

EVALUATION

Diagnostic

- Age 6 mois – 3 ans.
- Souvent d'apparition nocturne. Prédominance hivernale/automnale.
- Dysphonie, Toux rauque, stridor avec ou sans dyspnée inspiratoire +/- Fièvre.
- Etiologie virale ++.
- Pas d'examen complémentaire nécessaire.

Calcul du score de WESTLEY

Définir la sévérité de la laryngite

- Légère si score < 3
- Modérée si score de 3-5
- Sévère si score de 6-11

	0	1	2	3	4	5
Stridor, Cornage	Absent	Au repos avec stéthoscope	Au repos sans stéthoscope			
Tirage	Absent	Minime	Modéré	Sévère		
Murmure vésiculaire	Normal	Diminué	Sévèrement diminué			
Cyanose	Absente				Lors des pleurs ou d'agitation	Au repos
Vigilance	Normale					Altérée

Consignes en régulation

- Intérêt de la visiorégulation pour évaluer la gravité
- Consigne de laisser l'enfant en position de confort et rassurer l'enfant
- Réévaluer l'état respiratoire
- Absence de preuve formelle sur nécessité d'installation en air humidifié (type vapeur, bain, cocotte minute...) ou à l'air frais. Aérer la pièce.

Critères stricts de consultation aux urgences

- Laryngite < 6 mois
- Doute diagnostic (syndrome de pénétration ?)
- Nécessité d'utilisation d'aérosol d'adrénaline = laryngite modérée à sévère
- Terrain à risque avec pathologie ORL ou respiratoire sous-jacente



Diagnostiques différentiels

- **Malformations laryngées** (angiome, laryngomalacie, tumeur, kyste, sténose...). Chez les < 6mois et laryngite modérée à sévère => orientation consultation ORL pour fibroscopie. Evoquer une malformation aussi dans le cadre d'un stridor persistant depuis la naissance.
- **Tableau septique bruyant** :
 - **Epiglottites bactériennes** (HiB). Si fièvre élevée (39-40°C), hyper sialorrhée, penché en avant, dysphagie ET non vacciné.
 - **Laryngo-trachéobronchite bactérienne** (staph, HiB, strepto). Si fièvre élevée (39-40°C), dyspnée aux 2 temps ou mauvaise réponse aux nébulisations d'adrénaline.
- **Inhalation corps étrangers**: apparition brutale lors d'un repas ou situation à risque d'inhalation, chercher le syndrome de pénétration.
- **Autre** : œdème de Quincke, abcès rétro pharyngé, trauma VAS, diphtérie, hypoCa, caustiques...

TRAITEMENT ET ORIENTATION

CRISE LEGERE SCORE DE WESTLEY < 3

Absence de stridor **ou** stridor à l'agitation **ou** stridor au repos isolé (sans détresse respiratoire).
+ Absence de signe de lutte.
+ Conscience normale.

UNE DOSE UNIQUE :

BETAMETHASONE (Célestène®) PO : 15 gttes/kg ou 0,2mg/kg
OU
PREDNISOLONE (Solupred®) PO : 1 mg/kg
OU
BUDENOSIDE inhalé 2 mg (à privilégier sur laryngite à répétition pour épargne cortisonique).

PAS DE SURVEILLANCE
Et RAD sans traitement de sortie

Amélioration = absence de signes de lutte

SURVEILLANCE
2h après aérosol

Amélioration : absence de signes de luttés

RAD avec prescription:
BETAMETHASONE (Célestène®) : 15 gttes/kg ou 0,2 mg/kg.
OU
PREDNISOLONE (Solupred®) : 1 mg/kg.
pendant 48h au décours

CRISE MODEREE SCORE DE WESTLEY 3-5

Stridor au repos
+ Tachypnée modérée
+ Signes de lutte modérés
+ Conscience normale.

ADRENALINE(1mg/mL) : 5mg en aérosol
SOUS SCOPE
+
BETAMETHOSONE :15 gttes/kg ou 0,2 mg/kg (Célestène®) PO.
OU PREDNISOLONE 1mg/kg (Solupred®) PO.

Pas ou peu d'amélioration dans les 30 min

Aggravation

2ème aérosol :
ADRENALINE 5 mg
et

HOSPITALISATION EN SERVICE CONVENTIONNEL

CRISE SEVERE SCORE DE WESTLEY ≥ 6

Stridor au repos + 1 critère parmi :
-Signes de lutte sévères
-Conscience altérée.

ADRENALINE (1mg/mL) : 5 mg en aérosol **SOUS SCOPE**
+
DEXAMETHASONE : 0,15 mg/kg IV (ou IM).

Adrénaline efficace

Adrénaline peu ou pas efficace

HOSPITALISATION EN SERVICE CONVENTIONNEL

2ème aérosol
adrénaline 5mg + allo REA PED
Si besoin, AEROSOL Adrénaline /h
Déxaméthasone /6h

REMARQUES

- Préférer la bétaméthasone pour le petit enfant
- Possibilité de proposer la prednisolone orodispersible dans un faible volume d'eau et administrer avec une seringue pour une meilleure observance.
- Pratique Médecin Correspondant SAMU : Possibilité dans les formes modérées, de surveiller l'enfant 2h au cabinet du MCS, si amélioration après le premier aérosol. Appel du C15, à la moindre aggravation.

- Particularités intubation dans les laryngites sévères :

A réserver aux indications impératives.

Anticiper l'intubation difficile avec les personnes les plus compétentes ou aguerries.

Privilégier un transfert en amont vers un CHU si possible.

S'entourer de compétence anesthésique et ORL localement si possible.

Si IOT en urgence : éviter d'allonger le patient et utiliser une technique de sédation qui préserve la ventilation spontanée le plus longtemps possible en évitant les curares à l'induction, et prévoir des sondes d'intubation de taille plus petite à disposition avec un guide.

Situation d'IOT difficile. Vérifier EtCO₂ après IOT.

Œdème à vacuo très fréquent après la levée d'obstacle répondant bien à la PEEP.

➤ **Ordonnance de RAD dans les laryngites simples et modérées :**

Laryngite légère : pas de traitement de sortie

Laryngite modérée : BETAMETHASONE (Célestène®) : 15 gttes/kg ou 0,2mg/kg.
OU
PREDNISOLONE (Solupred®) : 1mg/kg.
pendant 48h au décours

➤ **Ordonnance de RAD si laryngites à répétition (>2 par an)**

OBJECTIF : épargne cortisonique orale !

- Location nébuliseur pneumatique avec masque adapté à l'âge.

- Au moment de la crise :

Nébulisations BUDESONIDE double dose : 1mg <1an
2 mg ≥ 1 an
+ dose unique corticoïde si stridor associé.

- Puis entretien : **Par nébulisation** : **BUDESONIDE x 2/j** : 0,5 mg < 1 an
1 mg ≥ 1 an
jusqu'à disparition de la toux.

- Traitement de fond : **FLIXOTIDE en traitement de fond** pour espacer les épisodes jusqu'à consultation pneumo-pédiatrique ou pédiatre du réseau SPASM +/- IPP si reflux clinique.

- Evoquer : RGO, asthme sous-jacent, angioœdème bradykinique.

➤ **Ordonnance type QSP 12 mois**

ORDONNANCE NEBULISEUR	SI LARYNGITE	TRAITEMENT DE FOND
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Location nébuliseur pneumatique type PARIBOY PRO avec masque adapté à l'âge. ➤ Location pour 12 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PULMICORT® 0,5 MG (< 1 ANS) OU 1 MG (> 1 AN) 1 nébulisation avec deux pipettes lors de la crise de laryngite Puis entretien avec 1 nébulisation simple dose matin et soir jusqu'à amélioration ➤ SOLUPRED® (PREDNISOLONE) cp orodispersible à 20 mg : 1mg/kg Dose unique en cas de gêne respiratoire lors de la crise de laryngite. Ou BETHAMETHASONE (Célestène®) susp buv à 15 gttes/kg ou cp orodispersible à 0,2 mg/kg ➤ ABLE SPACER 2 avec masque adapté à l'âge : 1 unité tous les 6 mois, si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FLIXOTIDE® (FLUTICASONE) 50 µg: 2 bouffées matin et soir avec la chambre d'inhalation. Bien rincer la bouche après. ➤ INEXIUM® (ESOMEPRAZOLE) : 1 à 2 mg/kg max 20 mg par jour

- **Références bibliographiques concernant l'humidification ou l'installation à l'air frais :**

Siebert JN, Salomon C, Taddeo I, Gervais A, Combesure C, Lacroix L. Outdoor Cold Air Versus Room Temperature Exposure for Croup Symptoms: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 2023 Sep 1;152(3):e2023061365. doi: 10.1542/peds.2023-061365. Erratum in: Pediatrics. 2024 Mar 1;153(3):e2023065508. doi: 10.1542/peds.2023-065508. PMID: 37525974.

Johnson DW. Croupe. BMJ Clin Evid. 29 septembre 2014;2014:0321. PMID : 25263284 ; PMCID : PMC4178284.

Croup in children ; Candice L. Bjornson, David W. Johnson ;CMAJ Oct 2013, 185 (15) 1317-1323; DOI: 10.1503/cmaj.121645

Michael Moore, Paul Little, Humidified air inhalation for treating croup: a systematic review and meta-analysis, Family Practice, Volume 24, Issue 4, August 2007, Pages 295–301, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm022>

Moore M, Little P. Humidified air inhalation for treating croup. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002870. DOI: 10.1002/14651858.CD002870.pub2. Accessed 10 July 2024.

