

Module: Pathologie de la voix

Master 1

Enseignant: Y. BEN YAHIA

Dysphonie en rapport avec un défaut de mobilité des plis vocaux

Fréquemment, le défaut de mobilité d'un pli vocal est en rapport avec une lésion du nerf récurrent (ou nerf laryngé inférieur). De ce fait, en présence d'une telle immobilité unilatérale, on parle souvent d'emblée de paralysie récurrentielle. C'est là un usage abusif car bien des immobilités laryngées s'expliquent par l'atteinte de l'organe laryngé sans atteinte de son innervation.

Le défaut de mobilité d'un pli vocal peut être total ou partiel.

Paralysie récurrentielle

1- Étiologie

Le nerf récurrent peut être atteint, par une lésion située en un point quelconque de son long parcours qui, on le sait, est différent selon qu'il s'agit du récurrent droit ou du récurrent gauche.

Schématiquement, la lésion causale peut être située au cou (affections et chirurgie du corps thyroïde en particulier), dans le thorax (cancer bronchique, anévrisme, rétrécissement mitral, affection ganglionnaire) et tout au long du trajet de l'œsophage.

Cette lésion peut être d'ordre traumatique, peut résulter de la compression due à l'atteinte bénigne ou maligne d'un organe voisin ou correspondre à une névrite ou à un neurinome, c'est-à-dire à l'atteinte du nerf lui-même.

- Atteinte traumatique :

L'atteinte traumatique du récurrent peut être consécutive à un accident dans le contexte d'un traumatisme ouvert ou fermé avec section, compression ou étirement du nerf

Parfois la paralysie ne se constitue que secondairement, quelques heures ou quelques jours après le traumatisme, du fait d'un hématome et parfois quelques semaines plus tard, du fait de la constitution d'une fibrose cicatricielle.

Certaines interventions chirurgicales présentent un risque pour le récurrent par étirement (traction des écarteurs), par échauffement (électrocoagulation trop proche ou au contact) et par section (parfois inévitable en cas de cancer, ou plus rarement accidentelle).

Citons enfin le traumatisme obstétrical, les récurrents pouvant être étirés lors d'un accouchement par forceps.

- Compression :

La compression du nerf récurrent peut être due au développement d'un nodule thyroïdien, cancer de l'œsophage, cancer bronchique, anévrisme de la crosse de l'aorte, rétrécissement mitral.

2- Clinique :

Dans les semaines qui suivent l'apparition de la paralysie, le patient souffre d'abord du manque d'efficacité de sa voix. Même dans le cas où la tonalité en est subnormale, il la ressent souvent comme « particulièrement basse ». Se faire entendre dans le bruit ou à distance lui semble en tout cas tout à fait impossible. D'une manière générale, la phonation devient pour lui un exercice fatigant, voire épuisant. Souvent, lorsqu'il doit soutenir une conversation plus ou moins prolongée, il est amené à s'interrompre du fait de sensations d'étourdissement.

L'effort spontanément déployé par le patient pour compenser le défaut d'efficacité de sa voix se traduit inévitablement par une déperdition importante du souffle pulmonaire.

Le sujet se plaint également de sécrétions et de sensations de corps étranger entraînant des manœuvres irritantes de raclement. Quant à l'essoufflement du début, il peut persister avec sensation de pesanteur thoracique ou impression de manquer d'air. Cette gêne globale affectant la respiration n'a pas d'autre cause que la sensation d'anomalie découlant de la modification de la cinétique laryngée. Elle peut entraîner parfois des réactions de panique respiratoire qui peuvent être très gênantes.

Repercussion sur la voix :

Voix conversationnelle :

C'est l'altération du timbre qui frappe dès le premier abord. La voix est en effet le plus souvent détimbrée, voilée, désonorisée de façon irrégulière dans le contexte d'une déperdition de souffle très caractéristique à tel point que l'on peut souvent soupçonner la paralysie dès l'écoute des premiers mots émis par le patient. On observe en outre parfois un nasonnement qui correspond non pas à une incompetence vélaire mais plutôt à un comportement de retenue. Enfin, fréquemment on note un érailement du timbre prenant souvent la forme de la classique bitonalité.

La bitonalité, consiste en la superposition de deux hauteurs différentes « en rapport harmonique », le deuxième son se trouvant dans un rapport simple avec le premier.

Voix projetée :

L'intensité de la voix reste limitée ne dépassant jamais 80 dB. Cette diminution s'explique bien sûr, par le défaut d'accolement des plis vocaux. Les efforts du sujet n'aboutissent qu'à une augmentation de la déperdition du souffle ainsi éventuellement qu'à l'apparition ou à l'accentuation de la bitonalité.

Voix chantée :

La voix chantée apparaît le plus souvent comme très désorganisée. Elle peut être totalement impossible, faisant l'objet d'un comportement de retenue bien compréhensible.

Parfois, le patient peut produire spontanément des sons en registre aigu d'assez bonne qualité.

Repercussion sur la déglutition :

Les fausses routes aux liquides sont fréquentes, surtout au cours des premiers jours. Elles s'estompent chez les sujets toniques. Par contre, il faut savoir les rechercher même plusieurs mois après.

La respiration :

En dehors de la phonation où elle devient souvent haletante, elle n'est pas ou peu modifiée. Il peut y avoir une gêne à l'effort physique.

Dans la paralysie des deux dilatateurs, il ya risque d'asphyxie.

3- Examen et exploration :

Laryngoscopie :

Par fibroscopie nasale ou au pharyngoscope rigide, l'examen laryngoscopique met en évidence l'immobilité du pli vocal paralysé aussi bien en respiration que lors des essais d'émission du son « é » ainsi éventuellement que lors de la toux.

Examen Electroglottographique

L'électroglottographie permet de mesurer le coefficient de fermeture glottique en rapport avec la surface d'accolement des plis vocaux. Celui-ci est très abaissé (entre 0 % et 20 %). Cet examen permettra éventuellement de suivre la récupération due au traitement rééducatif ou chirurgical.

4- Traitement et prise en charge :

RÉÉDUCATION VOCALE

Dans la paralysie récurrentielle, Le rééducateur qui dispose d'exercices spécifiques précis et variés sait parfaitement où il va. Le patient coopère en général très volontiers, venant régulièrement aux séances et cherchant la plupart du temps à aller le plus loin possible dans la récupération de sa voix.

Les exercices proposés :

Certains sont passifs d'autres actifs.

- les exercices passifs se réalisent par positionnement et manipulations laryngés :
 - 1) sur le plan horizontal en provoquant un rapprochement des ailes du cartilage thyroïd
 - 2) sur le plan vertical en soulevant la corde vocale paralysée, et en abaissant la corde vocale saine. Cette manipulation s'effectue en saisissant le larynx entre le pouce et les autres doigts de la main et en réglant à la fois le mouvement de rapprochement et de

positionnement des cordes vocales. Si la manœuvre ne renforce pas la voix, la réaliser inversement en abaissant le côté paralysé et soulevant l'autre.

On rétablit aussi l'horizontale du plan glottique en demandant au patient de pencher la tête du côté sain, ce qui abaisse la corde vocale saine et remonte la corde vocale paralysée abaissée par l'absence de tonicité musculaire.

- les exercices actifs, certains améliorent la fermeture postérieure, d'autres la tension des cordes vocales et d'autres encore utilisent l'impédance ramenée sur le larynx.
 - i) Exercice de fermeture postérieure : ce sont des exercices sur glotte fermée comme mimer de soulever un objet lourd ou des coups de glotte.
Il y a aussi des exercices avec sphincter minimum comme les glottages légers, le rire, attaque vocales précises sur occlusives, phonation interrompue
 - ii) Les exercices de tension des cordes vocales : ils induisent une contraction du muscle crico-thyroïdien. On sonorise par la tension des ligament élastique s. lorsque la voix aigue timbrée est bien réalisée sur des voyelles puis sur des syllabes et des mots, on fait redescendre peu à peu sur la hauteur en conservant timbre et sonorité.
 - iii) Utilisation de l'impédance ramené sur le larynx : l'accolement des cordes vocales sera favorisé par un meilleur équilibrage des pressions sus et sous glottiques.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical peut être envisagé dans la paralysie récurrentielle unilatérale lorsqu'une compensation suffisante par le pli vocal valide paraît difficile voire impossible à obtenir par la seule rééducation.

L'indication opératoire tient compte également de la nécessité professionnelle d'obtenir un résultat rapide ou de pallier l'existence de fausses routes alimentaires persistantes ou l'incapacité de tousser qui peut être redoutable en cas de pneumonectomie.