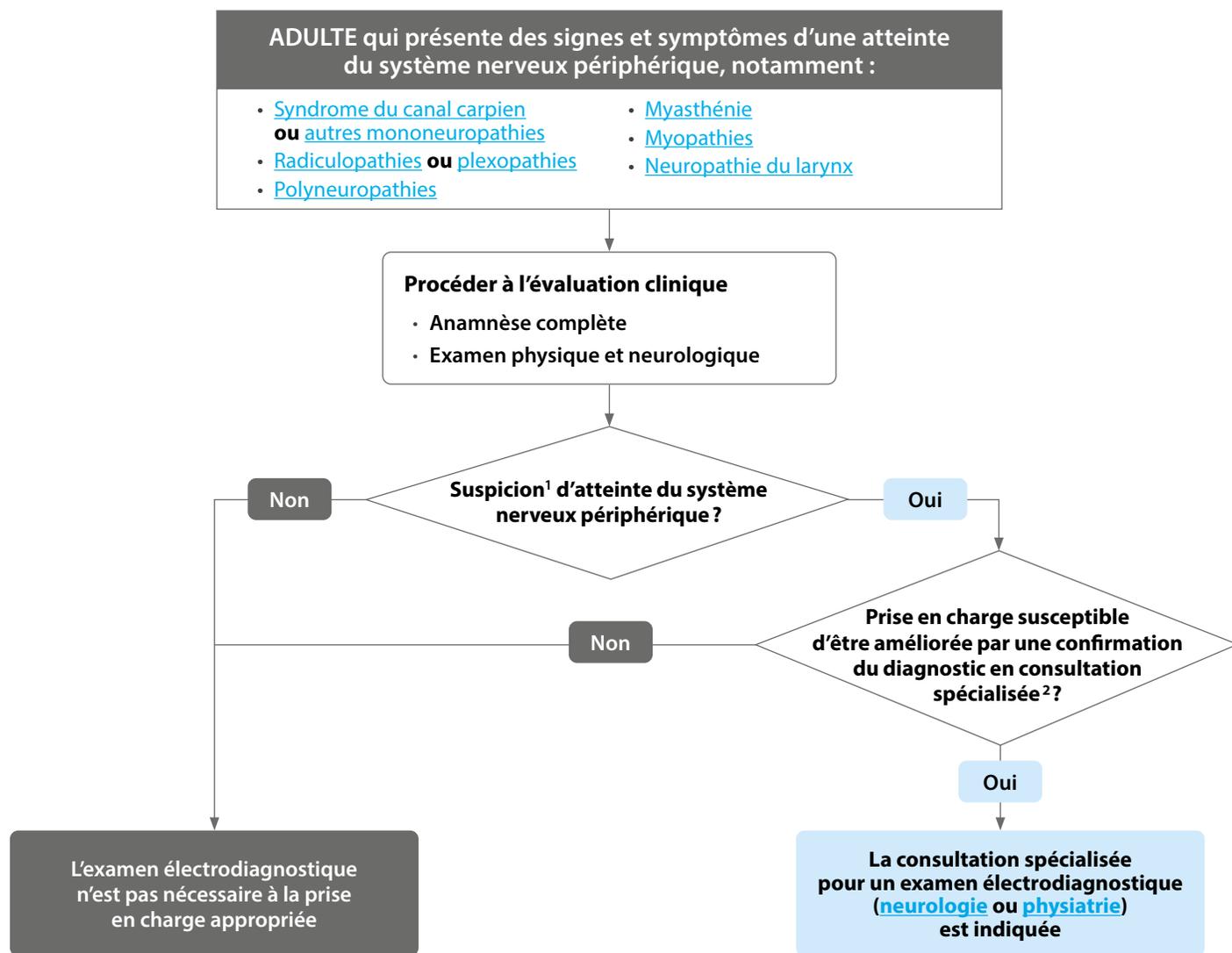


Le présent outil d'aide à la décision s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace aucunement le jugement du clinicien. Ce document a été conçu à partir des recommandations élaborées par l'INESSS à l'aide d'une démarche systématique s'appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour obtenir plus de détails, consulter la section [Publications](#) du site [inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca).

## INDICATIONS



L'examen électrodiagnostique – électromyographie et étude de conduction nerveuse – n'est pas un test diagnostique définitif en soi. Il doit être interprété en combinaison avec l'examen physique et neurologique pour confirmer et/ou localiser une atteinte des nerfs périphériques afin d'établir le diagnostic, de faire le suivi ou le pronostic de conditions cliniques spécifiques.

1. **La suspicion d'une atteinte neuropathique** est établie à la suite de l'évaluation clinique, notamment en présence de signes et symptômes neurologiques comme la paresthésie et la faiblesse musculaire localisées au territoire d'un nerf, d'un dermatome ou d'un myotome. À l'inverse, une douleur non spécifique sans paresthésie ou symptômes neurologiques, ou une douleur au dos qui n'irradie pas aux membres, ne sont pas des indicateurs d'une atteinte neuropathique. Au-delà de la présence de signes et symptômes, le jugement clinique détermine si une atteinte neuropathique doit être envisagée.
2. **La confirmation du diagnostic** en consultation spécialisée est utile particulièrement si elle permet de sélectionner et de guider un traitement approprié. La confirmation du diagnostic n'est pas toujours nécessaire si la suspicion clinique est déjà élevée et si un traitement conservateur et non invasif est prévu.

## INDICATIONS POUR L'EXAMEN ÉLECTRODIAGNOSTIQUE EN PRÉSENCE DE SIGNES OU SYMPTÔMES D'UNE ATTEINTE NEUROPATHIQUE

Condition clinique	Caractéristiques	Spécifications	Indication	
<a href="#">Syndrome du canal carpien (unilatéral ou bilatéral)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur au poignet et à la main, souvent peu spécifiquement localisée</li> <li>• Engourdissement, picotement ou autre paresthésie sur le territoire du nerf médian</li> <li>• Aggravation possible des symptômes durant le sommeil, ou reliée à l'activité – effort ou flexion soutenue du poignet</li> <li>• Soulagement possible des symptômes par la secousse rapide de la main</li> <li>• Symptômes plus rares :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse du pouce</li> <li>- Atrophie de l'éminence thénar</li> <li>- Manifestations autonomiques – p. ex. enflure, sécheresse, syndrome de Raynaud</li> </ul> </li> </ul>	• Présence d'une douleur isolée à la main, sans paresthésie ou autre symptôme neurologique <sup>1</sup>		
		• Portrait clinique clair de syndrome du canal carpien et pour lequel un traitement non chirurgical est envisagé		
		• Atteinte neurologique probable à la main, mais dont le diagnostic demeure incertain : symptômes incommodants et persistants, ou échec du traitement conservateur		Pour différencier le syndrome du canal carpien d'une atteinte des racines ou d'un plexus
		• Portrait clinique clair de syndrome du canal carpien pour lequel un traitement chirurgical est envisagé, notamment symptômes sévères et réfractaires aux traitements conservateurs		
<a href="#">Autres mononeuropathies</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur, souvent aggravée à l'effort, et atteintes sensitives sur le territoire du nerf touché</li> <li>• Faiblesse ou perte motrice constante ou intermittente des muscles innervés (p. ex. signe de Froment, pied tombant, flexion plantaire des orteils)</li> <li>• Historique de la personne compatible avec une neuropathie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma</li> <li>- Posture (p. ex. accouement ou croisement des jambes prolongés)</li> <li>- Occupationnel (p. ex. mouvements répétitifs d'une articulation concernée)</li> </ul> </li> </ul>	• Présence d'une douleur non spécifique, sans paresthésie ou autre symptôme neurologique <sup>1</sup>	 <sup>2</sup>	
		• Atteinte neurologique probable d'étiologie indéterminée à la suite de l'examen neurologique		Pour différencier une mononeuropathie d'une atteinte des racines ou d'un plexus
		• Mononeuropathie probable avec atteinte fonctionnelle significative pour laquelle un traitement est envisagé		Pour exclure une étiologie plus grave et pour guider le traitement
<a href="#">Radiculopathies et plexopathies</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- au cou, qui irradie dans les membres supérieurs OU</li> <li>- au bas du dos, qui irradie dans les membres inférieurs</li> </ul> </li> <li>• Atteintes sensitives plus ou moins localisées sur un dermatome – ou plusieurs dermatomes concomitants</li> <li>• Hyporéflexivité</li> <li>• Symptômes souvent atténués ou aggravés selon la position (p. ex. abduction de l'épaule, signe de Spurling, signe de Lasègue)</li> <li>• Cas sévères : faiblesse distribuée sur un myotome, qui peut être confirmée objectivement à l'examen physique</li> </ul>	• Cervicalgie ou lombalgie sans douleur aux membres	 <sup>2</sup>	
		• Douleur somatique sans symptômes neuropathiques		
		• Douleur radiculaire et paresthésie distribuées sur un ou plusieurs dermatomes, sans signes ou symptômes moteur		Pour différencier une radiculopathie d'une atteinte distale <b>uniquement</b> si le diagnostic clinique est incertain et si la clarification devait influencer sur la prise en charge
		• Douleur radiculaire et paresthésie distribuées sur un ou plusieurs dermatomes, en présence de signes moteurs (p. ex. faiblesse) distribués sur un ou plusieurs myotomes		
		• Symptômes qui durent plus de 4 à 6 semaines		
		• Traitement chirurgical envisagé	Pour confirmer ou localiser l'atteinte	

1. Un autre diagnostic pourrait être envisagé – p. ex. tendinite, arthrose ou autre pathologie des articulations ou douleur musculosquelettique.

2. Dans certains cas, un examen d'imagerie médicale peut être utile à l'investigation d'une douleur musculosquelettique (voir [ici](#) pour plus de détails).

 Indiqué     Peut être indiqué     Non indiqué

 [Retour vers l'algorithme](#)

## INDICATIONS POUR L'EXAMEN ÉLECTRODIAGNOSTIQUE EN PRÉSENCE DE SIGNES OU SYMPTÔMES D'UNE ATTEINTE NEUROPATHIQUE

Condition clinique	Caractéristiques	Spécifications	Indication
<a href="#">Polyneuropathies</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Symptômes généralement sensoriels, bilatéraux, symétriques et distaux - extrémités affectées exclusivement ou plus sévèrement</li> <li>Prédominance de symptômes associés aux fibres nerveuses de petit diamètre (névralgie, picotement, insensibilité à la température, dysesthésie), aux fibres larges (engourdissement, pertes sensitives, ataxie sensitive) ou mixtes</li> <li>Faiblesse musculaire et hyporéflexie dans les cas sévères</li> <li>Étiologie souvent métabolique (p. ex. diabète, carence B12), mais peut aussi être toxique, inflammatoire, auto-immunitaire, paranéoplasique, infectieuse ou idiopathique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'une polyneuropathie probable dont l'étiologie est connue et les symptômes sont typiques et légers</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'une polyneuropathie probable dont l'étiologie demeure incertaine, ou si l'anamnèse suggère la possibilité d'une neuropathie héréditaire ou toxique (p. ex. alcool, médication ou exposition à une substance toxique pouvant causer la neuropathie)</li> </ul>	 Pour orienter la prise en charge clinique <sup>3</sup>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de polyneuropathie probable ou incertaine avec symptômes sévères, qui progressent rapidement ou atypiques</li> </ul>	 Pour clarifier le diagnostic et exclure d'autres diagnostics
<a href="#">Myasthénie</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse localisée à un ou plusieurs groupes musculaires, souvent intermittente et aggravée à l'effort</li> <li>Localisée aux muscles oculaires : ptose et diplopie qui varient</li> <li>Muscles du visage et de la gorge : anomalie de la parole et de l'expression faciale, difficulté de mastication, de déglutition ou de respiration</li> <li>Faiblesse au cou ou aux membres; anomalie dans la posture ou la démarche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'une faiblesse significative des muscles oculaires, du visage, de la gorge, du cou ou des membres et une suspicion de myasthénie</li> </ul>	 Pour confirmer le diagnostic, dans le contexte d'une consultation spécialisée en neurologie
<a href="#">Myopathies</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse progressive et localisée, souvent persistante et aggravée à l'effort</li> <li>Peut aussi être accompagnée de myalgie, d'atrophie, de myotonie et de myoglobulinurie</li> <li>Symptômes courants – myopathie des ceintures : difficulté à se lever, à marcher ou à soulever des objets au-dessus de la tête</li> <li>Autres symptômes : faiblesse à la main, pied tombant ou, plus rarement affectés, la tête et le cou (p. ex. ptose, diplopie, dysphagie)</li> <li>Possibilité de complications cardiaques (cardiomyopathie) ou d'insuffisance respiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de faiblesse musculaire, de fatigabilité ou de la myalgie qui sont légères et non spécifiques</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence d'un portrait clinique probable de myopathie, particulièrement un taux de créatine kinase élevé, une faiblesse localisée persistante et progressive</li> </ul>	 Pour confirmer le diagnostic, exclure une atteinte neuropathique, et pour guider le choix d'un test génétique ciblé et/ou une biopsie musculaire dans le contexte d'une consultation spécialisée en neurologie.
<a href="#">Neuropathie du larynx</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte du nerf laryngé récurrent : fatigue vocale, difficulté de déglutition, dysphonie (timbre de voix altéré, voix faible, soufflante ou enrouée), diplophonie, toux</li> <li>Atteinte du nerf laryngé supérieur : difficulté à projeter la voix ou à parler fort, difficulté à moduler la tonalité de la voix (difficulté à utiliser une voix plus aiguë), dysphonie, fatigue vocale, toux chronique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de symptômes des cordes vocales qui durent depuis plus de 4 semaines ET suspicion d'une atteinte d'un nerf laryngé qui demeure incertaine après l'examen physique et la rhinopharyngo-laryngoscopie</li> </ul>	 Pour confirmer le diagnostic et établir le pronostic d'un rétablissement de la fonction

3. Les tests de laboratoire pour les causes fréquentes de polyneuropathies (diabète, hypovitaminose B12, gammopathie monoclonale, hypothyroïdisme) devraient également être envisagés avant ou en parallèle à l'examen électrodiagnostique si l'étiologie est inconnue.

 Indiqué     Peut être indiqué     Non indiqué

 [Retour vers l'algorithme](#)

## SYNDROME DU CANAL CARPIEN (SCC)

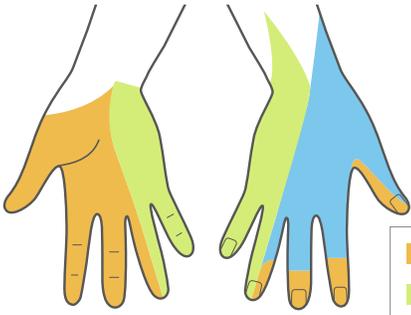
### → Épidémiologie

- Prévalence de 5 %, incidence de 376 sur 100 000 personnes – jusqu'à 2 fois plus élevée chez les femmes et les individus dont l'occupation requiert de l'effort soutenu ou des mouvements répétitifs des mains et des poignets
- Représente 90 % de tous les cas de neuropathie compressive

### → Étiologie

- Compression du nerf médian au niveau du canal carpien

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravation des symptômes durant le sommeil ou à la suite d'une flexion soutenue ou de mouvements répétitifs de la main</li> <li>• Occupation impliquant un mouvement répétitif des mains et des poignets</li> <li>• Diabète</li> <li>• Hypothyroïdisme</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Âge augmente le risque</li> <li>• IMC augmente le risque</li> <li>• Sexe féminin</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur isolée sur la face ventrale du poignet et de la main, accompagnée de :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- paresthésie – engourdissement et picotement – distribuée sur le territoire du nerf médian</li> <li>- faiblesse du pouce</li> <li>- signes autonomes – p. ex. gonflement des doigts, sécheresse des paumes, syndrome de Raynaud</li> <li>- atrophie de l'éminence thénar</li> <li>- test de Phalen positif</li> <li>- signe de Tinel</li> <li>- anomalies au test musculaire du thénar ou faiblesse du pouce</li> <li>- anomalies au test de perception de vibrations</li> </ul> </li> </ul>
 <p>Face antérieure      Face postérieure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nerf médian</li> <li>■ Nerf ulnaire (ou cubital)</li> <li>■ Nerf radial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien que le syndrome du canal carpien entraîne fréquemment de la douleur à la main et au poignet, la douleur isolée sans autres symptômes <b>n'est pas indicatrice d'un SCC.</b></li> <li>• De même, la paresthésie distribuée autrement que sur le territoire du nerf médian (voir schéma) n'est pas signe d'un SCC.</li> <li>• Dans ces cas, un autre diagnostic – p. ex. tendinite, arthrose, autre neuropathie – pourrait être envisagé.</li> </ul>

### → Prise en charge

- Les symptômes d'un syndrome du canal carpien peuvent fréquemment s'améliorer à la suite d'un arrêt des activités en cause ou avec un traitement conservateur – p. ex. attelle, orthèse, infiltration de cortisone. Une discussion avec la personne concernée à propos des options disponibles est conseillée.

## AUTRES MONONEUROPATHIES

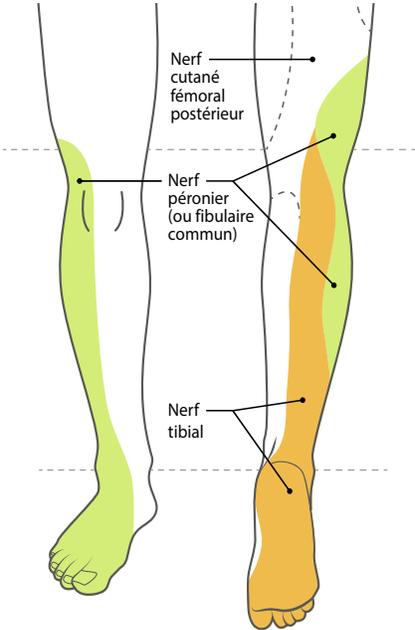
### → Épidémiologie

- Syndromes moins fréquents

### → Étiologie

- Atteinte généralement compressive d'un nerf périphérique – nerf ulnaire, radial, péronier ou tibial

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique compatible avec une neuropathie             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma – p. ex. blessures au cours des semaines précédant l'apparition des symptômes</li> <li>- Posture – p. ex. mauvaise posture durant le sommeil ou accoudement répétitif ou prolongé</li> <li>- Occupationnel – p. ex. mouvements répétitifs d'une articulation concernée</li> </ul> </li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte du nerf ulnaire (ou cubital, membres supérieurs)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paresthésie sur le territoire du nerf (4e et 5e doigt, rebord ulnaire), souvent intermittente et aggravée durant le sommeil et par la flexion du coude</li> <li>- Absence (ou faible intensité) de douleur et perte sensorielle</li> <li>- Faiblesse des muscles interosseux palmaires et dorsaux – signe de Froment</li> <li>- Signes et anomalies aux tests physiques – p. ex. signe de Tinel</li> <li>- Souvent liée à l'accoudement fréquent ou prolongé</li> </ul> </li> <li>• Atteinte du nerf radial (membres supérieurs)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poignet tombant</li> <li>- Faiblesse de l'extension du poignet, du pouce et des doigts</li> <li>- Dans les cas avancés, atrophie des muscles de la face dorsale de l'avant-bras</li> <li>- Douleur à la face dorsale de l'avant-bras et de la main, qui peut s'aggraver lors du sommeil et à l'effort</li> <li>- Souvent liée à une mauvaise posture durant le sommeil</li> </ul> </li> <li>• Atteinte du nerf péronier (membres inférieurs)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pied tombant</li> <li>- Paresthésie ou perte sensorielle sur la face dorsale du pied</li> <li>- Douleur au pied et à la jambe antérolatérale</li> <li>- Souvent liée au croisement des jambes fréquent ou prolongé</li> </ul> </li> <li>• Atteinte du nerf tibial – tunnel tarsien (membres inférieurs)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte sensorielle à la plante du pied</li> <li>- Faiblesse de la flexion plantaire et des orteils</li> </ul> </li> </ul>

### → Prise en charge

- Les symptômes d'une mononeuropathie peuvent fréquemment s'améliorer à la suite d'un arrêt des activités en cause ou avec un traitement conservateur – p. ex. attelle ou orthèse. Une discussion avec la personne concernée à propos des options disponibles est conseillée.

## RADICULOPATHIES ET PLEXOPLATHIES

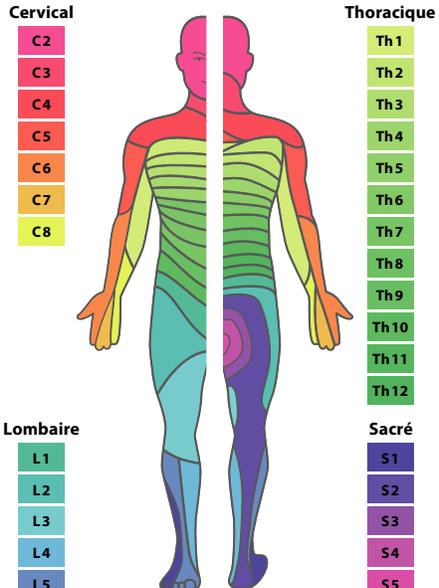
### → Épidémiologie

- Les radiculopathies d'un segment cervical ou lombaire sont fréquentes. Les radiculopathies thoraciques et les plexopathies sont plus rares.

### → Étiologie

- Souvent secondaires à une hernie discale, un trauma, de la dégénérescence (spondylose), une lésion expansive ou un syndrome inflammatoire idiopathique

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effort physique ou blessure au dos récente</li> <li>• Risque augmente avec l'âge</li> <li>• Antécédents de cervicalgie ou de lombalgie épisodique</li> <li>• Historique de chirurgie spinale</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur irradiante – cervicobrachialgie ou lombosciatalgie</li> <li>• Paresthésie distribuée sur un ou plusieurs dermatomes – typiquement un segment entre C5 et C8 ou entre L3 et S1</li> <li>• Symptômes atténués dans certaines positions</li> <li>• Faiblesse distribuée sur un ou plusieurs myotomes</li> <li>• Hyporéflexie</li> <li>• Signe de Spurling ou de Lasègue positif</li> </ul>
 <p><b>Cervical</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>C2</li> <li>C3</li> <li>C4</li> <li>C5</li> <li>C6</li> <li>C7</li> <li>C8</li> </ul> <p><b>Thoracique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Th 1</li> <li>Th 2</li> <li>Th 3</li> <li>Th 4</li> <li>Th 5</li> <li>Th 6</li> <li>Th 7</li> <li>Th 8</li> <li>Th 9</li> <li>Th 10</li> <li>Th 11</li> <li>Th 12</li> </ul> <p><b>Lombaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L1</li> <li>L2</li> <li>L3</li> <li>L4</li> <li>L5</li> </ul> <p><b>Sacré</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S1</li> <li>S2</li> <li>S3</li> <li>S4</li> <li>S5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La douleur isolée au cou ou au bas du dos sans douleur ou paresthésie aux membres distribuée sur un ou plusieurs dermatomes (voir schéma) <b>n'est pas indicatrice d'une radiculopathie</b>. D'autres causes de cervicalgie ou de lombalgie pourraient être recherchées dans ces cas.</li> <li>• Les segments typiquement touchés dans une radiculopathie sont ceux entre C5 et C8 ou entre L3 et S1, inclusivement.</li> </ul> <p>À titre illustratif seulement. La distribution précise des dermatomes peut varier d'un individu à l'autre.</p>

### → Prise en charge

- L'évolution des symptômes de la radiculopathie est favorable en moins de 4 à 6 semaines dans la majorité des cas. Les symptômes peuvent également s'améliorer à la suite d'un arrêt des activités en cause ou avec un traitement conservateur – p. ex. physiothérapie, anti-inflammatoire. Une discussion avec la personne concernée à propos des options disponibles est conseillée.



Retour vers le tableau

## POLYNEUROPATHIES

### → Épidémiologie

- Incidence et prévalence variables. La polyneuropathie la plus commune est secondaire au diabète avec une incidence annuelle de 2 800 à 6 100 sur 100 000 personnes.

### → Étiologie

- Plus de 200 causes documentées : peuvent être métaboliques (p. ex. diabétique), auto-immunitaires (p. ex. syndrome de Guillain-Barré), toxiques (liées à la consommation d'alcool), inflammatoires, paranéoplasiques, infectieuses ou idiopathiques.

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique familial de neuropathie héréditaire</li> <li>• Exposition à des substances pouvant causer la neuropathie (p. ex. médicaments)</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes sont généralement bilatéraux, symétriques et distaux (« longueur dépendante »).</li> <li>• Douleur lancinante ou subite – souvent décrite comme similaire à une brûlure ou un choc électrique</li> <li>• Paresthésie – surtout une sensation de picotement</li> <li>• Hypoalgésie, insensibilité à la piqûre</li> <li>• Intolérance aux stimuli tactiles (hyperesthésie ou allodynie)</li> <li>• Manifestations autonomiques (cas plus rares)</li> <li>• Engourdissement et pertes sensorielles pouvant mener à de l'ataxie sensitive – principalement des troubles de la marche ou de l'équilibre</li> <li>• Faiblesse musculaire et hyporéflexie (cas sévères)</li> </ul>

### → Prise en charge

- Les tests de laboratoire pour les causes fréquentes de polyneuropathies (diabète, B12, gammopathie monoclonale, TSH) devraient être envisagés pour la prise en charge des patients.

 [Retour vers le tableau](#)

## MYASTHÉNIE

### → Épidémiologie

- Maladie rare, prévalence populationnelle entre 20 et 400 sur un million de personnes

### → Étiologie

- Généralement acquise (idiopathique ou secondaire à un thymome), congénitale dans des cas rares

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition souvent soudaine des symptômes</li> <li>• Apparition ou aggravation des symptômes après un effort physique (fatigabilité et variabilité)</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse musculaire, intermittente ou persistante, ou fatigabilité d'un ou plusieurs groupes musculaires</li> <li>• Atteinte des muscles oculaires, souvent à la présentation initiale : ptose palpébrale (paupière tombante) et diplopie (vision double)</li> <li>• Atteinte des muscles faciaux et bulbaires : anomalies dans l'expression faciale et la parole, difficulté de mastication, de déglutition ou de respiration</li> <li>• Atteinte des muscles du cou et des membres (cas avancés) : altération de la démarche et de la posture</li> </ul>

### → Prise en charge

- La myasthénie est une maladie rare avec des présentations variables. Elle est généralement évaluée dans le contexte d'une consultation spécialisée en neurologie.



Retour vers  
le tableau

## MYOPATHIES

### → Épidémiologie

- Prévalence jusqu'à 7 cas sur 100 000 personnes pour les myopathies héréditaires – dystrophies de Duchenne et de Becker – et jusqu'à 9 à 32 cas sur 100 000 personnes pour les myopathies acquises – myopathies inflammatoires

### → Étiologie

- Peuvent être héréditaires ou acquises avec des causes variées : inflammatoire (p. ex. dermatomyosite), auto-immunitaires, endocrines, infectieuses ou toxiques

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique familial de myopathie héréditaire</li> <li>• Hypothyroïdisme</li> <li>• Consommation d'alcool ou de certaines drogues ou médicaments pouvant causer la myopathie</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution variable des symptômes, mais typiquement symétriques et limités aux muscles proximaux</li> <li>• Fatigabilité et faiblesse musculaire progressive généralisée ou localisée à un ou plusieurs groupes musculaires</li> <li>• Myalgie</li> <li>• Myotonie</li> <li>• Atrophie musculaire</li> <li>• Myoglobulinurie récurrente</li> </ul>

### → Prise en charge

- Les myopathies sont des maladies rares avec des présentations variables, et elles sont généralement évaluées dans le contexte d'une consultation spécialisée en neurologie.



Retour vers le tableau

## NEUROPATHIE DU LARYNX

### → Épidémiologie

- Condition rare

### → Étiologie

- Peut être secondaire à une chirurgie ou un trauma (tête, cou ou thorax), un cancer (cou, thyroïde ou thorax), une intubation, une condition neurologie ou idiopathique

### Éléments significatifs auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique (non exhaustifs)

 <p><b>Anamnèse, caractéristiques du patient et facteurs de risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historique de trauma ou chirurgie à la tête, au cou ou au thorax</li> <li>• Historique d'intubation</li> <li>• Historique d'une condition neurologique centrale ou périphérique</li> </ul>
 <p><b>Examens physique et neurologique : présence de signes et symptômes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parésie ou paralysie des cordes vocales</li> <li>• Douleur ou sensation de souffle court</li> <li>• Altération de la voix – soufflante, enrouée, diplophonie</li> <li>• Hypersensibilité de la gorge</li> <li>• Difficulté de déglutition</li> <li>• Toux chronique</li> <li>• Difficulté de respiration (cas graves)</li> </ul>

### → Prise en charge

- La neuropathie du larynx est évaluée dans le contexte d'une consultation spécialisée en [oto-rhino-laryngologie](#).

 [Retour vers le tableau](#)

## PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Pour consulter toutes les références : voir le [rapport en soutien](#) de l'INESSS.