

Paul Meier, Edy Riesen

# Le faux croup

Article dans le cadre de la série de formation continue en pédiatrie

## Questions pratiques

*Edi Riesen: La plupart des médecins généralistes en connaissent les critères diagnostiques. Mais nous pourrions présenter un cas typique, celui d'un enfant de deux ans qui se couche en parfaite santé (sauf peut-être un léger enrrouement à l'anamnèse rétrospective chez la mère) et qui se réveille autour de 23 heures avec toux aboyante, cris et légère dyspnée. Toutes sortes de questions se posent alors: y a-t-il des critères de décision en faveur d'une hospitalisation? Quel est le traitement moderne et validé?*

*Je suis retenu avec les médicaments, je donne aujourd'hui plutôt des comprimés de Betnesol que des suppositoires de Voltarène comme auparavant. Dose? Je ne sais plus exactement, je dois aller voir. L'inhalation de budésonide serait également indiquée, mais je n'ai pas toujours ces Respules et il arrive que je n'aie pas mes deux inhalateurs sous la main. Prendre l'enfant assis dans ses bras, lui montrer un livre et lui faire respirer de la vapeur dans la salle de bain sont certainement de bons soutiens, mais il n'y a absolument aucune preuve, sauf que la position assise améliore naturellement très nettement les symptômes (expérience personnelle) ...*

*Selon toi, le pulsoxymètre a-t-il un intérêt? Donnes-tu rendez-vous à ces enfants le lendemain à ta consultation? N'y a-t-il définitivement plus d'épiglottite chez les enfants vaccinés contre l'HiB? Ou d'autres pathogènes peuvent-ils déclencher un faux croup?*

*Par ailleurs: le seul cas de grave dyspnée que j'ai vu il y a 20 ans était une trachéite purulente ressemblant à s'y méprendre à une épiglottite et qui a dû être intubée. Qu'y a-t-il encore à dire?*

## Réponse du pédiatre

*Paul Meier: Tu décris là un cas classique de faux croup chez un enfant ayant un petit refroidissement, qui se réveille subitement avec une dyspnée et une toux aboyante. Nous ne nous arrêtons pas sur le diagnostic que tu as déjà posé mais laisse nous juste discuter les diagnostics différentiels.*

*L'épiglottite est vraiment devenue très rare. En quinze ans de pratique pédiatrique (dont dix dans un hôpital drainant une importante population), je ne me souviens que d'un seul cas, qui n'était d'ailleurs pas dû à Haemophilus mais à un autre germe. Ce qui signifie qu'un enfant vacciné contre l'HiB peut parfaitement faire une épiglottite. Mais en pratique les problèmes sont plutôt ceux de la laryngotrachéite bac-*

*térienne, bien que rare elle aussi. Je n'ai jamais vu de vrai croup diphtérique. Mais n'oublions pas qu'un faux croup «normal» peut également provoquer une grave dyspnée et donc être dangereux. Raison pour laquelle le terme de «faux croup», un peu minimalisant, peut vraiment induire en erreur. La littérature parle plutôt de syndrome de croup. Mais pour moi, en pratique, ces considérations ne jouent pratiquement aucun rôle. Même la classification académique en croup infectieux (surtout virus Parainfluenza) ou spasmodique (associé à des allergies) n'est pas très utile.*

*C'est bien plutôt l'importance de la dyspnée qui est déterminante. Les signes de détresse respiratoire sont:*

- battement des ailes du nez,
- tirage (jugulaire, intercostal, sternal),
- cyanose? Si oui, le pulsoxymètre est utile! (la saturation doit rester >90%),
- léthargie ou agitation,
- stridor chez un enfant calme.

*Donc: les enfants présentant des symptômes nets de détresse respiratoire (tirage important, stridor au repos et léthargie ou agitation) et ne répondant pas rapidement aux premières mesures doivent être hospitalisés. Il y a naturellement toute une série de scores standardisés (par ex. le Westley Score) comme aides décisionnelles. Mais je ne les utilise pas car je suis incapable de retenir le nombre de points.*

*Doivent également être hospitalisés les enfants dyspnéiques ayant en plus:*

- des signes «toxiques» (température très élevée, extrémités froides, recapillarisation retardée, plus de 3 secondes),
- des difficultés à la déglutition avec hypersalivation,
- moins de 6 mois.

*Remarque sur le stridor: il peut être très important chez un enfant agité et angoisser terriblement les parents. Le stridor chez l'enfant calme est très important pour un diagnostic professionnel. C'est un signe de grave dyspnée qui doit être pris très au sérieux. Mais attention: plus l'insuffisance respiratoire progresse, plus le stridor au repos diminue. En d'autres termes: tant qu'il y a un stridor, le débit respiratoire est encore bon.*

*Le traitement de première intention est de rassurer les patients et leurs parents. Il faut faire asseoir l'enfant sur les genoux de sa mère, le calmer, lui présenter un livre et lui faire inhaler un air humide (humidificateur ou douche). Comme tu l'évoques à juste titre, il n'y a pratiquement aucune preuve de l'utilité de l'air humide, mais l'expérience montre que cela tranquillise toute la famille. Il est recommandé dans le monde entier. Si tout cela ne suffit pas, il faut faire intervenir les traitements médicamenteux.*

*Les stéroïdes oraux se sont imposés dans cette indication, de pré-*

férence la bétaméthasone (cp. de Betnesol® à 0,5 mg). Je donne 0,2 mg/kg, ce qui veut dire concrètement 2 cp. de Betnesol dissous dans un peu d'eau pour un poids corporel de 5 kg. L'avantage de la bétaméthasone, en plus de sa facilité d'administration, est sa longue durée d'action (>48 h), raison pour laquelle une dose unique est presque toujours suffisante. Mais il ne faut pas oublier que chaque stéroïde entre en action après une heure au minimum (souvent même jusqu'à 4 h). Cette dose est un sujet chaudement discuté et traité de différentes manières. Cela provient du fait que la plupart des grandes études sur la dexaméthasone ont été effectuées avec une dose de 0,6 mg/kg. Seules quelques études ont ensuite montré que des doses nettement plus faibles (jusqu'à 0,15 mg/kg) étaient elles aussi suffisantes et que la bétaméthasone fonctionnait également. Qui souhaite s'appuyer sur des preuves donnera des doses plus élevées (comme les Américains), et qui se contente de quelques études et de son expérience clinique en donnera moins. La seule et unique dose correcte n'est donc pas encore connue.

Une alternative peut par exemple être la prednisolone en gouttes (1 mg/kg). Mais en raison de sa brève durée d'action, il est recommandé d'en répéter l'administration. Ces gouttes sont en outre extrêmement amères. L'inhalation de budésonide (Pulmicort® 2 mg = 4 Respules à 0,25 mg/ml) est efficace, il est vrai, mais pas très facile à faire.

J'entends de plus en plus parler des bonnes expériences de collègues avec les stéroïdes par voie rectale. Mais il faut aller en chercher les spécialités en Allemagne (par ex. Klysmacort ou Rectodelt). De plus, mes recherches ne m'ont pas permis de trouver de preuves à l'appui de leur avantage. Bien au contraire car, à la base, ces spécialités ont été développées comme traitement local des pathologies intestinales inflammatoires. Ce qui signifie qu'elles doivent avoir un effet systémique aussi faible que possible, raison pour laquelle leur indication dans le faux croup me paraît plus que douteuse.

En plus des stéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont eux aussi souvent utilisés. Mais la littérature ne donne que très peu de choses sur leur effet. Ils s'administrent sur la base du fait que leur effet décongestionnant peut être utile. Ces médicaments sont parfaitement indiqués au moins chez les enfants fébriles. Mais un grave

faux croup a besoin de stéroïdes! Voici quelques exemples courants: diclofénac supp. 12,5 mg (par ex. Voltarène®, Inflammac®), acide méfénamique supp. 125 mg (par ex. Ponstan®, Méfénacide®, etc.), ibuprofène oral (par ex. Algifor® sirop).

Chez les enfants souffrant d'une grave dyspnée, le meilleur traitement est l'adrénaline en inhalation. Malheureusement, il y a une forte inhibition des médecins à donner de l'adrénaline. L'inhalation se fait par un nébuliseur (appareil à inhalation normal, par ex. Pari), 2 à 5 ampoules à 1 mg non diluées. L'effet est exceptionnel et pratiquement aucun effet indésirable grave n'est à craindre. Mais en urgence à domicile, cette forme de traitement est la plupart du temps impossible. Les ambulances ou les cabinets médicaux seraient en mesure d'améliorer rapidement la situation de cette manière. Une certaine prudence est toutefois de rigueur, car l'effet de l'adrénaline n'est pas particulièrement prolongé. Raison pour laquelle il faut toujours administrer un stéroïde après une inhalation d'adrénaline et surveiller les enfants pendant 4 heures au moins.

Pour la suite, je ne fais pas de contrôle de routine. Ce n'est pratiquement pas nécessaire après Betnesol, vu que son effet persiste la nuit suivante encore. Mais les parents doivent avoir bien compris si et quand ils doivent reprendre contact. Ce qui est absolument indispensable s'il y a:

- une nouvelle aggravation des symptômes avec signes de dyspnée sans amélioration avec les mesures simples,
- de la fièvre perdurant plus de 3 jours,
- une détérioration de l'état général,
- une dysphagie,
- une persistance de symptômes discrets pendant plus d'une semaine.

Comme tu le vois, je ne connais pas non plus de secret particulier sur le syndrome de croup. Le grand problème est toujours l'appréciation clinique, parfois même téléphonique, de la gravité de la dyspnée. Et là, seules la revue systématique des critères et bien sûr l'expérience personnelle sont utiles.

---

**Un contrôle n'est pas absolument nécessaire, mais les parents doivent avoir bien compris si et quand ils doivent reprendre contact.**

---



---

Correspondance:  
Dr Paul W. Meier  
FMH Kinder- und Jugendmedizin  
c/o Spital Lachen  
Oberdorfstrasse 41  
8853 Lachen  
paul.meier@mac.com