

Item 199 (ex item 198) : Dyspnée aiguë et chronique : dyspnée laryngée

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale

2014

Table des matières

1. Anatomie et fonctions du larynx.....	3
2. Définition.....	4
3. Dyspnée laryngée de l'enfant.....	4
3.1. Diagnostic positif.....	5
3.1.1. Signes fonctionnels.....	5
3.1.2. Signes de gravité.....	5
3.1.3. Bilan.....	5
3.2. Diagnostic différentiel.....	6
3.3. Diagnostic étiologique.....	6
3.3.1. Nouveau-né.....	6
3.3.2. Nourrisson de moins de six mois.....	7
3.3.3. Enfant de plus de six mois.....	7
3.3.3.1. Étiologie principale : les laryngites.....	7
3.3.3.2. Autres causes.....	8
3.3.4. Traitement des dyspnées laryngées de l'enfant.....	8
4. Dyspnée laryngée de l'adulte.....	8
4.1. Diagnostic positif.....	8
4.1.1. Signes fonctionnels.....	8
4.1.2. Antécédents à rechercher.....	9
4.1.3. Bilan.....	9
4.2. Diagnostic différentiel.....	9
4.3. Diagnostic étiologique.....	9
4.3.1. Cancer du larynx ou pharyngolaryngé.....	9
4.3.2. Œdème laryngé.....	9
4.3.3. Sténose laryngée ou laryngotrachéale posttraumatique.....	10
4.3.4. Paralysies laryngées bilatérales.....	10
4.3.5. Tumeurs bénignes du larynx.....	10

Objectifs ENC

- Diagnostiquer une dyspnée aiguë chez l'adulte et l'enfant.
- Diagnostiquer une dyspnée chronique.

Objectifs spécifiques

- Savoir établir le diagnostic d'une laryngite aiguë dyspnéisante de l'enfant ; connaître les éléments de surveillance, savoir dépister les signes de décompensation.
- Savoir évoquer une épiglottite aiguë. Connaître les modalités de sa prise en charge.
- Savoir reconnaître les signes d'une dyspnée obstructive. Savoir apprécier l'importance de la dyspnée et son retentissement sur l'hématose.
- Connaître les principales causes de la dyspnée laryngée aiguë chez l'adulte et l'enfant.
- Savoir prendre en charge une dyspnée laryngée aiguë selon le stade de gravité à domicile ou en milieu spécialisé et connaître les modalités de surveillance.

1. Anatomie et fonctions du larynx

Le larynx se situe entre, en haut, l'os hyoïde et, en bas, la trachée cervicale. Il est constitué de cartilages, de ligaments et de muscles, l'ensemble étant recouvert, sur son versant endolaryngé, par une muqueuse de type respiratoire.

Les principaux cartilages du larynx sont : le cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde sur lequel repose les cartilages aryénoïdiens et le cartilage épiglottique.

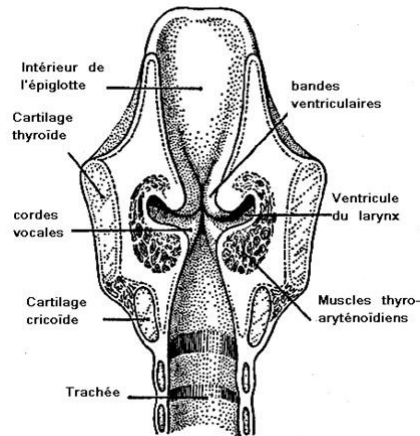
L'ensemble de ces cartilages sont reliés entre eux par un ensemble de ligaments et deux membranes, la membrane thyro-hyoïdienne et crico-thyroïdienne qui permettent de rigidifier l'ensemble du larynx.

On distingue deux groupes de muscles laryngés : les muscles extrinsèques et les muscles intrinsèques. Les muscles extrinsèques du larynx, pairs et symétriques, sont représentés de haut en bas par les muscles supra et infra hyoïdiens. Ils ont en commun d'avoir une de leur insertion au niveau de l'os hyoïde, qui se situe entre la base de langue et le larynx. Les muscles laryngés intrinsèques sont les muscles crico-thyroïdiens, les muscles crico-aryénoïdiens postérieurs, les muscles crico-aryénoïdiens latéraux, les muscles thyro-aryénoïdiens, et le muscle inter-aryénoïdien, seul muscle impair. Leurs noms proviennent de leurs insertions cartilagineuses. Seuls les muscles crico-aryénoïdiens postérieurs ouvrent les cordes vocales (fonction abductrice). Les muscles crico-thyroïdiens sont tenseurs des cordes vocales, et les autres muscles laryngés intrinsèques ont une fonction adductrice (fermeture des cordes vocales).

L'innervation des muscles extrinsèques provient du nerf grand hypoglosse (XII), alors que l'innervation des muscles intrinsèques du larynx provient du nerf vague (X). Le X donne deux branches pour l'innervation du larynx. Une branche sensitivo-motrice, supérieure, qui est le nerf laryngé supérieur (NLS), ou nerf laryngé cranial, et une branche motrice pure qui est le nerf laryngé inférieur (NLI), ou nerf laryngé caudal, également appelé nerf récurrent. Le NLS naît du X juste en arrière de la bifurcation carotidienne. Il donne un rameau supérieur (rameau interne) qui est un nerf purement sensitif et qui traverse la membrane thyro-hyoïdienne et innerve la partie haute de la muqueuse laryngée (vestibulaire). Le NLS possède également un rameau externe qui descend sur la face externe du cartilage thyroïde et innerve le muscle crico-thyroïdien. Il s'agit d'un nerf essentiellement moteur pour le muscle crico-thyroïdien, mais il possède également quelques rameaux sensitifs pour la muqueuse de la partie glotto-sous-glottique du larynx. Le NLI (= récurrent, ou nerf laryngé caudal) a un trajet ascendant depuis le défilé cervico-thoracique à droite (sous l'artère sous clavière) et le thorax à gauche (sous la crosse de l'aorte thoracique) jusqu'à l'angle crico-thyroïdien. L'angle crico-thyroïdien se situe juste en arrière de l'articulation crico-thyroïdienne. A ce niveau le nerf va se diviser en différentes branches qui vont innerver les différents muscles intrinsèques du larynx à l'exception du muscle crico-thyroïdien.

Sur une coupe frontale et sagittale du larynx on distingue différents 3 niveaux qui sont de haut en bas, le vestibule laryngé qui comprend les ventricules laryngés, les bandes ventriculaires (ou fausses cordes vocales) et l'épiglotte, le plan glottique qui comprend les deux cordes vocales (ou plis vocaux) et l'espace entre elles, et enfin la sous glotte qui se poursuit en bas avec la trachée cervicale. La margelle laryngée désigne l'entrée du vestibule laryngé. Sur une coupe sagittale du larynx on distingue un espace graisseux qui est délimité en avant par la membrane thyro-hyoïdienne, en arrière, par le cartilage épiglottique, en haut par les ligaments hyo-épiglottiques et, en bas, par le ligament thyro-épiglottique. Cet espace graisseux est également appelé loge hyo-thyro-épiglottique (HTE).

Figure 1 : Coupe frontale du larynx



Les principales fonctions du larynx sont : 1) la protection des voies aériennes au cours de la déglutition pour en éviter les fausses routes ; 2) la respiration ; et 3) la phonation. La phonation est possible grâce aux cordes vocales dont la muqueuse vibre sous l'effet de l'air expulsé de la cage thoracique (souffle expiratoire). Cette vibration va varier en fonction de la tension et donc de la longueur des cordes vocales qui est sous le contrôle de deux muscles, les muscles crico-thyroïdiens et thyro-aryténoïdiens. Le larynx peut faire varier trois critères du son : l'intensité en augmentant la pressions sous glottique, la fréquence du son, en faisant varier la fréquence de vibration des cordes vocales, et le timbre de voix en fonction de la position des cordes vocales (en abduction ou adduction).

La respiration est possible grâce au passage d'air dans la colonne laryngée et en particulier au niveau de l'espace situé entre les cordes vocales et la commissure postérieure du larynx, c'est à dire l'espace glottique. Au cours de l'inspiration les cordes vocales sont en abduction, permettant d'ouvrir le larynx et le passage de l'air. Au cours de l'expiration les cordes vocales se rapprochent sous l'action des muscles adducteurs du larynx. Le larynx intervient aussi au cours des efforts à glotte fermée, pour permettre de maintenir une pression sous glottique importante.

Enfin, lors de la déglutition, la fermeture et l'ascension du larynx protègent les voies aériennes, libèrent le cricoïde, permettant d'orienter préférentiellement le bol alimentaire de la base de langue vers la bouche œsophagienne qui se relâche alors. Le cartilage épiglottique est alors plaqué sur la partie haute du larynx. La propulsion du pharynx s'associe à ce temps.

2. Définition

La dyspnée laryngée est une bradypnée inspiratoire traduisant un rétrécissement de la filière laryngée. Elle peut être aiguë, surtout chez l'enfant, et poser un problème de pronostic vital ou chronique, plutôt chez l'adulte. Elle peut s'accompagner de bruits inspiratoires et d'un tirage sous jacent à l'obstacle

3. Dyspnée laryngée de l'enfant

Le plus souvent aiguë, elle peut mettre en jeu le pronostic vital, car le larynx de l'enfant est proportionnellement beaucoup plus petit que chez l'adulte (en particulier au niveau de l'anneau inextensible du cartilage cricoïde).

3.1. Diagnostic positif

3.1.1. Signes fonctionnels

C'est une bradypnée inspiratoire qui signe l'atteinte laryngée, accompagnée :

- d'un tirage, c'est-à-dire d'une dépression inspiratoire des parties molles : région sus-sternale, espaces intercostaux, région épigastrique ;
- et d'un cornage ou bruit rauque produit par le passage de l'air dans le rétrécissement laryngé.

Il peut s'y associer des modifications du cri ou de la voix par atteinte de la région glottique ou une toux quinteuse, rauque.

3.1.2. Signes de gravité

Ils traduisent la mauvaise tolérance de la dyspnée et la nécessité d'un traitement d'urgence :

- signes d'asphyxie avec sueurs, tachycardie, pâleur ou cyanose ;
- irrégularité respiratoire avec tachycardie ou pause respiratoire ;
- troubles de conscience avec agitation, somnolence ou confusion ;
- disparition des signes de lutte avec amélioration trompeuse de l'enfant précédant l'arrêt respiratoire ou cardiorespiratoire par épuisement (dyspnée prolongée au-delà d'une heure).

Ces éléments de gravité doivent entraîner une prise en charge immédiate par oxygénation, intubation ou rarement trachéotomie.

3.1.3. Bilan

Il est limité, surtout chez le tout petit.

- L'interrogatoire des parents doit rechercher un antécédent malformatif connu, une notion de contexte infectieux, un début brutal ou progressif.
- Recherche de signes généraux comme la fièvre, l'asthénie, le refus alimentaire, recherche de l'existence de signes de reflux gastro-œsophagien, de fausses routes.
- Analyse du bruit respiratoire : le stridor est un bruit inspiratoire aigu d'origine laryngée (à la différence du terme anglo-saxon qui désigne tous les bruits respiratoires), le cornage est un bruit rauque d'origine sous-glottique, les ronflements persistant bouche ouverte sont parfois d'origine laryngée.
- Analyse du timbre de la voix et de la toux : lésion glottique ou glotto-sous-glottique s'accompagnant d'une dysphonie, toux aboyante et rauque des obstacles sous-glottiques, voix étouffée avec éventuelle dysphagie des obstacles sus-glottiques.
- L'examen local est difficile et limité à l'état cervical, buccal et oropharyngé.
- La laryngoscopie indirecte au miroir n'est possible qu'à partir de 5-6 ans. Surtout, on dispose actuellement de la nasofibroscope (tube souple de très petit diamètre passé par la fosse nasale sans anesthésie ou après anesthésie locale, et/ou sous protoxyde d'azote-MEOPA) permettant un examen de débrouillage très simple et efficace à la consultation ou aux urgences. L'examen de la région laryngée par nasofibroscope a transformé la prise en charge en permettant un diagnostic dès la consultation dans beaucoup de situations cliniques.
- L'imagerie est peu utilisée. Elle repose sur les radiographies standard cou, face et profil avec rayons peu pénétrants, l'air étant utilisé comme contraste. Cet examen permet de bien visualiser l'épiglotte, la sous-glotte ou les parois pharyngées. L'examen thoracique de face et de profil peut rechercher des signes directs ou indirects de corps étranger.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

3.2. Diagnostic différentiel

- Une dyspnée expiratoire est en relation avec un problème bronchopulmonaire, comme dans l'asthme.
- Une dyspnée d'origine trachéale se produit aux deux temps, inspiratoire et expiratoire.
- Une dyspnée pharyngée s'accompagne de modifications de la voix (voix de canard) avec hypersialorrhée et aphagie.
- La dyspnée d'origine nasale cède à l'ouverture de la bouche ou lors des cris chez le nouveau-né.

3.3. Diagnostic étiologique

La recherche des étiologies très nombreuses est orientée par l'âge de l'enfant : nouveau-né, nourrisson ou enfant de plus de six mois.

3.3.1. Nouveau-né

La *laryngomalacie*, ou stridor laryngé congénital, est l'anomalie congénitale du larynx la plus fréquente chez l'enfant (75 % des cas). Elle produit, par absence de rigidité, une bascule de l'épiglotte ou surtout des aryténoïdes vers la lumière glottique lors de l'inspiration. Ce phénomène produit un bruit inspiratoire aigu, encore appelé stridor. Moins souvent, le bruit est grave à type de ronflement. Ce stridor peut être permanent ou intermittent. Il apparaît à la naissance ou après quelques jours et peut s'accompagner d'une dyspnée ou de troubles de la déglutition. Il va évoluer dans le temps avec stabilisation vers 4-5 mois et une régression à partir de 6 mois.

Il peut exister une dyspnée chronique, mais on peut aussi observer une poussée dyspnéisante associée à une infection virale des voies aériennes supérieures.

Le diagnostic clinique est confirmé par la laryngoscopie (nasofibroscopie). Les formes dyspnéisantes peuvent justifier une endoscopie laryngotrachéale directe sous anesthésie générale, à la recherche d'un obstacle associé. La majorité des laryngomalacies sont traitées avec simple surveillance et éventuellement traitement d'un reflux gastro-œsophagien associé, en attendant la régression spontanée. Les formes dyspnéisantes chroniques peuvent, si elles retentissent sur la prise de poids, l'hématose, ou si elles sont source d'apnées, bénéficier d'un traitement endoscopique (résection des replis ary-épiglottiques) (figure 2).

Figure 2 : Laryngomalacie chez un enfant présentant un stridor laryngé avec tirage



Noter l'épiglotte repliée sur elle-même et la brièveté des replis ary-épiglottiques réduisant le calibre de la filière laryngée (flèche blanche).

D'autres diagnostics plus rares sont évoqués et recherchés par la laryngoscopie directe (nasofibroscopie ou parfois endoscopie sous anesthésie générale dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique) :

- malformation congénitale (palmure, atrésie, diastème laryngé) ;
- paralysie laryngée bilatérale (traumatisme obstétrical, malformation basicrânienne, séquelle de lésion infectieuse endocrânienne) ou plus fréquente, dyskinésie laryngée (spasme des cordes vocales en fermeture à chaque inspiration, mimant une paralysie laryngée et pouvant être aussi sévère) ;
- tumeur congénitale (lymphangiome, kyste).

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

3.3.2. Nourrisson de moins de six mois

L'*angiome sous-glottique* est la lésion la plus fréquente. La dyspnée apparaît après quelques semaines, peut s'aggraver jusqu'à 6 mois, puis se stabilise et régresse après un an. Cet angiome est très fréquemment associé à d'autres angiomes cervicofaciaux.

La nasofibroskopie retrouve une masse sous-glottique, plutôt du côté gauche, dépressive à la palpation sous une muqueuse normale. L'endoscopie sous anesthésie permet de préciser le bilan et de juger de la possibilité d'une simple surveillance. La mauvaise tolérance respiratoire peut nécessiter en phase aigüe un traitement corticoïde par voie générale, rarement une intubation. Le traitement de référence des angiomes sous-glottiques dyspnéïsants est depuis 2009 le propranolol. La corticothérapie au long cours doit être évitée, les traitements endoscopique laser ou chirurgical par voie externe sont réservés aux contre-indications ou inefficacité des bêta-bloquants. La trachéotomie est devenue exceptionnelle.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

3.3.3. Enfant de plus de six mois

3.3.3.1. Étiologie principale : les laryngites

- La *laryngite striduleuse* survient la nuit, de façon brutale, chez un enfant ayant une rhinopharyngite. Elle s'accompagne d'un cornage mais cède spontanément en quelques dizaines de minutes. Elle peut récidiver et nécessiter alors un traitement préventif des rhinopharyngites à répétition, c'est-à-dire une adénoïdectomie.
- L' *épiglottite* est devenue rare, car il s'agit d'une lésion à *hemophilus* et la plupart des enfants sont vaccinés. L'obstruction créée par l'augmentation importante du volume de l'épiglotte, s'accompagne d'une dysphagie intense avec hypersialorrhée, d'une dyspnée laryngée d'installation rapide, d'une voix étouffée (couverte), d'une toux claire et de signes généraux marqués chez un enfant de 4 à 6 ans assis dans son lit, tête penchée en avant. L'enfant ne doit pas être allongé. C'est une urgence vitale qui nécessite une hospitalisation en milieu de réanimation sans délai. Le recours à une intubation de courte durée est fréquent. Un traitement médical antibiotique est instauré par voie intraveineuse.
- La *laryngite sous-glottique* est la plus fréquente. Elle est liée à un œdème de la région sous-glottique, d'origine virale le plus souvent. Elle s'installe progressivement après une rhinopharyngite, parfois dans un contexte de contagé. La dyspnée s'accompagne de modifications du cri et de la voix, avec toux rauque, aboyante. Une décompensation brutale est toujours possible. Le traitement est essentiellement médical et le diagnostic clinique. Le traitement associe des aérosols adrénalinés et/ou avec corticoïdes, à débiter en urgence, voire une corticothérapie administrée par voie parentérale, une oxygénothérapie. En fonction de la réponse au traitement, l'hospitalisation peut être nécessaire (risque de décompensation respiratoire). Il ne faut jamais prescrire de sédatif. Si l'étude des gaz du sang montre une hypoxie et une hypercapnie, une intubation nasotrachéale peut-être nécessaire. La nasofibroskopie n'est nécessaire qu'en cas de doute diagnostique (figure 3).

Figure 3



Aspect endoscopique d'une laryngite sous-glottique chez un nourrisson.

3.3.3.2. Autres causes

- Le *spasme laryngé* est dans l'immense majorité des cas un spasme du sanglot, déclenché par une colère ou des pleurs. La dyspnée est brutale, très intense, avec angoisse et parfois cyanose. Le contexte est très évocateur, la dyspnée cède très rapidement et reste bénigne. La perte de connaissance est possible mais brève. Les spasmes laryngés peuvent très rarement être la manifestation d'une hypocalcémie, associée alors à d'autres signes (convulsions, hypertonie).
- Le *corps étranger* est relativement rare mais grave, pouvant engager le pronostic vital dès la première phase de l'inhalation appelé « syndrome de pénétration ». La pénétration du corps étranger se manifeste par un accès de suffocation, parfois une cyanose, une toux et une dyspnée. Tous ces signes régressent rapidement pour laisser place à une deuxième phase dite « phase muette ». La troisième phase survient après quelques jours et est marquée par des complications infectieuses bronchopulmonaires. Le diagnostic peut être difficile si le syndrome de pénétration n'a pas été observé par l'entourage. Le diagnostic est aidé par l'imagerie (corps étranger visible, atélectasie pulmonaire partielle, emphysème localisé), mais celle-ci peut être négative. Seule l'endoscopie, le plus souvent sous anesthésie générale, permet à la fois le diagnostic de certitude et le traitement.
- De *nombreuses autres affections* peuvent être responsables de dyspnées laryngées chez l'enfant : une laryngite spécifique comme le croup, un œdème après piqûre ou allergie, une brûlure par caustique, un traumatisme du larynx, externe mais surtout interne, iatrogène après intubation, une tumeur bénigne comme la papillomatose laryngée

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

3.3.4. Traitement des dyspnées laryngées de l'enfant

Le traitement des dyspnées chroniques dépend de l'étiologie. Dans tous les cas, la recherche d'un reflux gastro-œsophagien et son traitement est utile, car c'est un facteur aggravant fréquent des pathologies laryngées de l'enfant.

En urgence, les dyspnées aiguës par laryngite, angiome sous-glottique, aggravation aiguë sur laryngomalacie, peuvent bénéficier du même type de prise en charge :

- hospitalisation des dyspnées sévères ;
- enfant en position demi-assise si l'âge le permet, humidification et réchauffement de l'air ;
- oxygénothérapie au masque ou lunettes si nécessaire
- corticothérapie : dexaméthasone 1 ampoule à 4 mg IV, ou 0,5 mg/kg chez l'enfant plus grand, puis relais *per os* équivalent à 1 mg/kg/j de prednisone ;
- aérosols de type Bompard associant un corticoïde (soit dexaméthasone 1 ampoule à 4 mg, soit bêtaméthasone, 2 mL = 8 mg), de l'adrénaline à 1/1000, 1 à 2 mL = 1 à 2 mg, compléter avec sérum physiologique à 10 cc ;
- on peut dans les dyspnées modérées traiter par inhalation de budésonide (*Pulmicort*) à 0,5, 2 mL = 4 mg, à poursuivre toutes les 8 à 12 h, constituant aussi un relais à la corticothérapie IV ou à l'aérosol de Bompard.

4. Dyspnée laryngée de l'adulte

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Signes fonctionnels

La dyspnée inspiratoire peut s'installer sur un mode aigu ou plus souvent chronique. Elle est alors souvent précédée d'une période plus ou moins longue de dysphonie. Elle est accompagnée ou non d'un tirage sus-sternal, sus-claviculaire et d'un cornage.

D'autres signes ORL peuvent être associés (dysphagie, douleurs) en particulier dans les cancers.

4.1.2. Antécédents à rechercher

- Un terrain alcoolotabagique oriente vers un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS).
- La notion d'un cancer des VADS déjà traité fait rechercher une récurrence ou une complication du traitement par œdème post-radique par exemple.
- Notion d'un traumatisme laryngé ou laryngo-trachéal externe après accident de la voie publique ou surtout interne, iatrogène après intubation ou trachéotomie.
- Notion d'une intervention cervicale ou thoracique récente.
- Notion d'un contact infectieux, viral pouvant expliquer une paralysie laryngée bilatérale.

4.1.3. Bilan

Il faut rechercher une adénopathie cervicale ayant les caractères de malignité, c'est-à-dire dure, mobile ou fixée, non douloureuse, au niveau des groupes ganglionnaires cervicaux.

Un examen complet des voies aérodigestives supérieures est nécessaire, plus particulièrement centré sur la région pharyngolaryngée par une laryngoscopie indirecte, sur un patient vigile, au miroir ou par nasofibroscope.

Cet examen est complété par une endoscopie sous anesthésie générale (panendoscopie aux tubes rigides comprenant une laryngoscopie directe, une hypopharyngoscopie directe et une œsophagoscopie directe) à la fois diagnostique (visualiser une tumeur, pratiquer des biopsies, retrouver une sténose) et thérapeutique (résection endoscopique d'une lésion).

L'imagerie par scanner et éventuellement l'IRM est importante pour visualiser l'extension en profondeur des lésions en cas de tumeur ou de sténose.

4.2. Diagnostic différentiel

Il se fait comme chez l'enfant avec la dyspnée expiratoire d'origine bronchopulmonaire et la dyspnée aux deux temps d'origine trachéale (dyspnée qui devient de plus en plus expiratoire plus l'atteinte trachéale est basse).

4.3. Diagnostic étiologique

4.3.1. Cancer du larynx ou pharyngolaryngé

Il s'agit classiquement d'un patient de la cinquantaine avec terrain alcoolotabagique ancien. Cependant, ces facteurs de risque peuvent être absents. La dyspnée a été précédée d'une phase assez longue de dysphonie et s'aggrave progressivement. D'autres signes ORL comme des douleurs, une dysphagie, une adénopathie cervicale, peuvent être associés.

La laryngoscopie indirecte au miroir ou par la nasofibroscope permet de visualiser la tumeur, souvent bourgeonnante, et pouvant immobiliser une ou deux cordes vocales. Le bilan est complété par une endoscopie avec biopsies et recherche d'une autre localisation néoplasique sur les voies aérodigestives supérieures (pan endoscopie).

L'extension en profondeur est recherchée par le scanner avec injection ou l'IRM. La recherche de métastases à distance se fait de façon systématique au niveau pulmonaire et hépatique par un scanner thoracique et une échographie hépatique (ou un bilan hépatique biologique complet). Elle est orientée par la clinique pour les autres sites. Une scintigraphie au FDG (5F-fluorodéoxyglucose) est faite en fonction de la disponibilité des centres, et est actuellement souvent couplée à des images tomodensitométriques (TEP-TDM), et complète les autres explorations.

4.3.2. Œdème laryngé

Il est le plus souvent post-radique et parfois à distance de l'irradiation cervicale pour cancer des voies aérodigestives supérieures. La dyspnée est de survenue progressive, le diagnostic est apporté par la laryngoscopie retrouvant soit :

- un œdème diffus avec rétrécissement de la filière glottique ;
- un œdème localisé au niveau des aryténoïdes et de l'épiglotte.

Il est nécessaire de pratiquer un bilan endoscopique sous anesthésie générale à la recherche d'une récurrence ou de complications du traitement (nécrose). Cette endoscopie permet également le traitement de réduction de l'œdème, par exemple par laser (cloutage ou résection muqueuse hypertrophique).

Exceptionnellement, l'œdème laryngé peut être secondaire à une piqûre, une brûlure par caustique ou en rapport avec un œdème angioneurotique congénital par déficit du complément. Plus exceptionnellement, il s'agit d'une sarcoïdose laryngée (tuméfaction laryngée avec aspect d'œdème de la margelle laryngée). Parfois, il existe des tableaux d'inflammation laryngées avec un œdème de toute la margelle au cours d'infection (s'apparentant à une épiglottite de l'adulte).

4.3.3. Sténose laryngée ou laryngotrachéale posttraumatique

Il peut s'agir d'un traumatisme externe avec fracture du larynx insuffisamment ou tardivement traité. La dyspnée apparaît très rapidement et représente un signe de gravité.

Le plus souvent, la dyspnée est due à un traumatisme interne d'origine iatrogène après intubation en urgence, prolongée ou traumatisante, ou après trachéotomie.

La dyspnée survient alors progressivement, quelques jours ou semaines après ablation de la sonde d'intubation ou de la canule de trachéotomie.

La laryngoscopie indirecte par nasofibroscopie peut retrouver une sténose glottique ou une atteinte cricoaryténoïdienne bilatérale avec une immobilité laryngée bilatérale.

Le bilan est complété par un scanner laryngotrachéal et une endoscopie sous anesthésie générale à la fois diagnostique et thérapeutique (laryngotrachéoscopie avec dilatation trachéale, parage des sténoses émergentes..), en prévenant le patient du risque de trachéotomie en cas de décompensation respiratoire.

4.3.4. Paralysies laryngées bilatérales

Elles peuvent se voir dans un contexte viral ou central avec paralysie bilatérale des cordes vocales en adduction, rétrécissant de façon importante la filière glottique (syndrome de Gerhard).

Elles peuvent être secondaires à un processus tumoral intéressant les deux nerfs laryngés inférieurs (nerfs laryngés caudaux) : tumeur thyroïdienne, œsophagienne ou médiastinale. Elles sont le plus souvent iatrogènes après chirurgie ayant lésé les nerfs laryngés inférieurs (nerfs laryngés caudaux) ou les nerfs pneumogastriques : chirurgie thyroïdienne, œsophagienne ou vasculaire.

La dyspnée inspiratoire est importante, avec conservation de la voix. Il existe aussi des risques de fausses routes. L'examen laryngé retrouve une immobilité des deux cordes vocales en adduction, sans lésion pariétale.

4.3.5. Tumeurs bénignes du larynx

Elles sont rarement dyspnéisantes et sont le plus souvent précédées d'une longue phase de dysphonie. La laryngoscopie peut retrouver un pseudo-myxome (laryngite hypertrophique oedémateuse secondaire au tabac), une lésion sous-muqueuse dure de type chondrome ou une papillomatose laryngée obstructive (aspect framboisé et bourgeonnant).