

Laryngite aiguë

Fanny DE ARAUJO – IPDE Urgences Pédiatriques
Hélène ESCASSUT – CCU-AH - Urgences Pédiatriques
Clermont-Ferrand
Journée du 09 novembre 2023

Plan

- Vignettes cliniques
- Anatomie – physiopathologie – histoire clinique – diagnostics différentiels
- Score de Westley
- Traitements
- Examens complémentaires
- Qui orienter en consultation spécialisée ?
- Prise en charge paramédicale

Cas clinique 1 : Louis 2 ans

- Pas d'antécédent particulier
- Apparition brutale d'une **toux aboyante** en milieu de nuit.
- A l'arrivée, FR 25/min, sat 99% en AA, auscultation symétrique, tirage intercostal et balancement thoraco-abdominal. Reste de l'examen normal.
- Corticothérapie orale 1 mg/kg en dose unique.
- Retour à la maison.

Cas clinique 2 : Célie 5 mois ½

- Apparition brutale d'une gêne respiratoire, à 23h30.
- Antécédents :
 - Née à terme eutrophe, pas de détresse respiratoire
 - Hospitalisée vers 15 jours de vie pour stagnation pondérale
 - Notion de stridor sur laryngomalacie
 - Bilan ORL en ville: nasofibroscopie en faveur d'une laryngomalacie
- A l'admission : FR à 70/min, SpO2 90%, T°C à 38,2, FC 160bpm
 - Tirage sus sternal, BTA, TIC, BAN
 - Stridor aux deux temps à l'oreille
 - Sueurs
 - Bébé geignard

Prise en charge :

- Nébulisation **d'adrénaline** 3mL et **corticothérapie** orale à 2mg/kg
- Nette amélioration 30 minutes après la nébulisation

Hospitalisation de l'enfant devant le tableau sévère initial et poursuite de la corticothérapie orale sur 3 jours

Devant l'âge de l'enfant, une endoscopie bronchique est organisée à J10 (à distance de l'épisode viral – risque anesthésique)

Retour à la maison dans l'attente du geste.

- Le lendemain matin, enfant retrouvé inanimé dans son lit. Mort subite du nourrisson.
 - Cosleeping

Autopsie: **Sténose sous glottique congénitale**

Cas clinique 3 : Jade 17 mois

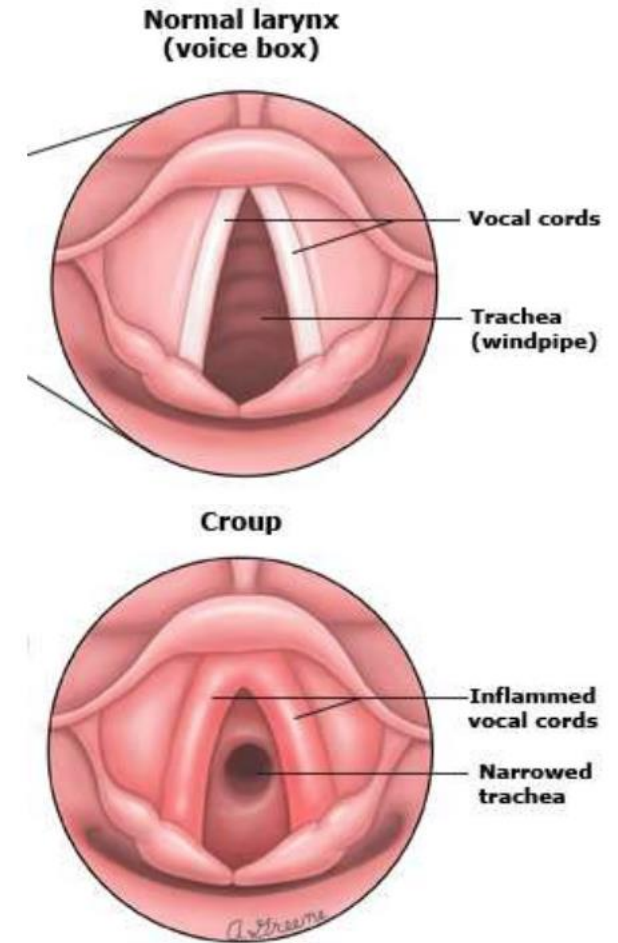
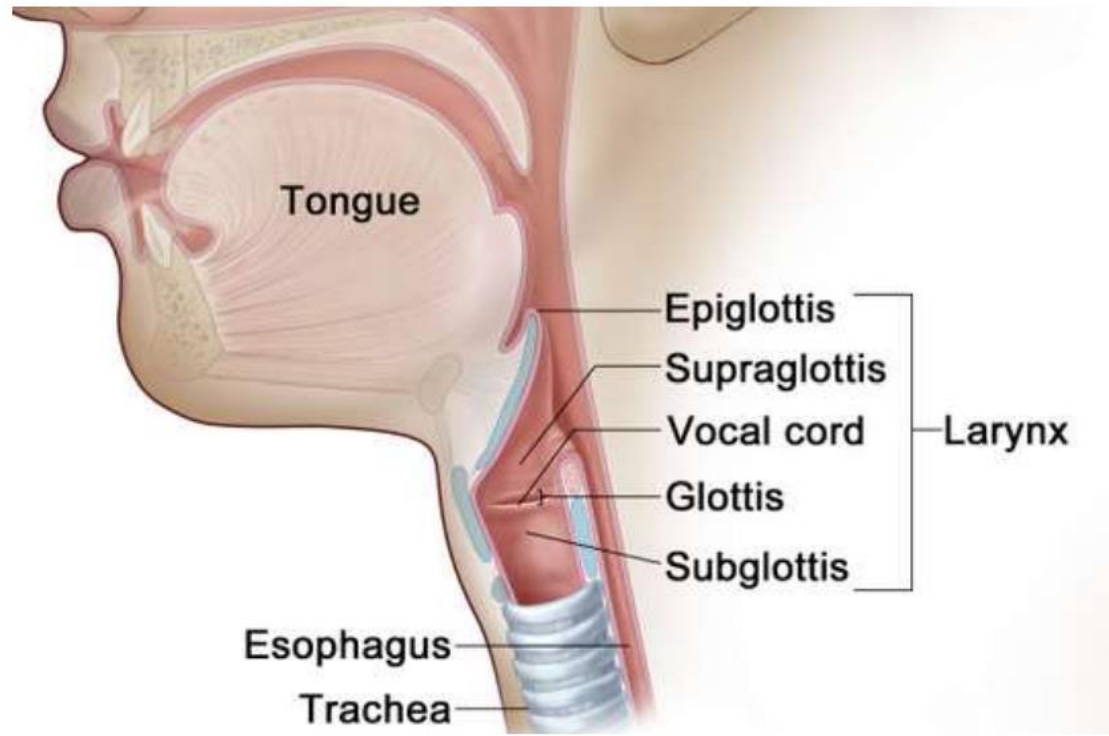
- ATCD : asthme du nourrisson. 2 laryngites en 2022.
- HDLM =
 - 14/03 : apparition d'une toux rauque.
 - UHCD du 19 au 21/03 : détresse respiratoire sur laryngite aiguë hospitalisée à l'UHCD : Corticothérapie orale, aérosols d'adrénaline, de ventoline répétés. Introduction aérosol de budésonide. Sortie sous aérosols de budésonide.
 - Se présente aux urgences pédiatriques le 22/03 pour réapparition des signes de lutte.
- A l'arrivée : sat 99% en AA, FR 35, tous les signes de lutte, stridor permanent, FC 145/min.

- Prise en charge
 - Corticothérapie orale 2mg/kg
 - Aérosol d'adrénaline 5mg
 - Reprise imprégnation aux bêta 2 mimétiques
 - Gazométrie : normocapnie malgré polypnée
 - BS : Leucocytose à 17G/L dont 11,6 G/L, CRP 10mg/L, ionogramme sanguin normal, pas d'insuffisance rénale
 - Hospitalisation SC : Introduction OLHD 2L/kg/min
- Explorations complémentaires
 - RP inspiratoire et expiratoire : pas d'argument pour corps étranger
 - TDM cervical : œdème laryngé sans argument pour compression extrinsèque

- Evolution

- Amélioration progressive mécanique ventilatoire. Sevrage OLHD. Arrêt corticothérapie orale le 30/03 après décroissance progressive.
- Poursuite Ventoline 7-10 jours.
- Consultation de suivi ORL
- Bilan immunitaire
- A distance de l'épisode aigu, examen conjoint pneumopédiatre et ORL pour fibroscopie bronchique et laryngoscopie en suspension sous AG.

Endoscopie subnormale en dehors d'une discrète inflammation des voies aériennes



Inflammation et œdème de la région sous glottique

Physiopathologie : les voies respiratoires de l'enfant sont très particulières

- **Petit calibre** → Augmentation des résistances à l'écoulement. Se majore avec le rétrécissement des VA, l'augmentation du travail et la polypnée.
- **Respiration nasale** préférentielle et **macroglossie**
 - Troubles de conscience ou épuisement → obstruction
 - Ouvertures des voies aériennes +++
- **Anneaux cartilagineux** souples (notamment trachéal)
 - Hyperextension → obstruction

Laryngite aiguë

- Symptomatologie - Histoire clinique
 - Dans les suites d'une rhinopharyngite
 - Toux rauque
 - Voix enrouée
 - Stridor avec ou sans dyspnée
 - Souvent début brutal avec aggravation en début – milieu de nuit
- **Automne-hiver**
- **Virale**: Parainfluenzae type 1, influenza, VRS, rhinovirus, adénovirus..
- Evolution habituelle : aggravation sur 3-5 jours, puis amélioration
- Age : 6 mois - 3 ans, pic vers **2 ans**
- Très **fréquent** – 1 à 2 épisodes par hiver
- Tous les spectres de gravité : de la gêne modérée à l'obstruction complète avec arrêt respiratoire
- Ne pas banaliser, surveiller, réévaluer.

Diagnostics différentiels

- Bronchospasme
- Corps étranger
- Laryngomalacie
- Épiglottite (position en tripode, « potato voice », hypersalivation, état septique)
- Trachéite bactérienne (symptômes persistants, peu de réponse au traitement, apparence toxique)
- Abscès rétropharyngé/périamygdalien (« potato voice », hypersalivation, torticolis, examen endobuccal anormal, trismus, pas de toux)
- Réaction allergique
- Anomalie des voies respiratoires (kyste, hémangiome, sténose sous-glottique)

Score de Westley

- Stades
 - Léger : Score ≤ 3 : signes disparaissent au calme
 - Modéré : Westley 4-5 : signes persistent au calme
 - Sévère : Westley ≥ 6 : agitation / léthargie

- Léger >>> Modéré > Sévère

Stridor	
Absence	0
Lors de l'agitation	1
Au repos au stéthoscope	2
Au repos sans stéthoscope	3
Tirage	
Absence	0
Faible	1
Modéré	2
Sévère	3
Passage d'air	
Normal	0
Diminué	1
Sévèrement diminué	2
Cyanose	
Absence	0
Lors de l'agitation	4
Au repos	5
Conscience	
Normale	0
Altération de l'état de conscience	5

Légère

Stridor au repos ou uniquement lors de l'agitation

FR normale

Absence de signe de lutte

Conscience normale

Modérée

Stridor au repos

Tachypnée modérée

Signes de lutte modérés

Conscience normale

Sévère

Stridor au repos

Détresse respiratoire aigue

Signes de lutte sévères

+/- altération de la conscience

- Pas de consensus actuel
- Différents protocoles selon les centres

Traitement (1)

- **Dose unique de corticoïdes**

- 0,15 à 0,6mg/kg équivalents dexaméthasone
- Bétaméthasone : CELESTENE soit 12 à 48 gouttes/kg
- Prednisone ou Prednisolone: SOLUPRED 1 à 4 mg/kg

	Beclométhasone (CELESTENE) PO	Prednisolone (SOLUPRED) PO	Dexaméthasone IV ou IM
Légère	0,15mg/kg ou 12 gouttes/kg	1mg/kg	0,15mg/kg
Modérée	0,3mg/kg ou 24gouttes/kg	2mg/kg	0,3 mg/kg
Sévère	0,6mg/kg ou 48 gouttes/kg (max 8mg)	4mg/kg (max 80mg)	0,6 mg/kg

*Cochrane 10 janvier 2023 : glucocorticoïdes pour la laryngite chez l'enfant : efficacité des glucocorticoïdes.
Dose de 0,6mg/kg pourrait être aussi efficace que celle de 0,15mg/kg mais études à réaliser.*

Traitement (2)

- **Corticoïdes inhalés**

- Budesonide 2mg nébulisation (PULMICORT) ou beclométasone 1,6mg (BECLOSPIN)
- A discuter pour les formes répétées : épargne cortisonique

- **Epinéphrine (Adrénaline 1mg/mL) nébulisée**

- 3mL de 1mg/mL pour formes modérées
- 3 à 5 mL de 1mg/mL pour les formes sévères
- Efficace en 30 minutes, risque de rebond à H2
- Surveillance 3 à 4h recommandée
- A répéter si besoin
- Si nécessité d'administrer 2 aérosols d'adrénaline → surveillance UHCD 6-12 heures au décours

Légère

12 gttes/kg Celestene PO
ou 1mg/kg solupred PO
ou 2mg Budesonide inhalé

Observation 2h

- Amélioration: RAD
- Absence d'amélioration: cf modérée

Modérée

3mL adrénaline 1mg/mL
+
12 gttes/kg Celestene PO
ou 1mg/kg solupred PO
ou 2mg Budesonide inhalé

Surveillance 4h

- Amélioration RAS
- Absence d'amélioration:
adrénaline et hospitalisation

Sévère

3 à 5mL adrénaline
+
0,6mg/kg
Dexaméthasone IV (ou IM)

Hospitalisation +/- SI
Adrénaline/h si besoin

Légère	Modérée	Sévère
12 gouttes/kg de Celestène PO ou 1mg/kg de Solupred PO ou 2mg Budésonide inhalé	3 ml d'adrénaline nébulisée Et 24 gouttes/kg de Célestène PO ou 2 mg/kg de Solupred PO	5 ml d'adrénaline nébulisée + 0,6mg/kg de Dexaméthasone IV ou IM
Observation 2h → Amélioration : RAD → Non amélioration : cf modérée	Surveillance 4h → Amélioration : RAD → Non amélioration : nouvel aérosol d'adrénaline et hospitalisation	Hospitalisation +/- SC Adrénaline répétée, /h si besoin

Traitement (3)

- Non spécifiques
 - Mise au calme
 - Dans la position où l'enfant est le mieux
 - Oxygène si besoin (souvent faibles besoins)

Laryngite sévère au bord de l'épuisement respiratoire : RARE

- En référer au réanimateur +++ - anesthésiste de garde
- Avis ORL en urgence
- Introduction OLHD : 2L/kg/minutes
- Si mauvaise évolution : discuter l'intubation oro-trachéale par la personne la plus expérimentée

Examens complémentaires - investigations complémentaires

- Non nécessaires
- Discuter au cas par cas si
 - Histoire pouvant être compatible avec syndrome de pénétration
 - Histoire pouvant être compatible avec anaphylaxie
- En cas de sévérité ou de non réponse au traitement
 - Gazométrie
 - Radiographie pulmonaire

Orienter les enfants vers une consultation spécialisée

- Les laryngites à répétition dans les situations suivantes:

Antécédent d'intubation

Age < 1 an ou plus de 4 ans

Hospitalisations ou recours aux urgences multiples

Pas d'amélioration malgré un traitement d'épreuve par IPP ou CSI

Suspicion d'inhalation de corps étranger

Anomalies congénitales autres associées

Hémangiomes cutanés

Cri étouffé ou voix rauque

Mauvaise réponse aux traitements lors d'un épisode de laryngite aigue

- Le nourrisson de moins de 6 mois en cas de mauvaise réponse au traitement - avec notion de stridor/intubation/hémangiomes

Et pour tous les nourrissons : prévention de la MSIN.

Prise en charge paramédicale : Evaluation

- Evaluation initiale à l'IAO
 - Quick look : Comportement / Respiration / Coloration (CRC)
 - Prise de constantes et entretien selon algorithme ABCDE :
 - SaO₂, FR, FC, T°, signes de lutte respiratoire, état de conscience, coloration, caractéristiques de la toux, présence stridor.
 - Priorisation selon échelle de tri
- Critères de sévérité / Installation SAUV
 - Altération état de conscience
 - Insuffisance respiratoire (SaO₂ < 94%, signes de lutte respiratoire)
 - Cyanose
- Objectiver le stridor : évaluer si présent simplement lorsque agité/pleurs ou au repos.

Prise en charge paramédicale : en box

- Instaurer les traitements dès la prescription : corticoïdes, aérosols...
- Prise de constantes ou surveillance scopée selon sévérité
 - jusqu'à 2h après l'aérosol d'adrénaline (effet rebond)
- Mise au calme de l'enfant
 - Limiter les stimuli (baisse luminosité, alarmes scope, regrouper les soins)
 - Objets transitionnels (doudous, sucettes...)
- Position proclive à privilégier mais confort de l'enfant avant tout.
 - Dans les bras des parents pour les plus petits.
- Réassurance des parents et de l'enfant.

Points clés

- Très fréquent
- Gravité variable
- Pas de consensus
- Traitement par corticothérapie et nébulisation d'adrénaline recommandé
- Savoir reconnaître les situations atypiques et évoquer diagnostics différentiels
- Savoir orienter vers ORL
- Importance ++ de la prise en charge paramédicale

MERCI

