

Conduite à tenir devant une dyspnée laryngée

Diagnostic

- Bradypnée inspiratoire < 15/min
- Tirage
- Cornage

Étiologies

- Le contexte est capital.
- Cancer : terrain, histoire :
 - prolifération tumorale.
 - radiothérapie.
- Infection : syndrome inflammatoire.
- Allergie-oedème de Quincke
- Paralysie laryngée bilatérale en fermeture.
- Traumatisme laryngé.
- Corps étranger trachéo-bronchique.

Intuber ou Trachéotomiser ?

- Estimer la possibilité d'intuber
 - Tumeur obstructive ?
 - Limitation ouverture buccale ?
 - Extension cervicale impossible ?
- Grave mais stable = hospitalisation en soins intensifs et surveillance sans intuber .
- En cas de critères de gravité avec aggravation sous traitement = intubation éventuellement sous fibroscopie ou trachéotomie sous anesthésie locale.

Critères de gravité

- Aspect général du patient :
 - Penché en avant
 - Sueurs
 - Cyanose des extrémités
 - Tardivement : troubles neuro, respi paradoxale.
- Polypnée superficielle.
- Tachycardie, HTA.
- En absence d'amélioration rapide, décompensation hautement probable

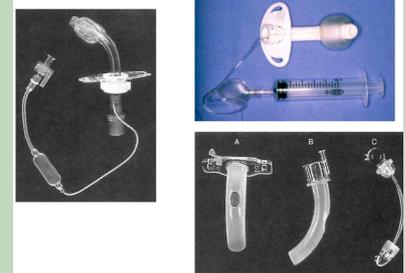
Traitement

- Position demi-assise.
- Saturomètre, voie veineuse.
- Oxygénothérapie au masque.
- Si asphyxie : Guedel et ventilation au ballon
- Aérosol avec :
 - Méthylprednisolone : 20 mg.
 - Adrénaline : 1 mg.
- Corticothérapie : Méthylprednisolone IV 2 à 3 mg/Kg.

Dyspnée trachéale sur canule ou chez un laryngectomisé

- Perméabilité de la canule ou de la trachée :
 - Mettre la main devant pour sentir l'air
- Aspiration douce
- Retirer une canule qui peut être bouchée :
 - Canule interne d'abord.
 - Toute la canule ensuite si échec.
- Chercher un bouchon trachéal, l'aspirer ou le retirer à la pince.
- Fibroscopie diagnostique.

Les trachéostomes



Trachéotomie de sauvetage : C'est une technique qui permet avant tout l'oxygénation de sauvetage, plus que la ventilation en pratique courante sauf si l'on dispose de ventilateurs adaptés

En cas d'impossibilité d'intubation, il convient de sauver autant que faire se peut l'oxygénation du patient, lorsque la ventilation au masque facial ou par dispositif supra laryngé n'est pas possible.

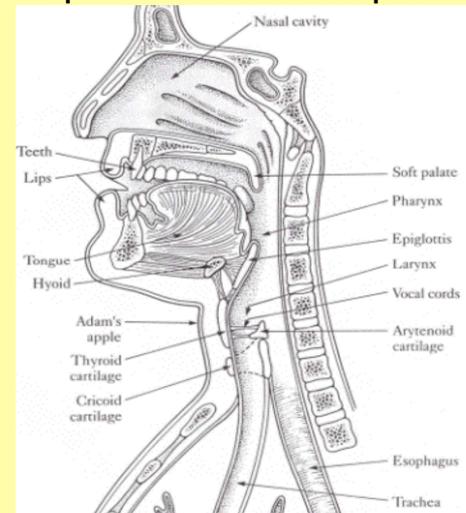
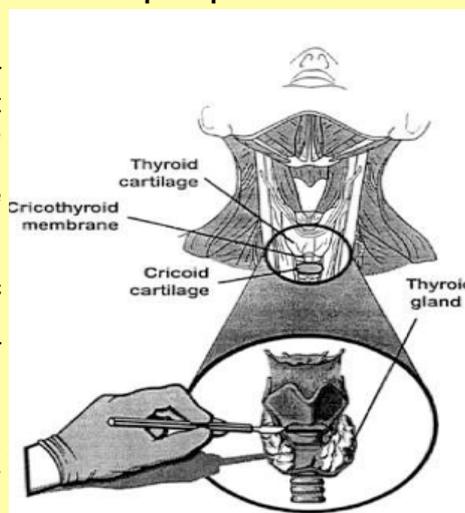
Technique :

Remplissage de la seringue avec du sérum physiologique.

Repérer la membrane inter cricoïdienne entre le cartilage thyroïde et cricoïde.

Introduire l'aiguille à travers la membrane avec un angle de 30 - 45° vers le bas.

La position intra-laryngée est confirmée par l'aspiration d'air



Membrane crico-thyroïdienne = il s'agit de la première dépression sous la pomme d'Adam