

République algérienne démocratique et populaire
Ministère l'enseignant supérieur et de la recherche
scientifique

Faculté de médecine Dr.BENMAIL de Constantine

Département de médecine
Service d'oto-rhino-laryngologie
Module d'ORL

DIAGNOSTIC DES DYSPHONIES

Présenté par Dr.BENLAHRACHE S.E

2020/2021

Diagnostic des dysphonies

1. Introduction :

La dysphonie ou enrouement désigne une altération de la voix d'origine laryngée. Considérée comme un symptôme banal sans gravité, elle est souvent négligée tout au moins au début. En réalité, c'est peut-être le premier et le plus important des signes cliniques d'un cancer du larynx.

2. Physiopathologie :

2.1. On reconnaît au larynx 3 fonctions essentielles

- une fonction phonatoire par l'émission des sons,
- une fonction de protection des voies aériennes inférieures lors de la déglutition,
- enfin un rôle actif dans la respiration.

2.2. Plusieurs facteurs conditionnent une bonne émission vocale

- des facteurs locaux: cordes vocales régulières, lisses, souples, de bonne mobilité s'affrontant parfaitement lors de la phonation;
- Des facteurs généraux: importance du soufflet pulmonaire ou du mode respiratoire, âge, sexe, imprégnation hormonale (hormones sexuelles, thyroïdiennes).
- 2 contrôles sont essentiels, l'un proprioceptif, l'autre auditif.

2.3. 2 mécanismes doivent être recherchés de principe devant une dysphonie

Une anomalie morphologique des cordes vocales ou du larynx, ou un défaut d'affrontement des cordes en particulier lié à une immobilité cordale (paralysie ou blocage)

3. Examen clinique :

3.1. L'interrogatoire recherche

- l'ancienneté, le caractère permanent ou transitoire de la dysphonie,
- les conditions de travail (enseignant, milieu très bruyant),
- les antécédents laryngés et généraux: trachéotomie, intubation lors d'une anesthésie générale, traumatisme cervical, chirurgie cervicale ou thoracique,

- les symptômes associés: dysphagie, odynophagie, douleur laryngée, otalgie unilatérale, dyspnée laryngée.

3.2. L'examen du larynx

L'examen du larynx est effectué avec un bon éclairage (miroir de Clar) en laryngoscopie indirecte au miroir laryngien ou en nasofibroscope. On étudie la morphologie du larynx, la mobilité des cordes vocales et des aryténoïdes.

3.3. L'examen

L'examen est toujours complété par l'examen ORL, des aires ganglionnaires cervicales et un examen neurologique des paires crâniennes.

3.4. En fonction de l'orientation étiologique

En fonction de l'orientation étiologique certains examens peuvent compléter le bilan tels une étude de la voix parlée et chantée, une stroboscopie, un sonogramme, certains examens radiologiques: tomodensitométrie injectée du larynx, radiographie pulmonaire, endoscopie pharyngo-oesophagienne, scintigraphie thyroïdienne.

4. Le diagnostic étiologique :

4.1. les dysphonies aiguës de l'adulte

4.1.1. *Peuvent être d'origine infectieuse*

4.1.1.1. La laryngite aiguë catarrhale

La laryngite aiguë catarrhale d'origine **virale** la plus fréquente survient dans un contexte de laryngotrachéobronchite. La dysphonie dure quelques jours puis disparaît. Le traitement est médical associant corticothérapie et aérosolthérapie.

4.1.1.2. Certaines laryngites d'origine microbienne

Certaines laryngites d'origine bactérienne (staphylocoque, pneumocoque, streptocoque) donnent de fausses membranes. Leur présence doit faire rechercher une laryngite diphtérique.

4.1.2. *D'autres dysphonies ont une origine traumatique*

4.1.2.1. Traumatisme laryngé simple

Il peut s'agir d'un traumatisme laryngé simple avec oedème ou contusion laryngée, un hématome laryngé dont le traitement est médical sous surveillance en milieu ORL ou plus grave une **luxation-fracture du larynx** se traduisant par une dyspnée laryngée et réclamant un traitement chirurgical en **urgence** après un bilan endoscopique soigneux des lésions sous couvert d'une trachéotomie.

4.1.2.2. Plaie endolaryngée

Il peut s'agir d'une plaie endolaryngée au cours d'une intubation source de granulomes ou d'ulcérations séquestrées.

4.2. Les dysphonies chroniques de l'adulte

4.2.1. *Les tumeurs du larynx*

4.2.1.1. *Les tumeurs malignes*

Les tumeurs malignes sont essentiellement représentées par les carcinomes de type malpighien (ou épidermoïde). La dysphonie est longtemps le **premier et seul signe d'appel**.

Son diagnostic doit être soupçonné si le sujet est **tabagique**. La laryngoscopie indirecte complétée par la laryngoscopie directe en suspension (LSDS) précise l'aspect de la tumeur, son siège, son extension et surtout l'immobilité des cordes vocales, car c'est elle qui conditionne le pronostic et les indications thérapeutiques.

Le bilan d'extension inclut une TDM laryngée, thoracique et abdomino-pelvienne

Le traitement repose sur l'association radio-chirurgicale, la radiothérapie seule ou une chirurgie partielle du larynx.

4.2.1.2. *Les tumeurs bénignes*

Les tumeurs bénignes sont essentiellement représentées par les papillomes (papillome corné) dont la dégénérescence toujours possible impose le recours à la LSDS et des biopsies multiples. Le traitement est le plus souvent chirurgical.

Les autres tumeurs d'origine nerveuse, vasculaire, glandulaire ou cartilagineuse sont beaucoup plus rares.

4.2.2. *Les laryngites chroniques*

La dysphonie est souvent le seul signe clinique et les facteurs favorisants sont principalement l'intoxication tabagique, les infections nasosinusiennes ou l'exposition à des vapeurs toxiques plus rarement en cause.

4.2.2.1. *La laryngite catarrhale rouge*

La laryngite catarrhale hyperhémique correspond microscopiquement à une hyperplasie muqueuse sans kératinisation. Son traitement est médical et commence par l'éviction des facteurs favorisants.

4.2.2.2. *La laryngite pseudomyxomateuse*

La laryngite pseudomyxomateuse véritable vessie natatoire est aussi dénommée oedème de Reinke. L'oedème se développe à la face supérieure des cordes vocales. Fréquente chez le sujet fumeur, elle est souvent consécutive à un malmenage vocal. Le traitement est chirurgical réalisé sous LSDS, encadré par la rééducation orthophonique.

4.2.2.3. La laryngite chronique hypertrophique blanche

La laryngite chronique hypertrophique blanche correspond microscopiquement à une hyperplasie et une métaplasie muqueuse avec kératinisation mais aussi parfois à une dysplasie, véritable état précancéreux. Dans ce cas une LDS est nécessaire pour enlever l'alésion et confirmer la présence ou non d'une dégénérescence. Une surveillance régulière s'impose.

4.2.2.4. Les autres causes inflammatoires peuvent être

- une laryngite postérieure due à un reflux gastro-oesophagien,
- une arthrite crico-aryténoïdienne post-intubation,
- ou un granulome spécifique de la tuberculose ou de la syphilis ou non spécifique (sarcoïdose, maladie de Wegener, polyarthrite rhumatoïde).

4.2.3. Les paralysies laryngées

Il faut distinguer les paralysies par atteinte du **pneumogastrique** des paralysies récurrentielles isolées. La **paralysie récurrentielle** donne une voix classiquement bitonale.

Devant un trouble de la mobilité de la corde vocale, il faut suspecter une tumeur limitée du ventricule ou de la sous-glote difficile à repérer et au moindre doute réaliser une LDS et une TDM du larynx. Un cancer de l'hypopharynx peut entraîner une fixation de la corde vocale par envahissement tumoral.

Les atteintes du pneumogastrique s'accompagnent de **lésions des nerfs mixtes** (IX, XI, XII) et leur association regroupée dans un syndrome précis permet de localiser la lésion responsable.

Les paralysies laryngées associées :

Les paralysies laryngées peuvent être associées à d'autres atteintes des paires crâniennes.

Elles sont alors responsables, hormis la dysphonie, de troubles pharyngolaryngés comme des troubles de la déglutition et des fausses routes.

L'examen clinique recherchera une paralysie du nerf glossopharyngien en étudiant la mobilité du voile. Une immobilité unilatérale du voile du palais avec atrophie et ascension de celui-ci s'accompagne de signes fonctionnels comme un nasonnement ou rhinolalie ouverte, des régurgitations nasales en règle seulement en cas d'atteinte bilatérale.

On recherchera une absence de réflexe nauséux par application d'un porte-coton sur la paroi postérieure du pharynx.

On recherchera un signe du rideau ou défilement de la paroi postérieure du pharynx du côté sain lors de l'émission d'un son A en examinant l'oropharynx avec un abaisse-langue.

On recherchera une paralysie de l'hypoglosse, fasciculations d'une hémilangue, une atrophie hémilinguale, une déviation de la langue du côté atteint à la protraction linguale.

On recherchera une atteinte de la branche externe du nerf spinal en constatant une atrophie des muscles sternocléidomastoïdien et trapèze, une absence de contraction du trapèze lors du haussement des épaules.

Les données de l'examen clinique vont orienter le diagnostic du niveau de l'atteinte, en général, le trou déchiré postérieur ou l'espace rétrostylien (schéma paralysies laryngées).

Une lésion tumorale, une lésion traumatique du rocher peuvent entraîner une paralysie associée des nerfs mixtes.

Ceux-ci vont associer une dysphonie, des troubles de la déglutition et des fausses routes, unerhinolalie ouverte. L'examen clinique va orienter le type d'atteinte. Une IRM du tronc cérébral, une tomодensitométrie des rochers et des espaces parapharyngés permettra de préciser le niveau d'atteinte.

4.2.3.1. La paralysie récurrentielle unilatérale

La paralysie récurrentielle unilatérale a pour cause essentielle la section accidentelle du nerf récurrent lors d'une chirurgie thyroïdienne, parathyroïdienne, oesophagienne ou thoracique ou lors d'un traumatisme cervical.

4.2.3.2. Les causes tumorales

Les causes tumorales ont pour siège l'oesophage, la thyroïde, les bronches ou la trachée (atteinte d'un récurrent) mais le pneumogastrique peut aussi être atteint dans l'espace rétrostylien (adénopathie métastatique).

4.2.3.3. Les causes cardiaques

Les causes cardiaques sont une maladie mitrale, une coarctation de l'aorte ou même la chirurgie cardiaque.

4.2.3.4. Les causes neurologiques centrales

Les causes neurologiques centrales sont représentées par le syndrome de Wallenberg (accident vasculaire du tronc cérébral), la sclérose en plaques, le syndrome de Guillain Barré, la poliomyélite, l'encéphalite, la syringomyélie, le syndrome d'Arnold Chiari, etc...

4.2.3.5. Les causes idiopathiques

Les causes idiopathiques représentent 10 à 30% des paralysies, la dysphonie survient le plus souvent brutalement et son évolution est spontanément résolutive. On la nomme paralysie laryngée à frigore mais ce diagnostic ne peut être retenu qu'après avoir fait un bilan étiologique complet.

4.2.4. Les causes endocriniennes

Les causes endocriniennes peuvent être d'origine gonadique (traitement hormonal virilisant chez la femme), d'origine thyroïdienne (myxoedème) ou un trouble de la régulation surrénalienne ou hypophysaire.

4.2.5. Les dysphonies fonctionnelles

Les dysphonies fonctionnelles sont des altérations de la voix pour laquelle on ne retrouve aucune lésion anatomique des cordes vocales mais relevant d'un dysfonctionnement laryngé.

Elles touchent essentiellement les professionnels de la voix (enseignant), la plupart féminins.

Une fatigabilité vocale est notable et le malmenage vocal est constamment retrouvé.

Les nodules entrent dans ce cadre. Une rééducation vocale est indiquée.

4.2.6. Les altérations bénignes de la voix

Les altérations bénignes de la voix correspondent à de multiples causes : les polypes, les kystes muqueux des cordes vocales, les ulcères de contact aryténoïdiens entrent dans ce cadre et nécessitent une LDS. La laryngocèle acquise ou congénitale, l'éversion ventriculaire peuvent être associées à un carcinome qu'il faut s'efforcer de mettre en évidence en leur présence. Leur traitement est chirurgical.

4.2.7. Les malformations laryngées

Les malformations laryngées peuvent être une synéchie glottique volontiers antérieure, un sulcus glottidial, un kyste épidermique ou un pont muqueux. Leur traitement est chirurgical.

4.2.8. Les dysphonies séquellaires

Les dysphonies séquellaires d'un traumatisme laryngé.

4.2.8.1. Les granulomes post-intubation

Les granulomes post-intubation siègent souvent dans la commissure postérieure du larynx. Il faut y penser devant toute dysphonie au décours d'une anesthésie générale avec intubation ou d'une réanimation.

4.2.8.2. Les sténoses post-traumatiques du larynx

Les sténoses du larynx post-intubation ou post-chirurgicales posent plus le problème d'une dyspnée laryngée que d'une dysphonie. Leur traitement est chirurgical.

4.2.9. La dysphonie pithiatique

La dysphonie pithiatique survient brutalement et se caractérise par une aphonie secondaire à un choc émotif. Le traitement est une psychothérapie.

4.2.10. La dysphonie spasmodique

La dysphonie spasmodique s'en rapproche et se caractérise par un bégaiement du larynx (syndrome dystonique) et une fatigabilité de la voix.

4.3. Les dysphonies de l'enfant

4.3.1. *La laryngite sous-glottique aiguë chez le jeune enfant*

La laryngite sous-glottiques aiguë du jeune enfant se caractérise par une toux rauque, une dyspnée laryngée jusqu'à la détresse respiratoire. L'humidification des voies aériennes et la corticothérapie les améliorent rapidement.

4.3.2. *Les angiomes sous-glottiques*

Les angiomes sous-glottiques se manifestent souvent sous l'aspect de laryngites aiguës récidivantes.

4.4. Les dysphonies chroniques de l'enfant

4.4.1. *Les sténoses laryngées congénitales*

Les sténoses laryngées congénitales se manifestent surtout par une dyspnée au premier plan chez un nourrisson et doit être distingué du stridor laryngé congénital essentiel.

4.4.2. *Stridor laryngé congénital essentiel*

Le stridor laryngé essentiel appelé laryngomalacie, lié à un collapsus inspiratoire du larynx, disparaît spontanément vers l'âge de 2 ans.

4.4.3. *Des kystes congénitaux et les laryngocèle*

4.4.4. *D'une paralysie récurrentielle*

Une paralysie récurrentielle congénitale, post-obstétricale, liée à une malformation cardiaque ou enfin essentielle.

4.4.5. *L'angiome sous-glottique*

L'angiome sous-glottique se manifeste aussi par un stridor et des épisodes récidivants de dyspnée dans les 2 premières années de la vie.

4.4.6. *La papillomatose laryngée de l'enfant*

La papillomatose laryngée de l'enfant est volontiers récidivante et est très difficile à traiter dans sa forme extensive malgré l'apport du laser CO₂.

4.4.7. *Les dysphonies fonctionnelles*

Les dysphonies fonctionnelles sont les causes les plus fréquentes de dysphonie chez l'enfant et régressent souvent vers la puberté.