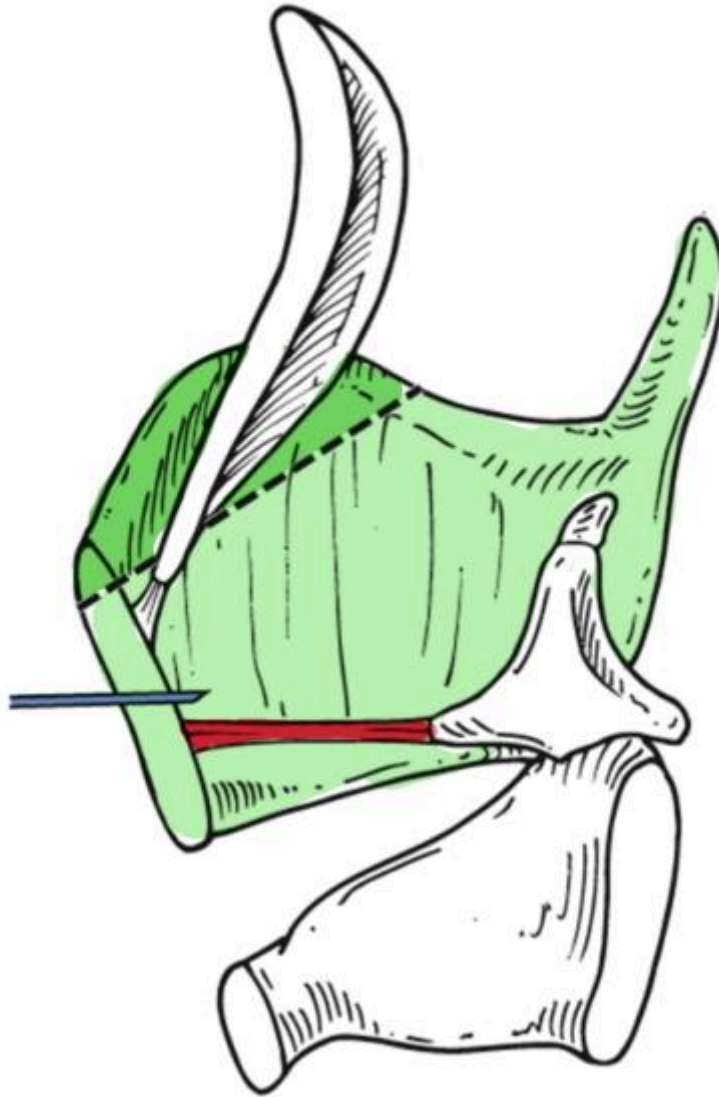


Chondrolaryngoplastie (réduction de la pomme d'Adam) et risques pour la voix

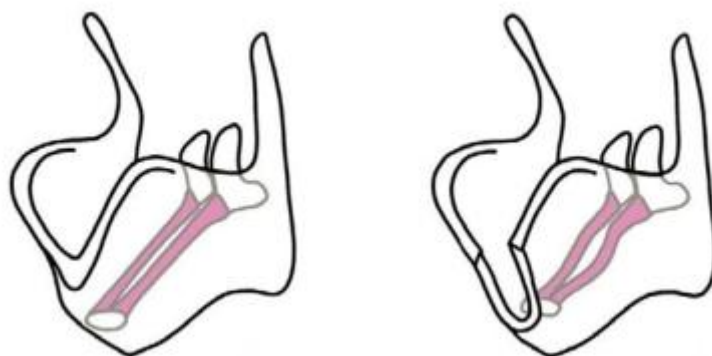
Il y a plus d'un an maintenant, j'ai subi une opération de féminisation faciale qui comportait entre autres une chondrolaryngoplastie (réduction de la pomme d'Adam). Au réveil, ma voix était catastrophique mais je m'y attendais, ça ne m'a pas inquiétée plus que ça. Trois mois plus tard, elle était toujours extrêmement grave, voilée, rauque, monocorde, faible et très laborieuse. Ça fait maintenant presque deux ans 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, je ne fais ici que compiler tout ce que j'ai pu comprendre au fil de mes rendez-vous médicaux et recherches personnelles et je vous invite donc à vérifier tout ce que vous pourrez lire ici dans les sources indiquées à la fin, ou avec un·e des rares spécialistes qui connaissent bien le problème ! 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 Erose (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 récentes⁶, le problème est beaucoup plus fréquent et peut être beaucoup plus grave que ce qu'on peut lire. 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 par exemple d'introduire une aiguille (en bleu sur le schéma) afin de localiser le point d'attache du ligament (l'aiguille est visible par au-dessus à l'aide d'une caméra endoscopique). Cela limite évidemment la réduction possible : 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), le reste restera intact. Hélas, beaucoup de chirurgien·nes, peut-être par ignorance, n'utilisent pas cette technique de localisation, rabotent "à l'aveugle"⁷ (souvent via une incision submentale (sous le menton), beaucoup plus haut que la zone à opérer⁸) 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 spécialisés·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 très fortement réduite notamment dans les aigus (il peut devenir impossible d'atteindre une hauteur féminine), 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), douleurs lors d'une phonation prolongée². 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 : certaines personnes rapportent seulement avoir perdu une partie de leur registre le plus aigu. Chez d'autres (comme moi !), 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. À l'heure où j'écris ces lignes, quatorze personnes en France ont témoigné ou m'ont contactée.

Et si ça vous arrive, malheureusement, la prise en charge est cruellement 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 évident à détecter : certaines conséquences comme des cordes courtes qui manquent de tension sont visibles par endoscopie, mais je ne suis pas sûre que le décrochement lui-même soit visible². 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 envisageables :

Si un·e orthophoniste peut aider à améliorer la phonation (le manque de tension dans les cordes vocales peut notamment conduire à mal compenser 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 tenter de rattacher les cordes vocales, mais aucune ne permet une récupération complète :

- (1) Il est possible de rattacher les cordes vocales au cartilage thyroïde avec une suture maintenue par une plaque en titane²⁴. Il s'agit d'une opération très délicate et 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. James P. Thomas propose aussi de combiner cette resuspension à d'autres gestes chirurgicaux dans le cadre d'une [laryngoplastie féminisante \(FemLar\)](#) ; de l'avis de plusieurs spécialistes, cette méthode est celle qui permettrait la meilleure récupération si tout se passe au mieux, mais c'est aussi une opération très lourde, très chère et qui présente des risques considérables. Hors des États-Unis, le docteur Mainka à l'hôpital de la Charité de Berlin m'a dit qu'il commençait à proposer cette opération et me l'a proposée (coût a priori : 12 000 €).
- (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 Hakan Birkent à Istanbul ; connue sous le nom de "tensioning glottoplasty", cette technique hybride passe par voies endoscopique et ouverte et consiste à suturer les cordes vocales au cartilage thyroïde par devant via une incision dans le cou afin d'augmenter leur tension. En plus du docteur Birkent, les docteurs Chadwan Al Yaghchi à Londres, Ahmed Geneid à Helsinki et Marc Remacle à l'hôpital Foch de Paris et au Luxembourg proposent cette technique.

(3) Hyung-Tae Kim du Yeson Voice Center m'a proposé une variante de sa technique VFSRAC Type II, soit une variante de glottoplastie par endoscopie 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), ce qui là aussi augmenterait la tension. Mais d'après les docteurs Mainka et Al Yaghchi, il faut qu'il y ait encore assez de périchondre pour que l'opération fonctionne, ce qui n'est pas garanti après une réduction de la pomme d'Adam si trop de cartilage a été retiré. D'après le docteur Al Yaghchi, cette opération serait a priori moins efficace que la glottoplastie tenseuse qui passe par devant (option 2), avec laquelle elle pourrait être combinée (la suture passerait par devant et à travers le périchondre si possible).

Beaucoup de chirurgien·nes proposent aussi une glottoplastie de Wendler classique ou une cricothyropexie, ce qui serait moins efficace a priori – et surtout risquerait d'aggraver certains problèmes comme la fatigue ou le manque de puissance vocale. Pour cette raison, plusieurs spécialistes qui proposent les options 2 et 3 m'ont proposé de limiter la palmure (le resserrage) de la glottoplastie au minimum, ce qui limiterait le gain de hauteur mais éviterait de trop perdre en puissance vocale.

Si vous voulez lire des retours détaillés de patientes qui, après un décrochement de la commissure antérieure, ont pu bénéficier d'une chirurgie réparatrice qui les a aidées, 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.

Si vous cherchez un·e spécialiste pour vous aider, il semble que la plupart font partie de [l'International Association of Trans Voice Surgeons](#) (il n'y en a pas de basé·es en France actuellement malheureusement ; Marc Remacle travaille parfois à l'hôpital Foch de Paris mais n'y est pas toujours).

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 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 ; depuis quelque temps ça me fait même mal. J'ai enfin pu obtenir un diagnostic en juillet dernier et j'ai prévu une opération de glottoplastie tenseuse avec le docteur Al Yaghchi mi-2026 (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 à qui j'ai parlé qui ont pu bénéficier d'une bonne prise en charge pour le moment 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 catastrophique que j'avais encore trois mois après ;](#)
- [\(3\) celle que j'ai pu retrouver par orthophonie.](#)
- (4) bientôt j'espère ! 🙏

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 lourdement 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 tente de vous rassurer en prétendant que ça ne peut pas arriver, que c'est extrêmement rare ou que ça peut se régler par orthophonie seule, fuyez ! 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.

Je mettrai à jour ce document au fur et à mesure de mes avancées ; merci à Mathurine pour la relecture et les corrections, à Mathurine et Sarah pour certaines sources très

utiles, aux chirurgien·nes qui ont répondu à mes questions et à toutes les personnes qui ont pu témoigner et m'aider 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)
- ⁸ Chadwan Al Yaghchi, [AMA](#) (Reddit) (2025)