

C.A.T devant une dyspnée laryngée

I- Introduction

- ❖ Trouble ventilatoire consécutif à un rétrécissement de la filière laryngée.
- ❖ Sémiologie : Bradypnée inspiratoire, avec tirage et cornage/ stridor
- ❖ Urgence thérapeutique

II. Intérêt de la question

- ❖ Urgence pouvant mettre en jeu le pronostic vital
- ❖ Reconnaître les signes de gravité
- ❖ Le diagnostic est clinique
- ❖ L'âge oriente le Dc étiologique: <6mois =causes congénitales
- ❖ >6 mois =D fébriles
- ❖ Dyspnée laryngée + fréquente et + grave chez l'enfant

III. Rappels anatomique et physiologique

Le larynx est un organe noble à triple fonction.

- ❖ Conduit fibro-musculo-cartilagineux, reliant les voies respiratoires inférieures avec les VADS.
- ❖ Endoscopie: on distingue 3 étages.
 - ✓ La glotte.
 - ✓ Sous-glottes, plus rétrécie
 - ✓ Sus-glottes.

Caractéristiques du Larynx pédiatrique

- ❖ Lumière plus étroite.
- ❖ immaturité cartilagineuse, le rend plus souple.
- ❖ haut situé.
- ❖ Doté D'un tissu conjonctif lâche sensible à l'inflammation Expliquant, la rapidité d'installation de la dyspnée, et sa gravité chez l'enfant.

IV. DG Positif:

A- Reconnaître la Dyspnée laryngée (DL):

- ❖ Bradypnée inspiratoire, avec un bruit laryngé.
- ✓ Stridor: bruit aigu, traduisant un obstacle, glotto- sus-glottique
- ✓ Cornage: bruit anormal de tonalité rauque déclenché par le passage d'air a travers une sous- glotte étroite.
- ✓ Tirage: Dépression des parties molles, suite a la mise en action Des Muscles respiratoires accessoires.
- ❖ Le DG est Plus difficile chez le NNE et le nourrisson:
 - ✓ NNE : Apnée ou accès de cyanose.
 - ✓ NRS : Tachypnée superficielle, avec ou sans tirage.

B- EXAMEN CLINIQUE:

1. Interrogatoire:

- ✓ Date de début, mode de début, évolution...
- ✓ signes accompagnateurs: Toux, SG....
- ✓ ATCD du patient.

2. Examen physique:

- ✓ Cavité buccale, oropharynx
- ✓ Laryngoscopie Indirecte.
- ✓ Rhinoscopie Ant, et posterieure.
- ✓ Naso-fibroscopie.
- ✓ ex pleuro-pulmonaire.

V. Facteurs pronostiques

A- Apprécier la gravité:

❖ Cliniquement:

- ✓ Le très jeune âge de l'enfant
- ✓ La durée de la dyspnée
- ✓ L'importance et le siège du tirage
- ✓ Importance de la dyspnée
- ✓ Apparition des signes d'épuisement:
 - Tachypnée superficielle
 - Disparitions du tirage et du cornage
- ✓ Apparition de signes d'hypoventilation alvéolaire:
 - Les signes d'hypercapnie: les plus précoces
 - Sueurs profuses
 - Tachycardie
 - HTA
 - Pâleur
 - Les signes d'hypoxie: plus tardifs, leur apparition est un signe très péjoratif
 - Cyanose
 - Signes neurologiques

❖ Biologiquement = gazométrie

- ✓ Faite uniquement en unité de soins intensifs
 - Pa CO₂ ≥ 60mmHg (normes 40mmHg)
 - Et/ou Pa O₂ < 50mmHg (normes 90mmHg)
 - Acidose respiratoire.

VI. Diagnostic topographique

Obstacle laryngé (glotte)	Obstacle supra-laryngé (sus glotte)	Obstacle sous glottique et trachéal
Bradypnée insp	Bradypnée insp	Dyspnée au 2 temps
Tirage (sus clav, inter-costale)	Tirage (sus clav, intercostale)	Tirage (basi-thoracique)
Stridor	stridor	cornage
Voix rauque	Voix étouffée	Voix non modifiée
	Dysphagie	

VII. Diagnostic différentiel

- ❖ Obstacle nasal
 - ✓ Chez le nouveau nez
 - ✓ Tirage sous angulomaxillaire associé
 - ✓ La dyspnée cède aux cris ou après mise en place d'une canule de Guedel
- ❖ Détresses respiratoires non ORL :
 - ✓ Prédominance expiratoire / Polypnée
 - ✓ Acidose métabolique : dyspnée de kussmaul
 - ✓ Trouble de hématoxémie (asthme, OAP, EP, anémie ...)
 - ✓ Dyspnée psychique angoisse

VIII. Diagnostic étiologique

A- < de 6mois: malformations congénitales.

1-Les malformations congénitales:

- ✓ palmures des cordes vocales.
- ✓ les kystes laryngés.
- ✓ Angiome sous glottique.
- ✓ Sténose s/glottique.
- ✓ Paralysie des dilatateurs.

B- >de 6mois: malformations congénitales.

1- les dyspnées fébriles.

Laryngite Sous glottique:

- ✓ forme: la plus fréquente, survient à l'âge 1-3 ans (T° de 38,5) TRT = ATB + CTC.

Epiglottite:

- ✓ Infection bactérienne à hémophiles,
- ✓ Survient vers l'âge de 3 ans.
- ✓ Gravité+++
- ✓ Nécessite une hospitalisation dans les soins intensifs. parfois une intubation est nécessaire, voir trachéotomie.

2- Les Dyspnées non fébriles.

- ✓ Corps étrangers laryngés: DG est facile devant un syndrome de pénétration.
- ✓ Traumatismes laryngés internes et externes.
- ✓ Sténoses laryngées iatrogènes (post intubation).
- ✓ Papillomatose laryngée.

C- Les Dyspnées chez L'Adulte.

1. Les causes tumorales:

- ✓ Cancer du Larynx.

2. Paralysie laryngée en fermeture:

- ✓ Iatrogène: chirurgie thyroïdienne.
- ✓ Compressives: les tumeurs du cou et médiastin.
- ✓ Inflammatoires: névrites.

3. Les sténoses laryngées.

- ✓ Iatrogènes: post-intubation ++++
- ✓ Post-traumatiques.int ou externes.

4. Les dyspnées infectieuses

- ✓ Epiglottite de l'adulte = enfant.

- ✓ Laryngite diphtérique.
- ✓ Laryngite grippale.
- ✓ TBC laryngée.

5. Les laryngites inflammatoires

- ✓ Les laryngites allergiques
- ✓ Œdème angioneurotique

IX. Prise en charge

❖ Buts:

- ✓ Lutter contre l'obstacle
- ✓ Maintenir la filière satisfaisante
- ✓ Traiter l'étiologie
- ✓ Traiter le terrain

❖ Moyens:

- ✓ TM: corticoïdes ++++
- ✓ Instrumental: intubation
- ✓ Chirurgical: trachéotomie

Respecter l'ordre: TM-intubation-tracheo

❖ Indication:

- ✓ Traitement non spécifique.
 - Respecter la position adoptée.
 - Avoir une source d'oxygène
 - Prendre une voie d'abord Mettre une fiche de surveillance:
 - T°
 - FR
 - FC
 - TA
 - POUL
 - ETAT DE CONSCIENCE
- ✓ Traitement spécifique (étiologique).
 - Dyspnée modérée
 - Dyspnée sévère

- En cas d'aggravation

- ❖ Dyspnée modérée:

- ✓ Nébulisation de CTC 1-2amp d'HHC dans 3cc de SSI
 - CTC /voie parentérale: 1-2mg/kg d'Hydrocortisone
 - ATBtherapie: amoxicilline 100-150 mg/kg/24h en 4 prises
- ✓ L'évolution est en général favorable et la sortie sera permise après 1-2 h d'observation
- ✓ Ordonnance de sortie:
 - CTC/voie orale 10gtes /kg/J de BETAMETHASONE pendant 5j
 - Antibiotiques + Mucolytiques +Antipyrétique

- ❖ Dyspnée sévère:

- ✓ Urgence extrême Après hospitalisation et mise en condition: en milieu adéquat Oxygénothérapie:
 - Oxygène humidifié (réchauffé) Débit: < 2mois 0.5l/mn >2 mois 1-3l/mn
- ✓ Nébulisation: adrénaline 0.1% → 0.1ml+ CTC 1-2 amp +3cc de SSI CTC/voie parentérale:1 A 2MG /KG Antibiothérapie /voie parentérale
- ✓ Surveillance étroite, avec cardio-scop (risque de décompensation)

- ❖ En cas d'aggravation:

- ✓ Intubation: traverser l'obstacle avec une sonde afin de libérer les VRS
- ✓ En cas d'échec de l'intubation: Trachéotomie