

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 reveil, 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 INFÉRIEUR ++++

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**