



# BRONCHOSPASME EN PEDIATRIE

## CONFIRMER

- En Ventilation Spontanée (VS)* : dyspnée expiratoire, tirage, asynchronie thoraco-abdominale, sibilants, silence auscultatoire
- Sous Ventilateur* : augmentation pressions de ventilation, capnogramme ascendant, hypercapnie, sibilants ou silence auscultatoire

## FACTEURS FAVORISANTS

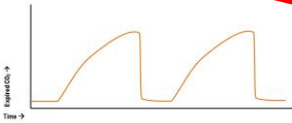
- Terrain d'hyperréactivité bronchique (asthme, tabac passif, atopie, mucoviscidose, ancien prématuré, infection des VAS en cours)
- Anesthésie trop légère, inadéquation entre le geste et la profondeur d'anesthésie

## ELIMINER :

- patient en VS : laryngospasme, obstruction par corps étranger
- patient ventilé : laryngospasme sur masque laryngé, obstruction mécanique (sonde d'intubation), intubation sélective, pneumothorax, panne respirateur

**FiO<sub>2</sub> = 1**

**Arrêt de toute stimulation  
Appel à l'aide**



### 3 actions à mener simultanément

#### Approfondissement de l'anesthésie

- Propofol 1 à 2 mg/kg
- et/ou Kétamine 1 à 2 mg/kg
- Augmentation de la Fi Sévoflurane

#### Signes de gravité:

Bradycardie : **Atropine 20 µg/kg**  
Hypotension : **Adrénaline 1 à 5 µg/kg**

#### Optimisation de la ventilation

- Limiter les pressions d'insufflation à 30 cmH<sub>2</sub>O
- Allonger le temps expiratoire avec I/E < 1:2
- Baisser la fréquence respiratoire

#### Signes de gravité:

Désaturation < 95% : **FiO<sub>2</sub> = 1**

### Administrer des bronchodilatateurs

- Intubé : Salbutamol inhalé en chambre d'inhalation (0,5 bouffées par kg, max. 15 bouffées)
- Extubé : Aérosol de Salbutamol : 2,5 mg avant 18 mois et 5 mg après 18 mois

#### Dilution type adrénaline:

1 mg dans 50 ml → 20 µg/ml  
Posologie : 2 µg/kg → 0,1 ml/kg

### Echec des traitements inhalés

- Dose titrée d'Adrénaline : 1 à 5 µg/kg puis SE 0,1 µg/kg/min
- Salbutamol IV : 0,1 à 0,5 µg/kg/min

- Vérifier abord veineux si non fiable => KT intra osseux, posologie des médicaments identique IV
- Bilan étiologique hypersensibilité immédiate : dosage tryptase, histamine, IGE spécifique

Référence : An update on the perioperative management of children with upper respiratory tract infections  
Adrian Regli, Britta S von Ungern-Sternberg *Curr Opin Anaesthesiol* 2017;30:362-367.

Réalisée en 2021 par le CAMR et ADARPEF

