

KYSTE DE LA VALLÉCULE : À PROPOS DE 3 OBSERVATIONS.

CYST VALLECULA : ABOUT 3 COMMENTS.

DOUMBIA-SINGARE K*, TIMBO S K*, DIAKITE A A**, TROARE L*,
GUINDO B*, SOUMAORO S*, KEITA M*, AG MOHAMED A*.

* *Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali.*

** : *Service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré Bamako. Mali.*

Correspondance : Docteur DOUMBIA Kadidiatou SINGARE

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré Bamako. Mali.

E-mail : kadidia22000@yahoo.fr.

Tel : 00223 66730799.

RÉSUMÉ

Objectif : décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de 3 cas de kyste de la vallécule observés dans le service d'Otorhinolaryngologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Observations : Nous rapportons 3 cas de kystes de la vallécule chez deux nouveau-nés et un nourrisson. Dans tous les cas la lésion a été révélée par un stridor et une détresse respiratoire. La laryngoscopie directe a permis de faire le diagnostic et le traitement. La technique utilisée a été la marsupialisation dans 2 cas et la résection dans 1 cas sous anesthésie générale. Nous n'avons pas noté de récurrence après un recul de 3 mois et de 6 mois.

Conclusion : Les kystes de la vallécule sont graves chez les nouveaux nés et nourrissons car ils peuvent être responsables de détresse respiratoire qui est une urgence vitale nécessitant une prise en charge immédiate.

MOTS CLÉS : KYSTE DE LA VALLÉCULE, DÉTRESSE RESPIRATOIRE, ENDOSCOPIE, MARSUPIALISATION, RÉSECTION.

SUMMARY

Objective: to describe the clinical and therapeutic features of 3 cases of cyst vallecula observed in the Ear Nose and Throat of service Gabriel Toure of Bamako.

Observation: We report 3 cases of cyst vallecula in 2 newborns and one infant. In all cases the lesion was revealed by stridor and respiratory distress. Direct laryngoscopy allowed making the diagnosis and treatment. The technique used was marsupialization in 2 cases and resection in 1 case under general anesthesia. We did not note a recurrence after 3 months aback and 6 months.

Conclusion: The cyst vallecula are severe in newborns and infants because they can be respiratory distress officials which is life-threatening emergency necessitating an immediate care.

KEYS WORDS: CYST VALLECULA, RESPIRATORY DISTRESS, ENDOSCOPY, MARSUPIALIZATION, RESECTION.

INTRODUCTION

Le kyste de la vallécule est une lésion bénigne rare développée aux dépens des glandes muqueuses de la vallécule [1, 2]. Il est potentiellement dangereux et peut menacer le pronostic vital à cause du stridor et de la détresse respiratoire chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le diagnostic repose sur l'examen clinique, mais surtout sur l'endoscopie [3, 4]. Le traitement est chirurgical et l'urgence thérapeutique est fonction du degré de la détresse respiratoire [4, 5, 6].

Nous décrivons les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de 3 cas de kystes de la vallécule observés pendant une période de 4 ans dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

OBSERVATIONS

CAS 1

Il s'agit d'une fille âgée de 5 jours qui était adressée par le service de pédiatrie le 08-08-2009 pour stridor et détresse respiratoire évoluant depuis la naissance. Elle est née à terme par voie vaginale.

L'examen général n'a pas trouvé de déformation faciale.

L'examen ORL a trouvé une détresse respiratoire, un stridor marqué avec une dépression sus-claviculaire et intercostale.

La nasofibroskopie a trouvé une masse kystique de la base de langue. La laryngoscopie directe sous anesthésie générale et sans intubation a été réalisée en urgence. Elle a trouvé une masse de la base de langue et de la vallécule gauche obstruant le larynx. L'incision du kyste a permis d'évacuer un liquide mucoïde épais libérant les voies aériennes, puis l'enfant a été intubé secondairement en vue d'une marsupialisation du kyste. Les suites opératoires ont été marquées par une amélioration du stridor et de la détresse respiratoire autorisant la sortie à j4. Après un recul de 3 mois puis de 6 mois, le stridor avait disparu et la nasofibroskopie n'avait pas trouvée de récurrence.

CAS 2

Il s'agit d'un garçon âgé de 6 jours qui a été adressé par le service de pédiatrie le 05-12-2009 pour détresse respiratoire associée à un stridor évoluant depuis la naissance. Il est né à terme par voie vaginale.

L'examen général n'a pas trouvé de déformation faciale.

L'examen ORL a trouvé au niveau de la cavité buccale une masse kystique remontant dans l'oropharynx et l'obstruant en partie, une détresse respiratoire avec tirage intercostal et sus-claviculaire. La laryngoscopie directe sous anesthésie générale et sans intubation a été réalisée en urgence et a trouvé une masse au niveau de la vallécule gauche obstruant en partie l'oropharynx et l'hypopharynx. L'incision du kyste a été réalisée et a ramené une sécrétion mucoïde claire, puis le patient a été intubé en vue d'une marsupialisation du kyste.

Les suites opératoires ont été simples marquées par une amélioration de la détresse respiratoire et le patient est sorti à j5. Il n'y avait pas eu de récurrence après 3 mois et 6 de suivi.

CAS 3

Garçon âgé de 2 mois avait présent un stridor associé à une détresse respiratoire progressive et une difficulté à l'alimentation, évoluant depuis la naissance. Les parents ont consulté dans un centre de santé où l'enfant a été placé sous corticoïde et amoxicilline par voie orale. La persistance de la symptomatologie a motivé un avis ORL et l'enfant a été admis dans le service le 26-05-2014.

L'examen général a mis en évidence un amaigrissement (l'enfant pesait 5 kg), il n'y avait pas de malformation faciale.

L'examen ORL a trouvé un tirage modéré sus-claviculaire, la nasofibroskopie a trouvé une masse kystique de la vallécule gauche et qui remontait dans l'oropharynx.

Le scanner cervical a objectivé une masse arrondie bien limitée mesurant 2,5X2 cm de densité liquidienne développée au niveau de la vallécule gauche et obstruant l'oropharynx (figure 1 et 2).

La laryngoscopie directe a été réalisée le 28-05-2014 sous anesthésie générale et avec intubation naso-trachéale, a trouvé une masse kystique de la vallécule gauche qui remontait dans l'oropharynx et qui empiétait sur la face linguale de l'épiglotte. L'incision du kyste a permis d'évacuer un liquide mucoïde épais puis la poche a été réséquée.

Les suites opératoires ont été simples marquées par une amélioration de la détresse respiratoire et le patient est sorti à j5. Il n'y avait pas eu de récurrence après 3 mois et 6 mois de suivi.

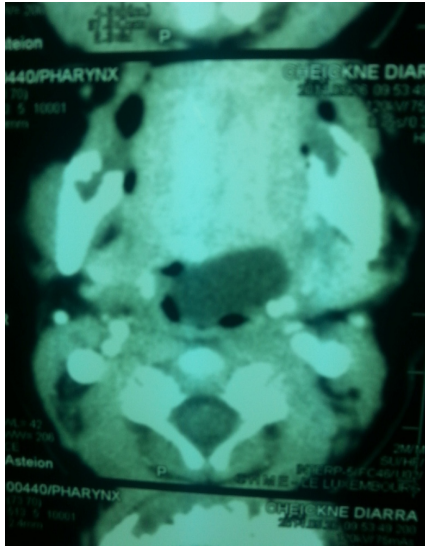


Figure 1 (cas 3) : Scanner en coupe axiale montrant une masse kystique comblant en partie l'oropharynx.

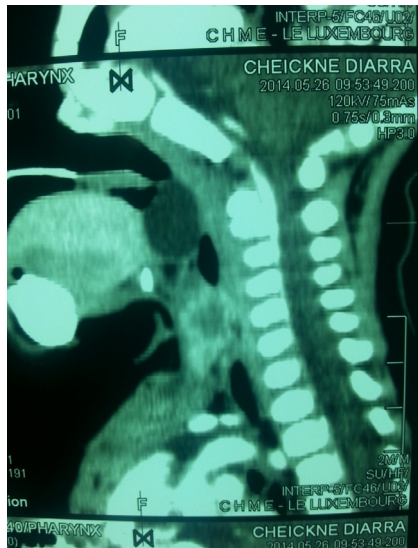


Figure 2 (cas 3) : Le scanner cervical en coupe sagittale montrant une masse arrondie bien limitée mesurant 2,5X2 cm de densité liquidienne développée au niveau de la vallécule gauche et obstruant l'oropharynx

COMMENTAIRES

Le kyste de la vallécule bien que rare est une pathologie potentiellement mortelle causant une obstruction soudaine des voies respiratoires [4].

Deux grandes théories expliquent la pathogénie du kyste de la vallécule qui est une conséquence de l'obstruction canalaire des glandes muqueuses ou une malformation embryologique. Histologiquement, le kyste contient un épithélium respiratoire avec des glandes muqueuses et un revêtement externe de l'épithélium malpighien [2,3,4,5].

Le kyste de la vallécule survient à tout âge mais ils sont moins fréquents chez les enfants que chez les adultes [2, 6]. Ainsi, Hariga et al [3] et Nathani et al [6] ont-ils rapporté des cas chez les adultes respectivement de 35 ans et 22 ans.

Les symptômes varient selon l'âge, la taille et l'extension des voies aériennes [6]. Les nourrissons avec le kyste de la vallécule présentent généralement les symptômes pendant les quelques semaines de la vie [4]. Tous les enfants de la présente étude ont présenté les symptômes depuis la naissance. Il s'agissait d'un stridor et d'une détresse respiratoire comme rapporté dans la littérature en raison de l'étroitesse des voies aériennes [3, 4]. Par contre, chez l'adulte, les symptômes sont moins dangereux et peuvent se manifester par une dysphagie et ou une dysphonie. Parfois, le kyste de la vallécule est asymptomatique et découvert lors d'un examen de routine du larynx, d'une intubation ou d'examen radiologique notamment le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) [7, 8].

La nasofibroskopie est l'examen de première intention [3, 9]. La laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, permet de poser la certitude diagnostique et de rechercher une laryngomalacie qui est communément associée au kyste de la vallécule [1, 2, 7].

L'imagerie tels que le scanner et l'IRM sont utiles dans le diagnostic de kystes de la vallécule surtout profonds, non reconnus à la fibroscopie laryngée. Ils permettent de préciser la nature, le siège et l'extension de la lésion [2, 3, 7]. Nous n'avons pas eu recours à ces examens chez deux patients compte tenu de l'importance de la détresse respiratoire. Le diagnostic anténatal par l'échographie à 25 semaines d'aménorrhée et l'IRM à 32 semaines d'aménorrhée avait été rapporté [10]. Il a l'avantage de planifier la prise en charge néonatale et de programmer le traitement chirurgical adéquat.

Le traitement du kyste de la vallécule est chirurgical et l'approche par voie endoscopique, à l'aide d'un laryngoscope, est largement utilisée [2, 3, 7]. Lors du traitement endoscopique, plusieurs gestes peuvent être effectués notamment l'aspiration, la marsupialisation et l'excision du kyste [3, 6, 7, 11]. Chez 2 patients nous avons réalisé, dans le même temps opératoire, une aspiration du kyste devant les difficultés d'intubation et l'importance de la détresse respiratoire puis une marsupialisation. Cette attitude thérapeutique est recommandée par plusieurs auteurs [3, 6, 11].

Elle a l'avantage de libérer les voies aériennes, de faciliter l'intubation endotrachéale, de permettre une bonne exposition du pharynx et du larynx.

Nous n'avons pas noté de récurrence dans tous les cas quelque soit la technique utilisée. Le taux de récurrence, négligeable, après la marsupialisation a été rapporté dans la littérature [4, 6].

L'approche cervicale est indiquée en cas de kyste de la vallécule récidivant. Cette technique est agressive avec un risque de pharyngostome et de cicatrice cervicale [3, 7].

CONCLUSION

Les kystes de la vallécule sont graves chez les nouveaux nés et nourrissons car ils peuvent être responsables de détresse respiratoire qui est une urgence vitale nécessitant une prise en charge immédiate. La laryngoscopie directe, en suspension sous anesthésie générale, est la méthode de choix pour le diagnostic et le traitement.

RÉFÉRENCES

- 1-AZIZ AB, ABDOULLAH A F, AHMAD R A. Two case et congenital vallecular cyst: A reminder of a potentially fatal cause of upper airway obstruction in infants. *Malayzian J Med Sci.* 2010; 17 (3): 68-73.
- 2-PARELKAR S V, PATEL J L, SANGHVI B V et al. An unusual presentation of vallecular cyst with near respiratory distress and management using conventional laparoscopic instruments. *J Surg Tech Case Rep.* 2012; 4 (2): 118-120.
- 3-HARIGA I, MARDASSI A, ZRIBI S et al. Le kyste de la vallécule : à propos de deux observations. *J.Tun ORL.* 2008 ; 20 : 45-48.
- 4-RAFTOPULOS M, SOMA M, LOWINGER D, EISMAN P. Vallecular cysts: a differential diagnosis to consider for neonatal stridor and failure to thrive. *J R Soc Med Sh Rep.* 2013;4: 29.
- 5-DE A, DON DM, MAGEE W et al. Vallecular cyst as a cause of obstructive sleep apnea in an infant. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2013; 9 (8): 825-826.
- 6 -NATHANI N, VERMA PC, SHARMA M P. Cyst vallecula unusual presentation. *Indian Journal of Otolaryngology and head and neck surgery.* 2006; 58 (4): 410.
- 7-CHEN E Y, LIM J, BOSS E F et al. transoral approach for direct and complete excision of vallecular cyst in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011; 75 (9): 1147-1151.
- 8-LAKHKAR B N, RAJAKOPAL K, SHETTY L. Vallecular cyst. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery.* 2003; 55 (2): 130-131.
- 9- JAHAGIRDAR S M, KHARTIKEYAN P, RAVISHANKAR M. Acute airway obstruction, an unusual presentation vallecular cyst. *Indian J Anaesth.* 2011; 55 (5): 524-527.
- 10-CUILLIER F, TESTUD R, SAMPERIZ S, FOSSATI P. Découverte anténatale à 25 semaines d'aménorrhée et prise en charge néonatale d'un kyste de la vallécule. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2002 ; 119 (5) : 293-295.
- 11-VIJAYANAND H, MUDHOL R S, PATHIL PH, MAHESWARAN M. Innonative surgical management of large vallecular cyst. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 61: 147-149.