



FMC

Urgences respiratoires pédiatriques

FMC Urgences respiratoires pédiatriques

11/12/2019

Dr Meyet – SAU-SAMU-SMUR – CH Bourg en Bresse

- Hugo 3 ans, amené par son papa pour toux et gêne respiratoire....
- Pas d'atcd notables, pas de tt, vaccins à jour
- Notion de rhinorrhée depuis 24h, voix rauque depuis ce matin puis apparition d'une toux très rauque et de bruits respiratoires anormaux dans la soirée
- A l'admission: Subéfrile 38,2°C – EG conservé - CGS 15, agitation modérée - Bonne HD: Fc 110 env, TRC 2s, non marbré - FR 30-35, Spo2 96% AA, sg de lutte avec tirage sus-sternal, intercostal et discret BTA. Auscultation CP N - Stridor inspiratoire + toux aboyante - discret encombrement ORL – tympanes congestifs – RAS par ailleurs. P = 15 kg

Quel diagnostic doit être évoqué?

1- Rhinopharyngite

2- Asthme

3- **Laryngite**

4- Epiglottite ou autre abcès ORL (amygdalien, rétro-pharyngé...)

5- Corps étranger

6- Anaphylaxie

Comment classifieriez-vous la laryngite d'Hugo en terme de gravité?

- 1- Laryngite aigue légère
- 2- Laryngite aigue modérée
- 3- Laryngite aigue sévère

1- Antitussifs

2- Corticoïdes per os (ou IV si impossibilité de prise per os)

3- Nébulisation de corticoïdes (type budesonide)

4- Nébulisation d'adrénaline

5- Humidification

6- Antibiothérapie

- 1- Prednisolone (Solupred) – 2 à 4 mg/kg
- 2- Betaméthasone (Célestène) – 16 à 40 gttes/kg (0,2 à 0,5 mg/kg)
- 3- Dexaméthasone per os ou IM (0,15 à 0,30 mg/kg)

Vous observez une bonne évolution d'Hugo sur le plan clinique après une dose de charge de corticoïdes (600 gouttes de Célestène) et un aérosol d'adrénaline (5 mg):

- Régression complète du stridor, des sg de lutte et de l'agitation.
Diminution de la toux.
- FR 20-25. Spo2 99% AA.
- Stabilité HD.

Combien de temps surveillez-vous Hugo avant d'envisager un RAD?

- 1- Pas de nécessité de surveillance. RAD immédiat devant la bonne évolution clinique
- 2- **Au minimum 2 à 3h après la fin de l'aérosol**
- 3- Hospitalisation d'emblée sur la fin de la nuit
- 4- **Hospitalisation si persistance de sp > 4h après corticothérapie et nécessité de > 1 aérosol d'adrénaline**

- 1 – Paracétamol: 1 dose-poids/ 6h si douleurs ou fièvre
- 2 - Antitussifs
- 3 - Humidification
- 4 - Poursuite corticothérapie per os pendant 3 jours si utilisation de prednisolone ou si dose administrée < dose de de charge
- 5 – AINS
- 6- Antibiothérapie

Alors que vous préparez les ordonnances de sortie le papa d'Hugo vous informe que son épouse vient de le contacter. Martin, le petit frère de 2 mois et demi, commence à présenter des symptômes un peu semblables à ceux ayant motivé la consultation d'Hugo.

Le papa vous demande si une consultation semble nécessaire ou si il peut administrer les mêmes traitements à Martin qu'à Hugo.

- 1 - DRP + proclive + fractionnement alimentaire + surveillance simple
- 2 - Humidification + corticoïdes (dose de charge adaptée au poids) + surveillance
- 3 – Consultation systématique
- 4 – Avis ORL +/- hospitalisation
- 5 – Radiographie thoracique
- 6 – Antibiothérapie systématique < 6 mois

- 5% des motifs d'admission au SU. 2^e cause de DRA après la bronchiolite.
- Toute l'année. Recrudescence hivernale. Pic de fq: 1 à 3 ans
- Essentiellement d'origine virale
- Voix rauque, dyspnée laryngée, stridor, toux aboyante +/- sg de lutte
- Dg différentiels: Inhalation de CE, épiglottite ou autre foyer infectieux ORL, réactions allergiques, angioedèmes, malformations
- Pas de classification commune, pas de recommandations nationales
=> propositions et avis d'experts

Score clinique de Westley pour la laryngite

État de conscience

| | |
|-----------------------------------|---|
| Normal (incluant le sommeil)..... | 0 |
| Désorientation | 5 |

Cyanose

| | |
|-------------------------------|---|
| Aucune..... | 0 |
| Quand le patient s'agite..... | 4 |
| Au repos..... | 5 |

Stridor

| | |
|-------------------------------|---|
| Aucune..... | 0 |
| Quand le patient s'agite..... | 1 |
| Au repos..... | 2 |

Entrée d'air

| | |
|--------------------|---|
| Normale | 0 |
| Diminuée..... | 1 |
| Très diminuée..... | 2 |

Tirage

| | |
|-------------|---|
| Absent..... | 0 |
| Léger..... | 1 |
| Modéré..... | 2 |
| Grave | 3 |

Source : Westley CR, Cotton EK, Brooks JG. Nebulized racemic epinephrine by IPPB for the treatment of croup. *AM J Dis Child* 1978 ; 132 : 484-7 (tableau) ©American Medical Association (1978). Tous droits réservés.

- Score ≤ 2 = Laryngite légère
- Score 3-5 = Laryngite modérée
- Score 6 à 11 = Laryngite sévère
- Score ≥ 12 = DRA / ACR imminent

LARYNGITE – SYNTHÈSE (3)

FORME LEGERE = **Toux rauque +/- stridor - pas de dyspnée - pas de tirage**

=> Humidification + corticothérapie per os + RAD et consignes de surveillance

FORME MODEREE = **Stridor et sg de lutte modérés au repos sans agitation, ni léthargie, ni cyanose**

=> Corticothérapie per os + nébulisation d'adrénaline (ev après essai aérosol de SSI)

FORME SEVERE = **Stridor + tirage ET agitation ou léthargie ou cyanose**

=> O2 si nécessaire + corticoïdes per os (ou IV si prise orale impossible) + nébulisation d'adrénaline.

NB: - Corticothérapie: Prednisolone (Solupred): 2 à 4 mg/kg ou Betaméthasone (Célestène) – 16 à 40 gttes/kg (0,2 à 0,5 mg/kg). 1 jour si dose de charge – 3 jours si dose < dose de charge

- Adrénaline (0,5 mg/mg max 5 mg). Surveillance au min 3h après aérosol d'adrénaline

- Hospitalisation si pas d'amélioration après corticoïdes + adrénaline

- Avis ORL < 6 mois