



Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la dyspnée laryngée

Rasolondraibe AF, Andriamampionona GB, Andriatsizakaina HO,
Angelita ME, Randrianandraina MP.

Introduction

La dyspnée laryngée est une bradypnée inspiratoire en rapport avec le rétrécissement de filière laryngée intéressant une partie ou la totalité du larynx (1). Elle fait partie des urgences en Oto-Rhino-Laryngologie, engageant le pronostic vital surtout chez les enfants (2).

Pour les adultes, la dyspnée laryngée peut être révélatrice d'une pathologie cancéreuse localisée au niveau des voies aéro-digestives supérieures (1).

La prise en charge de cette affection est multidisciplinaire, faisant appel à des équipes médicales et chirurgicales (3). L'objectif de ce travail a été de rapporter les données épidémio-cliniques de la dyspnée laryngée et d'énumérer les gestes thérapeutiques adaptés.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapenaka Antananarivo Madagascar. Elle s'est étalée sur une période de 3 ans, allant du 1^{er} juillet 2018 au 31 décembre 2020. Ont été inclus dans cette recherche, tous les patients ayant une

dyspnée laryngée non iatrogène traitée soit en ambulatoire soit en hospitalisation. Les patients présentant une dyspnée post-opératoire ou une dyspnée non laryngée ont été écartés. Les variables étudiées étaient les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Résultats

Nous avons colligé 60 cas de dyspnée laryngée. Une prédominance du genre masculin était retrouvée avec une proportion de 58,33% des cas et un sexe-ratio de 1,4.

La tranche d'âge la plus concernée se situait entre 18 à 30 ans avec une moyenne de 41,34 ans (tableau I).

Tableau I : Répartition selon l'âge

Age (ans)	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
<18	10	16,66
[18-30[22	36,66
[30-40[06	10
[40-50[10	16,66
[50-60[07	11,66
>60	05	8,33

Un total de 83% des cas était venu directement en consultation suite à des inconforts respiratoires. La dyspnée

laryngée était accompagnée d'une dysphonie dans 75% des cas (tableau II).

Tableau II : Les signes associés

Signes associés	Effectifs (n)
Dysphonie	45
Dysphagie	08
Altération de l'état général	07

Parmi les antécédents rapporter, l'alcoolisme et le tabagisme ont été le plus mentionnés (tableau III).

Tableau III : Les antécédents toxiques

Antécédents	Effectifs (n)
Alcool-tabagique	20
Alcool	17
Tabac	19
Non toxique	04

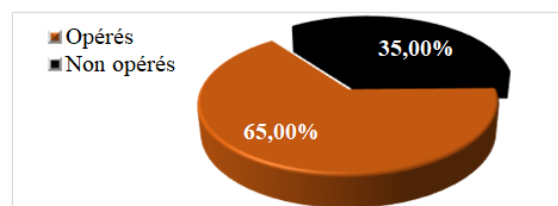
Les explorations endoscopiques (nasofibroscopie) au cours d'une dyspnée laryngée étaient en faveur d'une lésion suspecte de malignité (tableau IV).

Tableau IV : Les résultats endoscopiques

Résultats	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Lésions suspectes	25	41,67
Lésions non suspectes	02	3,33
Laryngite	05	8,33
Dyskinésie laryngée	10	16,67
Pas d'endoscopie	18	30

Dans les volets thérapeutiques, la prise en charge chirurgicale était privilégiée chez 65 % des cas (chirurgie trachéale confondue). Tandis que la corticothérapie était adoptée chez tous les patients dyspnéiques, pareillement aux autres mesures d'accompagnement à savoir l'oxygénothérapie, les antalgiques (figure 1).

Figure 1 : Décisions thérapeutiques



Une amélioration clinique de la dyspnée était constatée chez 93,33 % des cas malgré quelques décès répertoriés (3,33%).

Discussion

La dyspnée laryngée représentait 4,89 % de la totalité de consultation dans notre service Oto-Rhino-Laryngologie. Cette fréquence était évaluée à 10 % selon une étude parisienne menée par Timsit (4). Diverses études africaines ont rapporté une proportion variable de la dyspnée laryngée dont 16,15 % pour Lawson au Togo, 0,57 % pour Itiere au Congo et 0,69 % pour Chobli au Benin (5-7). La variabilité de cette fréquence était constatée sur l'inégalité de taille de l'échantillon considérée, sur la différence des paramètres étudiés ainsi que sur les planifications de prise en charge de chaque

centre hospitalier (aux urgences, dans le service ORL, en réanimation).

Une prédominance du genre masculin était constatée. Les résultats rapportés par divers auteurs ont confirmé cette prédominance avec un sexe-ratio respectivement de 1,38 au Bénin, 1,66 au Japon et 1,5 pour une étude réalisée par Hamza au Maroc (7-9). Cette proportion en faveur du genre masculin peut être en rapport avec l'exposition excessive de ce genre aux différents facteurs déterminants des pathologies malignes des voies aéro-digestives supérieures (tabac et alcool).

L'âge moyen de nos patients était de 41,34 ans. Une étude américaine

réalisée par Sethi a rapporté une moyenne d'âge de 44, 80 ans. Cet âge moyen était de 43,98 ans selon les auteurs espagnols (10, 11). Les moyennes d'âges répertoriées dans la littérature étaient légèrement supérieures à la nôtre. L'espérance de vie allongée dans les pays développés semble être responsable de cette inégalité de l'âge concerné.

La plupart de nos patients était venu directement en consultation suite à des inconforts respiratoire (auto-référent). Mais l'équipe de Hervé dans son étude au Strasbourg a mentionné une situation très différente avec prédominance des patients référés (12). A Madagascar, la plupart des patients n'ont pas de médecin familial. De ce fait, en cas d'installation des inconforts respiratoires, les sujets viennent directement en consultation dans un service de référence.

La dyspnée laryngée était accompagnée d'une dysphonie dans 75 % des cas et d'une dysphagie dans 13,33 % des cas. Une étude de Chobli a également enregistré une dysphonie accompagnant la dyspnée laryngée dans 88,42 % des cas (7). Une dyspnée laryngée est secondaire à une anomalie électivement localisée au niveau glottique alors que toute maladie intéressant cette partie anatomique interagit sur la fonction des cordes vocales d'où la dysphonie.

Dans la présente étude, les patients ayant présenté une dyspnée laryngée ont été souvent éthylo-tabagique. Une constatation similaire a été rapporté par Assadillah et Sturgis avec une proportion respectivement de 90% et 87 % des cas (13,14). Ce qui fait que le goudron dans le tabac et l'éthanol dans l'alcool participent à la formation des lésions suspectes

susceptible de causer une dyspnée laryngée, surtout chez les adultes (15,16).

Parmi notre population d'étude, 42 patients ont bénéficié d'un examen endoscopique à la nasofibroscopie. Une lésion suspecte de malignité laryngée a été dévoilée chez la plupart de nos patients. Une étude de Lacourrey a précisé la même version (17). Ce qui fait que, la néoformation localisée au niveau laryngée réduite considérablement sa lumière d'où la résistance à la circulation de flux d'air. La dyspnée laryngée était souvent en rapport avec ce mécanisme.

En ce qui concerne la prise en charge d'une dyspnée laryngée, nous avons plutôt adopté les moyens chirurgicaux à côté de la corticothérapie qui a été instaurer chez tous nos patients. L'équipe de Diop a également privilégié ce choix thérapeutique dans plus de la moitié de cas (55,38%) (18). Selon certains auteurs, les traitements d'une dyspnée laryngée était médico-chirurgical dans 61,9% (19). La dyspnée laryngée dans notre série était souvent des causes organiques de ce fait, la chirurgie de sauvetage respiratoire semble être une option thérapeutique de choix.

Après les gestes thérapeutiques en urgences, nous avons constaté une évolution satisfaisante dans 93,33 % des cas. Une étude réalisée par équipe de Donkeng à Douala a rapporté une amélioration de la difficulté respiratoire dans 93,2% après traitements (20). Une suite thérapeutique comparable était mentionnée par Ondzotto et Chobli avec une proportion respectivement de l'ordre de 94,3% et 92,55 % (7, 19). Même-ci la dyspnée laryngée est une urgence vitale, dans notre série, le geste de prise en charge d'urgence était toujours assuré par des équipes médicales qualifiées.

Conclusion

La dyspnée laryngée est une urgence engageant le pronostic vital en absence de prise en charge bien adaptée. Il s'agit d'une affection intéressant surtout les sujets du genre masculin éthylo-tabagique. Des lésions organiques suspectes de malignité sont

fréquemment dévoilées lors des explorations endoscopiques. Les moyens thérapeutiques sont dominés par des gestes chirurgicaux à côté des traitements médicaux adjuvants.

Références

1. Convert C. Diagnostic des dyspnées laryngées de l'adulte. Paris : Elsevier Masson; EMC ORL 2007. 620-43.
2. Lescanne E, Pondaven S, Bouetel V, Bakhos D, Lesage V, Morinière S. Dyspnée Laryngée chez l'enfant. EMC Oto-rhino-laryngologie 2004 ;187 : 187-198.
3. Sauvage J. Guide d'ORL Clinique et thérapeutique. Paris : Elsevier Masson ; 2016 : 50
4. Timsit C, Bouchene K, Olfatpour B, Herman P, Tran B, Huy P. Étude épidémiologique et clinique portant sur 20.563 patients accueillis à la grande garde d'urgences ORL adultes de Paris Ile-de-France. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.2001 ;118(4):215-24.
5. Lawson S, Yehouessi B, Lawson K, Atigossou D, Kpemissi K, Flatin M. Panorama des urgences ORL au CHU de Kara. Researchfr.2014 ;1(600):1-4.
6. Itiere O, Diallo A, Otouana B, Ngouoni C, Ondzotto G. Child laryngeal dyspnea in the University Teaching Hospitals of Brazzaville: epidemiology, diagnosis and management. HealthSciDis; 2018; 19(1):20-1.
7. Chobli M, Yehouessi V, Medji S, Zoumenou E. Dyspnée laryngo-trachéale de l'enfant au CNHU de Cotonou. RAMUR. 2012;17(1) :1-5.
8. Koichi S, Kazuaki C, Minoru T, Megumi K, Yoshihito Y, Nobuhiko F. Department of Otolaryngology & Head and Neck Surgery, Gunma University Graduate School of Medicine. Japan Auris Nasus Larynx.2008; 35:527-33.
9. Hamza Y. Dyspnée laryngée chez l'enfant à propos de 25 cas [Thèse]. Pédiatrie: Maroc;2016 : 57-78.
10. Sethi R, Kozin E, Remenschneider A, Lee D, Gray S, Shrimel M et al. Subspecialty emergency room as alternative model for otolaryngologic care: implications for emergency health care delivery. Am J Otolaryngol. 2014; 35(6):758-65.
11. Hijano R, Hernández A, Martínez-Arias A, Homs I. Epidemiological study of emergency services at a tertiary care center. Acta Otorhinolaryngol Esp. 2009;60(1):32-7
12. Hervé J, Wiorowski M, Schultz P, Chambres O, Lannoy L, Rakotobe H et al. Activité de l'interne d'ORL durant la garde au CHU de Strasbourg. Ann Otorhinolaryngol Chirurgie Cervico-faciale. 2004;121(1):33-40.
13. Assadillah Y. Etude bicentrique épidémiologique et thérapeutique des cancers des voies aérodigestives supérieures de 2014 à 2019 [thèse]. Médecine humaine: Madagascar; 2022. 152p.
14. Sturgis EM. Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence: an emerging epidemic of human papillomavirus-associated cancers ?.cancer ; 2007: 1429-35
15. Muto M, Hitomi Y, Ohtsu A, Ebihara S, Yoshida S, Esumi H. 2000. Association of aldehyde dehydrogenase 2 gene polymorphism with multiple oesophageal dysplasia in head and neck cancer patients. Gut 47 : 256-61
16. Yokoyama A, Kato H, Yokoyama T, Tsujinaka T, Muto M, et al. 2002. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases and glutathione S-

- transferase M1 and drinking, smoking, and diet in Japanese men with esophageal squamous cell carcinoma. *Carcinogenesis*. 2002;23(11):1851-9.
17. Laccourreye L, Grifon C, Monvial J, Dubin J. Conduite à tenir devant un corps étranger des voies aériennes supérieures. *Le Praticien en Anesthésie-Réanimation*. 2003 ;7(6) : 432-7
 18. Diop E, Tall A, Diouf R, Ndiaye I. Les corps étrangers laryngés: prise en charge chez l'enfant au Sénégal. *Archiv ped*.2000; 7(1) :10-15.
 19. Ondzotto G, Fouemina T, Lombet L, Akolbout D, Itiere F. Les urgences Oto-rhinolaryngologiques de l'enfant au centre hospitalier universitaire de Brazzaville à propos de 105 cas. *Rev Int Sc Méd*. 2009;11(1):48-53
 20. Donkeng M, Djomou F, Nzogang M, Njock R. Les urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala : aspects cliniques et thérapeutiques. *Health Sci Dis*. 2016;17(2):41.