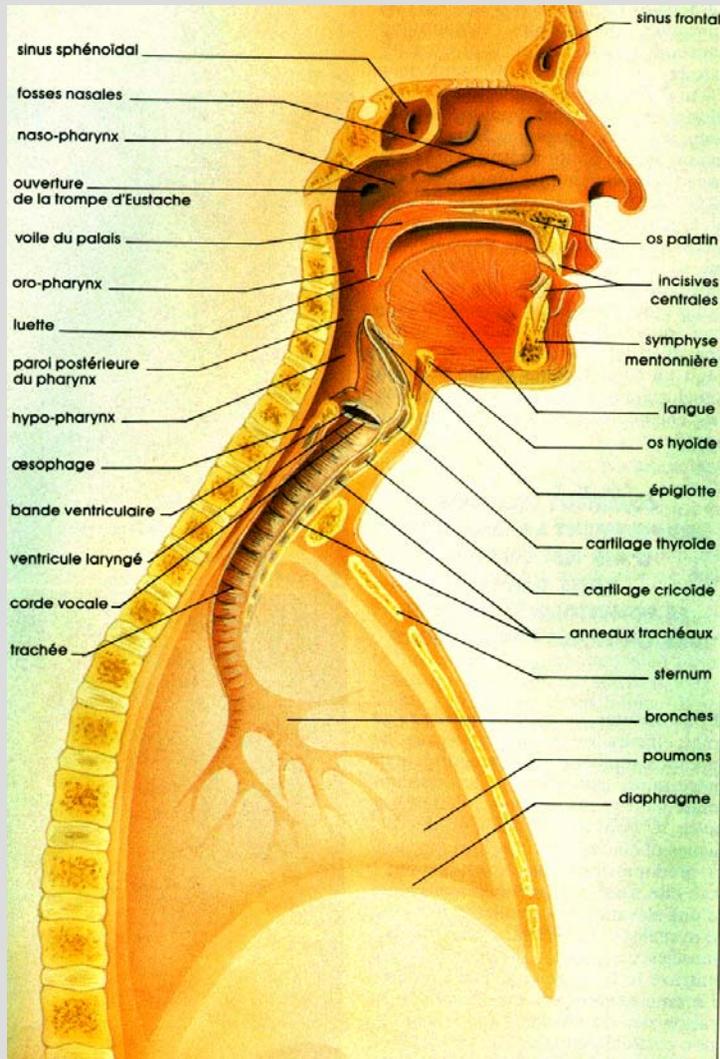


Les troubles de la voix

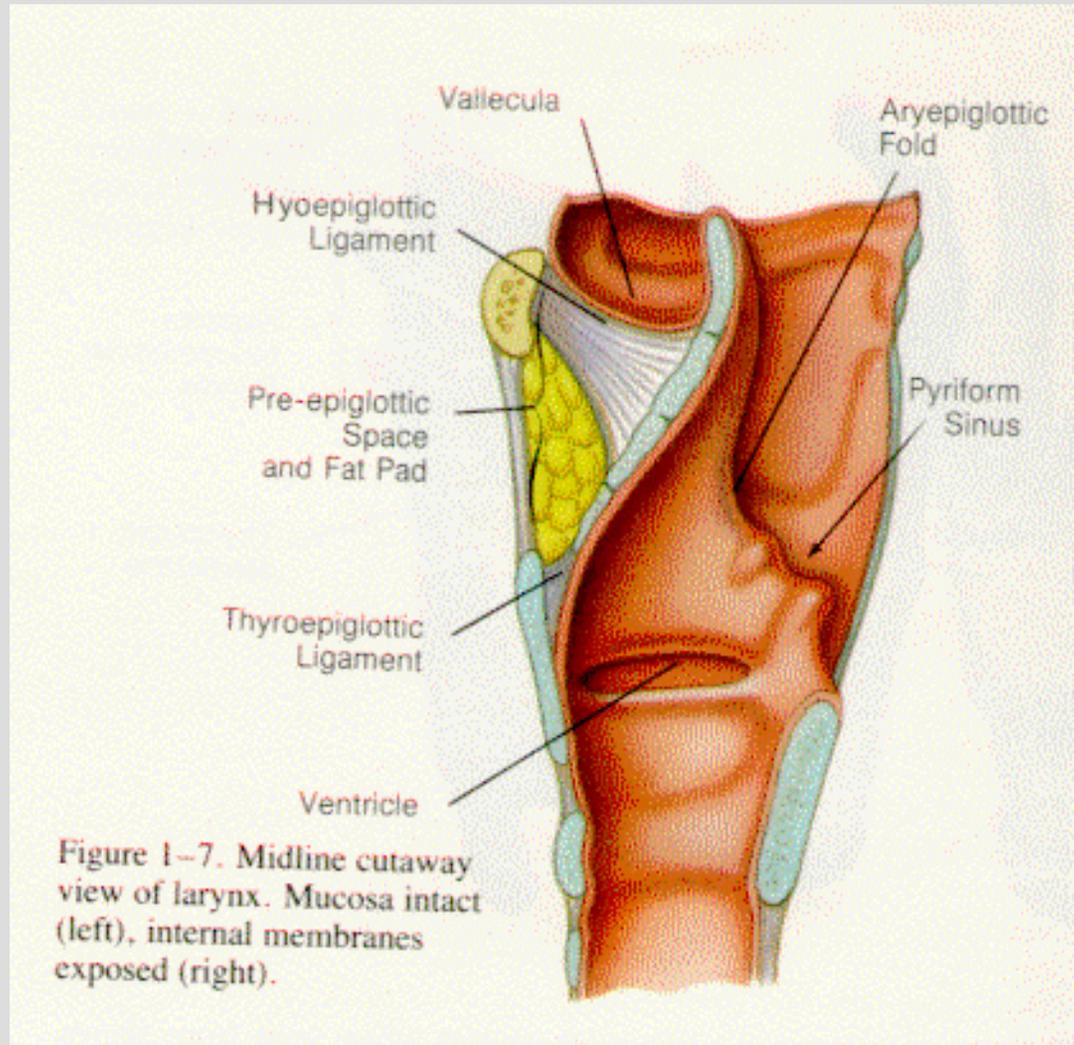
- Altérations du son laryngé
 - Étiologies multiples
 - Cancer laryngé
- Laryngoscopie
 - Indirecte (miroir, fibroscope) en consultation
 - Directe sous anesthésie générale
 - Biopsies avec histologie au moindre doute

Schéma général de l'appareil vocal



- Soufflerie pulmonaire
 - moteur
- Vibrateur laryngé
 - Vibration (son)
- Résonateurs pharyngés
 - Filtrage (voyelles)
- Contrôle neuromusculaire
- Centres bulbaires et corticaux

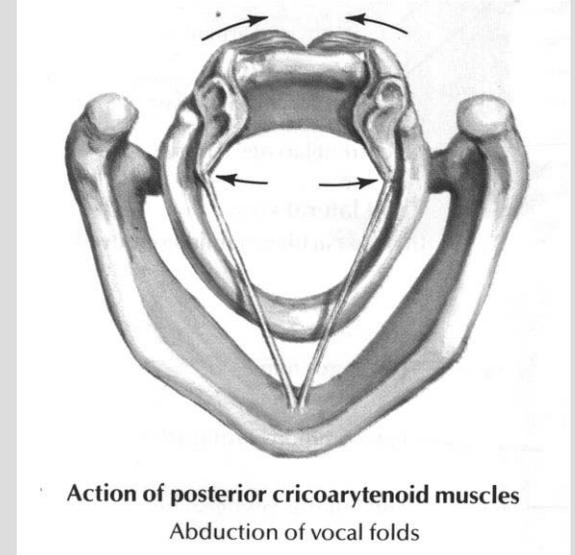
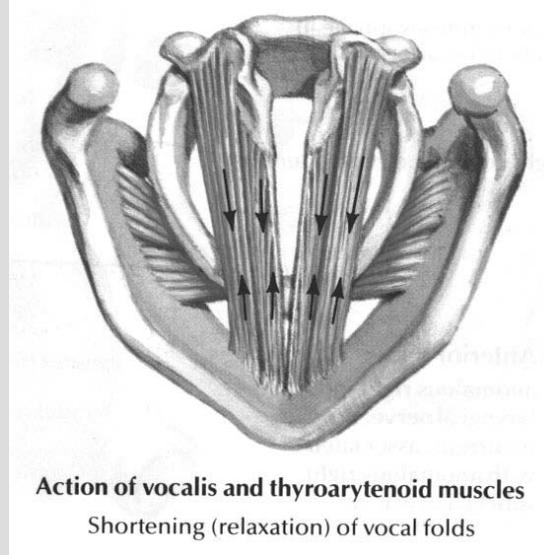
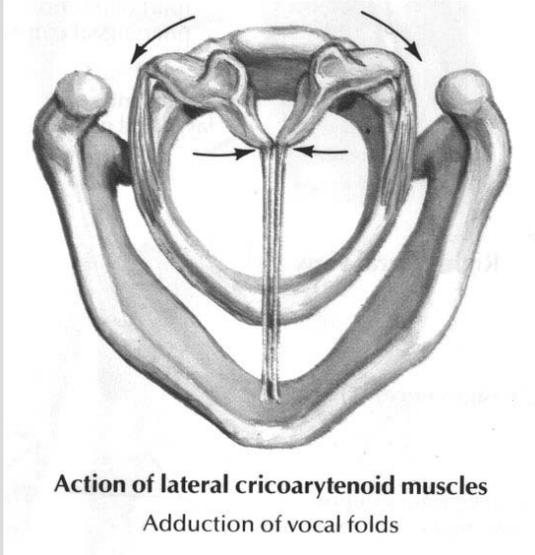
Le vibrateur laryngé



Le vibreur laryngé

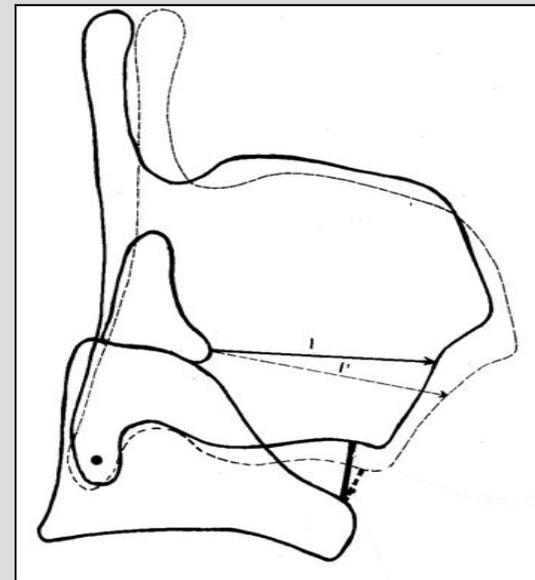
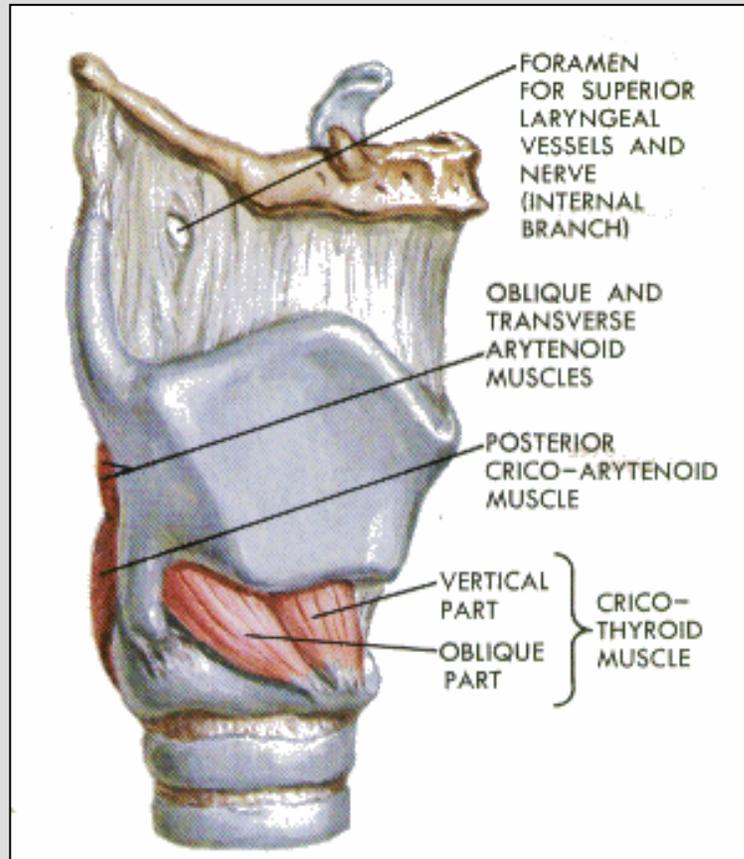


Les muscles endo-laryngés



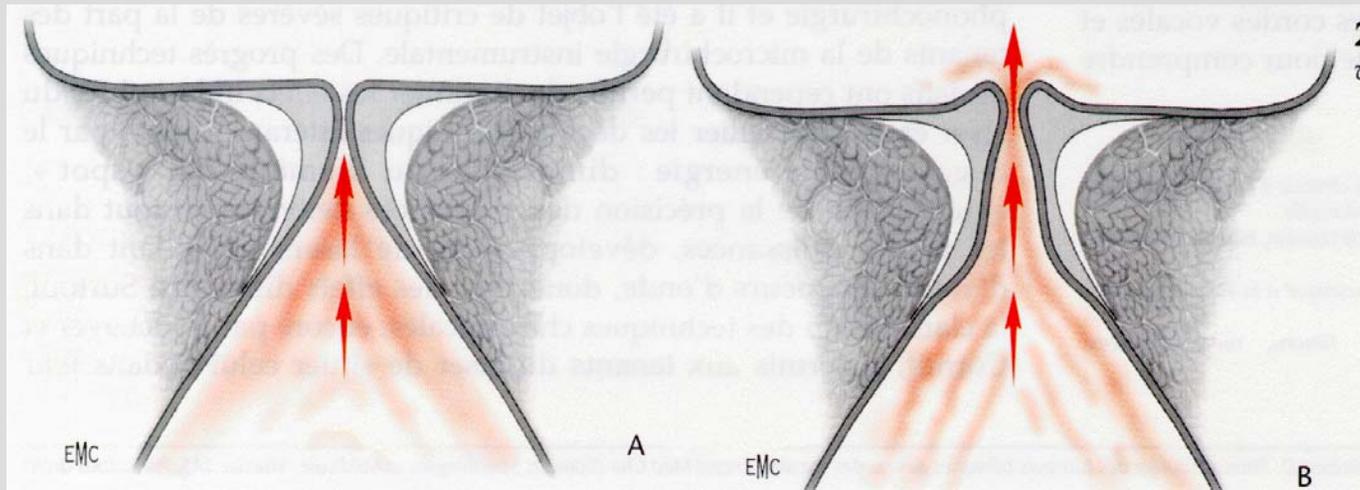
Muscles adducteurs et abducteurs
Sous le contrôle du nerf laryngé inférieur

Le muscle crico-thyroïdien

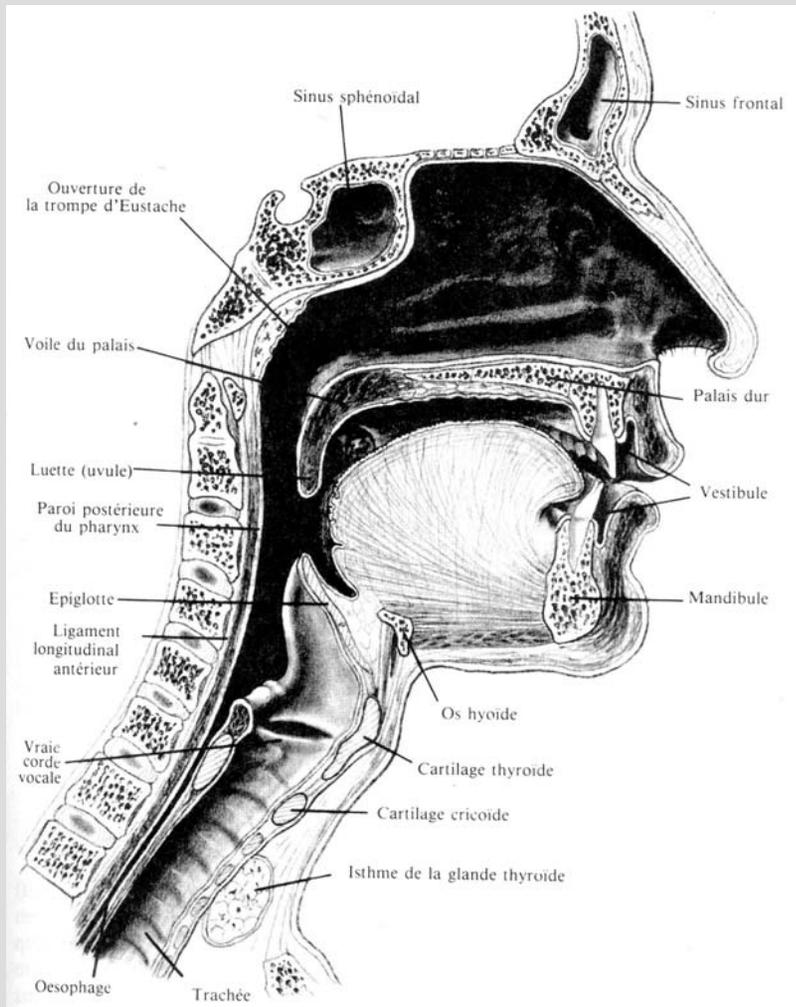


Sous le contrôle du nerf laryngé supérieur

L'ondulation muqueuse



Les résonateurs pharyngés

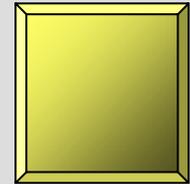
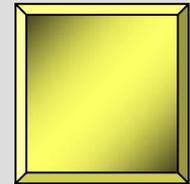


- Degré d'occlusion du sphincter vélo-pharyngé
- Position de la langue
- Position des lèvres
- Vibration des cordes vocales

- Consonnes voisées/non voisées
- Consonnes labiales ou labio-dentales
- Différentes voyelles

Les dysphonies

- Aspect qualitatif
 - Quel type de dysphonie?
 - Voix rauques, éraillées, rocailleuses, etc.
 - Voix voilées, soufflées, etc.
 - Signes associés: fatigabilité, hémimage
-
- Echelle GRBAS de Hirano

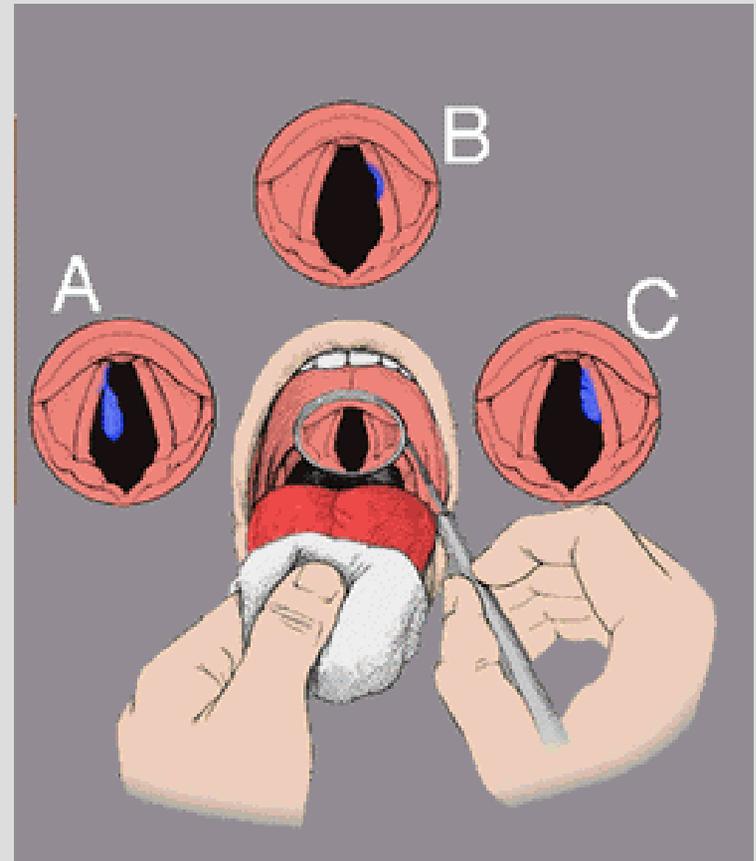


Sémiologie différentielle

- Altérations de la résonance
- Dysarthries
- Bégaiement
- Aphasies
- Troubles de l'audition altérant le contrôle de la voix

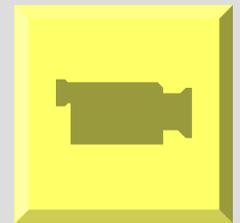
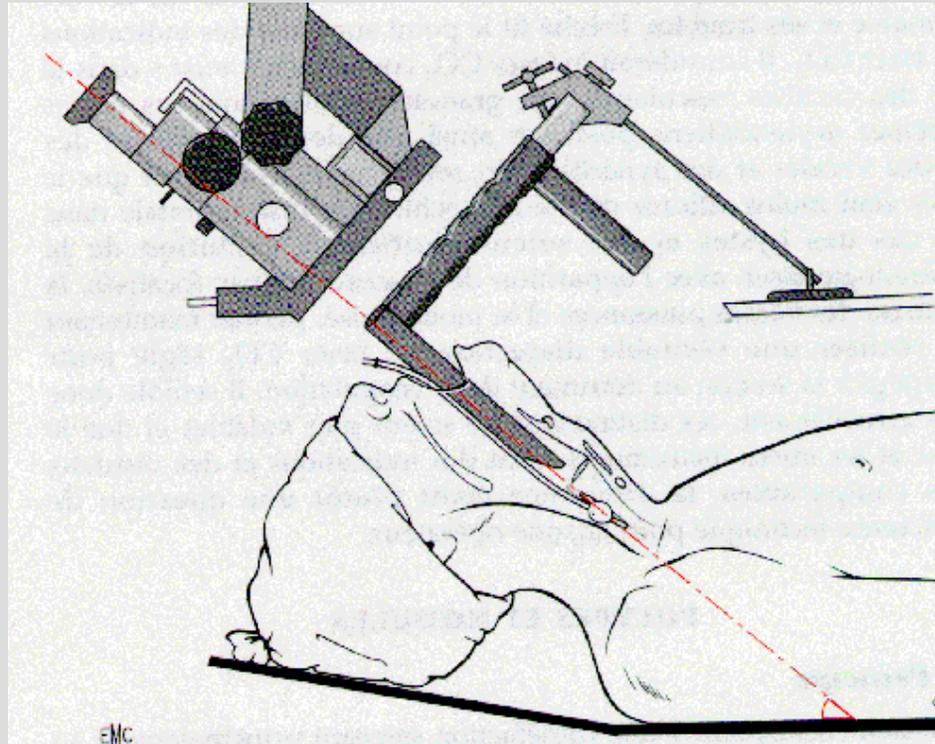
Les moyens d'investigation -1

- L'examen des cordes vocales : laryngoscopie indirecte
 - Miroir
 - Fibroscopie
 - Epipharyngoscope
 - Lumière stroboscopique



Les moyens d'investigation - 2

- La laryngoscopie directe en suspension



Les troubles aigus de la voix

- Laryngite aiguë
- Paralysie récurrentielle brutale
- Aphonie psychogène
- Traumatismes laryngés

- Début brutal d'une cause chronique

Laryngite aiguë

- Quasi-aphonie, peu de signes d'accompagnement
- A l'occasion d'un "froid" ou d'un malmenage vocal
- Examen laryngé :
 - Laryngite catarrhale (muqueuse rosée)
 - Laryngite oedémateuse (oedème)
 - Laryngite croûteuse
 - Coup de fouet laryngé
- Traitement : repos, mucofluidifiants, corticoïdes, aérosols

Aphonie psychogène

- Souvent chez la femme
- Le matin au réveil
- Aphonie totale

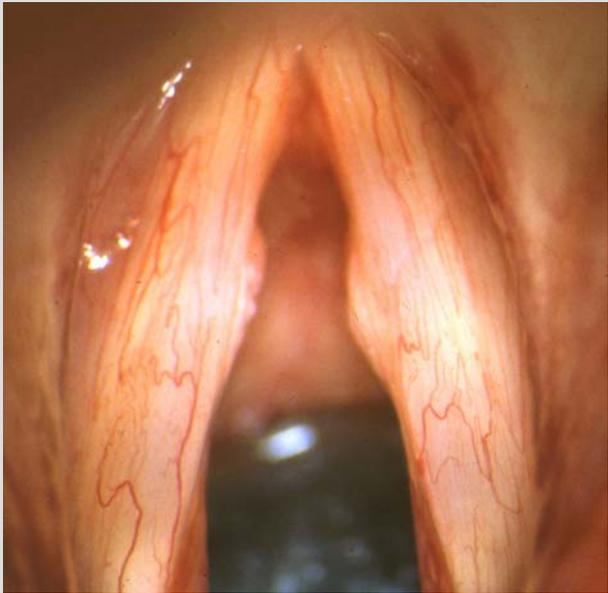
- Examen laryngé :
 - Cordes vocales normales et mobiles
 - Absence de contact en phonation

- Traitement difficile
 - Rééducation orthophonique
 - Psychothérapie

Traumatismes laryngés

- Notion de traumatisme externe ou d'intubation
- Examen:
 - Hématome d'une corde
 - Oedème ou immobilité d'une corde
 - Emphysème sous-cutané
- Bilan
 - Endoscopique
 - Tomodensitométrie
- Traitement : corticoïdes, traitement endoscopique laser, chirurgie, trachéotomie

Les lésions bénignes acquises



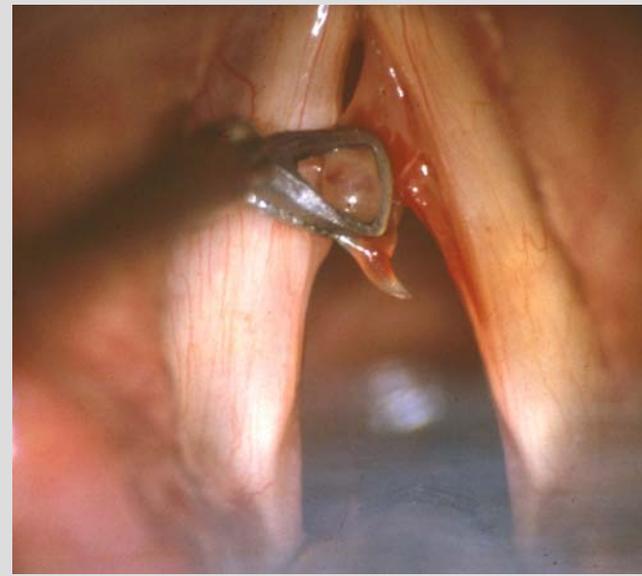
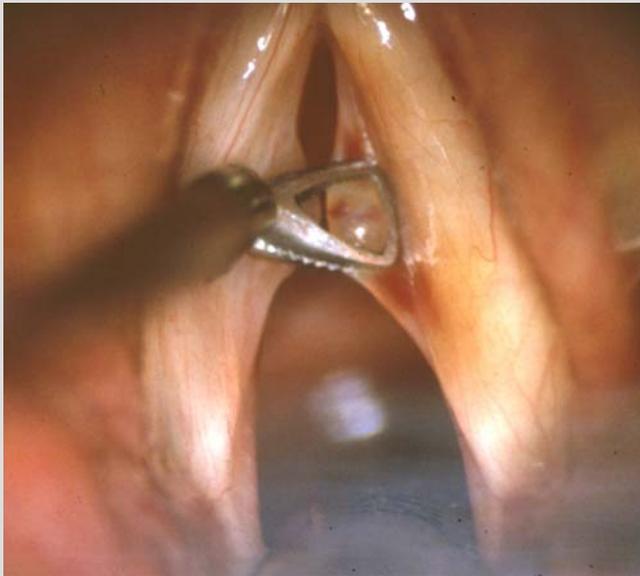
nodules



polype

- Nodules: forçage vocal chronique - femmes
- Polypes: forçage vocal aigu - hommes - tabac

Le traitement



- Nodules: rééducation. Chirurgie en cas d'échec
- Polypes: Chirurgie. Rééducation post-opératoire

Les lésions granulomateuses



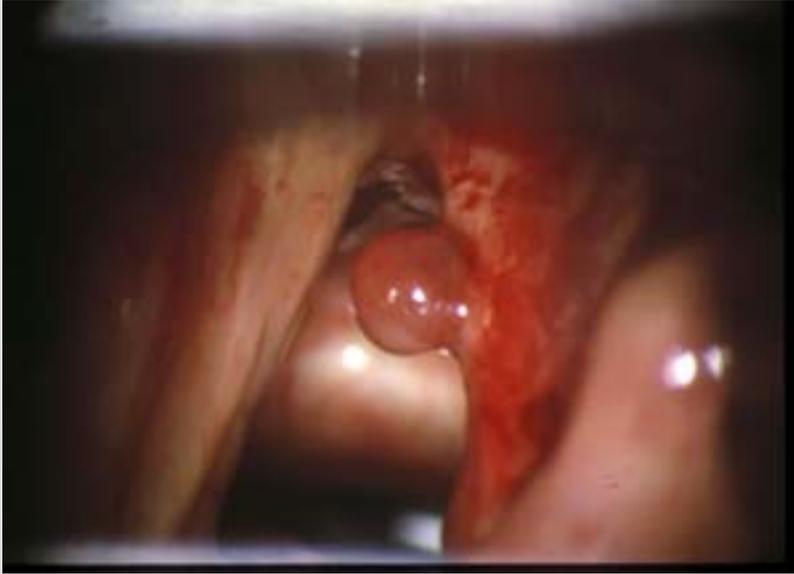
Granulome unilatéral



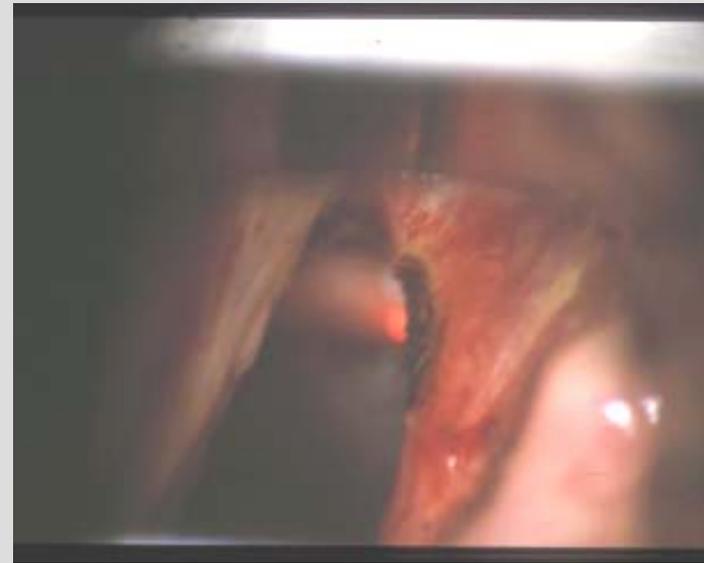
Granulome bilatéral

- Lésions post-intubation
- Forçage vocal
- Reflux gastro-oesophagien infra-clinique

Le traitement



Granulome unilatéral

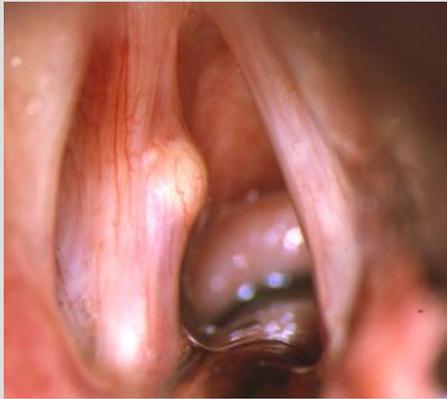


Après laser

- Rééducation
- Traitement médical du RGO
- Laser CO2 en cas d'échec

Lésions bénignes congénitales

Kyste



Kyste ouvert

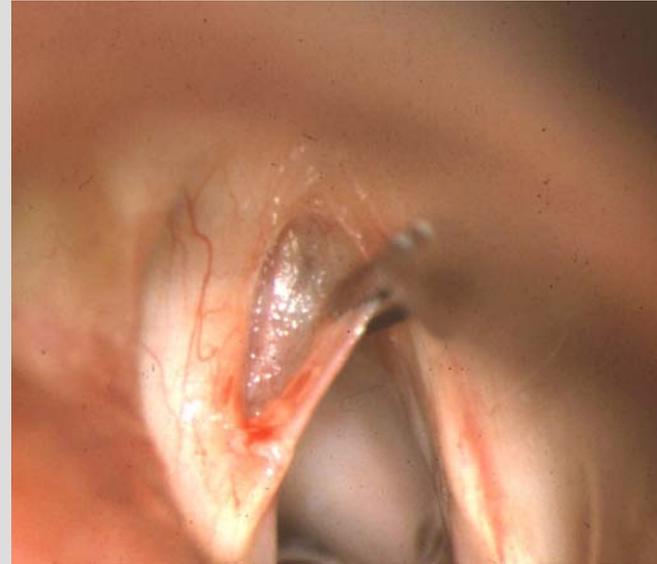


Sulcus



Pont muqueux

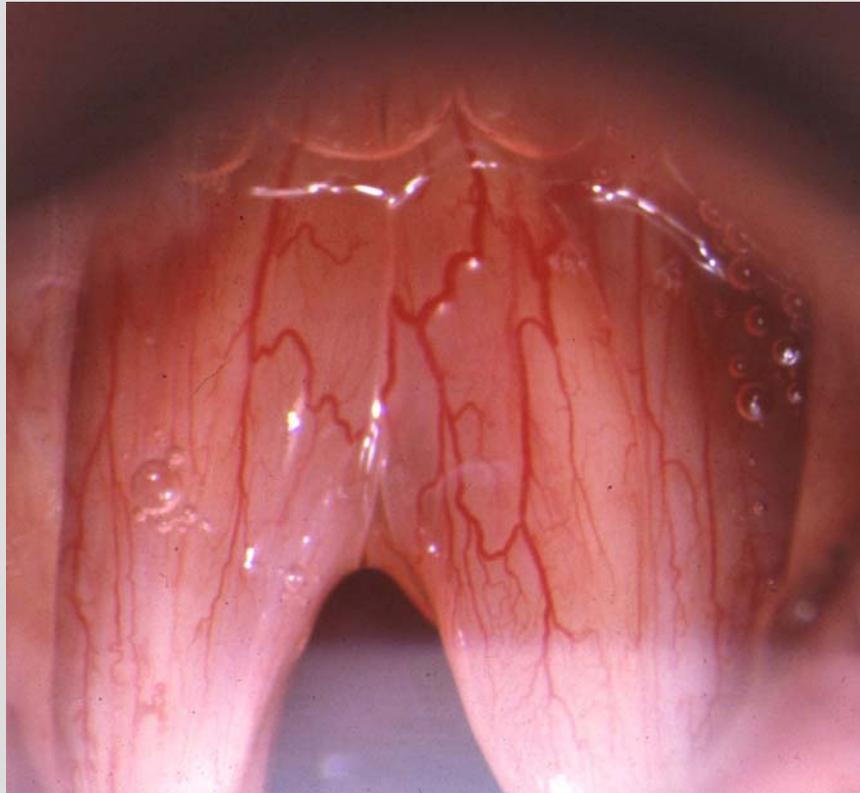
Exérèse d'un kyste



Les laryngites chroniques

- Phénomènes inflammatoires chroniques
 - Tabac, toxiques, alcool
 - Foyers infectieux
 - Malmenage vocal
- Etat pré-cancéreux
- Nécessité d'une biopsie-exérèse
- Oedème de Reinke
- Laryngite hypertrophique diffuse
- Laryngite dysplasique

Oedème de Reinke

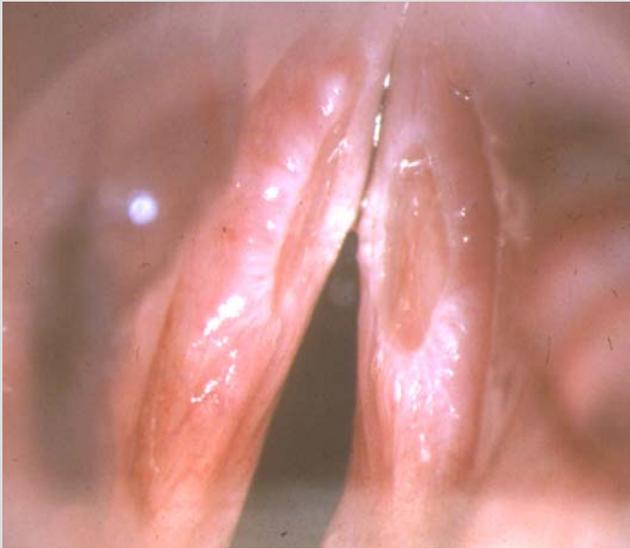


Les laryngites hypertrophiques diffuses



- Biopsie-exérèse

Les laryngites dysplasiques



- Biopsie-exérèse

Les cancers du larynx

- Adulte entre 40 et 60 ans, homme, fumeur
- Enrouement
- Otalgie réflexe

- Adénopathie
- Dyspnée laryngée

- Bilan endoscopique sous anesthésie générale: biopsies
- TDM cervico-thoracique pour le bilan d'extension



Le cancer glottique débutant



- Radiothérapie
- Exérèse chirurgicale
 - Endoscopique (laser CO2)
 - Chirurgie partielle

Le cancer sus-glottique débutant



- Radiothérapie
- Exérèse chirurgicale
 - Endoscopique (laser CO2)
 - Chirurgie partielle sus-glottique
- Traitement des adénopathies cervicales

Les paralysies laryngées

- PL unilatérales
 - Dysphonie en rapport avec la position de la CV paralysée (adduction ou abduction)
 - Fausses routes si abduction
 - Enquête étiologique sur le trajet du nerf X et récurrent
- PL bilatérales en fermeture
 - Dyspnée
- Diagnostic différentiel
 - Immobilités mécaniques
 - Envahissement néoplasique du larynx

Paralysie laryngée unilatérale

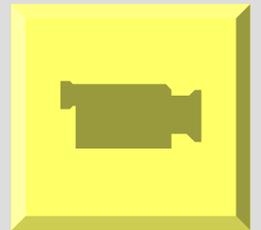
- Causes tumorales (25%)
 - Cancers bronchiques et médiastinaux
 - Cancers oesophage
 - Cancers thyroïdiens
- Causes traumatiques (35%)
 - Chirurgie thyroïdienne, vertébrale, carotidienne, basicranienne, cervicale, thoracique
 - Intubation
- Causes neurologiques et rhumato (20%)
 - SLA, Arnold-Chiari, Arthrite rhumatoïde, AVC, myasthénie
- PL idiopathiques (20%)

DOSSIER : Paralysie laryngée unilatérale

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Une désobstruction carotidienne chirurgicale a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.



Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

Dans ce contexte d'immobilité laryngée gauche, quels doivent être les points importants sur lesquels doit porter l'examen clinique?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

La démarche étiologique est capitale. Le patient vous est adressé avec une radiographie thoracique et une échographie cervicale. Ces examens sont normaux. Ces examens sont ils suffisants pour la démarche étiologique? Sinon quels examens d'imagerie demander?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

Au niveau thoracique ou cervical, quelles sont les étiologies que l'on doit évoquer plus particulièrement chez ce patient?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

Quel serait l'intérêt d'une imagerie de la base du crâne? Une ou des étiologies des paralysies laryngées peut (peuvent) être diagnostiqué(e) à ce niveau? Quels signes cliniques accompagnent alors souvent la paralysie laryngée?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

L'ensemble du bilan radiologique s'avère normal. Quels autres examens doivent ils être envisagés dans la démarche étiologique? Leur réalisation doit-elle être systématique?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

Quels sont les mécanismes que l'on peut évoquer pour les immobilités laryngées post-thyroidectomies?

Un homme de 52 ans, employé municipal, présente depuis 1 mois une dysphonie apparue brutalement après un épisode de refroidissement. Dans les premiers jours quelques fausses routes à la déglutition sont notés avec des fausses routes par inhalation. Ces troubles ont disparu quelques jours après. Aucune amélioration de la voix n'est notée depuis. La voix est très faible, soufflée, le patient a des difficultés à tenir un son continu comme une voyelle, il a du mal à terminer ses phrases et doit reprendre sa respiration au milieu de celles ci. Aucune douleur, ou gêne pharyngée, aucune toux n'est notée.

Le patient est par ailleurs suivi depuis 3 ans après un épisode d'angine de poitrine ayant nécessité une coronarographie avec dilatation coronarienne. Il est traité depuis par Ticlid. Une désobstruction carotidienne avec mise en place d'un stent a été pratiquée un an avant l'épisode dysphonique. Le patient n'a pas interrompu son intoxication tabagique. Il ne présente aucun antécédent notable et n'avoue aucune intoxication alcoolique.

L'examen des cordes vocales réalisé au miroir retrouve une immobilité de l'hémilarynx gauche. La corde droite est parfaitement mobile.

Concernant cette paralysie idiopathique, quelle est l'évolution possible? Quel traitement proposer au patient? Quand et dans quel but?