

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique.

Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 2 février 2021

! nouvel en-tête valable dès janvier 2021 !

Première heure :

Stridor respiratoire avant un an

Dr F. Gorostidi, Médecin associé, CHUV

Les bruits respiratoires avant un an sont un problème fréquent en pédiatrie. En général, ils sont bénins. Mais comment faire le tri ? Il ne faut en tout cas jamais banaliser.

Tout d'abord, il faut chercher les signes de gravité (Red flags) nécessitant une intervention rapide voir immédiate.

Puis il faut faire un diagnostic différentiel.

Et ensuite, identifier les cas nécessitant des investigations.

Tout bruit est pathologique chez l'enfant et nécessite une attention. Il doit être examiné avec précaution.

Il faut distinguer :

Le stridor : d'intensité aiguë, variable. Concerne plutôt la gorge.

Le stertor ou ronflement, d'intensité grave. En général purement rhino-oropharyngé.

Le wheezing ou sibilances impliquant les voies respiratoires basses, très caractéristique.

L'évaluation d'un bruit inspiratoire implique de rechercher des signes de détresse respiratoire à l'examen (tirage, battement des ailes du nez, balancement thoracique, etc.)

Il y a trois degrés de détresse respiratoire :

1^{er} : peu de répercussion, l'enfant continue de manger, n'est pas anxieux, boit correctement.

2^e : il y a des signes d'anxiété, l'enfant est inconfortable, il refuse de s'alimenter ou de boire.

3^e : l'enfant est exténué, il y a un ralentissement de la fréquence respiratoire et cardiaque, la couleur est mauvaise, l'enfant est transpirant.

En cas de difficultés respiratoires, l'enfant adopte une position en général assise. Il ne faut pas le forcer à se coucher. Les enfants savent exactement comment réagir face à une obstruction progressive. Il faut se méfier des cliniques faussement rassurantes.

A l'examen, on recherche : s'agit-il d'un wheezing ? d'un stertor ? d'un stridor ? le bruit est-il inspiratoire ou expiratoire ?

Puis l'anamnèse est pratiquée : s'agit-il d'un problème d'apparition brusque ? chronique ? lié à la position ? les symptômes sont-ils associés à de la fièvre ? de la dysphagie ? de la dysphonie ? est-ce que l'enfant a été intubé à la naissance ? existe-t-il un risque d'inhalation de corps étranger ?

D'un point de vue mécanique, un rétrécissement entraîne une accélération du flux selon le principe de Bernoulli et l'effet Venturi. Chez l'enfant, la particularité anatomique est que le diamètre au niveau cricoïde est petit : de 3.5 mm de 0 à 3 mois, de 5.5 mm de 4 à 6 ans.

Un stridor est toujours pathologique. Il peut être soit supra-glottique, inspiratoire, soit glottique sous-glottique, en général inspiratoire et expiratoire ; ou trachéal ou bronchique, expiratoire.

Il existe beaucoup d'algorithmes dans la littérature, certains induisent des confusions.

En cas de stridor, il faut déterminer s'il existe des signes de détresse respiratoire. Si oui, il faut sécuriser la situation. Sinon, il peut s'agir d'une forme chronique (congénitales ou acquises) ou aiguë (fébrile comme le faux croup, non fébrile comme l'inhalation d'un corps étranger d'où les traumatismes).

Le faux croup est une pathologie fébrile, avec stridor aiguë. Le traitement est symptomatique. Les faux croups à répétition doivent faire suspecter une malformation cricoïdienne.

L'épiglottite est devenue très rare depuis la vaccination contre l'*Haemophilus*. Il y a un état hautement fébrile, une position particulière, un bavage. Le traitement est une prise en charge hospitalière, il faut contrôler les voies aériennes.

Le corps étranger est une pathologie en général aiguë, associant la triade classique quintes de toux, dyspnée, avec ou sans cyanose.

Le corps étranger peut être expulsé directement.

Le corps étranger peut aboutir un décès immédiat.

Le corps étranger peut présenter une symptomatologie de dyspnée, stridor, toux. Mais parfois il peut être asymptomatique avec évolution vers une pneumonie ou un abcès pulmonaire. Ni l'anamnèse, ni le status, ni la radiographie ne sont conclusifs. La prise en charge efficace est l'endoscopie. La radiographie en inspiration puis expiration n'est pas évidente à pratiquer chez l'enfant, parfois on peut observer un shift médiastinal suggérant un corps étranger.

Stridor chronique acquis :

Il s'agit souvent de lésion d'intubation. Il existe une lésion sténotique sous-glottique. Il y a également la possibilité de bride glottique (accolement pathologique des cordes vocales).

Mais la symptomatologie peut également être liée à la papillomatose laryngée : Il s'agit d'une lésion en chou-fleur avec un aspect malheureusement récidivant et une agressivité variable.

Stridor chronique congénital :

60% sont liés à la laryngomalacie. C'est la cause la plus fréquente avant l'âge d'un an. L'apparition est progressive, en général on observe une amélioration vers l'âge de 18 mois. Elle est souvent associée au reflux gastro-intestinal. 15% nécessite un traitement chirurgical. L'immaturité des structures est souvent la cause. Parfois, elle peut être associée à d'autres malformations des voies respiratoires. Les signes de gravité sont diagnostiqués à l'endoscopie, et un traitement chirurgical endoscopique est possible. Il faut s'inquiéter en cas d'alimentation difficile, de cassure de la courbe pondérale, d'apnée obstructive.

La paralysie des cordes vocales représente 15 à 20% des cas. Elle est souvent unilatérale, de cause neurologique. Le cri est faible, la voix soufflée. Il faut rechercher une compression sur la voie nerveuse. En cas de paralysie bilatérale, le stridor est inspiratoire, de haute fréquence : il y a une dyspnée. Cela peut nécessiter une trachéostomie. En général, la récupération est fréquente.

Les sténoses sous-glottiques peuvent être liées à des anneaux trachéaux. Il y a des traitements possibles par dilatation endoscopique de la sténose.

Les hémangiomes sous-glottiques sont aigus et peuvent être soignés par traitement bêtabloquant.

Les kystes laryngés sont également possibles.

Le diastème laryngé (communication avec l'œsophage) est une pathologie plus rare mais entraînant de graves complications pulmonaires.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch