

NERF LARYNGE INFÉRIEUR NON RÉCURRENT

A.Dia, M.boutaba; M.chehbouni, O.oulghoul, M.chehbouni, Y.lakhdar, O.benhoumad, Y.rochdi, A.raji

THÈME

Abstract

L'identification visuelle du nerf laryngé récurrent est obligatoire lors d'une chirurgie thyroïdienne. Sur le côté droit, le nerf s'enroule en arrière de l'artère sous-clavière pour monter obliquement jusqu'à atteindre le sillon trachéo-œsophagien près de l'étendue inférieure de la thyroïde. De plus, du côté gauche, le nerf s'enroule en arrière de la crosse de l'aorte et monte jusqu'au larynx dans le sillon trachéo-œsophagien. Le nerf peut se diviser en plusieurs branches qui alimentent également la trachée et l'œsophage. Dans quelques cas (environ 1 %), l'artère sous-clavière droite naît distalement de la crosse de l'aorte [2]. En conséquence, le nerf laryngé récurrent droit n'est pas tiré vers le thorax par sa relation avec l'artère sous-clavière. Ce nerf laryngé droit non récurrent passe directement au larynx, en arrière de l'artère carotide commune. Il est parallèle à l'artère thyroïdienne inférieure et peut remonter sur une courte distance dans le sillon trachéo-œsophagien.

Introduction

Les variations anatomiques du nerf laryngé inférieur (NLI) rendent difficile son identification et constituent un véritable danger chirurgical. Parmi ces variations anatomiques, il y a le NLI non récurrent qui se détache du nerf vague et se dirige directement vers le larynx sans pour autant emprunter un trajet récurrent [1]. Cette entité était reportée pour la première fois par Stedman en 1823 et depuis plusieurs auteurs la rapportent exclusivement à droite avec une incidence qui varie entre 0% et 4,76% [1]. Le NLI non récurrent gauche est exceptionnel (0,04%) [2].

Méthodes et Matériels

Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 3 malades ayant un nerf laryngé inférieur non récurrent découverte en per-opératoire colligées dans le service d'ORL-CCF au CHU Med VI de Marrakech

Résultats

Les deux premiers patients étaient des femmes âgées de 45 et 55 ans sans antécédent personnel ou familial de maladie thyroïdienne. La chirurgie était indiquée dans leur cas en raison de la taille des nodules mesurant en moyenne 3,6 cm sans extension à la face supérieure du thorax. Le troisième patient était un homme de 51 ans sans antécédent familial de carcinome thyroïdien, l'indication chirurgicale, dans ce cas, était un nodule suspect, EU-TIRADS 5 mesurant 1,8 cm, la cytologie était classée catégorie Bethesda III. Lors de la thyroïdectomie chez les 3 patients, le nerf laryngé inférieur droit n'a été identifié ni derrière ni devant les branches de l'artère thyroïdienne inférieure droite ni à côté de la glande parathyroïde inférieure droite. Il y avait un fil blanc, semblant provenir latérotachéal droit et perpendiculaire à la trachée, s'étendant vers l'angle cricotrachéal droit. Cette ligne s'est détachée du nerf vague droit et lorsque nous avons décidé de la suivre, nous avons constaté qu'elle entrait dans l'angle crico-trachéal droit et correspondait au nerf laryngé inférieur droit. La thyroïdectomie s'est déroulée sans autre surprise. À gauche, le nerf laryngé inférieur se trouvait dans l'angle trachéo-œsophagien

Résultats

L'évolution postopératoire a été simple. La laryngoscopie indirecte réalisée en postopératoire a montré une bonne mobilité bilatérale des deux cordes vocales. Les 3 patients ont eu un examen anatomopathologique de la thyroïde avec un résultat bénin sans signe de malignité.



Conclusion

L'une des complications post-thyroïdectomie les plus importantes est la lésion récurrente du nerf laryngé ; l'exposition et la préservation de routine de cette structure importante devraient être une procédure standard lors d'une thyroïdectomie. Par conséquent, une connaissance précise de l'anatomie et de ses anomalies anatomiques, variations et relations est fondamentale pour le chirurgien thyroïdien.

Références

- Mirilas P, Skandalakis JE (2002) Benign anatomical mistakes: the correct anatomical term for the recurrent laryngeal nerve. Am Surg 68:95-97
- Hillermann CL, Tarpey J, Phillips DE. Laryngeal nerve identification during thyroid surgery-feasibility of a novel approach. Can J Anesth. 2003;50(2):189-92.