

## LARYNGOSPASME en PEDIATRIE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

Le laryngospasme peut être complet ou incomplet

### **VALVE DE RUBENS ++++**

## LARYNGOSPASME INCOMPLET

### **ESSAIS DE VENTILATION EN HYPERPRESSION O2 PUR**

**Hyperpression 02 pur -> amélioration ->** alléger et réveil, ou approfondir et continuer l'intervention

**Hyperpression 02 pur -> échec -> VVP disponible ->** approfondir propofol et/ou célo 2mg/kg (+atropine vs brady) -> intubation

**Hyperpression 02 pur -> échec -> PAS DE VVP ->** intubation sans curare (spray de lido) puis 4mg/kg de célo IM

**Hyperpression 02 pur -> échec -> pas de VVP ->** intubation en force impossible -> cricothyrotomie ou trachéo

## LARYNGOSPASME COMPLET

### **ESSAIS DE VENTILATION EN HYPERPRESSION O2 PUR + SUBLUXATION MAXILLAIRE INFERIEUR ++++**

**Amélioration ->** alléger et réveil ou approfondir et continuer X

**Echec ->** CAT comme précédent selon présence de VVP ou pas

## EN BREF

**En cas de laryngospasme incomplet, arrêt des stimulation, ventilation en pression positive + augmentation de la [] en AAA permet de passer le cap et de compléter la lever du spasme.**

**En cas d'échec, la PEC suit celle du laryngospasme complet, en fonction de la présence ou non d'une VVP.**

**Importance +++ de la qualité de la subluxation du maxillaire inférieur qui permet de retrouver une perméabilité des VAS.**

**En cas d'échec, approfondissement par la VVP au propofol, voire célo si insuffisant.**

**Si pas de VVP -> danger : intubation pré mortem ou crico/trachéo**

**BUT PREMIER : ESSAYER DE RETROUVER UNE  
PERMEABILITE DES VAS PAR UNE PRESSION POSITIVE  
OU UNE BONNE SUBLUXATION**