Prise en charge des voies aériennes supérieures d'un patient avec un kyste laryngé asymptomatique

Upper airway management in a patient with an asymptomatic laryngeal cyst

Mustapha Bensghir, MD · Jaafar Salim Alaoui, PhD ·
Nouredine Drissi Kamili, PhD

Received: 18 July 2010 / Accepted: 28 September 2010 / Published online: 14 October 2010
© Canadian Anesthesiologists' Society 2010

Au rédacteur en chef,

Le kyste laryngé est une cause rare d'intubation difficile,¹ qui peut rendre la prise en charge des voies aériennes supérieures problématique. Nous rapportons la prise en charge d'une réintubation difficile chez un patient porteur d'un kyste laryngé asymptomatique. Un consentement écrit pour publication a été signé par le patient.

Un homme de 46 ans doit subir une échoendoscopie pour bilan de dysphagie. L'évaluation préopératoire est sans particularité et on ne note pas de critères d'intubation ou de ventilation au masque difficiles. L'induction de l'anesthésie est réalisée avec l'injection de fentanyl ($3 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$) et de propofol ($3 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$). Après vérification d'une ventilation au masque efficace, la curarisation est assurée par du rocuronium ($0,6 \text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$). Deux tentatives de laryngoscopie standard, respectivement avec une lame 3 et 4 de MacIntosh, permettent d'identifier une structure arrondie mobile masquant complètement l'étage glottique. À la troisième tentative, on note une lésion mesurant $22 \times 31 \text{ mm}$ d'un aspect dépressible, pédiculé et mobilisable prenant naissance au niveau de la fausse corde vocale droite (Figure). Le diagnostic d'un kyste laryngé est évoqué. Devant l'échec de l'intubation, on décide d'utiliser le vidéolaryngoscope X-LiteTM (Rusch, Tuttlingen, Allemagne) (VL). Les manipulations par la pince de Magill, sous contrôle de la VL, permettent de localiser l'épiglotte. Un guide souple (Eschmann) est introduit sous l'épiglotte permettant le passage d'un tube armé de 6,5 mm de diamètre. Aucun acte chirurgical sur le kyste n'est réalisé. À la fin de l'intervention, le patient est décurarisé

avec de la néostigmine et extubé. Cinq minutes après l'extubation, le patient présente une dyspnée respiratoire de type obstructif et la saturation en oxygène (SPO_2) diminue à 91%. Les manœuvres de libération des voies aériennes et de changement de position ne permettent qu'une légère amélioration (SPO_2 à 93 %). Une obstruction par le kyste est évoquée et on se prépare à une réintubation. Vu les difficultés antérieures, on procède dans un premier temps, sous VL, à une ponction à l'aiguille du kyste avec aspiration. L'affaissement du kyste permet de localiser l'épiglotte et ainsi la réintubation dans un deuxième temps. La SPO_2 la plus basse notée durant toute la procédure est de 86 %. Aucune autre anomalie pharyngée ou glottique n'est relevée. Le diagnostic d'une obstruction glottique par le kyste est confirmé. Le patient est extubé deux heures plus tard sans aucun problème.

Le kyste laryngé est une cause rare d'intubation et de ventilation au masque difficile. La difficulté de gestion des voies aériennes supérieures se pose surtout pour les kystes méconnus. Différents cas de kyste laryngé découverts durant l'intubation ont été rapportés.^{2,3} Cette difficulté imprévue imposait le recours à différents dispositifs, seuls ou combinés.⁴ Les manipulations et les tentatives à l'aveugle exposeraient au risque d'œdème laryngé et de rupture de kyste avec inondation pulmonaire. La présence d'une ventilation spontanée facilitait la localisation glottique, par contre la curarisation rendait toute visualisation ou identification de structures pharyngées difficiles.^{2,4} Devant une difficulté ou l'impossibilité de ventilation au masque, on doit opter pour les techniques d'oxygénation.⁵ Dans notre cas, la meilleure visualisation glottique avec le VL et les manipulations par la pince de Magill nous a permis d'intuber à l'aide d'un guide souple.

La prise en charge chirurgicale, immédiate ou à distance, d'un kyste laryngé découvert lors d'une

M. Bensghir, MD (✉) · J. S. Alaoui, PhD · N. D. Kamili, PhD
Service d'Anesthésiologie Hôpital Militaire Med V, Université
Med V Suissi, Rabat, Maroc
e-mail: mustaphabens_15rea@hotmail.com

Figure Kyste laryngé siégeant au niveau de la fausse corde vocale droite. La photo a été prise au début de l'intervention par l'endoscope type Olympus Evis Lucera CV-260 (Olympus Key Med UK)

intubation n'est pas claire. L'attitude est variable selon les cas rapportés.^{1,3} L'obstruction glottique reste le principal risque après l'extubation. La ponction du kyste avant l'intubation est une alternative qui a été déjà rapportée,¹ et que nous avons choisie vu l'urgence de la situation. Nous n'avons pas utilisé de fibroscope car on a jugé que son apport serait limité dans tel cas. Le recours à la trachéotomie percutanée s'impose en cas d'échec.

Le kyste laryngé est une cause rare de difficulté d'accès aux voies aériennes. L'intubation peut nécessiter une combinaison de dispositifs. Un geste chirurgical sur le kyste (ponction ou résection) permettrait une extubation sans risque de compression.

Conflit d'intérêt Aucun.

Financement Aucun.

Références

1. *Mason DG, Wark KJ.* Unexpected difficult intubation. Asymptomatic epiglottic cysts as a cause of upper airway obstruction during anaesthesia. *Anaesthesia* 1987; 42: 407-10.
2. *Kariya N, Nishi S, Funao T, Nishikawa K, Asada A.* Anesthesia induction for a difficult intubation infant with a laryngeal cyst. *J Clin Anesth* 2003; 15: 534-6.
3. *Kamble VA, Lilly RB, Gross JB.* Unanticipated difficult intubation as a result of an asymptomatic vallecular cyst. *Anesthesiology* 1999; 91: 872-3.
4. *Satoi A, Murao K, Inoue S, et al.* Combined use of the airway scope and fiberoptic bronchoscopy for tracheal intubation in a patient with a large epiglottic cyst (Japanese). *Masui* 2009; 58: 1028-31.
5. *Crosby ET, Cooper RM, Douglas MJ, et al.* The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth* 1998; 45: 757-76.