

Connaissances minimales sur l'oreille, le nez et la gorge

Les maladies des oreilles, du nez et de la gorge (ORL) représentent plus de 10 % des consultations de médecine générale. La compréhension des symptômes et la capacité de réaliser un examen ORL de base sont nécessaires à tous les médecins. Pour les non-spécialistes, un otoscope permet l'examen des oreilles, de la gorge et de la portion antérieure des fosses nasales. Comme pour toutes les évaluations cliniques, celle-ci commence par une histoire de la maladie. La qualité de la voix, son timbre, le degré de nasalité et tout handicap de l'audition deviennent rapidement évidents.

• L'OREILLE

Les symptômes fréquents sont:

- la surdité;
- l'écoulement;
- la douleur;
- les acouphènes;
- les oreilles « bouchées »;
- les vertiges.

Examen de l'oreille

L'examen formel de l'oreille débute (Point de révision 17.1) par une inspection de l'oreille externe; les anomalies macroscopiques et l'absence de malposition du pavillon doivent être immédiatement notées car elles sont soit des lésions isolées soit elles appartiennent à un syndrome comme celui de Treacher-Collins.

POINT PRATIQUE

Les seuls instruments nécessaires à un non-spécialiste sont un abaisse-langue et un otoscope pratique (Fig. 17.3).

Notez la présence de tâches pré-auriculaires, de marques, de sinuosités ou d'autres anomalies comme des tophus et autres lésions du pavillon lui-même (Fig. 17.1). Le gonflement et la sensibilité apparaissent lors d'une cellulite, d'une chondrite ou d'une périchondrite du pavillon. Les fentes du pavillon de l'oreille sont associées avec les maladies des artères coronaires (Fig. 17.2). Repliez le pavillon vers l'avant et recherchez des cicatrices, des gonflements rétro-auriculaires comme les kystes sébacés et de possibles carcinomes. Recherchez des ganglions lymphatiques pré- et rétro-auriculaires.

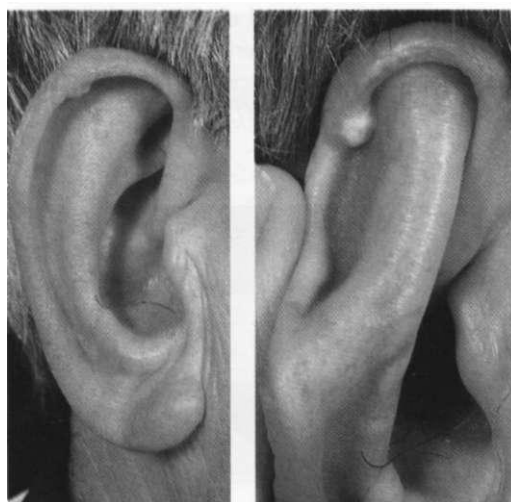


Figure 17.1. Tophus goutteux. Noter que cette lésion peut ne pas être remarquée si l'examen n'est pas assez attentif.

Comprendre les différents appareils



Figure 17.2. Une fente profonde du pavillon de l'oreille. Ces lésions, bien qu'occasionnellement congénitales, sont associées à des maladies coronariennes.

Avant d'examiner l'oreille externe, inspectez l'ouverture du méat auditif externe, à la recherche de signes d'écoulement, et notez sa nature. Puis, utilisez l'otoscope avec un spéculum de taille adaptée pour examiner la profondeur du canal et le tympan. Une technique correcte vous offrira une vue optimale de ces structures tout en minimisant le désagrément pour le patient. Pour l'oreille gauche, tenez l'instrument dans la main gauche; reposez le bord ulnaire de votre main sur la joue de votre patient et rigidifiez le canal auriculaire en tirant doucement sur le pavillon avec la main droite (Fig. 17.3).



Figure 17.3. Utilisation correcte de l'otoscope.

POINT DE RÉVISION 17.1 Examen de l'oreille

Évaluez l'audition pendant que vous prenez l'histoire clinique.

Notez la présence et la position du pavillon de l'oreille.

Examinez la région rétro-auriculaire.

Avant d'introduire le spéculum dans le méat auditif, examinez son ouverture.

Utilisez un spéculum de taille adaptée et introduisez-le doucement.

Examinez la profondeur du canal et le tympan.

Évaluez l'audition par le diapason et par des tests plus formels de l'audition, y compris l'audition de la parole.

Pendant que vous introduisez le spéculum, notez toute anomalie du canal comme une otite externe, un furoncle ou des exostoses. S'il est présent, le cérumen devra être retiré doucement avec une seringue. En cas d'otite externe ou de furoncles, soyez très doux car le canal peut être extrêmement sensible.

Le tympan normal se présente comme un cône peu profond comportant une zone de réflexion antérieure et inférieure de la lumière d'examen, le cône lumineux. Le manche du marteau est observé, se projetant en bas vers l'umbo, et la jonction enclume-étrier peut être observée à travers la membrane normale semi-transparente (Fig. 17.4). De précédentes maladies inflammatoires de l'oreille peuvent avoir provoqué un épaississement. S'il y a eu un épanchement dans l'oreille moyenne, le tympan aura une apparence jaunâtre.

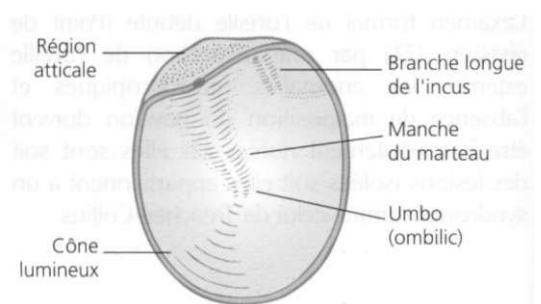


Figure 17.4. Aspect du tympan gauche normal.

nnnaksanrps minimales sur l'oreille, le nez et la gorge

On aura peut-être identifié une perforation de la *pars tensa* ou de la portion centrale. La perforation de l'attique peut être plus difficile à observer, cachée par une petite croûte qui la recouvre. Les caractéristiques des perforations sont montrées dans la figure 17.5.

POINTS	
Attico-antral (dangereux)	Tubotympanique (relativement anodin)
Écoulement discret invasif	Écoulement abondant et muco-purulent rarement invasif
Cholestéatome	Maladie inférieure
Perforation/défaut de la région atticale peut être masquée par une croûte	Perforation de la partie tendue
Partie tendue du tympan peut être normale	Attique normal

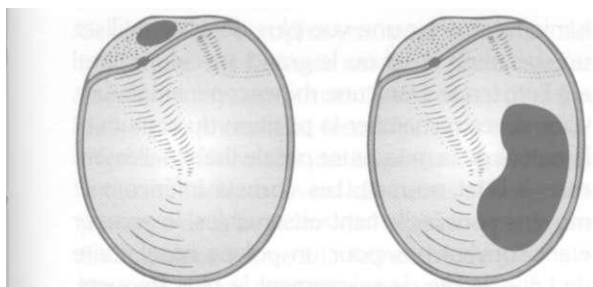


Figure 17.5. Régions de perforation du tympan.

L'audition peut être testée par de simples tests vocaux, mais les tests de Rinne et Weber de la conduction aérienne et osseuse nécessitent l'usage d'un diapason à 512 Hz (Fig. 17.6).

Test de Rinne

La conduction aérienne est testée en présentant le diapason à 2,5 cm approximativement de l'oreille, les branches parallèlement au canal auditif (Fig. 17.6a); la conduction osseuse est évaluée en appuyant le diapason fermement contre la mastoïde (Fig. 17.6b). Demandez au patient de préciser dans quelle situation le diapason est le mieux perçu.

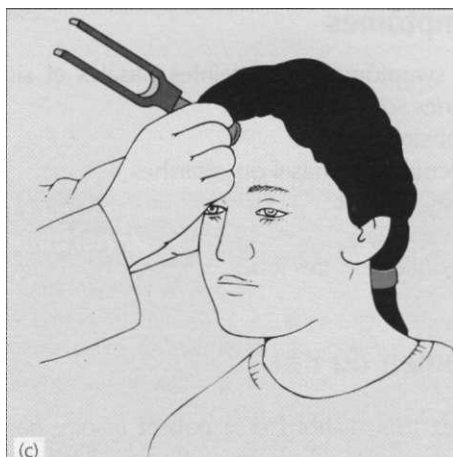
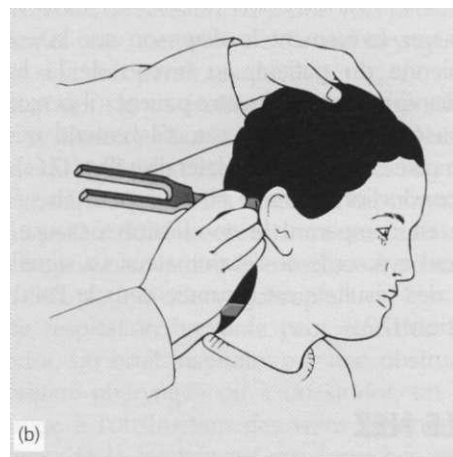
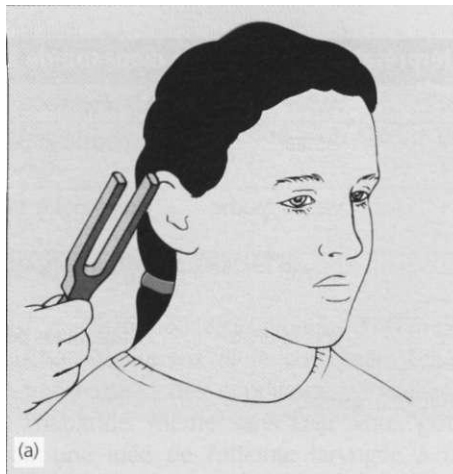


Figure 17.6. (a), (b) Test de Rinne. (c) Test de Weber. Il est essentiel de maintenir d'une main la tête du patient pour permettre une pression appuyée lors des tests de conduction osseuse.

Comprendre les différents appareils

POINT DE RÉVISION 17.2

Interprétation des tests au diapason de Rinne et Weber

Rinne	Weber	Signification
D + G +	Central	Hypoacousie de perception bilatérale discrète, modérée ou sévère
D + G -	Vers la gauche	Hypoacousie de conduction à gauche ou mixte
D - G -	Central	Hypoacousie bilatérale mixte ou de conduction
D + G -	Vers la droite	Hypoacousie de perception profonde ou sévère à gauche

D : droite. G : gauche.

Test de Weber

Appuyez fermement le diapason sur la voûte crânienne du patient, au niveau de la ligne médiane, demandez à votre patient s'il perçoit le diapason et, si c'est le cas, s'il l'entend mieux d'un côté ou si le son se latéralise (Fig. 17.6c).

La conduction osseuse absolue peut être évaluée en comparant la conduction osseuse du patient avec celle de l'examineur. La signification des résultats est résumée dans le Point de révision 17.2.

• LE NEZ

Symptômes

Les symptômes des atteintes nasales et sinusiennes sont les suivants :

- obstruction;
- écoulement nasal ou catarrhes;
- saignement;
- céphalées;
- gonflement des joues.

Examen du nez

Notez tout d'abord si le patient respire par la bouche, voire s'il semble suffoquer. Recherchez des lèvres sèches indiquant une obstruction nasale. Une première orientation suggérant une fente palatine peut-être une voix hypernasale (Point de révision 17.3). Examinez ensuite la pyra-

mide du nez à la recherche d'anomalies de taille, de forme et de position comme le rhinophyma, et la nature d'un éventuel écoulement nasal.

Vous aurez une bonne appréciation de la partie antérieure de la cavité nasale en soulevant le bout du nez et en utilisant une bonne source lumineuse; pour une vue plus détaillée, utilisez un spéculum nasal ou le grand spéculum aurai sur l'otoscope. Dans une rhinoscopie antérieure, vous devez rechercher la position du septum et la nature de la muqueuse nasale (habituellement rose à l'état normal). Les cornets inférieurs et moyens sont facilement observables, le premier étant souvent pris pour un polype nasal. L'aire de Little, le site de saignement le plus fréquent, se situe à la partie antérieure du septum.

POINT DE RÉVISION 17.3

Examen du nez

Pendant le recueil de l'histoire clinique, relevez une hyponasalité ou une hypernasalité.

Recherchez un écoulement nasal.

Examinez la pyramide nasale et recherchez une déviation latérale.

Faites un examen intranasal avec une bonne lumière et un spéculum approprié.

Notez la position du septum et la nature de la muqueuse nasale.

Les signes importants sont:

Œdème de la joue (Fig. 17.7) ;

Epistaxis (écoulement de sang) unilatéral ;

Polype nasal unilatéral.

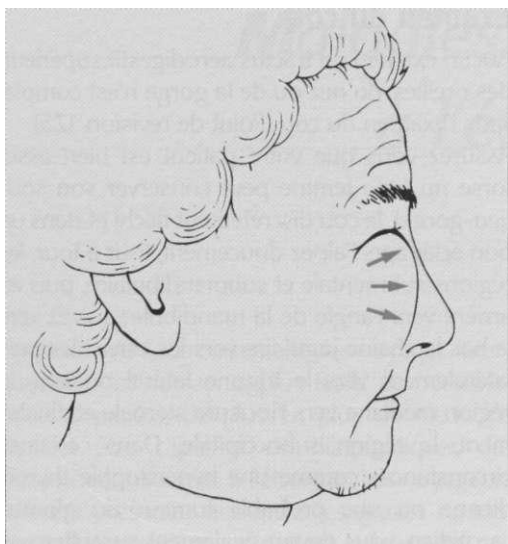


Figure 17.7. L'œdème de la joue peut être un signe de cancer du sinus.

L'examen de l'oropharynx peut apporter des indications sur l'atteinte nasale, la présence d'un écoulement muco-purulent rétro-nasal peut être due à une pharyngite secondaire, par exemple. Vérifiez la filière aérienne en plaçant un abaisse-langue métallique devant les narines et notez l'importance de la buée lors de l'expiration par le nez. Enfin, palpez le nez à la recherche de modifications de structure et de zones sensibles devant les sinus maxillaires et frontaux, ou d'un œdème de la joue qui peut signer un carcinome maxillaire.

POINT PRATIQUE

Un œdème de la joue est rarement d'origine infectieuse mais peut être dû à un carcinome maxillaire.

• ATTEINTES PHARYNGÉE ET LARYNGÉE

Symptômes

Voici les signes d'atteintes pharyngée et laryngée:

- enrouement;
- sécrétions dans la gorge ;

- dysphagie;
- masse dans la gorge;
- gonflement du cou;
- respiration bruyante due à un stertor ou un stridor.

Examen de la bouche

Tout médecin doit être capable d'examiner la bouche, le pharynx et le cou, mais l'examen laryngé requiert des conditions particulières et de l'habitude. Même sans cela, vous pourrez avoir une idée de l'atteinte laryngée à partir d'une bonne histoire clinique et en écoutant la voix (Point de révision 17.4). Une voix faible peut orienter vers une paralysie du nerf laryngé, surtout si la voix paraît rauque.

Notez des signes éventuels d'une autre atteinte du système nerveux comme une paralysie du voile du palais ou de la langue, ou des stigmates de maladies générales comme l'hypothyroïdie. Tout patient dont la voix est enrouée depuis plus de trois semaines doit être adressé à un médecin ORL pour une laryngoscopie.

Une respiration bruyante peut être due à un stertor, un bruit inspiratoire à une obstruction d'origine pharyngée ou à un stridor, un bruit rauque à l'obstruction des voies aériennes du larynx, de la trachée ou des bronches principales.

POINT DE RÉVISION 17.4

Examen de la bouche, du pharynx et du larynx

Notez la qualité de la voix.

Si celle-ci est enrouée et que vous entendez une toux rauque, observez les cordes vocales.

Recherchez un stridor et un stertor.

Examinez la bouche et le pharynx dans une bonne lumière après avoir enlevé tout appareil dentaire.

Examinez la région tonsillaire, le gosier, le palais et la paroi pharyngée postérieure.

Une asymétrie ou des irrégularités des tonsilles orientent un carcinome.

Comprendre les différents appareils

POINT PRATIQUE

Tout patient dont la voix est enrouée depuis plus de trois semaines doit être adressé à un médecin ORL pour une laryngoscope

Rappelez-vous enfin d'examiner la bouche sans les appareils dentaires (s'il y en a) ; ils pourraient masquer un carcinome du plancher ou de la région postérieure de la bouche.

Examen du pharynx

Vous aurez besoin d'un bon éclairage et d'un abaisse-langue. L'isthme du gosier doit être examiné en premier, puis les tonsilles (amygdales) si elles sont présentes. Les tonsilles volumineuses ne sont pas nécessairement un signe pathologique. Les cryptes tonsillaires remplis de débris forment des *tonsillolithes*. Un gonflement important des tonsilles, couvert de membranes blanches, oriente vers une angine à streptocoque (Fig. 17.8). Soyez attentif à une asymétrie ou à des irrégularités en raison de la possibilité d'un néoplasme. Examinez le voile du palais à la recherche d'une paralysie ou d'une cicatrice de fente palatine opérée. Examinez la paroi postérieure de l'oropharynx en notant la présence de follicules lymphoïdes inflammatoires.



Figure 17.8. Angine à streptocoque. Une gorge très irritée avec des membranes blanches recouvrant des tonsilles hypertrophiés doit vous orienter vers ce diagnostic.

Examen du cou

Aucun examen du tractus aérodigestif supérieur, des oreilles, du nez ou de la gorge n'est complet sans l'examen du cou (Point de révision 17.5). Assurez-vous que votre patient est bien assis, torse nu (une femme peut conserver son soutien-gorge), le cou discrètement fléchi et dans un bon éclairage. Palpez doucement, tour à tour, les régions submentale et submandibulaire, puis en arrière vers l'angle de la mandibule; suivez vers le bas la chaîne jugulaire vers les clavicules puis latéralement vers le trigone latéral du cou, la région médiane vers l'incisure sternale et, finalement, la région suboccipitale. Dans certaines circonstances comme une hypertrophie thyroïdienne ou une probable tumeur du glomus carotidien, vous devrez également ausculter.

POINT PRATIQUE

N'oubliez pas l'éventualité d'une leucémie aiguë chez un patient à la gorge ulcérée et des gencives infectées et hémorragiques.

Si les glandes submandibulaires ou parotide sont œdématisées, vous devrez pratiquer un examen intra-oral et bimanuel à la recherche de toute anomalie ou écoulement des canaux évacuateurs submandibulaires ou parotidiens. Palpez ensuite à la recherche d'un calcul.

POINT DE RÉVISION 17.5

Examen du cou

Votre patient doit être assis avec le cou discrètement fléchi et le torse nu.

Soyez méthodique et doux.

N'oubliez pas d'examiner les structures médianes.

Si les glandes salivaires sont gonflées, examinez les orifices buccaux des canaux salivaires et faites une palpation bimanuelle.

Auscultez un gonflement thyroïdien et une éventuelle tumeur du glomus carotidien.