

Poster 97

"Parotidite bactérienne du prématuré. "

V. Rigo, S. Hansoul, L. Rausin, J. Rigo. Université de Liège

Nous rapportons le cas d'une fille née prématurément à 31 semaines de gestation dans un contexte de rupture prolongée de la poche des eaux et de début d'infection. L'évolution initiale de l'enfant est marquée par une infection sans germe mis en évidence traitée par Ampicilline et Amikacine pendant 8 jours. Le bébé reste normohydraté. A 16 jours de vie, elle présente des signes cliniques généraux et biologiques de sepsis. Un traitement par Vancomycine et Aztréonam est instauré. Le lendemain, l'angle droit de la mâchoire est rouge, chaud, induré et sensible, et du pus s'écoule de l'orifice du canal parotidien. L'échographie confirme le diagnostic de parotidite avec obstruction distale du canal par un calcul. La culture met en évidence un staphylocoque doré multi-sensible. Les amylases sont normales. Une première rémission est obtenue avec un traitement de 10 jours par Teicoplanine. Une récurrence de l'écoulement purulent avec une culture identique trois jours après arrêt de l'antibiotique est traitée avec de la Teicoplanine seule deux semaines. Face à la persistance de l'écoulement, l'Amoxicilline-Clavulanate est ajoutée pour couvrir des éventuels germes anaérobies. L'évolution est favorable sous antibiothérapie prolongée (6 semaines). Le contrôle échographique ne montre plus de signes obstructifs. L'exploration immunitaire est normale.

Par contraste avec la pathologie virale classiquement rencontrée chez l'enfant, la parotidite du prématuré est généralement bactérienne, comme chez le vieillard. Le traitement recommandé dans les livres de référence est plus court que celui que nous avons dû employer. La chirurgie pour échec de traitement médical est compliquée par la petite taille des canaux et surtout la présence du nerf facial. Des germes buccaux anaérobies sont régulièrement impliqués. Le traitement devrait couvrir ces germes même s'ils n'apparaissent pas à la culture.