

Institut national d'enseignement supérieur en Science
médicales de Constantine
Faculté de Médecine de Constantine Université 3

Module de sémiologie neurologique

Anomalies secondaires à des lésions du IX, X, XI et XII

**Dr GUETTARI Chaouki / HMRUC
Année 2021-2022**

V- Anomalies liées à une lésion du nerf glosso-pharyngien (IX)

Nerf glosso-pharyngien (IX): est un nerf mixte, il contient des fibres motrices, sensibles, sensorielles et végétatives.

- Fonction motrice: dont les fibres ont une origine et une distribution communes avec celles du X, et contribuent à l'innervation du voile du palais et des muscles du pharynx.
- Fonction sensitive: la sensibilité du pharynx, amygdales, les piliers vélaire (voile du palais), du 1/3 postérieur de la langue et de l'oreille moyenne (partie postérieure du tympan, conduit auditif externe).
- Fonction sensorielle: la sensibilité gustative du 1/3 postérieur de la langue (en arrière du V lingual), pour le goût (salé, sucré, aigre et amer).
- Fonction végétative: innerve la glande parotide pour la sécrétion salivaire.

Etude clinique

Symptômes :

- Dysphagie non douloureuse, responsable d'une quinte de toux, si l'atteinte est bilatérale, on peut avoir un reflux des liquides par le nez.
 - Trouble du goût (sensations amères), l'agueusie (perte du goût) du 1/3 postérieur ipsilatéral de la langue.
 - La sécrétion salivaire parotidienne, peut être diminuée,
- Examen clinique** : la composante motrice du IX, ne peut être testée qu'avec le X (en raison du partage de l'anastomose provenant du X).
- Tester le réflexe nauséux: c'est un examen pénible et ne doit être pratiqué qu'en cas de suspicion d'atteinte des nerfs crâniens inférieurs, appuyer fermement le bout de l'abaisse-langue, successivement sur chacune des fosses amygdaliennes (IX pour la composante sensitive, X pour la composante motrice), la réponse normale est un haut-le-cœur, avec contraction du palais des deux cotés, voire un vomissement, si atteinte du IX, on aura une diminution ou abolition du réflexe nauséux.
 - La composante sensitive du réflexe est testée lors du toucher du pharynx, de chaque côté, on demande au patient si la sensation est identique.

La névralgie du IX:

C'est un accès douloureux, il a les caractéristiques suivantes :

- Siège: unilatéral, oreille, la base de la langue, la partie postérieure de la gorge (en particulier la fosse amygdalienne) et sous l'angle mandibulaire.
- Irradiation : le long du cou.
- Type: en éclair, aigu.

- Intensité: modérée.
- Durée : varie de quelques secondes à deux minutes, des périodes de rémission sont possibles.
- Facteurs déclenchant : salivation, mastication, élocution, toux et le fait de tirer la langue.
- Signes accompagnateurs: trouble du rythme cardiaque, syncope par stimulation du X.
- L'examen clinique : le réflexe nauséeux est aboli.

II - Anomalies liées à une lésion du nerf pneumogastrique (X)

Nerf pneumogastrique ou le vague : est nerf mixte avec des fonctions végétatives importantes.

- Fonction motrice: de tous les muscles du pharynx, larynx, du voile du palais, il intervient dans le temps pharyngien de la déglutition.
- Fonction sensitive: sensibilité de la base de la langue (avec le IX), de l'épiglotte, du larynx, de la région postérieure de l'oreille externe (rameau auriculaire).
- Fonction végétative : il est hypotenseur et cardiomodérateur, il intervient dans la régulation de certaines glandes digestives et salivaires.

Etude clinique

A / Paralysie vélo-palatine:

- Unilatérale : le voile du palais est asymétrique avec déviation du voile et de la luette du côté sain et défaut d'ascension du voile du côté paralysé, quand on fait prononcer au patient la lettre « A », c'est le signe du Rideau (de Vernet), par la contraction unilatérale du côté sain de la paroi pharyngée postérieure comparable à un rideau qu'on ferme vers le centre.
- Bilatérale: la voix nasonnée, le voile ne se contracte pas, reflux de liquide par le nez.

B/ Paralysie pharyngée:

Un trouble de la déglutition sévère, en cas d'atteinte bilatérale, les aliments refluent par le nez.

Il est important de tester la déglutition avant d'autoriser le malade de s'alimenter en raison du risque immédiat de fausses routes avec inhalation de corps étranger, qui peut obstruer les voies aériennes et provoquer une détresse respiratoire, ou à distance une surinfection pulmonaire ou une atélectasie.

L'évaluation apprécie la sensibilité de l'oropharynx qu'il faut toucher, à l'aide d'un abaisse-langue, le voile du palais, la langue, et la paroi pharyngée postérieure, en demandant si le patient ressent la stimulation et en recherchera également le réflexe nauséeux, on teste ensuite la déglutition de façon progressive avec un aliment sans risque, tel que, l'eau gélifiée puis gazeuse (qui stimule la déglutition), puis l'eau plate, observer le patient après chaque ingestion et lui demander de parler.

Les signes de fausses routes:

- Précoces : toux, voix humide.
- Tardifs : toux retardée, respiration stertoreuse, encombrement bronchique et ronchis, pneumopathie d'inhalation.

C / Paralysie laryngée :

- 1-Unilatérale : une dysphonie avec une voix bitonale.
- 2- Bilatérale : une aphonie totale, à l'examen les cordes vocales sont immobiles.

D / Signes végétatifs:

- Tachycardie, accélération du pouls avec une instabilité lors du changement de position, en cas d'irritation du X, on peut au contraire observer une bradycardie et une hypotension.
- Irritation gastrique et œsophagienne responsable de nausée et de vomissements, diarrhée.
- Dyspnée causée par des spames bronchiques.

Anomalies liées à l'atteinte du Nerf IX (spinal)

Seul le spinal médullaire ou le spinal externe ou l'actuel nerf accessoire est évaluable, c'est un nerf exclusivement moteur, qui innerve le sternocléidomastoïdien (SCM) et le trapèze.

Etude clinique :

Examen du SCM (muscle fléchisseur et rotateur de la tête): on demande au patient de tourner la tête contre une résistance appliquée sur le menton, le SCM fait tourner la tête du côté opposé, en se raccourcissant, palper le bombement du SCM.

La lésion du XI, entraîne un déficit de la rotation de la tête du côté opposé.

Ou on demande au patient de fléchir sa tête en avant (antéflexion), on s'oppose en prenant appui sur le menton, si lésion, pas de contraction du SCM.

Examen du trapèze (muscle élévateur des épaules):

On demande au patient de lever les épaules, d'abord librement puis en lui opposant une résistance, si lésion:

- Le creux sus claviculaire est plus profond.
- L'angulaire de l'omoplate fait saillie.
- Le moignon de l'épaule abaissé.
- De dos, l'omoplate paraît déjetée en dehors.
- L'épaule ne peut être haussée et se déplace en avant.
- L'élévation du bras latéralement est souvent incomplète avec décollement de l'omoplate qui s'accroît

Lors du mouvement.

Anomalies liées à une lésion du Nerf XII (grand hypoglosse)

Nerf exclusivement moteur, chaque nerf innerve une hémilangue, permettant à la langue d'assurer toutes ses fonctions dans la mastication, la déglutition et la phonation.

Etude clinique:

Examiner la langue dans sa position naturelle sur le plancher buccal, vérifier son volume puis demander au patient de tirer sa langue (une légère déviation est fréquente chez le sujet sain), pour évaluer la force musculaire, demander au patient d'appuyer avec sa langue sur sa joue, en lui opposant une résistance, vérifier enfin les mouvements latéraux.

Une lésion unilatérale : entraîne une paralysie de l'hémilangue ipsilatérale, qui est amyotrophique (amincie) avec trouble de la déglutition, de la mastication et de la parole, la langue tirée (en protraction) est déviée vers le côté paralysé, en effet le génioglosse du côté sain n'est plus équilibré par son symétrique, la langue rentrée, est déviée du côté sain.

Une lésion bilatérale: provoque une gêne très importante avec une motilité abolie la langue, la mastication et la déglutition (dysphagie) sont gravement perturbées, et la phonation est très gênée (dysarthrie), à l'examen la langue atrophiée et plissée et elle est le siège de fasciculations diffuses (secousses aléatoires des petits groupes musculaires) qui sont caractéristiques de l'atteinte du motoneurone.