

N° 86. Trouble aigu de la parole. Dysphonie

- Devant l'apparition d'un trouble aigu de la parole ou d'une dysphonie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

► En quelques mots-clés

- Aphasie
- Aphasie de Broca
- Aphasie de Wernicke
- AVC
- Myasthénie
- Tumeurs laryngées

Dix commandements

1. Tu évoqueras une lésion hémisphérique (le plus souvent gauche) devant une aphasie
2. Tu évoqueras une lésion du tronc cérébral devant une dysarthrie
3. Tu feras un examen général à la recherche de signes d'altération de l'état général, de signes généraux et de signes neurologiques associés
4. Tu évoqueras une myasthénie devant une dysphonie fluctuante, d'autant plus qu'elle est associée à un ptosis, des troubles de la déglutition et une fatigabilité
5. Tu n'oublieras pas de réaliser une démarche diagnostique de trouble neurologique récent ou brutal devant une aphasie ou une dysarthrie
6. Tu n'oublieras pas d'évoquer un AVC hémisphérique ou du tronc cérébral
7. Tu te méfieras des troubles associés à une dysarthrie, de troubles de la déglutition
8. Tu sauras demander un examen ORL devant une dysphonie avec altération de l'état général
9. Tu réaliseras les examens complémentaires en fonction de ta suspicion clinique
10. Tu réaliseras une imagerie cérébrale en cas de doute



Voir certaines personnes muettes
face à ça, ça ne laisse sans voix



La question

Le principal problème des troubles du langage est celui de les méconnaître et de les interpréter à tort comme des confusions, ce qui change profondément la prise en charge. Lorsqu'ils sont associés à d'autres signes neurologiques, la démarche diagnostique est souvent plus simple mais peut constituer une urgence thérapeutique (AVC ischémique par exemple).

CARACTÉRISER LE TROUBLE DU LANGAGE

Aphasie

- Trouble du langage qui touche toutes les formes de langage (parlé et écrit)
- Elle peut être de différents types :
 - Aphasie de Broca ou antérieure
 - ▶ Manque du mot
 - ▶ Diminution de la fluence verbale
 - ▶ Compréhension préservée
 - ▶ Conscient de son trouble, déprimé
 - Aphasie de Wernicke ou postérieure
 - ▶ Touche la compréhension et l'expression
 - ▶ Jargonaphasie
 - ▶ Non conscient de son trouble, jovial
 - Aphasie globale
 - ▶ Touche toutes les modalités
- Dysarthrie
 - Trouble de l'articulé. Les mots et phrases, bien que justes, sont mal articulés
 - Signe le plus souvent une atteinte de la motricité de la face ou du larynx, plus rarement une atteinte cérébelleuse
- Dysphonie
 - Les mots sont bien prononcés, mais il existe une anomalie dans le timbre de la voix
 - Atteinte des cordes vocales
 - ▶ Fixée : tumeur laryngée
 - ▶ Intermittente et fluctuante : myasthénie
 - ▶ Transitoires : laryngite

Une dysphonie de plus de 3 semaines est un cancer ORL jusqu'à preuve du contraire.

Rechercher des signes associés pour orienter le diagnostic

Signes neurologiques	Aphasie	Dysarthrie	Dysphonie
Hémiplégie, hémianesthésie, hémianopsie latérale homonyme de début brutal	AVC hémisphérique ischémique ou hémorragique	AVC du tronc cérébral ischémique ou hémorragique	-
Hémiplégie, hémianesthésie, hémianopsie latérale homonyme de début progressif	Processus expansif intracérébral (abcès, métastases, tumeurs primitives)	Processus expansif du tronc cérébral (abcès, métastases, tumeurs primitives)	-
Troubles oculomoteurs, troubles secondaires de la conscience, paralysie faciale	Atteinte disséminée : ADEM, rarement SEP	Rhombencéphalite (listériose, tuberculose selon contexte), sarcoidose, maladie de Behcet	-
Troubles de la déglutition, ptosis, fatigabilité des membres fluctuant +++	-	Rarement myasthénie (souvent si associé à une paralysie de la langue mais rare)	Myasthénie auto-immune
Signes ORL			
Paralysie du nerf récurrent (radiographie pulmonaire)	Métastases	Atteinte du tronc cérébral (bulbe) : processus expansif du tronc cérébral, rhombencéphalite	Tumeurs ORL (larynx +++) ou de l'apex pulmonaire
Acouphènes	-	Processus expansif de l'angle ponto-cérébelleux	Tumeurs ORL : larynx +++)
Sensation de plénitude de l'oreille (obstruction trompe d'Eustache)	-	-	Tumeurs ORL (larynx +++)
Signes généraux			
Altération de l'état général	Métastases	Processus expansif du tronc cérébral	Tumeurs ORL
Terrain alcoolo-tabagique	Métastases	(abcès, métastases, tumeurs primitives)	
Terrain auto-immun	-	Connectivites, sarcoidose, Behcet	Myasthénie auto-immune

DÉTERMINER LA CAUSE

- **Examens complémentaires à réaliser en fonction de la suspicion**

- Imagerie cérébrale : Scanner ou mieux IRM si suspicion d'AVC ou de processus expansif (cf. item 296 et 335)
- Examen ORL avec visualisation indirecte du larynx et nasofibroskopie
- EMG et recherche d'anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine ou anti-MuSK si suspicion de myasthénie
- Ponction lombaire si suspicion de méningite listérienne ou tuberculeuse
- Bilan auto-immun si suspicion de maladie de système
- Bilan infectieux avec hémocultures et sérologie VIH si suspicion d'abcès

- ▶ **Liens transversaux**

Item 89, 296, 335

Mon conseil



Une aphasie signe une lésion hémisphérique, une dysarthrie une atteinte du tronc cérébral et une dysphonie une atteinte des cordes vocales ou de la filière. Les causes sont différentes. Des dossiers sur AVC, tumeurs et myasthénie pourraient utiliser ce chapitre.

N° 89. Déficit neurologique récent (voir item 335)

- Diagnostiquer un déficit neurologique récent.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge, notamment en unité neurovasculaire en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral.

► Statistiques

Question posée 6 fois

► En quelques mots-clés

- Accident vasculaire cérébral
- Crise convulsive
- Épilepsie
- Méningo-encéphalite
- Migraine

Dix commandements

1. Tu commenceras par faire une glycémie capillaire
2. Tu t'aideras des circonstances de survenue et de la rapidité de survenue
3. Tu n'oublieras jamais d'évoquer un AVC ischémique devant un déficit brutal
4. Tu évoqueras une migraine avec aura ou une crise convulsive devant des signes neurologiques positifs (scintillements, hallucinations)
5. Devant une fièvre associée, tu évoqueras une méningite ou une méningoencéphalite
6. Chez une femme enceinte ou en post-partum, tu penseras à une thrombophlébite cérébrale
7. Même si les pathologies centrales sont plus fréquentes, tu n'omettras pas un syndrome de Guillain-Barré ou une myasthénie qui sont des urgences
8. Tu sauras reconnaître une atteinte médullaire pouvant évoquer une compression médullaire
9. Tu évoqueras une hémorragie méningée devant toute céphalée brutale en coup de tonnerre d'autant plus qu'elle est d'emblée maximale
10. Tu t'aideras d'examen complémentaires rapidement (scanner, IRM) sauf si tu suspectes une méningite (cf. item 148)



*Un petit moment, c'est plus récent que
'Un bon bout de temps'*



La question

Un déficit neurologique récent constitue un motif fréquent de consultation en neurologie et aux urgences. Il est primordial de déterminer rapidement la rapidité d'installation du déficit. Une installation brutale nécessitera le plus souvent une prise en charge extrêmement urgente (dans les 4h30 en raison de la possibilité de réaliser une thrombolyse dans ce délai dans le cas d'un AVC ischémique) ; une installation en quelques heures nécessitera une prise en charge urgente. L'installation d'un déficit sur plusieurs semaines permettra le plus souvent d'avoir quelques heures avant d'arriver au diagnostic.

- **Comment raisonner et avancer vers le diagnostic**

Il est important, dans un premier temps, d'éliminer les pathologies nécessitant une prise en charge en urgence. Ensuite, il convient de raisonner en s'aidant de la fréquence des différentes pathologies, de la plus fréquente à la moins fréquente. Il faut toujours éliminer une hypoglycémie qui peut presque tout mimer en neurologie.

CARACTÉRISER LE DÉFICIT

Cette caractérisation est indispensable car l'association de plusieurs de ces signes détermine une localisation précise d'une lésion ou donne une forte présomption pour un diagnostic (atteinte centrale ou périphérique, atteinte encéphalique ou médullaire).

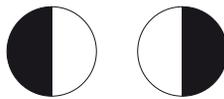
- **Les principaux déficits neurologiques rencontrés sont**

- Un déficit moteur
 - ▶ Systématisation : hémi-plégie (ou -parésie), para-plégie (ou -parésie), mono-parésie, déficit moteur dans un territoire radiculaire ou tronculaire
 - ▶ ROT : vifs si atteinte pyramidale, abolis si atteinte périphérique
- Un déficit sensitif
 - ▶ Systématisation : hémianesthésie, anesthésie des deux membres inférieurs avec niveau sensitif pour atteinte médullaire, anesthésie en selle, déficit moteur dans un territoire radiculaire ou tronculaire
- Un trouble de la parole
 - ▶ Aphasie : manque du mot, baisse de la fluence verbale (cf. item 86)

- ▶ Dysarthrie : émission de « mots déformés » en raison d'un défaut de prononciation secondaire à un problème neurologique

Ces troubles de la parole ne doivent pas être confondus avec une confusion

- Une baisse d'acuité visuelle
 - ▶ Baisse d'acuité visuelle d'un seul œil : atteinte du nerf optique
 - ▶ Baisse d'acuité visuelle des deux yeux : hypertension intracrânienne ou atteinte occipitale bilatérale
- Une altération du champ visuel
 - ▶ Hémianopsies bitemporales : atteinte du chiasma optique



- ▶ Hémianopsies (ou quadranopsies) latérales homonymes : atteinte pariétale ou temporale



- Un déficit des nerfs crâniens
 - ▶ Trouble oculomoteur : diplopie binoculaire
 - ▶ Ptosis est également un signe fréquent.
 - ▶ NB : syndrome de Claude-Bernard-Horner : ptosis + myosis + énoptalmie ; il signe une atteinte du sympathique cervical (dôme pleural dans le cadre d'un cancer pulmonaire, atteinte du sympathique cervical péricarotidien dans le cadre d'une dissection carotidienne et plus rarement une atteinte thalamique)
- Troubles de la déglutition : atteinte des muscles pharyngés et laryngés, dysphonie.
- Un trouble du comportement ou une altération de la conscience (de la confusion au coma) est possible (cf. item 106)
- Un syndrome vestibulaire
 - ▶ Vertige rotatoire avec rotation des objets autour du malade ou du malade autour des objets, déviations homogènes du côté de la lésion et nystagmus dans la direction opposée (le sens du nystagmus est donné par convention par les secousses rapides)

- Troubles sphinctériens
 - Incontinence urinaire ou fécale, rétention aiguë d'urine, dysurie
- Un syndrome cérébelleux peut apparaître rapidement mais le plus souvent évolue sur plus longtemps

QUELLES SITUATIONS NE FAUT-IL PAS RATER ?

- Hypoglycémie : contexte, faire une glycémie capillaire
- Coma (cf. item 106)
- AVC ischémique / AIT : déficit neurologique brutal (cf. item 335). AIT : déficit transitoire durant moins d'une heure (menace de récurrence et de constitution d'un AVC)
- Hémorragie méningée : déficit neurologique brutal avec céphalées préalables en coup de tonnerre, syndrome méningé
- Thrombophlébite cérébrale : déficit neurologique rapidement progressif, peut être à bascule, avec céphalées, crises convulsives, terrain : femme enceinte, post-partum, cancer
- Crise convulsive ou d'épilepsie : mouvements toniques ou cloniques, perte d'urine, terrain : patient épileptique connu
- Méningite / méningoencéphalite : déficit neurologique d'installation rapide sur quelques heures, fièvre, raideur de nuque. Aphasie, troubles du comportement si méningoencéphalite herpétique
- Tableau d'hypertension intracrânienne : apparition sur plusieurs jours, céphalées en casque, flou visuel, vomissements en jet salvateurs
- Syndrome de Guillain-Barré : déficit sensitivo-moteur ascendant, ROT abolis, syndrome grippal préalable
- Myasthénie : déficit moteur pur fluctuant avec troubles oculomoteur, ptosis, troubles de la déglutition
- Migraines avec aura : trouble neurologique positif (scintillements) ou négatif disparaissant en moins d'une heure avant l'apparition de la céphalée (pulsatiles, à bascule d'une fois à l'autre)