

FACULTE DE MEDECINE DE BATNA
DEPARTEMENT DE MEDECINE

ENSEIGNEMENT THEORIQUE
MODULE ORL

LES DYSPNEES LARYNGEES



Service ORL & CCF EPH BATNA

I – DEFINITION - GENERALITES :

La dyspnée est la perception consciente d'une gêne respiratoire.

La dyspnée laryngée est ***une urgence liée à la réduction du calibre de la filière laryngée*** d'origine tumorale, inflammatoire, infectieuse ou traumatique.

Cette dyspnée laryngée réalise ***une bradypnée inspiratoire***, souvent accompagnée de signes de lutte (battement des ailes du nez, tirage) et de bruits laryngés, soit un stridor (bruit aigu par atteinte glottique) ou un cornage (bruit rauque par atteinte sous-glottique.)

La démarche diagnostic varie selon l'âge et le mode d'installation. Chez l'enfant, la dyspnée est souvent aiguë et dramatique (liée à l'étroitesse du larynx et à la moindre résistance de l'enfant.) Alors que chez l'adulte, elle est souvent chronique.

II – DIAGNOSTIC POSITIF :

A- **DIAGNOSTIC CLINIQUE:**

a- ***L'interrogatoire:*** Précise

- L'âge.
- Les habitudes toxiques.
- Les traitements antérieurs.
- Les antécédents médico-chirurgicaux.
- Le mode d'installation. –

Les signes d'accompagnement (dysphonie et dysphagie.)

b- ***L'examen cervical:***

- ***L'inspection:*** Recherche
 - Une cicatrice d'intervention.
 - Des signes cutanés de radiothérapie.
 - Une fistule cutanée. –
 - Une tuméfaction ou une voussure.

• ***La palpation:***

- Des structures laryngées apprécie leur mobilité (signe de Moore.)
- Des aires ganglionnaires recherche des adénopathies.
- Du corps thyroïde.

•c- ***La laryngoscopie indirecte "LSI".***

B- **DIAGNOSTIC PARACLINIQUE:**

a- **Bilan radiologique:**

- 1) ***Radiographie du larynx*** face/profil.
- 2) ***Radiographie du thorax*** face.

b- **Bilan scopique:**

1) ***Laryngoscopie directe en suspension "LSDS":*** A un double intérêt :

- ✚ Thérapeutique, par rétablissement de la ventilation et extraction d'un éventuelle corps étranger enclavé dans le larynx.
- ✚ Diagnostique, en permettant l'exploration des 3 étages, sus-glottique, glottique et sous-

glottique.

Son indication(LSDS) doit être codifiée+++

En cas de dyspnée compensée, la LSDS est pratiquée en salle d'opération, sous anesthésie générale après intubation naso ou oro-trachéale. Le plateau de trachéotomie doit être à protée de main car il y a risque de décompensation.

En cas de dyspnée grave, la trachéotomie en urgence s'impose, sous anesthésie locale avec ventilation par la canule de trachéotomie. La LSDS est pratiquée à froid.

La dyspnée laryngée aiguë

C'est l'apanage de l'enfant, elle réalise un tableau dramatique

1- Malade en position assise, tête penchée en avant.

2- Hypersudation. 3- Cyanose. 4- Turgescence des jugulaires.

5- Battements des ailes du nez. 6- Tirage multiple.

Un geste, salvateur, peut s'imposer en urgence pour éviter l'arrêt respiratoire, c'est l'intubation ou la trachéotomie.

La dyspnée laryngée chronique

Elle est dite chronique si elle réalise une bradypnée pendant plus de 2 semaines. Elle est plus fréquente chez l'adulte.

Au fur et à mesure que le calibre du larynx diminue, les signes de lutte apparaissent et sont d'abord sus-sterno-claviculaires puis touche les espaces intercostaux.

III- *DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL* :

1/ *La dyspnée broncho-pulmonaire*: Réalisant une bradypnée expiratoire (ex: Asthme.)

2/ *La dyspnée métabolique*: Réalisant une respiration ample, profonde et égale aux 2 temps (ex: Respiration de Kussmaull.)

3/ *La dyspnée trachéale*: Réalise une dyspnée égale aux 2 temps avec wheezing.

IV- *DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ* :

La gravité de la dyspnée est conditionnée par

1. La durée (> 1 heure.)

2. L'existence de signes d'hypercapnie (sueurs, tachycardie et HTA.)

3. L'existence de signes d'hypoxie (cyanose et agitation.)

4. L'existence de signes d'épuisement (arythmie respiratoire ou bradycardie extrême avec troubles de la conscience.)

V- *DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE* :

A- *CHEZ L'ENFANT*:

– *Les malformations congénitales*:

1) *La diastenne* ou *fonte laryngée postérieure*: Fait communiquer le larynx avec l'oesophage. Elle est suspectée dès la naissance devant l'apparition de fausses routes alimentaires ou, dans les cas moins graves, de broncho-pneumopathies à répétition. Et confirmée par la LSDS et l'oesophagoscopie qui objectivent la fistule. Le traitement est chirurgical.

2) *Le rétrécissement laryngé congénital*: De siège souvent sous-glottique. Le traitement est également chirurgical.

3) *Le stridor laryngé congénital* ou *laryngomalacie*: Se traduit dès la naissance par un bruit laryngé aigu. Il est bénin

dans 95% des cas et ne nécessite aucun traitement, il est lié à la molasse excessive des cartilages laryngés entraînant une aspiration des structures vestibulaires dans la fente glottique lors de l'inspiration.

4) *Les palmures* ou *diaphragme laryngé*: C'est une membrane s'insérant sur les bords libres, souvent antérieurs, des 2 cordes vocales. Il est suspecté devant l'association dyspnée laryngé et dysphonie.

_ *Les causes inflammatoires et infectieuses*:

1) *La laryngite sous-glottique*: C'est une infection, souvent virale, touchant l'enfant entre 2 et 5 ans et succédant à un épisode infectieux rhinopharyngé.

2) *La laryngite sus-glottique* ou *épiglottite*: Rare mais grave. C'est une infection bactérienne touchant l'enfant de 3 ans.

Elle est suspectée devant l'association de dyspnée grave avec signes de lutte marqués, toux et dysphagie. Et confirmée par la

LSI qui révèle une épiglotte congestive et oedématisée, recouvrant en partie ou en totalité l'orifice laryngé supérieur..

L'évolution se fait très rapidement vers l'asphyxie (parfois en 2 hrs.)

3) *La laryngite spasmodique* ou *striduleuse*: C'est l'inflammation de tout le larynx. Elle est suspectée devant le début,

brutal et l'horaire de survenue, nocturne. Le traitement associe Anti-inflammatoires (surtout Corticoïdes) et Antibiothérapie.

_ *Les causes traumatiques*:

1) *Les traumatismes accidentels externes*: Avec fracture simple ou complexe des cartilages laryngés.

2) *Les traumatismes iatrogènes*: Surtout après intubation.

3) *Les corps étrangers laryngés*. 4) *Les brûlures par ingestion de produits caustiques*.

_ *Les causes tumorales*:

1) *La papillomatose laryngée*. 2) *L'angiome sous-glottique*.

3) *Les kystes* et *laryngocèles*. 4) *Les tumeurs malignes*: Rares.

B- CHEZ L'ADULTE:

_ *Les causes tumorales*:

□ *Les tumeurs malignes* ou *cancer du larynx*: Il est suspecté chez un sujet de sexe masculin, âgé de plus de 40 ans,

alcoolo-tabagique et présentant une dyspnée laryngée avec dysphonie, dysphagie et parfois adénopathies métastatiques. Il

est confirmé par la LSI et la LSDS qui permettent l'étude des 3 étages laryngés et d'y pratiquer des biopsies pour étude

anat-path. Le traitement repose sur la chimio-radiothérapie et éventuellement la chirurgie.

□ *Les tumeurs bénignes*: Ne donne de dyspnée que par leur volume

1) *Polype des cordes vocales*. 2) *Kystes* et *laryngocèles*.

3) *Chondrome*. 4) *Lipome*. 5) *Neurinome*.

_ *Les causes traumatiques*:

1) *Les traumatismes accidentels externes.*

2) *Les corps étrangers laryngés.* 3) *Les brûlures par ingestion de produits caustiques.*

– *Les causes inflammatoires et infectieuses:*

1) *La laryngite oedémateuse:* Confirmée par la LSI. 2) *Les laryngites spécifiques:* Syphilitique et tuberculeuse.

– *Les causes neurologiques:*

1) *Les paralysies récurrentiels en adduction.*