

Item 337. Trouble aigu de la parole. Dysphonie

-
- I. DIAGNOSTIC POSITIF
 - II. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
 - III. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : BILAN
 - IV. DYSPHONIES PAR LESIONS LARYNGEES
 - V. PARALYSIE LARYNGEE UNILATERALE
 - VI. PARALYSIE LARYNGEE BILATERALE
 - VII. DYSPHONIES A CORDES VOCALES NORMALES
-

Objectifs pédagogiques

-- Les objectifs nationaux du Bulletin Officiel --

- Devant l'apparition d'un trouble aigu de la parole ou d'une dysphonie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

-- Les objectifs du Collège Français des Enseignants d'ORL --

- Connaître les causes principales d'une dysphonie organique, neurologique, fonctionnelle. Savoir qu'une dysphonie persistante nécessite un examen spécialisé.
-

Une dysphonie est un trouble de la voix parlée. La voix est un son produit par les cordes vocales sous l'influence de l'air expiré. Lors de la phonation, les muscles qui composent les cordes vocales (CV) se rapprochent l'un de l'autre sous contrôle moteur du nerf laryngé inférieur (nerf récurrent), branche du nerf vague (X), puis l'air contenu dans les poumons est expulsé par la contraction des muscles abdominaux. Cet air fait vibrer de façon passive la muqueuse de recouvrement des cordes. 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.

Figure 337-1

Photo 337-7

Figure 337-8

I. DIAGNOSTIC POSITIF

Une dysphonie peut être secondaire à une lésion sur les cordes vocales ou à une anomalie de leurs mouvements. Toute dysphonie traînante depuis plus de 8 jours doit faire l'objet d'un examen des cordes vocales par laryngoscopie indirecte ou fibroscopie laryngée. Le diagnostic est clinique, confirmé par l'audition de la voix du patient.

II. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 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)

III. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : BILAN

- Terrain : sexe, âge, profession (enseignants, professionnel de la voix, comportement de forçage vocal), intoxication alcool-tabagique.
- Antécédents : traumatisme laryngé interne (intubation) ou externe, maladie respiratoire, neurologique, endocrinienne, reflux gastro-oesophagien.
- Recherche de signes associés tels dysphagie, dyspnée, toux, otalgie réflexe, fausses routes alimentaires par inhalation.
- Examen clinique : **Le premier examen à effectuer est une laryngoscopie indirecte au miroir laryngé ou fibroscopie nasolaryngée. Toute dysphonie durant plus de 8 jours doit bénéficier d'un examen par laryngoscopie indirecte.**
- Examen ORL complet incluant une 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
- Examen des aires ganglionnaires cervicales, palpation de la glande thyroïde.
- Examens complémentaires selon l'examen des cordes vocales :
- en cas de lésion suspecte dépistée par la laryngoscopie indirecte : Laryngoscopie directe en suspension au microscope sous AG pour biopsies ou biopsie-exérèse
- Examens fonctionnels en cas de lésion bénigne : stroboscopie (appréciation de la vibration des cordes vocales), bilan phoniatrique (enregistrement et analyse de la voix)
- Electromyographie des cordes vocales en cas de difficulté diagnostique entre paralysie laryngée et blocage mécanique des cordes.
- Imagerie : TDM ou IRM du larynx uniquement dans le cadre du bilan d'une lésion. Ces examens n'ont en règle pas d'intérêt diagnostique

Points clés



Clinique : examen des cordes vocales au miroir ou par fibroscopie naso-pharyngo-laryngée devant toute dysphonie.



Paraclinique : Laryngoscopie directe en suspension au microscope sous AG avec biopsies en cas d'anomalie lors de l'examen clinique.



Etiologie : toute dysphonie impose la recherche d'un cancer des cordes vocales et, en cas de paralysie, de cancer sur le trajet du nerf pneumogastrique ou du nerf récurrent.

IV. DYSPHONIES PAR LESIONS LARYNGEES

Au terme de l'examen clinique ORL et du larynx, il existe une lésion sur les cordes vocales. Plusieurs situations cliniques peuvent être rencontrées:

A. Laryngites aiguës :

- Installation brutale lors d'une rhinopharyngite banale ou d'un froid ? (parfois associée à une dyspnée chez enfant).
- A l'examen les cordes sont rouges, œdématisées, parfois recouvertes de sécrétions purulentes ou muco-purulentes.
- (*Traitement : repos vocal, arrêt tabac, anti-inflammatoires par voie générale et locale (aérosols) en privilégiant les corticoides, Antibiothérapie si étiologie bactérienne.*)

B. Laryngites chroniques :

- installation progressive d'une dysphonie souvent isolée (voix rauque, grave)
- Le contexte évoque une irritation chronique du larynx (tabac, vapeurs toxiques, infections ORL répétées, RGO, surmenage vocal).
- A l'examen, on retrouve soit une laryngite chronique hypertrophique rouge (érythroplasie), soit une laryngite chronique hypertrophique blanche (leucoplasie) pouvant présenter différents aspects : plaque de leucoplasie, pachydermie blanche totale ou encore papillome corné. Dans tous les cas, il s'agit de lésions suspectes nécessitant une laryngoscopie directe en suspension au microscope, sous AG pour réaliser des biopsies et si possible une exérèse complète de la lésion.
- Attention : en cas de biopsie simple avec un résultat rassurant comme une dysplasie (lésion pré-cancéreuse) la surveillance doit être très étroite car le reste des lésions peut être en réalité un carcinome (règle : une biopsie n'a de valeur que positive). En cas d'exérèse, la surveillance doit également être étroite en raison du risque de récurrence des lésions dysplasiques et en raison du risque de transformation maligne

Photo 145-10

- Parfois le diagnostic histologique évoque une laryngite « spécifique » comme une tuberculose, une syphilis, une mycose ; Ces lésions n'ont en général aucune caractéristique sémiologique et le diagnostic évoqué était celui d'une lésion suspecte ou d'un cancer

C. Cancer du larynx :

- la suspicion de cancer doit être constante devant une dysphonie surtout chez un homme d'âge mûr alcoololo-tabagique. Une laryngoscopie directe en suspension au microscope, sous AG pour réaliser des biopsies doit être proposée au moindre doute lors de l'examen clinique. Parmi les situations suspectes, il faut citer le cas des patients non examinables du fait de leur réflexe nauséeux même si le cas est plus rare depuis la généralisation des fibroscopies naso-pharyngo-laryngées

D. Lésions bénignes :

- Lors de l'examen des cordes vocales au miroir ou en fibroscopie naso-pharyngo-laryngée, il est possible d'identifier certaines lésions bénignes caractéristiques qu'il est possible de traiter sans nécessiter une laryngoscopie en suspension avec biopsie. Cependant la plus grande vigilance doit être la règle et au moindre doute lors de l'examen initial ou lors de l'évolution, une laryngoscopie en suspension avec biopsie-exérèse doit être proposée.

1) Les nodules des cordes vocales

Il s'agit de lésions blanchâtres symétriques, en regard l'une de l'autre, situées au niveau du tiers moyen des cordes. Ils surviennent surtout chez les jeunes garçons qui crient beaucoup et chez les femmes qui forcent leur voix (enseignantes).

(Le traitement est le plus souvent une rééducation orthophonique qui peut faire disparaître les lésions. En cas de persistance malgré une rééducation bien conduite, on pourra être amené à proposer une laryngoscopie en suspension pour réaliser une micro-phono-chirurgie dont le but est d'améliorer la voix ; les nodules enlevés doivent faire l'objet d'une analyse histologique).

2) Les polypes et les oedèmes de Reinke

Il s'agit de lésions plus inflammatoires uni ou bilatérales siégeant au niveau des deux tiers antérieurs des cordes vocales, liées à la conjonction du forçage vocal et souvent du tabac. Il s'agit, du fait du terrain, de lésions plus suspectes et une laryngoscopie directe est souvent proposée : elle permet à la fois le traitement microchirurgical et la certitude histologique

Photo 337-2

Photo 337-3

3) Les granulomes

Il s'agit de lésions inflammatoires siégeant au niveau du tiers postérieur des cordes vocales (apophyses vocales des aryténoïdes). Elles surviennent souvent après une intubation prolongée ou dans le cadre d'un RGO, et l'aspect fibroscopique rassurant explique que le traitement chirurgical est rarement proposé d'emblée sauf dans le cas de lésion particulièrement suspecte.

On propose le plus souvent un traitement d'épreuve avec des anti-inflammatoires après une intubation ou un traitement adapté en cas de RGO. Le traitement microchirurgical n'est proposé qu'en cas d'échec. Il s'agit le plus souvent d'un traitement au laser mais les récurrences sont extrêmement fréquentes.

4) La papillomatose laryngée

Il s'agit de lésions virales muriformes papillomateuses caractéristiques étendues non seulement aux cordes vocales mais aussi parfois à la trachée, dues à papillomavirus. Le risque de dégénérescence maligne est rare mais les lésions peuvent finir par être dyspnéisantes et un traitement microchirurgical (avec ou sans laser CO2) doit être proposé, surtout en cas de forme extensive. Le problème le plus fréquent est celui de la récurrence des lésions.

V. PARALYSIE LARYNGEE UNILATERALE

Elle se présente comme une immobilité d'une corde vocale qui est le plus souvent une paralysie. Cependant certaines immobilités laryngées sont dues rarement à un blocage de l'articulation crico-aryténoïdienne. Le diagnostic est porté sur les circonstances cliniques, sur l'examen et au moindre doute sur la laryngoscopie en suspension. Dans certains cas, l'EMG du larynx peut être utile. Parmi les causes de blocage de l'articulation crico-aryténoïdienne, on peut citer :

- blocage de l'espace paraglottique par un cancer laryngé ou du sinus piriforme
- ankylose crico-aryténoïdienne après intubation notamment
- fibrose post-radique
- polyarthrite rhumatoïde

A. Diagnostic positif

Une des cordes vocales reste immobile lors de l'examen au miroir ou en fibroscopie. La symptomatologie dépend de la position de la corde paralysée. En cas de paralysie en position latérale, la sémiologie est plus bruyante avec une dysphonie importante et des fausses routes à la déglutition surtout des liquides. En cas de paralysie en position médiane, la sémiologie est plus discrète sans fausse route.

La voix est typiquement soufflée ou bitonale (impression acoustique que chaque corde vocale produit une voix différente).

Le diagnostic de paralysie laryngée ne nécessite pas de laryngoscopie en suspension.

Photo 337-5

B. Diagnostic étiologique

Dans certains cas, il existe des circonstances évocatrices qui orientent le diagnostic : chirurgie ou plaie sur le trajet du X ou du nerf laryngé inférieur (nerf récurrent) depuis le tronc cérébral jusqu'au larynx. Citer en particulier : chirurgie thyroïdienne, carotidienne, pulmonaire (lobe sup droit, poumon gauche) du rachis cervical, du médiastin

Dans les autres cas, la recherche de la cause de la paralysie laryngée est primordiale tout au long du trajet du nerf X ou du récurrent, depuis le tronc cérébral jusqu'à la pénétration laryngée (se souvenir que, du côté gauche, le nerf laryngé inférieur naît dans le thorax sous la crosse de l'aorte alors que du côté droit il naît sous l'artère sous-clavière).

C. Examen clinique

La position de la corde n'a aucune valeur localisatrice du siège de la lésion nerveuse.

Les signes associés peuvent avoir une valeur localisatrice (si signe du rideau et/ou paralysie de l'hémivoile : lésion haute du X, si atteinte autres nerfs crâniens IX, XI, XII : lésion haute, idem si signes neurologiques)

L'examen ORL et cervical recherche notamment un goitre thyroïdien

D. Examens paracliniques

En l'absence de circonstances évocatrices, proposer un bilan TDM depuis la base du crâne jusqu'au thorax, et éventuellement une échographie cervicale pour l'exploration de la glande thyroïde. L'IRM explorera aux mieux la portion intracrânienne du X demandée seulement si la clinique est évocatrice. La laryngoscopie n'est pas systématique.

E. Principales étiologies des paralysies unilatérales

- **Cancer** thyroïdien, oesophagien, pulmonaire, médiastinal, tumeur ou adénopathie rétro-stylienne (à distinguer de l'envahissement de l'espace paraglottique d'un cancer laryngé avec immobilité glottique)
- **Chirurgie** à proximité du nerf vague (neurochirurgie du TC ou de l'angle ponto-cérébelleux ou du trou déchiré postérieur ; chirurgie cervicale, carotidienne, du rachis) ou de ses branches récurrentielles (chirurgie thyroïdienne, trachéale, oesophagienne, chirurgie pulmonaire ou médiastinale, chirurgie cardiaque, chirurgie du canal artériel chez l'enfant.)

Figure 337-6

- **Causes cardiaques** : maladie mitrale, coarctation aortique
- **Causes neurologiques** : AVC du tronc, SEP, Syringomyélie, encéphalite, méningite, poliomyélite, Guillain Barre, Arnold Chiari, neuropathies diabétiques, inflammatoires, toxiques
- **Paralysies idiopathiques** (20% des cas) : diagnostic d'élimination.

Pour en savoir plus : le traitement (hors programme)

Il a pour but d'améliorer la voix, diminuer les fausses routes, rendre la toux plus efficace (causes thoraciques)

Son principe : médialisation de la CV paralysée, soit par injection intracordale de silicone ou de graisse soit par mise en place d'un implant de silicone ou de céramique, rééducation orthophonique.

VI. PARALYSIE LARYNGEE BILATERALE

A. Diagnostic positif

En cas de paralysie en position fermée ou paramédiane, le patient présente surtout une dyspnée avec une voix quasi-normale ou une dysphonie qui est au second plan. Cette entité est traitée dans le chapitre dyspnée laryngée.

En cas de paralysie en position ouverte, la dysphonie est importante en raison de l'absence de contact entre les cordes (voix soufflée) et peuvent exister des fausses routes à la déglutition (surtout pour les liquides).

B. Diagnostic différentiel

Parmi les causes d'immobilité laryngée bilatérale, on peut citer :

- blocage de l'espace paraglottique par un cancer laryngé ou du sinus piriforme
- ankylose crico-aryténoïdienne après intubation notamment
- fibrose post-radique
- polyarthrite rhumatoïde

C. Diagnostic étiologique

Dans certains cas, il existe des circonstances évocatrices qui orientent le diagnostic : chirurgie atteignant simultanément les deux voies nerveuses droite et gauche (chirurgie thyroïdienne et neurochirurgicale du tronc cérébral)

D. Examen clinique

La position des cordes n'a aucune valeur localisatrice du siège des lésions nerveuses.

Les signes associés peuvent avoir une valeur localisatrice (si signe du rideau et/ou paralysie de l'hémivoile : lésion haute du nerf X, si atteinte autres nerfs crâniens IX, XI, XII : lésion haute, idem si signes neurologiques)

L'examen ORL et cervical recherche notamment un goitre thyroïdien, une pathologie bronchopulmonaire ou médiastinale haute.

E. Examens paracliniques

En l'absence de circonstances évocatrices, proposer un bilan TDM injecté depuis la base du crâne jusqu'au thorax, et éventuellement une échographie cervicale pour l'exploration de la glande thyroïde. L'IRM explorera aux mieux la portion intracrânienne du X et le tronc cérébral demandée seulement si la clinique est évocatrice. La laryngoscopie n'est pas systématique.

F. Principales étiologies des paralysies bilatérales

- **Chirurgie** basicervicale et du tronc cérébral
- **Cancer** thyroïdien, oesophagien, pulmonaire (à distinguer de l'envahissement de l'espace paraglottique d'un cancer laryngé avec immobilité glottique)
- **Causes neurologiques** : AVC ou tumeur du tronc, SEP, SLA, Syringomyélie, encéphalite, méningite, poliomyélite, Guillain Barre, Arnold Chiari, neuropathies diabétiques, inflammatoires, toxiques
- **Paralysies idiopathiques** (exceptionnellement bilatérale) : diagnostic d'élimination.

VII. DYSPHONIES A CORDES VOCALES NORMALES

Attention à certains kystes intra-cordaux seulement décelables par stroboscopie.
Les causes sont variées :

- Troubles endocriniens (les plus classiques) : Hypothyroïdie, hyperandrogénisme.
- Dysphonie par surmenage vocal (les plus fréquentes) : Il s'agit de patients qui forcent de façon chronique ou aigue sur leur voix. En fonction des circonstances ces patients sont à prendre en charge soit comme des inflammations aigues soit comme des patients présentant des nodules des cordes vocales (état pré-nodulaire)
- Dysphonie d'origine psychique : Il s'agit le plus souvent de femmes présentant une aphonie totale s'apparentant à une hystérie de conversion. Le début est typiquement brutal, l'évolution est capricieuse.
- Dysphonie spasmodique : La voix est serrée, étranglée, de façon parfois très invalidante. A l'examen, on observe l'hyperactivité des CV en phonation alors que les autres mouvements du larynx et notamment la déglutition ne sont pas touchés
- Dysphonie myasthénique : La dysphonie est intermittente associée avec épisodes de ptosis et quelques troubles de la déglutition. Il s'agit d'un diagnostic exceptionnel en milieu spécialisé