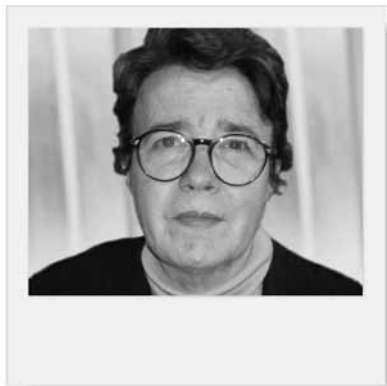


Angiomes sous-glottiques : quelles indications pour les bêtabloquants ?



→ **M. FRANÇOIS**
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

Les angiomes sous-glottiques sont des tumeurs vasculaires bénignes, particulières au nouveau-né et au nourrisson, et qui peuvent, par leur volume, mettre en jeu le pronostic vital en obstruant les voies aériennes [1]. Leur traitement a été bouleversé récemment par la découverte fortuite de l'efficacité des bêtabloquants.

Généralités

Les angiomes sous-glottiques seraient absents à la naissance, en tout cas les enfants sont asymptomatiques pendant les premiers jours ou premières semaines de vie [2]. Le premier signe à apparaître est un stridor, mais il n'est pas toujours remarqué. Le diagnostic n'est fait qu'au stade de dyspnée laryngée (il n'est donc pas exclu que des formes asymptomatiques ne soient jamais diagnostiquées). Cette dyspnée doit alerter par l'absence de contexte fébrile. Toute dyspnée laryngée du nourrisson survenant avant l'âge de 6 mois impose la réalisation d'une endoscopie laryngée au décours de l'épisode aigu à la recherche en particulier d'un angiome sous-glottique.

Le diagnostic est fait par endoscopie au fibroscope et à l'optique, en salle d'opération. L'angiome se manifeste par une voussure sous-glottique, le plus souvent postérieure ou pos-

téro-latérale (**fig. 1**), qui gonfle aux cris. La muqueuse au début a une coloration normale, et si l'angiome est très peu épais et ne gonfle pas aux cris, l'endoscopie peut être interprétée comme normale.

Une première endoscopie normale n'élimine pas le diagnostic, surtout si elle a été faite très tôt après le traitement par corticoïdes motivé par la dyspnée laryngée ; il faut savoir la redemander si les symptômes récidivent car, avec le temps, les lésions ayant progressé, le diagnostic va être beaucoup plus évident : tuméfaction sous-glottique nette et coloration rouge foncé de la muqueuse. L'aspect endoscopique est typique et le diagnostic n'a pas besoin d'être confirmé par biopsie ni par imagerie.

L'évolution spontanée de l'angiome sous-glottique se fait par poussées, chaque poussée se manifestant par un nouvel épisode de dyspnée laryngée. Cependant, à partir d'un certain volume de l'angiome, la dyspnée va être permanente. Cette phase de croissance dure entre 12 et 24 mois. Ensuite, l'angiome involue sur 1 à 7 ans. Au terme de cette involution, l'aspect de la sous-glotte est (et restera) normal.



FIG. 1 : Vue endoscopique d'un angiome sous-glottique postéro-latéral gauche.

Pourquoi un bêtabloquant

L'efficacité des bêtabloquants a été découverte par hasard sur la constatation de la fonte d'un hémangiome de la pyramide nasale chez un nourrisson qui avait été mis sous propranolol pour une cardiomyopathie obstructive secondaire à la corticothérapie initiée pour traiter l'angiome [3].

Cet effet positif du propranolol sur les angiomes a ensuite été vérifié chez d'autres nourrissons qui avaient des angiomes corticorésistants, dont certains étaient de localisation sous-glottique [2].

Le propranolol est un bêtabloquant non cardiosélectif, sans activité sympathomimétique intrinsèque [4]. Il est utilisé chez le nourrisson pour le traitement des cardiomyopathies hypertrophiques et certaines formes de troubles du rythme (tachycardie, QT long).

Son effet sur les angiomes peut être expliqué par son action sur des récepteurs bêta-adrénérgiques situés à la surface des cellules endothéliales de l'angiome, et un effet régulateur de la néoangiogenèse [3].

Le traitement par bêtabloquant en pratique

Le traitement ne s'adresse qu'aux angiomes dyspnéisants, en pratique qui obstruent plus de la moitié de la lumière sous-glottique. Les enfants ont déjà reçu une, souvent deux, et parfois trois cures de corticoïdes avant que le diagnostic ne soit fait.

L'initiation du traitement par bêtabloquant se fait en milieu hospitalier pédiatrique, après avoir vérifié l'absence de contre-indication (essentiellement asthme et trouble du rythme), en commençant à 0,5 mg/kg/j, en deux prises (**fig. 2**). La surveillance porte sur la glycémie (dextros), le pouls, la tension artérielle, la recherche d'une acrocyanose. La posologie est progressivement augmentée jusqu'à 2 à 3 mg/kg/j. En général, l'effet sur la dyspnée est très rapide, en quelques jours. Une endoscopie de contrôle vérifie la décroissance du volume de l'angiome.

L'enfant peut ensuite être traité en ambulatoire. Mais il n'y a pas de formulation pédiatrique de propranolol. Il faut faire faire par la pharmacie des gélules adaptées au poids de l'enfant. La surveillance ultérieure porte sur le pouls et la respiration. L'existence de crises d'asthme, de malaises, de bradycardie

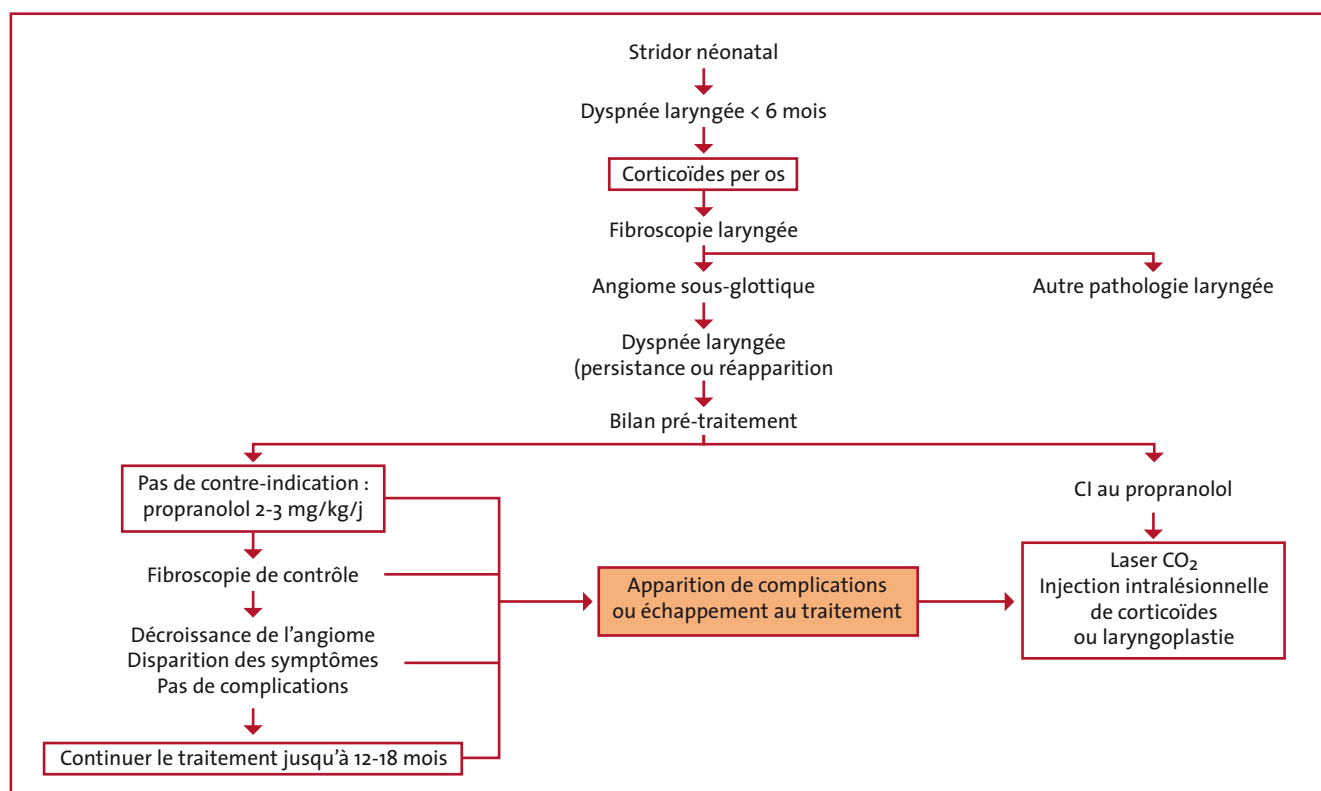


Fig. 2 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un nourrisson qui a un angiome sous-glottique.

importante impose une réévaluation du traitement et éventuellement son arrêt. Il est déconseillé d'arrêter brutalement le traitement par propranolol. En cas d'anesthésie générale programmée ou dans le cadre de l'urgence, il est très important que l'anesthésiste soit prévenu du fait que l'enfant est sous propranolol car il y a un risque accru d'hypotension et les éléments de surveillance per- et post-anesthésie sont perturbés.

Un consensus professionnel semble se dégager pour traiter ces enfants en continu jusqu'à l'âge de 12 à 18 mois, période de la fin supposée de la croissance de l'angiome.

Les alternatives

En cas de contre-indication aux bêtabloquants ou de complication des bêtabloquants imposant leur arrêt, ou d'une résistance au traitement, les alternatives sont [2]:

- une corticothérapie par voie générale prolongée dont les effets secondaires sont bien connus (si certains sont transitoires et bénins [faciès cushingoïde, irritabilité, constipation, ralentissement temporaire de la croissance...], d'autres sont plus sérieux [HTA, myocardiopathie hypertrophique obstructive, sans oublier le risque d'insuffisance surrénalienne à la fin du traitement]),
- un traitement par interféron alpha-2A et 2B ou par vincristine qui ont une hémato-toxicité et une neuro-toxicité non négligeables,
- une corticothérapie intralésionnelle ou une vaporisation au laser CO₂, qui se font sous anesthésie générale, et dont les résultats ne sont en général pas suffisants pour se passer complètement des corticoïdes,

– une exérèse de l'angiome par laryngofissure antérieure qui suppose une hospitalisation en principe de quelques jours, mais parfois plus...

Conclusion

Le propranolol est actuellement le traitement de première intention des angiomes sous-glottiques dyspnéisants du nourrisson. Des essais sont en cours pour tester d'autres molécules comme l'acébutolol [5], qui auraient moins d'effets secondaires.

Bibliographie

1. LEAUTE-LABREZE C, SANS-MARTIN V. Hémangiome infantile. *Presse Médicale*, 2010; 39: 499-510.
2. LEBOULANGER N, FAYOUX P, TEISSIER N *et al.* Propranolol in the therapeutic strategy of infantile laryngotracheal hemangioma: a preliminary retrospective study of French experience. *Int J Pediatric*, 2010; 74: 1254-1257.
3. LEAUTE-LABREZE C, TAIEB A. Efficacité des bêtabloquants dans les hémangiomes capillaires infantiles: signification physiopathologique et conséquences thérapeutiques. *Ann Dermatol Venerol*, 2008; 135: 860-862.
4. VILLAIN E, DENJOY I, LUPOGLAZOFF JM *et al.* Low incidence of cardiac events with beta-blocking therapy in children with long QT syndrome. *Eur Heart J*, 2004; 25: 1405-1411.
5. BLANCHET C, NICOLLAS R, BIGORRE M *et al.* Management of infantile subglottic hemangioma: acebutolol or propranolol? *Int J Pediatric Otorhinolaryngol*, 2010; 74: 959-961.

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