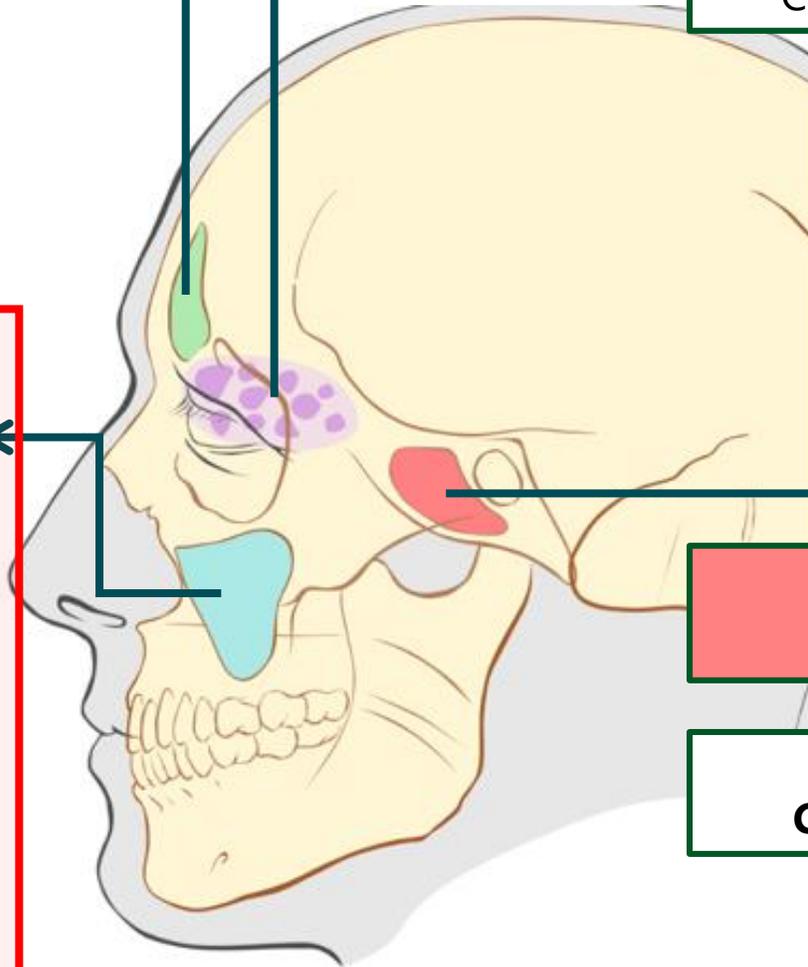
**2 critères sur 3**

- 1) Persistance/augmentation des douleurs après 48h de traitement symptomatique
- 2) Douleur unilatérale, pulsatile, augmentée décline, nocturne
- 3) Augmentation ou purulence de la rhinorrhée (unilatéral +++)

**SINUSITE ETHMOÏDALE**  
**Douleur rétro-orbitaire**

Indication TDM  
Complications orbitaires ++ et NM

- Comblement de l'angle interne de l'œil
- Œdème palpébral
- Enfant ++



# COMPLICATIONS

- Rares
- Adulte homme (20-30 ans)
- Sans antécédent ORL (85%)
- Même si antibiothérapie
- Non maxillaire ++

## BLOQUÉE

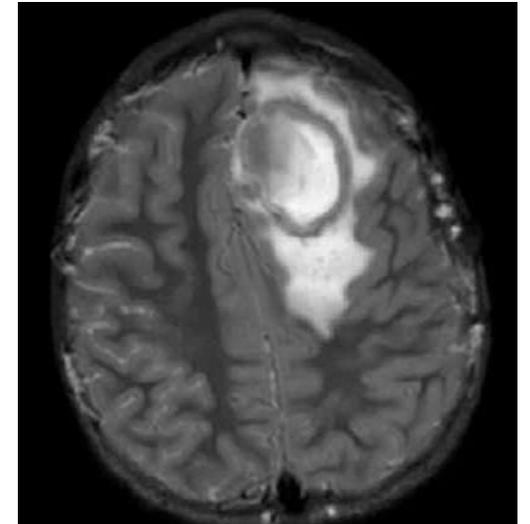
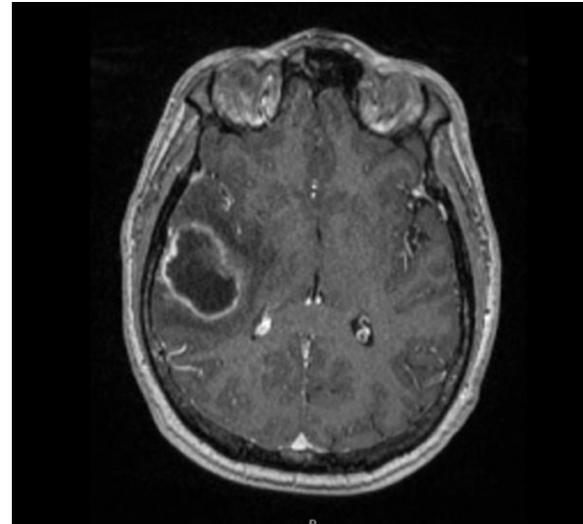
## ORBITAIRES

- Abscès
- Cellulite orbitaire



## NEUROMÉNINGÉES

- Méningites
- Labyrinthes
- Thrombophlébites
- Abscès cérébraux



## CUTANÉE

# TRAITEMENT

- Evolution spontanément vers la guérison sans antibiotiques **dans 40 à 75 %** des cas et **même en cas de surinfection !**
- Si origine bactérienne est **incertaine** → Traitement symptomatique 48-72h, d'informer et de surveiller le patient → **Cette décision ne compromet pas le pronostic.**
- **Pourquoi on traite ?**
  - Réduction de l'intensité des symptômes → **Oui**
  - Réduction de la durée des symptômes → **Oui**
  - Prévention des complications (selon la localisation) → **discutée**

## Sinusite maxillaire

### Amoxicilline 3g/j (7j)

*Si échec ou dentaire*

### Augmentin 3g/j (7j)

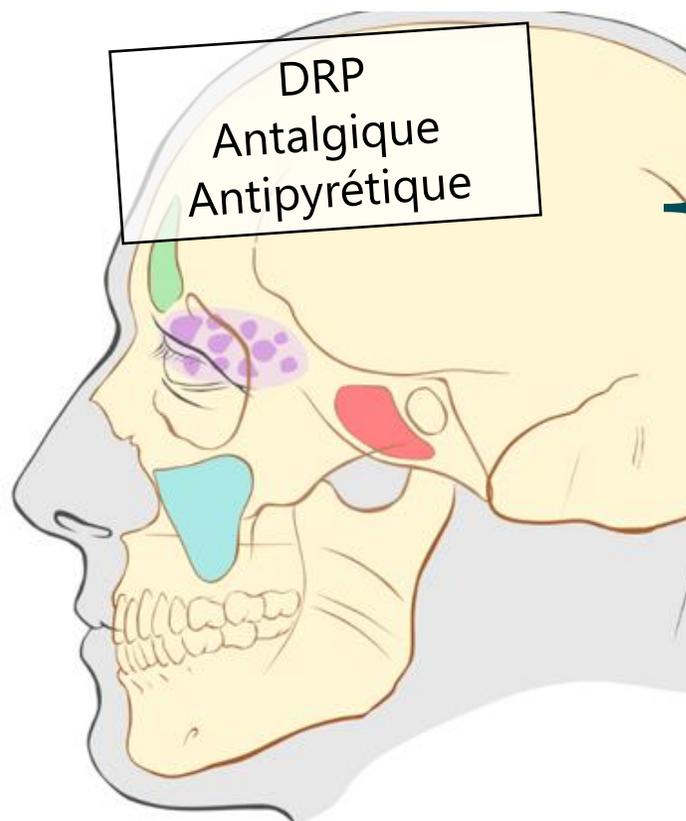
*Si allergie aux pénicillines*

Cefuroxime axetil 500 mg/j 5j

Cefpodoxime proxetil 400 mg/j 5j

*Si allergie B-lactamines*

Pristinamycine 2g/j 4j



## Sinusite frontale

## Sinusite sphénoïdale

## Sinusite ethmoïdale

### Augmentin 3g/j (7j)

*Si allergie aux pénicillines*

Cefuroxime axetil 500 mg/j 5j

Cefpodoxime proxetil 400 mg/j 5j

*Si allergie B-lactamines*

Levofloxacin 500 mg/j 5j

# TRAITEMENT

## Sinusite maxillaire

### Amoxicilline 3g/j (7j)

*Si échec ou dentaire*

**Augmentin 3g/j (7j)**

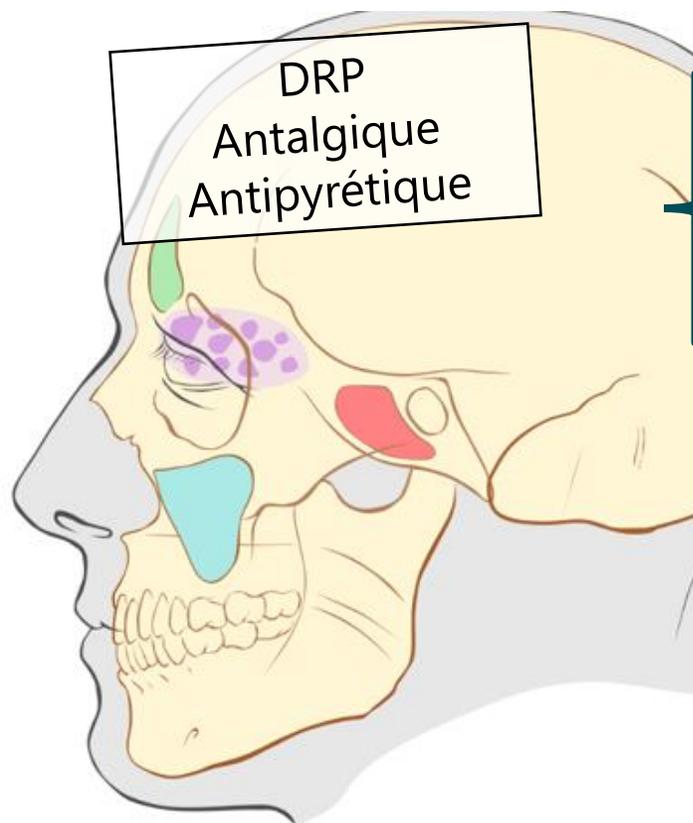
*Si allergie aux pénicillines*

Cefuroxime axetil 500 mg/j **5j**

Cefpodoxime proxetil 400 mg/j **5j**

*Si allergie B-lactamines*

Pristinamycine 2g/j 4j



## Sinusite frontale

## Sinusite sphénoïdale

## Sinusite ethmoïdale

### Augmentin 3g/j (7j)

*Si allergie aux pénicillines*

Cefuroxime axetil 500 mg/j 5j

Cefpodoxime proxetil 400 mg/j 5j

*Si allergie B-lactamines*

Levofloxacin 500 mg/j 5j

## AUTRES

- **Corticothérapie** → Si bloquées hyperalgiques (cure courte)
- **AINS** → Non
- **Vasoconstricteur** → Non
- **Ponction drainage** → Si hyperalgique ou si échec.

# SENSIBILITÉ AUX ANTIBIOTIQUES

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Branhamella catarrhalis*
- Ethmoidites bactériennes
  - *Staphylococcus aureus*

Traitement probabiliste +++

Pourcentage de souches SENSIBLES			
Bactérie	Fréquence	Amoxicilline	Augmentin
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	++++	>95%	>95%
<i>Haemophilus influenzae</i>	+++	~80%	>95%
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Rare	<10%	>95%
<i>Staphylococcus aureus</i>	Rare	0%	>95%



Antibiorésistance  
Tolérance

# SENSIBILITÉ AUX ANTIBIOTIQUES

Pourcentage de souches SENSIBLES						
Bactérie	Fréquence	Amoxicilline	Augmentin	C2G	C3G	Pristinamycine
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	++++	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
<i>Haemophilus influenzae</i>	+++	~80%	>95%	>95%	>95%	0%
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Rare	<10%	>95%	>95%	>95%	0%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Rare	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
<i>Staphylococcus aureus</i>	Rare	0%	~90%	~	0%	~95%

## FORMES CLINIQUES DES SINUSITES MAXILLAIRES DE L'ENFANT

---

	<b>Sinusite traînante (&gt; 10j)</b>	<b>Sinusite avec aggravation secondaire</b>	<b>Sinusite aiguë sévère</b>
<b>Température</b>	< 38°C	38 – 39 ° C	> 39°C
<b>Toux</b>	++	++	±
<b>Obstruction nasale</b>	+	+	+
<b>Rhinorrhée</b>	Claire ou purulente	Claire ou purulente	purulente
<b>Céphalées, douleurs faciales</b>	±	±	+
<b>Œdème péri- orbitaire</b>	0	0	±

# TRAITEMENT DE L'ENFANT

**Sinusite maxillaire**

**Sinusite frontale**

**Amoxicilline 80 mg/kg/j (10j)**

*Si dentaire*

**Augmentin 80 mg/kg/j (10j)**

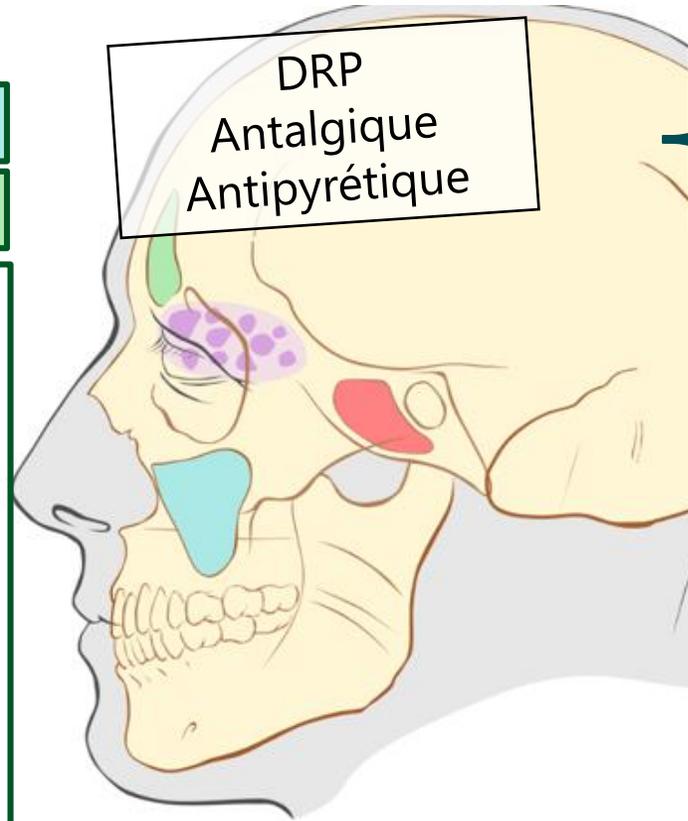
*Si allergie aux pénicillines*

**Cefpodoxime proxetil 8 mg/kg/j (10j)**

*Si allergie B-lactamines*

**Pristinamycine 50 mg/kg/j 10j (>6 ans)**

**Bactrim 30 mg/kg/j 10j (<6 ans)**



**Sinusite sphénoïdale**

**Sinusite ethmoïdale**

avis pédiatrique en urgence

## AUTRES

- **Corticothérapie** → Non
- **AINS** → Non
- **Vasoconstricteur** → Non

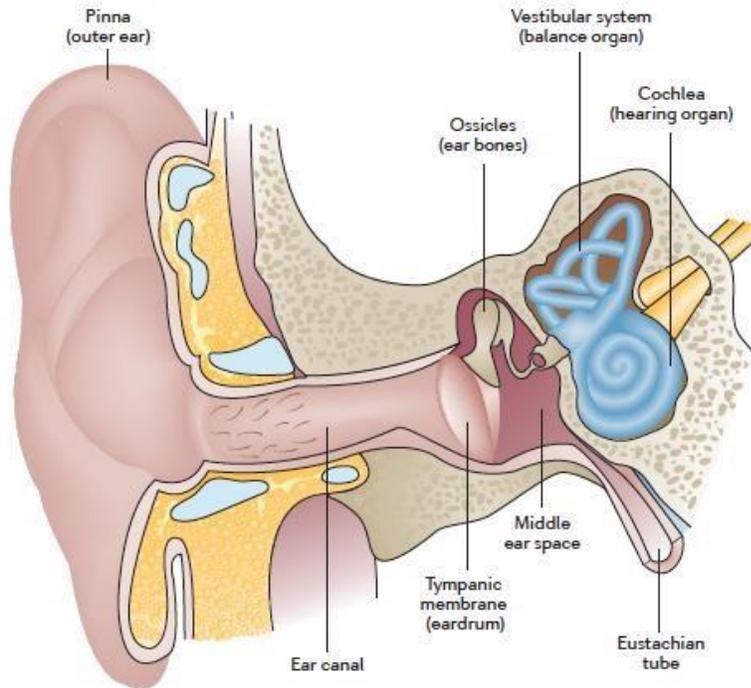


# Otite

# Définitions : de quoi parle-t-on ?

Otite Externe

Otite Moyenne



Otite Moyenne Aigue

Otite Séreuse

Otite moyenne aigue récidivante

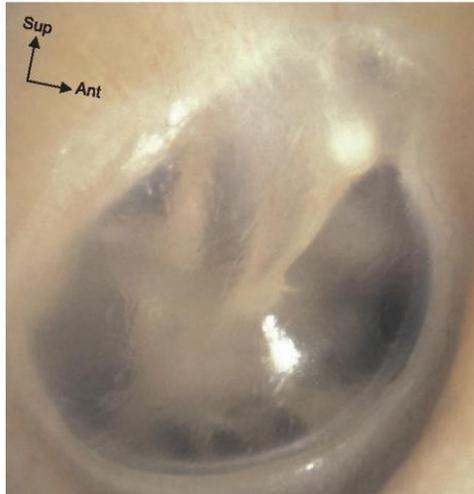
Otite Séreuse persistante

Otite moyenne purulente chronique

Schilder Nature Reviews 2016

# Otites : Diagnostic

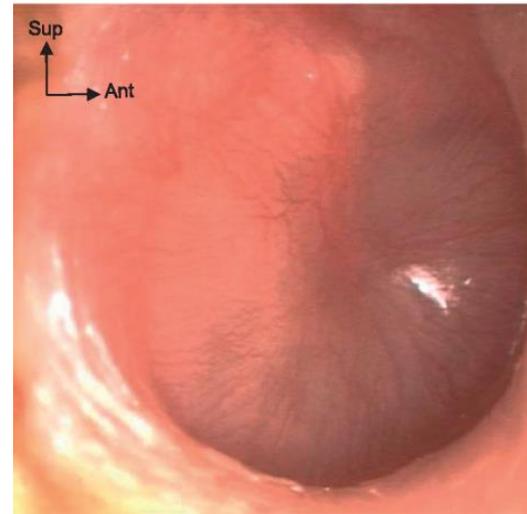
## OTALGIE FEBRILE



**Tympan normal**



**OMA congestive**  
Tympan inflammatoire respectant les reliefs osseux (non bombé)



**OMA purulente**  
Tympan bombé avec épanchement rétro-tympanique

## SURDITE SANS OTALGIE



**Otite séro-muqueuse**  
Tympan mat et rétracté  
Épanchement non inflammatoire

# OMA seule : Amoxicilline

Epidémiologie bactérienne



# OMA+ conjonctivite : Co-amoxiclav

Epidémiologie bactérienne



Posologie :  
80-90 mg/kg/j  
en 2 x/j  
  
Durée >2 ans, 5j  
Durée <2 ans, 10j

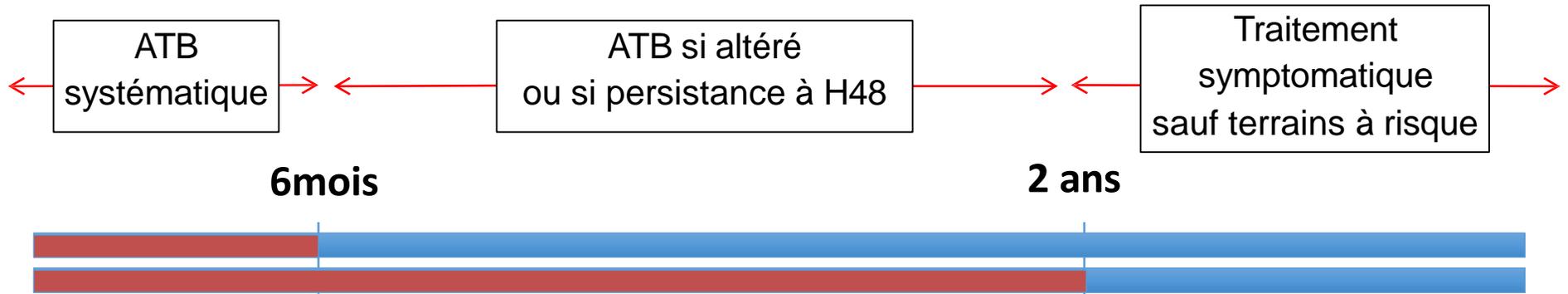
Dans 95% des cas  
pas de  $\neq$  entre les 2

$\neq$  mais 50% de guérisons spont.  
2 à 3 échecs supplé/100

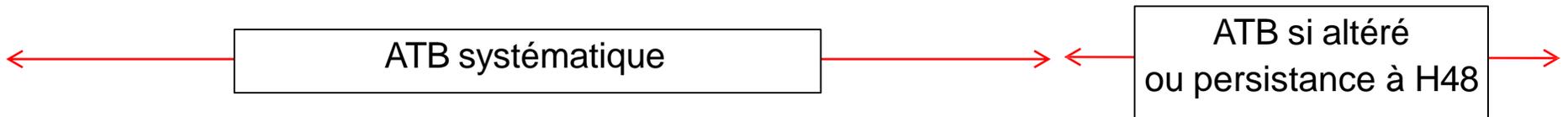
7 échecs supplé/100

# Recommandations : Belgique, Pays-Bas, USA vs. France

Belgique  
Pays-Bas  
USA



France



# Guidelines France

Situations cliniques Cible bactériologique	Antibiotiques Préférentiels (Traitement initial)	Alternatives En cas d'allergie	Commentaires
<p><b>Otite moyenne aiguë purulente</b></p> <p>Cibles essentielles du traitement <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i></p> <p>Autres bactéries - <i>M. catarrhalis</i> - <i>S. pyogenes</i></p>	<p><b>Amoxicilline (PO)</b> 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises par jour (maximum 3 g/j) Durée de traitement – 10 j &lt; 2 ans ou otites récidivantes ou otites perforées – 5 j &gt; 2 ans</p>	<p><b>Cefpodoxime (PO)</b> 8 mg/kg/j en 2 prises (maximum 400 mg/jour)</p> <p>Durée de traitement – 10 j &lt; 2 ans ou otites récidivantes ou otites perforées – 5 j &gt; 2 ans</p>	<p>Les OMA purulentes dûment diagnostiquées doivent être traitées par antibiotiques jusqu'à l'âge de 2 ans À partir de 2 ans, seules les formes les plus sévères (fièvre élevée, otalgie intense) ou compliquées (otorrhée, otites récidivantes...) doivent être traitées d'emblée par antibiotiques. Pour les autres, une attitude attentiste est préconisée. Les antibiotiques étant indiqués en cas de persistance des symptômes au-delà de 48 heures) Réserver la ceftriaxone aux exceptionnelles situations d'intolérance digestive ou de forte suspicion de pneumocoque résistant</p>
<p><b>Syndrome otite ± conjonctivite</b> Cible essentielle du traitement <i>H. influenzae</i></p>	<p><b>Amoxicilline (PO)</b> 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises/j (maximum 3 gr) ou <b>Amox-ac. clav (PO)</b> 80 mg/kg/j en 2 prises (maximum 3 g/j) Durée de traitement – 10 j &lt; 2 ans ou otites récidivantes ou otites perforées – 5 j &gt; 2 ans</p>	<p><b>Cefpodoxime (PO)</b> 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/jour)</p> <p>Durée de traitement – 10 j &lt; 2 ans ou otites récidivantes ou otites perforées – 5 j &gt; 2 ans</p>	<p>La baisse de la résistance à l'amoxicilline par production de β-lactamases d'<i>H. influenzae</i> depuis quelques années, autorise à ne prescrire que de l'amoxicilline même pour le syndrome otite-conjonctivite Réserver la ceftriaxone aux exceptionnelles situations d'intolérance digestive ou de forte suspicion de pneumocoque résistant</p>

40% en 2000  
15% en 2017-21  
20-25% en 2023  
A suivre..

# Guidelines France – Echec 1<sup>er</sup> ATB

Otite moyenne aiguë après échec d'un premier traitement

Cibles essentielles du traitement

*H. influenzae*

*S. pneumoniae*

Échec après 1<sup>er</sup> tt par :

Amoxicilline →

Cefpodoxime →

Amox-ac.clav →

Seconde intention

Amox-ac. clav (PO)

80 mg/kg/j en 2 prises  
(maximum 3 g/j)

ou

Cefpodoxime (PO)

8 mg/kg/j en 2 prises (max  
400 mg/jour)

Amoxicilline (PO)

150 mg/kg en 3 prises  
(10 j)

Ceftriaxone

50 mg/kg/en 1 inj  
(IVou IM)

(3 j) si possible après paracentèse

Définition de l'échec

Persistance ou réapparition des signes cliniques pendant le traitement ou à moins de 72 heures de l'arrêt de celui-ci

Les échecs de traitement à l'amox sont dus à *H. influenzae*

Les échecs de traitement sont dus au pneumocoque résistant

Les 2 bactéries peuvent être impliquées en cas d'échec (très rare) à l'association amox-ac.clav)

Une tympanocentèse pour réaliser examen microbiologique avec antibiogramme doit être envisagée



# Choix et durées d'antibiothérapies : otite moyenne aiguë purulente de l'enfant

Validée en juillet 2021

Dernière mise à jour mai 2025

## En cas d'otite moyenne aiguë congestive ou séro-muqueuse :

- pas d'antibiotique.

## En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant de moins de 3 mois :

- avis spécialisé [2024]

## En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant de 3 mois à < 2 ans :

### antibiothérapie d'emblée recommandée :

- amoxicilline : 80 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 3 g par jour, pendant **10 jours**. [2024]

### Si syndrome otite-conjonctivite : [2024]

- amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 2 prises par jour, (dose exprimée en amoxicilline) sans dépasser 3 g par jour, pendant **10 jours**.
- **En cas d'allergie documentée aux pénicillines** (sans contre-indication aux céphalosporines), le traitement recommandé est :
  - cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 400 mg par jour, pendant **10 jours**.
- **En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :**
  - sulfaméthoxazole : 30 mg/kg/j + triméthoprim : 6 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 800 mg/160 mg par jour, pendant 10 jours.

## En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant > 2 ans avec symptômes modérés :

- pas d'antibiotique en première intention ;
- réévaluation de l'enfant dans les 48-72 heures, en cas d'aggravation, instauration d'une antibiothérapie.

## En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant > 2 ans avec symptômes importants :

- amoxicilline : 80 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 3 g par jour, pendant **5 jours**.
- **si otorrhée ou otites récidivantes** (= récurrence des symptômes plus de 4 jours après l'arrêt des traitements antibiotiques) :
  - amoxicilline 80 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 3 g par jour, pendant **10 jours**
- **si syndrome otite-conjonctivite : [2024]**
  - amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour, sans dépasser 3 g par jour, pendant **5 jours**
- **En cas d'allergie documentée aux pénicillines** sans contre-indication aux céphalosporines, le traitement recommandé est :
  - cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 400 mg par jour, pendant **5 jours**.
- **En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :**
  - sulfaméthoxazole : 30 mg/kg/j + triméthoprim : 6 mg/kg/j en 2 prises par jour, sans dépasser 800 mg/160 mg par jour, pendant **5 jours**.

# Choix et durées d'antibiothérapies : otite moyenne aiguë purulente de l'adulte

Seules les otites moyennes aiguës purulentes confirmées par la visualisation des tympans justifient une antibiothérapie.

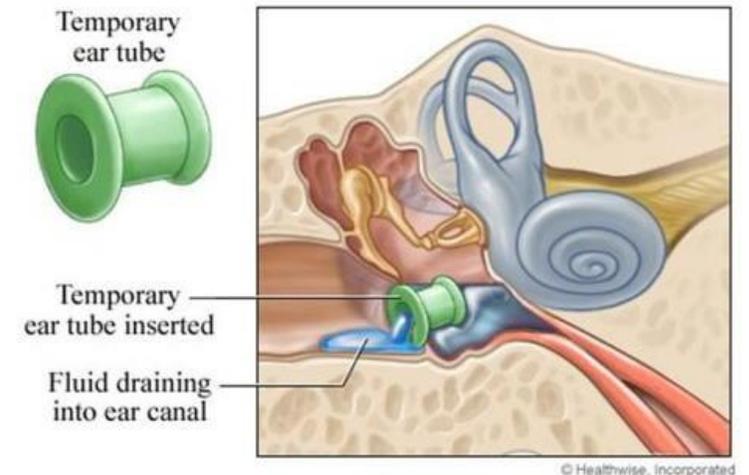
La prescription d'une antibiothérapie pour toute autre otite ou lorsque les tympans n'ont pas été vus doit être proscrite au regard des conséquences individuelles et collectives qu'elle entraîne.

## En cas d'otite moyenne aiguë purulente :

- amoxicilline : 3 g par jour en 3 prises par jour pendant **5 jours**.
  
- **En cas d'allergie documentée aux pénicillines** (sans contre-indication aux céphalosporines) le traitement recommandé est :
  - céfuroxime axétil : 500 mg par jour en 2 prises par jour pendant **5 jours** ;
  - ou cefpodoxime proxétil : 400 mg par jour en 2 prises par jour pendant **5 jours**.
  
- **En cas de contre-indication** aux bêta-lactamines :
  - sulfaméthoxazole : 800 mg par jour + triméthoprime 160 mg par jour, 2 fois par jour, pendant **5 jours [2024]**
  - ou pristinamycine : 2 g par jour en 2 prises par jour pendant **5 jours**.
  
- **En cas d'échec** du traitement antibiotique évalué à 72 heures : avis spécialisé.

# Otorrhée sur ATT

- Motif très fréquent de consultation donc intérêt d'éduquer/informer les parents
- Revue cochrane:
  - Traitement topique par goutte auriculaire de FQ > ATB systémique
- CAT en cas d'otorrhée sur ATT
  - Eau oxygénée juste après pose ATT (otorrhée muqueuse peut durer jusqu'à 2 semaines)
  - Otorrhée purulente à distance de la pose: oflocet auriculaire
  - Seulement si signes infection aigue avec fièvre élevée ou hyperalgie:  
=> ATB systémique: amox/ac clavulanique



# Prescription différée d'antibiotiques

- Pas de recommandation officielle en France, mais recommandée dans d'autres pays (Europe & Amérique du Nord)
- Usage courant en médecine générale
  - OMA chez l'enfant > 2ans
  - Cystite
- Diminution de la consommation d'antibiotique (Cochrane)  
93% dans la prescription immédiate vs. 31% prescription différée
- Etude Adoma sur prescription différée dans l'OMA en cours en France par CNGE
- Bien choisir les patient·es candidat·es

# Traitement de l'OMA : en résumer

- OMA selon l'âge : 2 ans  
antibiothérapie systématique vs selon évolution  
10j vs 5j
- Echec de traitement : persistance des symptômes pendant ou dans les 72h de traitement bien conduit.
- OMA perforée : même traitement que pour une OMA mais 10 jours
- OMA sur ATT : pas de traitement systémique, ofloxacine auriculaire, sauf si fièvre
- OMA récidivante : même traitement mais 10 j et discuter ORL et bilan de déficit immunitaire

# Fausse allergies

- Environ 4% des traitements par pénicilline et jusqu'à 9% des traitements par amoxicilline sont associés à une éruption maculopapuleuse
- **10% de la population étiquetée « allergie aux pénicilline » => en réalité seuls 10-15% de ces individus sont réellement allergiques**
- Risque de réaction non IgE médiée si l'enfant est connu pour une histoire de rash bénin retardé à la pénicilline: 10%



# Allergies - Recommandation HAS à venir

## 1.3. Enjeux

Les enjeux sont multiples et de natures différentes.

- Organisation des soins :
  - Encadrer et améliorer le parcours médical et thérapeutique du patient avec des suspicions d'allergie aux antibiotiques, depuis le moment où il reçoit l'étiquette d'allergique.
- Santé publique :
  - Diminuer l'impact délétère des suspicions d'allergie aux antibiotiques sur les choix thérapeutiques et l'antibiorésistance (antibiotiques de 2ème intention prescrits chez les patients suspectés d'allergie, souvent moins efficaces, plus toxiques et plus à risque d'antibiorésistance).
- Financiers :
  - Diminuer les coûts liés au traitement inadapté des patients avec des suspicions d'allergie aux antibiotiques.
- Ethiques :
  - Maximiser l'accès des patients avec des suspicions d'allergie aux antibiotiques au traitement de meilleur choix pour une situation donnée,
  - Minimiser les iatrogénies en lien avec des suspicions d'allergie aux antibiotiques (que cela soit par réexposition à l'allergène soupçonné ou par évitement d'une thérapie à laquelle il est supposé allergique, mais qu'il tolérerait).
- Sociétaux
  - Accroître en population générale la prise de conscience quant à l'impact délétère des suspicions non explorées d'allergies aux antibiotiques.
- Politiques



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

## NOTE DE CADRAGE Conduite à tenir chez un patient suspecté d'allergies aux antibiotiques

Validée par le Collège le 18 septembre 2024

### 3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 4ème trimestre 2023
- Date de validation du collège : 2ème trimestre 2025

# AINS et otite

- Indication à visée antalgique:
  - Douleur faible intensité (EVA <3 ou EVENDOL <4): abstention ou paracetamol
  - Douleur moyenne intensité (EVA 3-5 ou EVENDOL 4-7): paracetamol +/- AINS si insuffisant
  - Douleur modérée à intense (EVA 5-7 ou EVENDOL 7-10): AINS en association avec paracetamol (alternance /3h)
  - Douleur sévère intensité (EVA >7 ou EVENDOL > 10): association morphine orale ou tramadol après 3 ans
- Aucune indication sur:
  - Diminution de la durée d'évolution
  - Prévention de l'évolution de l'OMA en OSM
- **Durée limitée à 72h** pour limiter le risque d'effets secondaires –  
**Recherche de complications si persistance de la douleur à 72h!**
- Contre-indication
  - Infections ORL sévère ou compliquées
  - Varicelle
  - Autres infections bactériennes associées à l'otite

**Tableau 1. AINS disposant d'une AMM chez l'enfant selon l'âge**

<b>Ibuprofène</b>	Solution buvable Cp 100/200 mg Cp 400 mg	3 mois 6 ans 10-12 ans ou 40 kg
<b>Kétoprofène</b>	Sirop Cp 25 mg, 50 mg IV	6 mois 15 ans 15 ans
<b>Acide tiaprofénique</b>	Cp 100 mg Cp 200 mg	4 ans ou 15 kg
<b>Acide niflumique</b>	Suppositoires 400 mg Gélules 250 mg	6 mois 12 ans

## Traitements locaux:

- Antalgie par gouttes auriculaires contenant des **anesthésiques locaux**
- Pas d'indications des gouttes auriculaires contenant des corticoïdes et dans antibiotiques locaux (otite externe)

# Physiopathologie

## Facteurs favorisants

- Age
- Collectivités
- Tabagisme passif
- Anatomie (Trompe Eustache)
- Allergie

## Facteurs protecteurs

- Allaitement maternel
- Vaccination

## Facteurs indispensables

- Infection virale
- Encombrement rhinopharyngé
- Colonisation bactérienne

# Mesures de prévention

- **Lavage nasal** = Diminution des épisodes infectieux des VAS qui est le 1<sup>er</sup> facteur de risque d'OMA
  - Réduction de l'encombrement nasal .
  - Elimination des irritants (allergènes, polluants. . .), bactéries et protéines inflammatoires (histamine, prostaglandines, leucotriènes, ICAM-1) contenus dans les cavités nasales.
- Limiter l'exposition au tabac
- Lavage des mains
- **Vaccination** : Vaxneuvance<sup>®</sup> (15 valences) remplace le Prenevar 13<sup>®</sup> (schéma inchangé) depuis 2025
- **Autres mesures possibles** :
  - Limiter l'utilisation de tétines
  - Mesures de désinfection dans les crèches

# OMA : Complications MASTOÏDITE

- **BILAN DIAGNOSTIQUE :**

- Clinique ++
- Hémoculture
- Paracentèse +/- ponction rétro-auriculaire AVANT antibiotiques
- TDM DES ROCHERS EN URGENCE (dans les 24h en l'absence de critères de gravité).



- **ANTALGIQUES**



# Otites : complications



## **Mastoidite**

OMA récidivantes

Douleur à la pression de la mastoïde



Stade très rare de mastoidite extériorisée avec collection rétro-auriculaire et décollement du pavillon

Rare ++

**Méningites**  
**Labyrinthes**  
**Thrombophlébites**  
**Abcès cérébraux**



## **Otite séro-muqueuse**

Complicue 10-20% des OMA

Touche 50% des enfants

# Otites externes : Diagnostic

**OTALGIE VIOLENTE ET OTORRHEE SANS FIEVRE**

**Otite  
externe**

Favorisée par la  
macération/humidité  
et par les dermatoses  
sous-jacentes



**Inflammation du  
conduit auditif  
externe**

**Documentation**

**Bactérien 90%**

P. aeruginosa

S. Aureus ; S.  
pyogenes

Entérobactéries

**Fongique 10%**

**Complication**

**Otite externe maligne**

Terrain immunodéprimé

Extension base du crane

Atteinte nerfs crâniens (VII)

Prise en charge **chirurgicale**

**Traitement IV anti-  
pyocyanique**

# Otitis externes : prise en charge

## Otitis externes



## Otite externe « simple »

Vérifier l'absence de perforation tympanique

Antalgiques systémiques  
**Traitement local**  
Gouttes antiseptiques  
Gouttes antibiotiques 5J

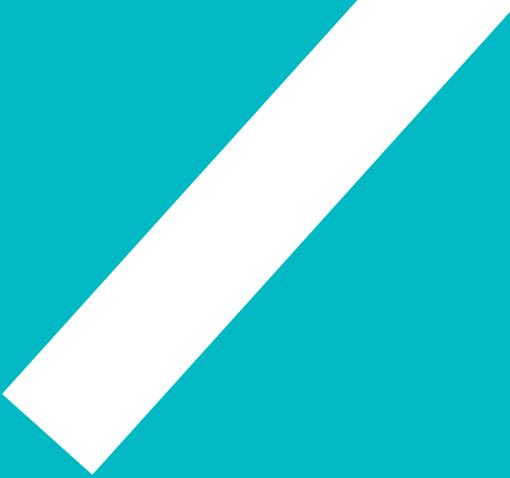


## Otite maligne externe

Bilan d'extension  
**TDM et/ou IRM**

Avis chirurgical  
**Prélèvements profonds**

Beta-lactamine IV large spectre  
**Ex : Ceftazidime IV +/- Ciflox  
si PA**  
Durée prolongée 6S minimum



# L'angine

# ANGINE

**9 millions** de consultations par an

**6 millions** traités par antibiotiques

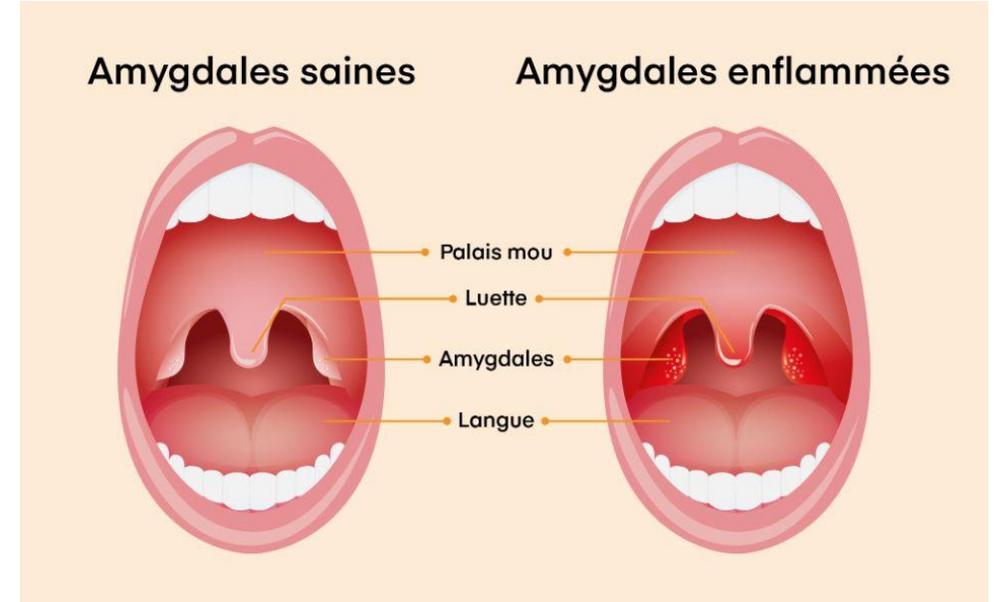
**5-15 ans** incidence maximale

**Atteinte extra-ORL fréquentes**

**Angine**  
= amygdalite  
+/- pharyngite

**80% viral**  
20% bactérien SGA

**Jamais bactérien avant 3 ans**

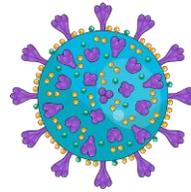


# ANGINES ÉRYTHÉMATEUSES OU ERYTHÉMATOPULTACÉES

**80-90%** des angines +++



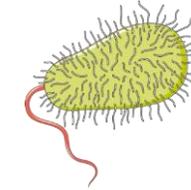
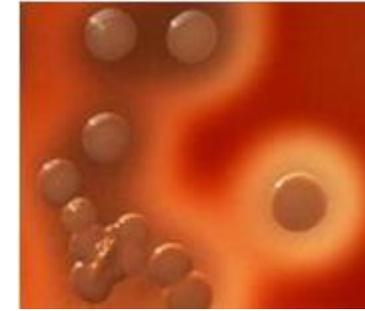
Enduit blanchâtre  
ponctiforme facile à  
décoller



Virus

**85-90%** (adulte)  
**60-75%** (enfant)

- Adénovirus
- Rhinovirus
- Coronavirus
- VRS
- influenzae/para-influenzae
- VIH



Bactéries

**10-15%** (adulte)  
**25-40%** (enfant)

- **Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (*S. pyogenes*)**
- *10% de la population est porteuse saine*
- Autres streptocoques (B-C-F-G)
- Gonocoque
- *Fusobacterium necrophorum*

# LA CLINIQUE PEUT-ELLE PERMETTRE DE DISTINGUER LES ANGINES À SGA DES AUTRES ANGINES ?

**Oui**

- Age (3-15 ans)
- Saison (automne-printemps)
- Fièvre
- ADP sensible
- Dysphagie intense
- Etc...

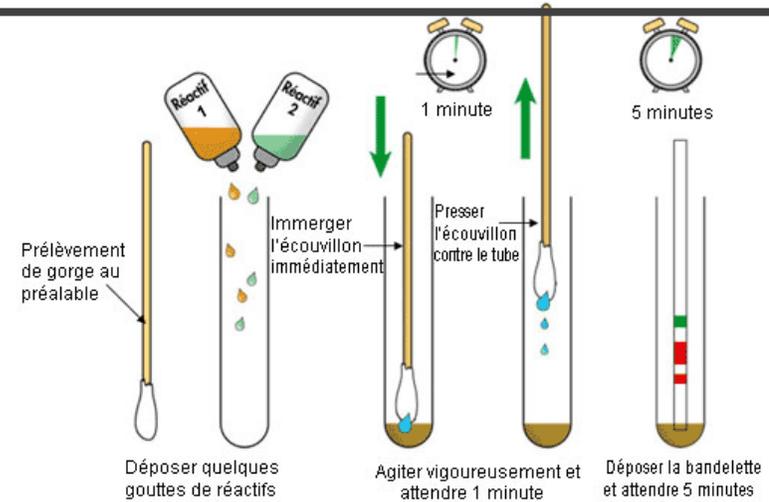


Proposer des **Scores cliniques** (Mclsaac, Centor, FeverPAIN)

Score Mac Isaac	Point
Température > 38 °	1
Absence de toux	1
Adénopathie(s) cervicale(s) antérieure(s) douloureuse(s)	1
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien	1
Âge :	
• 15 à 44 ans	0
• > 45 ans	-1

Seuil	Se	Sp	VPP	VPN
≥1	100%	0.0%	24%	70%
≥2	95.7%	10.5%	25%	88%
≥3	78.9%	40.6%	30%	86%
≥4	42.2%	79.3%	39%	81%

- **Mais mal... spécificité ~ 10%** : mauvaise valeur prédictive positive +++
- → on ne peut s'en contenter pour introduire une antibiothérapie l'antibiothérapie



**Ag** : polysaccharides constituant de la paroi bactérienne SGA

**Ac** : polyclonaux (souris, lapins)

N	Se	Sp	PPV	NPV	LR+	LR-
<i>Cohen J. et al., Arch Pediatr, 2014</i>	90	92	90	95	11	0,1



>90 % de chance que l'angine soit due à un SGA

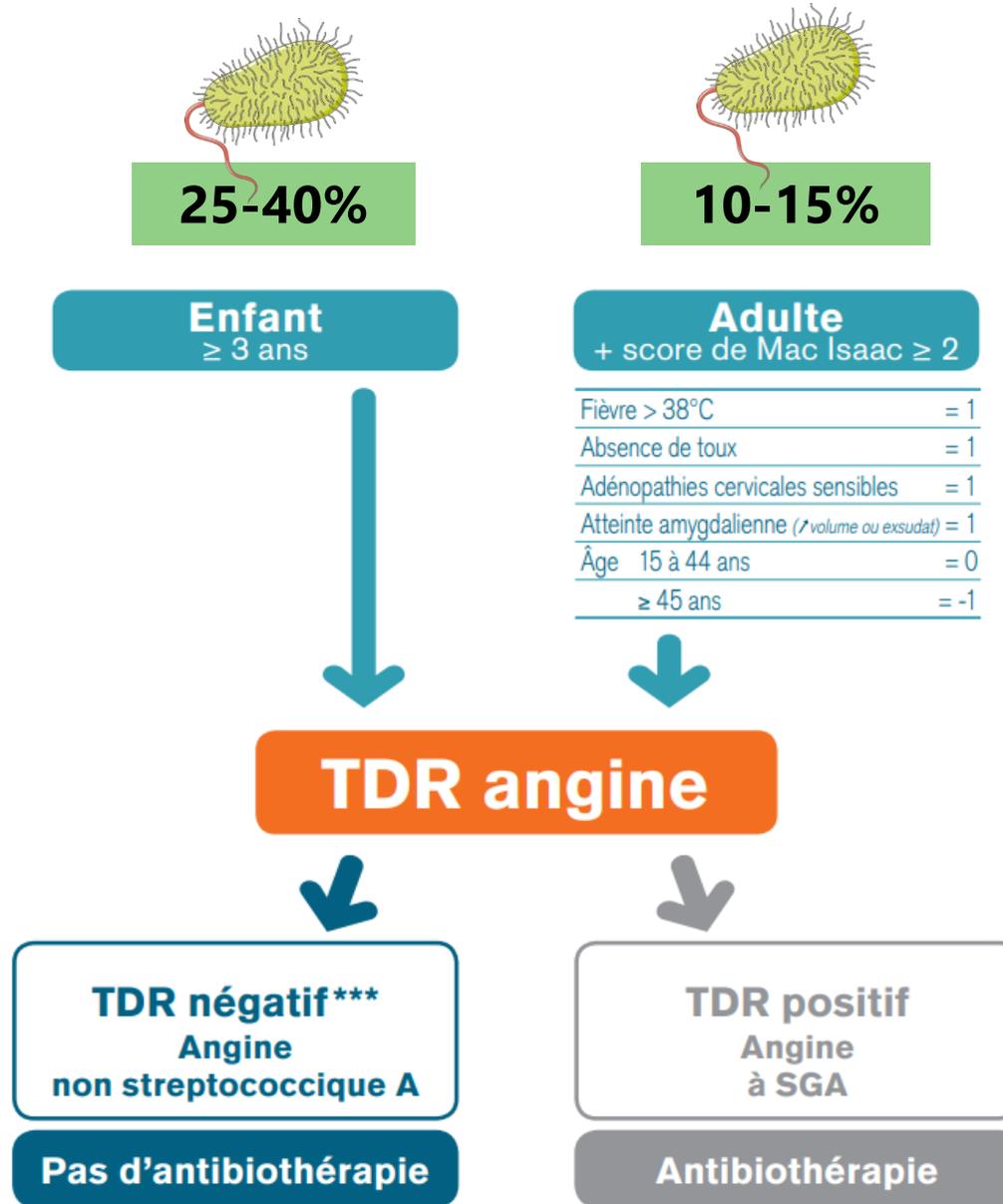


< 5% de risque que l'angine soit due à un SGA

→ **Transformer "un syndrome" en "une maladie"**

- Une bactérie identifiée
- Un traitement recommandé

→ Diminuer la consommation d'antibiotique



# QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE ?

## Antibiotiques

Prévention  
des complications  
suppuratives

- Phlegmon péri-amygdalien
- Abscess rétro-pharyngé
- Adénophlegmon cervical
- Cellulite cervicale

Prévention  
des complications  
non-suppurative

### **Syndromes immunologiques post-infectieux**

RAA ++ (0,5/100 000 hab)  
GNA

### **Syndromes toxiques**

Scarlatine / Choc toxique strepto.

Amélioration  
des signes  
cliniques

Diminution de  
la contagiosité

Bénéfice collectif et  
individuel

# COMPLICATIONS SUPPURATIVES

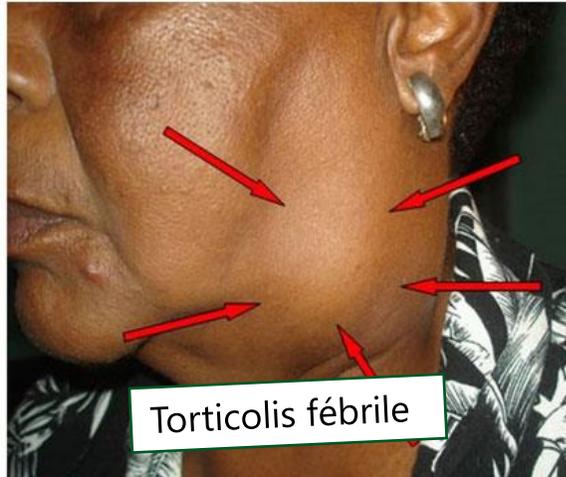
Prévention  
des complications  
suppuratives

<1%

- Phlegmon péri-amygdalien
- Abscess rétro-pharyngé
- Adénophlegmon cervical
- Cellulite cervicale



- Fièvre élevée
- Trismus
- otalgie



Torticollis fébrile



Atteinte cutanée

- Effet préventif sur la survenue de complications **pas clairement établi.**
- Les phlegmons péri-amygdaliens peuvent survenir **même après un traitement antibiotique bien conduit.**
- NNT de 28-300 patient pour éviter un phlegmon
- NNT de 4000 patients pour éviter un abcès rétro-pharyngé.

## COMPLICATIONS NON-SUPPURATIVES

Prévention  
des complications  
non-suppurative

<1%

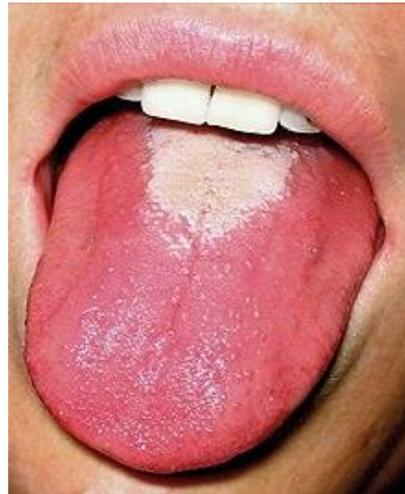
### Syndromes immunologiques post-infectieux

RAA +++  
GNA

### Syndromes toxiques

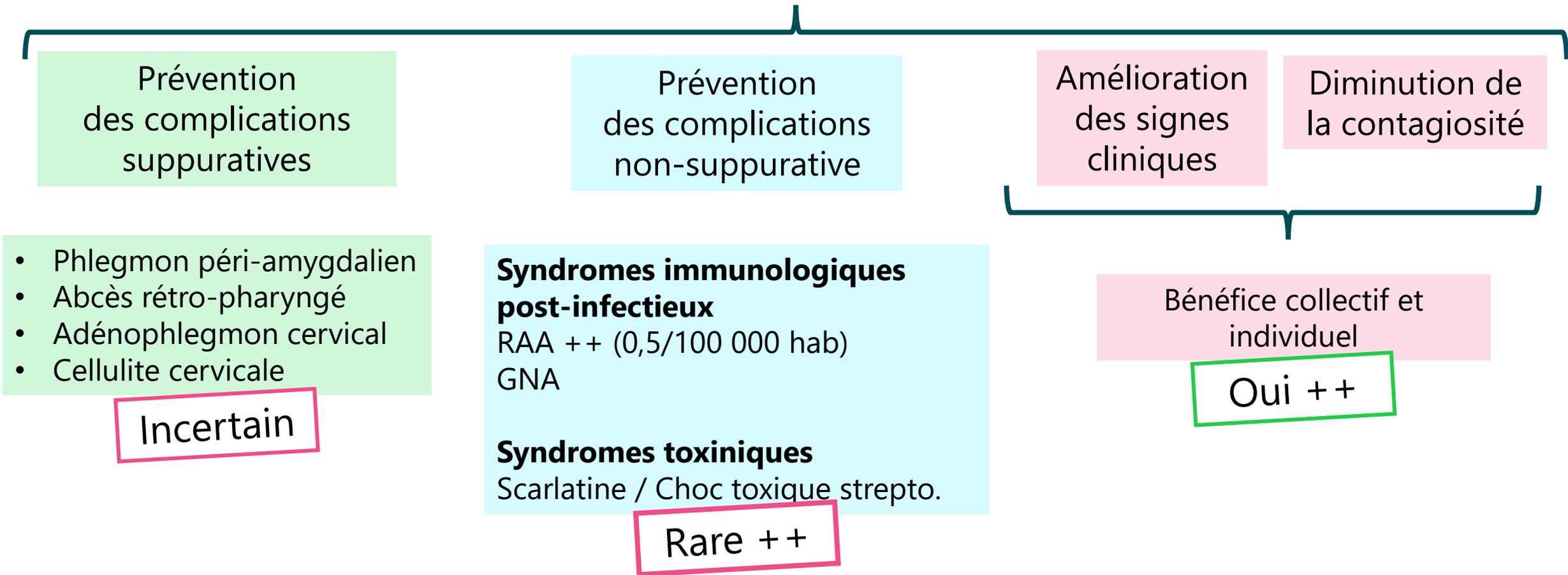
Scarlatine / Choc toxique strepto.

Erythème marginé



- RAA devenu exceptionnel dans les pays développés.
- RAA a diminué avant l'apparition des antibiotiques même s'ils ont contribué à sa prévention (traitement + moindre circulation + souches circulantes)
- Mais complications ++
  
- Le rôle de l'antibiothérapie dans la prévention de la GNA est très incertain.
- Le risque de GNA après une angine à SBHA ne semble pas différent qu'elle soit traitée ou non par antibiotiques.

# QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE ?



- **De diminuer la durée des symptômes de 24h en moyenne (4 vs 3 jours)**
- **De diminuer la contagiosité à 24h post-antibiotiques vs. 10-21 jours**
- **Une seule dose d'amoxicilline éradique le portage de SBHA dans 90% des cas en moins de 24h**
- *Pour protéger du RAA : antibiothérapie retardée jusqu'à J9 efficace*

## Amoxicilline 1gx2/j (6j)

(enfant 50 mg/kg/j en 2 prises)

*Allergie pénicilline*

Enfant : Cefpodoxime 5j

Adulte : Cefuroxime / Cefpodoxime 5j

*Allergie B-lactamine*

Clarithromycine 5j

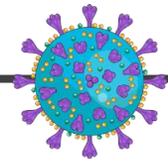
## SYMPTOMATIQUE

- Antalgique
- Antipyrétique
- ⊖ AINS, corticothérapie

### Pourcentage de souches SENSIBLES

Bactérie	Amoxicilline	Augmentin	C2G	C3G	Pristinamycine
<i>Streptococcus pyogenes</i>	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%





Enduit nacré confluent  
+/- adhérent



Purpura du voile

- Fréquent ++
- Adolescent/adulte jeune
- Incubation prolongée 4-6S
  
- Fausses membranes non adhérentes (pas tjrs...)
- Purpura du voile du palais
- Fièvre prolongée
- Asthénie ++
- Splénomégalie / polyADP / Exanthème

### MNI-test

(Se 50% enfant vs 90% adulte)

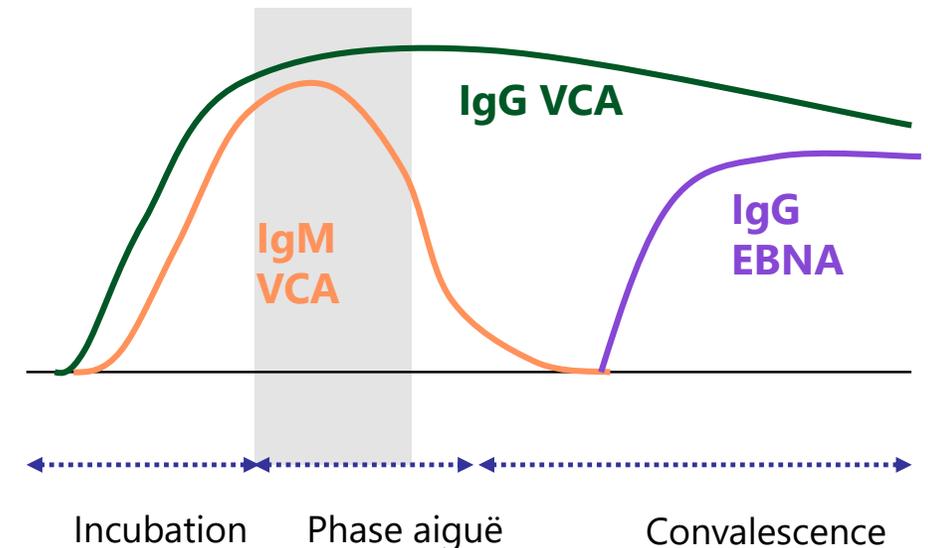
### Sérologie si MNI-test négatif

(IgM et IgG VCA + IgG EBNA -)

Thrombopénie  
Cytolyse hépatique  
**Syndrome mononucléosique**

### TRAITEMENT

Symptomatique  
Repos  
+/- corticothérapie si sévère



# Est-il grave de donner de l'Amoxicilline pendant une MNI ?

**Non !**

- < 1975 – **80-100%** d'éruption sous **Ampicilline**
- Dernières données disponible env. **10-15%** avec **Amoxicilline**
- **Autant** avec Céphalosporine / Cycline / Bactrim / FQ / **sans ATB...**
- réaction immunologique non spécifique, favorisée par la réponse immune modifiée durant l'infection virale.
  
- **Clinique** : maculo-papuleuse, érythémateuse, parfois prurigineuse / 4 à 10 jours après l'antibiotique / Tronc +/- membres.
  
- Benin et régresse spontanément
  
- Quelques très rare cas d'immunisation...

- **Re-introduction sans avis allergologique**
- **si symptôme allergique alors consultation allergo.**



## Augmentation des cas de diphtérie à *C. diphtheriae* en France en 2022

Point de situation au 30 novembre 2022 suite à des cas de diphtérie à *C. diphtheriae* rapportés dans plusieurs régions de France métropolitaine ainsi qu'à Mayotte et à la Réunion.



■ Countries that reported cases in 2021

Please note that not all countries report cases, therefore there may be a risk of contracting diphtheria in other areas.

Adapted from WHO (2022)<sup>3</sup>

- **Rare ++**
- Population immigrée non vaccinée
- Incubation 7J

### Clinique :

- **Fausses membranes adhérentes**
- Peu de fièvre
- Signes toxiques
- Coryza purulent/sanguinolant



- Hyperleucocytose à PNN
- **Prélèvement local en urgence (prévenir le laboratoire)**
- PCR pour recherche de toxines
- Complications locales : **croup**
- **Complications toxiques**
- Décès dans 10% des cas

### TRAITEMENT

Amoxicilline  
Sérothérapie  
Puis vaccination  
Isolement gouttelettes  
**Déclaration obligatoire**  
Dépistage cas contact

# Angines vésiculeuses

**Enterovirus**  
(Coxsackie et Echovirus)

**Herpes virus**  
HSV



*Vésicules pharyngées se rompant rapidement pour laisser place à une érosion avec enduit jaunâtre et halo inflammatoire*

*Douloureux ++*

- **Herpangine à Coxsackie**
- Epidémies estivales chez les enfants
- +/- **Syndrome pied main bouche**
- Difficultés alimentation / hydratation

- **Gingivostomatite (PI)**
- Principalement HSV1
- **Ulcérations douloureuses +++**
- Dysphagie
- Adénopathies cervicales

**Traitement  
symptomatique**

**Valaciclovir 500 mg 2/j  
10J**

# Angines ulcéreuses ou ulcéro-nécrotiques



## Angine de Vincent

- **Fusobacterium + spirochète (Borrelia)**
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- **Ulcération irrégulière souple**
- Membranes grisâtres non adhérentes

**Augmentin**

*Erosion amygdalienne  
Extension pharyngée possible*

## Syphilis

- IST avec rapport buccal
- **Chancre indolore**
- Adénopathie(s) indolores
- **Diagnostic sérologique**
- Bilan des autres IST

**Extencilline IM**

## Agranulocytose

- Hémopathies
- **Leucémies aiguës +++**
- Ulcérations bilatérales
- **NFS +++**

## Tuberculose

## Cancer ORL



Merci pour votre attention !





# Diapos bonus pédiatrie pour sinusite et ADP



Stade précoce



# Ethmoïdite: une pathologie pédiatrique

- Tableau clinique bruyant
- Etat général très altéré.
- Enfant grisâtre, abattu, prostré.
- Fièvre 39-40°C
- Oedème inflammatoire de la paupière homolatérales à la masse latérale infectée:
  - Débute au niveau du canthus interne

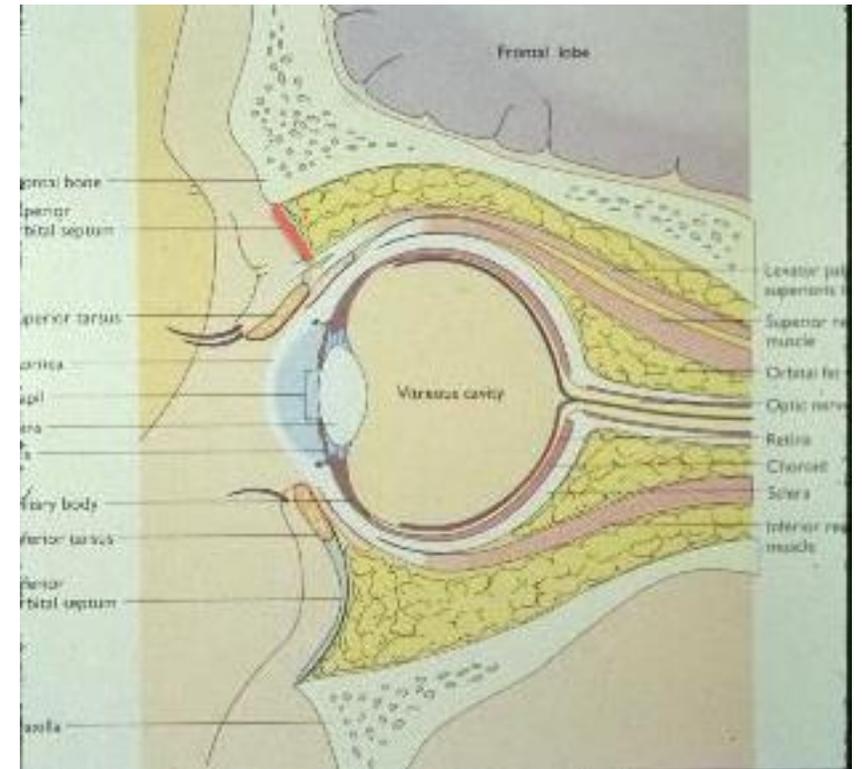
37254  
4/+C  
TARGET  
1.8  
X - 0  
Y 5.2

25 FEB 9



# ETHMOIDITE

- Septum orbitaire : structure fibreuse débutant au niveau du rebord orbitaire et s'attachant au tarse de la paupière.
- Espace intra-orbitaire (rétro-septal) et
- Espace extra-orbitaire (pré-septal).



# ETHMOIDITE PRE-SEPTALE

- **1<sup>er</sup> stade : atteinte préseptale**
- Œdème palpébral unilatéral (paupière **SUP** et angle interne), Fièvre, Douleurs,
- Pas d'AEG

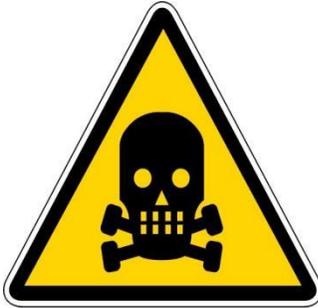
Pas de TDM obligatoire en 1<sup>ère</sup> intention

**TRAITEMENT MEDICAL par voie orale:**

- ✓ Amox +Ac Clavulanique 80mg/kg/j. 8-10j
- ✓ Si allergie : Cefpodoxime 10mg/kg/j (2 prises) + Métronidazole 40 mg/kg/jr (3 prises)
- ✓ Antalgiques



# ADP CERVICALE RECENTE : CAT



**JAMAIS D'AINS OU DE CTC**



- Pas d'orientation : Ac Clavulanique 80mg/kg/jr. Durée : 8- 10 jours.
- Si pas amélioré : bilan bio, sérologies, BH, RP, IDR
- Si négatif : avis ORL : biopsie? Exérèse?