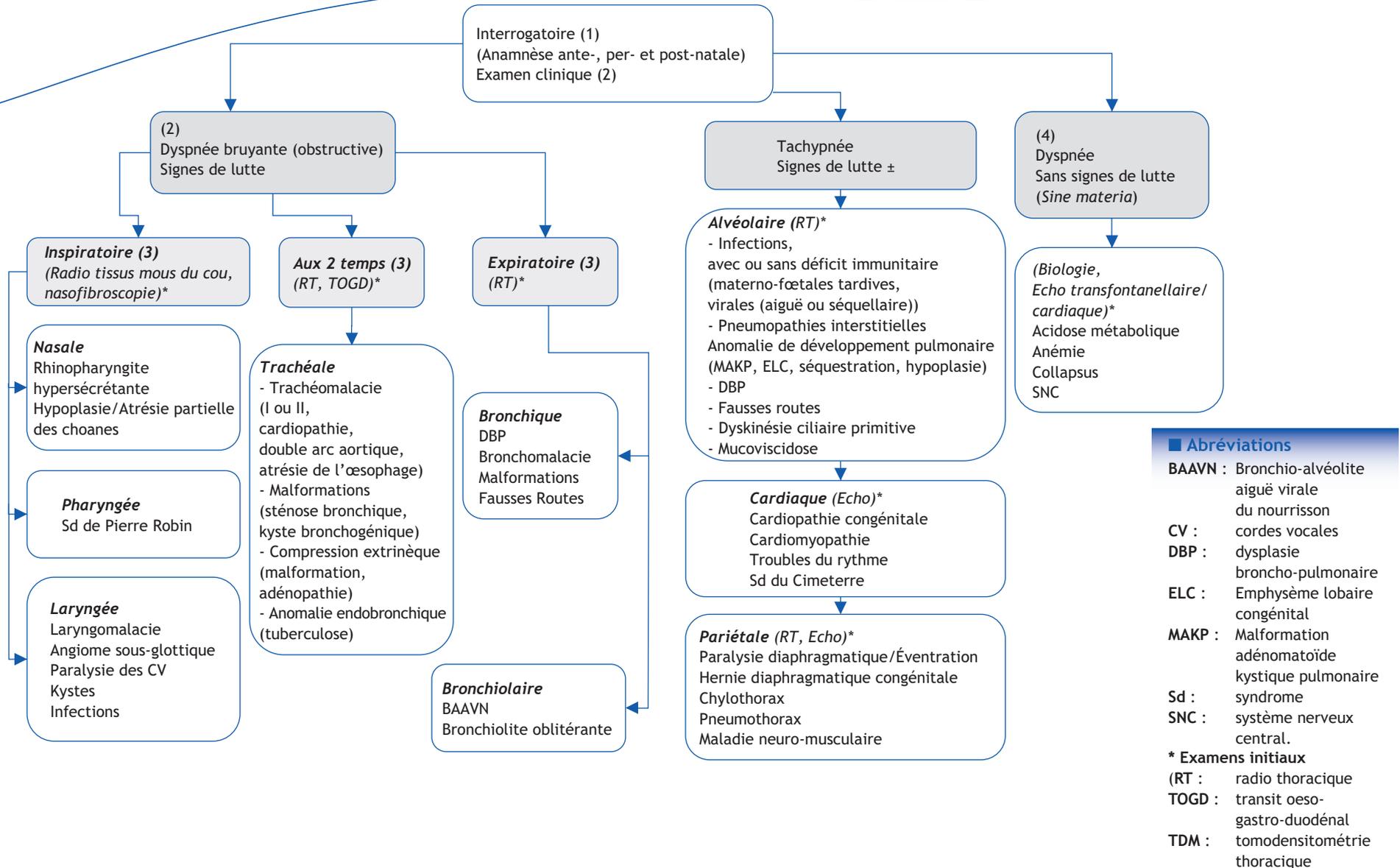


M. Fayon

Pneumologie Pédiatrique, Hôpital Pellegrin-Enfants, CHU de Bordeaux, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France ; Société Pédiatrique de Pneumologie et Allergologie



■ Arbre diagnostique - Commentaires

Le cheminement diagnostique d'une dyspnée chez le très jeune nourrisson est difficile, nécessitant une analyse globale de la situation.

(1) **L'anamnèse** incluant la période anténatale : antécédents familiaux, atopie, grossesse, terme, accouchement, détresse respiratoire néonatale, examens de dépistage, environnement - tabagisme *in utero*, saison, mode de découverte fortuite, ou présence de signes cliniques (toux, bruit anormal, cyanose, dyspnée, etc.), durée de la maladie.

(2) **L'examen clinique** doit permettre d'identifier le caractère obstructif (bruit anormal : stridor/cornage, sibilants, bradypnée, signes de lutte) ou non de la dyspnée. Une respiration bruyante lente et ample est évocatrice d'une atteinte extra-thoracique, alors qu'une tachypnée superficielle est souvent présente lors d'une obstruction intrathoracique.

(3) En raison de la polypnée, > 40/min, l'analyse du temps de la dyspnée (inspiratoire, aux 2 temps, expiratoire), primordiale, est délicate, d'autant plus que des lésions différentes peuvent co-exister. Sont également à rechercher : souffle cardiaque/bruit de galop, hépatomégalie (insuffisance cardiaque), pouls fémoraux, tolérance (tirage et signes de lutte/battement des ailes du nez/balancement thoraco-abdominal, cyanose, sueurs, état hémodynamique et neurologique), développement psychomoteur (tenue de tête à 3 mois), état septique, toux ou dyspnée lors de l'alimentation. Evaluer la position des structures médiastinales (bruits du cœur, trachée - qui peut être en position centrale, voire à droite, mais jamais à gauche). La mesure de la SaO₂ (> 90 - 92 % selon les équipes) à l'aide d'un saturomètre adapté est préconisée. Les **étiologies** sont extrêmement variées, avec une prédominance de pathologies infectieuses +++ (infection materno-fœtale tardive, bronchiolite virale, micro-organismes atypiques (*C. trachomatis*), malformatives, fonctionnelles et séquentielles. Une association étiologique doit toujours être recherchée, p.e. une bronchiolite sévère révélant une trachéomalacie, une bronchiolite traînante associée à des fausses routes, une pneumopathie révélant une

éventration diaphragmatique. Avant l'âge de 3 mois, des sifflements récidivants ne doivent pas être assimilés à un asthme. Une laryngite virale dans les premières semaines de vie peut être d'origine herpétique.

(4) Lorsque le tableau pulmonaire n'est pas au premier plan, la dyspnée peut être en rapport avec une cause extra-respiratoire.

Examens complémentaires : NFS (polyglobulie si hypoxie chronique), CRP, Gaz du sang (acidose respiratoire compensée ?), ionogramme (une hypokaliémie, une hypocalcémie et/ou une hypophosphorémie peuvent induire une faiblesse musculaire, une déshydratation avec hyponatrémie et alcalose hypochlorémique évoque une mucoviscidose). Concernant l'imagerie, la radiographie thoracique reste l'examen de choix :

- Médiastin en place :
 - o Pathologie pulmonaire a priori médicale,
 - o Dextrocardie ou *situs inversus* ;
- Déplacement médiastinal et lésion compressive :
 - o Médiastin déplacé du côté anormal :
 - Rétraction : atélectasie,
 - Hypoplasie pulmonaire unilatérale,
 - o Médiastin dévié côté sain :
 - Lésion compressive ?
- Claire :
 - Abdomen normal :
 - Clarté unique : pneumothorax, Kyste bronchogénique, emphysème lobaire congénital,
 - Clartés multiples : malformation adénomatoïdique kystique pulmonaire,
 - Anomalies abdominales : hernie diaphragmatique congénitale,
- Opaque :
 - Lésions bulleuses : malformation adénomatoïdique kystique pulmonaire,

Lésion unique : kyste bronchogénique, adénopathie,
Épanchement pleural : chylothorax, pleurésie, hémothorax.

L'échographie est utile en cas de suspicion de lésion médiastinale, pariétale, cardio-vasculaires et/ou neurologique. L'indication de la tomодensitométrie thoracique (+ injection de produit de contraste) doit être réfléchiée, en raison de l'anesthésie et du risque lié à l'irradiation. Elle permet d'apporter des renseignements sur l'ensemble de l'appareil respiratoire. Le test de la sueur est en général réalisé à partir de 4 kg, anomalies métaboliques (hyponatrémie) corrigées. L'indication de la nasofibroscopie, de réalisation aisée sans anesthésie, est facile, contrairement à la bronchoscopie et au lavage broncho-alvéolaire.

Le recours à un avis hospitalier est conseillé chez les enfants de moins de 6 semaines.

Le traitement est avant tout étiologique. Une bi-antibiothérapie intraveineuse (C3G et aminoside) est nécessaire en cas d'infection materno-fœtale tardive, et l'amoxyc-clav paraît être un compromis en cas d'infection bactérienne communautaire (se méfier du *S. aureus*). Les bronchodilatateurs ont peu de place à cet âge, à discuter en cas de bronchiolite aiguë sévère (bêta2-agonistes, adrénaline). Ils sont potentiellement délétères en cas de trachéo-bronchomalacie. Les corticoïdes généraux sont utiles dans les angiomes sous-glottiques (mais utiliser de préférence les bêta-bloquants), et certaines formes de pneumopathies interstitielles. Ils sont à éviter chez les ex-prématurés, non-indiqués en cas de bronchiolite aiguë virale et contre-indiqués en cas de laryngite herpétique.

Déclaration d'intérêts

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts pour cet article.

Correspondance :
Adresse e-mail : michael.fayon@chu-bordeaux.fr

■ Références

- Bourrillon A. Détresse respiratoire du nourrisson. In : A Bourrillon et al. Pédiatrie pour le praticien. Paris, France : Masson; 2003. p. 546-8.
- Fayon M, Leclerc F, Martinot A, et al. Insuffisance respiratoire aiguë. In : Lacroix J, Gauthier M, Hubert P, et al. Urgence et Soins Intensifs pédiatriques, 2^e ed. Paris, France/Canda : Masson/Éditions Sainte Justine, Montréal 2007. p. 269-94.
- <http://emedicine.medscape.com/article/908172-overview>
- Laugier J, Gold F. Abrégé de néonatalogie, 3^e édition. Paris : Masson ; 1997. p. 278.