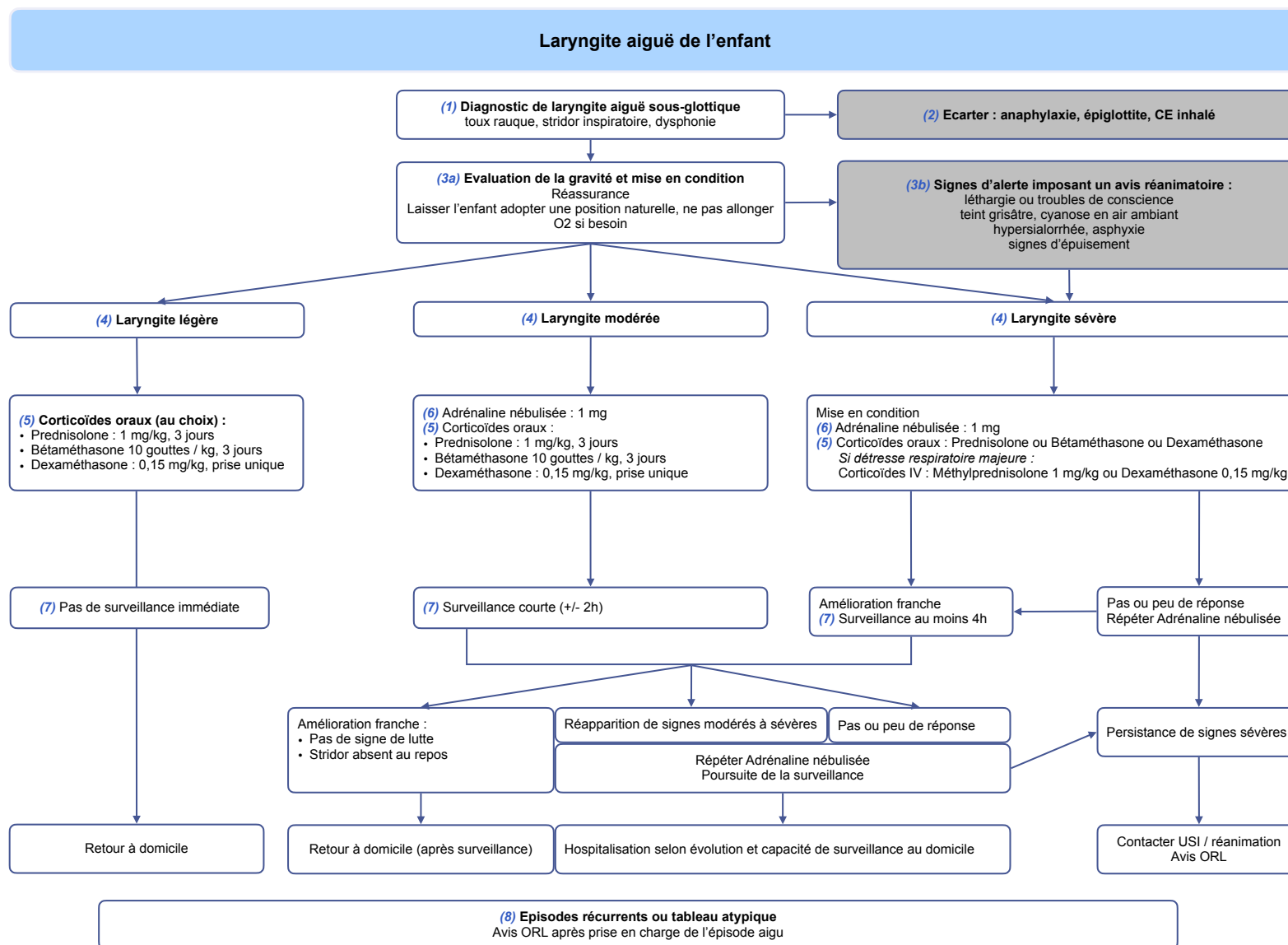




■ Introduction

La laryngite aiguë est l'une des principales causes d'obstruction des voies aériennes supérieures en pédiatrie. Elle touche préférentiellement les enfants âgés de 6 mois à 6 ans et est le plus souvent d'origine virale. Elle se manifeste par un tableau clinique typique associant selon les cas : toux aboyante, dysphonie, stridor inspiratoire, cornage. Bien que généralement bénigne, cette affection peut évoluer vers des formes sévères avec détresse respiratoire, nécessitant une prise en charge urgente et adaptée.

■ Conduite à tenir devant une laryngite aiguë de l'enfant

(1) Le diagnostic de laryngite aiguë sous-glottique est clinique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans la grande majorité de cas. Les symptômes majeurs apparaissent le plus souvent la nuit : toux rauque, stridor inspiratoire, dysphonie. Un tableau de virose ORL fébrile ou non peut s'y associer.

(2) Il faut écarter les situations devant faire évoquer un autre diagnostic dont la prise en charge spécifique est urgente. Une anaphylaxie peut se présenter sous la forme d'une dyspnée haute (angioœdème laryngé) ; y penser si contexte d'exposition à un allergène connu ou à risque (aliment, médicament, piquûre d'hyménoptère). Une épiglottite aiguë est une situation rare ; y penser si toux absente, voix étouffée (« voix de patate chaude »), dyspnée associée à une hypersialorrhée et une aphagie, syndrome infectieux marqué. Une inhalation de corps étranger, bloqué au niveau supra-glottique, glottique ou sous-glottique doit toujours être envisagée ; identifier un syndrome de pénétration.

(3a) Les premières mesures sont d'évaluer la gravité clinique de la laryngite et mettre en condition l'enfant. La dyspnée associée à la laryngite aiguë est souvent impressionnante pour les parents et l'enfant, générant une anxiété importante dont il faut tenir compte. L'anxiété majeure la consommation en oxygène et par conséquent la détresse respiratoire. La présence des parents permet de diminuer l'anxiété apportée par les soins et le personnel soignant. L'enfant adoptera naturellement une position qui permettra la meilleure libération des voies aériennes et qu'il faut respecter. Il ne faut pas allonger l'enfant, notamment en cas de signes de sévérité clinique et au moindre doute avec les diagnostics d'épiglottite ou de corps étranger laryngé.

(3b) Les signes d'alerte imposant un avis réanimatoire urgent chez un enfant avec détresse respiratoire importante sont : léthargie ou troubles de conscience, teint grisâtre, cyanose en air ambiant, hypersialorrhée, asphyxie, signes d'épuisement après détresse respiratoire marquée (toux aboyante peu présente, stridor faible, signe de lutte peu marqués). Une oxygénothérapie au masque à haute concentration voire une assistance respiratoire en lien avec une équipe de réanimation pédiatrique (ventilation non invasive, oxygénothérapie à haut débit) doit être débutée pour assurer une $SpO_2 \geq 94\%$. L'intubation orotrachéale est une manœuvre particulièrement à risque dans cette situation (geste complexe, lésion muqueuse, aggravation des symptômes). Une voie veineuse périphérique doit être mise en place dès que possible mais ne doit pas retarder la prise en charge respiratoire.

(4) La classification en trois niveaux de gravité permet de guider le traitement médicamenteux et la surveillance post traitement :

- laryngite **légère** : toux aboyante, stridor inexistant ou très léger (habituellement aux pleurs), pas de signe de lutte ;
- laryngite **modérée** : toux aboyante, stridor de repos, signes de lutte respiratoire, pas de signe d'insuffisance respiratoire ;
- laryngite **sévère** : toux aboyante pouvant être absente, stridor pouvant être absent, signe de lutte respiratoire marqués, alternance de phase d'agitation et de calme, possible léthargie.

(5) La corticothérapie générale est la pierre angulaire du traitement. Elle permet de réduire l'œdème laryngé sur le moyen terme. Le délai d'action est long (entre 1 h et 4 h selon la spécialité utilisée) quelle que soit la voie d'administration. Trois schémas de traitement par voie orale sont possibles : dexaméthasone 0,15 mg/kg en 1 prise unique, prednisolone 1 mg/kg 1 fois par jour pendant 3 jours et la bétaméthasone 0.125 mg/kg (soit 10 gouttes/kg) 1 fois par jour pendant 3 jours. Ces schémas de traitement sont en rapport avec les caractéristiques pharmacologiques des molécules utilisées et les études montrent une plus grande nécessité de renouveler une dose lorsqu'on utilise la prednisolone ou la bétaméthasone comparées à la dexaméthasone. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser une corticothérapie inhalée ou nébulisée (budésonide par exemple) ; ces formes galéniques ne sont pas adaptées à un dépôt dans le larynx car elles produisent des particules fines qui se déposent en grande partie dans les bronches. De plus, bien qu'un effet ait été observé versus un placebo, les essais versus un autre corticoïde par voie orale montre une moindre efficacité des formes nébulisées.

En cas de nécessité (vomissements, détresse respiratoire majeure avec impossibilité de prise orale) on pourra recourir à une corticothérapie intraveineuse : méthylprednisolone 1 mg/kg/j ou dexaméthasone 0,15 mg/kg en 1 prise par jour. En cas de situation rare d'impossibilité d'abord veineux, on pourra utiliser une injection intramusculaire : dexaméthasone 0,15 mg/kg en 1 administration. A noter que l'utilisation de formes injectables n'est pas utile si une prise orale a déjà été faite.

(6) L'adrénaline nébulisée est le deuxième traitement majeur de la laryngite aiguë. Elle a un intérêt pour réduire rapidement les symptômes mais son effet ne dure pas dans le temps et s'estompe au bout de 1 à 2 heures suite à l'administration. On ne l'utilise que dans les formes modérées et sévères. Une dose de 0,1 mg/kg (max 1 mg) est suffisante. Des doses plus importantes 0,5 mg/kg (max 5 mg) ne sont pas plus efficaces. Par mesure de simplification, l'utilisation d'une dose de 1 mg pour tous les patients est recommandée.

(7) En cas de forme légère, aucune surveillance médicale immédiate n'est nécessaire. Le retour au domicile est possible après prescription des corticoïdes oraux. Il faut prévenir la famille que la toux peut persister environ 1 semaine sans signer un échec de traitement. La constatation de signes respiratoires autres (signes de lutte, stridor de repos, etc.) doit conduire à reconsulter (éventualité rare car les formes modérées à sévères sont majoritairement identifiées au début de la symptomatologie).

En cas de forme modérée ou sévère, une prise en charge hospitalière est indiquée pour réalisation de nébulisations. Un transfert médicalisé doit être discuté. Une surveillance au décours de la prise en charge thérapeutique immédiate est actuellement recommandée même en cas d'amélioration totale. En effet il existe une possibilité d'effet rebond suite à l'administration d'adrénaline nébulisée. Cet effet rebond consiste en la réapparition des symptômes suite à leur disparition (pas de symptômes plus graves que la présentation initiale).

Cette période de surveillance permet de s'assurer que l'effet anti-inflammatoire de la corticothérapie générale est en place (en relais de l'effet de l'adrénaline nébulisée). Une surveillance initiale d'au moins 2h est conseillée pour les laryngites modérées et au moins 4h pour les laryngites sévères. En l'absence d'amélioration (persistance ou réapparition de symptômes), de nouvelles doses d'adrénaline nébulisée peuvent être réalisées sans délai minimal entre chaque administration. **La répétition de doses rapprochées avec des symptômes sévères doit conduire à solliciter un transfert en réanimation pédiatrique.**

(8) Des **épisodes récurrents ou de présentation atypique** doivent amener à solliciter un avis ORL (après prise en charge de l'épisode aigu) afin d'envisager la réalisation d'une fibroscopie laryngée pour rechercher une pathologie sous-jacente ou éliminer un diagnostic différentiel. Ces circonstances sont : la mauvaise évolution sous traitement adapté, la nécessité d'intubation, l'âge très précoce, notamment avant l'âge de 6 mois (sans qu'un âge défini puisse être formellement précisé), la présence de symptômes chroniques persistants (dyspnée inspiratoire, bruit respiratoire, dysphonie, fausses routes, mauvaise prise pondérale), l'antécédent de prématurité ou d'intubation.

■ Conclusion

La laryngite aiguë est une affection bénigne dans la grande majorité des cas. Le diagnostic et la classification sont cliniques. Les laryngites légères nécessitent uniquement une corticothérapie orale. Les laryngites modérées et sévères nécessitent 1 à plusieurs nébulisation(s) d'adrénaline associée(s) à une corticothérapie générale. Suite à l'administration d'adrénaline nébulisée, une surveillance courte pour les laryngites modérées et plus longue pour les laryngites sévères est recommandée. Chez certains patients (laryngites récurrentes, facteurs de risques divers etc.), il sera nécessaire de recourir à un avis auprès d'un ORL pour rechercher une pathologie sous-jacente et d'éliminer un diagnostic différentiel.

- **Mots-clés** : laryngite aiguë, adrénaline nébulisée, corticoïdes, stridor, dyspnée
- **Key words**: acute laryngitis, nebulized epinephrine, corticosteroids, stridor, dyspnea

■ Bibliographie

- Laryngite aiguë de l'enfant. Ferraro G, Luscan R. *Perf Ped* 2025;8:279-286.
- Croup in children. Bjornson CL, Johnson DW. *CMAJ* 2013;185:1317–23.
- Glucocorticoids for croup in children. Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;1:CD001955.
- Prednisolone versus Dexamethasone for Croup: a Randomized Controlled Trial. Parker Cm, MBChB, DCH, MRCPCH, FACEM. *Pediatrics* 2019;144(3):e20183772.
- Efficacy of low-dose nebulized epinephrine as treatment for croup: A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. Lee JH, Jung JY, Lee HJ, et al. *Am J Emerg Med* 2019;37:2171–6.