



Item354-Détresse respiratoire aigüe du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un corps étranger du carrefour aéro-digestif et des voies aériennes - Diagnostiquer une détresse respiratoire aigüe du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte - Identifier les situations d'urgences et planifier leur prise en charge pré hospitalière et hospitalière.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: Ventilation Non Invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë (nouveau-né exclu) / SFAR, SPLF, SRLF / 2006 - Polycopiés nationaux: > Pneumo: Corps étranger des voies aériennes/Corps étranger des voies aériennes supérieures > ORL: item 193	- PaO2 < 60mmHg avec SaO2 < 92% - Critères diagnostiques du SDRA (4) - Etiologie: pulmonaires (5) / extraP (2) - Cyanose / Encéphalopathie hypercap. - O2 ou mécanique: CPAP / VNI / IOT - Objectif de SpO2 à ~ 92% si BPCO - SdG: N< 3M / TRC > 3S / BTA / TC - Sus-glottique: stridor / étouffée /stase - Sous-glottique: cornage / voix rauque - Bronchique: d. expiratoire / wheezing - Laryngite: viral / sous-gl. / 6M-3ans → O2 / CSI néb. ou IV+adré. / CT 3J - CE: Sd de pénétration / laryngoscopie - RTx: emphysème / atelectasie / SA: 2 → endoscopie souple et rigide / EduP - Epiglottite: HiB / sus-gl. / REA + C3G - Hémangiome: intervalle / sous-G / ab. - Laryngomalacie: stridor néonatal / ab.	- Signes de gravité (4) - Facteur de décompensation - Ne pas allonger l'enfant - Dyspnée apyrétique = CE - Suspicion de CE = endoscopie

A. DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGÜE DE L'ADULTE

Généralités

Définitions (CEP)

- [Insuffisance respiratoire aiguë \(IRespA\)](#)
 - Stricto sensu : Insuffisance Respiratoire Aigue = hypoxie cellulaire
- [Détresse respiratoire aigue](#)

- Ensemble des signes cliniques traduisant la gravité d'une affection de l'appareil respiratoire
- **Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)**
 - = « oedème aigu pulmonaire lésionnel » ou « OAP non cardiogénique »
 - **Critères diagnostiques du SDRA (consensus) +++**
 - Tableau d'installation brutale ou rapidement progressive
 - Critère de Berlin :

SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGU	
Mode de survenu	Dans la semaine suivant un évènement clinique ou survenue/aggravation de symptômes respiratoire
Imagerie pulmonaire	Opacités pulmonaires bilatérale non expliquées par insuffisance cardiaque, nodule ou atelectasie
Origine de l'oedème	Non expliquée totalement par de l'insuffisance cardiaque ou un état de surcharge hydrosodé
Oxygénation - SDRA léger	$PaO_2/FiO_2 =]200-300]$ mmHg avec PEEP (IOT) ou CPAP (VNI) ≥ 5 cm H ₂ O
Oxygénation - SDRA modéré	$PaO_2/FiO_2 =]100-200]$ mmHg avec PEEP ≥ 5 cm H ₂ O
Oxygénation - SDRA sévère	$PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mmHg avec PEEP ≥ 5 cm H ₂ O

Physiopathologie: insuffisance respiratoire par

- !! Le plus souvent, plusieurs mécanismes intriqués
- **Atteinte de l'échangeur pulmonaire → le traitement est l'oxygénothérapie**
 - **Anomalies ventilation-perfusion**
 - **Effet shunt = zones perfusées non ventilées → hypoxémie ++**
 - Atteintes parenchymateuses: OAP / pneumopathie / bronchospasme..
 - **Effet espace mort = zones ventilées non perfusées → hypercapnie ++**
 - Atteintes vasculaires: embolie pulmonaire / choc ou hypovolémie
 - **Troubles de la diffusion**
 - **Barrière alvéolo-capillaire (↓ DLCO) → hypoxémie ++**
 - Atteintes interstitielles: pneumopathies atypiques / fibrose..
- **Atteinte de la pompe ventilatoire → le traitement est la ventilation**
 - **Hypoventilation alvéolaire → hypercapnie ++**
 - Atteintes neuro-musculaires: épuisement ++ / intoxication (opiacés) / pathologie neurologique (Guillain-Barré, myasthénie...)

Etiologies

Etiologies pulmonaires

- **Décompensation** de BPCO ou d'IRspC +++
- Pneumopathie infectieuse bactérienne (PAC)
- Asthme: crise d'asthme sévère (= AAG)
- Pleurésie / pneumothorax (compressif ++)
- Embolie pulmonaire (importante)
- **En cas de SDRA (il sera dit « primitif »)**
 - **Pneumopathie infectieuse** grave (30% des cas de SDRA)
 - Autres: inhalation / intoxication / embolie graisseuse ou gazeuse/pancréatite aigue/choc septique ...

Etiologies extra-pulmonaires

- Insuffisance cardiaque gauche aiguë (OAP)
- Pathologie neuro-musculaire: AVC / Guillain-Barré / myasthénie..
- **En cas de SDRA (il sera dit « secondaire »)**
 - **Etat de choc** (quel que soit le type de **choc**) / CMD
 - Polytraumatisme / brûlure / nécrose étendues (pancréatite)
 - Intoxication médicamenteuse / produit de contraste

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd cardiopulmonaires (BPCO / IC) / ID (VIH) / profession
 - **Prises:** dépresseurs respiratoires (opiacés / barbituriques..) / pneumotoxiques
 - **Anamnèse:** voyage / mode de survenue / contexte d'intoxication au CO
 - **Signes fonctionnels**
 - **Dyspnée +++ :** bradypnée ou polypnée / inspiratoire ou expiratoire (cf **Dyspnée aiguë et chronique.**)
 - **Signes associés:** stridor ou cornage / troubles de la conscience, etc.
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**
 - **FR > 30/min / SpO2 < 90%**
 - PAs < 90mmHg / FC > 120/min
 - Température
 - **Diagnostic positif = signes de détresse respiratoire**
 - **signes de lutte:** tirage / ailes du nez / épuisement (BTA / gasps)
 - **signes d'hypoxémie:** **cyanose** / extrémités pâles et froides / SpO2 < 90%
 - **signes d'hypercapnie:** sueurs / HTA / céphalées
 - **Evaluation du retentissement: signes de gravité (A savoir !)**
 - **hémodynamiques:** collapsus / PAs < 90 / signes de choc (marbrures)
 - **neurologiques:** encéphalopathie: agitation / asterixis / conscience
 - **septiques:** SRIS / sepsis sévère / choc septique
 - **réponse:** SDRA: non amélioration sous O2 à fort débit +++
 - **Orientation étiologique clinique**
 - Recherche de crépitations (en foyer = PAC / bilatéraux = OAP ou SDRA)
 - Recherche de signes d'insuffisance cardiaque: gauche et/ou droite
 - Recherche d'une phlébite des membres inférieurs / d'un pneumothorax, etc.

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - !! Il est clinique avant tout / confirmation par les GDS artériels
 - → GDS: hypoxémie avec **PaO2 < 60mmHg** et/ou SaO2 < 92%
- **Pour évaluation du retentissement**
 - **GDS artériels avec lactates**
 - SdG: PaO2 < 55mmHg / PaCO2 > 45mmHg / acidémie ventilatoire (pH < 7.35)
 - Recherche un effet shunt: PaO2 + PaCO2 < 120mmHg = anomalie V/Q
 - !! Remarque: si pas d'effet shunt; mécanisme = hypoventilation alvéolaire
 - **Radiographie thorax face/profil**
 - Recherche un SDRA: syndrome alvéolaire bilatéral +/- interstitiel = urgence ++
 - Remarque: diagnostic différentiel avec OAP: recherche une cardiomégalie
- **Pour diagnostic étiologique**
 - **Pulmonaire:** ECG (EP) / radiographie thorax (pneumopathie) +/- TDM
 - **Extra-pulmonaire:** BNP +/- ETT pour rechercher une ICG aiguë
 - **En cas de SDRA:** bilan de CIVD / lipase (pancréatite) / RTx (pneumopathie)

En pratique, signes de détresse respiratoire aiguë +++

- **Cliniques**
 - SpO2 < 90% - FR > 30/min
 - Cyanose (hypoxémie) - sueurs (hypercapnie) - signes de lutte
 - Hémodynamique (PAs-marbrures) / neurologique (confusion-GCS)
- **Paracliniques**
 - PaO2 < 60mmHg ; PaCO2 > 45mmHg ; SaO2 < 92%

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation / en urgence / en REA si signes de gravité
- Pose VVP / monitoring cardio-tensionnel / repos +/- 1/2 assis
- **Libération des voies aériennes supérieures +++ (A savoir !)**
 - → aspiration / retrait d'un corps étranger / subluxation

Traitement symptomatique = ventilation

- **Oxygénothérapie**
 - En 1ère intention en cas d'IRSpA sans signes de gravité
 - En lunette ou par masque haute concentration si échec
 - Objectifs = SpO2 ≥ 95% (!! 88-92% en cas d'IRSpC sur BPCO)
- **Ventilation mécanique**

- o **Ventilation non invasive (VNI)**
 - Toutes les modalités d'assistance mécanique n'utilisant pas l'intubation
 - En pratique, lorsque défaillance ventilatoire isolée
 - Nécessite la coopération du patient
 - **En pratique, regroupe surtout 2 modes (indications: Ventilation Non Invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë (nouveau-né exclu) / SFAR, SPLF, SRLF / 2006)**
 - **VS-PEP: ventilation spontanée avec PEP (PPC)**
 - si OAP cardiogénique avec SdG clinique ou PaCO₂ > 45mmHg
 - La PEP permet l'administration d'une pression continue même en expiration luttant contre l'effusion hydrique dans les alvéoles
 - **VS-AI-PEP: idem avec aide inspiratoire**
 - si décompensation de BPCO avec acidose respiratoire et pH < 7.35
 - L'aide inspiratoire permet de diminuer l'effort musculaire nécessaire à l'inspiration (décompensation grave avec acidose témoin d'une perte de capacité d'équilibre et donc d'une faiblesse musculaire)
- o **Ventilation invasive**
 - Ventilation mécanique non spontanée après intubation oro-trachéale
 - !! En urgence et **d'emblée** en cas d'IRSPA sévère ou menaçante (**A savoir !**)
 - **Remarque: modalités de ventilation mécanique d'un SDRA**
 - FiO₂ haute / Vt (volume courant) bas / PEP haute en respectant un seuil = VENTILATION PROTECTRICE (car diminuer les complications spécifiques de la ventilation : Volotraumatisme)
 - Patient en décubitus ventral : Si aggravation malgré ventilation protectrice, DV précoce et séance longue, mise en DV prudente
 - Autres : NO en inhalation, ECMO Veino veineuse

Traitement étiologique + + +

- Bronchodilatateurs (β2-mimétiques en nébulisation) +/- CSI si asthme ou BPCO
- ABT en cas de pneumopathie / HNF si embolie pulmonaire / diurétiques si OAP, etc.

Surveillance

- **Clinique:** constantes (SpO₂ + +) / signes de gravité respiratoires
- **Paraclinique:** en cas de SDRA intubé: GDS pluriquotidiens / RTx

B. DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUË DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Généralités

Définitions

- **Stridor** : bruit aigu à l'inspiration → obstacle sus-glottique (ou glottique)
- **Cornage** : bruit rauque à l'inspiration → obstacle sous-glottique (ou glottique)

Physiopathologie

- **Rappel: devant toute dyspnée, distinguer** (cf **Dyspnée aiguë et chronique.**)
 - o Polypnée sans signes de lutte = dyspnée non-obstructive
 - o Dyspnée **bruyante** avec signes de lutte = dyspnée **obstructive**
- **Obstacle des VAS (laryngé) = dyspnée inspiratoire**
 - o cf inspiration → dilatation des VAI et rétrécissement des VAS
 - o donc si obstacle des VAS: allongement du temps inspiratoire nécessaire
 - o **Etiologies à évoquer:** corps étranger / laryngite / hémangiome
- **Obstacle des VAI (bronchique) = dyspnée expiratoire**
 - o cf expiration → rétrécissement des VAI et dilatation des VAS
 - o donc si obstacle des VAI: allongement du temps expiratoire nécessaire
 - o **Etiologies à évoquer:** crise d'asthme / bronchiolite / corps étranger

Orientation étiologique devant une dyspnée laryngée

Nouveau-né	< J28		• Laryngomalacie
Nourrisson	< 6M		• Hémangiome sous-glottique
	> 6M	fébrile	• Laryngite sous-glottique • Epiglottite (enfant + +)
		apyrétique	• Corps étranger laryngé

Orientation diagnostique

Examen clinique

- !! ne pas mobiliser ni allonger l'enfant au cours de l'examen (**A savoir !**)
- Interrogatoire
 - Terrain: **âge** / antécédents: asthme ++ / calendrier vaccinal (Haemophilus)
 - Anamnèse: notion de **syndrome de pénétration** / notion de contagé
 - Caractériser la dyspnée
 - Type: bradypnée (exceptionnelle en pratique / gravité ++) ou polypnée
 - Temps: inspiratoire (laryngé) / expiratoire (bronchique) / mixte (trachéal)
 - Rechercher des signes associés
 - Bruit: stridor / cornage / sibilants / wheezing
 - Toux: sèche ou productive / aiguë ou chronique (> 3S)
 - Voix: étouffé / rauque / abolie
 - Dysphagie +/- stase salivaire
 - Fièvre: prise de la température systématique +++
- Examen physique
 - Prise des constantes: FR-SpO2 / PA-FC / **température**
 - Rechercher des signes de gravité (**A savoir !**)
 - Liés au terrain: NN / **N < 3M** / cardiopathie / dysplasie broncho-pulmonaire
 - Fréquence respiratoire: polypnée avec **FR > 60/min** / bradypnée (FR < 15)
 - Signes de lutte: BAN / tirage / balancement / entonnoir / geignement
 - Signes d'hypoxémie: **cyanose** → hémodynamiques (**TRC > 3s** / marbrures..)
 - Signes d'hypercapnie: **sueurs** / HTA → neurologiques (**conscience** / tonus..)
 - Signes d'épuisement: apnées / gasps / disparition des signes de lutte
 - Orientation étiologique et topographique

temps	localisation obstructive		bruit laryngé	voix	dysphagie
Inspiratoire	Laryngée	sus-glottique	stridor	étouffée	oui / stase salivaire
		glottique	stridor ou cornage	abolie	non
		sous-glottique	cornage	rauque bitonale	
Expiratoire	Pulmonaire	bronchique	wheezing / sibilants	normale	non

- !! Remarque
 - Aucun signe n'est ni constant ni spécifique
 - En particulier: stridor possible sur toute localisation +++

Examens complémentaires

- !! **Aucun n'est systématique**: selon l'orientation étiologique
 - laryngite sous-glottique: AUCUN si pas de signe de gravité
 - corps étranger des VAS: radio thorax +/- dynamique et endoscopie
 - hémangiome sous-glottique: endoscopie laryngée
 - épiglottite bactérienne: bilan infectieux biologique

Diagnostic étiologique

Laryngite aiguë sous-glottique

- Généralités
 - Définition: inflammation sous-glottique d'origine **virale** +++
 - Épidémiologie: **1ère cause** de dyspnée laryngée aiguë: 80 à 90% des cas (!)
 - Physiopathologie: rétrécissement laryngé par oedème sous-glottique
 - Germes: virus para-influenzae / influenzae / rhinovirus / adénovirus
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - Terrain: nourrisson > 6 mois (1an à 4ans ++)
 - Anamnèse: contexte **épidémique** (hiver) / rhinopharyngite récente
 - Fièvre: modérée / sans AEG / bien tolérée en générale
 - Dyspnée laryngée obstructive → bradypnée inspiratoire avec signes de lutte
 - Localisation sous-glottique → cornage / voix rauque / pas de dysphagie

- Examens complémentaires
 - **AUCUN** : le diagnostic est clinique (radio thorax serait normale)
- Traitement
 - Mise en condition
 - !! Toujours une urgence thérapeutique / hospitalisation si SdG
 - Position **1/2 assise** / ne pas allonger l'enfant (**A savoir !**) / monitoring
 - Traitement aux urgences
 - **En 1ère intention**
 - **Oxygénothérapie**: systématique / pour SpO2 ≥ 95%
 - **CSI en nébulisation**: bétaméthasone 2mg en aérosol
 - **Si signes de gravité ou échec**
 - **Corticoïdes systémiques**: prednisone 1mg/kg PO ou IV
 - **Adrénaline**: 0.25mg (1ml) en nébulisation (+ CSI) +/- répétée à H1
 - **En dernier recours**
 - Transfert en réanimation et IOT pour ventilation mécanique
 - Traitement au décours
 - **Antipyrétique**: si fièvre / paracétamol 60mg/kg/j 4 prises
 - **Corticothérapie**: cure courte: prednisone 1mg/kg/j PO pendant **3 à 5 jours**
 - **Antibioprophylaxie**: seulement si FdR ou SdG / Augmentin® 5 jours PO
 - Mesures associées
 - Humidificateurs à domicile / arrêt si tabagisme passif +++
 - Annotation du carnet de santé / éducation des parents
 - Surveillance = clinique
 - Constantes (FR-SpO2) / signes de détresse respiratoire

Corps étranger des voies aériennes (CE)

- Définition
 - Ensemble des symptômes en rapport avec la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes
- Généralités
 - **Epidémiologie**: !! 10 décès/an → à évoquer devant toute dyspnée aiguë
 - **Terrain**: pathologie du nourrisson +++ : 9M à 3ans / pic à 2ans
 - **Nature du CE**: alimentaire dans la majorité des cas (cacahuette ++)
 - **Siège du CE**: laryngé (5%) / trachéal (10%) / bronchique (85%)
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - **Syndrome de pénétration +++**
 - Survenue brutale / au cours d'un repas ou jeu
 - Suffocation et quinte de toux expulsive
 - **Cyanose** du visage: caractéristique +++
 - Dyspnée +/- signes associés : selon topographie (cf supra)
 - **Signes associés**
 - !! **apyrétique**: toute dyspnée aiguë **apyrétique** est un CE JPDC (**A savoir !**)
 - Auscultation: peut être normale (!) ou ↓ du MV ou autres (ronchi..)
 - Présence de pétéchies sous cutanées et des muqueuses
 - **Diagnostic topographique**
 - **CE laryngé**: détresse inspiratoire +/- asphyxie / stridor ou cornage
 - **CE bronchique**: dyspnée expiratoire mieux tolérée / wheezing
 - **CE trachéal**: dyspnée au 2 temps
 - Examens complémentaires
 - **Radiographie thorax en inspiration et expiration forcée**
 - **signes directs**: sur cliché en inspiration
 - le plus souvent radio **normale** +++
 - visualisation du CE si radio-opaque (rarement)
 - **signes indirects**: sur cliché en expiration forcée
 - emphysème: hypertransparence localisée (trapping ou **piégeage**)
 - atelectasie: opacité rétractile à base périphérique
 - s. associés déviation médiastinale / distension pulmonaire **unilatérale**
 - **complications**: foyer de pneumopathie / pneumothorax, etc.
 - **Endoscopie laryngo-trachéo-bronchique**
 - !! **systématique**: devant toute suspicion (même si RTx normale) (**A savoir !**)
 - **Modalités**: en urgence / sous **AG** et en présence d'un anesthésiste +++
 - **En pratique**:
 - fibroscopie souple à visée diagnostique seulement si pas de SdG
 - endoscopie au tube rigide d'emblée si SdG ou II de toute façon ++

- **Complications**
 - **Complications aiguës**
 - Mobilisation du CE : épisode d'asphyxie si passe en laryngé
 - Atélectasie / pneumothorax / infection pulmonaire aiguë
 - **Complications chroniques**
 - Infections pulmonaires à répétition
 - Dilatation des bronches / granulome bronchique
- **Diagnostic différentiel :**
 - **Dans sa présentation aiguë :**
 - Epiglottite aiguë (fièvre, modification de la voix, hypersalivation)
 - Pneumopathie aiguë infectieuse
 - **Dans sa présentation chronique (adulte):**
 - Tumeurs
 - Bronchectasie
- **Traitement**
 - Si survenue au domicile: transport médicalisé (SAMU) / enfant **assis**
 - **Extraction du corps étranger +++**
 - **si (et seulement si !) asphyxie ou SdG (CE laryngé)**
 - **Au domicile:** manoeuvre de Heimlich / de Mofenson (avant 3 ans)
 - **Aux urgences:** laryngoscopie directe et extraction à la pince (de Magill)
 - **en pratique (Bourillon) :**
 - si toux efficace : laisser l'enfant tousser, pas de manoeuvres d'expulsion
 - si toux inefficace, enfant conscient : 5 tapes dorsales, puis 5 compressions thoraciques (nourrisson)/abdominales (enfant), essayer d'enlever le CE au doigt entre chaque manoeuvre
 - si enfant inconscient : libérer VAS, 5 insufflations, RCP
 - **si pas de signes de gravité (CE bronchique) / sous AG**
 - **Fibroscopie souple première:** exploration de **l'ensemble** des bronches ++
 - **Endoscopie au tube rigide:** si fibroscopie positive / retrait du CE
 - **Mesures associées**
 - **Traitement post-extraction:** ABT ou corticoïdes se discutent selon contexte
 - **Education des parents:** prévention +++ : pas d'objet de petite taille, etc.
 - **Surveillance:** tolérance de l'endoscopie / absence de récurrence

Epiglottite bactérienne

- **Généralités**
 - **Définition:** inflammation de l'épiglotte d'origine bactérienne
 - **Epidémiologie:** devenue très rare depuis vaccination systématique
 - **Germe:** haemophilus influenza b (**HiB**) +++
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - !! Ne pas allonger / mobiliser / examen ORL: gestes qui **tuent (A savoir !)**
 - **Terrain:** enfant de 3 à 5 ans / vérifier **calendrier vaccinal** (HiB) +++
 - **Dyspnée:** inspiratoire / intense / stridor / stase salivaire / voix étouffée
 - **SdG:** **fièvre** élevée (> 39°C) / AEG majeure / SdG hypoxie-hypercapnie
 - **Examens complémentaires**
 - **Bilan infectieux:** **hémocultures** en urgence / NFS-CRP
 - **Gaz du sang:** évaluation du retentissement respiratoire
- **Traitement**
 - **Mise en condition:** hospitalisation en **réanimation** pédiatrique / scope
 - **Intubation oro-trachéale:** en urgence / en position assise / +/- sous AG
 - **Antibiothérapie:** **C3G** en parentéral (ex: ceftriaxone en IV pendant 5j)
 - **Mesures associées:** **vaccination** au décours +++ / carnet de santé
 - **Surveillance:** signes de sepsis / détresse respiratoire / constantes

Hémangiome sous-glottique

- **Examen clinique**
 - **Terrain:** nourrisson de moins de 6 mois
 - **Anamnèse:** **intervalle libre** après la naissance +++
 - **Dyspnée:** inspiratoire / sous-glottique: cornage et voix rauque
 - **Signes associés:** rechercher hémangiome facial (dans 50% des cas)
- **Examens complémentaires**
 - **Endoscopie:** visualise une tuméfaction bleutée non pulsatile
- **Evolution**
 - en 3 phases: intervalle libre puis croissance puis décroissance
 - paroxystique / disparition spontanée à partir de 12-18 mois

- **Traitement**
 - Si pas de retentissement: **abstention** thérapeutique +++
 - Si épisodes de dyspnée non sévère: corticoïdes en symptomatique
 - Si dyspnée sévère: discuter traitement chirurgical au cas par cas

Laryngomalacie

- **Définition:** hyperlaxité congénitale des cartilages sus-glottiques
- **Diagnostic = clinique**
 - **Terrain:** **stridor néonatal:** dans les 10 jours après la naissance
 - **Dyspnée:** en pratique stridor intermittent au 1er plan
 - **Nasofibroscopie:** permet le diagnostic positif
- **Evolution**
 - Intensification jusqu'à 6 mois puis régression spontanée avant 2ans
- **Traitement**
 - **Abstention** thérapeutique +++ : en cas de stridor sans retentissement
 - Discuter traitement chirurgical uniquement dans les formes graves
- **Autres étiologies de détresse respiratoire à connaître**
 - **Hypersensibilité et Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte.** Asthme, rhinite.
 - Bronchiolite: cf [Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.](#)
 - Pneumopathie: cf [Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.](#)

Synthèse pour questions fermées

2 principales indications de la VNI en aigu ?
- Décompensation de BPCO - OAP Hypercapnique
Quel diagnostic évoquer devant une laryngite aiguë chez un enfant ?
- Angiome sous glottique - Fibroscopie ORL
3 mesures préventives de l'inhalation de corps étranger ?
- Maintenir objets de petite taille/cacahuètes hors de portée - Respecter normes françaises de limite d'âge pour les jouets - Pas de comprimés à croquer/sucer avant 3 ans (Bourrillon)

C. CORPS ETRANGER DES VOIES AERIENNES

- **Définitions :**
 - **Corps étranger (CE) des voies aériennes (VA) :** ensemble des manifestations associées à la pénétration accidentelle d'un CE dans les VA
 - **Syndrome de pénétration :** mobilisation du CE dans les VA
- **Epidémiologie :**
 - **Fréquence :**
 - dans l'enfance avant l'âge de 3 ans : l'os que l'enfant porte les objets à la bouche
 - Chez la personne âgée, en raison d'une défaillance des système de protection des VA (trouble de la déglutition)
 - Asphyxie aiguë
 - Pneumopathie de déglutition à répétition
- **Diagnostic :**
 - **Clinique :** Syndrome de pénétration : Debut brutal Toux quinteuse Suffocation avec tirage, cornage et cyanose A l'occasion d'un repas, ou d'un jeu Au décours, Soit expulsion du CE : retour à un état clinique normal, avec parfois quelques pétéchies témoignant de la violence de la toux Soit Le CE est bloqué dans les VA Dans le larynx : asphyxie aiguë associé à un risque vital à court terme Dans une bronche proximal : Atelectasie d'un poumon avec diminution du MV du coté obstrué Dans une bronche distal : asymptotique **Clinique :** Diminution unilatérale du MV Wheezing Persistance d'une toux, ou d'un cornage
 - **Radiographie de thorax :**
 - Normale + + + +
 - CE lorsqu'il est radio-opaque
 - Atelectasie
 - Hyerclarte pulmonaire unilatérale qui se majore à l'inspiration (hyperinflation) associée à une distension
 - **Diagnostic différentiel :**
 - Détresse respiratoire avec cornage et signe de lutte : épiglotitte aiguë
 - Pneumopathie aiguë communautaire

- Tumeur bronchique dans la forme chronique
- CAT :
 - En cas de syndrome de pénétration non régressif (asphyxie aiguë) :
 - Manoeuvre de sauvetage pour extraire le CE type manoeuvre de Heimlich ou Mofenson avant 3 ans
 - Rechercher un CE par l'examen endobuccal + extraction
 - Ventiler au masque et au ballon
 - Appel du SAMU
 - Transférer dans un centre capable de réaliser une bronchoscopie rigide
 - En cas de syndrome de pénétration régressif :
 - Hospitalisation (même en cas de disparition des signes cliniques)
 - Sauf si expulsion du CE identifié par l'entourage
 - Bronchoscopie rigide pour extraction du CE (+++)