

MISE EN CONDITION

FC, PA, SpO₂, FR, Score de Glasgow, **signes d'hypercapnie** (sueurs etc.)

Respecter la position de l'enfant, **ne pas l'allonger**

Pas d'examen à l'abaisse langue

Vérification **vaccinations HAEMOPHILUS INFLUENZAE B**, si état septique marqué penser **épiglottite**

Prise en charge suivant les principes du RANP

Cf. Evaluation/PEC de l'enfant grave

A : AIRWAY

Désobstruction rhino-pharyngée/Aspiration si besoin

Une fois VAS désobstruées/sécurisées passer au B

B : BREATHING

POSITION :

Respecter la position de l'enfant, **ne pas l'allonger**

OXYGENOTHERAPIE :

Apport d'**oxygène QSP SpO₂ > 95%**, sans stresser l'enfant avec une interface adaptée :

Lunettes nasales 1-3 l/min, MMC 4-10l/min, MHC > 10 l/min

SI PAS de signes de LUTTE, pas de STRIDOR : LARYNGITE LEGERE

CORTICOTHERAPIE

PO : **PREDNISOLONE** Solupred® 1 mg/kg/jour ou **BETAMETHASONE** Célestène® 10 gouttes/kg, 5 jours

SI Signes de lutte MODERES, stridor au REPOS : LARYNGITE MODEREE

CORTICOTHERAPIE

PO : **PREDNISOLONE** Solupred® 1 mg/kg/jour ou **BETAMETHASONE** Célestène® 10 gouttes/kg, 5 jours

Si PO impossible : AEROSOL **BUDESONIDE** Pulmicort® 2 mg est une alternative

AEROSOL D'ADRENALINE

< 5 ans : 2 mg // > 5 ans : 5mg

Surveillance minimale scopée requise de 3h après l'aérosol d'adrénaline

Signes de lutte SEVERES, DESATURATION, TROUBLES DE CONSCIENCE/AGITATION : LARYNGITE SEVERE

CORTICOTHERAPIE

IV : **DEXAMETHASONE** ou **BETAMETHASONE** DOSE DE CHARGE 0.6 mg/kg (max 8 mg chez l'adulte)

Puis après 6h, 0.15 mg/kg/6h max 4mg/prise

AEROSOL D'ADRENALINE

< 5 ans : 2 mg // > 5 ans : 5mg

Répétes **toutes les heures si besoin** jusqu'à amélioration clinique

Surveillance minimale scopée requise de 3h après l'aérosol d'adrénaline

C : CIRCULATION

Hémodynamique normalement préservée

Si état septique marqué penser **épiglottite**