



- ▶ Oreilles collées avec du sparadrap !
- ▶ Question de rattrapage vaccinal
- ▶ Reprise de la circulation de l'entérovirus D68
- ▶ Exposition aux moisissures chez un jeune enfant : quels risques ?

## Oreilles collées avec du sparadrap !

Notre collègue A. Girard vient de voir un bébé de quatre mois, les oreilles collées avec Otostick® bébé... Il a déconseillé l'emploi de ce produit. Après vérification, il s'est aperçu qu'il était en vente sur de nombreux sites français et il a promis à la mère de se renseigner auprès de confrères. A. Chevè se souvient d'avoir vu, il y a longtemps, des nourrissons dont les oreilles étaient collées avec du sparadrap, mais elle n'est pas sûre que ce système puisse remodeler les

cartilages ! Et c'est ce qu'elle indiquait aux parents. Elle a même vu un nourrisson pour lequel ce « traitement » avait été conseillé dans un service d'ORL.

Nous avons sollicité l'avis du Dr Martine François (service d'ORL, hôpital Robert-Debré, Paris), et voici sa réponse : « Le cartilage du pavillon de l'oreille a une mémoire de forme ; pliez votre oreille, relâchez : le pavillon reprend sa forme initiale. Si, en enfonçant la cagoule ou le bonnet d'un

enfant, vous pliez le pavillon vers l'avant ou vers le bas, le pavillon reprendra sa place initiale lorsque la coiffure sera retirée. Il en est de même si, en faisant un pansement de tête, on plie par mégarde le pavillon : même après une semaine d'un tel traitement, le pavillon reprend sa forme. Toute la question est de savoir si cette mémoire de forme existe dès la naissance ou si elle n'apparaît qu'au bout de quelques jours ou quelques semaines. Les conformateurs d'oreille ont toujours existé, à base de tissu (bande, bonnet) ou plus récemment de strips ou autres papiers collants. Au congrès mondial d'ORL, en 2017, a été lancé à grand renfort de publicité un conformateur plus sophistiqué, à poser par un professionnel et à laisser en place trois à cinq semaines, avec une consultation intermédiaire pour vérifier le bon positionnement et la tolérance cutanée. Le résultat n'est pas garanti, mais le taux de succès est important. » M. François ajoute : « En cas d'échec de cette "méthode douce", c'est l'otoplastie. Cette intervention chirurgicale est proposée après six ans (cours préparatoire). Il ne suffit pas que les parents sollicitent la correction chirurgicale du pavillon, il faut aussi que l'enfant adhère à ce traitement et qu'il accepte l'inconfort des pansements. L'intervention est réalisée, selon les enfants et les opérateurs, sous anesthésie générale ou locale, en hospitalisation classique ou en ambulatoire. L'incision est rétro-auriculaire, donc cachée. Un pansement est posé pour une semaine. Il y a interdiction de sport et de piscine pendant un mois. La fiche d'information

pour les patients est accessible sur le site de la Société française d'ORL» (1).

Toutefois, A. Chevé pose deux questions : le fait que les oreilles soient décollées à la naissance signifie-t-il qu'elles le seront à l'âge adulte ? agir en période postnatale entraîne-t-il un résultat durable évitant l'otoplastie ?

La réponse du Dr François est la suivante : «La position du pavillon par rapport au crâne change un peu au cours des premières années du fait de la croissance de la mastoïde et de l'écaïlle du temporal. Le pavillon apparaîtra peut-être un peu plus décollé à six ans

qu'à la naissance, mais c'est une nuance. Des oreilles franchement décollées à la naissance le resteront. Les altérations de forme du pavillon, en pointe (oreille de faune), sans plicature de l'anthélix, avec hélix masqué..., demeureront. Quant au succès à long terme des conformateurs, il est encore inconnu. Mais c'est une méthode non sanglante, qui ne nécessite pas d'anesthésie, ni locale ni générale, et qui n'a pas d'effet secondaire. Au pire, le résultat est insuffisant». ■

(1) « Informations médicales avant réalisation d'une otoplastie chez l'enfant » (<https://www.orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/05/Pediatrie-OTOPLASTIE.pdf>).

## Question de rattrapage vaccinal

D. Cloarec sollicite ses collègues sur la marche à suivre pour les prochains vaccins chez un bébé qui a reçu à 1,5 mois un vaccin hexavalent et Prevenar® parce qu'il partait en vacances au Maroc pour deux mois. Etant donné les réticences des mères qui retournent au pays à y faire vacciner leur enfant, elle demande également si les vaccins, au Maroc ou plus globalement en Afrique du Nord, sont moins complets qu'en France ou s'il y a un autre problème.

Pour la première question, A. Ider pense qu'un «schéma 3 + 1» est plus sûr. S'agissant de la deuxième question, il indique que le problème est celui du remboursement et non de la disponibilité des vaccins, qui est la même.

F. Vié Le Sage précise que la limite de validité pour ces vaccins est l'âge de 6 semaines révolues. Il faut par contre

maintenir ensuite deux mois d'écart. Si l'enfant a bien été vacciné à 6 semaines, il précocise les deuxièmes doses à 14 semaines et le rappel à 11 mois, bien sûr si l'enfant est né à plus de 33 semaines d'aménorrhée pour l'hexavalent et 37 semaines pour Prevenar®. Si les vaccins ont été faits avant l'âge de 6 semaines, ces doses ne peuvent être validées : refaire les deux vaccins au moins un mois après et à l'âge de 2 mois minimum, puis les vaccins suivants deux mois après. Notre confrère ajoute : «Je connais bien le Maroc, où Infovac intervient régulièrement en vaccinologie. Les vaccins sont les mêmes que chez nous. Dans le secteur privé, le calendrier français est appliqué, avec en plus le vaccin contre le rotavirus. La couverture vaccinale rougeole-oreillons-rubéole, vaccin récemment adopté par ce pays,

va probablement dépasser celle de la France... Dans le secteur public, il en est de même, à deux différences près : le Synflorix® est utilisé à la place de Prevenar® (le Synflorix® est un vaccin GSK de très bonne qualité, mais nous l'avons refusé en France car c'est un 10-valent qui ne contient pas le 19A, sérotype majeur chez nous) ; le BCG utilisé est un BCG indien qui n'a pas d'AMM européenne, mais, à notre

connaissance, il n'est ni plus ni moins efficace que le BCG polonais utilisé chez nous. Pour l'Algérie, les données sont plus difficiles à obtenir. Ce pays vient de subir une épidémie majeure de rougeole, et je conseillerais de bien vacciner les enfants avant le départ, comme pour la Roumanie... ». Et notre confrère d'ajouter que les Américains disent la même chose avant un départ en France ! ■

## Reprise de la circulation de l'entérovirus D68

A. Mirand et C. Henquell (service de virologie, Clermont-Ferrand) donnent une information importante que relaye notre confrère F. Vié Le Sage :

«Nous avons détecté la reprise de la circulation d'un entérovirus particulier qui a fait l'objet d'alertes par les CDC (Centers for Disease Control) européens et américains en 2014 et 2016 : l'entérovirus D68. Cet entérovirus a essentiellement un tropisme respiratoire et peut être responsable d'infections respiratoires sévères chez l'enfant et chez l'adulte, particulièrement en cas de maladie respiratoire sous-jacente (antécédents d'asthme, BPCO). Des complications neurologiques peuvent également survenir, proches de celles liées aux poliovirus. Elles se présentent sous la forme d'une myélite flasque aiguë, dont l'évolution est marquée par des séquelles fréquentes.

Un cas de myélite flasque aiguë est défini par le CDC américain comme la survenue brutale d'une faiblesse des membres associée, en IRM

médullaire, à des images de lésions restreintes à la substance grise sur un à plusieurs segments. En l'absence d'imagerie, le cas est considéré comme probable si une pléiocytose du liquide céphalo-rachidien (LCR > 5 leucocytes/mm<sup>3</sup> ajusté sur la présence d'hématies en soustrayant 1 leucocyte pour 500 hématies) est associée à la faiblesse des membres. Elle survient généralement un à sept jours après un épisode infectieux caractérisé par de la fièvre, des myalgies, des symptômes respiratoires et/ou digestifs.

Devant toute suspicion de myélite flasque aiguë, il est indispensable de rechercher le génome des entérovirus par RT-PCR dans le LCR, mais également à partir d'écouvillonnages naso-pharyngés (ou aspiration naso-pharyngée) et de gorge et de prélèvements de selles. Les complications neurologiques associées à cet entérovirus sont en effet caractérisées par une recherche souvent négative dans le LCR. » ■

## Exposition aux moisissures chez un jeune enfant : quels risques ?

S. Romano a vu un enfant âgé de deux ans et demi qui va très bien en dehors de quelques otites. En deux ans, il n'a pas eu de problèmes respiratoires. Il consulte pour fièvre et toux en rapport avec une otite, mais, avant de partir, le père demande un service. Il voudrait un certificat médical car, il y a peu de temps, en poussant l'armoire de la chambre de l'enfant, il a découvert que le mur était couvert de moisissures. Les parents ont pris contact avec les « services sanitaires » de la ville, qui « leur ont conseillé de faire rédiger par le médecin traitant une attestation indiquant que l'enfant était exposé à des moisissures et que cela risquait de lui déclencher un asthme futur ». Certificat motivé ou non, notre collègue se dit « qu'il y a des fois où on a envie d'aider les gens, même si on ne sait pas tout ce qui passe chez eux »...

Sa question est simple (mais très large) : « Que sait-on des risques d'exposition aux moisissures/champignons ? ». Pour D. Lemaître, « il ne semble pas que le simple fait d'être exposé aux moisissures rende asthmatique. La théorie hygiéniste nous apprend plutôt que vivre au milieu des allergènes (chien par exemple) avant déclenchement de l'allergie serait plutôt protecteur. C'est une fois que l'allergie est déclarée qu'il faut être rigoureux sur l'éviction, d'où l'intérêt de ces consultants en environnement dans la prise en charge des asthmatiques ». « Faire une attestation pour "rendre service" ne peut être que contre-productif à court, moyen ou long terme », estime-t-il, tout en se disant « de plus en plus sidéré par le manque de bon sens des administrations : faut-il vraiment un certificat médical pour décider d'assainir un logement ? ».

Pour en revenir aux risques d'exposition aux moisissures, à titre d'exemple, la consommation d'arachide dès le quatrième mois induit (statistiquement) une tolérance orale à cet allergène, mais ce n'est pas le cas pour le sésame (qui est introduit précocement dans les pays du Moyen-Orient). Il est vrai que naître et vivre pendant les premières années de vie à la ferme induit moins d'allergies que naître et vivre dans des maisons non fermières des mêmes villages, qu'avoir un chat ou un chien chez soi à la naissance et pendant les premières années de vie est également protecteur vis-à-vis de la survenue future d'allergies. Mais étendre ce rôle protecteur à d'autres allergènes comme les acariens et les moisissures nous semble exagéré et, à notre connaissance, non scientifiquement démontré. L'exposition aux moisissures est nocive chez les asthmatiques (et probablement chez les allergiques en général). Mais que sait-on d'une exposition massive aux

moisissures chez un enfant normal (surtout s'il est à risque allergique au vu d'antécédents familiaux d'allergie) ? Nous ne savons rien ou pas grand-chose. Dans le cas présent, je comprends parfaitement la position de S. Romano : il y a des fois où on a envie d'aider les gens. A sa place, je crois que j'aurais documenté la situation de cet enfant en faisant appel à un conseil en environnement intérieur pour analyser les moisissures en cause et que j'aurais ensuite testé en prick cet enfant vis-à-vis des moisissures (surtout vis-à-vis de celles isolées). Enfin, pense-t-on un instant qu'un environnement sain puisse être un appartement riche en moisissures ? Quant au fait de savoir s'il faut vraiment un certificat médical pour assainir un local, je crois que malheureusement la réponse est le plus souvent « oui », étant donné les moyens à mettre en œuvre pour débarrasser un logement (un immeuble) de ses moisissures ou de ses blattes. ■

### De lecteur, devenez acteur en participant au groupe de discussion de Médecine et enfance

Toutes les adresses ci-dessous sont à recopier exactement, avec notamment pas d'accent à « médecine » et tiret simple entre « médecine » et « enfance », et « subscribe » et « unsubscribe » (ces conditions et termes anglais nous étant imposés...).

Pour **demandeur votre inscription** au groupe de discussion de *Médecine et enfance* : envoyez un courrier électronique sans sujet ni message à l'adresse : [medecine-enfance-subscribe@yahoogroupes.fr](mailto:medecine-enfance-subscribe@yahoogroupes.fr). Suivez ensuite les instructions figurant dans le message (en français) qui vous sera adressé en réponse.

Pour **envoyer un message au groupe** après votre inscription, utilisez l'adresse : [medecine-enfance@yahoogroupes.fr](mailto:medecine-enfance@yahoogroupes.fr).

Pour **recevoir les messages** : les messages envoyés par les confrères de la liste arriveront sur votre boîte aux lettres comme n'importe quel autre message.

Pour **vous désinscrire** du groupe, envoyez un courrier électronique sans sujet ni message à l'adresse : [medecine-enfance-unsubscribe@yahoogroupes.fr](mailto:medecine-enfance-unsubscribe@yahoogroupes.fr) (cette désinscription est automatique ; aucune explication ne vous sera demandée).

Pour **envoyer un message au gestionnaire du groupe** pour toute question technique ou pratique concernant votre inscription : [medecine-enfance-owner@yahoogroupes.fr](mailto:medecine-enfance-owner@yahoogroupes.fr) (ces messages ne sont pas diffusés aux membres du groupe).

*Médecine et enfance* s'engage à ce que l'adresse de courrier électronique des membres du groupe de discussion ne soit pas utilisée en dehors du cadre du groupe de discussion. La liste des membres du groupe est strictement confidentielle ; *Médecine et enfance* s'engage à ne communiquer cette liste à aucun tiers sous aucune forme que ce soit. Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposerez, sur simple demande, d'un droit complet de modification ou de suppression des informations vous concernant stockées dans la base de données des membres du groupe de discussion.