

UNE DYSPHONIE RÉVÉLANT UN ANÉVRYSME DE L'ISTHME AORTIQUE : LE SYNDROME CARDIOVOCAL D'ORTNER À PROPOS D'UN CAS

DYSPHONIA REVEALING AN AORTIC ISTHMUS ANEURYSM: ORTNER'S CARDIOVOCAL SYNDROME IN A CASE

BA D I G, SAMBA M M, THIAW A A, DIALLO A K, DIOP M S, DIAGNE P A, MBENGUE A A, CAMARA M, DIONE J C, SALL A M, KABEYA E, DOSSA C, BA P O, SOW N F, DIATTA S, GAYE M, DIENG P A, NDIAYE A, BA S, CISS A G.1.

1. Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU Fann, Dakar, Sénégal.

Résumé

Introduction: La paralysie des cordes vocales est un problème courant dans la pratique de l'oto-rhino-laryngologie. La paralysie récurrente des cordes vocales n'est pas seulement une entité pathologique mais peut également être un symptôme d'autres troubles dont les affections cardiovasculaires. La paralysie du nerf laryngé récurrent gauche causée par une pathologie cardiovasculaire, telle qu'une hypertrophie de l'oreillette gauche, une dilatation de l'artère pulmonaire gauche ou un anévrisme de l'aorte thoracique est connue sous le nom de syndrome d'Ortner ou syndrome cardiovocal. Nous rapportons un cas rare de ce syndrome causé par un anévrisme de l'isthme aortique avec une brève revue de la littérature.

Observation : Patient de 74ans, sans antécédents médicochirurgicaux rapportés, présentant une dysphonie évoluant depuis 1mois sans autres symptômes associés. L'examen clinique objectivait à la laryngoscopie indirecte, une corde vocale gauche paralysée en position paramédiane sans signe de malignité et l'angio-TDM cervicothoracique a montré un anévrisme sacculaire de l'isthme aortique mesurant 52 x 34 x 32 mm avec probable effet de masse sur le nerf récurrent gauche. Le diagnostic de syndrome d'Ortner dû à un anévrisme de l'aorte isthmique a été posé sur la base de la présentation clinique et de la tomodensitométrie cervicothoracique

Conclusion: L'enrouement de la voix dû à la compression du nerf laryngé récurrent par un anévrisme de l'aorte thoracique pourrait peut-être le symptôme révélateur de pathologies cardiovasculaires et être un signe avant-coureur d'une rupture anévrysmale. Il est important de reconnaître en pratique clinique ce syndrome, car la suspicion peut grandement influencer le devenir du patient.

Mots-clés : Syndrome d'Ortner, Paralysie corde vocale, Anévrisme isthme aortique

Summary

Introduction: Vocal cord paralysis is a common problem in the practice of otolaryngology. Recurrent vocal cord paralysis is not only a pathological entity but can also be a symptom of other disorders including cardiovascular conditions. Left recurrent laryngeal nerve palsy caused by cardiovascular pathology, such as left atrial enlargement, left pulmonary artery dilatation, or thoracic aortic aneurysm is known as Ortner syndrome or cardiovocal syndrome. We report a rare case of this syndrome caused by an aneurysm of the aortic isthmus with a brief review of the literature.

Observation: 74-year-old patient, with no medical-surgical history reported, presenting with dysphonia evolving for 1 month without other associated symptoms. The clinical examination objectified to the indirect laryngoscopy, a paralyzed left vocal cord in paramedian position without sign of malignancy and the cervicothoracic angio-CT showed a saciform aneurysm of the aortic isthmus measuring 52 x 34 x 32 mm with probable effect of mass on the left recurrent nerve. Diagnosis of Ortner syndrome due to isthmus aortic aneurysm was made based on clinical presentation and cervicothoracic computed tomography

Conclusion: Hoarseness of the voice due to compression of the recurrent laryngeal nerve by a thoracic aortic aneurysm could perhaps be the symptom revealing cardiovascular pathologies and could be a warning sign of aneurysmal rupture. It is important to recognize this syndrome in clinical practice, because suspicion can greatly influence the patient's outcome.

Keywords: Ortner's syndrome, Vocal cord paralysis, Aortic isthmus aneurysm

Correspondance : dialtabeiabrahimaguesseba@gmail.com,
Tel : +22177748217, BP : 21600,

Soumis le 6 September 2023
Révisé le 15 Février 2024
Accepté le 02 Mai 2024

INTRODUCTION

La paralysie des cordes vocales est un problème courant dans la pratique de l'oto-rhino-laryngologie. La paralysie récurrente des cordes vocales n'est pas seulement une entité pathologique mais peut également être un symptôme d'autres troubles (pathologies centrale ou périphérique, paralysie chirurgicale ou non chirurgicale, etc.) [1]. La paralysie des cordes vocales peut résulter des lésions du noyau ambigu, de ses voies supra nucléaires, du tronc principal du nerf vague ou du nerf laryngé récurrent [2].

Les causes de paralysie récurrentielle du nerf laryngé en ORL ont été classées comme suit : une paralysie non chirurgicale (tumeur thyroïdienne, cancer idiopathique et cancer du poumon), paralysie chirurgicale (chirurgie thyroïdienne ou œsophagienne, intubation) ou une combinaison des deux. Ce syndrome d'Ortner, également connu sous le nom de syndrome cardiovocal, a été documenté pour la première fois en 1897 par Robert Ortner, un médecin autrichien, chez un patient présentant une hypertrophie auriculaire gauche due à une sténose mitrale sévère et entraînant la compression du nerf laryngé récurrent [3]. Bien qu'il ait été initialement associé à une sténose mitrale, plusieurs autres cas rapportés suggèrent que l'enrouement peut être causé par de nombreuses pathologies cardiovasculaires. En particulier, il peut s'agir d'affections congénitales (comminution inter-atriale, comminution inter-ventriculaire, fenêtre aortopulmonaire, ventricule droit à double issue), troubles chez l'adulte (hypertrophie auriculaire gauche, anévrisme ventriculaire gauche, oreillette gauche géante thrombosée, myxome auriculaire, anévrysmes aortiques ou pseudoanévrismes, lésions iatrogènes (chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique, procédure d'ablation de la fibrillation auriculaire). Le mot « cardiovocal » a été utilisé dans ce cas. Il est ainsi défini comme une paralysie du nerf laryngé récurrent gauche causée par une pathologie cardiovasculaire, telle qu'une hypertrophie de l'oreillette gauche, une dilatation de l'artère pulmonaire gauche ou un anévrisme de l'aorte thoracique. L'association de la dysfonction des cordes vocales avec un anévrisme de l'aorte thoracique a été rapportée dans la littérature oto-rhino-laryngologie [3]. Nous décrivons un cas rare de syndrome d'Ortner causé par un anévrisme de l'isthme aortique avec une brève revue de la littérature.

OBSERVATION

Patient de 74ans, non tabagique, sans autres facteurs de risques cardiovasculaire mis à part l'âge et le sexe, suivi en ambulatoire en Oto-rhino-laryngologie pour une dysphonie évoluant depuis 1mois sans dyspnée ni douleur thoracique, ni

d'odynophagie, ni d'amaigrissement. Pas de notion de traumatisme récent ou ancien rapporté. Il n'avait pas d'antécédents familiaux de malignité ou de trouble du tissu conjonctif.

L'examen clinique a objectivé à la laryngoscopie indirecte, une corde vocale gauche paralysée en position paramédiane sans signe de malignité. Par ailleurs, l'examen n'a pas permis de mettre en évidence une lymphadénopathie ni une masse cervicale, l'examen cardiovasculaire de même que l'examen pleuropulmonaire était sans particularités. L'angioTDM cervicothoracique a montré un anévrisme sacciforme de l'isthme aortique mesurant 52 x 34 x 32 mm avec un probable effet de masse sur le nerf récurrent gauche, pas d'anomalie pharyngolaryngée ni de masse ou de syndrome de masse intra canalaire cervicothoracique (Fig.1). La TDM cérébrale est normale (Fig.2). Le bilan cardiaque a montré à l'ECG, des troubles secondaires de la repolarisation et à l'ETT, un léger bourrelet septal sous aortique non obstructif, IM et IT minimes avec PAPS à 28mmHg.

Sur le bilan biologique, la numération formule sanguine, la crase sanguine, la fonction rénale et le bilan lipidique sont normales. La CRP est élevée à 229,2mg/L, la VS est à 12 à la 1re heure et à 48 à la 2e heure. La glycémie à jeun est à 1,33g/L et l'HbA1c à 6,8%. Les sérologies HIV, VHC, syphilitique de même que l'Ag HbS sont négatifs.

Le diagnostic de syndrome d'Ortner dû à un anévrisme de l'aorte isthmique a été posé sur la base de la présentation clinique et l'aspect aortographique de la tomодensitométrie cervicothoracique. Un avis chirurgical cardiovasculaire a été fixé mais compte tenu du plateau technique inadapté dans nos locaux, une évacuation sanitaire a été décidée.

DISCUSSION

Le nerf laryngé récurrent innerve tous les muscles intrinsèques du larynx, à l'exception du cricothyroïdien, et est donc responsable de l'adduction et de l'abduction des cordes vocales. Il suit de chaque côté un parcours différent : du côté droit, il traverse la première partie de l'artère sous clavière et s'accroche pour se déplacer entre la trachée et l'œsophage. Sur le côté gauche, le nerf laryngé récurrent provient du nerf vague gauche au bord antérolatéral de l'arc aortique dans un espace entre l'artère pulmonaire et l'arc aortique (fenêtre aortique), juste derrière le ligament artériel et monte dans le sillon trachéoesophagien puis se déplace profondément jusqu'à la corne inférieure du cartilage thyroïde avant de pénétrer dans le larynx. Le nerf laryngé récurrent gauche est particulièrement vulnérable à la compression par rapport à son homologue droit en raison de son long parcours sinueux et de sa proximité avec les principaux vaisseaux médiastinaux, la trachée, l'œsophage et

l'apex pulmonaire [4]. Différents mécanismes ont été avancés pour expliquer la paralysie récurrentielle du nerf laryngé dans le syndrome d'Ortner. Initialement Ortner attribué la compression du nerf laryngé récurrent gauche par l'oreillette gauche dilatée contre la crosse de l'aorte comme responsable de la paralysie des cordes vocales [4]. Des études autopsiques ont montré que la compression du nerf laryngé récurrent se produit entre l'aorte et l'artère pulmonaire près du ligament artériel. Par la suite le syndrome cardiovocal a été également identifié avec une insuffisance mitrale, myxome auriculaire gauche, anévrisme ventriculaire, cœur pulmonaire, et divers types d'anévrisme aortique. L'incidence de ce syndrome en relation avec l'anévrisme aortique provoquant une paralysie du nerf laryngé récurrent serait environ 0,3% dans certaines séries [5].

Les anévrysmes de l'aorte thoracique sont généralement asymptomatiques. Dans une étude rétrospective portant sur 62 patients atteints d'anévrisme de l'aorte thoracique, un seul patient (1,6%) a présenté un enrouement secondaire à une paralysie du nerf laryngé récurrent [6].

Teixido et al ont étudié rétrospectivement 168 cas d'anévrisme de l'aorte thoracique et ont constaté que les douleurs thoraciques et dorsales étaient le symptôme initial le plus fréquent et que l'enrouement de la voix n'était le symptôme initiale que dans 5% des cas [7]. Dans cette même étude, une parésie du nerf récurrent gauche est observée dans 5 à 10% des anévrysmes de l'aorte thoracique dans la zone de transition entre la crosse aortique et l'aorte descendante.

Le diagnostic repose sur la présentation clinique (enrouement de la voix associée à une paralysie de la corde vocale gauche à la laryngoscopie indirecte) et l'aspect aortographique de la tomodensitométrie dont les modalités de la prise en charge chirurgicale en dépendent. La prise en charge médicale et chirurgicale dépend fortement de l'atteinte nerveuse mais aussi de l'atteinte vasculaire et de la comorbidité du patient.

La principale approche chirurgicale de la paralysie unilatérale des cordes vocales est la médialisation de la corde vocale affectée dans laquelle le moment idéal d'approche est encore en discussion. La thyroplastie de médialisation est une approche durable qui repositionne la corde vocale affectée et utilise du cartilage thyroïde et du matériel alloplastique. La ré-innervation laryngée est une autre approche intéressante de la paralysie unilatérale des cordes vocales [8]. A court terme, la médialisation par injection peut donner des résultats cliniques comparables à ceux de la thyroplastie de médialisation. La thyroplastie et la réinnervation permettent également d'obtenir des résultats vocaux comparables (niveau de preuve B) [9]. La majorité des patients atteints du syndrome cardiovocal secondaire à une dissection aortique

rapportés dans la littérature ont de nombreuses comorbidités et le traitement conservateur était le traitement de choix. Les cas actuels dans la littérature anglaise rapportent que la paralysie du nerf laryngé peut récupérer après 8 à 12 mois selon le degré et la durée de compression nerveuse. Selon d'autres articles cités, plus l'anévrisme est volumineux, plus les lésions nerveuses sont importantes et plus il est difficile d'observer une guérison [7]. S'il est écoulé 1 an de paralysie du nerf laryngé persistante après la réalisation d'une chirurgie cardiovasculaire, il est recommandé d'avoir une modalité de médialisation [8].

Ismazizi et al [10] ont rapporté une amélioration de l'enrouement chez 4 sur 5 patients ayant bénéficié d'une réparation endovasculaire d'anévrisme thoracique. Chez les patients à haut risque d'une chirurgie à ciel ouvert, la réparation endovasculaire offre une procédure moins invasive et à moindre risque opératoire.

Les opérations chirurgicales ouvertes pour les anévrysmes de la crosse aortique et de l'aorte descendante sont associées à une mortalité et une morbidité pertinentes de 5 à 20%, même dans les centres expérimentés [3] et nécessitent un plateau technique sophistiqués, indisponible dans nos contrées.

CONCLUSION

L'enrouement de la voix du à la compression du nerf laryngé récurrent par un anévrisme de l'aorte thoracique pourrait être le symptôme révélateur de pathologies cardiovasculaire et un signe avant-coureur d'une rupture anévrysmale [4]. Il est important de reconnaître en pratique clinique ce syndrome, car la suspicion peut grandement influencer le devenir du patient.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt

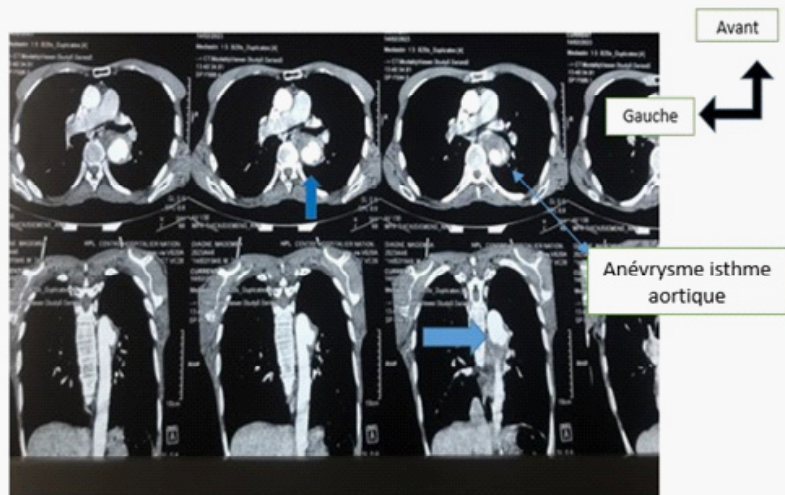


Fig.1 :L'angioTDM cervicothoracique montrant un anévrisme sacciforme de l'isthme aortique avec probable effet de masse sur le nerf récurrent gauche

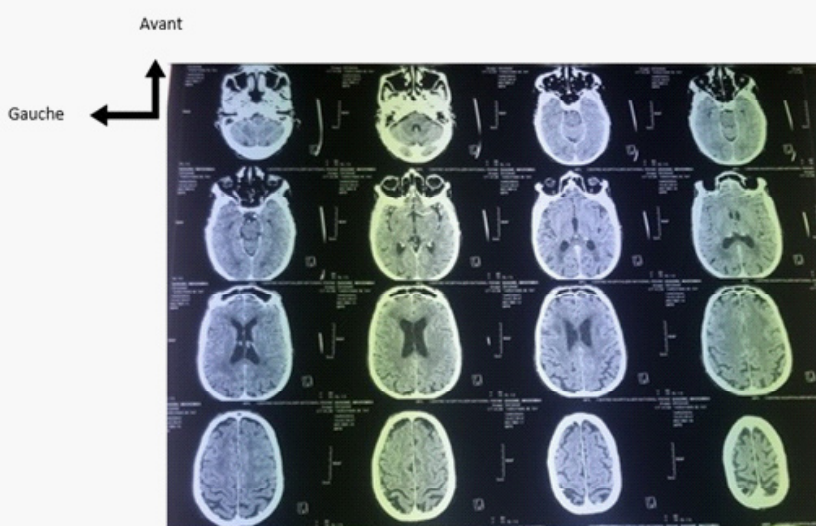


Fig.2 : TDM cérébrale normale

RÉFÉRENCES

1. Mesolella M, Ricciardiello F, Tafuri D, Varriale R, Testa D. Delayed recurrent nerve paralysis following post- traumatic aortic pseudoaneurysm. *Open Med.* 2016; 11:215-219
2. Chen R-F, Lin C-T, Lu C-H. ORTNER'S SYNDROME—A RARE CAUSE OF UNILATERAL VOCAL CORD PARALYSIS:A CASE REPORT. *Kaohsiung J Med Sci* 2009;25:203–6
3. Ortner N. Recurrenslahmung bei mitralstenose. *Wien Klin Wochenschr* 1897;10:753-5
4. Madhuraj S, Gangadharan H, Manju R, Prakash A, Arasan S S, Krishnadas S, Kumar S. A Rare Cause of Ortner's Syndrome and a Case-Based Review of Literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Dec;74(Suppl 3):5338-5341.
5. Rosenthal LH, Benninger MS, Deeb RH. Vocal fold immobility: a longitudinal analysis of etiology over 20

- years. *Laryngoscope* 2007;117:1864–70.
6. Ishimoto SI, Ito K, Toyama M, et al. Vocal cord paralysis after surgery for thoracic aortic aneurysm. *Chest* 2002;121:1911–5.
7. Teixido MT, Leonetti JP. Recurrent laryngeal nerve paralysis associated with thoracic aortic aneurysm. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 102: 140-144
8. Hurtarte AR S, Zamora R C, Carrasco J M G, Ramos A J. Ortner's syndrome: a case report and review of the literature. *BMJ Case Rep* 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202900
9. Misono S, Merati AL. Evaluation and management of unilateral vocal fold paralysis. *Otolaryngol Clin North Am* 2012;45:1083–108.
10. Ismazizi Z, Zainal AA (2016) Thoracic Aortic Aneurysm as A Cause of Ortner's Syndrome - A Case Series. *Med J Malaysia* 71(3):139–141