

# Chirurgie du larynx non fonctionnel par laryngectomie extra-muqueuse : 1ère description.

S. Bouayed- C.Rosato - H. Bassel

## Abstract

La laryngectomie totale est l'intervention la plus pratiquée pour traiter les patients avec larynx non fonctionnel après (chimio)radiothérapie. La fistule post-opératoire représente la complication majeure et redoutée. Le cas d'une patiente avec larynx non fonctionnel est présenté. Elle a été opérée par Laryngectomie extra-muqueuse (LEM). Il s'agit d'une première description.

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, avec dysphonie majeure, dyspnée à l'effort et alimentée exclusivement par gastrostomie depuis 3 ans avant l'opération. La laryngectomie extra-muqueuse a été pratiquée. Il s'agit d'une exérèse des cartilages cricoïde et thyroïde et suture du tube laryngé et confection d'un trachéostome. La patiente est rentrée à domicile sans complication après 5 jours. Elle s'alimente sans restriction après 6 mois.

La laryngectomie extra-muqueuse a permis à notre patiente avec Syndrome de Tapia bilatéral, de reprendre une alimentation per os et une vie socio-professionnelle. Il n'y a pas de risque de pharyngostome lié à cette opération.

## Objectifs

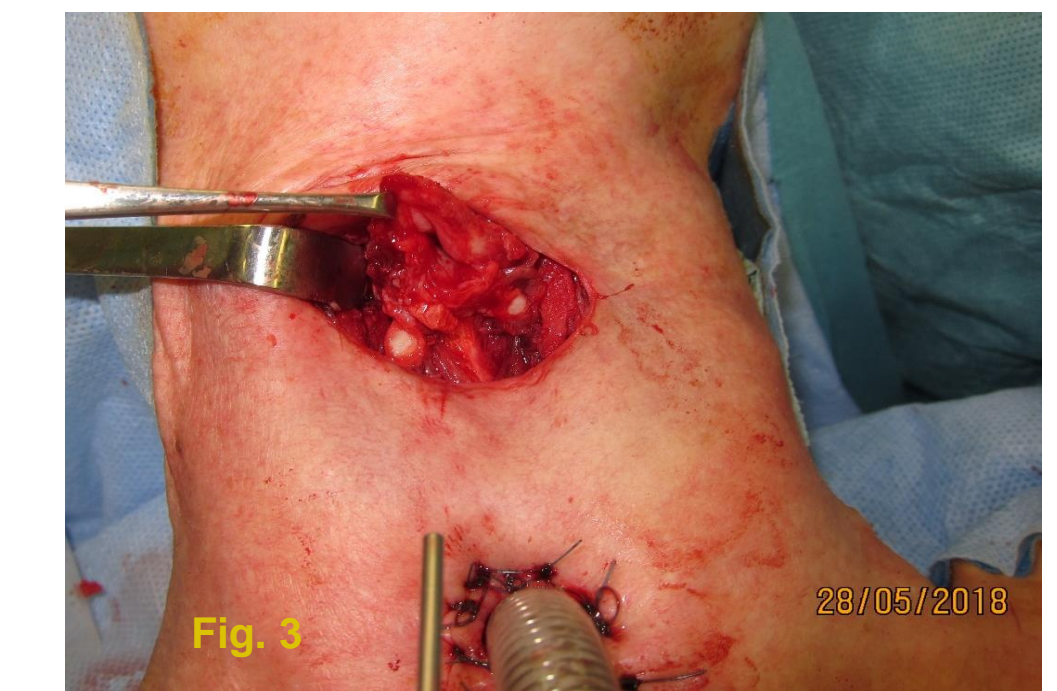
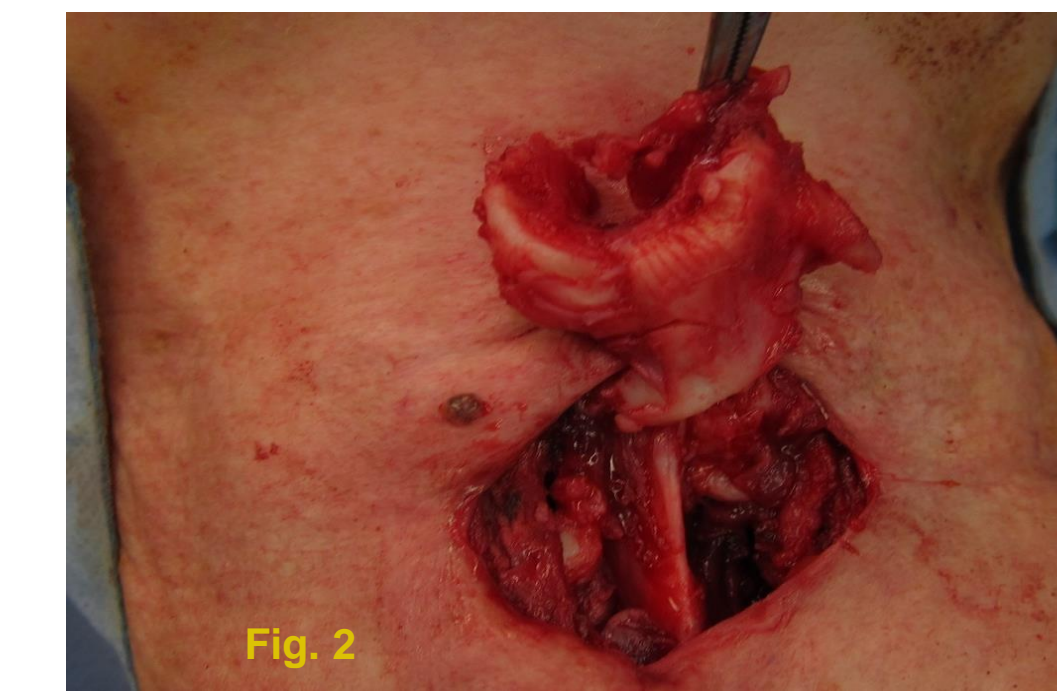
Les trois fonctions du larynx peuvent être compromises après traitement (chimio)radiothérapie. La laryngectomie totale et la diversion trachéale (1), sont les plus pratiquées pour prendre en charge les patients avec larynx non fonctionnel après (chimio)radiothérapie. La fistule post-opératoire représente la complication majeure dans la littérature notamment après laryngectomie totale (10% à 59 %) (2). Le cas d'une patiente avec larynx non fonctionnel est présenté. Elle a été opérée par Laryngectomie extra-muqueuse (LEM). La technique opératoire, ainsi que l'évolution fonctionnelle sont détaillées.

## Méthodes et Matériels

Mme G.F., âgée de 54 ans a eu en 2008 un carcinome épidermoïde supra-glottique gauche T2 N2b M0 traité par radio chimiothérapie (68 Gy). Elle est alimentée par la gastrostomie. Une trachéotomie a été pratiquée en 2011 pour détresse respiratoire sur paralysie cordale bilatérale. Plusieurs chirurgies ont été pratiquées à but fonctionnel, sans succès. On retrouve en 2014, un Syndrome de Tapia bilatéral. Elle est hospitalisée aux soins intensifs en 2017 pour sepsis sévère sur pneumonie trilobaire à Pneumocoque. Une prise en charge chirurgicale, à type de laryngectomie totale, est décidée en 2018.

## Résultats

**Description de l'intervention:** La laryngectomie extra-muqueuse consiste en un abord du larynx par une incision cutanée de 4 cm en regard de la membrane crico-thyroïdienne. La musculature pré-laryngée est incisée puis le larynx est exposé. La laryngectomie extra-muqueuse consiste en une exérèse extra-muqueuse des 2 ailes du cartilage thyroïde (fig1) et du cricoïde (Fig.2). L'aryténoïde restant est laissé en place. L'anneau muqueux laryngé ainsi obtenu est ensuite suturé en 2 rangées verticalement par maxon 4/0 (Fig.3). On réalise un trachéostome sur le 2<sup>ème</sup> anneau trachéal (Fig 3). La fermeture est classique avec un drain aspiratif.



La patiente a quitté l'Hôpital après 5 jours, sans complication. En raison de séjours prolongés dans des pays exotiques, elle ne veut pas de prothèse phonatoire. Une prise en charge logopédique a été instaurée pour la déglutition et la voix œsophagienne.

**Evolution:** Après 6 mois, la patiente mange haché et garde la PEG comme complément. Elle a repris son activité professionnelle et le sport (cheval) après 1 an. A 2 ans, la patiente mange de tout et a acquis la voix œsophagienne..

## Conclusion

**La laryngectomie extramuqueuse** est une intervention simple sans complication majeure, qui peut être proposée en cas de larynx non fonctionnel. Elle permet une reprise rapide de la déglutition. La prothèse phonatoire peut facilement être mise en place dans un deuxième temps.

## Références

- 1 - C. Grau, L.V. *et al.* Salvage laryngectomy and pharyngocutaneous fistulae after primary radiotherapy for head and neck cancer: a national survey from DAHANCA Head Neck, 25 (2003), pp. 711-716
- 2- Adachi K, Umezaki T, Kiyohara H, Miyaji H, Komune S. Clinical outcomes of tracheoesophageal diversion for intractable aspiration. *J Laryngol Otol.* 2015 Mar;129 Suppl 2:S69-73
- 3- Dulguerov P, Iotaibi NH, Lambert S, Dulguerov N, Becker M. Open Maximal Mucosa-Sparing Functional Total Laryngectomy. *Front Surg.* 2017 Oct 12;4:60.