

# Trouble de la voix chez l'enfant : que faire ?

PASCALE AMBERGER<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16:2348-50

**Une voix d'enfant rauque ou cassée n'est pas normale. Les problèmes de voix chez l'enfant sont trop souvent ignorés et négligés alors qu'ils devraient être traités au plus vite, car ils peuvent avoir d'importantes conséquences scolaires et sociales à court terme et des répercussions non négligeables sur le choix de sa future vie d'adulte. Le problème doit être réglé avant l'adolescence. En effet, un grand nombre de professions et d'activités ne sont pas accessibles aux enfants dysphoniques. Notre société donne beaucoup d'importance à la voix, mais curieusement sans avoir une connaissance suffisante de l'hygiène vocale. L'information et la sensibilisation des médecins et des parents semblent extrêmement urgentes pour que les enfants d'âge scolaire puissent bénéficier d'un traitement adéquat.**

## Voice disorder in children: what can be done?

*A child having a hoarse, raspy or broken voice, is not normal. Child voice problems are too often ignored and neglected. Such problem should be treated as quickly as possible, as they have important academic and social consequences and significant implications for the choice of their future adult life. The problem must be solved before adolescence, because many professions and activities are not accessible to dysphonic children. Our society gives a lot of importance to the voice, but curiously without having sufficient knowledge of vocal hygiene. Information and awareness among doctors and parents is paramount so that school-aged children can benefit from adequate treatment.*

## INTRODUCTION

Les problèmes de voix affectent 23% des enfants<sup>1</sup> et on dénombre environ 19,3% d'enfants d'âge scolaire dysphoniques dont le trouble se répercute sur leur qualité de vie.<sup>2</sup> Des études ont démontré que les enfants non suivis durant l'enfance pouvaient avoir besoin de davantage de traitements à l'âge adulte, entraînant un surcoût médical.<sup>3</sup> De plus, ils risquent d'être dans l'incapacité d'accéder à toutes les professions basées sur la communication verbale. Aux États-Unis, des programmes de prévention d'abus vocal pour les jeunes enfants ont été mis en place dès 1984 et en quelques séances on notait une nette amélioration.

## DÉPISTAGE

Les troubles de la voix chez les enfants ne sont généralement signalés que lorsque l'évolution est devenue chronique depuis

plus d'un an et que la voix est très altérée. Aux États-Unis, les généralistes sont les praticiens qui adressent le plus (46%) pour des rééducations de la voix<sup>4</sup> et on note que plus un pédiatre a d'années de pratique, plus il parviendra à reconnaître une dysphonie. Pour chaque année supplémentaire de pratique, la probabilité que le pédiatre adresse l'enfant en rééducation augmente de 1,55%.<sup>5</sup>

À Genève, 40% des enfants dysphoniques sont adressés en rééducation par leur professeur de solfège, 20% par leur professeur d'instrument de musique, 20% par un membre du corps enseignant, 15% viennent parce que leurs parents ou une personne de leur entourage s'inquiète et 5% seulement sont adressés par des médecins, généralement ORL ou allergologues. Ces résultats indiquent qu'il est important de sensibiliser les jeunes pédiatres pour qu'ils puissent dépister les troubles de la voix le plus rapidement possible.

## ÉTHIOPATHOGÉNIE

Les fréquences fondamentales des enfants dysphoniques sont de 310 Hz pour les garçons et 321 Hz pour les filles, l'intensité est de 93 et 91 dB et les temps de phonation sont identiques. On peut considérer qu'il n'y a pas de différence selon le genre or il y a davantage de troubles vocaux chez les garçons (70,3%) que chez les filles (29,3%).<sup>3,6</sup>

Les troubles de la voix chez les enfants sont préoccupants dans toutes les parties du globe. En 2014, en Angleterre, 6 à 9% d'enfants d'âge scolaire dysphoniques étaient dépistés.<sup>4</sup> En 2017, on a dénombré aux États-Unis cinq millions d'enfants ayant des troubles de la voix, dont trois millions présentaient des nodules bilatéraux et ont été référés pour des séances de rééducation. En Chine, on diagnostique selon les études 6 à 24% de troubles de la voix chez l'enfant, et en comparaison 6,2% chez l'adulte et 54,6% chez les adultes utilisant professionnellement leur voix.<sup>7</sup> En Iran, on note 53,2% de troubles de la voix en écoles primaires.

Chez l'enfant, le trouble de la voix s'accompagne souvent de lésions bénignes réparties comme suit : 74,7% de nodules, 19,5% de laryngites chroniques et 5,9% de polypes.<sup>7</sup> Les nodules sont la pathologie la plus commune et représentent, selon les études, 35 à 78% des troubles de la voix.<sup>3</sup> En Turquie, en 2013, 62% des enfants dysphoniques en âge scolaire avaient des nodules.<sup>8</sup> En Angleterre, en 2014, le pourcentage était de 52%.<sup>4</sup> Aux États-Unis, actuellement, 95% des ORL recommandent une rééducation vocale en cas de trouble et en conséquence, le pourcentage d'enfants ayant des nodules a diminué et oscille entre 12 et 22%.<sup>3</sup>

<sup>a</sup>Orthophoniste, Rue Merle d'Aubigné 24, 1207 Genève  
amberger@problemedevoix.ch  
www.problemedevoix.ch

## PROFIL DE L'ENFANT

Les enfants dysphoniques ont entre 5 et 12 ans, avec une majorité de garçons issus de milieux socio-économiques favorisés. Ce sont généralement des enfants vifs et impulsifs, parlant beaucoup et fort aussi bien à la maison qu'à l'école. Certains peuvent être hyperactifs et tous pratiquent des activités sportives extérieures entraînant un effort vocal dans 44,4% des cas.

L'existence d'une fratrie est un facteur important dans la formation des nodules et le volume excessif est remarqué dans 86,7% des cas, dès la présence d'un deuxième enfant dans la famille, qu'il soit plus jeune ou plus âgé. La relation verbale de l'enfant avec la mère ne semble pas avoir d'influence. À noter encore qu'il y a une dominance de garçons jeunes, mais que le nombre de filles augmente à l'adolescence.

## TROUBLES ASSOCIÉS

L'origine de la dysphonie chez l'enfant est multifactorielle et les allergies respiratoires et l'asthme peuvent faire partie des troubles associés. On note une infection des voies aériennes supérieures dans 38,1% des cas.<sup>9</sup> Les infections respiratoires participent à l'apparition des dysphonies, car elles affectent les mêmes organes et structures que celles entrant dans la phonation.

L'obstruction nasale est le symptôme le plus souvent associé, il peut entraîner des modifications de la muqueuse laryngée et de la qualité de la voix et les enfants ayant une obstruction nasale présentent une dysphonie dans 76,6% des cas, 68,3% ont des abus vocaux, 13,3% présentent une légère hypoacousie et 58% ont une muqueuse inflammatoire avec des sécrétions épaisses.<sup>1</sup>

Parmi les autres symptômes associés, nous pouvons citer la toux et les racllements de gorges qui doivent être pris au sérieux afin de ne pas devenir chroniques et altérer l'appareil vocal. Ils peuvent être traités par l'orthophonie en même temps que la voix.

## QUALITÉ DE LA VOIX

La voix est souvent éraillée, rauque, cassée ou enrôlée et on note des phases d'aphonies dans 73,5% des cas. Les enfants disent faire un effort pour parler dans 16,7% des cas et présentent généralement une voix aiguë et instable.<sup>9</sup> Les enfants ayant une obstruction nasale présentent davantage de raucité vocale, une voix soufflée avec une importante tension laryngée et une mauvaise résonance nasale. On observe aussi une corrélation entre le nombre d'hospitalisations pour des problèmes respiratoires et l'importance de la raucité vocale.

## IMPACT DE LA DYSPHONIE SUR LA QUALITÉ DE VIE DE L'ENFANT

Les conséquences sont telles, que les Américains ont mis au point un «protocole pédiatrique de handicap de la voix»

(pVHI: pediatric voice handicap index) et un «protocole pédiatrique relatif à la qualité de vie» (pVRQOL : pediatric voice-related quality of life)<sup>7</sup> sous forme de questionnaires complétés par les parents. Il apparaît que les enfants ayant des nodules et des polypes ont une moins bonne qualité de vie que ceux ayant des laryngites chroniques et que les nodules impactent davantage leur vie que les polypes, probablement à cause de la durée des symptômes. Les enfants dysphoniques présentent un plus mauvais développement de leurs compétences de communication et de leurs aptitudes psychosociales en relation avec l'estime de soi et la conscience de soi. Ils montrent davantage de troubles de l'humeur, d'irritation ou de repli sur soi et de la frustration.

À Genève, le handicap décrit par les enfants est toujours à peu près le même : ils ne peuvent pas chanter, participer à la chorale, faire du solfège, lire à voix haute en classe ni répondre si la maîtresse pose une question parce que la voix «se coupe» ou qu'on ne les entend pas. Ils ne peuvent pas appeler les copains en récréation ou pendant les matchs de foot et ne peuvent pas se défendre si on les embête. Certains enfants disent être très gênés par leur voix alors que d'autres s'y sont habitués et pensent qu'elle restera toujours comme ça.

Il est intéressant de noter que jusqu'à ce que la voix devienne vraiment handicapante, peu de parents s'inquiètent. Ils pensent que leur enfant a simplement une voix moins puissante ou différente de la norme, ou que ça finira par s'arranger tout seul. 95% des parents n'ont aucune idée du fonctionnement de l'appareil vocal et de l'hygiène vocale et lorsqu'ils apprennent qu'il est possible de faire quelque chose, tous sont désolés de ne pas être venus plus tôt.

## TRAITEMENTS

En cas d'enrouement persistant chez l'enfant, la première option de traitement doit être la rééducation vocale. Il est conseillé de faire un examen ORL et si possible une vidéostroboscopie afin d'objectiver les lésions éventuelles pré et post-thérapie. Si l'enfant présente une obstruction nasale chronique, il serait souhaitable de mettre en place un traitement pharmacologique ou chirurgical.

Une proportion importante de nodules diminue après une rééducation et la voix tend vers un retour à la norme. Cependant, pour les kystes, si la récupération vocale n'est pas satisfaisante, un geste chirurgical pourra éventuellement être envisagé, à plus ou moins long terme, après plusieurs sessions de thérapie.

Chez les adolescents entre 15 et 20 ans traités pour dysphonie hyperfonctionnelle et nodules vocaux entre 5 et 12 ans, on note qu'il n'y a plus aucune trace de dysphonie après la mue chez les garçons et que la dysphonie a disparu chez la moitié des filles.<sup>10</sup> Il est donc vivement conseillé de résoudre le problème avant la mue.

## THÉRAPIE VOCALE

Il faut compter environ sept séances espacées sur 12 semaines, en présence d'un ou des deux parents et éventuellement de la

fratrie. La réussite du traitement est davantage basée sur la participation et l'intention positive de l'enfant que sur la perfection des exercices. La relation et l'interaction entre l'enfant, le thérapeute et la famille sont extrêmement importantes et le thérapeute doit savoir s'adapter à l'enfant et à son âge, pour créer un équilibre entre les thérapies indirecte et directe au cours du traitement.

La thérapie indirecte concerne l'hygiène et l'éducation vocale. Il s'agit d'une information sur l'appareil vocal et son fonctionnement. Cette prise de conscience permet de diminuer ou d'éliminer les mauvais comportements vocaux, ainsi que savoir identifier, limiter et éviter les forçages. L'enfant apprend à gérer et à adapter sa voix à l'environnement dans lequel il se trouve en modifiant ses habitudes et en mettant en place un nouveau comportement vocal. La thérapie directe est constituée d'exercices vocaux, sur la résonance, la modulation et le changement d'inflexions afin de récupérer l'élasticité des muscles.

On estime que 91,2% des enfants parviennent à suivre la thérapie indirecte et 85,4% la directe et que ces deux méthodes combinées améliorent nettement leur qualité de vie.<sup>3</sup> La diminution ou la disparition des nodules n'est pas toujours en corrélation avec l'amélioration de la voix. Certains enfants peuvent retrouver une voix normale en ayant toujours des nodules et la taille des nodules ne correspond pas forcément à l'importance de la dysphonie.

## CONCLUSION

Chez les enfants présentant un trouble de la voix, la thérapie vocale donne de très bons résultats.<sup>11</sup> Elle permet une régression des lésions et une correction de la tension excessive et inappropriée des organes phonatoires. On observe des différences significatives, pré et post-thérapie. Selon les parents, les séances apportent un net changement du comportement vocal et de la dynamique familiale avec davantage d'écoute de l'autre, de respect, moins de répétitions, plus de responsabilisation et une amélioration du dialogue avec les parents et la fratrie. La thérapie indirecte donne 53% d'amélioration clinique<sup>3</sup> et la directe 61%, avec une diminution de la taille des nodules de 31% et leur disparition complète dans 11% des cas.<sup>3</sup> Pour les enfants dysphoniques, la thérapie vocale est une porte qui s'ouvre sur l'accès à tous les métiers et sur l'avenir.

**Conflit d'intérêts :** L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Traiter un trouble de la voix chez l'enfant, c'est lui permettre d'accéder à toutes les professions
- En cas d'enrouement chronique, la première option de traitement doit être la rééducation vocale. Quelques séances peuvent changer toute une vie

1 \*Lábio RB, Tavares EL, Alvarado RC, Martins RH. Consequences of chronic nasal obstruction on the laryngeal mucosa and voice quality of 4- to 12-year-old children. *J Voice* 2012;26:488-92.

2 Johnson CM, Anderson DC, Brigger MT. Pediatric dysphonia: a cross-sectional survey of subspecialty and primary care clinics. *J Voice* 2018;S0892-1997:30236-4.

3 \*\*Hartnick C, Ballif C, De Guzman V, et al. Indirect vs direct voice therapy for children with vocal nodules: a rando-

mized clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;144:156-63.

4 Smillie I, McManus K, Cohen W, et al. The paediatric voice clinic. *Arch Dis Child* 2014;99:912-5.

5 Schiff CS, Zur KB, Biggs LM, et al. Pediatricians' proficiency in the care of the dysphonic child. *Laryngoscope* 2019;129:1756-62.

6 Lyu D, Huang MJ, Chen Y, et al. The application of pediatric voice handicap index in children with voice disorders. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke*

Za Zhi 2019;54:121-5.

7 Lyu D, Huang M, Cheng IK, et al. Comparison and correlation between the pediatric Voice Handicap Index and the pediatric voice-related quality-of-life questionnaires. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e11850.

8 Akin Şenkal Ö, Çiyiltepe M. Effects of voice therapy in school-age children. *J Voice* 2013;27:787.e19-25.

9 Yang J, Xu W. Characteristics of functional dysphonia in children. *J Voice* 2018;S0892-1997:30119-X.

10 Mackiewicz-Nartowicz H, Sinkiewicz A, Bielecka A, et al. Long term results of childhood dysphonia treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:753-5.

11 Desjardins M, Halstead L, Cooke M, Bonilha HS. Systematic review of voice therapy: what «effectiveness» really implies. *J Voice* 2017;31:392.e13-392.e32.

\* à lire

\*\* à lire absolument