

Parotidite aigue suppurée néonatale: A propos d'un cas

Neonatal acute suppurative parotitis: Case Report

A. Khabou, S. Meherzi, N. Sellami, F. Rebai, M. Ben Salah, A. Charfi
Service ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital régional de Sidi Bouzid
Reçu: 05 Mai 2023, Accepté: 09 Mars 2023

RESUMÉ

Objectif: Rapporter un cas rare de parotidite suppurée chez un nouveau-né, afin d'étudier les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette entité ainsi que ses facteurs favorisants.

Observation: Il s'agit d'un nouveau-né issu d'une grossesse bien suivie, né à terme par voie basse et eutrophique. A J-10 de vie, il a présenté: une fièvre, des signes digestifs et une tuméfaction de la région parotidienne droite. L'examen clinique a objectivé une tuméfaction de la région parotidienne droite avec des signes inflammatoires locaux avec issue de pus provenant du canal de Sténon. Le reste de l'examen ORL est sans particularités. L'échographie a montré une hypertrophie avec hyperhémie de la glande parotide droite sans lésion focale, avec absence de collection en regard. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique. Il a été mis sous céfotaxime en intraveineux en hospitalier avec une bonne évolution clinique et biologique. Un relais per os par amoxicilline-acide clavulanique a été prescrit à la sortie. Le contrôle clinique à l'âge de 40 jours n'a montré aucune tuméfaction parotidienne.

Conclusion: La parotidite suppurée chez le nouveau-né est rare. Le diagnostic est essentiellement clinique et peut être conforté par les examens complémentaires. Le traitement par antibiotiques instauré précocement garantit une évolution favorable et une éviction des complications.

Mots clés: Parotidite ; Nouveau-né ; Staphylococcus aureus ; Antibiothérapie

ABSTRACT

Objective: To report a rare case of suppurative parotitis in a newborn, in order to study the clinical, therapeutic and evolutionary particularities of this entity as well as its contributing factors.

Observation: This is a neonate from a well-monitored pregnancy, born vaginally at term. At D-10 of life, he presented: fever, digestive signs and swelling of the right parotid region. The clinical examination found a swelling of the right parotid region with local inflammatory signs with pus coming from the Stenon canal. The rest of the ENT examination is without anomalies. Ultrasound showed hypertrophy with hyperemia of the right parotid gland without focal lesion or collection. The biological assessment showed a biological inflammatory syndrome. He was intravenous cefotaxime with a good clinical and biological evolution. An oral relay with amoxicillin-clavulanic acid was prescribed on discharge. Clinical control at 40 days of age showed no parotid swelling.

Conclusion: Suppurative parotitis in newborns is rare. The diagnosis is essentially clinical and can be confirmed by additional examinations. The treatment with antibiotics started early guarantees a favorable evolution and avoidance of complications.

Keywords: Parotitis; New born; Staphylococcus aureus; Antibiotic therapy

INTRODUCTION:

La parotidite aigue suppurée est rare chez le nouveau-né, avec une prévalence de 3.6/10000 admissions en pédiatrie [1]représentant une fréquence de 2,5/1000 hospitalisations dans cette tranche d'âge. Tous étaient nés à terme, 4 étaient de sexe masculin. Trois patients avaient des signes cliniques spécifiques de parotidite à l'admission et 1 patient avait présenté un tableau initial de choc septique. L'échographie avait permis de confirmer la parotidite dans tous les cas. Aucun abcès parotidien n'avait été mis en évidence à l'imagerie. Tous les patients avaient au moins une anomalie parmi les principaux marqueurs biologiques

de l'inflammation (leucocytes, protéine C-réactive ou procalcitonine). Le diagnostic repose sur l'association de signes généraux et de signes locaux. L'agent causal le plus souvent responsable est le staphylococcus aureus [2].

On rapporte un cas de parotidite aigue suppurée chez un nouveau-né dans le but d'étudier les particularités cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATION:

Le patient était un nouveau-né âgé de 10 jours qui a présenté 24 heures avant son admission une fièvre, une diarrhée, des vomissements et un refus de tétées



avec une tuméfaction de la région parotidienne droite. Il s'agissait d'un nouveau-né issu d'une grossesse bien suivie, né à terme par voie basse et eutrophique. Il n'y avait pas de facteur de risque d'infection materno-fœtale. L'examen clinique a trouvé un nouveau-né geignard, fébrile à 40°C, en bon état d'hydratation avec une tuméfaction de la région parotidienne droite, ferme, chaude, douloureuse à la palpation, et mesurant 3 cm de grand axe avec issue de pus provenant du canal de Sténon (Figure 1). Le reste de l'examen ORL était sans particularités: pas de paralysie faciale, l'otoscopie était normale et la région mastoïdienne était saine. L'échographie a montré une hypertrophie avec hyperhémie de la glande parotide droite sans lésion focale, avec absence de collection en regard et présence de quelques adénopathies inflammatoires sous maxillaires et jugulo-carotidiennes (Figure 2). Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 22600 Eléments/mm³ à prédominance PNN et une CRP à 4,25mg/l.

Il a été hospitalisé au service de pédiatrie et mis sous céfotaxime 150 mg*3/j pendant 6 jours avec une bonne évolution clinique et biologique. Un relais per os par amoxicilline-acide clavulanique 100mg/Kg/J en 3 prises a été proposé à la sortie. Le contrôle clinique à l'âge de 40 jours n'a montré aucune tuméfaction parotidienne.



Figure 1: Tuméfaction de la région parotidienne droite avec légère hyperhémie cutanée

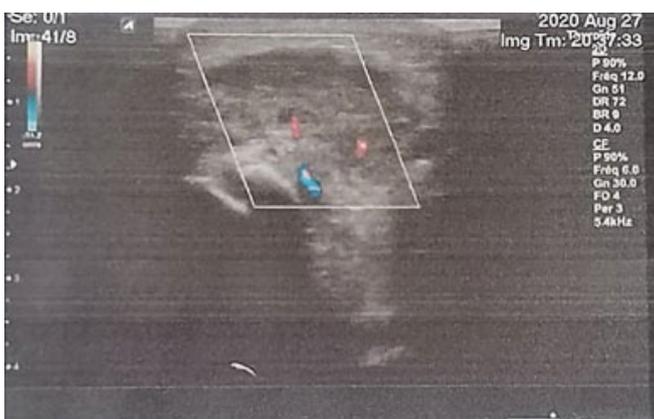


Figure 2: Echographie parotidienne montrant l'hypertrophie de la glande

DISCUSSION:

La parotidite bactérienne aigüe néonatale est rare. Plusieurs facteurs de risques ont été rapportés; le sexe masculin avec un sexe ratio égal à 3 [3], la déshydratation [4], la prématurité, le faible poids de naissance, la malnutrition et l'alimentation par sonde oro-gastrique [5]. Dans notre cas, excepté pour le sexe masculin, les autres facteurs de risque n'étaient pas présents.

L'allaitement maternel a été remis en question dans la littérature [6,7] étant donné que 78% des nouveaux nés atteints étaient allaités au sein. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que celui chez la population générale qui est de 44%.

Deux mécanismes ont permis d'expliquer la parotidite suppurée chez le nouveau-né. Un mécanisme localisé; voie ascendante à partir de la cavité buccale [8] (le plus souvent du au staphylococcus aureus). Un mécanisme généralisé; hémotogène avec une localisation parotidienne secondaire (le streptocoque B est le plus isolé dans ce cas) [1,9].

Le diagnostic de la parotidite aigüe suppurée néonatale est essentiellement clinique reposant sur des signes généraux (fièvre, refus de la tétée, enfant plaintif) et des signes locaux (tuméfaction en regard de la région parotidienne, rougeur, hyperhémie, douleur à la palpation). L'issue de pus à partir du canal de Sténon lors du massage de la glande est un signe pathognomonique [10]. L'atteinte est le plus souvent unilatérale [3] mais la bilatéralité [1] reste possible. Dans notre cas les signes généraux étaient au premier plan.

L'échographie peut aider à porter le diagnostic [3] et à éliminer les diagnostics différentiels tels que la cellulite de la face, l'adénite pré auriculaire ou l'angiome surinfecté et les complications telles qu'une abcédation. Dans le cas d'une parotidite aigüe, l'échographie peut montrer un aspect hypoéchogène et hyper vascularisé de la glande [6].

La biologie est non spécifique, elle montre en général un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à prédominance PNN de même une leucopénie à < 1000 Elts/mm³ peut être observée [11]. On peut noter une élévation de l'amylasémie dans certains cas [2] mais son apport reste limité chez les nouveaux nés vu l'immaturation de cette enzyme [3].

L'examen bactériologique est d'un grand apport permettant la prescription d'une antibiothérapie ciblée. Le prélèvement peut être réalisé de deux manières; un prélèvement de pus à l'orifice du canal de Sténon ou la ponction à l'aiguille de la glande. Le staphylococcus Aureus est le germe le plus fréquent dans la littérature [2,8]. D'autres germes ont été rapportés, Streptococcus viridans, Escherichia coli, Klebsiella Pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa [10,12,13]. Une bactériémie est présente dans jusqu'à 90 % des cas [10]. Une hémoculture peut être réalisée à la recherche d'une septicémie associée.

Le traitement repose sur une antibiothérapie et un



traitement symptomatique (antipyrétique et antalgique). L'antibiothérapie est initialement empirique, double [8] et par voie intraveineuse, couvrant les germes de la bouche (staphylococcus aureus, streptocoque B et bactéries anaérobies). Une association de Pénicilline M ou Céphalosporine de 3ème génération à un aminoside a été rapportée dans la littérature. Devant l'augmentation de l'incidence des staphylocoques Méti-R, la mise sous vancomycine peut être discutée [10]. Cette antibiothérapie sera adaptée secondairement selon l'antibiogramme. Un relais par voie orale peut être discuté dès le 3ème jour [13], si une amélioration clinique est notée. La durée du traitement n'est pas consensuelle, elle varie de 07 à 14 jours selon l'évolution clinique. On peut atteindre une durée de 21 jours en cas de germe anaérobie [9]. L'évolution est rapidement favorable [11], marquée par la régression des signes généraux et locaux dans les 24 à 48 premières heures. Dans notre cas le nouveau-né a reçu une monothérapie par céfotaxime 150mg*3 par jour. Les suites étaient marquées par une nette régression de la tuméfaction parotidienne, une obtention d'une apyrexie, ainsi qu'une diminution du syndrome inflammatoire biologique au bout de 48 heures. Seuls 23 % des cas peuvent nécessiter un drainage chirurgical [9].

Les complications sont rarement observées, mais sont décrites dans quelques articles. On peut citer: la rechute nécessitant une irrigation au bloc [11], l'abcès intra parotidien nécessitant un drainage chirurgical [9], la bilatéralisation nécessitant une prolongation de la durée du traitement, la paralysie faciale [6], la fistule salivaire et la septicémie. Il n'y a pas eu de complications sévères, ni de décès rapportés depuis 1970 [6]. Le risque de récurrence reste rare [10].

CONCLUSION:

La parotidite suppurée chez le nouveau-né est rare. Le diagnostic est essentiellement clinique et peut être conforté par les examens complémentaires. Le traitement par antibiotiques instauré précocement a permis une évolution favorable et une éviction des complications.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts:

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

Déclaration de financement:

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

REFERENCES:

- Makhoul J, Lorrot M, Teissier N, Delacroix G, Doit C, Bingen E, et al. Parotidite bactérienne aiguë chez les nourrissons de moins de 3mois: étude rétrospective dans un centre hospitalier universitaire. Archives de Pédiatrie. 1 déc 2011;18(12):1284-9.
- Özdemir H, Karbuz A, Ciftçi E, Fitöz S, Ince E, Doğru U. Acute neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature. Int J Infect Dis. juill 2011;15(7):e500-502.
- de Suremain N, Marteau E, Leruste A, Tournier C, Delamar AL, Carbajal R. [Neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature]. Arch Pediatr. févr 2014;21(2):223-5.
- Chevalier J, Jadcherla SR. Parotid swelling in a premature neonate. Am J Perinatol. nov 2002;19(8):435-8.
- Chiu CH, Lin TY. Clinical and microbiological analysis of six children with acute suppurative parotitis. Acta Paediatr. janv 1996;85(1):106-8.
- Isfaoun Z, Radouani MA, Azzaoui S, Knouni H, Aguenou H, Barkat A. [Acute neonatal suppurative parotiditis: about three clinical cases and review of the literature]. Pan Afr Med J. 2016;24:286.
- Mori T, Shimomura R, Ito T, Iizuka H, Hoshino E, Hirakawa S, et al. Neonatal suppurative parotitis: Case reports and literature review. Pediatr Int. janv 2022;64(1):e14762.
- Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. Pediatr Infect Dis J. janv 2004;23(1):76-8.
- Ismail EA, Seoudi TM, Al-Amir M, Al-Esnawy AA. Neonatal suppurative parotitis over the last 4 decades: report of three new cases and review. Pediatr Int. févr 2013;55(1):60-4.
- Gupta A, Kingdon T, McKernan A. Neonatal Parotitis: A Case Report. Clin Pract Cases Emerg Med. 6 mai 2021;5(2):218-21.
- Sainz T, Serrano-Villar S, Mellado MJ. Prevalence of Elevated Blood Pressure in HIV-infected Children, Adolescents and Young Adults. Pediatr Infect Dis J. juill 2016;35(7):824-5.
- Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, Manzoni P, Stronati M. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. juill 2012;76(7):930-3.
- Ayala Curiel J, Galán del Río P, Poza del Val C, Aguirre Conde A, Coterio Lavín A. [Neonatal acute suppurative parotitis]. An Pediatr (Barc). mars 2004;60(3):274-7.