

Patho	Caractéristique			
<b>Cause conductive</b>	- IF <sup>r</sup>	- Anatomique	- Tu <sup>m</sup>	- Iatrogénique
<b>Cause de percep°</b>	- Trauma	- M. dégénérative	- Congénital	- Tu <sup>m</sup> - Post-IF <sup>cx</sup>
<b>Anosmie</b>	Incapacité de sentir les odeurs			
<b>Ageusie</b>	∅ de gout → concerne uniquement le sucré/salé/acide/amer/umami (pas les saveurs appréciées par l'odorat)			
<b>Hyposmie</b>	↓ Capacité à sentir les odeurs			
<b>Dysosmie</b>	Identifica° déformée des odeurs			
	<b>Parosmie</b>	Percep° changée d'une odeur → souvent percep° odeur désagréable		
	<b>Phantosmie</b>	Percep° d'une odeur en son ∅ → Est neuro <sup>i</sup> voire psychiatrique		
	<b>Agnosie</b>	Incapacité de classif, ou de contraster les odeurs → Mais on peut les détecter		
	<b>Cacosmie</b>	Tble olfactif : Designe cert. odeurs comme désagréables alors qu'elles ne le sont pas ou inversement → C'est IF <sup>cx</sup> (affec° d'une affec° d'une voix aérienne ou de l'appareil dig sup)		

Patho	Caractéristiques	Exam Clinique	Exam complémentaires	Etiologies
<b>Dysphonies</b>	<p>= Trouble de la voix d'origine laryngée</p> <p>Pour le bilan d'une lésion on fait TDM ou IRM.</p> <p>/ !\ Toute dysphonie persistante est un cancer du larynx jusqu'à preuve du contraire</p>	<p>Interro :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractères (durée, horaire, ancienneté...)</li> <li>- Si. fonctionnels assoc :</li> <li>→ Patho de l'oro ou hypo-pharynx qui retentit sur les CV (otalgie, odynophagie, fausse route, dysphagie, dyspnée, signe extra-ORL)</li> <li>→ On s'intéresse à tout ce qui peut avoir des répercussions sur le larynx.</li> <li>-ATCD (iatrogène, M. générale)</li> <li>- Intox (alcoolo-tabagique) → lié au Cancer +++</li> <li>- Profession (entraîne un surmenage vocal)</li> </ul>	<p>Exam de base des CV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibroscopie Naso-Pharyngo-Laryngée devant toute dysphonie (qui persiste et ne s'améliore pas dans le tps ou si l'exam au miroir est dif. réalisabl)</li> <li>• Laryngoscopie directe en suspension au µscope sous AG avec biopsie si anomalie lors de l'exam clini. → A faire si lésions suspect type nodule/Tu<sup>m</sup></li> <li>• Laryngoscopie indirecte : Permet de voir les 3 étages laryngés via un miroir → On peut voir les CV de manière indirecte (on a une img inversée) → Aide avec une lampe frontale.</li> <li>• Endoscopie Laryngée → Permet de faire des prélèvements ou de retirer une anomalie de manière précise (se fait sous anesthésie générale)</li> <li>• µ-Laryngoscopie en suspension → tube est en « suspension » pour avoir les mains libres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Toute dysphonie qui persiste (&gt; 3 sem) → Rech. d'un canc. des CV</li> <li>o Si paralysie → Rech. un canc. sur le trajet du n. pneumogastrique ou du n.récurrent</li> <li>Si lésion bénigne type polype ou peut faire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stroboscopie (apprécia° de la vibra° vocale)</li> <li>- Bilan phoniatrique (Enregistre et analyse la voix)</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Dysphonie Ä (&lt; 3sem)</b>	Causes : - Infectieuse +++ (laryngite → Att de toute la muq respi + oed des CV) - Traumatique (+ rare) int ou ext		
	<b>Dysphonie chronique</b>	Avec CV normales	<p>Origines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychique (F avec aphonie tot qui s'apparente à une hystérie de conversa° → début brutal + évo° capricieuse)</li> <li>- Avec att. IFR des CV (syndrome sec, granulome, arthrite crico-arythénoidienne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spasmodique : Larynx qui a des mvts irréguliers, atypiques dans un context psycho. assez particulier</li> <li>- Myasthénique (fin de journée, voix difficile, atteinte des petits m) + ptosis et tble de la dégluti°</li> </ul>
		Chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tu<sup>m</sup> (bénigne +++ comme le papillome)</li> <li>- Malforma° : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Acquis (laryngocèle)</li> <li>o Congénitale (kyste, synéchie, angiome sous-glottique)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphonie fonctionnelle (∅ anomalie flagrante mais on doit réapprendre à parler avec l'orthophoniste)</li> </ul>
<b>Intox alcoolo-tabag'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer du larynx (carcinome epidermoïde)</li> <li>• IF° chronique (laryngite → Son Ri. est de dégénéré en Canc.)</li> <li>• Professionnel de la voix (polype, kyste, ulcère, cordite...)</li> <li>• ATCD iatrogène ou traumatique (granulome post-intuba°, sténose laryngée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oed de Reinke (Pseudommyxome)</li> <li>• Lésion pré-cancéreuses (leucokératose)</li> <li>• Tu<sup>m</sup> bénigne (Papillomatose laryngée)</li> </ul>		

<b>Dysphonie</b>	<b>Paralysie Motrice Laryngée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paralysie à l'ouverture : Dysphonie importante + fausses routes à la dégluti° (liq +++)</li> <li>• Paralysie en fermeture : ø fausse route → CV se rejoignent, ø de fuite à la phona°, voix ≈ normale.</li> <li>• Paralysie laryngée unilatérale → voix typiquement soufflée ou bitonale + fausses routes</li> </ul>	<p>Si difficulté diagno entre paralysie laryngée et blocage mécanique des cordes → Electromyographie des CV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laryngoscope au miroir + nasofibroscope : On aura des si. directs et indirects de paralysie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobilité CV et cartilage arythénoïde (CA)</li> <li>- Amyotrophie CV</li> <li>- Bascule ant de CA</li> <li>- Sous décalage de la CV</li> </ul> </li> <li>• Si le pat. est fumeur → Laryngoscopie en suspension en suspension à discuter</li> </ul> <p>Si on trouve rien → Scanner de la base du crâne jusqu'au diaphragme → rech cause cervicale en 1<sup>er</sup> puis une cause médiastinale G → Quand on a élim. on monte pour chercher petit AVC nvx de la base du crâne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o latroG ou traumati (chir...)</li> <li>o Tum +++ (canc. thyroïde, cervical, trachée, foramen jugulaire...)</li> <li>o Idiopathique (diagno d'élimina°)</li> <li>o Cardiaque (M. mitrale...)</li> <li>o Neuro (AVC, SEP...)</li> </ul> <p><b><u>Diagno. différentiel :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ankylose crico-arythénoïdienne</li> </ul>
		<b>Dyspnée Laryngée</b>	<p>= Difficulté respi dûe à une ↓ du ø du larynx (↓ au nvx des CV) → URGENCE ORL</p>	<p><b><u>Interro :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractère (ancienneté/évo°...)</li> <li>- ATCD (laryngés, chir, allergie, radiothérapie)</li> <li>- Intox alcool-tabagi +++ (cancer larynx)</li> <li>- Si. fonctionnels (otalgie, dys/odynophagie, fausses routes + si. extra ORL)</li> </ul> <p><b><u>Exam Clini :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eval le retentissement cardio-respi</li> <li>- On réalise un exam ORL</li> </ul> <p>Si. Clini :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspnée inspi à type de bradypnée</li> <li>- Bruit de cornage</li> <li>- Tirage (sus sternal → inter costal → épiG (si le pat est vraiment en dif. respi))</li> </ul>

# Dyspnée Laryngée

Etiologies :

Cause Neuro		Tu <sup>m</sup>		IFc°	IF°				
Paralysie laryngée en fermeture (diplégie laryngée)		Spasme Laryngé		→ Provoque Oed (rare)	- Allergie, Oed de Quinck - Oed. post-radique (lié à la radiothérapie) - Inhala° de vapeurs caustiques (provo. oed)				
Centrale (rare)	Periph (+++)	Bénignes	Malignes (alcoolo-tabagique)	○ Laringites :					
• Ä (virale ou vasculaire) • Chroni (Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA), SEP)	• Chir (thyroïde +++) • Tu <sup>m</sup> thyroïde • Tu <sup>m</sup> cervicale ou du mediastin	• Exagéra° des rflx de fermeture laryngée • Causes multiples (RGO, fausses routes, M. neuro, conversion hystérique (diagno. d'élimina°))	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Corps Etrangers</th> <th>Traumati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>- Trauma ext de larynx - Sténose laryngo-trachéale (post intuba°, M. de Wegener)</td> </tr> </tbody> </table>	Corps Etrangers	Traumati		- Trauma ext de larynx - Sténose laryngo-trachéale (post intuba°, M. de Wegener)	- Ä (épiglottite) - Diphtérique - Virale, tuberculeuse	
Corps Etrangers	Traumati								
	- Trauma ext de larynx - Sténose laryngo-trachéale (post intuba°, M. de Wegener)								
<b>Causes chez l'adulte :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tu<sup>m</sup> +++</li> <li>• Oed laryngé +++</li> </ul>		<b>Cause chez l'enfant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sténose laryngée iatrogène</li> <li>• Paralysie laryngée bilatérale</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nourrisson &lt; 6mois → Angiome sous glottique</li> <li>• Après 6 mois → Ifcx (laryngite striduleuse, épiglottite, laryngite sous glottique) → Corps étrangers (par inhala°)</li> </ul>					

Patho	Caractéristiques	Exam Clinique	Exam complémentaires	Etiologies
<b>Dysphagie</b>	<p>= Difficulté lors de la dégluti° d'origine haute (nvx cervical) ou basse (nvx du thorax)</p> <p>/ !\ Tabac → canc. larynx Alcool → Canc. Nasopharynx</p> <p><b>Dysphagie Ä causes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IFcx (angine)</li> <li>- Cps étranger pharyngo-oeso</li> <li>- Brûlure par caustique</li> </ul>	<p><b>Interro :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carctère (acienneté, durée, horaire, solide/liq)</li> <li>- Si. fonctionnels assoc (otalgie, odynophagie, dysphonie, fausses routes, dyspnée, si. extra-ORL)</li> <li>- ATCD (M. générale, iatrogène)</li> <li>- Habitus (intox alcool-tabac)</li> </ul> <p><b>Inspec° :</b></p> <p>Cavi. buccale, oro-pharynx, hypo-pharynx, larynx</p> <p><b>Palpa° :</b></p> <p>Axe laryngo-trachéale, thyroïde, aires ganglionnaires cervicales</p> <p>→ Exam clini par nasofibroscopie (exam morphologi + exam neuro (V, VII, IX, X, XII))</p> <p>→ Chercher des Si. infirects (stase salivaire qui montre un obstacle au nvx du SSO ou une ↓ de la propulsion pharyngé.)</p> <p>→ On peut réaliser une Fibroscopie de la dégluti°</p> <p>L'att. du X :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobili du larynx, tble de la Se coté atteint</li> <li>- Béance du sinus piriforme atteint + stase salivaire</li> <li>- Si. du rideau</li> </ul>	<p><b>Si clini :</b></p> <p>En fct fun vx de l'atteinte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att du tps volontaire (tps buccal) = origine haute</li> <li>- dif. de la mobili. linguale, dentaire, de la mastica°</li> <li>- bavage</li> <li>- mvts anormaux de la sphère oro-faciale</li> <li>- Perturba° des praxies buccales</li> </ul> <p>→ cherche une difficulté de déclenchement du tps réflexe de la dégluti° (= att. neuro<sup>i</sup> grave (rare))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att pharyngo-oesophagienne = origine basse</li> <li>- Blocage des alim dans région cervicale basse</li> <li>- dégluti° répétée d'une même bouchée</li> <li>- mastica° prolongée</li> <li>- voix gargouillante, humide</li> <li>- Reliquat alimentaire bucco-pharyngé</li> </ul> <p><b>Devant toute Dysphagie faire Exam ORL et Fibro oeso !</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att. des mécanismes de protec°</li> <li>- Fausses routes +++ → toux au moment des repas (existe aussi FR silencieuses avec ø de toux)</li> </ul> <p>→ Cause possi : pneumopathie d'inhala°</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régurgita° nasale → Paralysie du voile entraîne un reflux nasal des aliments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes mécani :</li> <li>- Cancer oeso, pharynx, vestibule laryngé (surtout si otalgie rflex) (Tu<sup>m</sup> maligne = canc oeso, hypopharynx)</li> <li>→ Exam ORL + Fibro oeso</li> <li>- Tu<sup>m</sup> bénignes (rare)</li> <li>- Compression extrinsèque (Tum médiastion, goitre, anévrisme aorti) → RX Thorax + TDM thoraci</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att. Neuro<sup>i</sup> et neuro-m<sup>f</sup>:</li> <li>- Alzheimer (perte capacité à avaler)</li> <li>- Dissocia° automatico-vestibulaire est évocatrice d'une étio. supranucléaire + synD pseudo-bulbaire (pat. arrivent plus à avaler sur commande)</li> <li>- SLA, Tu<sup>m</sup> du 4<sup>e</sup> ventricule</li> <li>- Myasthénie, myopathie</li> <li>- Paralysie n. X</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sténose oeso</li> <li>• Tbles moteurs oeso (achalasia)</li> <li>• M. générale (HTA, Diab, anémie ferriprive)</li> <li>• RGO (dysohagie doull, capricieuse + pyrosis et synpto. de la sphère ORL)</li> <li>→ Si on ne trouve rien → IRM cérébrale à la rech. d'une cause centrale</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patho. Motrice :</li> <li>- Dysphagie intermittente assoc à régurgita° ou rumina° → Le transit baryté pharyngo-oeso fait le diagno, quand l'exam pharyngo-laryngé est normal, de Diverticule de Zenker (= Att. du SOS → Diverticule qui se forme au-dessus du SSO → P nvs de la paroi au-dessus oeso sont imppte lors du passage des aliments → Plusieurs années ap. forma° d'une poche et à la dégluti° une partie passe dans oeso et l'autre partie est stockée dans la poche → FR + régurgita° qq h ap la prise alim)</li> </ul> <p>Autres causes d'atteinte du SSO : Achalasia, SynD de Plummer Vinson (dysphagie + carence martiale) (rare)</p>	<p>Exam. Endoscopi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoscopie des VADS sous AG</li> <li>• Endoscopie Oeso</li> </ul> <p>Si on ne trouve rien à l'exam endoscopi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TOGD (on fait avaler du baryté au pat.)</li> <li>• Radio des poum, manométrie, TDM cervico-thoraci, IRM du TC, Radiocinéma (-/- fqt car trop de ryx pour les pat)</li> </ul>		