




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Une cause rare de stridor néonatal : la sténose trachéale congénitale

A rare cause of stridor in newborn: Congenital tracheal stenosis

J. Chemli^{a,*}, S. Hassayoun^a, M. Abroug^a, S. Abroug^a,
S. Mlika^b, A. Harbi^a

^a Service de pédiatrie, CHU Sahloul, 4054 Sousse, Tunisie

^b Service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique, CHU Sahloul, 4054 Sousse, Tunisie

MOTS CLÉS

Sténose trachéale ;
Stridor ;
Anomalies congénitales
des voies aériennes ;
Chirurgie trachéale ;
Bronchoscopie

Résumé La sténose trachéale congénitale (STC) est une malformation très rare (0,3 à 1 % des sténoses laryngotrachéales) et potentiellement létale. Elle constitue également une cause rare de stridor congénital. Les auteurs rapportent une nouvelle observation de STC chez un petit nourrisson et analysent ses particularités.

Observation. – Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin, issu d'une grossesse de déroulement normal et né à terme par voie basse. Il présente depuis sa naissance un stridor d'aggravation progressive. Il a été hospitalisé à l'âge de quatre mois dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë avec dyspnée et cyanose. Le diagnostic de bronchiolite aiguë était initialement retenu et l'enfant était traité symptomatiquement. L'évolution a été marquée par la disparition des râles sibilants et la persistance d'une dyspnée avec stridor expiratoire intense. Une laryngotrachéoscopie a trouvé un larynx d'aspect normal, mais avec présence d'une sténose trachéale serrée située à 1 cm de la carène et étendue sur 1 cm de hauteur. Un scanner hélicoïdal thoracocervical a confirmé la sténose trachéale et a éliminé une compression trachéale extrinsèque. Des tentatives de mise en place d'un tube T de Montgomery intratrachéal ont été sans succès. L'enfant a été maintenu en ventilation artificielle par trachéotomie pendant trois mois. Puis, il a été opéré à l'âge de sept mois avec une résection-anastomose de la sténose trachéale. L'évolution en postopératoire était favorable. Un scanner hélicoïdal de contrôle (trois mois postopératoires) n'a pas montré d'anomalies de calibre trachéal. Une trachéoscopie de contrôle (cinq mois postopératoires) a trouvé un calibre trachéal satisfaisant au niveau de l'anastomose chirurgicale.

Conclusion. – Le diagnostic de STC doit être envisagé chez tout nouveau-né présentant un stridor. La prise en charge des formes sévères reste difficile et multidisciplinaire.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jalel_chemli@yahoo.fr (J. Chemli).

KEYWORDS

Tracheal stenosis;
Stridor;
Congenital airway anomalies;
Tracheal surgery;
Tracheal surgery;
Bronchoscopy

Summary The congenital tracheal stenosis (CTS) is a very rare, potentially lethal malformation (0.3 to 1% of laryngotracheal stenosis). It does also constitute a rare cause of congenital stridor. The authors report a new case of CTS and analyse its particularities.

Case report. — A 4-month-old boy presents since birth wheezing, accesses of polypnea and cyanosis, with progressive aggravation. He was hospitalized for acute respiratory distress. A severe bronchiolitis was diagnosed fastly, and the child profited from a symptomatic treatment containing respiratory physiotherapy. The evolution was marked by disappearance of the sibilant rales and persistence of an intense dyspnea with expiratory stridor. A laryngotracheoscopy found a larynx of normal aspect, with presence of a tight tracheal stenosis located at 1 cm of the carina and extended over a height of 1 cm. A helicoid thoracocervical scanner confirmed tracheal stenosis and eliminated an extrinsic tracheal compression. The use of Montgomery T-tube was without success on several attempts. The child was maintained in artificial ventilation by tracheotomy for 3 months. Surgical treatment (resection anastomosis of the tracheal stenosis) was made at the age of 7 months. Control spiral computed tomography and tracheoscopy were normal after 3 and 5 months of surgical treatment respectively.

Conclusion. — Diagnosis of CTS must be envisaged in every newborn presenting stridor at birth. Management of this pathology remains difficult and requires a multidisciplinary assumption of responsibility.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les sténoses trachéales congénitales (STC) correspondent à des obstructions incomplètes de l'axe de la trachée avec rétrécissement sur une longueur variable, allant de 1 cm à la totalité de la trachée. Elles constituent une cause rare de stridor congénital et représentent 0,3 à 1 % des sténoses laryngotrachéales [1]. Malgré leur rareté et la difficulté de leur traitement, la prise en charge de ces malformations est, de nos jours, de plus en plus standardisée [2].

Nous rapportons une nouvelle observation de STC, diagnostiquée chez un petit nourrisson au décours d'une bronchiolite aiguë et dont la prise en charge thérapeutique était difficile.

Observation

Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin, issu d'une grossesse de déroulement normal et né à terme par voie basse. Il présente depuis sa naissance un stridor d'aggravation progressive. Il a été hospitalisé à l'âge de quatre mois, en période hivernale, dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë avec dyspnée et cyanose. L'examen initial trouvait un enfant eutrophique, fébrile à 38,5 °C et des râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires. La radiographie du thorax a montré une distension thoracique. Le diagnostic de bronchiolite aiguë était initialement retenu et l'enfant a été traité symptomatiquement. La recherche du virus respiratoire syncytial au niveau des sécrétions nasales était négative. L'évolution était marquée par l'apyrexie et la disparition des râles sibilants avec, cependant, persistance d'un stridor intense et d'une dyspnée obstructive mixte nécessitant une oxygénothérapie au masque à haut débit. Une obstruction trachéale malformative a alors été suspectée. La trachéobronchoscopie pratiquée objectivait ainsi la présence d'une sténose trachéale basse, située à 1 cm au-dessus de la carène et étendue sur 1 cm de hauteur. La sténose était serrée, régulière et difficilement franchissable par le bronchoscope rigide. Les bronches principales et lobaires étaient normales. La tomographie

cervicothoracique confirmait le siège et l'étendue de la sténose trachéale et éliminait une compression extrinsèque de la trachée (Fig. 1). L'échographie cardiaque ne trouvait pas de malformation, mais objectivait une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) importante à 60 mmHg, avec une dilatation du ventricule droit et de l'oreillette droite.

L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état respiratoire, nécessitant une ventilation artificielle avec une sonde d'intubation poussée au-delà de la sténose trachéale. Les tentatives de mise en place d'un tube T de Montgomery s'étaient soldées par un échec en raison du caractère très obstructif de la sténose. L'enfant avait alors été trachéotomisé et maintenu en ventilation artificielle par une sonde d'intubation placée à travers l'orifice de trachéotomie.

Un traitement chirurgical de la sténose était indiqué, mais a été retardé par des problèmes intercurrents (épisodes de pneumopathies nosocomiales, thrombopénie immunoallergique jugulée par des perfusions d'immunoglobulines intraveineuses).



Figure 1 Sténose trachéale serrée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4170213>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4170213>

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