

L'angioœdème laryngé vu par l'ORL

Laryngeal angioedema and the ENT physician

J.-J. Braun^{a,*}, F. de Blay^b

^a Service ORL et CCF, hôpital de Haute-pierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg cedex, France

^b Unité de pneumologie, d'allergologie et de pathologie respiratoire de l'environnement, nouvel hôpital civil, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Disponible sur Internet le 3 mars 2012

Résumé

L'angioœdème (AO) est un syndrome caractérisé par des épisodes d'œdème sous-muqueux et/ou sous-cutané, transitoires et récidivants (crises). Il peut être histaminique ou bradykinique avec un tableau clinique et un traitement différents. L'atteinte ORL, en particulier l'œdème laryngé, peut mettre en jeu le pronostic vital par une détresse respiratoire brutale et imprévisible. Le rôle de l'ORL est d'évaluer la perméabilité pharyngolaryngée pour guider le traitement : intubation, trachéotomie et/ou traitement médical avec des nouvelles molécules spécifiques (si disponibles dans le cadre de l'urgence) qui ont fait preuve de leur efficacité. L'éducation du patient et le traitement préventif des crises en collaboration avec un centre de référence constituent le deuxième volet de la prise en charge thérapeutique de cette maladie rare.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Angioœdème ; Angioœdème laryngé ; Urgence respiratoire ; Intubation ; Trachéotomie

Abstract

Angioedema is a syndrome characterized by episodes of transitory and recurrent submucosal and/or subcutaneous edema (attacks). It can have histamine-based or bradykinin-based mechanisms, with different clinical pictures and different treatments. Upper airway involvement, especially laryngeal edema with severe and unpredictable respiratory distress, can be life-threatening. The role of the ENT physician is to evaluate pharyngolaryngeal penetrability and to decide on the treatment: intubation, tracheotomy and/or medical therapy with new specific molecules with proven efficacy (if available in urgent cases). Education of the patient and preventive treatment of attacks of this rare condition are best managed in a referral center.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Angioedema; Laryngeal; Airway emergency; Therapy; Intubation; Tracheotomy

1. Introduction

L'angioœdème (AO) décrit par Quincke en 1882 est caractérisé par des épisodes d'œdème transitoires et récurrents des tissus sous-cutanés et/ou sous-muqueux [1–4]. Parmi les localisations classiques (visage, mains, pieds, organes génitaux externes), les localisations ORL, en particulier laryngées, conditionnent le pronostic avec un risque létal de 20 à 30 % pour l'AO héréditaire en l'absence de traitement [1,2]. Dans ce contexte, le rôle de l'ORL est d'évaluer la topographie et la

sévérité de l'atteinte des voies aérodigestives supérieures (VADS) pour prévenir le risque d'asphyxie.

Le traitement associe surveillance clinique, intubation ou trachéotomie dans certains cas et traitement médical selon l'orientation étiologique : AO histaminique ou bradykinique. La gestion de ce type d'urgence respiratoire est réalisée au mieux dans un service de soins intensifs ou de réanimation avec un plateau technique et un environnement médical permettant endoscopie nasopharyngolaryngée, intubation souvent difficile ou trachéotomie si nécessaire.

2. Les différentes formes d'angioœdème

Le rôle premier de l'ORL n'est pas la réalisation du bilan étiologique qui va conditionner le versant médical du traitement

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : braun.jean-jacques@wanadoo.fr (J.J. Braun).

de l'AO en complément des gestes médicochirurgicaux de réanimation mais l'évaluation de la perméabilité des voies aériennes digestives supérieures dans le cadre de l'urgence. Ainsi un traitement par antihistaminiques, corticoïdes et adrénaline est inefficace dans l'AO lié à une anomalie de l'inhibiteur de la C1 estérase et peut constituer une perte de temps pour la mise en route d'une réanimation efficace face à une détresse respiratoire pouvant survenir rapidement et de façon imprévisible. En pratique clinique, différentes formes d'AO peuvent être individualisées d'après Bork et al. [2] :

- AO héréditaire lié à un déficit de C1 INH :
 - type 1 : diminution de l'activité et de la concentration plasmatique de C1 INH,
 - type 2 : activité réduite mais concentration plasmatique normale de C1 INH ;
- AO héréditaire avec C1 INH normal :
 - AO héréditaire lié à une mutation du gène du facteur XII,
 - AO héréditaire de cause génétique inconnue ;
- AO dû à un déficit acquis de C1 INH ;
- AO lié à la prise d'IEC ou d'autres médicaments ;
- AO récidivant chez des patients avec une urticaire chronique ;
- AO récidivant idiopathique ;
- AO intégré dans un tableau de réaction allergique ou pseudo-allergique.

Dans le cadre de l'urgence face à un œdème des VADS, une orientation étiologique est plus ou moins facilement et rapidement obtenue dans certains cas :

- forme héréditaire connue avec déficit congénital en C1 INH où la crise peut être favorisée par le stress, un traumatisme, les règles, les soins dentaires... .
- prise d'IEC ou de Sartans pour une pathologie cardiovasculaire : 0,1 à 0,2 % d'AO pour les traitements par IEC [3] ;
- allergie connue ou suspectée à l'origine d'une réaction IgE-dépendante avec souvent urticaire associée : arachide, fruits à coque, soja... .

Ailleurs le diagnostic étiologique est fait à distance du ou des épisodes aigus d'AO par les dosages biologiques : concentration en C1 INH, activité C1 INH, C4 et parfois C1 q, CH 50 et auto-anticorps C1 INH [1,2,5,6].

3. Tableaux ORL de l'angioœdème

L'atteinte ORL liée à l'AO peut concerner de façon isolée ou associée différents sites anatomiques : lèvres, langue mobile, plancher buccal, palais mou, base de la langue, épiglotte et larynx.

La symptomatologie clinique associe de façon variable dysphagie, dysphonie, oppression respiratoire avec dyspnée laryngée et parfois stridor souvent précédé d'une impression de corps étranger pharyngolaryngé dans un contexte d'œdème oropharyngolaryngé plus ou moins important et plus ou moins étendu [1,2,7].

Le rôle de l'ORL consiste à évaluer la topographie et l'importance de ces atteintes des VADS pouvant être à l'origine d'une asphyxie en sachant que la fréquence de l'intubation ou de la trachéotomie en cas d'œdème laryngé se situe entre 0–35 % dans la littérature [8] et que le risque de décès par œdème laryngé en l'absence de traitement est estimée à 23–30 % [7] et à 25–50 % dans certaines familles atteintes d'AO héréditaires [2].

Seul l'examen ORL en période aiguë permet d'évaluer de façon objective la perméabilité de la filière oropharyngolaryngée :

- examen ORL direct ou indirect au miroir laryngé souvent difficile voire impossible en cas d'œdème de la langue ;
- examen ORL par nasopharyngolaryngoscopie au fibroscope souple permettant d'accéder à l'étage glottique ;
- examen ORL dans tous les cas prudent et atraumatique en raison du risque de décompensation cardiorespiratoire brutale nécessitant un environnement technique et médical de réanimation.

Certains critères prédictifs à l'examen ORL semblent en faveur d'un risque asphyxique nécessitant une intervention en urgence au niveau des VADS. Ainsi pour Mc Cormick et al. [8] dans une série rétrospective de 140 patients, ce risque de détresse respiratoire est essentiellement lié à une atteinte de la langue mobile, de la base de la langue et du larynx et plus encore à une atteinte simultanée de plusieurs sites ORL où le taux d'intubation ou de trachéotomie peut atteindre 56 %.

L'importance et la gravité de l'œdème laryngé sont illustrées par les clichés TDM (Fig. 1a et b) où ne persiste qu'une lumière laryngée correspondant à celle de la sonde d'intubation. Il s'agissait d'une intubation de sauvetage sur détresse respiratoire majeure sur AO après prise d'IEC qui avait fait suspecter initialement une tumeur laryngée.

Le bilan TDM et/ou IRM en urgence n'est que rarement requis en dehors de problèmes de diagnostic différentiel à discuter en fonction du contexte clinique : traumatisme cervical, processus tumoral, sarcoïdose laryngée, rare syndrome de Miescher ou de Melkersson-Rosenthal en poussée aiguë, parfois rattaché à une granulomatose [1,9].

4. Prise en charge thérapeutique

Ainsi au terme du bilan d'évaluation intégrant examen ORL et autres paramètres de surveillance cardiorespiratoire, trois attitudes résument la prise en charge thérapeutique dans la majorité des cas [1,2,7,8,10] :

- la surveillance avec ou sans traitement médical spécifique d'AO en milieu médicalisé avec réévaluation ORL si nécessaire en sachant qu'une aggravation brutale et imprévisible de l'état respiratoire peut survenir à tout moment ;
- l'intubation souvent difficile ou très difficile même avec guidage endoscopique qui peut être réalisée par voie nasopharyngolaryngée ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386588>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386588>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)