



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/17727
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17727>



RESEARCH ARTICLE

LA PRISE EN CHARGE DES ADENITES CERVICALES CHEZ L'ENFANT AUX URGENCES PEDIATRIQUES THE MANAGEMENT OF CERVICAL ADENITIS IN PEDIATRIC EMERGENCY CARE

Dr. Issam Taha, Pr. Ilham Tadmouri and Pr. Moustapha Hida
Service de Pédiatrie du CHU Hassan II de Fès, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 19 August 2023
Final Accepted: 24 September 2023
Published: October 2023

Key words:-

Adenitis, Child, Antibiotics, Surgical Treatment

Abstract

The objective of this study was to analyze the epidemiological, clinical and biological characteristics, as well as the management and evolution of children admitted and treated in pediatric emergencies for lymphadenitis. Over a period of two and a half years, we recorded 32 cases of lymphadenitis, 10 of which were cases of adenophlegmon. The average age of patients was 2 years and 5 months, and boys represented 66% of cases. In addition, 37% of children came from an unfavorable socio-economic background. The diagnosis of adenitis was established on the basis of swelling on the face and neck, accompanied by inflammatory signs. Biological analyzes revealed an infectious syndrome in the majority of patients. All children received antibiotic treatment, and surgical treatment was indicated in cases of adenophlegmon. The clinical outcome was favorable in the majority of cases.

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Introduction:-

L'augmentation du volume des ganglions lymphatiques du cou est fréquente chez les enfants et est le plus souvent la conséquence d'une infection bénigne des voies aérodigestives supérieures. Cette augmentation du volume est parfois très bruyante, s'accompagnant de signes locaux d'inflammation tels que rougeur, chaleur de la peau et douleur au moindre toucher. Dans certains cas, cette augmentation peut être significative, atteignant un diamètre de 3 à 10 centimètres en seulement quelques jours, ce que l'on appelle une lymphadénite ou adénite. La lymphadénite est une affection au cours de laquelle les ganglions lymphatiques s'enflamment en réponse à une infection ou à un autre processus inflammatoire. Cette inflammation peut survenir dans n'importe quelle partie du corps où des ganglions lymphatiques sont présents, mais elle est plus courante dans les régions du cou, des aisselles et de l'aîne. Les ganglions lymphatiques peuvent devenir enflés, sensibles et chauds au toucher, et la peau qui les recouvre peut devenir rouge et enflammée. Dans certains cas, une lymphadénite peut évoluer vers un adénophlegmon, qui peut nécessiter un drainage par une petite incision. Le traitement de la lymphadénite implique généralement l'administration d'antibiotiques (1,2).

Nous rapportons une série de cas d'adénites cervicales admis et pris en charge aux urgences pédiatriques.

Corresponding Author:- Dr. Issam Taha

Address:- Service de Pédiatrie du CHU Hassan II de Fès, Maroc.

Matériels Et Méthodes:-

Cette étude rétrospective s'est focalisée sur les cas d'adénites cervicales admis et pris en charge aux urgences pédiatriques du CHU Hassan II de Fès sur une période de deux ans et demi, allant du 1er janvier 2020 au 30 juin 2022. Les informations ont été extraites des dossiers médicaux informatisés pour l'ensemble des patients. On a inclus dans cette étude tous les enfants âgés de moins de 15 ans présentant une adénite simple ou compliquée. Les malades présentant d'adénites d'origine tuberculeuse, tumorale et inflammatoire sont exclus de ce travail ainsi que les dossiers incomplets. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie, et la saisie des informations a été automatisée à l'aide du logiciel Excel. Les objectifs de cette étude étaient d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques, ainsi que d'évaluer la prise en charge thérapeutique et l'évolution de tous les enfants admis aux urgences pédiatriques avec un diagnostic d'adénites.

Résultats:-

Nous avons colligé 32 cas d'adénites, dont 10 cas ont été admis pour adénophlegmon sur une adénite traitée initialement par amoxicilline-acide clavulanique en ambulatoire. Cette étude s'est étalée sur une période de deux ans et demi allant du 1er janvier 2020 au 30 juin 2022 avec une incidence de 0,15 % en 2020, 0,13 % en 2021 et 0,8% en 2022. L'âge moyen des patients était de 2 ans et 5 mois, avec des âges extrêmes allant de 3 mois à 12 ans. Une prédominance masculine de 66 % a été observée, avec un sex-ratio de 1,9. L'admissions des patients étaient variables tout au long de l'année, avec des pics qui ont été notés en septembre et en novembre de chaque année. Aucun des cas n'a présenté d'antécédents pathologiques particuliers, en particulier en ce qui concerne les infections récurrentes. Nous avons noté que 31% des patients avaient reçu un traitement antibiotique à base d'amoxicilline-acide clavulanique en ambulatoire, et 16% avaient été traités avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Le niveau socio-économique était défavorable chez 37 % des cas.

Le diagnostic d'adénite a été suspecté chez tous les patients en raison de la présence d'une tuméfaction au niveau du visage et du cou, associée à des signes inflammatoires tels que la douleur, la rougeur et la chaleur. Dans les adénophlegmons, à la palpation la tuméfaction était rénitente à l'admission chez 78% des patients et dure chez 12 %. Dans les autres cas la palpation a objectivé un empâtement douloureux. La taille de la tuméfaction varie entre 2 cm et 5 cm. La localisation rétro-auriculaire était la plus fréquente (Voir Figure 1 et 2). Une porte d'entrée a été trouvée chez 50 % des cas.



Figure 1:- La localisation rétro-auriculaire de l'adénophlegmon (Images a et b).

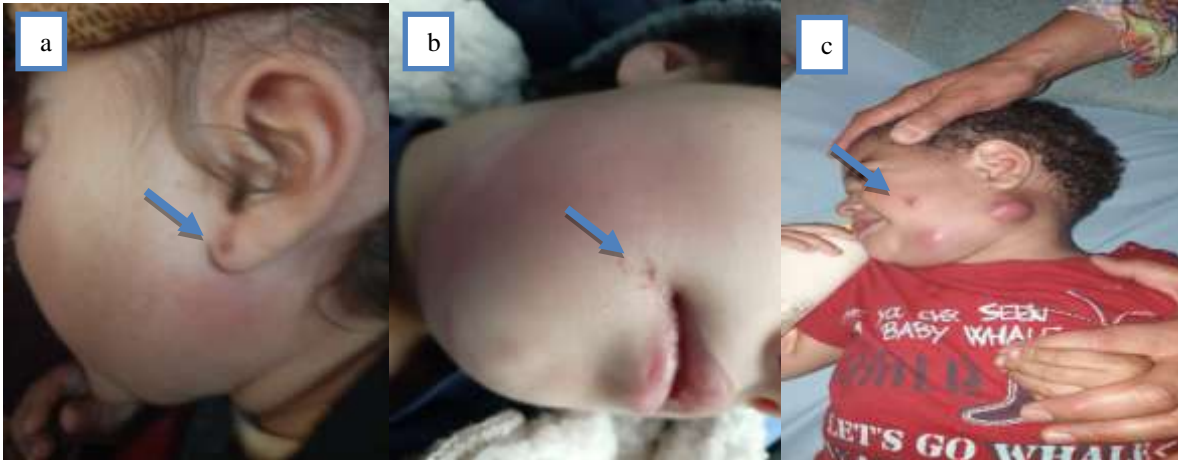


Figure 2:-Image a :adénite sous mandibulaire ,image b: adenophlegmons jugale , image c : adénite et adenophlegmon chez le même patient . Les flèches bleues : porte d'entrée.

Les analyses biologiques réalisées chez les patients ont révélé une hyperleucocytose, avec des taux compris entre 11 500 et 18 300 éléments par mm³, ainsi que des taux élevés de polynucléaires neutrophiles (PNN) compris entre 8300 et 13800 éléments par mm³, chez 87% des cas. La protéine C-réactive (CRP) était élevée chez 72% des patients, dont les chiffres varient entre 40 mg/dl et 100 mg/dl.

Sur le plan radiologique ; 18 patients ont bénéficié d'un bilan radiologique basé sur une échographie cervicale, montrant chez 50% d'entre eux une infiltration avec épaissement des parties molles sous-cutanées, avec la présence de quelques logettes liquidiennes à contenu échogène, sans nette individualisation de collection.

La TDM facio-cervicale a été réalisée en cas d'adenophlegmons dans 31% des cas, dont l'aspect radiologique était principalement dominé par une collection abcédée rétro-auriculaire dans 62% (Voir Figure 3, 4).

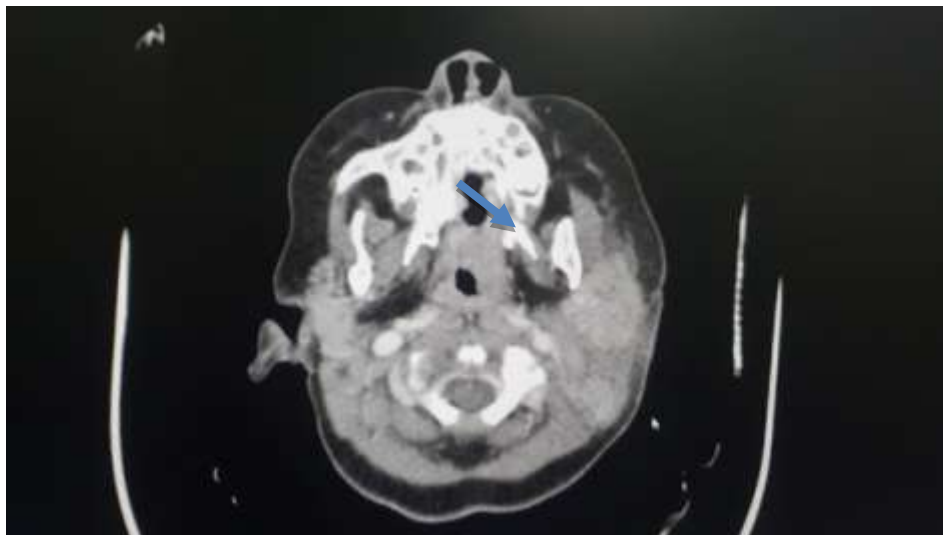


Figure 3:- Infiltration avec épaissement des parties molles sous-cutanées.

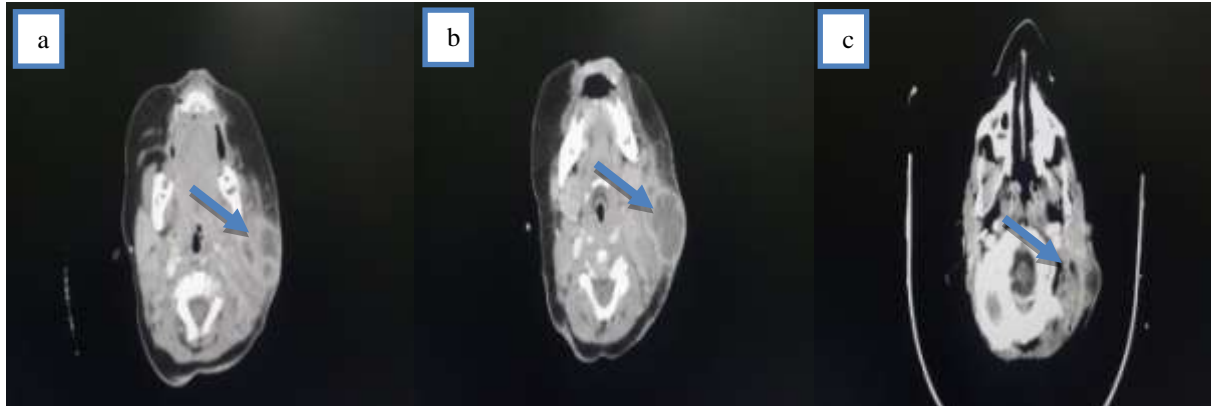


Figure 4:- Plusieurs localisations d'adénophlegmons (flèches bleues) - Image a : localisation sous-mandibulaire, Image b : localisation sous-mandibulaire, Image c : localisation rétro-auriculaire.

Tous les patients ont été traités avec une trithérapie associant la céphalosporine de 3e génération (C3G) à dose de 50 mg/kg par jour, de l'aminoside à dose de 3 mg/kg par jour, et du métronidazole à dose de 30 mg/kg par jour. Parmi les patients hospitalisés pour les adénophlegmons, trois enfants ont été bénéficié d'un drainage chirurgical (Voir Figure 5), et sept cas ont bénéficié d'une ponction, car l'adénophlegmon était en stade soit en pré-fistulisation, ou fistulisé (Voir Figure 6).



Figure 5:- Image après un drainage chirurgical.



Figure 6:- Image a: adénophlegmon en pré-fistulisation, image b : adénophlegmon fistulisé.

L'évolution clinique s'est caractérisée par la résolution de la fièvre dans les 48 heures suivant le début du traitement, avec une régression des signes inflammatoires. Sur le plan biologique, une amélioration des paramètres a été observée chez tous les patients. Pour les dix cas d'adénites cervicales compliquées d'adénophlegmon, parmi lesquelles un cas s'est compliquée par une médiastinite, traitée avec des antibiotiques pendant trois semaines. Une récurrence d'une adénite en rapport avec un adénophlegmon a été notée chez un patient après 3 mois du premier épisode. Un bilan de déficit immunitaire a été réalisé chez ce patient, et il est revenu normal. Cette récurrence a été expliquée par le bas niveau socio-économique, le retard de consultation, et l'utilisation de moyens traditionnels, tels que la scarification. Heureusement, l'évolution était favorable après traitement (Voir Figure 7).



Figure 7:- Adénophlegmon rétro-auriculaire avec des traces de scarification.

Discussion:-

Dans la région cervicale, les infections des voies respiratoires supérieures peuvent provoquer la dissémination de micro-organismes dans les tissus environnants. Ces micro-organismes pénètrent ensuite dans le liquide lymphatique et sont transportés vers les ganglions lymphatiques via les vaisseaux collecteurs afférents. Les ganglions lymphatiques jouent un rôle de filtres en empêchant ou en stoppant la propagation des micro-organismes envahisseurs. En cas de lymphadénite, ces ganglions deviennent infectés et enflammés. En l'absence d'intervention, cela peut conduire à la formation de micro-abcès et à la nécrose (3).

Le plus souvent, l'augmentation de taille des ganglions lymphatiques est due à une source infectieuse. La lymphadénite cervicale est un problème fréquent chez les enfants. Elle peut affecter des enfants de tous âges, avec un pic d'incidence observé entre 1 et 4 ans(4).Ce qui concorde avec les résultats de cette étude.

Les connaissances sur l'origine infectieuse de l'adénite cervicale pédiatrique proviennent des études menées sur des patients ayant subi une aspiration à l'aiguille, une incision et un drainage, ou, dans de rares cas, une biopsie excisionnelle (3-5). Les agents infectieux associés à l'adénite aiguë chez les enfants immunocompétents englobent une variété de virus, de bactéries, de protozoaires et de champignons. Les germes en cause sont le plus souvent des pyogènes (streptocoques, staphylocoques), les germes anaérobies étant plus rarement en cause chez l'enfant (6).

Les manifestations cliniques en cas d'adénite cervicale varient en fonction des défenses immunitaires de l'hôte, de l'âge, de l'agent responsable et de la localisation du ganglion enflammé. L'adénite se manifeste généralement chez des individus âgés de moins de 5 ans. Une hypertrophie aiguë du ganglion est souvent associée à la fièvre(4).La taille du nœud enflammé couvrant une plage de dimensions allant de 2 à 6 cm. Sa caractérisation peut prendre plusieurs formes, allant de discrète et bien circonscrite, à la fois visible et palpable, jusqu'à une absence de délimitation nette. Ces tuméfactions peuvent être mobiles ou attachés aux tissus voisins, et d'une fermeté allant de solide à fluctuante. Les cliniciens doivent être attentifs à la recherche d'une porte d'entrée et les antécédents de

piqûres d'insectes, de griffures ou de morsures de chats, ainsi que l'exposition à des rongeurs, des chevaux, des moutons ou des chèvres. De plus, une récente extraction dentaire ou une blessure à la mâchoire peut déclencher une infection d'origine dentaire (4,7).

L'échographie peut être utile pour déterminer si un ganglion cervical présente un degré de suppuration suffisant pour qu'il se prête à une aspiration à l'aiguille (3). Une radiographie pulmonaire doit être envisagée lorsque le patient atteint d'adénite peut souffrir d'une maladie pulmonaire (8). La tomodensitométrie (TDM) avec contraste est utile lorsqu'une infection profonde de l'espace cervical est suspectée ou en cas de complications (9).

Sur le plan thérapeutique, une antibiothérapie est indiquée en cas d'adénite, et le traitement antibiotique empirique vise à cibler les agents les plus courants. Plusieurs schémas thérapeutiques empiriques sont recommandés pour l'adénite d'origine communautaire. Les choix offrant une bonne couverture antimicrobienne comprennent la ceftriaxone, la céfazoline et la clindamycine, administrées à une dose de 50 mg/kg/jour. Augmentin est une alternative appropriée. Le triméthoprime-sulfaméthoxazole peut être utilisé seul ou en association avec la rifampicine. La monothérapie à la clindamycine est une option pour les enfants de plus de 8 ans, et la doxycycline peut également être envisagée comme traitement adapté (3,11,12).

La durée optimale du traitement antibiotique n'a pas été étudiée de manière prospective. Cependant, divers auteurs suggèrent 10 à 14 jours, ou cinq jours après la résolution des signes de symptômes systémiques ou d'inflammation ganglionnaire, selon la période la plus longue. La voie (parentérale ou orale) est déterminée par plusieurs facteurs, notamment l'état immunologique, le degré de symptômes systémiques, la taille du ganglion lymphatique, la présence de fluctuations et la cellulite concomitante. Les patients immunologiquement altérés présentant une adénite ou une cellulite sévère, ainsi que ceux qui ne tolèrent pas ou ne toléreront pas un traitement oral, doivent recevoir des antibiotiques par voie parentérale (10). Cependant, la plupart des auteurs suggèrent une aspiration ou un traitement chirurgical, non seulement à des fins diagnostiques, mais aussi thérapeutiques. En cas d'adénophlegmon, un drainage chirurgical est recommandé (3,5).

L'évolution clinique peut parfois être plus prolongée, ou la glande peut évoluer et développer un abcès (10). Les maladies disséminées, notamment la bactériémie, la septicémie, l'abcès médiastinal et la péricardite purulente, ont toutes été rapportées comme complications rares (12).

Conclusion:-

Les adénites cervicales pédiatriques résultent souvent d'infections virales et bactériennes, avec une réponse immunitaire marquée. Une évaluation précise et une gestion thérapeutique adaptée sont essentielles pour améliorer la prise en charge de ces affections chez les enfants.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références:-

1. John R Gosche 1, Laura Vick . Acute, subacute, and chronic cervical lymphadenitis in children . 2006 May;15(2):99-106. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2006.02.007.
2. MICHAEL F. DULIN, MD, PhD, TIMOTHY P. KENNARD, MD, LAURA LEACH, MLIS, AND RICHARD WILLIAMS, MD, Carolinas Medical Center–Eastland Department of Family Medicine, Charlotte, North Carolina .Management of Cervical Lymphadenitis in Children 2008;78(9):1097-1098.
3. Gorenstein A, Somekh E. Suppurative cervical lymphadenitis: Treatment by needle aspirations. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:669-671.
4. Barton LL, Feigin RD. Childhood cervical lymphadenitis: A reappraisal. *J Pediatr* 1974;84:846-852.
5. Fleisher G, Grosflam J, Selbst S, et al. Management of lymphadenitis in childhood: The role of percutaneous needle aspiration. *Ann Emerg Med* 1984;13:908-911.
6. Niedzielska G, Kotowski M, Niedzielski A, et al. Cervical lymphadenopathy in children-Incidence and diagnostic management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:51-56.
7. Armstrong KL, James RW, Dawson DJ, et al. Mycobacterium haemophilum causing perihilar or cervical lymphadenitis in healthy children. *J Pediatr* 1992;121:202-205.

8. Yamauchi T, Ferrieri P, Anthony BF. The aetiology of acute cervical adenitis in children: Serological and bacteriological studies. *J Med Microbiol* 1980;13:37-43.
9. Medina M, Goldfarb J, Traquina D, et al. Cervical adenitis and deep neck infection caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:823-824.
10. Brook AH, Winter GB. Cervico-facial suppurative lymphadenitis due to staphylococcal infection in childhood. *Br J Oral Surg* 1971; 8:257-263.
11. Singer J, Dowler M, Bosscher B. Emergency department perspective on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Emerg Care* 2006;22:270-276; Quiz, 277-279.
12. Kratz RC, Stine FA, Grover JW, et al. Suppurations of the neck. *AMA Arch Otolaryngol* 1959;70:692-695.