EPH BATNA / Clinique d'ORL

dyspnée laryngée

présenté par : Dr. KARI

Plan:

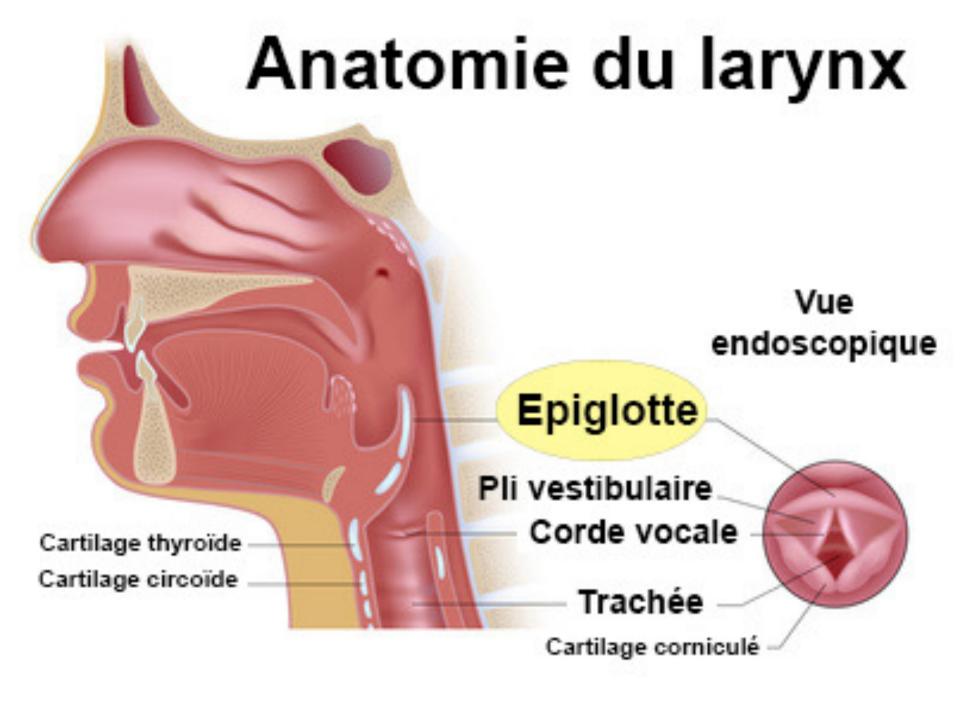
- Introduction
- Rappel anatomo-physiologique
- Diagnostic: Positif
 - Diagnostic et éléments de gravité.
 - Diagnostic différentiel.
 - Diagnostic étiologique.
- Prise en charge
- · Conclusion.

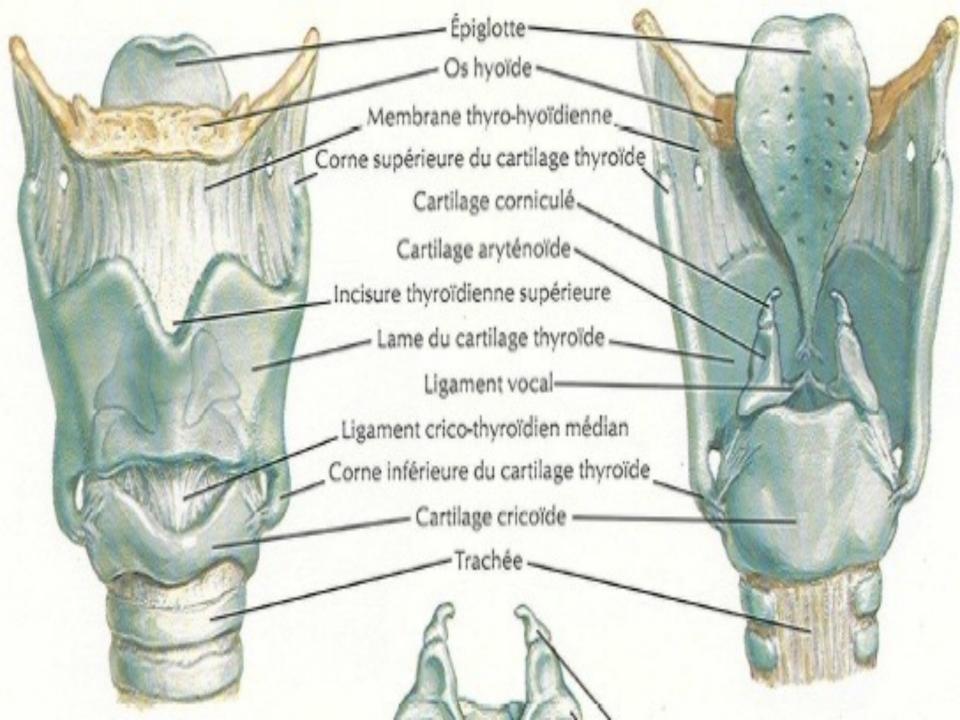
Introduction

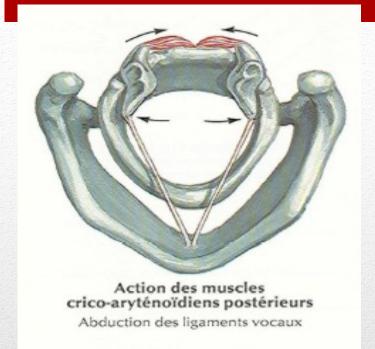
- Définition: La dyspnée laryngée est une bradypnée inspiratoire traduisant un rétrécissement de la filière laryngée.

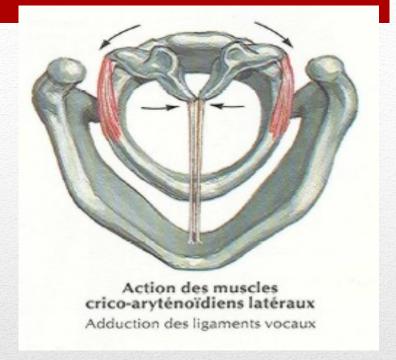
Elle peut être aiguë, surtout chez l'enfant, et pose un problème de pronostic vital ou chronique, plutôt chez l'adulte.

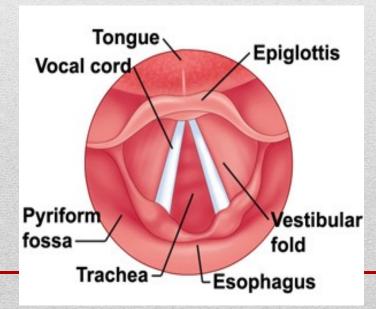
Elle constitue une urgence pouvant mettre en jeu le pronostic vital



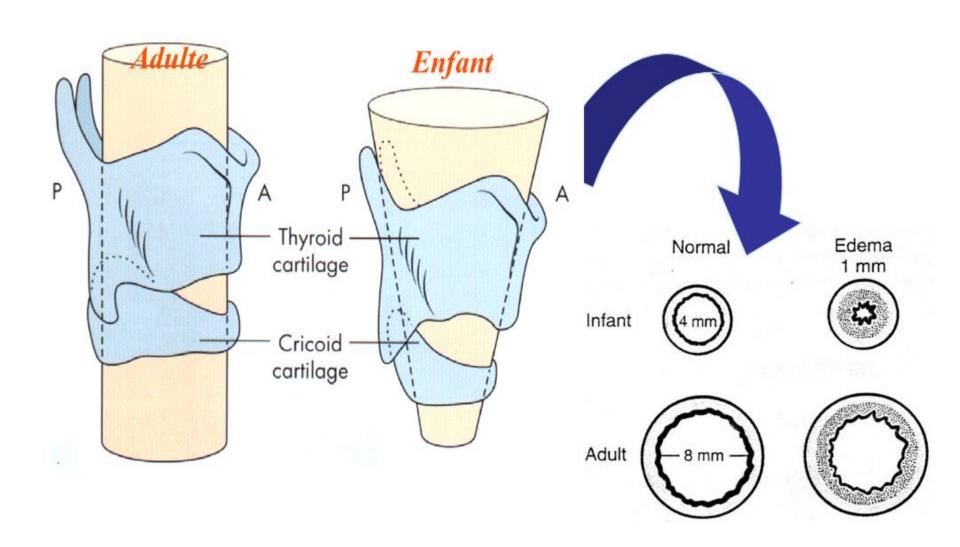




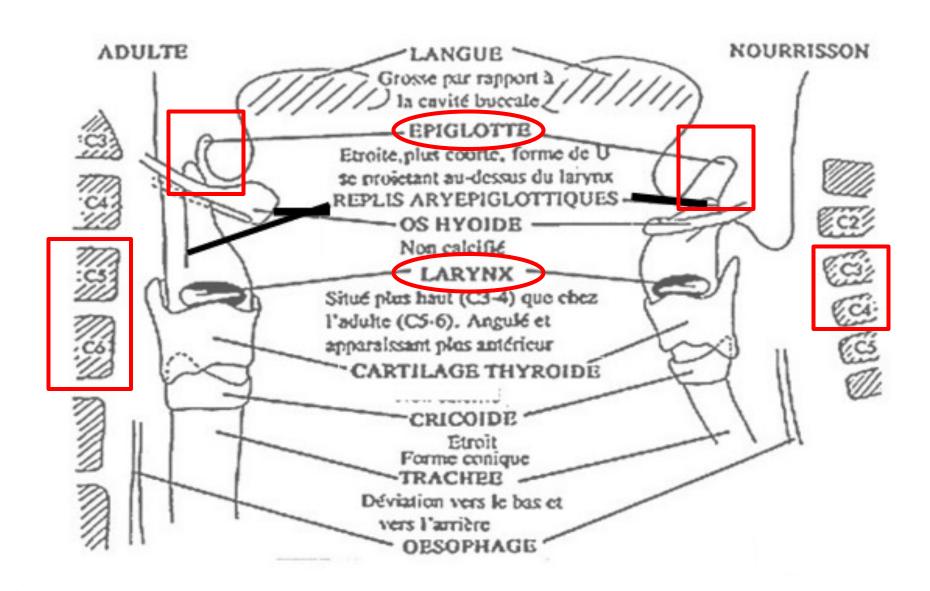




Anatomie du larynx

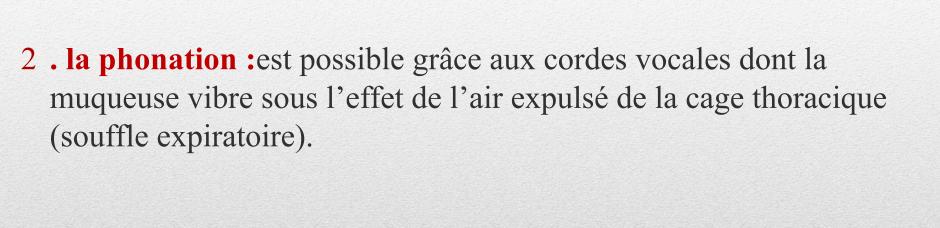


Particularités anatomiques



Les principales fonctions du larynx:

1. La respiration est possible grâce au passage d'air dans la colonne laryngée et en particulier au niveau de l'espace situé entre les cordes vocales et la commissure postérieure du larynx, c'est à dire l'espace glottique. Au cours de l'inspiration les cordes vocales sont en abduction, permettant d'ouvrir le larynx et le passage de l'air.

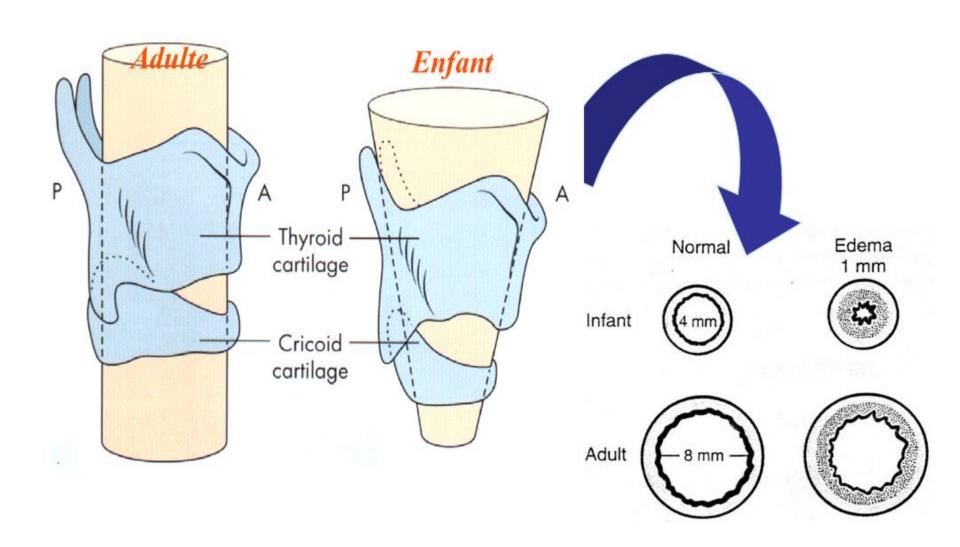


3 .La déglutition: la fermeture et l'ascension du larynx protègent les voies aériennes, permettant d'orienter préférentiellement le bol alimentaire de la base de langue vers la bouche oesophagienne.

Dyspnée laryngée de l'enfant

Le plus souvent aiguë, elle peut mettre en jeu le pronostic vital, car le larynx de l'enfant est proportionnellement beaucoup plus petit que chez l'adulte (en particulier au niveau de l'anneau inextensible du cartilage cricoïde, chez le nv-né le diamètre est de 4mm, un œdème de 1mm diminue de 50% la filière sousglottique).

Anatomie du larynx



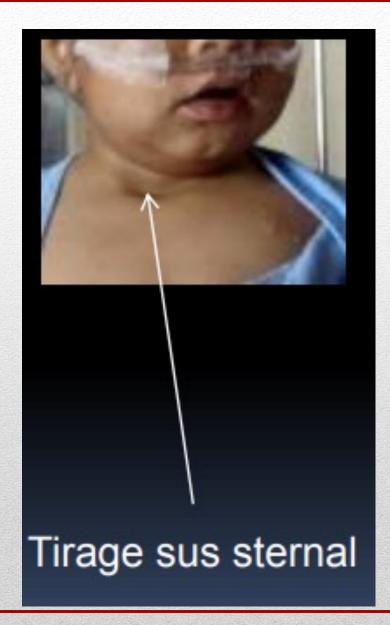
✓ Diagnostic positif:

Signes fonctionnels:

C'est une bradypnée inspiratoire qui signe l'atteinte laryngée, accompagnée :

- d'un tirage, c'est-à-dire d'une dépression inspiratoire des parties molles : région sus-sternale, espaces intercostaux, région épigastrique
- d'un stridor: bruit aigu, traduit un rétrécissement au niveau glottique.
- d'un cornage ou bruit rauque, traduit un rétrécissement glotto-sous-glottique.

Il peut s'y associer des modifications du cri ou de la voix ou une toux quinteuse, rauque.



Démarche diagnostique:

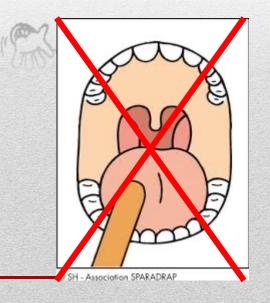
- L'interrogatoire des parents: un antécédent malformatif connu, une notion de contexte infectieux, un début brutal ou progressif.
- Les circonstances d'apparition de la dyspnée (Sd de pénétration, rhinopharyngite);
- L'ancienneté des symptômes : quelques minutes, quelques heures ;
- L'évolution : amélioration, stationnaire, aggravation ;
- signes généraux : la fièvre, l'asthénie, le refus alimentaire
- Analyse du bruit respiratoire : le stridor ,le cornage et les ronflements persistant bouche ouverte sont parfois d'origine laryngée.
- Analyse du timbre de la voix et de la toux : modification de la voix, de la toux, troubles de la déglutition, des fausses routes, reflux gastro-cesophagien

EXAMEN CLINIQUE:

• L'examen clinique ne sera réalisé qu'en l'absence de signes de gravité (de Deux principes sont à rappeler:

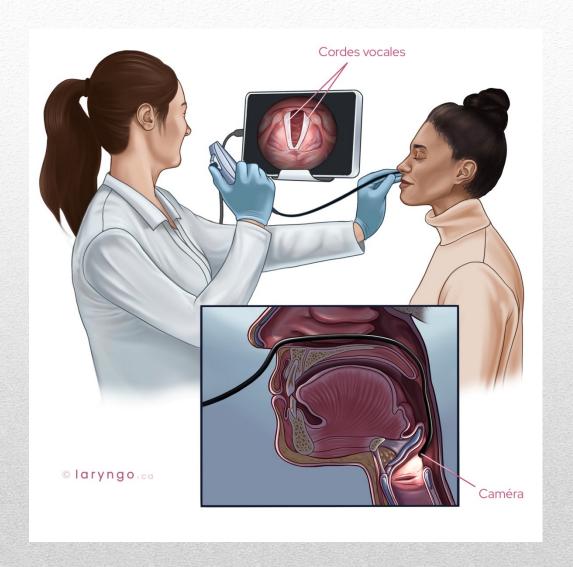
1-L'interdiction formelle d'imposer le décubitus à un enfant ayant adopté spontanément la position assise (risque d'arrêt respiratoire) et d'examiner à l'abaisselangue (épiglotite);





• 2-La présence d'une équipe entraînée à l'endoscopie pédiatrique des VADS (anesthésiste et ORL) lors de la prise en charge des dyspnées laryngées sévères.

• La nasofibroscopie est réservée aux formes les mieux tolérées



EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

1-La laryngoscopie: surtout chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois afin d'éliminer une malformation sténosante ou une tumeur obstructive.

2-Les autres examens complémentaires seront orientés selon l'étiologie et toujours réalisés après le traitement d'urgence et la libération des voies aériennes supérieures.



✓ Diagnostic de gravité:

Ils traduisent la mauvaise tolérance de la dyspnée et la nécessité d'un traitement d'urgence :

- signes d'asphyxie avec sueurs, tachycardie, pâleur ou cyanose;
- irrégularité respiratoire avec tachycardie ou pause respiratoire ;
- troubles de conscience avec agitation, somnolence ou confusion ;

Ancienneté de la dyspnée : une dyspnée qui dure au-delà ou qui n'est pas améliorée au bout de 1 heure après le début du traitement est une dyspnée grave.

Ces éléments de gravité doivent entraîner une prise en charge immédiate par oxygénation, intubation ou rarement trachéotomie.

✓ Diagnostic différentiel:

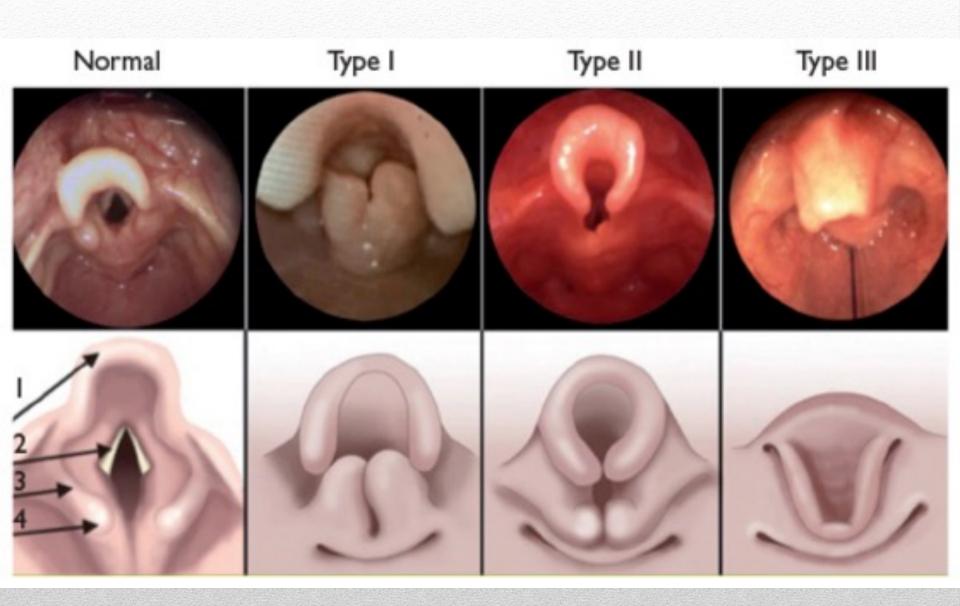
- Une dyspnée expiratoire est en relation avec un problème bronchopulmonaire, comme dans l'asthme.
- Une dyspnée d'origine trachéale se produit aux deux temps, inspiratoire et expiratoire et s'accompagne d'un « wheezing ».
- Une dyspnée pharyngée s'accompagne de modifications de la voix avec hypersialorrhée et dysphagie.
- Une dyspnée d'origine métabolique (Kussmaul) et neurologique.

✓ Diagnostic étiologique:

La recherche des étiologies est orientée par l'âge de l'enfant : nouveau-né, nourrisson ou enfant de plus de six mois.

1. Nouveau-né:

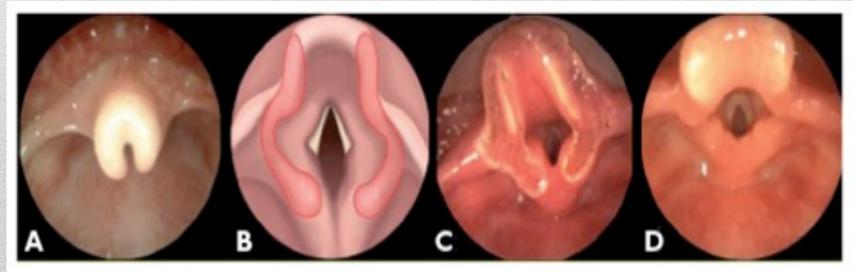
- La laryngomalacie, ou stridor laryngé congénital: (75 % des cas). Elle produit, par absence de rigidité, une bascule de l'épiglotte ou surtout des aryténoïdes vers la lumière glottique lors de l'inspiration.
- Ce phénomène produit un stridor. Moins souvent, le bruit est grave à type de ronflement. Ce stridor peut être permanent ou intermittent. Il apparaît à la naissance ou après quelques jours et peut s'accompagner d'une dyspnée ou de troubles de la déglutition.
- Il va évoluer dans le temps avec stabilisation vers 4-5 mois et une régression à partir de 6 mois.



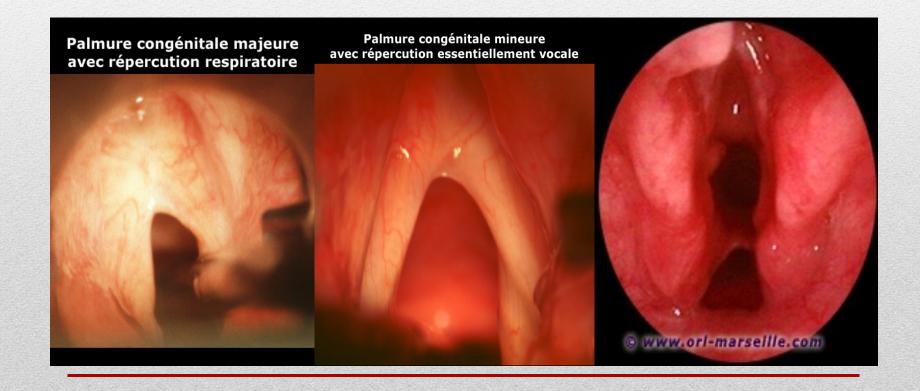
• Il peut exister une dyspnée chronique, mais on peut aussi observer une poussée dyspnéisante associée à une infection virale des voies aériennes supérieures.

• Le diagnostic clinique est confirmé par la laryngoscopie (nasofibroscopie).

- La majorité des laryngomalacies sont traitées avec simple surveillance et éventuellement traitement d'un reflux gastro-oesophagien associé, en attendant la régression spontanée.
- Environ 20% des patients avec une LM ont des symptômes importants (stridor sévère, difficultés alimentaires et retard de croissance) nécessitant un traitement par chirurgie endoscopique (supraglottoplastie). Son taux de succès est bon avec peu de risques de récidives ou de complications.



> malformation congénitale: (palmure, atrésie, diastème laryngé)

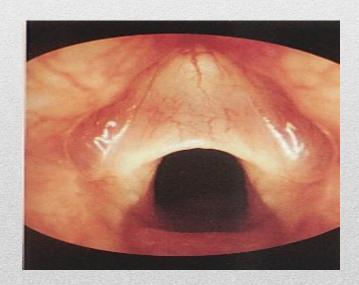


▶ paralysie laryngée: (traumatisme obstétrical) ou plus fréquente, dyskinésie laryngée (spasme des cordes vocales en fermeture à chaque inspiration, mimant une paralysie laryngée et pouvant être aussi sévère)



- >tumeur congénitale: (lymphangiome, kyste laryngé).
- ✓ Les lymphangiomes: (malformation bénigne) peuvent donner une dysphagie et une détresse respiratoire.





2. Nourrisson de moins de six mois:

L'angiome sous-glottique: sont des tumeurs vasculaires bénignes, particulières au nouveau-né et au nourrisson, est la lésion la plus fréquente. La dyspnée apparaît après quelques semaines, peut s'aggraver jusqu'à 6 mois, puis se stabilise et régresse après un an. Cet angiome est très fréquemment associé à d'autres angiomes cervico-faciaux.





- La nasofibroscopie retrouve une masse sous-glottique dépressive à la palpation sous une muqueuse normale.
- L'endoscopie sous anesthésie(LDS) permet de préciser le bilan et de juger de la possibilité d'une simple surveillance
- La mauvaise tolérance respiratoire peut nécessiter en phase aigüe un traitement corticoïde par voie générale,
- Le traitement de référence des angiomes sous-glottiques dyspnéïsants est depuis 2009 le Propranolol (effet régulateur de l'angiogenèse). La corticothérapie au long cours doit être évitée, les traitements endoscopique laser ou chirurgical par voie externe sont réservés aux contre indications ou inefficacité des bétabloquants.
- La trachéotomie est devenue exceptionnelle.

3. Enfant de plus de six mois:

- ➤ les laryngites: (contexte fébrile)
- -La laryngite striduleuse: survient la nuit, de façon brutale, chez un enfant ayant une rhinopharyngite.

Elle s'accompagne d'un cornage mais cède spontanément en quelques dizaines de minutes. Elle peut récidiver et nécessiter alors un traitement préventif des rhinopharyngites à répétition.

-L' épiglottite:

- rare, car il s'agit d'une lésion à hemophilus et la plupart des enfants sont vaccinés.
- L'obstruction créée par l'augmentation importante du volume de l'épiglotte, s'accompagne d'une dysphagie intense avec hypersialorrhée, d'une dyspnée laryngée d'installation rapide, d'une voix étouffée (couverte), d'une toux claire et de signes généraux marqués chez un enfant de 4 à 6 ans assis dans son lit, tête penchée en avant.
- C'est une urgence vitale qui nécessite une hospitalisation en milieu de réanimation sans délai. Le recours à une intubation de courte durée est fréquent. Un traitement médical antibiotique (C1G) est instauré par voie intraveineuse.

- La laryngite sous-glottique:

(le croup)

- est la plus fréquente.
- Elle est liée à une inflammation et un oedème de la région sous-glottique.
- d'origine virale +++ (myxovirus)
- L'age fréquent entre 1 et 3 ans (sexe masculin).
- La dyspnée s'accompagne de modifications du cri et de la voix, avec toux rauque,
- Une décompensation brutale est toujours possible.



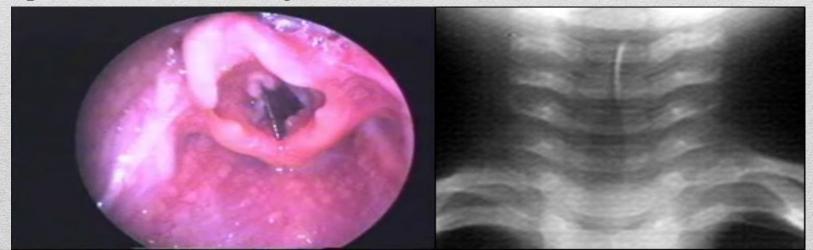
- -Le traitement est essentiellement médical, il associe des aérosols adrénalinés et/ou avec corticoïdes, à débuter en urgence, voire une corticothérapie administrée par voie parentérale, une oxygénothérapie.
- -En fonction de la réponse au traitement, l'hospitalisation peut être nécessaire (risque de décompensation respiratoire)..
- Si l'étude des gaz du sang montre une hypoxie et une hypercapnie, une intubation nasotrachéale peut-être nécessaire.
- -La nasofibroscopie n'est nécessaire qu'en cas de doute diagnostique

- Autres laryngites spécifiques:

Elles peuvent accompagner : la grippe, la diphtérie, les oreillons, la varicelle....

Le spasme laryngé: est dans l'immense majorité des cas un spasme du sanglot, déclenché par une colère ou des pleurs.

- Le corps étranger: pouvant engager le pronostic vital dès la première phase de l'inhalation appelé « syndrome de pénétration »: se manifeste par un accès de suffocation, parfois une cyanose, une toux et une dyspnée.
- Le diagnostic peut être difficile si le syndrome de pénétration n'a pas été observé par l'entourage.
- Le diagnostic est aidé par l'imagerie (corps étranger visible, atélectasie pulmonaire partielle, emphysème localisé), mais celle-ci peut être négative.
- Seule l'endoscopie, le plus souvent sous anesthésie générale, permet à la fois le diagnostic de certitude et le traitement.



De nombreuses autres affections peuvent être responsables de dyspnées laryngées chez l'enfant :

- un oedème après piqure ou allergie, une brûlure par caustique,
- un traumatisme du larynx, externe mais surtout interne, iatrogène après intubation,

tumeur bénigne:

la papillomatose laryngée:

- rare mais la plus fréquente des tumeurs benigne.

- évolution imprévisible pouvant mettre en jeu le pronostic

vital par dégénérescence maligne.

- papillomavirus humain.

- 2-4ans (masculin)

- le plus svt récidive après exérèse

- possibilité de dégénérescence maligne



√4. Traitement des dyspnées laryngées de l'enfant:

Le traitement des dyspnées chroniques dépend de l'étiologie. Dans tous les cas, la recherche d'un reflux gastro-oesophagien et son traitement est utile, car c'est un facteur aggravant fréquent des pathologies laryngées de l'enfant.

En urgence, les dyspnées aiguës par laryngite, angiome sous-glottique, aggravation aiguë sur laryngomalacie, peuvent bénéficier du même type de prise en charge :

- hospitalisation des dyspnées sévères ;
- enfant en position demi-assise si l'âge le permet, humidification et réchauffement de l'air ;
- oxygénothérapie au masque
- corticothérapie : dexaméthasone 1 ampoule à 4 mg IV, ou 0,5 mg/kg chez l'enfant plus grand, puis

relais per os équivalent à 1 mg/kg/j de prednisone;

- aérosols associant un corticoïde (soit dexaméthasone 1 ampoule à 4 mg, soit bêtaméthasone, 2 mL = 8 mg), de l'adrénaline à 1/1000, 1 à 2 mL = 1 à 2 mg, complété avec sérum physiologique à 10 cc;
- on peut dans les dyspnées modérées traiter par inhalation de budésonide (Pulmicort) à 0,5, 2 mL = 4 mg, à poursuivre toutes les 8 à 12 h, constituant aussi un relais à la corticothérapie IV ou à l'aérosol

Dyspnée laryngée de l'adulte

1. Diagnostic positif:

1.1. Signes fonctionnels:

- -La dyspnée inspiratoire peut s'installer sur un mode aigu ou plus souvent chronique.
- -Elle est alors souvent précédée d'une période plus ou moins longue de dysphonie.
- -Elle est accompagnée ou non d'un tirage sus-sternal, sus-claviculaire et d'un cornage.
- -D'autres signes ORL peuvent être associés (dysphagie, douleurs) en particulier dans les cancers.

Démarche diagnostique:

. Antécédents à rechercher:

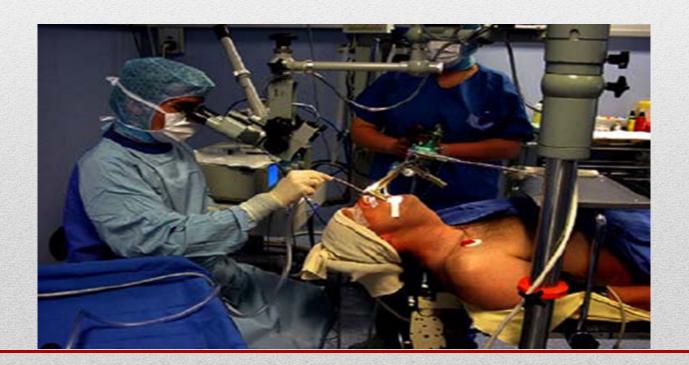
- 1. Un terrain alcoolo-tabagique oriente vers un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS).
- 2. La notion d'un cancer des VADS déjà traité fait rechercher une récidive ou une complication du traitement par oedème post-radique par exemple.
- 3. Notion d'un traumatisme laryngé ou laryngo-trachéal externe après accident ou surtout interne, iatrogène après intubation ou trachéotomie.
- 4. Notion d'une intervention cervicale ou thoracique récente.

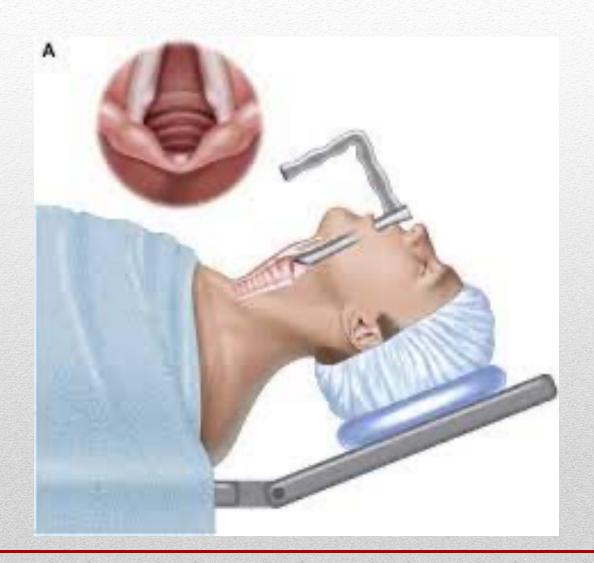
Examen clinique:

- Il faut rechercher une adénopathie cervicale ayant les caractères de malignité, c'est-à-dire dure, mobile ou fixée, non douloureuse, au niveau des groupes ganglionnaires cervicaux.
- Un examen complet des voies aérodigestives supérieures est nécessaire, plus particulièrement centré sur la région pharyngolaryngée par nasofibroscopie.



• une endoscopie sous anesthésie générale (LDS): à la fois diagnostique (visualiser une tumeur, pratiquer des biopsies, retrouver une sténose) et thérapeutique résection endoscopique d'une lésion).





• L'imagerie par scanner et éventuellement l'IRM est importante pour visualiser l'extension en profondeur des lésions en cas de tumeur ou de sténose.

Diagnostic étiologique:

- 1. Cancer du larynx ou pharyngolaryngé:
- un patient de la cinquantaine
- terrain alcoolo-tabagique ancien.
- La dyspnée a été précédée d'une phase assez longue de dysphonie et s'aggrave progressivement
- une dysphagie,
- Une adénopathie cervicale

- -La laryngoscopie indirecte au miroir ou par la nasofibroscopie : (bourgeonnante, et pouvant immobilisée une ou deux cordes vocales)
- -Le bilan est complété par une endoscopie avec biopsies (le plus svt: carcinome épidermoide) et recherche d'une autre localisation néoplasique sur les voies aérodigestives supérieures (pan endoscopie).
- -L'extension en profondeur est recherchée par le scanner avec injection ou l'IRM.
- La recherche de métastases à distance se fait de façon systématique au niveau pulmonaire et hépatique par un scanner thoracique et une échographie hépatique



5. Tumeurs bénignes du larynx:

- Elles sont rarement dyspnéïsantes et sont le plus souvent précédées d'une longue phase de dysphonie.
- La laryngoscopie peut retrouver une lésion sous-muqueuse dure de type chondrome ou une papillomatose laryngée obstructive (aspect framboisé et bourgeonnant).

2. OEdème laryngé:

- post-radique.
- La dyspnée: progressive, la laryngoscopie retrouvant soit :
 - un oedème diffus avec rétrécissement de la filière glottique ;
 - un oedème localisé au niveau des aryténoïdes et de l'épiglotte.

Il est nécessaire de pratiquer un bilan endoscopique sous anesthésie générale à la recherche d'une récidive ou de complications du traitement (nécrose). Cette endoscopie permet également le traitement de réduction de l'oedème, par exemple par laser (cloutage ou résection muqueuse hypertrophique).

• Exceptionnellement, l'oedème laryngé peut être secondaire à une piqûre, une brûlure par caustique ou en rapport avec un oedème angioneurotique congénital par déficit du complément.

3. Sténose laryngée ou laryngo-trachéale post-traumatique:

- Il peut s'agir d'un traumatisme externe, Le plus souvent, la dyspnée est due à un traumatisme interne d'origine iatrogène après intubation en urgence, prolongée ou traumatisante, ou après trachéotomie.
- La dyspnée survient alors progressivement, quelques jours ou semaines après ablation de la sonde d'intubation ou de la canule de trachéotomie.
- La laryngoscopie indirecte par nasofibroscopie peut retrouver une sténose glottique ou une atteinte cricoaryténoïdienne bilatérale avec une immobilité laryngée bilatérale.
- Le bilan est complété par un scanner laryngo-trachéal et une endoscopie sous anesthésie générale à la fois diagnostique et thérapeutique

4. Paralysies laryngées bilatérales:

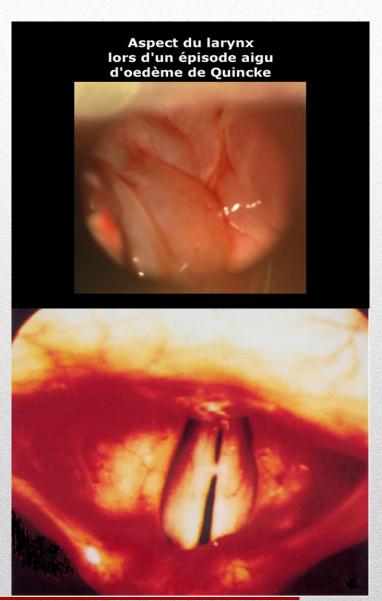
- un contexte viral ou central avec paralysie bilatérale des cordes vocales en adduction,
- un processus tumoral intéressant les deux nerfs laryngés inférieurs (nerfs laryngés caudaux) : tumeur thyroïdienne, oesophagienne ou médiastinale.
- Iatrogènes(+) après chirurgie ayant lésé les nerfs laryngés inférieurs (nerfs laryngés caudaux) ou les nerfs pneumogastriques : chirurgie thyroïdienne, oesophagienne ou vasculaire.
- La dyspnée inspiratoire est importante, avec conservation de la voix. Il existe aussi des risques de fausses routes. L'examen laryngé retrouve une immobilité des deux cordes vocales en adduction, sans lésion pariétale.

6.Laryngites inflammatoires:

-Laryngites allergiques: peuvent entrainer un œdème laryngé brutal et obstructif, notion de terain atopique avc présence d'un facteur délenchant: piqure d'insecte, ingestion d'aliments ou médicament

TRT: CTC IV, adrénaline en s/cut +/- intubation

-Laryngites par inhalation de vapeurs caustiques: Cl, oxyde d'azote, ammoniaque, acide chlorhydrique donnant un œdème de la margelle et vestibule TRT: ATB+CTC



Traitement:

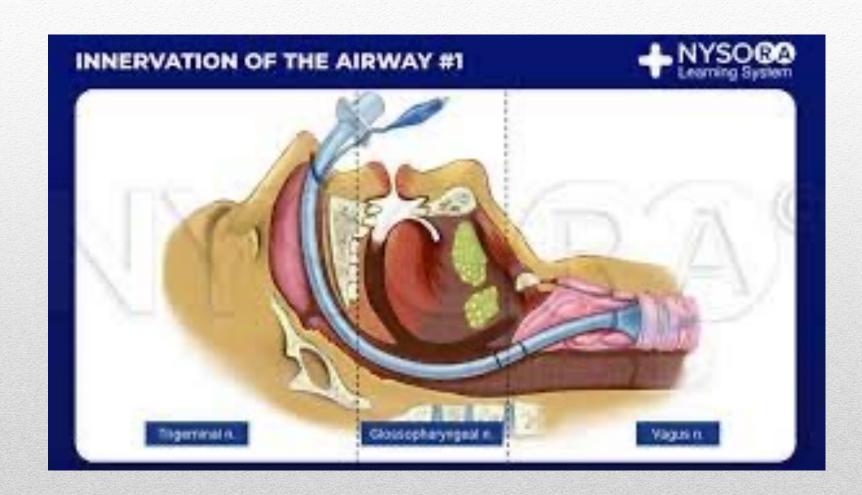
I- Buts:

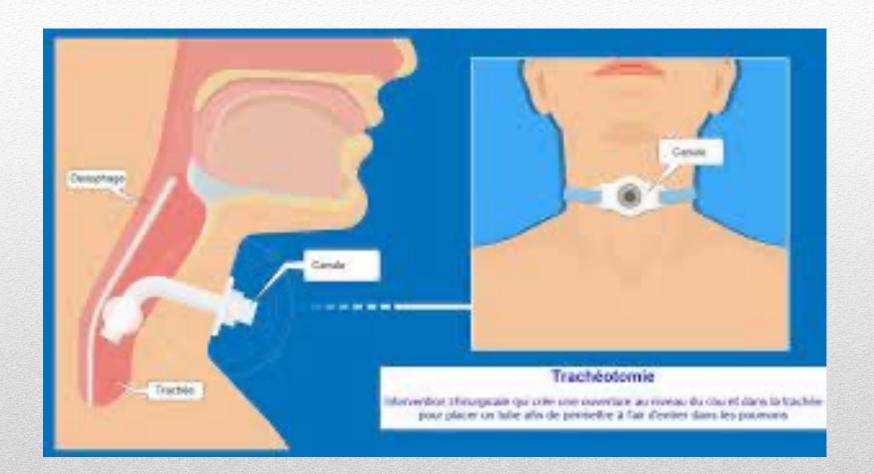
- Libération urgente des voies aériennes supérieures en cas de dyspnée grave.
- Traitement étiologique.

II- Traitement urgent:

- Corticothérapie par voir parentérale.
- Antibiotique à large spectre en cas de suspicion de laryngite aigue dyspnéisante.

- Position demi assise.
- Intubation nasotrachéale : en cas de gravité extrême.
- En cas d'échec du traitement médical il faut prévoir une bronchoscopie en cas de sténose laryngée serrée.
- Trachéotomie en cas d'échec des autres méthodes.
- En cas d'asphyxie sur corps étranger : manoeuvre de Heimlich (Pression brutale puissante au niveau de l'épigastre exercée du bas en haut en étant placé en arrière de sujet) ou trachéotomie de sauvetage











III-trt étiologique:

- Tumeurs du larynx : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.
- Paralysie laryngée : traitement de la cause.
- Sténose laryngée : agrandissement laryngé avec tube de calibrage.
- L'oedème allergique laryngé : corticothérapie injectable et antihistaminique en urgence.
- Epiglottite aigue : antibiothérapie : céphalosporine 3ème génération avec corticothérapie.
- Traumatisme laryngé : réparation, contention sous couvert de trachéotomie.
- Corps étranger laryngé : laryngoscopie directe : extraction du corps étranger

Conclusion:

- Bien savoir établir le diagnostic d'une dyspnée laryngée (principalement clinique)
- Éliminer les autres dyspnées non laryngées
- Chercher un cancer du larynx chez l'adulte.
- Intérêt de l'examen endoscopique : diagnostique et thérapeutique.

