

Abcès rétropharyngé de l'enfant

Dr^s PAULINE VINCKENBOSCH^a, PIERRE GUILCHER^a, KARMA LAMBERCY^a et CÉLINE RICHARD^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 1698-702

L'abcès rétropharyngé (ARP) est une collection de pus située en arrière de la paroi pharyngée postérieure. Les symptômes d'alerte sont la présence d'un torticolis fébrile et d'une odynodysphagie. L'origine en est le plus souvent une infection des voies aériennes supérieures (VAS, 45% des cas en moyenne), un traumatisme pharyngé, mais parfois aucune cause évidente n'est retrouvée. Les complications sont rares, mais potentiellement graves en raison du risque d'obstruction des VAS ou de l'extension de l'infection aux structures avoisinantes. En cas d'abcès avéré, un drainage chirurgical est proposé d'emblée en cas de taille > 2 cm sur la tomodensitométrie (grand axe), en cas de complication ou d'évolution secondairement défavorable. Cet article présente un cas clinique avec revue de la littérature.

Retropharyngeal abscess in children

A retropharyngeal abscess is a collection of pus located behind the posterior pharyngeal wall. Main symptoms include torticoli, pyrexia and odynodysphagia. It can be secondary to upper airway infections, pharyngeal penetrating trauma or idiopathic. Complications are rare, but may be life-threatening due to airway obstruction or infection's spread to the surrounding structures. Surgery is conducted in case of abscess > 2 cm on CT scan images, complication or worsening of the symptoms. This article presents a clinical case with literature review.

Vignette clinique

Une enfant de 17 mois est amenée aux urgences par ses parents car elle présente une altération de l'état général depuis 1 mois, associée à des difficultés alimentaires. A l'interrogatoire, les parents de l'enfant rapportent un épisode fébrile à 39°C survenu il y a environ 1 mois. Cet état fébrile avait été peu sensible aux fébrifuges et mis sur le compte d'une angine, une amélioration spontanée des symptômes avait été observée au bout de 2 jours. 15 jours après cet épisode fébrile, l'enfant avait présenté un torticolis vers la gauche, associé à une baisse de l'état général, des pleurs importants et un état subfébrile à 38°C. Un diagnostic d'angine avec double otite moyenne avait été posé et un traitement par amoxicilline instauré. Une légère amélioration des symptômes avait été notée, mais la fièvre était réapparue une nouvelle fois 3 jours plus tard, associée à des difficultés alimentaires et l'enfant

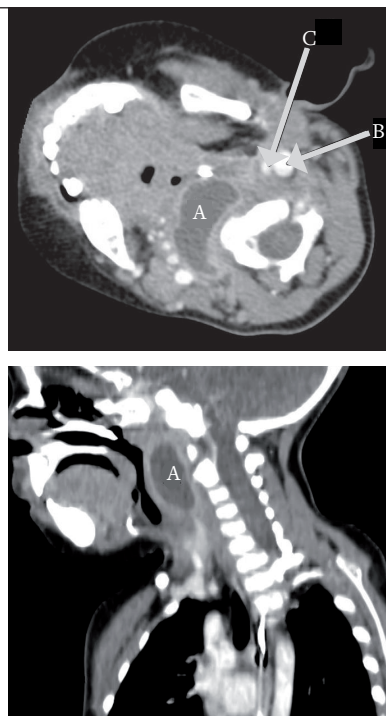
refusait de tourner la tête vers la droite. L'enfant a perdu 1 kg depuis le début des symptômes.

Au status, l'enfant est difficilement examinable, mais ne présente ni dyspnée ni stridor. Le fond de gorge n'est pas visualisé, à l'otoscopie les tympanes sont rouges, non bombés. Un streptotest est négatif, la radiographie du thorax est sans particularité, un ultrason cervical met en évidence des adénopathies latéro-cervicales droites. Le laboratoire montre un léger syndrome inflammatoire, avec une CRP à 40 mg/l et des leucocytes à 20 G/l.

Devant la persistance de fièvre, de l'odynodysphagie et du torticolis, l'enfant est adressée en ORL. Le bilan en urgence est complété par un CT-scan du cou (figure 1) qui met en évidence une collection de l'espace rétropharyngé, latéralisée à droite, mesurant 20 × 44 × 34 mm. Une prise en charge chirurgicale avec drainage de l'abcès par voie transorale est effectuée, avec remplacement de l'antibiothérapie par amoxicilline-acide clavulanique IV. Le prélèvement microbiologique lors du drainage retrouve un *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM). L'évolution est par la suite favorable.

FIG 1 CT-scan du cou en plans axial et sagittal

A: abcès rétropharyngé; B: veine jugulaire interne; C: artère carotide commune.



^aService d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CHUV, 1011 Lausanne celine.richard@chuv.ch

INTRODUCTION

L'abcès rétropharyngé (ARP) est une pathologie en augmentation depuis ces dix dernières années. Le diagnostic doit être évoqué et recherché devant tout enfant fébrile, présentant un torticolis et des symptômes de la sphère aéro-digestive haute. Ses complications étant potentiellement graves, la prise en charge doit être rapide et adéquate.

ANATOMIE ET PATHOGÈNES (figure 2)

L'espace rétropharyngé (RP) s'étend de la base du crâne à entre la 3^e et la 4^e vertèbre thoracique. Il est limité antérieurement par le fascia pharyngé et rétroviscéral (œsophage) et postérieurement par le fascia alaire qui est la limite avec le *danger space* des Anglo-Saxons, espace cervical profond qui s'étend dans le médiastin postérieur de la base du crâne au diaphragme. L'espace RP communique avec l'espace parapharyngé. Celui-ci est bordé latéralement par la gaine carotidienne, qui contient l'artère carotide et la veine jugulaire.¹

L'espace RP contient deux chaînes ganglionnaires, présentes chez le jeune enfant, qui s'atrophient avant la puberté. Ces ganglions drainent le nasopharynx, les sinus paranasaux postérieurs et l'oreille moyenne, expliquant l'importante fréquence (près de la moitié des cas) des infections des voies aériennes supérieures (VAS) dans la genèse de l'abcès RP.^{2,3}

Dans environ un quart des cas (généralement chez les enfants plus âgés ou les adultes), l'infection RP est secondaire à un traumatisme pharyngé (par exemple, corps étranger pénétrant, endoscopie, tentative d'intubation, procédures dentaires).² Il faut alors rechercher une possible pharyngite, mais surtout une ostéomyélite du corps vertébral ou une pétérosite associée.

Les infections RP progressent de la cellulite au phlegmon organisé, puis à l'abcès mature. L'administration précoce d'antibiotiques appropriés peut interrompre ce processus.

MICROBIOLOGIE

L'ARP est volontiers polymicrobien. Les espèces bactériennes prédominantes sont: *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A), *Staphylococcus aureus* (y compris *S. aureus* résistant à la métiline (SARM)) et les anaérobies respiratoires (y compris les espèces *Fusobacteria*, *Prevotella* et *Veillonella*). Des espèces d'*Haemophilus* se trouvent occasionnellement. Il n'est pas rare que les aérobie et les anaérobies soient présents simultanément.²⁻⁹

En vingt ans, la flore microbienne retrouvée dans les ARP s'est modifiée avec une augmentation marquée des cas dus à des SARM (tableau 1).²⁻⁹

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'ARP touche le plus souvent les enfants âgés de deux à quatre ans¹⁰ avec une légère prédominance masculine,¹¹ bien qu'il survienne à d'autres âges, y compris chez le nouveau-né. Cette prévalence correspond à une plus grande fréquence des infections virales des VAS comme l'otite moyenne aiguë ou la sinusite.

L'incidence de l'ARP est en augmentation depuis les années 2000 (0,1/10 000 en 2000 vs 0,22/10 000 en 2009) sans qu'il n'ait été rapporté d'augmentation significative de la fréquence des cas d'abcès périamygdaliens et parapharyngés.¹² Certaines équipes ont trouvé une incidence augmentée de 4,5 fois sur une période de onze ans.⁴ Cette évolution est en partie expliquée par un diagnostic plus précis de par l'utilisation généralisée du scanner, mais surtout par la plus grande fréquence et l'augmentation de la virulence des infections à SARM.^{3,9}

CLINIQUE

La présentation clinique de l'ARP dépend du stade de la maladie.³ En phase initiale, les symptômes peuvent être indiscer-

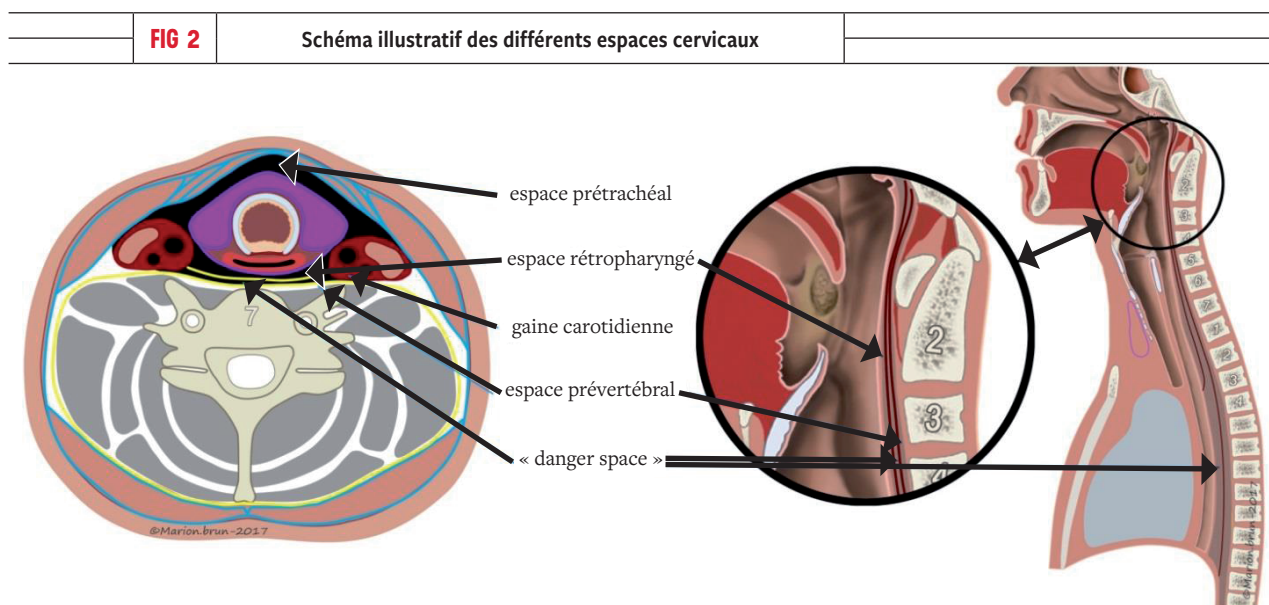


TABLEAU 1		Modification de la flore bactérienne responsable des abcès rétropharyngés	
		% de cultures (période 1993-2003)	% de cultures (période 2004-2012)
Anaérobies	Coques		
	<i>Peptostreptococcus species</i>	4,9	4,5-30
	Bacilles Gram +		
	<i>Lactobacillus</i> spp.	0	3
	<i>Actinomyces</i> spp.	0	1,5-8
	Bacilles Gram -		
	<i>Prevotella</i> spp.	15-19,5	13-22,7
	<i>Veillonella</i> spp.	0-14	3
	<i>Acinetobacter</i>		10
Aérobies et facultatifs	Coques Gram +		
	<i>Staphylococcus aureus</i>	4,9-28 (dont 0-32 SARM)	30-38 (dont 64-70 SARM)
	<i>Streptococcus viridans</i>	39-58,5	10-18
	<i>Streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A (SBHA)</i>	8-54	16,7
	Coques Gram -		
	<i>Neisseria species (nonpathogenic)</i>	14,6-20	10,6
	Bacilles Gram +		
	<i>Corynebacterium</i> spp.	9,8	4,5
	Bacilles Gram -		
	<i>Eikenella</i> spp.	4,9	3
	<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	4,9-16	3-10
	<i>Fusobacterium</i>		25
	<i>E. coli</i>		35
	<i>Bacteroides</i>		33
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2,4-13	3-50
Flore mixte		31-72	Elevé

(Adapté des réf. 2-9).

nables de ceux d'une pharyngite simple. Avec la progression de l'infection, l'enfant devient asthénique, a de la fièvre et développe des symptômes liés à l'infection de la sphère aéro-digestive supérieure. La raideur nucale est un signe clinique important et peut être présente en l'absence de symptômes respiratoires. Le **tableau 2** résume les signes cliniques associés à l'ARP et leur fréquence.^{2,3,9-11,13}

Un des diagnostics différentiels à évoquer devant cette clinique est l'épiglottite. Habituellement, les symptômes de l'infection RP progressent plus lentement que ceux de l'épiglottite, mais ces deux entités peuvent être difficiles à distinguer.

L'examen clinique peut être difficile avec un enfant non collaborant. Si la visualisation de l'oropharynx est adéquate, il est possible de voir un bombement médian ou unilatéral de sa paroi postérieure. La palpation de la tuméfaction est proscrite en raison du risque de rupture pouvant entraîner une bron-

TABLEAU 2		Symptômes associés à l'abcès rétropharyngé	
-----------	--	--	--

- Fièvre (64%)
- Raideur nucale (64%)
- Bombement rétropharyngé (55%)
- Masse cervicale (55%)
- Agitation (43%)
- Léthargie (42%)
- Adénopathies cervicales (36%)
- Bavage (22%)
- Trismus (20%)
- Torticolis (18%)
- Détresse respiratoire (4%)
- Stridor (3%)
- Douleur thoracique (si extension médiastinale)

(Adapté des réf. 2,3,9-11,13).

choaspiration du pus. A la palpation cervicale, on trouvera volontiers des adénopathies ou une tuméfaction si l'infection s'est propagée dans l'espace parapharyngé. Si l'on suspecte une épiglottite (hypersialorrhée), on évitera l'examen de la cavité buccale, en raison du risque de décompensation respiratoire.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le syndrome inflammatoire est évalué par la réalisation d'une formule sanguine complète avec une CRP, qui doivent être systématiquement demandées. Dans une série de 162 enfants atteints d'ARP, 91% avaient une leucytose à > 12 G/l. La leucocytose moyenne était de 22,4 G/l.³ Les hémocultures doivent en outre être réalisées bien qu'elles soient rarement positives, car elles peuvent aider à identifier les agents pathogènes. Un frottis microbiologique pour les aérobies et anaérobies doit être effectué au moment du drainage.

IMAGERIE

Bien que la sensibilité et la spécificité du CT-scan cervical avec injection de produit de contraste varient considérablement selon les études,^{3,9} il reste l'examen de choix. Il permet de poser le diagnostic positif en différenciant l'ARP de la cellulite, de faire le bilan d'extension à d'autres espaces cervicaux ou au médiastin ainsi que de visualiser un possible corps étranger. Il permet également de situer l'atteinte vis-à-vis de l'espace vasculaire (artère carotide interne et veine jugulaire interne), élément d'importance car guidant le choix de la voie d'abord (transorale versus cervicale).¹

L'ultrason cervical ne permet ni d'exclure l'ARP, ni de préciser son extension en cas d'abcès visible. Il n'est donc pas recommandé.²

DIAGNOSTIC

Une infection RP doit être systématiquement suspectée devant un enfant présentant un tableau associant de la fièvre, un torticolis, une dysphagie ou d'autres symptômes liés à l'inflammation ou à l'obstruction du tractus aéro-digestif supérieur. Le **tableau 3** résume les différents diagnostics à évoquer devant une obstruction des VAS et/ou une raideur nucale chez l'enfant.²

TABLEAU 3 Diagnostics différentiels de l'obstruction des VAS et de la raideur nucale

VAS: voies aériennes supérieures.

Obstruction des VAS	Raideur nucale
<ul style="list-style-type: none"> • Autres infections: épiglottite, croup, abcès péri-amygdalien • Traumatique: corps étranger pénétrant ou dans les voies aéro-digestives, brûlures thermiques ou caustiques du pharynx postérieur • Angioedème ou anaphylaxie • Tumeurs: lymphangiome, hémangiome 	<ul style="list-style-type: none"> • Méningite • Arthrite cervicale ou ostéomyélite • Abcès tuberculeux de la colonne vertébrale cervicale • Lésions de la colonne vertébrale • Réaction dystonique • Toxines diverses (tétanos, morsure d'araignée veuve noire, piqûres de scorpion)

(Adapté de réf. 2).

Le diagnostic est toutefois plus difficile chez l'enfant de moins d'un an car les symptômes sont moins systématisés.

L'ARP est grevé d'une morbi-mortalité importante (tableau 4). Toutes causes confondues, la mortalité due à l'ARP atteint 1%. En cas de médiastinite, elle atteint 50%.¹⁴

TRAITEMENT

La thérapie initiale dépend de la gravité des symptômes et du bilan. En cas de symptômes respiratoires, ou d'un abcès avéré de plus de 2 cm au CT-scan, un drainage chirurgical immédiat est recommandé. En cas d'absence de ces critères, un traitement antibiotique peut être initié, avec nouvelle évaluation à 48 heures. En cas de péjoration ou d'absence d'amélioration, une nouvelle imagerie par CT-scan et un drainage chirurgical doivent être envisagés.^{1,2}

Le drainage chirurgical peut se faire par voie externe ou par voie endobuccale. Cette dernière n'est possible que si la collection est située médialement aux gros vaisseaux, ce qui est habituellement le cas. Par rapport à une voie externe, les avantages d'un drainage transoral sont la diminution des risques opératoire, des suites opératoires plus simples et l'absence de cicatrice cutanée.¹

Dans tous les cas, une antibiothérapie empirique devrait être initiée au plus tôt et devrait couvrir les germes des VAS et les anaérobies. L'amoxicilline-acide clavulanique est l'antibiothérapie de choix. En cas d'infection à SARM, la clindamycine

TABLEAU 4 Complications de l'abcès rétropharyngé

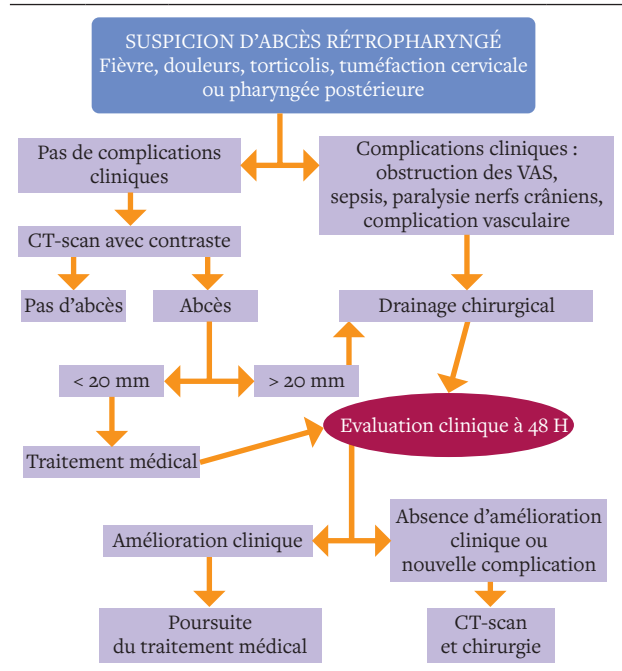
VAS: voies aériennes supérieures.

- Obstruction des VAS
- Septicémie
- Pneumonie d'aspiration si l'abcès se rompt dans les voies aériennes
- Thrombophlébite suppurative de la veine jugulaire interne (syndrome de Lemierre)
- Erosion de l'artère carotide interne
- Médiastinite
- Péricardite
- Abcès épidual
- Luxation atlanto-axiale (syndrome de Grisel)

(Adapté des réf. 2,5,13,14).

FIG 3 Arbre décisionnel de la prise en charge de l'abcès rétropharyngé

VAS: voies aériennes supérieures.



associée au céfuroxime à la ceftriaxone avec du métronidazole pourrait être choisie.¹⁶ La figure 3 présente un algorithme de prise en charge.^{15,16}

CONCLUSION

Devant tous signes d'alerte de l'ARP, un CT-scan est nécessaire pour son diagnostic et la décision de la prise en charge. En cas de diagnostic précoce, avec un abcès de moins de 2 cm de grand axe, sans complication, une prise en charge par antibiothérapie intraveineuse est proposée.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à une fièvre, une raideur nucale, une dysphagie ou d'autres symptômes liés à l'inflammation ou à l'obstruction du tractus aérodigestif supérieur, le diagnostic d'abcès rétropharyngé (ARP) doit être évoqué et recherché au moyen d'un CT-scan avec contraste
- Les complications de l'ARP sont potentiellement mortelles: tout patient suspecté de présenter un ARP doit être hospitalisé et référé à un spécialiste ORL
- La modalité de traitement antibiothérapie associée ou non à un geste chirurgical dépendra de l'extension de la maladie et de son évolution