



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Bilan d'une dysphonie chronique de l'enfant[☆]



E. Mornet^a, B. Coulombeau^b, P. Fayoux^c, J.-P. Marie^d, R. Nicollas^e,
 D. Robert-Rochet^f, R. Marianowski^{a,*}

^a Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Morvan, 2, avenue Foch, 29609 Brest cedex, France

^b Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

^c Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Jeanne-de-Flandre, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille, France

^d Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^e Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital d'enfant de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

^f Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital de la Timone adulte, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Voix
 Dysphonie
 Enfants
 Examen endoscopique

RÉSUMÉ

La dysphonie de l'enfant est une pathologie courante à l'âge scolaire. La perception du trouble fonctionnel est subjective et le plus souvent exprimée par une personne n'appartenant pas à l'entourage proche de l'enfant. Recueillir l'anamnèse et les antécédents permet souvent de s'orienter vers une lésion malformative ou acquise. L'évaluation fonctionnelle est utile pour apprécier le handicap vocal et le qualifier. Un examen physique et endoscopique réalisé en consultation est l'examen clé. Il est rarement impossible chez l'enfant et permet très souvent de poser un diagnostic. Les examens complémentaires sont parfois nécessaires.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La dysphonie chronique de l'enfant est fréquente notamment à l'âge scolaire [1–4]. Lorsqu'elle n'est pas accompagnée de symptômes associés, il est habituel que la demande de consultation soit déclenchée par l'entourage scolaire ou musical de l'enfant plutôt que par le cercle familial.

C'est une pathologie pour laquelle il existe un retentissement scolaire, familial, voire social [4,5]. La perturbation de la fonction de communication peut retentir sur l'intégration de l'enfant (difficultés à se faire entendre, remarques liées aux caractéristiques vocales en timbre ou intensité. . .) [6] et est parfois source d'une anxiété parentale et/ou d'un inconfort physique éventuellement douloureux.

Nous décrivons les caractères épidémiologiques des dysphonies chroniques de l'enfant, ainsi que la démarche diagnostique pour laquelle une approche multi-disciplinaire est essentielle [6–9].

Seules les affections laryngées susceptibles d'engendrer une dysphonie chronique isolée de l'enfant seront abordées. Seront donc volontairement exclus les dysphonies aiguës survenant dans

un contexte infectieux et les troubles vocaux entrant dans le cadre d'une pathologie endocrinienne.

2. Épidémiologie

Peu d'études existent concernant la fréquence de la dysphonie chez l'enfant. Parmi celles-ci, la prévalence retrouvée varie de 6 à 38 % chez les enfants en âge scolaire [1,10,11].

Deux études systématiques sur deux grands échantillons retrouvent un pic de fréquence entre 8 et 10 ans (43–44%), avec cependant environ 30 % d'enfants âgés de 7 ans et moins [12,13].

L'âge d'apparition de la dysphonie est souvent difficile à faire préciser de façon très rigoureuse. En l'absence d'autres symptômes, le délai entre son apparition et la première consultation est habituellement supérieur à un an.

Une large prédominance masculine est retrouvée parmi les dysphonies (environ 60 %) [1,2,11–13]. Cette prédominance semble moins nette avant l'âge de 7 ans, s'équilibre à partir de l'âge de 11 ans et s'inverse après l'âge de 13 ans [5,12,13]. La pathologie nodulaire est la plus représentée (55 à 68 %), devant les lésions congénitales (27 à 41 %).

3. Présentation clinique

3.1. Plainte fonctionnelle

Il existe une grande variabilité des critères d'appréciation de la dysphonie [14,15].

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2013.02.001>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : remi.marianowski@chu-brest.fr (R. Marianowski).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.05.002>

1879-7261/© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Une récente étude transversale britannique [1], effectuée sur une large cohorte d'enfants de 8 ans, situe cette prévalence à 6% si la voix est évaluée par un clinicien, et presque 12% si l'appréciation en est faite par les parents de l'enfant. Dans cette même étude, il apparaît que près de 5% des enfants sont évalués comme dysphoniques par le clinicien, alors que les parents signalent n'avoir jamais relevé de manifestation dysphonique chez leur enfant.

Il est exceptionnel que la demande provienne de l'enfant lui-même (1%); il s'agit le plus souvent (60% des cas) d'une personne extérieure (médecin, orthophoniste, enseignant en musique...) et, dans 40% des cas, de la demande de l'entourage proche [4,16].

3.2. Anamnèse et antécédents

3.2.1. Anamnèse

L'anamnèse est recueillie lors de la première consultation avec l'enfant et ses parents [6,12].

Un premier élément fondamental, même s'il peut sembler de prime abord peu significatif, concerne la personne ayant signalé ou pointé la dysphonie et déclenché la demande de consultation. Il constituera une indication importante au moment de proposer une prise en charge la plus adéquate possible à l'enfant.

L'interrogatoire permet de préciser l'histoire de la dysphonie et, en particulier, l'âge de début des troubles vocaux.

La dysphonie peut être signalée par des membres de l'entourage dès les premières années, voire les premiers mois, de vie, sans que les parents ne s'en soient eux-mêmes inquiétés, considérant cette voix comme celle de leur enfant.

Le trouble vocal pourra être remarqué lors de la scolarisation, vers 3–4 ans, avec de façon plus ou moins claire une période antérieure au cours de laquelle la voix de l'enfant était perçue comme normale.

De façon schématique, sans être pathognomonique, une dysphonie ancienne, entendue dès les premières sonorisations émises par l'enfant, orientera vers une pathologie congénitale.

L'installation différée du trouble vocal après l'entrée dans le cursus scolaire fera suspecter une pathologie acquise.

La relation avec la survenue de phénomènes inflammatoires ORL peut également être signalée comme élément déclenchant.

L'évolution de la dysphonie, en particulier ses variations en fonction des sollicitations vocales, donnera des informations utiles, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. L'amélioration vocale avec les fins de semaines ou les vacances scolaires évoquera un rôle important du comportement vocal de l'enfant. Une dysphonie (même très prononcée) stable au long de l'année, voire présentant des fluctuations apparemment indépendantes de tout effort vocal, orientera vers un trouble structurel cordal congénital.

3.2.2. Antécédents

Une prématurité, un séjour en réanimation néonatale, une particularité du premier cri ou l'existence d'antécédents familiaux de dysphonie devront alerter en faveur d'une lésion congénitale, surtout si des symptômes respiratoires ont été associés.

Des anomalies du développement psychomoteur et la chronologie de l'installation du langage devront être relevées.

L'existence de troubles de déglutition antérieurs ou encore présents devra être recherchée ainsi qu'une pathologie associée ORL (infections, troubles auditifs, allergie), pneumologique (asthme et allergie) ou digestive (reflux gastro-œsophagien) [1,8].

Enfin, l'interrogatoire renseignera sur l'existence d'un traitement par corticoïdes inhalés [17], d'un antécédent d'intubation trachéale ou de chirurgie ORL.

3.2.3. Présentation générale

Le recueil de données sur la personnalité et l'environnement de l'enfant est indispensable.

Il faudra définir s'il s'agit d'un enfant plutôt extra- ou introverti, insouciant ou inquiet, sociable ou solitaire ainsi que sa facilité à communiquer avec ses entourages familiaux ou scolaires, adultes ou autres enfants.

L'existence d'une fratrie, la place de l'enfant au sein de celle-ci ainsi qu'une ambiance bruyante à la maison ou l'habitude familiale de parler fort sont autant d'éléments pouvant induire une dysphonie fonctionnelle.

Le niveau scolaire de l'enfant, ses activités parascolaires et sportives (sport individuel ou d'équipe), musicales ou artistiques sont des éléments permettant de mieux cerner la personnalité de l'enfant, et d'évaluer sa gêne personnelle.

Enfin, la présence d'une dysphonie chez un des deux parents peut engendrer un mimétisme, au moins chez des enfants très jeunes [18].

4. Examen fonctionnel de la voix

Bien que central, l'examen laryngé n'est pas le seul élément clinique de la consultation pour une dysphonie de l'enfant. Il faudra également recueillir des informations concernant les caractéristiques vocales de l'enfant, observer et évaluer les attitudes de l'enfant lorsqu'il utilise sa voix [4].

Susceptible d'être réalisée en tout ou partie lors de chacun des examens qui seront réalisés chez l'enfant, cette évaluation est spécialement importante lors du premier d'entre eux, puisqu'elle sera le point de comparaison initial permettant de déterminer le retentissement du trouble vocal, la capacité d'investissement et la motivation de l'enfant et de sa famille dans un éventuel projet thérapeutique. Ultérieurement, elle autorisera l'évaluation du bénéfice des thérapeutiques entreprises et d'en modifier l'indication.

L'écoute directe de la voix [19], à l'oreille, reste fondamentale et constitue l'une des appréciations les plus précises et fiables quand elle est effectuée par un examinateur entraîné.

Cet examen débute dès l'interrogatoire des parents et de l'enfant, au cours duquel on effectue une appréciation générale de l'incidence de la dysphonie sur la communication de l'enfant.

Il est nécessaire de pouvoir effectuer par la suite une évaluation plus systématique [20], au cours de laquelle la réalisation d'un enregistrement qui sera conservé est hautement souhaitable. Le support pourra être numérique (informatisé ou non) ou analogique. Il devra permettre d'effectuer des comparaisons faciles lors des consultations successives de l'enfant. On s'assurera de recueillir différents échantillons d'utilisation de la voix [21]: lecture d'un texte simple et assez court si l'enfant a acquis la lecture, voix conversationnelle, voix chantée (par exemple, « Au clair de la lune »), voix d'appel (par exemple, comptage le plus fort possible), et voyelles tenues éventuellement (/a/ /e/ /u/).

Le recueil et l'enregistrement de ces échantillons seront idéalement associés à la mesure pour chacun de l'intensité moyenne de la voix, effectuée à l'aide d'un sonomètre.

À partir de ce recueil, il sera possible d'apprécier les caractéristiques acoustiques principales de la voix de l'enfant, hauteur, intensité et timbre.

La hauteur est représentée par la fréquence fondamentale moyenne de l'échantillon étudié [22]. Elle varie beaucoup selon l'âge de l'enfant et le mode d'expression [8,12,21,23–25]. Elle est en moyenne (en voix conversationnelle ou lors de la lecture après 6 ans) de 320 Hz vers 3 ans, de 280–300 Hz vers 4–5 ans et de 250–270 Hz vers 6–7 ans. La hauteur varie également selon le genre: 240–260 Hz chez le garçon et 250–270 Hz chez la fille vers 11 ans.

Après la mue, elle est fortement modifiée chez le garçon (120–140 Hz) et peu chez la fille (220–250 Hz).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104823>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104823>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)