

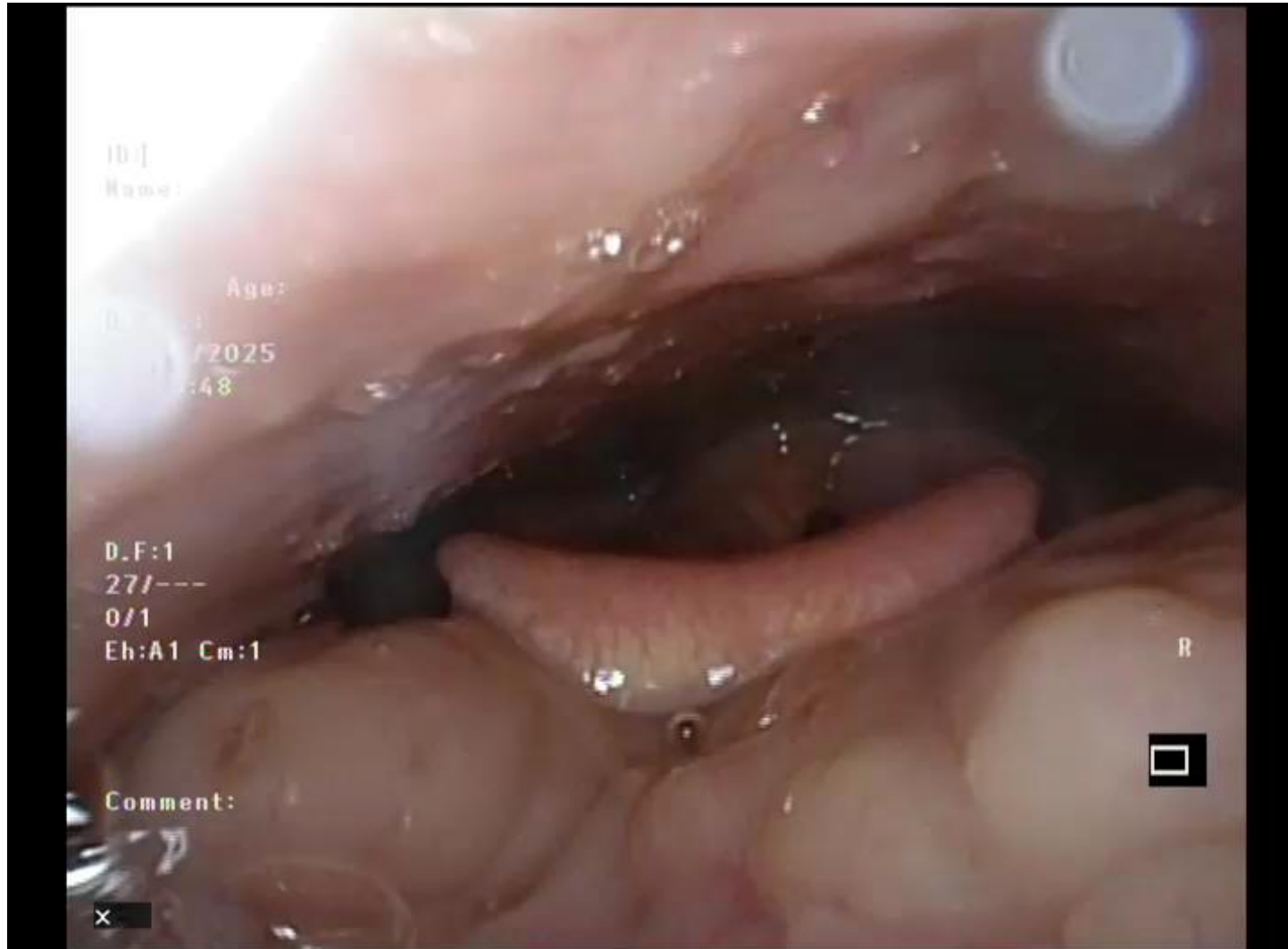
Le Larynx et ses généralités : approche pratique pour le médecin généraliste

Dr. Julie Fosséprez

Pr. Sandra Schmitz

Service cervico-laryngologie, Clinique Universitaire Saint-Luc

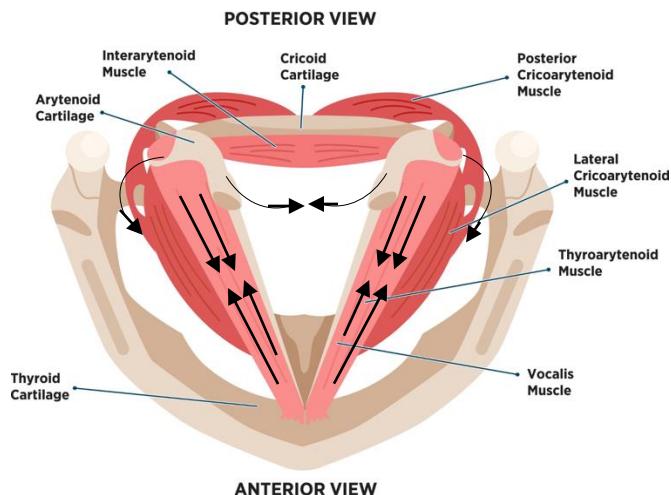
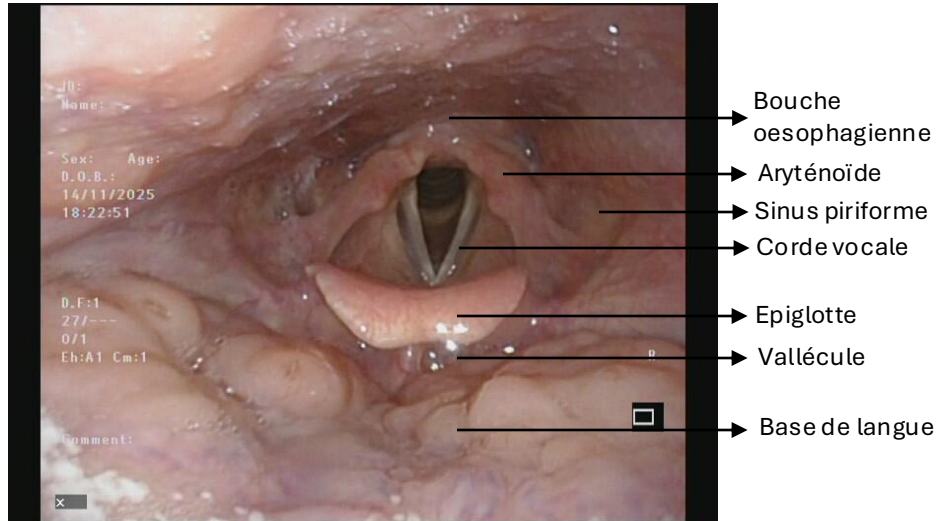
Le larynx et ses fonctions



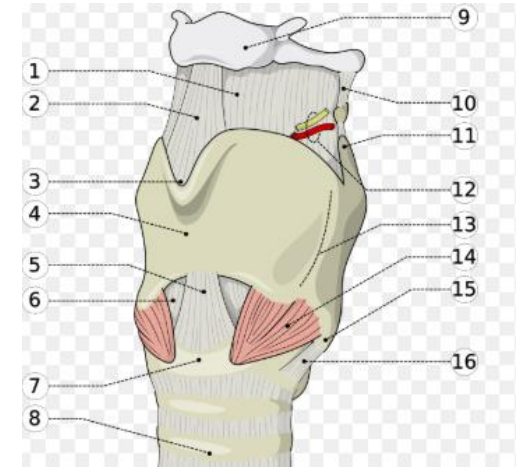
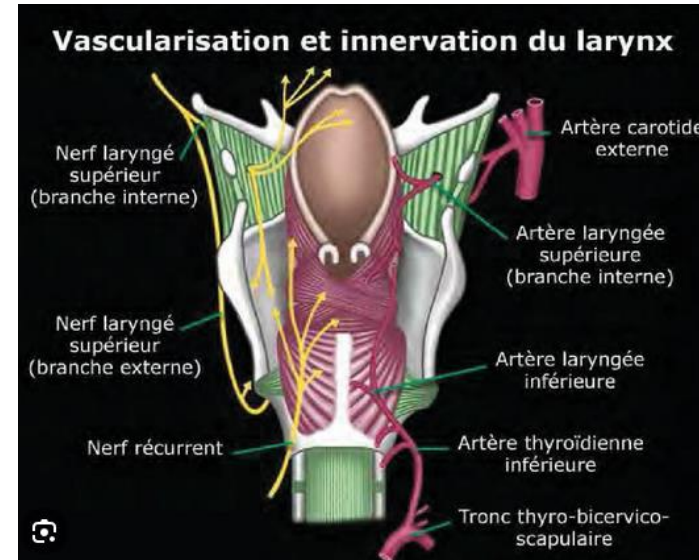
Trois fonctions

- **Dysphonie**: altération qualité vocale
- **Dyspnée haute**: obstacle au passage de l'air à travers le larynx
- **Dysphagie**: altération de la déglutition

Anatomie et physiologie laryngée



Nerf laryngé inf (récurrent): adducteur (flèches) et abducteur des CV

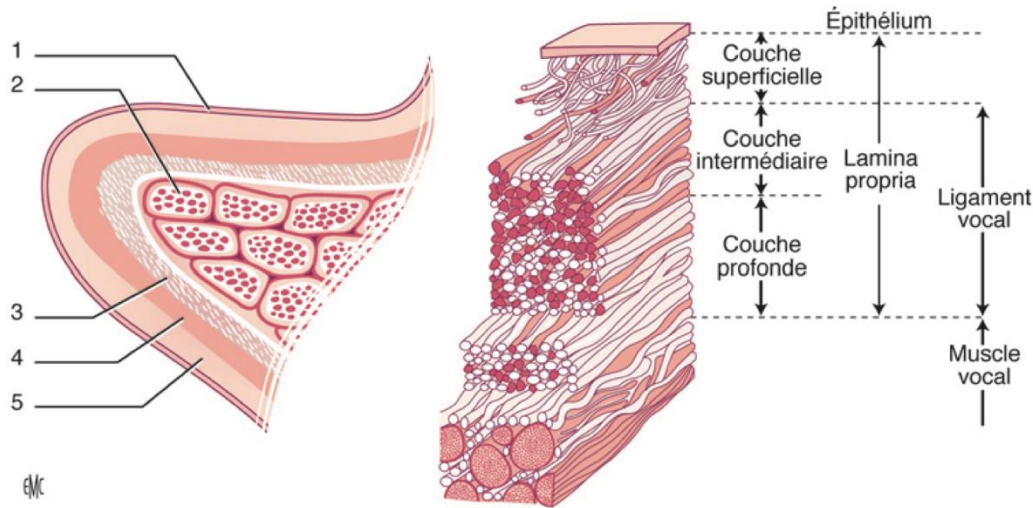


Nerf laryngé sup:
allongement CV (tenseur et adducteur) + sensibilité

Larynx:

- Éléments de soutien: cartilages, os, membranes
- Muscles: 80% adducteurs, 20% abducteurs
- Nerfs: NLR gauche portion intra-thoracique
- Vaisseaux

Phonation



- ✓ Expiration active: pression sous-glottique
- ✓ Accolement des cordes vocales: résistance
- ✓ Structure cordale avec de bonnes capacités vibratoire
- ✓ Cavités résonnances adéquates

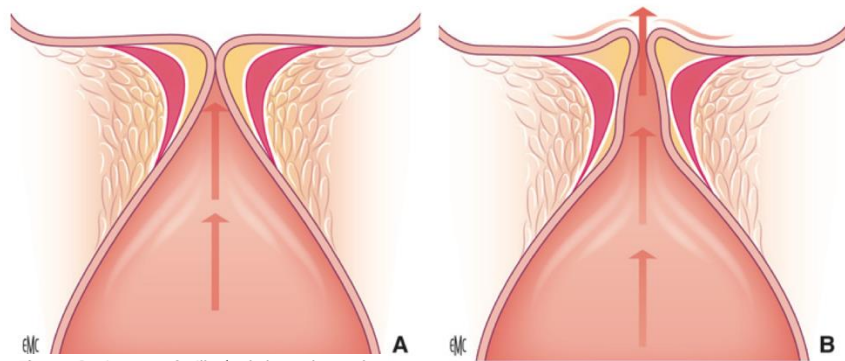
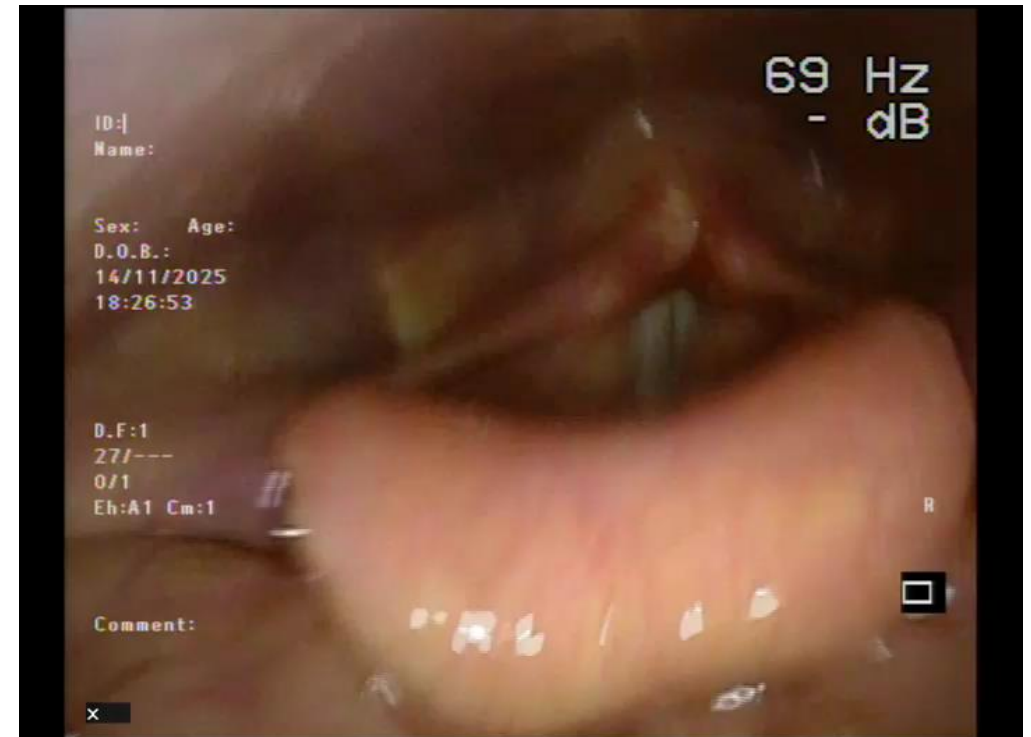


Figure 1. Structure feuilletée de la corde vocale (d'après Hirano). 1. Épithélium ; 2. muscle thyroaryténoïdien ; 3. ligament vocal (partie profonde) ; 4. ligament vocal (partie superficielle) ; 5. **espace** de Reinke.

Figure 2. Coupes frontales d'une corde vocale. Schéma de la vibration muqueuse (A, B).



Dysphonie - L'interrogatoire

- Description de la plainte, chronologie: **aigue vs chronique**
- Symptômes associés ? Eliminer les **Red Flags** →
- Evaluer les **facteurs favorisants/étiologiques** potentiels

☐ **Age**: presbyphonie lié à atrophie et rigidité cordale

☐ **IVRS** récente

☐ **Tabac, allergies**, polluants

☐ **RGO/RLP** et pathologie **rhino-sinusienne**

☐ **Corticoïdes inhalés**

☐ **Charge vocale** ou malmenage vocal

☐ Facteurs émotionnels/**psychique**

☐ **Chirurgie/scopie/intubation** récente

☐ Atcd médicaux: **pathologies systémiques/neurologique**

SIGNES D'ALERTE

- ≥40 ans
- Tabagisme
- Otalgie
- Dysphagie/Odynophagie
- Stridor
- Hémoptysie
- Fièvre/sueur nocturne/perte de poids
- Masse cervicale



Dysphonie - L'examen clinique

- **(O)(R)L:** cavité buccale, oropharynx
- **Cou:** adénomégalie ? Masse cervicale ? Goitre ? Tensions musculaires ?
- **Auscultation pulmonaire:** pathologie pulmonaire associée (asthme, BPCO, pneumopathies restrictives)
- **Examen neurologique:** paires crâniennes
- +/- selon anamnèse

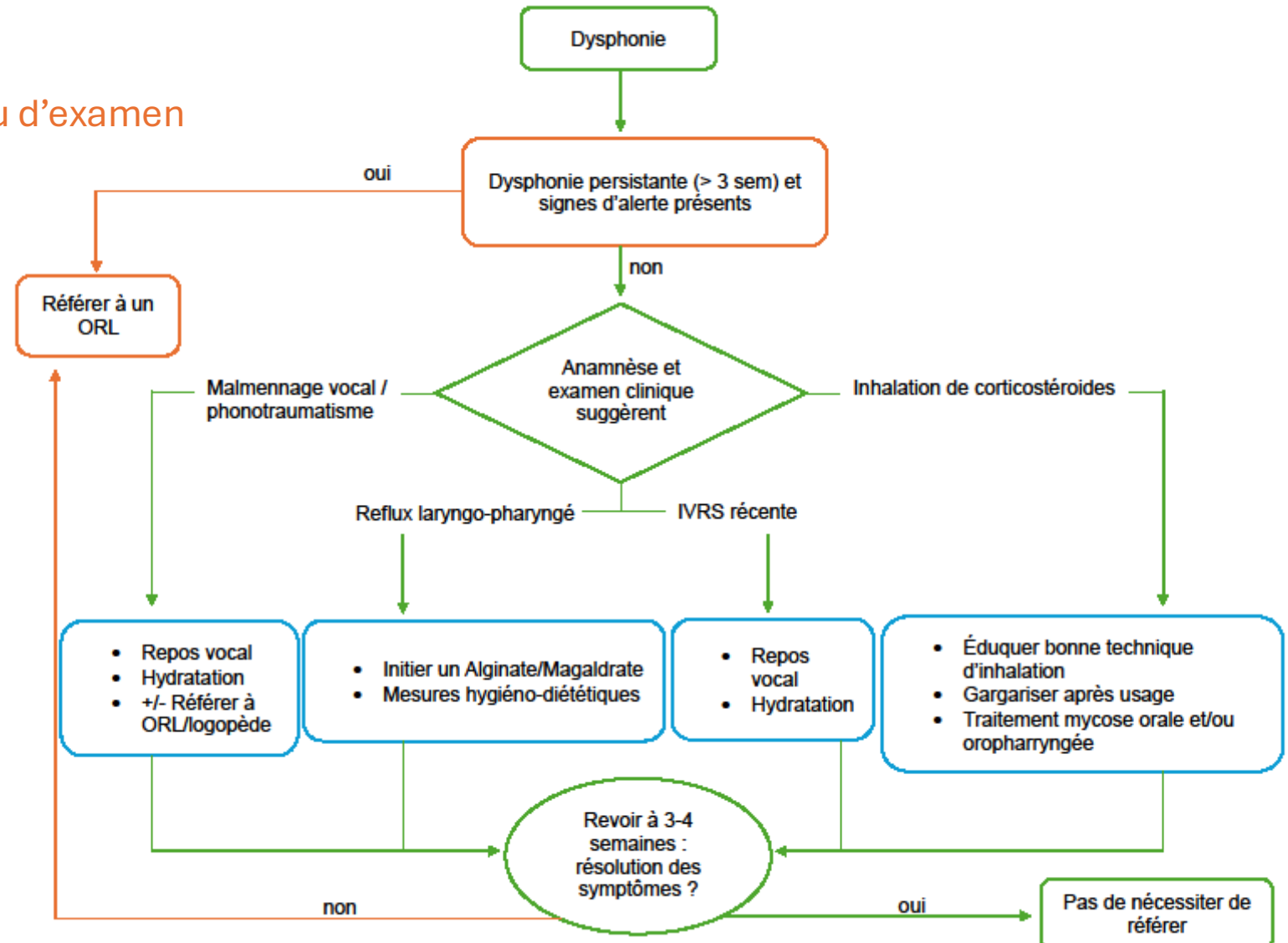


Examens complémentaires et orientations

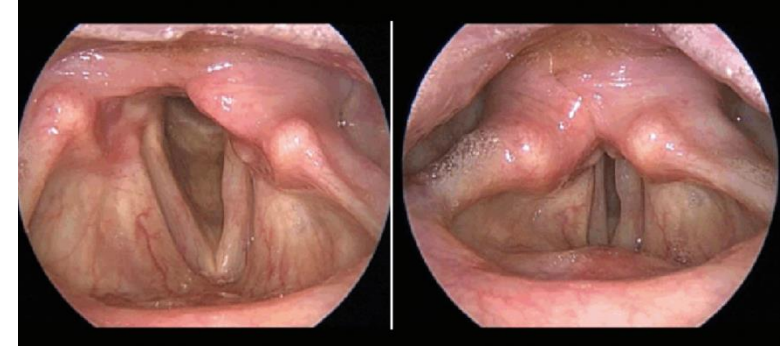
Pas d'indication pour des examens complémentaires tant qu'il n'y a pas eu d'examen du larynx.

Sauf si:

- Masse cervicale : CT cou +/- thorax
- Goitre thyroïdien: US



Quelques exemples cliniques fréquents



Dysphonie liée au malmenage vocal

Plainte relatée: voix éraillée, fatigue, douleur

Chronologie: apparition progressive – stable/fluctuant

Symptômes associés: hémorragie

Facteur principal: charge vocale (enseignant, chanteur/acteur, secrétaire)

Autres facteurs potentiels: IVRS, irritants, psychologique

Prise en charge:

- ✓ Diminuer la charge vocale (autant que possible)
- ✓ Supprimer/traiter les facteurs irritants potentiels
- ✓ Promouvoir une bonne hydratation

Revoir: si persistance → ORL (prise en charge: logo +/- chir)

Ou, si patient demandeur, problème de longue date → ORL directement en vue d'un bilan voix/logopédique



Reflux laryngo-pharyngé



Plainte relatée: gêne dans la gorge, hémimage

Chronologie: apparition progressive – stable/fluctuant

Symptômes associés: pyrosis, toux, dysphonie

Facteur principal: reflux laryngo-pharyngé

Autres facteurs potentiels: facteurs irritants

Prise en charge: MHD et alginate/magaldrate (durée 2 mois min)

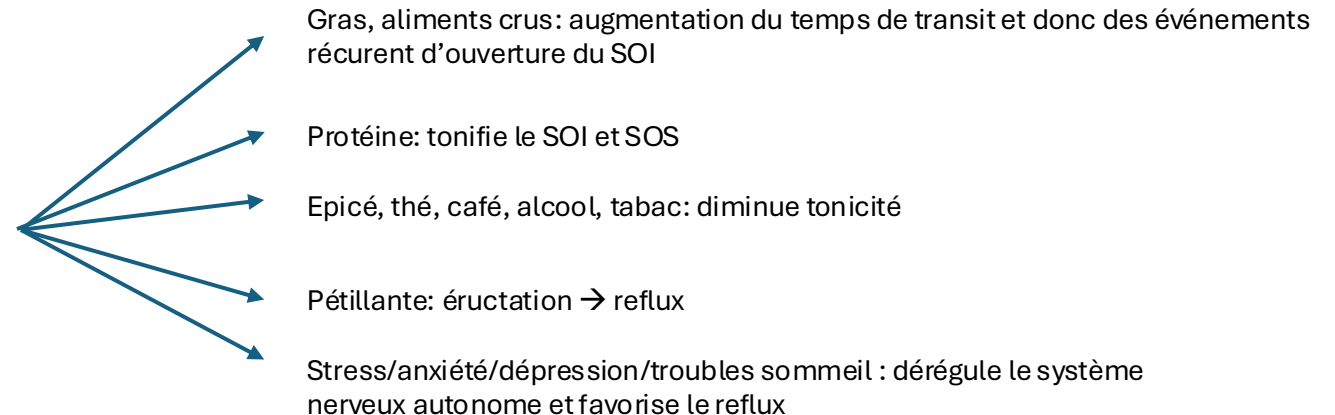
Revoir: si persistance → bilan ORL +/- gastro-entérol +/- pneumo (selon le symptôme à l'avant plan)

Reflux laryngo-pharyngé VS RGO

- PH: souvent **alcalin** ou faiblement acide
- Quand: plus souvent la **journée**, position **debout**
- Traitement empirique:
 - IPP vs Placebo, pas de différence
 - **MHD** → améliore les plaintes après 3 mois
 - **Alginates** (Gaviscon) **ou Magaldrate** (Riopan) en empirique car couvre aussi les reflux non acides
- Si pas d'amélioration → ph-impédencemétrie → traitement individuel

MHD

- 🚫 À éviter
 - Aliments épicés
 - Boissons pétillantes
 - Thé, café, tabac, alcool
 - Repas gras, crudités, sucrés (à haut indice glycémique)
- ✅ À favoriser
 - Repas riches en protéines
 - Bonne hydratation : au moins 1,5 L d'eau/jour
- 💡 Autres conseils
 - Diminuer le stress et l'anxiété
 - Assurer une bonne hygiène de sommeil
- Rem: SI plutôt RGO, ajouter perde de poids, éviter décubitus



Laryngite aiguë

Plainte relatée: voix éraillée, soufflée, fatigue, douleur

Chronologie: survenue +/- aiguë

Tableau infectieux: les laryngite glottique, + svt virale

Symptômes associés: IVRS, odynophagie, fièvre, dyspnée

Prise en charge:

- ✓ Repos vocal
- ✓ Hydratation/humidification
- ✓ Cortisone éventuellement (PO/aérosols)

Revoir à 2-3 semaines: si persistance → ORL

Tableau forçage vocal aiguë

Symptômes associés: /

Facteur principal: histoire de forçage vocal aiguë

Prise en charge:

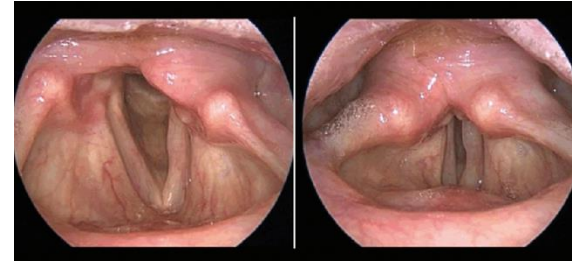
- ✓ Repos vocal
- ✓ Hydratation

Revoir à 3-4 semaines: si persistance → ORL



Autres laryngites aiguës:

- **Laryngite sous-glottique:** 1-3 ans, viral, fièvre, vespéral. Risque dyspnée.
- **Laryngite striduleuse:** 3-6ans, nocturne, brutal, pas de fièvre, cède spontanément.
- **Epiglottite:** bactérien, évolution rapide, fièvre, odynophagie et dyspnée. HOSPIT.
- **Laryngo-trachéo-bronchite:** bactérien, dyspnée, fièvre, râles bronchiques



Immobilité laryngée unilatérale

Plainte relatée: dysphonie avec une voix soufflée, dyspnée phonatoire, fausses routes

Chronologie: survenue brutale + svt – stable/fluctuant

Symptômes associés: fausses routes

Facteur principal: rechercher une cause d'atteinte **neurologique** ou **articulaire**

Prise en charge: référer pour bilan ORL/étiologique et traitement

Bilan étiologique:

- enquête étiologique sur le trajet du X (CT cou+/-thorax)
- immobilité mécanique (ankylose crico-arythénoidienne)
- envahissement néoplasique
- Atteinte centrale (IRM cérébrale) – neuropathie périphérique

Traitement:

Atteinte nerveuse idiopathique et/ou post chir sans section du nerf: chance de récupération jusqu'à 1 ans.

- < 1 an: thyroplastie de médialisation par injection cordale (ex. acide hyaluronique)
- > 1 an: Thyroplastie de médialisation type I par implant de Montgomery

Réinnervation laryngée

Dysphonie psychogène/neurofonctionnelle

Plainte relatée: dysphonie sévère/aphonie – **incongruité.**

Chronologie: survenue brutale, date précise. **Réversibilité.**

Facteur principal: traumatisme psychologique

Prise en charge: bilan ORL → rééducation psy et logo

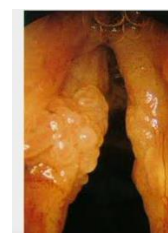


Lésions organiques des cordes vocales

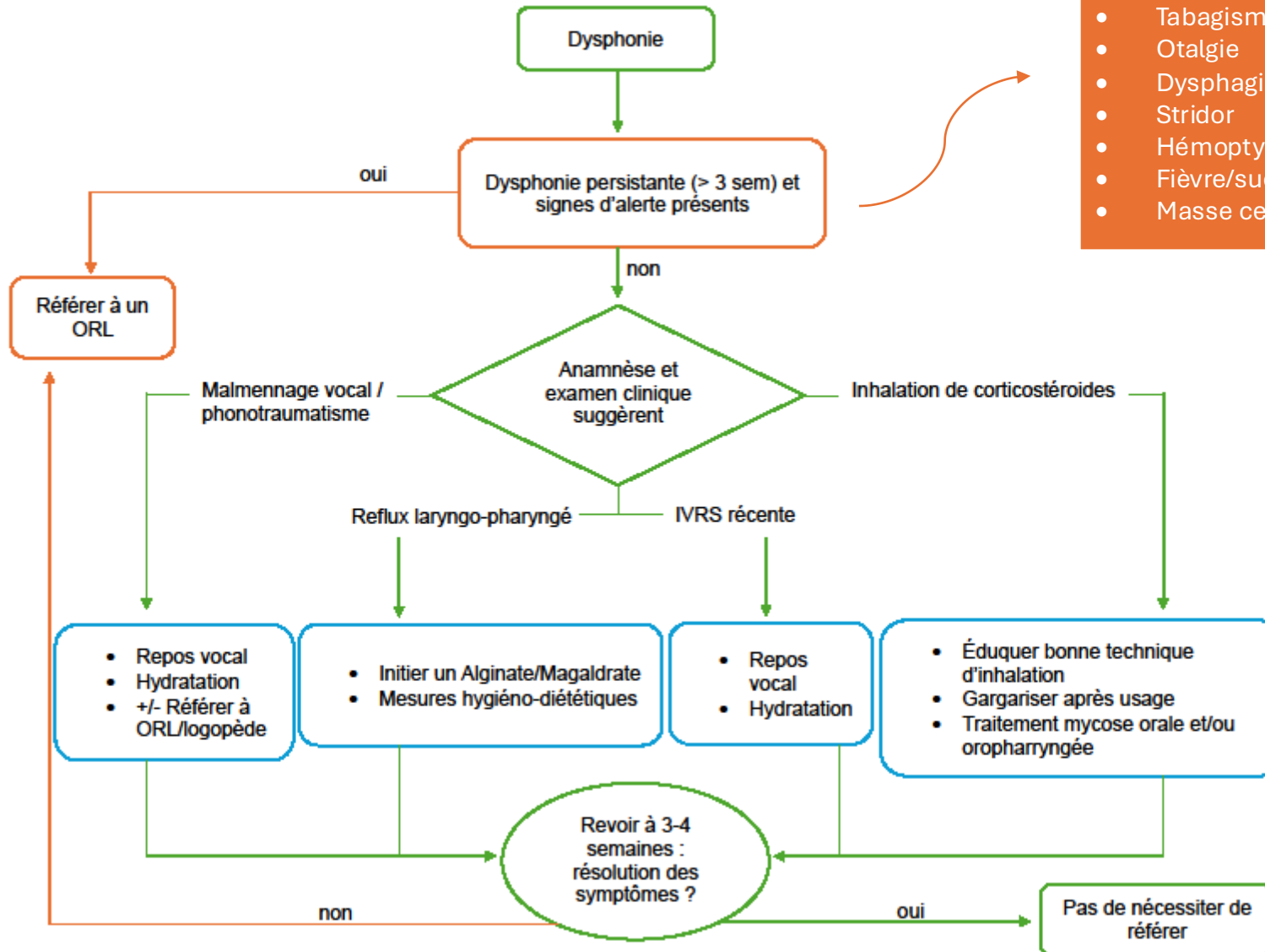
	<u>Localisation</u>	<u>Cause</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Nodules • Polypes • Kyste et sulcus • Cicatrice cordale • Oedème de Reinke 	} LAMINA PROPRIA	Congénital: kyste, sulcus, papillome Acquis <ul style="list-style-type: none"> ➤ Forçage vocal chronique/aigu: nodules, polypes ➤ Infectieuse/irritants (RLP, allergie, tabac): leucoplasie, erythroplasie ➤ Tabac: œdème de Reinke, SCC ➤ Traumatique: cicatrice, granulome ➤ HPV: papillome ➤ Obstruction glande: kyste
<ul style="list-style-type: none"> • Granulome • Papillome • SCC • Leucoplasie/erythroplasie 	} ARYTHENOIDE } EPITHELIUM	



Figure 9. Kyste intracordal.



Algorithme décisionnel



SIGNES D'ALERTE

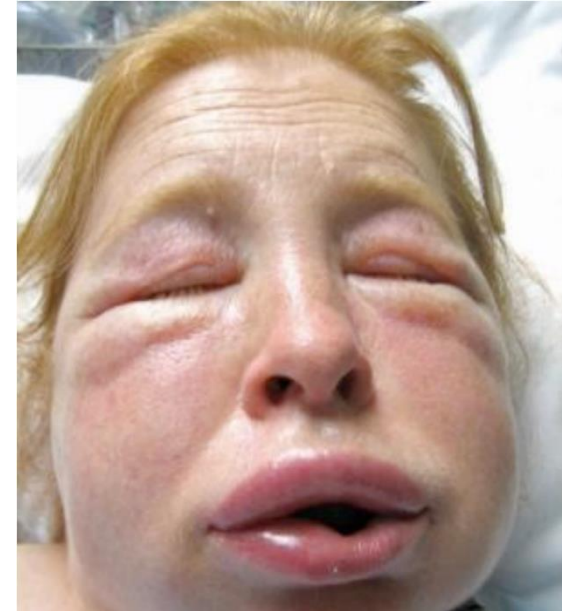
- ≥40 ans
- Tabagisme
- Otalgie
- Dysphagie/Odynophagie
- Stridor
- Hémoptysie
- Fièvre/sueur nocturne/perte de poids
- Masse cervicale



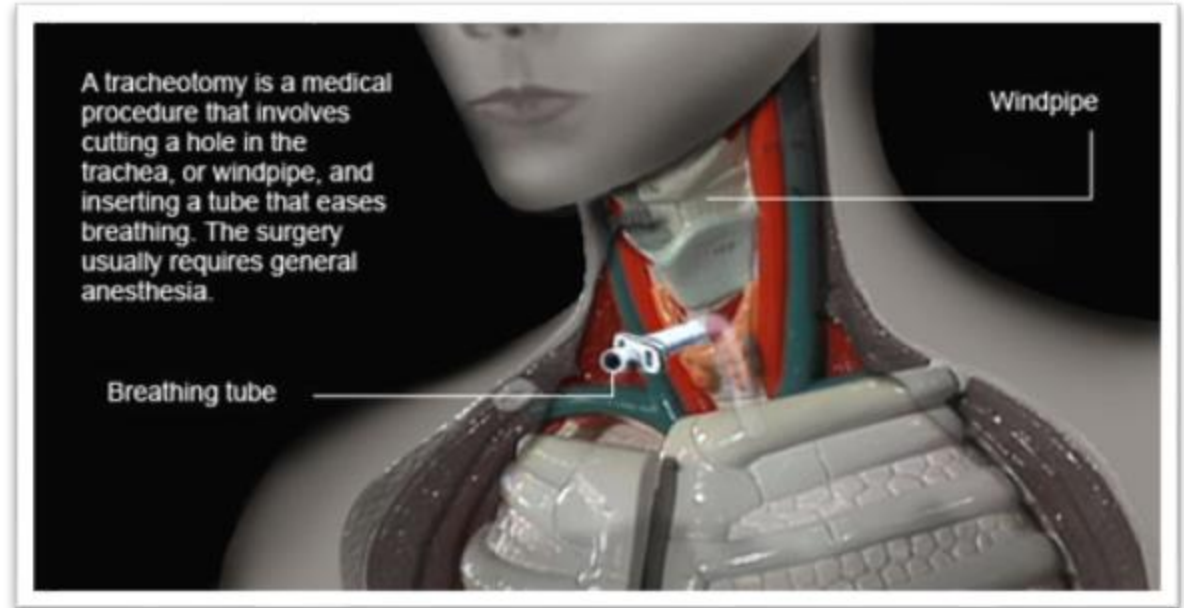
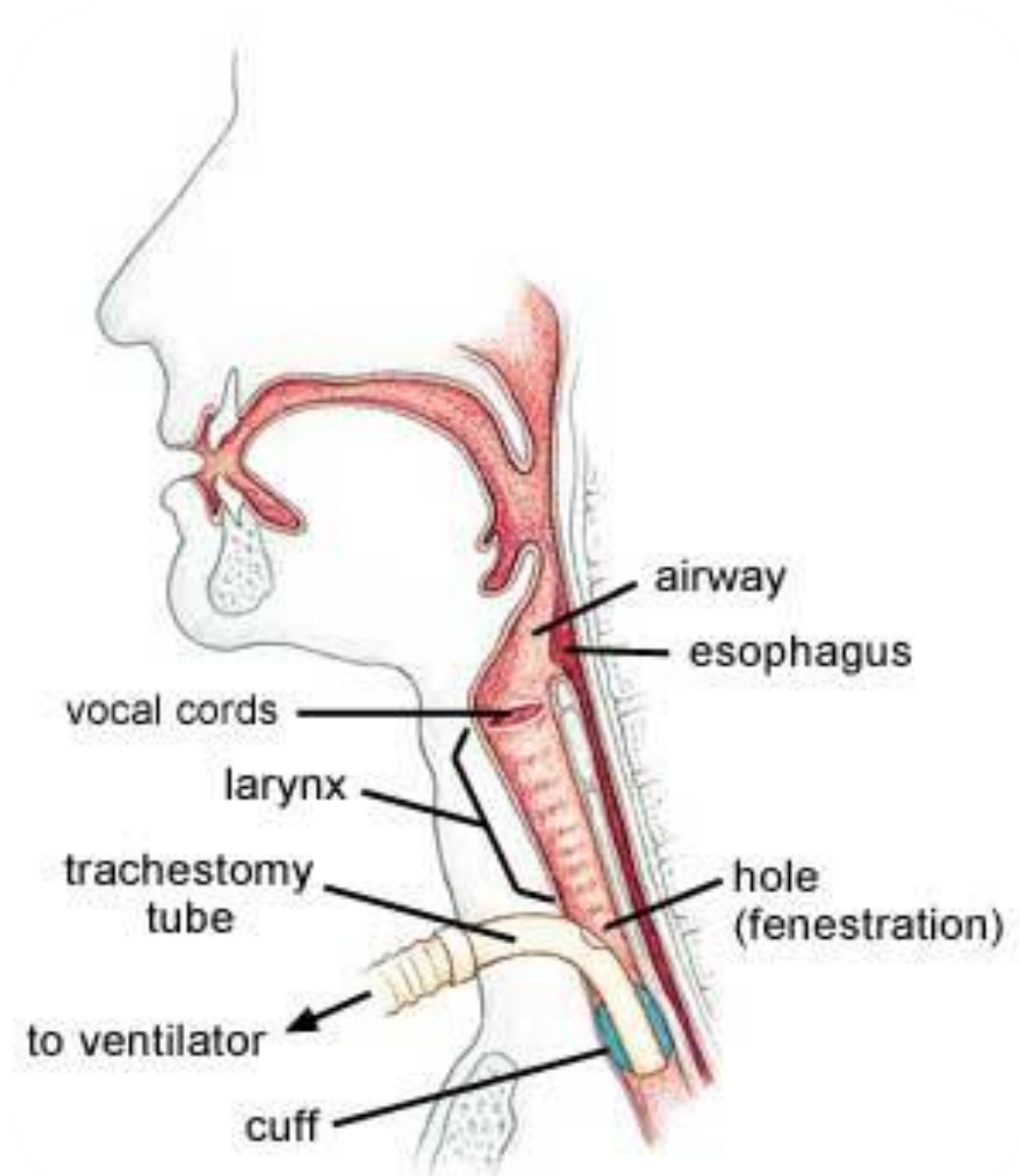
Dyspnée haute & trachéotomie

Dyspnée haute = altération passage air au niveau du larynx

- Symptomatologie typique: **stridor**
- Causes multiples: infectieux, tumoral, neurologique, allergique, traumatique, ...
- Urgence : **rétablir l'airway**
 - Médicaments: cortisone, adrénaline
 - Intubation, si possible ...
 - Si non, trachéotomie



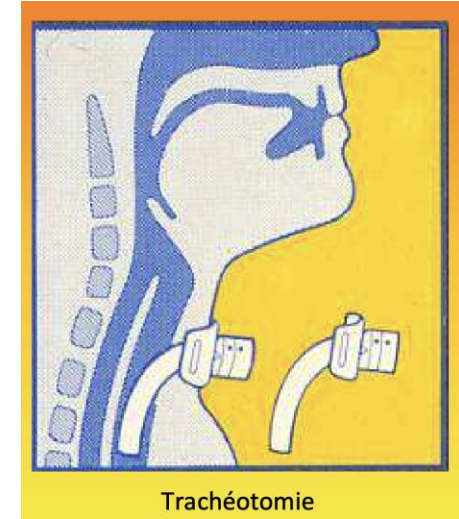
Trachéotomie



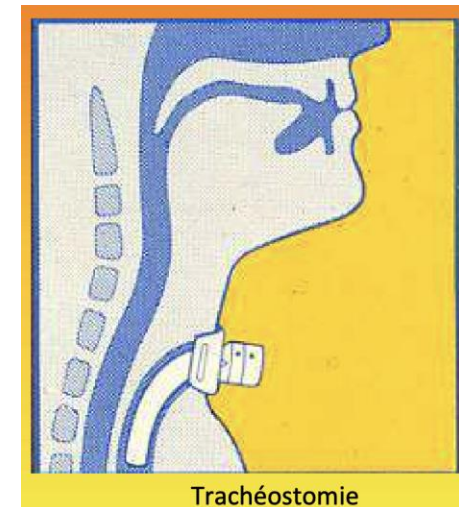
Canule externe Canule interne

Trachéotomie VS TrachéoStomie

Trachéotomie = ouverture de la trachée cervicale sans modification des structures anatomiques, suivie de la mise en place d'une canule.
REVERSIBLE



Trachéostomie = fait suite à une laryngectomie totale & implique une solution de continuité (stomie) entre la peau cervicale et la trachée.
Dissociation voies aériennes & digestives
IRREVERSIBLE



Merci pour votre écoute

QUESTIONS