

LES RESPIRATIONS BRUYANTES DU NOUVEAU-NE

I- Généralité :

Le **stridor** est un **bruit respiratoire**, de **cornage** laryngé comparé à un raclement râpeux, à un **gloussement** de coq en colère.

Il apparaît dans les **premiers jours**, varie d'intensité d'un moment à l'autre, **intermittent** plus que permanent, il disparaît habituellement dans le **sommeil**, plus marqué en **décubitus** dorsal ou en **antéflexion** du cou.

Il ne s'accompagne pas de gêne fonctionnelle en particulier, pas de **dyspnée** et l'inquiétude, bien compréhensible, des parents ne se justifie pas. L'évolution se fait spontanément vers la disparition du bruit inspiratoire entre **12** et **24 mois**.

L'**étiologie** est en rapport avec une **flaccidité** anormale de la **charpente** du **vestibule laryngé**. Le terme de **laryngomalacie** consacré par l'usage n'étant sans doute pas étymologiquement exact.

Au total une curiosité de la pédiatrie sans conséquence pour l'enfant. Le stridor banal peut n'être pas aussi simple qu'il paraît : troubles de **déglutition** associés à un risque de fausse route, accès de dyspnée et la mortalité atteint **5** à **10%** dans certaines statistiques.

Le stridor peut être révélateur d'une anomalie laryngée plus complexe que la laryngomalacie :

- **hypocalcémie** révélée par un gloussement inspiratoire dû à un **laryngospasme** mineur,
- **palmure laryngée** avec voile membraneux à la partie antérieure des **cordes vocales**,
- **sténoses** sous-glottiques **congénitales**,
- **tumeur** congénitales, **kystes** qui peuvent entraîner des accès de dyspnée aiguë souvent

mortelle et **angiomes** rares mais graves et de traitement difficile.

II- Syndromes :

Le stridor peut être révélateur d'une compression d'origine vasculaire. C'est essentiellement l'**anomalie** des **arcs aortiques** qui est au **premier plan** : soit **double arc aortique** : soit anomalie de **Neuhauser** associant un arc aortique à droite et une aorte descendant à droite avec un **ligament** artériel gauche.

Dans les **deux cas**, l'axe **aéro-digestif** est enserré par la **pince vasculaire** ou **vasculo-ligamentaire**, ce qui entraîne :

- **un stridor volontiers** très précoce et typiquement entendu aux **deux temps**, **rauque**, **sifflant**, aggravé par l'effort, accompagné de dyspnée respiratoire avec rejet de la tête en arrière. ;

- **des troubles de la déglutition** : repas prolongés, difficiles avec toux liées à des fausses routes, et c'est la **radiographie barytée** systématique qui sera l'examen essentiel.

D'autres anomalies vasculaires peuvent être responsables des respirations bruyantes :

- **tronc artériel brachiocéphalique compressif**, né à gauche de la **ligne médiane**, il écrase la face antérieure de la **trachée**,

- **artère pulmonaire gauche aberrante**, intertrachéophagienne qui cravate la trachée qu'elle contourne à droite avant de répartir à gauche.

Le stridor peut être révélateur d'une anomalie trachéale. C'est essentiellement la **trachéomalacie** ou **collapsus** trachéal excessif. A l'**expiration** le rétrécissement normal de la trachée est très augmenté. Le bruit respiratoire est habituellement entendu aux **deux temps**. Il s'accompagne souvent d'un tirage continu aggravé par le **décubitus dorsal** et l'**hypertension du cou** et de **dépression sternale** inspiratoire. La mollesse du **cartilage auriculaire** vient ajouter, lorsqu'elle existe, un argument intéressant. Les infections respiratoires à rechutes sont fréquentes.

III- Examens :

Toute respiration bruyante du nouveau-né doit être explorée. Les examens comporteront :

- un cliché simple du **thorax**,
- une radiographie des voies aériennes supérieures étudiant en particulier le **larynx** de profil

en inspiration.

Elle pourra montrer :

- une **épiglotte** horizontale,
- une chute de la **langue** dont la face postérieure regarde en bas en arrière.

Dans les trachéomalacies, le cliché de profil de la trachée à l'**inspiration** et à l'expiration peut objectiver le collapsus trachéal excessif.

L'**endoscopie** et d'abord la **laryngoscopie** complétée éventuellement par la **trachéoscopie** est évidemment un examen capital mais ce n'est pas un geste totalement sans danger et l'interprétation d'un **larynx** de tout-petit n'est pas facile. C'est ainsi qu'on pourra diagnostiquer : les **palmures**

laryngées, les **sténoses** sus et sous-glottiques, les kystes et angiomes pour ne parler que des causes les plus fréquentes.

La **trachéo-bronchoscopie** ne doit pas être faite sous **anesthésie** générale car la **dynamique** trachéale en est modifiée et cela gêne la constatation visuelle du collapsus trachéal expiratoire, signe qui affirme seule la trachéomalacie avec certitude.

Enfin, si certaines causes sont justiciables d'une intervention chirurgicale, parfois importante, il n'est pas exceptionnel que des **lésions** de malacie persistent. C'est dire que dans tous les cas les petits moyens joueront un grand rôle :

- **prévention** des infections respiratoires (**vaccinations** y compris la **grippe**, abstention prolongée de vie collective) ;
- **qualité du nursing** pour éviter les fausses routes (décubitus ventral) ;
- **kinésithérapie**.