

Importance de la collaboration interprofessionnelle

Gestion des voies aériennes lors d'épiglottite chez un adulte en salle d'urgence: à propos d'un cas

Emeline Christophel-Plathier^{a,c}, Pablo Mondragon^{b,d}

^a Médecin diplômée; ^b Dr méd.; ^c CHUV Lausanne; ^d HFR – Hôpital Cantonal Fribourg

Contexte

L'épiglottite, également appelée supraglottite, est une affection inflammatoire rare de l'épiglotte et de ses structures adjacentes, qui peut évoluer rapidement vers une obstruction des voies respiratoires constituant un danger de mort [1]. Cette pathologie, bien connue dans l'enfance, est très inhabituelle chez l'adulte. Aux Etats-Unis, le diagnostic d'épiglottite aiguë est estimé à environ 0,6 à 3 cas pour 100 000 patients adultes chaque année, avec un taux de mortalité de 0,89% [2]. Les symptômes peuvent aller d'une simple odynophagie à une dyspnée intense mettant en jeu le pronostic vital dû à un arrêt respiratoire. Le délai d'apparition est rapide, de 2 à 5 jours. Le diagnostic précoce est souvent difficile. L'épiglottite infectieuse est une cellulite de l'épiglotte et des autres tissus adjacents. Elle résulte d'une bactériémie et/ou d'une invasion directe de la couche épithéliale par l'organisme pathogène [3–4]. Le «Gold Standard» pour le diagnostic est la naso-fibroscopie ou laryngoscopie directe. Les facteurs de risque incluent l'immunosuppression, l'hypertension artérielle, la toxicomanie, l'obésité, la pneumonie associée et le kyste épiglottique [5–6]. L'épiglottite est donc un défi majeur dans la gestion de l'obstruction des voies respiratoires. Le succès de la prise en charge repose sur la cohésion interdisciplinaire, la reconnaissance de la détresse respiratoire, du diagnostic différentiel, d'un traitement symptomatique précoce et la mise en place de stratégies alternatives en cas d'échec de la sécurisation des voies aériennes supérieures (VAS). Nous présentons la gestion anesthésique d'un cas rare d'épiglottite chez un patient adulte en bonne santé.

Présentation du cas

Anamnèse et diagnostic clinique

Un patient de 35 ans sans antécédents médicaux importants s'est présenté aux urgences avec une épiglot-

tite présumée. Le matin de son admission, le patient avait consulté son médecin traitant pour une odynophagie et une dysphonie. Son strepto-test était négatif et le médecin avait traité cette affection comme un mal de gorge en l'absence d'un examen laryngoscopique. Le soir, le patient s'est présenté avec un trismus et une dyspnée progressive. Il a alors été installé dans une salle de consultation simple. Une voie veineuse a été posée et des analyses de laboratoire effectuées. Il lui a été alors administré Co-Amoxiciline® (amoxicilline/acide clavulanique) IV 2,2 g, Solumedrol® (méthylprednisolone) IV, 125 mg et un aérosol d'adrénaline (2x 1 mg dans NaCl à 0,9%, à 5%). La radiographie latérale du cou a également montré des signes d'obstruction (fig. 1) avec le signe classique du pouce pour l'épaississement de l'épiglotte. Le service d'ORL a été prévenu. A notre arrivée, le patient était assis en position tripode, penché en avant avec une importante sialorrhée et un stridor. Une deuxième dose de Solumedrol® (méthylprednisolone)

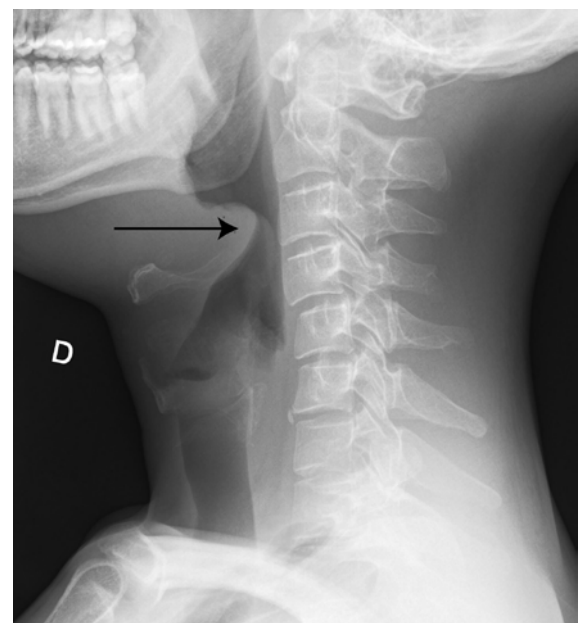


Figure 1: Radiographie latérale du cou. La flèche désigne le signe du pouce avec une obstruction marquée des VAS.



Emeline Christophel-Plathier

125 mg et de Robinul® (glycopyrronium) 2 × 0,2 mg a été administrée sur notre demande. Le patient a immédiatement été transféré dans une salle de réanimation aux urgences. Une fibroscopie réalisée par le spécialiste ORL a confirmé l'épiglottite ainsi que l'obstruction partielle des VAS. Le patient a été transporté au bloc opératoire en urgence sous notre supervision avec du matériel de réanimation et le chariot d'intubation difficile.

Un monitoring standard consistant notamment en un oxymètre de pouls, une pression artérielle non invasive, un électrocardiogramme (ECG) à 3 dérivations a été mis en place dans un environnement confortable et calme. La pré-oxygénation a été réalisée pendant 10 minutes en position assise pour le confort du patient. Le patient a ensuite été induit avec du Sevorane® (sévofluran) (anesthésique inhalé non irritant), toujours en position assise. Le patient a initialement présenté un tirage pendant l'induction qui a rapidement et spontanément régressé lorsque le Sevorane® (sévofluran) a atteint une concentration alvéolaire minimale (MAC) de 6% pendant 5 min.

Stratégie d'abord et sécurisation des VAS

La vidéolaryngoscopie a montré une épiglottite et de la salive remplissant les deux sinus pyriformes (Cormack 3 [7]). Le patient a ensuite été intubé avec un tube de type MLT de diamètre externe plus petit que 6,0 mm

(fig. 2) et curarisé après intubation. L'équipe ORL a vérifié le status local sous anesthésie générale et le patient a ensuite été transféré intubé à l'unité de soins intensifs.

Microbiologie

Une bactériémie à méningocoques a été diagnostiquée par des hémocultures et sur les frottis effectués sur l'épiglotte.

Evolution

Pour l'extubation, un premier test de fuite réalisé aux soins intensifs s'est avéré positif à J2, c'est-à-dire qu'il y avait alors absence de fuite autour du tube et donc un œdème résiduel encore présent.

Au status ORL, le patient présentait effectivement toujours un important œdème de l'épiglotte et une sialorrhée très abondante. Après l'échec initial, un patch de Scopolamine® a été mis en place et 24 heures plus tard, l'extubation était possible à J3 (Cormack 1).

Discussion et conclusions

L'épiglottite est une maladie rare, mais grave et potentiellement mortelle chez l'adulte. Il existe peu d'information sur la gestion des VAS par une équipe multidisciplinaire dans la littérature récente [8]. Historiquement, l'épiglottite était principalement causée par *Haemophilus influenzae* de type b (Hib). Actuellement, les agents pathogènes impliqués dans la plupart des cas sont: *Streptococcus pyogenes* ou *pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* [9] ou *Haemophilus influenzae* non typable. Dans le cas d'épiglottite signalé ici, *Neisseria meningitidis* était l'agent pathogène identifié par les cultures bactériologiques. L'épiglottite nécessite une coordination multidisciplinaire et une collaboration interprofessionnelle rapprochée pour une prise en charge optimale du patient. Nous avons choisi une induction au masque avec du Sevorane® (Sévoflurane) et une ventilation spontanée pour maintenir les voies respiratoires supérieures ouvertes. Une trachéotomie sous anesthésie locale serait une bonne alternative ainsi que la cricothyroïdectomie qui reste une voie de sauvetage utile et possible, même en cas d'obstruction complète des VAS à condition d'utiliser soit une canule de cricothyroïdectomie de grosse taille soit un tube endotrachéal de petite taille de diamètre externe 5–6 mm (cricothyroïdectomie chirurgicale) pour permettre une ventilation. Une canule de petite taille avec expiration active aurait pu également être utilisée (p. ex.: Ventrain de Ventinova [13]). Nous aurions pu améliorer la prise en charge en effectuant une pré-oxygénation avec un Oxyflow à 70 L/min d'oxygène ce qui permet d'avoir un temps d'apnée plus long. Après l'induction,

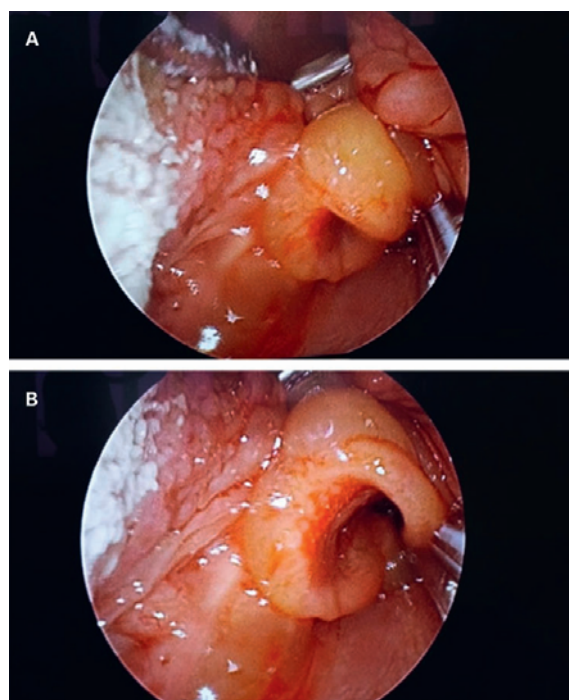


Figure 2: A) Vision à la lame C-MAC sans surélévation des structures (vision anatomique). B) A + Surélévation des structures.

au début du stade d'excitation [10], le patient a présenté un tirage sus-sternal transitoire ce qui nous a poussé à l'assister transitoirement pour approfondir l'anesthésie. Cependant une aide inspiratoire avec pression positive et pression expiratoire positive («Positive End Expiratory Pressure», PEEP) aurait également été possible et utile. La kétamine n'a pas été une option, car elle provoque et augmente la sialorrhée. Le Disoprivan permet d'approfondir rapidement le niveau tout en accentuant le risque de perdre la maîtrise des voies aériennes par perte du tonus de la musculature pharyngée. Le bromure de glycopyrronium, administré 30 minutes avant l'induction, a nettement diminué la sialorrhée, laquelle était significative avant l'intubation. La sédation avec une intubation vigile par fibre optique est une autre alternative décrite pour les intubations difficiles. Cependant, une anesthésie locale à la xylocaïne supprime la proprioception et peut entraîner une perte de contrôle des voies respiratoires supérieures, qui se ferment.

Le succès de la prise en charge des VAS repose également sur la mise en place de stratégies alternatives en cas d'échec de la prise en charge initiale et de critères stricts pour passer d'un plan A à un plan B, C ou D (www.flava.ch). Dans ce cas précis, si nous n'avions pu intuber après l'induction en ventilation spontanée, nous aurions réveillé le patient et aurions dû intervenir de manière chirurgicale sur les VAS.

Dans une revue systématique de la littérature sur la mortalité et l'intervention sur les voies aériennes après vaccination contre *Haemophilus influenza* type b, les taux d'intubation de 13 des 16 études a été rapporté. Ces taux d'intubation variaient de 8,7 à 33%, avec 111 patients intubés pour un total de 898 patients. Un abord chirurgical des voies aériennes a été rapporté dans 12 études sur 16. Au total, 33 patients sur 886 ont eu besoin d'une gestion chirurgicale des voies respiratoires. Dans cet échantillon, la mortalité était très faible [11].

Conclusion

En conclusion, une intervention sur les voies respiratoires n'est pas sans risque, une approche prudente et multidisciplinaire est recommandée avec intubation endotrachéale dans les cas sélectionnés [12]. Des critères fiables doivent être encore développés pour identifier les patients à risque d'obstruction complète des voies aériennes.

Remerciements

Nous tenons à remercier le service de radiologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg pour l'image radiographique fournie.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Rafei K, Lichenstein R. Airway infectious disease emergencies. *Pediatr Clin North Am*. 2006 Apr;53(2):215–42. 10.1016/j.pcl.2005.10.00116574523
- 2 Lindquist B, Zachariah S, Kulkarni A. Adult Epiglottitis: A Case Series. *Perm J*. 2017;21:16–O89. 10.7812/TPP/16-08928241903
- 3 Cherry JD. Epiglottitis (supraglottitis). In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL editors. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2009. p. 244.
- 4 Fleisher GR. Infectious disease emergencies. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM editors. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 783.
- 5 Mayo-Smith MF, Spinale JW, Donskey CJ, Yukawa M, Li RH, Schiffman FJ. Acute epiglottitis. An 18-year experience in Rhode Island. *Chest*. 1995 Dec;108(6):1640–7. 10.1378/chest.108.6.16407497775
- 6 Ng HL, Sin LM, Li MF, Que TL, Anandaciva S. Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients in Hong Kong. *Emerg Med J*. 2008 May;25(5):253–5. 10.1136/emj.2007.05015318434453
- 7 Krage R, van Rijn C, van Groeningen D, Loer SA, Schwarte LA, Schober P. Cormack-Lehane classification revisited. *Br J Anaesth*. 2010 Aug;105(2):220–7. 10.1093/bja/aeq13620554633
- 8 Mathoera RB, Wever PC, van Dorsten FR, Balter SG, de Jager CP. Epiglottitis in the adult patient. *Neth J Med*. 2008 Oct;66(9):373–7. 18931398
- 9 Matsuura H, Fukumura T. Thumb and vallecula signs in acute infectious epiglottitis. *CMAJ*. 2017;189(41):E1289; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.170194>.
- 10 Guedel AE. *Inhalation anesthesia*, Ed 2. New York: Macmillan; 1951.

Emeline Christophel-Plathier
CHUV, Rue Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
[emelinechristophel33\[at\]gmail.com](mailto:emelinechristophel33[at]gmail.com)

L'essentiel pour la pratique

- L'épiglottite est un diagnostic rare chez l'adulte, mais qui peut mettre rapidement en danger la vie du patient (arrêt respiratoire sur obstruction).
- Une prise en charge rapide est nécessaire. Toutefois, une stratégie de prise en charge des VAS doit être établie et adaptée à chaque patient, à chaque situation clinique et doit consister en une succession de plans avec des critères définis pour passer de l'un à l'autre en cas d'échec. La nasofibroscopie est l'examen de choix en présence d'un cadre senior qui maîtrise les voies aériennes difficiles.
- L'épiglottite nécessite une coordination multidisciplinaire et une collaboration interprofessionnelle rapprochée pour une prise en charge optimale du patient. Le travail d'équipe interprofessionnel et les compétences non techniques des intervenant telles que coordination, collaboration, communication et appréciation de la situation sont essentiels pour la gestion d'une telle urgence.