

IV.C.4. Examenul fizic al laringelui

Endolaringele se examinează prin două metode: laringoscopia indirectă (indirectoscopia) și laringoscopia directă (directoscopia). La acestea se mai adaugă, după împrejurări: microlaringoscopia și stroboscopia.

IV.C.4.1. Laringoscopia indirectă este metoda curentă de explorare a endolaringelui, care în majoritatea cazurilor este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. Ea se execută cu ajutorul luminii reflectate, a unui set de oglinzi laringiene de mărimi diferite, a lămpii de spirt (pentru încălzire oglinzilor) și a unei comprese, bucăți de tifon sau batiste curate pentru fixarea limbii bolnavului afară din gură. Când nu există lampa de spirt, oglinda laringiană poate fi încălzită în apă caldă sau se poate recurge la alt mijloc de dezaburire, cum ar fi introducerea oglinzii în alcool. Metoda nu poate fi aplicată la copiii sub 5 ani. Principiul laringoscopiei indirecte este asemănător cu cel al rinoscopiei posterioare și se bazează pe o elementară regulă de optică privind reflectarea unei raze luminoase și anume că unghiul de incidență este egal cu unghiul de reflectare a razei de lumină. Bolnavul este așezat în fața medicului, cu capul în ușoară extensie și cu gura larg deschisă. Examinatorul trebuie să-și protejeze fața cu o mască și ochelari de protecție. Lumina este centrată și proiectată pe baza luei. Prin intermediul oglinzii laringiene, așezată în această zonă, lumina este reflectată asupra laringelui, care devine astfel vizibil. După încălzirea oglinzii ca pentru rinoscopie posterioară, se apucă vârful limbii, prin intermediul unei comprese, între medius și policele de la mâna stângă a examinatorului, în timp ce indexul de la aceeași mână este aplicat pe incisivi superiori. Tracțiunea limbii afară din gură deplasează epiglota înainte și descoperă astfel vestibulul laringian. Cu mâna dreaptă se introduce încet oglinda laringiană în cavitatea bucală, cu suprafața lucie îndreptată în jos și cu fața metalică sprijinită de baza luei. manevra se execută cu delicatețe pentru a nu declanșa reflexul faringian de vomă. Tija oglinzii se sprijină de comisura labială stângă a pacientului. Cooperarea și relaxarea bolnavului sunt esențiale pentru reușita examenului. Pacientul este rugat să inspire și să expire regulat pe gură pentru a separa limba de vălul palatin, altfel oglinda nu poate fi pusă în poziție (*fig. 65*). Totodată trebuie avut grijă ca fața lucie a oglinzii să nu se atingă de suprafața limbii pentru a nu fi mânjită cu salivă. Limba trebuie ținută ferm. Dacă este trasă prea mult în jos, fața ei inferioară poate fi strivită de incisivi inferiori, provocând durere bolnavului și chiar rănirea frenului lingual.

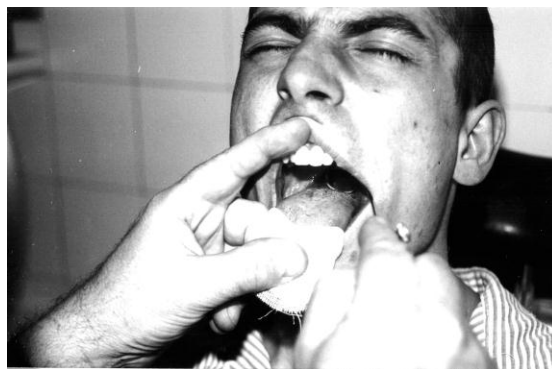


Fig.65. Laringoscopie indirectă

Odată oglinda laringiană fixată în poziție, va trebui să i se dea înclinații succesive, în vederea obținerii imaginii diferitelor regiuni ale faringo-laringelui. În timpul examinării, bolnavul va pronunța din când în când vocala "e" sau "i". În respirație și fonație imaginea laringelui este diferită. În respirație, corzile vocale sunt îndepărtate, în repaus, delimitând între ele spațiul triunghiular al glotei. În fonație (când pacientul pronunță litera "e"), corzile sunt în contact, cu aritenozii apropiați, orificiul glotic fiind redus la o simplă fantă. În felul acesta se apreciază contracția și gradul de mobilitate a corzilor vocale (*fig, 66*).

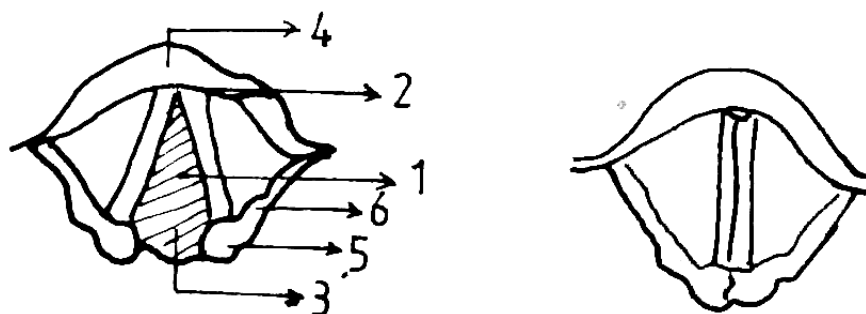


Fig.66. Imaginea laringoscopică în respirație și fonație: 1-glota; 2-comisura anterioară; 3-comisura posterioară; 4-epiglota; 5-cartilajul aritenoid; 6-repliul aritenoepiglotic

Pentru corecta interpretare a imaginii laringoscopice, trebuie știut că tot ce se află de partea dreaptă a laringelui se va reflecta în dreapta oglinzii, adică de partea stângă a medicului, și invers, iar segmentele laringelui situate anterior (epiglota, comisură anterioară) apar proiectate în partea superioară a oglinzii, spre deosebire de partea posterioară a laringelui (aritenozii, comisură posterioară), care se observă în jumătatea inferioară a oglinzii. Imaginea laringoscopică indirectă cuprinde deci: în partea de sus a oglinzii, epiglota și deasupra ei amigdala linguală și cele două fosete glosio-epiglotice sau valecule, delimitate de trei repliuri glosio-epiglotice, unul median și două laterale; lateral, repliurile faringo-epiglotice și sub ele sinusurile piriforme, delimitate

înăuntru de repliurile ariteno-epiglotice, ce leagă marginile laterale ale epiglotei de aritenoizi; central, se observă vestibulul laringian format din fața laringiană a epiglotei și benzile ventriculare, iar sub ele fanta glotică triunghiulară delimitată de marginile libere ale corzilor vocale, situate sub benzile ventriculare și mai înăuntrul lor; între corzile vocale și benzile ventriculare se văd ventriculii Morgagni; în partea anterioară a glotei este comisura anterioară mascată uneori de o proeminență a piciorului epiglotei (tuberculul lui Czermak); partea posterioară a glotei este cunoscută sub numele de comisură posterioară; sub corzile vocale se vede regiunea subglotică și, uneori, inelele traheale.

Laringoscopia indirectă poate prezenta unele dificultăți de execuție și interpretare legate de existența unor reflexe faringiene exagerate, care se înlătură prin anestezie de suprafață faringo-laringiană, prezența unei epiglote căzute sau deformată, care trebuie ridicată cu un croșet special sau necolaborarea pacientului (bolnavi nervoși, copii). Un alt obstacol în calea unei examinări corecte este bombarea limbii și contractarea ei convulsivă, faptul că baza limbii se ridică în fonație și ascunde oglinda exact în momentul când vizibilitatea este mai necesară. Acest inconvenient poate fi evitat prin apăsarea bazei limbii cu o spatulă linguală. În cursul unei laringoscopii indirecte, porțiunea cea mai greu de văzut este comisura anterioară și laringele nu poate fi etichetat ca normal atât timp această parte din laringe rămâne neexplorată. Deseori, în respirația liniștită, ea este ascunsă, dar poate fi vizibilă în fonație și, în mod deosebit, atunci când bolnavul pronunță vocala "i". Emiterea acestui sunet face ca epiglota să se ridice mai mult, descoperind comisura anterioară. Dacă nu se reușește în acest fel, se recurge la ridicarea epiglotei cu un stilet special, după anestezie, iar în caz de totală nereușită, în ultimă instanță se poate practica laringoscopia directă.

În timpul indirectoscopiei, examinatorul trebuie să inventarieze aspectele anormale și să interpreteze semnificația lor. Pot fi observate congestii, tumefacții, edeme, proliferări, ulceratii și mișcări anormale ale corzilor vocale. Deci, laringoscopia indirectă este utilă în scop diagnostic. Dar ea mai poate fi folosită pentru practicarea anesteziei locale a laringelui și a traheei, în vederea executării unei laringoscopii directe, microlaringoscopii sau bronhoscopii, ori practicării unei biopsii din laringe. Pentru ca operatorul să poată efectua aceste manevre sub vedere indirectă, având ambele mâini libere, este nevoie ca limba să fie trasă afară din gură, fie de către pacientul însuși, fie de un ajutor. În acest mod, operatorul va putea ține în mâna stângă oglinda laringiană, iar în cea dreaptă instrumentul respectiv (seringa laringiană sau pensa pentru biopsie).

IV.C.4.2. Laringoscopia directă este metoda prin care endolaringele poate fi explorat direct, nu prin imagine reflectată. Are unele contraindicații, neputând fi executată în caz de traumatisme și boli ale coloanei cervicale, dispnee laringiană accentuată și trismus puternic. Se execută cu ajutorul tuburilor metalice laringoscopice, care se introduc în cavitatea laringiană, după ridicarea epiglotei. Există multe varietăți de laringoscoape, cu lumină distală sau proximală, iar o achiziție recentă este transmisia luminii prin cablu cu fibre de sticlă, care oferă un câmp mai larg și uniform luminat. Laringoscopul folosit de anesteziști pentru intubație poate fi folosit și pentru explorarea diagnostică directă a endolaringelui. Laringoscopia directă necesită obligatoriu efectuarea unei anestezii. Astăzi se practică obișnuit anestezia generală, dar ocazional poate fi preferată anestezia locală. Relaxarea obținută prin narcoză permite o examinare mai completă decât dacă directoscopia se efectuează pe un pacient treaz și contractat.

Examinarea prin laringoscopie directă se face în decubit dorsal, cu umerii ridicați pe o pernă de nisip și cu occiputul sprijinit pe masă, într-o sală special amenajată și dotată cu instrumentarul adecvat. Laringoscopia directă constituie și primul timp al unei traheobronhoscopii. Tabloul laringoscopic direct este diferit de imaginea laringelui reflectată în oglindă. În laringoscopia indirectă, unghiul de așezare a oglinzii creează unele scurtări ale diametrului antero-posterior, astfel încât lungimea aparentă a corzilor vocale (din oglindă) este mai redusă decât cea reală (din laringoscopia directă). O altă comparație dintre imaginea laringoscopică directă și indirectă este linia vederii, care este diferită în cele două metode. În imaginea reflectată din oglindă se vede foarte puțin din fața anterioară a spațiului interaritenoidian, pe când în laringoscopia directă toată această zonă poate fi bine examinată. În plus, în imaginea din oglindă se obține o falsă impresie asupra adâncimii (înălțimii) laringelui, care apare mult mai puțin adânc decât în realitate, iar laringoscopia directă evidențiază mai bine prezența ventriculului Morgagni.

IV.C.4.3. Microlaringoscopia este bazată pe laringoscopia suspendată, care astăzi se practică cu ajutorul unui dispozitiv special, care permite fixarea tubului de laringoscopie directă pe toracele bolnavului. În acest fel, mâinile medicului sunt eliberate în vederea executării unor manevre fine asupra laringelui, sub microscopul operator. La ora actuală, majoritatea laringoscoپیilor directe pot fi executate prin această metodă. Microlaringoscopia se execută sub anestezie generală prin intubație, cu respirație controlată și având la dispoziție pense adecvate și

instrumente de mare finețe, cu ajutorul cărora se pot executa intervenții delicate sub vedere prin microscop (microchirurgie laringiană).

IV.C.4.4. Stroboscopia laringelui este metoda prin care se pot vizualiza vibrațiile corzilor vocale, care la simpla laringoscopie indirectă nu pot fi observate, fiind mult prea rapide pentru a putea fi percepute direct, cu ochiul liber. Metoda stroboscopică realizează o încetinire aparentă a vibrațiilor corzilor vocale, prin folosirea, în timpul laringoscopiei indirecte a unei surse luminoase întrerupte (pulsatile). Mijlocul original de a produce întreruperea luminoasă este un disc găurit, care se așează înaintea sursei de lumină și care se rotește cu viteze variabile, prin intermediul unui motor electric. Stroboscoapele moderne permit adaptarea automată a frecvenței impulsurilor luminoase întrerupte, cu frecvența sunetului emis de pacient. Trebuie să existe o mică diferență de 1 c/sec între frecvența sunetului emis și cea a impulsurilor luminoase, pentru a putea fi realizată imaginea stroboscopică. Stroboscopia laringelui ușurează studiul tulburărilor de fonație și contribuie la depistarea precoce a cancerului glotic.