

La macroglossie ou l'hypertrophie de la langue

Sam J. Daniel, Gada Kalil

Nicolas, trois ans, est venu vous voir à la clinique avec sa mère pour une déformation de la mâchoire et une macroglossie.

L'anamnèse a révélé une hypersalivation constante, des troubles de la déglutition et de l'élocution ainsi qu'un ronflement la nuit accompagné de périodes d'apnée lorsque l'enfant est couché sur le dos. À l'examen physique, vous avez noté une langue protubérante au repos et un espacement entre les dents. Les amygdales n'étaient pas hypertrophiées.

Nicolas a subi une intervention chirurgicale pour réduire la taille de sa langue, suivie d'une opération orthodontique afin d'aligner et d'ajuster l'arche mandibulaire de sa mâchoire. Les deux interventions ont été bien tolérées. Une amélioration notable de la déglutition et de l'élocution a été remarquée six mois plus tard.

Qu'est-ce que la macroglossie ?

La macroglossie est le terme médical utilisé pour définir l'hypertrophie de la langue. On parle de macroglossie lorsque la langue est protubérante, paraît trop grande pour la bouche, exige un effort volontaire pour la garder à l'intérieur de la bouche ou cause une déformation de la mâchoire et des dents.

Les facteurs causant la macroglossie

Selon la cause sous-jacente, la macroglossie peut être divisée en deux catégories : la pseudomacroglossie et la vraie macroglossie.

Il est important de faire la distinction entre ces deux catégories puisque l'approche thérapeutique diffère dans les deux cas.

Le Dr Sam J. Daniel est professeur adjoint au Département d'otorhinolaryngologie de l'Université McGill et directeur de la Clinique de contrôle salivaire du Centre de réadaptation MacKay, à Montréal. Il est également directeur du Laboratoire de sciences auditives de l'Université McGill. M^{me} Gada Kalil est chercheuse au Laboratoire de sciences auditives de l'Université McGill.

La **pseudomacroglossie** est une affection dans laquelle la langue est parfois de taille normale, mais paraît large par rapport à sa corrélation anatomique¹, ce qui peut être dû à :

- ⊗ une hypertrophie importante des amygdales qui déplacent alors la langue vers l'avant¹ ;
- ⊗ un palais buccal bas diminuant le volume de la cavité orale¹ ;
- ⊗ une anomalie des maxillaires ou des cavités mandibulaires diminuant le volume de la cavité orale¹ ;
- ⊗ une tumeur ou un kyste déplaçant la langue¹.

Quant à la **vraie macroglossie**, elle est caractérisée par une hypertrophie ou une hyperplasie des muscles de la langue ou par une multiplication anormale des tissus². Elle est due à des causes congénitales ou acquises. Parmi les facteurs congénitaux, on peut citer l'hypertrophie musculaire, l'hyperplasie glandulaire, le diabète néonatal ainsi que certaines maladies génétiques, telles que la trisomie 21 et le syndrome de Beckwith-Wiedemann. L'acromégalie, le myxoedème, l'hyperthyroïdisme, le diabète et les tumeurs de la langue sont quelques exemples de facteurs acquis.

La fréquence de la macroglossie

L'incidence exacte de la macroglossie dans la population est inconnue en raison des nombreux facteurs qui en sont responsables. On estime, cependant, que 97,5 % des personnes atteintes du syndrome de Beckwith-Wiedemann³ et de 11 % à 60 % des personnes ayant le syndrome de Down souffrent de macroglossie⁴.

Les conséquences de la macroglossie

La langue a un rôle important à jouer dans la déglutition ainsi que dans l'articulation des mots. La macroglossie altère de telles fonctions et cause des effets indésirables tels que des difficultés d'élocution et de déglutition. Par ailleurs, comme la langue fait saillie, elle est exposée à des traumatismes et entraîne une sécheresse de la muqueuse ainsi que des infections récurrentes des voies respiratoires supérieures. L'obstruction de ces dernières est la complication la plus sérieuse². En outre, une langue hypertrophiée peut causer une déformation de la dentition ainsi qu'une instabilité orthodontique.

En plus des problèmes physiologiques, la macroglossie peut causer une détresse psychologique, particulièrement chez les enfants en raison d'une respiration bruyante, d'une hypersalivation et de l'aspect inesthétique d'une langue protubérante².

Comment traiter la macroglossie ?

L'évaluation de la macroglossie commence par un examen attentif du physique et des antécédents du patient². À la lumière de cet examen, des tests de laboratoire sont prescrits afin d'aider à poser le diagnostic. Des tests sur le fonctionnement de la thyroïde seront effectués afin de détecter la présence d'hyperthyroïdisme. Également, une tomodensitométrie permettra de repérer

une thyroïde linguale. Les patients souffrant d'obstruction chronique des voies respiratoires pourraient avoir besoin d'une électrocardiographie ainsi que d'une radiographie de la poitrine afin de diagnostiquer la présence d'un trouble cardiaque. L'examen physique doit également comprendre la recherche d'une masse sur la langue ainsi que des changements dans la couleur et la consistance de cette dernière². L'imagerie par résonance magnétique peut être utile afin de délimiter l'étendue d'une tumeur, s'il y a lieu. Enfin, une biopsie permettra de localiser les lésions de la langue et de déterminer la nature précise d'une tumeur.

Le traitement de la macroglossie nécessite une équipe multidisciplinaire comprenant un chirurgien, un otorhinolaryngologiste, un orthophoniste et un orthodontiste².

Le traitement médical peut être suffisant si l'élargissement de la langue est dû à une maladie générale clairement définie, telle que l'hyperthyroïdisme, le diabète et les infections³. Par ailleurs, la thérapie oromotrice peut être utilisée afin de stimuler le tonus musculaire de la langue. Une



Photo. Macroglossie

telle méthode est particulièrement utile chez les personnes souffrant du syndrome de Down afin d'améliorer la position de la langue⁵. Cependant, en présence d'une déformation musculosquelettique avec malocclusion et d'une vraie macroglossie, l'intervention chirurgicale donne les meilleurs résultats fonctionnels et cosmétiques. Son but est de réduire la longueur et la largeur de la langue afin d'en améliorer les fonctions. On obtient une amélioration, entre autres, au niveau de l'articulation, de la mastication, de la déglutition et de la protection des voies respiratoires. Il existe deux types d'intervention : la glossectomie, consistant en l'exérèse partielle de la langue, et l'orthognathie, une opération des mâchoires, maxillaires

Encadré**Un bref aperçu de l'anatomie de la langue**

D'un point de vue anatomique, la langue est constituée de deux couches musculaires revêtues d'une muqueuse rugueuse caractérisée par la présence de papilles (caliciformes, filiformes et fongiformes). Les muscles intrinsèques sont les muscles de la langue à proprement parler alors que les muscles extrinsèques permettent de modifier la position de la langue. La langue est attachée solidement au plancher de la bouche par le frein qui a également pour fonction de limiter les mouvements de la langue en arrière. De chaque côté du frein de la langue à son point d'insertion, se trouvent les orifices des deux glandes salivaires. La langue comporte deux types d'innervations : motrice par le nerf hypoglosse et sensitive par le nerf lingual qui est une branche du trijumeau. Il y a aussi une innervation sensorielle gustative assurée par le nerf glossopharyngien et le nerf facial. La langue est irriguée par l'artère linguale, une branche de l'artère carotide externe. Le sang repart par les veines linguales. La langue continue de croître et atteint sa taille finale à l'âge de huit ans.

et mandibules ayant pour but d'obtenir une occlusion dentaire et une amélioration de l'esthétique¹. Ces deux interventions sont souvent nécessaires et complémentaires. Leur séquence dépend du type de problème en cause.

L'intervention chirurgicale

Il existe plusieurs façons de réduire la taille de la langue. La glossectomie la plus fréquente consiste à effectuer en premier lieu une incision elliptique au milieu de la langue et une résection au niveau des coins antérieurs, puis à suturer les côtés en une ligne droite. Une autre opération consiste en une résection circulaire des côtés de la langue ou encore en une résection des côtés en forme de V¹. Quelle que soit la technique choisie, une attention particulière doit être portée à la prévention de l'obstruction des voies respiratoires³. Dans certains cas, le patient doit être intubé après l'opération pour sécuriser les voies respiratoires. Dans les cas de résection majeure de la base de la langue, une trachéostomie temporaire pourrait être nécessaire.

Les effets indésirables d'une telle opération comprennent un risque de saignement excessif, une obstruction des voies respiratoires due à un œdème de la langue, une perte du goût pouvant apparaître à la suite d'une atteinte du nerf lingual, une lésion du canal salivaire, des problèmes résiduels au niveau de la mastication et de l'élocution ainsi

qu'une diminution de la mobilité de la langue¹. Le patient ayant d'importants problèmes de coagulation ne devrait pas subir cette intervention. Il est recommandé de prescrire des antibiotiques et de faire un suivi après l'opération pour s'assurer de la cicatrisation complète de la langue.

Et le rôle du praticien dans tout ça ?

Le praticien doit vérifier s'il y a obstruction des voies respiratoires et diriger le patient à un otorhinolaryngologiste, le cas échéant. 🦷

Date de réception : 20 juin 2006

Date d'acceptation : 31 juillet 2006

Bibliographie

1. Wolford LM, Cottrell DA. Diagnosis of macroglossia and indications for reduction glossectomy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1996; 110: 170-7.
2. Murthy P, Laing MR. Macroglossia. *BMJ* 1994; 309 (6966): 1386-7.
3. Thrasher RD, Allen GC. Macroglossia. *Emedicine* 1996. Site Internet : www.emedicine.com/ent/topic746.htm (Page consultée le 10 juin 2006)
4. Down Syndrome. A review for dental professionals. *Southern Association for Institutional Dentists. Self-study course – module 3*. Site Internet : www.saiddent.org/modules/11_module3.pdf (Page consultée le 15 juin 2006)
5. Morgan WE. Macroglossia. *Baylor College of Medicine* 1992. Site Internet : www.bcm.edu/oto/grand/52892.html (Page consultée le 1^{er} juin 2006)