

# 198- Dyspnée aiguë : dyspnée laryngée

## Table des matières

DEFINITION	1
DIAGNOSTIC D'UNE DYSPNEE LARYNGEE DE L'ENFANT	2
Diagnostic positif	2
Diagnostic différentiel	2
Diagnostic topographique	2
Formes cliniques	2
Diagnostic de gravité	2
Conduite à tenir en urgence	3
Diagnostic étiologique	3
• Chez le nouveau-né	3
• Chez le nourrisson	3
• Chez l'enfant de plus de 6 mois	3
LES DYSPNEES LARYNGEES DE L'ADULTE	5
Orientation diagnostique et conduite à tenir devant une dyspnee laryngee	7

## DEFINITION

La dyspnée laryngée est la conséquence d'une diminution de calibre de la filière laryngée.

- Chez l'enfant, elle est particulièrement fréquente et revêt souvent un caractère de haute gravité. Ceci s'explique par l'étroitesse de la filière laryngée, surtout au niveau de la région sous-glottique, correspondant au cricoïde, cartilage particulièrement rigide à cet âge. Elle est de plus tapissée d'une muqueuse contenant de nombreux éléments lymphoïdes dont l'inflammation rétrécit encore cet espace.
- Chez l'adulte, elle évolue essentiellement sur un mode chronique et doit faire craindre un processus tumoral.

## DIAGNOSTIC D'UNE DYSPNEE LARYNGEE DE L'ENFANT

### Diagnostic positif

Il est facile, dès le premier temps de l'examen.

Il permet de reconnaître le siège laryngé de l'obstruction :

- **Bradypnée inspiratoire** : allongement de temps inspiratoire
- **Tirage** : conséquence de la dépression intrathoracique en aval de l'obstacle pour lutter contre la diminution de calibre laryngé et obtenir le même flux ventilatoire. Il se manifeste par une dépression des parties molles : région sus-sternale, sus-claviculaire, espaces intercostaux et région épigastrique.
- **Cornage** : bruit rauque causé par le passage de l'air à vitesse plus élevée au travers du rétrécissement laryngé.

### Diagnostic différentiel

- Une dyspnée bronchique : il s'agit alors qu'une bradypnée expiratoire, typique dans l'asthme.
- Une dyspnée pulmonaire ou cardiaque : il s'agit alors d'une tachypnée.
- Une dyspnée trachéale : il s'agit d'une bradypnée aux deux temps ventilatoires.

### Diagnostic topographique

L'analyse des modifications du timbre de la voix et de la toux permet de localiser l'obstacle aux 3 étages du larynx.

- Lésion glottique : altération du timbre de la voix, dysphonie
- Lésion sous-glottique : timbre de la voix conservée mais toux aboyante
- Lésion sus-glottique (vestibule laryngé et épiglote) : pas de modification du timbre de la voix mais celle-ci est étouffée. Elle s'accompagne d'une dysphagie avec hypersialorrhée et aphagie.

### Formes cliniques

- Nouveau-né : la bradypnée peut être remplacée par une polypnée traduisant une détresse respiratoire.
- La forme asthénique est une urgence vitale : polypnée superficielle par épuisement de l'enfant accompagnée de signes de décompensation : cyanose, sueur, tachycardie, hypertension, troubles de la conscience.

### Diagnostic de gravité

Il est fondé à la fois sur les **signes d'asphyxie**, l'**intensité des signes de lutte**, leur **disparition**, la **durée** de l'épisode, la **résistance au** traitement et la présence de **comorbidités**.

- Les signes d'asphyxie sont : sueurs, tachycardie, hypertension par hypercapnie, cyanose, pâleur.
- La durée : toute dyspnée de l'enfant durant plus d'une heure est grave.
- L'irrégularité du rythme ventilatoire, l'intensité du tirage.

Il faut se méfier d'un tableau de fausse amélioration, la tachypnée superficielle faisant suite à la bradypnée. Cette évolution traduit l'épuisement de l'enfant.

Tous ces éléments imposent l'intubation d'urgence (ou trachéotomie) et l'oxygénation.



Une dyspnée laryngée est typiquement une bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage.



La séméiologie peut être trompeuse dans les formes graves, particulièrement chez le nouveau-né et le nourrisson.

## Conduite à tenir en urgence

A ce stade et sans connaître la cause, on est conduit au traitement d'urgence : oxygénation au masque, corticoïdes, intubation.

## Diagnostic étiologique

### • CHEZ LE NOUVEAU-NE

- La laryngomalacie, par invagination des cartilages aryénoïdes ou des replis aryépiglottiques à l'intérieur du larynx lui-même lors de l'inspiration, peut être responsable de dyspnée laryngée. Le signe dominant dans sa forme non dyspnéisante est le stridor (bruit inspiratoire). La dyspnée associée est habituellement réduite. Les critères de gravité sont un tirage, des troubles de déglutition, des apnées du sommeil qui nécessitent une prise en charge diagnostique et thérapeutique se fait en milieu spécialisé. Un reflux gastro-oesophagien est souvent associé.
- D'autres causes peuvent expliquer une dyspnée laryngée chez le nouveau-né :
  - une paralysie laryngée par traumatisme obstétrical par exemple
  - une malformation congénitale : palmure ou sténose, kyste endolaryngé.

Chez le nouveau-né, la constatation d'une dyspnée aiguë impose une laryngoscopie directe, qui seule, affirmera le diagnostic. Elle permettra parfois un traitement chirurgical d'urgence comme la résection endoscopique d'un kyste endolaryngé ou d'une palmure par exemple.

### • CHEZ LE NOURRISSON

Un angiome sous-glottique est l'éventualité la plus classique. Ici, la dyspnée évolue sur un mode chronique mais avec fréquemment des accès de suffocation aiguë pouvant simuler une laryngite sous-glottique à un âge où cette dernière affection est exceptionnelle (avant l'âge de six mois). Le diagnostic sera parfois aidé par la constatation de l'existence d'angiomes cutanés cervico-faciaux. La fibroscopie laryngée peut découvrir la tuméfaction sous-glottique (à gauche le plus souvent) couverte d'une muqueuse normale, mais l'examen de confirmation est une endoscopie laryngo-trachéale sous anesthésie générale. La radiographie du larynx de face pourrait montrer également cette déformation sous-glottique unilatérale.

Une corticothérapie prolongée est classiquement efficace dans cette affection qui est spontanément et lentement régressive. Parfois un équilibre précaire (dyspnée d'effort ou de repos) voire une décompensation respiratoire aiguë peut imposer une intubation ou une intervention chirurgicale.

### • CHEZ L'ENFANT DE PLUS DE 6 MOIS

- Le spasme laryngé peut être la manifestation d'une tétanie par hypocalcémie. Il s'observe également chez un sujet de la première enfance, normocalcique, mais de tempérament nerveux. Le trouble est alors déclenché par une colère, une fausse route, des pleurs. La dyspnée est brutale, très intense, impressionnante, avec apnée et cyanose, parfois perte de connaissance. Elle cède aussi rapidement qu'elle s'est installée. Elle peut prêter à confusion avec des syncopes ou une épilepsie. Il reste bénin.
- La laryngite striduleuse est un trouble paroxystique d'installation habituellement nocturne, chez un enfant porteur d'une rhino-pharyngite fébrile. Le spasme glottique est caractérisé par un cornage très intense. Le


trouble dure quelques minutes et rétrocede spontanément. Cette laryngite striduleuse est volontiers récidivante. Elle doit être traitée par des sédatifs légers, une désinfection nasale, parfois des corticoïdes par voie orale pendant quelques jours. La prévention des récidives est celle des rhino-pharyngites, c'est-à-dire l'adénoïdectomie.

Dans certains cas, cette laryngite striduleuse inaugure une maladie infectieuse, en particulier la rougeole.

- La laryngite aiguë sous-glottique est la forme la plus fréquente et la plus grave. Elle est due à un oedème sous-glottique. Elle s'installe progressivement chez un enfant porteur d'une rhino-pharyngite. Le timbre de la voix est rauque, de même que le cri, ce qui contraste avec une toux aboyante. L'installation progressive de cette dyspnée ne doit pas rassurer car une décompensation brutale est toujours possible.  
Le traitement associe une corticothérapie administrée par voie parentérale, une oxygénothérapie voire des aérosols adrénalinés et/ou avec corticoïdes, à débiter en urgence. En fonction de la réponse au traitement l'hospitalisation peut être nécessaire (risque de décompensation respiratoire). Il ne faut jamais prescrire de sédatif. Si l'étude des gaz du sang montre une hypoxie et une hypercapnie, une intubation nasotrachéale est nécessaire.
- **L'épiglottite aiguë** ou laryngite oedémateuse sus-glottique est plus rare, mais plus sévère. Il s'agit d'un septicémie à *Haemophilus influenzae* type b capsulé (vaccination efficace) ou plutôt à streptocoque depuis la vaccination généralisée. Elle touche des enfants plus grands (4-6 ans). L'épiglotte augmente considérablement de volume et obstrue le carrefour. Il s'y associe une fièvre importante, une dyspnée laryngée d'installation rapide, une voix étouffée (couverte), une toux claire, une dysphagie intense avec hypersialorrhée. L'enfant est dans une position particulière : il est assis dans son lit, la tête penchée en avant (pour limiter l'obturation laryngée par l'épiglotte).  
Le traitement repose sur une hospitalisation, avec surveillance, antibiothérapie et maintien de la liberté des voies aériennes supérieures, qui peut justifier une intubation en milieu spécialisé. Le recours à une trachéotomie peut être nécessaire.
- La laryngite diphtérique n'est mentionnée que pour mémoire, car elle a pratiquement disparu en Europe depuis la vaccination. Elle associe à la dyspnée une toux rauque, une voix éteinte et la constatation de fausses membranes adhésives et extensives au pharynx. Cette constatation impose l'isolement, le prélèvement pour recherche du bacille diphtérique et la sérothérapie associée à une antibiothérapie générale.
- Le corps étranger laryngé est rare, particulièrement grave car la décompensation respiratoire peut être extrêmement brutale par modification de situation du corps étranger. Celui-ci est nécessairement volumineux, sinon il aurait franchi le larynx et serait devenu un corps étranger trachéo-bronchique. Dans certains cas, il s'agit d'un corps étranger trachéal qui, lors de la toux, est venu s'enclaver dans la sous-glotte, éventualité particulièrement sévère.  
Seulement en cas d'extrême urgence, il faut tenter la manœuvre de Heimlich : placer l'enfant couché sur le dos, ou encore la tête en bas, exercer une pression brutale sur l'abdomen, dans la région sous-ombilicale en répétant éventuellement plusieurs fois la manœuvre. La trachéotomie

inter crico-thyroïdienne ou laryngotomie est l'ultime geste salvateur. Dans tous les cas, une hospitalisation d'urgence s'impose.

- L'œdème laryngé allergique peut s'installer brutalement après une piqûre d'insecte ou l'ingestion d'aliments mal tolérés. La dyspnée peut être ici très sévère. Elle sera traitée par corticothérapie intraveineuse éventuellement associée à de l'adrénaline sous-cutanée.
- Les laryngites aiguës dues à des brûlures par liquides caustiques ou bouillants, sont rares. La corticothérapie sera réalisée en milieu hospitalier.
- Les dyspnées par traumatisme du larynx sont rares par voie externe chez l'enfant, mais nettement plus fréquentes pour les traumatismes internes iatrogènes par intubation prolongée. Cette dyspnée évolue sur le mode chronique.
- La papillomatose laryngée :  
Il s'agit d'une affection de nature histologique bénigne, caractérisée par une prolifération exophytique, pouvant se développer sur les cordes vocales, souvent diffuse pouvant atteindre les 3 étages laryngés. Une extension trachéale, voire trachéo-bronchique est possible, de pronostic particulièrement sévère.  
Le signe principal est la dysphonie : toute dysphonie de l'enfant doit avoir un examen fibroscopique du larynx.  
La papillomatose laryngée, de nature virale, est caractérisée par son évolution récidivante après exérèse chirurgicale. Dans la majorité des cas, l'affection guérit spontanément vers la puberté, mais ce n'est pas une règle absolue. Le traitement est essentiellement palliatif : ablation itérative des papillomes par microchirurgie laryngée ou laser (CO<sub>2</sub>). Les antiviraux en injection in situ à titre curatif sont très prometteurs mais encore au stade de l'évaluation (Cidofovir®).

 Une dyspnée laryngée installée en quelques heures chez un enfant fébrile et enrhumé est sûrement une laryngite œdémateuse sous-glottique. La corticothérapie par voie parentérale est le traitement à appliquer immédiatement.

 Une dyspnée laryngée "fébrile" avec dysphagie douloureuse est une suspicion d'épiglottite et doit entraîner une hospitalisation immédiate.

## LES DYSPNEES LARYNGEES DE L'ADULTE

Elles évoluent volontiers sur un mode chronique. Le bruit inspiratoire laryngé n'a pas toujours les caractères du cornage entendu chez l'enfant. La rigidité des tissus et l'éventuelle obésité peuvent masquer le tirage qui, de toute façon, n'est jamais épigastrique mais seulement sus-claviculaire et sus-sternal.

En dehors d'une étiologie précise évidente, la dyspnée laryngée chez l'adulte doit avant tout faire penser aux :

- **Cancers pharyngolaryngées :**  
La dyspnée est habituellement un signe tardif mais fréquent, souvent précédée par une dysphonie qui aura été négligée.  
Elle peut liée à la taille de la tumeur, ou à une paralysie récurrentielle par envahissement local.

- Certaines tumeurs bénignes provoquent des dyspnées laryngées chroniques évoluant sur de nombreuses années (chondromes par exemple).
- D'autres lésions laryngées bénignes peuvent être responsables de poussées dyspnéisantes sub-aiguës et intermittentes : c'est le cas des laryngocèles ou kystes aériens du larynx développés dans le fond du ventricule laryngé.
- Certaines formes de laryngites chroniques peuvent être dyspnéisantes : c'est le cas des laryngites oedémateuses ou pseudomyxomes des cordes vocales.
- Certaines **paralysies laryngées** peuvent être dyspnéisantes :
  - C'est le cas essentiellement de la paralysie **bilatérale** des muscles dilatateurs de la glotte (**syndrome de Gerhardt**); celle-ci peut être post-opératoire, mais aussi apparemment spontanée, en rapport en fait avec une lésion du tronc cérébral. Une autre étiologie non exceptionnelle est la sclérose latérale amyotrophique. Cette paralysie des dilatateurs se traduit par une excellente conservation du timbre de la voix, contrastant avec une dyspnée laryngée évoluant par crises successives (dyspnée à voix claire).
  - Les paralysies laryngées bilatérales complètes (muscles dilatateurs et constricteurs) entraînent essentiellement une aphonie et des troubles de la déglutition, peu de dyspnée. Elles doivent faire rechercher une tumeur de la bouche de l'œsophage ou du corps thyroïde.
- Les traumatismes du larynx :
  - Un traumatisme externe peut entraîner une dyspnée par oedème ou fracture avec écrasement des cartilages laryngés ou inhalation de l'épiglotte. Cette dyspnée peut être immédiate mais également secondaire et d'évolution imprévisible. Raison pour laquelle une surveillance hospitalière est obligatoire.
  - Les traumatismes internes sont bien plus fréquents : ils sont d'origine iatrogénique, consécutifs à des intubations difficiles ou liés à une intubation prolongée (plusieurs jours). Les lésions responsables de la dyspnée sont diverses : blocage des aryténoïdes, synéchies antérieures, postérieures, chondrite du cricoïde.
- Les corps étrangers du larynx chez l'adulte sont exceptionnels.

## ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSPNEE LARYNGEE

		Orientation diagnostique			CAT par le praticien	CAT par l'ORL
Enfant	Nouveau-né	Stridor congénital : laryngomalacie (dyspnée rare)  Stridor symptomatique : paralysie, malformation, kyste			L'enfant est en principe déjà hospitalisé	Laryngoscopie diagnostique  Intubation, trachéotomie, résection
	< 6 mois	Angiome sous-glottique (après 1 mois)			Corticoïdes, hospitalisation +/- urgente	Laryngoscopie, trachéotomie
		Spasme laryngé (spasme du sanglot)			Sédatif	
	> 6 mois	Laryngites aiguës	Striduleuse		Instillations nasales, sédatifs	
			Oedémateuse	Sous-glottique	Corticoïdes IV, hospitalisation immédiate si dyspnée décompensée ou pas de résultats après 30mn	Intubation, corticoïdes
				Epiglottite	Hospitalisation urgente : bloc	Intubation ou trachéotomie, antibiotiques
			Diphthérique		Hospitalisation urgente : bloc	Isolement, laryngoscopie, sérothérapie, et antibiotiques
		Corps étranger laryngé (rare)			Manœuvre de Heimlich, hospitalisation immédiate : bloc	Extraction
		Œdème d'origine caustique, allergique			Corticoïdes IV, adrénaline, hospitalisation si pas de résultats après 30mn	Intubation ou trachéotomie
		Traumatisme externe ou interne (intubation)			Hospitalisation urgente : bloc	Surveillance, intubation ou trachéotomie
		Papillomatose laryngée			Demande de bilan ORL	Laser, vaccin, trachéotomie

<b>Adulte</b>	Tumeurs	Bénigne	Demande de bilan ORL	Endoscopie, chirurgie +/- radiothérapie
		Maligne (pharyngo laryngée)		
	Traumatisme externe ou interne (intubation)		Hospitalisation urgente : bloc	Surveillance +/- chirurgie
	Paralysie laryngée bilatérale		Demande de bilan ORL	Cordotomie postérieure/trachéotomie
	Corps étranger laryngé		Hospitalisation urgente : bloc	Extraction
	Laryngite œdémateuse, toxique, tuberculeuse		Corticoides IV, demande de bilan ORL	Laryngoscopie