

UE / ENSEIGNANT : UE21 Système neurosensoriel - Dr PREVOT

DATE : 06/12/2024

GROUPE : LE TRIONNAIRE Anaïs NAYL Thomas

REMARQUES :



Sémiologie élémentaire clinique en ORL

Table des matières

I- Oreille	3
A) Définitions	3
1) Ootalgie	3
2) Otorrée	3
3) Acouphènes.....	4
4) Hypoacousie	4
B) Examen de l'oreille	5
1) Etudes fonctionnelles.....	5
2) Études cliniques morphologiques : otoscopie.....	7
C) Pathologies de l'oreille	9
1) oreille externe.....	9
2) oreille moyenne.....	10
3) oreille interne.....	10
a) vertige.....	10
b) autres atteintes auditives.....	10
c) paralysie faciale périphérique	10
II- Rhinologie.....	12
A) Rappels anatomiques.....	12
B) Pathologies.....	12
1) Rhinorrhée.....	12
2) Obstruction nasale	13
3) Anosmie (rare).....	14
4) Douleurs.....	15
5) Autres signes d'appel	14
C) Examen clinique	15
D) Examens paracliniques.....	15
E) Pathologie inflammatoire infectieuse.....	15
F) La polypose naso-sinusienne.....	17
G) La pathologie tumorale	17
III- Larynx et Pharynx	18
Rappels anatomiques.....	18
B) Voies aérodigestives supérieures.....	18
1) Troubles de la voix = dysphonie	19
2) Dysphagie	19
3) Oodynophagie	19
4) Autres signes	19
5) Examen clinique des VAS (voies aéro-supérieures)	19
6) Examen complémentaire	20

7) Pathologies infectieuses.....	20
8) Pathologies tumorales.....	20
IV- Pathologie cervicale	21
Examen clinique	21
Imagerie.....	21
Orientation diagnostique	22
Adénopathies cervicales.....	22

I- Oreille

A) Définitions

La spécialité ORL concerne à la fois les oreilles, le nez et la bouche/gorge.

1) Otalgie

Définition : L'otalgie est une douleur ressentie au niveau de l'oreille mais elle ne provient pas forcément de l'oreille.

—> Il s'agit le plus souvent d'un **processus infectieux ou inflammatoire** de l'oreille externe ou moyenne.

—> Parfois, il s'agit de **l'irradiation d'une pathologie de voisinage** (surtout **oro-pharyngé**) = otalgies réflexes :

- Articulation Temporo-Mandibulaire (volontiers bilatérale)
- Amygdales (tumeur) (ex : pour une personne alcoolique)
- Hypopharynx (pharyngite) / larynx / oropharynx
- Dents de sagesse

Odynophagie = douleur pharyngée à la déglutition -> oriente pathologie pharyngée / mais parfois otite externe

Face à un patient qui a une otalgie il faudra regarder le tympan et si l'examen otoscopique est normal, ça ne veut pas dire que le patient n'a rien. Il faudra ouvrir la bouche et regarder dans le cavum, dans l'oropharynx, palper les reliefs et éventuellement l'envoyer à l'ORL car il a peut-être une tumeur par exemple de l'hypopharynx qui peut donner une otalgie.

Donc : **ATTENTION : otalgie à tympan normal !**

—> Si examen de l'oreille est normal (otoscopie), il faut bien regarder autour notamment au niveau des amygdales (cancer).

2) Otorrée

Définition : C'est un écoulement de liquide par le conduit auditif externe.

—> **Otorrhée purulente** (concerne le plus souvent les otites aiguës purulentes) :

Le plus souvent, il s'agit d'une surinfection de l'OM, avec issue de pus par l'intermédiaire d'une perforation. Il peut aussi s'agir d'une infection du conduit auditif externe.

—> **Otorrhée sanglante** ou **otorragie** (*l'otorragie est souvent traumatique fracture de la mâchoire*)

—> **Otorrhée cérébrospinale** ou **otoliquorrhée** (traumatique) *écoulement de liquide rachidien (fracture du rocher avec communication entre OM et méninges). Il y a un risque infectieux de méningite (Pneumocoque).*

Aspiration (++) +/- un prélèvement sous microscope, permet le diagnostic pour les otorrhées purulentes.

3) Acouphènes

Définition : Ce sont des bruits perçus dans les oreilles ou mal localisés dans la tête sans qu'il n'y ait réellement de bruit. Souvent liés à une perte auditive.

- Sensation **subjective** (les patients entendent des bruits qu'on ne perçoit pas et l'audiogramme non plus) ou **objective** si acouphène pulsatile (souffle carotidien ou anévrisme cérébral que l'on peut entendre au microscope). Mécanisme mal connu.
- 10 à 15% de la population adulte, assez fréquent.
- Localisation (*unilatéral ou bilatéral*), tonalité, intensité, tolérance

Si l'acouphène est bilatéral, bien toléré et d'intensité peu intense, on fait un audiogramme et s'il est normal on va s'en tenir là.

Si l'acouphène est unilatéral, ça peut être en lien avec une pathologie de l'audition. Il faudra regarder s'il n'y a pas une lésion sur le nerf cochléo-vestibulaire. On fait une IRM.

- Pulsatiles ++ => auscultation crâne, malformation vasculaire intracrânienne.

Si l'acouphène est pulsatile, ça peut être en lien avec une pathologie vasculaire (notamment une malformation vasculaire intracrânienne) il faudra faire une IRM à la recherche éventuellement d'une boucle vasculaire ou d'un anévrisme...

4) Hypoacousie

Définition : C'est une baisse de l'audition qui peut être due à une atteinte de :

- de l'oreille externe : **surdités de transmission**
- de l'oreille moyenne : **surdités de transmission**
- de l'oreille interne : **surdités de perception**

Si c'est à la fois une surdité de perception et de transmission on parlera de surdité **mixte**.

Elle peut être uni ou bilatérale, mode évolutif

⇒ **audiogramme** à réaliser +++

- Chez l'enfant : pas de plainte spontanée, signe indirect (augmentation du volume sonore, retard scolaire, troubles caractériels, tentative de déboucher son oreille)

- Chez le nourrisson : si bilatérale et importante => retard d'acquisition du langage ⇒ importance du **dépistage précoce !!**

Depuis 2014 on fait un dépistage systématique sur tous les bébés.

B) Examen de l'oreille

Il existe plusieurs études pour examiner les oreilles :

- Etude morphologique, clinique (otoscope) et/ou radiologique
- Etude fonctionnelle, auditive **et vestibulaire !!!**

- Clinique
 - o A la voix : voix chuchotée à 6 mètres avec une feuille devant la bouche = audition normale
 - o A la montre
 - o **Au diapason : acoumétrie de Weber et Rinne** (distingue une surdité de transmission d'une surdité de perception)
 - CC et CA > CO = audition normale ou perception
 - CC et CA < CO = surdité de transmission
- Audiométrie tonale linéaire et vocale
- Examen vestibulaire et épreuves caloriques

1) Etudes fonctionnelles

1. Tests Acoumétriques

Les épreuves de Weber et de Rinne sont des épreuves acoumétriques qui se font avec un diapason en conduction aérienne ou osseuse. La chaîne ossiculaire et le tympan permettent une amplification du signal sonore de plus de 20dB, c'est pour cela qu'on doit mieux entendre en conduction aérienne (CA) qu'en conduction osseuse (CO). On va l'objectiver avec le diapason.

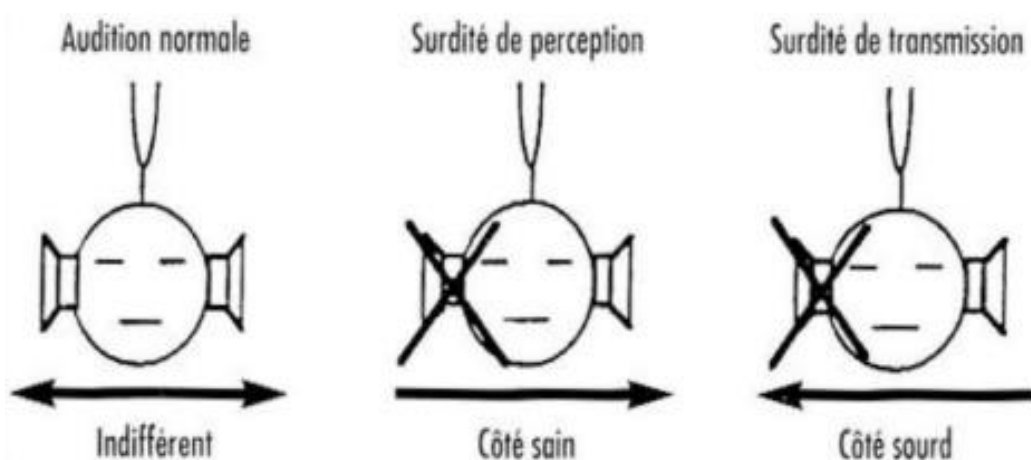
Weber acoumétrique : on place le diapason soit sur la glabelle soit sur l'arête nasale. Puis on demande au patient de quel côté il entend le son.

-> Audition normale : le patient entend pareil des deux côtés.

-> Surdité de perception : perception du son du côté sain.

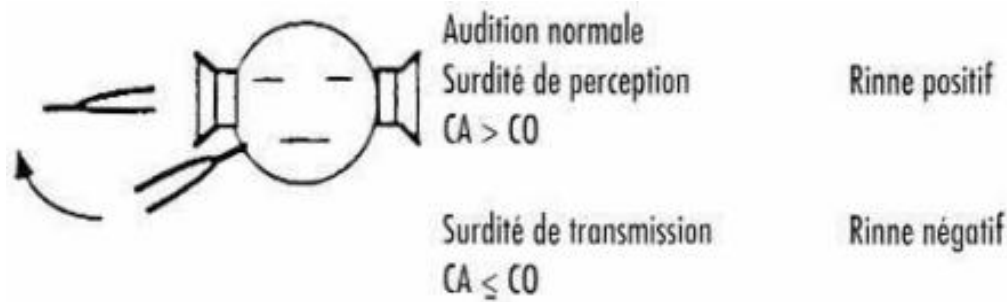
-> Surdité de transmission : perception du son du côté sourd (c.-à-d. que le patient n'entend pas quand on met le diapason devant le conduit auditif externe de ce côté). On entend mieux la transmission osseuse du côté bouché car ça résonne.

Si le patient entend moins bien à droite et mieux à gauche, ça veut dire que le Weber est latéralisé du côté sain. C'est une surdité de perception. Si le weber est latéralisé du côté de l'oreille sourde c'est une surdité de transmission, ça résonne dans l'oreille sourde.



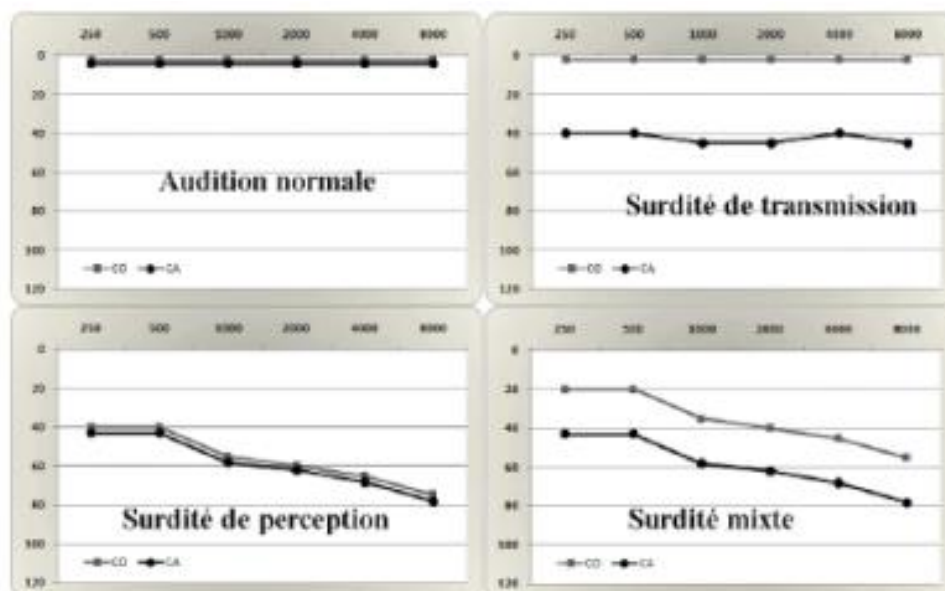
Rinne acoumétrique +++:

- CA (aérienne) > CO (osseuse) = audition normale ou perception
- CA < CO = surdité de transmission



Explications :

- **En condition normale** : On entend mieux en conduction aérienne qu'en conduction osseuse. On va commencer en conduction osseuse, on va mettre le diapason sur la mastoïde et on va demander au patient de nous faire un signe quand il n'entendra plus le son. On va ensuite placer le diapason devant l'oreille et là le patient va réentendre par ce qu'il y a un gain de plus de 20 dB en conduction aérienne qu'on n'a pas en conduction osseuse. Donc en condition normale on a une conduction aérienne > conduction osseuse.
- Ce test est également normal **en cas de surdité de perception** car le tympan et les osselets fonctionnent. Donc en cas de surdité de perception on a un Rinne positif c'est à dire conduction aérienne > conduction osseuse.
- **En cas de surdité de transmission** (oreille bouchée) : lorsque le patient n'entend plus quand le diapason est posé sur sa mastoïde, on déplace le diapason en face de son oreille, mais il ne perçoit toujours pas de son. La conduction aérienne n'est donc pas supérieure à la conduction osseuse. Le test Rinne est donc négatif.



Ligne noire : conduction aérienne (CA)

Ligne grise : conduction osseuse (CO)

Quand **les 2 sont au zéro**: La courbe de conduction osseuse et la courbe de conduction aérienne en audiométrie se superposent, l'examen est dit **normal**. (Schéma 1) Ce n'est pas instinctif comme on perçoit mieux les sons dans l'air que dans l'os (la CA devrait être supérieure à la CO comme dit précédemment). Mais en condition normale, les lignes sont censées se superposer car le test a été calibré pour pouvoir plus facilement interpréter les conceptions.

Hypoacousie :**Surdité de transmission** : (schéma 2)

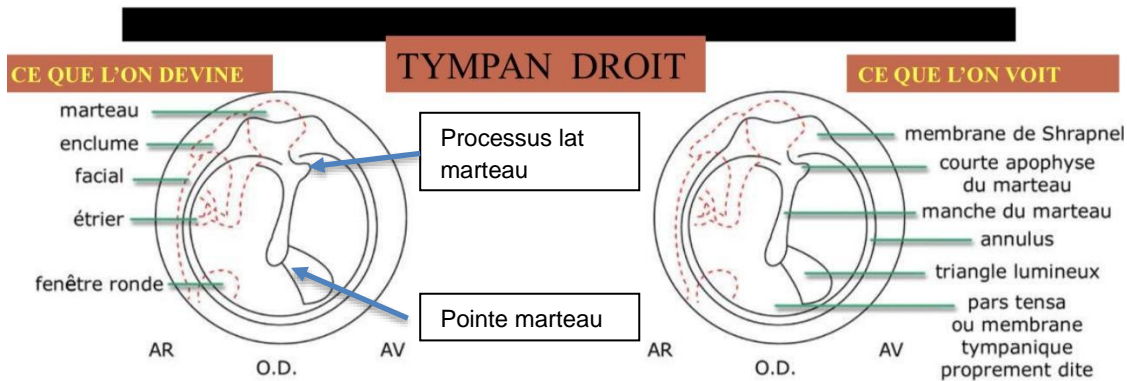
- traduit une atteinte du système tympano-ossiculaire ou une obturation du CAE.
- CO normale et CA abaissée

Surdité de perception: (schéma 3)

- traduit une atteinte de la cochlée ou des voies nerveuses.
- CO et CA abaissées mêmes proportions

Surdité mixte: (schéma 4)

- Association des deux
- CO et CA abaissées avec CA plus abaissée

2)  tudes clinique morphologique : otoscopie

Le plus important pour lui : **savoir reconnaître un tympan droit et gauche sur une photo**, car si on repère ça, c'est qu'on connaît les éléments d'intérêts à voir sur une otoscopie !!! Ici c'est un tympan gauche (photo).

Processus latéral marteau (= courte apophyse du marteau) pointe vers l'avant

Pointe du marteau vers l'arrière

Explication schéma (surtout à comprendre) :

Comment repérer les éléments importants :

- Tracer une ligne qui passe par le manche du marteau : délimite la partie antérieure de la partie postérieure.
- Tracer une ligne perpendiculaire à la première qui passe par l'ombilic: délimite les quadrants supérieurs des quadrants inférieurs.
- Donc 4 quadrants: antéro supérieur, antéro inférieur, postéro supérieur et postéro inférieur.

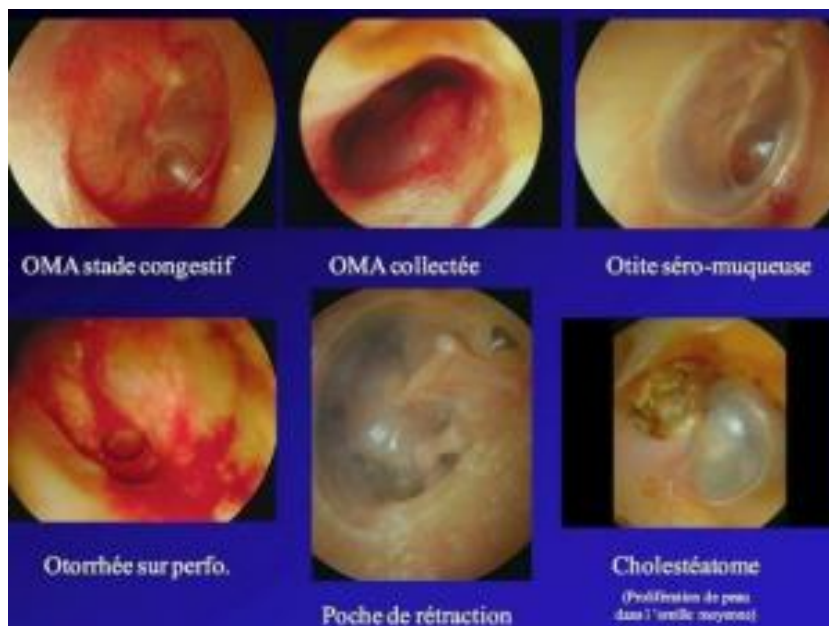
Dans le quadrant **postéro-supérieur** vont se situer les **osselets** = le quadrant interdit. Dans le quadrant postéro-inférieur se trouve la fenêtre ronde (ne pas y toucher non plus).

Donc la réalisation d'une **paracentèse** se fera dans le quadrant **antéro-inférieur**.

Les éléments d'intérêts sont (voir schéma):

- le manche du marteau
- le processus latéral du marteau (=courte apophyse du marteau)
- la branche descendante de l'enclume (*parfois par transparence on peut voir l'enclume et l'étrier*)
- le triangle lumineux = artefact dû à l'otoscope, reflet (pas une zone anatomique): dans le quadrant antéro-inférieur (partie la plus perpendiculaire aux rayons de l'otoscope)
- pars tensa: majeure partie du tympan
- pars placcida ou membrane de Shrapnell: partie tendue entre la courte apophyse du marteau et le cadran supérieur.

Différents aspects du tympan en fonction des pathologies:



- Otite moyenne aiguë (OMA) au stade congestif : tympan hyperémié, très inflammatoire, aspect bombé = épanchement / reliefs conservés

- OMA collectée : bombement du tympan, perte des reliefs

- Otite séro-muqueuse : pathologie chronique avec épanchement rétro-tympanique séreux/muqueux (il n'y a plus le bénéfice de la vibration tympanique), reliefs conservés.

- Otorrhée sur perforation : trou dans le tympan, avec liquide séro-sanglant.

- Poche de rétraction : Tympan moule les osselets, s'invagine. Se demander est ce que je peux contrôler la poche et est-ce que cette poche est productive (éventuellement traitement chirurgical). Prolifération de peau saine de l'oreille moyenne. Peut se compliquer en cholestéatome.

- Cholestéatome (otites à répétition) : complication de la poche de rétractation. C'est de la peau saine (épiderme) qui se prolifère dans l'oreille moyenne (muqueuse). Risque destruction osselets.

C) Pathologies de l'oreille

1) Oreille externe

- **Bouchon de cérumen (BDC)**

- **Otite externe** (sémiologie : douleur, on tire sur le pavillon et c'est extrêmement douloureux, trismus associé, douleur à la pression du tragus, écoulement purulent)

Demander au patient s'il n'a pas ATCD de perforations du tympan afin de lui donner les bons traitements. Fréquente chez surfeur.

TTT (important) : 5 gouttes de Polydexa matin et soir (association corticoïdes / ATB / antifongique). Contre-indication : perforation du tympan.

- **Eczéma du conduit**

2) Oreille moyenne

- **Otite moyenne aiguë**, peut se transformer en **mastoïdite** (= pu qui va traverser la mastoïde en arrière de l'oreille entraîne un décollement du pavillon, une tuméfaction rétro-auriculaire → urgence chirurgicale),

- Otite séro-muqueuse OSM

- Otite chronique cholestéatomateuse ou non

- **Otospongiose** (+ rare) *pathologie osseuse, principalement chez la femme, ostéo dystrophie de la capsule otique, va bloquer l'étrier dans la fenêtré ovale (=surdité de transmission) → s'opère chirurgicalement*

3) Oreille interne (paire crânienne VIII : vestibulo-cochléaire)

Rappel anatomique :

Trépied de l'équilibre = Oreille interne + vision + proprioception IMPORTANT (pas uniquement oreille).

Interconnexions : cornes antérieures de la moelle, tronc cérébral, cervelet.

A) Vertiges

Définition = C'est une sensation erronée de déplacement du corps par rapport à l'espace ou de l'espace par rapport au corps (subjectif) ou toute illusion de déplacement (conflit neurosensoriel).

L'origine des vertiges est plus souvent dû à une oreille qui s'abîme et qui ne donne plus d'information pour l'équilibre :

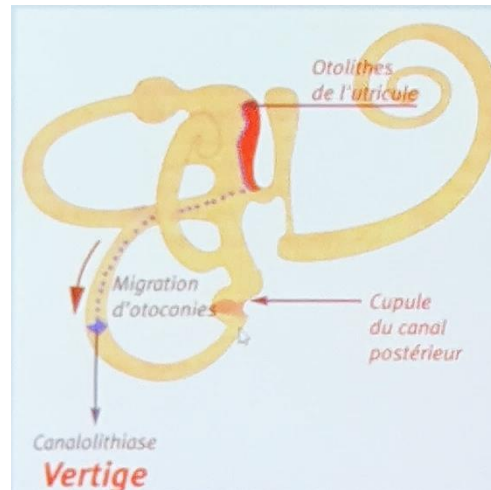
- Forte impression de rotation (*ça tourne comme sur un manège, pas comme sur un bateau*)

- **Vertige vrai = sensation de rotation**, illusion de déplacement. Attention à ne pas confondre, c'est différent des malaises, lipothymie, nausée, hypotension orthostatique.

- Signes neurovégétatifs associés (nausée et vomissement, pâleur, sueur)

→ VPPB (vertige positionnel paroxystique bénin)

= Petits calculs / lithiases (otoconies) qui vont migrer à partir de l'utricule dans les canaux semi circulaires postérieurs et provoquer un vertige lors de la mise en mouvement de ces calculs. Mais s'il n'y a pas de mouvement il n'y a pas de vertiges : vertige positionnel. C'est une petite lithiasse qui se retrouve dans les canaux semi-circulaires en particulier le **postérieur**, en migrant elle va provoquer l'excitation de la cupule du canal vertiges, impression de mouvement. Quand elle arrête de migrer, il n' a plus d'impression de mouvement = crescendo puis decrescendo. Si le vertige reste présent ce n'est pas un VPPB. Si le patient est debout il ne va pas se plaindre de vertiges et il n'y aura pas de syndrome vestibulaire.



Diagnostic clinique, toujours bénin.

Canalolithiase : vertige de quelques secondes aux mouvements de la tête en arrière.

- Manoeuvre diagnostic: Manoeuvre de **Dix-Hallpike**: patient tête en arrière 45° sur le côté et le médecin l'allonge brutalement, va mettre le canal semi circulaire postérieur en migration du calcul. Si le vertige apparaît en Dix-Hallpike droit = VPPB droit, si apparaît en Dix-Hallpike gauche = VPPB gauche.

- A partir de ça, on peut faire des manœuvres thérapeutiques: manœuvres de **Sémont** ou **d'Epley**, manœuvres qui vont permettre à la canalolithiase de faire le chemin inverse et de venir se coincer au niveau de l'utricule.

- Possible disparition spontanée en 3 semaines

—> Syndrome vestibulaire périphérique harmonieux

-> Nystagmus battant du côté opposé à l'atteinte

-> Déviation corporelle et Romberg vers l'oreille atteinte

Si le vestibule droit ne fonctionne pas, on va avoir un syndrome vestibulaire périphérique droit. Comment va-t-on le rechercher ?

Épreuve de Romberg. Le patient est en position anatomique de référence donc debout et les yeux fermés. Si le vestibule droit ne marche pas, il tombera sur la droite. Si chute vers AV ou ARR : problème ne vient pas du vestibule.

Épreuve de déviation des index. On se met face au patient avec nos index en face de ses index et le

patient va être doigts tendus avec bras tendus les yeux fermés et normalement il doit rester statique. Dans le cas d'une pathologie vestibulaire droite, il va dévier lentement vers la droite.

Manoeuvre de Fukuda. On met le patient face à nous, bras tendus, yeux fermés, et on va le faire piétiner sur place (50 pas). Si le patient a un syndrome vestibulaire il va faire une déviation rotatoire franche (60°) (vers la droite pour atteinte vestibulaire droite). Manœuvre pathologique à partir de 45°.

Pathologies :

- **Névrite vestibulaires :** grand vertige harmonieux
- **Maladie de Ménière :** vertiges récurrents / acouphènes / hypoacousie
- **AVC cérébelleux :** sd dysharmonieux

—> Diagnostic différentiel des vertiges : (important)

- **Hypotension orthostatique**
- **Hypertension artérielle**
- **Hystérie, agoraphobie (pathologies psychiatriques)**
- **Anémie, asthénie...**
- **Insuffisance vertébro-basilaire (drop-attack)**

Vertige ≠ malaise +++`

Passage directe rhinologie

B) Autres Atteintes auditives

Surdité brusque, presbyacousie, surdités toxiques (sels de chimio, ..), traumatismes sonores, ototoxicité, surdités congénitales, neurinome.

C) Paralysie faciale périphérique

La paralysie faciale périphérique peut toucher tous les éléments du visage. *Regarder s'il n'y a pas de kératite, d'atteinte de la conjonctive (pb de larmes) .*

Atteinte motrice faciale touchant les territoires supérieurs et inférieurs :

- Effacement des rides du front
- Elargissement de la fente palpébrale
- Impossibilité de relever le sourcil
- Signe de Charles Bell -> l'oeil monte et regarde à l'extérieur
- Asymétrie du visage
- Déformation buccale avec attraction de la commissure labiale vers le côté sain
- Effacement du pli naso-génien
- Impossibilité de gonfler les joues, de siffler
- Stase alimentaire dans le sillon gingivo-jugal
- Signe du peaucier de Babinski

Tous ces signes vont être évalués par des scores. On utilisera le score de **Freyss** (sur 30) qui permet de coter la paralysie et à terme permettre d'évaluer la réversibilité de la paralysie.

Atteinte de la sensibilité de la zone de Ramsay Hunt (nerf facial) :

La présence de vésicule dans la zone de RH signe la présence d'un zona générant une paralysie faciale par atteinte du Nerf 7bis.

Dysgueusie des 2/3 antérieurs de la langue, par atteinte de la corde du tympan : trouble du goût, sensation cuivrée/métallique

Atteinte végétative : tarissement des sécrétions salivaires et lacrymales

- paralysie faciale (PF) dans un contexte neurologique
- PF d'apparition progressive (processus tumoral)
- PF compliquant une infection auriculaire (aiguë ou chronique) ou virale
- PF traumatique
- PF isolée d'apparition brutale

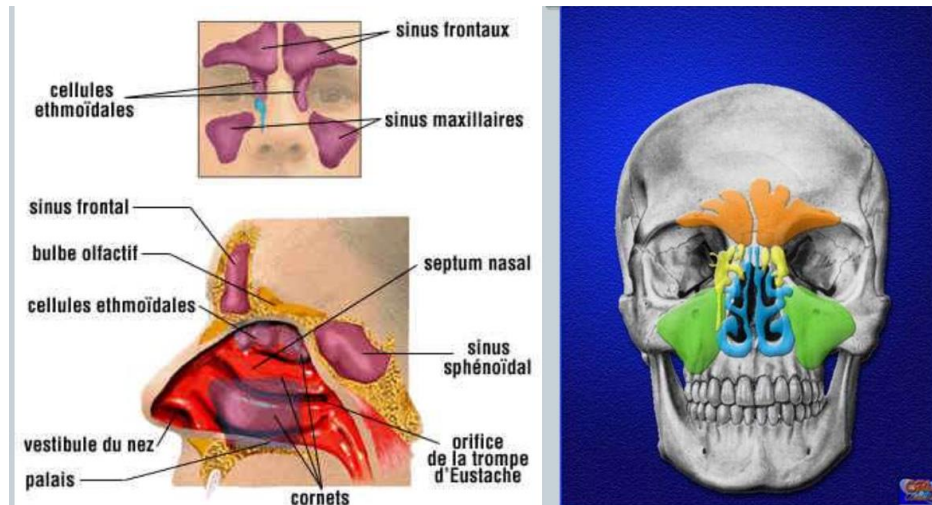


A retenir pour l'image demander au patient de fermer fort les yeux et un côté qui bouge plus que l'autre qui reste paralysé. Il existe des atteintes centrales mais ces dernières sont moins fréquentes.

II- Rhinologie

A) Rappels anatomiques

Les sinus vont par paires. (Paires de sinus maxillaires, paires de sinus frontaux, paires de sinus ethmoïdaux antérieurs et postérieurs et paires de sinus sphénoïdaux). *Sinusite = infection dans l'une de ces cavités.*



La rhinologie s'intéresse au rhinopharynx, aux fosses nasales et aux sinus *Pas de sinus frontal avant 4 ans donc pas de sinusite frontale avant 4 ans. Importance de regarder la bouche du patient.*

B) Pathologies

1) Rhinorrhée

Définition : **hypersécrétion** du mucus nasal ou sinusien, antérieure et/ou postérieure. => toute sécrétion au niveau du nez

Peut-être uni ou bilatérale, passagère ou chronique, de consistance aqueuse (ex : allergie), muqueuse (= sinusite, infection...), muco-purulente, purulente et fétide.

- **Rhinorrhée unilatérale** : **Attention !** Peut-être un corps étranger, tumeur, sinusite d'origine dentaire.
- **Rhinorrhée purulente ou mucopurulente bilatérale** : en général rhinite ou rhino sinusite. Peu probable d'avoir une sinusite maxillaire bilatérale.
- **Rhinorrhée de sang = une épistaxis** : hémorragie nasale, sinusienne ou rhinopharyngée.

-> cause + fréquente : tâche vasculaire (souvent chez les enfants à la compression digital)

Attention à l'épistaxis déglutie (tumeur, pathologie rhinologique, trouble de l'hémostase, HTA, ATCD de traumatisme crânien)

/!\ Epistaxis unilatérale : regarder plus en profondeur au niveau de la fosse nasale (réalisation d'une nasofibroscopie) peut être une tumeur.

Toujours regarder la bouche :

- aspect
- circonstances de survenue
- côté (plus inquiétant si toujours le même côté qui saigne, risque que ce soit cancéreux)
- caractère antérieur ou postérieur
- abondance : toujours compliqué à évaluer ("3 gouttes" peut être "abondant" pour qqn)
- chronologie

- **Rhinorrhée cérébrospinale** (rhinolicorrhée) = LCR qui coule : post-traumatisme crânien, tumoral ou spontanée.
 - **Rhinorrhée claire bilatérale** : allergique ?
- Quand c'est unilatéral, bien vérifier qu'il n'y ait pas de cancer, corps étrangers.**

2) Obstruction nasale

Définition = sensation d'une diminution du flux aérien endonasal

- **Intermittente** : uni ou bilatérale, avec période d'accalmie : témoin d'une rhinite, par œdème de la muqueuse.
- **Permanente** : obstacle organique (déviation de cloison, tumeur endonasale ou du cavum, cornet un peu trop gros...)
- Nouveau-né => imperforation **choanale** uni ou bilatérale, on traite avec canule de guedel qui permet au nouveau-né de respirer par la bouche (diagnostic d'urgence en général)
- Nouveau-né ou nourrisson => tumeur nasale (gliome ou encéphalo méningocèle : le bas du crâne n'est pas soudé et une partie du cerveau va tomber dans les fosses nasales), malformations anatomiques
- Nourrisson et enfant => végétations, fibrome naso-pharyngé (*très fréquent, trompe d'Eustache*)
- Grand enfant et adulte :
 - => tumeur des fosses nasales
 - => septum dévié, cornet hypertrophié
 - => hypertrophie muqueuse
 - => polypose nasale

Image : cornet inférieur bombé qui occlue la cloison nasale.



3) Anosmie (rare)

Définition : suppression totale du sens olfactif

—> Très rarement congénital (association avec des anomalies constitutionnelles comme l'hypogonadisme)

—> Causes :

- épisodes grippaux, rhinite vasomotrice le plus souvent par des mécanismes inflammatoires
- proliférations endonasales : tumeurs ou polyposes -> obstruction fente olfactive
- section endocrânienne après traumatisme crânien (cisaillement filet nerf crânien), tumeur de la placode olfactive, de la base du crâne (anosmie progressive dans les méningiomes)
- chirurgie
- **dysgueusie associée +++** (goût= 2/3 langue et 1/3 nez). C'est le trouble de la flaveur des aliments.

4) Douleurs

- motif très fréquent
- rhinites indolores, sinusite chronique indolore
- sinusites (douleur ne veut pas dire sinusite et possible sinusite sans douleur), douleurs localisées en fonction de la situation du sinus (profondes avec irradiations à la nuque ou temporale ou rétro-orbitaire => sphénoïde (faire scanner))

/!\ sphénoïdal le patient se plaint d'une douleur postérieure!

- Douleur tenace crânio-faciale localisée, d'apparition récente => rechercher une tumeur
- Si symptômes atypiques = Scanner

Modification de la voix :

- Rhinolalie fermée : obstruction des 2FN
- Rhinolalie ouverte : fente vélo-palatine

5) Autres signes d'appel

—> **Signes oculaires** : exophtalmie, œdème cantus interne, troubles oculomoteurs => sinusites ethmoïdo-frontales (signes de gravités)

—> **Signes neurologiques** :

- atteintes des dernières paires crâniennes => tumeur du cavum ?
- diminution de l'acuité visuelle + troubles oculomoteurs => tumeur du sinus sphénoïdal ?

—> **Adénopathies cervicales** : tumeur du cavum ?

Retenir : quand on examine pour pathologie nasosinusienne : on regarde aussi organes de voisinage (nerfs crâniens...)

C) Examen clinique

Fosse nasale : **Rhinoscopie antérieure** avec un spéculum

- cornet inférieur, septum, cornet moyen
- la muqueuse normale est rouge ou rosée, lisse, humide et propre

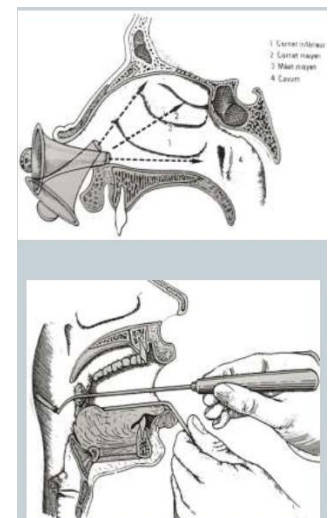
Rhinopharynx : avec un miroir ou un **nasofibroscope**

Sinus : **nasofibroscopie ++**

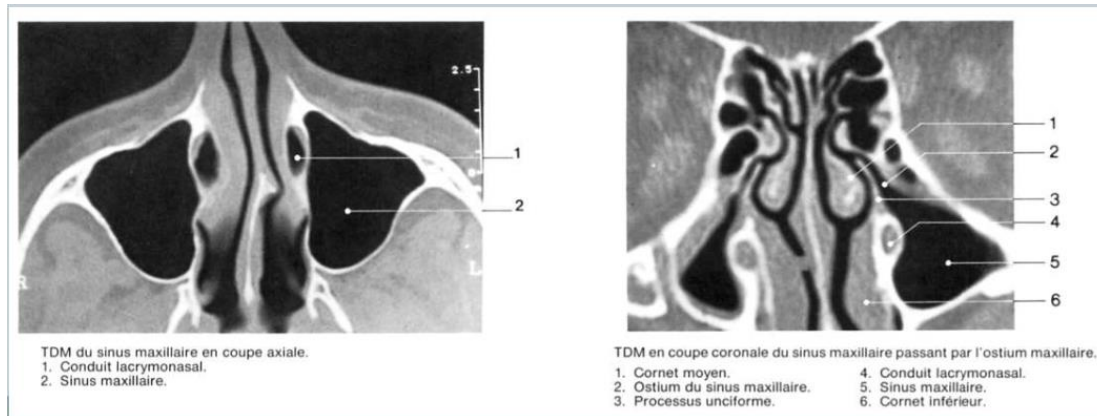
- méat moyen : sécrétions ?
- palper la paroi antérieure des sinus frontaux et maxillaires

D) Examens paracliniques

Examen clé : **le scanner**



- **Radiographies standards (ne se font plus car + irradiant que TDM) : naissance ethmoïde, sinus maxillaire large avant 4-5 ans, sinus frontaux vers 8-10 ans)**
- **TDM** du massif facial en coupes coronales et axiales



E) Pathologie inflammatoire infectieuse

Rhinopharyngite (enfant)

- maladie d'adaptation 6 mois => 2-3 ans, puis diminution vers 7-8 ans.
- fièvre plus ou moins élevée, rhinorrhée muco-purulente bilatérale avec obstruction nasale.
- guérison en quelques jours sauf complications (otites, obstruction nasale avec rhinorrhée chronique, récurrences +++)

TTT : doliprane + sérum physiologique

Rhinite aiguë (adulte)

- obstruction nasale, rhinorrhée, éternuements
- virale

Sinusite aiguë

- Adulte :

- o décours rhinite et surinfections (streptocoques, pneumocoques, haemophilus)
- o atteinte modérée de l'état général avec fièvre
- o douleur très vive, lancinante qui augmente lorsque le sujet penche la tête en avant
- o rhinorrhée mucopurulente uni ou bilatérale
- o complications possibles

TTT : Amoxicilline ou Augmentin si atteinte dentaire

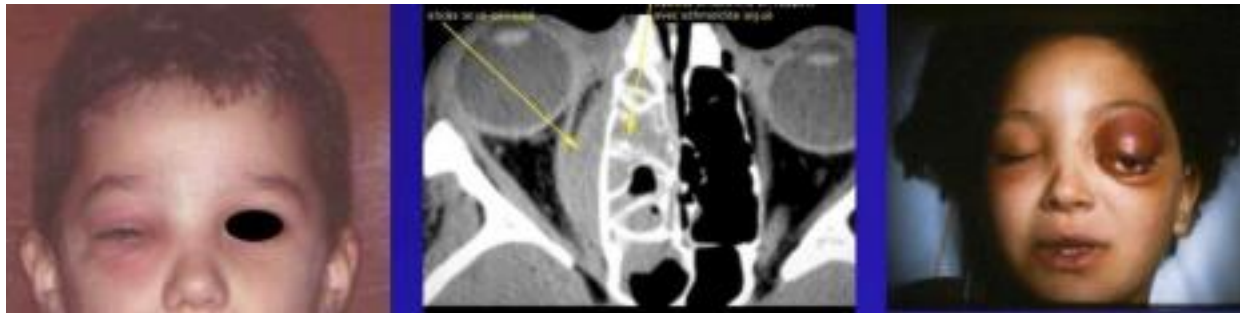


- Enfant => **ethmoïdite exériorisée** (haemophilus ou staphylocoque)

- o T° 38,5°C, obstruction nasale unilatérale, rhinorrhée purulente unilatérale
- o Œdème palpébral unilatéral et inflammatoire au niveau du canthus interne
- o Rx opacité unilatérale ethmoïdale
- o Complications (oculaires (abcès sous-périostés), atteintes neuro-méningées)

On leur fait un scanner ou l'on retrouve une opacité de l'ethmoïde avec une obstruction des cellules ethmoïdales.

Image du milieu : Scanner d'un abcès sous périosté : Traitement médico-chirurgical: incision pour vider l'abcès.



Rhinite et sinusite chronique (périodique et apériodique) (ex. sinusite d'origine dentaire)

- cause dentaire à traiter
- unilatéralité
- rhinorrhée fétide intarissable due à une surinfection par des germes anaérobies, voire aspergillus
- inaugurée par sinusite aiguë ou masquée par desmodontite causale.
- Rx : hyperdensité radiologique ou scanographique (corps étranger, pâte dentaire) au sein d'une muqueuse hypertrophiée
- traitement médical (ATB : amoxicilline) et chirurgical (granulome dentaire et méatotomie)

F) La polypose naso-sinusienne

Elle est caractérisée par la prolifération de pseudo-polypes bénins dans la fosse nasale : hypertrophie de la muqueuse.

- intolérance à l'aspirine, WIDAL, AINS, mucoviscidose
- obstruction nasale, anosmie, rhinorrhée bilatérale, dysgueusie, céphalée diffuse fronto-orbitaire
- TTT : cortico local

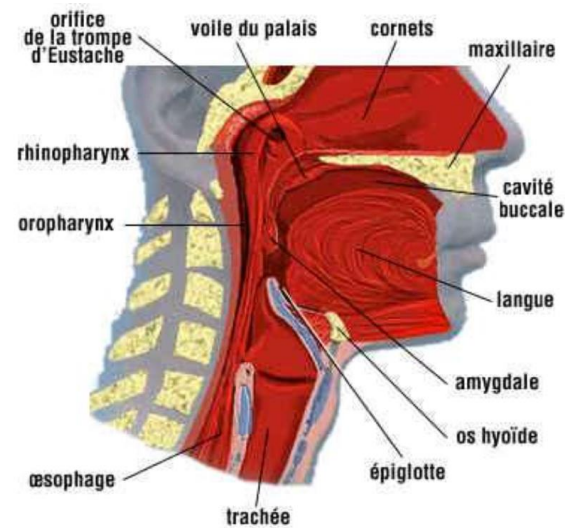
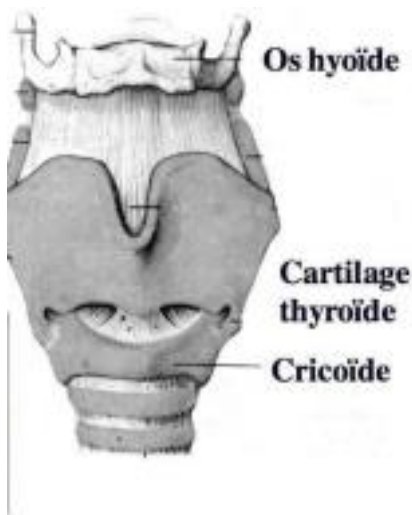
G) La pathologie tumorale

Rhinopharynx

- Tumeurs bénignes rares (fibrome nasopharyngié)
- **cancer indifférencié du cavum**
 - o Asie du sud-est, Maghreb, bassin méditerranéen
 - o Signes cliniques tardifs :
 - ADP cervicales, spinales hautes et sous-angulo-maxillaires
 - Obstruction nasale
 - Epistaxis
 - Otite séromuqueuse unilatérale: Examen du cavum +++ pour rechercher une tumeur bénigne ou maligne.
 - Envahissement de la base du crâne (atteintes des paires crâniennes) = signes tardifs
 - Cavoscopie (endoscopie du cavum à l'optique) + biopsies

Fosses nasales et sinus :

- tumeurs bénignes et kystes très rares (polype de Killian, angiofibrome)
- tumeurs **malignes** : ex. **adénocarcinome de l'ethmoïde**
 - o maladie professionnelle (travailleurs du bois)
 - o **obstruction nasale** et épistaxis **unilatérales** : modes de révélation habituels
 - o envahissement **loco-régional** (orbite = exophtalmie)
 - o rhinoscopie antérieure et biopsies

III- Larynx et Pharynx**A) Rappels anatomiques****3 fonctions :**

- **organe phonatoire** (atteinte de la phonation = dysphonie)
- **fonction respiratoire** (atteinte respiratoire = dyspnée)
- **déglutition** (atteinte déglutition = dysphagie) + **sphincter respiratoire** (contre fausse route)

B) Voies aérodigestives supérieures (VADS)**Troubles de la respiration = dyspnée****Laryngée :****Bradypnée inspiratoire avec**

- Cornage (bruit rauque d'origine sous glottique) ou stridor (bruit aigu d'origine glottique) (souvent enfant qui fait une laryngite)
- Tirage = dépression inspiratoire des parties molles des muscles du cou et du thorax.

Pharyngée = laryngé sans cornage**Trachéale : dyspnée aux deux temps avec wheezing (sifflement).**

Fausse route = quintes de toux survenant lors de toute tentative d'alimentation.

1) Troubles de la voix = dysphonie

Dysphonie laryngée :

- enrouement => atteinte du plan cordal
- voix étouffée (« voie de patate chaude dans la gorge ») => obstacle pharyngé ? -
- voix bitonale, rauque => paralysie récurrentielle ?

Dysphonie supra-laryngée :

- rhinolalie ouverte
 - o voix nasonnée : impossibilité de prononcer les K, les G
 - o = fuite vélaire
- rhinolalie fermée

Cordes vocales:

En abduction: ouvertes, on peut respirer mais les aliments peuvent tomber dedans. (photo 1)

En adduction: fermées, pas de respiration (photo 2).

**2) Dysphagie**

Définition = gêne ou impossibilité de déglutir le bol alimentaire sans douleur

- infectieux (angine, pharyngite...)
- pathologie tumorale
- ≠ odynophagie

3) Odynophagie

Définition = déglutition douloureuse avec otalgie réflexe (douleur dans l'oreille)

4) Autres signes

Hemmage = raclement excessif de la gorge traduisant une irritation laryngé

Toux

Adénopathies cervicales chroniques => toute ADP = examen ORL complet (consistance, mobilité par rapport au plan profond et superficiel, évolutivité)

5) Examen clinique des VADS (voies aéro digestives supérieures)

Cavité buccale : inspection, palpation, état dentaire

Oropharynx : inspection, palpation de la base de la langue

Pharyngo-larynx : miroir de Clar, nasofibroscopie

Palpation cervicale : recherche adénopathie

⇒ **biopsie et schéma daté T(tumeurs) et N(nodules/ganglions) dans la pathologie cancéreuse**



6) Examen complémentaire

Laryngoscopie directe : panendoscopie des VADS (bloc opératoire)

Imagerie (TDM)

Bactériologie

7) Pathologies infectieuses

Oropharynx

- angines

o angines érythématopultacées

o angines à fausses membranes

o angines ulcéreuses

o angines vésiculeuses

- angines compliquées

o complications générales (RAA, glomérulonéphrites, chorée)

o complications locales (phlegmons)

Pharyngo-larynx

- pharyngite

- laryngite

8) Pathologies tumorales

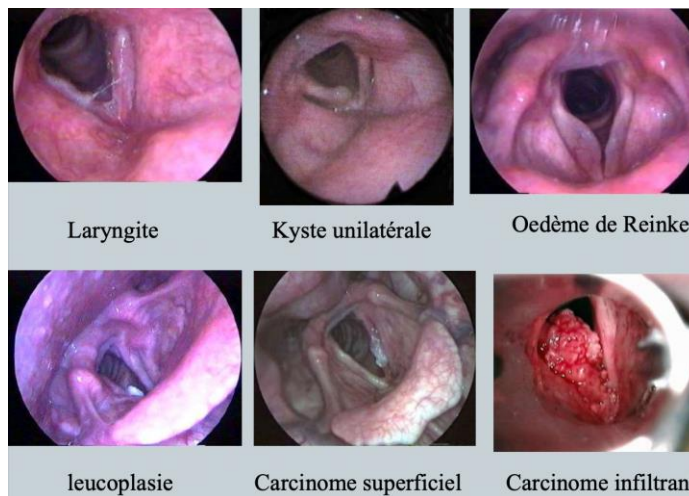
- Tumeurs bénignes rares

- **Carcinome épidermoïde**

- oropharynx : dysphagie, douleur, dyspnée haute, adénopathie, otalgie réflexe

- hypopharynx : dysphagie, odynophagie, douleur, dyspnée, adénopathie

- larynx : dyspnée laryngée, dysphagie, otalgie réflexe



IV- Pathologie cervicale

Est-ce une adénopathie ?

La tuméfaction est-elle isolée ?

Existe-t-il une fistule ?

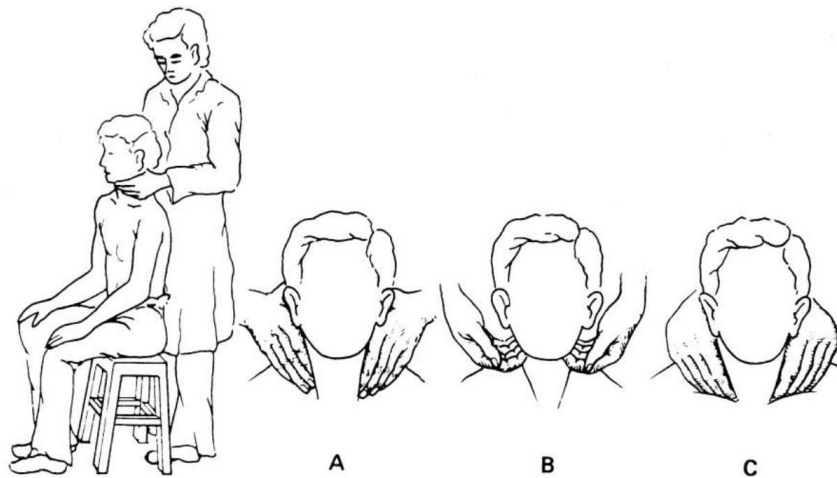
Existe-t-il des signes d'accompagnement ?

A) Examen clinique

Sémiologie méthodique des aires ganglionnaires :

- taille
 - caractère unique ou multiple, uni ou bilatéral
 - siège par rapport à l'axe vasculaire et à l'axe viscéral
 - circonstances de découverte (angine, infection virale, intoxication alcoolotabagique)
 - consistance (molle, rénitente, ferme, dure)
 - douleur
 - inflammation en regard
 - mobilité par rapport au plan superficiel et profond
-
- Examen axe viscéral et axe vasculaire
 - Palpation glandes salivaires
 - Palpation thyroïdienne (demander de déglutir car thyroïde mobile à la déglutition)
 - Analyse de la mobilité par rapport aux plans cutanés et aux plans profonds
 - Analyse du caractère pulsatile
 - Analyse de la mobilité à la déglutition

Technique d'examen des adénopathies cervicales :



B) Imagerie

1^{ère} intention : Echographie : thyroïde, parotide, sous-maxillaires, kyste ou fistule cervicale
 TDM
 IRM
 Artériographie

Objectifs :

- localiser la masse
- préciser les limites et les rapports vasculaires
- apprécier le contenu

C) Orientation diagnostique

Tuméfactions médianes :

Au-dessus de l'os hyoïde : kyste dermoïde

Os hyoïde cartilage thyroïde : kyste du tractus thyro-glosse, laryngocèle En avant

et autour du cartilage cricoïde : lésion thyroïdienne

Tuméfactions latérales :

Haute : lésion parotidienne

Sous-mandibulaire : lésion sous-maxillaire

En avant, en arrière du SCM : adénopathie cervicale

Autres :

Kystes et fistules congénitales

Lymphangiome kystique

Paraganglione carotidien, anévrisme

Neurinome

Lipome

D) Adénopathies cervicales (ADP)

Orientation diagnostique :

- infections virales diverses
- mycobactéries : atypiques chez les enfants
- lymphoréticulose bénigne d'inoculation
- toxoplasmose
- MNI : mononucléose
- VIH
- Métastase ganglionnaire
 - o Carcinome épidermoïde, UNCT...
 - o Cancer thyroïdien
 - o Hémopathie
 - o Lymphome

- ⇒ examen ORL
- ⇒ ponction cytologique
- ⇒ adénectomie cervicale

Toute adénopathie qui n'a pas fait sa preuve dans le mois : demander cytoponction ++

QCM :

QCM 1 : A propos des tests de Weber et de Rinne :

- A- Une conduction aérienne supérieure à une conduction osseuse définit une surdité de transmission.
- B- Concernant le test de Weber, on place le diapason au niveau de la glabelle ou sur l'arrête nasale.
- C- Concernant le test de Rinne, on place le diapason sur la mastoïde, puis au moment où le patient ne perçoit plus de son, on le place devant son oreille.
- D- Le test de Rinne permet de différencier une audition normale d'une surdité de perception.
- E- Toutes les propositions sont fausses.

QCM 2 :

- A- La dysphagie correspond à une douleur lors de la déglutition.
- B- L'examen d'imagerie de première intention pour une adénopathie est l'échographie.
- C- L'examen clé de la cavité nasale et des sinus est la radiographie standard.
- D- Lors de l'examen des adénopathies cervicales on détermine notamment la taille, le siège, le nombre, la consistance, la douleur et la mobilité.

Correction :

QCM 1 : BC

- A- Faux, en condition normale la conduction aérienne est supérieure à une conduction osseuse de 20dB.
- B- Vrai
- C- Vrai
- D- Faux, le test de Rinne sera positif dans deux cas :
 - Une audition normale

- Une surdité de perception : en cas de surdité de perception le tympan et les osselets fonctionnent. Donc en cas de surdité de perception on a un Rinne positif c'est-à-dire conduction aérienne > conduction osseuse.

E- Faux

QCM 2 : BD

- A- Faux, définition de l'odynophagie (la dysphagie est une gêne ou impossibilité à la déglutition)
- B- Vrai
- C- Faux, TDM +++
- D- Vrai