

De la dysphonie transitoire à la paralysie récurrentielle définitive

Dr Elizabeth Fresnel

Phoniatre

www.laboratoiredeavoix.com

La Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes

- Est une chirurgie à risque pour les fonctions laryngées : la déglutition, la respiration et la phonation.
- Les troubles de la voix peuvent être en relation avec le traumatisme de l'intubation, l'atteinte des nerfs laryngés supérieur et inférieur...

Beaucoup et pas assez d'études

- Répertoire des troubles vocaux , essentiellement des paralysies récurrentielles
- SFORL (2002) Les PR de l' adulte / Recommandations Pratique Clinique traumatisme du nerf récurrent pendant la chirurgie de la thyroïde : 0.3 à 13 % des cas
- Selon les patients, en général le chirurgien apprécie le risque à 2%

European Review of ENT / Avril 2011

- Analyse des séries publiées ces 10 dernières années sur plusieurs centaines de patients
- PR unilatérale temporaire après lobo isthmectomie : de 0.5 % à 3.2 %
- PR définitive : de 0 à 1.2 %

Etude en cours au CHU de Grenoble

- Présentée à la S.F de Phoniatrie 2012
- Evaluation de la morbidité vocale après chirurgie endocrinienne cervicale
- Associant clinique de chirurgie thoracique et endocrinienne , département parole et cognition GIPSA , ORL-Phoniatre
- Avec des mesures acoustiques et aérodynamiques.

Cette étude a présenté les résultats de 74 patients

- Avec des bilans PRE et POST opératoires
- En post opératoire ,
 - un peu plus de 50% des patients n'ont pas d'anomalie lors de l' endoscopie laryngée
 - Il y a 4.5 % de PR
 - 13 % de patients ont une pathologie bénigne des CV (pré existante)
 - 17 % ont un trouble de la mobilité des CV

POUR COMPRENDRE la DYSPHONIE

- Ou atteinte de la voix parlée
- La dysodie, ou atteinte de la voix chantée
- La voix est caractérisée par 3 paramètres acoustiques que l'on peut mesurer (fréquence fondamentale, intensité et timbre)
, produite par la vibration des CV selon 2 grands mécanismes vibratoires M1 et M2.

M1 à M2



Après la thyroïdectomie

- La dysphonie sans troubles de la mobilité : avec une voix toujours plus grave,
- L'impossibilité de faire des aigus : NLS ? (professionnels de la voix)
- La paralysie unilatérale
- La paralysie bilatérale

La dysphonie après thyroïdectomie

- En l'absence de paralysie , le plus souvent
- La voix est plus grave
- Atténuation des variations prosodiques
- Augmentation de l'instabilité vocale
- Moins grandes variations de fréquence (intonation) et de l'intensité (+ faible)
- TMP + court, P. sous glottique + grande
- La capacité vocale parlée récupère en 3 mois

LA PARALYSIE RECURENTIELLE UNILATERALE



Dans tous les cas : le Bilan Phoniatrique

- Bilan fonctionnel, VHI , mesures acoustiques, endoscopie avec stroboscopie
- Dyspnée
- Fausses routes
- Phonation
- PR unilatérale , position de la CV
- PR bilatérale

Les autres examens

Le scanner du larynx

En cas de doute sur la mobilité de l'articulation crico aryténoïdienne

L'EMG laryngée

Intérêt si elle est précoce , avant 6 semaines

Diagnostic différentiel / ankylose ACA

Eventuellement pronostic

Les pièges

- En cas de paralysie bilatérale ou de paralysie d'un côté et de parésie de l'autre :
- L'atteinte de l'articulation crico-aryténoïdienne (luxation, ankylose)
- Le scanner du larynx avec étude des articulations

LES PRISES EN CHARGE

- Dans tous les cas ou presque, REEDUCATION ORTHOPHONIQUE
- De la voix, de la déglutition, de la respiration
- Doit être précoce
- But : compensation pour améliorer l'adduction des CV
- Durée de 3 à 6 mois.

En l'absence d'amélioration

- Et en ayant attendu en général 6 mois
- Sauf en cas de fausses routes majeures
- Selon le degré de fuite, le but est de rapprocher passivement le bord libre de la CV paralysée de la ligne médiane
- Injection de graisse autologue
- Implant de Montgomery
- Ré innervation.

L'injection de graisse autologue

- Sous anesthésie générale , en ambulatoire
- Prélèvement de graisse péri ombilicale
- Surcorrection car résorption de graisse dans les 15 premiers jours
- Pas de repos vocal

Paralysie récurrentielle gauche

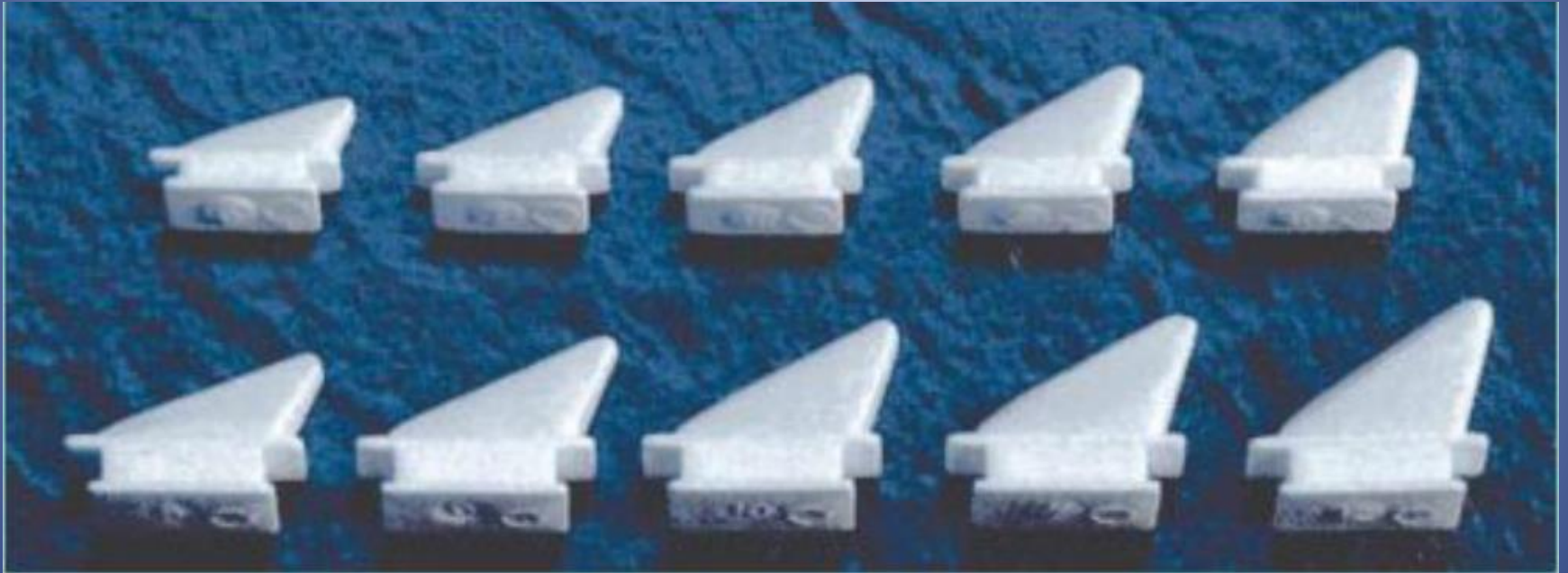
Cas N°40

Femme 38 ans

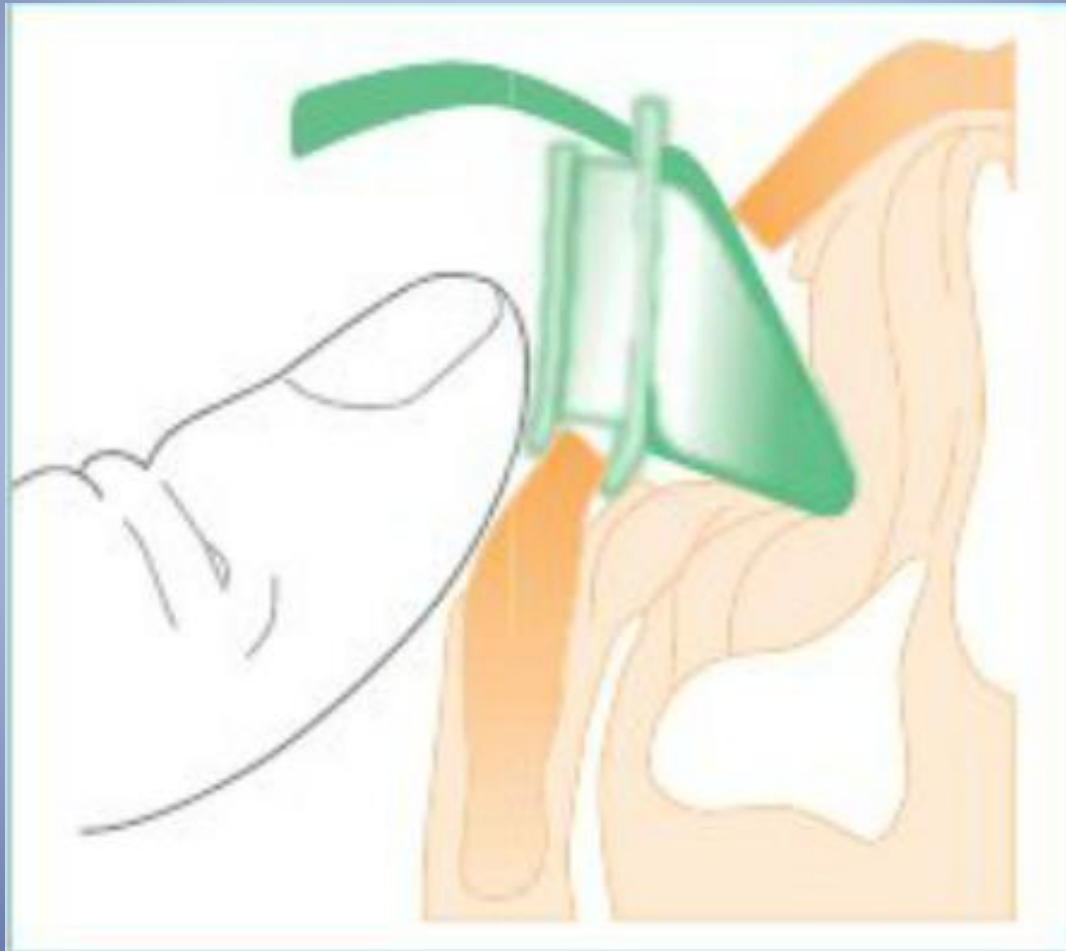
L' Implant de Montgomery pour thyroplastie

- Médialisation : rapprocher passivement le bord libre de la CV paralysée de la ligne médiane
- Implant inerte en silicone , préformé
- Sous anesthésie locale
- Fenêtre dans l' aile cartilagineuse thyroïdienne ipsilatérale (cervicotomie)

Jeux d'Implants en silicone pour Thyroplastie



Mise en Place d'un Implant de Montgomery



LA RE INNERVATION

- Pratiquée par le Pr Jean Paul MARIE à Rouen
- D'abord pour les PR bilatérales
- Puis les PR unilatérales
- Ré innervation non sélective par anastomose de la branche descendante du nerf hypoglosse au tronc du récurrent (plus éventuellement injection de graisse) ou anastomose vago vagale

Ré innervation

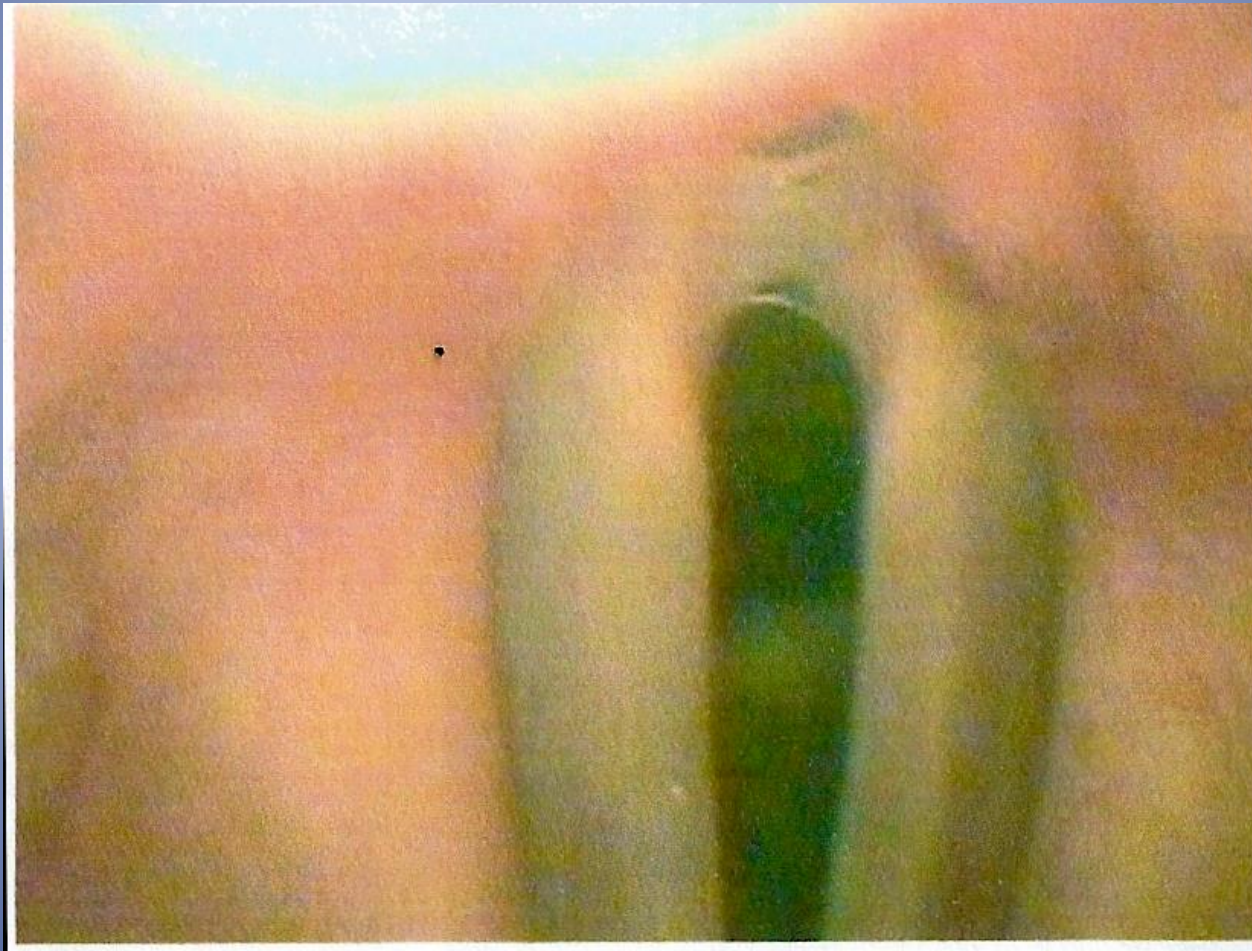
- Repousse axonale en 4 à 6 mois
- Restitution d'une trophicité cordale (empêche l'atrophie)
- Très bonne récupération de la qualité de la voix.

La PARALYSIE BILATERALE en fermeture

- Peut nécessiter une trachéotomie en urgence
- Cordotomie postérieure ou aryténoïdectomie
- Au laser

- Ré innervation

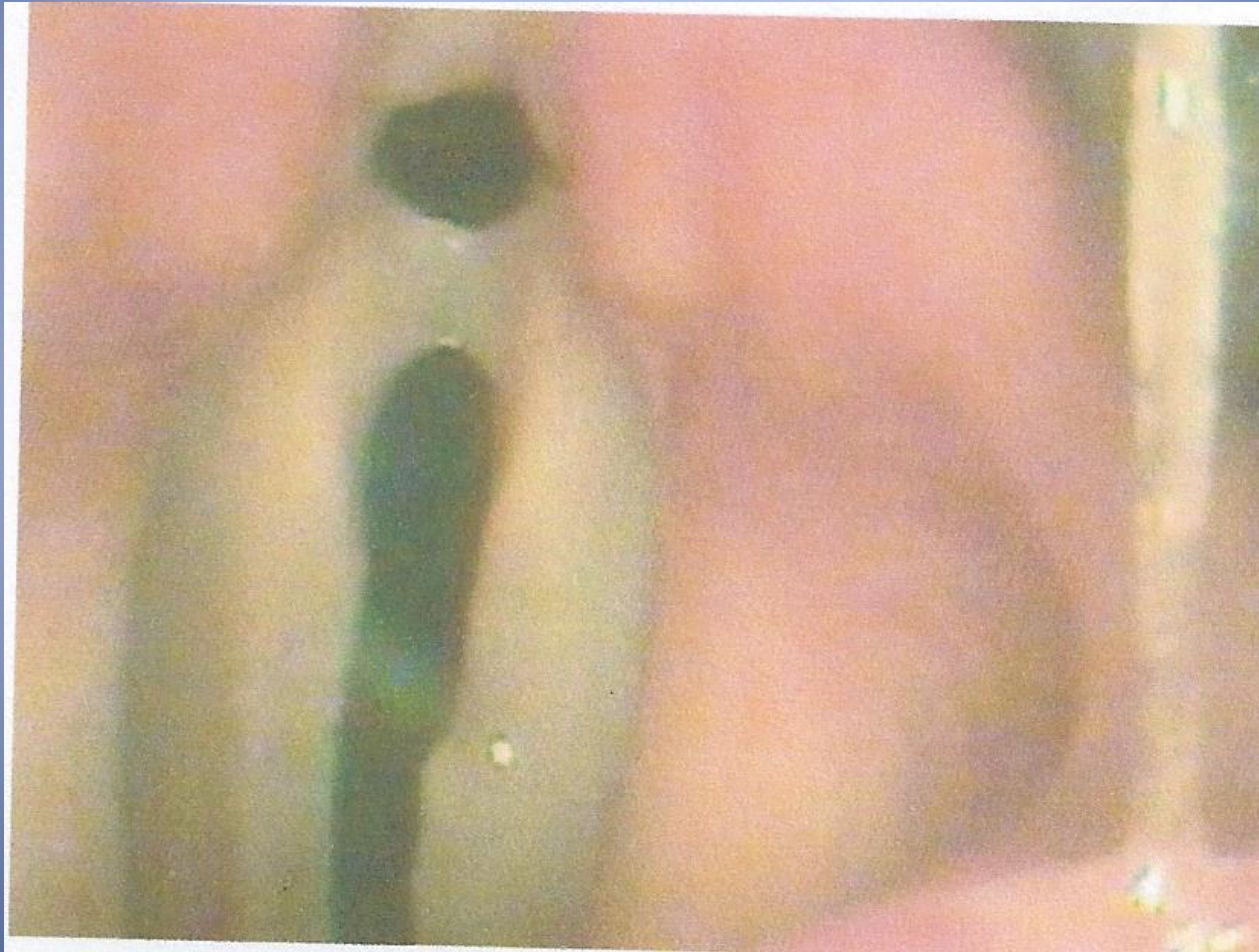
Parésie bilatérale avec bride postérieure en ouverture



Quelques semaines plus tard



Quelques semaines + tard



Cordotomie postérieure bilatérale



A propos d'un cas clinique

- Monsieur H.D, 27 ans, porteur d'un nodule du lobe gauche de la thyroïde(3 cm) connu depuis octobre 2009
- Réveil brutal au milieu de la nuit par une douleur pharyngée en Septembre 2010.
- Aphonie complète dans l'après midi
- Traitements par corticothérapie, puis AB

Examen ORL au bout de 48 heures

- Paralysie de la CV gauche
- Bilan complet (scanner cervico thoracique)
- Echographie de la thyroïde: nodule gauche inchangé dans sa taille et son aspect.
- Adressé à un chirurgien : chirurgie en urgence pour suspicion de cancer
- Commence une rééducation orthophonique

Prend un 2ème avis (Dr Monpeyssen)

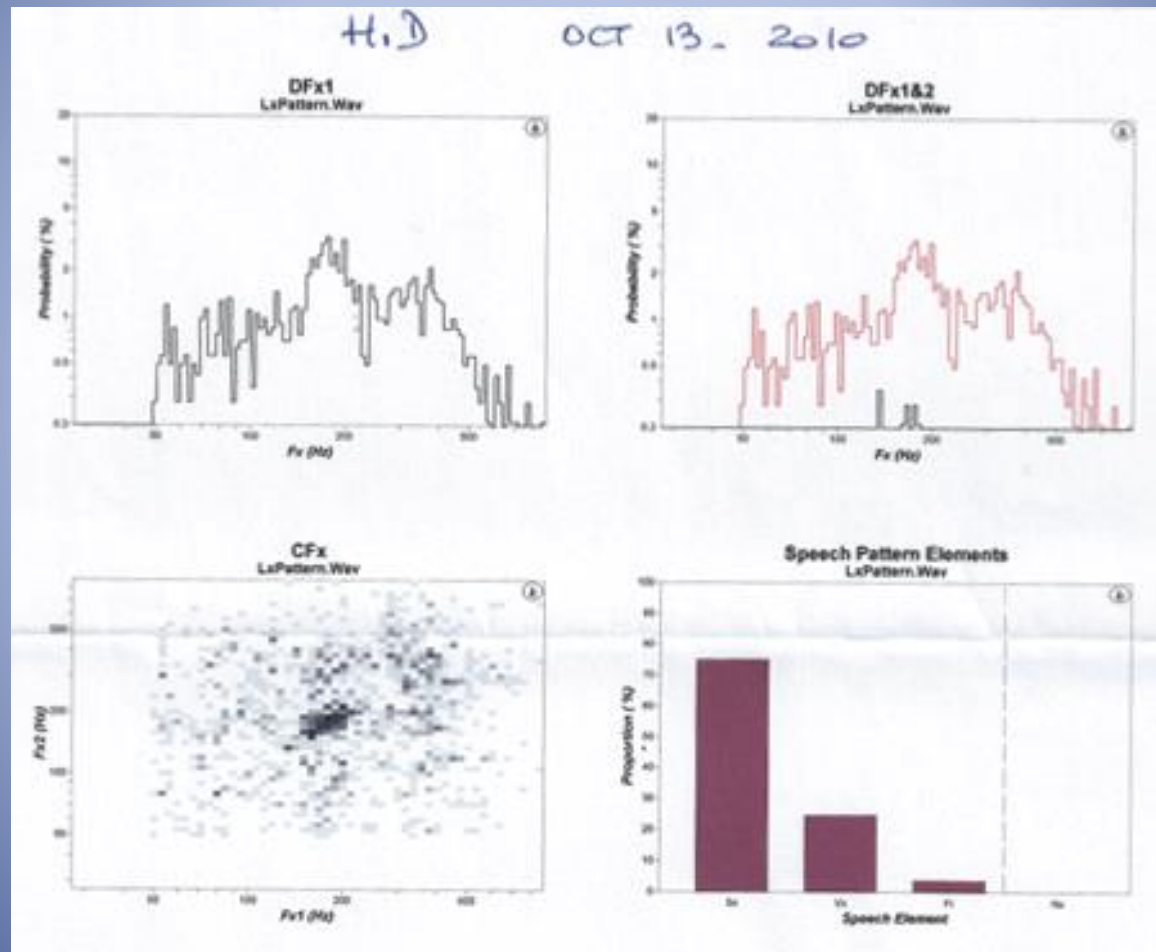
- Nouvelle Echographie
- Cytoponction
- Mise en doute de la compression du nerf récurrent par le nodule

- Bilan phoniatrique en octobre 2010

Bilan Phoniatrique Oct 2010

- Le patient commence à récupérer sa voix
- La respiration est en place
- La voix est soufflée, bitonale, irrégulière , mais le patient est audible et intelligible
- L'intensité vocale est diminuée
- L'analyse acoustique montre un défaut de fermeture, une Fo décalée dans l' aigu, et 83% d'irrégularités

Analyse Acoustique HD Oct.2010



L'endoscopie avec stroboscopie

- Paralysie de la CV gauche en position intermédiaire
- Fuite d'air sur toute la longueur des CV avec petite utilisation des BV à la phonation et bascule en avant du cartilage aryténoïde G
- Gros signes indirects de reflux GO

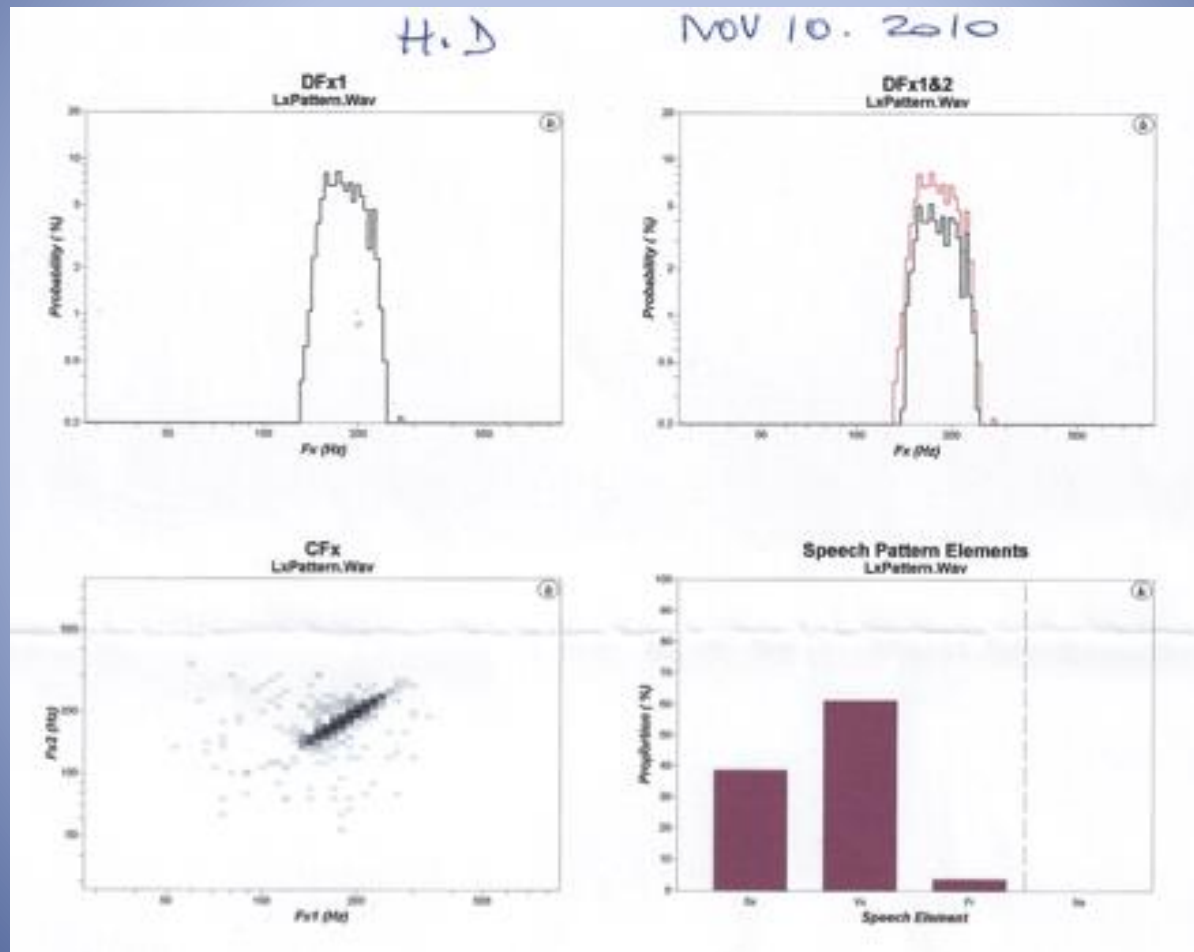
DISCUSSION

- La cause la plus probable , compte tenu de la brutalité de l'installation de l' aphonie et de la PR gauche, est « idiopathique » , virale , sans relation avec le nodule du lobe G de la thyroïde

Le devenir du patient

- Les résultats de la cytoponction sont rassurant
- Le patient retrouve une voix normale le 22 Octobre (soit 5 semaines après le début de ses troubles)
- Un nouveau bilan phoniatrique fait en Nov. objective une voix normale, une analyse acoustique avec de bons accolements, une Fo toujours décalée dans l' aigu, et 5.7% d'irrégularités

Analyse Acoustique HD Nov.2010



En endoscopie

- La mobilité de la CV gauche est récupérée et l'accolement en phonation est de bonne qualité .
- Le patient sera opéré en Janvier 2011 de son nodule vésiculaire bénin
- Les suites opératoires seront simples sans aucun trouble vocal.

En Conclusion

- Perdre sa voix , c'est perdre son identité , la capacité d'exprimer ses sentiments, ses émotions, et pour certains , leur outil de travail.
- Il ne faut pas attendre pour prendre en charge les patients
- Importance du tandem chirurgien / Phoniatre