

LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.

C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Nancy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong
Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

Nouveauté dans le traitement des angiomes sous-glottiques : effet spectaculaire du propranolol.

Bien que les angiomes soient les tumeurs cervico-faciales les plus fréquentes, la localisation sous-glottique reste rare, représentant 1,5 % des lésions congénitales du larynx. Les angiomes sous-glottiques sont cependant marqués par une morbidité et une mortalité importantes liées à leur localisation mais aussi à leur traitement. De par leur rareté, de multiples modalités thérapeutiques ont été proposées sans qu'un consensus ou que des recommandations ne puissent être validés.

L'obstruction rapide de la voie respiratoire lors de la phase de prolifération, avec une phase de croissance jusqu'à 8 à 12 mois ne permet généralement pas d'attendre l'involution naturelle survenant généralement à partir de 18 mois. La prise en charge des angiomes sous-glottiques obstructifs représente donc une urgence qui vise à stabiliser au plus vite l'état respiratoire.

La majorité des auteurs s'accorde sur l'utilisation première de la corticothérapie générale à forte dose. Ce traitement, bien que généralement efficace en première intention, est marqué par l'apparition fréquente d'une corticodépendance nécessitant une prolongation du traitement avec des durées rapportées dans la littérature entre 3 semaines et 17 mois, ou une élévation des doses pouvant atteindre 5mg/kg/j de prednisolone. Ce type de corticothérapie s'accompagne de complications fréquentes, telles qu'irritabilité et troubles du sommeil dans plus de 70 % des cas, HTA dans près de 50 % des cas, syndrome Cushingoïde, retard de croissance, hirsutisme, cardiomyopathie hypertrophique, retard de cicatrisation, immunodépression. Il n'est par ailleurs pas rare que l'évolution se fasse vers la corticorésistance. Dans ce cas, le recours aux autres thérapeutiques doit être envisagé. Ces thérapeutiques restent marquées par des effets secondaires importants. Les traitements médicamenteux par interféron en injection sous-cutanée ou par vincristine administrée par voie intraveineuse sont donnés au long cours avec des durées de plusieurs mois et des effets secondaires significatifs (troubles digestifs, hématologiques et neurologiques). Dans ces conditions, le traitement chirurgical apparaît donc comme l'alternative thérapeutique de choix des formes sévères.

Le traitement chirurgical par voie endoscopique, principalement basé sur la vaporisation laser et/ ou l'injection intralésionnelle de corticoïdes retards, nécessite des hospitalisations prolongées avec recours

fréquent à l'intubation postopératoire. Dans les formes étendues, une exérèse par voie externe basée sur un abord translaryngé, plus ou moins complétée d'une laryngoplastie, peut être proposée avec d'excellents résultats. Le traitement chirurgical reste cependant marqué par un risque de récurrences, de sténoses séquellaires et de troubles de croissance laryngée.

L'action des bêtabloquants sur les angiomes infantiles a été découverte fortuitement et son mode d'action reste mal connu. C. Léauté-Labreze *et al* confirmaient l'efficacité du propranolol dans le traitement des hémangiomes infantiles à localisation cutanée en 2008. Son utilisation dans le traitement des angiomes sous-glottiques était rapportée en 2009 par F. Denoyelle *et al* ainsi que Chris G. Jephson *et al* avec des résultats spectaculaires sur des formes obstructives. Les principaux effets secondaires incluent bradycardie, hypotension, hypoglycémie, troubles du sommeil, insuffisance cardiaque et bronchospasme.

La mise en route du traitement doit donc être envisagée en milieu hospitalier avec une surveillance électrocardiographique et glycémique de 48 h. Le propranolol est donné à la dose initiale de 1mg/kg/j répartie en 3 prises, la dose pouvant être augmentée à 2 voir 3 mg/kg/j selon l'efficacité et la tolérance³ (Siegfried *et al*). Des études sont actuellement en cours afin de préciser la dose et la durée optimales de traitement et permettront éventuellement d'observer des résistances ou un échappement thérapeutique.

Conclusion : bien que des études soient encore nécessaires pour valider cette indication, l'efficacité et la bonne tolérance du propranolol devraient rapidement le placer en première ligne pour le traitement des angiomes sous-glottiques.

Dr Pierre FAYOUX, CHRU Lille, 15 janvier 2010

1. Léauté-Labreze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T *et al*. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med*. 2008 Jun 12;358(24):2649-51

2. Denoyelle F, Le Boulanger N, Enjolras O *et al*. Role of Propranolol in the therapeutic strategy of infantile laryngotracheal hemangioma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009 Aug;73(8):1168-72.

3. Siegfried EC, Keenan WJ, Al-Jureidini S. More on propranolol for hemangiomas of infancy. *N Engl J Med*. 2008 Dec 25;359(26):2846.

Consultez tous les articles parus dans le Journal Faxé d'ORL sur le site [www .regifax.fr](http://www.regifax.fr) (recherche multicritères)



VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée. Composition et forme : Boîte de 60 cp pelliculés à libération modifiée de dichlorhydrate de trimétazidine dosés à 35 mg. Indications thérapeutiques : • En cardiologie : traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine, • En ORL : traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes, • En ophtalmologie : traitement d'appoint des baisses d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Propriétés : Propriétés pharmacodynamiques : AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTIANGINEUSE. La trimétazidine, en préservant le métabolisme énergétique de la cellule exposée à l'hypoxie ou à l'ischémie, empêche l'abaissement du taux intracellulaire de l'ATP. Elle assure ainsi le fonctionnement des pompes ioniques et des flux transmembranaires Na⁺-K⁺ et maintient l'homéostasie cellulaire. Les

études contrôlées, chez l'angoreux, ont montré que la trimétazidine : • augmente la réserve coronaire (le délai d'apparition des troubles ischémiques liés à l'effort), dès le 15^e j du traitement, • limite les à-coups tensionnels liés à l'effort, sans entraîner de variations significatives de la fréquence cardiaque, • diminue significativement la fréquence des crises angineuses, • entraîne une diminution significative de la consommation de trinitrine. Dans une étude réalisée sur 2 mois, chez des patients recevant 50 mg d'aténolol, l'ajout de 1 cp à libération modifiée de trimétazidine 35 mg entraîne, par rapport au placebo, un allongement significatif du délai d'apparition d'un sous-décalage de 1 mm du segment ST à l'épreuve d'effort 12 h après la prise. Propriétés pharmacocinétiques : • Sur 24 h, la concentration plasmatique se maintient à des concentrations ≥ 75 % de la C_{max} pendant 11 h. Contre-indications : Hypersensibilité à l'un des constituants du produit. Grossesse et allaitement : Éviter de prescrire pendant la grossesse – allaitement déconseillé. Mises en garde et précautions particulières d'emploi : Généralement déconseillé pendant l'allaitement (cf. Grossesse et allaitement). Ce médicament n'est pas un traitement curatif de la crise d'angor, il n'est pas non plus indiqué comme traitement initial de l'angor instable, ou de l'infarctus du myocarde, ni dans la phase préhospitalière, ni pendant les premiers jours d'hospitalisation. En cas de survenue d'une crise d'angor, une réévaluation de la coronaropathie s'impose, et une adaptation du traitement doit être discutée (traitement médicamenteux et éventuellement revascularisation). Effets indésirables : Rares troubles gastro-intestinaux (nausées et vomissements). Très rares symptômes parkinsoniens, réversibles à l'arrêt du traitement. Posologie et mode



1 comprimé matin et soir
1 boîte par mois de traitement

10VA7191F106.09

d'administration : 1 cp matin et soir au moment du repas. CTJ : 0,37 €. Arrêt du traitement si absence de réponse à trois mois. AMM 357 245-8 (60 cp) ; 357 247-0 (100 cp : modèle hospitalier) (août 2001). Coll. Prix : 11,04 €. Remb. Séc. soc. : 35 % dans le traitement prophylactique de la crise d'angine de poitrine et dans le traitement symptomatique d'appoint des vertiges et des acouphènes, non remboursé dans le traitement d'appoint des baisses d'acuité et des troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Information médicale : Biopharma – 35, rue de Verdun – 92284 Suresnes Cedex – Tél. 01 55 72 60 00 – Les Laboratoires Servier – 22, rue Garnier – 92200 Neuilly-sur-Seine. Information plus complète : cf. RCP sur www.afssaps.fr