

OBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES DANS UNE PALMURE LARYNGEE DE TYPE 4 CHEZ LE NOURRISSON.

Upper Airway Obstruction in a Type 4 Laryngeal Palmar in Infant.

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari¹, Lassine Dienta², Siaka Soumaoro³, Mariam Maiga¹, Harouna Sanogo⁴, Boubacary Guindo³, Mohamed Amadou Keita².

¹-Centre de santé de référence de la commune CVI, Bamako, Mali, ²- Hôpital régional de Mopti, ³CHU Gabriel Toure, Bamako Mali ⁴ Centre de santé de référence de Kalaban Koro.

RESUMÉ

Introduction : Les malformations congénitales du larynx de l'enfant se manifestent souvent par un bruit laryngé (stridor), une dyspnée, une dysphonie et parfois des troubles de la déglutition. La laryngomalacie est l'anomalie la plus fréquente, mais il faut savoir rechercher notamment une paralysie laryngée, une sténose sous-glottique congénitale, parfois un angiome sous-glottique ou un diastème laryngé. L'endoscopie est le maître-examen pour confirmer le diagnostic et orienter la prise en charge qui peut être médicale et/ou chirurgicale suivant les cas [1]. **Objectif** : Le but de notre travail est d'étudier les particularités diagnostiques et thérapeutiques d'une malformation congénitale chez un nourrisson dans un contexte de matériel insuffisant. **Observation** : Nous rapportons une observation d'un nourrisson âgé de 06 mois, qui nous a été référé de la pédiatrie pour dyspnée chronique avec dysphonie remontant à la naissance sans autres anomalies congénitales après de multiples traitements sans amélioration à base de nébulisation, corticoïdes et antibiotiques. La nasofibroskopie mettait en évidence un larynx d'aspect de palmure laryngée reliant les deux cordes vocales sur ses deux tiers antérieurs laissant une petite filière respiratoire (Figure 1). Le diagnostic de palmure laryngée a été retenu. La prise en charge a consisté en une résection lors de la panendoscopie. Des nasofibroskopies à intervalle régulier jusqu'à douze mois furent réalisées sans particularité. **Conclusion** : Les dyspnées chez le nourrisson peuvent être fréquentes et avoir beaucoup de cause. Seul un examen clinique et paraclinique poussé peut aider à diagnostiquer la palmure laryngée. Ils prêtent à confusion à toutes les malformations laryngées. Le pronostic peut être grave si la prise en charge n'est pas effectuée dans les meilleurs délais. **Mots clés** : Larynx, Palmure, Nasofibroskopie, Résection.

SUMMARY

Introduction : Congenital malformations of the larynx in children are often manifested by laryngeal noise (stridor), dyspnea, dysphonia and sometimes swallowing disorders. Laryngomalacia is the most common anomaly, but it is necessary to know how to look for laryngeal paralysis, congenital subglottic stenosis, sometimes a subglottic angioma or a laryngeal diastema. Endoscopy is the master examination for confirming the diagnosis and guiding the management, which may be medical and/or surgical depending on the case [1]. **Objective** : Aim: The aim of our work is to study the diagnostic and therapeutic particularities of a congenital malformation in an infant in a context of insufficient materials. **Observation** : We report an observation of an infant aged 06 months, who was referred to us from pediatrics for chronic dyspnea with dysphonia dating back to birth without other congenital anomalies after multiple treatments without improvement based on nebulization, corticoids and antibiotics. Nasofibroskopy revealed a laryngeal web-like larynx connecting the two vocal cords on its anterior two-thirds leaving a small respiratory tract (Figure 1). The diagnosis of laryngeal palmaris was retained. Management consisted of resection during panendoscopy. Nasofibroskopy at regular intervals of up to twelve months were performed without particularity. **Conclusion** : Dyspnea in infants can be frequent and have many causes. Only a thorough clinical and paraclinical examination can help to diagnose laryngeal palmaris. They are confusing to all laryngeal malformations. The prognosis can be serious if management is not carried out as soon as possible. **Key words** : Laryngeal palmar, Nasofibroskopy, Resection.

INTRODUCTION

Les malformations congénitales du larynx de l'enfant se manifestent souvent par un bruit laryngé (stridor), une dyspnée, une dysphonie et parfois des troubles de la déglutition. La laryngomalacie est l'anomalie la plus fréquente, mais il faut savoir rechercher notamment une paralysie laryngée, une sténose sous-glottique congénitale, parfois un angiome sous-glottique ou un diastème laryngé. L'endoscopie est le maître-examen pour confirmer le diagnostic et orienter la prise en charge qui peut être médicale et/ou chirurgicale suivant les cas [1].

OBSERVATION

Un nourrisson, de 6 mois, originaire de Bamako, Mali, nous a été présenté en consultation externe avec des antécédents de dyspnée, qui était insidieux au début et qui s'est progressivement aggravée. Sa voix était pratiquement inaudible. Il y'avait une dyspnée inspiratoire avec un tirage intercostal et cornege. L'examen physique général n'a révélé aucune anomalie. L'examen nasofibroskopique a révélé la présence d'un réseau glottique antérieur au niveau des cordes vocales, s'étendant vers l'avant et l'arrière de la commissure antérieure à la jonction des 2/3

antérieurs et 1/3 postérieurs des cordes vocales. Elle s'étendait transversalement du bord libre d'une corde vocale à l'autre (figure 1), était épaisse et avait une surface lisse, de couleur blanche. Les deux cordes vocales étaient mobiles. Un diagnostic de palmure laryngée congénitale a été posé. Le traitement a été administré sous forme d'excision endolaryngée avec des instruments froids sous anesthésie générale. Le tissu de la palmure a été envoyé pour un examen histopathologique. Le patient s'est bien rétabli après l'opération. Le patient a été suivi chaque semaine pendant 8 semaines. L'examen nasofibrosopique a révélé des bords de cordes vocales sains. Il n'y a pas eu d'adhérence après deux ans de suivi.

DISCUSSION

Les palmures laryngées antérieures peuvent être congénitales ou acquises et survenir à la suite d'une procédure chirurgicale, d'une intubation ou d'une infection[2,3]. Dans notre cas, il s'agit d'une palmure laryngée congénitale.

La palmure laryngée congénitale est peu fréquentes (~5%) résultant d'un échec de recanalisation du larynx primitif pendant la huitième et la dixième semaine du développement embryonnaire. Si le processus de recanalisation de la lame épithéliale s'arrête à un stade précoce de l'embryogenèse, une atrésie laryngée complète s'ensuit. Cette situation est incompatible avec la vie, à moins qu'une trachéotomie d'urgence ou une procédure de traitement ex-utero intrapartum ne soit effectuée en salle d'accouchement. Certains nouveau-nés survivent plus longtemps si leur atrésie laryngée est associée à une atrésie oesophagienne et à une fistule trachéo-oesophagienne (FTO)[4,7].

Classification des tissus laryngés. Près des trois quarts de toutes les palmures laryngées se trouvent au niveau de la glotte, qui est très probablement le résultat d'une recanalisation de la lamelle épithéliale inférieure. Il existe 4 types de palmures glottiques comme proposé par Cohen : Le type 1 est une palmure au niveau de la glotte antérieure, qui représente 35 % de la glotte. Il y a peu ou pas d'extension sous-glottique. Le type 2 est une extension glottique antérieure. La palmure, impliquant 35 à 50 % de la glotte. La plénitude sous-glottique résulte d'avantage de l'épaisseur de la toile que d'une anomalie cricoïde. Le type 3 est un réseau glottique antérieur impliquant 50 à 75 % de la glotte. La glotte est plus épaisse sur la partie antérieure et des anomalies cricoïdes peuvent y être associées. Le type 4 est une palmure glottique, impliquant 75 à 90 % ou plus de la glotte. Elle est uniformément épaisse et la sous-glotte est réduite[5]. Notre palmure laryngée prenait plus de 75 % de la glotte.

Bien que le diagnostic soit basé sur les résultats de l'endoscopie dans la plupart des cas, la laryngoscopie peut ne pas montrer

l'extension sous-glottique de la maladie. L'endoscopie virtuelle peut fournir les informations nécessaires à la chirurgie dans de tels cas[2].

Les radiographies latérales simples révèlent un signe de voile caractéristique, qui représente un tissu persistant entre les cordes vocales et la sous-glote [6].

Le traitement reste un défi. Par voie endoscopique, la palmure peut être incisée avec des instruments froids ou au laser, la mitomycine C peut être appliquée et une quille de silice peut être insérée dans la commissure antérieure. En externe, une cricothyrotomie antérieure est nécessaire et une quille en silastique peut être placée ; un greffon de cartilage antérieur peut être inséré dans le cas d'une toile épaisse. Quelle que soit la technique utilisée, la principale préoccupation est la récurrence [3]. Il est de choix, quand il n'y a pas une sténose cartilagineuse sous-glottique, Le traitement consiste en la division endoscopique de la membrane à l'aide d'un laser ou d'instruments froids, avec ou sans lambeau muqueux.

La chirurgie ouverte est indiquée en cas d'atteinte du cartilage [7]. Pour ce cas nous avons procédé à une excision endolaryngée de la palmure avec des instruments froids sous anesthésie générale. Le suivi a été de chaque semaine pendant 8 semaines. L'examen nasofibrosopique a révélé des bords de cordes vocales sains. Il n'y a pas eu d'adhérence après deux ans.

CONCLUSION

Les palmures laryngées peuvent poser beaucoup de problèmes de diagnostic. Un examen clinique et paraclinique riche de tous les éléments d'investigation est nécessaire, alors que la majorité de nos structures de santé ne dispose pas de nasofibroscope. L'évolution peut être dramatique, Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire. La chirurgie nous a donné un bon résultat dans notre contexte.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.



Figure 1: Image de la palmure laryngée avant chirurgie.



Figure 2: Image de la palmure laryngée après chirurgie.

REFERENCE

1. N.Crozat-Teissier ,T.Van Den Abbeele , Malformations congénitales du larynx *Congenital laryngeal malformations*, EMC TOME 2, 2005, 2(2): 218-229
2. Süleyman Men ,Ahmet Ömer, İkiz, Isil Topcu, Handan Cakmakci ,Cenk Ecevit, CT and virtual endoscopy findings in congenital laryngeal web, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2006, 70 : 6, Pages 1125-1127
3. R.Nicollas, J.M.Triglia , The Anterior Laryngeal Webs, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2008, 41, (5), 877-888
4. Philippe Monnier, Laryngeal Web and Atresia, *Pediatric Airway Surgery* , 2010, 125-131
5. Tiwari, M. , Fernandes, V. , George, S. , Sanzgiri, V. and Khandolkar, P. Congenital Laryngeal Web: A Laryngology Rarity. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2018, 7(143-147).
6. P.M. Som and H.D. Curtin An Updated and Illustrated Review of the Complex Embryology of the Larynx and How Laryngeal Webs, Atresias, and Stenoses Develop , 2014, *Neurographics* 4:189–203
7. Rodriguez H, Cuestas G, Zanetta A, Disfonía del niño por membrana laríngea congénita. Serie de casos, *Arch Argent Pediatr* ,2013, 111(4): 82-85