

DIAGNOSTIC DES DYSPHONIES



Dr IDDIR/HCA

Plan

Introduction

Rappels

Diagnostic positif

Diagnostic différentiel

Diagnostic étiologique

Conclusion

INTRODUCTION:

La dysphonie désigne une altération de la voix portant sur sa hauteur, son intensité, son timbre ou sur leurs combinaisons.

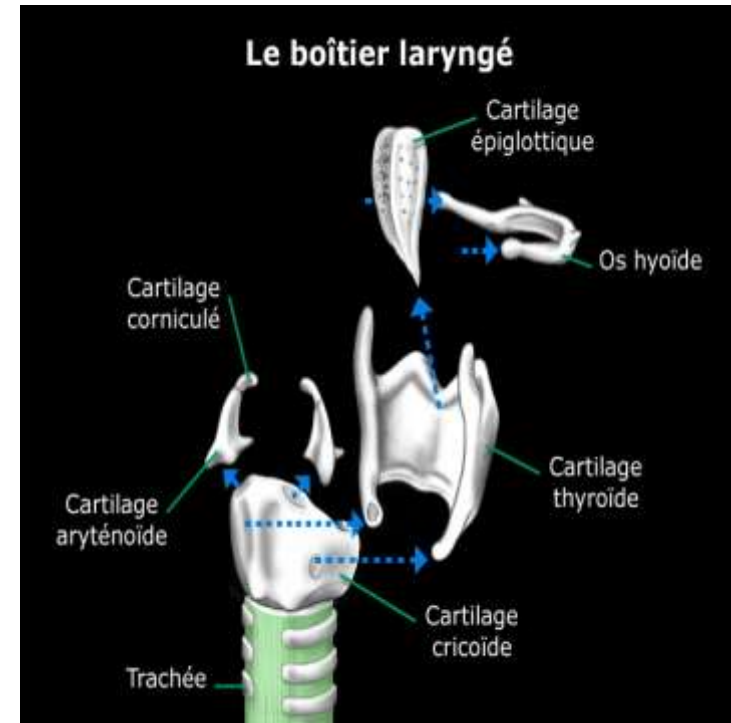
Considérée comme un symptôme banal sans gravité, elle est souvent négligée par les patients tout au moins au début.

En réalité, elle peut-être le premier et le plus important des signes cliniques d'un cancer du larynx.



RAPPELS:

Le larynx est un organe complexe formé de pièces cartilagineuses (thyroïde, cricoïde, aryténoïdes, sésamoïdes, épiglote) qui vient chapeauter l'arbre trachéo-bronchique.

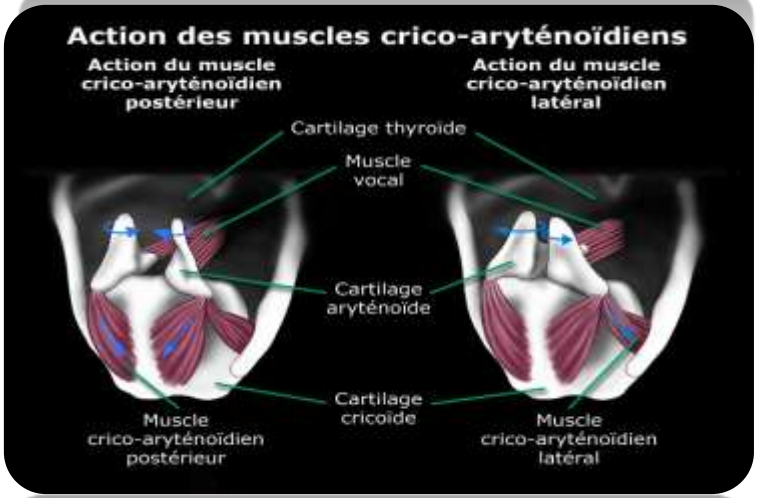
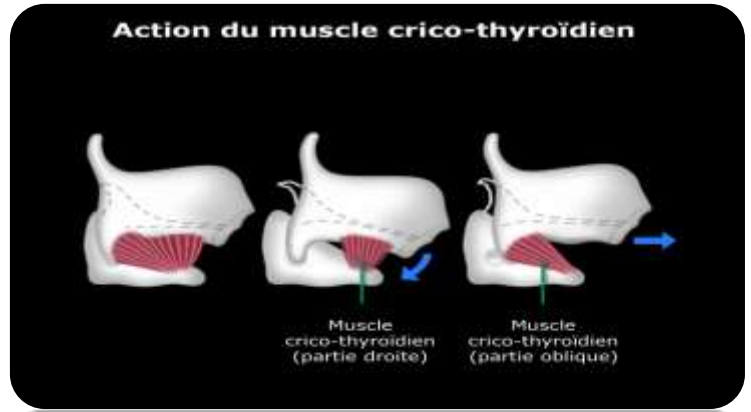


Le larynx est suspendu à la base du crâne, à l'apophyse styloïde, à la mandibule et à l'os hyoïde par des ligaments et des muscles extrinsèques élévateurs. Un groupe de muscles abaisseurs vient prendre appui sur le sternum, la clavicule et l'omoplate.

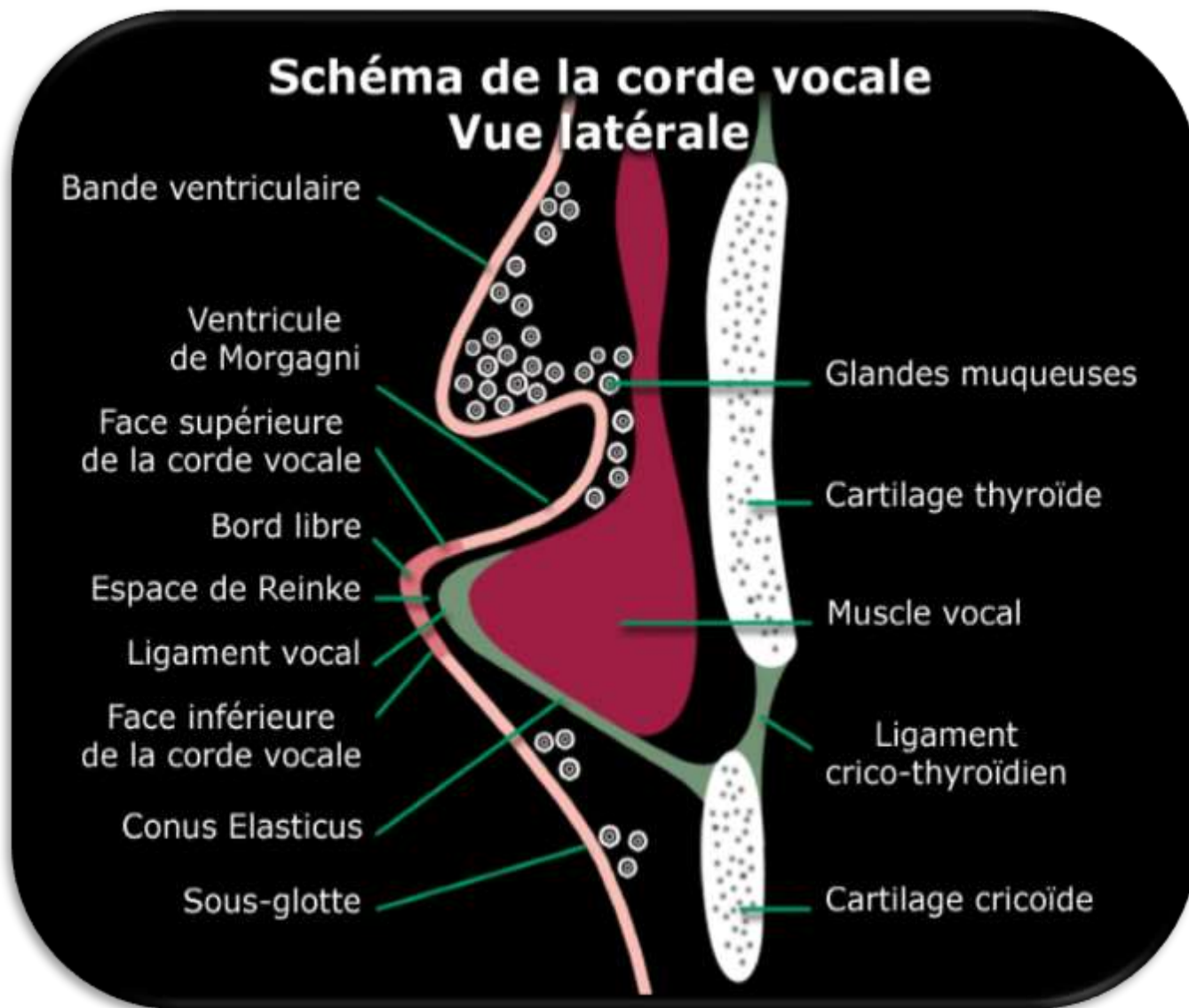


* Les différentes pièces cartilagineuses sont reliées entre elles par des ligaments et les muscles intrinsèques du larynx parmi lesquels on distingue :


- le muscle tenseur de la corde vocale : muscle crico-thyroïdien.
- le muscle dilatateur de la glotte : muscle crico-aryténoïdien postérieur.
- les muscles constricteurs : muscle crico-aryténoïdien latéral, muscles thyro-aryténoïdiens supérieur et inférieur et muscle ary-épiglottique.



* La muqueuse endolaryngée est doublée par une membrane élastique interne en relation avec les ligaments et en particulier avec le ligament vocal



L'organisation de ces différents éléments permet de reconnaître les trois étages laryngés :

-Étage sus glottique: le vestibule ,bandes ventriviaires, les ventricules de Morgagni, margelle laryngée .


-Étage glottique: espace triangulaire à base postérieure, formé par les cordes vocales et les apophyses vocales des aryénoïdes.

-Étage sous-glottique, répondant à la membrane crico-thyroïdienne et à la face interne de l'anneau et du chaton cricoïdien.

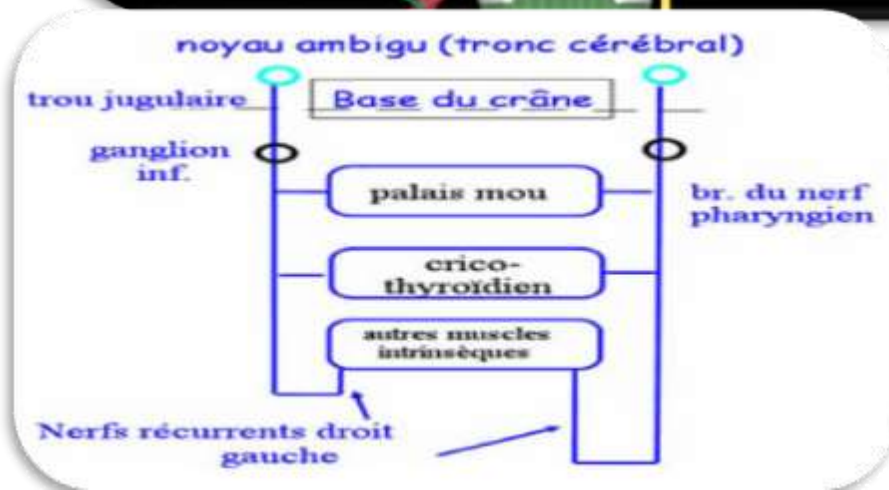
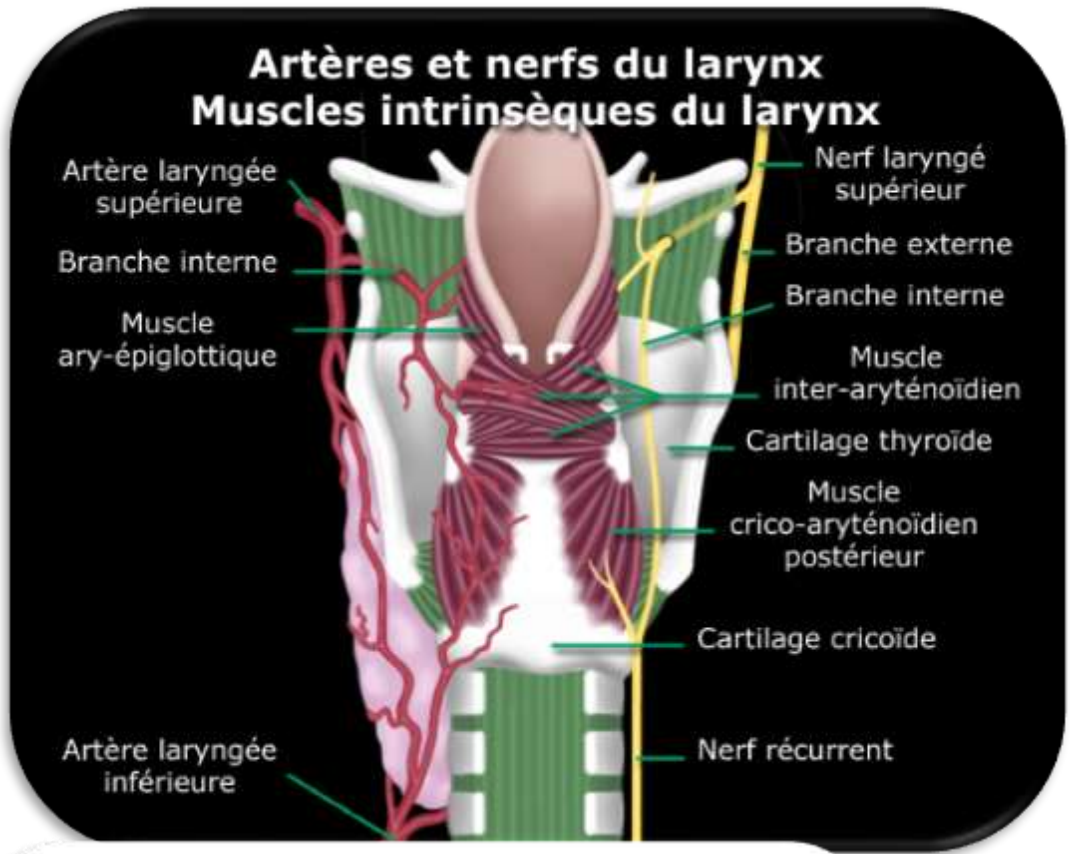
• L'innervation du larynx est assurée :

- sur le plan sensitif, par le **nerf laryngé supérieur**.

(moteur pour le mcl cricothyroïdien)

- sur le plan moteur, par le **nerf récurrent**.

(innervent tous les mcs intrinsèques sauf cricothyroïdien)



PHYSIOPATHOLOGIE:

L'absence d'accolement des cordes est responsable d'une fuite d'air à ce niveau et ainsi d'une voix soufflée même si la muqueuse est normale.

De même des anomalies de la muqueuse (lésion, rigidité, cicatrice, inflammation) entraînent une voix rauque en rapport avec les anomalies vibratoires de la muqueuse même si les mouvements des cordes sont normaux.



DIAGNOSTIC POSITIF:

A/ L'interrogatoire: précisera:

- le mode de survenue (brutal ou progressif), l'ancienneté, le caractère permanent ou transitoire de la dysphonie, toute dysphonie se prolongeant plus de trois semaines doit être considérée comme une dysphonie chronique.
- l'âge . 
- les conditions de travail (enseignant, chanteur...)
- intoxications alcoolo-tabagiques.
- les antécédents pathologiques et chirurgicaux: ATCD d'infections ORL, traumatisme cervical, trachéotomie, intubation, chirurgie cervicale ou thoracique...
- les signes associés: fièvre, dysphagie, odynophagie, douleur laryngée, otalgie unilatérale, dyspnée laryngée.
- profil psychologique.

B/Examen clinique:

a-Inspection:

- morphologie générale du cou
- aspect des téguments
- mobilité du larynx lors de la déglutition

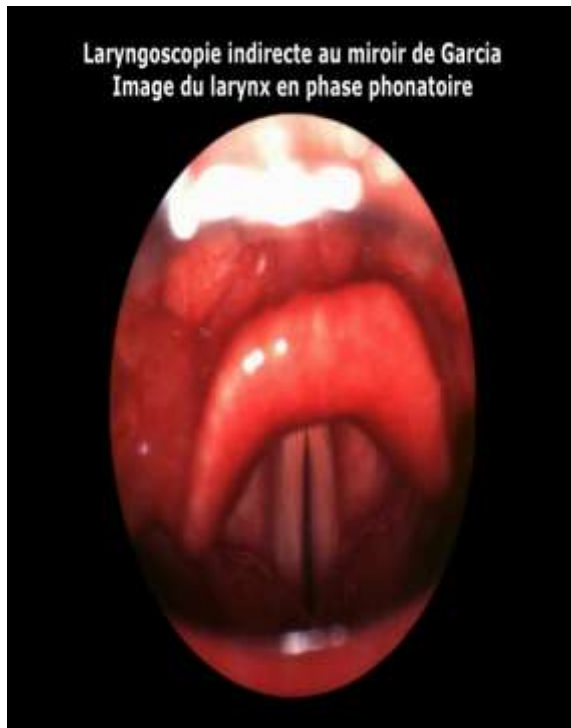


b-Palpation:

- à la recherche d'une déformation ou d'une douleur.
- La glande thyroïde est toujours palpée à la recherche d'une augmentation globale de volume de la glande et de nodules intraglandulaires.
- La palpation cervicale se termine toujours par la palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une adénopathie

C-Laryngoscopie

Toute dysphonie traînante doit faire l'objet d'un examen du larynx par laryngoscopie .





3- Examen ORL complet:

- Examen des fosses nasales
- Examen du pharynx
- Examen du cavum



4-Examen neurologique: exploration des nerfs mixtes IX, X, XI, XII par une étude de la motricité du voile de la langue, une recherche du signe du rideau

C/Examens complémentaires:

demandés en fonction du caractère aigu ou chronique de la dysphonie et de l'orientation étiologique:

- LDS (laryngoscopie direct en suspension): sous anesthésie générale pour visualiser l'ensemble du larynx et pratiquer une biopsie au moindre doute.
- Vidéo-laryngo-stroboscopie: permet de visualiser le trouble vibratoire des cordes vocales.
- Électromyographie laryngée
- Tomodensitométrie laryngée et cervicale,
- bilan pulmonaire (EFR)



**Examen à l'optique rigide
en laryngoscopie directe
sous anesthésie générale**



4/DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL:

- ▶ **Hypophonie** (voix faible) des insuffisances respiratoires avec baisse du débit d'air
- ▶ **Modifications du timbre de la voix** par atteinte des cavités de résonance :
- ▶ **Rhinolalie fermée** (obstruction nasale ou du cavum): rhinite, Polypose naso-sinusienne, hypertrophie des végétations adénoïdes, tumeur du voile, du cavum.
- ▶ **Rhinolalie ouverte** (incontinence du voile du palais) : fente vélo-palatine, exérèse vélaire excessive (chir ronflement), paralysie vélaire.
- ▶ **« Voix pharyngée »** : cancer de l'oropharynx, phlegmons amygdaliens et pharyngés, hypertrophie amygdalienne
- ▶ **Dysarthrie** des troubles neurologiques de l'articulation de la parole (SLA notamment)



5/DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE:

A/Dysphonie aigue:

1)Laryngites aigues:

- étiologies les plus fréquentes des dysphonies aigues,
 - d'origine virale parfois bactérienne,
 - * laryngite aigue catarrhale de l'adulte:
- Dysphonie d'apparition brusque au cours d'une affection rhinosinusienne banale, c'est un enrouement avec une voix rauque voilée souvent accompagnée d'une toux sèche et de douleurs laryngées.
- LI: inflammation diffuse de la muqueuse laryngée.
- évolution favorable en général dans 5-7 jours.
- TRT: antalgiques, suppression des facteurs irritatifs, repos vocal, ATB en cas d'étiologie bactérienne suspectée



**laryngite œdémateuse sous glottique de l'enfant:*

- d'origine virale le plus souvent,
- elle peut être brutale ou succéder à une grippe banale,
- la dysphonie fait place à la dyspnée c'est une bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage.
- le diagnostic clinique est évident ,la LI est proscrite.
- le TRT d'urgence repose sur la corticothérapie et aérosols, la dyspnée nécessite l'hospitalisation en milieu spécialisé pour surveillance, en prévoyant une intubation nasotrachéale ou une trachéotomie en cas d'aggravation (détresse respiratoire-épuisement-suffocation).



*la présence de fausses membranes doit faire rechercher une **laryngite diphtérique**

2) œdème aigu d'origine allergique: la voix est couverte et peut s'accompagner d'une dyspnée

3) le coup de fouet laryngien: est réalisé par une hémorragie sous muqueuse localisée d'une corde vocale (rarement un réel hématome) au cours d'un effort vocal violent (hurlement..)



3) Lésions traumatiques:

*traumatismes externes: avec ou sans plaie cervicale

- œdème ou contusion laryngée
- hématome laryngé dont le traitement est médical sous surveillance en milieu ORL
- luxation-fracture du larynx



*traumatismes internes:

- brûlures par inhalation de gaz
- traumatismes lors de manœuvres endoscopiques ou suite à une intubation, la dysphonie résulte d'un traumatisme d'une corde vocale ou d'une luxation d'un aryténoïde.

*corps étranger du larynx: empêchant l'adduction des CV.

B/ Dysphonie chronique:

1) laryngites chroniques:

*LC hypertrophique diffuse: ou laryngite catarrhale chronique;

- forme la plus fréquente,
- il s'agit d'un enrouement épisodique puis permanent, la voix est détimbrée; la dysphonie est plus marquée au réveil, s'améliore dans la journée et s'aggrave à nouveau le soir.
- Laryngoscopie indirecte: muqueuse laryngée hypertrophique, vascularisée et congestive

les CV sont rouges leurs bords libres sont émoussés, joignant plus ou moins bien en phonation, recouvertes de sécrétions +/- épaisses.



**LC hypertrophique pseudo myxomateuse (œdème de Reink:)*

- Les CV hypertrophiques sont distendues par un œdème sous muqueux siégeant à la face sup des CV,
- la dysphonie revêt un timbre particulier dit « **de crapaud** »
- le malmenage vocale et le tabagisme seraient incriminés.



**Les lésions dysplasiques*

- surviennent chez les sujets à risque (tabac)
- s'accompagnent de modifications évidentes de la surface muqueuse,
- elles nécessitent une LDS avec biopsie au moindre doute puis surveillance au long cours

- les dysplasies rouges (laryngites érythroplasiques):

laryngite chronique hyperplasique diffuse où la muqueuse cordale d'aspect rouge inflammatoire est plus ou moins tomenteuse avec des irrégularités recouvertes d'un enduit mucoïde.

- * les dysplasies blanches (laryngites leucoplasiques, laryngites dyskératosiques): avec apparition nette de la kératinisation métaplasique on distinguera:

- la laryngite pachydermique blanche par transformation d'une dysplasie rouge sur une corde vocale.
- les plaques de leucoplasie, blanchâtre et ovalaires sur la face dorsale d'une ou des deux cordes vocales
- la pachydermie exophytique, ou papillome corné véritable touffe blanche en relief sur une corde vocale par ailleurs dysplasique.

* *Laryngite postérieure due à un RGO*

* *LC spécifiques:*

- tuberculose laryngée:

* Elles peuvent réapparaître avec le regain de la tuberculose pulmonaire chez les immunodéprimés.

* Elles trouvent leur place ici en raison des formes pseudo-tumorales, hyperplasiques et végétantes, dont le diagnostic se fait aujourd'hui à la biopsie.

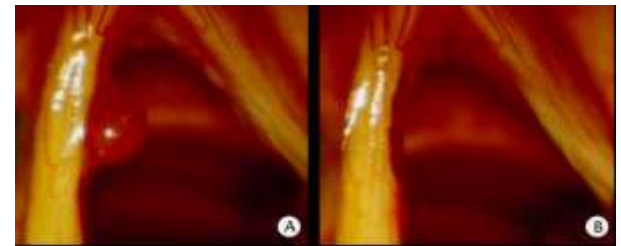
- syphilis tertiaire: les nodules ou gommès peuvent apparaître dans la muqueuse laryngée.

2) lésions tumorales:

*tumeurs bénignes:

-polype de la corde vocale: très fréquent

- **d'étiologies** variées (malmenage vocal, inflammation locorégionale, intoxication tabagique, exposition aux poussières),
- la dysphonie est de tonalité grave et de timbre souvent bitonale (les 2 CV vibrent à des fréquences différentes)
- **le diagnostic**: repose sur la LI.
- **Le TRT**: est chirurgical par exérèse biopsique ou laser, un TRT étiologique sera associé avec rééducation orthophonique s'il y a un malmenage vocal, TRT d'une affection chronique rhinosinusienne ou oropharyngée et suppression des facteurs d'irritation.



Papillomatose laryngée de l'enfant et de l'adulte

- C'est une production tumorale diffuse, exophytique d'épaisseur variable recouvrant la muqueuse laryngée et aboutissant progressivement à la diminution du calibre laryngé, la dysphonie passe au second plan devant la dyspnée laryngo-trachéale croissante.
- **Le diagnostic** est fait par la LI et la LDS
- **L'étiologie** reste indéterminée, l'hypothèse virale est la plus probable
- **Le TRT** repose sur l'exérèse au laser CO2 et l'auto-immunothérapie,
- **l'évolution** est marquée par la fréquence des récives et l'extension aux voies aériennes inférieures

Tumeurs conjonctives:

Plus rares: angiomes, lipomes, chondromes.



* tumeurs malignes:

- Essentiellement représentées par le **carcinome épidermoïde**.
- La dysphonie est longtemps le premier et seul signe d'appel.
- diagnostic doit être soupçonné en présence de facteurs de risque (tabac, alcool, vapeurs toxiques inhalées, mauvaise hygiène buccodentaire).
- La dysphonie est précoce dans les tumeurs glottiques, dans les tumeurs sus-glottiques la dysphonie est plus tardive.
- La laryngoscopie indirecte complétée par la LDS précise l'aspect de la tumeur, son siège, son extension et la mobilité des cordes vocales.
- TDM cervico-thoracique pour le bilan d'extension
- Le traitement repose sur l'association radio-chirurgicale, la radiothérapie seule ou une chirurgie partielle du larynx.



3) Troubles dynamiques:

*Paralysies laryngées

-paralysie laryngée unilatérale:

- Dysphonie caractéristique avec bitonalité, faible intensité et tonalité aggravée.
- LI: immobilité de la CV
- L'examen endoscopique et l'EMG laryngé confirmeront le diagnostic.
- Étiologies:
 - en post opératoire d'une chirurgie thyroïdienne, cervicale ou médiastinale.
 - compression récurrentielle au niveau du cou (cancer thyroïde, œsophage, trachée) ou au niveau du médiastin pour le RG (cancer bronchique, maladie mitrale, une coarctation de l'aorte..)
 - origine nucléaire: associée à d'autres signes neurologiques (syndrome de Wallenberg...)
 - atteinte virale (zona, MNI...)
 - atteinte ischémique par obstruction vasculaire ou lors d'une intubation.
 - paralysie congénitale et par traumatisme obstétrical
 - paralysie essentielle: (10 à 30%), le plus souvent brutale et est spontanément résolutive c'est paralysie laryngée à frigore (diagnostic d'élimination)
- Le TRT est étiologique + rééducation orthophonique...

-paralysie laryngée bilatérale: plus rare

- paralysie en fermeture (syndrome de Reigel et Gerhardt): dyspnée et voix normale.
- paralysie en ouverture plus rare (syndrome de Ziemssen): aphonie totale, respiration normale et fausses routes.
- Le TRT des troubles respiratoires (paralysie en fermeture) consiste en un élargissement de la filière laryngée.

**immobilités laryngées d'origine mécanique:*

-Ankylose crico-aryténoïde : traumatique ou lors d'une polyarthrite rhumatoïde

-Sténose glottique postérieure post-intubation

-Lésions infiltrantes: sarcoïdose, lupus érythémateux disséminé, goutte, amylose, fibrose post-radique, maladie de Wegener,

4) Malformations laryngées congénitales ou acquises:

*Palmure:

- malformation rare, souvent localisée au niveau glottique
- essentiellement au niveau du 1/3 antérieur des CV,
- réalise l'aspect d'une membrane mince transparente tendue horizontalement entre les deux CV



*Diastème laryngé congénital:

- Fente cartilagineuse postérieure du larynx pouvant atteindre la trachée

*Anomalies des cordes vocales:

- Inexistence des CV
- duplicité des CV,
- sulcus glottidis: invagination de l'épithélium de revêtement réalisant une poche plus ou moins profonde située sous le chorion.

*Maladie d'ebach-wiche: dyslipoprotéinémie associée à une dysphonie par lésion des CV

*Laryngocèles et kystes congénitaux.

*Synéchies de la commissure antérieure

*Processus cicatriciel des CV:

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

*Les sténoses laryngées congénitales se manifestent surtout par une dyspnée au premier plan chez un nourrisson

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

*Les granulomes post-intubation siègent souvent dans la commissure postérieure du larynx

5)Les causes endocriniennes: peuvent être

- d'origine gonadique (traitement hormonal virilisant)
- d'origine tumorale entraînant une dysphonie hyperandrogénique chez la femme),
- d'origine thyroïdienne (myxoedème)
- un trouble de la régulation surrénalienne ou hypophysaire

7)Autres étiologies:

**Dysphonie par troubles du comportement:*

- Aphonie psychosomatique: névrose de conversion hystérique ;
- La dysphonie pithiatique survient brutalement et se caractérise par une aphonie secondaire à un choc émotif. Le traitement est une psychothérapie
- La dysphonie spasmodique se caractérise par un bégaiement du larynx (syndrome dystonique) et une fatigabilité de la voix.

**La mue faussée chez l'adolescent:* c'est la diminution de 1-2 octaves de la hauteur vocale en rapport avec l'augmentation de volume et l'abaissement du larynx sous l'effet des hormones sexuelles produites à la puberté.

6/CONCLUSION:

les dysphonies relèvent d'étiologies diverses;
Toute dysphonie chronique doit faire l'objet
d'un examen du larynx (endoscopique++), la
dysphonie étant le maître symptôme du cancer
du larynx.

