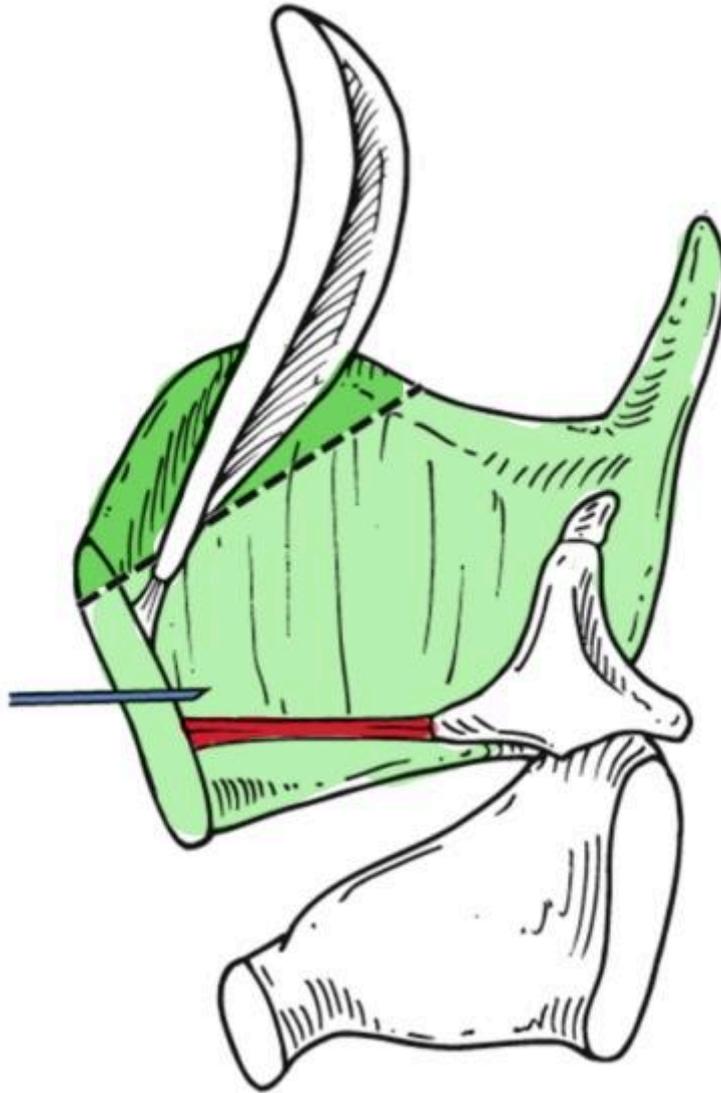


Chondrolaryngoplastie (réduction de la pomme d'Adam) et risques pour la voix

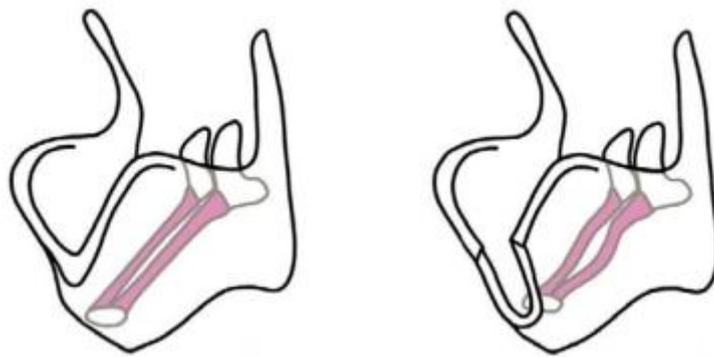
Il y a plus d'un an maintenant, j'ai subi une opération de féminisation faciale qui comportait entre autres une chondrolaryngoplastie (réduction de la pomme d'Adam). Au réveil, ma voix était catastrophique mais je m'y attendais, ça ne m'a pas inquiétée plus que ça. Trois mois plus tard, elle était toujours extrêmement grave, voilée, rauque, monocorde, très laborieuse, très soufflée. Ça fait maintenant plus d'un an que j'essaie d'avoir une prise en charge et que je cherche des informations sur cette complication ; quasiment toutes les sources que j'ai trouvées sont en anglais, trop peu de gens sont au courant du problème (y compris les praticien·nes !), il me paraît donc important d'informer sur le sujet. **Note importante** : Je précise que je n'ai aucune formation médicale et vous invite donc à vérifier tout ce que vous pourrez lire ici dans les sources indiquées à la fin, ou avec un·e spécialiste qui connaît le problème (il y en a très peu) ! Notez également que ce document n'est pas une version définitive et que je continue de le mettre à jour et au fur et à mesure que j'avance ; vous pouvez le commenter si vous avez quelque chose à corriger ou à ajouter.

Si vous suivez la chaîne de tutos de Zhea Eroze (TransVoiceLessons), vous êtes peut-être déjà tombé·es sur [sa vidéo qui alerte sur cette complication](#)⁵. Sinon, il est probable qu'on vous ait dit tout simplement qu'une chondrolaryngoplastie n'avait aucune conséquence sur la voix, sans mentionner le risque ou en le minimisant. Or comme le montrent de nombreux cas et des études plus récentes²⁶, le problème existe bien, est grave et beaucoup plus fréquent qu'on a pu le croire. Il peut se comprendre assez facilement avec un schéma¹ :



Une chondrolaryngoplastie consiste en une réduction d'une partie du cartilage thyroïde (en vert sur le schéma). Lors de l'opération, il est primordial de ne pas toucher au ligament de Broyles qui attache les cordes vocales à ce cartilage ! Pour éviter cela, on préconise¹² d'introduire une aiguille (en bleu sur le schéma) afin de localiser le point d'attache du ligament et de ne pas le dépasser (l'aiguille est visible par au-dessus à l'aide d'une caméra endoscopique). Cela limite évidemment la réduction de cartilage possible : seul tout ce qui se situe au-dessus du niveau indiqué par l'aiguille pourra être raboté a priori sans risque (soit la portion en vert foncé sur le schéma). Hélas, beaucoup de chirurgien·nes n'utilisent pas cette technique de localisation, rabotent "à l'aveugle"⁷, et peuvent aller au-delà de la limite sûre, ce qui augmente le risque d'atteinte au ligament. À noter que même avec la technique de l'aiguille, le risque de décrochement n'est pas nul, et que des cas ont été recensés même avec des chirurgien·nes ORL spécialisé·es³⁵ !

Si le ligament de Broyles est décroché (voir schéma ci-dessous²), les cordes ne sont alors plus tendues et s'affaissent, ce qui a pour effets notables possibles : voix plus grave, tessiture fortement réduite notamment dans les aigus, voix rauque, voilée, qui demande beaucoup d'effort, difficulté à parler fort, fuite d'air, aphonie partielle ou temporaire (impossibilité de parler, aucun son ne sort), parfois même des douleurs². C'est un peu comme la corde d'un instrument qui n'aurait plus la tension adéquate. Tous les cas ne sont pas aussi sévères : le ligament peut être touché sans être totalement décroché, et certaines personnes rapportent seulement avoir perdu une partie de leur registre le plus aigu. Chez d'autres, le résultat peut être "catastrophique", "dévastateur et potentiellement permanent"¹. La formation de tissu cicatriciel après l'opération pourrait atténuer les symptômes⁴ mais sans garantie, malheureusement.



À gauche : larynx pré-chondrolaryngoplastie.
À droite : après une chondrolaryngoplastie inappropriée,
la commissure antérieure ne tient plus et les cordes vocales s'affaissent.

Contrairement à ce que certains articles – et trop de chirurgien·nes – affirment, cette complication est loin d'être rare ! Si aucune étude n'a de chiffre fiable à présenter pour le moment (selon la source que vous consulterez, vous lirez 0 %, 10 %, 26,5 %, 29 %... de cas), ce n'est pas pour rien que Mariela Astudillo de Femivoz et Zhea Eroze de TransVoiceLessons ont toutes deux publié des vidéos pour alerter sur le grand nombre de cas qu'elles rencontraient. L'orthophoniste qui me suit pour ma rééducation m'a aussi dit que "ça commençait à faire beaucoup" de cas chez elle, avec des chirurgien·nes différent·es à chaque fois. Quand j'ai commencé à en parler dans des communautés trans sur internet, je n'ai eu aucun mal à trouver d'autres personnes atteintes, et j'en ai encore régulièrement qui me contactent à ce sujet.

Et si ça vous arrive, malheureusement, la prise en charge actuelle est très insuffisante.

Rien que le diagnostic est difficile à obtenir, la plupart des ORL et phoniatries n'étant tout simplement pas au courant que le problème existe. Il faut dire qu'un décrochement de la commissure antérieure n'est pas facile à détecter : certaines conséquences comme des cordes courtes qui manquent de tension sont visibles par endoscopie, mais pas

l'attache du ligament de Broyles directement². Pour cela, on peut par exemple examiner l'endroit où le ligament devrait se trouver à l'aide d'une aiguille ou par scan CT / tomodensitométrie à coupes fines (< 1 mm)³. Mais la très grande majorité des patient·es à qui j'ai pu parler n'ont tout simplement pas de diagnostic, ou un diagnostic erroné après qu'un·e ORL ait supposé que ça devait être une atteinte à un nerf ou à un muscle.

Quant aux solutions :

Si un·e orthophoniste peut prendre en charge certaines aggravations qui peuvent venir s'ajouter au traumatisme (le manque de tension dans les cordes vocales peut notamment conduire à surcompenser en mettant trop de tension au niveau du larynx, ce qui fatigue beaucoup), cela ne résout évidemment pas le cœur du problème. Il existe plusieurs méthodes chirurgicales pour refixer les cordes vocales, même si aucune ne semble permettre une récupération totale :

- (1) Refixer le ligament de Broyles directement est possible, avec une suture maintenue par une plaque en titane²⁴. Il s'agit d'une opération très délicate et risquée, comme ce ligament est minuscule et qu'il faut le repositionner au bon endroit ; très peu de personnes pratiquent cette chirurgie réparatrice à ma connaissance. Le docteur James P. Thomas à Portland a l'habitude de le faire⁴, le docteur Clark Rosen à San Francisco l'a pratiqué au moins une fois³, et j'ai entendu parler d'un troisième chirurgien à Los Angeles qui l'aurait fait. Mais malgré mes recherches (et plein de mails envoyés) je n'ai trouvé personne hors des États-Unis qui utilisait cette technique. James P. Thomas propose aussi de combiner cette resuspension à d'autres gestes chirurgicaux dans le cadre d'une [laryngoplastie féminisante \(FemLar\)](#), ce qui permet une meilleure récupération si tout se passe bien, mais présente des risques considérables.
- (2) Plusieurs autres chirurgien·nes que j'ai contacté·es en Europe et autour m'ont proposé une technique de retension des cordes vocales inventée par le docteur Hakan Birkent d'Istanbul ; connue sous le nom de "tensioning glottoplasty", cette technique hybride passe à la fois par voie endoscopique et incision dans le cou et consiste à tendre les cordes vocales à la paroi antérieure et au-delà des bords du cartilage thyroïde par des sutures (si j'ai bien compris). En plus du docteur Birkent, Chadwan Al Yaghchi à Londres, Ahmed Geneid à Helsinki et Marc Remacle à l'hôpital Foch de Paris et au Luxembourg proposent cette technique. Il semble que la glottoplastie même soit optionnelle ; à confirmer, je manque encore d'informations et de retours sur cette technique qui est très récente.
- (3) Hyung-Tae Kim du Yeson Voice Center m'a proposé une variante de sa technique VFSRAC Type II, soit une variante de glottoplastie où la suture antérieure se fait à travers le périchondre du cartilage thyroïde (= le tissu conjonctif autour du cartilage où sont attachées les cordes vocales) et qui pourrait se faire sans trop

réduire l'ouverture des cordes vocales (même si cela ne change rien à la technique à part ça). Mais d'après le docteur Mainka de Berlin qui travaille sur cette technique, il faut qu'il y ait encore assez de périchondre pour que l'opération fonctionne, et il n'y a qu'au moment de l'intervention qu'on pourrait se rendre compte de ça !

Pas mal de chirurgien·nes proposent à la place de ces méthodes une cricothyropexie ou une glottoplastie de Wendler simples afin de rendre la voix plus aiguë : je n'ai aucun témoignage sur ce que ça donne mais je suis sceptique quant au fait de retrouver une bonne tension avec ces méthodes (à voir ce qu'en dirait un·e spécialiste).

Si vous voulez lire des retours détaillés de patientes qui, après un décrochement de la commissure antérieure, ont pu bénéficier d'une chirurgie reconstructrice avec succès, je vous conseille de lire [le témoignage de Juno / autumnsault sur Reddit](#), qui a documenté le processus avec vidéos, scanner, audio, ainsi que [celui d'une utilisatrice anonyme](#) (avec vidéo endoscopique et audio). (À noter que dans le cas de Juno, le chirurgien qui avait effectué la chondrolaryngoplastie avait pourtant bien utilisé la technique de l'aiguille.) Dans les deux cas, la technique utilisée est celle de Thomas, FEMLAR ou similaire ; je n'ai pas trouvé de retours pour les autres techniques encore.

Dans mon cas, après des mois de détresse totale où j'ai évité quasiment tout contact pour ne pas avoir à parler, où je préférais parfois chuchoter parce que c'était la seule chose qui sortait encore correctement et que ça me demandait moins d'effort, ma situation a pu s'améliorer par orthophonie depuis quelques mois et j'arrive désormais à atteindre de nouveau une hauteur qui passe ; cependant ma voix reste faible, difficile à contrôler et parfois rauque, il m'est toujours complètement impossible d'aller dans les aigus (mes cordes vocales n'arrivent plus à se tendre suffisamment pour provoquer la bascule des cartilages aryténoïdes, qui permet normalement d'atteindre ces fréquences aiguës), ce qui m'empêche de chanter et rend même mon intonation difficile. Il m'est également impossible de parler fort, pour répondre à quelqu'un qui m'appellerait depuis une autre pièce ou dans un lieu bruyant par exemple. Surtout, parler me demande toujours beaucoup d'effort et me fatigue toujours beaucoup, ce qui me limite dans mes interactions sociales. J'ai enfin pu obtenir un diagnostic en juillet dernier, j'espère avoir une opération réparatrice à la fin de l'année ou l'année prochaine (je mettrai à jour ce document en conséquence). D'autres personnes à qui j'ai pu parler n'ont pas pu être aidées par orthophonie du tout. En fait, les seules personnes à qui j'ai parlé qui ont pu bénéficier d'une bonne prise en charge étaient aux États-Unis ! J'espère que la situation va s'améliorer, parce qu'on en a grandement besoin.

Si vous voulez entendre ce que ça donne en audio :

- [\(1\) la voix que j'avais avant ma chondrolaryngoplastie ;](#)
- [\(2\) celle que j'avais encore trois mois après ;](#)
- [\(3\) celle que j'ai pu retrouver aujourd'hui.](#)

Mon orthophoniste m'a dit qu'elle ne pouvait pas vraiment m'aider davantage sans intervention.

S'il vous plaît, n'ignorez pas ce risque : j'en ai parlé avec plusieurs autres personnes affectées et chacune a des mots similaires : "dévastateur", "traumatisant", "un cauchemar", "ça m'a absolument brisée". Psychologiquement, socialement, ça a été une véritable horreur pour moi pendant des mois et cela continue de m'affecter aujourd'hui ; si je n'avais pas eu d'amélioration par orthophonie, je ne sais vraiment pas si je tiendrais encore. Ma recommandation aujourd'hui est d'éviter de faire une chondrolaryngoplastie autant que possible, ou si votre pomme d'Adam vous donne vraiment une dysphorie insupportable, de choisir un·e chirurgien·ne spécialisé·e qui connaît bien le problème et sait minimiser les risques. (Demandez-lui s'il utilise la technique de localisation par aiguille ; s'il ne sait pas de quoi vous parlez, s'il tente de vous rassurer en prétendant que ça ne peut pas arriver ou que c'est extrêmement rare, c'est mauvais signe !) Je ne peux qu'être d'accord avec Zhea Eroze quand elle dit que le risque actuel est "inacceptable", et je voudrais vraiment éviter à d'autres personnes de subir ça.

À noter enfin que si le décrochement de la commissure antérieure est la complication la plus grave et la plus courante après une chondrolaryngoplastie, ce n'est pas la seule : il est également possible qu'il y ait adhérence sous-cutanée des tissus (c'est ce qui est arrivé notamment à Samantha Lux, une youtubeuse transgenre qui a fait des vidéos sur le sujet), ce qui se manifeste différemment, avec des difficultés pour avaler par exemple. J'ai également lu plusieurs échos qui mentionnaient qu'un limage trop agressif pouvait être problématique par lui-même, un cartilage thyroïde plus fin maintenant moins fermement les cordes vocales lors de leur tension — je ne sais pas si cela est attesté ou s'il ne s'agissait là que d'une hypothèse pour expliquer la perte de tessiture après l'opération, mais ça expliquerait par exemple pourquoi le docteur Kim mentionne sur son site que son opération VFSRAC donne de moins bons résultats après un limage de la pomme d'Adam.

Je mettrai à jour ce document au fur et à mesure de mes avancées ; merci à Kawa pour la relecture et les corrections, à Kawa et Sarah pour certaines sources très utiles, au docteur Mainka pour son écoute et ses conseils, et à toutes les personnes qui ont pu témoigner sur le sujet !

Lamuya Zimina

Sources :

¹ VyVy N. Young (MD), Rahul Seth (MD), P. Daniel Knott (MD), Clark A. Rosen (MD), [Chondrolaryngoplasty](#), DOI: 10.1016/j.otot.2023.01.009 (2023)

² Brian Nuyen (MD), Z. Jason Qian (MD), Meher Rakkar (BA, BS), James P. Thomas (MD), Elizabeth Erickson-DiRenzo (PhD), C. Kwang Sung (MD, MS), [Diagnosis and Management of Vocal Complications After Chondrolaryngoplasty](#), DOI: 10.1002/lary.30518 (2022)

³ autumnsault, [AMA: I woke up from a trachea shave with an anterior commissure detachment, and a surgeon attempted to repair it with an experimental surgery](#) (2024)

⁴ James P. Thomas, [Tracheal Shave and Anterior Commissure Detachment](#) (2014)

⁵ TransVoiceLessons, [Tracheal Shave and Voice Risk](#) (2021)

⁶ TransVoiceLessons, [Reviewing Tracheal Shave Survey Results](#) (2023)

⁷ TransVoiceLessons, [Voice Surgery with Dr. James Thomas - Live Interview, Discussion, and Q&A](#) (2022)