

CHAPITRE 5

Rééducation vocale dans les dysphonies dysfonctionnelles avec complications laryngées

PLAN DU CHAPITRE

Places respectives de la phonochirurgie et de la rééducation vocale
Rééducation vocale préopératoire
Précautions postopératoires, repos vocal
Nodule du pli vocal
Rééducation vocale chez le porteur de nodule du pli vocal
Rééducation vocale et/ou chirurgie ?
Pseudo-kyste séreux
Œdème en fuseau (ou épaissement muqueux fusiforme)
Polype du larynx
Œdème chronique des plis vocaux ou œdème de Reinke ou pseudo-myxome
Traitements de l'œdème chronique des plis vocaux
Rééducation préopératoire de l'œdème chronique des plis vocaux
Rééducation postopératoire de l'œdème chronique des plis vocaux
Kyste muqueux par rétention du pli vocal
Traitements du kyste muqueux par rétention, du pli vocal
Hémorragie sous-muqueuse du pli vocal et coup de fouet laryngien
Traitements de l'hémorragie sous-muqueuse du pli vocal
Ulcère de l'aryténoïde
Traitements de l'ulcère de l'aryténoïde

Comme nous l'avons déjà rappelé, l'existence d'un comportement de forçage vocal est susceptible d'entraîner une altération laryngée. On peut ainsi parler de laryngopathies d'origine fonctionnelle, ou mieux encore, de laryngopathies dysfonctionnelles. Celles-ci peuvent se définir comme des lésions intéressant essentiellement la muqueuse du pli vocal produites ou entretenues par un comportement vocal défectueux. Concernant l'aspect clinique, anatomopathologique, étiopathogénique, l'évolution et le diagnostic différentiel de ces altérations laryngées, nous renvoyons le lecteur au tome 2 de *La Voix*.

Traitement rééducatif des troubles vocaux

© 2026 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

On pourrait considérer comme des laryngopathies dysfonctionnelles les réactions inflammatoires œdémateuses ou hypertrophiques de la muqueuse du pli vocal. Il peut s'agir de lésions constituées par un épaississement épithélial de la muqueuse (nodule) ou par une transformation plus importante, intéressant la sous-muqueuse (pseudo-kyste séreux, polype).

Parfois, il s'agit d'un hématome, d'une rupture musculaire (coup de fouet laryngien) ou d'une destruction localisée de la muqueuse (ulcère de l'aryténoïde).

Pour la majorité de ces laryngopathies (nodule, polype, pseudo-kyste séreux, coup de fouet laryngien), le facteur fonctionnel est pratiquement le seul en cause. Pour l'ulcère de l'aryténoïde, on invoque souvent, en outre, la responsabilité de régurgitations acides.

La survenue d'une laryngopathie dysfonctionnelle vient naturellement apporter un supplément de perturbation à la fonction vocale. Il est tentant alors de penser que la cure médicamenteuse ou chirurgicale de cette laryngopathie puisse suffire à rétablir la fonction vocale. Ce serait là perdre de vue la notion d'intrication des perturbations fonctionnelles et des lésions organiques et celle de l'origine fonctionnelle de la laryngopathie. Même si la laryngopathie exige un traitement chirurgical ou médicamenteux, le traitement par la rééducation vocale de la dysfonction originelle reste malgré cela le plus souvent indispensable. La plus célèbre de ces laryngopathies dysfonctionnelles est le nodule du pli vocal.

Places respectives de la phonochirurgie et de la rééducation vocale

À une dysphonie, le laryngologiste a généralement tendance à chercher une cause organique. Rassuré s'il la trouve, il est naturellement tenté d'intervenir à son niveau. Mais le résultat fonctionnel n'est alors pas toujours aussi satisfaisant que le résultat anatomique, car il persiste souvent un dérèglement de la conduite phonatoire, que celui-ci soit la cause ou la conséquence de la lésion organique. Aussi, le bon sens commande que l'on s'occupe conjointement et de l'instrument vocal et de la manière dont il est utilisé.

Certes le larynx est le bout d'un tuyau et on peut y constater parfois des anomalies qui se présentent sous forme « d'une bosse » gênante ou d'un « creux » anormal. On peut être alors tenté d'adopter un point de vue de plombier qui règle le problème en faisant un point de soudure pour colmater une fuite ou en donnant un coup de lime pour enlever ce qui dépasse.

Or, « la remise en état » du larynx n'est pas obligatoirement la première opération nécessaire. Quelquefois même, elle n'est pas nécessaire du tout ; soit parce que la lésion peut disparaître sans la chirurgie ; soit parce qu'il n'y a pas d'inconvénient à conserver la lésion ; soit même parce qu'il y a intérêt à la conserver.

Si l'on suit la recommandation de l'auteur de la citation ci-dessus en s'occupant de la façon dont le sujet utilise son « bout de tuyau de larynx », on voit

que bien des « bosses » et bien des « creux » sont susceptibles de *disparaître* « tout seuls » si l'on obtient du sujet une rectification de l'usage : la réduction du comportement de forçage et de la déperdition du souffle peut entraîner la disparition d'un nodule même volumineux ; des exercices adaptés sont susceptibles de remuscler un pli vocal d'aspect atrophique.

Cela ne veut pas dire que l'intervention sur un nodule ne soit jamais indiquée, ni même qu'elle ne puisse jamais être le premier acte thérapeutique. Il n'y a aucun lieu de systématiser. Chaque cas est particulier, et il faut tenir compte de toute une série de facteurs : importance du comportement de forçage, profession du sujet, attitude de celui-ci vis-à-vis de l'intervention et vis-à-vis de la rééducation.

Parfois, il n'y a *aucun intérêt à enlever* la lésion : c'est le cas du sujet bien habitué à sa voix et qui n'en souffre guère... à moins bien sûr qu'on ne suspecte une évolution maligne possible.

Parfois il y a *intérêt à conserver* la lésion : c'est le cas de telle chanteuse brésilienne dont la discrète raucité fait partie du charme de sa voix.

L'intervention sur une lésion laryngée bien tolérée et bien utilisée peut entraîner des conséquences tout à fait fâcheuses comme dans le cas de cette femme avocat qui présentait un œdème chronique bilatéral important de ses plis vocaux (pseudo-myxome). Celui-ci conférait à sa voix une tonalité grave et un timbre chaleureux qui s'intégrait parfaitement bien dans une réussite professionnelle de premier plan. Cette femme fit un jour une laryngite aiguë qui la rendit complètement aphone alors qu'elle était en voyage à l'étranger. De retour à Paris, toujours aphone, elle se voit proposer d'emblée par le laryngologiste qui l'examine, non seulement le traitement antibiotique et anti-inflammatoire dont elle avait besoin mais encore « l'épluchage » de son pseudo-myxome. Cette femme se retrouve alors quelques semaines plus tard avec une voix d'une tonalité certes plus normale mais qui la prive du timbre particulier auquel elle était habituée. Cette voix qu'elle ne reconnaît pas et dont on lui a infligé le retour l'irrite au plus haut point. La rééducation, difficile à mettre en œuvre, va lui permettre peu à peu d'accepter ce qui lui est arrivé et de mettre en place un comportement vocal relativement acceptable pour elle. Par la suite, sachant l'influence du tabac dans la constitution de l'œdème chronique, elle se mit à fumer intensivement dans l'espoir de reconstituer celui-ci... sans commentaire !

Rééducation vocale préopératoire

Dans la grande majorité des cas, l'intervention microchirurgicale gagnera à être précédée d'un certain nombre de séances de rééducation du *comportement phonatoire*. Nous ne disons pas de rééducation *vocale* car le premier terme convient d'autant mieux dans ce cas que les exercices vocaux ne seront pas ici les plus pratiqués. Il s'agira plutôt d'initier le patient à la relaxation et de l'entraîner à la maîtrise du souffle. Ce sera de plus pour le patient l'occasion d'être informé de ce qu'est un larynx et de comprendre la nature de son problème vocal.

La durée de cette phase préopératoire de la rééducation pourra être très brève, réduite à deux ou trois séances lorsque le facteur dysfonctionnel est

peu important. C'est souvent le cas lorsqu'il s'agit d'un polype ancien, fixé à l'état de séquelle, sans réaction de forçage actuellement marquée. Dans le cas contraire, on aura intérêt à faire durer cette rééducation préopératoire plusieurs semaines. On évitera ainsi plus sûrement la récurrence. De plus, un patient rééduqué comprend mieux la nécessité du silence postopératoire.

La date de l'intervention sera fonction, d'ailleurs, non seulement de la durée souhaitable de la rééducation préopératoire mais également de l'attitude psychologique du patient vis-à-vis de l'intervention et plus encore de la possibilité pour lui de respecter le silence vocal postopératoire. Il est parfois indiqué de repousser l'intervention de façon à tomber dans une période où ce repos vocal ne posera pas trop de problèmes pour le patient.

L'idée de rééducation préopératoire rencontre souvent des résistances de la part de certains ORL préoccupés avant tout de l'état du larynx, avec l'idée que le rééducateur ne saurait commencer la rééducation de la fonction vocale qu'après rectification de l'organe.

Une attitude fâcheuse également est celle qui consiste à mettre chirurgie et rééducation en rivalité comme s'il s'agissait de traitements équivalents dans leur finalité, avec l'idée par exemple, que la chirurgie interviendra en cas d'échec de la rééducation. La chirurgie se présente alors comme la sanction d'une impuissance de la part du rééducateur, et il est préjudiciable que cela puisse être vécu de cette façon par le patient. Cela ne constitue pas un bon climat pour une saine coopération à sa propre rééducation. Cette fâcheuse situation est aggravée lorsqu'elle est assortie d'une notion de délai : « Essayez la rééducation pendant trois mois et si ça ne marche pas, on envisagera une intervention » (!).

Il est préférable d'envisager ces deux traitements, ainsi que les autres d'ailleurs, comme devant s'associer de façon rationnelle avec chacun leur objectif dans une idée de complémentarité.

Cela exige que même si cela ne le passionne pas — et c'est son droit — tout prescripteur d'un traitement à visée vocale ait une idée réaliste de ce qu'est la fonction phonatoire, qu'il sache déceler un comportement de forçage et qu'il soit au courant de ce qu'on peut attendre d'un traitement rééducatif. Celui-ci ne devrait plus être considéré seulement comme un complément auquel on pourrait éventuellement avoir recours mais comme un élément s'intégrant dans une tactique thérapeutique cohérente. Ainsi, verrait-on disparaître certaines histoires navrantes, comme celle du nodule qu'on laisse grossir des mois jusqu'à ce qu'il soit opérable (!), celle du pseudo-myxome qu'on enlève d'emblée sans tenir compte des bénéfices secondaires ou celle du coulage postérieur que l'on veut corriger par une injection de graisse autologue. Cela ne saurait faire oublier cependant la nécessité absolue d'intervenir sans délai sur une lésion laryngée surtout chez le fumeur invétéré au moindre soupçon de malignité.

Précautions postopératoires, repos vocal

En règle générale, un traitement anti-inflammatoire est prescrit systématiquement après l'intervention.

Par ailleurs, le réveil anesthésique nécessite une surveillance très attentive, réveil qui doit être aussi rapide que possible. En effet, la présence de sang au niveau des plis vocaux est susceptible de produire un spasme de la glotte. Cette surveillance attentive ne pourra se relâcher que lorsque le patient aura retrouvé un réflexe de toux convenable. Une injection d'*hydrocortisone* intraveineuse sera parfois utilisée.

La convalescence après microchirurgie laryngée pourrait être très courte. Dès le lendemain de l'intervention (voire le jour même), le patient peut, en effet, s'alimenter normalement et vaquer à ses occupations sans problème. Cependant, il doit se soumettre au **repos vocal**, ce qui ne va pas toujours sans difficulté, en particulier en ce qui concerne la reprise du travail.

Dans les 4 jours qui suivent l'intervention, le patient devra garder un **silence vocal complet** : il devra auparavant avoir été mis au courant de cette nécessité. Après l'intervention, le pli vocal présente des réactions inflammatoires rendant la phonation difficile. On peut craindre alors, surtout chez un patient au passé dysphonique prolongé, le développement d'un comportement de forçage préjudiciable à la bonne cicatrisation ce qui augmente, lorsqu'il s'agit de nodule ou de polype, les risques de récurrence de la lésion.

Pendant les 4 jours suivants, le patient devra adopter non pas la voix chuchotée qui est assez irritante pour les plis vocaux et débouche assez facilement sur un forçage, mais la ***voix bourdonnée***, dite encore « voix des couloirs d'hôtel ». Il s'agit d'une voix sonorisée mais très peu intense et de tonalité grave, associée d'une part à une articulation un peu exagérée et d'autre part à un débit un peu ralenti. C'est le type de voix que l'on prend spontanément lorsque l'on s'efforce de ne pas réveiller les gens qui dorment.

Cette *voix bourdonnée* ne devra pas être utilisée de façon trop abondante. Le patient doit s'interrompre en particulier dès qu'il éprouve des sensations désagréables dans la gorge (picotement, brûlures). Il faut cependant bien noter qu'un silence vocal *relatif* est préférable au silence absolu qui entraîne parfois des états de tension psychologique et un comportement crispé préjudiciable à la bonne récupération vocale. Le silence vocal observé de façon trop rigoureuse et trop prolongée peut favoriser la survenue de synéchies postopératoires.

Notons que les séances de rééducation peuvent, avec profit, reprendre de façon intensive (trois par semaine) dans les jours qui suivent l'intervention. On y travaillera les exercices de relaxation et de souffle. On y perfectionnera, précisément, la technique de la voix bourdonnée.

Au huitième ou dixième jour, mais parfois plus tard (du quinzième au vingtième jour en cas d'intervention plus étendue), aura lieu ce que l'on peut appeler la *remise en voix*. Il s'agit après vérification de l'état laryngé de faire découvrir au patient ses nouvelles possibilités vocales. On commence par des émissions de sons faciles, sons à bouche fermée par exemple (**la mouche** [voir exercice n° 45]) dans le grave en élevant progressivement la tonalité puis l'intensité. On veillera particulièrement à la souplesse de l'exécution et à la correction de l'attitude. *L'exercice de la sirène* (voir exercice n° 61) ainsi que *l'exercice ak, ik, ok* (voir exercice n° 58) se prêtent également assez bien à ce travail.

Vous venez d'être opéré(e) pour votre voix

Après l'intervention, le SILENCE TOTAL est à respecter pendant 4 jours pour que votre corde vocale (pli vocal) commence à cicatriser.

Mais vous pouvez manger normalement et garder une entière liberté de mouvements au niveau du cou (éviter la crispation). Pendant cette période, le tabac est à proscrire formellement.

Du quatrième au huitième jour après l'intervention, vous devez reprendre un certain usage de la parole en adoptant non pas la voix chuchotée qui est fatigante, mais dès que cela est possible, la VOIX BOURDONNÉE dite « voix des couloirs d'hôtels ». C'est une voix douce, grave et très peu intense que vous devrez utiliser modérément avec une articulation lente et précise.

Entre le sixième et le dixième jour, votre larynx doit être examiné par votre chirurgien et par le phoniatre avec lequel en principe vous ferez votre REMISE EN VOIX (premiers essais de voix normale).

La RÉÉDUCATION VOCALE N'A PAS À ÊTRE INTERROMPUE par l'intervention. Une séance peut très bien avoir lieu dès le surlendemain de celle-ci. Simplement, pendant la période de silence absolu (4 jours) et relatif (les 4 jours suivants), les séances seront consacrées exclusivement à la relaxation et à la technique du souffle.

Une MODÉRATION VOCALE sera observée jusqu'au quinzième jour au moins après l'intervention, et quelques précautions seront encore de mise jusqu'à 1 mois après celle-ci.

Nodule du pli vocal

Conséquence directe du forçage vocal, le nodule, et surtout le nodule récent, peut disparaître complètement lorsque cesse ce forçage, sous l'influence d'un changement dans les conditions d'utilisation de la voix ou grâce à la rééducation vocale. Cette disparition du nodule est parfois très rapide (figure 5.1).

Lorsque les conditions de l'émission vocale restent inchangées, le nodule tend à augmenter de volume en évoluant vers la forme fibreuse. Cette augmentation de volume est en général irrégulière et va de pair avec les aléas du forçage vocal. Le nodule ancien et fibreux devient difficilement réversible.

On constate parfois qu'un équilibre s'établit entre le nodule, l'altération du timbre vocal et un certain degré de forçage vocal pour constituer un comporte-

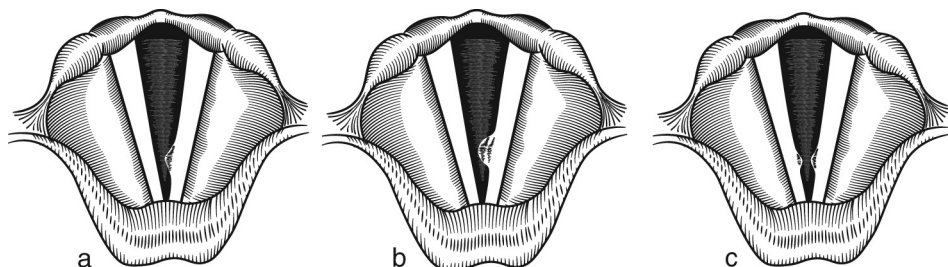


FIGURE 5.1. Trois formes de nodules du pli vocal.

a) Nodule épiglotteux. b) Nodosité. c) Kissing nodules.

Source : Le Huche F, Allali A. La voix. Pathologies vocales d'origine fonctionnelle. French ed. Elsevier Masson ; 2010.

ment fixé : le patient, en somme, a fini par s'adapter à l'altération vocale qu'il présente. La gêne fonctionnelle étant alors bien supportée, cela laisse peu de prise à une intervention thérapeutique quelle qu'elle soit. Parfois même, l'altération du timbre vocal constitue pour le sujet un élément positif apprécié par certaines personnes de son entourage (certaines voix dites « cassées » sont « adorées ») ou utilisable professionnellement (chanteurs de variétés).

Rééducation vocale chez le porteur de nodule du pli vocal

Dans la mesure où il s'agit en principe d'une lésion réversible, le traitement logique du nodule est la rééducation vocale, dont l'objectif essentiel est l'élimination du comportement de forçage. Le nodule, surtout s'il est récent, peut effectivement disparaître complètement grâce à la seule rééducation vocale.

La présence d'un nodule ne confère aucun caractère particulier à cette rééducation vocale lors des premières étapes (information, relaxation, technique du souffle, verticalité). On n'oubliera pas cependant une information particulière à donner au patient, celle qui concerne la mécanique de la formation du nodule.

En abordant l'entraînement vocal proprement dit, on aura intérêt cependant, à commencer par des exercices relativement dynamiques : **comptage projeté** (voir exercice n° 55) et **Gravollet** (voir exercice n° 47) de préférence à **ma, me, mi, mo, mu** (voir exercice n° 46) ou aux **voyelles** (voir exercice n° 53).

Rééducation vocale et/ou chirurgie ?

Bien que la rééducation seule puisse suffire dans de nombreux cas, le problème se pose cependant de l'association à cette rééducation, d'un geste chirurgical de régularisation du bord libre du pli vocal, ainsi que le problème du moment de cette éventuelle intervention.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

1. le nodule est volumineux mais le comportement de forçage est important : l'acte chirurgical devra dans ce cas être différé et l'on préconisera une rééducation vocale préopératoire de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, surtout si le patient redoute l'intervention ;
2. le nodule est volumineux et ne s'efface pas à l'examen stroboscopique ; le comportement de forçage est relativement modéré : l'intervention pourra avoir lieu sans délai, on prévoira cependant une rééducation postopératoire ; des problèmes de réadaptation sont en effet, malgré tout, à craindre du fait d'une modification relativement importante apportée à l'organe vocal ;
3. le nodule est peu volumineux et s'efface complètement en lumière stroboscopique : on peut penser que la rééducation seule sera suffisante ;
4. après quelques semaines de rééducation, la voix s'est bien améliorée mais n'est pas parfaite, et le nodule, bien que réduit, persiste sous l'apparence d'un petit noyau dur qui ne s'efface pas à l'examen stroboscopique. L'intervention s'impose malgré le faible volume du reliquat nodulaire.

Remarque : les quatre cas de figures que nous venons d'exposer restent bien sûr théoriques. Il n'y a pas de lois absolues en la matière. Chaque patient est un cas particulier. On devra tenir compte en outre du sentiment personnel du patient qui peut soit redouter l'intervention, soit avoir peu de goût pour s'engager dans une rééducation dont il ne saisit pas bien de prime abord la signification.

Pseudo-kyste séreux

Le pseudo-kyste séreux est susceptible de se rompre spontanément et de disparaître sans laisser de trace. Le plus souvent, il persiste et tend à augmenter de volume à l'occasion de nouveaux efforts vocaux.

Le traitement est chirurgical et rééducatif. Comme pour le polype du larynx, la rééducation préopératoire est indiquée et permettra d'éviter la récurrence.

Œdème en fuseau (ou épaississement muqueux fusiforme) (figure 5.2)

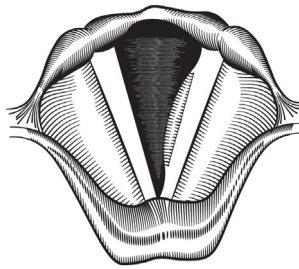


FIGURE 5.2. Œdème en fuseau.

Source : Le Huche F, Allali A. La voix. Pathologies vocales d'origine fonctionnelle. French ed. Elsevier Masson ; 2010.

L'œdème en fuseau n'est pas susceptible de régresser spontanément. Le trouble vocal est fréquemment bien toléré.

Le traitement, comme dans le pseudo-kyste séreux, associe rééducation vocale et chirurgie.

Polype du larynx (figure 5.3)

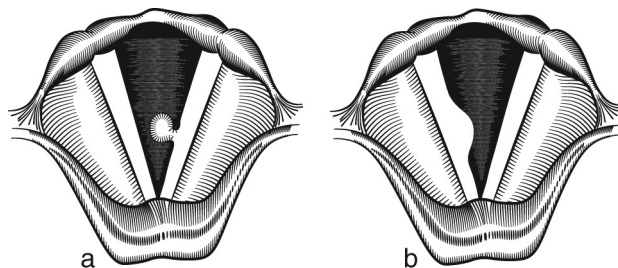


FIGURE 5.3. Polypes du larynx.

a) Polype pédiculé. b) Polype sessile.

Source : Le Huche F, Allali A. La voix. Pathologies vocales d'origine fonctionnelle. French ed. Elsevier Masson ; 2010.

Une fois constitué, le polype n'est pas susceptible de régresser spontanément. Au prix d'une certaine réduction de son efficience vocale, le sujet peut cependant s'accommoder (et parfois pendant des années) d'un polype important même s'il existe une altération notable de la voix.

Le plus souvent cependant, la gêne fonctionnelle s'accroît progressivement rendant la voix de plus en plus difficile. Parallèlement, le volume du polype augmente par paliers à chaque période d'efforts vocaux accrus. Cette augmentation de volume finit avec les années non seulement par entraver la voix mais par faire courir un risque respiratoire : augmentant brusquement de volume à l'occasion d'une laryngite banale, il peut en effet devenir obstruant entraînant alors une asphyxie, nécessitant un traitement médical et/ou chirurgical d'urgence.

Rééducation vocale en cas de polype du larynx

La rééducation vocale, même si elle peut être parfois réduite à un petit nombre de séances, est tout aussi indispensable dans le traitement du polype que l'ablation chirurgicale de celui-ci. Il ne faut pas oublier en effet qu'à l'origine du polype, on trouve souvent un comportement de forçage. L'habitude du forçage, conditionnée depuis longtemps, risque fort de persister malgré l'ablation du polype si l'on ne procède pas à sa rectification dès avant l'intervention. Ainsi la rééducation sera-t-elle pré- et postopératoire.

La durée de la période préopératoire de la rééducation sera fonction essentiellement de l'importance du forçage. Cependant, il faudra tenir compte également du point de vue personnel du patient. Pour certains, l'idée d'avoir un polype dans la gorge crée une envie impérieuse d'en être débarrassé le plus vite possible. On aura intérêt alors à ne pas trop retarder l'intervention même s'il existe un important comportement de forçage. Dans d'autres cas au contraire, le patient redoute l'intervention. Un allongement de la rééducation lui permettra alors de se faire progressivement à cette idée. Il faudra tenir compte enfin de la possibilité pour le patient de respecter sans trop de difficulté la période de repos vocal postopératoire.

Ainsi, la durée de la période préopératoire de la rééducation pourra dans certains cas se limiter à quelques jours, le temps de pratiquer deux ou trois séances. Celles-ci permettront essentiellement au patient de s'informer quant à la signification de son polype et au fonctionnement normal de la voix. Dans d'autres cas au contraire, dans la mesure où le polype ne constitue pas une gêne trop importante, cette rééducation pourra être prolongée avec profit pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

La rééducation ne devra pas souffrir d'interruption du fait de l'intervention. Dès le lendemain de celle-ci en effet, le patient est tout à fait susceptible d'être entraîné à la relaxation ou à la technique du souffle, même si le silence vocal peut rendre la communication un peu plus difficile avec le rééducateur.

Vers le sixième ou dixième jour, on procédera à ce que l'on appelle la remise en voix, c'est-à-dire aux premiers essais de productions vocales un peu sonores, sortant le patient de la période de voix bourdonnée.

Cette remise en voix sera plus aisément faite par le phoniatre qui aura pu montrer d'abord au patient le bon état de ses plis vocaux. Le patient sera amené progressivement à produire des sons avec une attaque douce et une tonalité ascendante : les sirènes (voir exercice n° 61), **ma, me, mi, mo, mu** (voir exercice n° 46), **voyelles postérieures ascendantes** (ou, o) en surveillant la technique du souffle et la verticalité.

Peu à peu le patient fera des essais seul sans oublier les conseils de modération et en évitant d'insister si les productions ne sont pas d'excellente qualité. La suite de la rééducation ne pose pas de problème spécifique.

L'importance de la rééducation vocale est encore assez souvent mal appréciée par beaucoup d'ORL pour qui le traitement chirurgical semble suffisant. Or une étude portant sur 86 de nos patients opérés dans divers hôpitaux parisiens a montré une nette différence dans l'évolution des polypes opérés avec ou sans rééducation.

Sans rééducation, l'intervention n'a amené un résultat satisfaisant que dans 52 % des cas. Des difficultés importantes ou légères persistaient dans 29,5 % des cas et la récurrence du polype était observée dans 18,5 % des cas.

Avec rééducation, un résultat satisfaisant se produisait dans 69 % des cas. Des difficultés — légères seulement — subsistaient dans 25 % des cas et la récurrence ne se produisait que dans 6 % des cas.

L'importance plus particulière de la rééducation préopératoire est illustrée par le cas assez fréquent d'aggravation du trouble vocal, après ablation isolée d'un polype du pli vocal. Plusieurs patients qui présentaient avant l'intervention un trouble assez minime ont été particulièrement affectés par cette évolution tout à fait imprévue. Le changement survenu dans la cinétique laryngée explique en fait fort bien cette aggravation paradoxale : si vous marchez avec un boulet à la cheville depuis 10 ans, il peut se faire que le premier effet de la libération de votre cheville soit de vous faire trébucher à chaque pas.

L'évolution d'un polype du larynx opéré n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait l'imaginer a priori. Le polype du larynx est une affection qui, toute banale qu'elle soit, mérite d'être traitée avec beaucoup d'attention.

Oedème chronique des plis vocaux ou oedème de Reinke ou pseudo-myxome

Pratiquement toujours en rapport avec une intoxication tabagique, cette affection devrait logiquement être traitée plus loin avec les dysphonies d'origine organique. Nous avons préféré la laisser dans ce chapitre des laryngopathies dysfonctionnelles avec l'oedème en fuseau et le polype du pli vocal, du fait de la parenté clinique qui réunit ces trois affections. De plus, si la responsabilité de l'intoxication tabagique est sauf exception avérée, les facteurs psychologiques et le caractère dysfonctionnel y sont bien présents.