

EPIGLOTTITE INFECTIEUSE AIGUE DE L'ADULTE A PROPOS DE DEUX CAS

R. BEN M'HAMED, C. ZGOLLI, S. MEZRI, N. MATHLOUTHI, A. MERDESSI, K. AKKARI,
S. BENZARTI, MK. CHEBBI.

SERVICE D'ORL ET DE CCF. HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS
FACULTÉ DE MEDECINE DE TUNIS, UNIVERSITÉ TUNIS EL MANAR

RESUME

L'épiglottite aigue chez l'adulte est une urgence infectieuse et respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital par obstruction des voies aériennes supérieures. L'abord trachéal, lorsqu'il s'avère nécessaire est un geste à haut risque dans ce contexte, responsable d'une morbidité importante.

Nous rapportons les cas de deux patients qui se sont présentés aux urgences dans un tableau d'épiglottite aigue sévère. Les deux patients avaient un stridor initial attestant la détresse respiratoire. Un patient a nécessité une trachéotomie en urgence. Un traitement systémique associant antibiotique et corticoïde a été instauré dans les deux cas.

Le stridor aigue doit être considéré comme un signe de détresse respiratoire et doit conduire au diagnostic d'épiglottite aigue quelque soit l'âge du patient. Un diagnostic et un traitement précoce aboutissent dans la majorité des cas à un rétablissement complet.

Mots clés : épiglottite, dyspnée, urgence.

SUMMARY

Acute adult epiglottitis is a potentially life threatening infectious and respiratory emergency as it may result in airway obstruction. Endotracheal intubation, if needed, is a highly risky option in this situation and responsible for important morbidity and mortality rate.

We describe two patients who presented to the emergency with severe epiglottitis. Both of them had stridor at presentation indicating a compromised airway. One patient required a tracheotomy. Patients received systemic dexamethasone and antibiotics.

Stridor is an important acute sign of upper airway obstruction, which requires vigilance for epiglottitis, regardless of the patient's age. Timely diagnosis and treatment usually results in a complete recovery.

Key words : epiglottitis, dyspnea, emergency.

INTRODUCTION

L'épiglottite aigue est une urgence infectieuse et respiratoire pouvant mettre en jeu le pronostic vital par obstruction des voies aériennes supérieures.

Longtemps considérée comme une maladie de l'enfant entre 2 et 6 ans elle peut se voir chez l'adulte mais reste jusqu'à nos jours mal diagnostiquée.

La connaissance des signes et symptômes de la maladie permettent un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique appropriée vers un meilleur pronostic.

OBSERVATION 1

Il s'agit d'un patient âgé de 43 ans sans antécédents pathologiques qui s'est présenté aux urgences dans un tableau de dyspnée respiratoire haute d'installation rapidement progressive en 24 heures et aggravée par le décubitus dorsal; précédée deux heures avant par un tableau fébrile fait d'odynophagie, d'hyper sialorrhée et d'une voix éteinte.

L'examen clinique fait avec prudence objective un syndrome positionnel, une hypersialorrhée, un œdème de la base de la langue et une fièvre à 38,8°C.

L'examen endoscopique gêné par l'hypersialorrhée n'a pas été contributif.

Le diagnostic d'épiglottite a été évoqué sur le seul interrogatoire et examen clinique.

A la biologie il existait une hyperleucocytose à 22300 éléments/mm³ à prédominance neutrophile.

Une série d'hémoculture a été pratiquée sont revenues négatives.

Le patient a été mis sous antibiothérapie par voie générale à base de ceftriaxone avec surveillance stricte des paramètres vitaux : rythme respiratoire, pouls, tension artérielle et température.

L'évolution a été marquée par l'aggravation de la symptomatologie au bout de 24 heures avec apparition d'un trismus. Un scanner pratiqué en urgence a objectivé une extension de la cellulite cervicale à la loge préépiglottique et au plancher buccal (Figure 1,2).

Une trachéotomie de sécurité sous anesthésie locale a été pratiquée en urgence complétée par une endoscopie sous anesthésie générale qui a objectivé un abcès pré épiglottique unique obstruant totalement les voies respiratoires, associé à un œdème glotto sus glottique. Une mise à plat par voie endoscopique a donc été décidée pour éviter une rupture spontanée de l'abcès et une inondation des voies respiratoires.

L'évolution post opératoire a été rapidement favorable



avec une apyrexie au bout de 24 heures et une décanulation au bout de 72 heures. Le patient est mis sortant au bout de dix jours de traitement avec une endoscopie de contrôle normale.

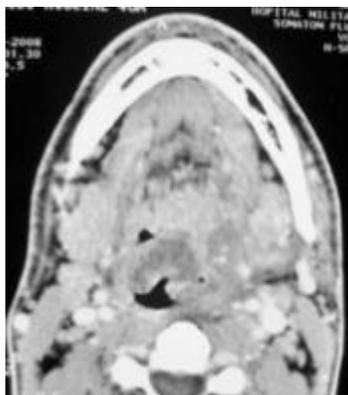


Fig. 1 : TDM en coupe axiale abcès pré-épiglottique



Fig. 2 : TDM axiale extension de l'infection vers le plancher buccal.

OBSERVATION 2

Patient S.A. âgé de 60 ans aux antécédents d'immobilité laryngée gauche. Hospitalisé en urgence dans un tableau fait d'odynophagie, d'hypersialorrhée et de dyspnée débutante au décubitus évoluant depuis cinq jours non amélioré par un traitement antibiotique ambulatoire.

L'examen clinique complété par une endoscopie trouve un œdème de la luette et une gorge érythémateuse ainsi qu'un œdème glotto sus glottique et une muqueuse pharyngolaryngée recouverte de sécrétions purulentes et épaisses.

Le patient a été mis sous antibiotique à base de céfotaxime par voie générale et une corticothérapie de courte durée.

L'évolution a été rapidement favorable sur le plan clinique ainsi que sur le plan endoscopique avec régression de la symptomatologie au terme de six jours d'hospitalisation.

DISCUSSION

L'épiglottite aigue est une cellulite rapidement extensive de l'épiglotte et des tissus supraglottiques pouvant entraîner une obstruction brutale des voies aériennes supérieures.

Son incidence chez l'adulte ne cesse d'augmenter à cause d'une meilleure connaissance de la symptomatologie et varie actuellement entre 1 et 4 /100000 habitants par an (1).

Dans la majorité des séries l'âge moyen des patients est de 50 ans avec un sex-ratio de 2 (2).

Aucun facteur de risque n'a été rapporté mais on note une incidence plus élevée durant la saison hivernale.

Le changement important dans l'épidémiologie de l'épiglottite est du à la vaccination des enfants contre l'Haemophilus influenzae type b (HiB) : l'agent le plus incriminé dans l'épiglottite de l'enfant.

La co-morbidité (diabète, HTA, épilepsie, alcool, drogues, cancers, immunodépression) affecte l'évolution de l'épiglottite avec 75% de co-morbidité rapporté chez les patients ayant nécessité une assistance respiratoire dans la série de YEN-LIANG CHANG and all (3).

Le tableau clinique chez l'adulte est assez évocateur mais moins brutal que chez l'enfant ; associant une voix étouffée, une gêne à la déglutition croissante avec hypersialorrhée le tout évoluant dans un contexte infectieux (fièvre et hyperleucocytose).

La dyspnée et le stridor sont moins fréquents que chez l'enfant et d'apparition retardée.

Le trismus n'a pas été rapporté dans la littérature, sa présence est liée à une infiltration des muscles masticateurs ou à une atteinte de la Vème paire crânienne.

L'examen clinique complété par une endoscopie faite avec prudence permet d'objectiver le plus souvent chez l'adulte de multiples micro abcès épiglottiques contrairement à l'enfant où l'œdème prédomine. Cet examen à lui seul suffit à confirmer le diagnostic.

Le bilan biologique montre une hyperleucocytose constante dans toutes les séries (5).

Plusieurs équipes considèrent le prélèvement pharyngé comme inutile à cause de la contamination par la flore habituelle du sujet sain.

D'après une série de Birgir et al (6) parue en 2007, 86 % des patients ont eu un prélèvement pharyngé, 55% ont eu des hémocultures ; la culture était positive dans la moitié des cas les deux prélèvements confondus avec l'Haemophilus influenzae dans 50 % des cas.

D'autres micro-organismes ont été incriminés chez l'adulte à savoir le streptocoque β hémolytique groupe A, le staphylocoque doré le pneumocoque et même l'hèrpes simplex (7).

Un seul cas de staphylocoque auréus méticilline résistant a été rapporté dans la littérature (8). Parfois aucun germe n'est retrouvé (9).

Des auteurs anglo-saxons accordent un crédit à la radio



cervicale de profil qui visualise l'épiglotte (signe de l'empreinte du pouce) mais elle peut faire perdre beaucoup de temps au patient.

L'imagerie tomographique du larynx n'est pas nécessaire pour le diagnostic mais dans notre cas, nous étions contraints de réaliser un scanner à cause de l'extension de la cellulite cervicale à la loge pré épiglottique et au plancher buccal.

La prise en charge thérapeutique reste controversée ; des auteurs (9) suggèrent une approche agressive avec mise en place d'une voie respiratoire artificielle de sécurité dès l'admission du patient, d'autres (4) sont plus conservateurs sans pour autant avoir de moins bons résultats.

Certains auteurs proposent une stratégie thérapeutique et distinguent trois situations (9) :

1- Devant l'existence d'une détresse respiratoire patente une intubation trachéale immédiate s'impose avec possibilité d'une trachéotomie en cas d'échec.

2- Devant la présence du moindre signe indiquant un retentissement respiratoire potentiel (un tirage, une dyspnée, impossibilité d'évacuer la salive ou les sécrétions) un abord trachéal doit être indiqué réalisé au mieux dans un bloc opératoire.

3-L'absence de toute gravité potentielle nécessite néanmoins l'admission en réanimation pour surveillance armée.

Le traitement médical s'avère suffisant en l'absence de signes respiratoires. L'antibiothérapie urgente doit être active sur tous les germes potentiels ainsi sont proposés soit une C3G soit de l'Amoxicilline et Acide clavulanique (12).

Une corticothérapie à forte dose peut être associée pour diminuer l'œdème local bien que son efficacité sur la durée de l'évolution n'ait pas été prouvée (10).

Aucun cas de mise à plat de l'abcès de l'épiglotte n'a été rapporté dans la littérature.

Pris en charge précocement, l'évolution est dans la majorité des cas favorable.

Des études ont montré que l'installation rapide des symptômes, la bactériémie positive à HiB, la position penché en avant et la dyspnée sont des marqueurs prédictifs d'une évolution défavorable et ces patients nécessitent une surveillance plus rapprochée (3).

Les complications rapportées à ce jour sont à type d'abcès épiglottique dans 3 à 24 % et de pneumopathie dans 7% (5).

La mortalité a actuellement nettement diminuée grâce au progrès de la réanimation et elle est aux alentours de 7 % (11).

CONCLUSION

L'épiglottite aigüe de l'adulte est une affection rare, grave pouvant engager rapidement le pronostic vital. Son diagnostic doit être précoce mais reste difficile du fait d'une symptomatologie pauvre et polymorphe. Le diagnostic est à évoquer devant toute gêne respiratoire avec voix étouffée et hyper sialorrhée. La laryngoscopie est l'examen clé du diagnostic. Le traitement repose sur la libération des voies aériennes supérieures et une antibiothérapie efficace. La surveillance en milieu spécialisé voire en réanimation est nécessaire.

La rapidité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique conditionnent le pronostic.

REFERENCES

- 1-M. Radji and al. Dyspnée laryngée chez l'adulte : pensez aussi à l'épiglottite. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2002; 21:245-8.
- 2-L. Gilly and al. Orientation diagnostique devant une dyspnée laryngée aux urgences adultes : penser à l'épiglottite aigüe. Etude rétrospective sur 12 cas. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2002 ;21:245-8.
- 3-YEN-LIANG CHANG, and al. Adult acute epiglottitis: Experiences in a Taiwanese setting. *Otolaryngol Head Neck Surg.*2005; 132:689-69.
- 4-Gilead Berger, The Rising Incidence of Adult Acute Epiglottitis and Epiglottic Abscess. *Am J Otolaryngol.* 2003; 24:374-383.
- 5-M Khouri and al. A propos d'un cas d'épiglottite de l'adulte Urgences (1995) *XIV:220-221.*
- 6-Birgiri Briem a,1,* Acute epiglottitis in Iceland 1983–2005 2008 Elsevier Ireland Ltd.
- 7-Wanla Kulwichit,* and al. Fulminant Supraglottitis from Neisseria Meningitidis.

- Emerging Infectious Diseases March. 2007 Vol. 13, No. 3.
- 8-Lisa S. Young, Complicated adult epiglottitis due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus, *American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery.* 2007; 28: 441.
- 9-MARTIN J. Epiglottitis in Adults , *Am J Emerg med* 1996;14: 421-424
- 10-F. Templier a Intérêt du traitement médicamenteux anti-oedémateux au cours de l'épiglottite aigüe de l'adulte, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2004; 23:1003–1006.
- 11-MayoSmith MF, Hirsch P J, Wodzinski SF, et al. Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island. *N Eng/J Med.* 314:1133-1139.
- 12-M.C. BLOOM, Epiglottite . traitement par la ceftriaxone** *Med Mal Infect.* 1994; 24:271-273.