

■ Le dossier – ORL pédiatrique

Laryngomalacie : qui et quand opérer ?

RÉSUMÉ : Le stridor du nourrisson est le plus souvent lié à une laryngomalacie simple, principale pathologie laryngée du jeune enfant. Le diagnostic repose sur une fibroscopie pharyngo-laryngée dynamique montrant un collapsus inspiratoire des structures supraglottiques. La majorité des cas évolue favorablement sans traitement spécifique. Toutefois, en cas de signes de gravité (retard de croissance, dyspnée permanente) ou de présentation atypique, une endoscopie laryngotrachéale est indiquée. Environ 10 % des patients nécessitent une supraglottoplastie endoscopique.



B. THIERRY

Service d'ORL pédiatrique
Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades,
PARIS.

Le stridor représente un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Ce bruit respiratoire anormal, persistant, suscite une inquiétude légitime de la part des parents, particulièrement en raison de la crainte d'une détresse respiratoire aiguë, souvent majorée par la présence de signes cliniques associés.

La laryngomalacie simple, caractérisée par un collapsus dynamique des structures supraglottiques du larynx (situées au-dessus des cordes vocales) lors de l'inspiration, constitue l'étiologie la plus courante de stridor chez le nourrisson, représentant 80 à 90 % des cas [1]. Toutefois, d'autres causes doivent être envisagées, en particulier en présence de signes de mauvaise tolérance respiratoire ou de manifestations atypiques, imposant une évaluation diagnostique approfondie et une prise en charge spécifique.

L'interrogatoire ciblé, associé à l'examen clinique détaillé, permet de distinguer trois principaux tableaux cliniques :

- le stridor simple ;
- le stridor associé à un retentissement général ;
- le stridor associé à des signes atypiques.

■ Présentation clinique

1. Stridor simple

Le stridor constitue le principal signe clinique évocateur de la laryngomalacie. Il peut se manifester dès la période néonatale ou apparaître de manière plus tardive. Classiquement, l'apparition survient dans les 10 premiers jours de vie. Ce bruit respiratoire se caractérise par une tonalité aiguë, un caractère vibrant et une composante multiphasique. Son intensité est fréquemment majorée lors des pleurs, de l'agitation ou au cours de la prise alimentaire. Le stridor est généralement intermittent à l'état d'éveil et présente une variabilité nocturne, avec des fluctuations de son intensité selon les patients.

Il peut s'accompagner d'un tirage sus-sternal, défini par une dépression visible à la base du cou, dont l'importance est variable. Toutefois, ni la présence d'un tirage sus-sternal, ni la profondeur de cette dépression ne sont des indicateurs fiables de la sévérité de la laryngomalacie.

L'évolution naturelle du stridor liée à la laryngomalacie suit généralement une aggravation progressive au cours des premiers mois de vie, atteignant un pic

Le dossier – ORL pédiatrique

de sévérité vers le 4^e mois. Par la suite, une phase de stabilisation précède une régression progressive des symptômes, habituellement après l'âge de 1 an. Néanmoins, dans certaines situations, le stridor peut persister au-delà de cette période et se prolonger pendant plusieurs années.

2. Stridor avec signes de gravité

● Retard de croissance pondérale

La courbe pondérale constitue le paramètre le plus fiable pour évaluer le retentissement clinique d'une laryngomalacie. Dans les formes sévères, l'augmentation significative du travail respiratoire induit une dépense énergétique accrue, mobilisant une grande partie des apports nutritionnels pour maintenir la ventilation. L'alimentation devient alors laborieuse : les tétées ou la prise des biberons s'allongent, pouvant durer jusqu'à 1 heure par prise, souvent sans que l'enfant ne termine la ration proposée. Cette situation conduit fréquemment à une stagnation pondérale, voire à une perte de poids progressive.

● Dyspnée permanente

Dans les formes sévères de laryngomalacie, le collapsus inspiratoire des structures supraglottiques est systématique à chaque cycle respiratoire, créant un obstacle mécanique sus-glottique quasi-permanent. Ce mécanisme entraîne une bradypnée inspiratoire, associée à une majoration des signes de lutte respiratoire, comprenant un tirage sus-sternal, mais également un tirage intercostal et sous-xiphoïdien. La décompensation de cet état ventilatoire précaire peut se traduire par des épisodes de cyanose, voire par des malaises hypoxémiques transitoires.

3. Stridor avec signes atypiques

● Fausses routes

En dehors des formes syndromiques complexes de laryngomalacie, cette der-

nière n'est généralement pas responsable de troubles de la déglutition avec fausses routes. L'apparition de ces symptômes doit conduire à la recherche d'une autre étiologie, telle qu'un diastème laryngé ou un trouble de la mobilité laryngée.

● Apparition retardée

L'apparition d'un stridor au-delà de l'âge de 1 mois ne correspond pas à la présentation typique d'une laryngomalacie simple. Des étiologies alternatives doivent être envisagées, telles qu'une réduction progressive du calibre de la lumière trachéale secondaire à un angiome sous-glottique, ou à un kyste sous-glottique, notamment dans les suites d'une intubation prolongée chez l'enfant prématuré.

● Stridor rauque

Un stridor présentant une raucité marquée, sans caractère multiphasique, n'est pas évocateur d'une laryngomalacie isolée. Ce type de présentation clinique nécessite l'exclusion d'autres anomalies laryngées ou trachéales.

● Laryngomalacie syndromique

La laryngomalacie peut s'inscrire dans le cadre d'un syndrome polymalformatif complexe. Le stridor devient alors l'un des éléments d'une symptomatologie plus globale, associant fréquemment des troubles de la déglutition, des apnées d'origine périphérique ou centrale, et d'autres signes de dysfonctionnement neurologique ou anatomique.

Que faire en cas de stridor simple, isolé, sans signe de gravité ?

Par argument de fréquence, il s'agit probablement d'une laryngomalacie. Toutefois, le diagnostic "à l'oreille" est insuffisant. La fibroscopie pharyngo-laryngée dynamique doit être systématique et sera réalisée en consultation

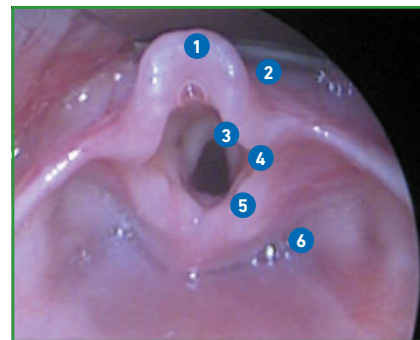


Fig. 1 : Larynx normal, (1) épiglottide; (2) vallécule droite; (3) pli vocal droit; (4) repli ary-épiglottique droit; (5) aryténoïde droit; (6) sinus piriforme droit.

d'ORL, sans urgence [2]. L'examen est effectué sur un enfant réveillé, à jeun depuis plus de 3 heures. La constatation d'un collapsus inspiratoire des structures supraglottiques associé à un stridor, et en l'absence de signe de gravité, permet d'affirmer le diagnostic de laryngomalacie simple (*fig. 1*)

Quels traitement et modalités de surveillance pour une laryngomalacie simple ?

Le meilleur traitement est l'attente : la croissance "rigidifie" le larynx. Le suivi est assuré par le pédiatre. Une nouvelle consultation ORL n'est nécessaire qu'en cas d'apparition de signe de gravité. Concernant le reflux gastro-œsophagien, il n'y a pas de consensus sur le traitement médical. En l'absence de preuve formelle, l'introduction d'un IPP n'est pas recommandée. Des mesures hygiéno-diététiques sont préconisées : proclive, épaississement du lait, fractionnement des repas, éviter les couches trop serrées.

Que faire en cas de stridor avec signes de gravité ou signes atypiques ?

Une fibroscopie laryngée est réalisée en consultation, sauf en cas de dyspnée majeure. Une endoscopie laryngo-trachéale sous anesthésie générale per-

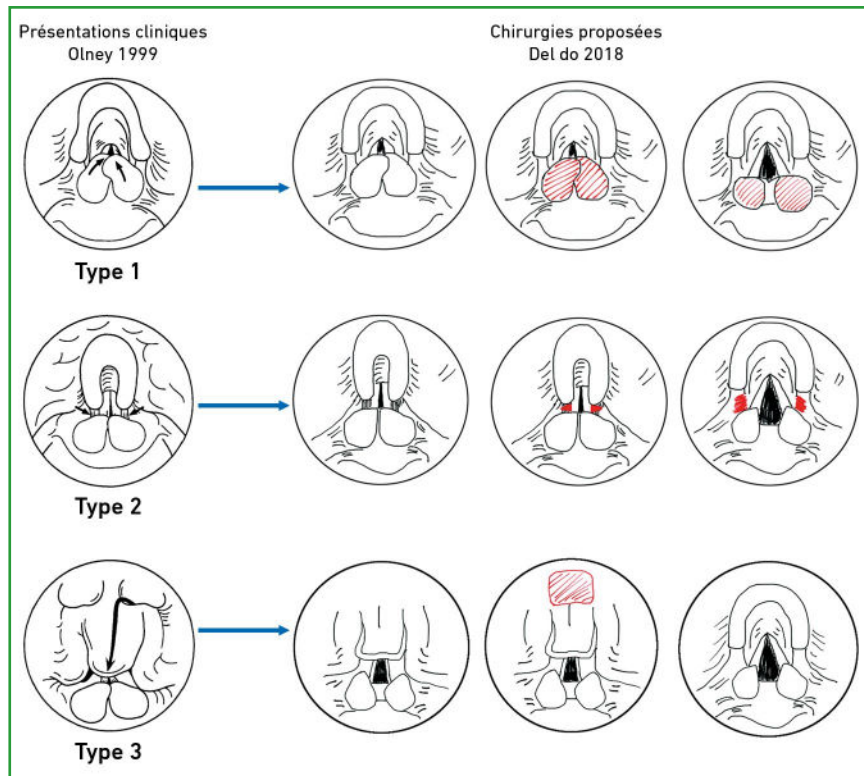


Fig. 2 : Supraglottoplastie, proposition de standardisation d'après Del Do (2018), en fonction de l'obstacle.

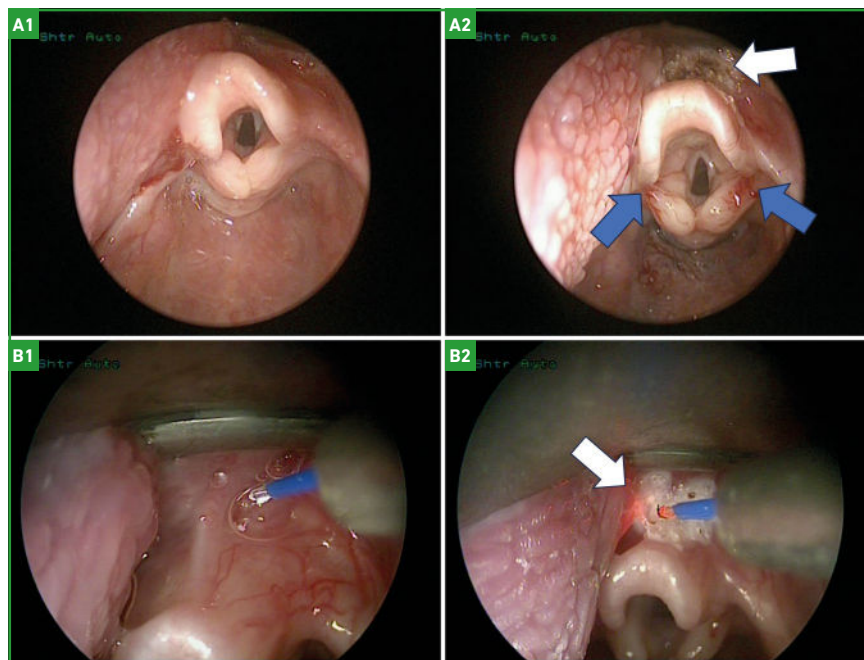


Fig. 3 : Images avant/après traitement endoscopique. A1 : vue supérieure du larynx ; A2 : après section des replis ary-épiglottiques (repérée par une **flèche bleue**) et épiglottoplastie LASER (repérée par une **flèche blanche**) ; B1 : vue supérieure des vallécules gauche et droite ; B2 : après épiglottoplastie LASER (repérée par une **flèche blanche**).

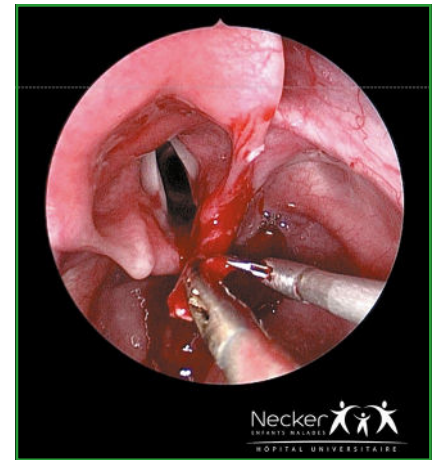


Fig. 4 : Réalisation d'une exérèse de muqueuse sus-aryténoidienne.

met d'explorer les voies respiratoires. En cas de laryngomalacie sévère isolée, le traitement chirurgical est la supraglottoplastie, réalisée lors d'une endoscopie des voies aériennes sous anesthésie générale au bloc opératoire. Plusieurs techniques chirurgicales peuvent être utilisées en association, ou non, en fonction de la localisation de l'obstacle le plus important (**fig. 2, 3 et 4**) [3, 4]. Ce geste est réalisé dans des structures pédiatriques spécialisées. En cas de persistance de la dyspnée malgré le traitement endoscopique, une ventilation non invasive peut être mise en place. La trachéotomie est réservée aux formes syndromiques [5].

Conclusion

Le stridor du nourrisson est le plus fréquemment secondaire à une laryngomalacie simple, représentant 80 à 90 % des cas. Cette pathologie constitue la principale affection laryngée observée au cours de la première année de vie. Le diagnostic de certitude repose sur la réalisation d'une fibroscopie pharyngolaryngée dynamique, permettant de visualiser le collapsus inspiratoire des structures supraglottiques. L'évolution est spontanément favorable dans la majorité des cas, sans nécessité d'intervention spécifique. Toutefois, environ 10 % des patients présentent soit une

■ Le dossier – ORL pédiatrique

forme sévère, soit une forme atypique justifiant une prise en charge chirurgicale endoscopique diagnostique et/ou thérapeutique par supraglottoplastie.

BIBLIOGRAPHIE

1. DENOYELLE F, FROELICH P, COULOIGNER V *et al.* *Le Larynx de l'Enfant*. SFORL, 2011.
2. CARTER J, RAHBAR R, BRIGGER M *et al.* International Pediatric ORL Group (IPOG) laryngomalacia consensus recommendations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2016;86:256-261.
3. DEL DO M, SONG SA, NESBITT NB *et al.* Supraglottoplasty surgery types 1–3: A practical classification system for laryngomalacia surgery. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2018;111:69-74.
4. OLNEY DR, GREINWALD JH, SMITH RJH *et al.* Laryngomalacia and its treatment. *Laryngoscope*, 1999;109:1770-1775.
5. AYARI S, AUBERTIN G, GIRSCHIG H *et al.* Management of laryngomalacia. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2013;130:15-21.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.