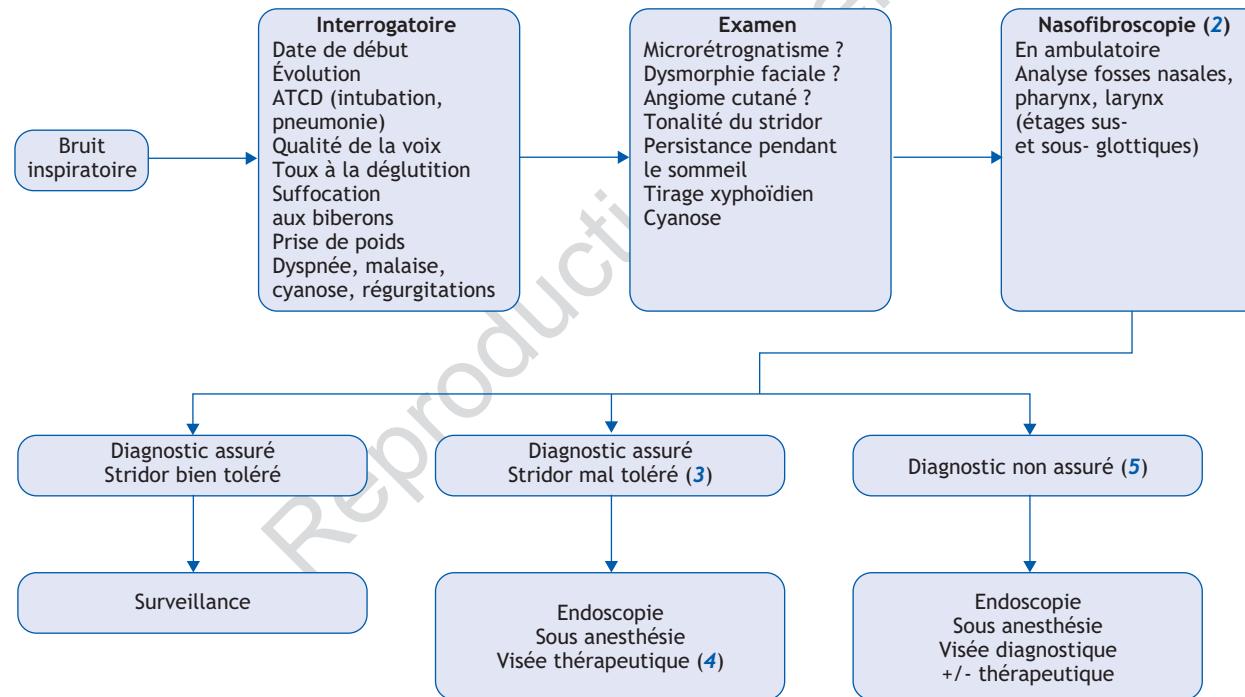


## S. Ayari-Khalfallah

Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital femme-mère-enfant, groupement hospitalier Est, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron Cedex, France



## ■ Arbre diagnostique - Commentaires

**(1)** Le stridor est, dans la terminologie française, un bruit inspiratoire d'origine laryngotrachéale provoqué par les turbulences de l'air autour d'un obstacle. Pour les Anglo-Saxons, ce terme désigne un bruit respiratoire, inspiratoire ou expiratoire [Mancuso 1996]. La tonalité du stridor peut être aiguë (bruit de la laryngomalacie ou de la paralysie des cordes vocales...), grave à type de ronflement (laryngomalacie, certaines pathologies sus-glottiques...) ou à type de cornage (bruit rauque évocateur de laryngite, sténose ou angiome sous-glottique ou trachéal haut...). Les étiologies du stridor sont multiples.

**(2)** Devant tout stridor, un examen ORL avec réalisation d'une nasofibroscopie doit être proposé.

**(3)** La symptomatologie est mal tolérée s'il existe un retentissement respiratoire ou alimentaire avec des signes de gravité :

- retard de la croissance pondérale,
- dyspnée avec tirage intercostal ou xypoïdien permanent et important,
- épisodes de détresse respiratoire,
- apnées obstructives du sommeil,
- épisodes de suffocation lors de l'alimentation ou une difficulté à la prise alimentaire.

**(4)** L'endoscopie sous anesthésie générale a un intérêt diagnostique, permettant de confirmer le diagnostic étiologique déjà suspecté (tel que laryngomalacie) ou évoqué, de rechercher d'autres malformations laryngo-trachéales associées, mais éga-

lement thérapeutiques puisque certaines pathologies tels que laryngomalacie, kystes laryngés... sont accessibles à un traitement par voie endoscopique réalisé dans le même temps.

**(5)** Le diagnostic est non posé, si à l'issue de la fibroscopie en consultation, l'état du pharyngolarynx tel qu'observé dans les conditions de l'examen ne permet pas de mettre en évidence l'étiologie du stridor faisant alors suspecter un obstacle plus bas situé (sous-glottique ou trachéal).

## ■ Liens d'intérêts

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

## ■ Références

- Denoyelle F, Couloigner V, Froehlich P, et al. Le larynx de l'enfant. Rapport de la société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou. Paris: L'européenne d'édition; 2011.
- Friedman EM, Vastola AP, McGill TJ, et al. Chronic pediatric stridor: etiology and outcome. *Laryngoscope* 1990;100:277-80.
- Garabedian EN, Bobin S, Monteil JP, et al. ORL de l'enfant. Paris: Éditions Flammarion Médecine-Sciences; 2006.

\*Auteur correspondant :

Adresse e-mail : sonia.ayari-khalfallah@chu-lyon.fr (S. Ayari-Khalfallah)