Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI :10.21474/IJAR01/12036
DOI URL : http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12036

ISSN NO. 2320-5407

RESEARCH ARTICLE

MACROGLOSSIE SPONTANEE AIGUE : QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC?

Z. Sayad[1], I. Azzam[2], M.Boulaadas[1] and L. Essakalli[2]

1. Service de Chirurgie Maxilla-Faciale Et Stomatologie, Hôpital Des Spécialités, CHU Ibn-Sina Rabat.
2. Service d'ORL-CCF, Hôpital Des Spécialités, CHU Ibn-Sina Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 10 September 2020
Final Accepted: 15 October 2020
Published: November 2020

Key words:
Macroglossia, Child, Abscess, Tongue Base, Antibiotic, Surgery

Abstract

L'abcès de la base de langue est une entité très rare qu'il faut suspecter devant une macroglossie aigue fébrile.il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale pouvant engager le pronostic vital. Peu de cas sont décrits dans la littérature. Nous rapportons le cas d'un abcès spontané de la base de langue et du plancher buccal chez un enfant de 4 ans. La clinique est peu spécifique d'où l'intérêt de l'imagerie en particulier la TDM qui permet de poser le diagnostic et de prévoir la conduite à tenir thérapeutique. Sa prise en charge est fondée avant tout sur la libération des voies aériennes supérieures, la mise en route d'une antibiothérapie adéquate et un drainage chirurgical de la collection.

Copy Right, IJAR, 2020, All rights reserved.

Introduction:-

La macroglossie est un symptôme commun à plusieurs entités pathologiques : malformatives, métaboliques, tumorales, génétiques et inflammatoires ou infectieuses.

Sa survenue à la suite d'un abcès de la base de langue est une entité rared'autantpluschez la population pédiatrique. Il s'agit d'une affection grave pouvant engager le pronostic vital parobstruction des voies respiratoires.C'est une véritable urgence ORL-CCF nécessitant une prise encharge rapide et adéquate afin d'éviter toutes complications fatales.[1,2]

Nous rapportons l'observation d'une macroglossie d'installation brutale et spontanée chez un petit enfant.

Patient et observation:-

Il s'agit d'une fillette de 4 ans, sans antécédents pathologiques notables, bien vaccinée selon le programme national d'immunisation qui s'est présentée aux urgences pour une protrusion de la langue avec une hypersalivation d'aggravation très rapide évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée, associée à une dysphagie, une gêne respiratoire sans dyspnée. L'interrogatoire n'objectivait pas de notion de traumatisme, ni d'ingestion d'un corps étranger.

A l'admission, l'enfant a été légèrementpolypnéique, fébrile à 38,8 °C, l'examen physique objectivait : une incontinence labiale, une hypersialorrhée, la langue mobile était œdématiée, protruse, La protraction active de la langue était impossible.La base de langue était tuméfiée, arrivant jusqu'au voile du palais obstruant l'oropharynx avec un œdème très important du plancher buccal classant la patiente enMallampati 4et rendant l'examen de l'oropharynx et lalaryngoscopie indirecte impossibles. L'examen cervical retrouvait de multiples adénopathies

Corresponding Author:- Z. Sayad
Address:- Service de Chirurgie Maxilla-Faciale Et Stomatologie, Hôpital Des Spécialités, CHU Ibn-Sina Rabat.

jugulo-carotidiennes sensibles bilatérales avec une tuméfaction ferme, douloureuse au niveau des deux régions sous mentale et sub mandibulaire bilatérales.

Un bilan biologique complet a objectivé un syndrome inflammatoire biologique important avec une hyperleucocytose à 18900 éléments/mm3 (PNN= 16780) et une CRP à 163 mg/L.les sérologies HIV1-2, HVB, HVC étaient toutes négatives.

Un scanner cervico-facial avec injection de produit de contraste a été réalisé en urgence mettant en évidence une collection abcédée cloisonnée de la base de langue et du plancher buccal de 43,7mm*35,3mm prenant le contraste de façon hétérogène en périphérie, avec un effet de masse rétrécissant la filière aéro-digestive en faveur d'une cellulite collectée. Aucun corps étranger n'a été retrouvé.(Fig.1)

La patiente était admise en réanimation pédiatrique pour une préparationpréopératoire et mise sous : bi-antibiothérapie intraveineuse à base d'amoxicilline acide clavulanique et de métronidazole, corticothérapie, paracétamol et une protection gastrique.

A l'admission au bloc sous anesthésie générale, une trachéotomie a été réalisée en raison d'un échec d'intubation, une incision en V inversé a été faite entre la face ventrale de la langue et le plancher antérieur à distance des canaux de Wharton, avec une dissection prudente trans musculaire jusqu'à la collection, on a réalisé un drainageavec un prélèvement de pus pour examen cyto bactériologique puis un lavage abondant au sérum bétadiné et méchage de la cavité résiduelle avec mise en place d'une sonde nasogastrique.(Fig.2)

Un déméchage-reméchage avec un bon lavage de la cavité a été fait une fois/ jour pendant 3 jours de suite. L'examen bactériologique a objectivé des Cocci Gram positifà l'examen direct. La culture n'a pas isolé de germe.

A j+3 l'enfant a pu fermer sa bouche avec une nette amélioration et une régression spectaculaire clinique de l'œdème aussi bien du plancher que celui de la langue et biologique avec des blancs qui sont passés à 9750 éléments/mm3 (PNN= 4130) et une CRP à 15,94 mg/ L. Une TDM de contrôle a été faite montrant une régressiontotale de la collection abcédée. (Fig.3)

La durée totale d'antibiothérapie était de deux semaines. L'évolution était favorable avec un sevrage de la trachéotomie à j+8 et une reprise de l'alimentation orale après un control endoscopique rassurant.

Discussion:-

La langue est un organe impair divisé par le V lingual en deux parties, une antérieure mobile qui joue un rôle dans l'alimentation et l'élocution, et une postérieure dite base de langue fixe qui contribue au maintien de la perméabilité de la filière aérodigestive.

Si cet organe est sujet aux nombreux traumatismes, ses atteintes infectieuses restent rares du fait de son anatomie particulière : muqueuse dense kératinisée, une riche vascularisation sanguine et un important réseau de drainage lymphatique, sans oublier le rôle protecteur de la salive (PH, enzymes, anticorps…).[1,3]

Les abcès de la langue représentent une entité rare, ceux de sa portion pharyngienne sont exceptionnels, seulement 60 cas ont été rapportés entre 1987 et 2017. Ils peuvent être secondaires à une amygdalite linguale, un corps étranger, thyroïde infectée, un kyste du tractus thyréoglosse ; comme ils peuvent être favorisés par une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou un état d'immunodéficience, ce qui explique la prédominance de la population adulte masculine avec un terrain d'intoxication alcoolo-tabagique. [4,5] Sa survenue chez un enfant de 4ans immunocompétent et sans notion de traumatisme constitue la particularité de notre cas.

La présentation clinique est peu spécifique, allant d'une simple macroglossie douloureuse fébrile, une hyper sialorrhée et/ou une dysphonie jusqu'à une gêne respiratoire avec une odynophagie pouvant se compliquer dans l'immédiat d'unedyspnée inspiratoire par réduction de la filière aérodigestive engageant le pronostic vital. [5,6]

L'examen clinque est peu contributif, ainsi la paraclinique en particulier la tomodensitométrie injectée trouve tout son intérêt dans le diagnostic positif en objectivant la collection, sa localisation, sa taille, son étendu. Elle permet également de rechercher l'étiologie et de déterminer la stratégie thérapeutique notamment la voie d'abord. Dans

notre cas, la TDM nous a permis de poser le diagnostic en mettant en évidence un énorme abcès de la base de langue et du plancher buccal. [2,5,7]

L'imagerie par résonance magnétique permet une meilleure exploration de la langue et des parties molles du plancher buccal, malheureusement son cout et sa durée limitent sa réalisation dans le contexte d'urgence.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé devant un tableau clinique pareil, il faut penser a d'autres diagnostics différentiels tels que : l'anévrysme de l'artère linguale, l'épiglottite, les malformations de la langue et/ou du plancher tel que le lymphangiome kystique, les hémangiomes et les réactions allergiques. [5,8]

Les principaux germes retrouvés dans la littérature sont le Staphylococcus, le Streptococcus, Haemophillus et les anaérobies. [5]

Le traitement consiste tout d'abord à assurer la perméabilité des voies aériennes supérieures par une trachéotomie soit d'emblée ou à la suite d'une intubation impossible, une antibiothérapie d'abord probabiliste couvrant les germes les plus incriminés, puis adaptée en fonction du résultat d'antibiogramme. L'association la plus recommandée dans la littérature est la céphalosporine 3éme génération, métronidazole pour une durée de 15 jours. [9,10]

Dans la littérature certains auteurs optent pour la ponction évacuatrice à vif pour les abcès de la langue mobile, tandis que le drainage chirurgical est recommandé dans les collections siégeantau niveau de la base de langue. [1,4,5]
Notre patiente a bénéficié d'un drainage après avoir assuré la libérationdes voies aériennes.

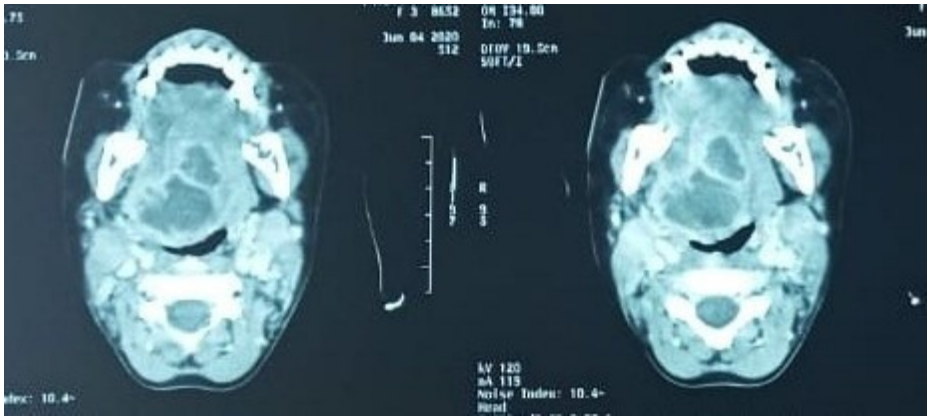

Figure 1:- TDM cervico faciale C-C+ en coupes axiales, fenêtres parenchymateuses montrant une imagehypodense de la base de langue et du plancher buccal cloisonnée se rehaussant en périphérique avec un effet demasse sur les voies aérodigestives en faveur d'une cellulite abcédée collectée

Figure 2:- photo per opératoire montrant la voie d'abord et la cavité après drainage et lavage.

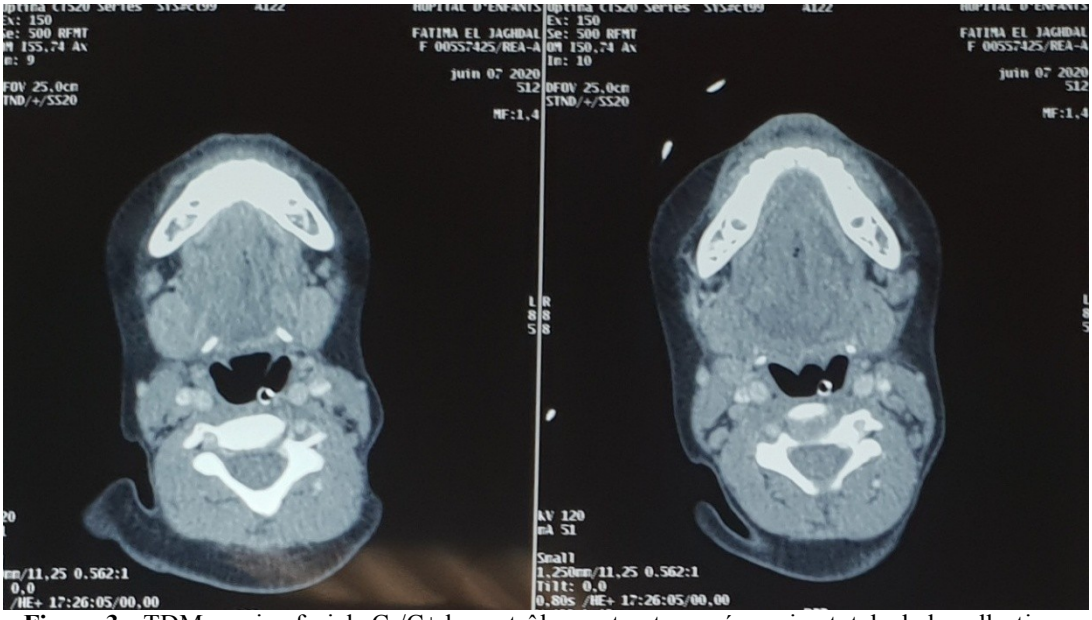

Figure 3:- TDM cervico faciale C-/C+de contrôle montrant une régression totale de la collection.

Conclusion:-

Bien que les abcès de la base de langue ne soient pas très fréquents, il s'agit d'un diagnostic auquel il faut penser devant toute macroglossie aigue fébrile car non traité rapidement et convenablement peut engager le pronostic vital du patient. Sa prise en charge impose une collaboration pluridisciplinaire entre le clinicien, le radiologue, et l'anesthésiste.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

References:-

1. N. Kettaneh, K. Williamson. American Journal of Emergency Medicine 32 (2014) 492.e1–492.e2
2. S. Pallagatti, S. Sheikh1, A. Kaur1, N. Puri2, « Tongue abscess: a rare clinical entity », Journal of Investigative and Clinical Dentistry (2012), 3, 240–243
3. Binar M, Arslan F, Aydin U. Anothercause of difficult airway in an elderly patient: Tongue-baseabscess. Gerodontology. 2018; 35:155–158.
4. R.Kuge, K. Komori, and S. Miyama, "RECURRENT LINGUAL ABSCESS IN A CHILD". The Pediatric Infectious Disease Journal Vol.36, no. 7, pp. 694-695, 2017
5. I. Achour, A. Chakroun, M.A. Chaabouni,B. Hammami, A. Ghorbel. Rare localization of an acute abscess: Two cases report. Journal Européen des Urgences et de RéanimationVol. 27, Issue 2, June 2015, Pages 105-108
6. C. Srivanitchapoom and KedsarapornYata, "Lingual Abscess: Predisposing Factors, Pathophysiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Management". International Journal of OtolaryngologyVol2018.
7. Auday M. Al-Anee,Huda MoutazAsmael**:**The First Patient Report ofTongue Abscess AmongIraqi Population**.** The Journal of Craniofacial Surgery,2018
8. Solomon DM, Hahn B. Lingual abscess. J Emerg Med 2012; 43:53—4.
9. Matthew L. Wong. ABSCESS OF THE BASE OF TONGUE AND EPIGLOTTIS. The Journal of Emergency Medicine, Vol. -, No. -, pp. 1–3, 2017
10. K. Bekele and D. Markos, "Lingual abscess: A case report,"International Medical Case Reports Journal, vol. 10, pp. 285–287,2017.