

PLASTIE DE STÉNOSE GLOTTIQUE PAR INTERPOSITION DU STENT DE MONIER : À PROPOS D'UN CAS

GLOTTIC STENOSIS PLASTY BY INTERPOSITION OF MONIER STENT: A CASE REPORT

DO SANTOS ZOUNON A¹, VODOUHE BU¹, AMETONOU BC²,
GBAGUIDI-MEKIRE A¹, ADJIBABI W¹, LAWSON G³

1- Unité d'ORL-CCF Faculté des Sciences de la Santé Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

2- Service d'ORL-CCF, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin.

3- Service ORL-CCF, Centre Hospitalier Universitaire Mont-Godinne, Belgique



Correspondance: DO SANTOS ZOUNON Alexis

Praticien Hospitalo-Universitaire ORL-CCF, HIA-CHU-Cotonou, Bénin

Tél: 00229 97822748 E-mail: azdosantos@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Les sténoses laryngées sont fréquentes en pratique ORL. Leur prise en charge et surtout le maintien de l'ouverture glottique obtenu est parfois un défi. Nous rapportons un cas de sténose glottique iatrogène dont la prise en charge a été réalisée par interposition du Stent de Monier.

Observation : Il s'agissait d'une sténose glottique iatrogène suite à une résection pour microcarcinome glottique. La levée de synéchie a été faite au laser sous anesthésie générale par chirurgie endoscopique. La dissection a été strictement médiane au laser suivie de l'installation d'un stent de Monier pour empêcher l'affrontement des cordes vocales. Ce matériel siliconé est étalé sur la commissure antérieure et entreposé entre les cordes vocales sur le site de dissection de façon à éviter l'installation d'une nouvelle synéchie avec un fil de pexy le rattachant à la peau. Les suites opératoires ont été simples. Aucune récurrence de la synéchie n'a été objectivée depuis six années de suivi.

Conclusion : La prise en charge des sténoses glottiques reste avant tout chirurgicale endoscopique en fonction du niveau de la lésion. L'utilisation du Stent de Monier a permis la prévention d'une récurrence de sténose.

KEY WORDS : STÉNOSE ; LARYNX ; SYNÉCHIE GLOTTIQUE ; STENT DE MONIER.

ABSTRACT

Introduction: Laryngeal stenosis is frequent in ENT practice. Their management and especially the maintenance of the glottic opening obtained is sometimes a challenge. We report management of iatrogenic glottic stenosis by interposition of Monier Stent.

Case report: This was an iatrogenic glottic stenosis following resection for glottic microcarcinoma. Synechia removal was performed by laser under general anesthesia by endoscopic surgery. The dissection was strictly median by laser followed by the installation of a Monier stent to prevent confrontation of the vocal cords. This silicone material is spread over the anterior commissure and stored between the vocal cords at the dissection site so as to avoid the installation of a new synechia with a pexy thread attaching it to the skin. The postoperative follow-up was straightforward. No recurrence of synechia has been objectified for six years of follow-up.

Conclusion: The management of laryngeal stenosis remains above all endoscopic surgical depending on the level of the lesion. The use of the Monier Stent made it possible to prevent a recurrence of stenosis.

KEY WORDS: STENOSIS; LARYNX; GLOTTIC SYNECHIA; MONIER STENT.

INTRODUCTION

Les sténoses laryngo-trachéales se définissent par le rétrécissement du calibre de la filière du larynx et de la trachée. Les causes traumatiques sont les plus fréquentes en particulier les intubations endo-trachéales prolongées ^[1]. La cicatrisation post-opératoire en est aussi un grand pourvoyeur car elle entraîne une fibrose sous muqueuse et une rétraction des tissus avec perte de mobilité. Le traitement a pour objectif de rétablir une filière respiratoire tout en préservant les autres fonctions du larynx qui sont la protection des voies aériennes, la phonation et le maintien de la fermeture du plan glottique. Des essais de dilatations itératives voire une trachéotomie sont des approches thérapeutiques qui ont montré leurs limites ^[2]. Les progrès en bronchoscopie rigide et l'évolution du matériel prothétique en silicone permettent une nouvelle approche dans la prise en charge des sténoses laryngo-trachéales bénignes par la mise en place de prothèses en silicone souples dont le corps recouvre toute la sténose ^[2]. Les stents sont utilisés pour stabiliser la reconstruction laryngée au cours de la période de cicatrisation ^[3]. La présente étude rapporte la prise en charge d'un cas de sténose glottique par synéchie des cordes vocales par interposition chirurgicale du Stent de Monier.

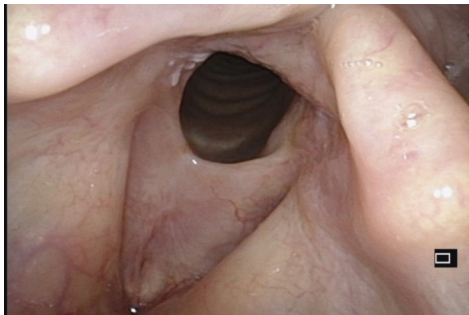


Figure 1 : Synéchie glottique objectivée à la nasofibroskopie

La levée de synéchie a été faite au laser sous anesthésie générale. La dissection a été

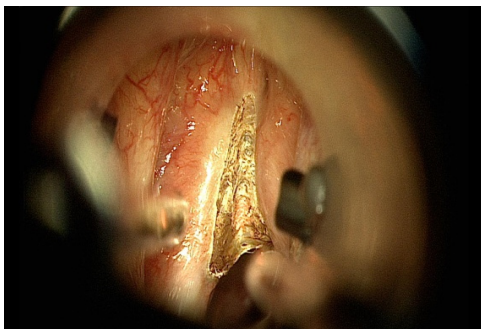


Figure 3 : Dissection au laser en per-opératoire

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans, Choriste à ses heures de loisir, suivi à l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou depuis 2014. Il avait présenté une dysphonie permanente à type de voix éteinte d'aggravation progressive. Secondairement ont été associées une dyspnée inspiratoire intermittente puis une dysphagie aux solides. Les antécédents rapportaient une notion d'asthme avec consommation occasionnelle d'alcool. Par contre aucune notion de tabagisme ni de reflux gastro-oesophagien n'a été relevée. Lors de sa consultation, une nasofibroskopie a mis en évidence une lésion d'allure leucoplasique du tiers postérieur de la corde vocale droite avec une hypomobilité de l'hémilarynx ipsilatéral. Il n'avait pas d'adénopathie cervicale. Le scanner du larynx n'était pas contributif. En 2016, il a bénéficié d'une cordectomie type I à gauche et de type III à droite. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un microcarcinome épidermoïde infiltrant avec des marges saines. Les suites opératoires ont été marquées par la formation d'une synéchie avec un accolement des cordes vocales (figures 1 et 2).



Figure 2 : Synéchie glottique objectivée en pré-opératoire

strictement médiane au laser (figure 3) suivie de l'installation d'un stent de Monier (figure 4).

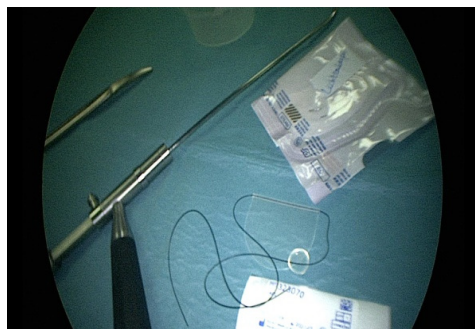


Figure 4 : Matériel en silicone

Ce matériel siliconé est étalé sur la commissure antérieure et entreposé entre les cordes vocales sur le site de dissection de façon à éviter l'installation



Figure 5 : Matériel en silicone entreposé entre les cordes vocales

Il a bénéficié d'un pansement à la peau, tous les deux jours, en post-opératoire, pendant deux semaines. Les suites opératoires ont été simples avec une exploration endoscopique normale chaque six mois pendant deux ans puis chaque année depuis six années (figure 7).



Figure 7 : Contrôle nasofibroscopique 6 ans post-opératoire confirmant l'absence de récidence

DISCUSSION

L'intérêt de cette observation réside dans la gravité que constituent les synéchies glottiques et leurs répercussions. Les intubations prolongées en sont un grand pourvoyeur du fait des lésions ischémiques induites par la pression du ballonnet [1]. Il s'en suit une ulcération muqueuse et mise à nu des cartilages par le biais des phénomènes inflammatoires et infectieux locaux. Les sténoses associent à des degrés divers, une fibrose cicatricielle rétractile de la muqueuse et une instabilité du support cartilagineux trachéal. Les sténoses des voies aériennes supérieures restent encore un problème pour l'ORL et leur prise en charge dépend de l'étendue [4]. Le traitement médical vient en première option et est basé sur la

d'une nouvelle synéchie (figure 5) avec un fil de pexie le rattachant à la peau (figure 6).

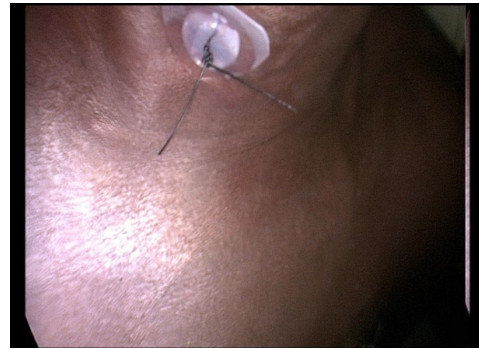


Figure 6 : Matériel en silicone rattaché à la peau

corticothérapie et l'antibiothérapie. Ce traitement vise à réduire l'inflammation et à stabiliser les lésions sténosantes. Le traitement anti-reflux gastro-œsophagien trouve aussi sa place dans l'arsenal thérapeutique médical. La Mitomycine C quant à elle, est reconnue pour ses propriétés anti-collagènes et anti-fibrine. Elle permet de diminuer la formation de sténoses cicatricielles. Elle peut être utilisée à une concentration de 0,4 à 0,5 mg/ml en applications locales de 2 à 5 minutes. Elle inhibe la prolifération et la synthèse du fibroblaste des protéines de matrice extracellulaires, et module ainsi la cicatrisation et les cicatrices des plaies. Son efficacité a été prouvée dans la prévention et le traitement des synéchies glottiques antérieures [5]. Le traitement endoscopique par dilatation des voies respiratoires, en dépit de l'amélioration à court terme, est souvent associé à la rechute à long terme [6].

Le traitement curatif des sténoses laryngo-trachéales reste avant tout chirurgical. La pose de Stent par voie endoscopique est l'une des thérapeutiques les plus utilisées. La prothèse peut être constituée de matériau résorbable ou non, de taille et de forme très diverse [7]. Le résultat fonctionnel est souvent un compromis entre la respiration et la phonation et l'amélioration de l'un peut réduire la qualité de l'autre. Toutefois ce risque est largement atténué quand il s'agit d'une équipe experte [8]. Le traitement chirurgical a un avantage concurrentiel en termes de rapidité et d'efficacité dans la levée de la sténose glottique. Il s'agit d'une chirurgie délicate nécessitant un nursing post-opératoire rigoureux. Elle a pour objectif de rétablir une filière respiratoire tout en préservant les fonctions du larynx qui sont la protection des voies aériennes, la phonation

et le maintien de la fermeture du plan glottique. Elle se fait par voie endoscopique^[1] en utilisant le laser qui a largement révolutionné la prise en charge des sténoses notamment grâce à sa précision, sa maniabilité, sa bonne hémostase ainsi que par l'absence d'œdème post opératoire. Cet outil est utilisable à tout moment lors de la prise en charge des sténoses stables et cet avant ou après la chirurgie. Différents types peuvent être utilisés : le laser CO₂, le laser YAG, le laser diode. Néanmoins le taux de récurrence est de 40-60% avec ce type de traitement, nécessitant jusqu'à 5 séances en l'espace de 12 mois. Dans notre étude, le patient n'avait pas bénéficié de trachéotomie avant le geste opératoire, et la sténose a persisté malgré 2 séances au laser CO₂. La mise en place du stent de Monier s'est révélée efficace contre la récurrence des synéchies sur un recul de plus de 2 ans. Cette technique vise une amélioration de la respiration tout en limitant autant que le problème phonatoire. Bourinet et al., recommandent l'utilisation des prothèses transcordales dans l'indication des sténoses laryngo-trachéales bénignes de façon complémentaire ou alternative à la chirurgie et ce dans un objectif palliatif voire curatif^[2].

Conflit d'intérêt : Aucun

CONCLUSION

Les sténoses laryngées sont fréquentes et d'étiologies diverses. Leur prise en charge reste avant tout chirurgicale, couplée aux techniques endoscopiques en fonction du niveau de la lésion. L'utilisation du laser a révolutionné la prise en charge mais des récurrences sont possibles. L'utilisation du Stent de Monier permet la prévention des récurrences de sténose en empêchant l'affrontement des berges.

RÉFÉRENCES

1. WRIGHT CD, LI S, GELLER AD, LANUTI M, GAISERT HA, MUNIAPPAN A, OTT HC, MATHISEN DJ. Postintubation tracheal stenosis : Management and results 1993 to 1997. *Ann Thorac Surg.* 2019 ; 108(5) : 1471-1477.
2. BOURINET V, THIAM K, GUINDE J, LAROUMAGNE S, DUTAU H, ASTOUL P. Sténoses laryngotrachéales bénignes de l'adulte : place des prothèses transcordales. ScienceDirect. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2019;36(1) :49-56.
3. WILCOX JD, NASSAR M. A Modified Laryngeal Stent for Glotto-Subglottic Stenosis: A Novel Stent for Better Outcomes. *Ear, Nose & Throat Journal* 2021, 100(5S) 399S-403S. doi: 10.1177/0145561319883074.
4. BORDERUD SP, LI Y, BURKHALTER JE, SHEFFER CE and OSTROFF JS. Electronic cigarette use among patients with cancer: Characteristics of electronic cigarette users and their smoking cessation outcomes. *Cancer.* 2015; 120(22): 3527-3535. doi:10.1002/cncr.28811.
5. DE MONES E, LAGARDE F, HANS S, MENARD M, LACCOURREYE O, BRASNU D. Mitomycine C : prévention et traitement des synéchies glottiques antérieures. *Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale.* 2004;121(4):229-34.
6. SMITH ME, ELSTAD M. Mitomycin C and the endoscopic treatment of laryngotracheal stenosis: Are two applications better than one? *The Laryngoscope.* 2009; 119(2):272-83
7. FOLCH E, KEYES C. Airway stents. *Ann Cardiothorac Surg.* 2018; 7(2): 273-283
8. INCANDELA F, MISSALE F, MORA F, MARCHI F, FIZ I, PIAZZA C, PERETTI G. Transoral management of adult benign laryngeal stenosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Jan; 278(1):149-158. doi: 10.1007/s00405-020-06210-5. *Epub* 2020 Jul 23. PMID: 32705360; PMCID: PMC7811501.