

Exploration des voies aéro digestif supérieur

I Rappels anatomique:

Les voies aéro digestive supérieur se compose:

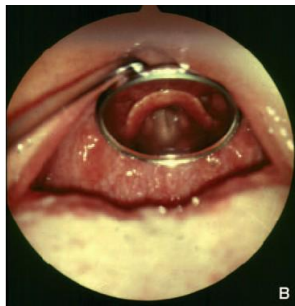
- nez
- bouche
- larynx
- pharynx (rhinopharynx oropharynx laryngopharynx)
- L'épiglotte qui se trouve en avant du larynx
- les sinus piriforme qui se trouve de part et d'autre du larynx.

1)exploration clinique:

C'est à dire tous ce qu'on peut faire au fauteuil avec un patient qui est vigile.

- laryngoscopie indirect au miroir
- nasofibroskopie
- Laryngoscopie indirect a l'optique

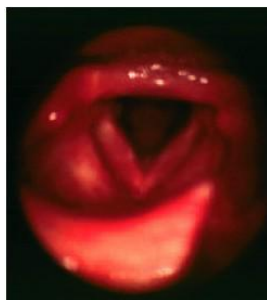
a) Laryngoscopie indirect au miroir :



On a une frontal, un miroir de clark après avoir mit de l'anti buée et asperger le patient de xylocaïne car sinon il a un gros réflexe nauséeux. On pousse le miroir jusqu'à soulever le voile du palais et on va pouvoir voir le larynx et le pharynx. (Attention l'image va etre inverser!!)

On n'utilise pratiquement plus cette technique de nos jours.

b) nasofibroskopie: (meilleur examen pour le voir le pharynx)



Examen qui a remplacer la laryngoscopie indirect au miroir car beaucoup plus pratique.

C'est une caméra avec des fibre optique (de 4mm de diamètre pour les adultes et 2mm pour les enfants) qui passe dans le nez pour aller voir les cavité nasale, l'étage

pharyngé, (mettre de la xylocaïne aussi mm si c'est un examen très bien supporter.)
On obtient une image de qualité correct.

c) l'optique rigide (meilleur examen pour voir le larynx):



L'image est bien meilleur !

Laryngoscopie indirecte à l'optique rigide (très difficilement supporter car grande tige rigide enfoncer jusqu'au larynx il faudra donc noyer le patient dans la xylocaïne en spray pour qu'il n'y est plus du tout de réflexe nauséux). Le bout est bisuté à 70° ce qui permet d'avoir une vision directe.

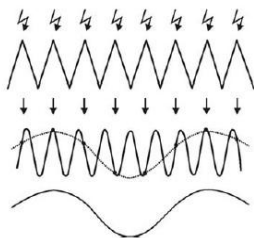
d) Vidéostroboscopie:

Examen dynamique, utilisé pour vérifier la mobilité des cordes vocales.

Il envoie des flash lumineux avec une petite sonde qui enregistre la fréquence des cordes vocales. Donc soit on règle les flash lumineux sur la fréquence des cordes vocales et on aura à l'examen les cordes vocales immobile, soit une fréquence qui est supérieure à la mobilité des cordes vocales et on aura un mouvement ralenti des cordes vocales.

À observer en stroboscopie :

- La symétrie vibratoire entre les deux cordes vocales
- La régularité vibratoire
- La qualité de fermeture glottique
- Amplitude de la vibration
- ondulation de la muqueuse



2) les examens para clinique :

Au moindre doute il faut faire une Pan-endoscopie :

si on a un souci sur un larynx on demande cet examen. Le patient est endormi. On a une spatule de bouchailler qui nous permet d'aller voir les sinus piriforme et de descendre jusqu'au cordes vocale.

C'est le meilleur examen pour faire un bilan lésionnel complet!

Si on veut associer un geste opératoire:

Laryngoscopie Direct en Suspension (LDS) avec la canule de bouchailler qui est suspendu grace a une branche métallique et on voit directement le larynx. On va donc pouvoir travailler au microscope et pouvoir enlevé des lésion des cordes vocales, du pharynx, etc... qu'elle soit bénigne ou malignes.



Examen du larynx:

reste basé sur le fibroscope et l'optique rigide (si vraiment on a aucun matériel on utilisera un miroir de clark).

Le fibroscope et l'optique rigide sont complémentaire: le fibroscope plutôt pour voir le pharynx et l'optique rigide plutôt pour voir la mobilité des cordes vocales.

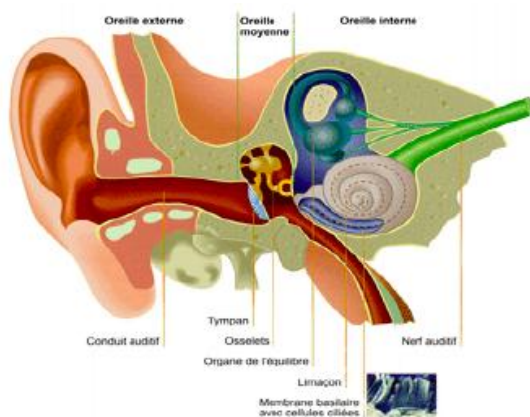
Au moindre doute on fait un scanner au patient pour vérifier qu'il n'y est pas de lésion particulières.

Fonction auditive

I Intro:

connaître l'anat et physio du système auditif.

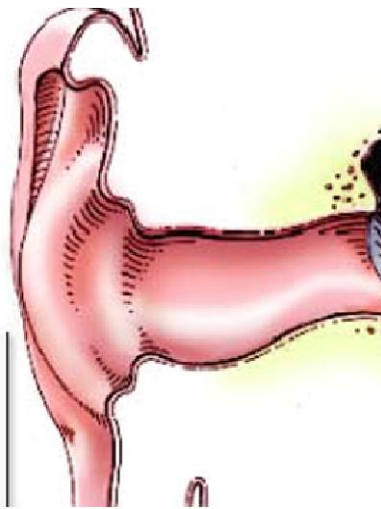
Anatomie de l'oreille, elle se compose de 3 partie:



- **Externe:** Pavillon et conduit auditif c'est-à-dire tous ce qui est en dehors du tympan. C'est donc de l'épiderme.
- **Moyenne :** Avec chaîne des osselets:
 1. Marteau
 2. Enclume

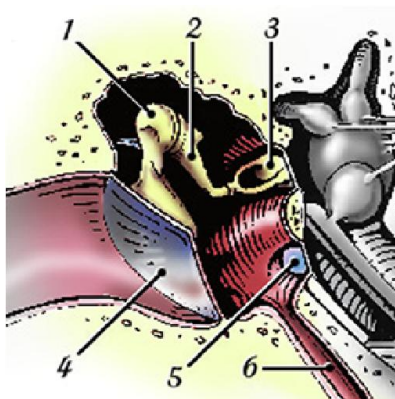
3. Etrier: il est au contact de la platine c'est-à-dire au contact de l'oreille interne. (La platine est la membrane qui sépare oreille moyenne de l'oreille interne sur laquelle s'insère l'étrier.)
- **Interne:** elle a une fonction auditive et une fonction vestibulaire (équilibre).
 La partie ant de l'oreille interne est la cochlée: c'est une petit limaçon qui fait deux tour et demie dans lesquelles sont les cellules neurosensoriels ciliées qui permettent de traduire une vibration aérienne (qui se transmet au liquide) en signal électrique.
 La partie post c'est le système vestibulaire avec la saccule et la macule et 3 canaux semi circulaire dont 2 verticaux et 1 horizontal. Ces canaux vont codé pour des accélération rotatoire avec le nerf vestibulaire supérieur et le nerf vestibulaire inférieur.

1) On revient a l'oreille externe:



Le pavillon a pour but de capter et d'amplifier les sons en le conduisant jusqu'au tympan.

2) L'oreille moyenne:



(1: marteau 2:enclume 3:étrier 4:tympan 5:fenêtre ronde 6: trompe d'eustache)

Limité par le tympan en dehors et la platine en dedans.

Elle contient la chaîne des osselets (marteau enclume étrier qui repose sur la fenêtre ronde (au niveau de la platine) et qui va donc etre en contact avec le limaçon de la

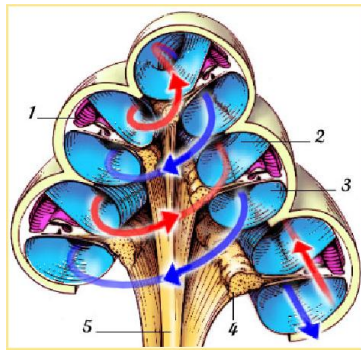
cochlée).

Elle est uniquement aérée par la trompe d'eustache physiologiquement.

Quand on a une otite séreuse on va avoir une obstruction de la trompe d'eustache qui entraîne une stagnation des liquides au niveau de l'oreille moyenne.

Ce qui fait bouger la trompe d'eustache c'est les muscles du palais ce qui explique que lorsqu'on bâille on débouche la trompe d'eustache.

3) L'oreille interne:



(1:canal cochléaire 2:rampe tympanique 3: rampe vestibulaire 4:ganglion spiral 5: fibre du nerf cochléaire)

La cochlée : labyrinthe ant avec les cellules cilié interne qui vont codé les vibration liquidienne du conduit (émisent grace au vibration aérienne sur la platine) en signal électrique.

Les cellules les plus proche de la platine code pour les signaux aigues et celles loin de la platines vont codé pour les graves.

Donc si on a un traumatisme sonore on aura principalement la perte des sons aigues car ce se sont les cellules les plus proche de la platines qui sont les plus sensible.

Tympan normal: brillant et translucide (on peut voir le marteau qui part en arrière), si il y a du liquide derrière le tympan sera mate ou il pourrait y avoir du pus dans le cas d'une otite séreuse.

Si on a une perforation du tympan on perd environ 20 a 30 db car on perd un vibreur, alors que si il y a une section complète des osselets on va perdre 30 a 40 db.



II L'acoumétrie :



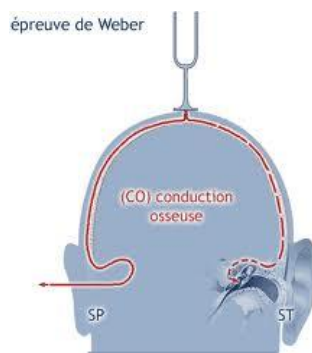
S'effectue a l'aide d'un diapason, il **permet d'évaluer l'importance de la surdité et si c'est une surdité transmissionnelle ou neurosensoriel.**

Surdité **transmissionnelle**: problème vient de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne.

Surdité **neurosensoriel / de perception**: problème vient de l'oreille interne et du nerf.

On compare les vibrations sonores qui vont être transmises par l'air ou l'os.

1) Fonctionnement: test de weber



Avant d'utiliser le diapason il faut vérifié l'état du tympan s'il est percé ou non.

On met le diapason sur la tête du patient (au milieu du front) et on demande au patient de quel côté il entend.

Si il entend pareil des deux côtés a priori tout va bien a moins qu'il est une surdité bilatérale de mm importance (symétrique).

Si d'un côté il entend moins bien c'est peut être que les cellules neurosensorielles de la cochlée ne marchent pas bien voir pas du tout.

Si le patient a une surdité de perception a D (c'est-à-dire que les cellules neurosensorielles ne fonctionnent pas) il va dire qu'il entend le son a G.

Si il a une surdité de transmission (c'est-à-dire un comblement conduit externe ou otite sérieuse ou rupture osselette) il va dire qu'il entend du côté ou il y a un problème, la conduction osseuse va amener le son jusqu'à la cochlée. Dans une oreille normale le son repart par la ch ene des osselets et sort. Mais si il y a un obstacle au niveau de l'oreille moyenne ou externe le son va faire écho dans l'oreille interne. Au final le patient dira qu'il entend mieux du côté de sa surdité !!

Rq: quelqu'un de normale entend mieux la conduction aérienne que l'osseuse.

Astuce pour repérer directement un patient avec une surdité de transmission (souvent du a une otospongiose) quand il arrive a votre bureau il va poser sa tête dans ses mains et s'appuyer avec les coudes sur la table afin d'augmenter la conduction

osseuse.

Ex:

1. Quelqu'un qui entend pareil des deux oreilles, quand on pose le diapason il entend où ? Pareil des deux côtés (ça veut pas dire que son audition est normale !)
2. Quelqu'un qui n'entend plus rien de l'oreille droite avec une surdité neurosensorielle ?? Il entendra mieux à G.
3. Un jeune qui a une otospongiose à G ? il va entendre mieux à G.