

Laryngite aiguë de l'enfant. Que faire à domicile?

Parmi les laryngites aiguës de l'enfant (croup pour les anglo-saxons), il est habituel de séparer les formes spasmodiques (laryngite striduleuse) et les formes virales (laryngite sousglottique)¹. En fait la distinction est difficile et les essais cliniques n'ont pas séparé les deux cadres². Il s'agit d'une cause fréquente d'appel d'urgence: 1,8% des enfants de moins de six ans font une laryngite aigue chaque année aux USA. Si la gravité est le plus souvent faible et les soins à domicile possibles, les taux d'hospitalisation varient de 1 à 30%. Et parmi les hospitalisés, 2% doivent être intubés². Le traitement fait appel en général à l'humidification de la pièce, aux corticoïdes, et à l'hospitalisation en cas de réponse insuffisante au traitement. Les corticoïdes ont été longtemps controversés. Sont-ils utiles ? Dans quels tableaux cliniques ? Sous quelle forme ? A l'occasion d'un essai contrôlé récent³ et des commentaires qui l'ont accompagné⁴, il est possible de faire le point.

L'essai a été réalisé dans un service d'urgence hospitalière. Le tableau clinique est défini comme un stridor inspiratoire à début brutal avec toux aboyante « comme un phoque », chez des enfants de 3 mois à 9 ans. Sur 4075 enfants vus avec ce diagnostic entre 1993 et 1996, 144 ont été retenus, les autres ayant été exclus pour symptômes trop légers (3206) ou trop sévères, épiglottite, corps étranger, traitement corticoïde antérieur, maladie chronique,... Après une période d'observation de 30 minutes avec nébulisation d'oxygène humidifié, les enfants étaient inclus si le score clinique restait élevé. Ce score tenait compte de la présence ou non de stridor, de tirage, de la facilité de l'inspiration, de la cyanose et du niveau de conscience. Tous les sujets inclus recevaient une nébulisation d'épinéphrine et étaient randomisés en 3 groupes: 49 avec placebo, 48 avec budesonide (pulmicort), 47 avec dexaméthasone IM. Le critère de mesure principal était le

taux d'hospitalisation; l'évolution du score et le nombre de recours à l'épinéphrine étaient des critères secondaires.

Les résultats montraient des taux d'hospitalisation différents selon les groupes: placebo 71%, budesonide 38%, dexaméthasone 23%, (différence non significative entre les deux derniers). 4 enfants (tous du groupe placebo) ont été admis en unité de soins intensifs. Chez les 33 évalués, la réduction du score clinique après 5h était plus importante dans le groupe dexaméthasone (2,9), que budesonide (2,0) ou placebo (1,3). Le recours à l'épinéphrine dans les 5h a concerné 37 enfants (20 dans le groupe placebo); la différence étant significative entre dexaméthasone et placebo.

Les auteurs concluent que les corticoïdes réduisent de plus de moitié le taux d'hospitalisation et malgré quelques biais retiennent la supériorité de la voie injectable sur le score mais non sur l'hospitalisation.

Les enfants de l'étude sont ceux d'un service d'urgence. Comment adapter les conclusions de l'étude aux enfants présentant une laryngite à domicile, en sachant que l'O₂ ne peut être utilisé aussi efficacement.

Le bénéfice des corticoïdes est confirmé par cette étude, comme par une métaanalyse de 9 autres études. Elle concerne les formes « modérément sévères ». Pour les formes légères, les plus fréquentes, une autre étude sur 100 enfants non hospitalisés confirmait ces données.⁴

Sous quelle forme, et avec quel dosage utiliser les corticoïdes ? Plusieurs études ont montré l'équivalence entre corticoïde nébulisé et voie orale. Dans une étude il n'y avait pas de différence d'efficacité entre trois doses orales (0.15, 0.3, 0.6 mg/kg).² La voie injectable ne semble pas supérieure. Les risques systémiques du corticoïde ne semblent pas être un critère du choix vu la petitesse des doses et leur faible durée.

Quel est l'intérêt des autres traitements? L'humidification de l'air de la chambre est largement utilisée. Une seule petite étude a comparé l'humidification de l'air, sous tente, à l'air normal de la chambre, sans montrer de différences après 12h d'observation. L'épinéphrine nébulisée n'est pas disponible en France.

Quelle stratégie avoir à domicile ? Nous pouvons adapter les conclusions de Jaffe². Evaluer la sévérité de l'obstruction aérienne: cyanose et hypoxémie imposent l'oxygène. L'humidification de l'air est une option d'efficacité non prouvée mais il est préférable que l'enfant reste sur les genoux d'un parent. Les corticoïdes sont indiqués en nébulisation ou par voie orale à la dose de 0,6mg/kg (la voie injectable étant réservée aux impossibilités de la voie orale). Des consignes de surveillance peuvent être données aux parents, la vigilance devant privilégier les 2 à 3 premières heures.

1 - Bobin S. Laryngite de l'enfant. La Rev. du Prat. 1990, 40, 8, 757-9

2 - Jaffe DM. The treatment of croup with glucocorticoids. N Engl J Med 1998; 339, 8, 553-5

3 - Johnson DW, et coll. A comparison of nebulized budesonide, intramuscular dexamethasone, and placebo for moderately severe croup. N Engl J Med 1998; 339, 8, 498-503

4 - Geelhoed GC, Turner J, Macdonald WB. Efficacy of a small single dose of oral dexamethasone for outpatient croup: a double-blind placebo controlled clinical trial. B.M.J. 1996, 313, 140-142

Mots clé: enfant, laryngite, corticoïde, soin à domicile

Numéro 117 du 15 octobre 1998