



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Immobilités laryngées unilatérales après chirurgie de la glande thyroïde

Unilateral laryngeal immobility after surgery of the thyroid gland

O. Laccourreye*, D. Malinvaud, M. Ménard, P. Bonfils

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale, université Paris-V – Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, AP–HP, 20-40, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 31 octobre 2009

MOTS CLÉS

Thyroïde ;
Larynx ;
Paralysie

Résumé

Objectifs de l'étude. – À partir d'une cohorte de 154 patients avec une immobilité laryngée unilatérale survenue lors d'une chirurgie de la glande thyroïde, les auteurs analysent l'étiopathogénie, la symptomatologie, l'évolution spontanée et la prise en charge de cette complication.

Patients et méthodes. – Cette étude rétrospective distingue les immobilités par paralysie du nerf laryngé inférieur (récurrent) des immobilités par atteinte de l'articulation crico-aryténoïdienne (arthrite, ankylose) et précise les lésions associées du larynx. Les conséquences de cette immobilité sur la voix, la déglutition et la respiration ainsi que son évolution spontanée sont étudiées. L'influence de diverses variables sur la décision thérapeutique (tests de Fischer et de Mann et Whitney) est analysée. Les résultats et les complications inhérentes aux techniques chirurgicales utilisées sont précisés.

Résultats. – Le mécanisme étiopathogénique était une paralysie du nerf laryngé inférieur dans 98% des cas et une atteinte de l'articulation crico-aryténoïdienne dans 2%. Le pourcentage de récupération, en l'absence de section avérée du nerf laryngé inférieur, était de 35,7%. Aucune récupération de la mobilité laryngée n'est survenue lorsque le nerf laryngé inférieur avait été sectionné. Parmi des remobilisations, 89,8% survenaient avant le neuvième mois postopératoires. Diverses anomalies morphologiques laryngées étaient associées dans 3,9% des cas. La voix était considérée par le patient comme normale dans 2,6% des cas. Des troubles de la déglutition et de la respiration existaient dans 21,4 et 8,4% des cas. Trois facteurs (section avérée du nerf laryngé inférieur, délai entre la chirurgie thyroïdienne et la consultation spécialisée ORL, degré de sévérité de la dysphonie) influençaient, au plan statistique, sur la décision de réaliser une intervention de médialisation laryngée. Après médialisation laryngée, tous les patients notaient une amélioration immédiate de la qualité de la voix et de la parole sans aucune complication majeure.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ollivier.laccourreye@egp.aphp.fr (O. Laccourreye).

KEYWORDS

Thyroid;
Thyroidectomy;
Complications;
Recurrent laryngeal
nerve injury;
Vocal cord paralysis

Conclusion. – Cette étude souligne que les immobilités laryngées unilatérales lors d'une chirurgie de la glande thyroïde : 1) ne sont pas toujours secondaires à une atteinte du nerf laryngé inférieur ; 2) ne sont pas toujours symptomatiques ; 3) ont une symptomatologie qui ne se limite pas à la seule dysphonie et 4) ne nécessitent pas toujours un traitement chirurgical mais répondent très bien à ce traitement lorsqu'il est mis en œuvre. Les conséquences pratiques et médico-légales de ces diverses données sont discutées au vu de la littérature.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Background. – The authors studied a cohort of 154 patients with unilateral vocal cord paresis following thyroidectomy, analyzing the pathogenesis, symptomatology, spontaneous evolution, and management of this complication.

Objective. – This retrospective study distinguished between vocal cord paresis due to recurrent laryngeal nerve injury or due to injury of the cricoarytenoid articulation. We assessed the influence multiple variables on therapeutic management. The results and complications of currently-employed surgical techniques to remedy unilateral vocal cord paresis were defined.

Patients and methods. – Injury to the recurrent laryngeal nerve was the cause of vocal cord paresis in 98% of cases; injury to the cricoarytenoid articulation accounted for only 2% of cases. When the recurrent laryngeal nerve had not been actually transected, spontaneous recovery of vocal cord function occurred in 36% of cases. No spontaneous recovery was noted when the nerve had been divided. The interval to recovery of cord function ranged from 2 to 15 months (median: 4 months). Spontaneous recovery of vocal cord function had occurred in 90% of these patients by the 9th postoperative month. Three factors significantly influenced the decision to perform a median transposition of the injured vocal cord: known transection of the recurrent laryngeal nerve, the interval to consultation with an ENT specialist, and the severity of dysphonia. Medial transposition of the injured vocal cord resulted in an immediate improvement in the quality of voice and speech with no major complications.

Conclusion. – Unilateral vocal cord paresis occurring after thyroidectomy is not always symptomatic and is not uniformly due to injury of the recurrent laryngeal nerve. Management does not always require surgical reintervention. The practical and medico-legal consequences of these injuries are discussed.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La chirurgie de la glande thyroïde est fréquemment réalisée dans les pays occidentaux [1,2]. Ainsi, le site internet (Ameli.fr) de la Caisse nationale d'Assurance Maladie faisait état de 16 000 actes chirurgicaux réalisés sur la glande thyroïde, dans le secteur libéral, au cours de l'année 2007 [2]. L'immobilité laryngée est une complication classique de cet acte chirurgical à la technique codifiée. Son incidence définitive varie de 0 à 3,2% avec une médiane estimée à 1% dans les séries qui comportent plusieurs centaines de patients opérés pour une pathologie bénigne (tumeur ou hyperthyroïdie) [3,4].

De nombreux travaux, dédiés aux facteurs qui favorisent la survenue de cette complication, aux moyens et aux modalités techniques à mettre en œuvre pour en réduire le risque ainsi qu'aux diverses techniques chirurgicales qui existent pour en pallier les conséquences, ont été publiés dans la littérature scientifique médicale [3,4]. En revanche, à notre connaissance, aucune série avec un nombre important de malades n'a évalué l'étiopathogénie, la symptomatologie, les éléments qui influent sur la prise en charge de cette complication et sur son évolution spontanée.

Ce manque de données a motivé cette étude rétrospective menée sur une cohorte de 154 patients avec une immobilité laryngée unilatérale survenue lors d'une chirurgie de la glande thyroïde. Les auteurs analysent les mécanismes étiopathogéniques, la symptomatologie, l'évolution spontanée et la prise en charge thérapeutique de cette classique complication opératoire.

Patients et méthodes

Entre 1990 et 2008, 743 patients avec une immobilité laryngée unilatérale ont été adressés dans notre service. Cent cinquante-quatre de ces 743 patients (20,3%) adressés par 123 chirurgiens avaient développé cette immobilité laryngée unilatérale lors d'un acte chirurgical sur la glande thyroïde. L'acte chirurgical initial était motivé par une pathologie bénigne (tumeur bénigne ou hyperthyroïdie) chez 101 patients (66%) et par une pathologie cancéreuse chez 53 patients (34%). Le délai entre l'acte chirurgical sur la glande thyroïde et la consultation variait de quelques jours à 480 mois avec une médiane de deux mois (Fig. 1).

Cette population, âgée de 18 à 98 ans, se composait de 114 femmes (74%) et 40 hommes (26%). Une co-morbidité était parfois retrouvée et correspondait à trois hypertension artérielles, deux asthmes, deux lésions nerveuses associées (XI^e paire crânienne et sympathique cervical), une tétraplégie, une cardiopathie, une dépression sévère, une lymphocèle et un antécédent de radiothérapie (72 Gy) pour cancer épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.

Nous avons distingué en termes étiopathogéniques, les immobilités par paralysie du nerf laryngé inférieur (récurrent) des immobilités par atteinte de l'articulation crico-aryténoïdienne (arthrite, ankylose) ipsilatérale en utilisant les divers éléments cliniques précisés dans le Tableau 1. Dans 11% des cas (17/154), le chirurgien précisait, dans son compte-rendu opératoire, que le nerf laryngé inférieur avait été sectionné lors du geste chirurgical. Le nerf laryngé inférieur sectionné avait été suturé une fois.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296157>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296157>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)