



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Article original

Évaluation fonctionnelle du traitement de l'insuffisance glottique par injection d'acide hyaluronique : étude rétrospective à propos de 20 cas[☆]



C. Dorbeau, F. Marmouset, E. Lescanne, D. Bakhos, S. Morinière*

Service d'ORL, CHU Bretonneau, université François-Rabelais Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37000 Tours, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
 Acide hyaluronique
 Dysphonie
 Paralyse laryngée
 Larynx
 Voix
 Corde vocale

RÉSUMÉ

Objectifs. – Décrire la technique d'injection de l'acide hyaluronique dans les plis vocaux pour traiter une insuffisance glottique, en évaluer les indications ainsi que les résultats vocaux à 1 mois, et au-delà de 6 mois postopératoires.

Patients et méthodes. – Étude monocentrique rétrospective de mars 2012 à août 2015. Les critères d'inclusion étaient : paralysie récurrentielle unilatérale ou défaut d'affrontement cordal à mobilité conservée. Les critères d'exclusion étaient : thyroplastie préalable, troubles de déglutition majeurs, troubles cognitifs gênant l'évaluation vocale subjective. L'injection de Restylane[®] était réalisée sous anesthésie générale ou locale. On évaluait le Voice Handicap Index (VHI), le temps maximum phonatoire (TMP) et le score GRBAS en préopératoire, puis à 1, et plus de 6 mois postopératoires.

Résultats. – Vingt patients ont été inclus, 14 avaient une paralysie récurrentielle unilatérale et 6 un défaut d'affrontement. L'injection de Restylane[®] a été faite sous anesthésie générale pour 16 patients et sous anesthésie locale pour 4 (20 %). À 1 mois postopératoire, on retrouvait une diminution significative du VHI (–36 points, $p=0,0001$) et du GRBAS (–6,95 points, $p=0,0001$) et une augmentation significative du TMP (+4,95 sec, $p=0,0001$). À 6 mois, le VHI, le TMP et le GRBAS étaient toujours significativement améliorés (respectivement $p=0,0002$, $p=0,001$ et $p=0,0001$) ; et il n'y avait pas de différence significative entre VHI, TMP et GRBAS à 1 et 6 mois. Trois patients ont présenté une complication mineure, et deux patients ont récupéré une mobilité cordale normale.

Conclusion. – L'injection d'acide hyaluronique est une technique efficace pour la prise en charge des insuffisances glottiques. Elle permet une amélioration des paramètres vocaux objectifs et subjectifs qui reste satisfaisante même à 6 mois du geste.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La dysphonie liée à une insuffisance glottique est un problème courant en phoniatry. Elle peut résulter d'une paralysie unilatérale d'un pli vocal, d'une parésie, ou d'un défaut d'affrontement cordal à mobilité conservée. Dans un premier temps, des séances de rééducation orthophonique sont réalisées ; lorsqu'elles ne permettent pas une amélioration suffisante de la voix, une prise en charge interventionnelle est alors indiquée. Il existe deux approches : l'augmentation de volume du pli vocal à l'aide de substances

volumisantes [1] ou la chirurgie par voie externe, qui comprend la thyroplastie et l'adduction aryténoïdienne, solutions à caractère définitif, nécessitant une intervention au bloc opératoire.

L'acide hyaluronique est une substance résorbable, dans un délai de 3 à 6 mois [2–4]. Les principales indications d'injection d'acide hyaluronique dans les plis vocaux sont : la correction d'une paralysie ou parésie unilatérale d'un pli vocal, quand la récupération est incertaine ; la correction d'une atrophie des plis vocaux (presbyphonie) ou la correction d'une insuffisance glottique liée à des cordes vocales cicatricielles (après cordectomie partielle, ou en cas de sulcus vocalis), quand l'indication d'une injection définitive n'est pas retenue malgré un handicap vocal important.

L'objectif de cette étude était de décrire la technique d'injection de l'acide hyaluronique dans les plis vocaux, d'en évaluer les indications ainsi que les résultats vocaux à 1 mois et au-delà de 6 mois postopératoires et de comparer nos résultats aux données de la littérature.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.11.006>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : moriniere@univ-tours.fr (S. Morinière).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2016.07.014>

1879-7261/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

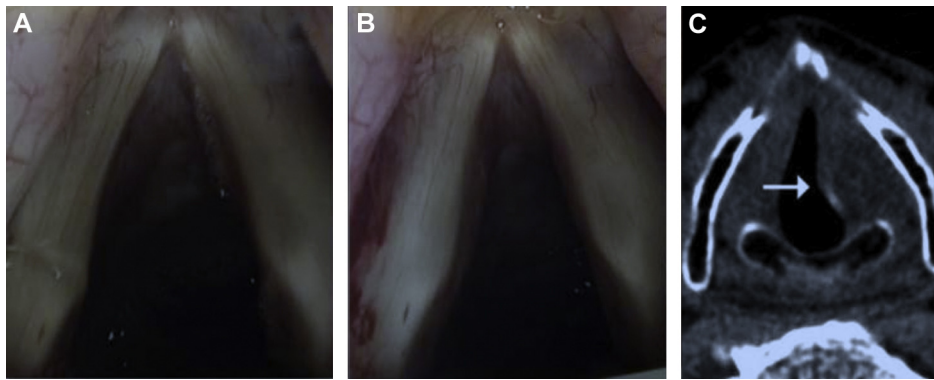


Fig. 1. Vue endoscopique d'une paralysie laryngée gauche. A. Aspect pré-injection. B. Aspect post-injection de Restylane® dans le pli vocal gauche. C. Aspect scanographique post-injection de Restylane® dans le pli vocal gauche.

2. Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique, réalisée du 23 mars 2012 au 21 août 2015. Les patients présentant une dysphonie en rapport avec une paralysie récurrentielle unilatérale ou un défaut d'affrontement cordal a mobilité conservée pour lesquels une indication opératoire était retenue (retentissement fonctionnel important corrélé à un défaut d'affrontement en nasofibroscopie malgré une prise en charge orthophonique adéquate) ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient une thyroplastie préalable, l'impossibilité pour le patient de remplir les questionnaires de qualité vocale ainsi que des troubles de déglutition majeurs associés. Le bilan initial comprenait une évaluation du handicap vocal (Voice Handicap Index [VHI]), une évaluation vocale subjective (échelle GRBAS non informatisée : Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain, cotés de 0 : normal à 3 : très altéré), puis objective à l'aide et du temps maximum phonatoire (TMP). Le TMP correspond à la mesure du temps maximal d'émission vocale sur un « a » tenu. Il était mesuré manuellement avec un chronomètre. L'évaluation vocale était réalisée par un des deux praticiens seniors du service avec une activité de phoniatry.

Les injections ont été réalisées avec de l'acide hyaluronique à forte réticulation afin d'obtenir une résorption lente (Restylane®), selon la technique décrite par Rosen [5] : en avant de l'apophyse vocale et à la jonction 2/3 antérieurs -1/3 postérieur de la corde vocale. Le produit était fourni par l'institution et n'était pas facturé au patient. Le volume de produit injecté variait selon les patients et l'espace glottique résiduel, il n'y avait pas de sur-correction. L'acide hyaluronique était injecté jusqu'à la récupération d'un galbe satisfaisant de la corde vocale traitée (Fig. 1). Pour les injections sous anesthésie générale en laryngoscopie directe, le patient était installé en décubitus dorsal, la tête légèrement défléchie. Une sonde d'oxygénation était positionnée par voie nasale en sus glottique afin que la visualisation de l'espace glottique ne soit pas gênée par la présence d'une sonde d'intubation. Une anesthésie locale de glotte était réalisée préalablement au geste avec de la xylocaïne 1 % en spray. La sortie était autorisée 6 heures au minimum après le geste en l'absence de complication, avec un traitement antalgique simple.

Dans certains cas de patients compliants, l'injection d'acide hyaluronique pouvait être réalisée sous anesthésie locale. Une anesthésie locale des fosses nasales était réalisée avec mèches imbibées de Xylocaïne naphazolinée®. Une fois les mèches retirées, l'opérateur repérait la zone de pénétration de l'aiguille, qui correspond à l'échancrure du cartilage thyroïdien. Il réalisait alors un badigeon de la zone d'injection, puis injectait 1 à 2 cc de Xylocaïne 1 % en regard de l'échancrure du cartilage thyroïde. L'aide réalisait une nasofibroscopie à l'aide d'un nasofibroscope équipé d'un canal opérateur afin d'aspirer les sécrétions et de réaliser une anesthésie

locale de glotte en injectant de la Xylocaïne 1 %. L'aide positionnait le nasofibroscope au-dessus du plan glottique et l'opérateur débutait alors le geste, sous contrôle vidéo endoscopique. À l'aide d'une aiguille 29 gauges placée en regard de l'échancrure du cartilage thyroïdien, on traversait la membrane thyro-hyoïdienne ainsi que le pied de l'épiglotte, avant de se diriger vers le pli vocal et d'injecter dans le même site que dans la technique classique. Le patient restait en surveillance 1 heure après le geste à la consultation et le retour à domicile était autorisé en l'absence de complication.

Les paramètres étudiés préopératoires étaient démographiques (âge, sexe, tabagisme actif ou sevré, étiologie et côté de la pathologie, rééducation orthophonique) et phoniatryques (TMP, VHI et GRBAS). Les paramètres peropératoires comprenaient le type d'anesthésie (générale ou locale), la quantité d'acide hyaluronique injectée en cc, et la survenue d'éventuelles complications. Les paramètres postopératoires étaient étudiés à 1 mois puis à plus de 6 mois après l'intervention. On mesurait le TMP et évaluait le VHI et le GRBAS. Une nasofibroscopie recherchait des signes de mobilité cordale, et évaluait la persistance d'une augmentation de volume de la corde vocale ou non. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du test des rangs signés de Wilcoxon pour deux échantillons appariés. On recherchait une différence significative des différents paramètres vocaux pré- et postopératoires à 1 mois et à plus de 6 mois. Une valeur de *p* inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

3. Résultats

3.1. Données préopératoires

Vingt-huit patients ont eu une injection laryngée d'acide hyaluronique pendant la période d'inclusion. Vingt des vingt-huit patients remplissaient les critères d'inclusion de l'étude. Un patient est décédé précocement d'une insuffisance cardiaque globale, deux mois après l'injection ; deux avaient eu une thyroplastie préalable, un présentait des troubles de déglutition majeurs et quatre autres ont été exclus par manque de données postopératoires. Tous les patients inclus avaient eu des séances d'orthophonie avant l'intervention. L'âge moyen était de 60,35 ans (min : 39 ; max : 85). Il y avait 5 femmes pour 15 hommes (sex-ratio : 1/3) (Tableau 1). L'indication opératoire était de paralysie récurrentielle unilatérale pour 14 patients (70 %) : il s'agissait d'une paralysie idiopathique pour 4 patients (20 %), d'une complication secondaire à une thyroïdectomie pour 6 patients (30 %), d'une complication d'une chirurgie thoracique pour 3 patients (15 %). Un patient (5 %) présentait une paralysie laryngée suite à un traumatisme crânien grave. Pour six patients (30 %), l'indication opératoire était un défaut d'affrontement des plis vocaux à mobilité normale : il

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713826>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713826>

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