

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

Cas clinique

Maladie de Wegener et sténose sous glottique

Subglottic stenosis in Wegener's granulomatosis

D. Bakhos^{a,*}, E. Lescanne^a, E. Diot^b, P. Beutter^a, S. Morinière^a

^a Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

^b Service de médecine interne, CHU Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 23 mars 2007

Accepté le 7 novembre 2007

Disponible sur Internet le

8 février 2008

Mots clés :

Maladie de Wegener

Sténose sous glottique

Endoscopie

Injection intralésionnelle de corticoïdes

Keywords:

Wegener's granulomatosis

Subglottic stenosis

endoscopic management

intralesional corticosteroid

R É S U M É

Objectif. – Décrire les différentes modalités thérapeutiques de la localisation sous glottique d'une maladie de Wegener.

Matériel et méthode. – Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 26 ans qui présentait une localisation sous glottique d'une maladie de Wegener.

Cas clinique. – Madame B. a présenté une maladie de Wegener à localisation rénale, cutanée, naso-sinusienne, oropharyngée et sous glottique. Le traitement médical a permis une régression de l'ensemble des lésions à l'exception de la sténose sous glottique. Devant un retentissement de la sténose sur les activités quotidiennes, un traitement endoscopique a été réalisé. La dilatation endoscopique et une injection intralésionnelle de corticoïde ont été renouvelées à deux reprises à quelques semaines d'intervalle pour permettre une reprise des activités quotidiennes et sportives. Un an après l'injection intra-lésionnelle de corticoïde, la patiente est stable et la SSG ne retentit plus sur les activités quotidiennes de la patiente.

Conclusion. – L'apparition d'une symptomatologie respiratoire haute dans le cadre de la maladie de Wegener doit alerter et faire rechercher une sténose sous glottique. L'injection intralésionnelle de corticoïdes est une méthode récente et moins invasive que les dilatations. Elle semble donner des résultats satisfaisants.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – Describe the management of subglottic stenosis in a patient with Wegener's granulomatosis.

Material and method. – Case report.

Results. – We report the case of a 26-year-old woman who presented Wegener granulomatosis and subglottic stenosis, with renal, skin, oropharyngeal, nasal, and paranasal locations. Medical treatment had cured all the locations except the subglottic stenosis. An endoscopic dilatation was performed. Two months later, the endoscopic treatment was repeated twice with intralesional corticosteroid injection. One year later, the patient was in complete functional remission.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bakhos_d@med.univ-tours.fr (D. Bakhos).

0003-438X/\$ – see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.aorl.2007.11.002

Conclusion. – Respiratory obstruction in Wegener granulomatosis can result from subglottic stenosis. In this case, intralesional corticosteroid injection seemed to be a good adjunct to local treatment with an effective long-term result.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La maladie de Wegener (MW) est une vascularite granulomateuse et nécrosante touchant les petits vaisseaux. Elle peut atteindre tous les organes mais les localisations les plus fréquentes sont ORL, pulmonaires et rénales. Les manifestations ORL sont retrouvées chez 92 % des patients atteints d'une MW [1]. L'atteinte nasosinusienne est la plus fréquente des localisations ORL, retrouvée dans 90 % des cas [1,2]. Près de 40 % des patients ont une symptomatologie otologique due à un dysfonctionnement tubaire. Une localisation à la cavité orale ou oropharyngée est notée pour 10 % des patients [1,2]. La sténose sous glottique (SSG) fait partie des manifestations peu connues pouvant mettre en jeu le pronostic vital [3]. Sa fréquence est pourtant estimée entre 16 à 23 % [1,4]. Nous rapportons le cas d'une femme, ayant une MW à localisations ORL, rénale et cutanée, qui a présenté une sténose sous glottique. Les examens complémentaires et le traitement de la SSG sont discutés avec les données de la littérature.

2. Cas clinique

Madame B., âgée de 26 ans, a consulté pour une fièvre persistante associée à une asthénie et des douleurs articulaires. Elle se plaignait d'une obstruction nasale, d'épisodes d'épistaxis, d'odynophagie. Il n'existait ni dysphonie, ni

dyspnée. Elle ne présentait pas d'antécédents personnels ni familiaux. La rhinoscopie sous optique notait une rhinite croûteuse bilatérale. L'examen de l'oropharynx mettait en évidence un aspect de fausses membranes blanchâtres de la loge amygdalienne gauche. La laryngoscopie indirecte montrait des cordes vocales et des aryténoïdes mobiles. L'examen clinique révélait un purpura infiltré des membres inférieurs. Une radiographie pulmonaire réalisée était normale. Le bilan biologique notait un syndrome inflammatoire (CRP = 74,2 mg/L) et une protéinurie à 0,64 g/L. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine était normal. Le dosage des c-ANCA anti PR3 était positif. Une biopsie cutanée au niveau de la face antérieure de la jambe retrouvait une angéite leucocytoclastique. L'histologie de la biopsie de l'oropharynx et des fosses nasales mettait en évidence un revêtement inflammatoire non spécifique. La biopsie rénale retrouvait des lésions de glomérulonéphrite extracapillaire.

L'atteinte ORL, rénale et cutané, associée à un syndrome inflammatoire et la positivité des c-ANCA permettait de retenir le diagnostic de MW. Une corticothérapie (prednisone per os : 1 mg/kg par jour) associée à un traitement immunosuppresseur par cyclophosphamide en intra-veineux (11 cures à la dose de 1100 mg chacune) étaient débutés. Un mois plus tard, les lésions cutanées, oropharyngées et rhinologiques avaient régressé, la CRP était normale et la protéinurie avait disparu. Cependant, la patiente se plaignait d'une dysphonie et d'un bruit inspiratoire. La mobilité laryngée était normale.

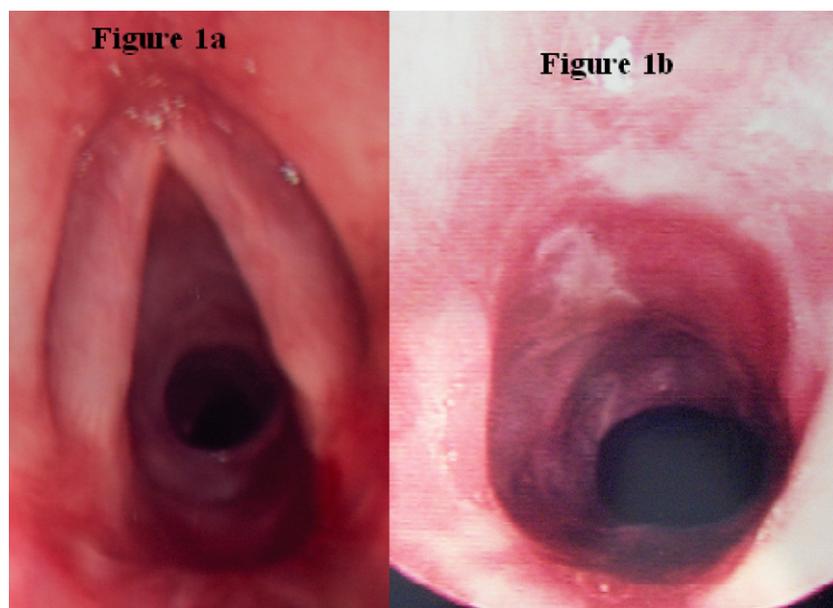


Fig. 1 – Vue endoscopique à l'optique 0° de la région sous glottique.

1a : Sténose sous glottique vue initialement circulaire, fibreuse et étendue sur 15 mm.

1b : Sténose sous glottique après LASER puis une séance de dilatation 3 mois après.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105827>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105827>

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