

Diagnostic d'une dysphonie

I) Définition

La dysphonie est l'atteinte de la voix liée à une anomalie de la morphologie ou du fonctionnement des cordes vocales.

II) Rappel anatomique

Les cordes vocales ont la forme de 2 rubans amarrés sur un point fixe en avant et mobiles en arrière.

Paires et symétriques, elles sont constituées par le muscle vocal recouvert d'une muqueuse de type respiratoire séparée du muscle par l'espace de Reinke.

Les 2 cordes vocales se réunissent en avant sur un point fixe nommé commissure antérieure. La partie postérieure de chaque muscle vocal est amarrée sur une apophyse cartilagineuse des 2 cartilages aryténoïdiens s'articulant avec le bord supérieur du cartilage cricoïdien.

La mobilité de ces cartilages est assurée par le nerf récurrent, branche du nerf pneumogastrique (X) innervant les muscles dilatateurs et constricteurs de la glotte.

Le plan glottique ne possède pas de drainage lymphatique.

III) Diagnostic positif

A- Interrogatoire

Il permet le plus souvent une orientation étiologique.

Il précise les caractères de la dysphonie :

- Mode de survenue
- Permanente ou intermittente
- Survenant après un effort vocal
- Ancienneté et évolutivité.

Toute dysphonie se prolongeant plus de 3 semaines nécessite un examen ORL des cordes vocales.

- Il recherche les signes associés ayant précédé ou suivi la dysphonie :
 - Ootalgie
 - Oodynophagie, dysphagie
- Il apprécie le terrain :
 - Intoxication tabagique et /ou alcoolique

- Professionnels de la voix : chanteurs, enseignants...
- Antécédents infectieux : syphilis, tuberculose
- Anesthésie récente avec intubation
- Antécédents de chirurgie cervicale ou thoracique
- Reflux gastro-oesophagien
- Infection sinusienne chronique

Toute dysphonie persistante sur un terrain alcool-tabagique doit faire craindre un cancer.

B-Examen clinique

Il comporte :

- A l'inspection : la recherche d'une cicatrice cervicale basse en regard du larynx ou de la région thyroïdienne
- La palpation des cartilages recherche une déformation du squelette et la palpation des aires cervicales ganglionnaires pour retrouver d'éventuelles adénopathies.
- **Un examen du larynx au miroir laryngé ou avec un fibroscope permettant d'apprécier la mobilité et la morphologie des cordes vocales.**

C- Examens complémentaires

Ils sont réalisés dans le cadre du bilan phoniatrice indispensable devant toute dysphonie :

- Appréciation phoniatrice de la voix : voix chantée, voix projetée, voix parlée...
- Vidéo-fibroscopie avec stroboscopie permettant une approche plus précise des lésions et des anomalies de vibration de la muqueuse qu'elle entraîne.
- Analyse informatisée de la voix permettant une évaluation pré-thérapeutique objective de la fréquence fondamentale laryngée.

IV- diagnostic étiologique

On distingue

A- Les troubles de la mobilité laryngée

1- Paralysie récurrentielle

- Unie ou bilatérale
- En fermeture
 - La lésion peut se situer sur le trajet du nerf récurrent :
- Antécédents de chirurgie thyroïdienne ou oesophagienne avec atteinte cervicale

- Atteinte médiastinale ou cardiaque pour le récurrent gauche.
 - Sur le trajet du nerf pneumogastrique
- Atteinte tronculaire au niveau de région cervicale, du trou déchiré postérieur ou de la fosse postérieure se traduisant par une corde vocale immobilisée en abduction.
- 2- **Ankylose crico-aryténoïdienne** simulant une paralysie, secondaire à une intubation
- 3- **Dysphonie spasmodique** devant faire rechercher une atteinte spastique plus générale : blépharospasme, spasme facial et des muscles du cou.

B- les atteintes morphologiques de la corde vocale

1- Inflammatoires

Très fréquentes, elles font rechercher des facteurs aggravants (sinusite chronique, reflux gastro-oesophagien) :

- **Laryngites aiguës** survenant dans un contexte bactérien ou viral
- **Laryngites chroniques** dues principalement à l'intoxication tabagique. Elles doivent faire craindre la transformation carcinomateuse de ces lésions
 - Laryngites rouges hypertrophiques
 - Laryngites blanches dyskératosiques avec plaques plus ou moins en épaisseur pouvant dissimuler des carcinomes in situ ou micro-invasifs.
- Laryngites pseudo-myxomateuses liées à un œdème important de l'espace de Reinke, se transformant exceptionnellement en cancer.

2- Tumorales

- **Les cancers** : le cancer de la corde vocale est la crainte majeure devant toute dysphonie persistante
 - Peut être strictement limité à la corde vocale ou étendu aux étages sus et sous glottiques
 - Peut entraîner dans ses formes étendues une diminution ou une disparition de la mobilité du larynx.
 - Impose une biopsie par laryngoscopie sous anesthésie générale.
- **Les tumeurs bénignes**
 - Amylose, chondrome
 - Seule l'histologie permet le diagnostic.
 - Les troubles de la mobilité laryngée sont rares au cours de l'évolution.

3- Infectieuses

- Syphilis, tuberculose où le contexte général permet d'orienter le diagnostic.
- Papillomatose laryngée : soit survenant dans l'enfance soit apparaissant à l'âge adulte et de pronostic plus péjoratif par risque de transformation maligne.

4- Anomalies congénitales

Souvent diagnostiquées au cours de la laryngoscopie indirecte :

- Sulcus glottidis= fente du muscle vocal
- Kystes congénitaux intra-cordaux
- Laryngocèles

5- Lésions organiques secondaires à un trouble fonctionnel de la voix

Très fréquentes, elles se traduisent par des polypes, nodules, kissing nodules.

Toute lésion organique des cordes vocales ne faisant pas sa preuve, nécessite impérativement une laryngoscopie sous anesthésie générale avec prélèvement histologique.

C- absence d'anomalie morphologique

Le diagnostic retenu est alors celui d'une dysphonie fonctionnelle nécessitant un bilan phoniatrique complet. Le terrain psychologique doit être apprécié, pouvant retentir ou être à l'origine de ce trouble fonctionnel.

V- traitement

1- Le traitement comporte :

- La suppression des facteurs de risque : tabac, alcool.
- Le traitement des facteurs aggravants : sinusite chronique, reflux gastro-oesophagien
- Le traitement des lésions morphologiques

2- Les laryngites aiguës

- Sont traitées par antibiotiques, anti-inflammatoires et aérosols.
- Un contrôle à distance des cordes vocales doit permettre de contrôler la restitution ad integrum de leur anatomie.

3- Les autres pathologies organiques

- seront traitées en fonction de leur étiologie mais nécessitent le plus souvent une laryngoscopie en suspension sous anesthésie générale.
- Une rééducation orthophonique est souvent indispensable afin de corriger les malpositions vocales.

4- Traitement des troubles de la mobilité laryngée

- Les paralysies récurrentielles unilatérales et les ankyloses sont traitées principalement par simple rééducation orthophonique.

- Parfois, nécessité d'une injection de téflon ou collagène dans la corde vocale paralysée.
- En cas de dyspnée associée (paralysie bilatérale), on peut être amené à réaliser une aryténoïdectomie laser ou une encoche cordale postérieure.

5- Traitement des dysphonies fonctionnelles

- exérèse d'éventuelles lésions organiques : polype, nodule
- rééducation orthophonique

La surveillance permet :

- De vérifier l'absence de récurrence
- De dépister une transformation maligne de certaines lésions
- D'objectiver la guérison par une nouvelle évaluation de la voix.

Dr M.Benchaoui