

---

# DYSPNÉES OBSTRUCTIVES DE L'ENFANT

Dr Martine François,  
hôpital Robert Debré, Paris

# DYSPNEE OBSTRUCTIVE

---

- Bradypnée inspiratoire
- Tirage
- Sièges de l'obstacle est prédictible sur :
  - le siège du tirage
  - les bruits respiratoires associés
  - les signes accompagnateurs
    - dysphonie
    - dysphagie

	Nez	Pharynx	Larynx	Trachée	Bronche s	Poumon
FR						
- bradypnée	+	+	+	+	+	
- polypnée						+
Allongement						
- inspiration	+	+	+	+		
- expiration				+	+	
Pleurs						
- amélioration	+					
- aggravation		+	+	+	+	+
Tirage						
- ss ang max	+	+				
- sus sternal	+	+	+			
Cri						
- clair	+		+	+	+	+
- étouffé		+				

	Laryngite aiguë sous-glottique	Épiglottite	Trachéite	Corps étranger	Œdème de Quincke
âge	6m-3 ans	3-7 ans	6m-3 ans	9m-3 ans	Y âge
Cause	Virus	H influenzae	Bactérie		Allergie
Incidence	+++++++ +	~ 0	rare		rare
Saison	Oct-avril				
Évolution	Progressive	Brutale	Progressive	Brutale	brutale
Aspect de l'enfant		Toxique	toxique		
Posture		Assis	assis		
Dysphagie		++++			
Pleurs, toux	Aboie	Étouffé	aboie		

# GÊNE RESPIRATOIRE NASALE

---

- Gênante chez enfant et adulte
- peut être grave chez NN et jeune nourrisson (larynx au niveau de C1-C4 chez le nourrisson)
  
- Tirage sous mandibulaire +++
- Seule dyspnée à être améliorée par les pleurs
  
- Rhinite
- Déviation cloison nasale
- Atrésie choanale
- Tumeur endonasale

# EXAMEN DES FOSSES NASALES

---

- Rhinoscopie antérieure

# TRAITEMENT DYSPNEE NASALE

## 1 - nouveau né

---

- luxation cloison : ORL réduction
  - atrésie choanale bilatérale : canule Guédel, TDM, chirurgie ORL, bilan malformations associées
  - tumeur : TDM, chirurgie ORL
  - rhinite :
    - DRP
    - corticoïdes locaux : Pivalone
    - corticoïdes par voie générale
    - Vasoconstricteurs : sérum adrénaliné
- PRUDENCE+++

# TRAITEMENT DYSPNEE NASALE

## 2 - nourrisson, enfant

---

- Rhinite aiguë
  - Sinomarin
  - Rhinofluimucil 30 mois
  - autres VC topiques > 12 ans
- Rhinite chronique
  - allergique
    - antihistaminiques par voie générale
    - corticoïdes topiques
  - VG ? Hypertrophie cornets ? RGO ?  
CS ORL

# GÊNE RESPIRATOIRE PHARYNGÉE

---

- Tirage sous mandibulaire
- Position hyperextension de la tête ou genu pectoral
- Bavage

# GÊNE RESPIRATOIRE PHARYNGÉE

---

Amygdalite aiguë  
Tumeur amygdalienne  
Amygdales obstructives

# GENE RESPIRATOIRE PHARYNGEE AIGUE

---

- Éliminer une tumeur
- Le plus souvent :  
amygdalite aiguë  
corticoïdes
- Au pire :  
hospitalisation et  
sonde pharyngée

# AMYGDALES ASYMETRIQUES CHEZ L'ENFANT : urgence Pas de corticoïdes jusqu'au diagnostic

---

- Ce que l'on craint :
  - lymphome
  - dyslipidémie
  - histiocytose X
- L'asymétrie est-elle réelle ?
  - Rarement chez l'enfant
  - 258 enfants de 2 à 18 ans
  - Harley. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:767-8*

# SIGNES SUSPECTS DE LYMPHOME

Pas de corticoïdes jusqu'au diagnostic

---

- 46 enfants ayant asymétrie amygdalienne  
(réelle 21) 2-13 ans m 6,5 ans  
pas d'augmentation rapide  
43% symptomatiques : angines répétées (10), ronflement (5), obstruction nasale (4), dysphagie (1)
- 7 enfants ayant un lymphome amygdalien  
2-9 ans m 4,8 ans  
augmentation rapide (6 semaines)  
86% symptomatiques : dysphagie (5), ronflement (3), sueurs (2), fébricule (2), adénopathies (1), hépatosplénomégalie (1) *Berkowitz et al. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999;108:876-9.*

# SIGNES SUSPECTS DE LYMPHOME

Pas de corticoïdes jusqu'au diagnostic

---

- ATCD néoplasie
- immunodépression (transplantation ++++)
- asymétrie marquée
- ne répondant pas aux ATB

# HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE ET SAOS : adresser en CS ORL

---

- Signes nocturnes :
  - ronflement
  - pauses / apnées
  - sommeil agité (réveils, appels, levers)
  - sueurs
- Signes diurnes :
  - céphalées matinales
  - morceaux
  - somnolence
- Examen : très grosses amygdales en dehors angine

# GÊNE RESPIRATOIRE LARYNGÉE

---

- ❑ Tirage sus sternal
- ❑ Et cornage
- ❑ Chez le NN :
  - laryngomalacie
  - paralysie laryngée
  - sténose sous glottique
- ❑ Chez le Nourrisson :
  - laryngite aiguë
  - angiome sous-glottique
  - corps étranger

# LARYNGOMALACIE

---

Signification particulière du tirage dans la laryngomalacie  
un tirage sus-sternal et xyphoïdien n'est pas synonyme de mauvaise tolérance mais témoigne seulement d'une descente inspiratoire du larynx (de même, dans cette étiologie, un balancement thoraco-abdominal ne traduit pas un épuisement respiratoire mais un défaut de mise en jeu des muscles intercostaux à l'inspiration); le tirage sus-sternal de la laryngomalacie est très diminué lorsqu'on ascensionne le larynx en poussant l'os hyoïde vers le haut

# LARYNGOMALACIE

---

50-75% des anomalies laryngées du NN

Association au RGO dans 60% des cas

Traitement endoscopique dans formes mal tolérées =  
résection des replis ary-épiglottiques: dyspnée  
sévère, prise des biberons lente et incomplète,  
stagnation pondérale

# PARALYSIES LARYNGÉES CONGÉNITALES

---

- 25% des anomalies laryngées du NN
- - Elle peut entraîner une dyspnée si elle est bilatérale ou unilatérale avec phénomène de twist (la corde hypotonique suit le mouvement de la corde controlatérale à l'inspiration)
- En l'absence de cause évidente (obstétricale ; chirurgie thoracique), il faut faire un bilan étiologique recherchant une cause neurologique, cardio-vasculaire ou tumorale cervico-médiastinale

# PARALYSIES LARYNGÉES CONGÉNITALES

---

- Les paralysies néonatales régressent au cours de la première année de vie dans 2/3 des cas si elles sont unilatérales (causes traumatiques plus fréquentes) et dans 1/3 des cas si elles sont bilatérales (causes neurologiques plus fréquentes)
- Les paralysies post-chirurgicales thoraciques ne régressent pas si elles persistent au delà de 6 semaines

# STENOSES LARYNGÉES

---

- Congénitales (fibro-cartilagineuse) ou plus fréquemment traumatique post-intubation (fibro-inflammatoire)
- Sous-glottiques ou glotto-sous-glottiques lorsque le rétrécissement sous-glottique est associé à une synéchie glottique antérieure ou à une immobilité glottique en adduction

# STENOSES LARYNGÉES

---

## Recherche d'un RGO

**Trachéotomie:** autrefois le seul traitement chez l'enfant; mais dangers de la trachéotomie prolongée avant 3 ans (décannulation, obstruction)

## Deux principaux types d'intervention:

- . **Laryngoplastie d'agrandissement** avec cricotomie ant et/ou post, voire quadrisection cricoïdienne, et interposition d'un greffon cartilagineux ant et/ou post
- . **Résection anastomose crico-trachéale**

# LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

## en urgence au domicile

---

- ❑ Conseil au téléphone :  
calmer, vapeur chaude
- ❑ Corticoïdes per os : 2 mg/kg/j équivalent prednisone  
Solupred®(prednisolone) 1 mg = 1 ml = 1 mg prednisone,  
flacon de 50 ml, enfant de 10 kg : 20 ml  
ou 2 cp 5 mg  
Celestène®(bétaméthasone) 1 mg prednisone = 0,15 mg  
bétaméthasone ; 40 gttes = 1 ml = 0,5 mg bétaméthasone :  
enfant de 10 kg : 6 ml (240 gouttes)  
attendre le résultat ++++

Si nette amélioration : ordonnance corticoïdes per os 3 jours

# Si pas d'amélioration : urgences hospitalières

---

- 1 - corticoïdes inhalés 2 mg budésonide (Pulmicort®)
- 2 - Aérosols d'adrénaline  
Aérosol Narcy 5 mg d'adrénaline  
Sous surveillance scope  
garder en surveillance 1-2 h
- 3 - puis relais par corticoïdes per os
- 4 - si insuffisant ou redux : 2ème aérosol  
garder hospitalisé
- 5 - si échec intubation

# DYSPNÉE LARYNGÉE NE CÉDANT PAS

---

- CE sus laryngé ou laryngé : le retirer

# DYSPNÉE LARYNGÉE CÉDANT DIFFICILEMENT, ou récurrence rapide à l'arrêt des corticoïdes

---

## 1 - enfant de moins de 6 mois :

- Évoquer un angiome sous-glottique
- Faire faire une endoscopie laryngée au décours de l'épisode aigu
- Puis :
  - Soit corticoïdes 15-21 j
  - Soit bêtabloquants après bilan, pendant 1 an

# DYSPNÉE LARYNGÉE CÉDANT DIFFICILEMENT, ou récurrence rapide à l'arrêt des corticoïdes

---

## 2 - chez le nourrisson :

- Évoquer une sténose laryngée congénitale
- Faire faire une endoscopie laryngée, trachéale et oesophagienne

# DYSPNÉE LARYNGÉE CÉDANT DIFFICILEMENT, ou récurrence rapide à l'arrêt des corticoïdes

---

- Antécédents d'intubation, surtout pour neurochirurgie, chirurgie cardiaque, coma :
- Se méfier d'une sténose sous-glottique acquise
- Faire faire une endoscopie

# DYSPNÉE LARYNGÉE AIGUE SUR FOND DE DYSPNÉE CHRONIQUE

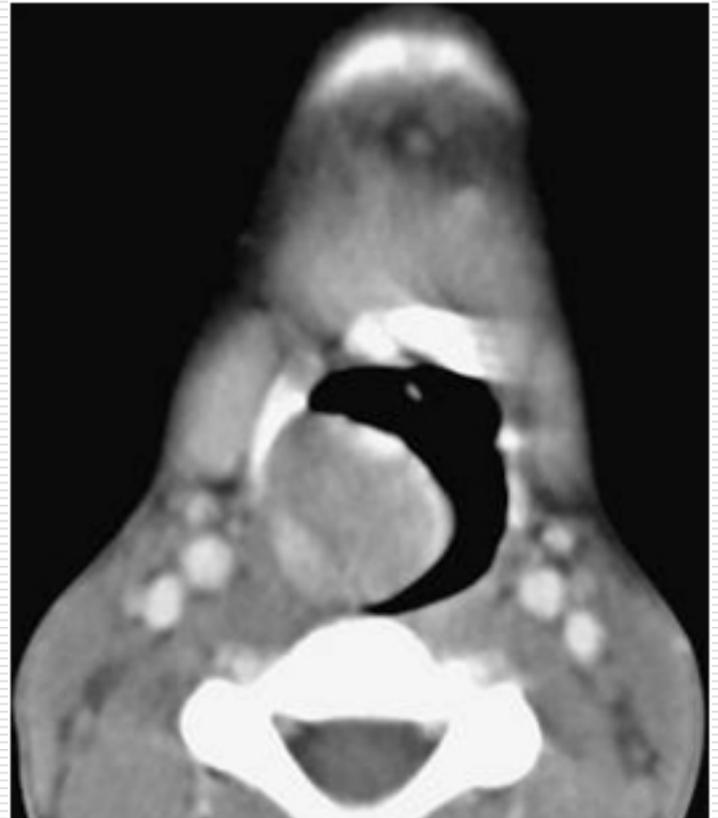
---

- ❑ Se méfier d'une tumeur laryngée
- ❑ Papillomatose ++++
- ❑ Faire faire une endoscopie
- ❑ Diagnostic : anatomopathologie

# TUMEURS LARYNGEES CHEZ L'ENFANT

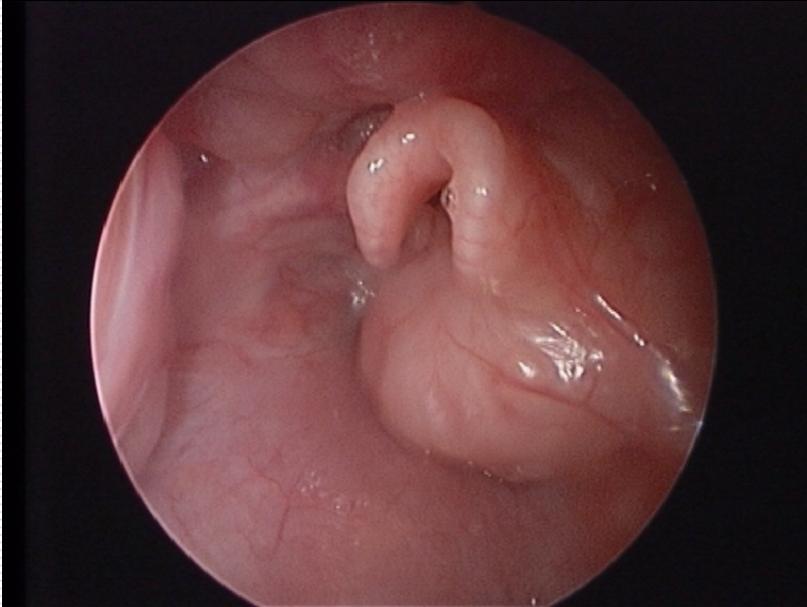
---

**léiomyosarcome**



# TUMEURS LARYNGEES CHEZ L'ENFANT

---



**neurofibrome**

# DYSPNEE : conduite à tenir

## 1 - au domicile

---

- Position préférentielle
- Bouche à bouche
- si suspicion CE : manœuvre de Heimlich ou de Mofenson
- si ATCD laryngite : corticoïdes per os, vapeur chaude et humide

# DYSPNEE : conduite à tenir

## 2 - intubation

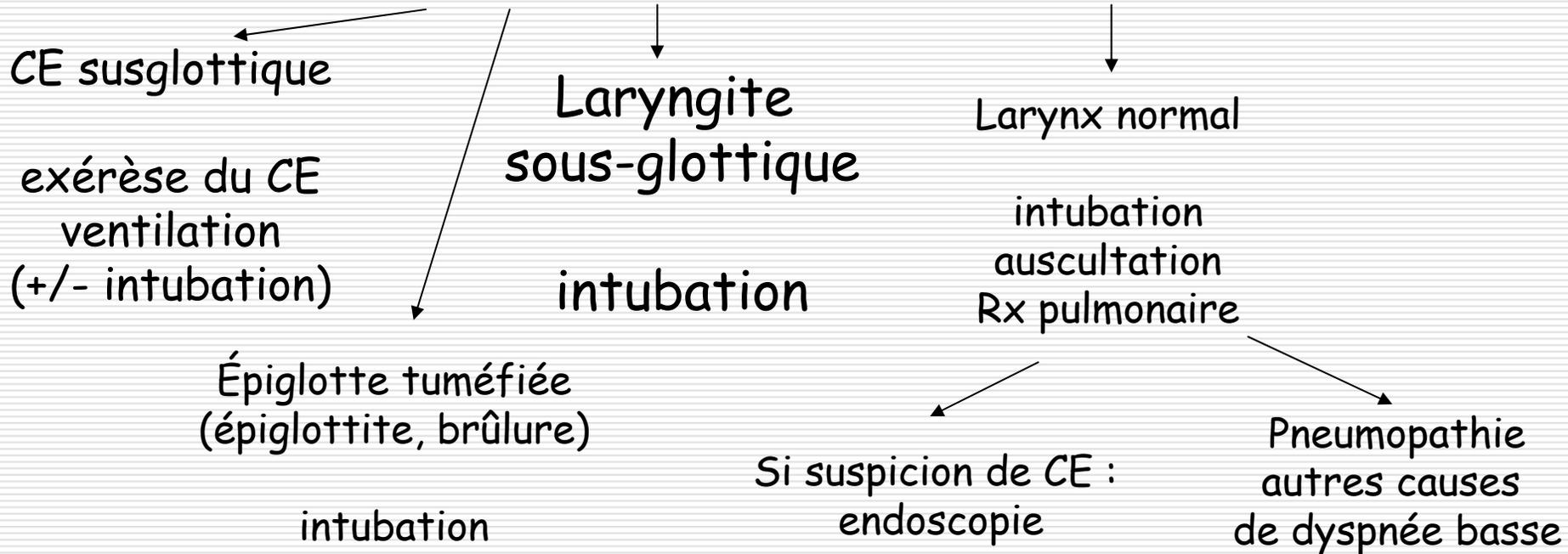
---

- Matériel
- Si pas d'amélioration :
  - intubation œsophagienne
  - intubation sélective
  - laryngotrachéite hypersécrétante
  - obstacle non franchi
  - pneumothorax
  - OAP

# Polypnée, enfant épuisé

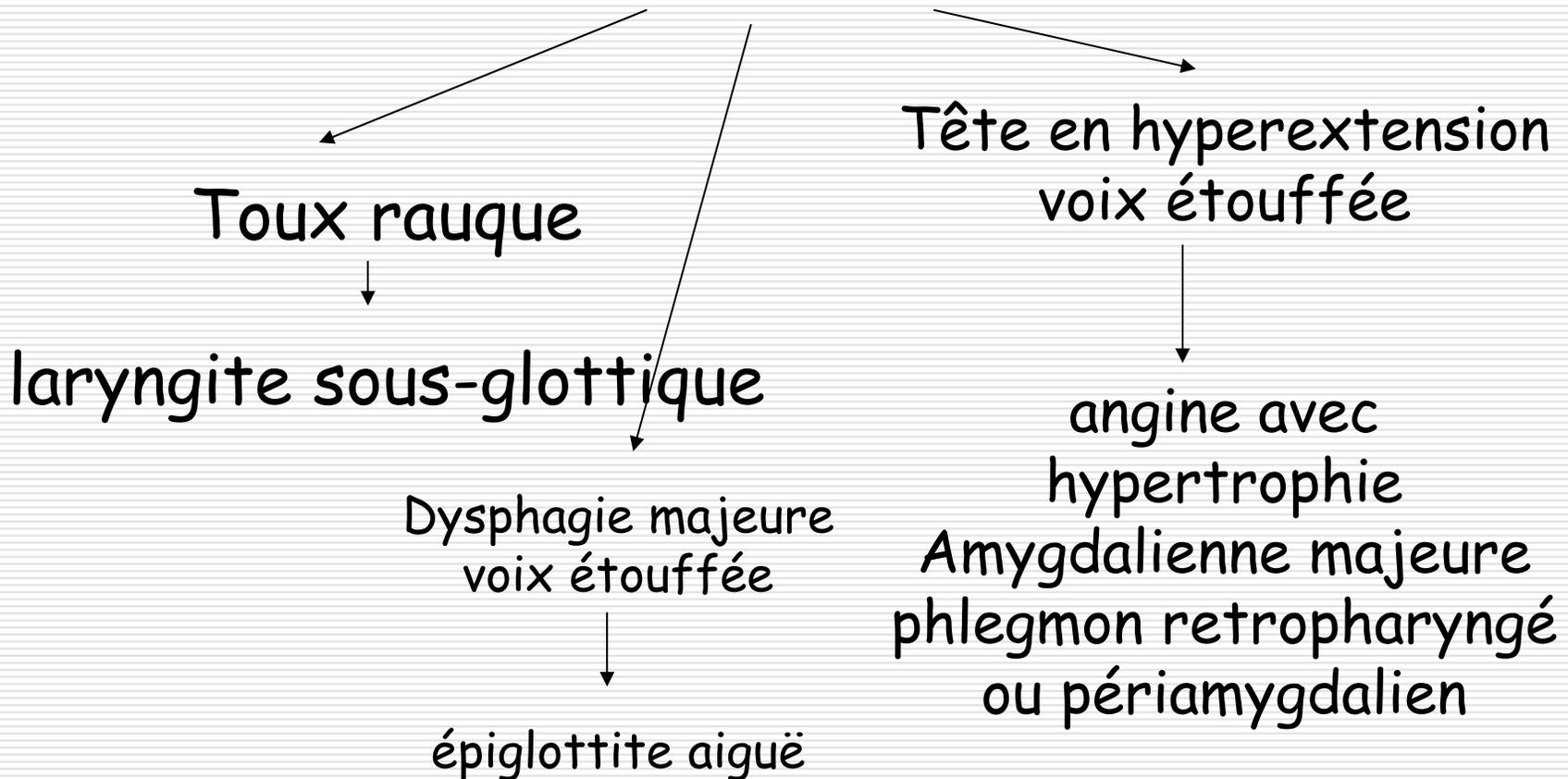
---

## Indication d'intubation pour ventilation

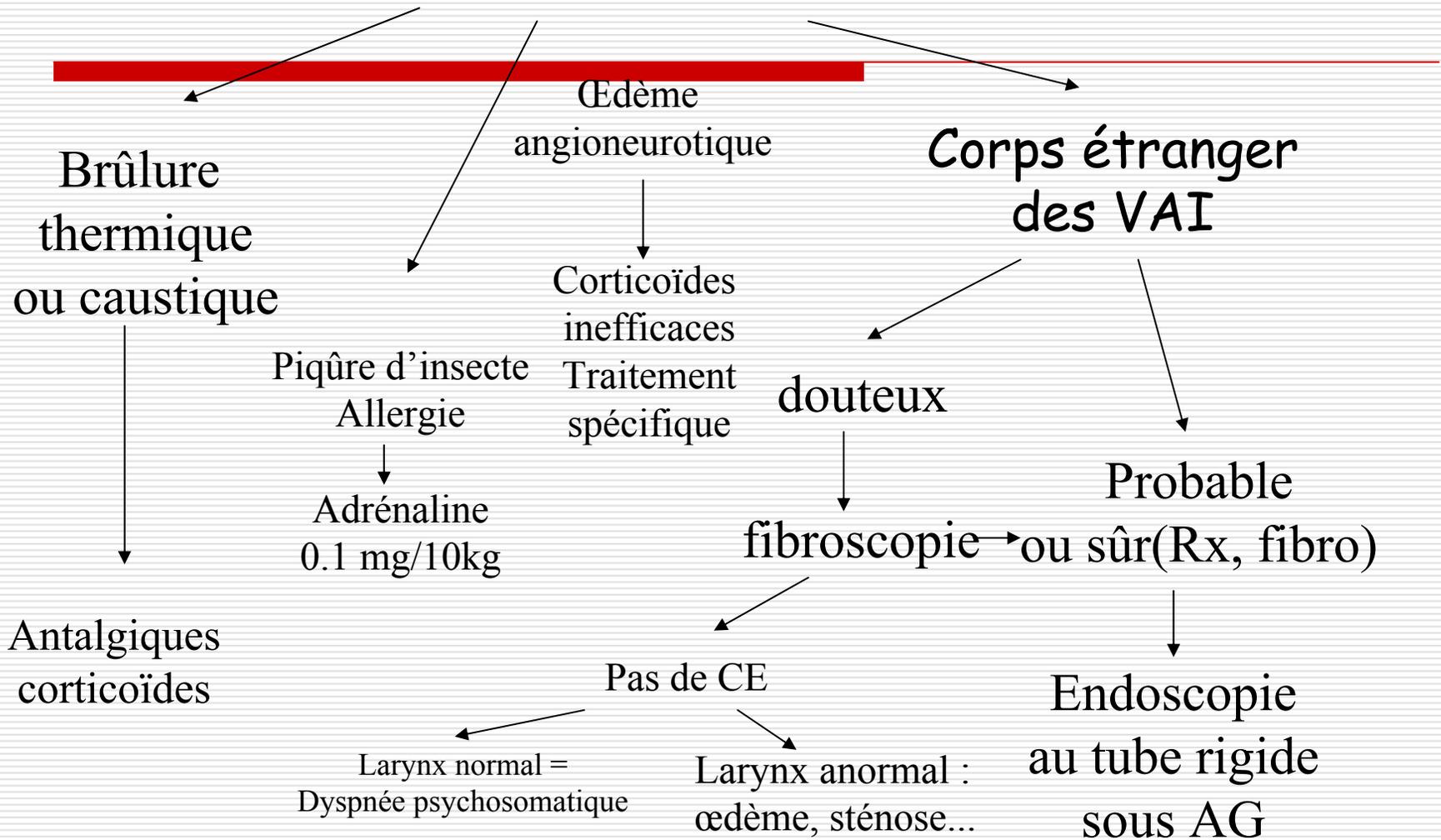


# bradypnée inspiratoire avec fièvre

---



# bradypnée inspiratoire sans fièvre



# LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

## bilan dans formes récidivantes

---

- Endoscopie
- Recherche d'allergie
- Recherche de RGO

