



SPIF

La société de Pneumologie d'Île-de-France

50 NUANCES
D'ASTHME



40, rue Worth
BP 36 - 92151 Suresnes
www.hopital-foch.com

Enfin comprendre la dysfonction des cordes vocales ?

Dr Lise Crevier-Buchman

O.R.L. Phoniatre

Laboratoire d'Exploration Voix - Parole – Déglutition
Service d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale
CNRS-UMR7018

Hôpital Foch

08/10/2022

université
PARIS-SACLAY



Définition

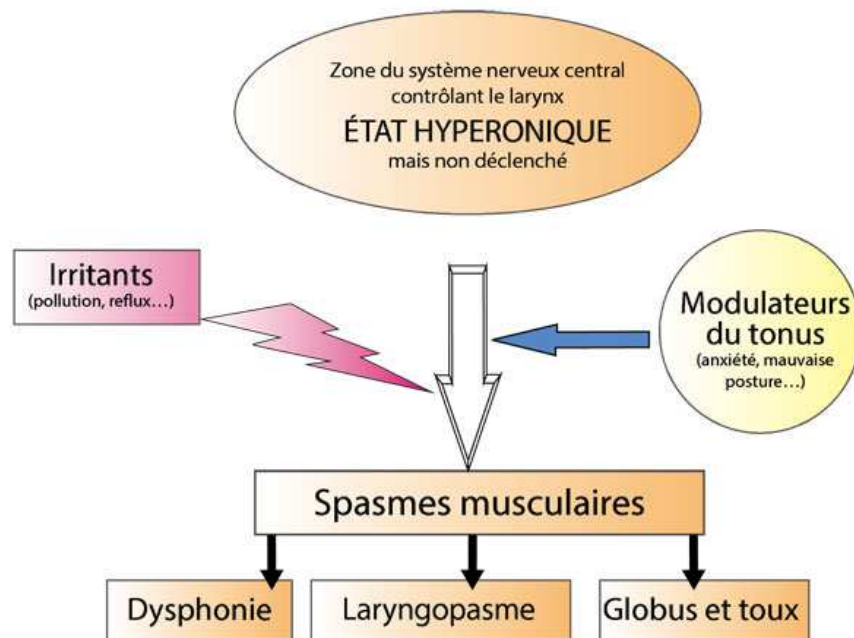
- La dyskinésie des cordes vocales ou dysfonctionnement des cordes vocales (DCV) est caractérisée par une **adduction** paradoxale **intermittente** des cordes vocales lors de **l'inspiration** à l'origine d'une obstruction **fonctionnelle** de la glotte, sans atteinte laryngée organique.
- **Elle peut être isolée ou associée à un asthme.**
- La DCV mime l'asthme mais ne répond ni aux bronchodilatateurs ni aux corticostéroïdes
- Les premières descriptions détaillées en 1974 Patterson et al. en 1974
- Prévalence féminine (3/1), sujet plutôt jeune

Physiopathologie

- Physiopathologie complexe, mal connue, diagnostic difficile.
- Symptômes associés (Andrianopoulos et al., J. Voice, 2000)
 - >50% stridor, détresse respiratoire, toux, aphonie épisodique
 - >35% reflux gastro-oesophagien
 - 20% céphalées, hémimage, laryngospasme, fatigue
- Multifactorielle et comorbidité (Murry et al., Laryngoscope 2010)
 - asthme (66%)
 - infection virale (63%)
 - facteurs psychiques (22%), neurologiques,
 - reflux gastro-œsophagien (37%),

Propositions de modélisations

- **Morrison et al.**, Laryngoscope 1999 : hypothèse d'un « larynx irritable »
 - participation de facteurs de stress et environnementaux
 - larynx hyperfonctionnel, hyper-réactif,
 - hyperexcitabilité de circuit sensori-moteurs



Vertigan et al., J. Voice 2006 & 2011
forme de neuropathie sensorielle
Toux chronique

Hypothèse de dérégulation des systèmes
de contrôle des réflexes laryngés dans la
fonction respiratoire
-> Multiples tableaux cliniques

Symptomatologie

Dyspnée	70%
Toux	65%
Raclage de gorge	65%
Enrouement	55%
Ecoulement postérieur	45%
Oppression thoracique haute	40%
Sibilance	40%
Pyrosis	40%
Reniflement	20%
Stridor	rare

- Dyspnée aiguë inspiratoire, crises récidivantes
 - +/- associée stridor, sifflements laryngés,
 - tirage,
 - toux,
 - spasme laryngé
- Prédominance diurne
- Dysphonie inconstante

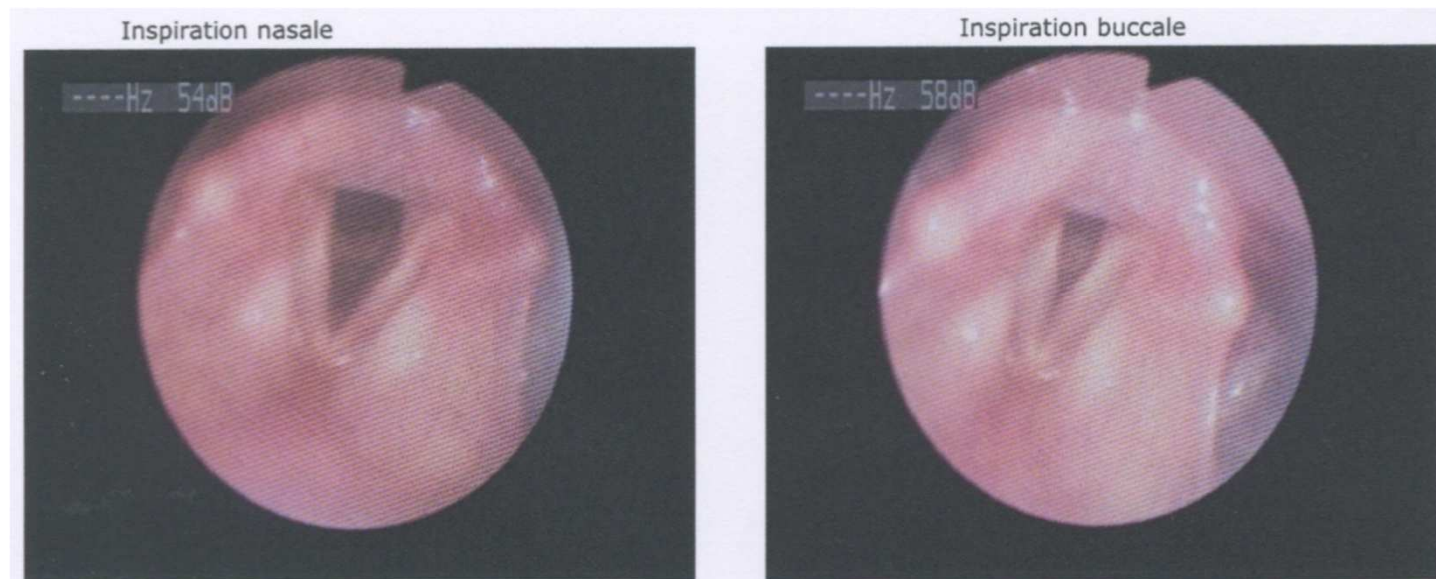
Tamarcaz et al., Allergologie-immunologie, Med Hyg, 2004

Hartley et al., Respir Med, 2015

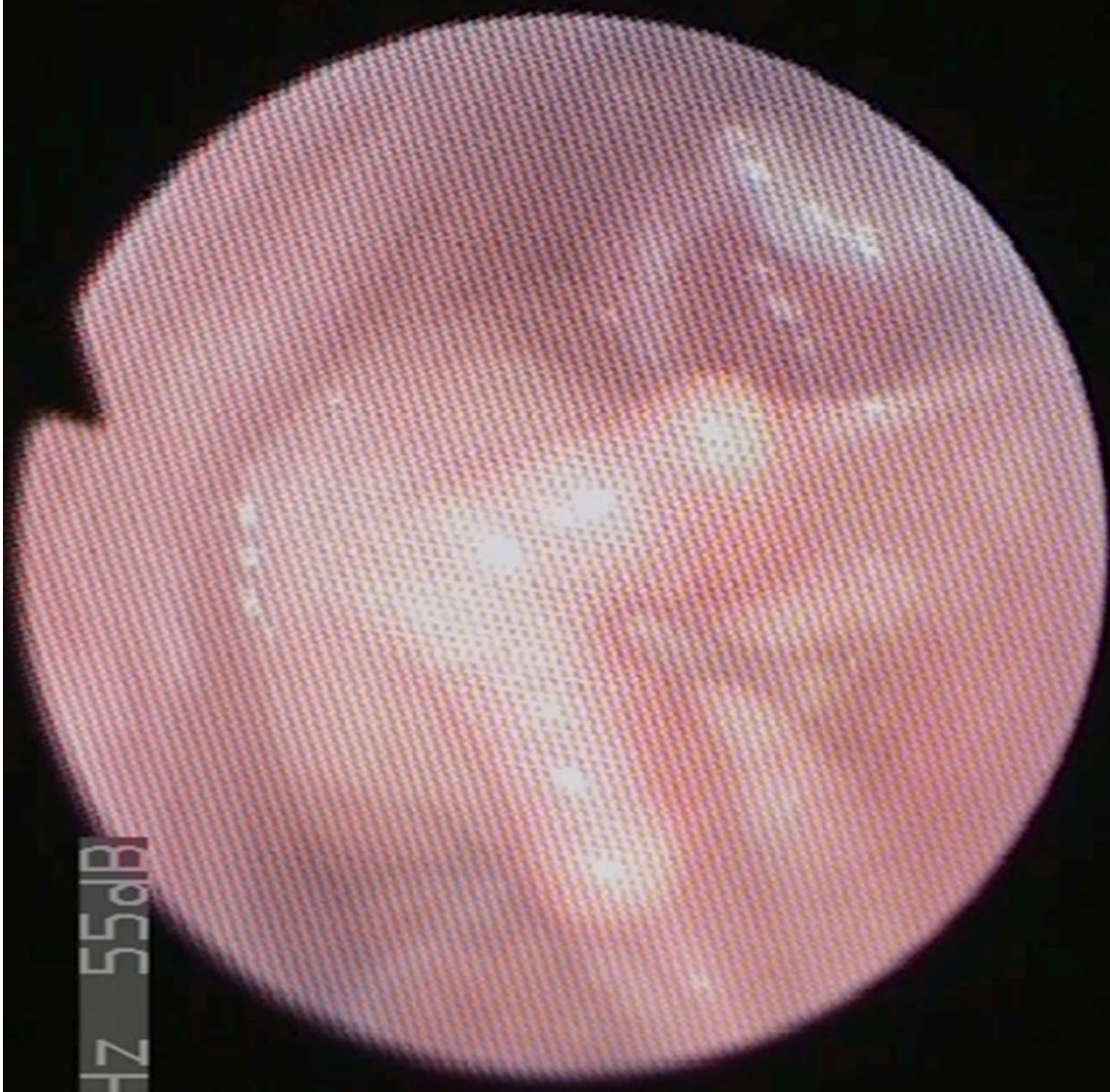
Braun et al., Revue Française d'Allergologie, 2018

Dyskinésie laryngée avec fermeture du plan glottique en inspiration et stridor

- F 68 ans, syndrome d'hyperventilation post-covid en mars 2020
- Inspiration buccale bruyante, respiration nasale silencieuse
- La respiration nasale n'est plus spontanée
- En décubitus : pas de dyspnée, pas de gêne respiratoire ni stridor
- Handicap social ++
- EFR NaI



-----Hz 55dB



Le *gold standard* diagnostique

- Examen ORL laryngé, **nasofibroscopie**
 - > D- : absence de lésion organique laryngée, pathologies neurologiques
 - > D+ : adduction paradoxale des cordes vocales lors de l'épisode aigu
- Manœuvres de provocation :
 - respiration forcée et/ou rapide,
 - répétition de phonèmes,
 - efforts à glotte fermée, répétés rapidement...

Andrianopoulos et al., J. Voice, 2000

Woisard, OPA pratique, 2015

Diagnostic incertain

- Dynamique laryngée normale par ailleurs
- Traitements médicaux inefficaces
- Limites : la nature même de la dysfonction des cordes vocales = souvent intermittente.
- Dyskinésie + asthme modéré + reflux

Parsons et al., Respir Med, 2010

Benninger et al., Curr Opin Pulm Med, 2011

H 45 ans, asthme léger, dyspnée intermittente

Fibroscopie: dyskinésie épiglotte



Reflux laryngopharyngé pré post IPP

- F 65ans, Asthme ancien sous Symbicort et Aerius
 - > Dysphonie intermittente, quintes de toux en phonation
 - > Apparu il y a 2 ans suite au décès de sa fille (Covid)
- Nasofibroscopie: inflammation, œdème, sécrétions = RLP
 - > Respiration buccale forcée : bascule des aryténoïdes en dedans
 - > Phonation : serrage supra-glottique



Avant-IPP

3 mois sous IPP

129Hz 57dB

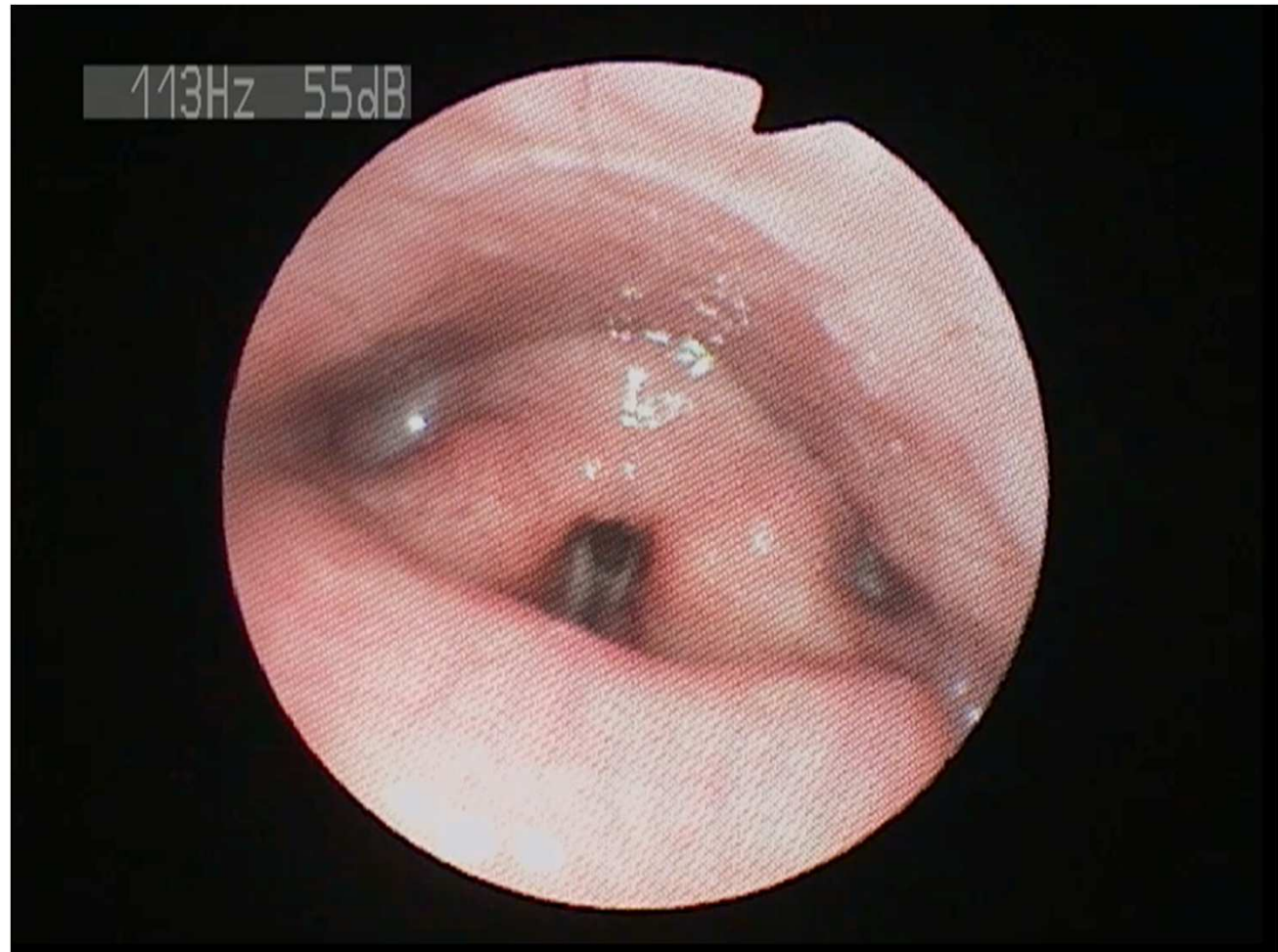


F 45 ans, Asthme sévère cortico-dépendant

Dyspnée progressive depuis 2 ans avec quintes de toux diurne et nocturne

Terrain stressé +++ obésité, apnée du sommeil, RLP

Amélioration progressive sous IPP, orthophonie et kinésithérapie respiratoire



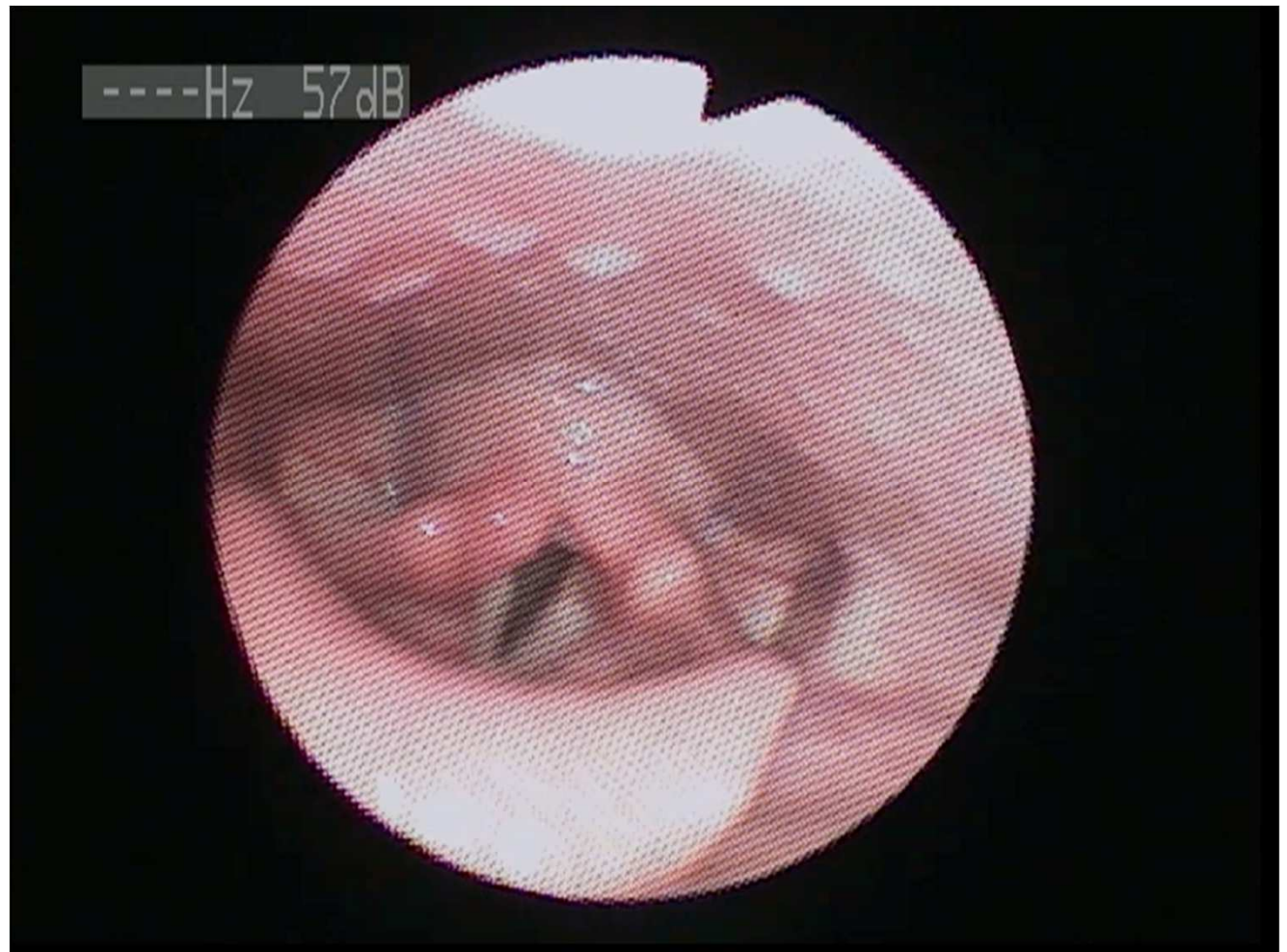
F, 30 ans Asthme instable, PNS

Dyspnée aggravée depuis 1 an post-covid

Dyspnée à l'effort et en phonation -> quintes de toux -> asthénie

Sifflement inspiratoire

Prise de poids 20kg, corticothérapie



Prise en soin

- **Rassurer:** gestion de l'angoisse imminente de mort
- **Traitement de la crise: gestion de la respiration**
 - halètement, toux, sniff, flexion de la tête
- **Traitement des comorbidités**
 - Les corticostéroïdes topiques si rhinite chronique
 - les inhibiteurs de la pompe à proton
- **Traitement de fond**
 - Orthophonique / kinésithérapie
 - éducation des patients à l'anatomie et la physiologie laryngée
 - exercices de respiration et de relaxation.
 - Psychothérapeutique ou une thérapie cognitivo-comportementale, hypnose ou biofeedback.

Traitements expérimentaux

- Amélioration transitoire lorsque l'attention du patient est détournée
- Pas de traitement codifié de l'accès aigu de dyspnée
- L'injection intra-cordale de toxine botulique soulage les symptômes liés à l'adduction paradoxale des cordes vocales : controversée...

Take home message

- Suspicion en présence d'un asthme dont l'évolution ou la réponse au traitement est atypique.
- Investigations ORL avec nasofibroscopie
observation dynamique du pharyngo-larynx
- Reflux laryngopharyngés fréquents,
amélioration sous IPP, Alginates (Gaviscon), hygiène alimentaire
 - Prescription : IPP à jeun matin et soir 3 mois, Alginate après les repas
- Rassurer : on ne meurt pas !
- Prise en charge respiratoire Orthophonie / Kinésithérapie

Merci pour votre attention !

Des questions ?