**DIAGNOSTIC D’UNE DYSPHONIE**

**Professeur A. MECIBAH**

Service ORL EPH Batna

**Plan**

Introduction

Rappel anatomophysiologique

Diagnostic positif

Diagnostic différentiel

Diagnostic étiologique

Conclusion

**1- INTRODUCTION**

La dysphonie ou enrouement désigne une altération de la voix qui peut être liée à une atteinte organique ou fonctionnelle du larynx.

Considérée comme un symptôme banal sans gravité, souvent négligée , cette dysphonie peut-être le premier et le plus important des signes cliniques d’un cancer du larynx.

**3- DIAGNOSTIC POSITIF:**

***A- Interrogatoire:*** précisera:

-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.

-Conditions de travail (enseignant, chanteur, exposition…)

-Intoxication alcoolo tabagiques.

-ATCD :infections ORL, traumatisme cervical, trachéotomie, intubation, chirurgie cervicale ou thoracique…

-Signes associés: fièvre, dysphagie, odynophagie, douleur laryngée, otalgie unilatérale, dyspnée laryngée.

-Profil psychologique

***B- Examen du larynx:***

**Inspection**:apprécie :

-morphologie générale du cou

-aspect de téguments

-mobilité du larynx lors de la déglutition

**Palpation** cervicale des membranes et cartilages du larynx

palpation thyroïdienne et des aires ganglionnaires à la recherche d’une adénopathie

**Laryngoscopie indirecte:** au miroir laryngé puis au nasofibroscope:

* évalue la mobilité des cordes vocales et des cartilages aryténoïdes.
* Visualise une lésion et précise ses caractères

**Examen du larynx par videostroboscopie** à l’aide d’un endoscope rigide à 90°, Permet d’analyser les mouvements et vibrations des cordes vocales.

- Enfin :

-Le reste de l’Examen ORL

-Examen de la fonction respiratoire

-Examen neurologique

-Parfois examen psychique et endocrinien

**C -Examens complémentaires:**

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

-Laryngoscopie direct en suspension LDS s/AG pour :

-visualiser l’ensemble du larynx

-pratiquer une biopsie au moindre doute.

-Panendoscopie pour le bilan d’extension,

-IDR, sérologie syphilitique, audiogramme.

-TDM laryngée et cervicale, bilan pulmonaire.

**4-Diagnostic différentiel:**

-Modification des cavités de résonance: rhinolalie ouverte ou fermée.

- Modifications de la voix secondaires à un trouble des articulateurs (langue, voile du   
 palais, lèvres).

- Troubles de l’audition: diminution ou perte du contrôle vocal en fonction du déficit auditif.

- Aphasie, dyslexie, bégaiements…

**5-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:**

***DYSPHONIE CHRONIQUE:***

**Tumeurs Malignes du larynx:**

Carcinome Epidermoide dans 95% des cas:

- Notion tabac/alcool

LSI +Fibroscopie laryngée+++:

LDS s/AG :biopsie

TDM.

Trt: Chirurgie,laser ,radiothérapie, chimiothérapie

**1 -LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES:**

**A- Laryngite Chronique catarrhale ou Hyperhémique:**

- forme la plus fréquente, la dysphonie est plus marquée au réveil, s’améliore dans la journée et s’aggrave à nouveau le soir.

- LI: les CV sont de couleur rouge vif avec un aspect dépoli, vascularisé

- Trt est médical et commence par l’éviction des facteurs favorisants.

**B- Laryngite chronique pachydermique rouge ou hypertrophique:**

Les CV boudinées de couleur rouge foncé.

**C- Leucokératose =Leucoplasie :**

Lésion blanche , plane, mal délimitée unique ou multiple.

**D- Pachydermie blanche :** lésion blanche , spiculée d’aspect tumoral

**E- Papillome corné:**De diagnostic histologique.

**2- LÉSIONS BÉNIGNES DES CV:**

**A- Nodules:**

Très fréquent d’étiologies variées

Malmenage vocal,

Professionnel de la voix +++

Prédominance féminine 25-35ans

Souvent bilatéraux,

Trt: rééducation orthophonique et microchirurgie.

**B- Polypes:**

Souvent unilatéral

Union 1/3 ant-1/3 moyen CV

Pédiculé ou sessiles

Prédominance masculine

Trt :microchirurgie +orthophonie

**C- Kystes rétentionnels (muqueux):**

Souvent unilatéral

En regard d’une lésion de contact controlatérale

Prédominence féminine 35-50 ans

Secondaires à l’obstruction d’un canal glandulaire excréteur

Trt: chirurgical

**D- Oedème de Reinke ou Pseudomyxome:**

Epaississement blanchâtre translucide

Age: 50-60ans

Abaissement progressif de la voix puis raucité de la voix

Facteurs favorisants: tabac, RGO, surmenage vocal

TRt : surveillance, orthophonie +/- chirurgie

**E- Lésions congénitales:**

-kyste épidermique

-Sulcus glottidis et vergeture

-Pont muqueux

Clinique: dysphonie assez sevére

Trt: chirutgie +orthophonie

**F- Lésions Post-intubation:**

***-Granulome:***

- Bourgeon rouge non inflammatoire

-Regression spontanée +++ car l’exerese expose aux récidives

-***Luxation cricoarythenoidienne:***

-Dysphagie+dysphonie

-Trt difficile

**- Sténoses laryngées :**

- Favorisées par:

-intubation prolongée

-traumatisme de la sonde

-RGO

- Siége glottique post.+++

**G- Pathologies infectieuses du larynx:**

***a - Tuberculose laryngée:***

Dysphonie ancienne + odynophagie

Aspect évocateur d’un carcinome

Favorisées par:

- Grossesse

- Dénutrition

- Immunodépression

***b- Papillomatose laryngée***

HPV type 6 et 11

Tumeur laryngée la plus fréquente chez enfant

Lésion exophytique

Risque élevée de récidive

TRT endoscopiques répétees

**3 –TROUBLES DE LA MOBILITE LARYNGEE:**

**A- Paralysie récurrentielle unilatérale:**

voix faible ,bitonale

+/- dyspnée à l’effort

+/- fausses routes aux liquides

CV immobile en adduction, abduction ou paramédiane

Causes:

- Compression ou envahissement tumoral

- Traumatisme iatrogène du nerf X ou le récurrent

- Causes neurologiques : myopathie, SLA…

- PR idiopathiques

**B-Diplégie laryngée:**

- en fermeture: légère dysphonie mais Dyspnée laryngée (trachéotomie)

-en ouverture: aphonie et fausses routes

**C- Ankylose cricoarytenoidienne:**

-Post-intubation traumatique

-Légère dysphonie

-CV fixée voix faible ,bitonale

**4- PATHOLOGIES GÉNÉRALES:**

**A-Modifications de la voix en rapport avec les hormones sexuelles:**

-Mue lors de la puberté liée a un croissement rapide du larynx surtout chez les garçons

-Cushing , prise d’anabolisants (virilisation)

**B- Hypothyroidie** :

Voix rauque et fragile par infiltration œdémateuse des CV

**5- DYSPHONIES À LARYNX NORMAL:**

**A-Dysphonies dysfonctionnelles** :

-Apparaissent a la suite d’un malmenage vocal

-Rechercher des lésions favorisantes (sulcus)

**B- Dysphonie Spasmodique:**

Dysphonie fluctuante, coincée apparait en situation de stresss

Origine psychogène ou neurologique

Trt : injection de toxine botulique

**C- Aphonie psychologique**

**DYSPHONIE DE L’ENFANT**

- Elle diffère peu de celle de l’adulte mais l’examen est plus   
 délicat et le diagnostic est plus difficile.

- Eliminer une papillomatose laryngée juvénile++++

**DYSPHONIE AIGUES**

**1-LARYNGITES AIGUES**:

**A- Laryngite catarrhale glotto-sous-glottique :**

Origine virale,

Signes associées: syndrome grippal

Dysphonie douloureuse

Larynx rouge et œdématié (LI)

Evolution favorable sous corticoïdes

**B-Laryngites aigues d’origine bacteriennes:**

**a- Laryngite diphtérique: croup laryngé**

Angines à fausses membranes

ADP

Absence de vaccination

Sérothérapie et ATB

**a- Autres laryngites bactériennes**

SPQ auéus

Gravité++ car fausses membranes obstructives

**2- TRAUMATISME LARYNGÉ:**

Œdème ou hématome laryngé

Traumatisme laryngé interne ou externe

**3- APHONIE PSYCHOGÉNIQUE OU PITHIATIQUE:**

Conversion hystérique

Aphonie brutale avec conservation d’une toux sonore

**6- CONCLUSION:**

Toute Dysphonie= Examen du Larynx

Toute dysphonie chronique chez un sujet un adulte jeune Tabagique chronique est

un cancer jusqu’à preuve du contraire( Loi de Simon)

Toute dysphonie chronique chez l’enfant doit faire penser à une papillomatose laryngée.