

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>; le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pédiatrie" en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Genève – Lausanne du 5 février 2013

Deuxième heure:

Evaluation du stridor

Orateurs: Prof C. Barazzone, Dr Mornand et Dr Leuchter

Le stridor relève-t-il de la pneumologie? De l'ORL? De la chirurgie?

Les Drs Mornand, pneumologue, et Leuchter, ORL, ont créé une consultation conjointe des voies respiratoires.

Les bruits respiratoires sont dus à des turbulences du flux respiratoire.

Le stridor est un son aigu lié à une atteinte des voies respiratoires supérieures.

Le stertor un bruit grave liée à une atteinte nasale ou pharyngée (ronflement)

Les sibilances sont de haute tonalité, liée à une atteinte des voies respiratoires basses.

Le stridor peut être inspiratoire (extra-thoracique), expiratoire (intra-thoracique) ou biphasique (sévère).

Il peut être aigu (pathologie infectieuse, faux croup, ou corps étranger) ou chronique, soit congénital, soit acquis.

Chez le nouveau-né, la bouche est petite, le volume de la langue important, le cou court avec un larynx à hauteur de la 3ème cervicale (6ème chez l'adulte). Il existe un contact entre l'épiglotte et le voile du palais, la forme de l'épiglotte est différenciée.

Le larynx est en entonnoir, avec un cartilage cricoïde plus étroit (4mm chez le nouveau né, 8 chez l'adulte)

Le stridor s'évalue en fonction de:

- cause aiguë (par ex corps étranger)

- anamnèse: dans la première année de vie, cause congénitale (atrésie, anomalie vasculaire), après 3 ans, les causes acquises sont plus fréquentes.

Il faut rechercher une anamnèse d'accouchement traumatique, d'intubation (risque de sténose), de prématurité, quelle est la chronologie d'apparition.

Une vidéo faite par les parents est utile.

Comment est la voix? Existe-t-il une dysphonie?

Comment se passe l'alimentation? (sein plus difficile) durée de l'alimentation?

Qualité de sommeil? Cyanose?

L'examen clinique comporte l'observation de la respiration, des bruits respiratoires; de signes de dysmorphie; de signes de lutte respiratoire de lésion cutanée (hémangiome)

Les signes de gravité sont les épisodes aigus, les signes de lutte, les difficultés alimentaire, une mauvaise qualité de sommeil, une aggravation dans le temps, L'inquiétude des parents doit alerter.

L'examen ORL vérifie le nez, les fosses nasales; vérifier la perméabilité des fosses nasales (par ex buée); le palais, les amygdales; le larynx est examiné au nasofibroscope (sous anesthésie nasale) avec film (examen furtif)

Une bronchoscopie souple peut être pratiquée sous sédation, avec examen de la mobilité des cordes vocales (examen dynamique, contrôle de la mobilité laryngée) puis examen de la sous-glotte. Puis une laryngoscopie rigide est pratiquée pour les voies respiratoires inférieures.

La micro laryngoscopie en suspension permet de mieux analyser les cordes vocales. Les autres examens utiles sont TOGD, CT Scan, IRM

Exemple: bébé de 4 mois, apparition d'un stridor et difficultés respiratoires ainsi qu'alimentaires. L'examen objective une laryngomalacie (cause de 35 à 75% du stridor du nouveau-né).

Le stridor est présent aux pleurs, à l'alimentation, est amélioré par une hyper-extension du cou.

Il peut apparaître des 2 semaines de vie, s'aggrave entre 4 et 8 mois, puis diminue entre 12 et 18 mois.

La laryngomalacie est légère dans 40% des cas avec stridor intermittent, modéré dans 40 %, sévère dans 20% des cas avec répercussion respiratoire et alimentaire.

La laryngomalacie est souvent associée à un reflux gastro-œsophagien (RGO), aggravant un œdème des aryténoïdes.

Elle est associée au syndrome de Down, à certaine microdélétion, à des maladies neurologiques. Des lésions secondaires sont possibles.

Le diagnostic est posé par nasofibroscopie dans les formes légères, par endoscopie si signe de gravité.

Les formes légères sont traitées par surveillance, les formes modérées par Inhibiteur de la Pompe à proton, les formes sévères par IPP, supraglottoplastie en AG, éventuellement trachéostomie.

Autre exemple: un bébé de 1 mois présente un épisode de syndrome de détresse respiratoire, des difficultés alimentaires, un stridor bi-phasique, des signes de lutte respiratoire. La nasofibroscopie objective une paralysie complète des cordes vocales (voix normale, il y a dysphonie si atteinte unilatérale).

La diplégie des cordes vocales est la deuxième cause de stridor, représentant 10 à 15% des stridors. L'IRM cérébrale est nécessaire pour rechercher une malformation d'Arnold Chiari.

Il y a un risque de lésion pluri-étagée

La recherche de synéchie des cordes vocales est nécessaire.

Lors de diplégie des cordes vocales, il y a une récupération spontanée dans 59% des cas dans les deux ans. Parfois une trachéostomie est nécessaire. Après 2 ans la chirurgie est nécessaire.

Lors d'anomalie neurologique, la correction peut amener une disparition du stridor.

Autre exemple: bébé de 6 mois se présentant avec une symptomatologie de faux croup, stridor aux deux temps. L'examen cutané montre un hémangiome. On relève un début tardif, un stridor biphasique, une lésion cutanée. La bronchoscopie souple objective un hémangiome sous-glottique, avec hyper signal à l'IRM.

L'hémangiome est une anomalie bénigne; elle représente 1,5% des anomalies congénitales, plus fréquentes chez la fille; après une phase de prolifération rapide, il y a un plateau, puis une régression dans la deuxième moitié de vie.

Depuis 2008 il a été découvert que les bêta-bloquants permettent une régression des hémangiomes, le traitement est actuellement réservé aux formes sévères et les

modalités de traitement sont en cours d'évaluation. Ce cas a été traité avec succès par bêta-bloquant.

Dernier exemple: fille d'origine africaine de 10 mois, connue pour cardiopathie (CIV, CA persistant), s'alimentant correctement, présentant un stridor progressif bi-phasique, avec signes de lutte.

L'endoscopie montre une sténose trachéale. Ce rétrécissement était liée à une anomalie vasculaire, dont il existe 3 types : rétrécissement global de tout le calibre de la trachée, rétrécissement en sablier ou rétrécissement segmentaire (le plus fréquent). Ces anomalies peuvent être liées à d'autres malformations (par exemple mal perforation anale)

La prise en charge est variable:

- surveillance si forme légère
- chirurgicale si forme grave

Conclusions:

- le stridor est un symptôme fréquent
- il faut rester attentif, souvent la maladie est peu sévère (laryngomalacie)
- les signes de gravité doivent être recherchés
- s'il y a des signes d'inquiétude, l'enfant peut être envoyé en consultation spécialisée

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch