
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

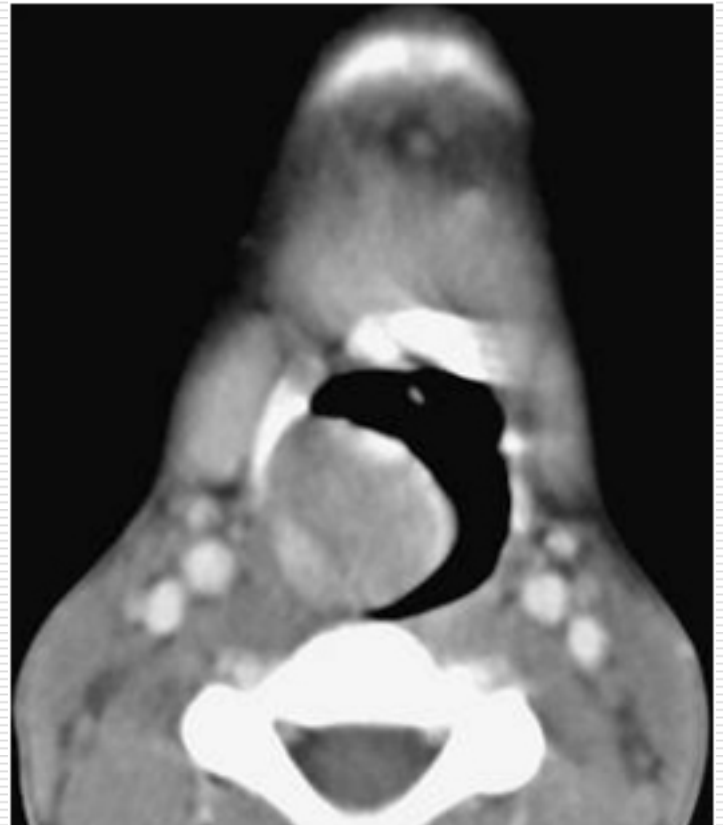
- Antécédents d'intubation, surtout pour neurochirurgie, chirurgie cardiaque, coma :
- Se méfier d'une sténose sous-glottique acquise
- Faire faire une endoscopie

DYSPNÉE LARYNGÉE AIGUE SUR FOND DE DYSPNÉE CHRONIQUE

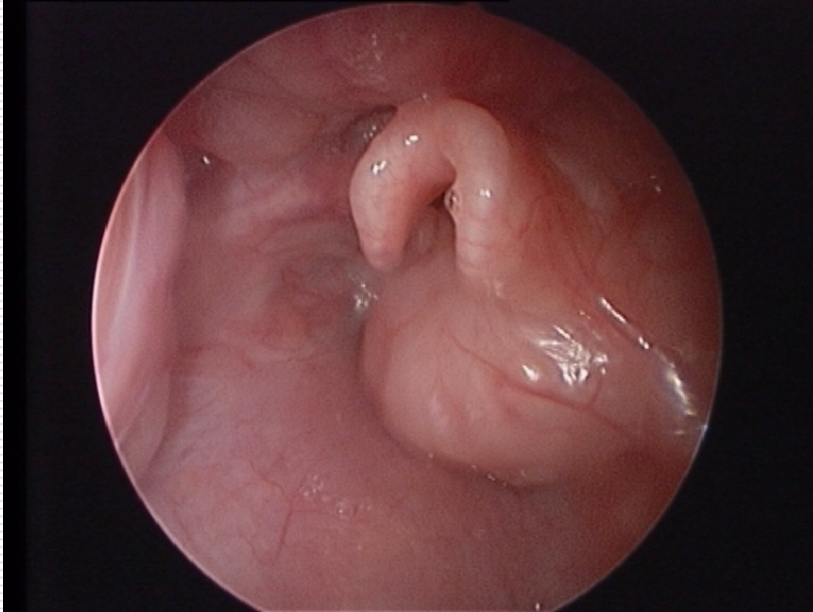
- ❑ Se méfier d'une tumeur laryngée
- ❑ Papillomatose ++++
- ❑ Faire faire une endoscopie
- ❑ Diagnostic : anatomopathologie

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

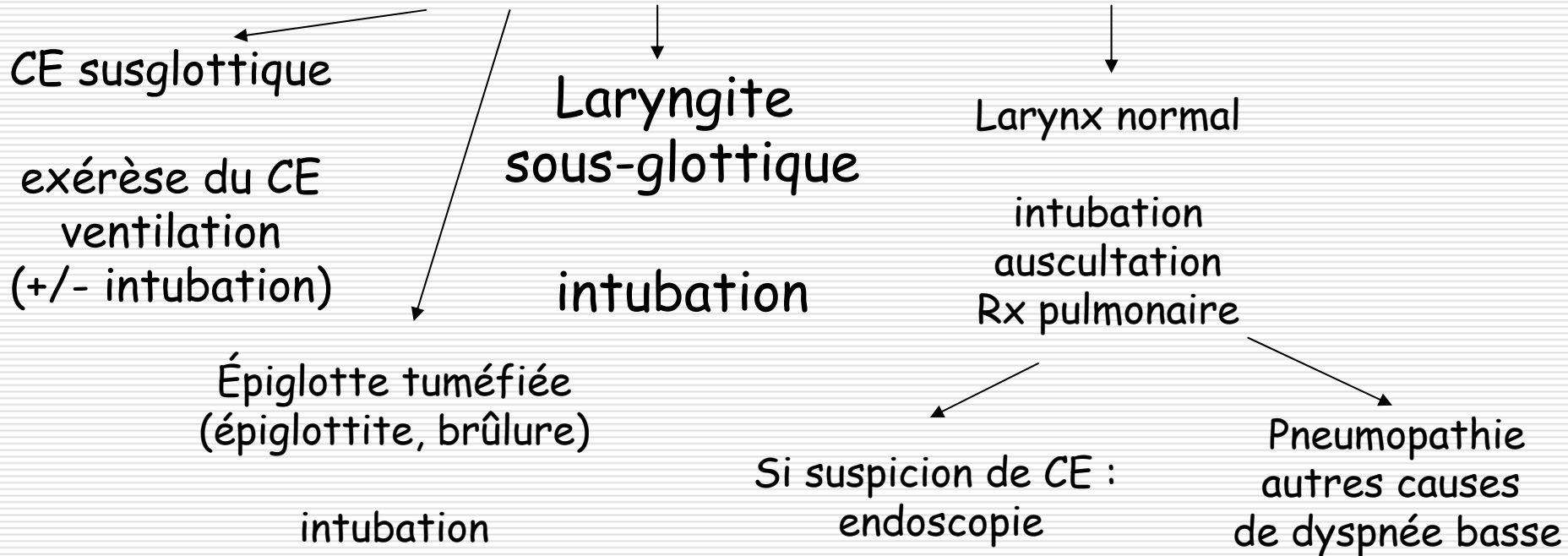
DYSPNEE : conduite à tenir

2 - intubation

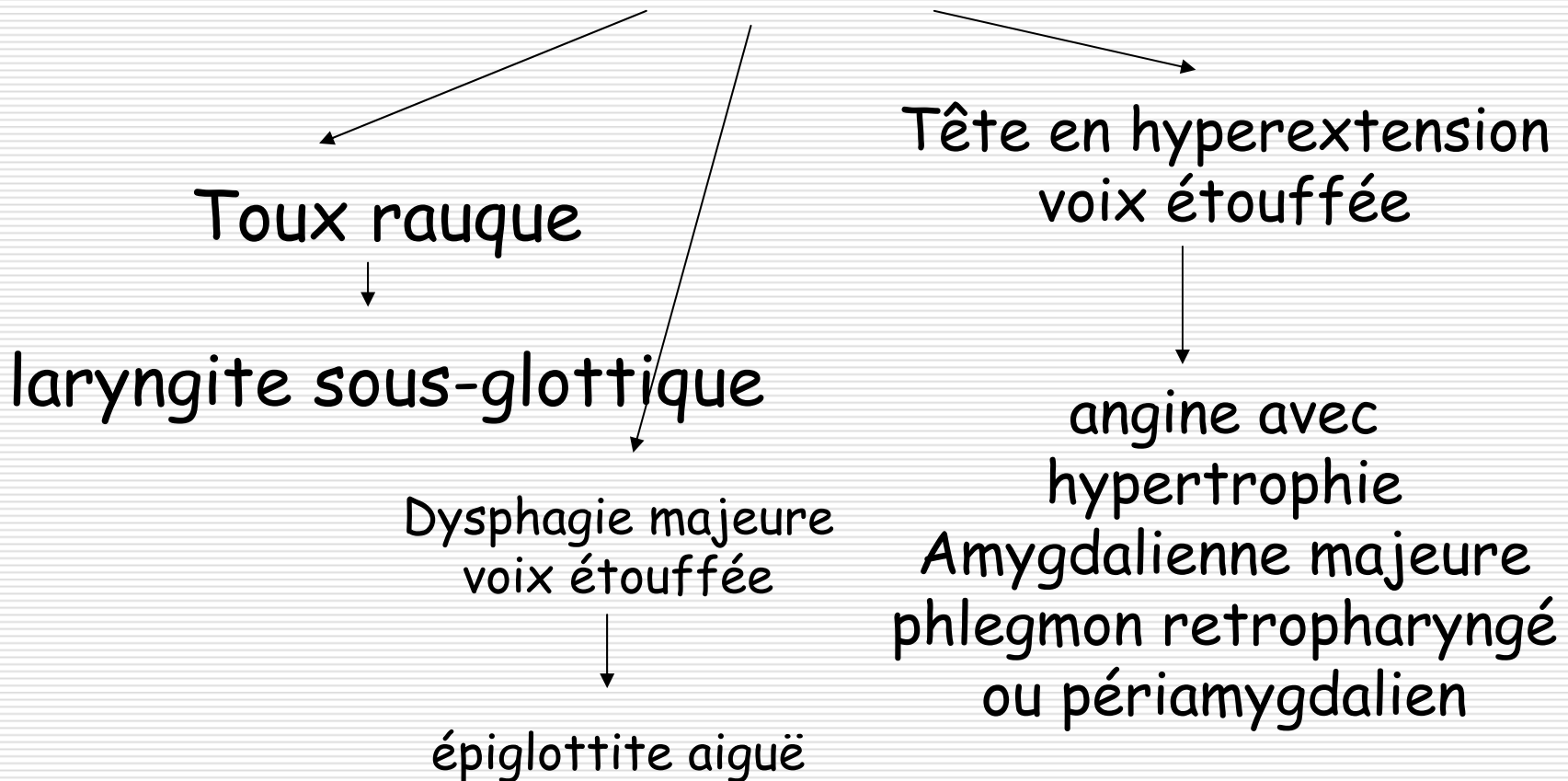
- Matériel
- Si pas d'amélioration :
 - intubation œsophagienne
 - intubation sélective
 - laryngotrachéite hypersécrétante
 - obstacle non franchi
 - pneumothorax
 - OAP

Polypnée, enfant épuisé

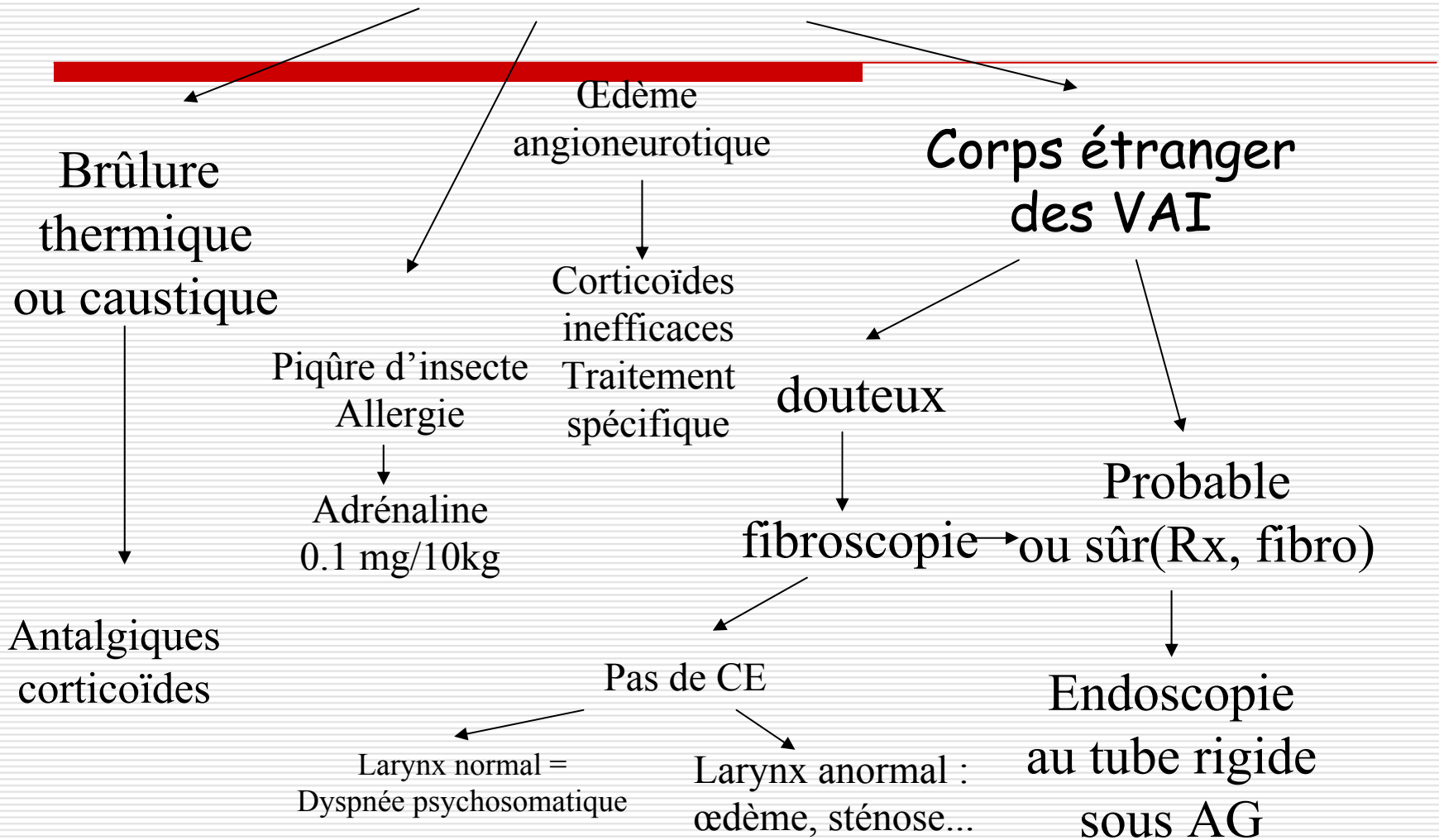
Indication d'intubation pour ventilation



bradypnée inspiratoire avec fièvre



bradypnée inspiratoire sans fièvre



LARYNGITE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

bilan dans formes récidivantes

- Endoscopie
- Recherche d'allergie
- Recherche de RGO

