

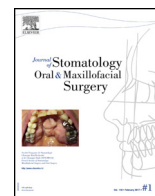


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Intérêt de l'échoguidage dans le traitement du bavage par injections de toxine botulique, notre expérience sur 10 ans



Interests of the ultrasound-guidance in the treatment of drooling through botulinum toxin injections, our experience over 10 years

M. Mailly^{a,*}, C. Rebours^a, P. Koskas^b, P. Klap^a, D. Ayache^a, M. Cohen^a

^aService d'ORL et de chirurgie de la face et du cou, Fondation Adolphe-de-Rothschild, 29, rue Manin, 75019 Paris, France

^bService d'imagerie médicale, Fondation Adolphe-de-Rothschild, 29, rue Manin, 75019 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 23 août 2016

Accepté le 5 décembre 2016

Disponible sur Internet le 3 février 2017

Mots clés :

Toxine botulique

Bavage

Glandes salivaires

Échographie

Keywords:

Botulinum toxin

Drooling

Salivary glands

Ultrasonography

RÉSUMÉ

Objectif. – Partager notre expérience de 10 ans dans le traitement du bavage par injections de toxine botulique guidées par échographie.

Matériel et méthodes. – Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients atteints de bavage et traités par injections de toxine botulique échoguidées dans les glandes salivaires principales entre 2004 et 2015. L'étiologie du bavage, les glandes et les doses de toxine injectées, la taille des glandes à l'échographie, l'efficacité du traitement et les effets secondaires ont été analysés.

Résultats. – Deux cent quatre-vingt-dix-huit séances d'injection ont été réalisées chez 61 patients. Exactement 70,5 % des patients ont ressenti une amélioration dès la première séance. La maladie de Parkinson était la cause principale du bavage (43 % des patients). Des effets secondaires ont été constatés chez 11 patients. Quarante-six pour cent des patients ont présenté une diminution du volume de leurs glandes au cours du traitement.

Discussion. – L'intérêt de l'échographie est de s'assurer du caractère intraglandulaire de l'injection, d'éviter une diffusion extraglandulaire de la toxine responsable de troubles de la déglutition et de permettre d'adapter les doses au volume des glandes qui peut varier au cours du traitement.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives: To report about our 10 years' experience about the treatment of drooling by ultrasound guided botulinum toxin injections.

Material and methods: Retrospective monocentric study including all the patients suffering from drooling and treated by ultrasound-guided botulinum toxin injections into the salivary glands between 2004 and 2015. The etiology of drooling, the doses of toxin, the injected glands, the size of the glands measured by ultrasonography, the effectiveness of the treatment and the side effects were assessed.

Results: Two hundred and ninety-two injections sessions were performed in 61 patients. Exactly 70.5 % of patients reported an improvement after the first session. Parkinson's disease was the main etiology of drooling (43 % of the patients). Eleven patients reported side effects. The salivary gland volume reduced after treatment in 46 % of the patients.

Discussion: The interest of ultrasound-guidance is to make sure about the intraglandular injection, to lower the risk for extraglandular diffusion of the toxin responsible for swallowing disorders and to allow for an adaptation of the doses to the volume of the salivary glands, which may vary during treatment.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mmailly@for.paris (M. Mailly).

1. Introduction

Le bavage est une perte non intentionnelle de salive par la bouche [1]. Il est dû à une accumulation de salive par les troubles de la déglutition, troubles favorisés par une inoclusion mandibulaire, labiale, ou des troubles posturaux. Il peut également être secondaire à une hypersialorrhée, plus souvent d'origine médicamenteuse. Il nécessite parfois le port permanent de protections et compromet sévèrement la qualité de vie du patient et de ses proches. Présent dans de nombreuses maladies neurologiques où les troubles de la déglutition sont souvent difficiles à corriger, le principal traitement consiste à diminuer la sécrétion de salive. Les médicaments anticholinergiques sont efficaces mais entraînent de nombreux effets secondaires. Les interventions chirurgicales (exérèse des glandes salivaires principales, ligature ou transposition de leurs canaux) sont plus radicales, invasives et d'efficacité incertaine donc difficiles à accepter pour les patients et leur entourage [2].

C'est Bushara, en 1997, qui a suggéré l'utilisation d'injections de toxine botulique dans les glandes parotides pour le traitement du bavage [3]. La toxine botulique agit au niveau présynaptique en bloquant la libération d'acétylcholine, entraînant au niveau glandulaire un assèchement des sécrétions. D'autres études ont ensuite démontré l'efficacité des injections de toxine botulique dans les glandes salivaires principales pour le traitement du bavage [4,5].

Selon les équipes, les injections se font « à l'aveugle », c'est-à-dire en utilisant les repères anatomiques, ou guidées par échographie. Le but de ce travail est de rapporter notre expérience sur 10 ans d'injections de toxine botulique dans les glandes salivaires principales et d'insister sur l'intérêt de les réaliser sous échographie.

2. Matériel et méthodes

Cette étude rétrospective a porté sur tous les patients traités dans notre service pour bavage par injections échoguidées de toxine botulique entre septembre 2004 et janvier 2015.

Les patients inclus ont bénéficié d'au moins une séance d'injection et d'une consultation de suivi pour évaluer ses effets. Ils étaient informés des effets secondaires possibles (hématomes au point d'injection, hématome du plancher buccal, diffusion de la toxine aux muscles adjacents pouvant provoquer des fausses routes, une paralysie faciale, une difficulté à fermer la mâchoire) et de la pratique hors autorisation de mise sur le marché de ces injections lors d'une consultation précédant la première séance. Lors de cette première consultation, un examen ORL avec nasofibroscopie de déglutition était réalisé, afin d'éliminer des fausses routes préexistantes. L'accord du tuteur était recueilli en cas de patient mineur ou sous tutelle.

Les injections ont été réalisées dans le service de radiologie dans le cadre d'une hospitalisation de jour, la toxine botulique étant un médicament à réserve hospitalière lorsque son usage n'est pas à visée esthétique. Les injections avaient lieu sans sédation, avec pose de patch de lidocaïne/prilocaine en regard des points d'injection 1 heure avant chez les patients pusillanimes et les enfants. Un radiologue expérimenté réalisait, dans un premier temps, une échographie des glandes salivaires pour évaluer leur échostructure et leur taille. L'épaisseur de la glande submandibulaire s'appréciait selon une coupe transversale (Fig. 1).

L'axe antéropostérieur de la glande mesure normalement entre 15 mm et 20 mm. En se basant sur l'expérience du radiologue, lorsque cet axe était inférieur ou égal à 10 mm, la glande était considérée comme hypotrophiée. En deçà de 8 mm, la glande était atrophiée. L'axe antéropostérieur de la glande parotide s'appréciait

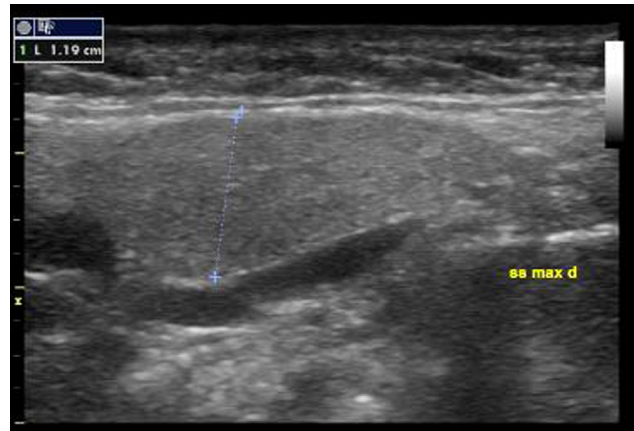


Fig. 1. Mesure de l'axe antéropostérieur de la glande submandibulaire droite.

sur une coupe passant par la région prétragienne. Il était normalement compris entre 20 et 25 mm. La glande était considérée comme atrophiée lorsque cette mesure était inférieure à 15 mm.

La toxine botulique de type A utilisée était de la Botox®/Allergan (dilution de 200 U/3 mL de sérum physiologique), Xeomin®/Merz Pharma (100 U/1,5 mL) ou de la Dysport®/Ipsen (500 U/2,5 mL). Les injections se faisaient avec des seringues de 1 mL et des aiguilles B/Braun Sterican®, Gr 30/23 0,40 × 25 mm BL/LB 27Gx1”.

Les injections étaient réalisées par l'ORL. Le point d'insertion cutanée de l'aiguille se situait au milieu de la sonde d'échographie, puis l'aiguille était enfoncée parallèlement à la sonde sous guidage échographique jusqu'au sein du parenchyme glandulaire (Fig. 2).

Une fois l'aiguille identifiée dans le parenchyme glandulaire, la toxine botulique était injectée avec visualisation sur l'écran d'un « lac » intraglandulaire dû à l'effusion de la toxine (Fig. 3a et b).

L'injection se faisait en 1 point dans les glandes submandibulaires et en 1 ou 2 points dans les parotides, selon leur volume. Lorsque les glandes étaient volumineuses, l'injection se faisait en remontant l'aiguille de la profondeur vers la surface de la glande afin de répartir la toxine dans davantage de parenchyme.

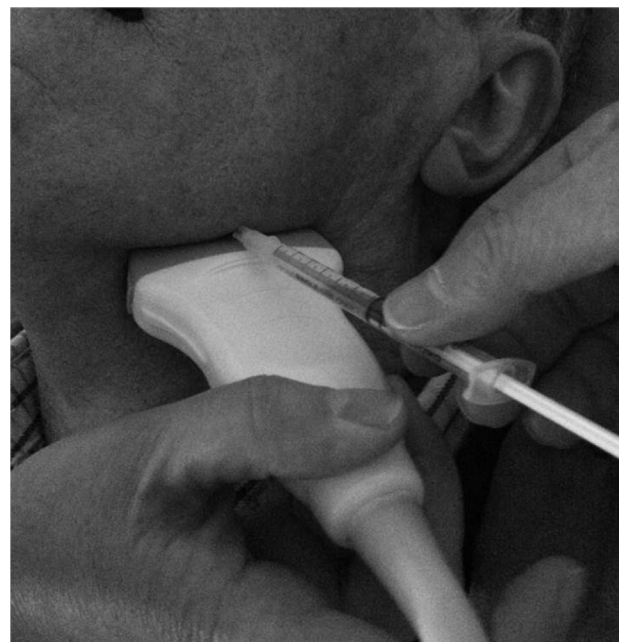


Fig. 2. Injection de toxine dans la glande submandibulaire gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8924985>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8924985>

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