

DÉTRESSE RESPIRATOIRE CONGÉNITALE

Cas Clinique 2

Le 15 Janvier 2009

ROMAIN

- G3P1 (2 FCS)
- Né à 36SA + 6jours
- CAN pour thrombopénie maternelle
- RPDE de 48h, LA teinté, tachycardie foétale
- PN 3360g, TN 50cm, PCN 35cm
- Apgar 7/8



PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

- Intubation trachéale pour bronchoaspiration de liquide teinté
- A l'extubation persistance d'un geignement, d'une polypnée et d'une oxygénodépendance => O₂ nasal 0.4L/min



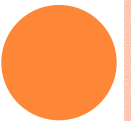
TRANSFERT EN NÉONATOLOGIE

- A l'entrée:
 - Hémodynamique stable TAM 48mmHg (72/35), FC 117/min
 - Silverman 2, FR 78/min, sat 98% sous 0.4L/min d'O₂
- CPAP FiO₂ 30%, +5cmH₂O





RT INITIALE



EVOLUTION

- J0/J2: désaturations avec dyspnée inspiratoire et toux rauque
- Laryngite post extubation:
 - Aérosols Hydrocortisone-Adrénaline
 - Célestène 10 gttes/kg pendant 3 jours
- Sevrage CPAP à J7, eupnéique, stridor intermittent
- Retour domicile à J10



A DOMICILE

- Stridor aux pleurs, à l'agitation
- 3mois: cyanose et difficultés de prise pondérale
- Sur pleurs, malaise grave avec cyanose puis arrêt cardiorespiratoire → manœuvres de réanimation sur place par la mère



NOUVELLE HOSPITALISATION

- Stridor aux 2 temps avec tirage sus sternal
- 1 malaise avec désaturation par jour
- Fibroscopie: compression trachéale extrinsèque sus carinaire, obstruction à 80% de la filière sur 2 cm de hauteur





TOGD

empreinte

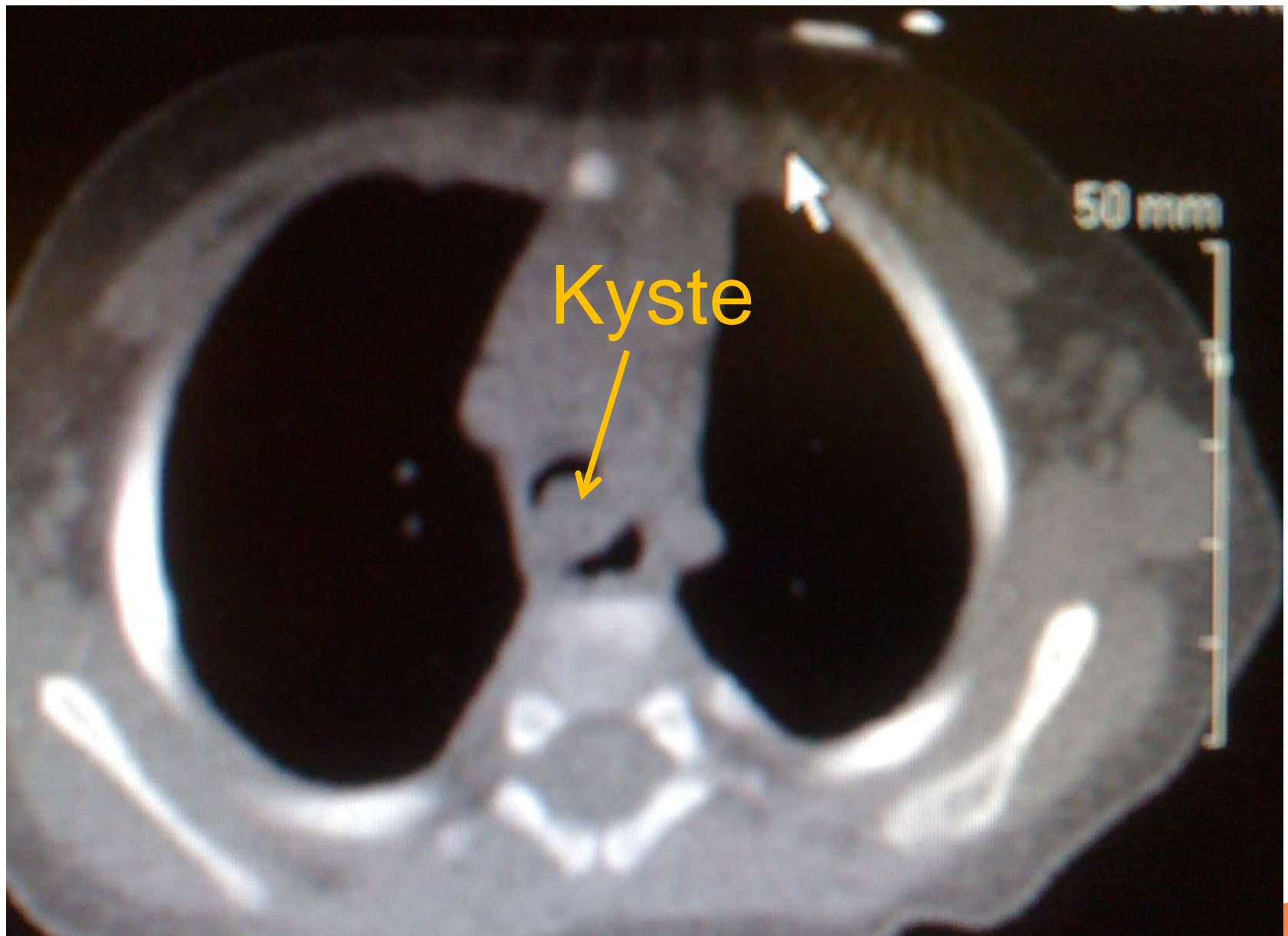
latéro-

oesophagienne,

sans empreinte

de double arc





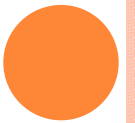
TDM Thoracique



Kyste



TDM
Thoracique



PRISE EN CHARGE

- Résection chirurgicale du kyste sus carinaire rétrotrachéal
- Anapath: kyste bronchogénique
- Endoscopie post op: obstacle résiduel lié à la trachéomalacie à 50%
- Evolution post op simple
- Examen clinique normal à la sortie sans stridor mais voix enrouée lors des pleurs



A 4 MOIS

- Malaise grave avec accès de cyanose au décours d'une tétée => récupère après manœuvres de réanimation par la famille
- A l'examen clinique:
 - Eupnéique mais bruit inspiratoire intermittent
- TDM Thoracique: récurrence de kyste bronchogénique, obstruction majeure



PRISE EN CHARGE EN RÉANIMATION

- Intubation basse tutant la trachée et repoussant le kyste
- A J3: majoration des besoins en oxygène et aspirations trachéales purulentes (staph aureus métiS), fièvre
- Antibiothérapie et Corticothérapie



EVOLUTION

- Disparition de la masse trachéale sur TDM thoracique
- Fibroscopie: affaissement du kyste avec possible visualisation d'un orifice d'évacuation



HYPOTHÈSE

- Rupture du kyste bronchogénique avec évacuation de l'abcès dans la trachée



POINTS CLÉS

- Suspicion laryngite post intubation au départ mais temps d'intubation très court
- Tout stridor qui persiste plus d'une semaine ou associé à une détresse respi doit être exploré (RT, Fibroscopie bronchique, TOGD, TDM thoracique)

