Épiglottite aigue infectieuse : toujours d'actualité chez l'adulte ?

Acute epiglottitis: still relevant in adult patients?

Cheikh Ahmédou LAME[1], Birame LOUM[1], Thierno Boubacar DIALLO[1], Abdourahmane NDIAYE[2], Cheikhna Ba NDIAYE[1], Abdou Rajack NDIAYE[3].

[1] Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela, Dakar, Sénégal.

[2] Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela, Dakar, Sénégal.

[3] Service de Médecine polyvalente, Hôpital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela, Dakar, Sénégal.

Correspondance à :
Abdou Rajack NDIAYE
abdourajack@yahoo.fr

DOI:https://doi.org/10.48087/BJMScr.2019.6122

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License **(CC BY 4.0)**, qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'épiglottite aigüe est une urgence infectieuse et respiratoire pouvant mettre en jeu rapidement le pronostic vital par obstruction des voies respiratoires supérieures. Nous rapportons le cas de trois adultes reçus dans un tableau d'épiglottite aigüe. La trachéotomie a été nécessaire chez un patient. Les deux autres ont reçu un traitement médical ayant permis de lever la dyspnée et de juguler l'infection. L'épiglottite aiguë infectieuse, pathologie autrefois très fréquente en pédiatrie, a tendance à disparaître du fait de la vaccination contre Hemophilus influenzae de type b. Mais, elle ne doit pas être méconnue chez l'adulte. Le traitement est, en général, médical. Cependant, la trachéotomie peut s'imposer ; elle demeure un geste à haut risque dans ce contexte, responsable d'une forte morbi-mortalité.

Mots-clés : épiglottite, adulte, urgence ORL, trachéotomie.

ABSTRACT

Epiglottitis is an infectious and respiratory emergency. It is a life-threatening medical situation that can cause death by obstructing the upper airways. We herein present 3 adult patients suffering from acute epiglottitis. Emergency tracheostomy was performed in one case. For the others, conservative measures were observed. While most commonly seen in children, acute epiglottitis in adults is now recognized with increasing frequency. For stable patients, with no respiratory distress, conservative measures are performed with close monitoring of respiratory status. Endotracheal intubation or emergency tracheostomy could be necessary in cases where acute airway support is required.

Keywords: epiglottitis, adult, ENT emergency, tracheostomy.

Introduction

L'épiglottite infectieuse aigüe est une pathologie rare mais grave qui survient le plus souvent chez l'enfant. C'est une urgence infectieuse et respiratoire pouvant conduire au décès par obstruction des voies respiratoires supérieures. Les auteurs rapportent ici trois observations d'épiglottite aigüe infectieuse de l'adulte.

Observations

Observation 1

Un patient de 65 ans, diabétique, a consulté pour une odynophagie évoluant depuis quatre jours, associée à une dyspnée exagérée par le décubitus dorsal. Il a reçu en ambulatoire un traitement médical non précisé. A l'admission, le patient présentait une dyspnée inspiratoire avec cornage. Il ne supportait pas le décubitus dorsal. La nasofibroscopie difficile objectivait une importante stase salivaire. La biologie retrouvait une hyperleucocytose à 20400 globules blancs par mm^3 avec prédominance neutrophile. Le diagnostic d'épiglottite était posé et l'évolution favorable sous traitement médical associant ceftriaxone, métronidazole, et methylprednisolone.

Observation 2

Une patiente âgée de 21 ans, asthmatique et porteuse d'une polyarthrite rhumatoïde était admise aux urgences dans un tableau de dyspnée inspiratoire sévère d'installation progressive, associée à une dysphagie fébrile apparue depuis la veille. À l'examen, elle présentait une dyspnée laryngée avec cornage et tirage sus sternal. La patiente ne tolérait pas le décubitus dorsal. La nasofibroscopie retrouvait un aspect boudiné et inflammatoire du cartilage épiglottique. Devant l'aggravation des troubles respiratoires, une trachéotomie était réalisée sous anesthésie locale. Une sonde naso-gastrique mise en place et un traitement antibio-corticoïde institué. L'évolution était favorable avec décanulation à J5 et ablation de la sonde à J6.

Observation 3

Un patient de 42 ans, sans antécédent particulier, était reçu pour dyspnée haute d'installation rapide accompagnée d'une odynophagie fébrile. À l'examen, le patient avait une attitude « tête penchée en avant », avec une hypersalivation et une voix étouffée. La numération formule sanguine retrouvait 18900 GB/mm^3 avec 11000 polynucléaires neutrophiles. La CRP était élevée. La tomodensitométrie cervicale mettait en évidence (figure 1) une infiltration œdémateuse importante de l'épiglotte. Le diagnostic d'épiglottite aigüe infectieuse était retenu. Le patient bénéficiait d'une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique et de méthylprednisolone. L'évolution était favorable.

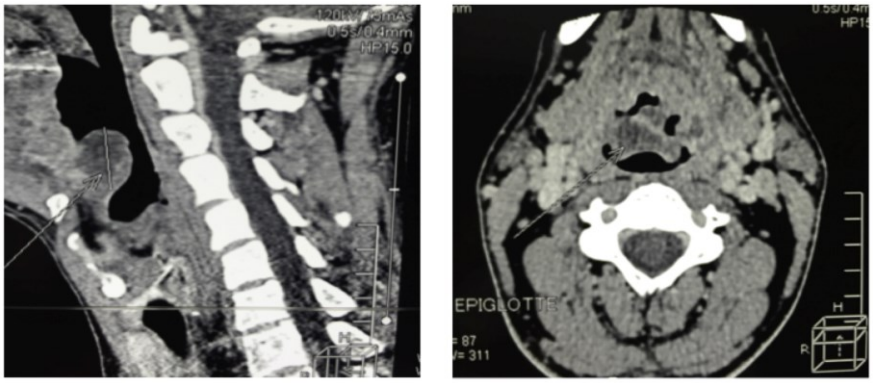

Figure 1. TDM cervicale (coupes sagittale et axiale) montrant un œdème diffus de l'épiglotte chez le patient de l'observation 3.

Discussion

L'épiglottite est une inflammation des structures supra-glottiques, le plus souvent d'origine infectieuse. Le président Georges Washington serait décédé en 1799 d'une épiglottite aigüe lors d'une épidémie d'infection à Haemophilus [1,2]. Cependant, la première observation d'épiglottite aigüe infectieuse de l'adulte a été publiée en 1936 par Lemierre *et al*. [1].

L'épiglottite aigüe infectieuse est une pathologie fréquente en pédiatrie [2,3], elle est cependant 3 à 6 fois plus rare chez l'adulte ainsi que le montrent plusieurs séries [2,3]. Son incidence chez l'enfant est en nette diminution, tandis que chez l'adulte, elle est en progression [2,4,6,7]. La systématisation de la vaccination contre Haemophilus influenzae de type b pourrait expliquer la diminution remarquable de son incidence en pédiatrie [2,4,5]. Chez le sujet adulte, les principaux facteurs favorisants sont le diabète, l'immunodépression, l'éthylo-tabagisme, les maladies cardiovasculaires [3,4].

La symptomatologie clinique est caractérisée par une odynophagie, une hypersalivation, une dysphonie à type de voix étouffée, une gêne respiratoire voire une dyspnée laryngée avec stridor, dans un contexte infectieux [4,5,8]. La position penchée en avant qu'il faille impérativement respecter est souvent adoptée spontanément par le patient [5].

La laryngoscopie indirecte et/ou la nasofibroscopie retrouve un œdème laryngé intéressant l'épiglotte, la margelle laryngée ; la glotte n'étant pas visible [4,8]. La numération formule sanguine retrouve presque toujours une hyperleucocytose [2], associée à un syndrome inflammatoire biologique. Le prélèvement de gorge peut identifier le germe responsable. Cependant, les hémocultures sont souvent négatives [2]. Les germes fréquemment retrouvés sont : Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus, Hemophilus influenzae. [4,5,6,7]. La radiographie standard du cou de profil montre le classique et pathognomique « signe de l'empreinte de pouce » [2,8, 9]. La TDM et l'IRM sont très sensibles, mais leur utilisation est limitée par l'aggravation possible de la dyspnée lors de l'examen [9].

La prise en charge de l'épiglottite aigüe passe par une antibiothérapie parentérale probabiliste débutée précocement sans attendre les résultats des prélèvements. Une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline-acide clavulanique ou association céphalosporines de 3e génération - metronidazole) est recommandée [2]. L'utilisation des corticoïdes demeure un sujet de controverses [5, 10]. En cas de détresse respiratoire, le contrôle de la liberté des voies aériennes est nécessaire. Une intubation trachéale difficile sera prévue. La SFAR recommande une intubation nasotrachéale vigile guidée par nasofibroscopie [3,6]. L'alternative à l'intubation est la trachéotomie sous anesthésie locale [3,6,10] comme chez notre deuxième patient. La mortalité qui tourne autour de 6-7%, peut aller jusqu'à 50% selon certains auteurs [5,8,10].

Conclusion

L'épiglottite aigüe infectieuse est une véritable urgence médicale, qui peut rapidement évoluer vers l'obstruction des voies aériennes supérieures avec issue fatale. Il faut donc savoir y penser et la traiter rapidement. L'intubation trachéale reste dans la plupart des cas le geste de sauvetage, mais elle peut être difficile voire impossible, imposant alors la trachéotomie d'urgence.

Déclaration d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Fontanarosa PB, Scott Polsky S, Goldman GE. Adult epiglottitis. J Emerg Med 1989;7:223-231.
2. Qazi IM, Jafar AM, Hadi KAA, Hussain Z. Acute epiglottitis : a retrospective review of 47 patients in Kuwait. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2009;61:301–305.
3. Lilot M, Petitjeans F, Wey PF, Eve O, Puidupin M. Acute obstructive epiglottitis in intensive care unit: Which airway management strategy? Ann Fr Anesth Reanim 2010;29:247–250.
4. Lindquist B, Zachariah S, Kulkarni A. Adult epiglottitis : a case series. Perm J 2017;21:16-089.
5. Templier F, Lentz T, Tazarourte K, Coninx P, Fletcher D. Benefit of pharmaceutical anti-oedematous treatment in acute adult epiglottitis.Ann Fr Anesth Reanim 2004;23:1003–1006.
6. Hsieh JK et al. Epiglottic abscess. Am J Emerg Med 2015 ; 33 :734–734.

7. Richardson DK, Helderman T, Lovett P. Meningococcal epiglottitis in a diabetic adult patient : a case report. J Emerg Med 2012;43:634-6.
8. Radji M, Bartoli P, Defouilloy CDa Ponte S, Lhotellier F, Ossart M. Dyspnée laryngée chez l'adulte : pensez aussi à l'épiglottite. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 245-8.
9. Lee S, Yun SJ, Kim DH, Hwan Jo H, Ryu S.Do we need a change in ED diagnostic strategy for adult acute epiglottitis? Am J Emerg Med 2017;35:1519–1524.
10. Ames WA, Ward VMM, Tranter RMD, Streer M. Adult epiglottitis : an under-recognized life-threatening condition. Br J Anaesth 2000;85:795-7.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net