

# Abcès rétropharyngé et Malnutrition chez l'enfant: Etude d'un cas

## A case study of retropharyngeal abscess and malnutrition in children

Samaké D<sup>1\*</sup>, Traoré Y<sup>2</sup>, Bouraïma F A<sup>3</sup>, Dara Y<sup>1</sup>, Konaté F<sup>1</sup>, Kanté M<sup>2</sup>, Haidara M C<sup>2</sup>, Sanogo B<sup>4</sup>, Kéïta M A<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Unité ORL, CSRéf CV, Bamako, Mali

<sup>2</sup> Unité de Pédiatrie, CSRéf CV, Bamako, Mali

<sup>3</sup> Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, Benin

<sup>4</sup> Service ORL, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

Reçu: 31 Decembre 2022, Accepté: 15 Mars 2023

### RESUMÉ

**Introduction:** Les abcès rétropharyngés sont de moins en moins fréquents. Il s'agit d'une urgence infectieuse. L'objectif de cette étude de cas était d'exposer la problématique de la prise en charge de l'abcès rétropharyngé chez un enfant malnutri.

**Observation:** Il s'agissait d'un enfant de 07 mois pesant 5 kg qui a consulté pour reflux nasal des aliments avec des vomissements dans un contexte de malnutrition aigüe sévère. L'examen a objectivé une voussure de la paroi pharyngée postérieure qui a été ponctionnée. Le liquide de ponction était du pus franc épais. Le scanner a permis un bilan lésionnel précis. Dans un contexte de malnutrition et de sous-médicalisation, le traitement a été la ponction itérative sur trois semaines. L'antibiothérapie était la Ceftriaxone avec Métronidazole et Gentamycine. A ceci fut associé le protocole de récupération nutritionnelle. Le résultat a été satisfaisant avec disparition des signes et reprise pondérale.

**Conclusion:** L'abcès rétropharyngé est une pathologie de l'enfant bien connue. Sa survenue sur un terrain de malnutrition peut susciter beaucoup de débats. Sa prise en charge constitue un vrai challenge.

**Mots Clés:** Enfant, Malnutrition, Abcès rétropharyngé, Urgence.

### SUMMARY

**Introduction:** Retropharyngeal abscesses are less and less frequent and however represent infectious emergency. The objective of this case study was to expose the problem and challenge of the management of retropharyngeal abscess in a malnutrition child.

**Observation:** It was a 07-month-old child weighing 5 kg who consulted for nasal reflux of food with vomiting in a context of acute severe malnutrition. The examination objectified a curvature of the posterior pharyngeal wall which was punctured. The puncture fluid was thick frank pus. The ct scann imaging displayed a precise lesion for assessment. In a context of malnourishment and under-medicalization, the treatment was iterative puncture over three weeks. The antibiotic therapy was Ceftriaxone with Metronidazole and Gentamycin. To this was associated the nutritional recovery protocol. The result was satisfactory with disappearance of the clinical signs and weight regain of the child.

**Conclusion:** Retropharyngeal abscess is a well-known childhood pathology. Its occurrence on a ground of malnutrition can spark a lot of debate about the story of the chicken and the egg. And the real challenge is its management.

**Keywords:** Child, malnutrition, Retropharyngeal abscess, Emergency.

### INTRODUCTION:

Les abcès rétropharyngés sont une suppuration collectée de l'espace rétropharyngé [1]. Ils touchent le plus souvent l'enfant [1-4]. Il s'agit d'une complication des infections des voies respiratoires supérieures, principalement les rhinopharyngites qui sont une

maladie obligatoire d'adaptation de l'enfant [1,2]. D'autres causes sont retenues: traumatiques (ingestion ou extraction d'un corps étranger), des gestes instrumentaux (laryngoscopie, intubation endotrachéale, pose de sonde nasogastrique) [5]. Autrefois, ils causaient une morbidité et une mortalité

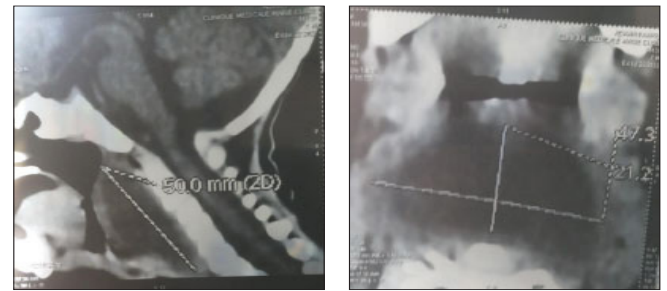
\*Auteur correspondant: Dr Samaké Djibril  
Email: samakedjibi@yahoo.fr



importante [1]. De nos jours, cette pathologie est de moins en moins fréquente avec l'avènement des antibiotiques [1,2,6]. La médicalisation de plus en plus croissante de nos régions en est certainement pour beaucoup aussi [5,7]. La malnutrition est un problème majeur de santé publique dans les pays en développement [8]. C'est un terrain d'immunodépression qui favorise et aggrave cette complication des rhinopharyngites [5,9]. Dans ce tableau, si elle n'est pas diagnostiquée et prise en charge rapidement l'abcès rétropharyngé peut entraîner des complications potentiellement mortelles [5,10,11]. L'originalité de cette étude était la ponction itérative qui se trouve à mi-chemin entre les partisans d'une antibiothérapie exclusive et ceux de l'incision-drainage [3,4,6]. Il s'agissait du 1er cas observé en six ans d'exercice dans une structure de santé de 2e référence de Bamako (Mali). L'objectif de ce travail était d'exposer la problématique de la prise en charge de l'abcès rétropharyngé chez les enfants malnutris dans ce contexte de travail.

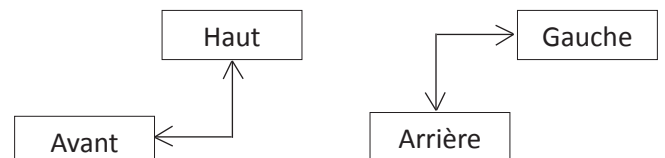
## OBSERVATION

Il s'agissait d'un enfant de 07 mois qui a consulté pour reflux nasal des aliments avec vomissement évoluant depuis un mois. Il était à J3 d'hospitalisation à l'URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive) pour Malnutrition aigüe sévère (MAS). A ce motif était associé une bradypnée inspiratoire, un tirage, un cornage et une toux. La température était mesurée à 38°C. L'examen à l'abaisse langue a objectivé une voussure de la paroi pharyngée postérieure que nous avons ponctionnée. Le liquide de ponction était du pus franc épais. Une tuméfaction du territoire IIa était aussi notée. Elle était ferme et douloureuse à la palpation. La peau en regard était d'aspect normal. Une rhinorrhée muco-purulente bilatérale avec une candidose buccale ont été trouvées. Cet état était associé à une régression de la courbe staturo-pondérale (Poids=5 kg ; Taille= 67 cm ; Périmètre brachial= 100). L'examen pleuro-pulmonaire et cardio-vasculaire étaient sans particularité. L'examen cyto bactériologique avec culture du pus a trouvé du *Staphylocoque Aureus*. L'antibiogramme était sensible à la Gentamycine et à la Tigécycline. Il était résistant à l'Erythromycine et à la Levofloxacine. Les autres antibiotiques n'avaient pas été testés. A la Numération Formule Sanguine, une hyperleucocytose à 13 milles Eléments/mm<sup>3</sup>, une anémie hypochrome microcytaire à 9,7g/dL et une thrombocytose à 572 milles Eléments/mm<sup>3</sup> ont été trouvées. La sérologie au VIH effectuée chez la mère de l'enfant était négative. L'échographie cervicale a objectivé un adénophlegmon cervical suppuré avec une collection estimée à 27 cc. Le scanner (Figure 1) a trouvé une collection hypodense prévertébrale rétropharyngée rehaussée en périphérie après injection de produit de contraste.



A: Coupe sagittale

B: Coupe axiale



**Figure 1:** Scanner cervical: Hypodensité prévertébrale qui se rehausse en périphérie après injection de Produit de Contraste

Cette collection mesurait 50x21x17 mm. Elle s'étendait au niveau des amygdales réduisant la lumière oropharyngée. Il existait une autre collection de 17\*9 mm au niveau des parties molles cervicales gauches contiguës à la première. Le traitement fut la ponction itérative quotidienne au fauteuil sur trois semaines. Plusieurs tentatives de pose de sonde naso-gastrique ont été vaines. De ce fait l'alimentation était orale fractionnée. La désinfection rhinopharyngée était faite avec du Sérum salé physiologique. De même un badigeonnage de la cavité buccale avec du collutoire iodé était assurée trois fois par jour. Puis une heure de temps, plus tard une application de Miconazole 2% gel buccal était faite. Le traitement antibiotique administré était par voie parentérale, la Ceftriaxone couplée au Métronidazole pendant 21 jours et la Gentamycine pendant 5 jours. Un relai per-os a été donné pendant une semaine avec de l'Amoxicilline+ Acide Clavulanique. A ce protocole était associé le protocole de récupération nutritionnelle en Pédiatrie. Le résultat a été satisfaisant avec disparition des signes et reprise pondérale (5Kg700) en un mois.

## DISCUSSION

Les abcès rétropharyngés se développent lorsque les ganglions rétropharyngés (ganglions de Gillette ou ganglions de Henlé) sont enflammés [3,4]. L'adénophlegmon cervical correspond à une diffusion extra ganglionnaire de l'infection d'une adénopathie [3]. Leur incidence a été estimée à 0,2 cas pour 100 000 habitants/an en Espagne entre 1992-2015 [5]. Des études africaines de Hounkpe, Ouoba et de Gyébré ont trouvé respectivement en 1988, 1994 et en 2009 ; 9 cas en 8 ans, 6 cas en 8 ans et 14 cas en 7 ans [6]. Chez l'enfant, ils sont le plus souvent secondaires à une rhinopharyngite aigüe qui est une maladie obligatoire d'adaptation de l'enfant [3]. Il pourrait s'agir d'une infection par contiguïté ou par drainage lymphatique [5].



Son âge de prédilection se situe entre six mois et trois ans [3,6]. Pendant cette période l'espace rétropharyngé est presque ouvert, involuant avec l'âge, pour se fermer complètement après l'âge de 3 ans [3]. Et c'est à cette période que la muqueuse des voies aéro-digestives supérieures est le siège de multiples colonisations microbiennes [3,12]. Aussi, c'est à cette période que les immunoglobines maternelles ont disparu [12]. La bonne alimentation est une condition indispensable à une bonne défense immunitaire. Chez l'enfant, elle n'est pas seulement une affaire de quantité, de rythme de repas et de composition en glucides, lipides, protides, vitamines, etc. Il est important de respecter toutes les étapes de la diversification alimentaire afin de donner de bonnes bases alimentaires à son enfant [13]. Or dans un contexte de sous-développement, les priorités sont multiples. Ces notions peuvent manquer. Les germes les plus fréquemment rencontrés dans les abcès rétropharyngés sont essentiellement des streptocoques aérobies du groupe A, mais aussi, avec une fréquence moindre, des pneumocoques ou des staphylocoques dorés. Fréquemment y sont associés des germes anaérobies [3,11]. La conséquence de l'utilisation généralisée ou abusive d'antibiotiques dans les soins de santé primaires a été l'émergence de souches résistantes tels que le *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méthicilline (SARM) [10]. Les symptômes présentés comprennent la fièvre, des douleurs et des raideurs cervicales. L'odynophagie, la dysphagie et la sialorrhée ainsi que la dyspnée sont aussi observées [4,11]. L'examen à l'abaisse-langue objective un bombement de la paroi pharyngée postérieure pour les sièges oropharyngés [14]. La radiographie cervicale de profil peut être utile mais limitée pour poser le diagnostic [6,9,15]. Elle permet une orientation diagnostique en objectivant au mieux un niveau hydro-aérique prévertébrale correspondant à l'abcès. Sinon elle peut montrer de petites poches d'air, ou un épaissement du tissu prévertébral ou peut être normale [15]. La tomodensitométrie est l'examen de choix [5]. Elle est fréquemment utilisée pour distinguer la cellulite de l'abcès collecté [6,9]. Au scanner, l'abcès rétropharyngé apparaît sous forme d'une hypodensité bien limitée avec rehaussement périphérique après injection du produit de contraste [5,9,15]. Il permet aussi d'éliminer d'autres diagnostics différentiels tel que les ostéomyélites cervicales, la tendinite calcifiante du muscle long du cou et la maladie de Kawazaki. Des corps étrangers peuvent être visualisés. De même que les malformations (Kyste du sinus piriforme, lymphangiome kystique) et les tumeurs (Lymphomes). L'IRM pourrait déterminer l'étendue réelle de la collection dans les tissus mous [9]. Il s'agit d'une urgence infectieuse médico-chirurgicale [3]. L'attitude optimale a été longtemps débattue [16]. Il peut être possible de traiter médicalement les patients stables sans chirurgie [1]. Cependant, il existe des preuves qui indiquent qu'une taille d'abcès supérieure à 2,2 cm et un âge inférieur à 4 ans conduiraient à un

échec médical probable [17]. Certains recommandent un essai de traitement conservateur chez les patients stables avec abcès < 2,5 cm et une prise en charge chirurgicale réservée aux abcès > 2,5 cm, aux échecs de la prise en charge médicale dans les 24 à 48 heures et dans les complications [16]. Une bi-antibiothérapie par voie générale, active sur les germes pyogènes (staphylocoques, streptocoques) et sur les anaérobies, doit être prescrite [3]. La clindamycine et le Métronidazole sont considérés comme l'option de première ligne. Les céphalosporines de troisième génération sont utilisées dans les cas de résistance à la clindamycine ou pour les abcès rétropharyngés plus petits [11]. En cas de dyspnée importante, une corticothérapie intensive intraveineuse de courte durée peut être nécessaire [3]. Il existe des preuves d'un effet bénéfique de l'association de la Dexaméthasone dans des conditions appropriées au traitement des infections bactériennes [17]. Le drainage par voie buccale quand il est possible est préféré à la voie externe en raison de l'absence de cicatrices externes [2,4,5,11]. Outre, endormir cet enfant malnutri était un véritable challenge en termes de succès thérapeutiques, au vu de la dyspnée et de la prédiction d'intubation difficile. Il fallait se préparer à une intubation prolongée en post-opératoire dans une unité de soins intensif et de réanimation pédiatrique ou une trachéotomie [5]. Sur des terrains fragiles comme le nôtre, des complications gravissimes peuvent survenir à type de détresse respiratoire, de médiastinite ou de thrombose de la veine jugulaire interne [4,6,10].

## CONCLUSION

L'abcès rétropharyngé est une urgence infectieuse médico-chirurgicale bien connue. Sa survenue sur un terrain de malnutrition peut susciter beaucoup de débats sur l'histoire de l'œuf et de la poule. L'état nutritionnel est un facteur important d'augmentation de la morbidité mais souvent méconnu. La prise en charge de l'abcès rétropharyngé dans ce contexte est un vrai challenge. Elle doit être collégiale, multidisciplinaire (ORL, Pédiatres, Puéricultrices, Radiologues, Biologistes, Anesthésiste-Réanimateurs...). Sa prévention passe par une bonne prise en charge des rhinopharyngites, une utilisation rationnelle des antibiotiques et une Information Education Communication (IEC) vis-à-vis de l'alimentation.

### Considérations éthiques:

**Déclaration d'intérêts:** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article. Le consentement des parents a été pris.

**Déclaration de financement:** Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.



## REFERENCES:

1. Nathan C P., Erik M B., Judith E C., Lieu J.E. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 2008; 138: 300-306.
2. Christopher Maroun A., Habib Zalzal G., Ayman Mustafa A., Carr M. Transoral versus Transcervical Drainage of Pharyngeal Abscesses in Children: Post-Operative Complications. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2021 ; 130(9): 1052– 1056.
3. Ondzotto G., Fouemina T., Oko A., Akolbout D., Itiere F. Abscès latérocervical de l'enfant fistulisé dans le pharynx: à propos d'un cas. *Archives de Pédiatrie* 2009; 16:1562-1564.
4. Stevens C., Ladd P., Ghadersohi S., Gitomer Sarah A. Minimally invasive transoral image-guided drainage of a retropharyngeal abscess with mediastinal extension. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2020; 138: 110288.
5. Sánchez C I S., Angulo C M. Retropharyngeal Abscess. *Clinical Review of Twenty-five Years. Acta Otorrinolaringológica Española* 2021 ; 72: 71-79.
6. Gyebre Y M C., Elola A., Ouattara M., Ouedraogo B P., Ouedraogo I., Ouoba K. Les abcès rétro-pharyngés au CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou: à propos de 14 cas. *La Revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale* 2009 ; 7(1, 2, 3): 14 – 17.
7. Samaké D., Sidibé Y., Thiocary S., Koné F I., Maïga Y M., Konaté F., Dara Y., Singaré K., Haidara A W., Dembele A., Sacko D., Traoré M., Sanogo B., Timbo S K., Kéïta M A., Ag Mohamed A. Place of Otorhinolaryngological (ENT) Diseases in a 2nd Level Health Center: Case of the of Commune V (CSRéf CV) Reference Health Center of the District of Bamako. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 2019 ; 8: 91-97.
8. Sylla A., Guéye M., Keita Y., Seck N., Seck A., Mbow F., Ndiaye O., Diouf S., Sall M.G. Déshydratation et malnutrition: deux facteurs de risque de décès indépendants chez l'enfant sénégalais hospitalisé. *Archives de Pédiatrie* 2015; 22: 235-240.
9. Hayato T., Tsuneo Y., Hirota I., Atsuko F., Yoshiko K., Yasuo N. Fluid collection in the retropharyngeal space: A wide spectrum of various emergency diseases. *European Journal of Radiology* 2016; 85: 1247–1256.
10. Sarah Novis J., Cedric Pritchett V., Marc Thorne C., Gordon Sun H. Pediatric deep space neck infections in U.S. children, 2000–2009. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2014; 78: 832–836.
11. Strowski E., Mickelson J-I., Ludemann J P. Minimally invasive drainage of a giant retropharyngeal abscess. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra* 2009; 4: 92-95.
12. Sauvage J P. *Guide d'ORL Clinique et Thérapeutique*. Paris. Elsevier Masson. 2016: 328.
13. Le Heuzey M F., Romain C. Alimentation du jeune enfant d'un à trois ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2006; 19: 223–226.
14. Doumbia-Singare K., Timbo S K., Traore L., Guindo B., Soumaoro S., Keita M., Ag Mohamed A. Abscès rétropharyngé: à propos de deux observations et Revue de la littérature. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2015; 22(4): 51-55.
15. Argintaru N., Carr D. Retropharyngeal abscess: a subtle presentation of a deep space neck infection. *The Journal of Emergency Medicine* 2017; 53(4):568–569. Tyler R., Schwartz Miranda D., Colletta Michael E., Mc Cormick. Transcanal incision and drainage of a parapharyngeal abscess in a pediatric patient: A novel technique. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2018, 112: 80–81.
16. James B T., John H., Madhu M., Jerome T., Jennifer M., Joshua W., Anthony S. Dexamethasone Use in the Treatment of Pediatric Deep Neck Space Infections. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2020; 129(4): 376–379.