

Examenul fizic al urechii

IV.C.6.1. Examenul otoscopic

Explorarea conductului și timpanului la unele persoane se poate face fără nici un instrument, prin simpla tracțiune a pavilionului în sus și înapoi și prin îndepărtarea tragusului înainte (*otoscopie directă*) (fig. 67).

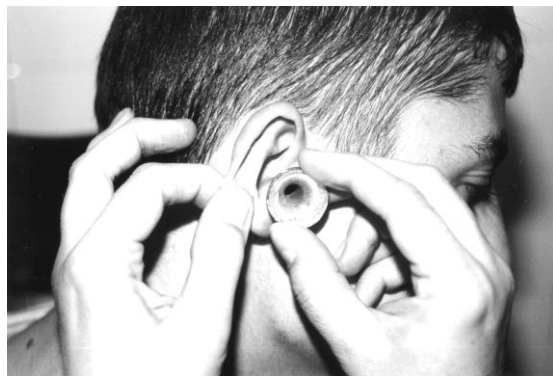


Fig.67. Otoscopie directă



Fig.68. Otoscopie instrumentală

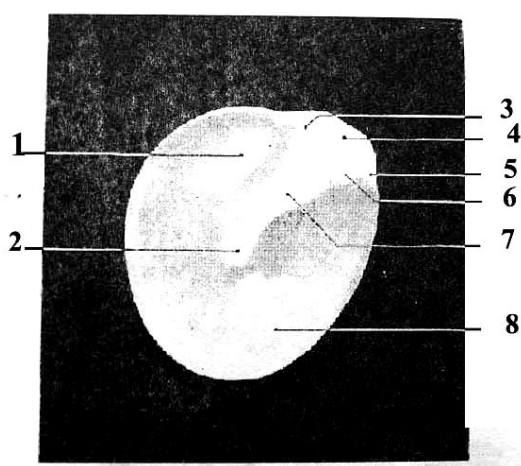
De cele mai multe ori, otoscopia se face cu speculul auricular clasic și cu lumina reflectată frontală (*otoscopie instrumentală sau indirectă*) (fig. 68). Există și specule sau otoscoape cu lumină proprie la baterie, care dispensează pe medic de folosirea oglinzii frontale și care oferă condiții foarte bune de examinare a bolnavului la pat. După ce se proiectează lumina în concă, se apucă speculul de marginea lui evazată, între police și index și se introduce ușor între tragus și marginea concăi, înfundându-l încet prin mici mișcări de rotație. În timp ce se introduce speculul cu o mână, cu cealaltă se redresează conductul, prin tracțiunea pavilionului în sus și înapoi la adult și în jos și înapoi la sugar și copilul mic. Trebuie evitată introducerea prea profundă a speculului deoarece extremitatea lui distală întâlnește porțiunea osoasă a conductului, unde provoacă durere sau chinte de tuse, în urma iritării filetelor auriculare ale vagului de la acest nivel. În asemenea situații, simpla retragere a otoscopului este suficientă pentru a face să dispară durerea și tusea iritativă. Pentru a putea explora bine toate zonele conductului și timpanului, speculul auricular trebuie mișcat în diferite sensuri, prin basculări în sus, în jos sau înainte, dar menținându-l totuși în axul conductului.

În executarea otoscopiei se pot ivi dificultăți, în special la începători, legate de existența unor obstacole naturale (abundența firelor de păr, curburi pronunțate, strâmtorarea congenitală a conductului) sau accidentale (scuame epidermice, dop de cerumen sau epidermic, corpi străini sau alte produse patologice în conduct, stenoze cicatriceale ale conductului). În asemenea cazuri, se curăță conductul prin ștergere cu stiletul port-vată, prin aspirație sau prin îndepărtarea corpurilor străini ori a produselor patologice cu instrumente speciale (pense auriculare, croșete, chiurete) sau prin spălătură auriculară cu apă caldă, cu ajutorul seringii Guyon. După

asigurarea toaletei conductului, se examinează starea pereților lui și apoi se inspectează timpanul.

La nivelul meatului și conductului auditiv extern se notează modificările de formă și direcție, ca și de culoare și aspect. În partea exterioară, membranoasă a conductului pot fi observate zone limitate congestive și tumefiate (furunculoză) sau congestie și tumefacție difuză (otita externă difuză). În porțiunea profundă, osoasă pot exista îngustări prin hiperostoze sau exostoze, care limitează vizibilitatea asupra membranei timpanice. Tumefierea peretelui superior al conductului indică o periostită și este un semn de infecție mastoidiană probabilă. Erodarea peretelui postero-superior în profunzime (fistula Gellé) este întâlnită în supurațiile cronice oto-mastoidiene. Prezența unui polip în conduct semnifică o inflamație cronică la nivelul casei timpanului.

Membrana timpanică apare strălucitoare, alb-sidefie, cu mânerul ciocanului vizibil și îndreptat în jos și înapoi către centru (umbo). De la umbo, în jos și înainte se vede triunghiul luminos. Unghiul dintre aceste două repere este de 120° și acoperă cam $1/3$ din suprafața anterioară a timpanului. În partea superioară a mânerului ciocanului se observă scurta sa apofiză, pe care se inseră ligamentele timpano-maleare. Membrana timpanică fiind translucidă, în unele cazuri, se poate vedea, înapoia mânerului ciocanului, lunga apofiză a nicovalei și, mai rar, scărița, sub forma unei linii estompate rozate (*fig. 69*).



Schrapnell; 5-lig. timpanomalear post.; 6-scurta apofiză a ciocanului; 7-mânerul ciocanului; 8-triunghiul luminos

Fig.69. Imaginea otoscopică a timpanului.

1-nicovalea; 2-umbo; 3-ligamentul timpanomalear post; 4-membrana flacidă

Cu speculul pneumatic al lui Siegle se cercetează mișcările timpanului, la fiecare variație de presiune exercitată în conduct prin intermediul parei de cauciuc. Mobilitatea membranei timpanice se observă prin lupa măritoare a speculului.

La examinarea timpanului se vor urmări: modificările de culoare și de luciu (congestie și vascularizație localizată sau difuză, dispariția reflexului luminos, aspectul mat, opac); alterarea reliefurilor normale anatomice, modificări patologice ale suprafeței, grosimii și continuității timpanului (bombare, cicatrice, pete calcare, îngroșare, atrofie, perforații), alterarea mobilității timpanice. Modificările timpanice pot fi consecința unor afecțiuni ale urechii medii, dar ele pot să exprime și o suferință a conductului (miringită). Modificările de transparență sugerează de obicei o otită medie sau sechele ale acesteia. Otitele cronice se trădează la nivelul timpanului prin leziuni caracteristice ca: eroziuni ale cadrului timpanal, perforații, polipi, granulații, colesteatom.

Explorarea membranei timpanice prin otoscopie trebuie întregită prin executarea probei Valsalva de către bolnav. În cursul acestei manevre, timpanul intact, fără perforații, dacă este mobil, bombează către conduct, iar dacă există o soluție de continuitate mică, invizibilă la simpla otoscopie, se va auzi un zgomot caracteristic la nivelul acesteia, sau se va observa apariția puroiului prin ea.

Ototimpanoscopia realizează vizualizarea și fotografierea membranei timpanice cu ajutorul ototimpanoscopului.

IV.C.6.2. *Explorarea trompei lui Eustachio* se face din punct de vedere al permeabilității ei, prin metode indirecte fără cateter sau cu cateter. Explorarea permeabilității tubare fără cateter se execută prin două metode: procedeul Valsalva și procedeul Politzer.

- procedeul Valsalva constă în crearea unei presiuni crescute în rinofaringe, punând pe bolnav să expire forțat, după o inspirație profundă, în timp ce gura și nările sunt închise ermetic. În mod normal, când trompele sunt permeabile, aerul pătrunde în casa timpanului producând bombarea timpanului (vizibilă la otoscopie) și un sunet sec, ca o pocnitură în ureche, auzit de bolnav, dar și de medic, care ascultă urechea pacientului cu ajutorul unui tub otoscopic. Este o autoinsuflație tubară.

- Procedeul Politzer este executat de medic, cu participarea directă a bolnavului. Cu o pară de cauciuc (para Politzer) se produce într-o fosă nazală o presiune crescută, în timp ce toate căile pe unde aerul ar putea să se exteriorizeze sunt închise ermetic, exceptând trompele lui Eustachio (*fig. 70*). În momentul când se insuflă aer în fosa nazală, în timp ce nara cealaltă este astupată

(pensată), bolnavul este rugat să pronunțe cuvintele: "jak", "kukuk" sau "zucker", moment ce corespunde cu ocluzia spațiului rinofaringian prin ridicarea vălului în fonație. Pentru buna reușită a probei, trebuie să existe un sincronism perfect între momentul insuflării și al fonației. Presiunea de aer crescută din rinofaringele închis ermetic determină deschiderea trompei, cu pătrunderea aerului în urechea medie. Efectele sunt similare celor din proba Valsalva și se constată atât otoscopic, cât și prin auscultație. Ridicarea vălului, cu ocluzia nazofaringelui poate fi realizată și prin înghițirea de către bolnav a unei mici cantități de apă.



Fig.70. Insuflație tubară

Explorarea trompei cu cateter poartă numele de insuflație tubară și se execută cu ajutorul sondei metalice Itard, a cărei extremitate butonată pătrunde în pavilionul faringian al trompei. Sonda se introduce, după anestezie, în fosa nazală de partea trompei de explorat și după ce a fost angajată în orificiul tubar, se insuflă aer prin para Politzer adaptată la capătul proximal al sondei. În același timp, prin tubul otoscopic, se ascultă suflul caracteristic produs de trecerea aerului prin trompă. Prin sonda Itard pot fi introduse în casa timpanului și soluții de medicamente (hidrocortizon, alfachimotripsină, antibiotice), vapori termali sulfuroși sau chiar bujii dilatatorii. În acest fel, insuflația tubară este, în același timp, o metodă diagnostică și terapeutică.

Trompa mai poate fi explorată clinic prin rinoscopia posterioară indirectă sau directă (cu specul Yankauer), prin salpingoscopie și prin endofaringoscopie (vezi examenul fizic al rinofaringelui).

Prin intermediul microscopului operator binocular, urechea medie poate fi astăzi explorată în condiții de mare finețe, pe calea conductului, fără deschiderea chirurgicală a casei timpanului sau cu deschiderea ei (timpanotomie exploratorie). Cu ajutorul examenului microscopic se pot realiza fotografierea și filmarea urechii medii, metode moderne de cercetare și instruire didactică.

Microscopia urechii permite în același timp și realizarea unei microchirurgii funcționale asupra structurilor casei timpanului și, îndeosebi, asupra scăriței și ferestrei ovale.