

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 30 avril 2024

Diagnostic et prise en charge d'une atteinte des voies aériennes chez les enfants.

Dre Pranvera Feka-Homsy

- 1) premièrement, il s'agit d'identifier la détresse respiratoire (bruit, tirage, tachypnée).
- 2) ensuite, il faut évaluer le degré de sévérité.
- 3) puis d'identifier la localisation de l'obstruction.
- 4) et enfin d'identifier l'étiologie.

Pour le premier point, l'inspection, l'auscultation, la fréquence respiratoire, sont importants.

Pour le deuxième point, le degré d'urgence est léger si la difficulté est présente, sans anxiété ni agitation. Le degré d'urgence est moyen si la difficulté est grave, avec dyspnée, présence d'une anxiété, d'une agitation, d'un refus alimentaire. L'urgence est très grave (critique) lorsqu'il y a des signes d'épuisement, pâleur cutanée, bradypnée et bradycardie.

Pour le troisième point, on peut distinguer le stertor, bruit de ronflement, inspiratoire et expiratoire, concernant les voies respiratoires supérieures. Il peut y avoir un stridor, concernant l'étage sus ou sous glottique. La présence d'un wheezing (bruit expiratoire) indique une obstruction basse (pulmonaire).

Le stertor est en général pire durant le sommeil.

Le stridor peut être biphasique, inspiratoire et expiratoire, par exemple lors de lésion d'intubation.

Concernant le bilan étiologique, il faut tenir compte de l'âge (enfant versus nouveau-né), du contexte d'apparition (brutale. En corps d'étranger, lors de traumatisme, d'infection, d'allergie) ainsi que de la cinétique d'apparition.

Premier exemple; bébé de 45 jours : il est hospitalisé dans le contexte d'une polytoxicomanie maternelle, naissance par césarienne à 38 5/7 avec un retard de croissance intra-utérin. Elle est hospitalisée pour traitement d'un sevrage, par morphine. Un syndrome de détresse respiratoire apparaît assez rapidement, avec stridor, tirage, des saturations. Le stridor est inspiratoire.

A la naissance, on aurait pu envisager une paralysie des cordes vocales. Le diagnostic différentiel avec un hémangiome se pose, en général le stridor est d'apparition progressive.

Dans ce cas, il s'agissait de laryngomalacie. Le diagnostic a été posé par nasofibroscopie, sous anesthésie générale. Parfois cet examen est possible au lit du malade.

La prise en charge a consisté en Nexium, poursuite du sevrage de la morphine, et une supraglottoplastie chirurgicale a été pratiquée.

La laryngomalacie est l'anomalie laryngée la plus fréquente (60 % des cas). La clinique est très suggestive.

La symptomatologie apparaît dès les premières semaines de vie, il y a une progression jusqu'à l'âge de six à huit mois puis une résolution à partir de 12 mois de vie.

20 % des cas ont une présentation sévère nécessitant de la chirurgie. 80 % sont associés à un reflux gastro-œsophagien.

Concernant l'étiologie, il existe trois théories : anatomique (anomalie de la forme et de la structure du larynx) ; cartilagineuse : le cartilage trop immature est mou, mais cette théorie n'est pas confirmée. Neuromusculaire : une dysfonction neuro sensorielle, un manque de coordination neuromusculaire ou à une anomalie du larynx.

Il existe trois types anatomiques : premièrement une forme œdémateuse (souvent liée au reflux gastro-œsophagien). Deuxièmement l'épiglotte est tubularisée (le repli ary épiglottique est trop court). Troisièmement, l'épiglotte est rétrofléchie (cartilages trop mous). Cette forme se voit souvent chez les enfants infirmes moteurs cérébraux.

Lors d'atteinte légère, (80 % des cas) un suivi mensuel, clinique est suffisante. Éventuellement un traitement de Nexium peut-être nécessaire.

Lors d'atteinte sévère (difficultés alimentaires, respiratoires, cassure de la courbe de poids), la chirurgie est à envisager.

Deuxième exemple : une fille de 10 mois se présente aux urgences avec une toux rauque, une respiration bruyante, sans fièvre. La fréquence respiratoire est à 35, il n'y a pas de détresse respiratoire, la saturation est à 99 %, on note un stridor. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'envisager des examens complémentaires, un diagnostic de fond croup léger a été posé.

Néanmoins, elle a re-consulté le lendemain pour aggravation des symptômes, sans rhume, sans notion de corps étranger. A l'examen clinique, on note une tachypnée, un bruit de stridor aux deux temps. Le score de dyspnée est élevé, et selon le schéma, un traitement d'adrénaline est introduit.

Après 3 jours, l'évolution n'est pas favorable et l'O.R.L. est appelé. Une endoscopie sous anesthésie générale est pratiquée, qui a mis en évidence un corps étranger sous glottique.

En France, il y a entre 600 et 1000 cas de corps étranger par an. Les complications sont la dyspnée, la toux, l'hémoptysie, le pneumothorax. En général, le corps étranger est plutôt pulmonaire. La plupart du temps, il s'agit de matière organique (cacahouète). Il est utile de pratiquer un cliché pulmonaire en inspiration et expiration. La radiographie est évocatrice dans un à 10 % des cas.

Lorsqu'il y a une suspicion de syndrome de pénétration, on retrouve un corps étranger dans 35 % des cas. Lorsqu'il y a un syndrome de pénétration et une diminution du murmure vésiculaire, on trouve un corps étranger dans environ 80 % des cas.

Le traitement se fait par bronchoscopie rigide, il est nécessaire d'analyser toutes les voies respiratoires.

Ce cas illustre l'adage qu'un train peut en cacher un autre.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch