



Les urgences respiratoires au téléphone « des règles pour bien réguler »

Dr Anna RIBERA CANO

Pneumoallergologie pédiatrique
SMUR pédiatrique



Introduction

- Motif d'appel fréquent
 - 21% appels SMUR pédiatrique
- Jeune enfant
 - Age moins de 2 ans 53%
 - Age moins de 6 ans 73%
- Pronostic vital peut être mis en jeu
- Mise en œuvre imposée des moyens appropriés
 - Conseil médical ou thérapeutique
 - Consultation différée
 - Consultation urgente
 - Transport médicalisé



Consultation téléphonique

- Moyen simple d'obtenir une réponse rapide pour les familles
- « Redoutée » par le pédiatre
 - La gêne respiratoire est un symptôme subjectif dont l'intensité est difficile à quantifier par les parents
 - Evaluation par téléphone difficile
 - Conditions particulières de l'interrogatoire du patient et/ou famille
 - gestion anxiété
 - compréhension
 - famille connue?
 - durée brève de l'appel
 - manque de disponibilité intellectuelle du médecin
 - Pas d'observation ni d'examen clinique



Sémiologie téléphonique

« signes fonctionnels »

- Évaluer la détresse respiratoire
 - Description de la gêne respiratoire
 - *Il étouffe, il cherche/manque d'air, ne peut pas parler?* = dyspnée
 - *Il respire vite, halète, respire comme un petit chien?* = tachypnée
 - *Ne respire quasiment plus?* = bradypnée
 - Rechercher les signes neurologiques témoins de l'hypoxie/hypercapnie
 - *ne tient plus en place ?*(= Désorientation/agitation)
 - *ne parle plus/ ne répond plus, est mou, est parti ?* (=Inconscience)



Sémiologie téléphonique

« signes fonctionnels »

- Rechercher un bruit respiratoire (décrit ou à l'auscultation téléphonique)
 - Fait du bruit en respirant
 - *ça siffle?* (= sibilants)
 - *glaires dans la gorge ?* (= Gargouillements)
 - *bruit aigu?* (=Stridor)
 - *bruit rauque* (=cornage)
 - *Geignement*
 - Temps respiratoire
 - Inspiratoire/expiratoire



Sémiologie téléphonique

« signes fonctionnels »

- Rechercher des signes d'accompagnement
 - La toux
 - *sèche? ou grasse?, remonte des glaires?*
 - Une douleur thoracique
 - *douleur à la poitrine?/ne peux respirer?/respiration bloquée?*
= Douleur thoracique latéralisée
(augmentée par la toux ou l'inspiration profonde)
 - hémoptysie
= *crache du sang* (!!! hématémèse, épistaxis déglutie)

Sémiologie téléphonique

« signes physiques »

- Cyanose
 - *Est bleu, a les lèvres violettes?*
- Pâleur
- Sueurs
 - *Est en sueurs, est moite , a des sueurs froides*
- Position
 - *Ne tient plus en place, debout devant fenêtre, assis penché en avant, couché?*
- DEP



Antécédents

- Asthme
- pathologie respiratoire connue
- Pathologie cardiaque
- traumatisme thoracique
- allergie
- Médicaments en cours
- apparition brutale lors du repas



Étiologies et conduite à tenir

« le nourrisson de moins de 3 mois »

- Gêne respiratoire brutale transitoire pendant la tétée ou lors d'une régurgitation
 - Étiologie: C'est une inhalation alimentaire
 - Spectaculaire et en général peu grave
 - Conseils
 - garder en position verticale « comme pour faire le rot »
 - moucher avec mouche bébé



Étiologies et conduite à tenir

« le nourrisson de moins de 3 mois »

- Gène respiratoire subaigüe sans gravité (pas de geignement ni cyanose)
 - Etiologies : bronchiolite, rhinite, ...
 - Conseils selon la capacité de s'alimenter
 - Tétées normales
 - consultation différée et conseils
 - < 50% de la ration habituelle sur plusieurs tétées
 - consultation urgente: médecin traitant, SOS médecins, urgences



Étiologies et conduite à tenir

« le nourrisson de moins de 3 mois »

- Gêne respiratoire subaiguë avec gravité (geignement, cyanose et refus alimentaire)
 - Étiologies : pathologie respiratoire grave, sepsis, cardiopathie, acidose, déshydratation
- Conduite à tenir
 - Oxygénothérapie dès que possible
 - Transport médicalisé (SMUR)

Étiologies et conduite à tenir

« nourrisson de plus de 3 mois et enfant »

- Dyspnée brutale le jour

Accès de suffocation avec ou sans cyanose, ou toux, suivi d'une amélioration partielle ou complète, chez un enfant de plus de 6 mois, avec petit objet dans la bouche ou autour de lui (Syndrome de pénétration)

- Etiologie: c'est un corps étranger respiratoire

- Conduite à tenir

- Laisser assis, ne pas alimenter
- Pas de manoeuvre d'expulsion (sauf asphyxie)
- transport médicalisé

Étiologies et conduite à tenir

« nourrisson de plus de 3 mois et enfant »

- Dyspnée brutale la nuit

avec toux rauque (audible par téléphone), une dyspnée inspiratoire avec cornage, peu de fièvre et un âge compris entre 2 et 6 ans

- Étiologie: c'est une laryngite striduleuse

- Conseils

- faire respirer air humide
- célestène® si disponible
- rappeler après 30 min si pas amélioration

Étiologies et conduite à tenir

« nourrisson de plus de 3 mois et enfant »

- Dyspnée subaiguë sans signes de gravité (auscultation téléphonique)
 - bronchiolite
 - <2 ans, période épidémique, rarement grave si > 3 mois sauf antécédants
 - Évaluer qualité tétée (50% ration habituelle)
 - Conseils ou consultation
 - encombrement ORL
 - Toux grasse, enrhumé, boit bien
 - Conseils: désinfection rhinopharyngée
 - Asthme
 - Selon antécédents, degré dyspnée, heure, compétences et compréhension des parents
 - conseils ou consultation médicale

Étiologies et conduite à tenir

« nourrisson de plus de 3 mois et enfant »

- **Dyspnée subaiguë grave**
avec cyanose ou pâleur, somnolence, enfant hypotonique, « épuisé », aphone
 - laryngite ou (épiglottite)
 - Début progressif
 - Dyspnée inspiratoire, toux rauque, cornage, dysphonie
 - asthme grave
 - >2 ans, Antécédents
 - Dyspnée expiratoire ou aux 2 temps ou silence
 - Incapable de parler
 - Allergie
 - Urticaire, oedème quincke, crise asthme
 - antécédents allergie medicamenteuse, alimentaire...
- transport médicalisé et conseils thérapeutiques

Transport médicalisé	Consultation urgente	Consultation dans la demi journée	Conseils et consultation différée
<p>Tb conscience tb coloration Malaise, suffocation, apnée Ne peut parler</p>	<p><3 mois risque apnées</p>	<p>>3 mois Aucun signe de mauvaise tolérance Gène respi progressive</p>	<p><u>Récidive laryngite</u> Corticoïdes PO et humidification</p>
<p>Fièvre avec AEG et hypersalivation</p>	<p>Mauvaise tolérance: Alimentation, sommeil, AEG, pleurs inconsolables</p>		<p><u>Asthme connu</u> Pas ATCD hospitalisation Ventoline+/- corticoïdes PO</p>
<p>Gène respiratoire après _d pénétration ou allergie</p>	<p>ATCD: cardio, prématurité, pulmonaires, neuro- musculaire</p>		<p>Parents capables de comprendre et surveiller</p>
<p>Gène respiratoire très intense</p>	<p>Dyspnée d'apparition brutale</p>		<p>Dyspnée bien tolérée</p>



CONCLUSION

- Gène respiratoire est un motif d'appel fréquent en pédiatrie
- Difficulté d'évaluation de la gravité
 - dépend de la qualité de l'échange téléphonique avec la famille +++
- Pièges
 - Toute dyspnée aigue en période d'épidémie virale hivernale, n'est pas forcément une bronchiolite
 - Fausse amélioration devant une disparition du wheezing et du tirage (enfant épuisé ou thorax « bloqué »!)



Bibliographie

- Groupe de pédiatrie générale. Société Française de Pédiatrie. Pédiatrie par téléphone: aide à l'orientation.
- Mc Lelong Tissier. Régulation des appels pédiatriques par un pédiatre. SFMU 2008