

Comment prévenir la chronicisation des troubles vocaux chez les professionnels de la voix

Rédigé par V. Woisard

Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Larrey, CHU de Toulouse

Cette fiche pratique n'a pas pour but de décrire la conduite à tenir face à un trouble vocal mais de donner au médecin les connaissances pour gérer le risque des troubles vocaux chroniques. Pour toute information complémentaire, une liste de documentations figure en annexe.

Elle comporte trois parties. La première comprend les messages clés pour appréhender le problème du passage à la chronicité des troubles vocaux. La seconde pose les concepts qui sous-tendent le passage à la chronicité et justifient les modalités de la prise en charge. Enfin la troisième décrit la prise en charge.

Plusieurs messages clés

1. Le trouble vocal ne s'entend pas, il est ressenti comme une fatigue, une difficulté à produire la voix, à parler... Il appartient aux troubles de la production de la parole.

- Une modification audible de la voix n'est pas obligatoirement un trouble vocal (modification transitoire lors des émotions, de la peur, modification anatomique dans le cadre de malformation source de voix « particulière » sans gêne ressentie pour parler)
- Il se traduit souvent par des maux de gorge dont le diagnostic différentiel est la pharyngite ou l'angine. Mais il n'y a ni fièvre, ni inflammation muqueuse à l'examen. Les hypothèses émises pour expliquer cette sémiologie sont l'irritation des muqueuses, leur sécheresse, les tensions musculaires cervicales antérieures, mais rien n'est démontré.

2. La survenue d'un trouble vocal chez les personnes dont la voix est le principal outil de travail, est d'origine multifactorielle mais avec un socle physiopathologique de microtraumatismes des cordes vocales.

Il est en effet maintenant prouvé :

- Que parler, du fait de la mise en vibration des cordes vocales est à l'origine de microtraumatismes tissulaires monopolisant les processus cellulaires de réparation.
- Que les capacités de réparation peuvent être dépassées par une sollicitation trop importante en durée, en amplitude ou en fréquence.
- Que la pathologie vocale est corrélée à la durée des temps de parole chez l'enseignant et que l'utilisation de la voix, dans la modalité de production de la parole

de cette activité professionnelle, peut à elle seule suffire à générer un trouble de la voix.

- Que tous les facteurs aggravants susceptibles d'intervenir dans ce contexte, agissent comme un cofacteur participant à la production d'un déséquilibre réduisant les chances de réparation du traumatisme.

3. Les troubles vocaux sont à l'origine d'un processus de production de handicap répondant à une approche systémique. Dans ce cadre, l'usage des traitements anti-inflammatoires notamment cortisoniques est à éviter car ils masquent et favorisent le passage à la chronicité.

Proposition d'une modélisation du passage à la chronicité et du processus de production de handicap

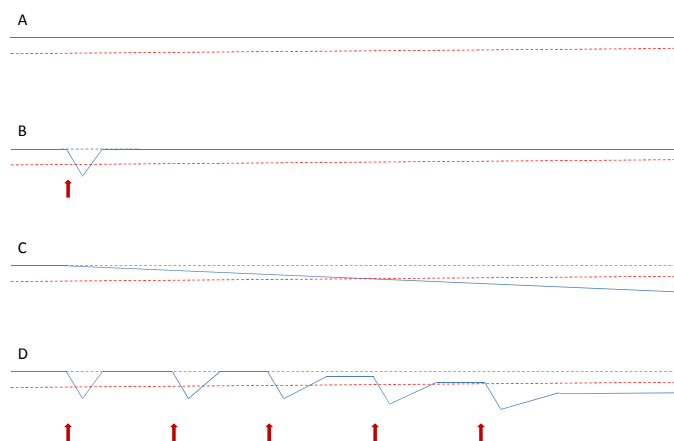
Cette modélisation utilise 3 concepts : le profil d'évolution vers la chronicisation, l'autonomisation ou la pathogénie du trouble vocal et le processus de production du handicap.

Les profils d'évolution vers la chronicisation

L'hypothèse retenue pour le passage à la chronicité est le dépassement des capacités de récupération de l'état de base, propre à chaque individu, de la fonction vocale (figure n°1). Le modèle utilisé ici, est inspiré du passage de l'aigu au chronique issu des modèles de morbidités gériatriques (Fried L 2001, Bouchon JP 2004)

Figure n°1 : Les profils évolutifs vers la chronicisation

En bleu, l'état de base de la personne, en rouge le seuil de défaillance, les flèches marquent des événements constituant un facteur gênant la production vocale.



A : sujet ne présentant pas d'événement déstabilisant. B : sujet présentant un événement aigu déstabilisant et récupérant de manière satisfaisante. C : sujet pour le quel l'état de base se détériore progressivement conduisant à un moment de la vie au franchissement du seuil de défaillance. D : sujet présentant plusieurs événements aigus dont la fréquence et la nature peut nécessiter des temps de récupération plus long exposant à des occurrences alors que la phase de récupération est incomplète

Les profils évolutifs C et D peuvent s'associer. Le premier (C) pour le quel l'état de base se détériore progressivement conduisant à un moment de la vie au franchissement du seuil de défaillance, peut être lié à l'utilisation intensive de la voix associé à un dépassement insidieux des capacités de réparation. Il peut aussi être lié à de faibles capacités réparation. Des facteurs génétiques (contexte

de malformation ou spécificité de vieillissement) peuvent être à l'origine de ces faibles capacités. Le second (D) correspond à sujet présentant plusieurs événements aigus dont la fréquence et la nature peuvent nécessiter des temps de récupération plus long. Le sujet est ainsi exposé à des occurrences alors que la phase de récupération est incomplète. La nature des événements peut être différente (laryngite, cri de frayeur, souffrance psychologique lors d'une phase de deuil, constipation...). Ces modèles illustrent la nature intrinsèquement multifactorielle de la défaillance au moment où elle est ressentie par la personne.

Ceci soulève deux questions fondamentales :

1. *Comment est l'état de base et qu'est ce qui peut le modifier ?*
2. *Quelles sont les facteurs qui empêchent la récupération ?*

L'évaluation de l'état de base détermine la fragilité vocale de la personne et donc le degré d'attention à prodiguer. Même si les facteurs qui peuvent modifier l'état de base sont les mêmes que ceux susceptibles d'empêcher la récupération, de repérer la ou les réponses à chacune des questions permet pour chaque individu de hiérarchiser la responsabilité de ces facteurs et de proposer une stratégie de prise charge optimale. La stabilisation de la situation et le contrôle du processus de production du handicap nécessitent :

- 1/ d'essayer de récupérer l'état de base et de déterminer les facteurs à contrôler pour y arriver,
- 2/ de lutter contre les facteurs entravant cette récupération et risquant de provoquer des rechutes
- 3/ de renforcer parfois l'état base pour réduire une fragilité.

Cette approche conduit à connaître les facteurs favorisant les problèmes vocaux. Une check list des facteurs les plus fréquents peut être proposée mais ne remplacera pas le « bon sens clinique ». Chaque information doit être analysée en fonction de nos connaissances par rapport au bon fonctionnement de la voix. Les grands axes suivants peuvent servir de cadre de réflexion. Peut ainsi être incriminé :

- tout ce qui peut modifier les structures anatomiques participant à la phonation (malformation ou tumeur du larynx et surtout des cordes vocales, pathologie endocrinienne, intubations, chirurgies cervicales, thoraciques, médicaments...),
- tout ce qui peut favoriser les irritations du carrefour aérodigestif (infections ORL, allergie, reflux gastroœsophagien, tabac, alcool, exposition à des agents physico-chimiques...),
- tout ce qui favorise les efforts à glotte fermée (constipation, toux, sport...),
- tout ce qui peut diminuer la liberté respiratoire du patient (pathologies respiratoires, interventions par voie abdominale ou thoracique, syndromes dépressifs, surpoids...),
- tout ce qui peut perturber le contrôle de la production vocale (pathologies auditives, exposition aux bruits, pathologies neurologiques, pathologies psychiatriques ou simple souffrance psychologique...).

Pathogénie du trouble vocal et les dysphonies dysfonctionnelles

Les dysphonies dysfonctionnelles sont déterminées par l'inadaptation du geste vocal (c'est à dire la manière de produire la voix) lors de l'utilisation de sa voix par la personne. Le dépassement ou la défaillance de ces capacités de réparation semble le facteur clé de la genèse de ces dysphonies.

Ainsi, l'utilisation traumatisante (abus en durée, forçage vocal sans temps de repos, excès de forçage laryngé en dehors de la phonation (efforts à glotte fermée), utilisation de la voix dans de mauvaises conditions (irritants internes ou extérieurs, parler dans le bruit, parler alors que les muqueuses sont sèches, inflammatoires) peut générer une dysphonie sans ou avec lésions associées (dysphonie dysfonctionnelle simple ou compliquée). Ces lésions donnent lieu à une terminologie spécifique en fonction de leur aspect macroscopique dont voici quelques exemples (figure n°2 et 3).

Figure n°2: polypes



Figure n°3: nodules

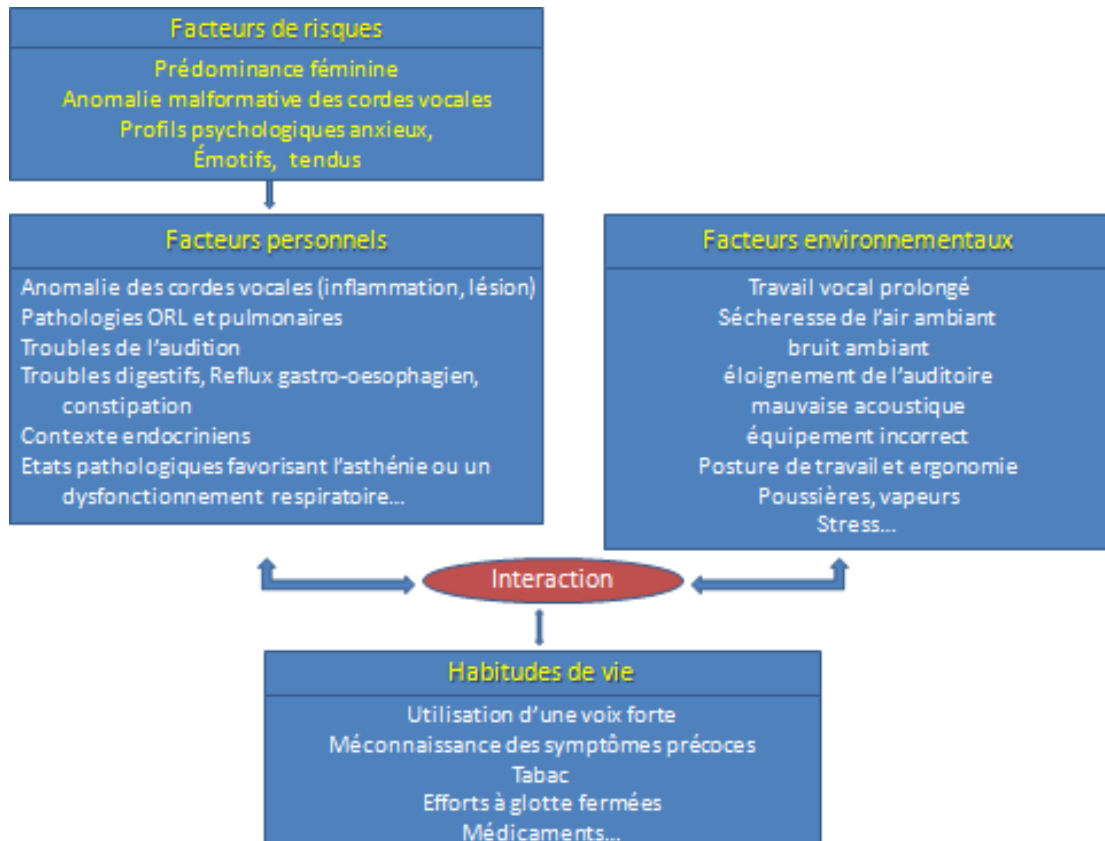


Cette composante dysfonctionnelle peut venir compliquer toutes les autres étiologies des dysphonies et favoriser l'apparition de lésions associées particulièrement dans le contexte des lésions malformatives (dysphonies dysfonctionnelles secondaires). En effet, la notion de cercle vicieux du forçage vocal développée par Le Huche (1984), explique que la gêne ressentie pour produire la voix induit une modification du comportement vocal avec dépassement des aptitudes. Ceci correspond à une situation de forçage réduisant les possibilités de réparation, véritable facteur favorisant s'installant naturellement dans la durée. Seul le rééquilibrage de l'équation entre capacités de récupération physiologique et capacités de régulation des activités impliquant le larynx permettra de sortir du cercle vicieux. Dans cette équation, le profil psychologique est une constante déterminante avec des implications particulières pour les professionnels de la voix.

Le processus de production du Handicap

Ces informations intégrées dans un modèle de production de handicap inspiré de la classification internationale du fonctionnement (CIF) et de l'approche Québécoise du handicap (Fougeyrollas P, 2002) conduisent à proposer le schéma de la figure n°4.

Figure n°4 : Le processus de production du Handicap adapté au trouble vocal.

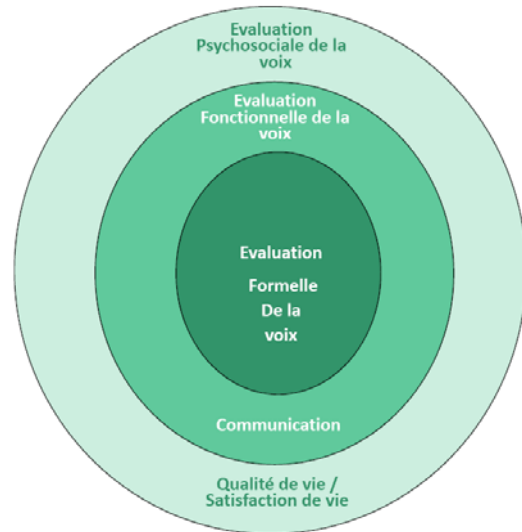


Figurent dans ce schéma les différents facteurs pouvant participer à la production du handicap à partir d'un problème vocal. Ils sont classés en fonction facteurs de risques personnels (physique ou psychique), des habitudes de vies et des facteurs environnementaux L'importance des facteurs personnels et des habitudes de vie sont contrebalancés par les aptitudes personnelles à s'adapter ou à modifier un comportement, alors que les facteurs environnementaux sont plutôt des faits sociaux pouvant relever d'aménagements. De leur interaction résulte le handicap. La distribution des différents facteurs dans les catégories précitées ne sont pas figées. Elles peuvent varier en fonction des modèles choisis.

La place de la prise en charge orthophonique dans la prévention de la chronicisation des troubles vocaux

La prise en charge est multiple, Elle est basée sur une évaluation de la voix : formelle, fonctionnelle et psychosociale. (Fig.5)

Figure n°5 : Les dimensions de la prise en charge orthophonique



Cette évaluation permet de réaliser une prise en charge de type préventive. Sont représentées sur les figures 6 et 7 les différents types de préventions utilisées avec les moyens usés pour chacune d'entre-elles.

Figure n°6 : Prise en charge et prévention

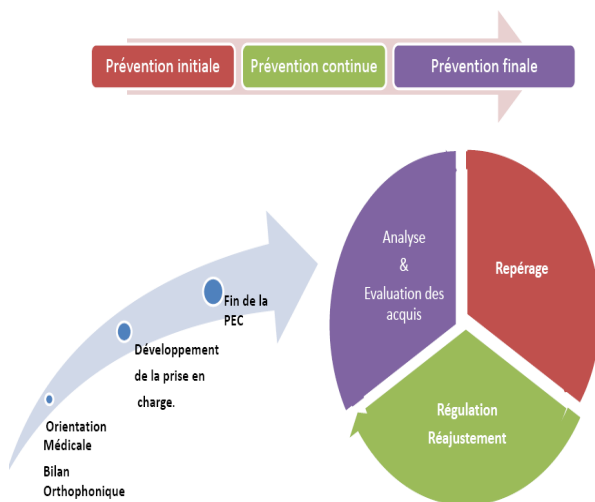
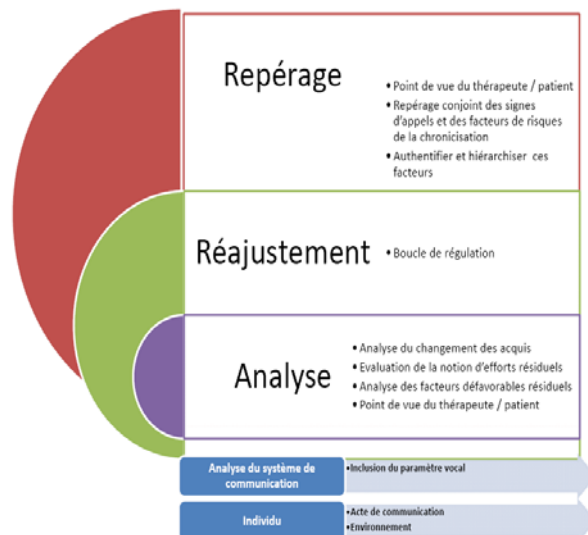


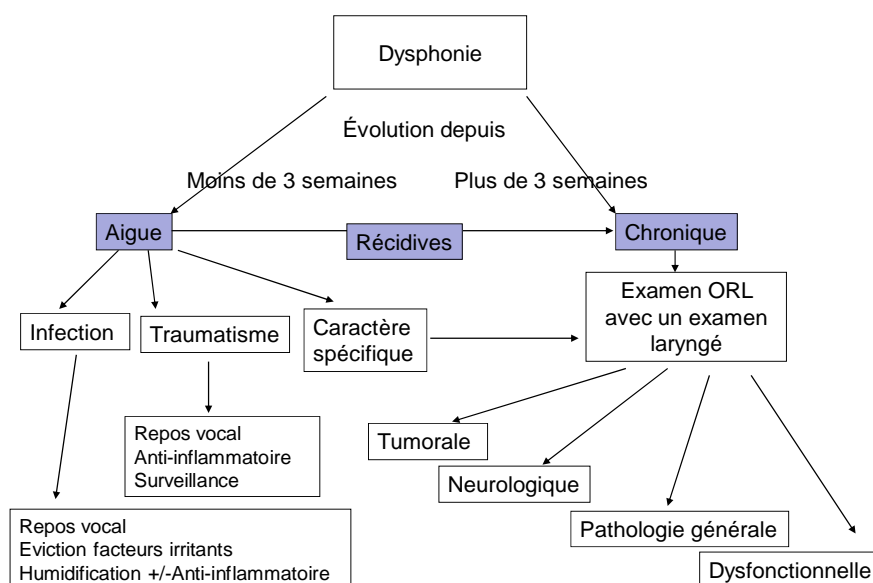
Figure n°7 : La démarche de prévention



En pratique

Trois cas de figures se présentent (figure n°5).

Figure n°5 : arbre diagnostique devant une dysphonie.



1. La personne consulte pour une modification rapide voire brutale de sa voix, le cadre est celui de la dysphonie aiguë. La démarche diagnostique et le choix du traitement n'ont rien de spécifique au professionnel de la voix. En revanche, la prévention du passage à la chronicité demandera :

a/ de prioriser le repos vocal dans le traitement. Cela favorisera la récupération complète et aura une action éducative anticipant les risques de négligence vis à vis des signes d'alerte que les épisodes aigus représentent.

Cela conduit, chez un professionnel à la possibilité d'un arrêt de travail de 1 à 3 jours avec des consignes d'utilisation de la voix à minima, exclusivement dans des situations de conversation en face à face.

b/ de vérifier le niveau de récupération à distance de l'épisode afin de suivre l'état de base de la personne.

2. La personne consulte alors que sa voix est modifiée ou qu'elle présente une plainte vocale continue depuis plus de 3 semaines. Nous sommes dans le cadre de la dysphonie chronique. La fréquence des cancers laryngés incite à un examen laryngé rapide devant une dysphonie persistante. Ainsi, quelque soit le type d'altération vocale et le contexte d'apparition de la

dysphonie, sa persistance au delà de trois semaines doit conduire à un examen laryngé par un otorhinolaryngologiste.

Si cet examen ne met en évidence d'anomalie de la structure ou du fonctionnement laryngé, le médecin traitant devra rester vigilant par rapport aux pathologies neurologiques et aux maladies générales (maladies endocriniennes, maladies de systèmes...) en reconsidérant les antécédents ou les plaintes associées antérieures ou à venir.

Dans tous les cas, chez un professionnel de la voix, une composante dysfonctionnelle devra être évoquée et la prise en charge comprendra l'analyse des facteurs susceptibles de participer à l'apparition et l'entretien de la dysphonie. Pour cela le modèle de la figure n°4 peut être utilisé ainsi que la check list établie en annexe.

Si la correction des facteurs favorisants est possible sur le plan médical et que la personne n'est pas motivée pour optimiser son état de base, les traitements médicaux peuvent suffire. Sinon, la prescription d'un bilan orthophonique est souhaitable. L'orthophoniste peut alors justifier un programme de rééducation.

Si les facteurs environnementaux prédominent, un avis auprès du médecin du travail ou du médecin de l'académie peut être demandé. Un dossier de reconnaissance de travailleur handicapé peut être utile pour obtenir une aide pour l'achat d'une aide technique d'amplification vocale par exemple.

3. La personne consulte pour une fatigue vocale survenant épisodiquement plus ou moins associé à une modification audible de la voix. Quelque soit la fréquence et le nombre des occurrences, cela traduit un risque majeur de chronicité et doit provoquer la prise en charge. Comme pour les dysphonies chroniques, l'analyse de différents facteurs sera à la base du programme thérapeutique. La priorité sera donnée à l'éducation du patient soit par le médecin lui-même (une fiche d'information personnalisable sur l'hygiène vocale figure en annexe 2) soit dans le cadre de la rééducation orthophonique. Cette rééducation sera d'autant plus indiquée que le renforcement de l'état de base est un des moyens clés de la prévention dans cette situation. Elle doit toujours être précédée d'un examen laryngé, qui servira de support à l'orthophoniste. Elle pourra être associée à une rééducation kinésithérapique pour aider à corriger des troubles posturaux ou détendre la région cervicofaciale. Cette dernière peut être proposée seule si le trouble postural est au premier plan, et ce d'autant qu'il n'y a pas de modification audible de la voix.

Ainsi, si l'examen clinique ORL est justifié devant toute altération du timbre de la voix, soit une dysphonie au sens strict du terme ou avant toute prescription de rééducation vocale par un orthophoniste, la prévention de la chronisation des troubles vocaux relève d'une prise en charge par le médecin qui a une vue globale du dossier médical et du profil psychologique et social de la personne.

Références

- Bouchon JP. 1+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie Revue du praticien 1984, 24, 888*
- Fougeyrollas P. L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. Pistes 2002 ;4 :*
- Fried LP, Tangen CM., Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracey R, Kop W, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci 2001;56;M146-56.*
- Giovanni A. Le bilan d'une dysphonie : état actuel et perspectives. Solal,Marseille. 2004 :244p*
- Huillet-Martin G, Garson-Bavard H, Legré A. Une voix pour tous 2ème ed. Solal,Marseille. 2007 :*
- Le Huche F. La voix. 1984, Masson, Paris.*
- Thibault SL, Hirschi SD, Gray SD. DNA microarray gene expression analysis of a vocal fold polyp and granuloma. J speech Lang Hear Res 2003;46:491-502.*
- Woisard V, Vergez S. Dysphonies aiguës ou chroniques : quelle prise en charge ? Revue du praticien Rives Christophe orthophoniste présentation du 14 décembre 2011 « Prise en charge orthophonique des troubles vocaux »*