

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 3 octobre 2023

Syndrome adénoïdien : que faire ?

Oratrice : Dre Hélène Cao Van, médecin adjointe responsable de l'unité d'ORL pédiatrique de pedo-audiologie – HUG

Il faut reconnaître quand les végétations deviennent invalidantes.

Le nasopharynx est le site des ostium tubaires et des végétations adénoïdes.

S'il y a une hypertrophie des végétations, il y a une obstruction nasale, et il est nécessaire de respirer par la bouche. Ceci interfère avec la croissance de la face : il y a un impact sur la position des dents, un impact sur la voix (rhinolalie fermée, à distinguer de la rhinolalie ouverte) (impacte sur la prononciation d'un mot comme maman), un impact sur l'olfaction (difficile à tester).

Les effets indirects sont la gêne respiratoire. Il y a une respiration bruyante, ronflante (ronchopathie), avec un bruit pouvant avoir une gêne auditive. Rarement, il peut y avoir des apnées du sommeil, les végétations peuvent être une cause d'apnée du sommeil chez l'enfant de 3 ans.

L'hypertrophie des végétations est souvent associée à une hypertrophie des amygdales.

L'hypertrophie des végétations peut être à l'origine de complications infectieuses : rhino sinusite chronique (liée au biofilm sur les végétations), consistant en un foyer infectieux permanent. Ou il peut y avoir une otite séromuqueuse chronique ou des otites moyennes aiguës.

Le faciès adénoïdien est reconnaissable à sa respiration buccale, à la lèvre supérieure retournée, aux incisives supérieures en avant, à une protrusion de la langue, avec un palais ogival. Il y a un retard de croissance de la mandibule inférieure. La taille des végétations est maximale à l'âge de 4 ans, puis régresse

Le diagnostic différentiel de l'obstruction nasale inclut la sténose des orifices piriformes, l'atrésie choanale et la déviation septale.

Il existe aussi des formes acquises. Outre l'hypertrophie des végétations, il y a la croissance anatomique du nez, le corps étranger, les polypes et les tumeurs (entre autres hémangiome, papillome, angio-fibrome, lymphome).

Et aussi les formes transitoires : IVRS, inflammation liée à un RGO, allergie, médicaments.

L'ORL peut faire une nasofibroscopie pour rechercher des anomalies nasales et visualisation des adénoïdes. Il est possible d'évaluer le pourcentage de l'obstruction.

L'examen est aussi possible avec l'optique à 90°.

Que faire ?

Il faut rechercher les facteurs aggravants : IVRS à répétition, recherche de RGO, recherche d'allergie, définir le mode de vie (notamment tabagisme passif, mode de garde).

Il faut toujours se rappeler que l'évolution est spontanément favorable. Le pic de taille est atteint à l'âge de 4 ans, puis il y a disparition complète à l'adolescence.

Le traitement conservateur consiste en :

- Emploi des stéroïdes topiques sur 6 semaines, éventuellement jusqu'à 6 mois (étude Cochrane 2008)
- Les antibiotiques au long cours sont actuellement très critiqués, et peu employés. Néanmoins, une thérapie brève peut être envisagée
- Contrôle des facteurs prédisposants.

Les indications opératoires sont :

- Le ronflement, en particulier en cas de syndrome d'apnée du sommeil. Dans ce dernier cas, la tonsillectomie associée doit être envisagée.
- En cas d'otite sérumuqueuse, les DTTT seuls peuvent suffire. Il ne faut pas envisager systématiquement l'ablation des végétations, sauf en cas de récurrence
- Rhinite à répétition : l'adénoïdectomie se discute après une année de mauvaise évolution malgré un traitement bien conduit
- Il y a un impact sur la croissance du visage. Cette raison n'est pas claire, mais les dentistes poussent à faire l'intervention. Les études montrent plutôt un effet favorable, avant 5 à 6 ans.

Le pic d'âge d'intervention est entre 4 et 5 ans, en général associé à une tonsillectomie.

La procédure est faite sous anesthésie générale. Le risque de saignement est faible.

Après l'ablation de l'excès de tissu adénoïdien, il reste une adénoïde, qui peut repousser.

48 heures de repos sont nécessaires en post-opératoire, avec une alimentation froide. Il y a une gêne respiratoire pendant 2-3 jours.

Le risque de récurrence est de 2,5%

Le risque de l'intervention est le trauma dentaire, une blessure des ostia tubaires et un risque d'insuffisance vélo pharyngée (attention à la luette bifide).

Les contre-indications opératoires sont l'insuffisance vélaire, le risque hémorragique, les infections.

Les amygdales et les végétations régressent spontanément avec l'âge. L'adéno-tonsillectomie est la chirurgie la plus fréquente chez l'enfant

Il faut penser à l'hypertrophie des végétations en cas de :

- Syndrome d'apnée du sommeil
- Rhinite chronique
- Otite séreuse récidivante
- Faciès adénoïdien

D'abord un traitement conservateur est entrepris, puis la chirurgie est envisagée.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch