

THEME : Paralysies récurrentielles de l'adulte

BUT DE LA DEMARCHE : préciser la démarche diagnostique d'une paralysie laryngée chez l'adulte et la prise en charge

*Ne retenez parmi les objectifs et les **CEAP** (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final.*

*Pour plus de précisions sur chacun des **CEAP** proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.*

1. OBJECTIF : Savoir caractériser une immobilité laryngée sur le plan fonctionnel et en laryngoscopie indirecte

- Dysphonie, dyspnée laryngée, troubles de la déglutition
- Immobilité laryngée unilatérale (préciser le côté) ou bilatérale

2. OBJECTIF : Connaître les mécanismes responsables d'une immobilité laryngée

- Mécanisme neurogène
- Mécanisme mécanique

3. OBJECTIF : Connaître les causes des paralysies laryngées

- Tumorale
- Traumatique (chirurgicale ou non)
- Idiopathique

4. OBJECTIF : Connaître les explorations à réaliser devant une paralysie laryngée sans cause

- Scanner cervico - thoracique (de la base du crâne au médiastin supérieur)
- Echographie thyroïdienne

5. OBJECTIF : Savoir différencier une atteinte du récurrent d'une atteinte du X

- Interrogatoire
- Examen ORL à la recherche d'autres atteintes de nerfs crâniens
- Fibroscopie du pharyngolarynx et fibroscopie de la déglutition
- Données de l'électromyographie laryngée

6. OBJECTIF : Savoir reconnaître une immobilité laryngée par atteinte mécanique

- Contexte clinique
- Laryngoscopie indirecte : anomalies morphologiques, étude mobilité passive articulation cricoaryténoïdienne
- Laryngoscopie directe : étude mobilité passive articulation cricoaryténoïdienne
- Scanner du larynx
- Données de l'électromyographie laryngée

7. OBJECTIF : Savoir évaluer les conséquences d'une paralysie laryngée sur le plan respiratoire, phonatoire et au cours de la déglutition.

- Interrogatoire
- Examen clinique avec une fibroscopie de la déglutition
- Explorations Complémentaires (échelles, évaluation instrumentale)

8. OBJECTIF : Connaître les stratégies thérapeutiques des paralysies laryngées

- La rééducation orthophonique
- Les chirurgies des paralysies unilatérales (principalement injections et thyroplasties, procédés de réinnervation)
- Les chirurgies des paralysies bilatérales en fermeture (cordectomies, aryténoïdopexies, aryténoïdectomies, cordopexies)
- Les chirurgies des paralysies bilatérales en ouverture (thyroplasties, aryténoïdopexies de médialisation)
- Les gestes de nécessité (trachéotomie, gastrostomie)

Notice Explicative

CEAP: Savoir caractériser une immobilité laryngée sur le plan fonctionnel et en laryngoscopie indirecte

Les immobilités laryngées peuvent se manifester par une dysphonie, une dyspnée laryngée, et par des troubles de la déglutition. Il existe aussi des formes asymptomatiques.

La dyspnée est au premier plan dans les immobilités bilatérales en fermeture, alors que la dysphonie est le symptôme majeur dans les atteintes unilatérales. Dans les rares cas de paralysies bilatérales en ouverture, il existe une dysphonie et des troubles de la déglutition avec des fausses routes majeures.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : avis d'experts (ou accord professionnel)

Justification du choix du critère :

La présence d'une dysphonie, d'une dyspnée laryngée, et de troubles de la déglutition doit conduire à un examen ORL et à un examen dynamique du larynx au miroir, en nasofibroscope ou en laryngoscopie à l'optique rigide, afin de rechercher une immobilité laryngée. L'examen doit préciser s'il existe des anomalies morphologiques des cordes vocales, le caractère uni ou bilatéral, partiel ou complet de l'atteinte. Le côté de l'atteinte doit être noté. L'examen clinique recherche aussi une atteinte d'autres nerfs crâniens. L'existence d'une dyspnée laryngée et/ou de troubles de la déglutition avec fausses routes sont les deux signes de gravité. La laryngoscopie indirecte retrouve en cas de dyspnée une immobilité des deux cordes vocales en fermeture.

Notice Explicative

CEAP: Connaître les mécanismes responsables d'une immobilité laryngée

Les atteintes neurogènes et les atteintes mécaniques sont les deux mécanismes pouvant être responsables d'une immobilité laryngée. Les atteintes neurogènes sont liées à une atteinte motrice des noyaux du X, du tronc du X ou de ses branches (nerf récurrent). Les atteintes mécaniques sont liées à des causes tumorales, des causes traumatiques (séquelles d'intubation en particulier, traumatisme externe...) et plus rarement à des causes inflammatoires (maladies rhumatologiques, radiothérapie.).

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : accord professionnel fort (ou avis d'experts) et grade C

Justification du choix du critère : Le mécanisme responsable d'une immobilité laryngée doit être recherché dans le but d'adapter le bilan et la prise en charge.

Notice Explicative

CEAP: Connaître les causes des paralysies laryngées

Les causes à rechercher devant une paralysie laryngée sont, au premier plan, les étiologies tumorales sur le trajet du nerf récurrent et du X (bronche et médiastin, œsophage, thyroïde, métastases), puis les causes traumatiques chirurgicales (thyroïde, vertèbre, carotide, base du crâne, cou, thorax, cœur) ou plus rarement par un traumatisme externe. Les paralysies récurrentielles idiopathiques occupent une proportion variable. Par contre il n'existe pas de paralysie du X idiopathique.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : grade C

Justification du choix du critère : Une tumeur sur le trajet du X ou de ses branches doit être recherchée en présence d'une paralysie laryngée.

Notice Explicative

CEAP: Connaître les explorations à réaliser devant une paralysie laryngée sans cause évidente

Un scanner, sans et avec injection, de la base du crâne au médiastin supérieur, étendu à la crosse de l'aorte et au thorax en cas de paralysie récurrentielle gauche, et une échographie cervicale pour détecter une cause thyroïdienne sont les premiers examens à réaliser en l'absence de cause évidente devant une paralysie laryngée

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : grade C / accord professionnel fort (ou avis d'experts)

Justification du choix du critère : Ces explorations radiologiques sont à réaliser devant une paralysie laryngée sans cause évidente, à la recherche d'une atteinte du trajet du X ou du nerf récurrent, notamment tumorale; le trajet thoracique du nerf récurrent gauche impose, de plus, une exploration radiologique du thorax. L'échographie cervicale n'est pas suffisante pour identifier une anomalie sur le trajet cervical du X ou de ses branches, mais est l'examen le plus adapté pour détecter une cause compressive thyroïdienne en regard du nerf récurrent. L'importance des causes tumorales souligne la nécessité de bilans étiologiques complets et éventuellement répétés devant une immobilité laryngée ne faisant pas sa preuve. Les paralysies sont idiopathiques lorsque le bilan ne retrouve pas la cause (autour de 20 %).

Le bilan d'imagerie est à répéter après un certain délai si le bilan initial est négatif.

Notice Explicative

CEAP : Savoir différencier une atteinte du récurrent d'une atteinte du X

L'atteinte du X est responsable, à côté de la paralysie laryngée, d'une paralysie du pharynx homolatéral d'autant plus importante que l'atteinte du X sera haute. Des troubles de déglutition majeurs, un signe du rideau, une béance et une stase de salive dans le sinus piriforme du côté de la paralysie, des troubles de la sensibilité du pharyngolarynx homolatéral, une atteinte d'autres nerfs crâniens sont des signes en faveur d'une atteinte du X. La fibroscopie pharyngolaryngée et la fibroscopie de la déglutition permettent de les différencier. Les données de l'électromyographie laryngée apportent aussi des arguments en faveur d'une atteinte du nerf récurrent ou du X ; elle retrouve une atteinte à la fois du muscle thyroaryténoïdien et du muscle cricothyroïdien en cas d'atteinte du X, alors que dans une paralysie récurrentielle isolée, l'activité du cricothyroïdien est préservée.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Périé S, Roubeau B, Lacau St Guily J. Laryngeal paralysis: distinguishing Xth nerve from recurrent nerve paralysis through VESS. Dysphagia 2003; 18: 276-283.

Grade de la recommandation : avis d'experts (ou accord professionnel)

Justification du choix du critère : La distinction entre une atteinte du X et du nerf récurrent est importante, car elle conduit à rechercher des causes compressives différentes et à évaluer l'importance des troubles de déglutition en cas d'atteinte du X haute. L'atteinte récurrentielle isolée doit focaliser les explorations sur le trajet cervical du nerf récurrent associé, en cas d'atteinte gauche, à son trajet thoracique ; l'atteinte du X doit conduire à une exploration de la base du crâne (à la recherche d'une tumeur du trou déchiré postérieur), et du cou jusqu'au thorax.

L'interrogatoire, l'examen ORL, la fibroscopie laryngée et de la déglutition permettent le plus fréquemment de les distinguer. L'électromyographie peut être aussi contributive.

La position de la corde vocale n'a pas de valeur localisatrice.

Notice Explicative

CEAP : Savoir reconnaître une immobilité laryngée par atteinte mécanique

Le contexte (antécédents d'intubation, de traumatisme cervical ou laryngé), l'étude de la mobilité passive de l'articulation crico-aryténoïdienne en laryngoscopie indirecte et directe, l'absence d'anomalie morphologique de la corde vocale elle-même mais l'existence d'anomalies morphologiques du larynx (œdème, granulome glottique postérieur, infiltration sous glottique, subluxation...), les résultats du scanner du larynx (sténose, infiltration sous glottique...) et l'absence de dénervation en électromyographie laryngée sont des arguments en faveur d'une atteinte mécanique.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : avis d'experts (ou accord professionnel)

Justification du choix du critère : La suspicion d'une atteinte mécanique conduit à réaliser un bilan diagnostique local essentiellement. Le contexte clinique par l'interrogatoire et antécédents du patient (antécédents d'intubation), l'aspect morphologique et dynamique du larynx voire les données de l'EMG permettent de poser le diagnostic.

Notice Explicative

CEAP: Evaluer une paralysie laryngée sur le plan respiratoire, phonatoire et au cours de la déglutition

La déglutition peut être évaluée par une fibroscopie de la déglutition et par un radiocinéma. Le handicap vocal peut être évalué par des échelles, par un enregistrement de paramètres phonatoires acoustiques, une analyse aérodynamique et par une stroboscopie. Des questionnaires spécifiques et des questionnaires de qualité de vie peuvent compléter le bilan.

L'électromyographie laryngée n'est pas indispensable mais est un outil diagnostique et pronostique.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : grade C pour l'évaluation de la déglutition (fibroscopie et radiocinéma) et l'évaluation du handicap vocal, grade B pour l'évaluation par des échelles utilisées pour la phonation.

Justification du choix du critère : Le but est d'évaluer le handicap et de l'objectiver, pour adapter la décision thérapeutique.

Notice Explicative

CEAP: Connaître les stratégies thérapeutiques des paralysies laryngées

Une rééducation orthophonique initiale, en l'absence de troubles mettant en jeu le pronostic vital, est recommandée; elle doit être de courte durée pour permettre d'évaluer rapidement le bénéfice. La chirurgie des paralysies unilatérales fait appel principalement aux injections intracordales et aux thyroplasties. La chirurgie des paralysies bilatérales en fermeture comprend des chirurgies endoscopiques (cordectomies, cordopexies, arytnéoïdopexies, aryténoïdectomies), ou par voie externe (aryténoïdopexies, aryténoïdectomies et trachéotomie). Dans les paralysies bilatérales en ouverture, une médialisation et/ou une aryténoïdectomie de médialisation peuvent être proposée ; en cas de dysphagie majeure, une gastrostomie voire une trachéotomie doivent être discutées. Les procédés de réinnervation laryngée sont du domaine de la recherche.

Référence ou recommandation source : RCP "Paralysies récurrentielles de l'adulte" (Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou Octobre 2003).

Grade de la recommandation : grade C et accord professionnel fort pour la rééducation orthophonique.

Justification du choix du critère : Connaître les stratégies thérapeutiques des paralysies laryngées permet de discuter les indications, d'adresser les patients aux spécialistes compétents, et de poser, en cas de signe de gravité, les indications d'une trachéotomie ou d'une gastrostomie.