

Laryngite aiguë

- » La laryngite est la cause la plus fréquente de l'obstruction des voies respiratoires supérieures chez l'enfant. Typiquement, elle se manifeste entre les âges de 6 mois et 5 ans, le pic étant à l'âge de 2 ans. Chez l'enfant avec des symptômes sévères qui ne répondent pas au traitement, ou dont la réponse n'est que transitoire, considérer d'autres pathologies telles que la trachéite bactérienne, l'épiglottite, ou un abcès rétro-pharyngé.
- » L'apparition soudaine d'une toux aboyante suggère fortement la laryngite.
- » La radiographie est rarement nécessaire à la confirmation d'un diagnostic de laryngite.
- » Parce que les symptômes de la laryngite sont dus à une infection virale, les antibiotiques ne sont **pas** efficaces.
- » Administrer de la dexaméthasone par voie orale (**1 dose de 0,15 à 0,6 mg/kg; dose max 12 mg**) à **TOUT** enfant qui présente une laryngite aiguë à l'urgence.

À l'évaluation initiale, si la laryngite est :

- » LÉGÈRE (pas de stridor inspiratoire au repos, ni de tirage) – congé médical en toute sécurité après une dose de dexaméthasone, sans observation supplémentaire.
- » MODÉRÉE (stridor inspiratoire au repos, tirage léger ou modéré) – surveiller le patient entre la dose de dexaméthasone et la disparition complète du stridor au repos et du tirage (généralement quelques heures).
- » SÉVÈRE [stridor (souvent biphasique), tirage sévère de la cage thoracique, agitation] – administrer 5 mL d'épinéphrine en nébulisation (1 mg/mL, soit 1:1000) et de la dexaméthasone par voie orale.
- » Plusieurs doses d'épinéphrine en nébulisation pourraient être nécessaires pour traiter la laryngite sévère. L'enfant qui reçoit de l'épinéphrine doit rester au moins 2 heures sous observation avant le congé médical.

Critères pour le retour à la maison en toute sécurité

- » Absence de stridor inspiratoire au repos et de détresse respiratoire (tirage sus-sternal, intercostal, et de la cage thoracique).
- » Dépliants sur la laryngite (pour la famille) disponibles à : <https://trekk.ca/patientsandfamilies>.

Critères pour l'hospitalisation

- » Persistance du stridor au repos et de la détresse respiratoire (décrite ci-dessus) **pendant 4 heures ou plus suivant le traitement à la dexaméthasone** et aux doses répétées d'épinéphrine en nébulisation.

Critères pour le transfert aux soins intensifs d'un hôpital pédiatrique

- » Laryngite sévère et persistante [stridor (souvent biphasique), tirage sévère de la cage thoracique, agitation], malgré 2 doses d'épinéphrine en nébulisation et de la dexaméthasone par voie orale dans les deux premières heures d'évaluation et de traitement.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et les recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de la laryngite aiguë chez l'enfant. Ce sommaire est produit par le conseiller en laryngite du réseau TREKK, le Dr David Johnson du Alberta Children's Hospital Research Institute. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes:

1. Alberta Medical Association. [Diagnosis and Management of Croup, Summary of the Alberta Clinical Practice Guideline](#), Update 2014. (Accessed online December 1 2016).
2. Bjornson et al. [The Cochrane Library and the Treatment of Croup in Children: An Overview of Reviews](#). Evidence-based Child Health 2012; 5:1555-65