

# Sémiologie

## Dysphonie:

→ **Définition:** c'est un trouble de la parole, mais cette définition est vague car on a d'autre trouble de la parole comme l'aphasie ou la dysarthrie (difficulté à articuler).

Précisément on dira que c'est une altération de l'émission sonore laryngé.

Donc quand c'est le système de résonance de la voix (cavités sus-laryngées) qui la modifie on ne parlera pas de dysphonie. Un nez bouché ne sera pas la cause d'une dysphonie par exemple, à ce moment là c'est une rhinolalie fermée.

**La dysphonie est due à une altération au niveau de la zone où naît la voix, le larynx.**

La glotte est le nom de l'étage des cordes vocales, les autres étant sont les étages sus et sous glottiques.

Les cordes vocales forment un V à pointe antérieure et tout **les espaces entre les cordes vocales s'appelle la glotte**, donc c'est un espace variable.

Une voix a 3 caractéristiques:

- **une intensité**, en décibels qui fait qu'une voix est faible ou forte.
- **une hauteur**, c'est à dire la fréquence moyenne qui donne une voix aigue ou grave.
- **un timbre**, qui colore la voix, la caractérise et qui se joue au niveau de l'articulations, du nez, de la bouche.

→ **Une altération de l'émission sonore se fait le plus souvent au niveau du timbre.**

La dysphonie est une altération au niveau du larynx mais ça ne veut pas dire forcément qu'il y a une maladie ou une anomalie au niveau du larynx.

En effet :

- **il y a une commande nerveuse**, des nerfs ( nerf laryngé récurrent qui est une branche du vague ) et
- **tout un auto-contrôle** ( le fait qu'on s'entende parler nous fait corriger inconsciemment notre voix) qui peuvent également mal fonctionner.

→ **contrôle proprioceptifs et auditif inconscient**

Quand un patient vient avec une dysphonie ils remarquent que leurs voix a changé donc la première chose à faire est d'écouter leurs voix.

Certains cas sont assez simple à identifier mais des fois la modification est plus subtile donc il faut faire attention à l'étiquette du diagnostic qui n'est pas forcément le bon.

## Interrogatoire:

- depuis quand ? Aigue ou chronique...
- est-ce déjà arrivé ? Dysphonie intermittente tout les mois ou nouvelle...
- regarder les autres symptômes de l'organe, donc c'est une recherche des signes associés, ici pour le larynx et les voix aéro-digestives supérieures.

**Remarque** :Dysphagie (blocage des voies alimentaires), odinophagie (douleur à la déglutition), dyspnée car une grande cause de la dyspnée est la dyspnée laryngée ( inspiratoire avec mise en jeu des muscles accessoires ).

-facteurs favorisants ? Tabac ( très important) pour le cancer du larynx ( combien il fume )... Allergie.

-circonstances favorisantes ? La nuit car lorsque le patient est allongé il est plus soumis au risque de RGO du au remonter d'acide la nuit.

-métier ? Métiers à voix comme les profs, les secrétaires.

### **-L'anamnèse :**

→ Rechercher ce que l'on appelle **un malmenage vocale ou forçage vocale ( profession , hypoacousie )** car on utilise pas toujours comme il faut nos cordes vocales et qu'une dysphonie peut être simplement due à ça et pas forcément à une tumeur...

→ Les antécédents familiaux ont peu d'intérêts dans le cadre de la dysphonie.

→ En revanche **les antécédents personnels, surtout chirurgicaux** ont une grande importance. En effet le nerf récurrent peut être abîmé dans pas mal de chirurgie (carotide, thoracique, médiastinale et surtout pour la thyroïde).

**Remarque** : Quelque chose d'anecdotique mais à demander c'est de savoir si le patient a eu une chirurgie générale car dans ce cas là on l'intube et la sonde à intubation peut être parfois traumatique pour des opérations assez longues. On peut avoir :

- un petit hématome des cordes vocales,
- une luxation des aryténoïdes, une paralysie des cordes vocales et
- surtout secondairement ça peut donner naissance à des granulomes. Lorsqu'il y a une pression et un frottement permanent sur un tissu, ce tissu réagit de manière exubérante et il fait une boule, un granulome qui est une tumeur bénigne pouvant obstruer la glotte.

→ atmosphère du travail ( confinée , pollué, climatisé )

**Inspection** : dans le cadre de la dysphonie elle est assez réduite. On regarde au niveau cervicale pour voir par exemple s'il y a un goitre thyroïdien ou une autre masse dans le cou.

**Palpation** : on peut chercher une tumeur de la thyroïde et surtout des ganglions métastatiques en cas de tumeur du larynx par exemple.

→ **Ensuite on va essayer de regarder les cordes vocales** pour distinguer une dysphonie avec lésion du larynx d'une dysphonie sans anomalie du larynx.

Ça peut se faire en consultation ( donc ce n'est pas complémentaire) par laryngoscopie indirecte.

**NB** : Elle n'est pas directe car on ne met pas un tube rigide dans la gorge pour aller regarder directement. Avant on regardait avec un miroir mais maintenant on a le nasofibroscope (passe par le nez) qui est un fibroscope souple.

-On peut regarder l'état de la muqueuse du larynx, s'il y a une anomalie morphologique des cordes vocales ou du larynx.

- On peut y trouver des choses bénignes comme des polypes ou des nodules ( = muqueuse bombée : 1 à 3 mm) qui vont bomber la muqueuse et des choses malignes ( bourgeonnant très blanc , qui a tendance à saigner)

→ **Ensuite on va également regarder le larynx en dynamique** c'est à dire qu'on fait parler le patient

et on regarde comment se mobilise son larynx.

On peut avoir par exemple une paralysie récurrentielle --> *Ainsi on va pouvoir s'orienter pour une anomalie des cordes vocales ou une anomalie de la commande nerveuse.*

Si il y a une paralysie des cordes vocales ce qui est complexe c'est qu'il peut y avoir différents sortes de paralysie. A la base les cordes vocales avaient simplement un rôle de sphincter pour empêcher les fausses routes et protéger les voies aériennes. Donc dans une paralysie du larynx selon comment va être la corde vocale on va avoir des signes différents.

- **Si elle ouverte on aura plus facilement des fausses routes**
- **alors qu'à l'inverse si elle est fermée on aura une dyspnée** puisque le diamètre est réduit. Dans le cas de cette paralysie on va être obligé de faire une trachéotomie parfois.

**NB** : Le voile du palais permet d'éviter que lorsque l'on avale la nourriture ne monte dans le nez en se collant au pharynx lors de la déglutition.

L'air passe entre le cornet moyen et inférieur

Image en nasofibroscopie : diapo 5

L'épiglotte est bien en avant avec son bord libre qui va descendre lors de la déglutition.

Ici les cordes vocales sont en position demi ouverte.

En arrière on voit les cartilages arythénoides permettant de faire bouger les cordes vocales.

Tout ça c'est le larynx et en arrière on voit le pharynx qui est comme un U et vient fermé le tout en arrière.

Sur les côtés on a les sinus pyriformes appartenant à l'hypopharynx, ces sinus sont la partie la plus basse du pharynx formant un entonnoir donnant sur la bouche œsophagienne.

Chez les gens chez qui on est obligés d'enlever les cordes vocales les bandes ventriculaires (fausses cordes vocales) peuvent faire relais en tant que vibreur.

Image : diapo 11

Ici contrairement à ce que l'on pourrait penser ça ne fait pas du tout malin mais malgré tout ça peut être très gênant.

Un œdème comme ça par exemple ça peut être dû au tabac chez les gros fumeurs, c'est un œdème de Reinke, c'est à dire un œdème sous la muqueuse qui fait gonfler les cordes vocales.

**NB** : Les cordes vocales se projettent environ au milieu du cartilage thyroïde. Donc si il y a un obstacle laryngé on va être obligé de faire un shunt sous les cartilages (trachéotomie ou laryngotomie comme dans les films avec le stylo)

→ **Un des examens complémentaires important : la laryngoscopie directe en suspension.**

Avec ce tube rigide et une lame pour déplier la muqueuse on peut voir partout.

Elle est en suspension car il y a un dispositif en plus sur la lame qui est le dispositif de suspension, ce dispositif permet de libérer les 2 mains. Ainsi on peut même faire des excrèses de région ou des traitements de tumeur de cette manière.

Image : diapo 20

Ce ne sont toujours des choses très suspectes malgré la taille de certaines. En effet c'est tout lisse, rose, non bourgeonnant donc cela oriente plutôt pour quelque chose de bénin. Mais en cas de doute il vaut mieux l'enlever pour l'analyser.

Image : diapo 21

Ici c'est malin... c'est bourgeonnant, mal limité et sa saigne donc c'est moche.... très suspect !!!

Image : diapo 22

Pareil sa saigne et sa envahi la muqueuse et les cordes vocales donc c'est quelque chose de malin

Image : diapo 23

Ce n'est pas tout à fait la même chose ici. Celui de droite à l'air plutôt bénin.

Image : diapo 24

La on a quelque chose de typique du granulome post intubation. Lorsque l'on met la sonde elle vient tomber contre les aryténoïdes et faire pression, du coup on se retrouve avec un granulome qui grossi et peut affecter la respiration.

Image : diapo 25

C'est un scanner cervicale non injecté au niveau du cartilage thyroïde.  
En dessous c'est un IRM en T2.

## **Epistaxis :**

On dit « une épistaxis »

→ **On peut le définir comme un saignement extériorisé par le nez.**

Il faut vérifier la véracité du symptôme car si on voit quelqu'un avec du sang qui sort du nez ce n'est pas forcément une épistaxis :

- sa peut être par exemple une hémoptysie qui est remonté au nez au moment de la toux.
- Ou bien également une hématémèse, un saignement survenant au moment du vomissement.
- 

Le plus souvent l'épistaxis **est bénin** mais il arrive **cela devienne grave**.

*Par exemple* chez quelqu'un de fragile ou si cela devient fréquent ou encore si l'hémorragie est importante.

Il est important de connaître la vascularisation.

Les fosses nasales ont **2 grands axes de vascularisation** :

- l'axe carotidien externe : a une branche qui passe derrière le sinus maxillaire et qui envoie une branche dans les fosses nasales qui est l'artère sphéno-palatine.
- et interne qui se rejoignent : a une branche qui passe par l'orbite, l'artère ethmoïdale qui elle même est une branche de l'ophtalmique.  
L'ethmoïdale passe dans l'ethmoïde ensuite, puis elle vascularise une partie des fosses nasales par le dessus.

→ **Là où se rejoignent les capillaires des 2 branches c'est la tache vasculaire**, cette tache n'est pas visible chez la plupart des gens et elle est **plutôt antérieur**.

L'épistaxis est quasiment toujours du même côté donc il est important de préciser le côté pour bien connaître le problème.

→ *Comment faire la différence entre le bénin et le plus grave ?*

- Il faut d'abord **connaître le terrain**.
- Ensuite il faut toujours demander **si le patient est sous anticoagulant** ou **sous anti-agrégant** car la plupart des complications lors d'épistaxis surviennent lorsque le sujet prend ce genre de traitement pour prévenir par exemple des coronaropathies et autres problèmes thrombotiques.
- On peut aussi demander **si le saignement est traumatique** ou non
- mais plus important encore, **l'abondance du saignement**. Pour aider le patient à bien se représenter on fait 3 catégories avec l'aide d'images, :
  - ✗ l'épistaxis de faible abondance représente environ un petit verre.
  - ✗ Celle de moyenne abondance un bol.
  - ✗ Celle qui arrive en saignant beaucoup et sans arrêt sera de grande importance.
- Autre chose comme facteur favorisant important est **l'HTA** et
- On demande de quel côté
- parfois **les hémopathies** (hémophiles)

La plupart du temps les patients atteints d'épistaxis ont des facteurs favorisants qu'il vaut mieux traiter si l'on veut stopper le saignement.

→ **La première chose à faire lorsque le patient arrive c'est d'évaluer le retentissement**, c'est à dire comment il tolère le saignement. Pour cela on cherche les signes de gravités comme les signes de chocs. Pour cela on prend les constantes, on regarde s'il n'est pas tout blanc.

#### **En pratique dans l'ordre il faut :**

- : -rassurer les patients (diminuer la tension)
- faire moucher les patients, en effet lorsqu'ils arrivent ils ont plein de caillots dans le nez, or le corps cherche à faire disparaître les caillots par hémolysé ce qui favorise les saignements. Donc enlever le caillot en faisant moucher.
- regarder où est ce que saigne, si c'est seulement antérieur ou si c'est aussi en arrière car cela peut donner une indication de l'abondance.
- leur faire mettre la tête en avant (pas en arrière car ça coule simplement en arrière et ne donne aucune indication et n'a aucun intérêt). --> Si ça coule devant c'est un épistaxis antérieur plutôt.

#### **Traitement :**

- Lorsque **le saignement est antérieur** : on va utiliser des mèches de celluloses comprimées (comme un Tampax) que l'on met dans les fosses nasales et qui vont gonfler et comprimer le saignement.

Avant de mettre ces mèches on va d'abord voir en comprimant simplement avec le doigt sur le cartilage pendant au moins 10 minutes si cela stoppe l'hémorragie. Si ça saigne toujours on peut leur

mettre des glaçons dans la bouches, *ces glaçons vont faire une vasoconstriction de l'artère sphéno-palatine.*

→ **Au bout de 2 compression digitale de 10 minutes non concluantes on va passer au tamponnement antérieur.**

- Lorsque l'on insère la mèche il faut bien faire attention à suivre le palais et non pas à aller trop haut ce qui serait inutile et ca fait très mal ( demander à vivi!!)

- Mécher en priorité le coté ou sa saigne mais la plupart du temps on mèche aussi le coté qui ne saigne pas afin de bien comprimé complètement le cartilage.

Ces mèches vont rester en place 48h donc on adjoint une antibiothérapie parfois pour prévenir les sinusites ou autres pouvant résulter du bouchage des cavités.

Au bout de 48h on enlève les mèches, si cela ne saigne plus c'est très bien sinon il faut remécher et chercher une autre solution.

- **Pour le tamponnement antérieur et postérieur** on va utiliser une sonde à double ballonnet.
  - ✗ On l'insère dégonflé jusqu'au bout puis on gonfle le ballon antérieur (10cc), on tire sur la sonde et au bout d'un moment le ballon antérieur va se coincer au niveau des choannes.
  - ✗ Ensuite on gonfle le 2ème ballon (30cc), pas à fond car sinon sa fait trop mal pour le patient. Ces ballons compriment faire donc on ne les laisse pas plus de 24h sinon on a des risques de nécroses.
- Enfin en dernier recours **on va faire une artériographie** pour trouver le point de saignement où le produit de contraste va sortir.
  - Le but est de faire une embolisation du vaisseau incriminé afin de ne pas emboliser n'importe quelle vaisseau notamment pour la carotide interne.
  - Si c'est au niveau du réseau carotidien interne on va alors plutot passer par l'extérieur.
  - L'artère etmoidale passant à proximité de l'orbite on va inciser en dedans de l'orbite pour accéder à cette artère et faire un clipage chirurgical.

**En plus de tout sa toujours traiter les facteurs favorisants avant tout !!**