

Mises au point interactives – Pathologies de la tête...



B. THIERRY
Service d'ORL
pédiatrique, Hôpital
Universitaire Necker,
Université Paris Cité,
PARIS.

Dysphonie de l'enfant : comment s'y retrouver ?

Plusieurs types de dysphonie peuvent être individualisés :

- les dysphonies acquises ;
- les dysphonies dues à des malformations laryngées.

Si l'on considère toutes les consultations pour dysphonie en pédiatrie, la **dysphonie chronique de l'enfant d'âge scolaire** est la plus fréquente et l'étiologie est le forçage vocal dans la très grande majorité des cas.

À part, nous évoquerons la papillomatosse laryngée, pathologie infectieuse qui doit être évoquée de façon systématique devant toute dysphonie chronique. L'évolution naturelle de cette infection virale à l'HPV (*human papillomavirus*) peut être agressive. Le mode de transmission est indéterminé. Les traitements curatifs sont à l'heure actuelle encore insatisfaisants, en revanche, la vaccination a montré de très bons résultats en prévention de l'infection.

Kissing nodules

La pathologie nodulaire est l'étiologie de dysphonie chronique de loin la plus fréquente en pédiatrie. Le mécanisme de forçage vocal est très courant chez l'enfant et entraîne progressivement des lésions nodulaires des cordes vocales : les *kissing nodules*.

La dysphonie résultante est constante mais variable dans la journée. La voix est rauque et voilée. La fréquence de vibration des cordes vocales est abaissée. La dysphonie est isolée, il n'y a ni dyspnée,

ni fausse route associée. Le diagnostic est visuel, les *kissing nodules* sont des lésions visibles en fibroscopie : nodules blanchâtres, bilatéraux et symétriques, arrondis ou spiculés, situés au point nodulaire.

L'évolution naturelle des *kissing nodules* est l'aggravation progressive en l'absence de prise en charge, puis une amélioration très significative lors de la mue. Celle-ci est liée à la croissance et la descente du larynx, l'allongement des plis vocaux, la modification des caractéristiques vibratoires des plis vocaux et un changement de mécanique ventilatoire. La fréquence fondamentale laryngée baisse d'une octave chez l'homme, d'une tierce chez la femme. La mue est observée environ 2 ans après le démarrage pubertaire.

Le traitement des formes simples, les plus fréquentes, est la rééducation orthophonique. Elle est prescrite par l'ORL. La durée classique est d'une vingtaine de séances hebdomadaires, de 30 à 60 minutes en fonction de l'âge de l'enfant. La séance orthophonique a plusieurs objectifs : la relaxation, la prise de conscience du geste respiratoire, la rééducation de la ventilation diaphragmatique (dite abdominale), le réapprentissage de la production vocale afin de mieux poser sa voix, enfin des techniques de prise de parole pour se faire entendre sans crier. Il est possible d'y adjoindre des séances de relaxation, quelle que soit la méthode utilisée (sophrologie, psychologie, etc.). Nous recommandons de ne pas commencer avant l'âge de 9 ans.

L'exérèse chirurgicale des *kissing nodules* est très rare.

Dysphonie par lésion congénitale

La dysphonie est soit présente dès la naissance, soit d'aggravation progressive. Elle est souvent associée à une dyspnée.

1. Le continuum de l'hypoplasie laryngée

La symptomatologie clinique est variable, allant de l'aphonie avec détresse respiratoire néonatale à la dysphonie légère du grand enfant sans répercussion ventilatoire. Le diagnostic est souvent réalisé en consultation. L'aspect fibroscopique de diaphragme muqueux ou de fusion des plis vocaux est pathognomonique.

En cas de palmure laryngée, il faut suspecter une microdélétion 22q11, qui est fréquemment associée [6]. L'échographie cardiaque et la consultation génétique sont systématiques.

L'urgence du traitement ne dépend pas de la dysphonie mais de la tolérance respiratoire. Le traitement va du geste endoscopique de section de palmure à la laryngoplastie d'ampliation.

2. Kyste dermoïde et kyste ouvert

Le kyste dermoïde est une formation épidermique bien limitée située dans le chorio du pli vocal. Il peut y avoir une lésion nodulaire réactionnelle en regard. Le traitement est chirurgical. Le geste opératoire est encadré par la rééducation orthophonique.

Le kyste ouvert est une invagination de l'épithélium le long du bord libre du pli vocal.

■ Mises au point interactives – Pathologies de la tête...

■ À part : la papillomatose laryngée

La papillomatose respiratoire récurrente (PRR) est une infection virale à HPV, le plus souvent HPV 6 ou 11. Elle est caractérisée par des lésions exophytiques récidivantes et disséminées à l'ensemble des voies respiratoires. La PRR est une maladie grave dont le pronostic est lié à l'agressivité de l'infection, à l'obstruction des voies aériennes, aux lésions chirurgicales des désobstructions itératives, à l'atteinte pulmonaire et à la transformation maligne. La suspicion diagnostique est forte devant des lésions des voies aériennes typiques. L'étude

anatomopathologique et le sérotypage viral *in situ* confirmeront le diagnostic.

Le traitement curatif est la désobstruction endoscopique. Mais le seul traitement véritablement efficace est préventif : la vaccination des garçons et des filles prépubères.

■ Conclusion

La dysphonie pédiatrique est une situation clinique fréquente. Les données de l'interrogatoire et la visualisation des plis vocaux, idéalement en endoscopie rigide, permettent le plus souvent de

poser le diagnostic. Chez le petit enfant, où la visualisation du plan glottique peut être difficile, l'avènement des vidéo-fibroscopes, avec une meilleure définition et un éclairage d'excellente qualité, facilitera la consultation.

En pédiatrie, les pathologies acquises secondaires au forçage vocal sont les plus fréquentes. Les *kissing nodules* y sont prépondérants.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.