

Épiglottite aiguë de l'adulte : une série de cas

Acute Epiglottitis in Adults: a Case Series

C. Muscat · L. Jacquin · J.-B. Le Loch · T. Picardo · K. Tazarourte

Reçu le 11 mai 2015 ; accepté le 19 mai 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Introduction

L'épiglottite est une inflammation de l'épiglotte et de la margelle laryngée d'origine bactérienne pouvant survenir à n'importe quel âge. De survenue rare, elle peut s'avérer grave et conduire à une détresse respiratoire aiguë avec un risque d'arrêt cardiaque hypoxique. Cette pathologie connaît une nette régression de son incidence dans la population pédiatrique depuis l'introduction de la vaccination de masse contre l'*Haemophilus influenzae* B [1]. En revanche, des études épidémiologiques montrent une augmentation de l'incidence chez l'adulte passant de 0,88/100 000 habitants, avant la vaccination, à 3,1/100 000 actuellement, avec une multiplication des pathogènes en cause et une modification de la présentation clinique [2]. La prise en charge et les décisions thérapeutiques deviennent donc plus complexes et nécessitent d'être réévaluées.

Observation

Nous rapportons une série de neuf cas d'épiglottites aiguës survenues sur une période de 11 semaines dans un périmètre limité de 20 km autour de l'agglomération lyonnaise, soit une incidence de 3,3/100 000 habitants. Le diagnostic d'épiglottite a été confirmé dans tous les cas, soit par examen ORL, soit sur autopsie. Les données ont été recueillies de façon rétrospective sur dossier médical, complétées par les données de suivis rapportées par l'institut national de veille

sanitaire (InVS). Il y avait huit hommes et une femme, avec une moyenne d'âge de 44 ans (min 22–max 70). On retrouve un tabagisme actif chez six cas sur neuf et une consommation d'alcool régulière chez deux cas. L'analyse des questionnaires réalisés par la cellule de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre ces différents cas, qu'il s'agisse d'un lieu, d'une activité, d'une habitude de vie ou d'un contact.

Les signes cliniques retrouvés chez ces patients étaient : dysphagie (9/9), tachycardie (5/9), dysphonie (5/9), fièvre (4/9), dyspnée (4/9), hypersialorrhée (3/9), orthopnée (3/9), trismus (2/9). Ces symptômes évoluaient depuis un à quatre jours. Parmi les sept patients pris en charge aux urgences, deux avaient consulté antérieurement leur médecin traitant, avec instauration d'une antibiothérapie par voie orale par cefpodoxime proxétel dans un cas et amoxicilline/acide-clavulanique dans l'autre. Deux patients ont présenté une détresse respiratoire lors de la prise en charge initiale avec indication d'intubation orotrachéale, dont une s'est révélée impossible.

Sur le plan biologique, aucune défaillance d'organe entrant dans la définition d'un sepsis sévère n'a été relevée. Une seule hémoculture était positive à *Staphylococcus epidermidis* (Tableau 1). Par ailleurs, la tomodensitométrie (TDM) cervicale recherchait, une fois le diagnostic positif posé par laryngoscopie, d'éventuelles complications locales telles qu'un abcès devant faire discuter une indication chirurgicale. La TDM a été réalisée chez cinq patients et retrouvait dans trois cas un abcès mais aucune indication chirurgicale n'a été retenue. Sur le plan thérapeutique, l'antibiothérapie initiale associait soit amoxicilline et acide clavulanique, soit ceftriaxone et métronidazole. Une corticothérapie en bolus par méthylprednisolone (1 mg/kg) était instituée aux urgences dans quatre cas sur six et pendant l'hospitalisation dans cinq cas sur six. Sur les neuf cas, trois sont décédés d'un arrêt cardiaque hypoxique sur obstruction des voies aériennes supérieures et six ont été hospitalisés cinq à neuf jours et sont sortis de l'hôpital sans séquelle.

C. Muscat (✉) · L. Jacquin · K. Tazarourte
Hospices civils de Lyon, hôpital Édouard Herriot, service
d'accueil des urgences médicales, F-69003 Lyon, France
e-mail : muscatcoline@hotmail.com

J.-B. Le Loch
Hospices civils de Lyon, hôpital Édouard Herriot, SAMU 69, F-
69003 Lyon, France

T. Picardo
Hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud, service
d'accueil des urgences médicales, F-69003 Lyon, France

| | Âge | Sexe | Prise en charge initiale | Intubation orotrachéale | Hospitalisation | Décès | Pathogène identifié |
|---|-----|------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-------|---|
| 1 | 40 | M | SAU | Échec | Non | Oui | <i>Staphylococcus saccharolyticus</i> sur autopsie |
| 2 | 35 | M | SMUR | Oui | Réanimation | Oui | Non |
| 3 | 31 | M | SAU | Non | Réanimation | Non | Non |
| 4 | 66 | M | SMUR | Non (décédé à l'arrivée du SMUR) | Non | Oui | Isolement de <i>Streptococcus anginosus</i> et <i>constellatus</i> sur autopsie |
| 5 | 70 | M | SAU | Non | Soins continus | Non | Non |
| 6 | 41 | F | SAU | Non | Soins continus | Non | Non |
| 7 | 55 | M | SAU | Non | Soins continus | Non | Non |
| 8 | 22 | M | SAU | Non | Service d'ORL | Non | Non |
| 9 | 36 | M | SAU | Non | Soins continus | Non | <i>Staphylococcus epidermidis</i> sur hémoculture |

M : masculin ; F : féminin ; SAU : service d'accueil des urgences ; SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation ; ORL : otorhinolaryngologie.

Discussion

L'épiglottite aiguë est une pathologie bactérienne rare mais grave. L'incidence annuelle est estimée selon les études autour de 1 pour 100 000 habitants [3] et la mortalité autour de 7,8 % [2] alors que nous retrouvons dans notre série une incidence de 3,3/100 000 et une mortalité de 33 %. Cette surincidence est inhabituelle, au vu de ce qui était observé les années précédentes dans le département (0,26/100 000 en 2011 et 0,79/100 000 en 2012 pour les adultes de plus de 20 ans pris en charge aux urgences). La prédominance fortement masculine de notre série est également moins marquée dans les séries précédentes [2,4-6].

Les causes de cette augmentation restent incertaines. L'épiglottite aiguë peut être liée à *Haemophilus influenzae* type B mais d'autres pathogènes peuvent également être en cause : *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* [7]. Des cas d'épiglottites à *Candida albicans* ont aussi été décrits chez des sujets immunodéprimés le plus souvent, mais également chez des sujets sans comorbidité [8]. L'absence probable de vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* type B, en raison de l'année de naissance, chez les patients de notre série ne constitue pas une explication satisfaisante dans la mesure où cet agent pathogène n'a pas été mis en évidence. Les hémocultures sont, comme dans les autres séries, peu rentables, et on peut penser pour celle revenant positive à *Staphylococcus epidermidis* qu'il s'agit d'une contamination. Dans leur série, Chroboczek et al. retrouvent une documentation microbiologique dans seulement 26 % des cas (9/34) avec *Streptococcus* spp sur huit prélèvements locaux et *H.*

influenza sur une hémoculture [9]. Par ailleurs, l'hypothèse d'une saisonnalité est discutable au vu des données de la littérature (pic en saison hivernale [4,6] ; pic sur la période printemps/été [10]). Enfin, une observation réalisée entre 2000 et 2006 aux Pays-Bas [11] montre une incidence constante des épiglottites non obstructives chez l'adulte mais une augmentation plus importante du nombre d'épiglottite obstructive, telle que nous l'avons constaté dans notre série.

Le facteur de risque retrouvé ici est principalement le tabagisme actif. Cette observation est retrouvée dans une étude américaine de 2010 [6]. Cependant, nous n'avons pas retrouvé d'autres facteurs de risque (diabète, pathologie cardiaque, pathologie pulmonaire) décrits dans cette étude.

La présentation clinique était similaire aux travaux précédents [4,5], hormis un trismus constaté chez deux patients qui n'a pas été rapporté dans d'autres études. Bizaki et al. [4] ont montré qu'une installation rapide des symptômes, dans les 24 heures précédant la prise en charge, représente un facteur de risque d'intervention sur les voies aériennes. Nos observations ne vont pas dans ce sens, puisque les trois patients décédés de notre série présentaient des symptômes évoluant depuis 48 à 72h.

La question de la gestion des voies aériennes en cas d'épiglottite aiguë est largement soulevée dans les différentes études. Guardiani et al. [5] propose un algorithme décisionnel : devant la survenue d'un stridor, d'une détresse respiratoire, d'une installation rapide des symptômes et d'une bactériémie à *Haemophilus influenzae* type B, une sécurisation des voies aériennes supérieure doit être réalisée en urgence par intubation orotrachéale ou réalisation d'une trachéotomie. De même, tout patient présentant une tachycardie, une

tachypnée ou une sensation de difficulté respiratoire ne doit pas être allongé et doit être surveillé en unité de soins continus avec monitoring cardiorespiratoire et la présence constante d'un ORL et d'un anesthésiste à proximité [5]. En absence de ces symptômes, l'évolution est le plus souvent favorable et la réalisation d'une TDM cervicale à la phase aiguë peut être discutée. Il faut donc retenir que devant une suspicion d'épiglottite aiguë, le recours à l'intubation oro-trachéale ne doit pas être retardée sous peine de devenir irréalisable, même par des opérateurs entraînés.

Le choix de l'antibiothérapie est concordant avec les données rapportées précédemment [2,4,5]. Par ailleurs, la corticothérapie a pour objectif de réduire le volume de l'œdème autour de l'épiglotte. Guardiani et al. [5] ont montré une diminution statistiquement significative de la durée d'hospitalisation chez les patients recevant une corticothérapie intraveineuse mais les modalités ne sont pas précisées. Il n'existe pas actuellement de recommandations pour cette thérapeutique.

L'épiglottite aiguë est une pathologie rare mais grave. Si des augmentations de l'incidence ont été rapportées, les causes en restent difficiles à déterminer. L'urgence de cette pathologie réside dans son diagnostic souvent retardé et la gestion des voies aériennes supérieures qui doit être précoce. Pour tout patient se plaignant d'une dysphagie, d'une odynophagie, de difficultés respiratoires, de fièvre, il faut pouvoir évoquer une épiglottite aiguë. En présence d'une détresse respiratoire, d'une tachypnée et d'une tachycardie, le patient doit bénéficier d'une surveillance continue par une équipe entraînée à la sécurisation des voies aériennes supérieures.

Références

1. Carenfelt C, Sobin A (1989) Acute infectious epiglottitis in children and adults: annual incidence and mortality. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 14:489-93
2. Berger G, Landau T, Berger S, et al (2003) The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol* 24:374-83
3. Isakson M, Hugosson S (2011) Acute epiglottitis: epidemiology and *Streptococcus pneumoniae* serotype distribution in adults. *J Laryngol Otol* 125:390-3
4. Bizaki AJ, Numminen J, Vasama JP, et al (2011) Acute supraglottitis in adults in Finland: review and analysis of 308 cases. *Laryngoscope* 121:2107-13
5. Guardiani E, Bliss M, Harley E (2010) Supraglottitis in the era following widespread immunization against *Haemophilus influenzae* type B: evolving principles in diagnosis and management. *Laryngoscope* 120:2183-8
6. Shah RK, Stocks C (2010) Epiglottitis in the United States: national trends, variances, prognosis, and management. *Laryngoscope* 120:1256-62
7. Trollfors B, Nylén O, Carenfelt C, et al (1998) Aetiology of acute epiglottitis in adults. *Scand J Infect Dis* 30:49-51
8. Hirshoren N, Eliashar R, Weinberger JM (2008) *Candida* epiglottitis: a rare emergent condition--appearance, treatment and pitfalls. *Eur J Intern Med* 19:84-5
9. Chroboczek T, Cour M, Hernu R, et al (2015) Long-term outcome of critically ill adult patients with acute epiglottitis. *PLoS* 10:e0125736
10. Wood N, Menzies R, McIntyre P (2005) Epiglottitis in Sydney before and after the introduction of vaccination against *Haemophilus influenzae* type b disease. *Intern Med J* 35:530-5
11. Mathoera RB, Wever PC, van Dorsten FR, et al (2008) Epiglottitis in the adult patient. *Neth J Med* 66:373-7