

Laryngocèle : un mode de révélation inhabituel**Laryngocele: An unusual presentation*

Un homme de 65 ans, tabagique chronique, non alcoolique, ouvrier du bâtiment, ayant présenté une dysphonie d'installation et d'aggravation progressive trois mois avant son admission dans un tableau de dyspnée laryngée asphyxiante d'installation brutale, pour laquelle il a été trachéotomisé. L'examen trouvait un patient en bon état général, larynx mobile avec présence d'une tuméfaction sub-mandibulaire ferme indolore. La nasofibroscopie a objectivé un processus comblant le vestibule laryngé avec une muqueuse d'aspect normal. Une tomодensitométrie a mis en évidence un processus de densité tissulaire occupant l'étage sus-glottique et glottique avec un niveau hydroaérique, étendu à la loge HTE. L'étage sous-glottique était libre (Fig. 1). La laryngoscopie directe a montré un bombement de la bande ventriculaire obstruant presque totalement la lumière laryngée avec une muqueuse d'aspect normal, en faveur d'une laryngocèle. Le patient a bénéficié d'une exérèse par voie externe (Fig. 2) avec des suites simples.

L'anatomopathologie a confirmé la laryngocèle et a écarté la malignité. L'évolution était favorable sans récurrence avec un recul de deux ans.

La laryngocèle est une entité rare [1]. Il s'agit d'une dilatation anormale du saccule, qui communique avec la lumière laryngée. Elle prédomine chez l'homme à la 6^e décennie [2]. Son étiopathogénie reste mal élucidée. Plusieurs théories ont été proposées. Certains facteurs congénitaux ou acquis semblent être impliqués [2]. En fonction de leur développement, trois formes ont été décrites : interne, externe et mixte. Cette dernière étant la plus fréquente [1]. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les abcès cervicaux, lymphadenopathies, les kystes sacculaires, branchiaux et ceux du tractus thyroïdienne. La plupart des laryngocèles sont asymptomatiques. Lorsqu'elles sont symptomatiques, les signes varient en fonction du type [3]. Dans sa forme externe, l'aspect est celui d'une masse dans le triangle antérolatéral supérieur du cou, en sous-digastrique, indolore et parfois fluctuante. La manœuvre de Valsalva accentue la perception de la masse. Celle-ci se réduit par la pression externe avec parfois production de bruits hydroaériques [1]. La laryngocèle interne se manifeste par une dysphonie, une dyspnée, une toux réflexe ou une sensation de corps étranger

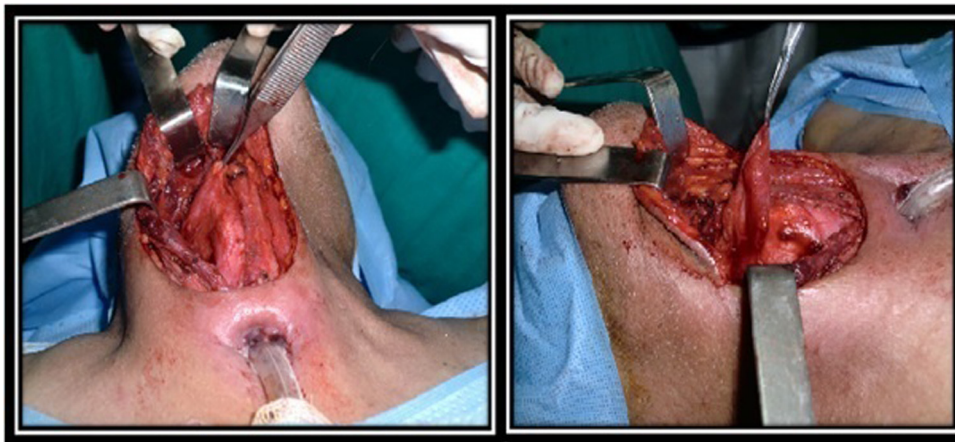


Fig. 2. Vue péroopératoire : laryngocèle disséquée jusqu'à son collet.

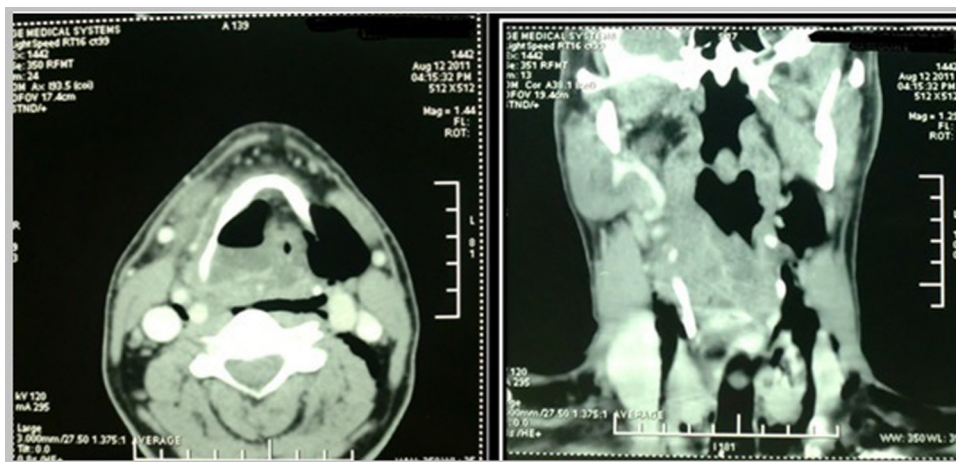


Fig. 1. TDM en coupes axiale et coronale montrant la laryngocèle.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.03.002>.

* Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

[3]. L'aggravation brutale des symptômes est pathognomonique de la forme mixte, en particulier de la dyspnée, par passage de l'air du sac externe au sac interne, suite à une compression de la composante externe [3]. L'imagerie, basée sur la tomодensitométrie, objective une masse bien limitée aérienne ou hydroaérienne communiquant avec le ventricule laryngé. Elle précise le type de laryngocèle et son extension et surtout recherche un facteur favorisant, en particulier, le cancer du larynx. L'association avec ce dernier est classique et réelle [1]. Les laryngocèles peuvent se compliquer de laryngopyocèle, pneumopathies et d'obstruction de voies aériennes qui est exceptionnellement brutale. Le choix de l'option thérapeutique dépend essentiellement de la taille. Les laryngocèles de petites tailles peuvent être excisées par voie endoscopique au laser, les larges laryngocèles interne ou externe par abord externe [4].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

[1] Garrel R, Mondain M, Guerrier B. Kystes du larynx et laryngocèles. EMC Otorhinolaryngologie Paris: Elsevier Masson SAS; 2009 [20-695-A-10].

- [2] Upile T, Jerjes W, Sipaul F, et al. Laryngocele: a rare complication of surgical tracheostomy. *BMC Surg* 2006;14–9.
- [3] Vishnu Vardhan Reddy M, Ramakrishna Manish Gupta C, Shobhan Babu A, et al. Laryngocele: a case report and review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;60:281–3.
- [4] Marcotullio D, Paduano F, Magliulo G. Laryngopyocèle: an atypical case. *Am J Otolaryngol* 1996;17:345–8.

Y. Oukessou*

R.-L. Abada

M. Roubal

M. Mahtar

*Service d'ORL, hôpital 20-Août-1953, CHU Ibn Rochd,
4, rue Lahcen El Arjoune- ex Dalton, quartier des
hôpitaux, BP 20360 Casablanca, Maroc*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dr.oukessou@gmail.com

(Y. Oukessou)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.03.007>