

L'hygiène du nez et des oreilles expliquée aux parents

M. François, service ORL,
hôpital Robert-Debré, Paris

CONSEILS EXPRESS

LE NEZ

Le nez est tapissé d'une muqueuse auto-nettoyante : elle sécrète du mucus qui piège certaines particules inspirées et les cellules desquamées, le battement ciliaire dirigeant le tout vers le pharynx, d'où ces sécrétions sont ensuite dégluties. Mais ce système naturel est parfois débordé et des soins d'hygiène nasale sont alors la première thérapeutique, parfois suffisante à elle seule, à conseiller.

L'ÉTERNUEMENT PROVOQUÉ

Les sages-femmes de maternité montrent aux mères comment nettoyer le nez de leur nouveau-né lors de la toilette le matin. Le but est d'évacuer les petites croûtes résultant de la dessiccation pendant la nuit des sécrétions nasales. Ces croûtes génèrent un bruit nasal lors de la respiration, ce qui peut être angoissant pour l'entourage ; elles sont en fait rarement responsables de dyspnée. Le plus simple pour évacuer ces croûtes est de provoquer un éternuement, c'est-à-dire une expiration rapide et forcée par le nez (et la bouche). Il se trouve que la stimulation tactile du revêtement du vestibule narinaire provoque par réflexe un éternuement. Il suffit donc de chatouiller l'intérieur des narines du nouveau-né avec un morceau de coton hydrophile roulé en pointe. La maman abandonne progressivement d'elle-même ce soin quand l'enfant a quelques mois.

Il est très important de réaliser que l'éternuement provoqué n'est aucunement efficace sur l'obstruction nasale ou la rhinorrhée contemporaines d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite.

LE LAVAGE NASAL

Chez le nourrisson et le jeune enfant qui ne savent pas encore se moucher, l'augmentation de la production de mucus nasal lors des rhinites et rhinopharyngites va générer une obstruction nasale par stagnation de ces sécrétions et une gêne tant à l'alimentation (essayez

de boire à la paille tout en vous bouchant le nez !) qu'au sommeil. Pour soulager l'enfant, il faut trouver un moyen pour évacuer ces sécrétions. Comme elles vont se reproduire assez rapidement, il faudra renouveler le soin plusieurs fois par jour, au moins avant les siestes et le coucher ainsi qu'avant les biberons. Le soin ne doit surtout pas être effectué juste après un repas, car il risque de faire vomir.

Chez le nourrisson, on conseille le lavage nasal. Celui-ci se fait avec un volume notable de liquide (2 à 5 cc à chaque fois) qui est introduit dans une fosse nasale pour balayer vers l'arrière les sécrétions. Chez le petit nourrisson (moins de six mois environ), le soin est fait couché sur le côté ; le liquide est introduit dans la narine supérieure et réapparaît en partie par la narine inférieure ou par les deux narines, le reste étant dégluti. Chez les enfants de plus d'un an, le soin peut être fait assis. Entre les deux, c'est fonction de l'enfant et des parents.

Pour faire un lavage nasal chez un jeune enfant, il ne faut pas utiliser de l'eau du robinet, non pas parce qu'elle risque d'être contaminée, mais parce qu'elle est hypo-osmolaire et risque de provoquer ou d'aggraver l'œdème de la muqueuse nasale. On peut utiliser du sérum physiologique ou de l'eau thermale, le choix proposé en parapharmacie est vaste. Ces liquides pour lavage de nez ne sont plus présentés en flacon avec compte-gouttes pour des raisons d'hygiène, mais en dosettes de 10 cc.

LE MOUCHE-BÉBÉ

Une autre option possible est l'utilisation du mouche-bébé. Mais pour pouvoir aspirer les sécrétions, il faut d'abord les fluidifier un peu en instillant dans le nez quelques gouttes de sérum physiologique ou d'eau thermale, ou encore en pulvérisant dans le nez des liquides prévus pour cela : eau de mer désodée, eau de mer diluée, sérum physiologique ou autre, là aussi le choix est vaste.

Depuis une dizaine d'années, divers au-

teurs préconisent dans cette indication des solutions non plus isotoniques comme le sérum physiologique à 0,9 % de NaCl, mais hypertoniques comme par exemple Sinomarin®, préparé à partir d'eau de mer, dont la concentration en NaCl a été abaissée à 2,3 %. Des auteurs comme Talbot et Homer [1, 2] ont montré que les solutions hypertoniques améliorent la clairance mucociliaire et donc l'évacuation des sécrétions nasales. Cet effet est dû à une modification des propriétés rhéologiques des sécrétions et à une amélioration du battement ciliaire.

Les modèles de mouche-bébé sont assez variés. Les parents choisiront le modèle avec lequel ils se sentent le plus à l'aise : poire ou aspiration par un tuyau dans la bouche (avec un filtre entre le nez de l'enfant et la bouche du soignant !).

CHEZ LE GRAND ENFANT

Les soins d'hygiène doivent permettre de libérer les fosses nasales des sécrétions qui y stagnent tout en diminuant ou au moins sans aggraver la congestion nasale dans des pathologies aussi fréquentes que coryzas, rhinites allergiques, rhinopharyngites et rhinosinusites.

L'évacuation des sécrétions par mouchage peut être facilitée par l'instillation préalable de sérum physiologique ou d'eau thermale dans le nez. Certains enfants préfèrent carrément les lavages de nez, en particulier le matin, lorsque les sécrétions sont très épaisses et difficiles à évacuer autrement.

Pour cette tranche d'âge aussi signalons l'intérêt des solutés hypertoniques. Selon Parsons [3], les lavages au sérum salé hypertonique pourraient éviter un certain nombre de traitements antibiotiques chez des enfants qui ont une rhinosinusite et même éviter certaines interventions chirurgicales en cas de rhinosinusites chroniques ou récidivantes. De fait, chez des enfants de trois à seize ans qui avaient une rhinosinusite chronique, Shoseyov et al. [4] ont montré que des lavages au sérum salé hypertonique pouvaient avoir une efficacité sur la rhinorrhée postérieure et la toux, ain-

si que sur l'amélioration des images radiologiques, alors que l'efficacité du sérum physiologique était limitée à la diminution de la rhinorrhée postérieure. Quant à l'efficacité des solutés hypertoniques sur l'obstruction nasale, elle a été démontrée dans la rhinite allergique saisonnière de l'enfant par Garvello et al. [5]. Voilà un traitement simple et peu coûteux de l'obstruction nasale, sans limite de durée d'utilisation, ni limite inférieure d'âge, qui vient à point à l'heure où les vasoconstricteurs nasaux ont été interdits chez les enfants de moins de douze ans (à l'exception du Rhino-fluimucil® autorisé à partir de trente mois).

LES OREILLES

L'instillation régulière dans le conduit auditif externe d'eau, de solutions salines et de divers produits d'hygiène de l'oreille peut prévenir la formation d'amas de cérumen. Mais, à l'inverse, l'excès de soins favorise les otites externes.

Le conduit auditif externe est un conduit borgne d'environ 3 cm de profondeur. Il est normalement autonettoyant : les cellules épithéliales desquamant de la membrane tympanique s'éliminent du centre vers la périphérie et rejoignent les cellules desquamant de la peau du conduit auditif externe, qui glissent progressivement vers l'extérieur. Arrivées à mi-parcours, ces cellules sont soulevées par les poils présents dans la partie externe du conduit auditif externe, se mêlent à la production des glandes sébacées et cérumineuses et, grâce aux mouvements de la mâchoire qui déforment la partie cartilagineuse du conduit, s'éliminent vers l'extérieur. En théorie, il n'y a qu'à enlever l'excès de cérumen présent au méat avec un gant de toilette ou un porte-coton.

En pratique, il est parfois nécessaire de faire des soins d'hygiène spécifiques du conduit auditif externe pour éviter l'accumulation et la stagnation d'amas de cérumen. A cela deux raisons :

□ lorsque les amas sont volumineux, ils peuvent, à l'occasion de l'introduction

d'eau dans l'oreille lors d'un bain ou d'un shampoing, devenir brutalement obstructifs, d'où un cortège de symptômes plus ou moins impressionnants : hypoacousie, sensation d'ébriété, douleur, toux...

□ les amas de cérumen gênent l'observation de la membrane tympanique, surtout lorsque le conduit auditif externe est étroit, ce qui est le cas des nourrissons.

Attention ! tout le monde n'a pas tendance à faire des amas de cérumen et les conseils doivent être adaptés au cas par cas. En effet, il serait délétère de faire trop de soins d'hygiène du conduit auditif externe chez un sujet qui produit peu de cérumen, car le décapage trop fréquent ou trop agressif de la peau du conduit auditif externe est un facteur favorisant des otites externes.

En général, c'est à l'occasion d'une consultation que les parents soulèvent le problème de l'hygiène du conduit auditif externe. L'examen des conduits permet de se faire une idée : beaucoup de cérumen ou très peu, cérumen visqueux ou très sec, forte composante épidermique ou pas (la composition du cérumen est déterminée génétiquement et dans certaines ethnies le cérumen est très sec et composé majoritairement de débris épidermiques).

Si le conduit est propre ou ne présente que quelques débris de cérumen : ne pas modifier les habitudes d'hygiène familiales. S'il y a des amas de cérumen sec, il faut hydrater ce cérumen pour qu'il devienne non pas fluide, mais visqueux, ou bien qu'il se morcelle et s'évacue au fur et à mesure de sa production. Signalons que les produits huileux (qu'ils soient traditionnels, comme l'huile d'olive et le beurre clarifié, ou plus récents comme les gouttes auriculaires huileuses) ne permettent en aucun cas de déliter un amas de cérumen, ils permettent simplement de faciliter son extraction par lavage.

Divers produits d'hygiène ont été développés pour le conduit auditif externe. Ils sont pour la plupart à base d'eau de mer, en flacon unidose (Audi Baby®) ou conditionnée en dispositifs à pression

contrôlée (Audispray®, Audiclean®). Céruspray® contient, en plus du chlorure de sodium, du bicarbonate de sodium et du polysorbate 80. Ces produits sont disponibles en parapharmacie. Leur tolérance est excellente. Leur efficacité a été prouvée par des études cliniques. Le

rythme d'application est fonction des résultats et donc à adapter au cas par cas. De premier abord, on peut conseiller une application par semaine dans chaque oreille. Si, avec ce rythme d'application, des amas se forment quand même, il faudra en faire plus.

Pour un usage au long cours, les produits d'hygiène devraient avoir la préférence sur les médicaments céruminolytiques, qui ne visent pas à prévenir la formation d'amas de cérumen mais à les désagréger et à en faciliter l'extraction par lavage, aspiration ou à la pince. □

Références

[1] HOMER J.J., DOWLEY A.C., CONDON L., EL-JASSAR P., SOOD S. : « The effect of hypertonicity on nasal mucociliary clearance », *Clin. Otolaryngol.*, 2000 ; 25 : 558-60.
[2] TALBOT A.R., HERR T.M., PARSONS D.S. : « Mucociliary clea-

rance and buffered hypertonic saline solution », *Laryngoscope*, 1997 ; 107 : 500-3.

[3] PARSONS D.S. : « Chronic sinusitis : a medical or surgical disease ? », *Otolaryngol. Clin. North Am.*, 1996 ; 29 : 1-9

[4] SHOSEYOV D., BIBI H., SHAI P., SHOSEYOV N., SHAZBERG G., HURVITZ H. : « Treatment with hypertonic saline versus nor-

mal saline nasal washing in pediatric chronic sinusitis », *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1998 ; 101 : 602-5.

[5] GARAVELLO W., ROMAGNOLI M., SORDO L., GAINI R.M., DI BERARDINO C., ANGRISANO A. : « Hypersaline nasal irrigation in children with symptomatic seasonal allergic rhinitis : a randomized study », *Pediatr. Allergy Immunol.*, 2003 ; 14 : 140-3.

4^e Journée du Groupe de pédiatrie générale affilié à la Société française de pédiatrie

Elle court, elle court... la diarrhée

vendredi 17 mars 2006, salle Landowski, Boulogne-Billancourt

Modération : Dominique Gendrel, Jean-Paul Lemaire

08h45 : Accueil des participants.

09h10-09h15 : **Introduction**, Bertrand Chevallier, Président du GPG, Boulogne-Billancourt.

09h15-09h35 : **De la toxicose à la gastro-entérite : une vieille histoire**, Jean-Paul Dommergues, Le Kremlin-Bicêtre.

09h35-10h05 : **Les pièges diagnostiques : l'apprentissage par le vécu**, Pierre Foucaud, Versailles,
Bertrand Chevallier, Boulogne-Billancourt.

10h05-10h20 : **Diarrhée aiguë du nourrisson : critères de gravité**, Alain Martinot, Lille.

10h20-10h35 : **Questions.**

10h35-11h05 : Pause.

11h05-11h20 : **Diarrhée aiguë du jeune enfant : quelle mortalité aujourd'hui en France ?** Alain Martinot, Lille.

11h20-11h40 : **Le syndrome hémolytique et urémique, toujours à l'esprit**, Georges Deschenes, Paris.

11h40-12h00 : **Vaccination antirotavirus : des développements attendus**, Emmanuel Grimprel, Paris.

12h00-12h20 : **La diarrhée aiguë en crèche : prévention, éviction.**

12h20-12h45 : **Questions.**

12h45-14h15 : Déjeuner.

Modération : Georges Picherot, Rémy Assathiany

14h15-14h30 : **Solutés de réhydratation orale : du concept à la commercialisation**, Dominique Turck, Lille.

14h30-14h45 : **Prescription du SRO en pratique : les conseils du pharmacien et la réalité du terrain.**

14h45-15h00 : **Approche diététique : faut-il boudier le « régime antidiarrhéique » ?** Marc Bellaïche, Paris.

15h00-15h30 : **Questions.**

15h30-15h45 : **Médicaments antidiarrhéiques : peu prescrire, bien prescrire**, Jean-Pierre Cezard, Paris.

15h45-16h00 : **Antibiotiques et diarrhée aiguë**, Véronique Hentgen, Versailles.

16h00-16h20 : **Diarrhée du retour : une entité spécifique**, Philippe Babe, Nice.

16h20-16h45 : **Quels messages à destination des familles ?** Jean Stagnara, Lyon.

16h45-17h00 : **Questions.**

17h00-17h15 : **Conclusion : les recommandations du GPG**, Pierre Foucaud, Versailles.