

### **Diagnostic des dyspnées laryngées**

#### **Introduction /généralités :**

- Les dyspnées laryngées sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques qui peuvent engager le pronostic vital immédiat.
- Dyspnée obstructive secondaire à une diminution de calibre de la filière laryngée (obstacle fonctionnel ou anatomique, intrinsèque ou extrinsèque au niveau de l'un ou plusieurs des trois étages du larynx)

#### **Caractéristiques anatomophysiologique chez l'enfant:**

- le larynx de l'enfant est plus étroit
- Position plus haute.
- l'étage sus-glottique est relativement souple et spacieux. Il se caractérise par une certaine flaccidité de l'épiglotte.
- L'étage glottique est plus ovalaire
- L'étage sous-glottique représente la zone la plus étroite du larynx du nourrisson et du jeune l'enfant.
- La réactivité de la muqueuse laryngée du nourrisson est sensible, elle répond à toute stimulation locale par un spasme.

#### **Diagnostic positif :**

#### **Aspects clinique :**

- Dans sa forme typique, Il s'agit d'une bradypnée inspiratoire, ou,
- Le tirage : creux sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique, et des espaces intercostaux.
- bruit laryngé inspiratoire (stridor, cornage), +/- des modifications de la voix et de la toux.
- Formes atypiques chez le nouveau-né et le petit nourrisson : une tachypnée avec tirage.
- Une apnée

- Accès de cyanose ou de bradycardie pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiorespiratoire.

### **Critères de gravité :**

#### **Cliniques :**

- Age de l'enfant : plus l'enfant est jeune plus la dyspnée est grave
- la durée d'une dyspnée supérieure à une heure
- Les signes de lutte respiratoire : le battement des ailes du nez, le balancement thoraco abdominal et le hochement de haut en bas de la tête lors de l'inspiration.
- Une tachypnée supérieure à 60 cycles respiratoires par minute (respiration superficielle).
- Attention!! à la disparition du tirage+++
- Cyanose ou pâleur intense.
- Une bradypnée extrême
- Pauses respiratoires de plus de 20 secondes
- Sueurs signe d'hypercapnie
- La cyanose, toujours d'apparition tardive traduit l'hypoxémie.
- Les troubles de la conscience
- Chez l'adulte :
  - tachycardie, hypertension artérielle (HTA),
  - troubles du comportement : agitation, angoisse, troubles de la vigilance ;
  - les constantes hémodynamiques : pouls, tension artérielle
  - Signes cardiaques droits tels que la tachycardie, l'HTA, la turgescence jugulaire et l'hépatalgie.

#### **Gazométrie :**

- $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$
- et/ou une  $\text{PaO}_2 < 50\text{ mmHg}$
- Acidose respiratoire.

#### **Diagnostics différentiels :**

- Dyspnées d'origine cardiaque ou pulmonaire : Tachypnée ou polypnée sans tirage ni cornage ou stridor. La voix et la toux sont normales.
- Dyspnées asthmatiformes ou d'origine bronchique : bradypnées expiratoires + sifflement expiratoire caractéristique (râles sibilants) et de signes auscultatoires pulmonaires.
- Dyspnées d'origine trachéale : dyspnée aux deux temps inspiratoire et expiratoire + un *wheezing*.
- Dyspnées obstructives supralaryngées : dyspnées inspiratoires mais le tirage est sous-mandibulaire + voix typique « de patate chaude » ou Nasonnée.
- Dyspnées d'origine métabolique et neurologique centrale : Cheyne-Stokes, Kussmaul

**Le diagnostic étiologique :** le bilan étiologique est débuté une fois l'urgence vitale contrôlée.

▪ **Dyspnées laryngées chez l'enfant :**

✓ **Chez le nourrisson de moins de 6 mois :**

**Laryngomalacie :**

- La plus fréquente des anomalies laryngées congénitales, la cause la plus habituelle des stridors du nouveau-né, du nourrisson et du petit enfant.
- Le maître-symptôme est le stridor d'apparition très précoce (dixième et quinzième jours de vie). majoré par le décubitus dorsal, les pleurs, les cris, et toute circonstance augmentant la fréquence et le débit respiratoires. une possible accentuation du stridor lors des phases de sommeil.
- Selon la gravité de l'atteinte :
- Une dyspnée d'effort, voire de repos, des épisodes de cyanose, voire des apnées, un arrêt cardiorespiratoire.
- Augmentation de la durée des tétées, témoin des difficultés alimentaires
- cassure de la courbe de poids.
- Le retentissement staturopondéral, l'aggravation des dyspnées, les apnées, et les épisodes de cyanose, sont autant d'éléments définissant les formes sévères
- NB : l'existence d'un stridor n'est pas toujours le témoin d'une laryngomalacie.
- Nasofibroscopie / laryngoscopie directe en suspension pose le diagnostic

**Evolution :**

- Formes bénignes : disparition du stridor vers l'âge de 1 an.

- Les formes sévères : non traitées elle évoluent vers les complications :
- Retard staturo-pondéral
- Pectus excavatum : dyspnée chronique
- Décès

#### **Traitement :**

- Epaississement de l'alimentation
- Traitement anti RGO
- les formes bénignes : surveillance pédiatrique sur le plan respiratoire et staturo-pondéral
- Les formes sévères : traitement chirurgical au laser CO2

#### **Angiome sous-glottique :**

- Première cause de dyspnée laryngée chez les enfants de moins de 6 mois.
- la nette prédominance féminine.
- Après un intervalle libre (6 à 8 semaines).
- Dyspnée inspiratoire +/- une toux, un cri rauque . La possibilité d'une dysphagie, de vomissements, de cyanose et d'hémoptysies.
- Un tableau de laryngites à répétition est un mode révélateur. Localisation cutanée.
- Nasofibrescopie +++
- L'évolution récidivante, par poussées
- traitement de première intention repose sur la corticothérapie à fortes doses. Les formes corticorésistantes bénéficient d'un traitement chirurgical.

#### **Paralysies laryngées :**

- Deuxième cause des stridors et dyspnées du nouveau-né et du nourrisson.
- L'intensité de la symptomatologie est variable en fonction :
  - ✓ caractère uni ou bilatéral de la paralysie
  - ✓ son type : en fermeture (adduction) ou en ouverture (abduction).

- La certitude diagnostique repose sur la nasofibroscope
- **Congénitales (idiopathique) ou acquises :**
- **Neurologique :**
  - ✓ anoxie cérébrale néonatale
  - ✓ l'hypotonie néonatale bénigne
  - ✓ Les malformations d'Arnold-Chiari
  - ✓ les méningocèles, myéломéningocèles, les hydrocéphalies.
  - ✓ Affections périphériques : les dysgénésies nucléaires, les neuropathies périphériques héréditaires, ou les traumatismes des nerfs moteurs du larynx
- L'évolution se fait plus volontiers vers la régression dans les formes unilatérales que dans les formes bilatérales.
- **Traumatismes obstétricaux :** forceps et/ou à des tractions prolongées sur le rachis cervical. Les dystocie des épaules.
- Un stridor, rarement un état de détresse
- Ces paralysies sont généralement toujours régressives.
- **Chirurgie cervicale ou thoracique :** par lésion des nerfs récurrents.
- Les interventions en cause sont essentiellement cervicales, thoraciques (cardiaque ou oesophagienne), ou neurologiques (tumeur de la fosse postérieure).
- le plus souvent définitives.
- **Les dilatations des cavités cardiaques ou de l'artère pulmonaire :** le syndrome d'Ortner (paralysie laryngée gauche, artère pulmonaire dilatée et rétrécissement mitral).

### **Sténoses laryngotrachéales :**

- ✓ **L'atrésie laryngée :**
  - Anomalie congénitale précoce du développement laryngé. Habituellement associée à d'autres malformations congénitales
  - L'imagerie fœtale par échographie et IRM permet de diagnostiquer l'atrésie
  - Détresse respiratoire dès la naissance, car la filière laryngée est réduite à un fin pertuis postérieur.
  - Trachéotomie d'urgence.

✓ **Les diaphragmes ou les palmures laryngées** : sont les formes mineures de ces atrésies.

- La dysphonie domine la symptomatologie
- Le diagnostic est endoscopique.
- La prise en charge est chirurgicale.

✓ **La sténose sous-glottique** :

- la dyspnée est d'autant plus précoce et marquée que la sténose est plus serrée.
- L'endoscopie précise le degré de la sténose, la TDM sont étendue.
- Le traitement est chirurgical

### **Diastème laryngé postérieur :**

- défaut de fusion de la lame dorsale du cartilage cricoïde ou du septum trachéo-œsophagien.
- Les formes mineures se résument à une fente interaryténoïdienne.
- troubles de déglutition mineurs et peut longtemps passer inaperçue.
- Lorsque le diastème s'étend au cricoïde ou plus bas à la trachée, un stridor et un cri faible accompagnent les fausses routes dès la naissance.
- Les complications broncho-pulmonaires font la gravité de cette malformation.
- La dyspnée laryngée n'est pas au premier plan. Elle est liée à la redondance de la muqueuse pharyngo-œsophagienne qui faisant hernie dans le larynx.
- Le diagnostic est endoscopique.
- Le traitement est chirurgical le plus souvent. Seules les formes mineures peuvent s'améliorer sans chirurgie, grâce à une alimentation épaissie.

### **Kystes laryngés et juxtalaryngés :**

- Beaucoup plus rares
- Des kystes épiglottiques, aryépiglottiques et sous-glottiques.
- Ils se révèlent généralement de façon précoce dans les premiers jours de la vie pour s'aggraver rapidement.
- Le diagnostic à la nasofibroscopie.
- Le traitement : simple ponction, exérèse par voie endoscopique, exérèse chirurgicale par cervicotomie si récidive après traitement endoscopique.

▪ **Dyspnée laryngée chez les enfants de plus de 6 mois :**

✓ **Corps étrangers des voies aériennes :**

- Fréquents, avec un maximum de fréquence dans la deuxième année.
- Syndrome de pénétration +++
- Parfois, un tableau d'asphyxie : corps étranger volumineux ou enclavé
- Le diagnostic peut être difficile si le syndrome de pénétration n'a pas été observé par l'entourage. Le diagnostic est aidé par l'imagerie devant une complication
- Seule l'endoscopie, le plus souvent sous anesthésie générale, permettra à la fois le diagnostic de certitude et le traitement.

✓ **Laryngites aiguës :**

▪ ***Epiglottite ou laryngite supraglottique :***

- Beaucoup plus rare que les autres formes mais la plus dangereuse
- D'origine bactérienne : *Haemophilus influenzae*
- Début très brutal avec une fièvre élevée supérieure à 39 °C, dyspnée et une dysphagie d'aggravation rapide.
- Attitude très évocatrice : assis, tête penchée en avant, bouche ouverte d'où suinte une salive claire qu'il ne peut déglutir et refusant de s'allonger sur le dos.
- Altération importante de l'état général.
- Éviter l'examen oropharyngé et le décubitus
- transféré d'urgence dans un service de réanimation spécialisé
- l'intubation +++ voir une trachéotomie.
- Traitement : antibiocoarthérapie

• **Laryngite striduleuse ou spasmodique :**

- La moins grave des laryngites
- Un spasme glottique dont la (les) cause(s) pourrai(en)t être un reflux gastro-oesophagien, des phénomènes inflammatoires ou psychologiques.
- Survenue est brutale, volontiers nocturne
- Dyspnée modérée disparaît spontanément en moins de 1 heure.
- Un contexte de virose respiratoire est habituellement retrouvé.

- La récurrence est fréquente
- Traitement : une corticothérapie per os de 3 à 4 jours + humidification de la chambre.

✓ **Laryngite oedémateuse :**

- La plus fréquente des laryngites sous-glottiques
- D'origine virale, après une rhinopharyngite
- Début est souvent nocturne,
- Une dyspnée laryngée typique avec tirage et cornage sans caractère spasmodique, le cri et la toux sont rauques, l'expiration est libre.
- Traitement : corticoïde

✓ **Laryngo-trachéo-bronchite bactérienne :**

- rares mais graves.
- Un œdème sous-glottique + ulcérations + des lésions pseudomembraneuses diffuses et des sécrétions mucopurulentes épaisses tapissant tout l'arbre respiratoire
- Les germes rencontrés sont : Staphylococcus aureus et Haemophilus influenzae
- Le tableau s'installe en 24-48 heures au décours d'une banale laryngite sous-glottique (virale).
- La dyspnée s'aggrave dans un contexte septique sévère. Initialement inspiratoire, elle devient mixte du fait de l'obstruction laryngotrachéale par les fausses membranes
- Cette dyspnée résiste au traitement classique de la laryngite sous-glottique et impose l'hospitalisation
- L'endoscopie permet le diagnostic en visualisant des fausses membranes croûteuses adhérentes qui envahissent la trachée.
- Au cours de l'endoscopie, les prélèvements bactériologiques seront faits pour orienter l'antibiothérapie
- L'intubation et l'antibiothérapie sont indispensables jusqu'à la guérison des lésions.

▪ **Laryngites spécifiques**

- ✓ La laryngite diphtérique : secondaire à une angine diphtérique. L'enfant est fébrile, son état général est altéré. Il est tachycarde et présente un coryza sérosanglant souvent unilatéral. La dyspnée se manifeste par une toux rauque associée à une voix éteinte qui caractérise ces laryngites à fausses membranes. La laryngoscopie retrouve les fausses membranes adhérentes que l'on prélève pour identifier le germe (bacille de Klebs-Loeffler).



- ✓ La rougeole: La dyspnée tardive est sévère. Parfois aggravée par une pneumopathie. Cette dyspnée est liée à des lésions ulcéronécrosantes et pseudomembraneuses laryngées et trachéobronchiques diffuses.
- ✓ **Les laryngites caustiques et les brûlures laryngées:**
  - Ils sont dus à l'inhalation de gaz toxique, à l'ingestion d'acides ou de bases caustiques, à la brûlure du larynx par ingestion de liquide bouillant.
  - L'endoscopie permet de faire le bilan lésionnel.
  - Les lésions sont plus graves, car elles sont responsables de synéchies ou de sténoses difficiles à traiter.
  - La fréquence de lésions digestives hautes est un facteur pronostique aggravant
- ✓ **Œdème laryngé allergique:**
  - Il s'agit d'une allergie respiratoire alimentaire, médicamenteuse ou à un venin.
  - La dyspnée laryngée est en règle associée à un rash cutané.
  - Devant un tel tableau, un retentissement cardiovasculaire (hypotension, choc) est à redouter.
  - Le diagnostic est orienté par les antécédents familiaux et personnels, les circonstances d'apparition et l'association à l'urticaire.
  - Le TRT est basé sur les antihistaminiques et les corticoïdes, mais le recours à l'injection d'adrénaline en sous-cutané est parfois nécessaire.
- ✓ **Œdème angioœdémateux héréditaire :**
  - C'est une pathologie héréditaire, transmise sur le mode autosomique dominant.
  - Elle est liée à un déficit en C1q estérase.
  - Elle se manifeste le plus souvent chez l'adolescent, à la faveur d'un traumatisme ou d'un stress, par un œdème de localisation diffuse : peau, larynx et intestins.
  - L'œdème laryngé est responsable d'une dyspnée obstructive sévère pouvant nécessiter l'intubation, voire une trachéotomie en urgence, car elle ne répond ni aux corticoïdes ni à l'adrénaline.
  - Traitement des poussées : ESTERASINE en IV lente
- ✓ **Dyskinésies laryngées:**

- Il s'agit d'une dysfonction périodique qui correspond à un mouvement paradoxal des cordes vocales qui vont se fermer lors de l'inspiration.
- L'élément clé du diagnostic est la totale réversibilité de la dyspnée lorsque l'attention du sujet est détournée de celle-ci.
- Le traitement est essentiellement comportemental et doit éviter les interventions médicales intempestives.
- **Traumatismes laryngés :**
- ✓ **Traumatismes externes :**
  - Accidents de la voie publique (ceinture de sécurité)+++.
  - Quelle que soit l'importance du traumatisme, l'enfant doit être hospitalisé en raison du risque d'emphysème ou d'un hématome secondaire.
  - Ces lésions peuvent se révéler par une dyspnée ou une dysphonie
- ✓ **Traumatismes internes :**
  - Il s'agit le plus souvent de traumatismes iatrogènes lors d'une intubation.
  - Deux situations cliniques peuvent se rencontrer :
    - ❖ au décours immédiat d'une extubation, l'enfant présente une dyspnée laryngée nécessitant une réintubation en urgence. L'endoscopie révèle un œdème d'origine mécanique qui prédomine au niveau des bandes ventriculaires et de la sous-glote.
    - ❖ plusieurs semaines après une extubation, Elles réalisent des sténoses glottiques ou sous-glottiques.
- ✓ **Papillomatose laryngée :**
  - Le signe d'appel est la dysphonie persistante qui survient entre 2 et 4 ans.
  - La dyspnée laryngée est tardive.
  - L'endoscopie retrouve une prolifération d'éléments grisâtres ou rosés, exophytiques, développés aux dépens de la muqueuse laryngée ( CV, plancher des ventricules, 03 étages)
  - Le virus HPV (6,11) a été incriminé. Le sérotype 6 est oncogène
  - L'examen anatomopathologique est indispensable pour confirmer le diagnostic et éliminer une dégénérescence maligne.
  - Le traitement des formes bénignes est local. Il repose sur la vaporisation au laser.

- La gravité de la Papillomatose est liée à son caractère récidivant et extensif justifiant le contrôle de la guérison.
- Dans les formes sévères, les injections locales de cidofovir représentent une thérapeutique prometteuse .
- *Tumeurs malignes du larynx* : Exceptionnelles **Les rhabdomyosarcomes** +++.
- **Dyspnées laryngées chez l'adulte :**
  - **Dyspnées laryngées aiguës:**
    - ✓ **Laryngites infectieuses:**
      - **Laryngite grippale** : dans les formes graves dyspnéisantes œdème épiglottique, ulcérations, parfois formes phlegmoneuses
      - **Epiglottite de l'adulte:** Rare
      - **Laryngite diphtérique:** intérêt de la sérothérapie
      - **Laryngite aigue chez l'immunodéprimé** (candida)
    - ✓ **Laryngites inflammatoires**
      - **Œdème angioneurotique familial** : TRT prophylactique: dérivés androgéniques
      - **Laryngites allergiques:** (œdème de Quincke)
      - **Laryngites par inhalation de caustiques:** Cl, oxyde d'azote, ammoniacque, acide chlorhydrique donnant un œdème de la margelle et vestibule TRT: ATB+CTC régression<72H si œdème modéré sinon intubation
  - ✓ **Causes traumatiques :**
    - **a) Traumatismes externes laryngés :**
      - Soit ouverts : inondation bronchique par le sang
      - Soit fermés :
        - **Contusions:** dysphagie et dysphonie au 1<sup>er</sup> plan, dyspnée peut survenir d'où hospitalisation pendent 48h avec CTC
        - **Fractures:** dyspnée peut être très importante, dysphonie et odynophagie
    - La palpation est l'examen capital ; emphysème sous-cutané, points douloureux, déformations laryngées
    - LD: bilan des lésions
    - TRT: si fracture instable: tuteur laryngé pendent 3 semaines

- **b) Traumatismes internes:**
- Intubation traumatique donnant inflammation du cricoïde, ou une atteinte crico-aryténoïdienne
- ✓ **Corps étrangers du larynx:**
- Syndrome de pénétration
- LDS: intérêt diagnostique et thérapeutique
- Dyspnées laryngées chroniques:
- **Tumeurs :**
- ✓ **pathologie tumorale maligne :**
- Le type histologique le plus fréquent : carcinome épidermoïde ou malpighien kératinisant plus ou moins différencié.
- La dyspnée peut être liée à la taille de la tumeur, ou à une paralysie récurrentielle par envahissement local.
- Dans les tumeurs de la margelle, de la sus-glote (vestibule, ventricule) ou du plan glottique, la dyspnée laryngée témoigne d'une extension tumorale importante, la dyspnée est habituellement un signe tardif mais fréquent, souvent précédée par une dysphonie qui aura été négligée. À l'opposé, les cancers de la sous-glote évoluent à bas bruit sans dysphonie et une dyspnée progressive est généralement au premier plan.
- L'association d'une dyspnée laryngée, d'une dysphonie et/ou d'une dysphagie chez un homme ou une patiente éthylo-tabagique avec une histoire clinique typique oriente rapidement le diagnostic étiologique.
- La confirmation repose sur l'examen clinique ORL et la nasofibroskopie. Celle-ci permet de localiser la tumeur et de préciser la mobilité du larynx.
- La laryngoscopie directe sous anesthésie générale avec réalisation de prélèvements biopsiques et examen anatomopathologique permet de certifier le diagnostic.
- Un bilan d'extension locorégional consistant soit en une TDM cervicofaciale et thoracique soit une IRM plus préconisée dans les lésions de la langue et du plancher buccal, complète le bilan clinique et endoscopique.
- ✓ **Pathologie tumorale bénigne :**
- Rarement à l'origine d'une dyspnée laryngée.
- Le diagnostic évoqué par la nasofibroskopie est confirmé par la laryngoscopie en suspension avec biopsies et examen anatomopathologique.

▪ **La papillomatose laryngée de l'adulte**

- La plus fréquente. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital par obstruction des voies aériennes ou transformation maligne. Il a été mis en évidence des particules virales de papillomavirus humains dans ces lésions.
- prédominance masculine avec un début préférentiel chez l'adulte de 20-30 ans. Le premier symptôme est la dysphonie.
- La papillomatose s'étend progressivement à tout le larynx voire jusqu'à le dépasser (hypopharynx, arbre trachéobronchique), elle entraîne une obstruction laryngée responsable d'une dyspnée laryngée, d'installation le plus souvent progressive, et d'abord à prédominance nocturne, mais elle peut s'installer de façon brutale.
- Le traitement consiste en la désobstruction du larynx par résection des papillomes grâce au laser CO2 et à l'injection locale d'un antiviral.

✓ **Tumeurs cartilagineuses :**

▪ **Chondrome du cricoïde**

- C'est une tumeur très rare
- Dyspnée progressive, un stridor, une dysphagie, ou une dysphonie par atteinte de l'articulation crico-aryténoïdienne.
- Le traitement est chirurgical par excision complète du chondrome.

- **Tumeur à cellules granuleuses (ABRIKOSSOFF) :** rares, située typiquement au niveau du tiers postérieur du plan glottique ou en regard de la commissure postérieure. Le traitement repose sur l'exérèse locale

• **La laryngocèle :**

- Elle résulte d'une dilatation aérienne anormale du saccule, orifice borgne développé aux dépens du toit du ventricule de MORGAGNI.
- On décrit les laryngocèles internes qui siègent sous la bande ventriculaire et les laryngocèles externes, hernies s'extériorisant à travers la membrane thyro-hyoïdienne et responsables d'une tuméfaction cervicale.
- L'apparition d'une dyspnée aiguë en quelques heures est une complication classique, toujours grave, d'une laryngocèle.
- Le traitement des laryngocèles internes est endoscopique avec éventuellement l'aide du laser CO2
- Dans les formes mixtes ou externes, le traitement est chirurgical

- **Autres pathologies tumorales bénignes :** le lipome, le schwannome du nerf laryngé supérieur, les dépôts amyloïdes laryngés, les laryngites myxoedémateuses peuvent entraîner une dyspnée laryngée mais ce sont des lésions quasi exceptionnelles.
- **Sténoses laryngées cicatricielles:**
- **Après traumatisme Accidentel:** fractures du cricoïde qui sont sténogènes causes de synéchies
- **Après traumatisme iatrogène:**
  - Après trachéotomie; quand elle est trop haute
  - Après chirurgie partielle du larynx
- **Après intubation**
  - le plus souvent sténoses laryngo-trachéales.
  - Lésions: atteinte des parties postérieures, ischémie par compression du ballonnet
- **Causes neurologiques:**
- **Dyspnée permanente:**
  - **D'origine Centrale :**
- **Paralysie des dilatateurs de la glotte :** Syndrome de GERHARDT: CV en position paramédiane pas d'abduction, adduction conservée
- **Diplégie laryngée globale:** Syndrome de RIEGEL : CV en position paramédiane pas d'abduction, ni adduction.
  - **D'origine périphérique :**
- **Dyskinésie des cordes vocales**
- **Paralysie récurrentielle bilatérale (infiltration tumorale)**
- **Dyspnée intermittente:**
- **Spasme laryngé :** en réponse à une irritation laryngée ou lors de maladies neurologiques
- **Inversion du mouvement laryngé respiratoire :**
  - Avec adduction des cordes vocales à l'inspiration et abduction à l'expiration
  - Les mouvements pendant la phonation sont, en revanche, normaux.
  - Il s'agit souvent d'un trouble psychologique.

- **Dysfonction paradoxale des cordes vocales** : Souvent confondu avec l'asthme d'effort, c'est un trouble fonctionnel des cordes vocales qui entraîne une fermeture glottique paradoxale et intermittente à l'inspiration.
- ✓ Causes myogènes:
- **Myasthénie auto-immune:** accès de dyspnée intermittents
- **Sd myasthéniformes:** atteinte des dilatateurs de la glotte non influencée par la néostigmine

**Conclusion :**

- Plus fréquente, étiologies très variée
- Peut mettre en jeu le pronostic vital
- Reconnaître la dyspnée laryngée
- Apprécier la gravité
- Recherche étiologique : âge, antécédents, habitude toxique, mode d'installation, examen clinique ORL
- Les examens complémentaires seront orientés par la clinique
- Le traitement dépendra de l'étiologie

**Dr MEDJEDOUB.W**