

**ACTUALISATION DE LA
RECOMMANDATION
POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

Paralysies laryngées unilatérales de l'adulte

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr de Monès del Pujol Erwan, ORL, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et CCF, Service ORL, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

Commission Expertise et Évaluation de la Société Française d'ORL & CFC :
Président : Pr Sébastien Vergez
Médecin coordonnateur : Dr Sophie Tronche

GROUPE DE TRAVAIL

Président :

Pr de Monès Del Pujol Erwan, ORL, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et CCF, Service ORL Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

Dr Amy de la Bretèque Benoit, phoniatre, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Gui de Chauliac, CHU de Montpellier

Dr Carsuzaa Florent, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL, CHU de Poitiers

Dr Crestani Sabine, Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL, CHU Larrey, Toulouse

Pr Espitalier Florent, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL, CHU de Nantes

Pr Garrel Renaud, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL, Hôpital Gui de Chauliac, CHU de Montpellier

Pr Giovanni Antoine, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital de la Conception, Marseille

Pr Hans Stéphane, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Foch, Suresnes

Dr Lagier Aude, ORL, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Liège, Belgique

Dr Mailly Marie, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Fondation Rothschild, Paris

Pr Marie Jean Paul, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Charles Nicolle, CHU de Rouen

Mme Ravera-Lassalle Aurélie, orthophoniste, Aix-en-Provence

Dr Woisard Virginie, Professeur associé-Praticien Hospitalier, ORL et phoniatre, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Larrey, Toulouse

GROUPE DE LECTURE

Dr Atallah Ihab, MD PhD, Praticien-Hospitalier d'ORL, Laryngologie, Phoniatry, et Bronchoesophagologie, Clinique Universitaire d'ORL, CHU Grenoble

Dr Bianco Erkki, ORL Phoniatre, Paris

Dr Carvalho Jean, ORL chirurgien cervicofacial, Strasbourg

Dr Chevaillier Gérard, ORL-Phoniatre, Service ORL, Hôpital saint Joseph, Paris

Dr Circiu Marta, ORL spécialisée en Laryngologie, Assistante, Hôpital Foch, Suresnes

Mme Coudière-Trouilhet Caroline, Orthophoniste, Muret

Dr Degols Jean-Christophe, MD, ORL-Chirurgie cervico-faciale, Clinique Saint-Pierre, Belgique

Dr Dhuyghues des Étages Gunther, Chirurgien ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de la Guadeloupe

Dr Diorflar Sarah, Praticien Hospitalier, service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Niort

Mme de la Porte Charlotte, Orthophoniste, Poitiers

Dr Duffas Olivier, Chef de service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital de Libourne

Pr Dufour Xavier, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef de Service d'ORL, de Chirurgie Cervico-Faciale et d'Audiophonologie - CHU de Poitiers, Laboratoire Inflammation, Tissus Epithéliaux et Cytokines, EA 4331 - Université de Poitiers

Dr Finck Camille, MD PhD, Chargée du cours de Phoniatry, Liège, Faculté de Médecine, Chargée de cours, Umons, anatomophysiologie de la phonation, FPSE, Service ORL, CHU Sart Tilman, Liège, Belgique

Dr Giacchero Paul, ORL, Nice

Dr Girault Nathalie, Phoniatre, Service ORL, CHU de Poitiers

Dr Guillaume-Souaid Gladys, ORL et Chirurgie Cervico Faciale, Phoniatre, CHU d'Amiens Picardie et Polyclinique de Picardie

Dr Hamon Patrick, ORL Phoniatre, Nantes

Dr Laur Dominique, ORL Phoniatre, CHIC Castres-Mazamet, Castres

Dr Lazard Diane, ORL, MD PhD, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Institut Arthur Vernes, Paris

Dr Louges Marie-Anne, ORL et chirurgien cervico-facial, Hôpital Jeanne de Navarre, Château-Thierry

Dr Marmouset Franck, ORL Phoniatre, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Tours

Dr Marronnier Adrien, ORL - Chirurgien de la face et du cou, Laryngo-phoniatre, Praticien attaché au CHU de Rouen, Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Dr Mattei Alexia, Praticien Hospitalier contractuel ORL, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale - CHU hôpital de la Conception, Marseille

Dr Milhé de Saint-Victor Solange, Praticien Hospitalier, ORL et phoniatre, Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

Dr Mouchon Emmanuelle, Praticien Hospitalier, ORL, CHU Toulouse Larrey, Toulouse

Dr Pérouse André-Romain, Chirurgie ORL et Cervico-Faciale. Phonochirurgie. GHM Portes-du-Sud, Vénissieux

Dr Pierre Guillemette, ORL et chirurgie cervico-faciale, Toulouse

Dr Plisson Laetitia, MD-Praticien Hospitalier, Service ORL, CHU de Caen

Dr Raft Jérôme, Médecin ORL Phoniatre, Colmar

Dr Remacle Sarah, ORL, spécialisée en laryngologie, CHU de Liège, Belgique

Dr Schweizer Valérie, Médecin agrée, ORL- phoniatre, Unité de phoniatry et logopédie, service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Dr Fichaux-Bourin Pascale, phoniatre Praticien-Hospitalier, Service ORL et de chirurgie cervico-faciale, CHU Toulouse Larrey, Toulouse

Mme Loriau Sophie, Orthophoniste, Pau

Pr Matar Nayla, Professeur Associé, Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, Hôpital Hôtel Dieu de France, Beyrouth, Liban.

Pr Remacle Marc, Professeur, Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale, Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Centre Hospitalier de Luxembourg

Dr Roudévitch Anne-Laure, Médecin Phoniatre, équipe d'audiophonologie, Centre Edison, Paris

Pr Schultz Philippe, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Laryngologie et chirurgie cervico-faciale, Service ORL et CCF, CHU de Strasbourg

Organisation : Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou

Organisation : Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou

CORRESPONDANCE ENTRE L'ÉVALUATION DE LA LITTÉRATURE ET LE GRADE DES RECOMMANDATIONS

(grille adaptée Score de Sackett)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
TEXTE : Argumentaire	Recommandation
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Grade A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Grade B
Études comparatives non randomisées bien menées	
Études de cohorte	Présomption scientifique
Niveau 3	
Études cas-témoins	
Essais comparatifs avec série historique	Grade C
Niveau 4	
Études comparatives comportant des biais importants	Faible niveau de preuve scientifique
Études rétrospectives	
Séries de cas	
Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	
Toute autre publication (cas report, avis d'expert, etc)	
Aucune publication	Accord professionnel *

*En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondront à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'expliciter les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine,...).

D'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES / Janvier 2000

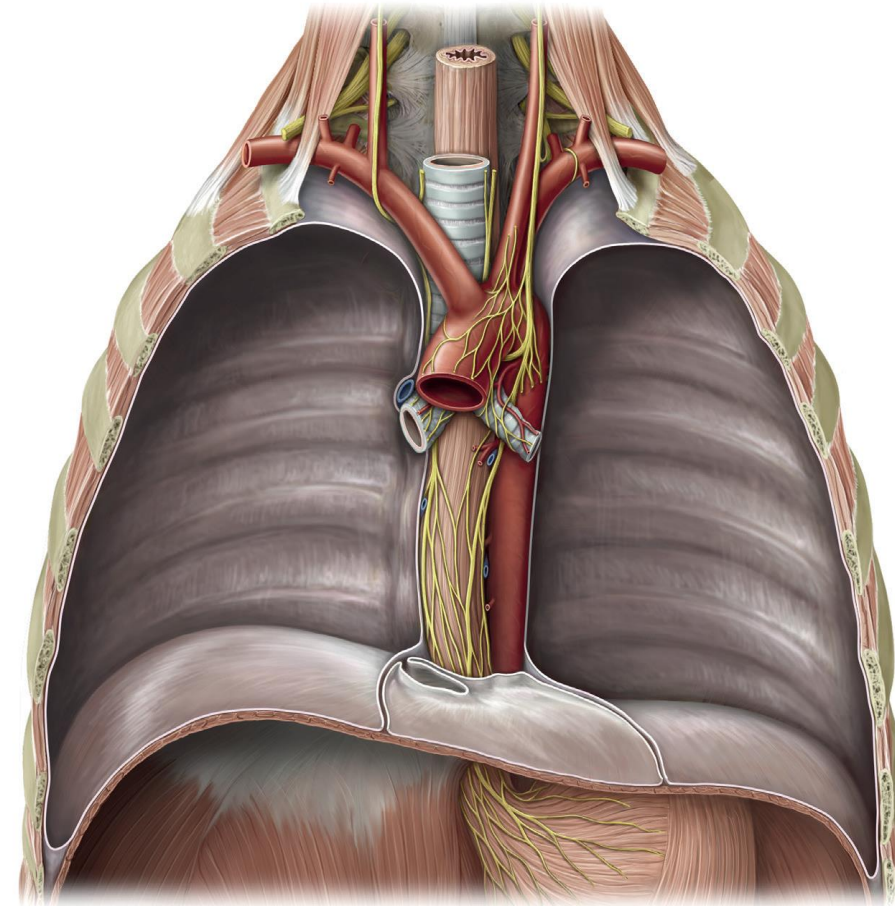
Tableau : Correspondance entre l'évaluation de la littérature et le grade des recommandations (grille adaptée du score de Sackett).

Paralysie/parésie laryngée unilatérale

- Immobilité unilatérale du larynx,
- par atteinte unilatérale de la commande motrice des muscles intrinsèques du larynx,
- Innervés par le nerf laryngé inférieur (NLI).
 - Atteintes du nerf laryngé supérieur non comprises
 - Perturbation des mouvements d'ab/ad-duction uniquement
- Cette paralysie peut résulter d'une atteinte isolée du NLI, ou s'intégrer dans une atteinte plus proximale du nerf vague (avant ou après l'émergence du nerf laryngé supérieur), voire de son noyau central.
 - Exclusion a priori des troubles de mobilité laryngée dans le cadre des maladies neuro-dégénératives, centrales ou périphériques

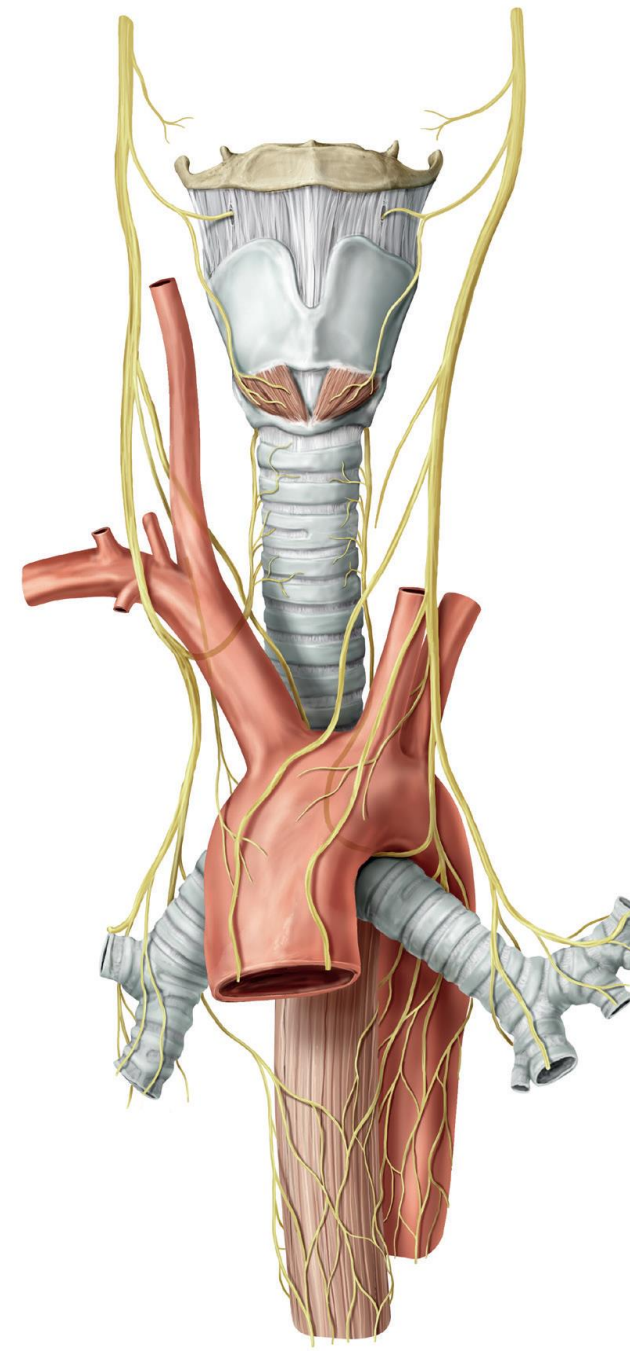
Mise au point étiologique

- En l'absence de contexte évident d'une PLU, il est recommandé de réaliser en 1re intention un scanner cervico-facial injecté incluant la base du crâne, complété par un scanner thoracique en cas de PLU gauche (Grade C).
- En l'absence de cause identifiée, une échographie thyroïdienne (PLU par atteinte du nerf laryngé inférieur) ou une IRM cervico-faciale incluant la base du crâne (PLU par atteinte du nerf vague) seront réalisées (Accord professionnel).



Mise au point étiologique

- En l'absence de contexte évident d'une PLU, il est recommandé de réaliser en 1^{re} intention un scanner cervico-facial injecté incluant la base du crâne, complété par un scanner thoracique en cas de PLU gauche (Grade C).
- En l'absence de cause identifiée, une échographie thyroïdienne (PLU par atteinte du nerf laryngé inférieur) ou une IRM cervico-faciale incluant la base du crâne (PLU par atteinte du nerf vague) seront réalisées (Accord professionnel).



Mise au point étiologique



- Il est recommandé de réaliser un bilan biologique pour éliminer une neuropathie périphérique en l'absence de contexte évident et après un bilan radiologique initial bien conduit sans cause identifiée (Accord professionnel).
 - Bilan standard,
 - Sérologies: VIH, Hépatite B et C, VZV et HSV, syphilis
 - Ac anti-nucléaires

Mise au point étiologique

- Il est recommandé de **renouveler le bilan radiologique dans les 3 années** suivant le diagnostic de la PLU en l'absence de récupération spontanée et de cause identifiée lors du bilan initial (Grade C).
- Il n'est pas recommandé de réaliser un bilan à visée étiologique pour une PLU survenant au décours immédiat d'un acte chirurgical ou interventionnel, à condition que la PLU soit cohérente avec l'acte réalisé (Accord professionnel)

Mise au point fonctionnelle

- Il est recommandé d'évaluer, par un interrogatoire et un examen clinique appropriés, les conséquences fonctionnelles de la PLU sur la voix, la déglutition et la respiration (GRADE C)
- **Il est recommandé de réaliser lors du bilan initial, et en particulier avant une prise en charge thérapeutique,**
 - un auto-questionnaire de handicap vocal (Voice Handicap Index),
 - une mesure du Temps Maximum de Phonation
 - un enregistrement vocal (Accord Professionnel)



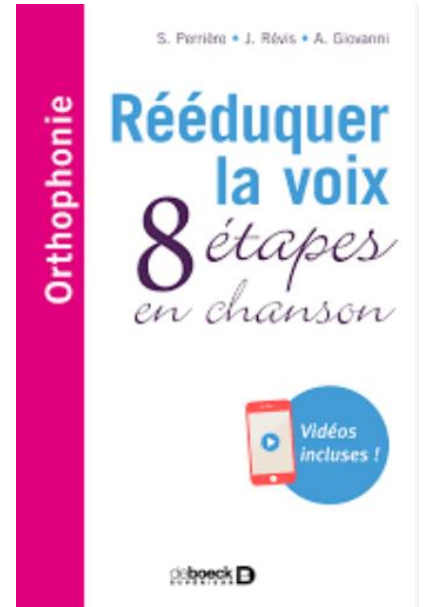
Mise au point: EMG laryngé?

- Il n'est pas recommandé de réaliser un EMG laryngé dans tous les cas de PLU (Accord professionnel).
- Il est recommandé d'interpréter le résultat de l'EMG en fonction du délai par rapport au début de la PLU (Grade B).
 - Syncinésies
- Il est recommandé de réaliser l'EMG laryngé précocement après la survenue de la PLU si l'on souhaite avoir une information pronostique sur les possibilités de récupération (Grade A).
 - Entre 1 et 4 mois



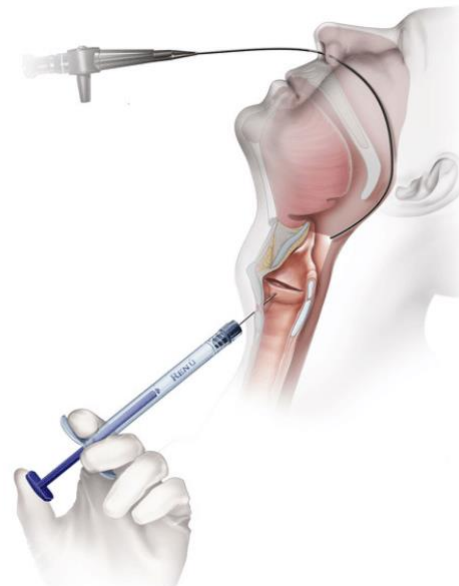
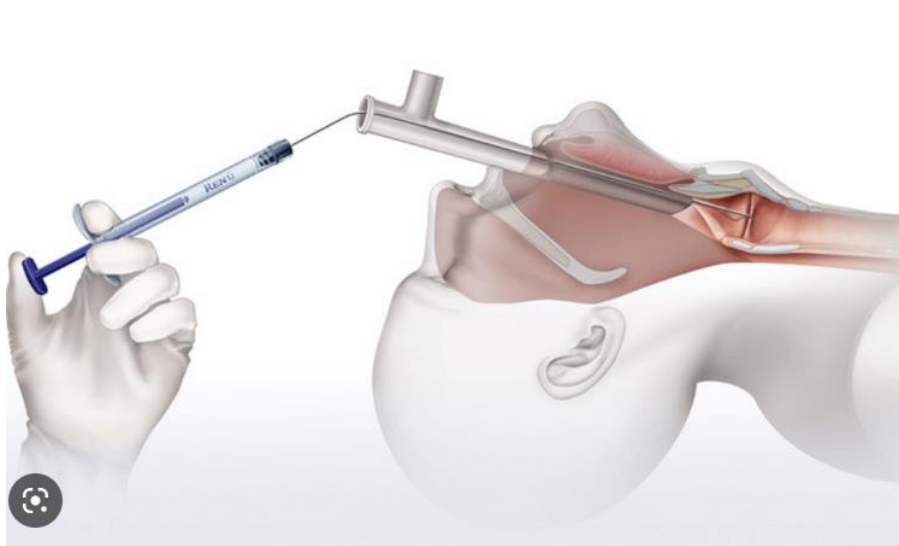
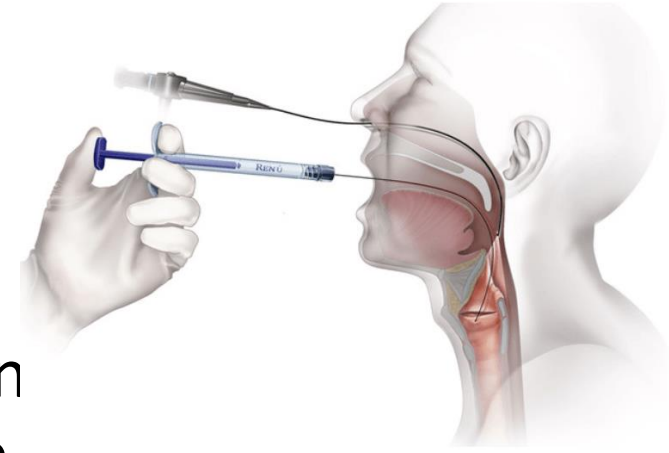
Rééducation logopédique

- Il est recommandé de réaliser un bilan orthophonique précoce en cas de PLU symptomatique (GRADE C)
- En cas de symptômes sévères, mal tolérés ou mettant en jeu le pronostic vital, il est recommandé de ne pas attendre les effets de la rééducation orthophonique pour envisager un geste chirurgical (Accord professionnel).
- Il est recommandé d'évaluer l'efficacité de la rééducation orthophonique avant un maximum de 30 séances. En cas de résultat insuffisant de la rééducation orthophonique, un geste chirurgical doit être discuté (Accord professionnel)



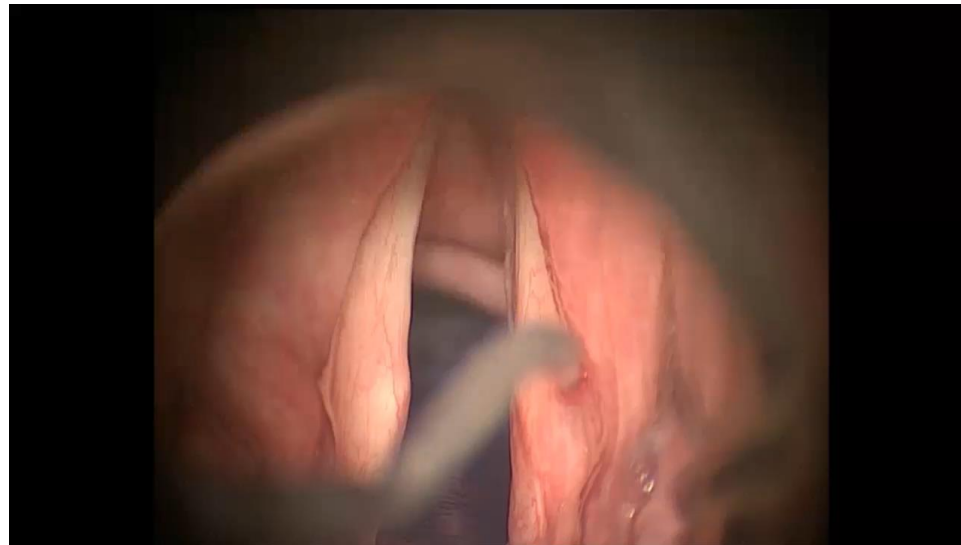
Augmentation cordale par injection (médialisations)

- La modalité d'injection sera adaptée à la fois au patient (conditions anatomiques, compliance, choix, contexte médical), au professionnel (matériel disponible, expérience) et au produit choisi (Accord professionnel).



Augmentation cordale par injection (médialisations)

- Il est recommandé de réaliser une surcorrection lors d'une augmentation cordale par injection de graisse autologue pour augmenter le taux de succès à long terme en raison d'une résorption partielle constante lors des premières semaines suivant l'injection (Grade C)

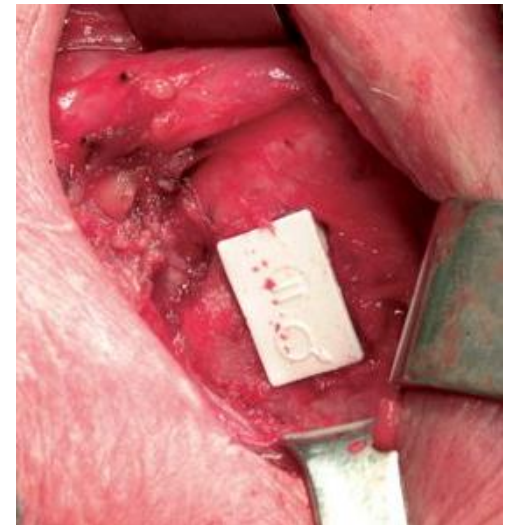
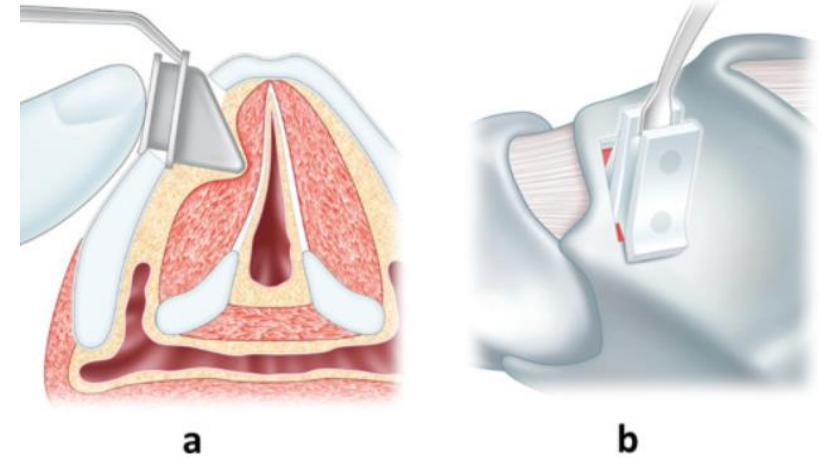


Augmentation cordale par injection (médialisations)

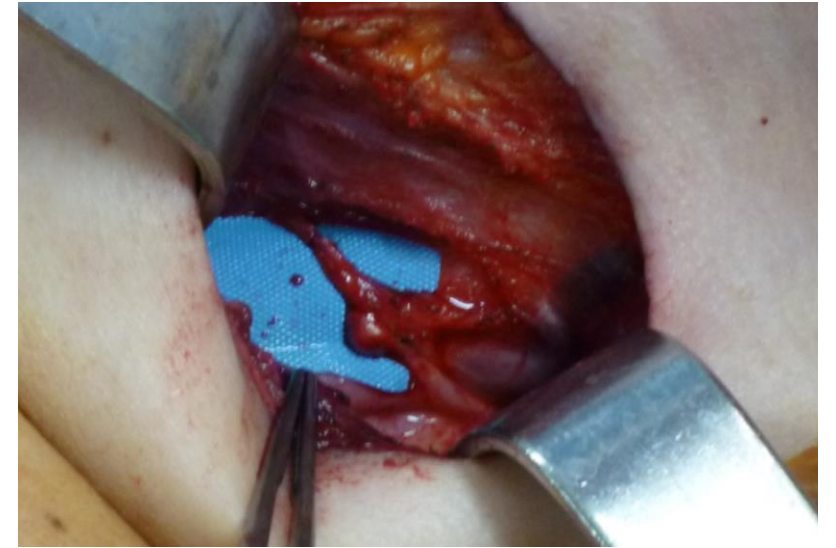
- Il est recommandé d'utiliser un dispositif médical implantable autorisé par les autorités de tutelle françaises ou européennes. L'utilisation de tout autre produit doit être réalisée dans le cadre d'études cliniques (Grade A).
- Il est recommandé de limiter le plus possible le recours à un produit synthétique non résorbable pour une augmentation cordale par injection, compte tenu des risques de mauvais résultats vocaux définitifs en cas d'injection inappropriée, et de la disponibilité actuelle de produits de synthèse résorbables plus sûrs à utiliser (Accord professionnel).
- Il est recommandé d'utiliser un produit résorbable dans le cadre d'une paralysie laryngée de pronostic incertain (Accord professionnel).
- Il est recommandé d'utiliser un produit résorbable en cas de difficultés durant la procédure rendant aléatoire la précision de l'injection (Accord professionnel).

Thyroplastie de type 1

- Il est recommandé d'utiliser un dispositif médical autorisé par les autorités françaises ou européennes lorsqu'une thyroplastie de type 1 est indiquée (Grade A).
- Il n'est pas recommandé de proposer en 1ère intention une thyroplastie de type 1 en cas de PLU avec un pronostic incertain de récupération et en l'absence de symptômes sévères ou mettant en jeu le pronostic vital. (Accord professionnel).



Réinnervation laryngée



- En cas de section du nerf laryngé inférieur pendant une chirurgie thyroïdienne, il est recommandé de réparer le nerf immédiatement (Accord professionnel)
- Il est recommandé de réaliser un EMG laryngé avant de proposer une réinnervation laryngée secondaire, cet examen devant soit montrer une souffrance nerveuse sévère, soit évoquer des syncinésies défavorables (Grade B)

Réinnervation laryngée

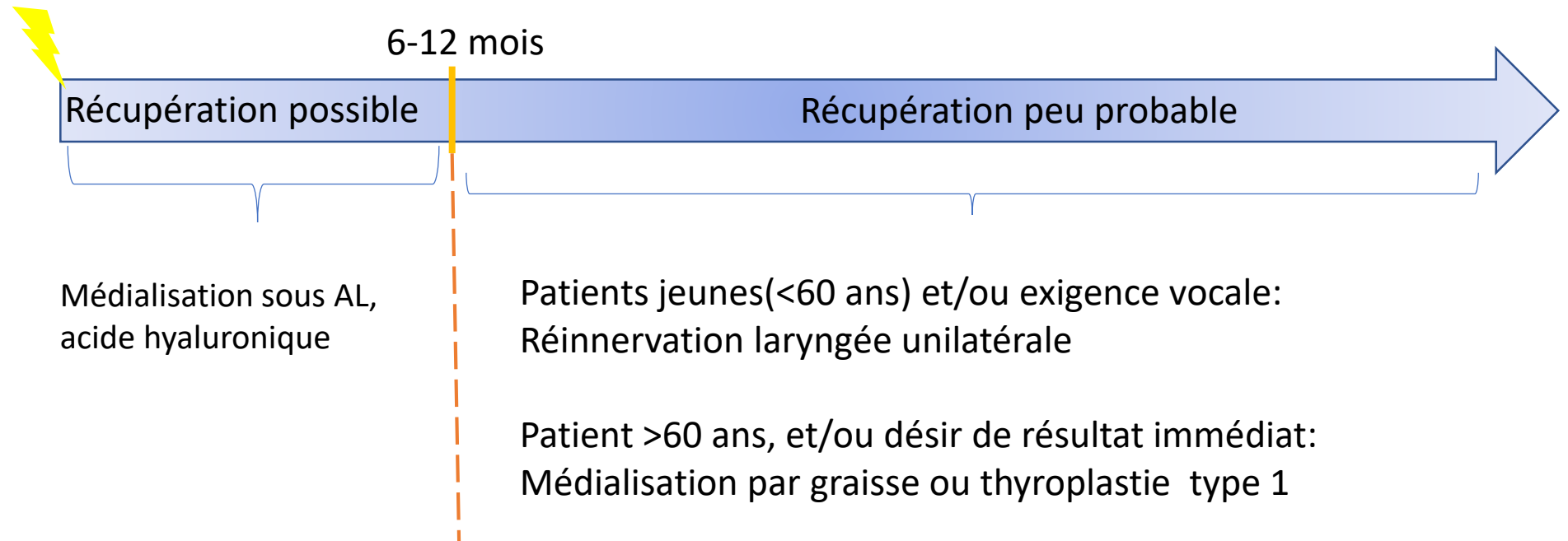
- En l'absence de section connue du nerf, il est recommandé d'attendre un délai de 9 mois minimum sans récupération fonctionnelle avant de proposer une réinnervation laryngée par suture nerveuse (Grade C).
- Dans le cas d'une réinnervation laryngée secondaire, il est recommandé de la réaliser dans les deux ans après l'apparition de la paralysie (Grade C). Une réinnervation plus tardive est cependant envisageable (Accord professionnel).
- Il n'est pas recommandé de proposer une réinnervation laryngée à des patients dont l'espérance de vie est inférieure à 2 ans (Accord professionnel).
- Il n'est pas recommandé de proposer une réinnervation laryngée seule en cas de fausses routes invalidantes imputables à la paralysie laryngée. Dans ce cas, une augmentation cordale ou une thyroplastie de type 1 devra être associée à la réinnervation laryngée (Accord professionnel)

Toxine botulique



- Il est recommandé de proposer une injection intralaryngée de toxine botulique du côté paralysé devant une dyspnée laryngée invalidante en rapport avec des syncinésies après échec d'une prise en charge rééducative (Grade C).

En résumé



Patient avec bon EG
et espérance de vie

Médialisation sous AL,
acide hyaluronique

Patients jeunes (<60 ans) et/ou exigence vocale:
Réinnervation laryngée unilatérale

Patient >60 ans, et/ou désir de résultat immédiat:
Médialisation par graisse ou thyroplastie type 1

Patient avec espérance
de vie <2ans

Bon état général:

Médialisation par graisse sous AG ou Thyroplastie type 1 (AL+sédation)

Mauvais état général ou CI à l'AG:

Médialisation sous AL avec acide hyaluronique ou hydroxy-apatite de calcium
Ou Thyroplastie type 1

Très mauvais état général:

Médialisation sous AL avec acide hyaluronique ou hydroxy-apatite de calcium