



337- Trouble aigu de la parole. Dysphonie

Table des matières

DYSPHONIE

DEFINITION

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

Troubles de l'innervation motrice des cordes vocales

Dysphonie fonctionnelle

Altérations de la muqueuse laryngée

Dysphonie psychiatrique

PARALYSIES LARYNGEES

DEFINITION

PARALYSIE LARYNGEE UNILATERALE

Signe d'appel

Diagnostic positif

Diagnostic différentiel

Diagnostic etiologique

Traitement

PARALYSIES LARYNGEES BILATERALES

Formes cliniques

Diagnostic etiologique

Traitement



Dysphonie

DEFINITION

La dysphonie ou enrouement est une altération du son laryngé portant sur une ou plusieurs des caractéristiques physiques de celui-ci : intensité, hauteur, timbre et cela à titre intermittent ou permanent.

De nombreux facteurs conditionnent l'émission vocale :

- facteurs locaux : cordes vocales régulières, lisses, blanches, souples, de bonne mobilité et s'affrontant parfaitement et régulièrement lors de la phonation.
- facteurs généraux : valeur du soufflet pulmonaire (coordination pneumophonique) et du mode respiratoire, tonus général (hyper ou hypokinétique) âge, sexe, imprégnation hormonale (hormones sexuelles, thyroïdiennes).

Deux contrôles de l'émission vocale sont essentiels : l'un proprioceptif, l'autre auditif.

Si l'étude de la voix parlée et chantée s'enrichit tous les jours de procédés nouveaux, l'oreille du testeur reste l'outil clinique de base appréhendant clarté, fréquence fondamentale, tessiture, prosodie.

La majorité des troubles laryngés est classée en 2 groupes les lésions atteignant la muqueuse des cordes vocales et les troubles de la mobilité des cordes vocales.

Le premier diagnostic à évoquer est le cancer du larynx d'autant que le sujet est fumeur.

L'anamnèse doit préciser

- ambiance et conditions de travail : fumée, poussière, polluants, air sec
- utilisation vocale professionnelle en voix parlée et chantée, malmenage, surmenage vocaux
- habitudes tabagiques
- mode d'apparition, ancienneté, fluctuations du trouble vocal et relation avec l'activité professionnelle (enseignement)
- le niveau de culture musicale et vocale
- les traitements déjà subis : médicamenteux, orthophoniques.

L'examen clinique ORL

- L'examen laryngé au miroir est fondamental. Il explore la morphologie des cordes vocales et du larynx ainsi que la mobilité des cordes vocales lors de la phonation et de l'inspiration.
- Il peut être complété par la fibroscopie par voie nasale (nasofibroscopie):
- Il comportera également :
 - le contrôle de la filière nasopharyngée : perméabilité, absence de foyer infectieux
 - la vérification de l'audition.

La stroboscopie

Elle s'effectue à l'aide d'un endoscope rigide avec vision à 90° avec éclairage stroboscopique. Elle apprécie l'amplitude, la symétrie, la régularité des mouvements des cordes et de l'ondulation de la muqueuse. Couplée à celle-ci, la sonographie enregistre et analyse la composition spectrale des phonèmes.



La laryngoscopie directe sous microscope opératoire

Elle nécessite une anesthésie générale. Elle est souvent le complément indispensable permettant

- une exploration plus fine
- des actions locales (biopsie, exérèse de petites tumeurs, pelage de la muqueuse) à la pince ou au laser.

La TDM en coupes horizontales et frontales

Elle permet d'apprécier l'état des cordes vocales, de la sous-glote et du plancher du ventricule

- une lésion tumorale hypertrophique prenant le contraste, l'examen évalue aussi l'extension à l'espace paraglottique, la commissure antérieure, la loge pré épiglottique et les cartilages du larynx.
- l'atrophie musculaire : dilatation du ventricule, amincissement et abaissement de la corde, effacement de l'angle sous-glottique sont en faveur d'une paralysie laryngée

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

Troubles de l'innervation motrice des cordes vocales

L'aspect clinique et endoscopique de la paralysie laryngée unilatérale mérite d'être évoqué ici :

- D'installation brutale ou progressive, elle peut être plus ou moins latente, se réduisant à une diminution de la qualité du timbre avec fatigabilité, et manque de puissance. Elle peut être manifeste avec coulage d'air (surtout par fuite glottique postérieure), fréquentes reprises respiratoires lors de la phonation et voix bitonale.
- A l'examen la corde est immobile en position paramédiane le plus souvent ou en abduction franche, selon le degré d'atrophie variable corrélé à la sévérité et l'ancienneté de la paralysie. Contrairement aux ankyloses cricothyroïdiennes, la corde est détendue, atrophique et dans un plan inférieur à celui de la corde saine.
- Cependant cette immobilité laryngée peut être en rapport avec une lésion tumorale du sinus piriforme homolatéral, plus rarement avec une tumeur cachée du fond du ventricule ou de la sous-glote.
- La TDM du larynx et de la région cervicothoracique pourra aider au diagnostic étiologique de la paralysie laryngée (exploration médiastinale, thyroïdienne, trachéo oesophagienne.)
- L'EMG peut être contributive pour le diagnostic différentiel entre ankylose et atteinte neurogène.

Dysphonie fonctionnelle

Le forçage vocal, conséquence soit d'un obstacle à l'émission vocale (irritation : tabac, fumées, froid...), soit de l'activité professionnelle du patient (enseignant, chanteur...), entraîne une dysphonie par dysfonctionnement laryngé.

L'examen du larynx au miroir fait apparaître :

- des cordes vocales (CV) d'un aspect normal mais s'affrontant mal (glotte ovalaire), ou au contraire un larynx hyperkinétique,



- inflammatoire avec des lacis vasculaires hypertrophiques,
- et parfois présence de nodule cordal ou d'ulcère de contact, conséquence du dysfonctionnement laryngé et constituant de véritables altérations de la muqueuse laryngée.
- La rééducation orthophonique permet le plus souvent la normalisation de la muqueuse et de la phonation.

Altérations de la muqueuse laryngée

• ALTERATIONS MUQUEUSES LOCALISEES

○ Nodule cordal

Simple épaissement de la muqueuse du bord libre de la corde vocale, situé à la jonction 1/3 moyen et 1/3 antérieur. Il est souvent bilatéral (kissing nodules) et se rencontre chez le chanteur et l'enseignant. Il est lié au forçage vocal et donne une voix rocailleuse de plus faible intensité et une fatigue vocale.

Longtemps réversible, il est du ressort essentiel de la rééducation vocale et ne doit être enlevé qu'en cas d'échec de celle-ci.

○ Ulcère de contact

Lié au surmenage vocal, il résulte du martelage d'un aryténoïde par son antagoniste, donnant une ulcération au point d'affleurement d'une apophyse vocale du cartilage aryténoïde sous la muqueuse du bord libre. Il peut s'accompagner de granulations bordant l'ulcération et donne une voix à la fois forcée, voilée et soufflée.

Du ressort essentiel de la rééducation, il peut bénéficier de soins locaux au cours d'une microchirurgie laryngée.

○ Polype cordal

Le plus souvent unique, oedémateux, sessile ou pédiculé. Il s'implante à la jonction 1/3 antérieur - 1/3 moyen de la corde ou au niveau de la commissure antérieure. Il se rencontre principalement chez l'homme malmenant et surmenant sa voix. Il donne une voix chevrotante à débit parfois explosif et étouffé à la fois (polype en battant de cloche expulsé lors de la phonation et jouant le rôle d'étouffoir).

Ce polype s'enlève en microchirurgie laryngée, geste suivi d'une rééducation orthophonique.

• ALTERATIONS MUQUEUSES DIFFUSES NON SUSPECTES

Elles entrent dans le cadre des laryngites chroniques.

On en distingue de nombreuses formes : catarrhales, oedémateuses, hypertrophiques, atrophiques.

L'une d'entre-elles entre dans un cadre nosographique précis :

- la laryngite pseudomyxomateuse, est liée au tabagisme et se développe sur un terrain de surcharge pondérale et de troubles métaboliques. La dysphonie est fluctuante au cours du nyctémère : quasi-aphonie avec légère dyspnée le matin, voix grave le reste de la journée. Les pseudomyxomes se développent bilatéralement, symétriquement donnant lieu à un aspect en vessie natatoire.
- Leur traitement exige une exérèse minutieuse micro chirurgicale et l'arrêt de l'intoxication tabagique sous peine de graves altérations vocales durables,.



- **FORMATIONS TUMORALES BENIGNES**

- Les tumeurs bénignes du larynx sont rares. On peut en rencontrer de tous types : angiome, tumeur nerveuse, tumeur dérivée des éléments glandulaires : la dysphonie y est constante.
- La plus fréquente est la papillomatose laryngée de l'enfant :
 - Affection d'origine virale, elle touche le jeune enfant donnant lieu à une dyspnée laryngée lente et progressive et s'accompagne d'une dysphonie avec voix étouffée et soufflée.
- Il convient de citer aussi le granulome post-intubation.
 - Il s'agit d'une pseudotumeur inflammatoire se développant au même endroit que l'ulcère de contact : il est souvent bilatéral, il prend un volume assez important, de couleur rouge framboisé ou grisâtre, il doit être suspecté lorsque apparaît une voix étouffée, soufflée, dans les semaines qui suivent une intervention ayant comporté une intubation d'assez longue durée. Il est aisément curable en microchirurgie laryngée mais peut rechuter après exérèse.

- **LARYNGITES CHRONIQUES, LEUCOPLASIES ET DYSPLASIES LARYNGEES : ETAT PRENEOPLASIQUE**

Sous les effets conjugués du malmenage vocal et du tabagisme, ou d'un foyer infectieux rhinosinusien, certaines zones de la muqueuse laryngée sont susceptibles de subir des modifications parfois considérées comme des étapes vers la néoplasie d'où leur désignation sous le nom d'états précancéreux.

Il s'agit de zones muqueuses intéressant face laryngée de l'épiglotte, bandes ventriculaires et surtout cordes vocales.

- Ces lésions s'accompagnent d'une dysphonie chronique, , fluctuante et négligée.
- Toutes sortes d'aspects laryngoscopiques peuvent être rencontrés : diffus, localisés, en îlots. Il peut s'agir de simples taches ou de reliefs accusés et de coloration blanche ou rouge. Ces aspects en relief correspondent au terme clinique de leucoplasie. Ces lésions leucoplasiques en taches de bougie blanc grisâtre nécessitent une étude histologique. En effet il peut s'agir d'une simple hyperplasie qui a peu de chance de dégénérer. Ce peuvent être aussi des lésions dysplasiques dont la sévérité fait craindre la dégénérescence ou l'association au carcinome..
- Leur présence doit faire conseiller la suppression de tous les facteurs de risque, associée à un contrôle endoscopique fréquent avec biopsies et pelages répétés de la muqueuse, d'autant que la dysplasie est sévère.
- Le carcinome in situ représente un foyer de dysplasie respectant la membrane basale. Cette lésion, souvent pluri focale, peut se développer sous la forme d'un authentique carcinome invasif ou lui être associé. Une surveillance régulière s'impose pour vérifier l'absence d'évolution au besoin par des prélèvements répétés en microscopie laryngoscopie en suspension.



Question 337

- **CANCERS LARYNGES**

C'est le premier diagnostic à évoquer devant une dysphonie qui dure plus de huit jours surtout si le patient est fumeur. Le cancer du larynx peut se développer dans un contexte de laryngite chronique avec tabagisme, malmenage vocal.

Il s'accompagne d'une dysphonie qui n'a rien de spécifique ni dans son type ni dans son intensité.

Seul l'examen laryngé systématique devant une dysphonie, surtout chez les sujets à risque permet une découverte précoce des cancers du plan glottique.

Le cancer limité de la corde vocale quand elle est mobile peut bénéficier d'une cordectomie chirurgicale par voie externe ou au laser par laryngoscopie en suspension.

La radiothérapie externe peut aussi être proposée. Dans les carcinomes plus étendus, on peut proposer une laryngectomie partielle dans des cas sélectionnés.

Dysphonie psychiatrique

Toute aphonie brutale et totale, sans explication fournie par l'examen laryngé, doit faire suspecter une composante psychosomatique qu'il conviendra d'apprécier (aphonie pithiatique par conversion hystérique) : il y a parfois véritable blocage total de la fonction phonatoire.



Toute dysphonie qui persiste plus de 2 semaines impose un examen des cordes vocales



Toute modification récente d'une dysphonie impose un examen rapide des cordes vocales



Paralysies laryngées

DEFINITION

Une paralysie laryngée est un trouble moteur de l'étage glottique du larynx, c'est-à-dire des cordes vocales.

L'innervation motrice des muscles intrinsèques du larynx, comportant les cordes vocales (muscles thyro-aryténoïdiens) est essentiellement assurée par les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents, branches des nerfs pneumogastriques. Seul le muscle tenseur des cordes vocales (ou muscle cricothyroïdien) est innervé par le nerf laryngé supérieur. Les conséquences fonctionnelles d'une paralysie laryngée et les indications thérapeutiques qui en découlent diffèrent fondamentalement suivant que l'atteinte motrice est uni ou bilatérale.

PARALYSIE LARYNGEE UNILATERALE

Signe d'appel

La dysphonie est l'unique symptôme d'une paralysie récurrentielle chez l'adulte. Elle est d'importance variable, allant d'une voix simplement voilée à une voix complètement cassée, confinant à l'aphonie.

La voix bitonale qu'on dit volontiers évocatrice est loin d'être constante, et le plus souvent intermittente.

Parfois, la dysphonie est discrète et s'accroît à la fatigue.

Plus rarement, la dysphonie est quasi absente et la paralysie sera une découverte d'examen laryngoscopique.

Diagnostic positif

Il est le plus souvent très facile : une simple laryngoscopie indirecte au miroir laryngé ou au fibroscope suffit, en général, à affirmer une paralysie récurrentielle sur la constatation de l'immobilité d'une des deux cordes, tant en phonation qu'en inspiration.

La position de la corde paralysée est variable.

- Elle peut être fixée en position médiane, c'est-à-dire en adduction.
- Exceptionnellement, elle est en abduction complète.
- Le plus souvent, la corde paralysée est immobilisée en position intermédiaire, c'est-à-dire en semi-abduction.

Lorsque la dysphonie est ancienne, on peut observer des modifications anatomiques du larynx : bascule antérieure de l'aryténoïde du côté paralysé, atrophie et abaissement de la corde atteinte.

De même peut-on observer des phénomènes de compensation : en phonation, la corde saine tend à dépasser la ligne médiane pour tenter de s'affronter à la corde paralysée en position paramédiane.

L'importance de la dysphonie est liée à l'importance de la fuite glottique en phonation, donc à la position de la corde paralysée et aux possibilités de compensation par la corde opposée.

Les examens complémentaires sont le plus souvent réduits : La constatation de l'immobilité d'une corde sur un larynx morphologiquement sain suffit au diagnostic positif sans présumer de l'étiologie.



Diagnostic différentiel

Divers pièges sont à éviter.

- Un cancer du ventricule laryngé peut se présenter à un examen superficiel comme une paralysie d'un hémilarynx.
Il faut y penser systématiquement si l'examen au miroir montre autre chose qu'une corde immobile (aspect de laryngite chronique, hypertrophie inflammatoire d'une bande ventriculaire...)
Dans ces cas, la TDM et l'endoscopie laryngée seront demandées pour éliminer une tumeur.
Une luxation crico-aryténoïdienne, iatrogénique : intubation laryngée, mise en place d'une sonde oesophagienne de gros calibre. En cas de doute, une électromyographie (EMG) laryngée pourra trancher.
Une ankylose crico-aryténoïdienne peut prendre le masque d'une paralysie laryngée mais il n'y a pas d'atrophie du muscle vocal. Il existe surtout toujours un contexte traumatique (traumatisme externe du larynx, intubation trachéale prolongée). L'EMG est au même titre intéressante.
- Les laryngopathies fonctionnelles se présentent sous un tout autre aspect. Il y a certes un défaut d'affrontement des cordes, mais il n'y a pas de paralysie et le diagnostic est en règle évident dès la laryngoscopie au miroir laryngé ou au fibroscope. Une stroboscopie des cordes vocales peut être demandée en complément.

Diagnostic étiologique

L'existence d'une paralysie laryngée unilatérale implique une lésion des fibres nerveuses motrices de la corde vocale. Elle implique au minimum en cas de paralysie récurrentielle droite une TDM de la base du crâne et cervical, et en cas de paralysie récurrentielle gauche une TDM de la base du crâne et cervico-thoracique.

Il faut rappeler que le nerf récurrent est une branche apparente du nerf pneumogastrique et que son long trajet, surtout à gauche, rend compte de la multiplicité et de la variété des affections qui peuvent l'atteindre.

Le problème diagnostique se pose dans des circonstances variables :

- La paralysie récurrentielle peut être isolée. Son origine est parfois évidente, mais elle peut être aussi un symptôme qu'il faudra rechercher.
- D'autres fois, la paralysie laryngée n'est qu'un élément dans un tableau neurologique plus complexe, associée à d'autres paralysies de nerfs crâniens ou à des signes d'atteinte neurologique centrale.

● PARALYSIES LARYNGEES UNILATERALES ISOLEES

○ Causes traumatiques

Elles sont essentiellement liées à la blessure chirurgicale d'un nerf récurrent lors d'intervention portant sur le cou et sur le médiastin.

Au niveau du cou, au cours de la chirurgie de la glande thyroïde et des parathyroïdes. Au niveau du médiastin, le nerf récurrent gauche peut être lésé lors de la chirurgie broncho-pulmonaire gauche, de la crosse aortique (canal artériel, anévrisme de la crosse).

Plus rarement, il s'agit de traumatismes accidentels : traumatisme direct du larynx. Il faut dans ce cas distinguer la paralysie d'une ankylose crico-aryténoïdienne.

○ Causes tumorales

La paralysie récurrentielle peut être due à une compression ou à un envahissement par un processus tumoral cervical ou médiastinal.



o Causes cervicales

- Ce sont essentiellement les tumeurs du corps thyroïde. La constatation d'une paralysie récurrentielle lors de l'examen d'un goître, ou d'un nodule thyroïdien est un élément péjoratif car il traduit pratiquement son caractère malin.
- Les cancers du carrefour pharyngo-oesophagien (cancers du sinus piriforme, cancers rétro-cricoidiens, cancers de l'oesophage cervical) peuvent entraîner une paralysie récurrentielle.

o Causes médiastinales

Elles ne donnent lieu qu'à des paralysies gauches.

- Le cancer bronchique gauche est la cause principale, soit par envahissement péribronchique, soit par la compression d'une adénopathie médiastinale néoplasique.
- Les tumeurs médiastinales : il s'agit rarement de tumeurs bénignes volumineuses ; le plus souvent, il s'agit d'adénopathies médiastinales malignes (lymphomes malins ou maladie de Hodgkin).
- Les adénopathies de la primo-infection tuberculeuse donnent très rarement lieu à une compression médiastinale.
- Les affections cardio-vasculaires sont très rarement la cause d'une paralysie récurrentielle gauche ; il peut s'agir d'[anévrisme de la crosse aortique](#) ou d'une volumineuse hypertrophie de l'oreillette gauche (syndrome d'Ortner).
- Le cancer de l'oesophage s'accompagne d'une paralysie récurrentielle dans 20 à 25 % des cas.
- Les tumeurs thymiques peuvent comprimer le récurrent dans leurs formes basses surtout.
- Les cancers de l'apex pulmonaire peuvent donner une paralysie récurrentielle, aussi bien à droite qu'à gauche, mais elle est rarement isolée (syndrome de Pancoast-Tobias).

o Causes névritiques

De nombreuses maladies infectieuses peuvent entraîner une paralysie récurrentielle. Citons plus particulièrement le zona.

Les névrites toxiques (plomb, arsenic) sont classiques, mais rares.

o Paralysies récurrentielles idiopathiques

Un certain nombre de paralysies récurrentielles isolées reste d'étiologie mystérieuse (15 à 20%). Il s'agit vraisemblablement de paralysies virales, mais cette origine est hypothétique.

Leur constatation nécessite une surveillance et des examens réguliers, car il peut s'agir du symptôme d'une tumeur cervicale ou bronchique qui ne se révélera que plus tard.

● PARALYSIES LARYNGEES UNILATERALES ASSOCIEES

Dans ces cas, la paralysie récurrentielle n'est qu'un élément dans un tableau neurologique associant la dysphonie aux signes de l'atteinte d'autres nerfs crâniens.

o Paralysie du nerf pneumogastrique (X)

Le X est à la fois moteur, sensitif et végétatif.

Lors d'une paralysie unilatérale, les troubles moteurs sont au premier plan.

La dysphonie par monoplégie laryngée est le signe dominant.

La paralysie vélo-pharyngée doit être recherchée : régurgitation nasale, rhinolalie ouverte, cliniquement on observe un déplacement du voile et de la luette vers le côté sain.



Question 337

Les signes sensitifs sont peu marqués : hypoesthésie ou hémianesthésie du pharynx et du voile sur une zone limitée.

Les signes végétatifs respiratoires ou cardiaques sont difficiles à mettre en évidence dans une paralysie unilatérale.

○ Paralysie du nerf glosso-pharyngien (IX)

Comme le X, le IX est un nerf mixte.

Son atteinte se caractérise par des signes moteurs et sensitivo-sensoriels.

La dysphagie non douloureuse est due au déficit du muscle constricteur supérieur du pharynx.

Elle se caractérise par une difficulté à déglutir les aliments solides avec parfois fausses routes.

Cliniquement, elle est révélée par le signe du rideau (déplacement latéral vers le côté sain de la paroi postérieure du pharynx).

Les signes sensitivo-sensoriels sont plus difficiles à relever : hypo ou anesthésie du 1/3 postérieur de l'hémilangue, des parois latérale et postérieure du pharynx, abolition de la sensibilité gustative du 1/3 postérieur de l'hémilangue.

○ Paralysie du nerf spinal (XI)

L'atteinte du spinal externe entraîne une paralysie du sterno-cléido-mastoidien qui donne peu de troubles et surtout une paralysie du trapèze facile à mettre en évidence.

L'atteinte du spinal interne se traduit essentiellement par une paralysie vélo-palatine.

○ Paralysie du nerf grand hypoglosse (XII)

Facile à observer, elle se traduit par une paralysie d'une hémilangue (attirée vers le côté malade).

○ Paralysie du sympathique cervical

Elle entraîne un syndrome de Claude Bernard Horner (myosis, ptosis, enophtalmie).

○ Diagnostic topographique des lésions associées

On a décrit de multiples syndromes suivant les différentes associations de paralysies des quatre dernières paires crâniennes.

Il est plus important d'insister sur le diagnostic topographique de la lésion causale.

- soit l'atteinte d'un ou plusieurs nerfs s'accompagne de signes neurologiques centraux signant l'origine bulbaire.
- soit il n'y a pas de signes centraux et la lésion causale est périphérique.

Causes périphériques : (compression ou envahissement nerveux)

- Atteinte exocrânienne ou basicrânienne
 - Tumeurs de la base du crâne
 - Extension d'un [cancer du cavum](#)
 - Tumeur du glomus jugulaire
 - Tumeurs de l'espace sous-parotidien postérieur ou tumeurs parapharyngées
 - Neurinome
- Atteinte au niveau de l'angle ponto-cérébelleux
 - Méningo-radiculites disséminées
 - Extension d'une tumeur de l'angle
 - Neurinome

Causes centrales bulbaires :

- Lésion vasculaire : par exemple [syndrome de Wallenberg](#)
- Lésion inflammatoire (forme bulbaire de poliomyélite)



- Syringobulbie
- Lésions expansives bulbaires et cérébelleuses

Traitement

Le traitement de la cause est rarement possible ou efficace.

Lorsque la récupération spontanée de la voix par compensation de la corde opposée n'est pas efficace, un traitement phoniatrique est indiqué, apportant souvent d'intéressantes améliorations (rééducation orthophonique).

Dans les cas rebelles et/ou invalidants, on propose l'injection endoscopique dans la corde paralysée ([graisse autologue](#), pâte de Teflon*, silicone, Gore-Tex*), ou la réalisation d'une médialisation de la corde vocale par voie externe (thyroplastie) utilisant du [cartilage autologue](#) ou divers biomatériaux (silicones, titane, hydroxylapatite, céramique...). Cette dernière intervention peut être effectuée sous anesthésie locale ou générale.



PARALYSIES LARYNGEES BILATERALES

Formes cliniques

La diplégie laryngée peut se présenter sous deux aspects.

- **DIPLEGIE GLOBALE**

L'atteinte motrice porte à la fois sur les mouvements d'adduction et d'abduction des cordes vocales et elle s'installe le plus souvent en deux temps.

Lorsque les cordes sont fixées en abduction, les troubles phonatoires et les fausses routes alimentaires et salivaires sont au premier plan.

Lorsqu'elles sont fixées en adduction, les troubles respiratoires prédominent (dyspnée).

- **DIPLEGIES DISSOCIEES OU SEULE L'ABDUCTION EST TOUCHEE**

C'est la paralysie des dilatateurs de la glotte ou syndrome de **Gerhardt**.

Le début est rarement brutal sauf dans certaines paralysies traumatiques. Le plus souvent il est progressif, caractérisé par une dyspnée laryngée d'effort puis permanente, même au repos.

A la période d'état, souvent à la suite d'une décompensation brutale, il existe une très importante dyspnée laryngée typique tandis que la phonation est pratiquement normale (dyspnée à voix claire).

La laryngoscopie montre une immobilisation des cordes en position médiane, s'affrontant en phonation, mais ne s'écartant pas en inspiration.

L'examen au miroir laryngé complété éventuellement par une endoscopie et une TDM, écarte une infiltration tumorale ou une sténose sous-glottique.

Plus rarement, se pose le diagnostic d'une myasthénie qui évolue dans un contexte le plus souvent évocateur.

Diagnostic étiologique

- **LES CAUSES PERIPHERIQUES**

Ce sont les mêmes que pour les monoplégies laryngées : traumatisme chirurgical, envahissement tumoral (cancers de l'oesophage cervical, de la trachée cervicale, du corps thyroïde, adénopathies malignes).

- **LES CAUSES CENTRALES**

La diplégie laryngée est associée à d'autres atteintes des paires crâniennes ou à des signes neurologiques centraux.

- Elle peut évoluer sur un mode aigu dans certaines poliomyélites bulbaires, certaines encéphalites, les accidents bulbaires anoxiques ou toxiques.
- Elle peut évoluer sur un mode progressif : atteintes dégénératives (sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot, état lacunaire ou syringobulbie), malformations de la fosse postérieure d'Arnold Chiari, atteinte tumorale plus rarement.
- La syphilis donnée jadis pour cause essentielle a perdu ce rôle, bien qu'elle soit de nouveau d'actualité





Traitement

Plusieurs interventions ont été proposées visant à rétablir une filière glottique suffisante.

- chirurgie endoscopique
 - Fixation d'une corde vocale en abduction par voie translaryngée ou extralaryngée (cordopexies).
 - Cordectomie ou aryténoïdectomie (ablation de l'aryténoïde) au laser

Le geste peut être réalisé de manière uni ou bilatérale en fonction de l'importance du rétrécissement de la filière
- chirurgie par voie externe
 - La trachéotomie constitue une alternative aux procédés endoscopiques et une solution thérapeutique dans l'urgence
 - L'aryténoïdopexie consiste en la fixation latérale de l'aryténoïde
 - L'aryténoïdectomie consiste en l'ablation de l'aryténoïde

 La paralysie d'une corde vocale se traduit par une dysphonie. La paralysie est réversible ou définitive, rarement influencée par le traitement. La dysphonie est en général régressive, par récupération de la paralysie ou par compensation par la corde saine, favorisée par la rééducation orthophonique.

 La paralysie bilatérale des abducteurs (paralysie des dilatateurs de la glotte) se manifeste par une dyspnée laryngée à voix claire. Le traitement palliatif en est chirurgical.