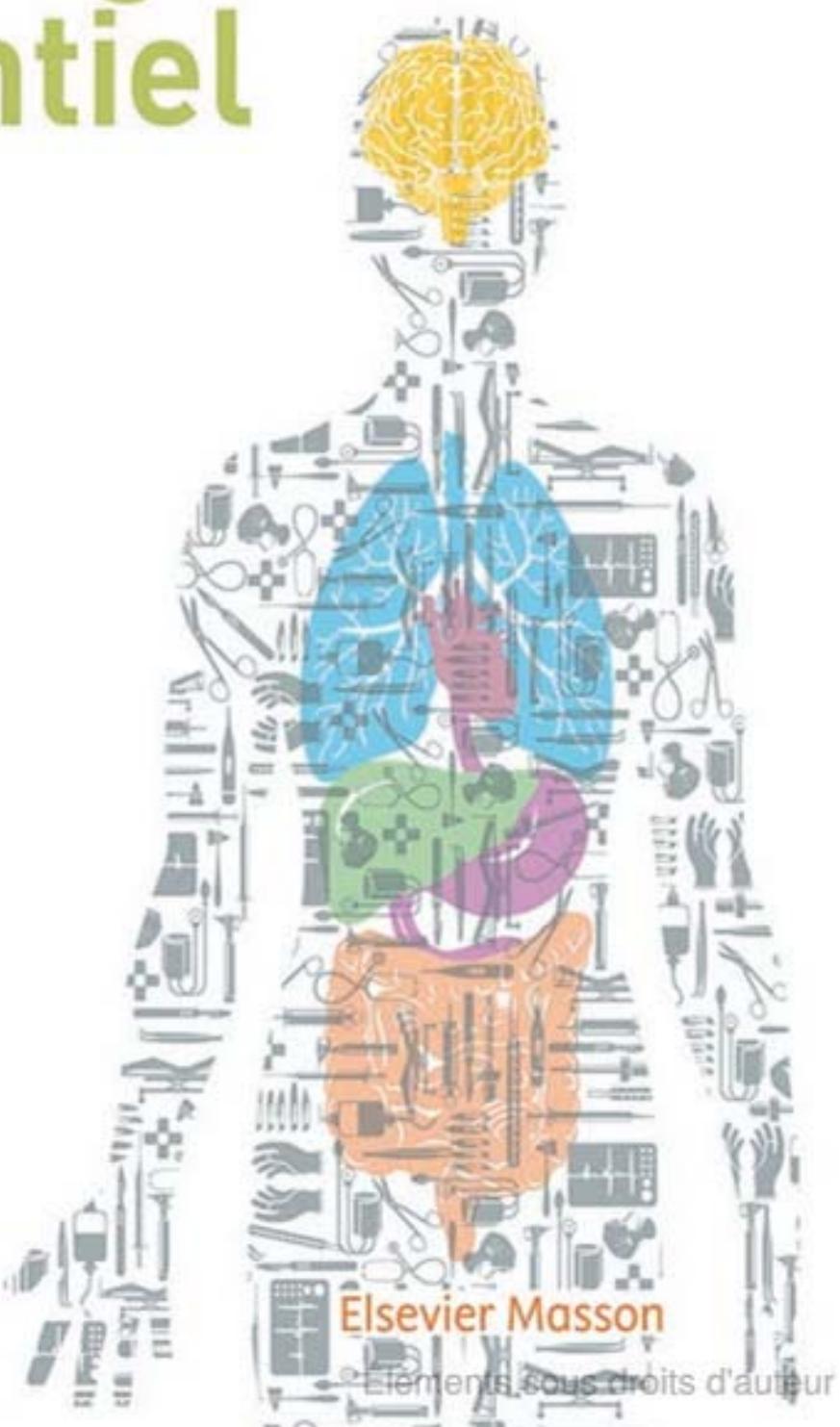


La méthodologie
indispensable

Examen clinique et sémiologie : l'essentiel

Nicholas J Talley
Simon O'Connor

Révision française :
Olivier Allain



ELSEVIER

Elsevier Masson

Éléments sous droits d'auteur

ASSALAMU ALAYKUM, SOYEZ LES BIENVENUE CHERS LECTEURS, JE VOULAI JUSTE CLARIFIER QUELQUES CHOSES, MAIS D'ABORD **UN PETIT SERVICE À VOUS DEMANDER : UN PEU DE DO3AA** À CELUI QUI LES A SCANNÉS ET UPLOADÉS LES LIVRES ET À CELUI QUI LES A PUBLIÉES ET PARTAGÉES.

LE SITE WEB **MEGAMEDCINE.BLOGSPOT.COM** EST DESTINÉ PRINCIPALEMENT AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE L'ALGÉRIE ET À CEUX QUI S'INTÉRESSENT À LA MÉDECINE ET QUI N'ONT PAS LES MOYENS DE POSSÉDER CES LIVRES, SI VOUS AVEZ TÉLÉCHARGEZ UN LIVRE ET VOUS L'AVEZ AIMÉ, ALORS S'IL VOUS PLAÎT **ACHETEZ-LE** SI VOUS AVEZ LES MOYENS, PREMIÈREMENT POUR RÉCOMPENSER L'AUTEUR ET DEUXIÈMEMENT POUR AVOIR UNE MEILLEURE QUALITÉ BIEN-SÛR, MAIS SI VOUS EN AVEZ PAS, BAH ! LE VOILÀ À VOTRE DISPOSITION.

EN ALGÉRIE, **ON RESPECTE LES AUTEURS** ET LEUR TRAVAIL REMARQUABLE ET FATIGUANT, MAIS CE QUI NOUS POUSSÉ À PARTAGER LES LIVRES MÉDICAUX SUR LA TOILE EST LE MANQUE ET L'INDISPONIBILITÉ DES LIVRES ET DES MOYENS DE LES ACHETER Y compris LES MOYENS DE LES PAYER EN LIGNE, DONC ON LES SCANNE, ON LES COLLECTE ET ON LES PARTAGE SOUS CONDITION QUE CELUI QUI LES TÉLÉCHARGE NE SOIT PAS CAPABLE DE SE PROCURER LE LIVRE OU N'A PAS LES MOYENS.

Bonne chance et bonnes lectures!

Pour accomplir de grandes choses, nous devons non seulement agir, mais aussi rêver, non seulement planifier, mais aussi croire, le vrai succès ne vient que pour ceux qui sont prêts pour cela.

Le succès ne viendra jamais te chercher. il faut te lever et te trouver.

Amirat Islam

Examen clinique et sémiologie : l'essentiel

ELSEVIER

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex,
France

Clinical examination essentials – An introduction to clinical skills (and how to pass
your clinical exams)

Copyright 2016 Elsevier Australia. 1^{re} édition publiée par MacLennan & Petty Pty
Limited 1998; 2^e édition © 2004; 3^e édition © 2009 Elsevier Australia.

Elsevier Australia. ACN 001 002 357 (une division de Reed International Books
Australia Pty Ltd), Tower 1, 475 Victoria Avenue, Chatswood, NSW 2067

Clinical examination essentials – An introduction to clinical skills (and how to pass
your clinical exams). Nicholas J. Talley & Simon O'Connor. 4th edition.

978-0-729-54228-9

This translation of *Clinical examination essentials – An introduction to clinical skills (and
how to pass your clinical exams)*, 4th edition, by Nicholas J. Talley and Simon O'Connor,
was undertaken by Elsevier Masson SAS and is published by arrangement with Elsevier
Australia.

Cette traduction de *Clinical examination essentials – An introduction to clinical skills (and
how to pass your clinical exams)*. 4^e édition, de Nicholas J. Talley et Simon O'Connor, a été
réalisée par Elsevier Masson SAS et est publiée avec l'accord d'Elsevier Australia.

Examen clinique et sémiologie : l'essentiel. 1^{re} édition, de Nicholas J. Talley et Simon
O'Connor.

Révision française du texte : Dr Olivier Allain

© 2017 Elsevier Masson SAS

Traduction : Kraus Médical

ISBN : 978-2-294-75393-0

e-ISBN : 978-2-294-75815-7

Tous droits réservés

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux CEDEX
www.elsevier-masson.fr

Les indications et posologies de tous les médicaments cités dans ce livre ont été
recommandées dans la littérature médicale et concordent avec la pratique de la
communauté médicale. Elles peuvent, dans certains cas particuliers, différer des
normes définies par les procédures d'AMM. De plus, les protocoles thérapeutiques
pouvant évoluer dans le temps, il est recommandé au lecteur de se référer en cas de
besoin aux notices des médicaments, aux publications les concernant et à l'Agence du
médicament. L'auteur et l'éditeur ne sauraient être tenus pour responsables des
prescriptions de chaque médecin.

Examen clinique et sémiologie : l'essentiel

Nicholas J. Talley

MD (NSW), PhD (Syd.), MMedSci (Épi. clin.) (Newc.), FAHMS, FRACP, FAFPHM,
FRCP (Lond.), FRCP (Edim.), FACP, FACG, AGAF

Laureate Professor of Medicine, faculté de santé et de médecine
et *Pro Vice-Chancellor* (Recherche globale), université de Newcastle,
Australie

Senior Staff Specialist, hôpital John-Hunter, Newcastle, Australie

Professor of Medicine et Professor of Epidemiology
et Joint Supplemental Consultant Gastroenterology and Health
Sciences Research,

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, États-Unis

Simon O'Connor

FRACP, DDU, FCSANZ

Cardiologue, hôpital de Canberra, *Clinical Senior Lecturer*,
faculté de médecine de l'université nationale australienne, Canberra,
Australie

Révision française :

Olivier Allain

Médecin généraliste,
France

Elsevier Masson



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.
www.elsevier-masson.fr

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Préface de l'édition originale

La médecine est une profession qui exige des connaissances et des compétences scientifiques, mais elle entretient également depuis longtemps des liens étroits avec les lettres, et nécessite des qualités de communication et de compassion. Ces connaissances et compétences sont le fruit d'une longue période de formation et la médecine constitue toujours l'une des professions les plus respectées par le public.

L'art de la médecine repose notamment sur la capacité du médecin à mener un interrogatoire à la fois concis et complet, à examiner le patient avec efficacité et compétence et à poser un diagnostic différentiel. La formation nécessaire pour développer ces compétences est complexe et elle exige aptitude et dévouement de la part des étudiants.

Un ouvrage comme celui-ci, qui constitue un guide pratique pour la prochaine génération de médecins, est un outil essentiel pour le médecin en formation. L'apprentissage des compétences cliniques marque le début d'une carrière épanouissante et enrichissante. Être médecin peut être difficile aujourd'hui. En effet, les besoins croissants des patients ayant de multiples problèmes deviennent plus difficiles à gérer et l'expansion rapide des connaissances médicales est plus difficile à suivre. C'est en maîtrisant les compétences cliniques que vous deviendrez un bon médecin.

Pr Jane Dacre

BSc, MBBS, MD, FRCP (Lond), FRCP (Edim), FRCPS (Glas),
FHEA

*President, Royal College of Physicians of London, Royaume-Uni
Professor of Medical Education, UCL, Londres, Royaume-Uni
Consultant physician and rheumatologist, hôpital Whittington,
Londres, Royaume-Uni*

Avant-propos de l'édition originale

«Il est plus facile d'acheter un livre que de le lire,
et plus facile de le lire que de le comprendre.»

Sir William Osler (1849–1919)

Cette quatrième édition de *Clinical examination essentials* a été conçue afin d'aider les étudiants en médecine à commencer leur apprentissage et à acquérir les compétences nécessaires en matière d'interrogatoire et d'examen physique. Nous avons également inclus des informations que les étudiants plus expérimentés pourront consulter à volonté tout au long de leur pratique clinique.

Les épreuves d'évaluation semblent souvent superficielles pour tester les connaissances des étudiants. Interroger ou examiner un patient tout en étant observé par des examinateurs est très difficile et stressant. Mais plus les techniques d'interrogatoire et d'examen sont pratiquées, moins il est difficile de les réaliser tout en étant observé, et elles deviennent alors une seconde nature. Nous pensons que c'est le point le plus important des examens d'évaluation : ils vous forcent à passer énormément de temps à voir des patients pour pratiquer et vous familiariser avec ces aspects essentiels de la pratique médicale. Dans le parcours de l'acquisition des compétences cliniques, l'interrogatoire et l'examen physique sont essentiels pour tous les médecins.

Cet ouvrage décrit des approches de techniques d'interrogatoire et d'examen pour les étudiants qui abordent ces questions pour la première fois. Il est destiné à servir de guide mais il est

important que vous développiez votre propre approche. Dans ce livre, nous insistons sur l'importance de la pratique et de l'observation : la médecine ne s'apprend pas sur un ordinateur ou un téléphone, ni même dans un livre, mais en rencontrant et en examinant de vraies gens, qui méritent notre respect et nous font confiance pour placer leur intérêt avant le nôtre. Les examinateurs peuvent rapidement déterminer quels sont les étudiants qui ont appris à penser et à agir comme des médecins.

Tout au long du texte, nous avons intégré des astuces pour les examens. Ces encadrés mettent l'accent sur des points particuliers susceptibles d'être utiles pendant les ECOS (examens cliniques objectifs structurés) et d'autres épreuves. Cet ouvrage ne remplace pas le travail dans les différents services : pour devenir compétent, vous devez rencontrer et examiner le plus de patients possible dans le cadre de vos stages cliniques. Ce sont les interactions avec les patients qui vous en apprendront le plus. Il n'existe pas une seule façon d'évaluer des patients dans le service ou pendant les examens d'évaluation mais il y a des erreurs flagrantes à éviter et des techniques qui fonctionnent, comme nous le décrivons dans les pages qui suivent.

Les avancées technologiques sont impressionnantes mais, même aujourd'hui, dans environ 80 % des cas le diagnostic d'une maladie est posé, ou fortement évoqué, d'après l'interrogatoire et l'examen. Établir le bon diagnostic est essentiel car, en général, le traitement en dépend ; un interrogatoire mal mené qui conduit à poser un mauvais diagnostic peut être nocif. Des examens prescrits pour les mauvaises raisons, parce que l'anamnèse n'a pas été recueillie correctement, sont souvent inutiles voire dangereux.

Nous avons inclus dans cette édition des photographies, qui ont largement remplacé les schémas, afin de communiquer plus clairement les informations principales et d'illustrer les principaux signes physiques. Des informations anatomiques, notamment de type anatomie de surface, sont intégrées car l'anatomie constitue la base d'un bon examen physique : vous devez savoir ce qui est normal et quelles structures se trouvent sous chaque partie du corps pour évaluer les anomalies.

Il y a de nouvelles blagues — certaines sont subtiles et d'autres moins — parce que nous sommes convaincus qu'apprendre doit être amusant et que la médecine doit être un plaisir à maîtriser.

Comme tous nos ouvrages, celui-ci a été soumis à un comité de lecture afin de garantir la pertinence et l'actualité des informations présentées. Nous sommes ouverts à tous les retours et suggestions qui permettront d'aider au processus d'apprentissage. Si vous avez des suggestions ou des idées pour la prochaine édition, contactez-nous par l'intermédiaire de l'éditeur.

Nous espérons que cet ouvrage vous motivera pour maîtriser les compétences cliniques. Notre manuel d'accompagnement (*Clinical Examination: A Systematic Guide to Physical Diagnosis*) donne davantage de détails pour les étudiants des années supérieures et les diplômés. Le parcours est aussi important que le résultat final, alors profitez-en. Bonne chance !

Nicholas J Talley, Simon O'Connor
Newcastle et Canberra, septembre 2015

Avertissements : les ECOS

L'ouvrage *Clinical examination essentials* a été rédigé par deux praticiens australiens, Nicholas J. Talley et Simon O'Connor. Les traducteurs, ainsi que le Docteur Olivier Allain et les Éditions Elsevier Masson ont respecté le texte d'origine, en adaptant le texte à la pratique médicale française quand cela s'imposait.

Toutefois, dans l'optique de respecter l'esprit de l'ouvrage d'origine, quelques formulations de la pratique anglo-saxonne ont été préservées, ainsi qu'une particularité de son enseignement : ainsi, les étudiants en médecine anglo-saxons doivent valider pendant leur cursus des épreuves pratiques intitulées OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) destinées à les former et à les évaluer dans l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique — en général sous forme d'une série de mises en situation successives («stations») de type jeux de rôle. Un encadré donnant de nombreux conseils pour réussir ces OSCE clôt chaque chapitre.

Au vu de leur intérêt dans l'apprentissage de l'interrogatoire médical, et bien que non pratiqués couramment en France à l'heure actuelle, nous avons décidé de conserver ces encadrés et d'utiliser la traduction «ECOS (examens cliniques objectifs structurés)» : en effet, certaines facultés françaises ont déjà recours à ce type d'évaluation pratique pour l'attribution du certificat de compétences cliniques à la fin du second cycle, par exemple, et leur place dans la formation des étudiants est amenée à grandir.

Plus généralement, les encadrés de conseils et astuces qui jalonnent cet ouvrage ont pour objectifs de vous armer pour réussir les divers types de mises en situation et épreuves pratiques, notamment lors des validations de stages.

Nous espérons que cet ouvrage donnera au lecteur une vision stimulante de l'interrogatoire médical.

Les Éditions Elsevier Masson

Relecteurs

Nous remercions tous les relecteurs pour leur regard attentif et professionnel qui nous permet d'améliorer chaque édition. Nous sommes convaincus qu'un comité de lecture est essentiel non seulement pour juger les résultats de travaux originaux, mais également pour améliorer la qualité de la formation médicale, notamment grâce à la précision et à l'excellence des manuels. Nos remerciements vont aux relecteurs qui suivent, pour leurs observations et réflexions dans le cadre de cette quatrième édition :

Gerry Corrigan BA, DipEd, PhD, MACE

Associate Professor of Medical Education, Faculté de médecine de l'ANU, Université nationale australienne, Canberra, ACT, Australie

Michael Dodson MBBS, BSc, BMedSci, MPH, MHM, PhD

Medical Director, Blackmores Ltd; *Adjunct Associate Professor*, Université occidentale de Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

Robert Paul Dowsett BMBS, DipCE, FACEM

Senior Lecturer, département de la formation médicale, Faculté de médecine, d'odontologie et des sciences de la santé, Université de Melbourne, Victoria, Australie

Karen D'Souza MBBS (Hons)

Senior Lecturer in Medical Education (Coordinator of Clinical Skills, Curriculum and Assessment Theme), Faculté de médecine, Université Deakin, Victoria, Australie

Balakrishnan Kichu Nair AM, MBBS, MD, FRACP, FRCPE, FRCPG, FRCPI, FANZSGM

Professor of Medicine & Associate Dean, Faculté de médecine, Université de Newcastle; Adjunct Professor, Université de Nouvelle-Angleterre; Director, Centre for Medical Professional Development, HNE Health, Newcastle, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

Ian Symonds MD, MMedSci, FRCOG, FRANZCOG

Professor of Obstetrics & Gynaecology, Université de Newcastle, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

Jonathan Williamson MBBS, PhD, FRACP

Staff Specialist, Respiratory and Sleep Physician, hôpital de Liverpool; VMO, hôpital universitaire Macquarie, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

Nicola Wood BMed, BMedSci (Honours)

Junior Medical Officer, Hunter New England Health Network, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

L'interrogatoire

«Lors de l'interrogatoire, écoutez tout ce que le patient a à dire; ne posez pas de question dirigée; ne faites jamais de suggestions. Laissez le patient s'exprimer avec ses propres mots. La première fois que vous voyez un patient, ne lui posez jamais de question sans avoir un papier et un stylo à la main.»

Sir William Osler (1849–1919)

Il s'agit probablement du chapitre le plus important que vous lirez à la faculté de médecine. Même au xxie siècle, avec les avancées rapides et extraordinaires faites dans les domaines de la biologie et de l'informatique, un interrogatoire de qualité demeure un élément absolument central de la bonne pratique médicale. La pratique de la médecine reste un art et une science : la compétence ne vient qu'avec l'expérience. Vous commencerez ici à apprendre comment acquérir les compétences nécessaires qui, avec la pratique — obligatoire —, doivent devenir une seconde nature.

Utilité de l'anamnèse

Le patient doit être votre priorité. En tant que médecin (ou étudiant en médecine), vous avez le devoir fondamental de comprendre le récit de vos patients, y compris le contexte. Pour pouvoir aider et guérir, vous devez savoir ce que vos patients ont

Astuces des auteurs

À l'attention des étudiants en médecine

Pour être qualifié d'excellent lors de vos visites réalisées dans le cadre de vos stages cliniques (et aider des internes débordés qui sont peut-être allés un peu trop vite), vous devez :

- connaître tous les antécédents, résultats d'examens et d'analyses de chaque patient pour pouvoir participer aux discussions (et voler la vedette aux internes qui sont allés trop vite);
- proposer de procéder à l'admission des patients et de rédiger les comptes rendus;
- aider à positionner les patients ou à ajuster leur lit et à faire en sorte que les patients soient toujours à l'aise¹;
- faire une pré-visite : parler aux patients, lire leur dossier et chercher à gérer leurs problèmes (le but étant d'en savoir plus que les internes);
- prendre au sérieux ce que les infirmières vous disent : elles sont souvent très expérimentées et possèdent de solides connaissances sur les patients, et elles peuvent vous éviter de faire des grosses erreurs de jeune diplômé;
- éteindre votre téléphone portable ou le mettre en mode silencieux pendant les visites.

Pendant les visites, faites de la lèche à l'interne pour lui faire honte en² :

- proposant de voir les nouveaux patients en premier et d'aider pour les comptes rendus d'admission (procéder à l'interrogatoire et à l'examen);
- proposant de faire les prises de sang, de poser les cathétters, etc.

vécu et ce qu'ils ressentent. Les épreuves de type « *long case*³ » et les ECOS (examens cliniques objectifs structurés)⁴ évaluant l'interrogatoire permettent d'évaluer ces compétences — parfois avec de vrais patients, parfois avec des acteurs formés.

Chaque histoire est unique mais, dans la plupart des cas, les médecins peuvent raisonnablement déduire un diagnostic en écoutant attentivement et en posant les bonnes questions.

En restreignant le diagnostic différentiel (liste des diagnostics possibles évoqués par un ensemble de symptômes ou de signes), un examen et un traitement appropriés peuvent être prescrits.

1 Veillez au respect de l'intimité et au confort des patients : cela sera apprécié et améliorera les conditions de la consultation.

2 Lui proposer de laver sa voiture ou son vélo peut sembler un peu trop gros.

3 Note de l'éditeur : Les épreuves de mises en situation clinique des Anglo-Saxons peuvent être courtes (« *short case* »), visant avant tout à tester les capacités de l'étudiant à poser un diagnostic, ou plus approfondies (« *long case* »), comprenant en outre une évaluation des compétences dans l'anamnèse et l'examen clinique.

4 Note de l'éditeur : Méthode d'évaluation encore peu utilisée en France : voir « Avertissements : les ECOS » en début d'ouvrage.

Rappels :

- Les *symptômes* sont des sensations subjectives perçues par le patient, alors que les *signes* sont des modifications qui peuvent être démontrées objectivement. Par exemple, la diarrhée est un symptôme et, si vous prenez le temps d'observer les selles vous-même, il peut également s'agir d'un signe.
- En pratique clinique, l'anamnèse sert à orienter l'examen physique vers la bonne partie du corps. Par exemple, lorsqu'un patient dit qu'il tousse, les systèmes respiratoire et cardiovasculaire devront être examinés.
- Même si les diagnostics possibles n'apparaissent pas clairement après l'interrogatoire, la région ou les systèmes concernés seront en général évidents. Cela vous permettra d'orienter correctement l'examen et les tests diagnostiques.

Sauf si le patient est très malade, les antécédents médicaux doivent être recueillis avec soin avant l'examen et le traitement. L'interrogatoire et l'examen du patient sont aussi, bien sûr, le moyen le moins coûteux de poser un diagnostic. *En général, une bonne anamnèse représente 80 % du travail nécessaire pour faire le bon diagnostic.*

Abord clinique

Le terme «clinique» vient du mot grec *klinikós*, qui signifie «relatif à un lit». Le terme «abord clinique» décrit la façon dont le clinicien entre en contact avec le patient.

- Les médecins occupent une position privilégiée car ils détiennent des informations confidentielles concernant les patients et leur famille. En tant que professionnel, vous devez agir avec honnêteté et intégrité et traiter les patients comme des personnes, avec respect et dignité.
- Une approche professionnelle rendra l'interrogatoire et l'examen physique agréables et enrichissants, tant pour vous que pour le patient.
- L'excellence en matière de relation médecin-patient s'apprend en observant les méthodes (fructueuses ou non) employées par les collègues plus expérimentés.
- Après l'examen, expliquez au patient le diagnostic et le pronostic (l'évolution vraisemblable de la maladie), mais vos explications ne doivent pas aller au-delà de celles données par vos supérieurs. Ce moment peut cependant être l'occasion de répondre aux questions du patient et de proposer des explications.

- Cela peut aussi être le moment de discuter des investigations et du traitement (si vous en avez une idée).
- N'oubliez pas que les recommandations du clinicien ne sont que des recommandations. Il doit être clair pour le patient qu'il est libre d'accepter ou de refuser ces recommandations (sauf dans des cas exceptionnels).

L'interrogatoire

L'entretien médical ne porte pas uniquement sur les problèmes physiques du patient, mais également sur les aspects psychosociaux de sa maladie : le corps et l'esprit ne sont pas des entités séparées.

- Les informations qui vous sont communiquées sont confidentielles et le dossier médical constitue un document légal.
- Faites en sorte que le patient se sente en sécurité (par exemple, en respectant son intimité, en vous présentant et en établissant un contact visuel approprié) et à l'aise (par exemple, en vérifiant que le patient se sent à l'aise physiquement).
- Efforcez-vous d'écouter le patient et d'établir une relation (écoute active).
- Votre tenue vestimentaire doit être simple et soignée, afin de gagner la confiance du patient.
- Prenez des notes lorsque vous interrogez le patient. Vous pourrez faire un compte rendu plus détaillé après l'interrogatoire et l'examen (il est souvent dicté ou saisi sur un ordinateur).
- Ce compte rendu doit présenter de façon *séquentielle* et précise l'apparition et l'évolution de la ou des maladies du patient (même si l'ordre n'est pas le même que celui dans lequel les questions ont été posées).
- Une approche systématique de l'interrogatoire et de la rédaction des données est la méthode la plus fiable pour éviter de manquer des informations cruciales (**encadré 1.1**).
- Le compte rendu doit indiquer clairement si le problème du patient relève du **diagnostic** (ce qui ne va pas) ou de la **prise en charge** (examens et traitements nécessaires) ou des **deux**.

Encadré 1.1

La séquence de l'interrogatoire

Le symptôme (principal) à l'origine de la consultation

Liste des principales plaintes du patient, avec ses propres mots.

Histoire de la maladie à l'origine de la consultation

Détails sur les plaintes ou symptômes actuels.

Détails sur les épisodes antérieurs similaires.

Traitements actuels et récents (tous les médicaments : doses, durée, indication).

Ampleur de l'incapacité fonctionnelle.

Antécédents personnels

Maladies antérieures.

Interventions chirurgicales antérieures (dates et indications).

Traitements antérieurs (médicaments, transfusions).

Allergies médicamenteuses.

Préservation de la santé (prévention des maladies).

Antécédents gynéco-obstétricaux pour les femmes.

Mode de vie

Profession, éducation, lieu de naissance.

Situation matrimoniale, soutien social, conditions de vie.

Tabagisme et consommation d'alcool.

Consommation d'antalgiques.

Voyages à l'étranger (où et quand).

Antécédents sexuels et toxicomanie (le cas échéant).

Antécédents familiaux

Maladies chez les parents au premier degré.

Revue des systèmes

À intégrer aux sections ci-dessus.

LES PRINCIPES D'UN INTERROGATOIRE CENTRÉ SUR LE PATIENT

- Asseyez-vous près du patient de façon à être au niveau de ses yeux (l'ordinateur ne doit pas constituer un obstacle entre vous) et donnez l'impression que l'interrogatoire ne sera pas mené dans la précipitation ([fig. 1.1](#)).
- Établissez une relation de bonne qualité, en respectant l'intimité du patient et en établissant un contact visuel.
- Utilisez des questions ouvertes.



Figure 1.1 Position correcte (a) et incorrecte (b) pour conduire un interrogatoire.

- Menez l'interrogatoire de manière logique.
- Écoutez attentivement et notez les signes non verbaux.
- Interrompez le patient de manière appropriée (encouragez-le à raconter l'intégralité de son histoire avec ses propres mots d'abord).
- Interprétez correctement les informations obtenues.

QUESTIONS D'INTRODUCTION

Présentez-vous. Il est important de vous adresser au patient avec respect et d'utiliser son nom et son titre. En général, il suffit d'indiquer au patient que vous êtes étudiant en médecine.

Déterminez la ou les principales plaintes du patient. Le mieux est d'essayer d'entamer une conversation et de demander « *Quel est le problème ?* » ou « *Quand ces problèmes ont-ils commencé ?* ». Si le patient a déjà été questionné par l'interne, le chef de clinique, le professeur et trois étudiants en médecine, il peut être nécessaire de s'excuser et de lui expliquer l'importance pour vous d'entendre son problème formulé avec ses propres mots.

- Si possible, laissez le patient vous raconter l'intégralité de son histoire, puis posez-lui des questions pour combler les vides.
- Utiliser des gestes rassurants appropriés (mais pas exagérés).
- Si le patient arrête de raconter son histoire spontanément, il peut être utile de faire un résumé de ce qui a déjà été dit et de l'encourager à continuer.
- Apprenez à écouter avec un esprit ouvert et résistez à la tentation de passer directement à des questions spécifiques avant que le patient n'ait pu décrire tous les symptômes avec ses propres mots. Il peut cependant être nécessaire d'être un peu directif pour recadrer un patient bavard.
- Évitez d'utiliser des termes pseudo-médicaux et, si le patient en utilise, trouvez exactement ce que le patient veut dire, car il est fréquent que les termes médicaux soient mal interprétés.

Pendant que le patient décrit ses symptômes, observez-le pour pouvoir cerner sa personnalité. Notez par exemple :

- sa tenue vestimentaire et ses expressions du visage (comme l'ampleur de sa détresse lorsqu'il aborde des sujets personnels);
- les signes d'anxiété ou d'agitation et les tics (et n'oubliez pas que le patient peut remarquer des signes d'agitation ou d'anxiété chez vous à l'approche de l'heure du déjeuner).

Astuces des auteurs

Un clinicien expérimenté essaie de traiter les principaux symptômes du patient un par un. Cela peut impliquer d'interrompre le patient s'il est pressé de passer à un autre symptôme avant que vous ne lui ayez posé toutes les questions que vous souhaitez sur le symptôme précédent. Vous devez toujours être poli. Par exemple, vous pouvez dire : « *J'aimerais juste finir de vous interroger sur vos pertes de connaissance avant que l'on parle de votre fatigue.* »

LE SYMPTÔME (OU LA PLAINE) PRINCIPAL(E) À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION

Le symptôme principal est le symptôme ou le problème qui a amené le patient à consulter. Il faut rappeler qu'un problème grave ne veut pas forcément dire la même chose pour le patient et pour le médecin.

SYMPTÔMES ACTUELS ET HISTOIRE DE LA MALADIE À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION

Il faut obtenir beaucoup de détails sur l'évolution et la nature de *tous* les symptômes du patient. Lors de la rédaction de l'histoire de la maladie à l'origine de la consultation, les événements doivent être placés dans l'ordre chronologique ou, si plusieurs systèmes sont affectés, ils doivent être placés dans l'ordre chronologique pour chaque système. Certaines informations doivent systématiquement être demandées pour chaque symptôme si le patient ne les fournit pas spontanément. Pour chaque symptôme, vous devez poser des questions sur les **huit points suivants** :

1. Localisation.
2. Apparition.
3. Nature et sévérité.
4. Irradiation.
5. Facteurs de majoration ou de réduction du symptôme.
6. Aspects temporels.
7. Facteurs aggravants et symptômes associés.
8. Impact social des symptômes ou de la maladie.

Localisation

- Demandez où exactement le symptôme se manifeste, et s'il est localisé ou diffus.
- Demandez au patient de montrer l'endroit concerné s'il s'agit d'un symptôme localisé.

Apparition

- Déterminez quand le symptôme est apparu pour la première fois et essayez de dater cet événement le plus précisément possible.
- Si vous demandez à un patient « *Depuis combien de temps cette douleur est-elle présente ?* », il risque de vous répondre : « *Depuis longtemps, docteur.* » Il faut donc lui demander :

«C'est-à-dire, quelques heures ou plusieurs semaines?»

Même si vous ne devez pas suggérer des réponses au patient, le fait de lui donner quelques alternatives possibles peut permettre d'accélérer le processus.

- Le moment de la journée peut être important. Par exemple, la douleur et la raideur articulaire de la polyarthrite rhumatoïde sont plus intenses au réveil, tandis que la douleur de l'arthrose s'amplifie au cours de la journée.

Nature et sévérité

- Demandez au patient de préciser son symptôme. Par exemple, si le patient se plaint d'étourdissements, est-ce que cela veut dire qu'il a la sensation que la pièce tourne autour de lui (vertige) ou s'agit-il plutôt d'une sensation de tête vide?
- Il peut être nécessaire de suggérer des descriptions alternatives. Par exemple, un patient peut trouver une gêne thoracique difficile à décrire. Il convient donc de lui demander si la sensation correspond à une oppression, à une pesanteur, si elle est aiguë ou ressemble à un coup de poignard. (Il est intéressant de noter que les patients qui ont été poignardés ne décrivent en général pas leur douleur comme un coup de poignard.)
- La sévérité des symptômes est subjective. La meilleure manière d'évaluer la sévérité est de demander au patient si le symptôme perturbe ses activités quotidiennes ou son sommeil.
- Il peut être utile de demander au patient de donner à sa douleur une note comprise entre 0 et 10, 10 correspondant à la douleur la plus sévère que le patient ait jamais ressentie et 0 correspondant à l'absence de douleur. Vous pouvez également lui demander si la douleur, ou autre symptôme, est «légère», «modérée», «sévère» ou «très sévère».

Irradiation

- Si le symptôme est localisé, demandez s'il irradie (se déplace ailleurs, en particulier pour la douleur). Le type d'irradiation est très évocateur de certaines anomalies, par exemple la localisation de la douleur et des paresthésies (fourmillements) dans le territoire du nerf médian de la main dans le syndrome du canal carpien, ou une douleur irradiant dans le dos dans la pancréatite.
- Les symptômes tels que la toux, la dyspnée, la variation du poids ou les étourdissements ne sont pas localisés.

Facteurs de majoration ou de réduction du symptôme

- Demandez s'il y a quelque chose qui aggrave ou améliore le symptôme. Par exemple, la position allongée peut accentuer la dyspnée associée à l'insuffisance cardiaque mais pas celle liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique ou emphysème). L'effort provoque une douleur thoracique due à l'angor, qui est soulagée par le repos.

Aspects temporels

- Déterminez si le symptôme est apparu rapidement, progressivement ou instantanément. Certains symptômes apparaissent typiquement très rapidement (comme si on appuyait sur un interrupteur), comme les battements cardiaques rapides dans la tachycardie supraventriculaire.
- Demandez si le symptôme est présent en permanence ou par intermittence.
- Déterminez si le symptôme s'aggrave ou s'améliore et, le cas échéant, à quel moment ce changement est intervenu. Certains symptômes sont à leur apogée au moment de leur apparition (comme la douleur d'une déchirure de l'aorte, ou dissection aortique). Trouvez ce que le patient était en train de faire au moment de l'apparition du symptôme.

Facteurs aggravants et symptômes associés

- Essayez de découvrir de manière systématique les symptômes qui pourraient être associés à une maladie en particulier ou les facteurs de risque qui pourraient rendre une maladie plus probable. Par exemple, un saignement rectal est plus inquiétant en cas d'antécédents familiaux importants de cancer du côlon.
- Pour un patient qui vient consulter pour des symptômes cardiaques, les facteurs de risque majeurs de coronaropathie (comme le tabagisme et les antécédents familiaux) doivent être minutieusement évalués.

Impact social des symptômes ou de la maladie

- Toute maladie grave ou chronique peut entraîner des problèmes financiers ou sociaux importants qui doivent être explorés et documentés. Ces problèmes doivent être pris en compte lors de la planification du meilleur traitement pour le patient.

Traitements actuels

- Demandez au patient s'il prend actuellement des médicaments ou s'il utilise des patchs transdermiques. Essayez de connaître les noms et doses de chaque médicament, ainsi que le motif du traitement.
- Demandez toujours aux femmes si elles prennent la pilule car beaucoup de femmes sous contraception orale ne la considèrent pas comme un médicament.
- N'oubliez pas que le patient peut penser que les médicaments vendus sans ordonnance ne sont pas importants; interrogez-le précisément à ce sujet.
- Demandez-lui aussi s'il suit des thérapies alternatives avec des compléments vitaminiques ou minéraux par exemple.
- Les médicaments peuvent donner une indication sur des problèmes médicaux non identifiés (par exemple, un patient qui prend de la glucosamine souffre probablement d'arthrose).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Recherchez systématiquement les aspects des antécédents du patient qui n'ont pas encore été évoqués.

Maladies et interventions chirurgicales antérieures

- Demandez au patient s'il a déjà eu des maladies graves, s'il a déjà été opéré ou hospitalisé. Si oui, établissez à quel âge sont survenus ces événements, les indications des interventions chirurgicales et les maladies graves survenues pendant l'enfance qui ont perturbé la scolarité.
- Les patients ne donnent pas toujours des informations correctes sur leurs diagnostics antérieurs. Des questions sur la manière dont le diagnostic a été posé peuvent être nécessaires pour clarifier les choses.
- De multiples accidents ou maladies graves peuvent suggérer la présence d'un problème sous-jacent. Par exemple, un abus d'alcool ou de drogues peut être la cause d'accidents de la circulation ou de traumatismes crâniens répétés. Les patients âgés peuvent faire de multiples chutes en raison d'une maladie neurologique ou osseuse.

Traitements antérieurs

- Certains médicaments ou traitements pris par le passé peuvent toujours avoir une importance, notamment :
 - les corticoïdes;
 - les contraceptifs oraux;
 - les antihypertenseurs;
 - les transfusions sanguines;
 - les chimiothérapies ou radiothérapies anticancéreuses.

Allergies médicamenteuses

- Notez tous les effets indésirables survenus par le passé.
- Demandez le cas échéant en quoi consistait la réaction allergique. Il arrive souvent que les patients confondent une allergie avec les effets indésirables d'un médicament (par exemple des nausées survenant après l'administration d'un narcotique sont un effet indésirable et pas une allergie), mais ces réactions doivent quand même être documentées.

Médecine préventive

- Interrogez le patient au sujet de son statut vaccinal et des vaccinations récentes.
- Obtenez des détails sur les tests de dépistage réalisés, comme les frottis cervico-vaginaux, les mammographies, les radiographies thoraciques, les recherches de sang occulte dans les selles ou les coloscopies.

Antécédents gynéco-obstétricaux

- Ces informations sont particulièrement importantes pour les femmes souffrant de douleurs abdominales, chez qui on suspecte une maladie endocrinienne ou en cas de symptômes génito-urinaires.
- Demandez à la patiente à quel âge elle a eu ses premières règles, si ses cycles menstruels sont réguliers et si elle est ménopausée.
- Notez la date des dernières règles.
- Si la patiente est en âge de procréer, demandez-lui s'il est possible qu'elle soit enceinte, car cela pourrait exclure la réalisation de certaines investigations (par exemple celles impliquant des rayons X) et la prise de certains médicaments.

- Pour rédiger les antécédents obstétricaux, vous pouvez utiliser des abréviations, comme *geste*, *pare* :
 - «*geste*» correspond au nombre total de grossesses (y compris celle en cours);
 - «*pare*» correspond au nombre d'accouchements intervenus après 20 semaines de grossesse.

MODE DE VIE

Le mode de vie englobe la situation économique, sociale, familiale et professionnelle du patient. Les facteurs sociaux ont une influence sur l'évolution de la maladie et/ou peuvent contribuer à l'apparition d'une maladie.

Profession, éducation et lieu de naissance

- Demandez au patient quelle est sa profession actuelle et quelles sont les tâches qu'il effectue au travail. Notez en particulier :
 - toute exposition professionnelle à des poussières, substances chimiques ou maladies ; par exemple, les mineurs peuvent être atteints de silicose même si leur travail dans les mines remonte à plusieurs années ;
 - si le patient exerce une activité sédentaire ou physiquement active, car cela aura des implications pour son retour au travail après une maladie.
- Posez-lui également des questions sur ses hobbies, car cette information peut être instructive (maladie des éleveurs d'oiseaux, par exemple).
- Demandez au patient :
 - son niveau d'éducation ;
 - son lieu de naissance et de résidence ;
 - son origine ethnique (elle prédispose les patients à certaines maladies, comme la thalassémie et la drépanocytose).

Situation matrimoniale, soutien social et conditions de vie

- Demandez au patient d'indiquer avec qui il vit et de préciser sa situation matrimoniale ou autre mode de vie ainsi que son environnement domestique. Demandez-lui si quelqu'un peut l'aider pendant sa convalescence.

- Le partenaire du patient est-il un homme ou une femme ?
- Interrogez le patient sur l'état de santé de son conjoint ou partenaire et de ses enfants, le cas échéant.

Habitudes de vie

- C'est le moment de poser des questions qui peuvent être gênantes sur les habitudes de vie du patient. Il vaut mieux adopter une approche factuelle lorsque vous posez ce type de questions.

Tabagisme

- Un patient peut se déclarer non-fumeur s'il a arrêté de fumer le matin même. Vous devez donc lui demander :
 - s'il a déjà fumé ;
 - si oui, combien de cigarettes (ou de cigares ou de pipes) fumait-il par jour et pendant combien d'années ; cette information est souvent exprimée en paquets-années : si on considère qu'un paquet de cigarettes standard comporte 20 cigarettes, alors 20 cigarettes par jour pendant 1 an = 1 paquet-année et 30 cigarettes par jour pendant 20 ans = 30 paquets-années ;
 - s'il utilise des cigarettes électroniques.
- Le tabagisme est un facteur de risque de maladie vasculaire, de pneumopathie chronique et de cancer. Ce comportement peut également être nocif pour le fœtus. Les risques associés aux cigarettes électroniques ne sont pas clairement établis.

Consommation d'alcool

- En France, on établit une consommation excessive chez la femme à 2 verres standards par jour et chez l'homme à 3 verres standards par jour.

Consommation d'antalgiques

- Si le patient n'a pas déjà fourni spontanément des informations sur sa consommation d'antalgiques, interrogez-le sur ces médicaments.
- L'aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), mais pas le paracétamol, peuvent provoquer :
 - des ulcères gastroduodénaux ;
 - des hémorragies gastro-intestinales (moins avec les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 qu'avec les AINS traditionnels) ;

- de l'asthme;
- une maladie rénale.
- La plupart des AINS (mais pas l'aspirine) augmentent le risque d'infarctus du myocarde.
- Les opioïdes sont fréquemment prescrits contre la douleur et peuvent entraîner une constipation.

Voyages à l'étranger

- En cas de possibilité de maladie infectieuse, demandez au patient :
 - s'il s'est récemment rendu à l'étranger, et si oui à quel endroit;
 - quelles étaient ses conditions de vie pendant son séjour;
 - s'il a pris un traitement prophylactique contre certaines maladies comme le paludisme;
 - s'il a été vacciné contre l'hépatite (A et B), la rage, la fièvre typhoïde, etc.
- Les personnes qui sont nées ou ont vécu pendant longtemps à l'étranger peuvent avoir contracté des maladies comme la tuberculose.

Remarque : Il arrive souvent que les parents migrants d'enfants nés en France ne réalisent pas que leurs enfants ont besoin d'être vaccinés lorsqu'ils vont dans leur pays d'origine.

ANTÉCÉDENTS SEXUELS ET TOXICOMANIE

Aborder ce sujet n'est jamais facile, ni pour le médecin, ni pour le patient. Avant de poser ces questions, vous pouvez par exemple dire : « *J'ai besoin de vous poser des questions personnelles parce que cela peut être important pour expliquer votre état de santé actuel.* » Vous ne devez pas juger votre patient.

Les antécédents sexuels du patient peuvent être importants en cas de suspicion d'infection par le VIH (virus de l'immuno-déficience humaine) ou d'antécédents :

- d'urétrorragie;
- de dysurie (brûlure ou douleur à la miction);
- de perte vaginale;
- d'ulcère ou d'éruption cutanée au niveau des organes génitaux;
- de douleurs lors des rapports sexuels;
- de symptômes ano-rectaux.

Si on suspecte une infection sexuellement transmissible, les antécédents sexuels doivent être détaillés. Déterminez :

- la date du dernier rapport ;
- le nombre de rapports ;
- si les partenaires étaient du même sexe ;
- les rapports avec des prostitué(e)s.

Le type de pratique sexuelle peut également être important, par exemple :

- un contact oro-anal peut prédisposer à une infection colique ;
- un contact péri-rectal peut prédisposer à une infection par le virus de l'hépatite B ou C ou le VIH ;
- l'insertion d'objets dans le rectum peut provoquer des traumatismes qui seraient autrement difficiles à expliquer.

La marijuana a été légalisée dans un certain nombre de pays et elle est fréquemment utilisée à des fins thérapeutiques et récréatives. Interrogez le patient concernant cette drogue et d'autres, comme la cocaïne.

L'usage de drogues par voie intraveineuse a de nombreuses implications pour la santé du patient. S'il consomme ce genre de drogue, demandez-lui s'il essaie d'éviter les échanges de seringues. Cela peut protéger contre l'injection de virus mais pas contre une infection bactérienne due à l'utilisation de substances impures.

Astuces des auteurs

Il existe une controverse concernant l'obtention des antécédents sexuels détaillés d'un patient que vous rencontrez pour la première fois. Il peut être judicieux de dire à l'examinateur que vous préféreriez attendre de mieux connaître le patient avant de poser ces questions, sauf si cela est directement pertinent (pour un patient infecté par le VIH, par exemple).

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

De nombreuses maladies sont familiales. Il est utile d'interroger le patient sur ses antécédents familiaux de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, d'alcoolisme ou de tendances hémorragiques – par exemple :

- une cardiopathie ischémique précoce chez les parents est un facteur de risque majeur de cette maladie chez les enfants ;
- différents cancers, comme ceux du sein et du côlon, sont plus fréquents dans certaines familles ;

- certaines maladies sont directement héréditaires (l'hémophilie, par exemple) : demandez si des membres de la famille ont des maladies similaires.

REVUE DES SYSTÈMES

Il est essentiel d'obtenir des informations détaillées sur le système vraisemblablement concerné, mais également de demander s'il y a des symptômes ou troubles importants dans d'autres systèmes, afin de ne pas passer à côté de maladies importantes. L'étendue de cette revue dépend du problème à l'origine de la consultation et des circonstances : un patient de 18 ans qui vient pour se faire enlever des points de suture exige évidemment moins de questions qu'un patient de 75 ans qui a de multiples problèmes médicaux. Posez d'abord quelques questions générales, puis interrogez le patient sur chaque système avec une question générale sur des antécédents éventuels de problème cardiaque ou pulmonaire, etc. ([encadré 1.2](#)). Décidez du niveau de détail de l'interrogatoire : il n'est en général pas nécessaire de poser toutes les questions figurant dans [l'encadré 1.2](#).

Conclusion de l'entretien

- Demandez toujours : «*Est-ce qu'il y a autre chose qui ne va pas?*» Vous serez parfois surpris des nouvelles informations obtenues.
- Rappelez-vous qu'en tant qu'étudiant, vous avez peut-être plus de temps — et, pendant un examen, plus de motivation — que n'importe qui pour mener un interrogatoire détaillé et il est possible que vous découvriez de nouvelles informations. Indiquez au patient qu'il est important d'ajouter ces informations à l'anamnèse documentée et assurez-vous que le chef de clinique ou le professeur en est informé.
- Demandez au patient s'il a des questions et si des proches ou des amis devraient participer aux discussions à venir concernant vos recommandations.
- Expliquez les étapes suivantes après avoir formulé vos recommandations.
- Si vos recommandations sont rejetées à plusieurs reprises par vos patients, c'est probablement parce que vous vous êtes mal exprimé. Envisagez plutôt une carrière dans l'administration médicale.

Encadré 1.2**La revue des systèmes**

Le pictogramme ! désigne les symptômes associés au diagnostic possible d'un problème urgent ou dangereux (signal d'alarme).

Questions générales

- ! • Est-ce que vous frissonnez ou transpirez pendant la nuit ou avez-vous eu de la fièvre ?
- ! • Avez-vous involontairement perdu du poids récemment ?
- Avez-vous constaté des changements au niveau de votre appétit ?
- Avez-vous constaté des changements au niveau de votre sommeil ?
- Votre humeur a-t-elle changé ?

Système cardiovasculaire

- ! • Avez-vous ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine ? Si oui, est-ce qu'elle s'est manifestée pendant un effort physique ? (Angor)
- Êtes-vous essoufflé lorsque vous faites un effort physique ? (Dyspnée.) Si oui, avec un effort de quelle intensité ? Combien de marches pouvez-vous monter avant de commencer à être essoufflé ?
- ! • Avez-vous déjà été réveillé la nuit par un essoufflement sévère ? (Dyspnée paroxystique nocturne.)
- Pouvez-vous rester allongé sans être essoufflé ? (Orthopnée.)
- Vos chevilles sont-elles gonflées ? (Œdème périphérique.) Avez-vous des varices ?
- Avez-vous remarqué que votre cœur battait très vite ou de manière irrégulière ?
- Avez-vous mal aux mollets quand vous marchez ? (Claudication.)
- Avez-vous les mains ou les pieds froids ou bleus ? (Cyanose périphérique.)
- Avez-vous eu un rhumatisme articulaire aigu, une crise cardiaque ou de l'hypertension artérielle ?
- Interrogez également le patient concernant des facteurs de risque cardiovasculaire spécifiques :
 - Votre taux de cholestérol a-t-il été vérifié récemment ? Si oui, vous a-t-on prescrit un traitement ou non ?
 - Vous a-t-on diagnostiqué un diabète ? Si oui, depuis combien de temps ?
 - Est-ce que vous fumez ? Si oui, depuis combien de temps ? Quelle quantité ?
 - Y a-t-il eu des maladies cardiovasculaires dans votre famille ? Si oui, de qui s'agit-il et à quel âge est apparue la maladie ?

Encadré 1.2

La revue des systèmes Suite

Système respiratoire

- !** • Êtes-vous essoufflé au repos ?
- Est-ce que vous toussez ?
- Crachez-vous quelque chose quand vous toussez ?
(Toux productive.)
- !** • Avez-vous craché du sang ? (Hémoptysie, carcinome pulmonaire.)
- Ronflez-vous fort ou vous assoupissez-vous de manière impromptue pendant la journée ? (Possible apnée obstructive du sommeil.)
- Avez-vous déjà eu des sifflements respiratoires lorsque vous êtes essoufflé ? (Bronchospasme.)
- Avez-vous eu des sueurs nocturnes ?
- Avez-vous déjà eu une pneumonie ou la tuberculose ?
- Avez-vous récemment subi une radiographie thoracique ?

Système gastro-intestinal

- Votre langue a-t-elle été douloureuse ou avez-vous eu des ulcères de la bouche ?
- Avez-vous des problèmes d'indigestion ? Si oui, qu'est-ce que vous entendez par « indigestion » ?
- !** • Avez-vous eu des difficultés à avaler ? (Dysphagie : cancer de l'œsophage.)
- Avez-vous remarqué un changement au niveau de votre appétit ou de votre poids ? Si oui, de quelle nature est ce changement ?
- Avez-vous ressenti des brûlures dans la poitrine qui remontent jusqu'au cou ? (Pyrosis.)
- Avez-vous pris des antiacides ou des médicaments contre l'indigestion vendus sans ordonnance ?
- Avez-vous pris des laxatifs ou des médicaments pour la diarrhée ?
- Avez-vous ressenti des douleurs ou une gêne au niveau du ventre ?
- Avez-vous eu des ballonnements ou le ventre gonflé ?
- Avez-vous récemment observé un changement au niveau de votre transit intestinal ?
- Combien de fois par jour allez-vous à la selle ?
- Avez-vous eu des pertes incontrôlées de selles ou avez-vous eu des accidents ? (Incontinence fécale.)
- Avez-vous observé du sang dans vos selles ou sur le papier toilette ? (Hématochécie.)
- !** • Avez-vous vomi du sang ou eu des selles noires ? (Méléna.)
- Prenez-vous des laxatifs ou faites-vous des lavements ?
- Avez-vous déjà eu les yeux ou la peau jaunes ? (Ictère.)

Encadré 1.2**La revue des systèmes Suite**

- Avez-vous remarqué des urines foncées et des selles claires ?
- Avez-vous déjà eu une hépatite, un ulcère gastroduodénal, une colite ou un cancer colorectal ?
- Quel est votre régime actuel ?

Système génito-urinaire et santé sexuelle

- Ressentez-vous des brûlures ou des douleurs lorsque vous urinez ?
- Votre jet d'urine a-t-il la même force que d'habitude ?
- Y a-t-il un délai avant que vous commencez à uriner ? (Retard mictionnel.)
- Y a-t-il des gouttes à la fin de la miction ?
- Devez-vous lever la nuit pour aller uriner ? (Nycturie.)
- Urinez-vous en plus grande ou en plus petite quantité ?
- Avez-vous eu des fuites urinaires ? (Incontinence.)
- La couleur de vos urines a-t-elle changé ? Vos urines sont-elles foncées ?
- Avez-vous remarqué du sang dans vos urines ? (Hématurie.)
- Avez-vous eu une infection urinaire ou des calculs rénaux ?
- Avez-vous des problèmes dans votre vie sexuelle ?
- Avez-vous remarqué une éruption ou une masse sur vos organes génitaux ?
- Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible ?
- Avez-vous des difficultés à maintenir une érection ?
- Avez-vous eu un écoulement ou des lésions cutanées au niveau du pénis ?
- Avez-vous senti des masses dans vos testicules ?
- Vos cycles menstruels sont-ils réguliers ? À quel âge avez-vous eu vos premières règles (ménarche) ?
- Avez-vous des douleurs excessives (dysménorrhée) ou des saignements trop abondants (ménorrhagie) pendant vos règles ?
- Avez-vous des saignements après un rapport sexuel ?
- Avez-vous déjà fait une fausse couche ?
- Avez-vous eu de l'hypertension artérielle ou du diabète pendant la grossesse ?

Seins (femmes)

- Avez-vous observé du sang ou un écoulement provenant des seins ?
- ! • Avez-vous remarqué des masses à l'intérieur ou autour de vos seins ?
- Avez-vous récemment subi une mammographie, une échographie ou un examen des seins ?

Système hématologique

- Vous faites-vous facilement des bleus ?
- Vos gencives ont-elles saigné ? (Trouble hémorragique ou leucémie.)

Encadré 1.2

La revue des systèmes Suite

- Avez-vous eu de la fièvre, des tremblements ou des frissons ?
- Avez-vous des difficultés à arrêter le saignement provenant d'une petite plaie ?
- Avez-vous remarqué une masse sous les bras, dans le cou ou dans l'aine ? (Lymphadénopathie.)
- Avez-vous eu des caillots sanguins dans les jambes ? (Thrombose veineuse.) Ou dans les poumons ? (Embolie pulmonaire.)
- Avez-vous eu une anémie ?

Système musculosquelettique

- Vos articulations sont-elles douloureuses ou gonflées ? Si oui, quelles sont les articulations concernées ?
- Souffrez-vous de raideur matinale ? Si oui, pendant combien de temps ?
- Vos articulations ont-elles été chaudes, rouges ou gonflées ?
- Avez-vous souvent eu des douleurs ou des crampes musculaires ?
- Avez-vous récemment eu une éruption cutanée ?
- Avez-vous des douleurs au niveau du dos ou du cou ?
- Vos yeux ont-ils été secs ou rouges ?
- Avez-vous souvent la bouche sèche ? (Syndrome de Gougerot-Sjögren.)
- Vous a-t-on diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde ou une goutte ?
- Vos doigts sont-ils déjà devenus douloureux et blancs, puis bleus, puis rouges avec le froid ? (Phénomène de Raynaud.)
- Dans quelle mesure vos problèmes articulaires perturbent-ils vos activités quotidiennes ?

Système endocrinien

- Avez-vous remarqué un gonflement au niveau du cou ? (Goître.)
- Avez-vous les mains qui tremblent ? (Tremblement.)
- Préférez-vous lorsqu'il fait chaud ou lorsqu'il fait froid ?
- Avez-vous eu un problème thyroïdien ou du diabète ?
- Transpirez-vous plus que d'habitude ?
- Avez-vous eu des problèmes de fatigue ?
- Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre apparence, de vos cheveux, de votre peau ou de votre voix ?
- Avez-vous remarqué un changement au niveau de la taille de votre chapeau, de vos gants ou de vos chaussures ? (Acromégalie.)
- !** • Ces derniers temps, avez-vous eu plus soif que d'habitude ? (Diabète non contrôlé.)
- Est-ce que vous urinez beaucoup ? (Polyurie.)

Encadré 1.2

La revue des systèmes Suite

Système neurologique

- Avez-vous des maux de tête ?
- Avez-vous eu des problèmes de mémoire ou de concentration ?
- ! • Avez-vous eu un malaise, une crise épileptique ou une perte de connaissance ?
- Voyez-vous double ? (Diplopie) Avez-vous d'autres problèmes de vue ou d'audition ?
- Avez-vous des étourdissements ? Est-ce que vous avez l'impression que les objets tournent autour de vous ? (Vertige.)
- Avez-vous ressenti une faiblesse, un engourdissement ou une maladresse au niveau des bras ou des jambes ? Avez-vous des problèmes pour garder l'équilibre ou pour marcher ?
- ! • Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien grave ?
- Avez-vous eu des problèmes de sommeil ?
- Vous sentez-vous triste ou déprimé ou avez-vous des problèmes nerveux ?
- ! • Avez-vous déjà envisagé de vous suicider ?

Peau

- Avez-vous eu des démangeaisons (prurit) ou des éruptions cutanées ?
- Avez-vous déjà eu des éruptions de ce type par le passé ?
- Quand le problème a-t-il commencé ?
- Est-ce que l'éruption cutanée a changé ou s'est étendue avec le temps ?
- Avez-vous récemment été malade ou voyagé quelque part ?
- Avez-vous eu de l'asthme ou une rhinite allergique ? (Atopie.)
- Quelle est votre profession ? (Eczéma de contact.)
- Avez-vous remarqué des changements au niveau de vos grains de beauté ?
- Avez-vous remarqué des changements au niveau de vos cheveux ou de vos ongles ?
- Avez-vous eu des masses ou des infections fréquentes au niveau de la peau ?

Astuces des auteurs

Pendant l'interrogatoire, demandez au patient « *Y a-t-il autre chose ?* » à chaque fois qu'il fait une pause dans son récit.

Points clés en situation pratique

Pour un interrogatoire de meilleure qualité

« *Écoutez le patient. Il vous donne le diagnostic.* »

Sir William Osler (1849–1919)

1. Laissez le patient s'exprimer avec ses propres mots. Établissez une relation et écoutez avec intérêt. Posez des questions spécifiques pour combler les vides, puis demandez au patient s'il y a autre chose dont il souhaiterait parler.
2. Assurez-vous que le patient n'a pas l'impression que l'interrogatoire est mené dans la précipitation (sauf en cas d'urgence).
3. Concentrez-vous sur l'histoire de la maladie à l'origine de la consultation. Elle doit être documentée de manière séquentielle et détaillée.
4. Intégrez dans l'histoire de la maladie à l'origine de la consultation les symptômes pertinents obtenus dans le cadre de la revue des systèmes.
5. N'oubliez pas que les antécédents personnels, le mode de vie et les antécédents familiaux sont souvent très importants pour la maladie à l'origine de la consultation.
6. Explorez les aspects psychologiques lorsqu'ils peuvent être pertinents.
7. N'acceptez pas de réponses trop brèves et ne vous contentez pas de faits qui semblent contradictoires ou chronologiquement flous; faites confiance, mais vérifiez toujours.
8. Posez des questions systématiques sur les facteurs de risque potentiels de différentes maladies pour vous aider à établir le diagnostic (le tabagisme et une coronaropathie, par exemple).
9. Rappelez-vous qu'une pratique constante est nécessaire pour bien maîtriser l'interrogatoire.
10. Un bon interrogatoire a une véritable valeur thérapeutique.
11. Les meilleurs médecins obtiennent et documentent des informations capitales!

L'interrogatoire approfondi

«Détachement, méthode et rigueur sont des qualités importantes, mais l'humilité est essentielle.»

«Un patient qui rédige la liste de ses symptômes est probablement neurasthénique.¹ »

Sir William Osler (1849–1919)

Pour conduire un bon interrogatoire centré sur le patient, vous devez instaurer une relation de confiance. Certains aspects de l'interrogatoire vont au-delà des questions de routine sur les symptômes. Pour maîtriser ces compétences, la pratique est un élément essentiel. Avec le temps, vous gagnerez en confiance pour aborder les patients dont la situation psychiatrique, culturelle ou médicale rend l'interrogatoire standard difficile voire impossible.

Questions destinées à aider les patients à rester en bonne santé

La première rencontre avec un patient est l'occasion de faire un bilan des facteurs de risque connus d'un certain nombre de maladies importantes ([encadré 2.1](#)). Même si le patient vient pour un

¹ La neurasthénie est un «épuisement nerveux», dont les symptômes vont de l'anxiété et de la dépression à de multiples plaintes physiques inexpliquées comme la fatigue, le mal de dos et les maux de tête. On parle aujourd'hui de «trouble somatoforme».

Encadré 2.1**Questions de routine utiles pour aider les patients à rester en bonne santé****Interrogez les patients sur les éléments suivants**

- Tabagisme et taux de cholestérol.
- Régime alimentaire et consommation d'alcool.
- Niveau d'exercice physique.
- Poids actuel et modifications récentes du poids.
- Pratiques liées à la santé sexuelle.
- Vaccinations (pour les adultes de plus de 18 ans [voir également le calendrier vaccinal français²⁾] :
 - *Haemophilus influenzae* de type b ;
 - hépatites A et B ;
 - papillomavirus humains (femmes \leq 26 ans uniquement) ;
 - grippe (tous les ans si le patient présente un risque accru) ;
 - rougeole, oreillons, rubéole ;
 - méningocoque ;
 - pneumocoque ;
 - tétanos, diphtérie, coqueluche (tous les 10 ans) ;
 - varicelle-zona (60 ans et plus).
- Dépistage du cancer du sein et de l'ovaire (antécédents familiaux ou âge \geq 50 ans).
- Dépistage du cancer du côlon (âge \geq 50 ans ou antécédents familiaux de cancer du côlon ou antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique de l'intestin).
- Antécédents familiaux d'autres maladies héréditaires (qui peuvent constituer une indication pour réaliser des tests de dépistage, par exemple pour une cardiomyopathie hypertrophique).
- Antécédents familiaux de mort subite.

autre problème, il est souvent possible de procéder à une revue rapide de ces facteurs. Faire régulièrement des rappels sur ces aspects peut permettre de modifier significativement la façon dont les patients se préparent contre les problèmes de santé.

- La plupart des personnes connaissent au moins en partie les dangers associés au tabagisme, à la consommation excessive d'alcool et à l'obésité. Cependant, ils n'ont pas forcément la même conception d'un régime alimentaire équilibré et de l'exercice physique, et beaucoup ignorent ce qu'est un comportement sexuel à risque.
- L'évaluation complète d'un patient implique la connaissance et la transmission d'indications sur les mesures à prendre

² http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf

Astuces des auteurs

Astuces pour mener une bonne consultation centrée sur le patient

- Faites en sorte que le patient se sente le bienvenu et à l'aise. Pendant cette consultation, le patient doit être le centre de votre attention.
- Invitez le partenaire ou les proches du patient à assister à la consultation, mais seulement si le patient le souhaite (et il ne doit pas y avoir trop de monde dans la pièce).
- Écoutez activement et cernez la personnalité du patient.
- Prenez tous les problèmes du patient au sérieux.
- Soyez poli et ne jugez pas votre patient.
- Ne soyez pas nerveux ; parlez clairement et pas trop rapidement.
- Ne vous pressez pas. Si possible, prenez tout le temps nécessaire : toutes les questions pertinentes doivent être posées.
- Votre attitude et vos questions doivent refléter l'intérêt que vous portez à votre patient.
- Ayez l'air professionnel : soyez soigné et ordonné.
- Adoptez une attitude professionnelle et éthique : faites preuve de respect, respectez l'intimité et la culture de votre patient.

pour aider le patient à rester en bonne santé. Cela passe par une approche globale de la combinaison des facteurs de risque de différentes maladies, qui est beaucoup plus importante que les facteurs de risque pris individuellement. Par exemple, pour conseiller un patient au sujet de son risque de maladie cardiovasculaire précoce, il faut connaître ses antécédents familiaux, ses antécédents de tabagisme, sa pression artérielle antérieure et actuelle, son taux de cholestérol antérieur et actuel, son régime alimentaire, son statut en matière de diabète et son niveau d'activité physique.

- Demandez au patient s'il a subi un test de dépistage du cancer du côlon. Des antécédents familiaux importants de cancer du côlon constituent une indication pour pratiquer une coloscopie avant 50 ans.
- Les femmes doivent être interrogées au sujet de leurs antécédents familiaux concernant certains cancers, comme celui du sein et de l'ovaire, et sur les tests de dépistage réalisés pour ces maladies.
- Le statut vaccinal du patient doit être revu régulièrement et mis à jour si nécessaire.

Questions personnelles

Même s'il peut être difficile de poser des questions personnelles, cela peut s'avérer extrêmement utile, car l'interrogatoire peut être directement thérapeutique pour le patient. La plupart des maladies peuvent être associées à de l'anxiété ou une dépression, mais les patients souffrant d'une maladie essentiellement psychiatrique consultent souvent pour des symptômes physiques plutôt que psychologiques. Lorsque vous menez un interrogatoire, vous devez comprendre que **l'interaction entre le corps et l'esprit est bidirectionnelle**. Au départ, le patient peut être réticent ou incapable de parler de problèmes sensibles avec un étranger. Il est donc essentiel d'établir une bonne relation et de gagner la confiance du patient ([encadré 2.2](#)).

Encadré 2.2 Questions personnelles

Questions utiles à poser

- Où habitez-vous (par exemple, dans une maison, un appartement, à l'hôtel) ?
- Quelle est votre profession actuelle et où travailliez-vous avant ?
- Vous entendez-vous bien avec les personnes qui vivent avec vous ?
- Vous entendez-vous bien avec vos collègues ?
- Avez-vous des problèmes financiers ?
- Êtes-vous marié(e) ou l'avez-vous été ?
- Pouvez-vous me parler de vos proches ?
- Décririez-vous votre mariage (ou mode de vie) comme heureux ?
- Avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) physiquement par quelqu'un ? (Violence physique.)
- Vous a-t-on forcé(e) à avoir des relations sexuelles ? (Abus sexuel.)
- Considérez-vous que vous avez beaucoup d'amis ?
- Êtes-vous croyant ?
- Trouvez-vous que vous êtes trop gros (grosse) ou trop maigre ?
- Y a-t-il eu des cas de maladie psychiatrique dans votre famille ?
- Avez-vous déjà fait une dépression nerveuse ?
- Avez-vous déjà eu un problème psychiatrique ?

Astuces des auteurs

Apprenez à être empathique. Mettez-vous à la place du patient et faites preuve d'empathie; par exemple : «Ça a dû être très difficile. Pouvez-vous m'expliquer comment cela vous a affecté(e) ?»

Si vous vous montrez sympathique, que vous n'êtes pas pressé et que vous posez des questions ouvertes, vous obtiendrez beaucoup d'informations qui pourront être notées de manière systématique après l'interrogatoire. Il est important d'adopter une approche factuelle, surtout lorsque vous abordez des sujets délicats comme les problèmes sexuels, le deuil ou un abus.

L'entretien psychiatrique formel diffère de l'interrogatoire médical général. Il faut souvent beaucoup de temps pour que les patients établissent une relation de confiance avec le clinicien. Certaines questions standards peuvent permettre d'obtenir des informations précieuses sur l'état d'esprit du patient ([encadrés 2.3 et 2.4](#)). Il peut être important d'obtenir davantage de détails sur ces problèmes, en fonction des circonstances cliniques.

Encadré 2.3

Symptômes de la dépression

Questions utiles à poser

- Vous sentez-vous triste, abattu(e) ou déprimé(e) ?
- Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou avez-vous ressenti un manque d'intérêt dans vos activités quotidiennes pendant 2 semaines ou plus ?
- Avez-vous déjà eu envie de vous suicider ?
- Estimez-vous que vous vous réveillez très tôt le matin ?
- Manquez-vous d'appétit ces derniers temps ?
- Avez-vous récemment perdu du poids ?
- Que pensez-vous de l'avenir ?
- Avez-vous eu des problèmes de concentration ?
- Avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ?
- Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses que vous appréciez d'habitude ?

Encadré 2.4

Symptômes de l'anxiété

Questions utiles à poser

- Vous faites-vous beaucoup de soucis ?
- Avez-vous du mal à vous détendre ?
- Avez-vous du mal à vous endormir ?
- Vous sentez-vous mal à l'aise au milieu d'une foule ?
- Vous inquiétez-vous trop à propos de problèmes mineurs ?
- Vous sentez-vous soudainement effrayé(e), anxieux(se) ou paniqué(e) sans raison particulière dans des situations où la plupart des gens n'auraient pas peur ?

- Devez-vous répéter certains gestes, comme vous laver les mains, à de nombreuses reprises ?
- Y a-t-il des rituels (comme vérifier des choses) que vous pensez devoir accomplir, même si vous savez que cela peut être ridicule ?
- Avez-vous des pensées récurrentes que vous avez du mal à contrôler ?

La dépression est fréquente chez les patients souffrant d'une maladie chronique. Elle est souvent négligée mais elle peut être traitée. Deux questions simples permettent de déceler une dépression :

- 1.** « *Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou désespéré(e) ?* »
- 2.** « *Avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités quotidiennes ?* »

Si la réponse est « oui » à au moins l'une des deux questions, vous devez poser des questions plus détaillées sur la dépression et l'anxiété, et procéder à une évaluation des idées suicidaires ([encadré 2.3](#)). Demandez par exemple :

- « *Avez-vous déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ?* »
- « *Vous êtes-vous déjà senti(e) mal au point d'envisager d'en finir ?* »

Le fait de poser des questions sur les idées suicidaires n'augmente *pas* le risque de suicide *ni* ne suggère cette idée au patient.

Une **confrontation bienveillante** peut être utile dans les situations difficiles. Par exemple, si le patient a l'air triste, en colère ou effrayé, en parler avec tact peut amener le patient à donner spontanément les informations recherchées. Si vous obtenez une réaction émotionnelle, utilisez les compétences de gestion des émotions (**NURS**) ([encadré 2.5](#)).

Encadré 2.5

Compétences de gestion des émotions : « NURS »

- Nommez l'émotion.
- Usez de compréhension.
- Traitez le problème avec **Respect**.
- Montrez votre **Soutien**.

Par exemple : « *Il est compréhensible que vous ayez été en colère lorsque votre mari vous a quittée. Ça a dû être très difficile à vivre. En quoi puis-je vous aider aujourd'hui ?* »

Questions culturelles

Les attitudes vis-à-vis de la maladie varient selon les cultures. Le patient peut avoir du mal à parler de problèmes qu'il considère comme honteux. Dans certaines cultures, les femmes peuvent refuser d'être interrogées ou examinées par des médecins ou étudiants de sexe masculin, ou cela peut être considéré comme inacceptable. Les étudiants de sexe masculin peuvent devoir être accompagnés d'un chaperon de sexe féminin lors de l'interrogatoire ou de l'examen physique d'une patiente. Dans certaines cultures, il n'est pas acceptable de serrer la main à quelqu'un du sexe opposé.

Il est très important que les sensibilités culturelles, d'un côté ou de l'autre, ne constituent pas un obstacle au bon déroulement de l'examen médical. En cas de doute, demandez au patient.

Dans certaines sociétés, les patients peuvent avoir une grande famille. Ces proches peuvent apporter un soutien précieux au patient, mais des problèmes médicaux ou sociaux peuvent empêcher le patient de prendre en charge sa propre santé. Les engagements du patient vis-à-vis des membres de sa famille peuvent compliquer ses déplacements pour se rendre à un rendez-vous médical ou bénéficier d'un traitement spécialisé. Des questions détaillées sur les relations et responsabilités familiales du patient peuvent aider pour planifier son traitement.

GESTION DES PROBLÈMES POSÉS PAR LES PROCHES ET LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

- Il est malheureusement fréquent que les proches qui accompagnent le patient l'interrompent et contredisent sa version des faits (et se contredisent entre eux).³
- Lorsqu'un proche s'interpose entre le clinicien et le patient, l'interrogatoire devient toujours moins direct et les symptômes du patient sont davantage susceptibles d'être «filtrés» ou interprétés avant que l'information n'arrive au clinicien. Essayez de faire en sorte que le patient se trouve entre vous et son proche.
- Avec tact, essayez de faire comprendre au proche qu'il doit laisser le patient répondre avec ses propres mots, mais

³ Même si la surdité d'un patient est parfois invoquée pour justifier ces interruptions, vous pouvez surmonter ce problème en parlant fort et distinctement (en criant).

n'oubliez pas qu'un patient atteint de démence peut avoir besoin d'aide pour fournir des renseignements exacts.

- Pour les patients qui maîtrisent mal le français, il convient de faire appel à un interprète médical officiel. Le recours à un interprète rend néanmoins l'interrogatoire plus long et plus difficile.
- Si possible, il vaut mieux éviter de faire appel à un proche du patient comme interprète pour réduire le risque de biais. Les traducteurs médicaux professionnels savent ne pas réinterpréter le récit du patient et ont une bonne connaissance des termes médicaux.
- Pendant l'entretien, apprenez à établir un contact visuel avec le patient plutôt qu'avec l'interprète, pour que le patient ne se sente pas exclu de la discussion.
- Les questions doivent être formulées comme si elles étaient directement adressées au patient : « *Avez-vous eu des problèmes d'essoufflement ?* » plutôt que « *A-t-il été essoufflé ?* »

Astuces des auteurs

Évaluer les sentiments et le fonctionnement du patient en quatre points

La maladie touche à la fois le patient et sa famille. Aider le patient dans son fonctionnement quotidien fait partie de sa prise en charge, il est donc essentiel de déterminer l'impact de la maladie. À la fin du récit, il est utile de préciser les éléments suivants :

1. Les sentiments relatifs au problème du patient.
2. Les idées que le patient se fait des événements.
3. Les aspects fonctionnels ; l'impact de la maladie sur le patient.
4. Les attentes, y compris les attentes du patient vis-à-vis du médecin.

Questions sur les capacités fonctionnelles : activités de la vie quotidienne

Chez les patients âgés et les patients souffrant d'une maladie chronique invalidante, il faut évaluer la capacité à mener une vie normale. Dans le cadre de la revue des symptômes de ces patients, posez des questions de base sur :

- **les activités de la vie quotidienne (AVQ)** : comme se laver, marcher, aller aux toilettes, manger et s'habiller ;

- **les activités instrumentales de la vie quotidienne (AVQ)** : comme faire ses courses, cuisiner, faire le ménage, utiliser les moyens de transport, gérer ses finances et prendre des médicaments.

Cette évaluation, qui va au-delà du diagnostic médical, permet au clinicien d'évaluer précisément la situation sociale et familiale du patient. Des questions concernant la configuration du logement et les conditions de vie seront importantes si les AVQ sont limitées. Ces questions portent notamment sur :

- le nombre de marches dans la maison ;
- la présence de rampes dans la salle de bains ;
- l'accessibilité des placards ;
- l'accès aux moyens de transport pour aller faire ses courses ou bénéficier d'un traitement médical ;
- la disponibilité d'une aide pour faire le ménage et la cuisine ;
- la présence d'autres personnes au domicile du patient et la manière dont ces personnes s'adaptent à la maladie du patient.

Le niveau de détails requis dépend de la sévérité et de la chronicité de la maladie du patient.

Communication

De bonnes compétences de communication sont un élément central de la bonne pratique clinique et elles peuvent s'apprendre. Vous devez maîtriser différents scénarios de communication, notamment :

- comment annoncer de mauvaises nouvelles ;
- parler aux partenaires ou aux aidants ;
- comment s'adresser à un patient ou à un proche mécontent des soins médicaux prodigues ;
- interagir avec un patient aveugle ou sourd ;
- interroger un patient dont la langue maternelle n'est pas le français ;
- comment parler d'une demande de ne pas réanimer.

Ces thèmes de communication, entre autres, font souvent l'objet de stations ECOS (examens cliniques objectifs structurés⁴).

⁴ Note de l'éditeur : Méthode d'évaluation encore peu utilisée en France : voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

Astuces des auteurs

Cadre de communication

- Établissez les **I**dées, **Préoccupations et **A**ttentes («IPA») du patient.**
- Faites preuve d'empathie : appréciez le problème du point de vue du patient et montrez-le au patient.
- Reconnaissez les émotions : **N**ommez-les, **U**sez de compréhension, traitez les problèmes avec **R**espect et montrez votre **S**outien («NURS»).

Travaillez vos compétences de communication avec vos collègues et filmez-vous pour identifier les pièges à éviter.

L'ANNONCE DE MAUVAISES NOUVELLES

Les « mauvaises nouvelles » sont les informations qui vont avoir un impact négatif sur la vision du futur du patient. Les patients veulent savoir la vérité et les médecins sont obligés, d'un point de vue éthique et légal, de la leur dire. Pour annoncer ce type de nouvelles, il faut faire preuve d'empathie et de tact, malgré le stress occasionné pour tout le monde. Voici les étapes clés de ce processus, que vous pourrez facilement retenir à l'aide du moyen mnémotechnique « ABCDEF » (ou « EPICES ») :

- **Anticipez (Environnement) :**
 - Passez en revue et retenez les informations pertinentes, trouvez un endroit isolé et répétez ce que vous allez dire.
- **Bâtissez une relation et un environnement thérapeutiques (Perceptions du patient) :**
 - Présentez-vous.
 - Préparez le patient ; dites par exemple : «*Je suis vraiment désolé, mais j'ai de mauvaises nouvelles.*»
 - Posez d'abord des questions : déterminez ce que le patient et sa famille savent déjà (évaluez leurs idées, préoccupations et attentes, «IPA»).
- **Communiquez (Invitation) :**
 - Mettez-vous d'accord sur les éléments abordés lors de l'entretien ; par exemple : «*Nous avons vos résultats. Voulez-vous que nous vous donnions toutes les informations maintenant?*»
- **Dialoguez avec le patient et sa famille (Connaissances) :**

- Soyez clair ; par exemple, utilisez les mots « cancer » ou « décès ». N'utilisez pas de jargon, de code ou de termes très techniques. Évitez toute brusquerie inutile.
- Allez au rythme du patient ; donnez les informations petit à petit.
- Laissez la place au silence et aux larmes.
- Demandez au patient s'il a compris ce que vous avez dit.
- Encouragez et validez les émotions (Empathie) :
 - Écoutez et observez la réaction émotionnelle ; identifiez l'émotion (« NURS »).
 - Laissez au patient le temps d'exprimer ses sentiments ou, s'il est silencieux, demandez-lui quels sont ses sentiments, puis reformulez (pour qu'il voie que vous avez compris) en développant comme : « *Je sais que c'est très pénible et que ce n'est pas ce que vous espériez. J'aurais aimé que les nouvelles soient meilleures.* »
 - Montrez votre soutien ; il convient souvent de répéter : « *Je suis désolé.* »
 - Donnez un espoir réaliste.
 - Donnez des informations ou dites « *Je ne sais pas* », le cas échéant.
- Envisagez le Futur (Stratégie) :
 - Donnez un plan clair des étapes à suivre.⁵

Le patient « difficile »

La plupart des consultations impliquent un effort de coopération de la part du patient et du clinicien. Le patient cherche une aide pour trouver ce qui ne va pas et aller mieux. Cependant, les entretiens ne se déroulent pas toujours sans difficultés. Un **resentiment** peut se manifester des deux côtés si le patient semble ne pas prendre les conseils du médecin au sérieux ou s'il ne se montre pas coopératif pendant l'interrogatoire ou l'examen. Sauf si un problème psychiatrique ou neurologique grave altère le jugement du patient, cela reste de sa responsabilité.

Rappelez-vous toujours que :

- vous avez le devoir, en tant que clinicien, de **donner des conseils et des explications**, sans imposer. En fait, il serait

⁵ Notre métier consiste à « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours » (phrase attribuée au médecin américain Edward Trudeau).

arrogant de penser que votre avis est toujours le bon. Les meilleurs médecins sont humbles et reconnaissent leurs limites ;

- les patients sceptiques au sujet des conseils qui leur sont donnés doivent toujours avoir la possibilité de bénéficier d'un temps de réflexion et de rechercher d'autres avis. Cette approche ne doit cependant pas être utilisée comme une excuse pour ne pas donner une explication correcte, sensible et approfondie du problème et des conséquences d'ignorer un avis médical, dans la mesure où le patient le permet.

Astuces des auteurs

- Les patients qui se montrent **agressifs** et peu coopératifs peuvent se comporter ainsi pour une raison médicale. Les possibilités à envisager sont le sevrage d'alcool ou de drogues, une lésion intracrânienne telle qu'une tumeur ou un hématome sous-dural, ou une maladie psychiatrique telle qu'une schizophrénie paranoïde. Dans d'autres cas, le problème peut être la survenue de la maladie.
- Les infections urinaires sont une cause fréquente de confusion et de délire chez les patients âgés.

Certains patients peuvent poser des difficultés parce qu'ils sont **trop coopératifs** :

- un patient inquiet au sujet de sa pression artérielle peut apporter des relevés de ses auto-mesures réalisées toutes les demi-heures pendant plusieurs semaines. Il est important de montrer un intérêt limité à ces relevés et de ne pas encourager un enthousiasme excessif⁶ ;
- d'autres patients peuvent apporter des informations sur leurs symptômes ou un diagnostic obtenus sur internet. Il est important de rappeler, et peut-être de signaler, que des informations obtenues de cette manière peuvent ne pas avoir été soumises à l'avis d'un professionnel.

⁶ Ne vous plaignez pas : ce n'est rien par rapport à l'enthousiasme exprimé par certains patients pour leur tube digestif et ses produits.

En revanche, les personnes qui souffrent d'une maladie chronique peuvent en savoir davantage sur leur maladie que leur clinicien.

Parfois, les intérêts du patient et du médecin divergent. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il existe une possibilité d'indemnisation pour une maladie ou une blessure :

- une très faible proportion de patients peut, consciemment ou non, essayer de **manipuler leur interlocuteur**. Il s'agit d'un problème très délicat qui ne peut être géré que par l'application rigoureuse des méthodes cliniques;
- parfois, la tentative de manipulation prend la forme de la flatterie ou d'un intérêt personnel inapproprié pour le clinicien. Il faut alors faire preuve de détachement. Le clinicien et le patient doivent être conscients que leur rencontre est strictement professionnelle et ne revêt aucun caractère social.

ECOS – Mise en situation clinique⁷ «Interrogatoire»

L'ECOS (examen clinique objectif structuré) est un outil utilisé pour évaluer certains ou l'ensemble des éléments suivants : compétences en matière d'interrogatoire, compétences en matière d'examen clinique, compétences de communication avec les patients et leur famille, interprétation des données, capacité à documenter des informations, capacité à déduire le diagnostic différentiel, compétences techniques. L'ECOS est composé de plusieurs stations, et les étudiants passent successivement d'une station à l'autre, chacune durant 10 à 15 minutes. Celles-ci sont notées séparément, puis les notes sont combinées pour arriver à la note finale.

Un certain nombre de compétences en matière d'interrogatoire peuvent être évaluées. Un vrai patient ou un acteur répond à vos questions, ce qui permet à l'examinateur d'évaluer votre technique et vos connaissances en matière d'interrogatoire. Une approche devant certaines de ces questions est résumée ici à titre d'exemple.

Commencez toujours votre interrogatoire en vous présentant. Dans la plupart des cas, la première question sera probablement : «*Puis-je vous poser quelques questions ?*» ou «*Puis-je vous examiner ?*»

⁷ Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «*Avertissements : les ECOS*» en début d'ouvrage.

- 1. Interrogez cette patiente sur ses facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) Quel âge avez-vous ?
 - (ii) Avez-vous déjà souffert de maladie cardiovasculaire ou d'hypertension artérielle ?
 - (iii) Quel est votre taux de cholestérol ? (Vous a-t-on prescrit un traitement ou non ?)
 - (iv) Avez-vous du diabète ? (Si oui, depuis combien de temps ?)
 - (v) Est-ce que vous fumez ? (Si oui, depuis combien de temps ? Quelle quantité ?)
 - (vi) Y a-t-il eu des maladies cardiovasculaires dans votre famille ? (Si oui, de qui s'agit-il et à quel âge est apparue la maladie ?)
 - b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 2. Cet homme souffre de dyspnée. Interrogez-le à ce sujet.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) Quand êtes-vous essoufflé (lors d'un effort physique, en position allongée : orthopnée ou dyspnée paroxystique nocturne) ?
 - (ii) Quelle est l'intensité de cette gêne ? (Grades I à IV.)
Est-ce qu'elle vous empêche de monter les escaliers ou de gravir une côte ?
 - (iii) Combien de temps dure-t-elle ? Est-ce qu'elle s'aggrave ? Avez-vous d'autres symptômes (sifflements respiratoires, oppression thoracique, jambes gonflées) ?
 - (iv) Toussez-vous ? Est-ce que vous expulsez des crachats ? (De quelle couleur ?) Avez-vous de la fièvre ? Une douleur thoracique (pleurétique) ?
 - (v) Avez-vous déjà eu une maladie cardiaque ou pulmonaire ?
 - (vi) Est-ce que vous fumez ? (Si oui, depuis combien de temps ? Quelle quantité ?)
 - b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 3. Cet homme a une polyarthrite rhumatoïde chronique. Évaluez sa situation sociale.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) Depuis combien de temps souffrez-vous d'arthrite ?
 - (ii) Quelles sont les articulations touchées ? Depuis combien de temps vos articulations sont-elles raides le matin ?

- (iii) Pouvez-vous vous laver, aller aux toilettes, vous habiller, couper vos aliments, manger ? (AVQ.)
- (iv) Comment faites-vous pour faire vos courses, cuisiner, faire le ménage, utiliser les moyens de transport, conduire, prendre vos médicaments et gérer vos finances ? (AIVQ.)
- (v) Travaillez-vous ?
- (vi) Qui vit avec vous ?
- (vii) De quelle aide disposez-vous ?
- (viii) Quelle est la configuration de votre logement (est-ce qu'il y a des rampes, des marches, etc.) ?

b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

4. **Cette femme a des problèmes de dépression. Interrogez-la.**

a. Posez-lui les questions suivantes :

- (i) Vous sentez-vous triste ? Depuis combien de temps ?
- (ii) Vous êtes-vous sentie déprimée ou avez-vous ressenti un manque d'intérêt dans vos activités quotidiennes pendant deux semaines ou plus ?
- (iii) Un problème particulier est-il à l'origine de cette situation ?
- (iv) Vous réveillez-vous tôt le matin ?
- (v) Souffrez-vous de perte d'appétit ou avez-vous perdu du poids ?
- (vi) Que pensez-vous de l'avenir ?
- (vii) Êtes-vous capable de vous concentrer ?
- (viii) Éprouvez-vous un sentiment de culpabilité ?
- (ix) Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses que vous appréciez d'habitude ?
- (x) Avez-vous déjà pensé à vous suicider ? Avez-vous imaginé ce que vous feriez ?
- (xi) Quels traitements avez-vous suivis ?
- (xii) Avez-vous déjà eu un grave problème de santé comme un cancer ?

b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

Pour un interrogatoire de meilleure qualité

1. Commencez par des questions ouvertes (et résistez à la tentation d'interrompre), mais terminez par des questions spécifiques pour restreindre le diagnostic différentiel.
2. Ne vous dépêchez pas (ou au moins ayez l'air de ne pas vous dépêcher, même si vous êtes limité dans le temps). Cela permet d'avoir une approche rodée et logique.
3. Demandez au patient : « *Y a-t-il autre chose ?* » une fois qu'il a fini de parler, pour être sûr que tous les problèmes ont été identifiés. Répétez la question « *Y a-t-il autre chose ?* » aussi souvent que nécessaire.
4. Maintenez un contact visuel rassurant et une attitude ouverte.
5. Hochez la tête de manière opportune et ménagez des silences pour encourager le patient à s'exprimer.
6. Lorsqu'il y a des pauses dans le récit, faites un résumé au patient, en reformulant brièvement les faits ou les sentiments identifiés, afin de garantir un maximum d'exactitude et de montrer que vous écoutez activement.
7. Clarifiez avec le patient la liste des plaintes principales (à l'origine de la consultation), plutôt que de supposer que vous les connaissez.
8. Si vous êtes perdu dans la chronologie des événements ou d'autres points, admettez-le et demandez au patient de clarifier. Pour les patients qui ont des antécédents médicaux compliqués, il est parfois utile de faire un schéma rapide de l'enchaînement des principaux événements de santé (maladie) survenus au cours de la vie du patient.
9. Assurez-vous que l'histoire du patient est cohérente et, dans le cas contraire, posez davantage de questions pour vérifier les faits.
10. Si des émotions apparaissent : nommez l'émotion du patient; usez de compréhension (par exemple : « *Vous avez l'air triste.* »); faites preuve de respect; exprimez votre soutien (par exemple : « *Il est tout à fait compréhensible que vous soyez bouleversé.* ») — approche « NURS ».
11. Demandez si le patient a d'autres problèmes et abordez ses craintes par rapport à son état de santé.
12. Faites preuve d'empathie et exprimez votre soutien ainsi que votre volonté de coopérer avec le patient pour résoudre les problèmes ensemble.

3

Commencer l'examen clinique

«Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez; développez votre sens de l'observation.»

Sir William Osler (1849–1919)

Rechercher des signes objectifs d'une maladie (signes physiques) est palpitant. Pour y parvenir, vous devez :

- mettre au point votre propre technique systématique et la pratiquer jusqu'à ce qu'elle devienne une seconde nature et puisse être appliquée sans problème;
- décider des possibilités vraisemblables de diagnostic pour pouvoir rechercher d'autres indices qui permettront d'étayer ou de réfuter votre diagnostic différentiel;
- vous rappeler que, par nature, les événements fréquents se produisent souvent; il faut donc, compte tenu de l'âge et du sexe du patient, envisager d'abord les possibilités les plus fréquentes pour formuler votre liste de diagnostics différentiels. D'où le principe du zèbre en médecine : «Quand vous entendez des bruits de sabot derrière vous, attendez-vous à voir un cheval [animal à sabots le plus couramment rencontré] plutôt qu'un zèbre [animal rare]».

Astuces des auteurs

- Les patients et les examinateurs attendent des médecins et des étudiants qu'ils examinent leurs patients de façon experte; cela peut prendre la forme d'un rituel — l'imposition des mains après avoir recherché (inspecté) les signes de la maladie est une technique très ancienne qui, d'après nous, aide à créer un lien thérapeutique entre le patient et le médecin et permet de déclencher le processus de guérison.
- Pensez toujours au patient d'abord : demandez-lui son accord, lavez-vous les mains (ainsi que le matériel) et procédez à l'examen en respectant votre patient et sa pudeur. Ne lui faites pas mal!
- Soyez attentif et prenez votre temps : procédez à l'examen avec soin. Vous n'en attendriez pas moins si vous étiez à la place du patient.

Matériel

La plupart des étudiants s'équipent avec du matériel courant :

- L'outil le plus prestigieux et probablement le plus utile (à l'exception du seul outil vraiment vital, c'est-à-dire le stylo) est le **stéthoscope** (inventé en 1816)¹. Il en existe de nombreux types et la plupart des modèles fonctionnent bien. On dit que le plus important, c'est ce qui se trouve entre les écouteurs du stéthoscope. Le stéthoscope doit être solide et pouvoir être facilement rangé dans la poche. Il doit également pouvoir être porté aisément autour du cou. Certains modèles récents n'ont pas de cloche et de membrane séparées. Les stéthoscopes électroniques, qui amplifient les sons, sont particulièrement utiles pour les étudiants qui ont des problèmes d'audition. Leur son est différent de celui des stéthoscopes acoustiques et ils ne doivent pas être utilisés pour la première fois lors d'un examen (en fait, ils ne sont pas autorisés dans certains examens d'évaluation des compétences cliniques).
- Il est également utile de posséder un **ophtalmoscope de poche**, une **lampe torche** et un **marteau à réflexes**. Les étudiants des années supérieures peuvent généralement donner des conseils sur les modèles les plus fiables et les moins onéreux. La plupart des autres outils sont disponibles dans le service.

¹ Il va probablement disparaître au xxie siècle et être remplacé par des appareils échographiques portables.

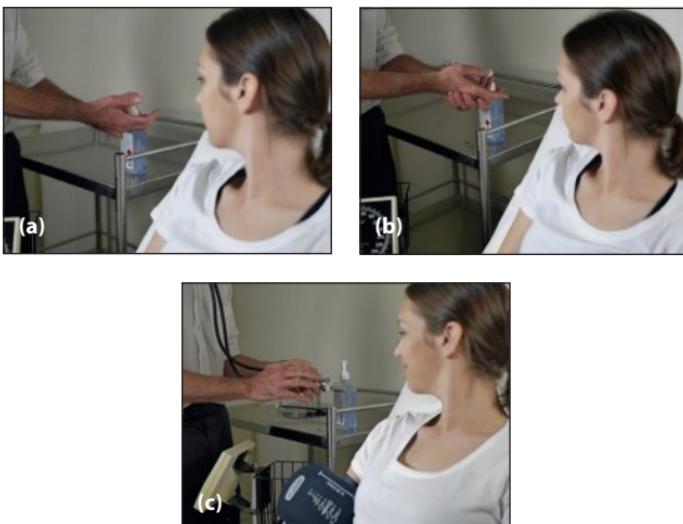


Figure 3.1 Le médecin se lave les mains (**a et b**) et nettoie le stéthoscope (**c**).

L'hygiène des mains

Le patient doit être votre priorité et la limitation de la transmission des infections relève de votre responsabilité de professionnel de santé. Vous devez vous laver les mains *avant* de toucher le patient (pour le protéger) et *après* l'examen (pour vous protéger) **à chaque fois impérativement**. Suivez les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

- Si vos mains sont visiblement sales ou souillées, utilisez de l'eau et du savon, en recouvrant toutes les surfaces de la main pendant au moins 40 secondes.
- Si vos mains ne sont pas visiblement souillées, remplissez la paume d'une main avec un produit hydroalcoolique (friction hydroalcoolique) et frictionnez pendant au moins 20 secondes ([figure 3.1](#)).
- La bonne technique consiste à frictionner :
 - paume contre paume par mouvement de rotation ;
 - le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume de la main droite, et vice versa ;
 - les espaces interdigitaux, paume contre paume et doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière ;

- le dos des doigts dans la paume de la main opposée, avec un mouvement d'aller-retour latéral;
- le pouce de la main gauche par rotation dans la main droite, et vice versa ;
- la pulpe des doigts de la main droite dans la paume de la main gauche, et vice versa.
- Enfin, si vous utilisez de l'eau et du savon, rincez-vous les mains, séchez-les à l'aide d'un essuie-mains et utilisez celui-ci (ou votre coude) pour fermer le robinet. Si vous utilisez un produit hydroalcoolique, laissez sécher avant de procéder à l'examen.
- N'utilisez pas la méthode de la friction hydroalcoolique si vos mains sont visiblement souillées ou en cas d'épidémie d'infections à *Clostridium difficile*; utilisez dans ce cas de l'eau et du savon².

N'oubliez pas de nettoyer la cloche et la membrane de votre stéthoscope avec une lingette désinfectante après chaque examen.

Points clés en situation pratique

Une bonne hygiène des mains n'est pas seulement nécessaire pendant les examens, elle fait aussi partie de l'évaluation de l'étudiant.

Premières impressions

Le patient semble-t-il aller relativement bien ou très mal ? Il est parfois possible de détecter des anomalies spécifiques. Recherchez en particulier :

- **une respiration difficile** : une augmentation franche de la fréquence respiratoire et la mobilisation des muscles respiratoires accessoires évoquent des problèmes respiratoires, cardiaques ou métaboliques graves; ces difficultés sont souvent plus manifestes lorsque le patient fait un léger effort, comme lorsqu'il se déplace autour de son lit ou qu'il se déshabille;
- **un ictère** (coloration jaune de la peau et de la sclère);
- **une cyanose** (coloration bleue de la peau);
- **une pâleur** (évacatrice d'anémie);
- **un faciès pouvant indiquer le diagnostic** ([tableau 3.1](#)).

² Facultatif si vous avez envie de mourir (si c'est le cas, demandez de l'aide immédiatement).

Tableau 3.1 Quelques faciès ayant une importance diagnostique

ACROMÉGALIQUE

- Menton prognathie
- Arcades sourcilières saillantes

(Smith CB, Waite PD. Surgical management of obstructive sleep apnea in acromegaly with mandibular prognathism and macroglossia: a treatment dilemma.

Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2012; 70(1) : 207–10. © 2012, figure 2.)



CUSHINGOÏDE

- Pléthorique et gras

(Douglas G et al. *Macleod's Clinical Examination*. 13th ed. Elsevier; 2013, figure 5.16A.)



MONGOLOÏDE

- Replis épicanthiques
- Langue volumineuse

(Regezi JA et al. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 6th ed. Elsevier; 2012, figure 15.21A.)



HIPPOCRATIQUE (PÉRITONITE AIGUË)

- Yeux enfoncés
- Tempes affaissées
- Nez pincé et croûtes sur les lèvres
- Front moite

(Lemmi & Lemmi. *Physical Assessment Findings Multi-User CD-ROM*. Saunders; 2000.)



MARFANOÏDE

- Palais ogival



(Forbes CD, Jackson WF. *Color Atlas and Text of Clinical Medicine*. Elsevier; 2003.)

MITRAL

- Éruption malaire (coloration bleuâtre des joues)



(Rehman, Habib ur, MBBS. Carcinoid syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 2009 ; 180(13) : 1329. © 2009 Canadian Medical Association.)

MYOPATHIQUE (DYSTROPHIE MYOTONIQUE)

- Perte de cheveux frontale
- Faciès triangulaire, masséters atrophiques
- Lunettes épaisses ou lentilles intraoculaires



(Kanski JJ, Bowling B. *Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach*. 7th ed. Elsevier; 2011, figure 19.93.)

MYXOËDÉMATEUX (HYPOTHYROÏDIE)

- Bouffi
- Manque d'expression
- Épaississement de la peau
- Cheveux clairsemés
- Perte du tiers externe des sourcils

(Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. *Williams Textbook of Endocrinology*. 10th ed. Philadelphia : WB Saunders; 2003, figure 13-1AB.)



PAGÉTIQUE

- Crâne volumineux



(Seton M. *Rheumatology*. 6th ed. Elsevier; 2015, figure 206.7.)

PARKINSONIEN

- Absence d'expression
- Clignement des yeux peu fréquent



(Kanski JJ, Bowling B. *Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach*. 7th ed. Elsevier; 2011, figure 1.76D.)

THYROTOXIQUE

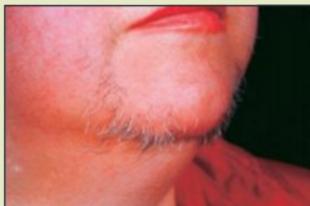
- Regard fixe
- Rétraction palpébrale
- Exophthalmie



(Glynn M, Drake W. *Hutchison's Clinical Methods: An Integrated Approach to Clinical Practice*. 23th ed. Elsevier; 2012, figure 16.13.)

VIRILISATION

- Acné
- Pilosité de la face chez la femme



(Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I (eds). *Treatment of Skin Disease*. St Louis : Mosby; 2002.)

Vérifiez si le patient est relié à un dispositif médical, tel que :

- un appareil de surveillance (ECG, oxymétrie);
- un dispositif d'oxygénotherapie (notez le débit);
- une perfusion intraveineuse (notez le liquide).

Signes vitaux

Les **signes vitaux** sont les indicateurs du fonctionnement des parties essentielles du corps. Ils doivent être mesurés chez tous les patients au moment de l'examen initial puis aussi souvent que nécessaire.

1. Commencez par palper le **pouls radial** (figure 3.2). Il est habituellement perçu juste médalement au radius distal avec la pulpe de l'index et du majeur de la main qui palpe. Comptez la fréquence pendant 30 secondes (et notez-la en battements par minute; voir chapitre 4).
2. Mesurez la **pression artérielle** (figure 3.3a).

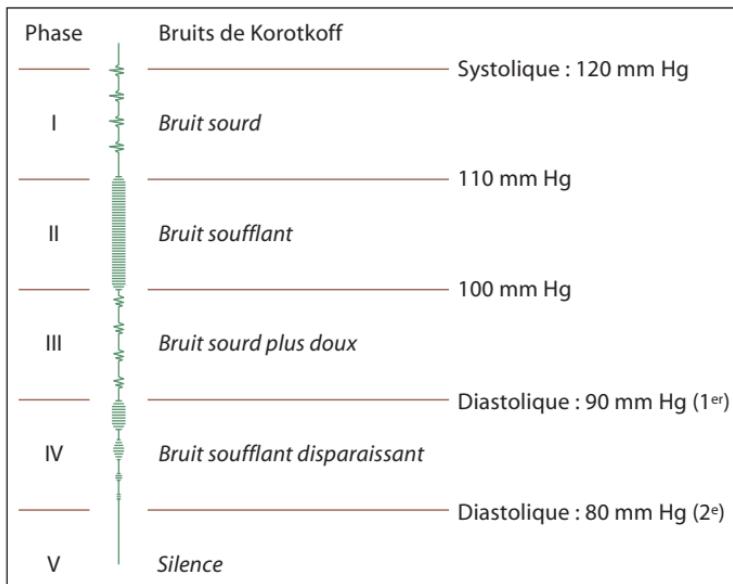
La largeur normale du brassard de mesure de la pression artérielle est de 12,5 cm. Cette largeur est adaptée au bras d'un adulte de taille normale. Cependant, chez les patients obèses avec des gros bras, un brassard de cette taille va surestimer la pression artérielle, donc il faut en utiliser un plus large. Des tailles plus petites existent pour les enfants.



Figure 3.2 Mesure de la pression artérielle (méthode palpatoire).



(a)



(b)

Figure 3.3 (a) Mesure de la pression artérielle avec un brassard.
(b) Bruits de Korotkoff.

Le brassard est enroulé autour du bras (qui doit être maintenu à hauteur du cœur) et le ballon gonflable doit être placé au-dessus de l'artère brachiale. Dans la fosse cubitale (pli du coude), elle se trouve immédiatement médalement au tendon du biceps.

Pour faire une estimation approximative de la pression artérielle systolique, le brassard est gonflé à fond puis dégonflé lentement (2 mm Hg par seconde) jusqu'à ce que le pouls radial réapparaisse (**méthode palpatoire**). Ensuite, pour faire une estimation plus précise de la pression artérielle, cette manœuvre est répétée en plaçant le stéthoscope au-dessus de l'artère brachiale (**méthode auscultatoire**). Vous devez maîtriser les deux méthodes.

Astuces des auteurs

Dans de nombreux services hospitaliers, on utilise des tensiomètres automatiques. Toutefois, il est important que vous sachiez utiliser les différents types de tensiomètres manuels car c'est ce type d'instrument que vous êtes censé(e) utiliser pour mesurer la pression artérielle lors de l'examen.

On distingue cinq bruits quand on dégonfle lentement le brassard ([figure 3.3b](#)). On les appelle les **bruits de Korotkoff** :

- la pression à laquelle on perçoit un premier bruit au-dessus de l'artère est la pression artérielle systolique (Korotkoff I, KI) ;
- quand on continue à dégonfler le brassard, l'intensité des bruits augmente (KII) ;
- puis diminue (KIII) ;
- les bruits deviennent assourdis (KIV) ;
- et disparaissent (KV). La disparition des bruits indique normalement le niveau de la pression diastolique. Il y a parfois un **trou auscultatoire**, qui est normal (les bruits disparaissent juste au-dessous de la pression systolique mais réapparaissent au-dessus de la pression diastolique).

La pression artérielle systolique peut normalement varier entre les deux bras d'une valeur pouvant atteindre 10 mm Hg. Au niveau des jambes, où elle peut être prise avec un large brassard spécial enroulé autour de la cuisse (on utilise alors l'artère poplitée à la place de l'artère brachiale), la pression

artérielle est normalement plus élevée que celle mesurée au niveau des bras; il s'agit d'une mesure inhabituelle mais il est possible de l'utiliser en cas de suspicion de coarctation de l'aorte ou de sténose de l'artère subclavière.

Classification des valeurs de pression artérielle

- Pression artérielle **optimale** : < 120 mm Hg pour la pression systolique; < 80 mm Hg pour la pression diastolique.
- Pression artérielle **normale haute** : 130–139 mm Hg pour la pression systolique; et/ou 85–89 mm Hg pour la pression diastolique.
- **Hypertension artérielle légère (grade 1)** : 140–159 mm Hg pour la pression systolique; et/ou 90–99 mm Hg pour la pression diastolique.
- **Hypertension artérielle modérée (grade 2)** : 160–179 mm Hg pour la pression systolique; et/ou 100–109 mm Hg pour la pression diastolique.
- **Hypertension artérielle sévère (grade 3)** : ≥ 180 mm Hg pour la pression systolique; et/ou ≥ 110 mm Hg pour la pression diastolique.

La mesure de la pression artérielle réalisée au domicile du patient ou avec un appareil automatique sur 24 heures (holter tensionnel) montre parfois que les valeurs obtenues en consultation sont artificiellement élevées (**effet blouse blanche**, ainsi appelé parce que les médecins portent souvent des blouses blanches).

Normalement, au cours de l'inspiration, les pressions artérielles systolique et diastolique diminuent. Lorsque cette réduction normale de la pression artérielle à l'inspiration est exagérée (plus de 10 mm Hg), on parle de **pouls paradoxal**. Les causes peuvent être une péricardite constrictive, un épanchement péricardique ou un asthme sévère. Pour mesurer le pouls paradoxal :

- dégonflez lentement le brassard et notez lorsque KI survient de façon intermittente (expiration);
- dégonflez encore le brassard jusqu'à ce que KI soit audible à chaque battement : la différence est égale au pouls paradoxal.

3. Prenez la **température** :

- dans les hôpitaux, les thermomètres électroniques ont remplacé les thermomètres au mercure; la température est prise à l'oreille et le dispositif émet un « bip » lorsqu'il est prêt à faire la mesure;



Figure 3.4 Oxymètre de pouls.

- la température normale est de 37 °C lorsqu'elle est prise dans la bouche ou à l'oreille ; elle est d'environ 1 °C de moins lorsqu'elle est prise à l'aisselle et d'environ 1 °C de plus lorsqu'elle est prise dans le rectum.
- 4. Déterminez la fréquence respiratoire :**
- la fréquence normale est comprise entre 16 et 25 cycles respiratoires par minute ;
 - elle peut augmenter au cours de pratiquement toutes les maladies respiratoires, dans l'insuffisance cardiaque, les troubles métaboliques comme l'acidose, ou les affections psychologiques comme l'anxiété.
- 5. Utilisez l'oxymètre de pouls pour mesurer la saturation du sang artériel en oxygène (SpO_2) :**
- le dispositif est placé sur le lobe de l'oreille ou un doigt (figure 3.4) ;
 - une mesure faussement basse est possible en présence de vernis à ongles ou de réduction de la perfusion tissulaire due au froid ;
 - une mesure de $\text{SpO}_2 > 95\%$ est généralement considérée comme normale ;
 - une mesure de $\text{SpO}_2 < 90\%$ est très anormale et peut indiquer une insuffisance respiratoire.

Apparence générale

Avant d'examiner spécifiquement les régions ou systèmes du corps, il faut faire une inspection générale. Faites un effort pour prendre le temps d'observer l'apparence du patient, notamment :

- la face (tableau 3.1) ;
- les mains (tableau 3.2) ;
- le corps.

Tableau 3.2 Signes unguéaux au cours de maladies systémiques

Signe unguéal	Quelques causes	Exemple
Hippocratisme digital	Cancer du poumon, cardiopathie congénitale cyanogène, endocardite, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, cirrhose	
(Zipes DP et al. <i>Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine</i> . 7th. Philadelphia : Saunders ; 2005.)		
Koilonychie (ongles «en cuiller»)	Anémie ferriprive	
(James DW. <i>Andrews' Diseases of the Skin</i> . Elsevier ; 2011, fig. 33.41.)		
Onycholyse (décollement de la tablette unguéale du lit de l'ongle)	Psoriasis, infection, hyperthyroïdie, traumatisme	
(Bernard A, Cohen MD. <i>Pediatric Dermatology</i> . 4th ed. © 2013, Elsevier Limited, fig. 8.67.)		
Dépressions en «dé à coudre»	Psoriasis, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter	
(Bolognia J et al. <i>Dermatology</i> . 3rd ed. Elsevier ; 2012, fig. 71.4.)		
Lignes de Beau	Toute maladie systémique sévère qui perturbe la croissance de l'ongle, maladie de Raynaud, pemphigus, traumatisme	
(Habif TP. <i>Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy</i> , Elsevier ; 2010, figure 14-13.)		

Signe unguéal	Quelques causes	Exemple
Ongles jaunes	Lymphœdème, épanchement pleural, déficit immunitaire, bronchiectasie, sinusite, polyarthrite rhumatoïde, syndrome néphrotique, thyroïdite, tuberculose, maladie de Raynaud	
(American Journal of Medicine, 2010 ; 123(2) : 125–6, Elsevier, fig. 2.)		
Ongles de Terry (blancs)	Cirrhose, malnutrition	
(Callen JP, Jorizzo JL, Bolognia JL, Piente WW, Zone JJ. <i>Dermatological Signs of Internal Disease</i> . Elsevier, 2009, fig. 26-5.)		
Ongles bleus	Dégénérescence hépatolenticulaire (maladie de Wilson), intoxication à l'argent	
(Naylor EMT, Ruben ES, Robinson-Boston L, Telang GH, Jellinek NJ. <i>Journal of the American Academy of Dermatology</i> , 2008 ; 58(6) : 1021–4. © 2008 American Academy of Dermatology, Inc., fig. 1.)		
Ongles « moitié-moitié »	Maladie rénale chronique	
(Schwarzenberger K, Werchniak AE, Ko CJ. <i>General Dermatology</i> . © 2009, Elsevier Limited, fig. 2-5.)		
Lignes de Muehrcke	Hypoalbuminémie (toute cause)	
(Short N, Shah C. <i>American Journal of Medicine</i> , 2010 ; 123(11) : 991–2. © 2010 Elsevier Inc.)		

Suite

Tableau 3.2 Signes unguéaux au cours de maladies systémiques Suite

Signe unguéal	Quelques causes	Exemple
Bandes de Mees	Intoxication à l'arsenic, lymphome de Hodgkin, chimiothérapie	
(Chauhan S, D'Cruz S, Singh R, Sachdev A. <i>The Lancet</i> , 2008; 372(9647) : 1410. © 2008 Elsevier.)		
Stries longitudinales foncées	Mélanome, nævus bénin, produits chimiques	
(Piraccini BM, Dika E, Fanti PA. Tips for diagnosis and treatment of nail pigmentation with practical algorithm. <i>Dermatologic Clinics</i> . © 2015 Elsevier Inc., fig. 20.)		
Striations longitudinales	Pelade, vitiligo, eczéma atopique, psoriasis	
(Paller AS, Mancini AJ. <i>Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology</i> . Elsevier, fig. 7.54.)		
Hémorragies en flammèches sous-unguéales	Endocardite bactérienne subaiguë, LED, polyarthrite rhumatoïde, syndrome des antiphospholipides, traumatisme	
(Forbes & Jackson. <i>Color Atlas and Text of Clinical Medicine</i> 3rd ed. Elsevier; 2002.)		
Télangiectasie	Polyarthrite rhumatoïde, LED, dermatomyosite, sclérodermie	
(Bologna JL et al. <i>Dermatology</i> . Elsevier, fig. 42.1. Courtesy Julie V Schaffer, MD.)		

LED, lupus érythémateux disséminé.

Certains faciès et habitus suffisent à poser un diagnostic, ou presque. Si vous ne faites pas cet effort — à savoir adopter une approche globale avant d'aller aux détails —, vous risquez de passer à côté de signes pertinents importants. Par exemple, une thyrotoxicose peut ne pas être identifiée chez un patient qui a perdu du poids (voir [chapitre 9](#)) si les signes oculaires (comme le regard fixe) ne sont pas remarqués.

Poids et habitus

1. Recherchez spécifiquement :
 - une obésité ;
 - une atrophie musculaire (perte de la masse musculaire) ;
 - un aspect inhabituel de la face ([tableau 3.1](#)) ;
 - une morphologie corporelle anormale (par exemple, la corpulence haute et fine avec de longs doigts observée dans le syndrome de Marfan).
2. Pesez le patient :
 - chez l'enfant, il faut également mesurer la taille et consulter les courbes de croissance pour déterminer le percentile ;
 - pour un adulte dont le poids semble anormal, il faut calculer l'**indice de masse corporelle (IMC)**. La formule est : Poids/Taille au carré (kg/m^2). Un IMC compris entre 18,5 et 25 est normal, alors qu'une valeur ≥ 30 indique une obésité et une valeur $< 18,5$ indique un poids insuffisant.
3. Mesurez le **tour de taille** (qui permet de mesurer l'obésité abdominale) :
 - trouvez la partie supérieure de la hanche et le dessus de la crête iliaque puis placez le mètre ruban autour de l'abdomen au niveau de la crête iliaque ;
 - chez la femme, une valeur > 80 cm indique un risque accru pour la santé et une valeur > 88 cm un risque fortement majoré ;
 - chez l'homme, une valeur > 94 cm indique un risque accru pour la santé et une valeur > 102 cm un risque fortement majoré.
4. Recherchez des **déformations des membres** ou des membres manquants (ce qui n'est pas toujours évident si le patient est recroqueillé sous les draps). Si le patient marche dans la salle d'examen, il faut en profiter pour observer sa façon de marcher (démarche) ; l'évaluation complète de la démarche est décrite au [chapitre 7](#).

5. Vérifiez le degré d'**hydratation** : une déshydratation sévère se manifeste par des yeux enfoncés, une sécheresse des muqueuses (regardez la langue, par exemple), une diminution de l'élasticité cutanée (pli cutané : une zone de peau qui, lorsqu'elle est légèrement pincée, prend la forme d'un pli pendant quelques secondes avant de retrouver son aspect initial) et une hypotension artérielle (faible pression artérielle).
6. Recherchez une **pâleur**, qui peut indiquer une anémie, ainsi qu'une coloration bleue de la langue (et des doigts), qui peut indiquer une cyanose centrale, signe d'une désaturation du sang artériel en oxygène (voir p. 81).

Mains et ongles

L'examen d'un système corporel commence souvent par l'inspection des mains et des ongles. Par exemple, un patient chez qui on suspecte une maladie hépatique chronique peut avoir :

- **des ongles blancs** (lits unguéraux blancs avec un liseré rose au sommet);
- **un érythème palmaire** (paumes rouges).

Des anomalies au niveau des ongles et des doigts peuvent également apparaître dans les maladies cardiaques et respiratoires, les maladies endocrinianes, l'arthrite et l'anémie ([tableau 3.2](#)).

Comment examiner une masse

On peut retrouver des masses n'importe où sur la surface du corps. Leur examen est en général facile et vous devez utiliser une approche qui permette d'en identifier la cause. Demandez si la masse est douloureuse avant de la palper.

1. Lavez-vous les mains, puis inspectez et palpez la masse pour déterminer :
 - son site anatomique;
 - sa taille;
 - sa forme et son contour (par exemple, bien définie ou irrégulière);
 - sa couleur (par exemple, pigmentée : nævus, nouvelle inflammation);
 - sa consistance (molle ou dure; les nœuds lymphatiques hypertrophiés semblent souvent « caoutchouteux » lorsqu'ils ont pour origine un lymphome);
 - si elle est douloureuse ou non.

2. Déterminez ensuite dans quelle couche de tissu la masse se situe :
 - si elle est dans la **peau** (par exemple, kyste sébacé, kyste épidermoïde, papillome), elle doit se mobiliser quand la peau est déplacée;
 - si elle est dans le **tissu sous-cutané** (par exemple, neurofibrome, lipome), la peau peut être déplacée au-dessus de la masse;
 - si elle est dans un **muscle** ou un **tendon** (par exemple, tumeur), la contraction du muscle et la tension du tendon vont limiter sa mobilité, et cette dernière est plus ample dans l'axe transversal que dans l'axe longitudinal;
 - si elle est dans un **nerf**, sa compression peut provoquer des fourmillements (paresthesies) dans le territoire du nerf, et la masse ne peut pas être mobilisée dans l'axe longitudinal mais elle peut l'être dans l'axe transversal;
 - si elle est dans un **os**, la masse restera immobile;
 - si elle est d'origine artérielle, elle sera pulsatile.
3. Déterminez si la masse est **fluctuante** (c'est-à-dire si elle contient du liquide; [figure 3.5](#)) :
 - placez l'index et le majeur (les doigts « sentinelles ») à mi-chemin entre le centre et la périphérie de la masse;
 - placez l'index de l'autre main (le doigt « moteur ») en direction opposée, à une distance égale par rapport au centre de la masse;
 - pressez avec le doigt moteur et gardez vos doigts sentinelles dans la même position. Si la masse contient du liquide, les doigts sentinelles seront déplacés dans **les deux axes** de la masse (il y a fluctuation);
 - placez une petite lampe torche derrière la masse pour déterminer si elle peut être **transilluminée** (s'il y a du liquide, la lumière va traverser la masse).
4. Notez les **signes d'inflammation associés** (rougeur, gonflement, chaleur et sensibilité).
5. Recherchez des **masses similaires en d'autres sites** (par exemple, multiples gonflements sous-cutanés dans les neurofibromes ou les lipomes). En cas de suspicion d'une masse inflammatoire ou néoplasique, pensez toujours à examiner l'**aire lymphatique** régionale et les autres groupes de noeuds lymphatiques, comme expliqué au [chapitre 6](#).

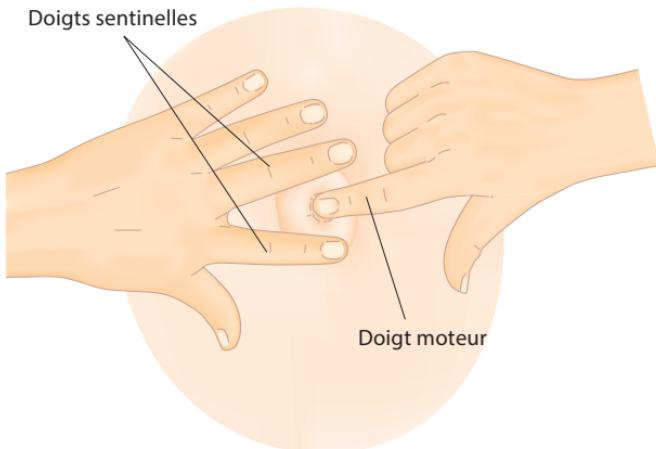


Figure 3.5 Examen d'une masse à la recherche d'une fluctuation.

Pensez toujours à décrire une masse

- | | | |
|----------|---------------|---------------|
| • Site | • Consistance | • Sensibilité |
| • Taille | • Couleur | • Anchorage |
| • Forme | • Contour | • Température |

Préparer le patient pour l'examen

Essayez de faire en sorte que le patient soit confortablement installé et positionné de façon à faciliter l'examen. Il faut tout faire pour que l'examen ne soit pas inconfortable ni gênant pour le patient. Les rideaux doivent être tirés autour du lit et les personnes qui accompagnent le clinicien doivent être présentées. À chaque étape, il faut informer le patient de ce qui va se passer.

- Lavez-vous les mains et réchauffez-les, de même que le stéthoscope, avant de les appliquer sur la peau du patient.
Lavez-vous toujours les mains avant de toucher le patient et après l'avoir touché afin de protéger le patient et de vous protéger vous-même.
- Le patient doit être dévêtu pour exposer les parties à examiner.

- La pudeur impose de recouvrir temporairement les seins de la femme avec un peignoir ou un drap pendant qu'on examine d'autres parties du corps.
- Laine doit être recouverte, tant chez l'homme que chez la femme, par exemple lors de l'examen des jambes. Toutefois, un excès de pudeur peut faire risquer de ne pas détecter des signes physiques importants.
- La position du patient, dans le lit ou ailleurs, dépend de ce que l'on souhaite examiner. Par exemple, l'abdomen est plus facilement examiné si le patient est complètement à plat, position qui permet de relâcher les muscles abdominaux.
- Habituellement, le médecin se place à la droite du lit pour procéder à l'examen.

ECOS – Mise en situation clinique³ «Commencer l'examen»

Cet ECOS peut impliquer des diagnostics instantanés importants ou la démonstration de techniques d'examen importantes. En général, l'examineur donnera des instructions très spécifiques sur ce qui doit être fait. Il est important d'écouter attentivement l'introduction présentée sur le patient. Ces introductions (souvent une brève anamnèse) sont destinées à aider à poser le diagnostic.

- Suivez toujours scrupuleusement les instructions, mais commencez par vous présenter et demander au patient l'autorisation de l'examiner. Par exemple : «Je m'appelle Jeanne Durand et on m'a demandé de vous examiner la poitrine. C'est d'accord ? Puis-je vous demander de vous asseoir et d'enlever votre chemisier ?»
- **Lavez-vous les mains de façon à pouvoir être vu.**
- Reculez-vous et inspectez brièvement le patient.
- Certains diagnostics sont plus évidents à une certaine distance et cette distance permet de ne pas passer à côté

³ Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

d'indices importants tels qu'une perfusion intraveineuse contenant des antibiotiques ou un anticoagulant.

1. Prenez la pression artérielle de ce patient.

- Assurez-vous de procéder par palpation puis par auscultation en utilisant la technique appropriée.
- Recherchez une hypotension orthostatique (patient allongé puis assis).
- Si la pression artérielle est élevée, recherchez des causes secondaires d'hypertension (par exemple, palpez à la recherche d'un retard radial-fémoral dans la coartation de l'aorte, écoutez pour détecter un souffle rénal, palpez pour identifier une augmentation de volume des reins).
- Recherchez des complications de l'hypertension artérielle (comme des modifications du fond d'œil à rechercher en cas de suspicion d'hypertension maligne) et la présence d'une insuffisance cardiaque.

Remarque : Il existe différents types de tensiomètre.

Entraînez-vous à mesurer la pression artérielle avec différents appareils manuels. Assurez-vous d'utiliser un brassard de la bonne taille.

2. Examinez les ongles de ce patient; il fume et il a récemment eu des problèmes pulmonaires.

Cette introduction laisse penser que l'anomalie pourrait être un hippocratisme digital, peut-être dû à un cancer du poumon.

- Reculez-vous pour rechercher une dyspnée ou une cyanose.
- Inspectez les ongles ([tableau 3.2](#)) par le côté. Recherchez une diminution de l'angle hyponychial.
- Recherchez une cyanose.
- Recherchez des taches de goudron.
- Examinez le système respiratoire (p. 114).

Autres épreuves d'évaluation des compétences cliniques dans la formation médicale anglo-saxonne

- Dans **l'examen de type «long case» traditionnel**, le candidat doit établir l'anamnèse détaillée, pratiquer un examen physique complet et déterminer les diagnostics provisoires dans l'ordre de priorité ainsi qu'un plan de prise en charge. L'évaluation du cas par le candidat peut ou non être directement observée par les examinateurs. Le candidat présente le cas aux examinateurs qui posent ensuite des questions permettant d'évaluer ses compétences cliniques et diagnostiques.
- L'**examen long objectif structuré (Objective Structured Long Examination Record, OSLER)** est une alternative à l'examen de type «long case» traditionnel, avec un format ECOS, qui est plus complète.

- Dans l'**examen de type «short case» traditionnel**, le candidat dispose de 10 à 15 minutes pour examiner un système ou une partie du corps, selon les instructions des examinateurs, présenter ses conclusions (signes positifs et négatifs pertinents) et discuter du diagnostic provisoire. Cette évaluation peut comprendre des diagnostics instantanés (identification de la principale anomalie et de la maladie ou du diagnostic probable en observant d'abord le patient).
- Le **mini-exercice d'évaluation clinique (Mini-Clinical Evaluation eXercise, mini-CEX)** consiste en une brève observation de l'interaction avec le patient, qui évalue non seulement l'anamnèse et l'examen physique, mais également les compétences de communication et les comportements.

Points clés en situation pratique

1. Prenez suffisamment de temps pour procéder à une inspection générale du patient afin de ne pas passer à côté d'indices diagnostiques.
2. Lorsque vous voyez un patient, demandez-vous toujours : «*Cette personne est-elle très malade ? Est-il nécessaire de procéder à une évaluation et à un traitement en urgence ?*»
3. Lavez-vous toujours les mains et nettoyez votre matériel avant de toucher un patient.
4. Assurez-vous toujours que le patient est à l'aise, qu'il ne souffre pas et qu'il n'est pas gêné pendant l'examen.
5. Des gestes simples comme la mesure de la pression artérielle sont souvent mal faits par les étudiants lorsque ces derniers ne les ont pas assez travaillés. Cela peut être très gênant pendant les ECOS.
6. Lavez-vous les mains après l'examen.

4

Le cœur et le système cardiovasculaire

*«N'oubliez jamais de regarder le dos du patient.
Regardez toujours les pieds. Chez la femme, un
examen des jambes peut souvent être vital.»*

Sir William Osler (1849–1919)

Ce chapitre présente une introduction à l'interrogatoire sur le système cardiovasculaire et à l'examen de ce système. On commence en général l'examen par une évaluation des signes périphériques de maladie cardiovasculaire, tels que décrit ci-dessous. Vous devez apprendre à poser ces questions rapidement pour pouvoir évaluer les patients.

Séquence d'évaluation du système cardiovasculaire

1. Symptômes à l'origine de la consultation (par exemple, douleur thoracique, dyspnée, palpitations, œdème périphérique).
2. Questions détaillées sur ces symptômes (voir p. 8).
3. Questions sur les problèmes cardiaques antérieurs et les facteurs de risque cardiaque (antécédents personnels et familiaux, et mode de vie).
4. Inspection générale du patient.
5. Examen des signes périphériques de maladie cardiovasculaire, y compris prise des pouls et mesure de la pression artérielle.
6. Examen du cou (pouls carotidien et pression veineuse jugulaire).
7. Examen de la région précordiale, y compris choc de pointe, bruits du cœur et souffles.
8. Examen des champs pulmonaires à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque.
9. Examen des jambes à la recherche d'un œdème.
10. Diagnostic provisoire et différentiel.

Le système cardiovasculaire : interrogatoire

SYMPTÔMES À L'ORIGINE

DE LA CONSULTATION (encadré 4.1)

Douleur thoracique

Chez un patient qui consulte pour une douleur thoracique, posez des questions sur les points suivants :

- localisation (par exemple, centre du thorax) ;
- apparition (par exemple, typiquement lors d'un effort physique ou d'une émotion en cas d'angor) ;
- nature (une douleur constrictive de type oppression ou pesanteur est typique de l'angor) ;

Encadré 4.1

Le système cardiovasculaire : interrogatoire

Principaux symptômes

Douleur thoracique, oppression, gêne ou pesanteur.

Dyspnée : dyspnée d'effort (notez le degré d'effort nécessaire), orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne.

Gonflement des chevilles.

Palpitations.

Syncope et étourdissements.

Claudication intermittente.

Fatigue.

Antécédents personnels

Rhumatismes articulaire aigu, chorée, soins dentaires récents (au cours des trois derniers mois), maladie thyroïdienne.

Examen médical antérieur ayant révélé une maladie cardiaque (par exemple, armée, école, compagnies d'assurances).

Médicaments.

Mode de vie

Consommation de tabac et d'alcool.

Antécédents familiaux

Infarctus du myocarde, cardiomyopathie, cardiopathie congénitale, prolapsus de la valve mitrale, syndrome de Marfan.

Facteurs de risque de coronaropathie

Antécédents de maladie coronarienne ou vasculaire.

Hyperlipidémie.

Hypertension artérielle.

Tabagisme.

Antécédents familiaux de coronaropathie.

Diabète sucré.

Obésité et sédentarité.

Sexe masculin et âge avancé.

- irradiation (peut irradier au bras gauche ou à la mâchoire en cas d'angor);
- facteurs de soulagement (par exemple, le repos en cas d'angor);
- aspects temporels (elle peut être brève);
- facteurs aggravants (par exemple, l'effort en cas d'angor);
- sévérité (grade).

Les mêmes questions sont utilisées pour évaluer la douleur à n'importe quel endroit du corps.

La douleur thoracique ischémique typique est due à un apport insuffisant de sang au myocarde :

- elle est souvent décrite comme une gêne centrale ou rétrosternale (derrière le sternum) plutôt que comme une douleur;
- il existe fréquemment une sensation d'oppression ou de pesanteur, qui peut irradier au bras gauche ou à la mâchoire; elle a tendance à survenir pendant un effort physique et peut être prévisible à certains niveaux d'activité;
- elle peut être associée à une dyspnée;
- elle est en général soulagée rapidement avec le repos ou la prise de dérivés nitrés par voie sublinguale (sous la langue);
- une gêne ou une douleur de type ischémique prolongée et qui survient au repos évoque plus un infarctus du myocarde qu'un angor;
- en général, les patients qui ont déjà ressenti ce type de douleur la reconnaissent quand elle réapparaît;
- la douleur de l'infarctus a plus tendance à être associée à des nausées et à des sueurs que la douleur de l'angor.

Points clés en situation pratique

Douleur thoracique : diagnostics différentiels importants

- Ischémie myocardique; infarctus, angor.
- Péricardite.
- Pleurésie.
- Dissection aortique.
- Douleurs musculosquelettiques.
- Spasmes ou reflux gastro-œsophagien.
- Embolie pulmonaire.
- Pneumonie.

Voir le [tableau 4.1](#) pour consulter les autres causes de douleur thoracique.

Tableau 4.1 Causes de douleur thoracique et caractéristiques typiques

Douleur	Caractéristiques typiques
Douleur cardiaque	Angor (d'effort), ischémie myocardique ou infarctus du myocarde (persistante)
Douleur vasculaire	Dissection aortique (apparition très brutale, irradie au dos)
Douleur pleuro-péricardique	Péricardite (douleur pleurétique, accentuée lorsque le patient est allongé) Pleurésie infectieuse (douleur pleurétique, accentuée à l'inspiration) Pneumothorax (apparition brutale, aiguë, associée à une dyspnée) Pneumonie (souvent pleurétique, associée à de la fièvre et à une dyspnée) Maladie auto-immune (pleurétique) Mésothéliome (sévère et constante) Tumeur métastatique (sévère et constante, localisée)
Douleur pariétale thoracique	Toux persistante (accentuée avec le mouvement, paroi thoracique sensible) Élongations musculaires (accentuée avec le mouvement, paroi thoracique sensible) Myosite intercostale (accentuée avec le mouvement, paroi thoracique sensible) Zona thoracique (sévère, suit le trajet du nerf, précède une éruption cutanée) Infection par le virus coxsackie B (pleurétique) Compression ou infiltration d'un nerf thoracique (suit le trajet du nerf) Fracture de côte (antécédents de traumatisme, sensibilité localisée) Tumeur costale, primitive ou métastatique (constante, sévère, localisée) Syndrome de Tietze (sensibilité du cartilage costal)
Douleur gastro-intestinale	Reflux gastro-œsophagien (non liée à l'effort, à type de brûlure, monte vers le cou, peut être accentuée lorsque le patient est allongé) Spasmes œsophagiens diffus (rare, non liée à l'effort)
Douleur des voies aériennes	Trachéite (douleur dans la gorge, respiration douloureuse) Inhalation de corps étranger (stridor)
Autres causes	Crises de panique (souvent précédée d'anxiété, associée à un essoufflement)

Interrogatoire Quelles questions poser à un patient souffrant de douleurs thoraciques ?

1. À quoi ressemble votre douleur? (Vous pouvez aider le patient en demandant : «*Ressentez-vous une pesanteur, une oppression, une brûlure ou une douleur aiguë?*»)
2. À quel endroit avez-vous mal et avez-vous mal ailleurs? (Une ischémie myocardique provoque souvent une douleur ou une gêne qui irradie au bras ou à la mâchoire ou aux deux. Une dissection aortique provoque souvent une douleur sévère qui irradie au dos)
3. Est-elle sévère?
4. Combien de temps dure-t-elle? (Une douleur présente uniquement pendant l'effort évoque un angor ou un rétrécissement aortique. Une douleur prolongée au repos évoque un infarctus du myocarde, mais une douleur très prolongée [plusieurs jours] évoque autre chose)
5. Quand se manifeste-t-elle? (Une douleur apparaissant pendant l'effort évoque un angor; si elle apparaît pendant la nuit lorsque le patient est allongé, cela suggère un reflux gastro-œsophagien)
6. Avez-vous des symptômes associés comme des sueurs ou des nausées? (Infarctus du myocarde)
7. La douleur se manifeste-t-elle lorsque vous respirez? (Pleurésie) Et est-elle soulagée lorsque vous vous asseyez? (Péricardite)
8. Avez-vous déjà eu un angor ou un reflux par le passé? Si oui, ressentez-vous la même chose aujourd'hui?
9. Vous êtes-vous blessé récemment? (Musculosquelettique)
10. Êtes-vous très essoufflé? Cette manifestation est-elle apparue très brutalement? (Embolie pulmonaire)
11. Avez-vous eu de la toux ou de la fièvre? (Pneumonie)
12. Votre douleur est-elle soulagée au repos? (Angor)
13. Est-elle soulagée par des antiacides? (Reflux gastro-œsophagien)

Dyspnée

Une dyspnée d'origine cardiaque peut être difficile à distinguer d'une dyspnée due à d'autres causes, comme une pneumopathie ([tableau 4.2](#))¹.

Un essoufflement peut être dû à de multiples causes :

- **maladie cardiaque** (insuffisance cardiaque); dans ce cas, il est souvent associé aux symptômes qui suivent :
 - orthopnée (essoufflement aggravé en position allongée);

¹ Devant une dyspnée, le pneumologue va mettre en cause le cœur alors que le cardiologue va renvoyer la faute aux poumons : c'est le «ping-pong» des spécialistes. Vous devez prendre votre décision d'après tous les éléments recueillis dans le cadre de l'évaluation clinique.

Tableau 4.2 Dyspnée : cœur versus poumons

En faveur d'une insuffisance cardiaque	En faveur d'une pneumopathie
Antécédents d'insuffisance cardiaque ou d'infarctus	Antécédents de tabagisme > 10 paquets-années
Antécédents de valvulopathie	Antécédents d'asthme
Orthopnée	Exposition à la poussière
Dyspnée paroxystique nocturne	Antécédents de pneumopathie
	Siffllements respiratoires
	Soulagement avec des bronchodilatateurs
	Toux
	Fièvre

- dyspnée paroxystique nocturne (DPN), essoufflement qui réveille le patient ; typiquement, le patient se lève et va respirer de l'air frais à la fenêtre, le soulagement n'intervenant qu'au bout de quelques minutes ;
- **valvulopathie versus angor**; dans ce cas :
 - les patients atteints d'une valvulopathie décrivent en général des symptômes qui sont prévisibles à l'effort mais ne présentent pas d'orthopnée en l'absence d'insuffisance cardiaque ;
 - quand elle est due à l'angois, la dyspnée est souvent associée à une sensation d'oppression thoracique.

Gonflement des chevilles

L'œdème périphérique peut être un symptôme (et un signe) d'insuffisance cardiaque, mais des chevilles gonflées peuvent avoir des causes plus courantes (par exemple, varices, médicaments vasodilatateurs).

Points clés en situation pratique

Œdème des chevilles : diagnostics différentiels importants

- Phlébopathie au niveau des jambes.
- Inhibiteurs calciques utilisés pour une hypertension artérielle.
- Insuffisance cardiaque.
- Lymphœdème.
- Syndrome néphrotique (maladie rénale).

Interrogatoire Quelles questions poser à un patient qui présente un œdème des chevilles ?

1. Jusqu'où s'étend votre œdème ? Avez-vous du mal à mettre vos chaussures ?
2. Vos chevilles sont-elles normales le matin quand vous vous levez ? (Un lymphœdème provoque un gonflement persistant.)
3. Avez-vous un problème au niveau des veines des jambes ? Avez-vous été opéré pour traiter des varices ?
4. Prenez-vous des médicaments pour la tension ? Si oui, lesquels ?
5. Avez-vous eu une insuffisance cardiaque ou vous a-t-on dit que votre cœur avait grossi ?
6. Êtes-vous essoufflé facilement ou la nuit lorsque vous êtes allongé ? (Orthopnée ; insuffisance cardiaque.)
7. Avez-vous eu des problèmes rénaux ?
8. Avez-vous eu des problèmes pulmonaires graves ? (Insuffisance cardiaque droite secondaire à une pneumopathie chronique ; cœur pulmonaire.)

Palpitations

Ce terme désigne généralement la perception anormale des battements cardiaques. Essayez de déterminer exactement la sensation perçue par le patient. Interrogez-le sur :

- la fréquence cardiaque perçue ;
- la vitesse d'apparition et de disparition ;
- la régularité ou l'irrégularité des battements cardiaques.

Il peut être utile de demander au patient de marquer le rythme cardiaque avec les doigts.

Points clés en situation pratique

Palpitations : diagnostics différentiels importants

- Perception du rythme sinusal ou tachycardie sinusal.
- Extrasystoles.
- Fibrillation atriale (FA).
- Flutter atrial.
- Tachycardie supraventriculaire (TSV).
- Tachycardie ventriculaire (TV).

Interrogatoire Quelles questions poser à un patient ayant des palpitations ?

1. Qu'entendez-vous par palpitations ?
2. Avez-vous l'impression que votre cœur bat vite ?
3. À quelle vitesse ? Avez-vous essayé de compter les battements de votre cœur ?
4. Avez-vous l'impression que votre cœur bat plus vite qu'avant ? (TSV ou TV.)
5. Avez-vous l'impression que vos battements de cœur sont rapides et irréguliers (chaotiques) ? (FA.)
6. Est-ce que vos palpitations commencent et s'arrêtent très brutalement (comme une lumière qui s'allume ou qui s'éteint) ? (TSV.)
7. Pouvez-vous les arrêter en retenant votre respiration ? (TSV.)
8. Combien de temps durent-elles ?
9. À quelle fréquence se manifestent-elles ?
10. Ressentez-vous un malaise ou des étourdissements pendant ces épisodes ? (TV un peu plus probable.)
11. Avez-vous eu des lésions cardiaques, une crise cardiaque par le passé ? (TV plus probable.)
12. Avez-vous déjà eu une hyperthyroïdie ? (Tachycardie sinusale ou FA.)
13. Avez-vous l'impression que votre cœur s'arrête puis bat plus fort ? (Extrasystoles.)
14. Vos palpitations sont-elles pires lorsque vous êtes calme ou essayez de vous endormir ? (Extrasystoles.)
15. Vos palpitations sont-elles pires avant des examens ? (Tachycardie sinusale ou extrasystoles chez un étudiant en médecine.)
16. Est-ce qu'elles apparaissent pendant un effort physique ? (Certains patients présentant une TSV ou une FA.)
17. Est-ce qu'elles apparaissent après une consommation importante d'alcool ? (FA.)
18. Un de ces épisodes a-t-il déjà fait l'objet d'un ECG ?

Syncope et étourdissements

La syncope est une **perte de connaissance transitoire** due à une anoxie cérébrale. Il faut déterminer :

- si le patient perd réellement connaissance ;
- dans quelles circonstances se produit la syncope : par exemple, une syncope **orthostatique** survient lorsque le patient se lève, une syncope **mictionnelle** survient quand le patient urine, une syncope de la **toux** survient lorsqu'il tousse et une syncope **vaso-vagale** survient lors d'un stress émotionnel brutal.

Le diagnostic différentiel comporte l'**épilepsie**, pouvant associer des convulsions toniques et cloniques (contraction et relaxation

rythmiques de groupes de muscles). Un rétrécissement aortique (voir p. 84-85) ou une cardiomyopathie hypertrophique (voir Tableau 4.4) peuvent être associés à une syncope qui survient lors d'un effort.

Les étourdissements qui surviennent même lorsque le patient est allongé ou qui sont aggravés par les mouvements de la tête trouvent en général leur origine dans l'oreille moyenne ou au niveau neurologique. La sensation subjective d'objets tournant autour de soi est évocatrice d'un **vertige**, qui peut être dû à des anomalies vestibulaires (par exemple, labyrinthite).

Claudication intermittente

Des antécédents de claudication (douleur dans les mollets après un parcours d'une certaine distance) font évoquer une maladie vasculaire périphérique responsable d'un apport insuffisant de sang par les artères aux muscles affectés.

Fatigue

La fatigue est un symptôme fréquent de l'insuffisance cardiaque mais il peut y avoir de nombreuses autres causes à ce symptôme, notamment :

- manque de sommeil;
- anémie;
- dépression;
- hypothyroïdie.

FACTEURS DE RISQUE D'ATHÉROSCLÉROSE

1. *Cardiopathie ischémique.* Les principaux facteurs de risque traditionnels de cardiopathie ischémique sont les suivants :
 - diabète sucré;
 - hyperlipidémie;
 - tabagisme;
 - antécédents familiaux de coronaropathie (parents au premier degré [fratrie ou parents] touchés avant 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes);
 - hypertension artérielle;
 - sexe masculin;
 - âge avancé².

² Vous ne pouvez pas y faire grand-chose.

Les autres facteurs de risque sont notamment l'obésité, le manque d'exercice physique, une consommation d'alcool excessive et une maladie rénale chronique. Des antécédents d'infarctus du myocarde, d'angor, d'AVC ou de maladie vasculaire périphérique évoquent une athérosclérose sous-jacente.

2. *Valvulopathie :*

- des antécédents de rhumatisme articulaire aigu constituent un facteur de risque de valvulopathie rhumatismale (habituellement une insuffisance ou un rétrécissement aortique ou mitral) ;
- les anomalies valvulaires et cardiaques sont une caractéristique de certaines maladies héréditaires ;
- le syndrome de Marfan peut être une cause de maladie valvulaire (par exemple, insuffisance aortique, prolapsus de la valve mitrale) et aortique (par exemple, dissection aortique) ;
- la trisomie 21 est associée à une communication interatriale (perforation du septum interatrial) et à des anomalies des valves mitrale et tricuspidée.

3. *Antécédents familiaux d'anomalies du muscle cardiaque.*

Certaines formes de cardiomyopathie dilatée, cause d'insuffisance cardiaque, et de cardiomyopathie hypertrophique sont héréditaires. La sévérité de la maladie peut varier selon les familles.

4. *Mort subite et arythmies cardiaques.* Les anomalies héréditaires du transport ionique cardiaque comme le syndrome du QT long et le syndrome de Brugada (aspect de bloc de branche droit avec sus-décalage du segment ST septal à l'électrocardiogramme) sont associées à un risque accru de mort subite.

LES TRAITEMENTS

Cette partie englobe :

- les traitements médicamenteux antérieurs et en cours ;
- les antécédents de chirurgie cardiaque (pontage coronarien ou chirurgie valvulaire)³ ;
- les antécédents d'angioplastie coronaire ou de valvulotomie par ballonnet.

³ Les patients savent souvent combien ils ont eu de pontages ou de stents et en profitent pour fanfaronner.

LE MODE DE VIE

Le mode de vie est important pour les patients qui souffrent d'une maladie chronique et ces informations doivent être consignées. La possibilité d'un soutien familial ou financier est importante pour les patients qui sont atteints d'une maladie grave et peut notamment influer sur la date du retour au domicile.

De nombreuses maladies cardiaques ont un impact sur les capacités professionnelles du patient :

- un travail physique intense peut s'avérer impossible après un infarctus ou une chirurgie valvulaire ;
- certaines professions (par exemple, pilote d'avion ou chauffeur) sont interdites avec certaines maladies cardiaques en cas de risque accru de syncope ou de mort subite.

Anatomie et examen

La fonction mécanique du cœur fait apparaître des mouvements qui sont souvent palpables (voir [figure 4.10](#) plus loin dans ce chapitre) et parfois visibles sur la partie du thorax située en avant du cœur : la région précordiale. Le passage du sang à travers le cœur et ses valves ([figures 4.1 et 4.2](#)) et dans les gros vaisseaux du corps engendre de nombreux bruits qu'il est utile d'analyser, des pulsations des artères et des mouvements des veines dans les parties éloignées du corps. On peut retrouver des signes de maladie cardiaque à l'examen de la région précordiale et des nombreuses artères et veines accessibles du corps ([figure 4.3](#)).

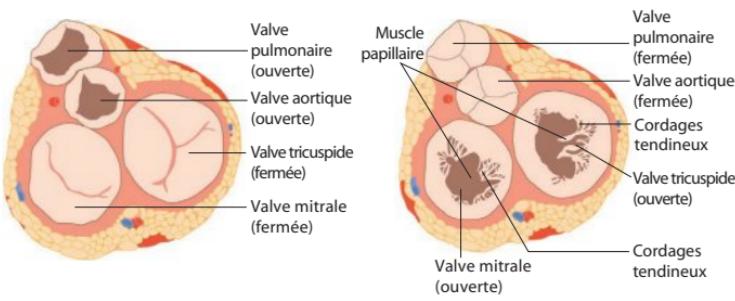


Figure 4.1 Les valves cardiaques pendant **(a)** la systole et **(b)** la diastole.

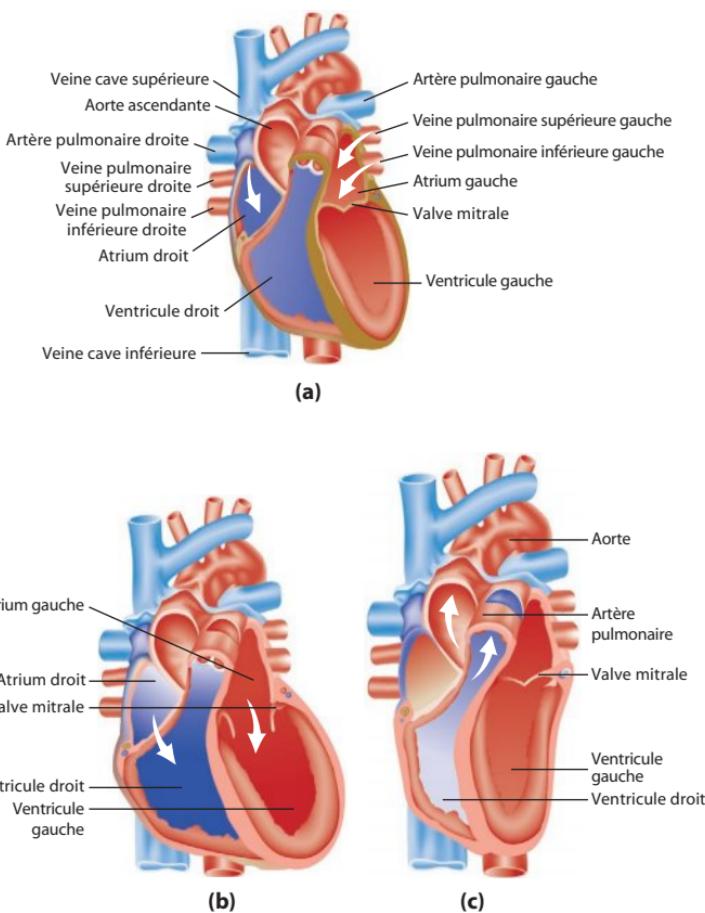


Figure 4.2 Le cycle cardiaque. **(a)** Début de la diastole : les ventricules commencent à se relâcher. **(b)** Fin de la diastole : les ventricules se remplissent. **(c)** Systole : les ventricules se contractent.

Examen du cœur

L'examen du système cardiovasculaire commence habituellement par une inspection générale suivie d'une recherche des signes périphériques de maladie cardiaque et vasculaire (**encadré 4.2**). Il est important de commencer avec le patient allongé sur le lit, en disposant suffisamment d'oreillers ou en inclinant le lit pour le maintenir à 45° (**figure 4.4**). Dans cette

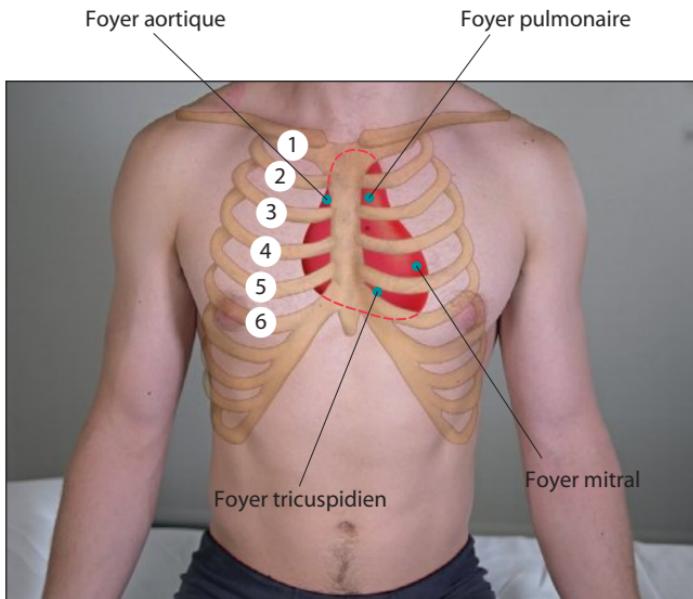


Figure 4.3 Anatomie de surface du cœur. La première côte palpable est la deuxième (2).



Figure 4.4 Examen cardiovasculaire avec le patient positionné à 45° et convenablement déshabillé.

Encadré 4.2**La séquence de l'examen cardiovasculaire**

1. Inspection générale du patient.
2. Recherche de signes périphériques de maladie cardiaque et vasculaire au niveau des bras, de la face et du cou :
 - mains et ongles ;
 - pouls radial ;
 - pression artérielle ;
 - face ;
 - cou.
3. Région précordiale :
 - inspection ;
 - palpation ;
 - auscultation ;
 - manœuvres dynamiques.
4. Dos :
 - percussion ;
 - auscultation.
5. Abdomen :
 - le foie ;
 - ascite ;
 - la rate.
6. Jambes :
 - palpation des pouls périphériques ;
 - inspection à la recherche d'un œdème et de signes de maladie artérielle et veineuse.

position, le thorax est facilement accessible et c'est la position habituelle pour l'évaluation de la pression veineuse jugulaire (PVJ) (voir p. 82).

Astuces des auteurs

Comme toujours, l'examen du patient doit commencer par une inspection générale.

APPARENCE GÉNÉRALE

1. Si le patient marche dans le cabinet ou que vous marchez ensemble dans la salle d'examen, recherchez des signes d'essoufflement et une attitude anormale. Si le patient est alité à l'hôpital, recherchez également la présence d'un dispositif d'oxygénothérapie, d'un électrocardiographe et de cathéters veineux ou artériels.

2. Notez si le patient a l'air bien ou non :

- observez le patient pour déterminer si *sa respiration est rapide et difficile*, faisant évoquer une dyspnée, qui est à la fois un symptôme et un signe; une dyspnée peut se manifester lorsque le patient se déshabille ou même lorsqu'il est au repos;
- recherchez une *cachexie*, c'est-à-dire une perte de poids importante et une atrophie musculaire; elle est habituellement due à un cancer mais elle peut également survenir au cours d'une insuffisance cardiaque sévère (**cachexie cardiaque**);
- une pâleur peut être présente en raison d'une anémie; l'anémie aggrave les symptômes d'insuffisance cardiaque ou d'angor;
- une cyanose peut être un signe de cardiopathie congénitale ou d'une forte réduction du débit cardiaque.

LES SIGNES PÉRIPHÉRIQUES DE MALADIE CARDIAQUE

Les mains

Prenez la main droite du patient, puis la gauche.

1. Recherchez une **cyanose périphérique**, à savoir une coloration bleue des doigts, des orteils et des autres parties périphériques du corps.
2. Examinez les ongles de profil à la recherche d'un **hippocratisme digital** (voir [tableau 3.2](#) au [chapitre 3](#)) : il s'agit d'une hypertrophie des tissus mous de la partie distale des doigts ou des orteils que l'on retrouve dans les cardiopathies congénitales cyanogènes.
3. Recherchez des **hémorragies en flammèches sous-unguéales** dans les lits unguéaux : ce sont des hémorragies linéaires parallèles au grand axe de l'ongle (voir [tableau 3.2](#) au [chapitre 3](#)). Elles sont le plus souvent dues à un traumatisme, en particulier chez les travailleurs manuels; cependant, une cause importante est l'endocardite infectieuse, qui est une infection bactérienne (ou plus rarement fongique) des valves cardiaques ou d'une partie de l'endocarde.

4. Les **xanthomes tendineux** sont des dépôts lipidiques de couleur jaune ou orange dans les tendons, y compris ceux des mains et des bras; on les rencontre dans les hyperlipidémies.

Astuces des auteurs

Il est peu probable qu'un patient vu dans le cadre d'une épreuve d'évaluation des compétences cliniques ait une endocardite, sauf si un cathéter ou une voie veineuse est en place pour l'administration d'antibiotiques.

Le pouls artériel (tableau 4.3)

Il faut déterminer les points suivants sur le pouls radial :

- fréquence du pouls;
- rythme;
- en cas d'antécédents d'hypertension artérielle : présence ou absence d'un retard du pouls fémoral par rapport au pouls radial (retard radial-fémoral : signe de coarctation de l'aorte, qui est une cause d'hypertension artérielle des membres supérieurs; [figure 4.5](#)).

Tableau 4.3 Caractère du pouls artériel

Type de pouls	Cause(s)
Anacrote Petit volume, captation lente du pouls, onde échancrée sur le segment ascendant	Rétrécissement aortique
Plateau Segment ascendant lent	Rétrécissement aortique
Bisferiens Anacrote et bondissant	Rétrécissement et insuffisance aortiques
Bondissant	Insuffisance aortique Circulation hyperdynamique Persistance du canal artériel Fistule artérioveineuse périphérique Aorte athéromateuse (en particulier chez les patients âgés)
Petit volume	Rétrécissement aortique Épanchement péricardique
Pouls paradoxal	Tamponnade ou asthme sévère

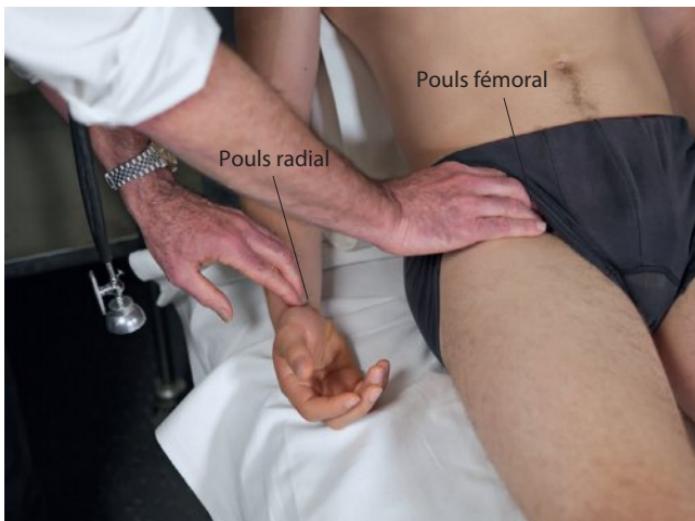


Figure 4.5 Recherche de la présence d'un retard radial-fémoral.

Fréquence du pouls

La fréquence du pouls peut être comptée sur 30 secondes et multipliée par deux⁴. Chez l'adulte, la fréquence cardiaque au repos normale est comprise entre 60 et 100 battements par minute.

- La **bradycardie** est définie comme une fréquence cardiaque inférieure à 60 battements par minute.
- La **tachycardie** est définie comme une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute.

Rythme

Le rythme du pouls peut être **régulier** ou **irrégulier**. Un rythme irrégulier peut être :

- complètement *irrégulier sans autre caractéristique* : il est habituellement dû à une fibrillation atriale, caractérisée par une contraction atriale non coordonnée avec des battements ventriculaires irréguliers et habituellement rapides. Le pouls est alors souvent rapide (plus de 120 battements par minute) sauf si le patient prend des médicaments pour le ralentir.
Un pouls irrégulièrement irrégulier peut parfois être causé par des extrasystoles supraventriculaires ou ventriculaires fréquentes et irrégulières;

⁴ Une application pour téléphone portable permet désormais de faciliter ce calcul.

- *régulièrement irrégulier* : par exemple, en cas d'arythmie sinusale, la fréquence du pouls augmente avec chaque inspiration et diminue avec chaque expiration. Ce phénomène est normal. Les extrasystoles peuvent se manifester régulièrement (par exemple, tous les 3 battements⁵).

Caractère et volume

On évalue mieux le caractère et le volume du pouls à la palpation des artères brachiale ou carotide. Toutefois, le **pouls bondissant** de l'insuffisance aortique peut apparaître au poignet ([tableau 4.3](#)).

La pression artérielle

La pression artérielle systolique est le pic de pression qui survient dans l'artère après une systole ventriculaire ; la pression artérielle diastolique est le niveau auquel chute la pression artérielle au cours de la diastole ventriculaire.

Pression artérielle élevée

Le risque d'accidents augmente lorsque la pression artérielle s'élève au-dessus des valeurs normales. L'**hypertension maligne** est une hypertension marquée (la pression diastolique est habituellement > 120 mm Hg) avec des altérations du fond d'œil (hémorragies, exsudats et œdème papillaire ; voir p. [248](#)).

Pression artérielle en orthostatisme

Il faut, de façon routinière, mesurer la pression artérielle chez le sujet couché puis debout (ou assis). Une chute de la pression artérielle de plus de 15 mm Hg pour la systolique ou de plus de 10 mm Hg pour la diastolique lors du passage en position debout est anormale et dénommée **hypotension orthostatique**. Elle peut n'être associée à aucun symptôme.

Modifications avec la respiration : pouls paradoxal

Une **chute de la pression artérielle systolique** pouvant atteindre 10 mm Hg est normale au cours de l'inspiration. Une exagération de cette réponse (une chute de plus de 10 mm Hg) est un signe important de tamponnade péricardique (accumulation rapide de liquide dans la cavité péricardique) ou d'asthme sévère.

- On la détecte en dégonflant lentement le brassard à partir d'un niveau supérieur à la pression systolique. La pression artérielle systolique expiratoire est détectée lorsqu'on

⁵ On parle de trigéminisme.

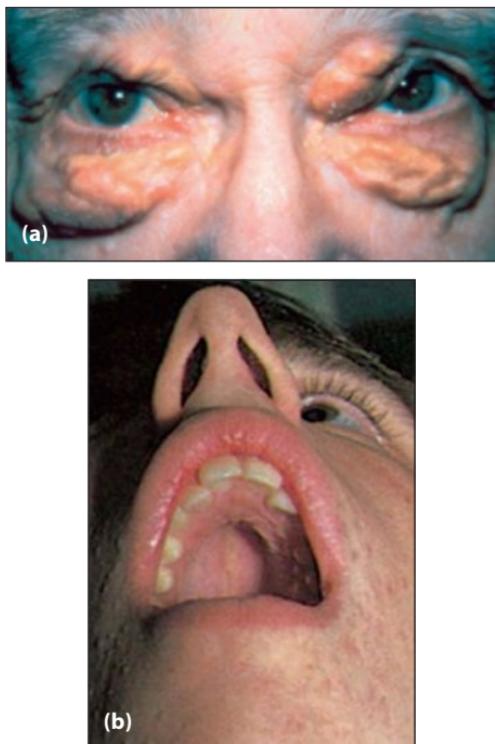


Figure 4.6 Examen de la face. **(a)** Xanthélasmas. **(b)** Palais ogival (syndrome de Marfan).

(a : McDonald FS (ed). Mayo Clinic Images in Internal Medicine. © Mayo Clinic Scientific Press et CRC Press. b : Forbes CD, Jackson WF. Color Atlas and Text of Clinical Medicine. Elsevier; 2003.)

- entend le bruit de Korotkoff I (KI) par intermittence. Quand on dégonfle le brassard, il y a un moment où on entend le bruit KI tout au long du cycle respiratoire.
- La différence entre les deux mesures donne la valeur du pouls paradoxal.

La face

1. Rechercher la présence de **xanthélasmas** : ces dépôts jaunâtres de cholestérol dans la peau autour des yeux sont relativement fréquents (**figure 4.6a**). Il peut s'agir d'une variante normale ou ils peuvent être un signe d'hyperlipidémie.



Figure 4.7 Palpation du pouls carotidien (pas trop fort et un seul côté à la fois).

2. Dans la bouche, utilisez une lampe torche pour rechercher un **palais ogival** (figure 4.6b). On le retrouve dans le *syndrome de Marfan*, une maladie associée à une cardiopathie congénitale, comprenant une insuffisance aortique secondaire à une dilatation aortique, ainsi qu'une insuffisance mitrale due à un prolapsus de la valve mitrale.
3. Recherchez des **dents abîmées** car elles peuvent être le point d'entrée de micro-organismes responsables d'une endocardite infectieuse.
4. Examinez la langue et les lèvres à la recherche d'une **cyanose d'origine centrale**, qui est une coloration bleue due à une quantité anormale d'hémoglobine désaturée en oxygène dans des parties du corps où le sang circule normalement.

Le cou

On peut tirer des informations utiles sur la fonction cardiaque à l'examen du cou de la plupart des patients. Il faut examiner les pulsations artérielles (carotidiennes) et veineuses (jugulaires).

Artères carotides

Le pouls carotidien peut être perçu médialement au muscle sternocléidomastoïdien en appliquant une légère pression postérieure et médiale avec le majeur et l'index (figure 4.7). L'évaluation de l'**amplitude**, du **caractère** et du **volume** du pouls est utilisée pour aider au diagnostic de différentes cardiopathies sous-jacentes et évaluer leur sévérité (tableau 4.3).

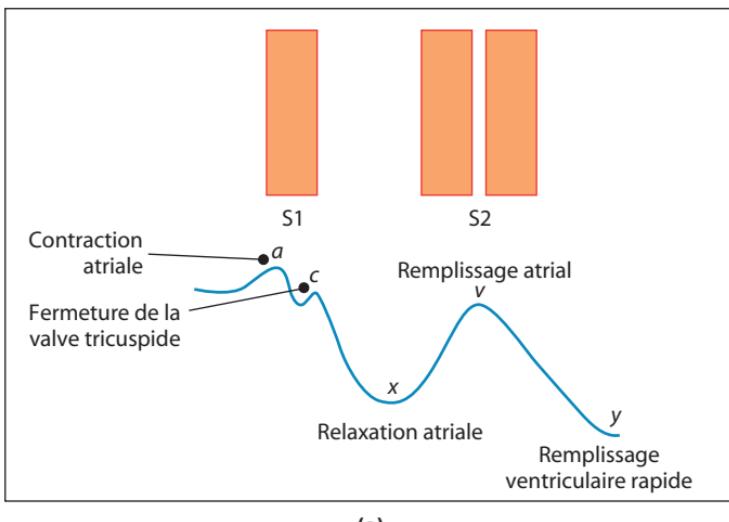
Pression veineuse jugulaire (PVJ)

La veine jugulaire interne suit un trajet direct vers l'atrium droit ([figure 4.8](#)). Par convention, l'angle sternal est considéré comme le point zéro; la hauteur maximale des pulsations de la veine jugulaire interne que l'on peut observer au-dessus de ce niveau lorsque le patient est à 45°, peut être mesurée en centimètres.

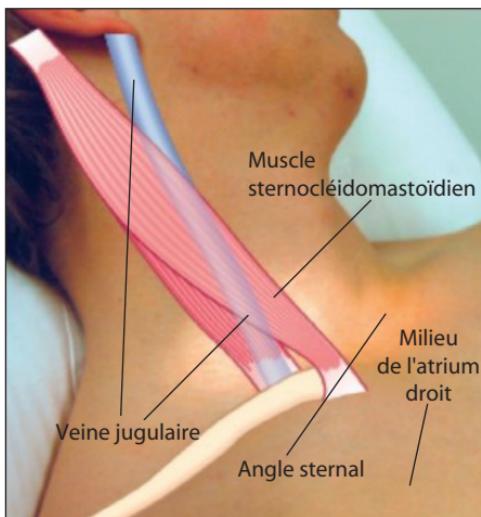
- **La pulsation de la veine jugulaire peut être distinguée du pouls artériel car :**
 - la PVJ est visible mais non palpable;
 - elle varie avec la respiration : normalement, la PVJ diminue à l'inspiration ;
 - la morphologie de l'onde est complexe, celle-ci oscillant en général deux fois au cours de chaque cycle cardiaque (si le patient est en rythme sinusal) ;
 - la veine est initialement oblitérée puis se remplit par le dessus quand on exerce une pression légère à la base du cou.
- Il faut déterminer la **hauteur** et le **caractère** de la PVJ :
 - lorsque la PVJ est à plus de 3 cm au-dessus du point zéro, la pression de remplissage du cœur droit est élevée : c'est un signe d'insuffisance ventriculaire droite ou de surcharge volémique;
 - il y a deux ondes positives dans la PVJ normale ([figure 4.8](#)) :
 - la première est appelée **onde a** et coïncide avec la systole atriale droite : elle est due à la contraction atriale; l'onde a coïncide également avec le premier bruit du cœur et précède la pulsation carotidienne;
 - la seconde impulsion est appelée **onde v** : elle est due au remplissage atrial au moment où la valve tricuspidale reste fermée pendant la systole ventriculaire.

La PVJ augmente à l'inspiration. Toute affection caractérisée par une limitation du remplissage ventriculaire droit (par exemple, péricardite constrictive, tamponnade cardiaque ou infarctus ventriculaire droit) peut provoquer une élévation de la pression veineuse, qui est plus marquée à l'inspiration, lorsque le retour veineux au cœur augmente. Cette élévation de la PVJ à l'inspiration, appelée *signe de Kussmaul*, est l'inverse de ce qui se passe normalement. Ce signe est mieux mis en évidence chez le patient assis à 90°, qui respire calmement par la bouche.

Une **onde a «canon»** apparaît lorsque l'atrium droit se contracte contre la valve tricuspidale fermée (c'est-à-dire quand les ventricules et les atriums se sont contractés en même temps). Cela provient habituellement d'anomalies électriques cardiaques



(a)



(b)

Figure 4.8 (a) Pulsion de la veine jugulaire et relation avec les premiers (B1) et seconds (B2) bruits du cœur. (b) Anatomie du cou montrant les positions relatives des principales structures vasculaires, de la clavicule et du muscle sternocléidomastoïdien.

(a : Talley N, O'Connor S. *Clinical Examination*. 7th ed. Elsevier; 2014, figure 5.24. b : Adapté de Douglas G, Nicol F, Robertson C. *MacLeod's Clinical Examination*. 11th ed. Elsevier; 2005)

qui font apparaître une dissociation entre les contractions atriales et ventriculaires (par exemple, bloc cardiaque complet).

Des **ondes v amples** surviennent dans l'insuffisance tricuspidienne. Une partie du volume éjecté du ventricule droit reflue à travers la valve tricuspidale incontinente et remonte dans la veine cave supérieure et, de là, dans la veine jugulaire.

Le **test du reflux abdominojugulaire** peut être utilisé pour détecter une insuffisance ventriculaire droite si la PVJ n'est pas élevée. Appliquez une pression ferme sur la partie haute ou médiane de l'abdomen droit pendant 10 secondes. Il peut y avoir une élévation brève de la PVJ au-dessus de 4 cm. Si elle persiste pendant toute la durée de la compression, le test est positif. C'est un signe fiable d'insuffisance ventriculaire droite.

LA RÉGION PRÉCORDIALE

La région précordiale doit être examinée en avant par inspection, palpation et auscultation.

Inspection

Vous recherchez :

- des cicatrices au niveau de la paroi thoracique ;
 - le choc de pointe (contraction visible du ventricule gauche pendant la systole).
1. Recherchez d'abord la présence de **cicatrices** et de **masses**. Des interventions chirurgicales cardiaques antérieures laissent des cicatrices sur la paroi thoracique :
 - la chirurgie valvulaire et des artères coronaires est habituellement effectuée par une sternotomie médiane et on note une cicatrice allant du point immédiatement inférieur à la fourchette sternale jusqu'au bas du sternum ;
 - une autre «anomalie» chirurgicale est la présence d'un **boîtier de stimulateur cardiaque**. Il est généralement placé sous le muscle pectoral droit ou gauche, il est facilement palpable et à l'évidence métallique ([figure 4.9](#)).
 2. Le **choc de pointe** peut être visible sous forme d'un mouvement battant d'une petite zone (environ 2 cm) de peau de la paroi thoracique, entre deux côtes. Il est dû au mouvement de torsion du cœur qui survient en systole ventriculaire (contraction). Il se situe normalement au cinquième espace intercostal gauche, à 1 cm médiatement par rapport à la ligne médioclaviculaire ([figure 4.10](#)).

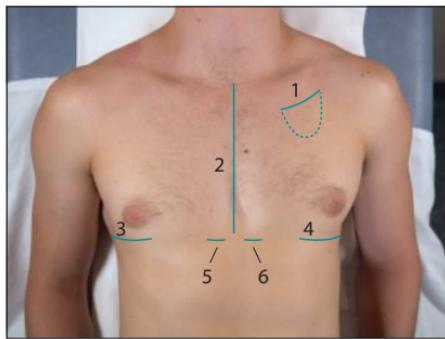


Figure 4.9 Modèle avec des lignes montrant des cicatrices chirurgicales et de la pose d'un stimulateur cardiaque.

1 = cicatrice de stimulateur cardiaque ; 2 = cicatrice de sternotomie médiane ; 3 + 4 = cicatrices de thoracotomie latérale droite et gauche ; 5 + 6 = cicatrices de drains chirurgicaux.



Figure 4.10 Détection du choc de pointe.

Palpation

Vous devrez tenter de percevoir :

- le choc de pointe ;
- des frémissements (souffles palpables) ;
- d'autres impulsions.

1. Comptez vers le bas le nombre d'espaces intercostaux (utilisez le bout des doigts) jusqu'au point où le **choc de pointe** est palpable (**figure 4.10**)⁶. Le premier espace

6 Chez environ 50 % des gens, le choc de pointe n'est pas palpable. Cela est dû le plus souvent à une paroi thoracique épaisse, à un emphysème, à un épanchement péricardique, à un choc (ou au décès) et très rarement à une dextrocardie (inversion du cœur et des gros vaisseaux). Dans de nombreux cas de dextrocardie, le choc de pointe est palpable à droite du sternum.

intercostal palpable est le deuxième. La position du choc de pointe est le point le plus latéral et inférieur où les doigts qui palpent sont soulevés à chaque systole. Un choc de pointe déplacé latéralement ou vers le bas, ou les deux, témoigne habituellement d'une hypertrophie cardiaque, mais il peut parfois être dû à une déformation de la paroi thoracique ou à une maladie pleurale ou pulmonaire. Le choc de pointe normal soulève légèrement les doigts qui palpent. Essayez de déterminer si le choc de pointe est normal ou anormal :

- le choc de pointe **dyskinétique** semble mal coordonné et étendu; il est habituellement dû à une dysfonction ventriculaire gauche (par exemple, par infarctus du myocarde antérieur ou cardiomyopathie dilatée);
 - le choc de pointe **avec surcharge en volume** (hyperkinétique ou avec surcharge diastolique) est une impulsion coordonnée perçue sur une surface plus grande que la normale dans la région précordiale et il résulte habituellement d'une dilatation ventriculaire gauche (par exemple, en raison d'une insuffisance aortique);
 - le choc de pointe **avec surcharge en pression** (hyperdynamique ou avec surcharge systolique) est une impulsion forte et soutenue. Il survient dans le rétrécissement aortique ou l'hypertension artérielle.
2. Un écoulement sanguin turbulent, qui est à l'origine des souffles cardiaques à l'auscultation, peut parfois être palpable. Ces souffles palpables sont appelés **frémissements (thrills)**. La région précordiale doit systématiquement être palpée à la recherche de frémissements avec le plat de la main (côté paume), d'abord au-dessus de l'apex et du bord gauche du sternum, puis au-dessus de la base du cœur (partie supérieure du thorax qui englobe les foyers aortique et pulmonaire; [figure 4.11](#)).
3. Les **frémissements apexiens** peuvent être plus facilement perçus quand le patient se tourne sur le côté gauche (en décubitus latéral gauche) car cela rapproche l'apex de la paroi thoracique. Des frémissements peuvent également être palpables au-dessus de la **base du cœur**. Ils peuvent, en fonction de leur cause, être à leur maximum au-dessus



Figure 4.11 Palpation de la base du cœur à la recherche de souffles palpables (frémissements); appuyez fermement.

des foyers pulmonaire ou aortique, et ils sont mieux perçus chez le patient assis, penché en avant et expirant à fond; dans cette position, la base du cœur est rapprochée de la paroi thoracique :

- un frémissement qui est temporellement synchronisé avec le choc de pointe est appelé **frémissement systolique**;
- un frémissement qui n'est pas temporellement synchronisé avec le choc de pointe est appelé **frémissement diastolique**.

La présence d'un frémissement témoigne habituellement d'une anomalie significative du cœur et le souffle qui y est associé n'est **pas anodin** (variation normale).

4. Cherchez également à percevoir une **impulsion parasternale**. Le talon de la main repose juste à gauche du sternum, les doigts légèrement décollés du thorax. En cas de dilatation ventriculaire droite ou de dilation atriale gauche sévère, dans lesquelles le ventricule droit est poussé vers l'avant, le talon de la main est soulevé au-dessus de la paroi thoracique à chaque systole.
5. La palpation avec les doigts au-dessus du foyer pulmonaire (deuxième espace intercostal gauche) peut révéler le *choc palpable de la fermeture de la valve pulmonaire* en cas d'hypertension artérielle pulmonaire.

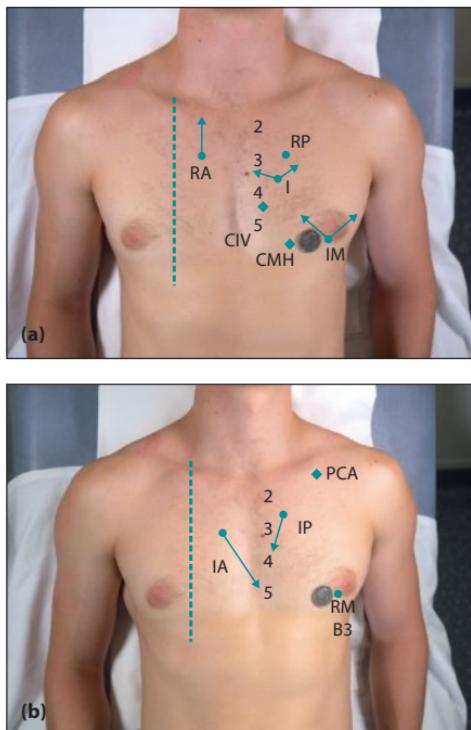
Auscultation

Écoutez tous les foyers du cœur à la recherche de :

- bruits du cœur (premier et deuxième) ;
- bruits surajoutés (troisième et quatrième) ;
- bruits supplémentaires (par exemple, claquements, clics ou bruits de prothèses cardiaques) ;
- souffles (dont vous devrez déterminer la chronologie, le siège d'intensité maximale, l'intensité et la tonalité; le cas échéant, vous effectuerez des manœuvres dynamiques) ;
- frottements.

1. L'auscultation du cœur commence habituellement au foyer mitral ([figure 4.3](#)) avec la cloche du stéthoscope. Cela permet d'amplifier les bruits de basse tonalité, comme le souffle du rétrécissement mitral ([figure 4.12](#)). Elle doit être appliquée légèrement sur la paroi thoracique.
2. Auscultez ensuite le foyer mitral avec la membrane du stéthoscope, qui reproduit mieux les bruits de plus haute tonalité, comme le souffle systolique de l'insuffisance mitrale. Certains stéthoscopes récents reproduisent l'effet de la cloche quand on presse légèrement la membrane sur le thorax et l'effet de la membrane lorsqu'elle est appliquée plus fermement⁷. Placez maintenant le stéthoscope au foyer tricuspidien (cinquième espace intercostal gauche) et écoutez. Déplacez ensuite le stéthoscope vers le haut le long du bord gauche du sternum jusqu'aux foyers pulmonaire (deuxième espace intercostal gauche) et aortique (deuxième espace intercostal droit), et écoutez attentivement dans chaque position avec la membrane.
3. **Bruits du cœur** : l'auscultation du cœur normal révèle deux bruits, dénommés naturellement **premier** et **deuxième bruits** :
 - le **premier bruit du cœur (B1)** a deux composantes : fermeture de la valve mitrale et fermeture de valve tricuspidale. La fermeture de la valve mitrale précède légèrement celle de la valve tricuspidale, mais on n'entend habituellement qu'un seul bruit. Le premier bruit du cœur indique le début de la contraction ventriculaire (systole) ; la relaxation ventriculaire est appelée diastole.

⁷ C'est pratique mais cela prive le clinicien d'une tête de stéthoscope rotative à manipuler lorsqu'il réfléchit.



(a) Souffles systoliques :

RA = rétrécissement aortique ;

IM = insuffisance mitrale ;

CMH = cardiomyopathie hypertrophique ;

RP = rétrécissement pulmonaire ;

CIV = communication interventriculaire ;

I = innocent.

(b) Bruits et souffles diastoliques :

IA = insuffisance aortique ;

RM = rétrécissement mitral ;

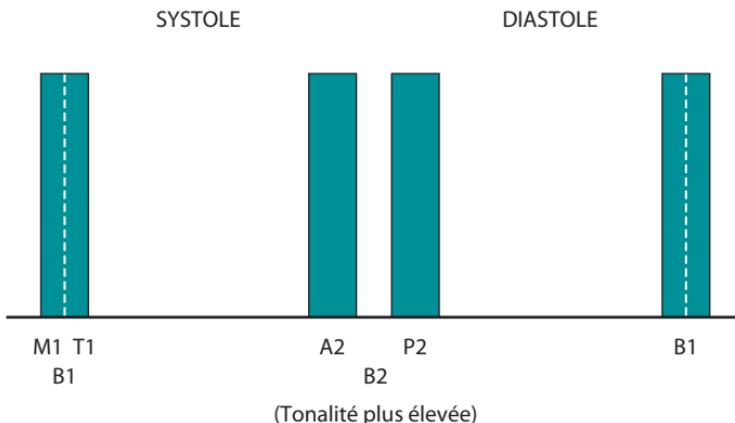
B3 = troisième bruit du cœur ;

IP = insuffisance pulmonaire ;

PCA = persistance du canal artériel (souffle continu).

Figure 4.12 Irradiation et sièges d'intensité maximale des bruits et souffles cardiaques. La ligne médioclaviculaire (à droite) est indiquée à des fins d'illustration. 2–5 correspondent aux espaces intercostaux ; ligne pointillée = ligne médioclaviculaire.

- le **deuxième bruit du cœur (B2)** à l'apex est généralement plus doux, plus court et de tonalité plus élevée que le premier (**figure 4.13**). Il marque la fin de la systole et est constitué de bruits de fermeture des valves aortique et pulmonaire. Normalement, du fait de la plus faible pression régnant dans la circulation pulmonaire par rapport à celle de l'aorte, la fermeture de la valve pulmonaire est plus tardive que celle de la valve aortique. Ces composantes sont habituellement suffisamment espacées dans le temps, ce qui fait que l'on entend un **dédoubllement** du deuxième bruit du cœur que l'on apprécie mieux au foyer pulmonaire et le long du bord gauche du sternum. De plus, la fermeture de la valve pulmonaire est plus tardive à l'inspiration du fait de l'augmentation du retour veineux dans le ventricule droit; ainsi, le dédoublement du deuxième bruit du cœur est plus marqué à l'inspiration. Le deuxième bruit du cœur marque le début de la diastole, qui est habituellement plus longue que la systole.



B1 = premier bruit du cœur ; B2 = deuxième bruit du cœur ;

M1 = composante mitrale de B1 ; T1 = composante tricuspidienne de B1 ;

A2 = composante aortique de B2 ; P2 = composante pulmonaire de B2

Figure 4.13 Bruits du cœur normaux.

Astuces des auteurs

Anomalies des bruits du cœur

Anomalies de l'intensité

- B1 est **fort** quand les valves mitrale ou tricuspidale sont largement ouvertes en fin de diastole et se ferment violemment au début de la systole ventriculaire ([figure 4.14](#)). Ce phénomène survient dans le rétrécissement mitral dans lequel l'orifice de la valve s'est rétréci, en général du fait de cicatrices au niveau des valvules suite à un rhumatisme articulaire aigu.
- B1 peut être **assourdi** quand les valvules ne se rejoignent pas normalement (comme dans l'insuffisance mitrale, où le sang reflue du ventricule gauche dans l'atrium gauche pendant la systole; on parle également de régurgitation ou d'incontinence mitrale).
- B2 peut avoir une **composante aortique forte (A2)** chez les patients présentant une hypertension artérielle systémique.
- La **composante pulmonaire du deuxième bruit du cœur (P2)** est forte dans l'hypertension artérielle pulmonaire, où la fermeture des valves peut être violente du fait de la pression élevée dans les artères pulmonaires.
- **A2 peut être assourdi** en cas de calcification de la valve aortique avec diminution de l'amplitude du mouvement valvulaire, et dans l'insuffisance aortique où les valvules ne peuvent pas s'accorder.

Dédoublement

- Le dédoublement de B1 ([figure 4.14](#)) n'est habituellement pas détectable cliniquement; cependant, lorsqu'il survient, il est le plus souvent dû à un bloc de branche droit complet (anomalie de la conduction cardiaque).
- **Un dédoublement large** (plus marqué à l'inspiration) de B2 intervient lors d'un retard de la vidange du ventricule droit, comme dans le bloc de branche droit (retard de la dépolarisation du ventricule droit) ou le rétrécissement pulmonaire (retard de l'éjection du ventricule droit).
- Dans le cas d'un **dédoublement fixe**, la variation normale avec la respiration est absente et le dédoublement a tendance à être marqué. Ce phénomène est causé par une communication interatriale, où il y a égalisation des pressions entre les deux atriums à travers la communication.

Il est parfois difficile de distinguer quel est le bruit du cœur que l'on entend. La palpation du pouls carotidien au cou permet de déterminer le temps de systole et de différencier plus facilement les bruits du cœur.

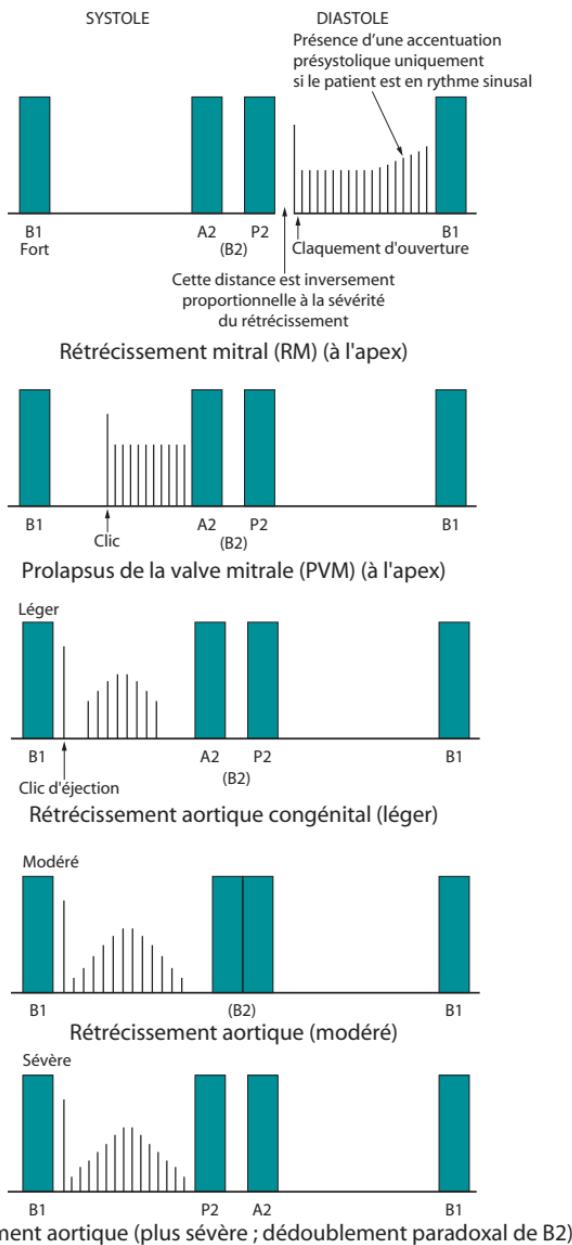


Figure 4.14 Bruits du cœur et dédoublement.

4. Bruits surajoutés.

- le **troisième bruit du cœur (B3)** est un bruit de faible tonalité, mésodiastolique, que l'on apprécie mieux en écoutant la triple cadence caractéristique du rythme cardiaque. Il a été comparé (pas indûment) au bruit d'un cheval au galop et il est souvent désigné par le terme «bruit de galop». Il peut être physiologique pendant la grossesse; sinon, c'est un signe important d'insuffisance ventriculaire gauche, mais il peut également apparaître dans l'insuffisance aortique ou mitrale;
- le **quatrième bruit du cœur (B4)** est un bruit télédiastolique de tonalité légèrement plus élevée que B3. Là encore, il est entendu sous forme d'un rythme à trois temps (galop). Il n'est jamais physiologique et est le plus souvent dû à une hypertension artérielle systémique. Il ne peut pas être présent en cas de fibrillation atriale car il correspond à la systole atriale.

Points clés en situation pratique

**Signes d'insuffisance cardiaque
(dans l'ordre approximatif de leur utilité)**

Insuffisance ventriculaire droite

- Troisième bruit ventriculaire droit.
- Élevation de la pression veineuse jugulaire.
- Signes d'insuffisance tricuspidienne : ondes v amples, foie pulsatile.
- Cédème périphérique.
- Ascite.

Insuffisance ventriculaire gauche

- Troisième bruit du cœur.
- Choc de pointe déplacé et dyskinétique.
- Crépitants inspiratoires bilatéraux des bases pulmonaires (intermédiaires ou grossiers).
- Dyspnée, en particulier orthopnée (un symptôme et un signe).
- Épanchement pleural (gauche ou bilatéral).

5. Bruits supplémentaires :

- un **claquement d'ouverture** est un bruit de tonalité élevée survenant au cours du rétrécissement mitral à une distance variable après B2 ([figure 4.14](#)). Il est dû à l'ouverture brusque de la valve mitrale et est suivi du souffle diastolique du rétrécissement mitral. On l'entend

mieux au niveau du bord inférieur gauche du sternum avec la membrane du stéthoscope;

- un **clic systolique d'éjection** est un bruit protosystolique, de tonalité élevée, que l'on entend au-dessus du foyer aortique ou pulmonaire, pouvant se produire dans les cas de rétrécissement pulmonaire ou aortique congénital où la valve reste mobile; il est suivi du souffle systolique d'éjection du rétrécissement aortique ou pulmonaire;
- un **clic méso-télésystolique** est un bruit de tonalité élevée entendu pendant la systole et mieux apprécié au foyer mitral. Il est fréquent. Il peut être suivi d'un souffle systolique. Ce clic peut être dû à un prolapsus de l'une ou des deux valvules mitrales pendant la systole;
- les valves des prothèses cardiaques mécaniques produisent des **bruits métalliques craquants** caractéristiques. Les anciennes valves à bille⁸ font beaucoup plus de bruit que les dispositifs modernes.

Astuces des auteurs

Utiliser le terme «claquement d'ouverture» implique le diagnostic de rétrécissement mitral. N'utilisez donc ce terme que si vous avez fait ce diagnostic (les signes classiques sont notamment un éclat de B1 et un roulement diastolique de faible tonalité au-dessus du foyer mitral).

- 6. Souffles cardiaques** : pour diagnostiquer correctement un souffle, il faut se fonder sur la synthèse des observations réalisées au niveau de la région précordiale (choc de pointe, frémissements, etc.), le bruit lui-même et les signes périphériques.

- *chronologie* (**tableau 4.4**) : les **souffles systoliques** (qui surviennent pendant la systole ventriculaire) peuvent être holosystoliques, systoliques d'éjection ou télésystoliques :
 - le **souffle holosystolique** occupe toute la systole, commençant à B1 et allant jusqu'à B2. Les causes des souffles holosystoliques incluent l'insuffisance mitrale, l'insuffisance tricuspidienne et la communication interventriculaire.

⁸ On peut entendre des valves à bille de Starr-Edwards dans une pièce noire de monde. La plupart des patients s'habituent à ce bruit et disent qu'ils ne s'inquiètent que lorsque ce bruit s'arrête.

Tableau 4.4 Souffles cardiaques

Chronologie	Lésion	Intensité maximale
SYSTOLIQUE		
Holosystolique	Insuffisance mitrale Insuffisance tricuspidienne Communication interventriculaire	Apex Bord inférieur gauche du sternum Bord inférieur gauche du sternum
Systolique d'éjection	Rétrécissement aortique Rétrécissement pulmonaire Cardiomyopathie hypertrophique* Souffle d'écoulement pulmonaire d'une communication interatriale	Base (foyer aortique) Base (foyer pulmonaire) Bord inférieur gauche du sternum Foyer pulmonaire
Télésystolique	Prolapsus de la valve mitrale Dysfonctionnement d'un muscle papillaire (en général dû à une ischémie ou à une cardiomyopathie hypertrophique)	Apex Apex
DIASTOLIQUE		
Protodiastolique	Insuffisance aortique Insuffisance pulmonaire	Bord inférieur gauche du sternum Bord gauche du sternum
Mésodiastolique	Rétrécissement mitral Rétrécissement tricuspidien	Apex Bord inférieur droit du sternum
Présystolique	Rétrécissement mitral Rétrécissement tricuspidien Myxome de l'atrium	Apex Bord inférieur droit du sternum Apex

(Suite)

Tableau 4.4 Souffles cardiaques Suite

Chronologie	Lésion	Intensité maximale
Continu	Persistance du canal artériel	Sous la clavicule gauche
	Fistule artéioveineuse (artère coronaire, pulmonaire, systémique)	Bord gauche du sternum
	Connexion aortopulmonaire	Bord gauche du sternum
	«Hum» veineux (aboli par la compression de la veine jugulaire interne homolatérale)	Fosse supraclaviculaire
	Rupture du sinus de Valsalva dans le ventricule ou l'atrium droit	Bord gauche du sternum

Remarque : Les souffles combinés du rétrécissement aortique et de l'insuffisance aortique, ou du rétrécissement mitral et de l'insuffisance mitrale, peuvent occuper tout le cycle cardiaque, mais ce ne sont pas par définition des souffles continus.

* Maladie génétique du muscle cardiaque à l'origine d'une hypertrophie ventriculaire gauche et d'une obstruction à l'écoulement du flux sanguin entraînant un souffle systolique.

- un souffle **systolique d'éjection** ne commence pas immédiatement à B1 ; son intensité est maximale en mésosystole ou après et décline de nouveau en fin de systole. Il est décrit comme un souffle crescendo-decrescendo. Ces souffles sont habituellement dus à un écoulement turbulent à travers les orifices des valves aortique ou pulmonaire ou à une augmentation importante du flux à travers un orifice de taille normale ou la voie d'éjection ;
- si un souffle est **télésystolique**, on peut distinguer un trou entre B1 et le souffle, qui continue ensuite jusqu'à B2. Il est typique d'un prolapsus de la valve mitrale ou du dysfonctionnement d'un muscle papillaire ;
- les **souffles diastoliques** se produisent pendant la diastole ventriculaire :
 - le **souffle protodiastolique** commence immédiatement avec B2 et il va decrescendo (son intensité est maximale au début et cesse à un moment variable dans la

diastole). Ces souffles protodiastoliques ont généralement une tonalité élevée et sont dus à un reflux à travers une valve aortique ou (moins fréquemment) pulmonaire incontinente;

- les **souffles mésodiastoliques** commencent plus tard dans la diastole et peuvent être brefs ou s'étendre jusqu'à B1. Leur tonalité est bien plus basse que celle des souffles protodiastoliques. Ils sont dus à une perturbation du flux pendant le remplissage ventriculaire et peuvent être provoqués par un rétrécissement mitral, dans lequel la valve est rétrécie;
- les **souffles présystoliques** peuvent s'entendre quand la systole atriale augmente le débit sanguin à travers la valve, juste avant B1. Il s'agit d'une extension des souffles mésodiastoliques du rétrécissement mitral et ils sont absents chez les patients en fibrillation atriale (car il n'y a plus de systole atriale);
- les **souffles continus** durent pendant la systole et la diastole. Ils sont produits en cas de communication entre les deux parties de la circulation avec un gradient de pression permanent, de telle sorte que le sang s'écoule en continu (par exemple, persistance du canal artériel). Ils doivent être distingués des souffles combinés systoliques et diastoliques (dus par exemple à un rétrécissement aortique et à une insuffisance aortique);
- *siege d'intensité maximale et irradiation.* Malheureusement, le site de la région précordiale où un souffle est le plus fort n'est pas un indicateur très fiable de son origine :
 - par exemple, le souffle de l'insuffisance mitrale, même s'il est très audible à l'apex, peut être entendu sur une grande surface au-dessus de la région précordiale et même jusqu'au foyer aortique ou dans le dos;
 - l'irradiation d'un souffle systolique d'éjection jusque dans les artères carotides suggère qu'il provient de la valve aortique;
 - l'irradiation d'un souffle systolique aux aisselles suggère une insuffisance mitrale;

- le souffle d'une communication interventriculaire est plus fort dans l'aire parasternale droite et il ne s'entend pas bien à la base du cœur ou à l'apex. Cela permet de le distinguer des souffles du rétrécissement aortique et du rétrécissement mitral, respectivement ;
- *intensité et tonalité.* L'intensité du souffle ne permet pas forcément de déterminer la sévérité de la lésion valvulaire. Sa rudesse est peut-être un meilleur guide. Cependant, les changements d'intensité sont très importants. Les souffles sont habituellement classés en fonction de leur intensité. Les cardiologues utilisent souvent une classification en six degrés ; la plupart des souffles sont de degré 2 ou 3 :
 - **degré 1/6** : très faible et audible uniquement dans des conditions idéales (il peut n'être entendu que si on sait qu'il est présent)⁹ ;
 - **degré 2/6** : faible, mais peut être détecté presque immédiatement par quelqu'un d'expérimenté ;
 - **degré 3/6** : moyen ; pas de frémissement ;
 - **degré 4/6** : fort ; frémissement tout juste palpable ;
 - **degré 5/6** : très fort ; frémissement facilement palpable ;
 - **degré 6/6** : très, très fort (et très rare) ; peut s'entendre même sans placer le stéthoscope sur le thorax ;
- *manœuvres dynamiques :*
 - **respiration** : écoutez le souffle lorsque le patient inspire et expire profondément. Les souffles originaires du côté droit du cœur tendent à être plus forts pendant l'inspiration, lorsque l'augmentation du retour veineux accroît le débit sanguin vers le côté droit du cœur ;
 - **effort** : si on suspecte un rétrécissement mitral mais que le souffle diastolique est difficile à entendre, il est utile de faire faire un effort au patient en le faisant se lever et s'asseoir plusieurs fois. Demandez ensuite au patient de s'allonger rapidement sur le côté gauche et auscitez l'apex avec la cloche du stéthoscope.

⁹ Ce type de souffle ne peut pas être entendu par des étudiants en médecine ou de jeunes cardiologues qui sont très dépendants de leur appareil échographique.

7. Frottements :

- un **frottement péricardique** est un bruit de grattage superficiel; il peut y avoir jusqu'à trois composantes distinctes se produisant à tout moment au cours du cycle cardiaque. Il n'est pas confiné à la systole ou à la diastole. Le frottement est dû au mouvement des surfaces péricardiques inflammatoires. Le bruit peut varier avec la respiration et la position; il est souvent plus fort lorsque le patient est assis et expire. Il a tendance à aller et venir.

LE DOS

La percussion et l'auscultation des bases pulmonaires (voir chapitre 5) font également partie de l'examen cardiovasculaire. Des signes d'insuffisance cardiaque peuvent être détectés dans les poumons; en particulier, des crépitants inspiratoires télè- ou holophasiques ou un épanchement pleural (en général du côté gauche) peuvent être présents. N'oubliez pas que les crépitants des bases pulmonaires sont fréquents et ne sont pas toujours dus à une insuffisance cardiaque. Pendant que le patient est assis, recherchez un *œdème du sacrum prenant le godet* (voir ci-dessous), que l'on retrouve dans l'insuffisance cardiaque droite sévère, en particulier chez les patients qui ont été alités.

L'ABDOMEN

Allongez le patient (sur un oreiller) et examinez l'abdomen (voir chapitre 6).

- Le foie peut être hypertrophié et sensible du fait d'une congestion veineuse hépatique chez les patients présentant une insuffisance ventriculaire droite.
- Dans les cas sévères, une ascite (liquide péritonéal) est possible.
- Un foie pulsatile est un signe fiable d'insuffisance tricuspidienne.
- Une splénomégalie peut être présente en cas d'endocardite infectieuse.

LES JAMBES

1. Palpez les pouls périphériques :

- examinez les deux artères fémorales (retrouvées à la palpation dans le pli inguinal, à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le tubercule pubien) (figure 4.15);

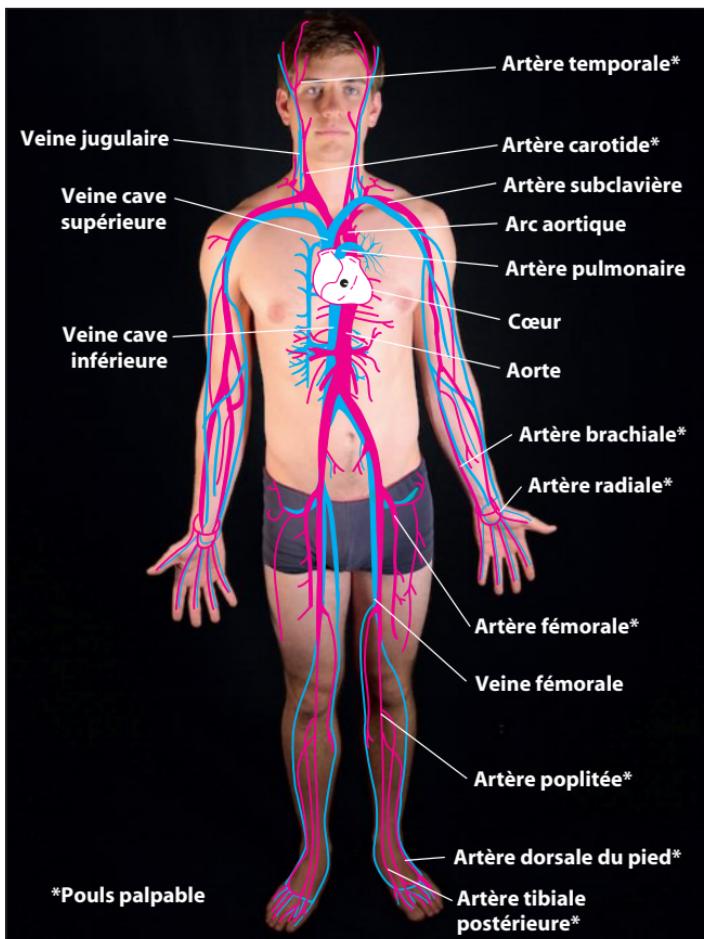


Figure 4.15 Les artères palpables (pouls) et le système veineux.

- examinez les artères des jambes des deux côtés (figure 4.16) : poplitée (derrière le genou), tibiale postérieure (sous la malléole médiale) et dorsale du pied (sur l'avant-pied; on note une absence congénitale des pulsations de l'artère dorsale du pied chez environ 2 % des patients).



Figure 4.16 Sites des pouls périphériques. **(a)** Le pouls fémoral est perçu juste sous le ligament inguinal, à mi-chemin entre la crête iliaque antéro-supérieure et la symphyse pubienne. **(b)** Pour examiner l'artère poplitée, la jambe est fléchie pour relâcher les muscles ischiojambiers, puis une compression ferme est appliquée contre l'extrémité supérieure du tibia. **(c)** Le pouls poplité peut souvent être plus facilement perçu quand le patient est sur le ventre. **(d)** L'artère tibiale postérieure est perçue juste en arrière de la pointe de la malléole médiale. **(e)** L'artère dorsale du pied est perçue à l'extrémité proximale du premier espace intermétatarsien.

2. Recherchez un œdème et des signes de maladie artérielle et veineuse :
- palpez la diaphyse distale du tibia à la recherche d'un œdème, en comprimant délicatement la région pendant au moins 15 secondes avec le pouce. S'il existe un **œdème prenant le godet**, il apparaît une petite dépression de la forme de votre pouce, qui ne reprend que progressivement sa forme initiale;
 - les ulcères de jambe (qui se localisent classiquement du côté médial du tiers inférieur de la jambe au-dessus de la malléole médiale quand ils sont dus à une maladie veineuse; [figure 4.17](#) et [tableau 4.5](#)) et les varices doivent être notés;
 - ce type de maladie veineuse est souvent associé à une coloration veineuse de la peau. L'hémosidérine déposée dans la peau suite à une augmentation de la pression veineuse provoque une coloration gris-bleu;

Astuces des auteurs

Si la présence d'un œdème prenant le godet au niveau des membres inférieurs rend la palpation des pouls pédieux difficile, l'application d'une légère pression sur la région pendant 10 à 15 secondes déplacera temporairement le liquide et pourra vous aider.

- en présence de varices, il faut localiser le site d'**insuffisance valvulaire veineuse**. Examinez comme suit une insuffisance de la veine grande saphène :
 - **test d'impulsion à la toux** : demandez au patient de se lever, palpez juste sous la fosse ovale (où la veine passe pour rejoindre la veine fémorale), qui se situe à 3 cm en dessous et à 3 cm latéralement au tubercule pubien, et demandez-lui de tousser. Recherchez une impulsion (frémissement). Recherchez également une **varice saphène** (dilatation de la veine qui provoque un gonflement de la fosse ovale et qui, contrairement à une hernie crurale, disparaît quand le patient s'allonge);
 - **test de Trendelenburg** : demandez au patient de s'allonger et surélevez ses jambes pour vidanger les veines. Comprimez ensuite avec la main l'extrémité supérieure de la veine au niveau de l'aine et demandez au patient de se lever; normalement, s'il n'y a que peu ou pas de remplissage jusqu'à la levée



Figure 4.17 Les ulcères veineux surviennent typiquement au niveau de la face médiale de la jambe dans la région supramalléolaire. La taille et l'état du lit de l'ulcère varient en fonction de l'ancienneté de l'ulcère et de son traitement. La peau autour de la plaie peut être de couleur marron et elle est généralement dure en raison de la dermatosclérose typique de l'insuffisance veineuse. La desquamation est une autre caractéristique typique des ulcères veineux.
(Mosti G. *Compression and venous surgery for venous leg ulcers. Clinics in Plastic Surgery*, 2012; 39(3) : 269–80. © 2012, figure 1.)

Tableau 4.5 Ulcères de jambe : indices cliniques

Ulcère veineux	Ulcère artériel	Ulcère neuropathique (par ex., neuropathie diabétique)
Bords irréguliers	Bords réguliers	Indolore
Peau neuve pâle autour de la plaie	Aspect «à l'emporte-pièce»	Perte de sensation cutanée
Base rose	Peau froide	Peau chaude
Peau chaude	Pas de pouls périphériques	Pouls normaux
Pouls normaux		

de la compression par la main, il y a incontinence ostiale et le test est positif. Si la veine se remplit avant la levée de la compression, les veines incontinentes se situent dans la cuisse ou le mollet;

- la présence d'une douleur au niveau du mollet au repos fait évoquer une **thrombose veineuse profonde**. Recherchez un gonflement du mollet concerné et une dilatation des veines superficielles. Il peut exister une douleur à la palpation et une augmentation de la chaleur. Ces signes ne sont malheureusement ni sensibles ni spécifiques à cette affection.

Astuces des auteurs

Comment examiner un patient souffrant de douleurs thoraciques ?

1. Le patient a-t-il l'air de se sentir mal (essoufflé, cyanosé ou transpirant) ? La douleur est-elle présente à l'instant ? Les sueurs et l'anxiété peuvent être associées à un infarctus du myocarde ou à une embolie pulmonaire.
2. Mesurez la pression artérielle. Une faible pression artérielle peut être retrouvée dans un choc cardiogénique secondaire à une embolie pulmonaire ou à un infarctus du myocarde de grande ampleur.
3. Prenez le pouls. Une tachycardie évoque des douleurs ou une embolie pulmonaire.
4. Si la douleur irradie au dos, mesurez la pression artérielle à chaque bras. Une dissection aortique peut affecter l'artère subclavière gauche et diminuer la pression artérielle de ce côté.
5. Examinez le thorax à la recherche de signes de pneumonie, de pleurésie ou d'insuffisance cardiaque.
6. Examinez le cœur. La plupart des patients avec un infarctus ne présentent que peu de signes, mais un troisième bruit du cœur peut être un signe d'infarctus de grande ampleur. Un rétrécissement aortique peut provoquer des douleurs thoraciques à l'effort.
7. Si la douleur est pleurétique, demandez au patient de s'asseoir et de se pencher en avant pour rechercher un frottement péricardique.

Astuces des auteurs

Comment examiner un patient ayant des palpitations ?

(L'examen est souvent normal.)

1. Prenez le pouls.
2. Examinez le système cardiovasculaire à la recherche de signes de valvulopathie mitrale (FA ou flutter) ou d'insuffisance cardiaque (TV).
3. Recherchez des signes de thyrotoxicose.

Astuces des auteurs

Comment examiner un patient qui présente un œdème des chevilles ?

1. Examinez les jambes : jusqu'où s'étend le gonflement (par exemple, jusqu'aux genoux, jusqu'aux cuisses, jusqu'aux organes génitaux ou même jusqu'à la paroi abdominale) ?
2. Recherchez la présence de varices.
3. Recherchez la présence d'une ulcération ou d'une coloration veineuse.
4. Appuyez sur l'extrémité du tibia (pas trop fort) et recherchez le signe du godet. Un lymphœdème n'est pas associé au signe du godet.

5. Recherchez la présence de problèmes articulaires ou d'une infection au niveau des jambes.
6. Examinez le cœur à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque, en particulier une élévation de la PVJ, des ondes v amples et un foie pulsatile (tous des signes d'insuffisance cardiaque droite).
7. Recherchez des signes de pneumopathie chronique.

ECOS – Mise en situation clinique¹⁰ « Examen cardiovasculaire »

Cet ECOS est habituellement centré sur le diagnostic des souffles cardiaques communs, ainsi que sur les signes d'insuffisance cardiaque ou de maladie vasculaire périphérique. En général, l'examineur vous orientera vers une région à examiner.

Commencez toujours par vous présenter au patient et demandez-lui son autorisation pour l'examiner. Lavez-vous les mains. Essayez de faire la synthèse de vos observations au fur et à mesure.

1. Ce patient est essoufflé à l'effort et présente un souffle.

Examinez la région précordiale.

- a. Demandez au patient de découvrir son thorax et écartez-vous un moment afin de rechercher un essoufflement au repos ainsi qu'une cyanose.
- b. Recherchez des cicatrices chirurgicales ou une déformation au niveau du thorax. Recherchez le choc de pointe.
- c. Cherchez à percevoir le choc de pointe, des frémissements et une impulsion parasternale.
- d. Écoutez l'apex avec la cloche puis avec la membrane du stéthoscope. Écoutez avec la membrane au bord gauche du sternum et à la base du cœur.
- e. Demandez au patient de s'asseoir et écoutez le bord gauche du sternum et la base du cœur lors d'une expiration profonde.
- f. Ausculez les carotides.
- g. Si vous êtes sûr de votre diagnostic, dites-le à l'examineur ; par exemple : « *Je pense que ce patient a un rétrécissement aortique de sévérité modérée.* » Décrivez ensuite les signes physiques. En cas de doute, décrivez les anomalies avant de proposer un diagnostic.

¹⁰ Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir « Avertissements : les ECOS » en début d'ouvrage.

2. **Cette femme est essoufflée à l'effort et se réveille la nuit en raison d'un essoufflement. Examinez-la.**
 - a. Demandez à la patiente de se déshabiller si nécessaire mais laissez une serviette ou un peignoir sur ses seins.
 - b. Écartez-vous pour rechercher un essoufflement évident dû à une insuffisance cardiaque.
 - c. Recherchez une cyanose et un hippocratisme digital, et prenez son pouls et sa pression artérielle.
 - d. Examinez la pression veineuse jugulaire.
 - e. Examinez la région précordiale à la recherche du choc de pointe, de cicatrices, etc.
 - f. Efforcez-vous de trouver et d'évaluer le choc de pointe. Cherchez à percevoir des frémissements et une impulsion parasternale.
 - g. Auscultez à la recherche de souffles et d'un bruit de galop.
 - h. Examinez l'arrière du thorax et recherchez la présence d'un œdème périphérique.
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
3. **Cet homme fume et il a mal aux mollets lorsqu'il marche. Examinez ses jambes.**
 - a. Demandez au patient de découvrir ses jambes au moins jusqu'à mi-cuisse.
 - b. Écartez-vous pour réaliser une inspection générale; notez la présence d'une dyspnée, d'une cyanose et de taches de nicotine sur les doigts.
 - c. Examinez les jambes pour voir s'il manque des orteils. Notez la présence d'une cyanose, d'une perte de poils au niveau de la partie inférieure des jambes ou des pieds, et d'une atrophie de la peau et des muscles du mollet.
 - d. Examinez les pouls périphériques, en commençant par les pieds et en remontant vers les fémorales si les pouls distaux sont réduits ou absents.
 - e. Recherchez des cicatrices de précédents pontages périphériques : on les retrouve habituellement à travers l'artère fémorale où elles s'étendent longitudinalement.
 - f. Examinez l'abdomen (anévrisme aortique), puis prenez la pression artérielle.
 - g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
4. **Cet homme a les chevilles gonflées. Examinez ses jambes.**
 - a. Demandez au patient de découvrir ses jambes, en utilisant une serviette pour lui recouvrir la région inguinale. Demandez-lui de s'allonger si possible.
 - b. Écartez-vous pour rechercher un œdème périphérique (notez son étendue), une distension abdominale (ascite), une dyspnée et des signes de pneumopathie chronique (voir p. 121).
 - c. Recherchez un œdème prenant le godet et déterminez son niveau supérieur. N'oubliez pas qu'un œdème sévère peut toucher les organes génitaux et la paroi abdominale.

- d. Recherchez des varices.
 - e. Examinez l'abdomen à la recherche d'une ascite (voir p. 168) et palpez le foie à la recherche d'une hépatomégalie et de signes d'insuffisance tricuspidienne (foie pulsatile).
 - f. Palpez le sacrum à la recherche d'un œdème.
 - g. Examinez le cœur et les poumons.
 - h. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 5. Cet homme a ressenti brutalement une douleur au centre du thorax. Examinez-le.**
- a. Examinez tous les systèmes pertinents pour restreindre le diagnostic différentiel.
 - (i) Examinez les pouls du patient à la recherche d'arythmies.
 - (ii) Prenez la pression artérielle : Recherchez la présence d'une asymétrie tensionnelle (dissection aortique).
 - (iii) Recherchez des signes d'insuffisance cardiaque : PVJ, œdème.
 - (iv) Auscultez le cœur à la recherche d'un bruit de galop (insuffisance cardiaque) et d'un nouveau souffle (par exemple, rupture d'un muscle papillaire provoquant une insuffisance mitrale sévère, signes d'une communication interventriculaire post-infarctus du myocarde).
 - (v) Examinez la paroi thoracique à la recherche d'une douleur à la palpation (costochondrite) et recherchez tout déplacement médiastinal (pneumothorax sous tension).
 - (vi) Palpez l'abdomen à la recherche d'une douleur (douleur projetée).
 - (vii) Examinez le dos (douleur projetée).
 - b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

Le système cardiovasculaire

1. Une cardiopathie ischémique doit être suspectée d'après les données de l'interrogatoire. Quand un angor est stable, la douleur ou la gêne se manifeste avec une intensité d'effort prévisible et elle est soulagée par le repos. Une augmentation récente de la fréquence de la douleur ou l'apparition de la douleur au repos font évoquer un angor instable.
2. Une dyspnée cardiaque (essoufflement dû à une insuffisance cardiaque) s'aggrave à l'effort ou lorsque le patient est allongé (orthopnée).
3. Interrogez le patient concernant les facteurs de risque cardiaque en cas de suspicion de cardiopathie : par exemple, taux élevés de cholestérol et de triglycérides, tabagisme, hypertension artérielle, diabète sucré, antécédents familiaux de cardiopathie chez des parents au premier degré.

4. Lors de l'examen du système cardiovasculaire, soyez particulièrement attentif à la fréquence, au rythme et au caractère du pouls, au niveau de la pression artérielle, à l'élévation de la PVJ, à la position du choc de pointe et à la présence des bruits du cœur, de bruits surajoutés ou de souffles.
5. La localisation et la chronologie des souffles cardiaques fournissent des informations importantes sur la lésion valvulaire sous-jacente.
6. Souvenez-vous des signes fiables d'insuffisance cardiaque : déplacement du choc de pointe, B3, test du reflux hépatojugulaire positif, élévation de la PVJ.
7. Signes d'insuffisance cardiaque importants mais moins fiables : craquements pulmonaires et œdème périphérique.
8. Le souffle diastolique de l'insuffisance aortique est caractéristique (souffle protodiastolique de tonalité élevée au bord gauche du sternum, augmenté lorsque le patient est assis et expire à fond) et a une grande valeur diagnostique.

Le thorax

«Apprenez à voir, apprenez à entendre, apprenez à toucher, apprenez à sentir et sachez que seule la pratique fera de vous un expert.»

Sir William Osler (1849–1919)

Ce chapitre présente les symptômes et les signes de maladie pulmonaire. L'évaluation commence par l'interrogatoire — en apportant une attention particulière aux symptômes à l'origine de la consultation. Comme d'habitude, l'examen commence par une évaluation des signes périphériques de maladie pulmonaire et se poursuit par l'examen du thorax, comme indiqué ci-dessous.

Séquence d'évaluation du système respiratoire

1. Symptômes à l'origine de la consultation (par exemple, dyspnée, toux, sifflements, fièvre).
2. Questions détaillées sur les symptômes à l'origine de la consultation (voir les huit points à aborder au [chapitre 1](#), p. 8).
3. Questions sur les problèmes pulmonaires antérieurs et les facteurs de risque respiratoire (par exemple, tabagisme, profession, animaux domestiques).
4. Examen des signes périphériques de maladie respiratoire.
5. Examen du thorax.
6. Diagnostic provisoire et diagnostic différentiel.

Le système respiratoire : interrogatoire

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 5.1)

Toux et expectoration

La toux est un motif fréquent de consultation. Renseignez-vous sur sa durée et demandez au patient si :

- la toux est sèche ou productive (c'est-à-dire avec des expectorations) ;
- la toux est associée à des sifflements ;
- il prend des médicaments.

Comme le caractère de la toux est important, demandez au patient de la décrire et de vous montrer comment il tousse.

Points clés en situation pratique

Diagnostic différentiel d'une toux

1. Une **toux récente**, notamment si elle est accompagnée d'une fièvre et d'autres symptômes d'infection des voies respiratoires, peut être due à une bronchite aiguë ou à une pneumonie.
2. Une **toux chronique associée à des sifflements** peut être due à un asthme ; un asthme peut parfois se manifester sans sifflement.
3. Une **toux sèche chronique irritative** peut être due à un reflux acide dans l'œsophage ou à la prise de certains médicaments antihypertenseurs (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, IEC).
4. La modification du **caractère** d'une toux chronique peut indiquer l'apparition d'un problème sous-jacent nouveau et grave (par exemple, infection ou cancer pulmonaire).
5. Un volume important de **crachats purulents** (jaunes ou verts) fait évoquer le diagnostic de bronchectasie ou de pneumonie lobaire.
6. Des **expectorations foncées d'odeur fétide** peuvent indiquer la présence d'un abcès pulmonaire à germes anaérobies.
7. Des **sécrétions rosées et mousseuses** issues de la trachée, qui surviennent dans l'œdème pulmonaire, ne doivent pas être confondues avec une expectoration.
8. Une **hémoptysie** (crachats de sang) peut être un signe de maladie pulmonaire grave et doit toujours être explorée, car elle peut être due à un cancer du poumon, à une pneumonie, à une tuberculose, à un infarctus pulmonaire ou à une bronchectasie.

Encadré 5.1**Le système respiratoire : interrogatoire****Principaux symptômes à l'origine de la consultation**

Toux.

Expectoration.

Hémoptysie.

Dyspnée (aiguë ou chronique, progressive ou paroxystique).

Sifflement respiratoire.

Douleur thoracique.

Fièvre.

Raucité de la voix.

Dyspnée

Interrogez le patient sur le moment d'apparition, la sévérité et de type de la dyspnée.

Astuces des auteurs

- Des antécédents de *tabagisme* ou d'*exposition professionnelle à des poussières* évoquent souvent une cause respiratoire.
- La présence d'une fièvre ou d'une toux productive oriente également vers un problème pulmonaire.
- Si elle n'est pas liée à la position et qu'elle est associée à des sifflements et à une toux, une dyspnée nocturne peut être due à une bronchoconstriction induite par le froid ou des allergènes (par exemple, acariens des poussières de maison).
- Une *dyspnée d'effort* associée à une sensation d'oppression thoracique peut être un mode de présentation d'un angor.

Dans trois cas sur quatre, l'interrogatoire permet de déterminer la cause de la dyspnée.

On peut attribuer à la dyspnée un grade allant de I à IV ([encadré 5.2](#)). Il peut cependant être plus utile de déterminer la quantité d'effort nécessaire à l'apparition de la dyspnée (la distance parcourue ou le nombre de marches montées) ou la capacité du patient à accomplir des tâches quotidiennes comme s'habiller et se laver.

Astuces des auteurs

Une dyspnée qui s'aggrave lorsque le patient est allongé ou qui réveille le patient est plus volontiers due à une insuffisance cardiaque qu'à une maladie pulmonaire.

Encadré 5.2

Classification de la sévérité de la dyspnée

Classe I – Dyspnée au cours d'un effort physique important.

Classe II – Dyspnée au cours d'un effort physique modéré.

Classe III – Dyspnée au cours d'un effort physique minime.

Classe IV – Dyspnée au repos.

Interrogatoire Quelles questions poser à un patient se plaignant d'essoufflement ?

Le pictogramme ! désigne la présence éventuelle d'un problème urgent ou dangereux.

1. Depuis combien de temps êtes-vous essoufflé ?
2. Cet essoufflement est-il intermittent ?
3. Est-ce qu'il s'aggrave ?
4. Se manifeste-t-il lorsque vous faites un effort physique ?
5. Quelle intensité d'effort pouvez-vous produire avant d'être essoufflé ? Pouvez-vous sans problème marcher sur le plat, monter les escaliers ?
- ! 6. Êtes-vous essoufflé au repos ? Lorsque vous êtes allongé ? (Orthopnée)
7. Avez-vous des sifflements respiratoires ? (Obstruction des voies aériennes.) Est-ce que ces sifflements vont et viennent ?
8. Est-ce que vous expectorez lorsque vous toussez ? Si oui, ce phénomène est-il récent ou ancien ? (Pneumonie *versus* bronchectasie)
9. Avez-vous eu de la fièvre ?
- ! 10. L'essoufflement est-il apparu brutalement ? (Embolie pulmonaire.) Instantanément ? (Pneumothorax)
11. Dans le cadre de votre travail, avez-vous été en contact avec des poussières ou des gaz industriels ? (Pneumopathie d'hypersensibilité, pneumopathie interstitielle)
- ! 12. L'essoufflement est-il associé à une sensation d'oppression dans la poitrine ? (Angor, rétrécissement aortique, cardiomyopathie hypertrophique)
13. Est-ce que vous avez l'impression que vous n'arrivez pas à respirer correctement ? (Anxiété)

Sifflement respiratoire

Plusieurs affections peuvent provoquer un sifflement continu, souvent plus fort pendant l'expiration (sibilances). On peut notamment citer l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'obstruction des voies aériennes par un corps étranger ou par une tumeur, et l'œdème pulmonaire (insuffisance cardiaque sévère).

Douleur thoracique

Une douleur thoracique due à une maladie respiratoire est, de manière caractéristique, de nature *pleurétique* (douleur aiguë et accentuée à l'inspiration profonde et à la toux). Une douleur au niveau des muscles thoraciques est fréquente lorsque les patients ont une maladie respiratoire aiguë accompagnée d'une toux.

Autres motifs de consultation

- Les patients consultent parfois pour des épisodes de **fièvre nocturne** (par exemple, tuberculose et pneumonie) ou de **raucité de la voix** (par exemple, laryngite, tumeur des cordes vocales ou paralysie du nerf laryngé récurrent).
- Les patients souffrant d'**apnées obstructives du sommeil** (dans lesquelles la respiration est interrompue malgré les efforts respiratoires persistants au cours du sommeil) consultent typiquement pour une somnolence diurne, une fatigue chronique, des céphalées matinales et des troubles de la personnalité. Un ronflement de très forte intensité est parfois rapporté par les personnes qui dorment à côté.
- Certains patients répondent à une anxiété en augmentant la fréquence et la profondeur de la respiration. Ce phénomène porte le nom d'**hyperventilation**. L'alcalose qui en résulte peut entraîner des paresthésies des doigts et du pourtour de la bouche, une sensation de tête vide, des douleurs thoraciques et une impression d'évanouissement imminent.
- **L'anxiété** (par exemple, pendant une crise de panique) peut également engendrer un sentiment d'avoir besoin de prendre des inspirations profondes ou de ne pas pouvoir respirer correctement.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Demandez toujours au patient s'il a déjà eu des maladies respiratoires (notamment pneumonie, tuberculose et exacerbations de bronchite chronique) ou si des anomalies ont été constatées sur une radiographie ou une tomodensitométrie (TDM) thoracique.

TRAITEMENTS

Interrogez le patient sur ses traitements :

- Quels sont les médicaments qu'il prend ?
- À quelle fréquence prend-il ces médicaments ? Sont-ils inhalés ou avalés ?

Presque toutes les classes de médicaments peuvent produire une toxicité pulmonaire. On peut notamment citer les embolies pulmonaires associées à la prise d'une contraception par voie orale, les pneumopathies interstitielles associées aux produits cytotoxiques, les bronchospasmes associés aux bêtabloquants ou à l'aspirine, et la toux associée aux IEC.

PROFESSION

Posez des questions détaillées sur :

- une exposition éventuelle à des *poussières* dans les mines et les usines (par exemple, amiante, charbon, silice, oxyde de fer, oxyde d'étain, coton, beryllium, oxyde de titane, argent, dioxyde d'azote ou anhydrides) ;
- l'exposition au travail ou au domicile à des *animaux*, dont les oiseaux (par exemple, fièvre Q ou psittacose) ;
- le contact avec du *foin moisi*, l'utilisation d'humidificateurs ou de climatiseurs, qui peuvent également être à l'origine d'une maladie pulmonaire (par exemple, pneumopathie d'hypersensibilité) ;
- l'exposition à des peintures en spray et aux poussières de bois, qui peuvent induire un *asthme professionnel* qui, de façon caractéristique, s'atténue pendant le week-end ou les vacances.

MODE DE VIE

Il faut systématiquement interroger le patient au sujet de sa consommation de tabac (voir chapitre 1). Déterminez qui se trouve à la maison pour aider le patient, en particulier si la maladie respiratoire a provoqué des symptômes invalidants.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Il peut y avoir des antécédents familiaux d'asthme, de mucoviscidose ou d'emphysème. Le déficit en α_1 -antitrypsine, par exemple, est une maladie héréditaire associée à des antécédents familiaux d'emphysème chez l'adulte jeune.

Anatomie et examen

L'examen des poumons a plus de sens quand on garde à l'esprit la fonction et l'anatomie de base des poumons et des voies aériennes (figures 5.1 et 5.2). Essayez toujours de vous représenter les structures qui se trouvent en profondeur de la zone du thorax que vous examinez.

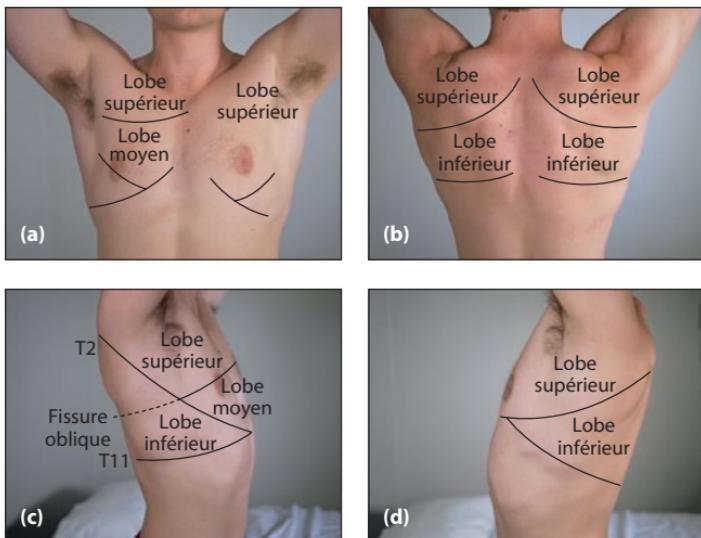


Figure 5.1 Lobes pulmonaires : repères de surface. **(a)** Antérieur. **(b)** Postérieur. **(c)** Latéral droit. **(d)** Latéral gauche.

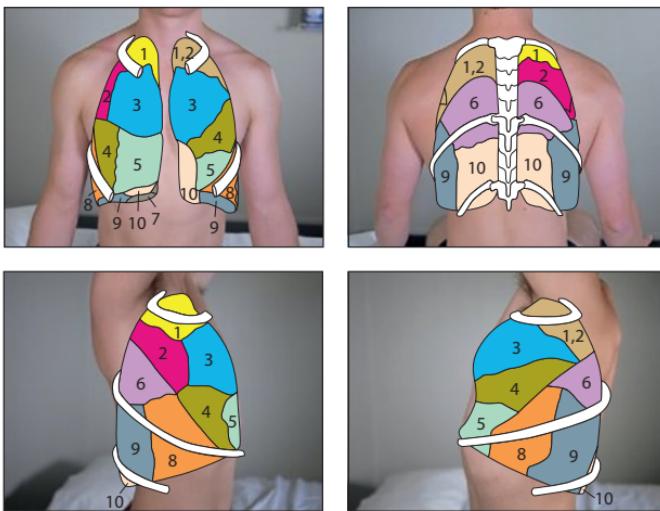
Examen du thorax

L'examen du thorax doit comporter la recherche de signes de maladie pulmonaire ([encadré 5.3](#)) et d'anomalies de la paroi thoracique et, le cas échéant, l'examen des seins chez la femme (voir [chapitre 10](#)). Le patient doit être déshabillé jusqu'à la taille et, si son état le permet, il doit s'asseoir sur le bord du lit.

Encadré 5.3

La séquence de l'examen du thorax

1. Apparence générale.
2. Signes périphériques de maladie pulmonaire.
3. Évaluation de la toux et utilisation du crachoir.
4. Examen de la face.
5. Palpation de la trachée.
6. Test d'expiration forcée.
7. Examen du thorax :
 - inspection ;
 - palpation ;
 - percussion ;
 - auscultation.
8. Examen du cœur.
9. Examen de l'abdomen.



1 = segment apical du lobe supérieur
 2 = segment postérieur du lobe supérieur
 3 = segment apical du lobe supérieur
 4, 5 (droite) = segments latéral et médial du lobe moyen
 4, 5 (gauche) = segments lingulaires supérieur et inférieur

6 = segment apical du lobe inférieur
 7 = segment médial du lobe inférieur droit
 8 = segment antérieur du lobe inférieur
 9 = segment latéral du lobe inférieur
 10 = segment postérieur du lobe inférieur

Figure 5.2 Repères de surface des segments pulmonaires.

APPARENCE GÉNÉRALE

À l'hôpital, en cabinet ou lors d'un examen d'évaluation, notez si le patient a l'air bien ou non.

1. Est-ce que le patient a l'air de se sentir mal ou de souffrir lorsqu'il respire?
2. Regardez (et écoutez) le patient à la recherche des éléments suivants :
 - tachypnée (fréquence respiratoire de plus de 25 respirations par minute);
 - mobilisation des muscles respiratoires accessoires pendant l'inspiration (muscles sternocléidomastoïdiens et scalènes; **figure 5.3**);
 - cyanose;
 - siflements respiratoires;
 - toux spontanée.

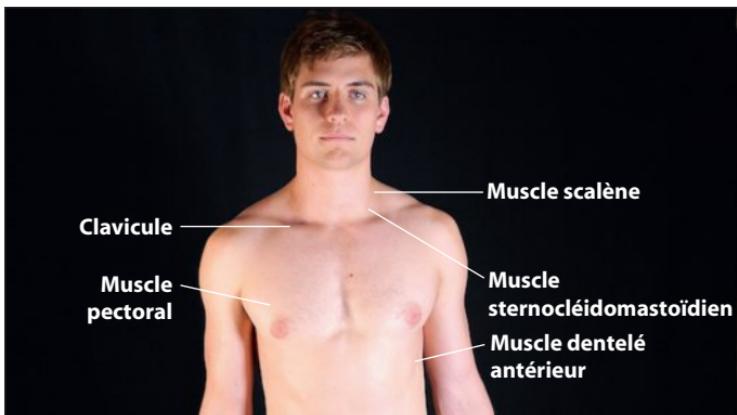


Figure 5.3 La mobilisation des muscles respiratoires accessoires au repos (surtout les muscles scalènes et sternocléidomastoïdiens) est un signe de détresse respiratoire.

LES SIGNES PÉRIPHÉRIQUES DE MALADIE PULMONAIRE

Les mains

Prenez la main droite du patient, puis la gauche.

1. Recherchez un **hippocratisme digital** (voir tableau 3.2 au chapitre 3). Les causes respiratoires de l'hippocratisme digital sont notamment le cancer du poumon, la suppuration pulmonaire chronique (par exemple, abcès pulmonaire, tuberculose, bronchectasie) et la pneumopathie interstitielle.

Points clés en situation pratique

La bronchopneumopathie chronique obstructive seule ne provoque pas d'hippocratisme digital.

2. Recherchez la présence de **taches de cigarette sur les doigts** — provoquées en fait par le goudron, car la nicotine est incolore —, qui est davantage une indication sur la manière dont le patient tient sa cigarette que sur le nombre de cigarettes qu'il fume.
3. Une compression et une infiltration, par une tumeur pulmonaire périphérique, du tronc inférieur du plexus brachial entraînent une **atrophie** des petits muscles des mains (figure 5.4).



Figure 5.4 Atrophie des petits muscles des mains due à un cancer du poumon. (*Perkin et al. Atlas of Clinical Neurology. 3rd ed. © 2011 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.*)

Les poignets et les bras

Mesurez la fréquence du pouls et la pression artérielle. La tachycardie et le pouls paradoxal sont des signes importants d'asthme sévère.

Caractère de la toux

1. Demandez au patient de tousser plusieurs fois :
 - l'absence du caractère explosif habituel du début de toux peut indiquer la paralysie d'une corde vocale (toux bitonale);
 - une toux étouffée, sifflante et inefficace évoque une bronchopneumopathie chronique obstructive;
 - une toux très grasse et productive évoque une hypersécrétion bronchique due à une bronchite chronique, à une pneumonie ou à une bronchectasie;



Figure 5.5 Crachoir.

- une toux sèche irritative peut accompagner une infection thoracique, un asthme ou un cancer bronchique et, moins fréquemment, une insuffisance ventriculaire gauche ou une pneumopathie interstitielle.
2. Impressionnez vos examinateurs en allant chercher un **crachoir** (**figure 5.5**) et notez :
 - le volume des crachats;
 - le type de crachat (purulent, muqueux ou mucopurulent);
 - la présence ou l'absence de sang.
 3. L'obstruction du larynx, de la trachée ou des grosses voies aériennes peut induire un **stridor**, un bruit de râpe ou de coassement plus intense à l'inspiration. Ce phénomène peut être dû à la présence d'un corps étranger, d'une tumeur, d'une infection (par exemple, une épiglottite) ou d'une inflammation.

Voix rauque

Écoutez la voix à la recherche d'une **raucité**. Les causes sont notamment une laryngite, une tumeur des cordes vocales, une paralysie du nerf laryngé récurrent (par exemple, en raison d'un cancer de l'apex pulmonaire) ou un reflux gastro-œsophagien.

La face

1. Un myosis et un ptosis (fermeture partielle d'une paupière) sont des caractéristiques du **syndrome de Claude Bernard-Horner** (voir p. 248). Ce phénomène peut être dû à la

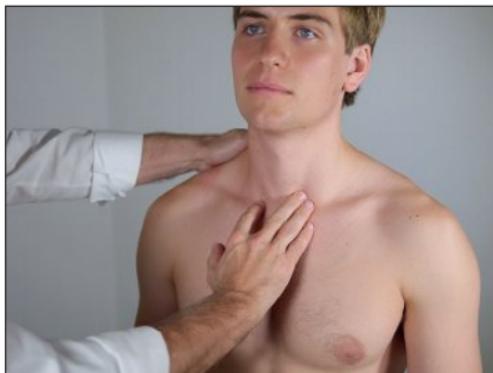


Figure 5.6 Palpation de la position de la trachée.

compression exercée par une tumeur de l'apex pulmonaire sur les nerfs sympathiques au cou.

2. Recherchez une **cyanose d'origine centrale** en examinant la langue.

La trachée

1. Placez-vous devant le patient et poussez très délicatement l'index de votre main droite vers le haut et vers l'arrière depuis la fourchette sternale jusqu'à ce que vous perceviez la trachée. Cet examen est désagréable pour le patient donc il faut faire preuve de douceur. Si la trachée est déplacée d'un côté, vous percevrez son bord plutôt que sa partie centrale et il y aura un espace plus grand d'un côté que de l'autre ([figure 5.6](#)) :
 - un léger déplacement vers la droite est assez fréquent chez les sujets sains;
 - un déplacement significatif de la trachée évoque, sans être spécifique, une atteinte des lobes pulmonaires supérieurs.
2. Recherchez un **tirage sus-sternal** : le doigt qui repose sur la trachée la sent se déplacer vers le bas à chaque inspiration. C'est un signe d'expansion thoracique excessive due à une obstruction des voies aériennes.
3. Effectuez un **test d'expiration forcée**. Demandez au patient d'inspirer au maximum, puis d'expirer fortement et complètement par la bouche. S'il y a du bruit autour de vous, vous pouvez ausculter au niveau de la partie supérieure du sternum pour mesurer la durée de l'expiration :
 - une durée normale est de 3 secondes ou moins;

- chez un fumeur, une durée expiratoire de 9 secondes ou plus doit faire évoquer une bronchopneumopathie chronique obstructive.

LE THORAX

Le thorax doit être examiné face antérieure et face postérieure par **inspection**, **palpation**, **percussion** et **auscultation**. Comparez les côtés droit et gauche à chaque étape de l'examen.

Inspection

- Examinez la forme et la symétrie du thorax :
 - lorsque le diamètre antéropostérieur (AP) est augmenté par rapport au diamètre latéral, on parle de thorax «en tonneau» ([figure 5.7a](#)); ce phénomène indique une *hyperinflation* des poumons;
 - une **cyphose** correspond à une courbure vers l'avant exagérée du rachis ([figure 5.7b](#)); une **scoliose** est une courbure latérale ([figure 5.7b](#)); une cyphoscoliose thoracique sévère peut diminuer la capacité pulmonaire et augmenter le travail respiratoire;
 - d'autres variations relativement communes de la forme du thorax comprennent le **thorax «en entonnoir»** et le **thorax «en carène»** («thorax de pigeon») ([figures 5.7, c et d](#)).
- Examinez la paroi thoracique à la recherche de lésions :
 - recherchez des **cicatrices** dues à une chirurgie thoracique antérieure ou à des drains thoraciques introduits pour un pneumothorax (souvent juste sous la clavicule) ou un épanchement pleural (habituellement site postérieur et basal);
 - une radiothérapie pour un cancer du poumon ou un lymphome peut occasionner un **érythème** et un **épaississement** de la peau. La radiothérapie peut parfois provoquer des brûlures et des lésions cutanées ([figure 5.8](#)). Il y a une démarcation nette entre la peau anormale et la peau normale, et de petits points destinés à délimiter le champ de la radiothérapie peuvent être visibles;
 - l'**emphysème sous-cutané** est une sensation de crépitation ressentie à la palpation de la peau du thorax ou du cou. Il est dû à de l'air provenant des poumons et est habituellement induit par un pneumothorax;
 - on peut voir des **veines proéminentes** en cas d'obstruction de la veine cave supérieure.



Figure 5.7 Formes du thorax. **(a)** Thorax «en tonneau» : notez l'augmentation du diamètre antéropostérieur du thorax. **(b)** Déformations rachidiennes très sévères de type cyphose et scoliose à l'âge adulte, provoquant d'importantes douleurs dorsales et contribuant à l'apparition d'une insuffisance respiratoire restrictive. (a : Epstein O, Perkin D et al. *Clinical Examination*. Elsevier; 2008, figure 5.36. b : Laffont I, Tiffreau J-M, Yelnik V, Herisson A, Pelissier C. *Aging and sequelae of poliomyelitis*. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2009; 53(1) : 24–33.)



Figure 5.7 suite Formes du thorax. **(c)** Thorax «en entonnoir» chez une patiente atteinte du syndrome de Marfan. **(d)** Thorax «en carène». (c : Kotzot D, Schwabegger AH. *Etiology of chest wall deformities – A genetic review for the treating physician*. *Journal of Pediatric Surgery*, 2011; 44. d : Obermeyer RJ, Goretsky, MJ. *Chest wall deformities in pediatric surgery*. *Surgical Clinics of North America*, 2012; 92(3) : 669–84.)

3. Observez le mouvement de la paroi thoracique.
 - recherchez une **asymétrie** du mouvement de la paroi thoracique en avant et en arrière;
 - l'expansion des **lobes supérieurs** est mieux appréciée quand on se place derrière le patient pour l'inspection, en regardant les clavicules vers le bas au cours d'une respiration modérée. Le mouvement sera retardé ou diminué du côté affecté;
 - pour évaluer l'expansion des **lobes inférieurs**, le thorax doit être palpé par l'arrière;



Figure 5.8 Patient ayant développé une nécrose cutanée de grade 4 suite à une radiothérapie stéréotaxique. (Hoppe BS et al. Acute skin toxicity following stereotactic body radiation therapy for stage I non-small-cell lung cancer: Who's at risk? International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 2008; 72(5), figure 1.)

- **une diminution unilatérale du mouvement de la paroi thoracique** peut être due à une fibrose pulmonaire localisée, à une condensation, à un collapsus, à un épanchement pleural ou à un pneumothorax ;
- **une réduction bilatérale** du mouvement de la paroi thoracique indique une anomalie diffuse, telle qu'une bronchopneumopathie chronique obstructive ou une pneumopathie interstitielle diffuse.

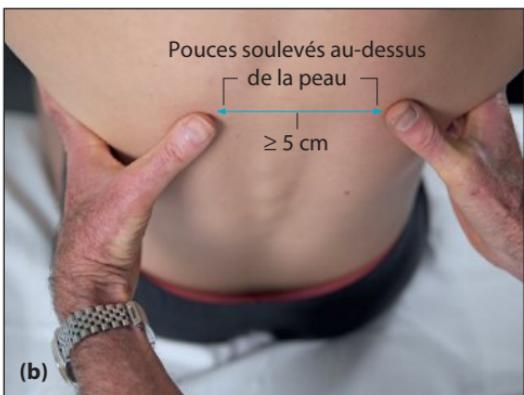
Palpation

1. **Expansion thoracique** : placez fermement vos mains à l'arrière de la paroi thoracique, avec les doigts entourant les côtés du thorax ; vos pouces doivent presque se rencontrer au niveau de la ligne médiane et doivent être légèrement soulevés du thorax pour pouvoir bouger librement avec la respiration ([figure 5.9](#)). Quand le patient inspire profondément, vos pouces doivent s'écartier symétriquement d'au moins 5 cm. Une expansion réduite d'un côté indique la présence d'une lésion du lobe de ce côté ;



(a)

Expiration



(b)

Inspiration

Figure 5.9 Évaluation de l'expansion thoracique : situation normale.

(a) Expiration. (b) Inspiration.

Remarque : Recherchez le signe de Hoover en cas de suspicion d'une BPCO. Placez vos mains autour des rebords costaux du patient, celui-ci étant allongé sur le lit. Vos pouces doivent être placés sur le bas du sternum, décollés de la peau. Demandez au patient de respirer profondément. Normalement, vos pouces s'écartent quand le patient inspire. Les patients atteints de BPCO présentent une expansion thoracique excessive et abaissent le diaphragme pour gonfler leurs poumons pendant l'inspiration. Cela a pour effet d'entraîner les côtes inférieures et vos pouces en dedans : c'est le signe de Hoover ([figure 5.10](#)).

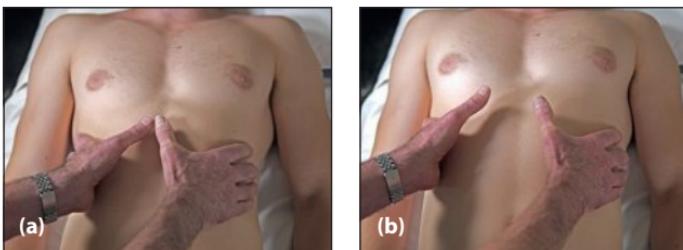


Figure 5.10 Recherche du signe de Hoover. **(a)** Expiration.
(b) Inspiration. Situation normale : signe de Hoover négatif.

Astuces des auteurs

Des antécédents de tabagisme (plus de 10 paquets-années) et un signe de Hoover positif orientent fortement vers un diagnostic de BPCO.

2. Vibrations vocales :

- palpez la paroi thoracique avec la paume de votre main pendant que le patient prononce « trente-trois » à haute voix ;
- palpez l'avant et l'arrière du thorax sur deux sites comparables avec la paume de la main de chaque côté du thorax. Vous pourrez ainsi détecter des différences de vibrations au niveau de la paroi thoracique.

Ce signe peut être difficile à interpréter. Les causes des variations des vibrations vocales sont les mêmes que pour la résonance vocale (voir p. 131).

3. Les côtes.

Comprimez doucement la paroi thoracique en directions antéropostérieure et latérale. Une douleur localisée évoque une fracture de côte, qui peut être secondaire à un traumatisme ou spontanée du fait d'un envahissement tumoral ou d'une maladie osseuse primitive.

Percussion

Utilisez la technique de percussion suivante. La main gauche étant sur la paroi thoracique, doigts légèrement écartés et alignés avec les côtes, pressez fermement votre majeur contre le thorax



Figure 5.11 Technique de percussion.

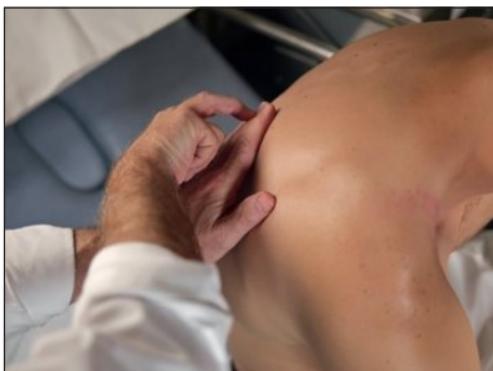


Figure 5.12 Percussion du dos.

du patient. Utilisez l'extrémité de votre majeur droit pour frapper fermement la phalange moyenne du majeur de votre main gauche. Retirez rapidement le doigt qui percute pour que le son produit ne soit pas assourdi. Le doigt qui percute doit être maintenu partiellement fléchi et le mouvement de balancier lâche doit venir du poignet et non de l'avant-bras ([figure 5.11](#)).

1. Percutez les sites suivants :

- percutez des deux côtés face antérieure et postérieure ([figure 5.12](#)), ainsi que les régions axillaires et le creux sus-claviculaire au-dessus de l'apex du poumon;
- percutez la clavicule directement avec le doigt qui frappe;
- pour la percussion postérieure, il peut être utile de déplacer les scapulas hors du chemin en demandant au patient de déplacer ses coudes vers l'avant, à travers la face antérieure du thorax.

Astuces des auteurs

Une bonne technique de percussion ne peut s'acquérir qu'avec la pratique, et permet de distinguer les étudiants excellents des autres. Le doigt qui percute doit être fléchi au niveau de l'articulation interphalangienne proximale et il doit être droit au niveau de l'articulation interphalangienne distale. Il doit être enlevé immédiatement après la frappe pour éviter d'assourdir le son de la percussion. Adaptez la force de la percussion au patient : avec une femme âgée et fragile, ne faites pas vibrer le son de la percussion dans tout l'hôpital.

- 2.** La perception du son de la percussion a autant d'importance que sa sonorité. Le son dépend de l'épaisseur de la paroi thoracique ainsi que des structures sous-jacentes :
 - la percussion au-dessus d'une structure solide comme le foie ou une zone de condensation pulmonaire produit un **son mat**;
 - la percussion au-dessus d'une zone remplie de liquide, comme un épanchement pleural, produit un **son extrêmement mat**;
 - la percussion au-dessus d'un poumon normal produit un **son sonore**;
 - la percussion au-dessus de structures creuses telles que l'intestin ou un pneumothorax produit un **son hypersonore**.
- 3. Matité hépatique.** La limite supérieure de la matité hépatique est déterminée en percutant le thorax antérieur en se dirigeant vers le bas, sur la ligne médioclaviculaire. Normalement, cette limite supérieure correspond à la cinquième côte sur la ligne médioclaviculaire droite. Si le thorax est sonore sous ce niveau, c'est un signe d'hyperinflation des poumons, habituellement secondaire à un emphysème ou à un asthme.

Auscultation

Lavez-vous les mains et nettoyez votre stéthoscope (voir [figure 3.1](#) au [chapitre 3](#)).

- 1.** À l'aide de la membrane du stéthoscope, écoutez les bruits respiratoires dans les zones indiquées sur la [figure 5.13](#) :

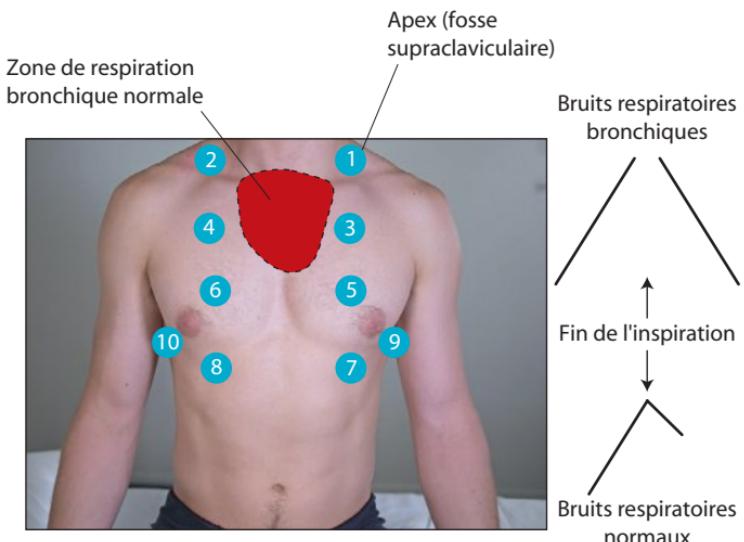


Figure 5.13 Zones à ausculter, 1–10.

- il est important de comparer les deux côtés;
 - n'oubliez pas d'ausculter le haut jusqu'en dessous des aisselles et, avec la cloche du stéthoscope appliquée au-dessus des clavicules, écoutez les apex pulmonaires;
 - évaluez le caractère et l'intensité des bruits respiratoires et recherchez la présence de bruits surajoutés (adventices).
- 2.** *Déterminez le caractère des bruits respiratoires.* Les bruits respiratoires normaux sont entendus sur toute la surface du thorax avec le stéthoscope — on pensait autrefois qu'ils provenaient des alvéoles (vésicules) pulmonaires et ils ont donc été appelés *murmures vésiculaires* :
- les **bruits respiratoires normaux (vésiculaires)** sont *plus forts et plus longs à l'inspiration qu'à l'expiration* et il n'y a pas de pause entre les bruits inspiratoires et expiratoires;
 - pour les **bruits respiratoires bronchiques**, on entend une turbulence dans les grosses voies aériennes qui n'est pas filtrée par les alvéoles. Les bruits respiratoires bronchiques ont un caractère creux et soufflant. Ils sont

audibles pendant toute l'expiration et il y a souvent une pause entre l'inspiration et l'expiration. Les bruits expiratoires ont une intensité et une tonalité plus élevées que les bruits inspiratoires. On les entend au-dessus de zones de condensation car le poumon solide transmet sans filtration le bruit de la turbulence dans les voies aériennes principales vers les zones périphériques.

- 3. Évaluez l'intensité des bruits respiratoires.** Il est préférable de décrire les bruits respiratoires comme ayant une intensité normale ou diminuée que de parler d'entrée d'air. Les causes de **diminution** des bruits respiratoires sont notamment :
 - la bronchopneumopathie chronique obstructive;
 - l'épanchement pleural (bruits respiratoires absents);
 - le pneumothorax (bruits respiratoires absents);
 - un cancer étendu (provoquant l'obstruction d'une bronche);
 - un collapsus pulmonaire.
- 4. Recherchez la présence de bruits surajoutés (adventices).** Il existe deux types de bruits surajoutés : continuos (siffllements) et discontinus (crépitants) :
 - les **sibilants** sont habituellement dus à une obstruction aiguë ou chronique des voies aériennes induite par un asthme (souvent de tonalité élevée) ou une bronchopneumopathie chronique obstructive (souvent de tonalité basse);
 - les bruits discontinus non musicaux correspondent mieux au terme **crépitants**. Notez s'il s'agit de bruits inspiratoires proto-, télé- ou holophasiques :
 - les **crépitants inspiratoires protophasiques relativement grossiers** évoquent une bronchopneumopathie chronique obstructive; ils diffèrent de ceux entendus dans l'insuffisance ventriculaire gauche, qui surviennent plus tard dans le cycle respiratoire;
 - les **crépitants inspiratoires télé- ou holophasiques** évoquent une maladie confinée aux alvéoles; ils peuvent être fins, intermédiaires ou grossiers :
 - les **crépitants fins** ont été comparés au bruit de cheveux frottés entre les doigts ou au son que

- fait une bande Velcro[®] lorsqu'on la détache. Ils sont typiquement causés par une pneumopathie interstitielle;
- les **crépitants intermédiaires** sont souvent dus à une insuffisance ventriculaire gauche. On peut également les retrouver chez des patients atteints d'une bronchopneumopathie chronique obstructive;
 - les **crépitants grossiers** sont caractéristiques de l'accumulation de sécrétions (par exemple, bronchectasie) et ils ont un caractère gargouillant désagréable.
5. *Recherchez la présence d'un frottement pleural.* Il survient lorsque des surfaces pleurales épaissies et rugueuses frottent l'une contre l'autre quand les poumons se gonflent et se dégonflent; on peut entendre un bruit de râpe continu ou discontinu. Un frottement pleural indique une *pleurésie*, qui peut être secondaire à un infarctus pulmonaire, à une pneumonie ou à une inflammation de la plèvre associée à des maladies inflammatoires systémiques ou à une infection virale.

Si une anomalie localisée est retrouvée à l'auscultation, essayez de déterminer le lobe impliqué ([figure 5.1](#)). La localisation d'une masse ou d'une opacité à la radiographie thoracique au niveau d'un segment bronchopulmonaire est importante et une anomalie localisée peut parfois être appréciée cliniquement ([figure 5.2](#)). Les étudiants en médecine n'ont pas besoin de se souvenir des segments pulmonaires pour leur examen d'évaluation des compétences cliniques.

Astuces des auteurs

Des craquements inspiratoires protophasiques relativement grossiers évoquent une BPCO (habituellement sévère) mais ils ne doivent pas suffire à distinguer une insuffisance cardiaque gauche d'une BPCO.

RÉSONANCE VOCALE

L'auscultation du thorax quand le patient parle donne des informations supplémentaires sur la capacité des poumons à transmettre

les sons. Demandez au patient de dire « trente-trois » pendant que vous écoutez chaque partie du thorax :

- sur le poumon normal, les composantes graves de la parole sont grondantes et les composantes aiguës sont atténueées ;
- sur une condensation pulmonaire, ces nombres seront clairement audibles, alors que sur le poumon normal, le son est étouffé.

Quand il existe une résonance vocale, on entend en général bien le souffle tubaire.

Lors de l'examen, il est important d'assembler les pièces du puzzle : c'est l'association des signes pathologiques qui guidera votre diagnostic provisoire et permettra de déterminer les étapes suivantes ([tableau 5.1](#)).

LE CŒUR

1. Positionnez le patient à 45° et évaluez la pression veineuse jugulaire (PVJ) à la recherche d'une insuffisance cardiaque droite.
2. Palpez et ausculez la région précordiale et accordez une attention particulière à la composante pulmonaire du deuxième bruit du cœur (P2). Celle-ci peut être palpable ou audible avec une intensité accrue au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Ce bruit ne doit pas être plus fort que la composante aortique, que l'on entend mieux au deuxième espace intercostal droit. Un P2 palpable et plus fort doit faire suspecter une hypertension artérielle pulmonaire.
3. Posez la paume de la main à gauche du sternum pour rechercher une impulsion parasternale ([figure 5.14](#)), signe de dilatation ventriculaire droite.

L'ABDOMEN

Cherchez à percevoir le bord du foie. Il peut être palpable sous le rebord costal droit lorsque les poumons sont distendus, ou pulsatile en présence d'une insuffisance tricuspidienne secondaire à une pneumopathie chronique.

Tableau 5.1 Comparaison des signes thoraciques dans les maladies respiratoires courantes

Trouble	Déplacement médiastinal	Mouvement de la paroi thoracique	Son de la percussion	Bruits respiratoires	Bruits surajoutés
Condensation	Néant	Diminué au-dessus de la zone affectée	Mat	Bronchiques	Craquements
Collapsus	Déviation homolatérale	Diminué au-dessus de la zone affectée	Mat	Absents ou diminués	Absents
Épanchement pleural	Cœur déplacé vers le côté opposé (trachée déplacée uniquement en cas d'épanchement massif)	Diminué au-dessus de la zone affectée	Extrêmement mat	Absents au-dessus d'une zone remplie de liquide ; peuvent être bronchiques au niveau du bord supérieur	Absents ; un frottement pleural peut être noté au-dessus de l'épanchement
Pneumothorax	Déviation de la trachée vers le côté opposé en cas de pneumothorax sous tension	Diminué au-dessus de la zone affectée	Sonore	Absents ou fortement diminués	Absents

(Suite)

Tableau 5.1 Comparaison des signes thoraciques dans les maladies respiratoires courantes Suite

Trouble	Déplacement médiastinal	Mouvement de la paroi thoracique	Son de la percussion	Bruits respiratoires	Bruits surajoutés
Asthme bronchique	Néant	Diminué de manière symétrique	Normal ou diminué en cas d'asthme sévère	Normaux ou diminués	Siflements
Fibrose pulmonaire interstitielle	Néant	Diminué de manière symétrique (minime)	Normal Non affecté par la toux ou la position	Normaux	Craquements inspiratoires télé- ou holophasiques fins au-dessus des lobes affectés



Figure 5.14 Palpation à la recherche de P2 et d'une impulsion parasternale.

Points clés en situation pratique

Dyspnée : diagnostics différentiels importants

Respiratoires

- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).¹
- Asthme.
- Pneumopathie interstitielle.
- Infection (par exemple, pneumonie, bronchectasie).
- Obstruction trachéale.
- Embolie pulmonaire.
- Pneumothorax.
- Épanchement pleural.

Cardiaques

- Insuffisance cardiaque.
- Angor.
- Rétrécissement aortique.
- Cardiomyopathie hypertrophique.
- Rétrécissement mitral.
- Tamponnade péricardique.

Autres

- Obésité.
- Baisse de la forme physique.
- Anémie.
- Anxiété.
- Maladie musculosquelettique.
- Acidocétose.

¹ Comprend l'emphysème et la bronchite chronique, ainsi que l'asthme chronique où l'obstruction des voies aériennes *n'est pas* totalement réversible.

Astuces des auteurs

Comment examiner un patient se plaignant d'essoufflement ?

(Lavez-vous les mains.)

Le pictogramme ! désigne la présence éventuelle d'un problème urgent ou dangereux.

1. Faites une inspection générale à la recherche des éléments suivants :
 - ! • dyspnée au repos ;
 - ! • mobilisation des muscles accessoires ;
 - ! • cyanose ;
 - respiration suspirieuse (anxiété) ;
 - ! • respiration profonde rapide (acidocétose) ;
 - ! • effort respiratoire diminué, somnolence (carbonarcose) ;
 - sifflements respiratoires audibles ;
 - expansion thoracique excessive ;
 - obésité ;
 - anémie.
2. Examinez le système respiratoire et recherchez en particulier :
 - une toux (examinez les expectorations) ;
 - un hippocratisme digital (pneumopathie suppurée ou pneumopathie interstitielle) ;
 - le signe de Hoover ;
 - une fièvre ;
 - des sifflements respiratoires ;
 - un souffle tubaire (condensation) ;
 - des bruits respiratoires absents (pneumothorax, asthme sévère) ;
 - un stridor (obstruction de la trachée).
3. Examinez le système cardiovasculaire et recherchez également :
 - une hypotension artérielle ;
 - des signes d'insuffisance cardiaque (B3, déplacement du choc de pointe, craquements des bases pulmonaires, élévation de la PVJ, test du reflux hépatojugulaire positif) ;
 - un rétrécissement aortique ;
 - un rétrécissement mitral ;
 - le signe de Kussmaul (tamponnade péricardique ; en association avec une dyspnée sévère, une hypotension artérielle et une tachycardie).

ECOS – Mise en situation clinique² «Le thorax»

- 1. Cette femme a un problème de toux. Interrogez-la.**
 - a. Renseignez-vous sur sa toux : depuis quand elle dure, si elle est productive ou non, si elle va en s'améliorant ou en s'aggravant, si elle est accentuée en position couchée et si elle l'empêche de dormir.
 - b. Renseignez-vous sur les expectorations : volume, couleur, présence de sang, etc.
 - c. Demandez-lui si elle présente une dyspnée, des sifflements ou une douleur thoracique pleurétique.
 - d. Demandez-lui si elle a des antécédents de maladie pulmonaire ; demandez-lui de préciser.
 - e. Renseignez-vous sur ses traitements médicamenteux actuels.
 - f. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 2. Cet homme est essoufflé. Interrogez-le au sujet de son activité professionnelle.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) Quel est votre métier ?
 - (ii) En quoi consiste-t-il exactement ? Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?
 - (iii) Quels sont les dispositifs de ventilation en place sur votre lieu de travail ?
 - (iv) Sur votre lieu de travail, êtes-vous autorisé à fumer ? Vos collaborateurs et vos clients en ont-ils le droit ?
 - (v) Votre profession implique-t-elle une exposition à des poussières, solvants ou animaux ? (Si cela n'a pas déjà été précisé.)
 - (vi) Quelles professions avez-vous exercées par le passé ? En quoi consistaient-elles ?
 - (vii) Avez-vous des loisirs particuliers ou des animaux domestiques ?
 - b. Présentez vos conclusions et précisez les risques éventuels associés à chaque exposition.
- 3. Cet homme est essoufflé et présente des douleurs thoraciques accentuées à l'inspiration. Examinez-le. (Lavez-vous les mains et, pour marquer des points, nettoyez votre stéthoscope.)**
 - a. Si nécessaire, demandez au patient de se déshabiller jusqu'à la taille. Recherchez une atrophie et une pâleur, un hippocrate digital et des taches de cigarette sur les doigts, ainsi qu'une douleur à l'inspiration (douleur thoracique pleurétique).

² Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- b. Notez sa fréquence respiratoire et prenez-lui la température.
 - c. Asseyez-le sur le bord du lit ou demandez-lui de se tenir droit.
 - d. Écartez-vous pour rechercher une cyanose centrale (langue), des ecchymoses (traumatisme) et des lésions cutanées rouges et surélevées (vascularite).
 - e. Déterminez la position de la trachée. Est-elle centrale ?
 - f. Examinez le thorax d'abord par l'avant, puis par l'arrière : inspectez, palpez, percutez et auscitez. Notez les signes éventuels de frottement, de pneumonie ou d'épanchement pleural.
 - g. Positionnez le patient à 45° et mesurez son pouls et sa pression artérielle, évaluez sa PVJ et examinez la région précordiale. (Embolie pulmonaire.)
 - h. Examinez le bas de ses jambes à la recherche d'œdèmes prenant le godet (bilatéraux) et de signes de thrombose veineuse profonde (unilatérale).
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 4. Cet homme a présenté une hémoptysie et il a perdu du poids. Examinez-le. (Lavez-vous les mains.)**
- a. Recherchez des signes évidents de perte de poids ou de cachexie.
 - b. Examinez soigneusement les ongles de ses mains à la recherche d'un hippocratisme digital. Recherchez un gonflement au niveau des poignets. (Ostéoarthropathie hypertrophiane.)
 - c. Recherchez une atrophie des petits muscles des mains. (Syndrome de Pancoast-Tobias.)
 - d. Palpez les groupes de nœuds lymphatiques cervicaux et autres.
 - e. Faites un examen systématique du thorax.
 - f. Palpez la trachée à la recherche d'une déviation.
 - g. Recherchez en particulier des signes unilatéraux susceptibles d'indiquer la présence d'un cancer du poumon (par exemple, déviation médiastinale, matité localisée, signes d'épanchement).
 - h. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

Le thorax : interrogatoire et examen

1. Il peut parfois être difficile de distinguer une dyspnée d'origine respiratoire d'une dyspnée cardiaque, mais un interrogatoire minutieux peut fournir le diagnostic.
2. La consommation de tabac et l'activité professionnelle sont des éléments particulièrement importants chez un patient qui présente des symptômes respiratoires.

3. Les expectorations, en particulier la présence d'une hémoptysie, doivent être documentées. Les expectorations disponibles doivent être examinées.
4. Évaluez la symétrie de la paroi thoracique, palpez à la recherche d'une expansion, percutez à la recherche d'une matité et auscultez à la recherche de bruits respiratoires anormaux ou atténués. N'oubliez pas d'examiner les lobes supérieurs.
5. Même si un examen systématique et complet est essentiel, vous pouvez choisir d'examiner d'abord l'arrière du thorax (lobes inférieurs), car c'est là qu'on peut identifier la cause de la plupart des maladies respiratoires.
6. Des antécédents de tabagisme et la présence persistante de sifflements, de craquements inspiratoires protophasiques et de bruits respiratoires diminués évoquent une bronchopneumopathie chronique obstructive. Recherchez le signe de Hoover et effectuez un test d'expiration forcée.
7. L'absence de signes cliniques n'exclut pas la possibilité d'une maladie respiratoire : les signes cliniques peuvent être moins sensibles que des investigations de type radiographie thoracique (par exemple, pour la détection d'une masse) ou spirométrie (par exemple, pour une limitation du débit dans les voies aériennes).

6

L'abdomen

«*Si vous avez une jaunisse, vos amis vous le diront.¹*»

Sir William Osler (1849–1919)

Ce chapitre présente une introduction à l'interrogatoire sur les maladies qui se manifestent essentiellement dans l'abdomen, et à l'examen des systèmes concernés. Une maladie gastro-intestinale, hématologique ou rénale peut se traduire par des symptômes et des signes abdominaux. Ces affections et leurs signes périphériques sont détaillés dans ce chapitre.

Le système gastro-intestinal : interrogatoire

Quand l'interrogatoire évoque un probable problème gastro-intestinal, l'examen est orienté vers le système gastro-intestinal et commence par les signes périphériques de maladie digestive, comme indiqué ci-dessous.

¹ Un ictere indolore est classiquement causé par un cancer du pancréas qui obstrue les voies biliaires. Les premiers signes peuvent être une coloration jaune de la sclère remarquée par l'entourage du patient, et pas par lui-même.

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 6.1)

Douleur abdominale

Un interrogatoire minutieux permet souvent de déterminer la cause de la douleur abdominale. Comme d'habitude, il faut

Séquence d'évaluation du système gastro-intestinal

1. Symptômes à l'origine de la consultation (par exemple, douleur abdominale, perte de poids ou d'appétit, difficultés de déglutition, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, rectorragie, ictere).
2. Questions détaillées sur les symptômes à l'origine de la consultation (voir les huit points à aborder au chapitre 1, p. 8).
3. Questions sur les antécédents gastro-intestinaux, les interventions chirurgicales et gestes techniques réalisés, et les facteurs de risque (par exemple, hépatite virale, consommation excessive d'alcool).
4. Examen des signes périphériques de maladie gastro-intestinale.
5. Examen de l'abdomen : zones de sensibilité, foie et rate, autres masses, ascite, bruits intestinaux, etc.
6. Toucher rectal.
7. Diagnostic provisoire et différentiel.

Encadré 6.1

Le système gastro-intestinal : interrogatoire

Principaux symptômes à l'origine de la consultation

Douleur abdominale.

Modification de l'appétit et/ou du poids.

Nausées et/ou vomissements.

Pyrosis et/ou régurgitations acides.

Dysphagie.

Troubles de la défécation (diarrhée, constipation, incontinence fécale).

Saignements (hématémèse, méléna, rectorragie).

Ictère.

Uries foncées, selles claires.

Gonflement abdominal.

Prurit.

Léthargie.

Fièvre.

déterminer les points suivants (voir les huit points à aborder au chapitre 1, p. 8).

- **Localisation.** Demandez au patient de vous montrer la région douloureuse ainsi que l'endroit où la douleur est maximale. Notez les zones impliquées de l'abdomen (chacune porte un nom spécifique que vous devez connaître; voir [figure 6.8](#) plus loin dans ce chapitre).
- **Apparition.** Déterminez quand a commencé la douleur et si celle-ci est apparue brutalement ou progressivement; la douleur abdominale peut être aiguë (< 1 mois), subaiguë (1 à 6 mois) ou chronique (> 6 mois).
- **Nature.** Déterminez à quoi ressemble la douleur (caractère subjectif, par exemple pression, brûlure, «coup de poignard», etc.) et si elle va et vient ou si elle est constante :
 - une douleur à type de colique survient par vagues et est liée aux mouvements péristaltiques; elle évoque une occlusion intestinale ou urétérale;
 - une douleur constante peut avoir de multiples causes; par exemple, la douleur originale de la voie biliaire est habituellement constante et sévère : elle traduit le passage d'un calcul dans les voies biliaires.
- **Irradiation.** Demandez au patient si la douleur se déplace ailleurs et, le cas échéant, de vous montrer l'endroit concerné. Par exemple, une douleur due à une maladie pancréatique ou à un ulcère perforé (maintenant rare) irradie souvent dans le dos. La douleur peut irradier vers l'épaule en cas d'irritation diaphragmatique ou vers le cou en cas de reflux gastro-œsophagien.
- **Facteurs de soulagement.** Demandez au patient quels sont les facteurs qui semblent soulager la douleur, comme la prise de nourriture, la défécation ou la prise d'antiacides. La douleur due à un ulcère gastroduodénal peut être soulagée par la prise d'un repas ou d'un antiacide (neutralisant l'acidité). Les antiacides peuvent soulager le pyrosis lié au reflux gastro-œsophagien. L'émission de selles ou de gaz peut soulager temporairement la douleur due à une maladie colique. Les patients qui sont soulagés en se tournant énergiquement ont plus volontiers une douleur à type de colique due à une maladie intestinale localisée, alors que ceux qui restent parfaitement calmes en position allongée ont plus certainement une péritonite.

- **Aspects temporels.** Demandez quand la douleur a commencé. Déterminez si la douleur est intermittente ou continue et, si elle est intermittente, si elle suit une périodicité quotidienne ou hebdomadaire :
 - À quelle fréquence les crises douloureuses se manifestent-elles ?
 - Ces crises sont-elles prévisibles ?
 - Combien de temps durent-elles ?
- **Facteurs aggravants.** Déterminez s'il existe des facteurs (manger, déféquer, bouger) qui aggravent la douleur. Par exemple, la prise d'aliments peut déclencher une douleur ischémique dans l'intestin grêle si les vaisseaux sont rétrécis (angor mésentérique) et entraîner une peur de manger et donc une perte de poids.
- **Sévérité.** Demandez au patient dans quelle mesure la douleur perturbe ses activités quotidiennes et demandez lui d'évaluer la sévérité de la douleur en lui attribuant une note de 0 à 10 ou à l'aide d'une échelle en quatre points («légère», «modérée», «sévère», «très sévère»).

Types de douleur

Ulcère gastroduodénal

- Cette douleur est classiquement sourde ou à type de brûlure et se localise dans l'épigastre (voir [figure 6.8](#) plus loin dans ce chapitre); elle est soulagée par la prise de nourriture ou d'antiacides et peut se manifester après les repas.
- Elle est typiquement épisodique et peut se manifester la nuit, réveillant le patient.
- Cliniquement, il n'est pas possible de faire la différence entre un ulcère duodénal et un ulcère gastrique.

Astuces des auteurs

La principale cause de douleur épigastrique est une dyspepsie fonctionnelle (non ulcéreuse) et non un ulcère gastroduodénal. Une gastrite est une inflammation de l'estomac mais **ne constitue pas** un symptôme.

Douleur pancréatique

- Il s'agit souvent d'une douleur épigastrique continue, qui peut être partiellement soulagée par la position assise et penchée en avant.
- La douleur irradie souvent dans le dos.

Douleur biliaire

- La douleur biliaire, dite « colique hépatique », est rarement à type de colique. Il s'agit habituellement d'une douleur sévère, constante, siégeant dans l'épigastre ou l'hypochondre droit supérieur droit, qui peut durer plusieurs heures et qui survient de façon épisodique et irrégulière.
- L'obstruction du canal cystique par un calcul biliaire provoque souvent une douleur épigastrique. Si une inflammation de la vésicule biliaire (cholécystite) se développe, la douleur se déplace habituellement au niveau de l'hypochondre droit et devient plus sévère.
- La douleur peut également irradier à travers la partie supérieure de l'abdomen et autour du côté droit du dos, dans la région scapulaire.

Astuces des auteurs

La colique hépatique est une douleur sévère, imprévisible et constante qui dure en général pendant plusieurs heures et siège dans le haut de l'abdomen (épigastre, hypochondre droit); ce n'est en général pas une douleur à type de colique.

Colique néphrétique

- Il s'agit d'une douleur à type de colique très sévère qui se superpose à un fond douloureux constant de la fosse lombaire, irradiant souvent vers l'aine.

Occlusion intestinale

- Une douleur péri-ombilicale à type de colique évoque une origine au niveau de l'intestin grêle, mais une douleur colique peut se manifester n'importe où dans l'abdomen.
- L'occlusion de l'intestin grêle a tendance à provoquer des crises de colique plus fréquentes (avec un cycle toutes les 2 à 3 minutes) que l'occlusion du gros intestin (toutes les 10 à 15 minutes).

- Une occlusion intestinale s'accompagne souvent de vomissements, d'une constipation (absence d'émission de gaz ou de selles) et d'une distension abdominale.

Colopathie fonctionnelle (syndrome de l'intestin irritable)

- Les douleurs pour lesquelles on ne retrouve pas de cause structurelle sont fréquentes, en particulier chez les sujets jeunes et d'âge moyen présentant des symptômes gastro-intestinaux chroniques.
- Le syndrome de l'intestin irritable comprend des douleurs, des troubles du transit intestinal (constipation, diarrhée ou symptômes mixtes) et souvent des ballonnements.
- La douleur abdominale est typiquement soulagée par la défécation. L'apparition de la douleur est associée à une modification des selles (par exemple, plus dures ou plus molles, ou avec une fréquence inférieure ou supérieure).
- Cette affection peut être très prolongée mais elle a tendance à être intermittente, et peut aller et venir pendant de nombreuses années.

Modification de l'appétit ou du poids

- L'association d'une anorexie (perte d'appétit) et d'une perte de poids doit faire suspecter un cancer sous-jacent mais ces symptômes sont également possibles au cours de la dépression.
- L'association d'une perte de poids et d'une augmentation de l'appétit évoque une malabsorption de nutriments ou un état hypermétabolique (par exemple, thyrotoxicose).

Nausées et vomissements

- La nausée est la sensation d'avoir envie de vomir. Il existe de nombreuses causes gastro-intestinales (par exemple, ulcère gastroduodénal ou cancer gastrique obstruant le pylore) et non gastro-intestinales (par exemple, labyrinthite, nombreux médicaments, migraine, tumeur du tronc cérébral, insuffisance rénale).
- Le volume et la nature des vomissements peuvent orienter vers la cause du problème :
 - des vomissements de grands volumes, mais peu fréquents, évoquent une obstruction de la voie d'évacuation gastrique;
 - des vomissements fréquents de bile ou de matières fécales évoquent une occlusion intestinale.

- Un étudiant sérieux ne devra pas se montrer trop sensible et posera au patient des questions détaillées sur ses vomissements (et, si nécessaire, ses selles). Dans la plupart des cas, les patients ne doivent cependant pas être encouragés à fournir des photos².

Pyrosis et régurgitations acides

- Le **pyrosis** est une sensation de brûlure ou de gêne dans la région rétrosternale due à un reflux d'acide gastrique dans l'œsophage. Habituellement, cette sensation remonte vers la gorge et se manifeste après les repas ou est aggravée par la position penchée en avant, courbée ou allongée. Les antiacides permettent généralement de soulager la douleur, au moins temporairement.
- La **régurgitation acide** se manifeste par un goût acide (aigre) dans la bouche dû au reflux.
- Une **hypersalivation** se caractérise par un liquide insipide (salive) remplissant la bouche; ce phénomène peut se produire chez les patients présentant un ulcère gastroduodénal, mais il ne s'agit pas habituellement d'un symptôme de reflux gastro-œsophagien.
- Les manifestations extra-œsophagiennes du reflux gastro-œsophagien sont notamment une douleur thoracique, une toux chronique, des symptômes d'asthme et une voix rauque.

Dysphagie

- La **dysphagie** est une difficulté à avaler. Elle peut survenir pour les solides ou les liquides.
- Si un patient se plaint de difficultés à avaler, il est important de distinguer une déglutition douloureuse d'une réelle difficulté à avaler.

² L'échelle de Bristol est une échelle visuelle permettant de classer les selles en sept types, le type 1 correspondant à des petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes, et le type 7 correspondant à des selles entièrement liquides, sans aucun morceau solide. Faites confiance aux Anglais! Cette échelle établit une corrélation objective avec le transit intestinal, donc le fait d'examiner les selles est utile pour évaluer la fonction digestive également.

- La déglutition douloureuse est désignée par le terme **odynophagie** et elle se manifeste lors de tout processus inflammatoire sévère impliquant l'œsophage.
- Si le patient se plaint de difficultés pour initier la déglutition, de régurgitations de liquide dans le nez ou de suffocation quand il tente de déglutir, cela peut indiquer que la cause de la dysphagie se trouve dans le pharynx (**dysphagie pharyngée**).
- Si le patient se plaint d'une stase des aliments après la déglutition, il faut rechercher les causes du blocage œsophagien (par exemple, cancer ou sténose). Si le patient souffre également souvent de pyrosis, cela évoque une sténose due à une œsophagite.
- Une perte de poids importante accompagnant une dysphagie progressive (qui s'aggrave) évoque un cancer.
- Des antécédents de **blocage alimentaire intermittent** évoquent une œsophagite à éosinophiles (maladie allergique).

Astuces des auteurs

Des difficultés de déglutition décrites comme une stase des aliments et qui sont progressives et aggravées avec les solides constituent un signal d'alarme : un cancer de l'œsophage doit être envisagé chez ces patients.

Diarrhée

- La diarrhée peut être définie de différentes manières. Les patients peuvent se plaindre d'émissions fréquentes de selles (un rythme supérieur à trois fois par jour est anormal) ou d'une modification de la consistance des selles, qui sont devenues molles ou liquides.
- Lorsqu'on interroge le patient sur sa diarrhée, il est important de déterminer s'il s'agit d'une manifestation aiguë (< 1 mois) ou chronique.
- Une diarrhée aiguë est plus volontiers de nature infectieuse, alors qu'une diarrhée chronique peut avoir de nombreuses causes. En cas de diarrhée chronique, envisagez les cas suivants :

- *diarrhée sécrétoire* : le volume des selles est important (souvent plus de 1 litre par jour) et la diarrhée persiste lorsque le patient est à jeun. Une diarrhée sécrétoire peut être causée par un adénome vilieux ou, dans de rares cas, par une tumeur sécrétant le *Vasoactive Intestinal Peptide* (VIP) ;
- *diarrhée osmotique* : la diarrhée disparaît lors du jeûne (par exemple, du fait d'une intolérance au lactose ou de la prise d'un laxatif osmotique non absorbé) ;
- *diarrhée exsudative* : le volume des selles est petit mais leur émission est fréquente et elles contiennent du sang ou des glaires (par exemple, cancer du côlon ou maladie inflammatoire chronique de l'intestin) ;
- *malabsorption* : en cas de stéatorrhée (quantité excessive de graisses dans les selles), les selles sont claires, fétides et difficiles à évacuer (par exemple, pancréatite chronique, maladie cœliaque) ;
- *augmentation de la motilité intestinale* (par exemple, thyrotoxicose) : dans ce cas, la consistance des selles peut être normale et une augmentation de leur fréquence peut ne pas être considérée comme un symptôme.

Constipation

- Il est important de déterminer ce que le patient veut dire lorsqu'il déclare être constipé. La constipation est un symptôme fréquent et peut correspondre à des défécations peu fréquentes (un rythme inférieur à trois fois par semaine est anormal) ou à des selles dures ou grumeleuses difficiles à évacuer (c'est-à-dire qu'elles exigent un effort excessif).
- Ce symptôme peut être aigu ou chronique. Les causes d'une constipation chronique sont notamment :
 - une *occlusion colique* (par exemple, cancer) ;
 - une *maladie métabolique* (par exemple, hypothyroïdie, diabète sucré) ;
 - un *blocage du rectum* (par exemple, par absence de relaxation du sphincter externe de l'anus lors de la défécation).

Glaïres

- Une évacuation de glaïres (taches blanches sur les selles) est possible au cours d'une maladie inflammatoire

chronique de l'intestin ou du syndrome de l'intestin irritable, ou en cas de cancer du rectum ou d'adénome villeux.

Saignements

- Les patients peuvent consulter pour :
 - une hématémèse (vomissement de sang) ;
 - un méléna (évacuation de selles noir goudron, dues à du sang digéré dont l'origine est située au niveau du côlon) ;
 - une hématochézie (évacuation de sang rouge vif par le rectum).
- La présence de sang rouge vif sur la face externe des selles évoque un saignement de l'anus ou du rectum (par exemple, en raison d'hémorroïdes), alors que du sang mélangé aux selles évoque une maladie colique.
- En cas de saignement intestinal occulte, les patients peuvent simplement consulter pour des symptômes et des signes d'anémie (par exemple, fatigue et pâleur) ferriprive.

Ictère

- Habituellement, les proches du patient remarquent une coloration jaune de la sclère ou de la peau en raison d'un dépôt de bilirubine, et ce avant-même que le patient s'en rende compte.

Astuces des auteurs

Dans les deux tiers des cas, un interrogatoire et un examen minutieux permettront d'identifier la cause de l'ictère.

- Demandez au patient s'il présente d'autres symptômes, notamment :
 - une douleur abdominale : une lithiase, par exemple, peut être à l'origine d'une douleur biliaire et d'un ictère ;
 - des modifications de la couleur des selles et des urines : un ictère obstructif (par exemple, obstruction du cholédoque par un calcul ou un cancer du pancréas) fait apparaître des urines foncées et des selles claires, tandis qu'une anémie hémolytique est associée à des urines foncées et des selles de couleur normale —

- la connaissance des mécanismes de formation et d'élimination de la bilirubine vous permettra de comprendre pourquoi ;
- de la fièvre et un malaise (par exemple, hépatite virale ou effets indésirables médicamenteux).

TRAITEMENTS ET ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Interrogez le patient au sujet des points suivants :

- interventions chirurgicales et traitements médicamenteux en cours ;
- transfusions sanguines et anesthésies ;
- diagnostic antérieur de maladie abdominale, y compris une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, et traitement reçu ;
- utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pouvant provoquer des ulcères et des saignements.

MODE DE VIE

Interrogez le patient au sujet des points suivants :

- sa profession (par exemple, professionnel de santé exposé à des patients atteints d'hépatite) ;
- les voyages récents (par exemple, dans des pays où l'hépatite est endémique) ;
- sa consommation d'alcool (pouvant être à l'origine d'une maladie hépatique, pancréatique et digestive) ;
- un contact avec des personnes ictériques ;
- la consommation de drogues par voie intraveineuse (risque d'hépatite B ou C).

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Des antécédents familiaux de cancer du côlon ou de l'estomac, de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou de maladie hépatique sont souvent pertinents.

Anatomie et examen

La connaissance des structures sous-jacentes de l'abdomen aide à expliquer les différentes techniques d'examen. Comme pour l'examen du thorax, essayez de vous représenter les structures qui se trouvent en profondeur de la zone que vous examinez ([figure 6.1](#)).

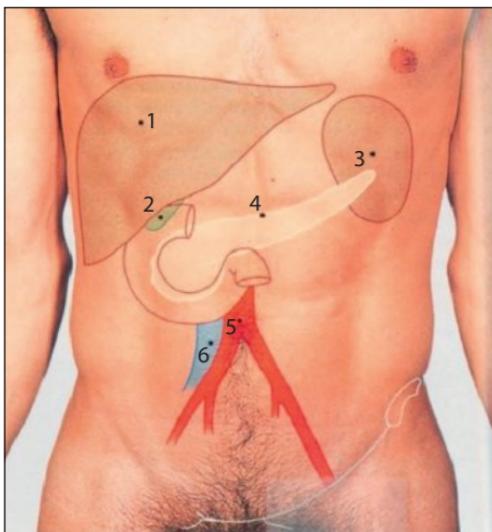


Figure 6.1 Les organes abdominaux.

1 = foie; 2 = vésicule biliaire; 3 = rate; 4 = pancréas; 5 = carrefour aortique; 6 = veine cave inférieure.

Examen du système gastro-intestinal

Voir encadré 6.2.

Encadré 6.2

La séquence de l'examen du système gastro-intestinal

1. Inspection générale.
2. Les mains.
3. Les bras.
4. La face.
5. L'abdomen.
6. Le thorax.
7. Le dos.
8. Les jambes.

INSPECTION GÉNÉRALE

Recherchez une atrophie musculaire (malabsorption, anorexie ou cancer), une obésité, un ictere ou des éruptions cutanées.

1. Des vésicules fragiles apparaissent sur les zones exposées de la peau et laissent des cicatrices en cas de porphyrie cutanée tardive, une maladie génétique qui provoque une cirrhose et est plus fréquente chez les patients atteints d'hépatite C.
2. La forte tension de la peau dans la sclérodermie systémique peut s'accompagner de pyrosis et de dysphagie en raison d'un reflux gastro-œsophagien et de diarrhées provoquées par des troubles de la motilité gastro-intestinale.

LES MAINS ET LES ONGLES

Prenez la main droite du patient, puis la gauche.

1. Recherchez la présence d'une éruption cutanée.
2. Notez toute altération due à une **arthrite**. Une arthropathie des deuxième et troisième articulations métacarpophalangiennes est possible chez les patients souffrant d'**hémostochromatose**, une maladie du stockage du fer.
3. Recherchez la présence d'une leuconychie et d'un hippocratisme digital (voir tableau 3.2 au [chapitre 3](#)). Lorsqu'une maladie rénale ou hépatique chronique entraîne une hypoalbuminémie, les lits unguéraux s'opacifient, ne laissant souvent qu'un liseré rose au sommet (leuconychie, ou ongles blancs). Jusqu'à un tiers des patients souffrant de cirrhose peuvent présenter un hippocratisme digital.
4. Recherchez la présence d'un **purpura**, qui correspond à une hémorragie sous-cutanée. La taille des lésions peut varier, allant d'une tête d'épingle (**pétéchies**) à des taches étendues (**ecchymoses**), comme dans les maladies hépatiques. Des pétéchies surélevées (**purpura palpable**) évoquent une vascularite systémique ou une bactériémie sous-jacente.

Les paumes

1. Un **érythème palmaire** est un aspect rouge des paumes des mains, sur les éminences thénar et hypothénar. La plante des pieds est souvent touchée. Ce phénomène peut être une caractéristique d'une maladie hépatique chronique.
2. Inspectez les plis palmaires à la recherche d'une pâleur évocatrice d'une anémie, pouvant être due à des hémorragies gastro-intestinales, à une malabsorption

(folates, vitamine B12), à une hémolyse (par exemple, hypersplénisme) ou à une maladie systémique chronique.

- 3.** La **maladie de Dupuytren** se manifeste par un épaissement visible et palpable et une rétraction du fascia palmaire provoquant un blocage en flexion, la plupart du temps de l'annulaire. Elle est souvent bilatérale et peut parfois toucher les pieds. Elle est associée à l'alcoolisme (sans pathologie hépatique liée), mais on la retrouve également chez certains travailleurs manuels et elle peut être familiale.

Astérixis (*flapping tremor*)

Demandez au patient de tendre les bras vers l'avant, d'écartier les doigts et d'étendre les poignets pendant 15 secondes. Un mouvement en saccades irrégulières de flexion-extension des poignets et des articulations métacarpophalangiennes, souvent accompagné de mouvements latéraux des doigts, constitue le *flapping tremor* de l'encéphalopathie hépatique dans l'insuffisance hépatique.

LES BRAS

- 1.** Examinez les **poignets** et les **avant-bras** à la recherche de **cicatrices**.
- 2.** Examinez les membres supérieurs à la recherche d'**ecchymoses**. Des ecchymoses étendues peuvent être dues à des troubles de la coagulation (par exemple, en cas de maladie hépatique chronique).
- 3.** Recherchez une **atrophie musculaire**, qui est souvent une manifestation tardive d'une malnutrition chez le patient alcoolique. L'alcool peut également être à l'origine d'une myopathie proximale.
- 4.** Des **lésions de grattage** dues à des démangeaisons (prurit) sévères sont souvent évidentes chez les patients atteints d'ictère obstructif ou cholestatique.
- 5.** Les **angiomes stellaires** sont constitués d'une artériole centrale d'où rayonnent de nombreux petits vaisseaux ressemblant à des pattes d'araignée ([figure 6.2a](#)). Leur taille va d'une dimension à peine visible à 0,5 cm de diamètre. Ils se distribuent habituellement dans le territoire drainé par la veine cave supérieure, et on les retrouve donc sur les bras, le cou et

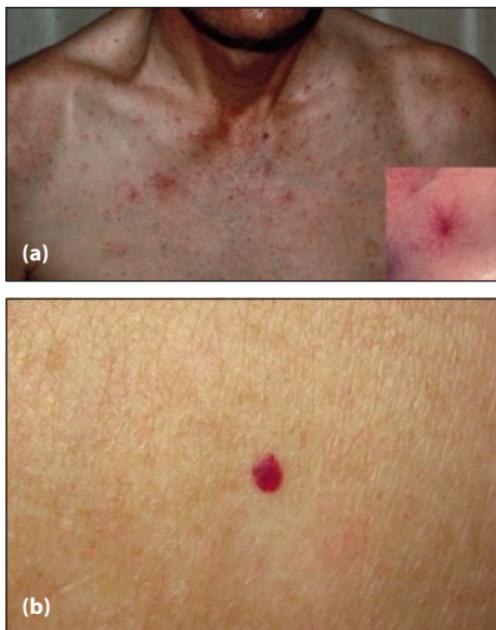


Figure 6.2 **(a)** Angiomes stellaires (telangiectasies) sur la partie supérieure du thorax associés à un abus d'alcool. L'encart montre un angiome stellaire avec une macule érythémateuse centrale d'où rayonnent des vaisseaux.
(b) Tache rubis : papule discrète rouge vif, à surface lisse, sur le tronc.
(a : Liu SW, Lien MH, Fenske, NA. The effects of alcohol and drug abuse on the skin. Clinics in Dermatology, 2010; 28(1), figure 1. b : Brinster NK, Liu V, Diwan AH, McKee PH. Dermatopathology: High-Yield Pathology. Elsevier; 2011, figure 1.)

la paroi thoracique. Une pression appliquée sur l'artéiole centrale avec un objet pointu fait disparaître toute la lésion. Quand on relâche la pression, la lésion se recolore rapidement. La mise en évidence de plus de deux angiomes stellaires à n'importe quel endroit du corps est habituellement pathologique, sauf pendant la grossesse. Les angiomes stellaires peuvent être provoqués par une cirrhose, le plus souvent due à l'alcool. Ils peuvent facilement être distingués des **angiomes séniles (taches rubis)**, qui sont des taches circulaires rouges plates ou légèrement surélevées apparaissant sur l'abdomen ou l'avant du thorax ([figure 6.2b](#)) ; très fréquentes et anodines, elles ne disparaissent pas à la pression.

LA FACE

Les yeux

1. Examinez d'abord la sclère à la recherche de signes d'**ictère** ou d'**anémie**.
2. On observe parfois un œil rouge causé par un **iritis** (voir p. 247) dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
3. Une pâleur conjonctivale évoque une anémie et est plus fiable que l'examen des lits unguéraux ou des plis palmaires.

Les glandes salivaires

1. La **glande parotide** normale ne peut pas être palpée; une hypertrophie fait apparaître un gonflement de la joue derrière l'angle de la mâchoire et dans le haut du cou (**figure 6.3**). Examinez le patient à la recherche de signes d'inflammation (chaleur, sensibilité à la palpation, rougeur et gonflement) et déterminez si le gonflement facial est nodulaire ou non (**figure 6.4**) :
 - une hépatopathie alcoolique peut faire apparaître un gonflement bilatéral;
 - une tumeur parotidienne mixte (adénome pléiomorphe) est le plus souvent responsable des masses. Un cancer de la parotide peut entraîner une paralysie faciale (voir p. 214).
2. Palpez à l'intérieur de la bouche (mettez un gant !) à la recherche d'une lithiasis parotidienne, qui peut se localiser



Figure 6.3 Hypertrophie de la glande parotide.

(Rich R et al. *Clinical Immunology*. Elsevier; 2013, figure 53.3.)

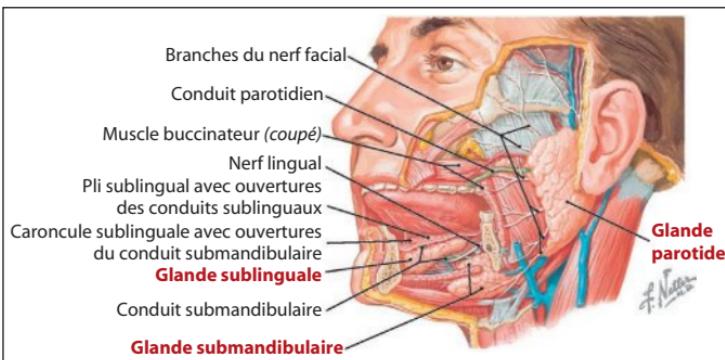


Figure 6.4 Anatomie des glandes salivaires.

à l'orifice du conduit parotidien (en regard de la deuxième molaire supérieure). Les oreillons provoquent également une hypertrophie parotidienne aiguë, en général bilatérale.

- L'hypertrophie de la **glande submandibulaire** est le plus souvent due à une lithiasie. Elle peut être perçue par une palpation bimanuelle. Placez votre index sur le plancher de la bouche du patient, à côté de la langue, et vous percevrez la glande entre l'index et les doigts placés derrière le corps de la mandibule. Elle peut également être hypertrophiée en cas de maladie hépatique chronique.

La bouche

- Commencez par regarder brièvement l'état des dents et notez la présence éventuelle de prothèses dentaires. Les prothèses dentaires amovibles doivent être retirées pour permettre un examen complet de la bouche. Une prothèse mal fixée peut être responsable d'ulcères, et les caries peuvent être à l'origine d'une mauvaise haleine.
- Le **faecor hepaticus** est une odeur douceâtre de l'haleine et indique la présence d'une insuffisance hépatocellulaire.
- Un épithélium épaisse contenant des débris bactériens et des particules alimentaires constitue souvent un **revêtement** sur la langue, en particulier chez les fumeurs. Il s'agit rarement d'un signe de maladie.
- La **leucoplasie** est un épaissement blanchâtre de la muqueuse de la langue et de la bouche (figure 6.5) ; c'est une lésion prémaligine. Les causes les plus fréquentes de



Figure 6.5 Leucoplasie importante sur le bord de la langue.
(Huber MA. White oral lesions, actinic cheilitis, and leukoplakia: confusions in terminology and definition: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, 2010; 28(3), figure 8.)

leucoplasie sont les affections dentaires (mauvaise hygiène bucco-dentaire), le tabagisme, les alcools forts, les infections ou la syphilis, mais on ne retrouve souvent aucune cause.

5. Le terme **glossite** est généralement utilisé pour décrire un aspect lisse de la langue, qui peut également être érythémateuse. Cet aspect est dû à une atrophie papillaire; on peut observer une ulcération superficielle au cours des stades plus tardifs. Ces altérations linguales sont souvent dues à des carences nutritionnelles (par exemple, vitamine B12, folates ou fer).
6. **L'aphte** est fréquent. Il débute par une petite vésicule douloureuse sur la langue ou la muqueuse buccale, qui peut se rompre pour donner une ulcération superficielle douloureuse entourée d'un érythème. Ces ulcères guérissent sans laisser de cicatrice. En général, ils ne témoignent pas de la présence d'une maladie systémique sous-jacente grave, mais ils sont possibles au cours de la maladie de Crohn ou de la maladie cœliaque.
7. L'infection fongique à *Candida albicans* (muguet) fait apparaître des dépôts blanchâtres ayant un aspect de lait caillé dans la bouche ou sur la langue; ils sont difficiles à enlever et laissent une surface hémorragique. Cette infection peut être associée à un déficit immunitaire (par exemple, infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]).

8. Recherchez :

- une hypertrophie gingivale, qui peut survenir au cours d'une infiltration par des cellules leucémiques, notamment dans les leucémies monocytaires aiguës;
- des saignements, une ulcération ou une infection au niveau des gencives;
- une hémorragie de la muqueuse buccale et pharyngée;
- des télangiectasies sur les lèvres et la langue (qui peuvent être un signe de télangiectasie hémorragique héréditaire pouvant être à l'origine de saignements occultes dans l'intestin).

L'ABDOMEN

L'abdomen doit être examiné par inspection, palpation, percussion et auscultation. L'examen de l'abdomen comporte un examen de l'aine et du rectum si cela est cliniquement indiqué.

Inspection

Le patient doit être **allongé à plat**, mais faites en sorte que cette position ne soit pas inconfortable pour le patient; dans le cadre d'une épreuve d'évaluation, demandez si vous pouvez allonger le patient ([figure 6.6](#)). Placez un oreiller sous la tête du patient et faites en sorte que l'abdomen soit exposé des mamelons à la symphyse pubienne.

1. Commencez par rechercher minutieusement la présence de **cicatrices** abdominales, témoignant d'une chirurgie ou d'un traumatisme antérieurs. Examinez la zone péri-ombilicale



Figure 6.6 Examen de l'abdomen : positionnement du patient.

pour repérer d'éventuelles petites cicatrices de chirurgie laparoscopique. Les cicatrices anciennes sont blanches, alors que les cicatrices récentes sont roses car le tissu reste vascularisé.

2. Notez la présence de **stomies** (colostomie, iléostomie ou conduit intestinal), de fistules ou d'un cathéter de dialyse péritonéale.
3. On peut retrouver une **distension** abdominale généralisée. Elle peut être due à :
 - une accumulation de graisse (obésité) ;
 - une accumulation de liquide (ascite) ;
 - un foetus ;
 - des gaz (distension gazeuse due à une occlusion intestinale) ;
 - des selles ;
 - une tumeur relativement volumineuse (par exemple, de gros reins polykystiques ou une tumeur ovarienne) ;
 - une grossesse nerveuse (la femme semble enceinte mais ne l'est pas).

Quand la cavité péritonéale est remplie d'une grande quantité de liquide (**ascite**), quelle qu'en soit la cause, les flancs et la paroi abdominale sont tendus et l'ombilic est peu profond ou éversé, pointant vers la bas.

4. Des **gonflements locaux** peuvent témoigner d'une hypertrophie d'un organe abdominal ou pelvien, ou d'une faiblesse de la paroi abdominale secondaire à une intervention chirurgicale antérieure (**hernie incisionnelle**).
5. On peut parfois voir des **veines** proéminentes sur la paroi abdominale (circulation veineuse collatérale), en cas d'hypertension portale sévère ou d'obstruction de la veine cave inférieure.
6. Des **pulsations** sont parfois visibles. Une pulsation centrale expansive au niveau de l'épigastre est évocatrice d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Toutefois, chez les sujets sains minces, on observe parfois des pulsations de l'aorte abdominale.
7. Un **péristaltisme visible** évoque en général une occlusion intestinale.
8. Les **lésions cutanées** doivent également être relevées. On peut notamment retrouver :



Figure 6.7 Inspection de l'abdomen : position correcte.

- les vésicules d'un **zona**, qui ont une topographie radiculaire (elles se localisent sur un seul côté de l'abdomen dans le territoire d'une seule racine nerveuse ; le zona peut être à l'origine de douleurs abdominales sévères dont l'origine est mystérieuse jusqu'à l'apparition de l'éruption) ;
 - des tatouages, s'accompagnant d'une majoration du risque d'hépatite B ou C ;
 - une distension de la paroi abdominale suffisamment sévère pour provoquer une rupture des fibres élastiques de la peau, qui fait apparaître des traces linéaires roses ayant un aspect ridé, appelées **vergetures**. Quand elles sont étendues et de couleur pourpre, elles peuvent être dues à un syndrome de Cushing (par hypersécrétion d'hormones stéroïdes). L'ascite et les grossesses sont des causes beaucoup plus fréquentes de vergetures.
9. Ensuite, accroupissez-vous à côté du lit de façon à ce que l'abdomen du patient soit à la hauteur de vos yeux ([figure 6.7](#)). Demandez au patient d'inspirer lentement et profondément par la bouche et recherchez le mouvement d'un foie hypertrophié au niveau de l'hypochondre droit (voir ci-dessous) ou de la rate au niveau de l'hypochondre gauche. Demandez au patient de tousser et recherchez les gonflements réductibles correspondant à des hernies. On peut les retrouver sous des cicatrices (hernies incisionnelles) ou dans la région inguinale.

Palpation

Rassurez le patient en lui signalant que l'examen ne sera pas douloureux et réchauffez-vous les mains. Demandez si une zone particulière est sensible et examinez cette zone en dernier.

À des fins de description, l'abdomen est découpé en neuf régions ou quatre quadrants (figure 6.8). La palpation de chaque région est effectuée avec la face palmaire des doigts qui agissent ensemble. Pour la palpation des bords des organes ou des masses, la face latérale de l'index est la partie la plus sensible de la main.

1. Commencez par une **légère pression** exercée sur chaque région. Arrêtez immédiatement si elle s'avère douloureuse. Tous les mouvements de la main doivent provenir des articulations métacarpophalangiennes et votre main doit être moulée sur la forme de la paroi abdominale. Notez l'existence d'une sensibilité ou de masses dans chaque région.
2. Effectuez ensuite une **palpation profonde**. Celle-ci est utilisée pour percevoir des masses plus profondes et pour mieux définir celles déjà découvertes; demandez au patient si la palpation est douloureuse; toute masse doit être caractérisée et décrite (encadré 6.3) :
 - une **défense** abdominale, où il apparaît une résistance à la palpation causée par une contraction des muscles abdominaux, peut être due à une douleur ou de l'anxiété, et peut être volontaire ou **involontaire**. Ce dernier cas est évocateur d'une péritonite;
 - la **contracture** est une rigidité due à une contraction involontaire persistante des muscles abdominaux, toujours douloureuse et témoignant d'une irritation péritonéale;
 - il peut apparaître une **douleur à la décompression**, lorsque la paroi abdominale, après une compression lente, est libérée rapidement (douleur en « coup de poignard »). Cela peut induire une crispation du patient et il faut donc observer son visage pendant cette manœuvre. Ce signe est très évocateur d'une péritonite. Si l'abdomen est très sensible, une percussion douce donnera les mêmes informations tout en induisant un inconfort moindre;
 - dans le cas de la **douleur projetée**, la palpation d'une zone non sensible provoque une douleur à un autre endroit.



Figure 6.8 (a) Régions de l'abdomen. Le plan subcostal est une ligne imaginaire reliant les parties inférieures de la cage thoracique (10^e cartilage costal). Le plan intertuberculaire est une ligne reliant les tubercles iliaques.

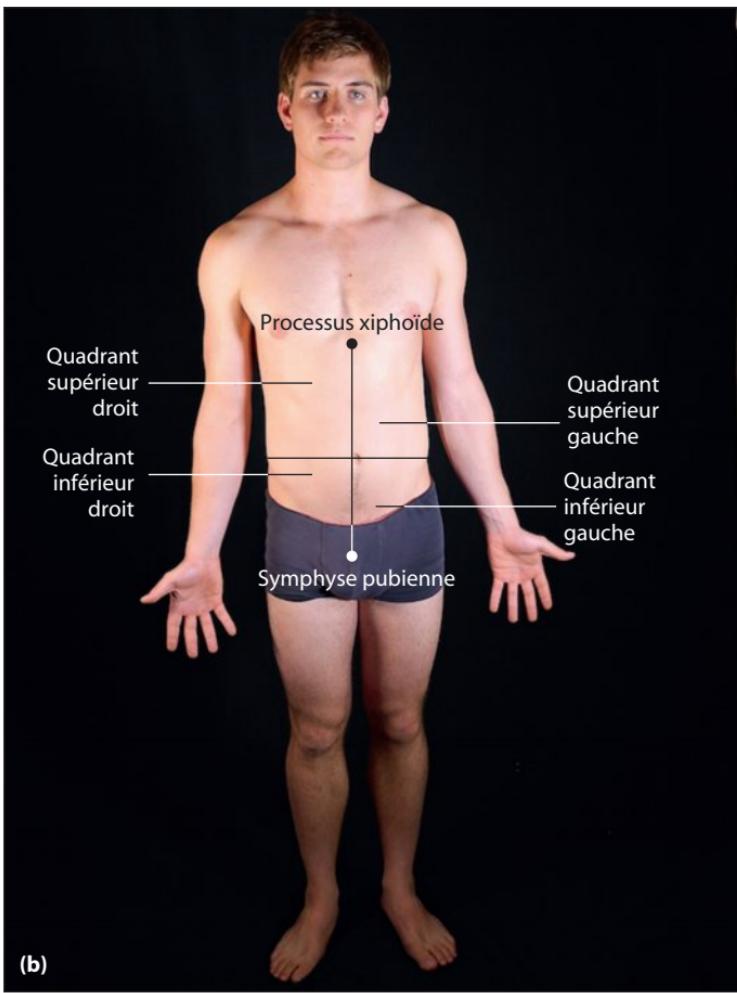


Figure 6.8 suite (b) Quadrants de l'abdomen.

Encadré 6.3**Caractéristiques descriptives des masses intra-abdominales**

Pour toute masse abdominale, il faut déterminer *tous* les points suivants :

- site : région concernée et profondeur (paroi abdominale ou masse intra-abdominale) ;
- taille (qu'il faut mesurer) et forme ;
- sensibilité (oui ou non) ;
- surface, qui peut être régulière ou non ;
- bords, qui peuvent être réguliers ou non ;
- consistance, qui peut être dure ou molle ;
- mobilité et déplacement à l'inspiration ;
- caractère pulsatile ou non ;
- possibilité de passer au-dessus de la masse.

Un exemple de ce phénomène est le signe de Rovsing (exercez une pression au niveau de l'hypochondre gauche : si une douleur se manifeste au niveau de la fosse iliaque droite, cela évoque une appendicite aiguë chez un patient ayant fourni des informations caractéristiques) ;

- la **douleur à la toux** (douleur localisée dans l'abdomen lorsque le patient tousse) est un autre signe de péritonite.

Le foie

1. Recherchez une hépatomégalie (**figure 6.9**). La main qui pratique l'examen est alignée parallèlement au rebord costal droit et commence la palpation à la fosse iliaque droite ; demandez au patient d'inspirer et d'expirer lentement par la bouche. À chaque expiration, rapprochez votre main du rebord costal droit de 1 ou 2 cm. À l'inspiration, votre main restant immobile, attendez que le bord du foie vienne buter contre le rebord latéral de votre index.
2. Si le foie est palpable, il faut palper sa surface. Le bord du foie et sa surface peuvent être :
 - durs ou mous ;
 - douloureux ou non ;
 - réguliers ou non ;
 - pulsatiles ou non (le foie sera généralement pulsatile en cas d'insuffisance tricuspidienne).



Figure 6.9 Examen de l'abdomen : le foie.

Le bord du foie normal peut être palpable juste sous le rebord costal droit à l'inspiration profonde, en particulier chez le sujet mince (**figure 6.9**). On constate que son bord est mou et régulier, et relativement bien défini. La surface du foie est lisse.

3. Si le bord du foie est palpable, il faut mesurer sa **taille** totale. Normalement, le bord supérieur du foie est au niveau de la cinquième côte sur la ligne médioclaviculaire. À ce niveau, le son de la percussion du thorax passe de sonore à mat (voir p. 164). Pour estimer la taille du foie, perdez en descendant le long de la ligne

médioclaviculaire droite jusqu'à rencontrer la matité hépatique et mesurez la distance entre ce point et le bord hépatique palpable. La taille normale est de moins de 13 cm.

4. Un foie pulsatile est ressenti par la main de l'examineur au rythme des battements cardiaques.

La vésicule biliaire

1. La vésicule biliaire est parfois palpable sous le rebord costal droit, là où celui-ci croise le bord latéral des muscles grand droits, mais cette éventualité est pathologique.
2. En cas de suspicion d'une obstruction biliaire ou d'une maladie de la vésicule biliaire, orientez votre main qui palpe perpendiculairement au rebord costal, palpant du côté médial vers le côté latéral. Contrairement au bord du foie, la vésicule biliaire, si elle est palpable, formera une masse focale arrondie et bulbeuse qui se déplace vers le bas à l'inspiration.
3. Il faut rechercher le **signe de Murphy** en cas de suspicion de cholécystite : alors que le patient prend une inspiration profonde, sa respiration est bloquée lorsque la vésicule biliaire inflammatoire vient au contact de la main de l'examineur située au niveau du rebord costal.

La rate

1. La rate s'hypertrophie vers le bas et médialement. Il faut chercher son bord sous l'ombilic, initialement sur la ligne médiane.
2. On recommande une **technique à deux mains** ([figure 6.10](#)). Placez votre main gauche en arrière et latéralement, juste sous les côtes inférieures gauches, et votre main droite sur l'abdomen, parallèlement au rebord costal gauche. Ne commencez pas la palpation trop près du rebord costal sous peine de ne pas détecter une rate hypertrophiée. À mesure que vous rapprochez votre main droite du rebord costal gauche, appuyez fermement avec votre main gauche sur la cage thoracique de manière à faire apparaître un repli cutané lâche ; cela enlève toute tension de la paroi abdominale et permet de percevoir une rate molle et légèrement hypertrophiée quand elle descend vers la fosse iliaque droite à la fin de l'inspiration.

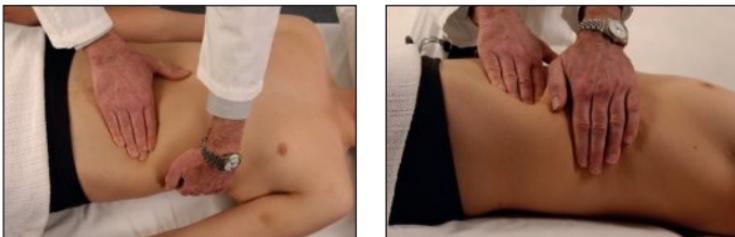


Figure 6.10 Palpation de la rate. La palpation commence dans la partie médiane inférieure de l'abdomen et se termine sous le rebord costal gauche. Votre main soutient le côté du patient... puis repose sur le rebord costal inférieur pour diminuer la résistance cutanée. Si la rate n'est pas palpable quand le patient est allongé, faites tourner le patient vers vous et répétez la palpation à deux mains.

- Si la rate n'est pas palpable, faites tourner le patient vers vous (côté droit) et répétez le processus, en commençant près du rebord costal gauche.

Les reins

Il faut, de façon routinière, tenter de palper les deux reins même au cours de l'examen gastro-intestinal; vous risquez en effet de confondre un rein avec la rate ou même le foie !

- Utilisez une **méthode bimanuelle**. Allongez le patient sur le dos. Pour palper le rein droit, glissez votre main sous le dos du patient de façon à ce que le talon de la main repose sous la région lombaire droite. Vos doigts restent libres pour une flexion au niveau des articulations métacarpophalangiennes, dans la zone de l'angle rénal. En se fléchissant, ils peuvent pousser le contenu de l'abdomen vers l'avant. Placez votre autre main au-dessus de l'hypochondre droit et essayez de palper le rein gauche ([figure 6.11](#)).

Astuces des auteurs

Il est fréquent de **confondre un gros rein gauche** avec une **splénomégalie**. Les principales caractéristiques permettant de faire la distinction sont les suivantes.

- La rate n'a pas de bord supérieur palpable : vous ne pouvez pas percevoir l'espace situé entre la rate et le rebord costal, alors qu'on le perçoit en cas d'hypertrophie rénale.

- La rate, contrairement au rein, porte une encoche au niveau antéromédial, qui est parfois palpable.
- La rate se déplace vers le bas et médialement à l'inspiration, alors que le rein se déplace uniquement vers le bas.
- La rate ne peut normalement pas être ballottée, sauf en présence d'une ascite volumineuse, mais le rein peut l'être, du fait de sa position rétropéritonéale.
- Le son de la percussion est mat au-dessus de la rate mais il est généralement sonore au-dessus du rein, car ce dernier est situé en arrière des anses intestinales contenant des gaz.
- Un frottement est parfois perçu au-dessus de la rate, mais jamais au-dessus du rein, car il est trop postérieur.

2. Pour faire ballotter les reins, l'angle rénal est pressé brusquement en fléchissant les doigts de la main postérieure, qui doit être positionnée sous le patient presque au niveau du rachis, sur la ligne médiane. On peut sentir le rein qui se déplace vers le haut et vient heurter la main antérieure.
3. Le pôle inférieur du rein droit peut être palpable chez le sujet mince. Les reins ne se déplacent que légèrement vers le bas à l'inspiration.

Percussion

La percussion permet de définir la taille et la nature des organes et des masses, et de détecter la présence de liquide dans la cavité péritonéale. Elle est fiable pour la détection d'une hépatomégalie et peut être plus sensible que la palpation pour détecter une légère splénomégalie.

1. Percutez au-dessus de l'espace intercostal le plus inférieur sur la ligne axillaire antérieure gauche, à l'inspiration et à l'expiration, le patient étant allongé sur le dos.



Figure 6.11 Ballottement du rein gauche.

2. Une splénomégalie doit être suspectée si le son de la percussion est mat ou le devient à l'inspiration profonde.
3. Pour détecter la présence d'une ascite, commencez par percuter la ligne médiane avec le doigt pointant vers les pieds; le son de la percussion est testé vers les flancs de chaque côté.
4. Si une matité des flancs est détectée, il faut rechercher une **mobilité de la matité** (figure 6.12). Mettez-vous du côté droit du lit et perdez le flanc gauche en vous dirigeant vers l'extérieur, jusqu'à atteindre une matité. Marquez ce point avec un doigt ou un stylo (pas indélébile) et demandez au patient de se tourner vers vous. Après environ 30 secondes, répétez la percussion au-dessus du point marqué. Si le liquide se déplace, la matité disparaît. Il existe une mobilité de la matité si la zone de matité est devenue sonore; c'est un signe d'ascite.

Auscultation

Écoutez les bruits intestinaux, les souffles et les frottements.

1. Placez la membrane du stéthoscope juste sous l'ombilic. Chez le sujet sain, on peut entendre des bruits intestinaux sur toutes les parties de l'abdomen; ils ont un caractère doux et gargouillant et ne surviennent que par intermittence;
 - les bruits intestinaux doivent être décrits comme **présents** ou **absents** (bruits hydroaériques);
 - une absence complète de bruits intestinaux (pendant 3 minutes avec le stéthoscope laissé à la même place) indique un **iléus paralytique**;
 - une occlusion intestinale engendre un bruit plus fort, de plus haute tonalité avec un caractère de **tintement**, qui est dû à la présence d'air et de liquide («bruits de lutte intestinale»);
 - un hyperpéristaltisme intestinal, qui survient notamment au cours des diarrhées, engendre des bruits de gargouillement intenses (borborygmes), qui sont souvent audibles sans stéthoscope. Parfois, les borborygmes sont si forts qu'ils perturbent l'auscultation du cœur.
2. Les **souffles abdominaux** (de tonalité élevée, le plus souvent systoliques) peuvent être entendus au-dessus du foie en présence d'un cancer hépatocellulaire :



(a)



(b)

Figure 6.12 Mobilité de la matité. **(a)** Percutez le flanc gauche en vous dirigeant vers l'extérieur, jusqu'à ce que le son de la percussion devienne mat. Marquez ce point avec votre doigt. **(b)** Tournez le patient vers vous et attendez 30 secondes. Il existe une mobilité de la matité si la zone de matité latérale gauche est maintenant sonore.

- des bruits continus peuvent être causés par des shunts artérioveineux liés à une hypertension portale;
 - les souffles rénaux (entendus de chaque côté de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic) peuvent indiquer la présence d'une sténose de l'artère rénale, mais il existe souvent des souffles abdominaux doux chez le sujet normal.
3. Un **frottement** (bruit de craquement ou de râpe) peut être audible lorsque le patient inspire et expire s'il existe une inflammation péritonéale. Ce signe rare peut être dû à un infarctus hépatique ou splénique ou à un envahissement tumoral.

L'aine

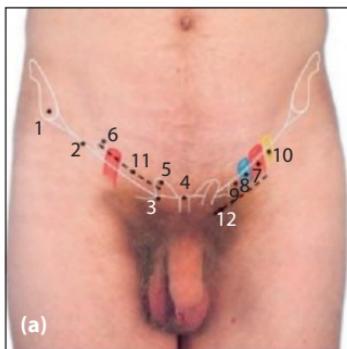
En cas d'abdomen aigu, il faut toujours éliminer une hernie étranglée qui peut en être une cause. Si une hernie n'est pas évidente quand le patient est allongé, l'examen, pour être complet, nécessite de faire lever le patient. Un détail des repères de l'anatomie de surface correspondante est donné sur la [figure 6.13](#).

Technique

1. Lavez-vous les mains, mettez des gants et positionnez le patient.
2. Inspectez le patient debout. Demandez-lui de vous indiquer la masse à examiner et de tousser, puis palpez au-dessus de la région.
3. Demandez au patient de s'allonger et examinez-le à nouveau (inspectez et palpez).
4. Essayez de faire la distinction entre une hernie inguinale et une hernie crurale (c'est souvent difficile).
5. Chez l'homme, examinez les testicules et le scrotum pour que l'examen soit complet.

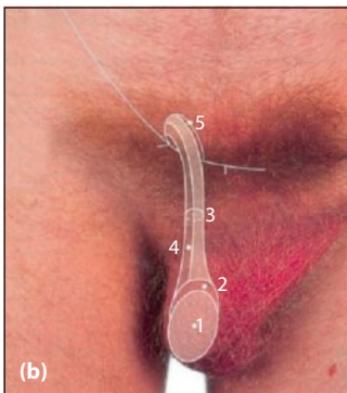
Hernie inguinale

1. Une **hernie inguinale** fait habituellement saillie *au-dessus* du pli de l'aine. Confirmez la position du gonflement dans l'aine, au-dessus ou au-dessous du ligament inguinal, qui relie l'épine iliaque antéro-supérieure et le tubercule pubien. Celui-ci se trouve juste au-dessus de l'insertion du tendon du long adducteur sur l'os pubien, que l'on peut sentir sur le haut de la face médiale de la cuisse ([figure 6.13](#)). Si le gonflement est situé *médiatement* et *au-dessus* du tubercule



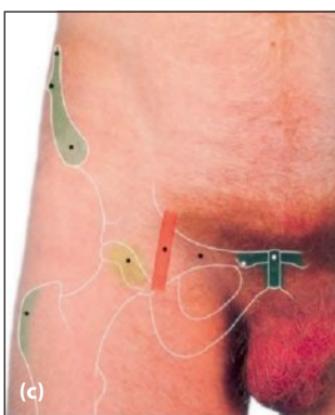
Région inguinale : os et tissus mous

- 1 Épine iliaque antéro-supérieure
- 2 Ligament inguinale
- 3 Tubercule pubien
- 4 Symphyse pubienne
- 5 Anneau inguinal superficiel
- 6 Anneau inguinal profond
- 7 Artère fémorale
- 8 Veine fémorale
- 9 Canal fémoral
- 10 Nerf fémoral
- 11 Incision sur une hernie inguinale
- 12 Incision sur une hernie crurale



Testicule et cordon spermatique

- 1 Testicule
- 2 Pôle supérieur de l'épididyme
- 3 Cordon spermatique
- 4 Conduit déférent
- 5 Anneau inguinal superficiel



Pelvis et face antérieure de la cuisse : structures palpables

- 1 Crête iliaque
- 2 Tubercule iliaque
- 3 Épine iliaque antéro-supérieure
- 4 Artère fémorale
- 5 Tubercule pubien
- 6 Symphyse pubienne
- 7 Tête du fémur
- 8 Grand trochanter

Figure 6.13 Anatomie de surface de l'aïne et des structures clés.

pubien, il s'agit vraisemblablement d'une hernie inguinale ([figure 6.14a](#)).

- 2.** Une hernie inguinale classique est une masse molle que l'on peut habituellement repousser dans la cavité abdominale (elle est réductible), et une impulsion est palpable quand le patient tousse. Il faut toujours rechercher cette impulsion à la toux :
 - une **hernie inguinale indirecte** traverse l'anneau inguinal interne, qui se situe à 2 cm au-dessus du centre du ligament inguinal, juste au-dessus et latéralement au pouls fémoral, et descend à travers le canal inguinal. Chez l'homme, on peut palper une petite hernie inguinale indirecte en invaginant doucement le scrotum et en palpant une impulsion au niveau de l'anneau externe quand le patient tousse ([figure 6.14b](#)). Quand on examine un homme, il faut penser à compter le nombre de testicules dans le scrotum (normalement deux) car un testicule mal descendu peut être confondu avec une hernie inguinale ;
 - une **hernie inguinale directe** bombe vers l'avant à travers le triangle inguinal (de Hesselbach). Elle apparaît habituellement immédiatement quand le patient se lève (et quand il tousse ou fait un effort) et disparaît lorsqu'il s'allonge.

Hernie crurale

- 1.** Une **hernie crurale** fait habituellement saillie *dans le pli de laine* à son extrémité *médiale*. On la retrouve donc *latéralement* et *au-dessous* du tubercule pubien, à 2 cm *médiamente* au pouls fémoral, et elle n'implique pas le canal inguinal.
- 2.** Ne confondez pas une impulsion transmise par la veine fémorale (varice saphène) lorsque le patient tousse avec une hernie crurale. Cette dernière est habituellement petite et ferme et peut être prise à tort pour un nœud lymphatique.
- 3.** En cas d'étranglement d'une hernie (la partie de l'intestin prise au piège dans la hernie ne reçoit plus de sang), la peau sus-jacente peut devenir rouge et tendue, et la masse est habituellement douloureuse à la palpation. L'impulsion à la toux est perdue.

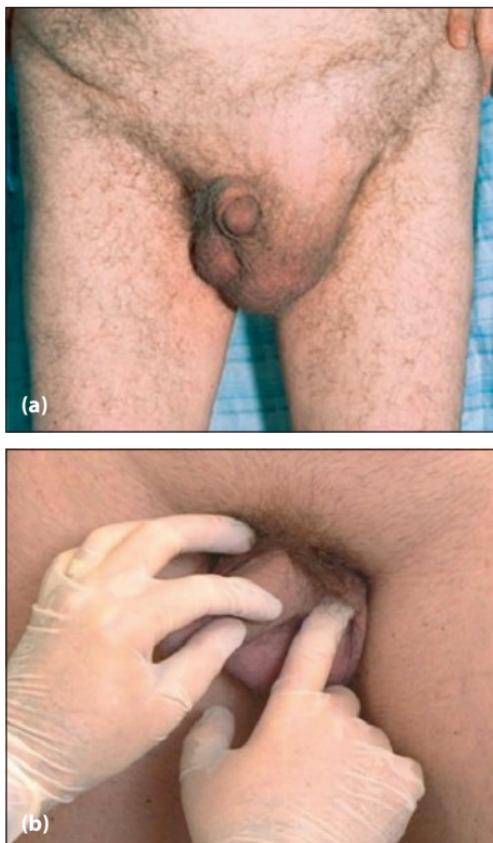


Figure 6.14 (a) Notez le gonflement elliptique d'une hernie inguinale indirecte descendant dans le scrotum, du côté droit. Notez également le gonflement globulaire d'une hernie inguinale directe, du côté gauche. (b) Pour examiner le canal inguinal chez un homme, invaginez le scrotum comme indiqué sur la figure (portez toujours des gants).
(Swartz M. *Textbook of Physical Diagnosis*. Elsevier; 2014, figure 15.31.)

Astuces des auteurs

Rappelez-vous que :

- les hernies sont souvent bilatérales;
- deux types différents peuvent être présents du même côté;
- il peut également exister une **hydrocèle** (épanchement de liquide dans la tunique vaginale, provoquant un gonflement du scrotum).

Hernie incisionnelle

1. Toute cicatrice abdominale peut être le siège d'une hernie du fait de la faiblesse de la paroi abdominale. Pour ce type de hernie, demandez au patient de tousser et recherchez des bombements anormaux.
2. Demandez ensuite au patient de soulever la tête et les épaules au-dessus du lit et, avec votre main sur son front, résistez à ce mouvement.
3. S'il apparaît un bombement, palpez avec l'autre main à la recherche d'un défaut du fascia dans le muscle.

Toucher rectal

Expliquez au patient ce que vous allez faire et demandez-lui son autorisation avant de pratiquer cet examen.

1. Allongez-le sur le côté gauche, genoux relevés et dos face à vous. On appelle cette position « décubitus latéral gauche ».
 2. Enfilez une paire de gants et commencez l'inspection de l'anus et de la région péri-anale en écartant les fesses du patient.
 3. Notez la présence d'une thrombose hémorroïdaire externe (hémorroïdes : petits, < 1 cm, gonflements bleuâtres tendus observés sur un côté de la marge anale) ou de marisques (elles ressemblent à des boursouflures cutanées et peuvent être découvertes fortuitement ou se manifester avec des hémorroïdes ou la maladie de Crohn).
 4. En portant toujours vos gants, lubrifiez la pointe de votre index droit et placez-la en regard de l'anus. Demandez au patient d'inspirer et d'expirer calmement par la bouche, afin de détourner son attention et de l'aider à se détendre.
- Appliquez lentement une pression croissante avec la pulpe de votre doigt jusqu'à ce que vous perceviez une légère relaxation du sphincter. Avancez ensuite lentement votre doigt dans le rectum. À ce stade, le tonus du sphincter doit être évalué comme augmenté, normal ou diminué.

5. Commencez par palper la paroi antérieure du rectum à la recherche de la **prostate** chez l'homme et du col utérin chez la femme. La prostate normale est une masse ferme, élastique, bilobée, creusée d'un sillon médian. La présence d'un nodule très dur évoque la présence d'un cancer de la prostate. La prostate est molle et douloureuse chez les patients atteints de prostatite.
6. Tournez ensuite votre doigt dans le sens des aiguilles d'une montre afin de palper successivement la paroi latérale gauche, la paroi postérieure et la paroi latérale droite du rectum. Avancez votre doigt aussi haut que possible dans le rectum et retirez-le lentement le long de la paroi rectale.
7. Après avoir retiré votre doigt, inspectez le gant à la recherche de sang rouge vif ou de méléna, de glaires ou de pus, et notez la couleur des selles.

Astuces des auteurs

- Les hémorroïdes ne sont pas palpables sauf en cas de thrombose.
- La manifestation d'une douleur importante pendant le toucher rectal évoque une fissure anale, un abcès ischio-rectal, une thrombose hémorroïdaire externe récente, une proctite ou une ulcération anale.

LE THORAX

Chez l'homme, la **gynécomastie** ou hypertrophie des seins peut être un signe de maladie hépatique chronique. Une gynécomastie sensible à la palpation est fréquente en cas de traitement par spironolactone.

LE DOS

1. Frappez doucement la colonne vertébrale avec la base du poing pour détecter une sensibilité osseuse. Ce phénomène peut être dû à un envahissement tumoral.
2. Chez un patient alité, recherchez un œdème sacré (par exemple, dû à un syndrome néphrotique ou à une insuffisance cardiaque congestive).

LES JAMBES

1. Notez la présence d'un œdème, pouvant se manifester avec une ascite (hypoalbuminémie).

2. Un **prurit** (démangeaisons) et des lésions de grattage peuvent être associés à une maladie rénale chronique et à un ictère obstructif en raison des dépôts de toxines dans la peau.
3. **Recherchez des éruptions cutanées.** Des zones ulcérées, surélevées et sensibles au niveau des jambes (***pyoderma gangrenosum***) sont un signe important mais peu fréquent de maladie inflammatoire chronique de l'intestin.
4. Recherchez des signes neurologiques d'alcoolisme (par exemple, un tremblement grossier) ou de carence en thiamine (neuropathie périphérique ou perte de mémoire; p. 203).

Le système génito-urinaire

L'évaluation du système génito-urinaire suppose également un examen minutieux de l'abdomen. La séquence est présentée ci-dessous.

Séquence d'évaluation du système génito-urinaire

1. Symptômes à l'origine de la consultation : par exemple, modifications des urines ou symptômes au cours de la miction (douleur, jet faible, nycturie), douleur au niveau de l'abdomen ou des flancs, fièvre, malaise.
2. Questions détaillées sur les symptômes à l'origine de la consultation (voir les huit points à aborder au chapitre 1, p. 8).
3. Questions sur les problèmes urinaires antérieurs, les interventions chirurgicales et gestes techniques réalisés, les anomalies connues de la fonction rénale et les facteurs de risque de maladie rénale (par exemple, hypertension artérielle, diabète sucré).
4. Antécédents de dialyse ou de transplantation rénale.
5. Pression artérielle et examen des signes périphériques de maladie rénale chronique ou de dialyse.
6. Examen de l'abdomen : masses rénales, liquide de dialyse péritonéale.
7. Examen des organes génitaux, si nécessaire, recherche d'œdèmes et analyse d'urine.
8. Diagnostic provisoire et diagnostic différentiel.

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 6.4)

- Les patients peuvent consulter pour des symptômes de l'appareil urinaire (modifications de la couleur des urines ou de la miction) ou des douleurs au niveau de l'abdomen ou des flancs.

Astuces des auteurs

Beaucoup de patients atteints d'une maladie rénale sont asymptomatiques mais présentent une hypertension artérielle ou des anomalies des analyses d'urine ou de la biochimie sanguine.

Encadré 6.4 Le système génito-urinaire : interrogatoire

Principaux symptômes à l'origine de la consultation

Modification de l'aspect des urines (par exemple, hématurie : coloration rouge).

Modification du volume ou du jet urinaire.

Polyurie (augmentation du volume urinaire).

Nycturie (nécessité de se lever la nuit pour aller uriner).

Oligurie (diminution de la diurèse : < 400 ml par jour).

Anurie (diurèse faible ou absence d'urine : < 50 ml par jour).

Symptômes d'hypertrophie prostatique :

- Diminution du jet urinaire.
- Retard mictionnel.
- Pertes urinaires de fin de miction.
- Rétention urinaire.
- Pollakiurie.
- Urgenturie (besoin urgent d'uriner).

Incontinence urinaire (incontinence d'effort, par exemple lorsque le patient tousse ; incontinence par impériosité).

Double vidange (vidange vésicale incomplète).

Colique néphrétique.

Symptômes d'infection urinaire :

- Dysurie (difficulté à uriner), pollakiurie (besoin d'éliminer fréquemment de petites quantités d'urine), urgenturie, fièvre, douleur lombaire.

Écoulement urétral.

Symptômes évocateurs d'une maladie rénale chronique (urémie) :

- Oligurie, nycturie, polyurie.
- Anorexie, goût métallique dans la bouche, vomissements, fatigue, hoquet, insomnie.
- Démangeaisons, ecchymoses, œdème.

Dysfonction érectile.
 Perte de la libido.
 Infertilité.
 Écoulement urétral ou vaginal.
 Éruption génitale.

- 2.** Demandez s'il y a eu :
 - une modification de l'aspect des urines;
 - des symptômes d'obstruction urinaire (par exemple, retard mictionnel, diminution du jet urinaire, pertes urinaires de fin de miction);
 - une incontinence urinaire.
- 3.** Interrogez le patient au sujet de **symptômes de maladie rénale chronique**; ils ne sont pas spécifiques mais peuvent comprendre :
 - nycturie;
 - anorexie;
 - vomissements;
 - fatigue;
 - hoquet;
 - insomnie;
 - prurit.
- 4.** Chez la femme, obtenez les **antécédents gynécologiques** (y compris date des premières règles et régularité des cycles menstruels). Renseignez-vous sur :
 - une dysménorrhée (règles douloureuses);
 - une ménorrhagie (règles trop abondantes);
 - des pertes vaginales;
 - le nombre de grossesses et de naissances;
 - les complications des grossesses et des accouchements (par exemple, hypertension artérielle);
 - les moyens de contraception.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Renseignez-vous sur les éléments suivants :

- infections urinaires ou lithiases récidivantes;
- chirurgie rénale;
- détection antérieure d'une protéinurie ou d'une hématurie microscopique;
- diagnostic de diabète sucré, de goutte ou d'hypertension artérielle;
- réalisation d'une biopsie rénale (les patients s'en souviennent en général).

MODE DE VIE

Demandez au patient s'il a des problèmes sociaux et, en cas d'insuffisance rénale, comment il gère cette maladie chronique grave.

TRAITEMENTS

1. Posez des questions détaillées sur les médicaments pris.
2. Demandez au patient s'il est sous dialyse³ et, dans l'affirmative, s'il s'agit d'une hémodialyse ou d'une dialyse péritonéale.
3. Demandez au patient s'il a eu une transplantation rénale. Si oui, posez des questions sur :
 - l'évolution du greffon : de nombreux patients connaissent leur taux de créatinine et leur DFG-e (débit de filtration glomérulaire estimé) ;
 - les problèmes de rejet et, le cas échéant, le mode de prise en charge (par exemple, biopsie rénale et intensification du traitement médicamenteux) ;
 - le traitement médicamenteux et les effets indésirables ;
 - les problèmes d'ostéoporose.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Renseignez-vous en particulier sur la présence d'une maladie rénale polykystique, d'un diabète sucré et d'une hypertension artérielle parmi les membres de la famille.

Examen du système génito-urinaire

Cette évaluation ne fait pas partie de l'examen de routine mais elle doit être envisagée en fonction des données obtenues lors de l'interrogatoire.

1. Vérifiez le **degré d'hydratation** de tous les patients chez qui vous suspectez une maladie rénale (ou gastro-intestinale), y compris en recherchant un pli cutané, en

³ On utilise parfois le terme assez pompeux mais pas très précis de «*traitement de substitution rénale*».

recherchant une tachycardie et en mesurant la pression artérielle à la recherche d'une hypotension orthostatique. La déshydratation peut être une cause d'insuffisance rénale aiguë, alors qu'une hyperhydratation peut être due à des perfusions intraveineuses de liquides réalisées afin de corriger une insuffisance rénale aiguë.

2. Comme pour l'examen gastro-intestinal, vous pouvez commencer par les mains et continuer jusqu'à l'abdomen et aux organes génitaux lorsque cela est justifié. Notez les signes généraux de maladie rénale chronique de stade terminal.

LES MAINS ET LES BRAS

1. Examinez les **ongles** à la recherche d'*ongles blancs* (hypoalbuminémie, y compris en raison d'une fuite rénale) et d'*ongles « moitié-moitié »* (partie distale de l'ongle de couleur marron-rouge et partie proximale de couleur rose-blanc) dus à une maladie rénale chronique.
2. Une pâleur des plis palmaires est évocatrice d'une anémie (l'anémie est fréquente en cas de maladie rénale chronique).
3. Palpez les poignets à la recherche de **fistules** ou de **shunts artéioveineux** créés chirurgicalement en vue d'une hémodialyse. En regard d'une fistule, on note un gonflement longitudinal et un frémissement continu palpable.
4. En présence d'une maladie rénale chronique, il est possible que vous observiez des ecchymoses, des nodules sous-cutanés ou des lésions de grattage.
5. Prenez la pression artérielle du patient en position allongée et debout. Elle peut être élevée en cas de maladie rénale chronique et faible en cas de déshydratation à l'origine d'une insuffisance rénale aiguë.

LE COU ET LE THORAX

1. Examinez la pression veineuse jugulaire afin d'évaluer le statut volémique intravasculaire : une surcharge volémique est possible en cas de maladie rénale chronique.
2. Examinez le cœur et les poumons à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque, de péricardite et d'œdème pulmonaire, qui peuvent tous être présents en cas de maladie rénale chronique.

L'ABDOMEN

1. Faites un examen complet.
2. Recherchez la présence de cicatrices :
 - les cicatrices d'une néphrectomie sont souvent plus postérieures que ce que l'on pourrait attendre ; elles se situent habituellement dans le flanc, atteignant en arrière le niveau du groupe des muscles érecteurs du rachis;
 - les cicatrices d'une transplantation rénale se situent habituellement dans la partie inférieure droite ou gauche de l'abdomen (fosses iliaques) et un **rein transplanté** est parfois visible, sous la forme d'un bombement sous la cicatrice ;
 - une dialyse péritonéale est à l'origine de petites cicatrices dues à la pose du cathéter dans la cavité péritonéale ; elles sont situées sur la partie inférieure de l'abdomen au niveau ou près de la ligne médiane.
3. Concentrez-vous sur la palpation des reins (ils sont hypertrophiés dans la maladie rénale polykystique). Un rein transplanté peut être perçu sous une cicatrice. Faites ballotter le rein et notez l'existence d'une sensibilité au-dessus de l'angle rénal.
4. Auscultez à la recherche d'un souffle rénal (écoutez au-dessus de l'ombilic, 2 cm à gauche ou à droite de la ligne médiane).
5. Chez l'homme, un toucher rectal à la recherche d'une prostatomegalie est pertinent, car une prostate hypertrophiée peut être à l'origine d'une obstruction urinaire.

ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

1. Inspectez le scrotum pour évaluer sa taille et rechercher des modifications cutanées (par exemple, ulcérations).
2. (Mettez des gants) Palpez le scrotum pour examiner les **testicules**. Palpez délicatement chaque testicule et notez la taille, la régularité et la fermeté.
3. Le **cordon spermatique** est palpable à son entrée dans le scrotum ; l'**épididyme** au sommet de chaque testicule est aussi palpable en général.
4. Il peut exister une masse intrascrotale séparée des testicules. S'il n'est pas possible de déterminer la limite

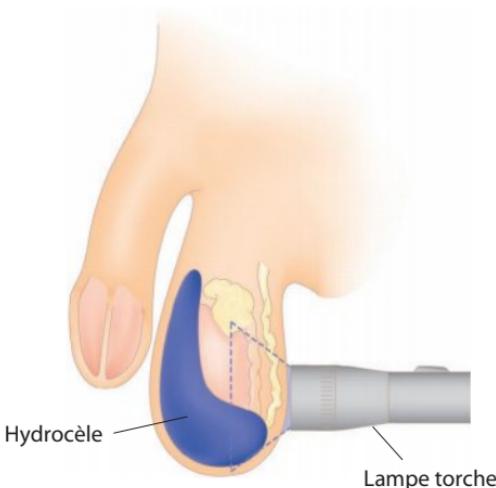


Figure 6.15 Transillumination des testicules.

supérieure de cette masse, cela signifie qu'elle doit être descendue dans les bourses par le dessus et qu'il s'agit probablement d'une hernie inguinale.

5. Une masse située en totalité dans le testicule doit être examinée par transillumination. ([figure 6.15](#)) avec une lampe torche.
6. Une hydrocèle est confinée au scrotum, elle est en général fortement illuminée, et le testicule et l'épididyme ne sont pas palpables.
7. Examinez le **pénis** si nécessaire. Recherchez les éléments suivants :
 - écoulement urétral;
 - éruption cutanée;
 - inflammation;
 - masse.
8. Palpez ensuite le gland du pénis avec le prépuce, décalottez-le (ce qui est impossible en cas de phimosis) et palpez les noeuds lymphatiques inguinaux.

Astuces des auteurs

On observe une **atrophie testiculaire** bilatérale dans les maladies hépatiques chroniques (par exemple, hépatopathie alcoolique, hémochromatose) plutôt que dans les maladies testiculaires locales.

Astuces des auteurs

En présence d'une masse dans le scrotum, essayez de percevoir son bord supérieur : vous ne pouvez pas passer au-dessus d'une hernie. L'extrémité supérieure d'une hydrocèle est palpable dans le canal inguinal, et vous pouvez donc passer au-dessus d'elle dans le canal inguinal, mais pas au-dessus d'une hernie.

AUTRES SIGNES

1. Recherchez la présence d'un œdème périphérique, d'un œdème sacré et d'éruptions cutanées.
2. Faites un examen du fond d'œil à la recherche d'anomalies rétiennes évocatrices d'une hypertension artérielle (voir p. 248) ou d'un diabète sucré (cause fréquente de maladie rénale chronique; voir p. 341).
3. Une **analyse d'urine** permet d'obtenir les premières données indiquant une maladie rénale. Pour rechercher certaines anomalies, les urines peuvent être analysées à l'aide de bandelettes réactives. Les modifications de couleur de la bandelette reflètent les valeurs du pH, des protéines (protéinurie), du sucre (diabète sucré), des nitrates (infection possible) et des globules rouges (hématurie).

Le système hématologique

L'examen hématologique commence par une recherche des signes périphériques et se poursuit par un examen de l'abdomen. À nouveau, il ne s'agit pas d'une évaluation de routine mais elle doit être envisagée en fonction des données obtenues lors de l'interrogatoire. Une suggestion de séquence est présentée ci-dessous.

Séquence d'évaluation du système hématologique

1. Symptômes à l'origine de la consultation (par exemple, léthargie, dyspnée, pâleur, tendance aux ecchymoses, douleur abdominale, hypertrophie des ganglions lymphatiques).

2. Questions détaillées sur les symptômes à l'origine de la consultation (voir les huit points à aborder au chapitre 1, p. 8).
3. Questions sur les problèmes hématologiques antérieurs, les gestes techniques réalisés et les résultats de bilans sanguins.
4. Examen des signes périphériques de maladie hématologique.
5. Examen de tous les groupes de noeuds lymphatiques.
6. Examen de l'abdomen : hépatosplénomégalie.
7. Diagnostic provisoire et différentiel.

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 6.5)

1. Les patients peuvent consulter pour des symptômes d'anémie (léthargie, palpitations, dyspnée d'effort ou angor).
2. Les symptômes à l'origine de la consultation peuvent également être ceux de la maladie ayant provoqué l'anémie ou des causes de l'anémie, comme un saignement rectal ou les symptômes intestinaux d'une malabsorption.
3. Si le patient se plaint d'une hypertrophie des ganglions lymphatiques, il faut lui demander s'il a des sueurs nocturnes et s'il a perdu du poids (par exemple, lymphome).
4. Une infection récidivante accompagnée de fièvre peut être le premier symptôme d'un trouble du système immunitaire ou d'une neutropénie.
5. Posez des questions détaillées aux patients qui ont tendance à se faire des bleus ou à saigner facilement, y compris des questions sur des éventuels saignements postopératoires :
 - si le saignement après un traumatisme est immédiat, cela évoque un problème plaquettaire;
 - si le saignement intervient après un certain délai, un problème de facteur de coagulation est plus vraisemblable.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

1. Demandez au patient s'il a déjà eu une maladie systémique ou une chirurgie gastrique, celles-ci pouvant être à l'origine d'une anémie.
2. Demandez-lui s'il a été refusé en tant que donneur de sang et, si oui, pourquoi.

Encadré 6.5**Le système hématologique : interrogatoire****Principaux symptômes à l'origine de la consultation**

- Symptômes d'anémie : faiblesse, fatigue, dyspnée, asthénie, étourdissements orthostatiques.
- Saignements (menstruels, gastro-intestinaux).
- Tendance aux ecchymoses.
- Tendance aux thromboses (par exemple, thrombose veineuse profonde récidivante au niveau des jambes).
- Infection récidivante, fièvre.
- Ictère.
- Hypertrophie des ganglions lymphatiques.
- Douleurs osseuses.
- Paresthésies (par exemple, carence en vitamine B12).
- Éruptions cutanées.
- Perte de poids.
- Sueurs nocturnes.

TRAITEMENTS

1. Renseignez-vous sur l'utilisation des produits suivants :
 - suppléments de fer;
 - injections de vitamine B12;
 - AINS;
 - anticoagulants.
2. Demandez au patient s'il a déjà reçu une chimiothérapie, des transfusions sanguines ou s'il a déjà subi une saignée (prélèvement de sang afin de diminuer le taux de fer de l'organisme).

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Il peut exister des antécédents familiaux des affections suivantes :

- thalassémie;
- anémie hémolytique (ou ictere);
- hémophilie;
- maladie de Willebrand;
- facteur V Leiden (à l'origine de troubles de la coagulation) : thrombophilie.

Examen hématologique

Comme pour le système gastro-intestinal, vous pouvez commencer par les mains. Vous devez examiner les ganglions lymphatiques dans toutes les régions ainsi que l'abdomen.

LES MAINS ET LES BRAS

1. Recherchez des signes d'anémie.
2. Inspectez les ongles. Recherchez une **koïlonychie** : ongles « en cuiller », secs, cassants, striés, parfois dus à une anémie ferriprive sévère (voir [tableau 3.2](#) au [chapitre 3](#)) ; il s'agit aujourd'hui d'une anomalie rare.
3. Recherchez des ecchymoses et des pétéchies. Des pétéchies en reliefs (pétéchies palpables), évoquent une vascularite.
4. Examinez *tous* les **groupes de ganglions lymphatiques des deux côtés** (bras, aisselles, cou) :
 - pour examiner les **ganglions lymphatiques épitrochléens**, placez la paume de votre main gauche sous le coude droit du patient. Votre pouce peut ensuite être placé au-dessus du ganglion qui est proximal et légèrement antérieur à l'épicondyle médial ([figure 6.16](#)). Répétez ce geste avec votre main droite de l'autre côté;
 - les **ganglions lymphatiques axillaires** sont palpés en levant le bras du patient et, en utilisant votre main gauche pour le côté droit, poussez vos doigts aussi haut que possible dans l'aisselle. Le bras du patient est ensuite baissé pour reposer sur votre avant-bras. La manœuvre est inverse pour l'autre côté ([figure 6.17](#)). Il y a cinq groupes principaux de ganglions axillaires : (1) centraux; (2) latéraux (supérieurs et latéraux); (3) pectoraux (médiaux); (4) sous-claviculaires; (5) sous-scapulaires (les plus inférieurs). Il faut s'efforcer de palper les nœuds dans chacune de ces zones axillaires ([figure 6.18](#));
 - examinez les **ganglions lymphatiques cervicaux et sus-claviculaires** par l'arrière (de préférence) ou par l'avant. Il en existe huit groupes : (1) sous-mentonniers; (2) sous-mandibulaires; (3) chaîne jugulaire; (4) sus-claviculaires; (5) triangle postérieur; (6) rétroauriculaires; (7) préauriculaires; (8) occipitaux. Essayez d'identifier chacun de ces groupes de nœuds avec vos doigts ([figure 6.19](#)) :



Figure 6.16 Palpation d'un ganglion lymphatique épitrochléen.



Figure 6.17 Palpation des ganglions lymphatiques axillaires.



Figure 6.18 Les noeuds lymphatiques axillaires.
1 = centraux, 2 = latéraux, 3 = pectoraux, 4 = infraclaviculaires,
5 = subscapulaires.

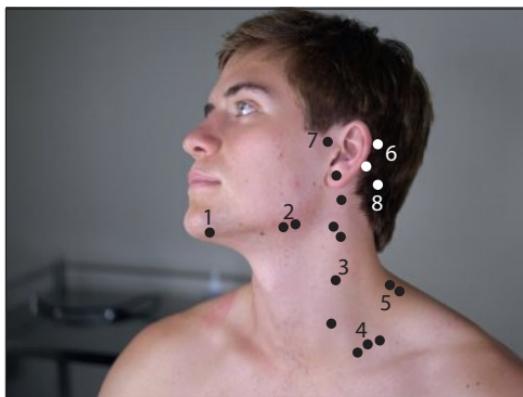


Figure 6.19 Groupes de nœuds lymphatiques cervicaux et supraclaviculaires.

1 = sous-mentonniers, 2 = sous-mandibulaires, 3 = chaîne jugulaire,
4 = sus-claviculaires, 5 = cervical postérieur, 6 = rétrouauriculaires,
7 = préauriculaires, 8 = occipitaux.

- palpez d'abord le ganglion **sous-mentonnier**, qui se trouve juste sous le menton, puis les ganglions **sous-mandibulaires**, sous l'angle de la mâchoire;
- palpez ensuite la **chaîne jugulaire**, qui est avant du muscle sternocléidomastoïdien, puis les ganglions cervicaux **postérieurs**, qui sont en arrière du muscle sternocléidomastoïdien;
- palpez la région **occipitale** à la recherche des ganglions occipitaux puis passez au ganglion **rétrouauriculaire** en arrière l'oreille et au ganglion **préauriculaire** en avant de l'oreille;
- demandez au patient de hausser légèrement les épaules, et palpez la fosse sus-claviculaire et la base du muscle sternocléidomastoïdien à la recherche des ganglions **sus-claviculaires**.

LA FACE

1. Recherchez des signes d'ictère ou d'anémie. Regardez dans la bouche à la recherche d'une hypertrophie gingivale (due à une leucémie) ou d'un saignement.
2. Faites un examen du fond d'œil (voir p. 248). Recherchez un engorgement des vaisseaux rétiniens et un œdème papillaire. Ces anomalies peuvent survenir dans des

maladies telles que la macroglobulinémie qui entraînent une augmentation de la viscosité du sang. Des hémorragies sont possibles avec une thrombopénie sévère, surtout lorsqu'elle est associée à une anémie.

L'ABDOMEN

Vous devez examiner minutieusement l'abdomen en vous concentrant sur le foie et la rate, qui peuvent être hypertrophiés en raison d'un lymphome ou d'une leucémie.

GANGLIONS LYMPHATIQUES INGUINAUX

Après avoir informé le patient de ce que vous allez faire, palpez au-dessus de la région inguinale. Notez tous les ganglions lymphatiques palpés. Il en existe deux groupes :

- un le long du ligament inguinal;
- l'autre le long des vaisseaux fémoraux.

Chez le sujet sain, on retrouve fréquemment des petits ganglions (<1 cm de diamètre), fermes et mobiles.

LE RACHIS

Percutez le rachis à la recherche d'une sensibilité osseuse (évo-catrice d'une infiltration médullaire).

LES JAMBES

1. Recherchez des ulcères de jambes, qui peuvent être présents dans un certain nombre de maladies hématologiques telles que la drépanocytose. Une carence en vitamine B12 peut être à l'origine d'une anémie et de signes de neuropathie périphérique (voir p. 343).
2. Les ganglions poplitées ne sont pas systématiquement recherchés car ils sont rarement palpables.

Astuces des auteurs

Caractéristiques des ganglions lymphatiques

Pendant la palpation des nœuds lymphatiques, il faut évaluer les points suivants.

Site

Des ganglions palpables peuvent être localisés dans une seule région (par exemple, infection locale, lymphome débutant) ou généralisés (par exemple, lymphome évolué). Ils peuvent être :

- épitrochléens ;
- axillaires ;
- cervicaux (occipitaux et sus-claviculaires) ;
- para-aortiques (rarement palpables) dans l'abdomen ;
- inguinaux ;
- poplitées (derrière le genou).

Taille

Les nœuds volumineux sont habituellement pathologiques (> 1 cm).

Consistance

- Des ganglions durs évoquent un envahissement tumoral.
- Des ganglions mous peuvent être normaux.
- Des ganglions caoutchouteux peuvent être dus à un lymphome.

Sensibilité à la palpation

Elle implique une infection ou une inflammation aiguë.

Fixation

Les ganglions fixés aux structures sous-jacentes sont plus susceptibles d'être infiltrés par un cancer que les ganglions mobiles.

Peau sus-jacente

L'inflammation de la peau sus-jacente évoque une infection ; la fixation à la peau sus-jacente évoque un cancer.

Astuces des auteurs

Si vous suspectez la présence d'un cancer ou que l'interrogatoire du patient vous oriente sur cette voie, vous devez mettre au point un système afin d'examiner ce patient. Une suggestion d'approche est présentée ci-après.

Examen d'un patient chez qui on suspecte un cancer

1. Palpez tous les ganglions lymphatiques de drainage.
2. Examinez tous les autres groupes de ganglions lymphatiques.
3. Examinez l'abdomen, en particulier à la recherche d'une hépatomégalie et d'une ascite.
4. Examinez les poumons.
5. Examinez les seins.
6. Examinez la peau et les ongles (par exemple, à la recherche d'un mélanome).
7. Effectuez un toucher rectal et un toucher vaginal pour que l'évaluation soit complète.
8. Palpez les testicules.

ECOS – Mise en situation clinique⁴ «L'abdomen»

- 1. Cet homme a remarqué une coloration jaune de la sclère. Interrogez-le.**
- a. Il s'agit probablement d'un ictere (qui devrait être évident à l'inspection). Posez-lui les questions suivantes :
- (i) Avez-vous remarqué un changement de couleur au niveau de la peau et du blanc des yeux ?
 - (ii) Depuis combien de temps cette anomalie est-elle présente ? Va-t-elle en s'améliorant ou en s'aggravant ? S'était-elle déjà produite par le passé ?
 - (iii) Vous grattez-vous ?
 - (iv) La couleur de vos urines ou de vos selles a-t-elle changé ? (Uries foncées et selles claires dans l'ictere obstructif.)
 - (v) Avez-vous perdu du poids ? (Par exemple, cancer impliquant le foie ou le pancréas.)
 - (vi) Avez-vous des douleurs abdominales ? (Renseignez-vous sur les symptômes de douleur biliaire.)
 - (vii) Votre abdomen est-il gonflé ? (Ascite) Vos jambes ont-elles gonflé ? (Œdème.)
 - (viii) Avez-vous déjà vomi du sang ou émis des selles noires ? (Hématémèse et méléna ; peuvent être causés par une rupture de varices œsophagiennes.)
 - (ix) Avez-vous déjà eu une hépatite ? Avez-vous voyagé à l'étranger ? (Hépatite infectieuse.)
 - (x) Avez-vous présenté une fatigue, des nausées, une anorexie, des douleurs musculaires, des ecchymoses ?
 - (xi) Êtes-vous diabétique ? (Hémochromatose.)
 - (xii) Est-ce que vous buvez actuellement ou avez bu par le passé de grandes quantités d'alcool ?
 - (xiii) Souffrez-vous de pertes de mémoire ou de confusion ? (Encéphalopathie hépatique.)
 - (xiv) Avez-vous déjà subi une biopsie du foie ? Savez-vous ce qui est anormal au niveau de votre foie ? (Essayez d'obtenir davantage de détails si vous suspectez un abus d'alcool.)
- b. Le patient a-t-il déjà reçu des transfusions sanguines, consommé des drogues, été tatoué ou eu des *piercings* (par exemple, hépatite C ou B) ?
- c. Posez-lui des questions sur ses antécédents sexuels.

4 Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- d. Interrogez-le au sujet de ses traitements médicamenteux. (Hépatite médicamenteuse.)
 - e. Vérifiez s'il existe des antécédents familiaux de problèmes hépatiques.
 - f. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
2. **On a diagnostiqué à cet homme une insuffisance hépatique.**
- Examinez son abdomen.**
- (Lavez-vous les mains.)
- a. Demandez au patient l'autorisation d'examiner son abdomen et demandez-lui de s'allonger, en exposant son abdomen des côtes inférieures à la symphyse pubienne.
 - b. Pendant que le patient se déshabille, reculez-vous pour rechercher des signes évidents de maladie hépatique chronique.
 - c. Demandez-lui si une partie de son abdomen en particulier est sensible à la palpation et de vous indiquer si l'examen est désagréable.
 - d. Faites un examen systématique de l'abdomen (inspectez, palpez, perdez, auscitez). Recherchez en particulier une ascite et une hépatosplénomégalie.
 - e. Demandez si vous pouvez examiner d'autres régions. Notez la présence d'un ictere ou d'une pâleur de la sclère (anémie).
 - f. Recherchez des angiomes stellaires et une gynecomastie sur la paroi thoracique. (Signes de maladie hépatique chronique.)
 - g. Recherchez un hippocrateisme digital, une leuconychie et un érythème palmaire. (Signes de maladie hépatique chronique.)
 - h. Recherchez un astérixis et un *fœtor hepaticus* et évaluez l'orientation et l'état mental. (Insuffisance hépatique.)
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
3. **Examinez l'abdomen de cet homme. Il a des antécédents familiaux d'insuffisance rénale et d'hypertension artérielle.**
- (Lavez-vous les mains.)
- a. Demandez au patient l'autorisation d'examiner son abdomen et demandez-lui de s'allonger, en exposant son abdomen des côtes inférieures à la symphyse pubienne.
 - b. Recherchez une distension abdominale.
 - c. Demandez s'il existe des zones de sensibilité à la palpation.
 - d. Examinez l'abdomen, en vous concentrant particulièrement sur la palpation des reins car une polykystose rénale est un diagnostic possible.
 - e. Essayez de déterminer la taille des reins et de détecter la morphologie kystique caractéristique.
 - f. Faites ballotter les reins et assurez-vous que vous pouvez passer au-dessus. (Donc qu'il y a une hypertrophie rénale et non une hépatosplénomégalie.)
 - g. Évaluez le foie et la rate. (Ils peuvent également être polykystiques.)
 - h. Mesurez la pression artérielle.
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

- 4. Cette femme a un lymphome. Examinez son abdomen.**
(Lavez-vous les mains.)
- Demandez à la patiente l'autorisation d'examiner son abdomen et demandez-lui de s'allonger, en exposant son abdomen des côtes inférieures à la symphyse pubienne.
 - Pendant que la patiente se déshabille, recherchez une atrophie musculaire, une distension abdominale et des cicatrices chirurgicales.
 - Demandez-lui si une partie de son abdomen en particulier est sensible à la palpation et de vous indiquer si l'examen est désagréable.
 - Examinez son abdomen. Concentrez-vous particulièrement sur la taille du foie et de la rate, et palpez à la recherche de ganglions lymphatiques abdominaux hypertrophiés.
 - Examinez tous les autres groupes de ganglions lymphatiques, en commençant par les ganglions inguinaux.
 - Demandez si vous avez le temps d'examiner le thorax.
 - Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 5. Cet homme a une hernie au niveau de l'aine. Examinez-le.**
(Lavez-vous les mains et enfilez des gants.)
- Expliquez au patient ce que vous souhaitez faire et demandez-lui son autorisation.
 - Demandez-lui de se tenir debout devant vous et d'enlever ses sous-vêtements.
 - Inspectez l'aine à la recherche de masses des deux côtés.
 - Essayez de déterminer si la masse correspond à une hernie inguinale ou à une hernie crurale en palpant sa position.
 - Demandez au patient de tousser et recherchez une impulsion à la toux.
 - Palpez. Trouvez vos repères. Repoussez doucement la masse dans l'abdomen. Est-elle réductible ?
 - Imaginez doucement le scrotum et palpez l'anneau externe à la recherche d'une impulsion quand le patient tousse, en cas de suspicion d'une hernie inguinale.
 - Notez le nombre de testicules dans le scrotum.
 - Allongez le patient et inspectez et palpez l'aine.
 - Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 6. Cette femme a détecté une masse dans son cou. Examinez ses ganglions lymphatiques.**
(Lavez-vous les mains.)
- Demandez à la patiente de retirer son chemisier et de s'asseoir sur le bord du lit.
 - Reculez-vous pour rechercher une atrophie musculaire, des cicatrices évidentes ou une distension abdominale.
 - Examinez les ganglions cervicaux (y compris les nœuds sus-claviculaires), la patiente restant dans cette position, puis examinez les ganglions axillaires et épitrochléens. Gardez à l'esprit les caractéristiques des différentes anomalies des nœuds lymphatiques.

- d. Ensuite, allongez la patiente et exposez l'abdomen.
- e. Palpez les ganglions inguinaux, recherchez une splénomégalie et une hépatomégalie.
- f. Si un groupe de ganglions est anormal, repérez sa zone de drainage et demandez d'examiner cette région. Si de nombreux groupes sont hypertrophiés, envisagez un lymphome.
- g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

L'abdomen : interrogatoire et examen

- 1. Tirer au clair les symptômes individuels ainsi que le mode de présentation permettra souvent de poser le bon diagnostic.
- 2. Pour l'examen de l'abdomen, il est important que le patient soit allongé bien à plat. Au moment de la palpation, essayez de vous représenter les organes sous-jacents quand vous détectez des anomalies.
- 3. Si vous retrouvez une masse abdominale, caractérissez-la minutieusement. Déterminez si le foie, la rate et les reins sont palpables.
- 4. Une masse au niveau l'hypochondre gauche peut correspondre à la rate ou à un rein. Souvenez-vous qu'il n'est pas possible de passer au-dessus de la rate et que cette dernière ne peut pas être ballottée.
- 5. Une hernie inguinale fait saillie au-dessus du pli de l'aine, alors qu'une hernie crurale fait saillie dans le pli de l'aine à son extrémité médiale.

7

Le système nerveux

«Tout l'art de la médecine réside dans l'observation.»

Sir William Osler (1849–1919)

L'interrogatoire et l'examen neurologiques nécessitent une approche très systématique et complète. Ce n'est que par ce biais que les symptômes et les signes peuvent être assemblés pour permettre de poser un diagnostic neurologique cohérent.

Séquence d'évaluation du système neurologique

1. Symptômes à l'origine de la consultation (par exemple, céphalées, syncope, étourdissements, altérations sensitives, faiblesse motrice, troubles de l'équilibre).
2. Questions détaillées sur les symptômes à l'origine de la consultation et notamment sur leur évolution dans le temps (voir les huit points à aborder au [chapitre 1](#), p. 8).
3. Questions sur les problèmes neurologiques antérieurs et les facteurs de risque (par exemple, antécédents familiaux, hypertension artérielle, médicaments), les résultats des précédentes investigations et la latéralité manuelle.
4. Examen général d'orientation.
5. Examen des nerfs crâniens (y compris le fond d'œil).
6. Examen du système moteur et des réflexes (y compris la démarche).
7. Examen du système sensitif, dirigé par l'interrogatoire et les autres observations d'examen.
8. Diagnostic provisoire et diagnostic différentiel.

Le système neurologique : interrogatoire

SYMPTÔMES À L'ORIGINE

DE LA CONSULTATION (Encadré 7.1)

L'évolution dans le temps d'une maladie neurologique donne en général des informations importantes sur l'étiologie sous-jacente :

- des symptômes d'installation aiguë évoquent un problème vasculaire ;
- une installation subaiguë évoque une maladie inflammatoire ;
- un symptôme d'évolution plus chronique laisse penser que le trouble sous-jacent pourrait être lié à une tumeur ou à un processus dégénératif.

Encadré 7.1

Le système neurologique : interrogatoire

Symptômes à l'origine de la consultation

Céphalées.

Douleurs faciales.

Douleurs dorsales ou cervicales.

Crises convulsives, malaises ou sensations étranges.

Vertiges ou étourdissements.

Troubles de la vision, de l'audition ou de l'odorat.

Troubles de la démarche.

Perte ou perturbation de la sensibilité, faiblesse d'un ou de plusieurs membres.

Troubles du contrôle sphinctérien (vessie, intestins).

Mouvements involontaires ou tremblements.

Troubles de la parole et de la déglutition.

Troubles cognitifs (voir chapitre 13).

Facteurs de risque de maladie vasculaire cérébrale

Hypertension artérielle.

Tabagisme.

Diabète sucré.

Hyperlipidémie.

Fibrillation atriale, endocardite bactérienne, valvulopathie.

Troubles de l'hémostase, médicaments anticoagulants, thrombophilie.

Antécédents familiaux d'accident vasculaire cérébral.

Astuces des auteurs

L'examen neurologique est l'un des plus difficiles à pratiquer lorsque l'on est observé. Seule une pratique constante permettra aux étudiants d'avoir l'air compétent sur les différents aspects de cet examen.

Les troubles métaboliques ou toxiques peuvent présenter l'une quelconque de ces caractéristiques. Des symptômes épisodiques ou récurrents peuvent être vasculaires (par exemple, accidents ischémiques transitoires ou migraines) ou dus à une atteinte vestibulaire ou à des crises épileptiques.

Il faut également déterminer si le processus pathologique est **localisé** ou **diffus**, et quelles sont les parties du système nerveux concernées.

Céphalées et douleurs faciales

La céphalée est un symptôme fréquent et difficile, mais le diagnostic peut être affirmé une fois que son type a été déterminé.

- La **céphalée de tension** peut être épisodique ou chronique, souvent bilatérale, et survient sur les aires frontales, occipitales ou temporales. Elle peut être décrite comme une sensation de serrement. Ce type de céphalées persiste pendant des heures, récidive souvent et n'a pas les caractéristiques spécifiques des autres céphalées. C'est le type le plus fréquent.
- La **migraine classique** est habituellement une céphalée unilatérale précédée d'une aura (par exemple, éclairs lumineux) et elle s'accompagne souvent d'une photophobie (intolérance à la lumière). Sa sévérité est souvent invalidante et elle s'accompagne de nausées et de vomissements. La **migraine commune** est une céphalée similaire sans les autres symptômes neurologiques ; elle est beaucoup plus fréquente.
- L'**algie vasculaire de la face** est une douleur sévère, permanente et téribante en arrière ou au-dessus d'un œil, durant de 15 minutes à 2 heures, et s'accompagnant de larmoiements, de rhinorrhée et de bouffées vasomotrices au niveau du front. Elle a tendance à se manifester à la même heure chaque jour, souvent la nuit.
- Une **céphalée due à une spondylose cervicale** se manifeste au-dessus de l'occiput et s'accompagne de douleurs cervicales.
- Une **céphalée causée par une augmentation de la pression intracrânienne** est généralisée et plus intense le matin. Elle peut s'accompagner de somnolence ou de vomissements ainsi que de déficits neurologiques progressifs.
- La **céphalée de la méningite** est une céphalée généralisée s'accompagnant de photophobie, de fièvre et de raideur de la nuque.

- La **céphalée de l'artérite temporale** est persistante et se manifeste au-dessus de la zone temporaire. Elle s'accompagne d'une sensibilité à la palpation au-dessus de l'artère temporaire. Il peut exister une claudication de la mâchoire (le patient ressent des douleurs lorsqu'il mange ou qu'il parle) ainsi qu'une perte visuelle aiguë.
- La **céphalée de la sinusite aiguë** s'accompagne d'une douleur ou d'une sensation de plénitude en arrière des yeux ou sur les joues ou le front (sur les sinus inflammatoires).
- La **céphalée de l'hémorragie sous-arachnoïdienne** est intense, sévère et son début est en général instantané.

Malaises et crises convulsives

Une perte de connaissance transitoire peut avoir une cause neurologique, mais elle peut aussi être due à des arythmies cardiaques ou à des maladies métaboliques. Les éléments suivants doivent être envisagés.

- Une **syncope** due à un simple malaise est la cause la plus fréquente de perte de connaissance. L'épisode est habituellement très bref et est souvent précédé d'une pâleur, de sueurs, de nausées et d'étourdissements (avec, dans ce cas, une impression de perte de connaissance imminente). Quand l'hypoperfusion cérébrale est très marquée, il peut apparaître quelques convulsions cloniques ou un bref spasme tonique (« syncope convulsive »). Une confusion minime suit habituellement l'épisode.
- L'**épilepsie** est caractérisée par une perte de connaissance brutale. Elle peut être précédée d'une aura, une sensation anormale (par exemple, une hallucination concernant l'un des sens ou un trouble cognitif comme un sentiment de déjà-vu). Les témoins peuvent avoir observé des mouvements toniques (contraction soutenue des muscles pendant 20 à 30 secondes) et cloniques (mouvements rythmiques violents). En cas de crise majeure, le patient peut dormir pendant un certain temps après l'épisode et, au réveil, s'apercevoir qu'il s'est mordu la langue et a perdu ses urines.
- Les **accidents ischémiques transitoires** peuvent affecter le tronc cérébral. Dans de rares cas, ils peuvent provoquer une perte de connaissance sans signe annonciateur.
- L'**hypoglycémie** survient habituellement chez le patient diabétique traité par insuline ou hypoglycémiants oraux. Avant

la perte de connaissance, ces patients peuvent se sentir anxieux, transpirer et noter une fréquence cardiaque rapide : il s'agit des réponses du système nerveux autonome à l'hypoglycémie.

- L'**hystérie** peut provoquer des crises étranges de perte de connaissance apparente.¹

Vertiges et étourdissements

Dans le **vertige** vrai, il y a une sensation de mouvement. Les objets semblent tourner autour du patient. Il peut ressentir une sensation de perte d'équilibre plutôt qu'une impression de syncope imminente. Il peut être dû à une atteinte vestibulaire (labyrinthite aiguë, vertige positionnel bénin ou maladie de Ménière) ou cérébelleuse (pouvant être induite par la prise d'alcool ou d'anticonvulsivants, la sclérose en plaques, des lésions vasculaires ou une tumeur).

Les **étourdissements** peuvent être une sensation de perte de connaissance imminente ou simplement de déséquilibre momentané.

Astuces des auteurs

Une description du problème par le terme « étourdissements » de la part du patient n'est pas suffisante. Vous devez interroger minutieusement le patient pour comprendre ce qu'il ressent réellement — et impressionner les examinateurs.

Astuces des auteurs

Catégories d'étourdissements

- **Vertige** : sensation fausse de mouvement, souvent accompagnée de l'impression que les objets tournent autour de soi ou d'avoir la tête qui tourne.
- **Déséquilibre** : sensation de perte d'équilibre, pouvant être due à une atteinte cérébelleuse (signe de Romberg négatif) ou à une neuropathie périphérique (signe de Romberg positif).
- **Présyncope** : sensation de perte de connaissance imminente.
- **Sensation de tête vide** : symptômes vagues pouvant comprendre un sentiment de déréalisation ou de déconnexion avec l'environnement.

¹ « Hystérie » est un ancien terme désignant une affection présumée psychogène. Cette notion est différente de la simulation. Les patients hystériques ne font pas semblant.

Troubles de la vision, de l'audition ou de l'odorat

Ces symptômes peuvent refléter une lésion d'un nerf crânien.

Demandez au patient s'il présente :

- une vision double (diplopie) ;
- une vision trouble ;
- une perte visuelle (amblyopie) ;
- une intolérance à la lumière (photophobie) ;
- une perte de l'audition d'une ou des deux oreilles ;
- des tintements dans les oreilles (acouphènes).

Troubles de la démarche

De nombreuses affections neurologiques peuvent perturber la marche.

- Une **atteinte cérébelleuse** rend la marche instable et incertaine.
- L'**hémiplégie** après un accident vasculaire cérébral complique la marche du fait d'une augmentation du tonus et d'une perte de la force de la jambe affectée.
- Une **neuropathie périphérique** ou une atteinte de la moelle spinale peut altérer la sensation de la position des jambes dans l'espace. La maladie de Parkinson engendre une démarche avec un piétinement caractéristique.
- L'**hystérie** peut se manifester par une démarche bizarre.
- La marche peut également être perturbée quand une **maladie orthopédique ou rhumatologique** affecte les membres inférieurs ou le rachis.

Perturbation de la sensibilité ou faiblesse des membres

Des **fourmillements** dans les mains ou les pieds sont plus souvent dus à une compression nerveuse ou à une neuropathie périphérique mais ils peuvent aussi être secondaires à une atteinte des voies sensitives sur une partie quelconque de leur trajet.

Une **faiblesse d'un membre** peut être induite par une atteinte du cerveau, de la moelle spinale (y compris de la corne antérieure), d'une racine nerveuse, d'un nerf périphérique, d'une jonction neuromusculaire ou d'un muscle. Il est important de distinguer les lésions des motoneurones supérieur et inférieur (voir encadré p. 215).

Symptômes du système nerveux autonome

Demandez au patient s'il souffre d'incontinence vésicale ou intestinale, de dysfonction érectile (chez l'homme) et d'étourdissements orthostatiques, tous pouvant être des symptômes de neuropathie du système nerveux autonome.

Tremblements et mouvements involontaires

Les tremblements sont de fins mouvements répétés et involontaires.

- Les **tremblements d'action** s'intensifient lors d'un mouvement volontaire. Ils consistent en une exagération du tremblement physiologique, comme on peut le voir dans les tremblements essentiels, l'anxiété et la thyrotoxicose.
- Le **tremblement d'intention** (ou **de recherche de la cible**) s'aggrave quand le membre se rapproche de l'objet à atteindre et est dû à une atteinte cérébelleuse.
- La maladie de Parkinson peut se manifester par un **tremblement de repos** (typiquement un tremblement simulant un geste d'émettement).
- La **chorée** est caractérisée par des mouvements saccadés irréguliers.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Recherchez des antécédents des éléments suivants :

- méningite ou encéphalite;
- traumatismes crâniens ou rachidiens et épilepsie;
- facteurs de risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de syphilis, qui peuvent impliquer une atteinte du système nerveux;
- traitement par anticonvulsivants, contraception orale, antihypertenseurs, chimiothérapie, antiparkinsoniens, corticoïdes, anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires, qui peuvent être utilisés pour des affections neurologiques ou avoir des effets neurologiques.

Renseignez-vous également sur les facteurs de risque qui peuvent prédisposer à l'apparition d'une maladie vasculaire cérébrale ([encadré 7.1](#)).

MODE DE VIE

Comme le tabagisme prédispose aux maladies vasculaires cérébrales, il est pertinent d'interroger le patient sur sa consommation de tabac. Il est également utile de se renseigner sur sa profession et son exposition aux toxines (par exemple, métaux lourds, pesticides). La consommation d'alcool peut être à l'origine de nombreuses maladies neurologiques, telles qu'une dégénérescence cérébelleuse, des troubles de la mémoire à court terme et une neuropathie périphérique.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Tout antécédent familial de maladie neurologique ou mentale doit être documenté.

La séquence de l'examen neurologique

L'examen neurologique est complexe mais gratifiant. Pour bien interpréter les signes neurologiques, il faut comprendre la neuroanatomie de base. Les points suivants doivent être systématiquement évalués.

- 1. Examen général.** Il comporte la détermination du niveau de conscience (voir [chapitre 14](#)), de l'orientation, de la latéralité manuelle (« *Êtes-vous droitier ou gaucher?* ») et de la présence d'une raideur de la nuque, ainsi que l'évaluation de la parole et des centres supérieurs.
- 2. Les nerfs crâniens.** Examinez les nerfs crâniens II (y compris le fond d'œil) à XII. On omet souvent le I (nerf olfactif) mais l'anosmie (perte de l'olfaction) est parfois le seul signe d'un méningiome frontal.
- 3. Les membres supérieurs.** L'évaluation comporte :
 - **le système moteur** : inspection, tonus, force, réflexes et coordination ;
 - **le système sensitif** : sensibilité douloureuse (piqûre d'épingle), sensibilité au toucher léger, proprioception (sens de position) et perception des vibrations.
- 4. Les membres inférieurs.** Évaluation similaire à celle des membres supérieurs (systèmes moteur et sensitif) mais elle comporte également une étude de la marche (démarche).
- 5. Le crâne et le rachis.** Recherchez une affection locale (cicatrices, signes de blessure, masses), si cela est pertinent.
- 6. Les artères carotides.** Auscultez des deux côtés à la recherche de souffles. Il peut n'exister aucun souffle en cas de sténose carotidienne sévère (blocage > 90 %). Il est parfois impossible de diagnostiquer un souffle carotidien en cas de rétrécissement aortique.

EXAMEN GÉNÉRAL

Raideur de la nuque et signe de Kernig

Cet examen est absolument essentiel chez tout patient fébrile ou en cas de maladie aiguë, ou chez quiconque souffrant d'une altération de l'état mental. Voir également [chapitre 14](#).

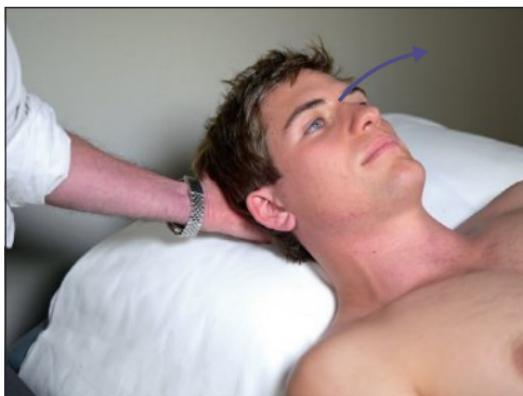


Figure 7.1 Recherche d'une raideur de la nuque.



Figure 7.2 Recherche du signe de Kernig (jambes).

1. Glissez une main sous la tête du patient et essayez de fléchir doucement la tête de sorte que le menton du patient touche son thorax ([figure 7.1](#)).
2. En cas d'inflammation des méninges, il apparaît une résistance due à un spasme douloureux des muscles extenseurs du cou.
3. Fléchissez ensuite la hanche du patient, et essayez de tendre son genou. Il apparaît un spasme douloureux des muscles ischiojambiers s'il existe une inflammation autour des racines spinales lombaires : c'est le **signe de Kernig** ([figure 7.2](#)).

Latéralité manuelle, orientation, parole et centres supérieurs

1. Demandez au patient s'il est droitier ou gaucher (ce qui aide à déterminer l'hémisphère vraisemblablement dominant, qui se situe dans le cerveau gauche chez la plupart des droitiers).
2. À des fins de dépistage, demandez au patient son nom, l'endroit où il se trouve et la date. Cela permet de tester l'**orientation** par rapport aux personnes, à l'espace et au temps. Ces tests font partie de l'examen de l'état mental.
3. Demandez ensuite au patient de nommer un objet que l'on pointe du doigt,² puis de pointer du doigt un objet nommé dans la pièce. Cela permet de dépister une dysphasie (voir l'encadré ci-après) :
 - la **dysphasie réceptive** est une incapacité de comprendre la parole;
 - la **dysphasie expressive** est une incapacité de répondre correctement;
 - la **dysphasie nominale** est une incapacité de nommer les objets;
 - la **dysphasie de conduction** est une incapacité de répéter le langage.
4. La **dysarthrie** est une anomalie de la production mécanique de la parole. Demandez au patient de dire « 33 rue Ledru-Rollin » ou « spectacle exceptionnel ». C'est un test de détection des dysfonctions cérébelleuses et de leurs effets sur la parole. Une atteinte cérébelleuse (et une intoxication alcoolique aiguë) fait apparaître une parole mal articulée et saccadée.
5. La **dysphonie** se réfère à un trouble de la production des sons par le larynx. Demandez au patient de dire « Aah » et de tousser.

² N'oubliez pas que vous n'êtes pas forcément le seul à vouloir faire de l'humour. Un patient peut essayer de masquer son dysphasie nominale en utilisant un mot différent, comme s'il plaisantait; par exemple, si on lui demande de nommer la montre du professeur, il pourra dire « chère ».

Points clés en situation pratique

Évaluation d'un patient souffrant de dysphasie

- L'**aire de Wernicke**, située dans le **lobe temporal** supérieur et postérieur de l'hémisphère cérébral dominant, est impliquée dans la compréhension du langage. Une lésion à ce niveau provoque une **dysphasie réceptive (sensorielle)**.
- L'**aire de Broca**, située dans le **lobe frontal** inférieur de l'hémisphère cérébral dominant, contrôle l'expression du langage. Une lésion à ce niveau provoque une **dysphasie expressive (motrice)**.
- Le **faisceau arqué** relie les aires de Wernicke et de Broca. Une lésion à ce niveau provoque une **dysphasie de conduction**.

Langage fluent (dysphasie réceptive ou de conduction)

1. **Dénomination des objets.** Les patients souffrant de dysphasie de conduction ou réceptive nomment mal les objets. C'est la seule anomalie constatée dans la dysphasie nominale (lésion temporo-pariétale postérieure dominante).
2. **Répétition.** Les patients souffrant de dysphasie de conduction et réceptive éprouvent des difficultés pour répéter des mots ou des phrases.
3. **Compréhension.** Les patients souffrant de dysphasie réceptive sont incapables de suivre une instruction (orale ou écrite). Dans la dysphasie de conduction, les instructions peuvent être suivies.

Langage non fluent (dysphasie expressive)

1. **Dénomination des objets.** Cette capacité est absente ou faible mais elle peut être meilleure que le langage spontané.
2. **Répétition.** C'est parfois possible avec un gros effort. La répétition des phrases (par exemple, « Pas de mais, ni de si, ni de et ») est très altérée.
3. **Compréhension.** Cette capacité est relativement normale et les instructions écrites et orales peuvent être suivies.
4. **Lecture.** Les patients peuvent présenter une dyslexie.
5. **Écriture.** Une dysgraphie est possible.
6. **Recherchez une hémiplégie** (faiblesse du motoneurone supérieur d'un côté). Le bras est plus affecté que la jambe.

LES NERFS CRÂNIENS

Si possible, le patient doit être assis au bord du lit. Commencez par faire une inspection générale de la tête et du cou. Recherchez des cicatrices de **craniotomie**, évoquant une intervention chirurgicale antérieure ayant nécessité l'ouverture du crâne. Examinez

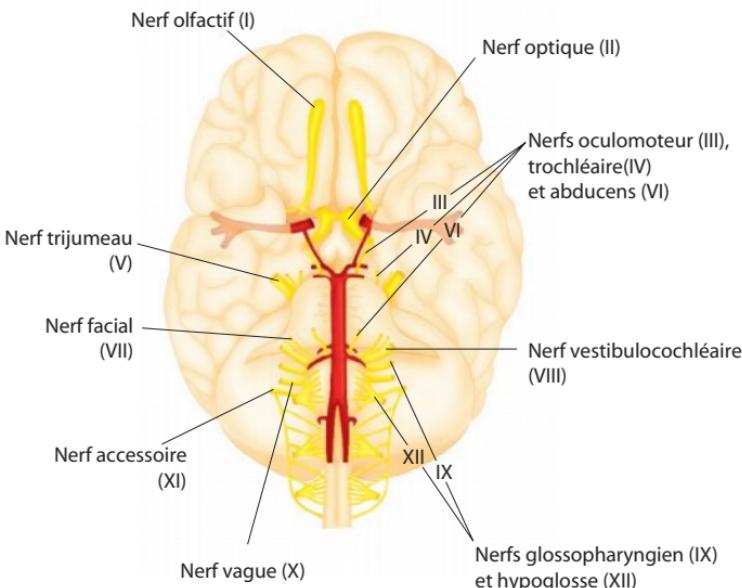


Figure 7.3 Localisation des nerfs crâniens.

ensuite les nerfs crâniens, grossièrement dans l'ordre de leur numérotation ([figure 7.3](#)). Le recours à une approche systématique est la seule façon de s'assurer que rien d'important n'a été oublié.

Le I (nerf olfactif)

Il ne s'agit pas d'un examen de routine mais cette évaluation est nécessaire en cas de suspicion d'une perte de l'olfaction (anosmie). Chaque narine est testée séparément en utilisant des substances non irritantes dans différents flacons. Le patient les sent délicatement et il doit être capable d'identifier les odeurs répandues, comme le café ou la vanille. Une lingette désinfectante est suffisante pour un test simple de l'odorat.

Le II (nerf optique) ([voir aussi chapitre 8](#))

1. Testez toujours l'**acuité visuelle** chez un patient portant ses lunettes de lecture s'il en utilise :
 - testez chaque œil séparément, l'autre œil étant recouvert par un cache ;

- demandez au patient de lire des lettres sur un tableau. Le tableau standard est lu après réflexion sur un miroir situé à 3 m de distance (soit une distance totale de 6 m). L'aptitude à lire les lettres normalement visibles à cette distance est dite « vision 10/10 ». L'aptitude à lire uniquement des lettres plus grosses normalement visibles à 60 m est dite « vision 1/10 ». Il est également possible d'utiliser un tableau portatif;
 - les patients ayant une faible acuité visuelle ne sont parfois capables de ne distinguer que les mouvements de la main ou la lumière et l'obscurité.
- 2. Examinez le champ visuel.** Une méthode utilise une confrontation avec une épingle à tête rouge. Dans cet examen, le champ de vision du patient est comparé avec le vôtre ([figure 7.4a](#)). Votre tête doit être au niveau de celle du patient :
- amenez lentement l'épingle en diagonale dans chaque quadrant. Quand l'épingle pénètre dans votre champ visuel et dans celui du patient, elle doit normalement être visible pour vous deux à un même point;
 - vous devez regarder l'épingle et également l'œil du patient pour vous assurer qu'il continue à regarder droit devant. Les patients sont souvent tentés de déplacer leur regard vers l'épingle.
- On peut ainsi détecter un certain nombre d'atteintes du champ visuel, comme indiqué sur la [figure 7.4b](#). Si l'acuité visuelle est altérée, les champs sont délimités avec les doigts et non avec une épingle. Demandez au patient de signaler quand vos 1^{er} et 2^e doigts deviennent visibles, quand vous les dirigez dans les quadrants des champs visuels. Avec la pratique, vous pourrez délimiter les champs avec vos doigts, tout comme le font les ophtalmologistes.
- 3. Faites un examen du fond d'œil** (voir p. 248).

Astuces des auteurs

Lorsque vous demandez au patient de se couvrir un œil avec la main, dites-lui d'utiliser la paume de sa main plutôt que ses doigts. En général, il est possible de voir entre les doigts, donc la vision n'est pas totalement obstruée.



(a)

1 Vision en tunnel : atteinte concentrique (p. ex.: glaucome, œdème papillaire)	
2 Augmentation de la tache aveugle : dilatation de la tête du nerf optique	
3 Scotome central : lésion de la tête du nerf optique au chiasma (p. ex.: démyélinisation, toxique, vasculaire, nutritionnelle)	
4 Amputation unilatérale du champ visuel : lésion du nerf optique (p. ex.: vasculaire, tumorale)	
5 Hémianopsie bitemporale : lésion du chiasma optique (p. ex.: tumeur hypophysaire, méningiome de la selle)	
6 Hémianopsie latérale homonyme : lésion en un point entre le tractus optique et le cortex occipital (p. ex.: vasculaire, tumorale) Quand la lésion est incomplète, la vision maculaire est respectée	
7 Hémianopsie latérale homonyme en quadrant supérieur : lésion du lobe temporal (p. ex.: vasculaire, tumorale)	
8 Hémianopsie latérale homonyme en quadrant inférieur : lésion du lobe pariétal	

(b)

Figure 7.4 (a) Examen du champ visuel par confrontation. Comparez votre champ visuel avec celui du patient (les deux yeux, puis en recouvrant un œil sur deux) et surveillez le patient pour vous assurer que son regard est dirigé droit devant. (b) Atteintes du champ visuel associées aux lésions du système visuel. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

Le III (nerf oculomoteur), le IV (nerf trochléaire) et le VI (nerf abducens)

Ces nerfs contrôlent les mouvements des yeux, la paupière supérieure et la taille de la pupille, et ils sont habituellement testés ensemble.

1. Examinez les pupilles et notez leur forme, leurs tailles relatives et toute ptose associée (fermeture involontaire de la paupière, complète ou partielle) :

- en cas de rétrécissement d'une pupille ou des deux, on parle de **myosis**. Les causes sont notamment les collyres utilisés dans le traitement du glaucome, les morphiniques, le syndrome de Claude Bernard-Horner (interruption de l'innervation sympathique de l'œil, qui provoque également une ptose de la paupière), une hémorragie pontine et, rarement, la syphilis (pupille d'Argyll-Robertson) ;
 - une dilatation des pupilles est appelée **mydriase**. Les causes sont notamment une paralysie du nerf III (unilatérale), l'instillation de collyres mydriatiques, une pupille d'Adie (une lésion du ganglion ciliaire), un traumatisme et un iritis avec synéchie ;
 - une inégalité de la taille des pupilles peut être physiologique : on parle alors d'**anisocorie essentielle**.
2. Avec une lampe de poche, éclairez par le côté pour évaluer la **réaction** des pupilles à la lumière. Évaluez rapidement à la fois la réponse normale **directe** (contraction de la pupille éclairée) et la réponse normale **consensuelle** (contraction de l'autre pupille). N'oubliez pas que *les deux* pupilles doivent normalement se contracter brusquement et avec une amplitude égale quand l'une des deux est éclairée.
 3. Testez l'**accommodation** (contraction pupillaire survenant lorsque les yeux se focalisent sur un objet proche) en demandant au patient de regarder au loin, puis un objet (par exemple, une épingle ou un stylo) placé à environ 20 cm du nez.
 4. Évaluez les **mouvements oculaires** avec les deux yeux d'abord, en demandant au patient de suivre l'épingle ou votre doigt déplacés latéralement à droite et à gauche, puis vers le haut et vers le bas (déplacement en « H »). Recherchez un mouvement anormal.

Astuces des auteurs

Souvenez-vous que le muscle droit latéral, innervé par le nerf VI, ne fait que déplacer l'œil horizontalement vers l'extérieur (voir [figure 8.2](#) au [chapitre 8](#)).

5. Demandez au patient s'il souffre de **diplopie** (vision double) et dans quelle direction du regard cette diplopie est la plus prononcée. Une diplopie peut être due à une faiblesse d'un ou de plusieurs muscles oculaires. La séparation des images est plus grande dans la direction où le muscle affecté a une action prépondérante.
6. Recherchez un **nystagmus**. Il s'agit d'une oscillation rythmique involontaire des muscles oculaires changeant alternativement de sens. Il peut être :
 - **pendulaire** : les oscillations de l'œil sont centrales et d'amplitude égale dans chaque direction; cela indique en général une anomalie de la fixation;
 - **diphasique** (à ressort) : comporte un lent mouvement de dérive et un mouvement rapide de rappel.

Le sens du nystagmus est donné par la phase rapide. Le nystagmus diphasique est un signe d'atteinte au niveau du cervelet, du tronc cérébral ou du vestibule. Un nystagmus diphasique fin est normal aux extrêmes du regard, il faut donc demander au patient de suivre votre doigt de manière à ce que chaque œil soit porté en abduction à 30°, l'un après l'autre.

Astuces des auteurs

Souvenez-vous des signes caractéristiques des paralysies des nerfs III, IV et VI :

- **III** : mydriase homolatérale (du même côté que la lésion) non réactive à la lumière ou à l'accommodation, ptose complète et strabisme divergent (l'œil est dévié vers le bas et en dehors);
- **IV** : incapacité de tourner l'œil vers le bas et en dedans; la tête du patient peut être inclinée du côté normal;
- **VI** : anomalie du mouvement latéral, avec une diplopie davantage prononcée pendant le regard latéral du côté affecté.

Le V (nerf trijumeau)

1. Testez délicatement les **réflexes cornéens** en utilisant un bout de coton pour toucher la cornée et demandez au patient s'il sent quelque chose. Normalement, *les deux* paupières doivent se fermer brusquement. La composante sensitive de ce réflexe est le nerf V et la composante motrice est le nerf VII.

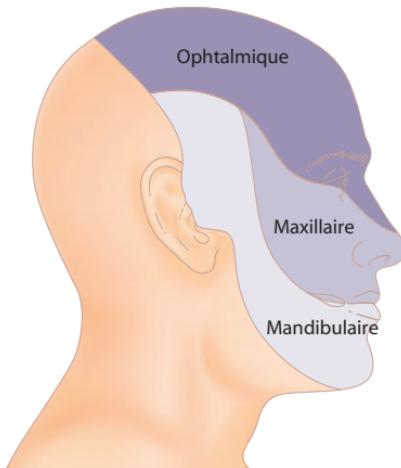


Figure 7.5 Divisions du nerf trijumeau.

2. Testez la **sensibilité faciale** dans les trois divisions du nerf : ophtalmique, maxillaire et mandibulaire ([figure 7.5](#)).
3. Testez la **sensibilité douloureuse** (piqûre d'épingles) de chaque zone avec une nouvelle épingle neurologique jetable. Commencez sur un côté du front et déplacez-vous de l'autre côté, en appuyant l'épingle sur la peau et demandez au patient ce qu'il perçoit (une douleur aiguë est normale!). Si vous observez des zones où la sensibilité est atténueée (douleur sourde), délimitez-les en déplaçant l'épingle jusqu'à retrouver une sensibilité normale (douleur aiguë).
4. Testez la sensibilité au **toucher léger** en touchant (sans caresser) la peau avec un morceau de coton.
5. Notez la présence d'une **dissociation sensitive** (habituellement perte de la sensibilité douloureuse et thermique et préservation de la sensibilité au toucher léger). Elle est rare mais survient classiquement dans la syringobulbie, où la dilatation du canal central du tronc cérébral et de la partie haute de la moelle spinale interrompt la décussation des fibres véhiculant la douleur et la température d'abord.
6. Examinez la division **motrice** du nerf V en demandant au patient de **serrer** les dents pendant que vous palpez les

muscles masséters. Demandez-lui ensuite d'**ouvrir** la bouche et essayez de la **maintenir fermée** (pas trop fort); cela est impossible quand les muscles ptérygoïdiens sont fonctionnels. Une lésion unilatérale fait dévier la mâchoire vers le côté faible (affecté) car il n'y a pas d'opposition à l'action des muscles normaux.

7. Testez le **réflexe massétérin** en percutant avec le marteau à réflexes votre pouce placé sur le menton du patient, celui-ci ayant la bouche entrouverte. Ce réflexe est présent chez le sujet sain, mais il est exagéré, avec une contraction bilatérale brusque des muscles masséters, en cas de paralysie pseudobulbaire (lésions bilatérales du motoneurone supérieur touchant également les nerfs IX, X et XII).

Le VII (nerf facial)

Testez les muscles de l'**expression faciale**.

1. Demandez au patient de regarder vers le haut et de *plisser le front*. Recherchez une perte du plissement et évaluez la force musculaire en poussant vers le bas de chaque côté. Il est préservé en cas de lésion du motoneurone supérieur du fait de la représentation corticale bilatérale de ces muscles.
2. Demandez ensuite au patient de *fermer fortement les yeux* et comparez les deux côtés. Une faiblesse unilatérale du facial, qu'elle soit supérieure ou inférieure, peut aboutir à une fermeture incomplète de l'œil du même côté, mais une lésion du motoneurone inférieur a un effet plus prononcé.
3. Enfin, demandez au patient de *sourire* et comparez les sillons nasogéniens. Le côté où le sillon est moins prononcé (plus plat) est le côté anormal.

Le VIII (nerf vestibulocochléaire)

Une mesure quantitative de l'audition est impossible sans l'appareillage approprié, mais on peut obtenir des informations qualitatives utiles au chevet du malade.

1. Chuchotez un nombre à 60 cm de chaque oreille du patient, pendant que l'autre oreille est distraite par le mouvement de votre doigt près du conduit auditif. Une certaine pratique est nécessaire pour savoir à quelle intensité un chuchotement est normalement audible.

2. En cas de surdité, effectuez les tests de **Rinne** et de **Weber** et examinez les conduits auditifs externes et les tympans (voir [chapitre 8](#)).

Le IX (nerf glossopharyngien) et le X (nerf vague)

1. Examinez le palais et notez tout **déplacement de la luette**. Demandez au patient de dire «ah» et examinez le mouvement du palais mou qui doit être symétrique. En cas de lésion unilatérale du nerf X, la luette est attirée du côté non affecté (normal).
2. Il est parfois peu prudent de tester, même doucement, le **réflexe nauséux** (le nerf IX est la composante sensitive et le nerf X est la composante motrice), dans lequel on touche successivement chaque côté du palais mou avec une spatule. La réponse normale est un haut-le-cœur avec contraction du palais des deux côtés, voire un vomissement.
3. Pour tester la composante sensitive (afférente) du réflexe nauséux, il est préférable de **toucher le pharynx de chaque côté**, et de demander si le contact est perçu et s'il semble identique des deux côtés. La composante motrice (efférente) de ce réflexe a été testée lorsque le patient a dit «aah».
4. Demandez au patient de parler pour rechercher une **raucité de la voix**, puis de tousser et d'avaler. Une toux bitonale ou caverneuse évoque des lésions bilatérales du nerf laryngé récurrent.

Le XI (nerf accessoire)

1. Demandez au patient de hausser les épaules et palpez le **trapèze** alors que vous repoussez les épaules vers le bas.
2. Demandez ensuite au patient de tourner la tête contre résistance et palpez le bombement du **sternocléidomastoïdien**. Le sternocléidomastoïdien gauche fait tourner la tête vers la droite, et vice versa. Une paralysie nerveuse (lésion du motoneurone inférieur) induit une faible contraction du muscle sternocléidomastoïdien homolatéral à la lésion (c'est-à-dire une faiblesse de la rotation de la tête du côté opposé). Une lésion du motoneurone supérieur peut induire une faiblesse de la version controlatérale de la tête du fait de la faiblesse du sternocléidomastoïdien homolatéral.

Le XII (nerf hypoglosse)

- Pendant l'examen de la bouche, inspectez la **langue** à la recherche d'une **atrophie musculaire** et de **fasciculations** (secousses aléatoires de petits groupes musculaires), qui sont caractéristiques d'une lésion du motoneurone inférieur.

Astuces des auteurs

La présence de fasciculations au niveau de la langue est un signe important qu'il est aisément de manquer. Demandez au patient de faire reposer sa langue sur le plancher de la bouche. L'observation de fasciculations demande de la patience.

- Demandez ensuite au patient de **tirer la langue**. Une lésion unilatérale fait dévier la langue vers le côté plus faible (affecté).

Points clés en situation pratique

Lésions des motoneurones supérieur *versus* inférieur

Souvenez-vous de la différence entre les lésions des motoneurones supérieur et inférieur ([figures 7.6 et 7.7](#)).

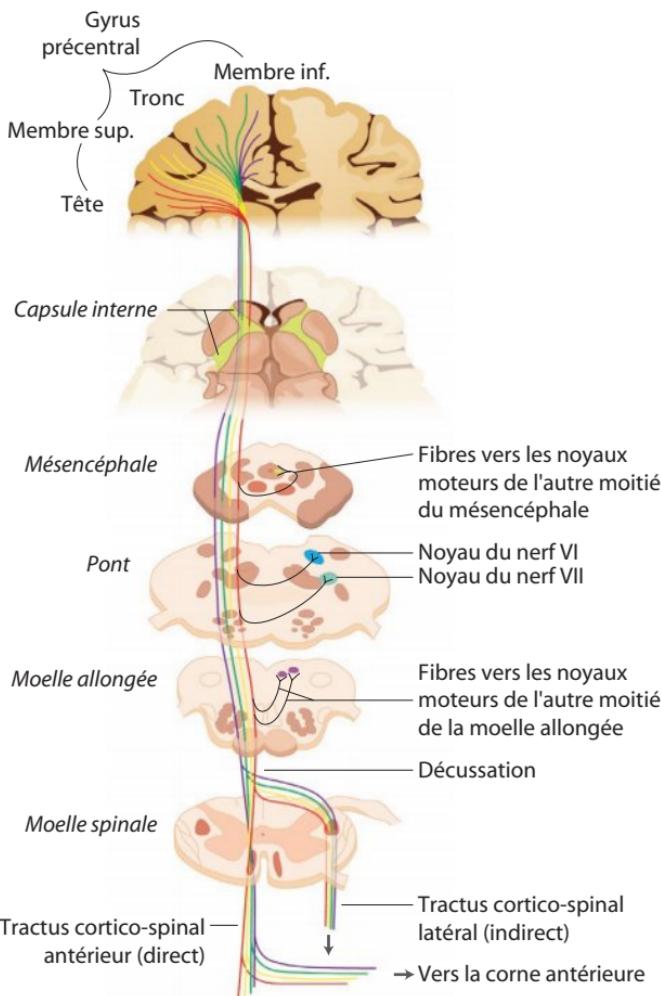
- Une lésion qui interrompt la voie nerveuse au-dessus de la corne antérieure de la moelle spinale est appelée **lésion du motoneurone supérieur**. Des exemples en sont les lésions du cortex, de la capsule interne, du tronc cérébral et de la moelle spinale. Elles sont associées à une augmentation du tonus (spasticité) dans les groupes musculaires affectés. Les réflexes sont exagérés et un clonus (contraction musculaire rythmique) est possible, mais il n'y a pas d'atrophie musculaire ni de fasciculations.
- Les **lésions du motoneurone inférieur** provoquent une baisse du tonus et des réflexes, une atrophie musculaire et parfois des fasciculations.

Signes des lésions du motoneurone supérieur

- Une faiblesse est présente dans tous les groupes musculaires du membre inférieur, mais elle peut être plus marquée dans les muscles fléchisseurs. Au niveau du membre supérieur, la faiblesse peut être plus marquée dans les muscles extenseurs (jambe tendue, bras fléchi). L'atrophie musculaire est minime (sauf s'il y a immobilisation).
- Il y a une augmentation du tonus (pouvant être à type de fermeture de canif : résistance initiale qui disparaît soudainement) qui est souvent associée à un clonus.
- Les réflexes sont exagérés, à l'exception des réflexes superficiels (par exemple, abdominaux) qui sont absents.
- On retrouve une réponse plantaire en extension (Babinski).

Signes des lésions du motoneurone inférieur

1. La faiblesse peut être plus évidente au niveau distal qu'au niveau proximal, et l'atteinte est équivalente pour les muscles fléchisseurs et extenseurs. L'atrophie musculaire est caractéristique.
2. Le tonus est diminué.
3. Les réflexes sont diminués et la réponse plantaire est normale ou absente.
4. Des fasciculations peuvent être présentes.

**Figure 7.6** Voies motrices.

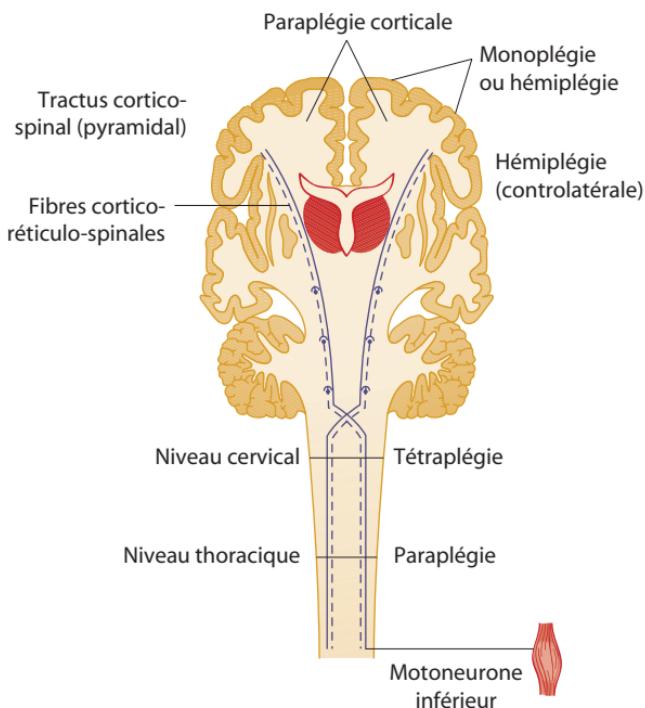


Figure 7.7 Lésions des motoneurones supérieur et inférieur.

LES MEMBRES SUPÉRIEURS

Demandez au patient de s'asseoir sur le bord du lit, face à vous. Recherchez des mouvements anormaux.

1. Un **tremblement** est une oscillation rythmique autour d'une articulation due à une contraction et à une relaxation des muscles ou à une alternance de contraction et de relaxation de groupes musculaires opposés. Il existe un tremblement normal fin (> 10 cycles/seconde) quand les muscles tentent de maintenir une position stationnaire contre la pesanteur (**tremblement physiologique**). Ce tremblement est exagéré avec l'anxiété, l'alcoolisme et la thyrotoxicose, ainsi que chez les patients souffrant de tremblement familial. La maladie de Parkinson se manifeste par un **tremblement de repos** grossier : on note une flexion et une contraction répétitives des doigts, et une abduction et une adduction du pouce (tremblement simulant un geste d'émettement) au repos.

Un **tremblement d'intention** devient plus prononcé quand le membre est dirigé vers un objet, par exemple si le patient tend le bras pour toucher quelque chose.

2. Mouvements irréguliers :

- les mouvements **choréiformes** sont des mouvements répétitifs saccadés involontaires qui peuvent sembler être à moitié intentionnels ; on les retrouve dans les atteintes extrapyramidales. Un battement de la langue (protrusion et rétraction rapides avec battements de la pointe) est fréquemment associé ;
 - l'**athétose** est un mouvement ondulatoire lent ;
 - les **secousses myocloniques** sont des contractions musculaires involontaires brutales relativement fréquentes ;
 - l'**hémiballisme**, caractérisé par des mouvements de balancement involontaires spectaculaires, est rare.
- 3. Une pseudo-athétose** (petits mouvements ondulatoires, notamment des doigts) apparaît en cas de perte proprioceptive (cordon postérieur).

Le système moteur

Examinez systématiquement le système moteur, à chaque fois.

1. Commencez par inspecter le patient à la recherche d'une **atrophie musculaire** (proximale et distale) et de **fasciculations**. N'oubliez pas d'inclure le tronc et la ceinture scapulaire dans votre inspection.
2. Demandez au patient de tendre les deux bras et de fermer les yeux. Recherchez une **dérive de l'un ou des deux bras**, qui peut être due à :
 - une faiblesse du motoneurone supérieur ;
 - une lésion cérébelleuse ;
 - une perte proprioceptive.
3. Palpez la **masse musculaire** des bras et des avant-bras et notez toute douleur à la palpation.
4. Testez le **tonus** aux poignets et aux coudes en mobilisant passivement les articulations à des vitesses variables. Fléchissez et étendez les poignets et les coudes du patient après lui avoir demandé de se détendre et de ne pas vous aider. Une certaine pratique est nécessaire pour se familiariser avec le tonus musculaire normal³.

³ Il n'y a pas de résistance à ces mouvements passifs chez les jeunes patients coopératifs et ils ne peuvent donc pas réellement avoir un tonus diminué.

Les modifications de tonus sont plus faciles à détecter si elles sont unilatérales.

5. Évaluez la **force** (testing de la force, [figure 7.8](#)) aux épaules, aux coudes, aux poignets et aux doigts. Souvenez-vous que



«Empêchez-moi d'abaisser vos bras»

(a) Abduction de l'épaule



«Empêchez-moi d'élever vos bras»

(b) Adduction de l'épaule



«Empêchez-moi de tendre votre coude»

(c) Flexion du coude



«Empêchez-moi de plier votre coude»

(d) Extension du coude



«Empêchez-moi de tendre votre main»

(e) Flexion du poignet



«Empêchez-moi de plier votre poignet»

(f) Extension du poignet

Figure 7.8 Évaluation de la force au niveau des membres supérieurs.



« Serrez fort mes doigts »

(g) Flexion des doigts



« Empêchez-moi de rapprocher vos doigts »

(h) Abduction des doigts



« Tenez le papier et empêchez-moi de le retirer »

(i) Signe de Froment

Figure 7.8 suite

les droitiers sont légèrement plus forts du côté droit.

La force est cotée comme suit⁴ :

0 : Paralysie complète.

1 : Contraction sans déplacement.

2 : Le mouvement est possible après élimination de la pesanteur.

3 : Le mouvement est possible contre la pesanteur mais pas si on ajoute une résistance supplémentaire.

4 : Le mouvement est possible contre la pesanteur et un certain degré de résistance.

5 : Force normale.

⁴ N'oubliez pas que votre propre force peut être différente de celle du patient. Il est parfois inquiétant de voir un étudiant en médecine robuste tester la force d'une personne âgée et fragile.

L'épaule

- **Abduction** (innervation par les racines C5, C6) : le patient doit porter les bras en abduction avec les coudes fléchis et résister à votre tentative de les pousser vers le bas ([figure 7.8a](#)).
- **Adduction** (C6, C7, C8) : le patient doit porter les bras en adduction avec les coudes fléchis et ne pas vous laisser les écarter ([figure 7.8b](#)).

Le coude

- **Flexion** (C5, C6) : le patient doit plier le coude et tirer pour ne pas vous laisser le tendre ([figure 7.8c](#)).
- **Extension** (C7) : le patient doit plier le coude et pousser pour ne pas vous laisser le plier ([figure 7.8d](#)).

Le poignet

- **Flexion** (C6, C7, C8) : le patient doit plier le poignet et ne pas vous laisser le tendre ([figure 7.8e](#)).
- **Extension** (C7, C8) : le patient doit étendre le poignet et ne pas vous laisser le plier ([figure 7.8f](#)).

Les doigts

- **Extension** (C7, C8) : le patient doit tendre les doigts et ne pas vous laisser les abaisser (poussez avec le côté de votre main les articulations métacarpophalangiennes du patient).
- **Flexion** (C7, C8) : le patient serre deux de vos doigts ([figure 7.8g](#)).
- **Abduction** (C8, T1) : le patient doit écarter les doigts et ne pas vous laisser les rapprocher ([figure 7.8h](#)).
- Recherchez une **atrophie des petits muscles des mains**, avec des creux marqués entre les tendons du long extenseur et l'éminence hypothénar (lésion du nerf ulnaire) ou l'éminence thénar (lésion du nerf médian). Demandez au patient d'étendre les deux poignets et demandez-lui s'il ressent des picotements (**signe de Phalen** par compression du nerf médian dans le syndrome du canal carpien).
- Si le patient a une **main en griffe** (flexion fixe des doigts), il faut effectuer un test pour détecter une lésion du **nerf ulnaire** (anciennement nerf cubital) ou du **nerf médian**.
- Quand le patient saisit une feuille de papier entre le pouce et la face latérale de l'index, le pouce se fléchit si une lésion du nerf ulnaire a provoqué une perte de force de l'adducteur du pouce (**signe de Froment**; [figure 7.8i](#)).
- Demandez au patient de mettre sa main à plat, paume vers le haut, puis de lever le pouce à la verticale contre



Figure 7.9 Test du toucher du stylo pour détecter une perte de force du court abducteur du pouce (nerf médian). «Levez votre pouce pour toucher mon stylo, mais laissez votre main à plat sur la table.»

résistance ou pour toucher votre stylo (**test du toucher du stylo** pour détecter une perte de force du court abducteur du pouce [nerf médian]; [figure 7.9](#)). Cette action est impossible s'il existe une paralysie du nerf médian au niveau du poignet ou au-dessus.

Les réflexes

Examinez systématiquement les réflexes ([figure 7.10](#)) au coude et au poignet. Souvenez-vous que l'**arc réflexe** comporte une voie afférente (sensitive) et une voie efférente (motrice). La voie afférente est stimulée quand un tendon est étiré (par exemple, quand il est percuté par un marteau à réflexes). Cette voie fait synapse dans la moelle spinale avec un motoneurone qui décharge, stimulant la voie efférente, et induit la contraction du muscle concerné pour libérer la tension sur le tendon. L'interruption de la composante efférente ou afférente de l'arc réflexe empêche la contraction et le réflexe est absent. L'interruption des voies dans la moelle spinale au-dessus du niveau du motoneurone (lésion du motoneurone supérieur) lève l'inhibition et engendre des réflexes exagérés. Les réflexes peuvent être normaux, augmentés (lésion du motoneurone supérieur), diminués, voire absents (lésion du motoneurone inférieur) ou retardés (la contraction est brusque mais le retour est lent; manifestation typique de l'hypothyroïdie)⁵.

5 Une classification plus complexe des réflexes n'a que peu d'intérêt.

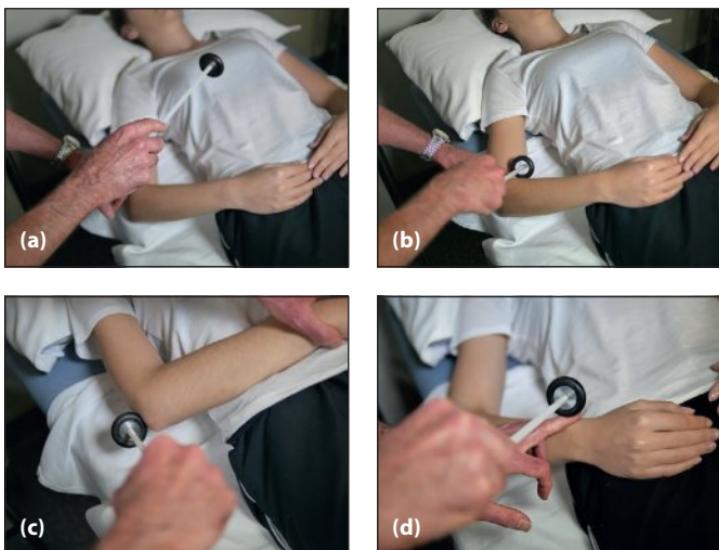


Figure 7.10 Les réflexes bicipital **(a et b)**, tricipital **(c)** et stylo-radial **(d)**.

Le **clonus** est une contraction rythmique du muscle qui peut persister tant que la tension est maintenue sur le tendon. Il apparaît dans les lésions du motoneurone supérieur. Le clonus n'est habituellement pas testé dans les membres supérieurs.

Seule la pratique peut permettre de se faire une idée des réflexes normaux. Les réflexes tendineux du membre supérieur sont parfois difficiles à déclencher chez les sujets jeunes.

Astuces des auteurs

Les patients n'ont pas un côté gauche et un côté droit par hasard (ils permettent en effet aux étudiants en médecine de comparer les deux côtés). En neurologie, la symétrie est un élément fondamental. Si vous ne comparez pas les deux côtés, vous risquez de passer à côté d'une asymétrie même frappante.

- **Le réflexe bicipital** (C5, C6) : placez votre index gauche sur le tendon du biceps et laissez le marteau à réflexes tomber dessus ([figure 7.10](#) a, b). Il y a normalement une contraction brusque (mais pas trop) du biceps.

- **Le réflexe tricipital** (C7, C8) : soutenez l'un des coudes du patient d'une main et frappez le tendon du triceps avec le marteau ([figure 7.10c](#)). Il y a normalement une contraction du triceps et une extension de l'avant-bras.
- **Le réflexe stylo-radial** (C5, C6) : placez quelques doigts sur l'extrémité distale du radius et percutez-les ([figure 7.10d](#)). La contraction du brachio-radial induit une flexion du coude.
- **Le réflexe de flexion des doigts** (C8, T1) : posez votre main sur celle du patient, cette dernière reposant paume vers le haut et utilisez le marteau à réflexes pour percuter votre main. Il y a normalement une légère flexion de tous les doigts et de l'articulation interphalangienne du pouce.
- En cas de suspicion d'une atteinte du motoneurone supérieur, recherchez le **signe de Hoffmann** : la partie terminale du majeur du patient est tapotée vers le bas entre votre pouce et votre index; il existe une anomalie si le pouce se met en flexion et en adduction alors que les autres doigts se fléchissent. La présence de ce réflexe témoigne d'une hyperréflexie mais elle n'est pas pathognomonique d'une atteinte du motoneurone supérieur.

Points clés en situation pratique

Souvenez-vous qu'une faiblesse motrice peut être due à :

- une **lésion du motoneurone supérieur** (hyperréflexie avec absence d'atrophie musculaire);
- une **lésion du motoneurone inférieur** (atrophie musculaire due à une dénervation, absence de réflexes);
- des **troubles de la transmission neuromusculaire** (fatigue à l'utilisation répétée du muscle);
- une **myopathie** (maladie musculaire s'accompagnant habituellement d'une atrophie mais avec des réflexes variables).

S'il existe des signes de lésion du motoneurone inférieur, il peut s'agir de lésions au niveau de la corne antérieure, d'une racine nerveuse, du plexus brachial ou d'un nerf périphérique, ou d'une neuropathie périphérique motrice.

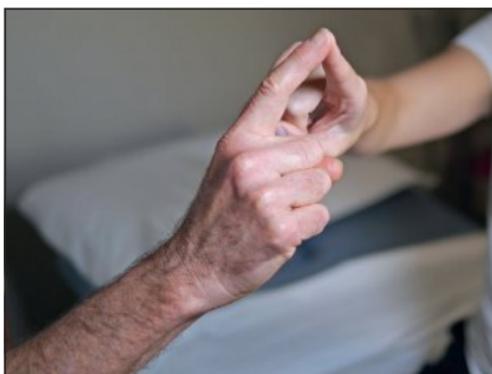
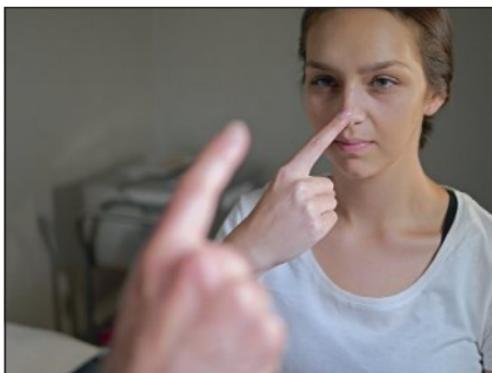


Figure 7.11 L'examen du cervelet : manœuvre doigt-nez. « *Touchez votre nez puis mon doigt.* »

La coordination (fonction cérébelleuse)

1. Commencez par effectuer la manœuvre **doigt-nez**. Demandez au patient de toucher la pointe de votre index (la cible) avec son index, son bras étant en extension, puis de toucher son nez (**figure 7.11**). Alternez les mouvements rapidement. En cas d'atteinte cérébelleuse, le doigt du patient oscille et dépasse la cible.
2. Recherchez une **dysdiadiocinésie**, une incapacité d'effectuer rapidement des mouvements alternatifs, tels que la supination et la pronation des poignets de manière répétée (ce geste est maladroit en présence d'une atteinte cérébelleuse).

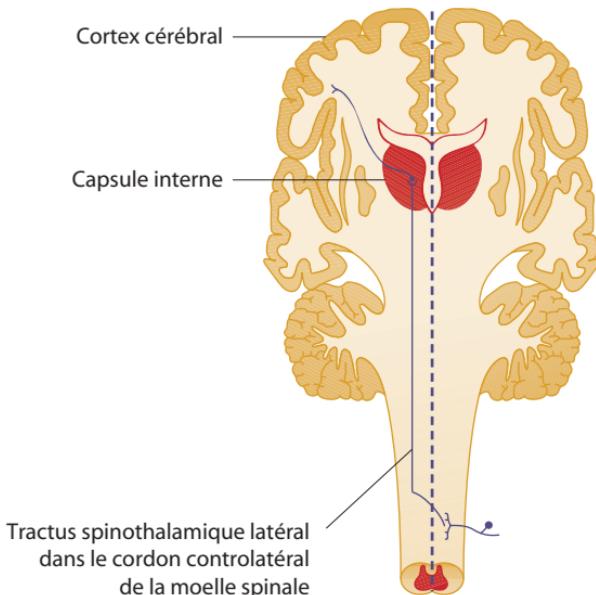


Figure 7.12 Voies de la douleur et de la sensibilité thermique.

3. Recherchez ensuite un **rebond**. Demandez au patient de lever rapidement les deux bras sur les côtés et de s'arrêter à mi-chemin. Il y a un rebond si le patient ne peut pas arrêter l'un des bras ou les deux.

LE SYSTÈME SENSITIF

Examinez le système sensitif après l'examen du système moteur car cette évaluation peut prendre du temps.

1. Commencez par tester la **voie spinothalámique (douleur et température)** (**figure 7.12**). Montrez au patient la douleur aiguë provoquée par une nouvelle épingle neurologique jetable⁶, puis demandez au patient de fermer les yeux et de vous dire si la sensation est une

6 Le test traditionnel de la sensation de douleur aiguë sur la partie haute du sternum est source de contrariété pour un oncologue qui voit un patient atteint d'un cancer au niveau de la partie haute du rachis thoracique et constate donc une sensation anormale dans la partie haute de la paroi thoracique.

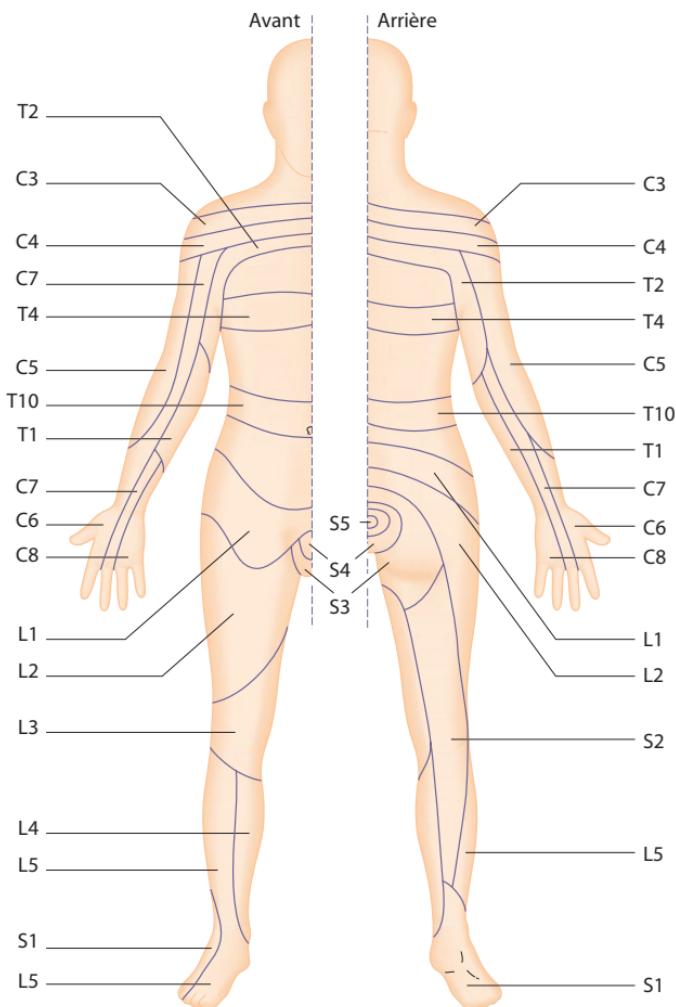


Figure 7.13 Les dermatomes des membres et du tronc.

douleur aiguë ou sourde. Commencez au niveau proximal et testez la sensibilité à la piqûre d'épingles dans chaque dermatome ([figure 7.13](#)). Lors de l'évaluation, essayez de déterminer si la perte sensitive :

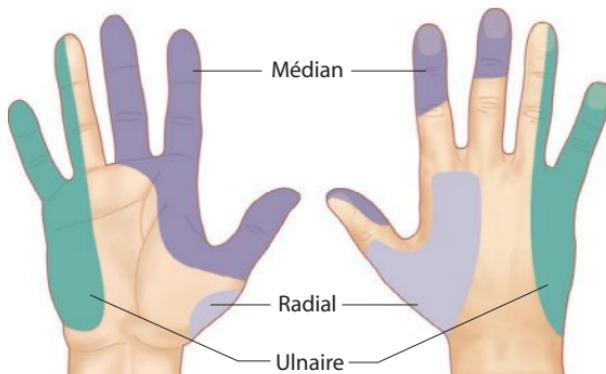


Figure 7.14 Perte sensitive des nerfs médian et ulnaire à la main.

- se localise sur un **dermatome** (l'atteinte se localise dans un ou plusieurs dermatomes : lésion médullaire ou d'une racine nerveuse);
- concerne un **nerf périphérique** (atteinte spécifique au nerf affecté, par exemple nerf médian ou nerf ulnaire; [figure 7.14](#));
- est due à une **neuropathie périphérique** (la zone affectée a la forme d'un gant);
- est **hémisensitive** (l'atteinte porte sur un côté : cortex ou moelle).

Comparez toujours les deux côtés et, quand vous remontez le long des bras, notez la présence d'un niveau sensitif (l'endroit où la sensation passe d'anormale à normale). Pressez l'épingle plusieurs fois à chaque endroit pour vous assurer de la reproductibilité.

2. Testez ensuite la **voie cordonale postérieure (vibrations et proprioception)**; [figure 7.15](#) :
 - utilisez un diapason 128 Hz pour évaluer le sens des vibrations. Après avoir frappé le diapason, placez-le sur une articulation interphalangienne distale, le patient ayant les yeux fermés, et demandez-lui s'il perçoit les vibrations. Si oui, demandez-lui de vous signaler lorsque les vibrations cessent et, après une courte

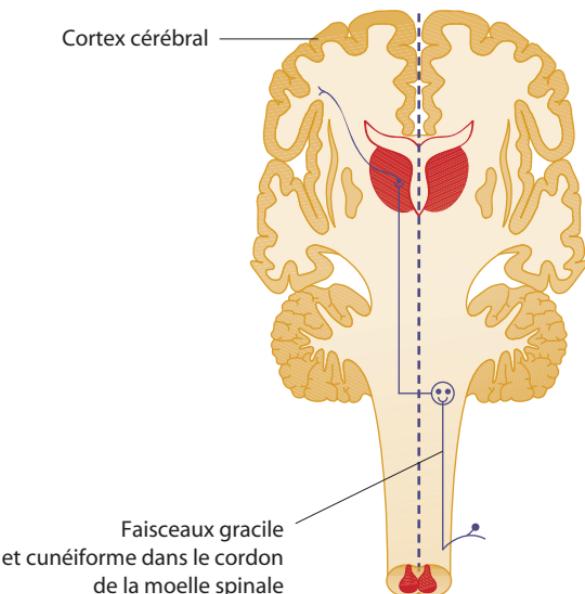


Figure 7.15 Voies du sens des vibrations et du sens de position des articulations.

attente, arrêtez la vibration. S'il existe un déficit sensitif, effectuez le test au poignet, puis au coude et ensuite à l'épaule pour déterminer le niveau de la perte sensitive;

- commencez par examiner la proprioception avec l'articulation interphalangienne distale de l'index. Le patient ayant les yeux ouverts, saisissez la phalange distale par les côtés et déplacez-la vers le haut et vers le bas, comme démonstration pour le patient. Demandez ensuite au patient de fermer les yeux et répétez la manœuvre, et arrêtez avec la phalange en position haute ou basse. Répétez cette manœuvre plusieurs fois, en terminant avec la phalange dans une position différente à chaque fois. Normalement, un mouvement même de quelques degrés est détectable, et le patient peut dire si la phalange est en position haute ou basse. En cas d'anomalie, testez le poignet et le coude de la même manière pour déterminer le niveau de la lésion.

Astuces des auteurs

Exercez-vous à pratiquer le test de la proprioception. Les sujets jeunes et sains sont capables de détecter des changements très faibles de la position des articulations. Le maintien du doigt sur le côté évite les variations de la sensibilité à la pression, ce qui permet au patient de détecter le sens du mouvement.

- 3.** Testez la sensibilité au **toucher léger** avec du coton. Touchez légèrement la peau dans chaque dermatome. Ne frottez pas la peau car le chatouillement est une sensation spinothalamique et un patient chatouilleux risque de ne pas pouvoir rester immobile.
- 4.** Recherchez des **anomalies de la sensibilité corticale** si vous suspectez une lésion corticale après l'examen initial. Les lésions du lobe pariétal peuvent induire une **extinction sensitive**. Dans ce cas, la sensibilité est normale quand on teste un côté à la fois, mais elle est absente du côté opposé à la lésion si les deux côtés sont testés ensemble. Le patient ferme les yeux et vous touchez ses deux mains. Le stimulus n'est perçu que du côté normal. Une **astéréognosie** se manifeste également en cas de lésions pariétales ; le patient est alors incapable de reconnaître un objet placé dans sa main.

LES MEMBRES INFÉRIEURS

La démarche

Les troubles de la marche sont un problème fréquent. Commencez par faire l'inventaire des différentes causes possibles, puis interrogez le patient concernant son problème (voir encadré « Interrogatoire »). Pour finir, testez la posture et la démarche, si possible ([figure 7.16](#)).

Astuces des auteurs

Si, dans le cadre d'un examen d'évaluation, on vous indique qu'un patient a des troubles de la marche, commencez par demander au patient de marcher.

Interrogatoire Quelles questions poser à un patient qui présente des troubles de la marche ?

Le pictogramme ! désigne la présence éventuelle d'un problème urgent ou dangereux.

1. Depuis combien de temps avez-vous du mal à marcher ?
Êtes-vous capable de marcher ?
2. Ce problème va-t-il en s'aggravant ?
3. Est-il apparu brutalement ? (AVC, problème rachidien aigu ; blessure, sepsis, thrombose.)
4. Ressentez-vous une sensation de malaise général ou avez-vous eu de la fièvre ?
5. Ressentez-vous une faiblesse dans une jambe ? (AVC le plus souvent.)
6. Avez-vous été blessé à la jambe ou au dos ?
- ! 7. Avez-vous eu des difficultés pour uriner ou déféquer ? (Lésion de la moelle spinale.)
8. Avez-vous des problèmes d'équilibre ? (Atteinte cérébelleuse, neuropathie périphérique, maladie de Parkinson.)
9. Avez-vous déjà eu des problèmes de tremblements ?
- ! 10. Êtes-vous déjà tombé en raison d'un problème de marche ?
11. Avez-vous déjà eu besoin d'utiliser une canne ou un déambulateur ?
12. Avez-vous déjà souffert d'arthrite, de goutte ou de douleurs dans les articulations ou les pieds ?
13. Avez-vous du mal à vous lever d'une chaise ? (Myopathie proximale.)
14. Prenez-vous des médicaments tels que la cortisone ou la prednisone ? (Myopathie proximale.)
15. Êtes-vous diabétique ? Si oui, depuis combien de temps ?
16. Avez-vous déjà eu un cancer ? (Métastases rachidiennes.)
17. Êtes-vous limité par une douleur au niveau des mollets quand vous parcourez une certaine distance ? (Claudication.)

1. Demandez au patient de marcher normalement sur une courte distance puis de se retourner rapidement et de revenir. Demandez-lui ensuite de marcher en plaçant un pied juste devant l'autre (un test de la fonction cérébelleuse autrefois utilisé par la police pour détecter une intoxication alcoolique). Demandez ensuite au patient de marcher sur la pointe des pieds (ce qui est difficile voire impossible en cas de lésion de S1 ou du nerf tibial). Pour finir, demandez au patient de marcher sur les talons (ce qui est difficile voire impossible en cas de lésion de L4-5 ou du nerf fibulaire [anciennement nerf péronier]).

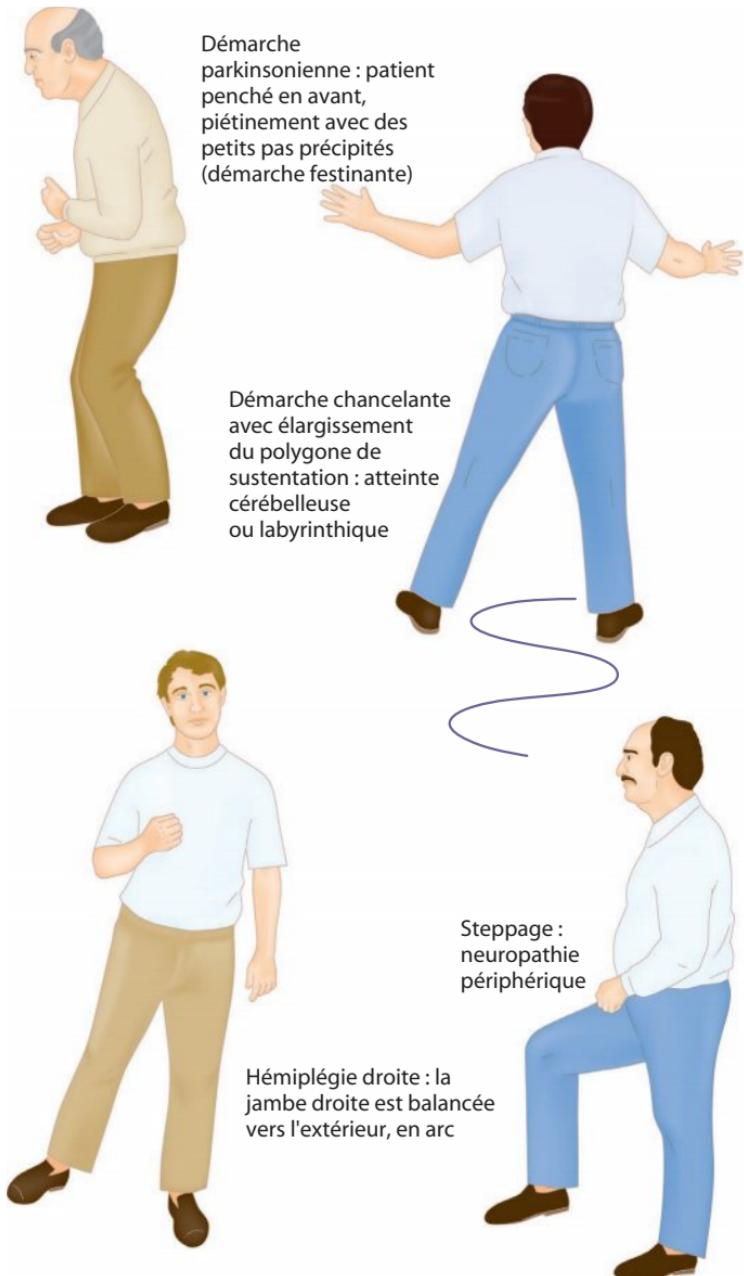


Figure 7.16 Troubles de la démarche.

- Demandez au patient de se tenir debout pieds joints, d'abord avec les yeux ouverts puis avec les yeux fermés. Une augmentation des oscillations quand les yeux sont ouverts évoque une atteinte cérébelleuse. Si ce phénomène ne se manifeste que lorsque les yeux sont fermés (**signe de Romberg**), cela évoque une perte proprioceptive.

Points clés en situation pratique

Troubles de la marche : diagnostics différentiels importants

- Maladie neurologique :
 - Faiblesse du motoneurone supérieur.
 - Faiblesse du motoneurone inférieur.
 - Maladie du motoneurone.
 - Myasthénie.
 - Trouble cérébelleux.
 - Trouble du mouvement.
 - Neuropathie périphérique.
 - Myopathie.
- Hystérie.
- Maladie musculosquelettique :
 - Blessure.
 - Arthrite.
- Maladie vasculaire périphérique.

Astuces des auteurs

Les études de la démarche sont fréquentes dans le cadre des mises en situation clinique et des ECOS. Vous devrez avoir compris le test de Romberg ainsi que la signification d'un signe de Romberg positif (augmentation des oscillations lorsque les yeux sont fermés).

Exercez-vous à pratiquer ce test et apprenez comment éviter que les patients tombent lorsqu'ils ferment les yeux.

Le système moteur

- Allongez le patient sur le lit avec les jambes complètement exposées. Placez une serviette sur la région inguinale ; regardez si le patient porte une sonde urinaire.
- Recherchez une **atrophie musculaire** et des **fasciculations**. Notez tout tremblement.
- Palpez la **masse musculaire** du **quadriceps**, puis faites remonter votre main le long de chaque tibia pour percevoir une atrophie des muscles **tibiaux antérieurs**.

4. Testez le **tonus** aux genoux et aux chevilles. Demandez au patient de se détendre et de ne pas s'opposer au mouvement que vous imprimez aux membres ni d'aider ce mouvement. Placez votre main sous le genou du patient et soulevez rapidement le genou pour qu'il se fléchisse et s'étende. Saisissez ensuite le pied et fléchissez-le et étendez-le de manière répétée. Avec la pratique, vous parviendrez à évaluer si la résistance musculaire à ces mouvements est normale ou anormale.
5. Testez le **clonus**. Poussez brusquement l'extrémité inférieure du quadriceps vers le genou. Des contractions rythmiques soutenues du quadriceps témoignent d'une lésion du motoneurone supérieur. Testez également la cheville en portant brusquement le pied en dorsiflexion, le genou étant plié et la cuisse en rotation externe; recherchez un clonus des muscles du mollet.
6. Évaluez ensuite la **force** (testing) aux hanches, aux genoux et aux chevilles ([figure 7.17](#)). Celle-ci doit à nouveau être cotée de 0 à 5 (voir p. [219](#)).

La hanche

- **Flexion** (innervation par L2, L3) : demandez au patient de soulever la jambe tendue et de ne pas vous laisser la repousser vers le bas (votre main étant placée sur le genou; [figure 7.17a](#)).
- **Extension** (S1) : demandez au patient de garder la jambe vers le bas et de ne pas vous laisser la lever, votre main étant placée sous le mollet ou la cheville ([figure 7.17b](#)).
- **Abduction** (L5) : demandez au patient de porter la jambe en abduction et de ne pas vous laisser la repousser vers l'intérieur.
- **Adduction** (L2, L3) : demandez au patient de garder la jambe en adduction et de ne pas vous laisser la repousser vers l'extérieur.

Le genou

- **Flexion** (L5, S1) : demandez au patient de plier le genou et de ne pas vous laisser le tendre ([figure 7.17c](#)).
- **Extension** (L3, L4) : le genou étant légèrement fléchi, demandez au patient de le tendre et de ne pas vous laisser le plier ([figure 7.17d](#)).



Figure 7.17 Évaluation de la force au niveau des membres inférieurs.
(a) «Levez votre jambe en vous opposant à la force de ma main.» (flexion de la hanche). **(b)** «Empêchez-moi de lever votre jambe.» (extension de la hanche). **(c)** «Ramenez votre talon vers vos fesses.» (flexion du genou). **(d)** «Essayez de tendre votre jambe en vous opposant à la force de ma main.» (extension du genou). **(e)** «Relevez votre pied vers le genou en vous opposant à la force de ma main.» (flexion plantaire, cheville). **(f)** «Poussez votre pied vers le bas en vous opposant à la force de ma main.» (dorsiflexion-extension de la cheville).

La cheville

- **Dorsiflexion** (L4, L5) : demandez au patient de relever le pied et de ne pas vous laisser le repousser vers le bas ([figure 7.17e](#)).
- **Flexion plantaire** (S1, S2) : demandez au patient de pousser le pied vers le bas et de ne pas vous laisser le repousser vers le haut ([figure 7.17f](#)).
- **Éversion** (L5) : demandez au patient de porter le pied en éversion contre résistance.
- **Inversion** (L5, S1) : le pied étant en flexion plantaire complète, demandez au patient de le porter en inversion contre résistance.

Les réflexes

Examinez les réflexes ([figure 7.18](#)).



Figure 7.18 (a) Réflexe patellaire. (b) Réflexe calcaneen. (c) Réflexes plantaires.

Le genou (L3, L4)

- Laissez tomber délicatement le marteau à réflexes sur le tendon rotulien tout en soutenant le genou du patient avec votre bras (figure 7.18a). Recherchez une contraction du quadriceps.

La cheville (S1, S2)

- Le pied du patient est en position médiane à la cheville, le genou est plié et la cuisse est portée en rotation externe sur le lit. Laissez tomber le marteau à réflexes sur le tendon calcaneen (d'Achille) (figure 7.18b). Normalement, il apparaît une flexion plantaire du pied.
- Ce réflexe peut également être déclenché chez un patient à genoux, en percutant directement le tendon.

La réponse plantaire (L5, S1, S2)

- Faites passer lentement une clé de voiture (de luxe) ou un objet similaire le long de la face latérale de la plante du pied du patient (figure 7.18c). La réponse normale est une flexion du gros orteil. Une lésion du motoneurone supérieur fait apparaître une extension (dorsiflexion) du gros orteil et un écartement des autres orteils. On parle alors de réponse plantaire en extension ou de **signe de Babinski**. Ce signe est normal chez le nourrisson.

Astuces des auteurs

La réponse plantaire peut être désagréable pour le patient. Informez-le de ce que vous allez faire et n'appuyez pas trop fort. Exercez-vous avec des confrères volontaires jusqu'à ce que vous puissiez déterminer le niveau de pression tolérable ainsi que la bonne forme de clé.

La coordination (fonction cérébelleuse)

1. Effectuez la manœuvre **talon-genou**. Demandez au patient de faire glisser le talon de l'un de ses pieds vers le haut et vers le bas sur le tibia de l'autre jambe, aussi rapidement et précisément que possible. Recherchez un vacillement ou une chute du talon (figure 7.19).
2. Effectuez la manœuvre **orteil-doigt**. Le patient ayant le genou plié, demandez-lui de lever la jambe pour toucher votre index avec son orteil (figure 7.20). Recherchez un tremblement ou un dépassement de la cible.



Figure 7.19 Test de coordination : manœuvre talon-genou. «Levez la jambe droite, placez votre talon sur le genou gauche puis faites-le descendre rapidement le long de votre tibia.»
(Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

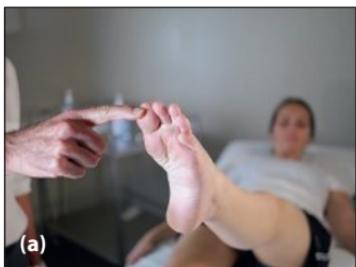
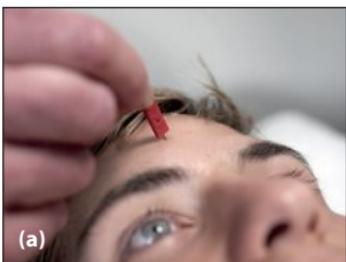


Figure 7.20 (a) La manœuvre orteil-doigt. (b) Une patiente essayant de faire la manœuvre orteil-nez. (La manœuvre orteil-nez ne fait pas partie de l'examen et n'est proposée qu'à des fins de divertissement.)



(a)



(b)

Figure 7.21 (a) Démonstration d'une douleur aiguë sur le front.
 (b) «Fermez les yeux. Quand je vous touche, ressentez-vous une douleur aiguë ? Ressentez-vous la même chose de l'autre côté ?»



(a)



(b)



(c)



(d)

Figure 7.22 (a) Diapason 128 Hz. (b) Percussion du diapason.
 (c) Démonstration des vibrations sur le sternum. (d) «Fermez les yeux. Ressentez-vous les vibrations ? Dites-moi quand elles s'arrêtent.»

3. Faites le test de **percussion du pied**. Demandez au patient de taper la plante du pied sur votre main. Recherchez des mouvements maladroits ou lents (**dysdiadiocinésie**).

Le système sensitif

1. Testez la **douleur** (piqure d'épingle; [figure 7.21](#)), puis les **vibrations** ([figure 7.22](#)) et la **proprioception** ([figure 7.23](#)),



Figure 7.23 Test de la proprioception au niveau de l'orteil. «Fermez les yeux et dites-moi si j'ai déplacé votre orteil vers le haut ou vers le bas.»

et enfin la sensibilité au **toucher léger** (comme pour les membres supérieurs et dans chaque dermatome des deux côtés; voir [figure 7.13](#)). Si la perte sensitive touche toute la jambe ou les deux jambes, essayez de déterminer à quel endroit du tronc ou du thorax commence la sensation normale (niveau sensitif).

2. Testez les **réflexes abdominaux** ([figure 7.24](#)). Effleurez la peau de la partie inférieure de la paroi abdominale, dans chaque quadrant, avec un objet effilé comme une clé ou une spatule en bois (pas celle utilisée précédemment pour tester le réflexe nauséieux), d'abord d'un côté puis de l'autre. Normalement, cela déclenche une contraction brusque des muscles sous-jacents. Testez les quadrants supérieurs et



Figure 7.24 Test des réflexes abdominaux.

inférieurs des deux côtés. Une absence de réflexes peut être due à une lésion du motoneurone supérieur, mais aussi à un relâchement des muscles abdominaux ou à une intervention chirurgicale au cours de laquelle les nerfs abdominaux superficiels ont été sectionnés.

3. Examinez la sensibilité de la **région ischiopubienne** (périmètre et faces médiales du haut des cuisses).
4. Testez le **réflexe anal** (S2, S3, S4) ; on note normalement une contraction du sphincter externe en réponse au grattage de la peau péri-anale.

LE RACHIS

1. Examinez le **dos**. Recherchez des déformations, des cicatrices et des neurofibromes. Palpez à la recherche d'une sensibilité des corps vertébraux et auscitez à la recherche de souffles. Chacun de ces signes peut indiquer des anomalies de la moelle spinale.

Astuces des auteurs

Regardez toujours si le patient porte une sonde urinaire : cela peut indiquer une atteinte de la moelle spinale ayant provoqué une rétention urinaire.

2. Effectuez la **mancœuvre de Lasègue**. Allongez le patient et fléchissez lentement la hanche tout en gardant le genou en extension complète. Demandez au patient de vous prévenir

dès qu'il ressent une douleur et de vous indiquer à quel endroit elle se manifeste (une compression discale des racines lombaires ou sacrées va limiter le soulèvement, du fait de la douleur dans la jambe homolatérale qui sera augmentée par la dorsiflexion du pied). Dans les irritations plus sévères des racines nerveuses, la douleur est aussi ressentie dans l'autre membre inférieur (signe de Lasègue croisé). Testez les racines lombaires supérieures en allongeant le patient sur le ventre et en étendant la hanche (le genou étant fléchi à 90°) (voir **mancœuvre de Léri**, p. 295).

ECOS – Mise en situation clinique⁷ «Le système neurologique : interrogatoire et examen»

- 1. Cet homme a eu des problèmes de confusion. Examinez-le.**
(Lavez-vous les mains.)
 - a. Inspection générale* : reculez-vous et recherchez des signes de déshydratation, de malnutrition, de cyanose ou de traumatisme récent.
 - b. Testez l'orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes.
 - c. Mesurez son pouls et sa pression artérielle. (Encéphalopathie hypertensive.) Recherchez des signes d'insuffisance cardiaque.
 - d. Recherchez des signes d'alcoolisme et d'insuffisance hépatique.
 - e. Prenez sa température et recherchez des foyers infectieux évidents.
 - f. Demandez un dosage urinaire et sanguin du glucose (hypoglycémie ou diabète sucré).
 - g. Demandez à vérifier la feuille de prescription de médicaments.
 - h. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 2. Cet homme a présenté des épisodes d'instabilité et de maladresse. Examinez sa coordination.** D'après l'introduction, vous envisagez une atteinte cérébelleuse.
(Lavez-vous les mains.)
 - a. Recherchez un nystagmus (classiquement à ressort, avec une plus grande amplitude lorsque le regard est porté du côté de la lésion cérébelleuse).

* Un délire ou une confusion font généralement partie d'une affection multifactorielle.

7 Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- b.** Recherchez une dysarthrie (par exemple, demandez au patient de dire «spectacle exceptionnel»). Notez toute parole traduisant une atteinte cérébelleuse (saccadée, forte et explosive).
 - c.** Recherchez une dérive du bras (hypotonie, dans une atteinte cérébelleuse, du même côté que la lésion).
 - d.** Effectuez la manœuvre doigt-nez (à la recherche d'un tremblement d'intention et d'un dépassement de la cible) et évaluez la capacité d'effectuer rapidement des mouvements alternatifs (dysdiadiococinésie). Recherchez ensuite un rebond.
 - e.** Évaluez le tonus de la jambe, puis effectuez la manœuvre talon-genou, recherchez un tremblement d'intention (le patient doit toucher votre doigt avec son gros orteil) et demandez au patient de taper son talon sur l'autre tibia.
 - f.** Demandez au patient de croiser les bras et de s'asseoir. (Ataxie du tronc.)
 - g.** Étudiez la démarche. (Chancellement vers le côté de la lésion cérébelleuse.)
 - h.** Examinez les nerfs crâniens. (Par exemple, lésions unilatérales des nerfs V, VII et VIII dues à une tumeur de l'angle pontocérébelleux.)
 - i.** Auscultez le crâne à la recherche d'un souffle cérébelleux.
 - j.** Auscultez les artères carotides à la recherche de souffles.
 - k.** Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 3. Cette femme a présenté des troubles de la marche.**
- Examinez-la.**
(Lavez-vous les mains.)
- a.** Déshabillez la patiente (elle gardera ses sous-vêtements).
 - b.** Faites une inspection générale à la recherche des éléments suivants :
 - (i)** Atrophie musculaire ou asymétrie des membres inférieurs. Une atrophie périphérique et un pied creux évoquent une ataxie héréditaire (par exemple, ataxie de Friedreich); une atrophie musculaire d'un côté évoque une atteinte du motoneurone inférieur impliquant le rachis, les racines nerveuses ou un nerf périphérique.
 - (ii)** Déformation, gonflement ou érythème au niveau d'une articulation.
 - (iii)** Présence d'une sonde urinaire.
 - (iv)** Mouvements anormaux (par exemple, tremblement parkinsonien).
 - c.** Demandez à la patiente de marcher; si nécessaire, avec un déambulateur ou une canne mais de préférence avec votre aide seulement. Notez les éléments suivants :
 - (i)** Difficultés pour se lever de la chaise.
 - (ii)** Démarche hémiplégique.
 - (iii)** Démarche avec élargissement du polygone de sustentation (ataxique). (Atteinte cérébelleuse, neuropathie périphérique.)

- d. Si la patiente arrive à marcher, demandez-lui de :
 - (i) Se retourner et de revenir sur ses pas.
 - (ii) Marcher en plaçant un pied juste devant l'autre.
 - (iii) Faire le test de Romberg.
 - (iv) Se tenir sur ses talons puis sur la pointe des pieds (pour tester L5-S1).
 - (v) S'accroupir et se relever (pour tester la force des muscles proximaux).
- e. Demandez à la patiente de s'allonger.
 - (i) Faites une inspection soigneuse à la recherche d'une atrophie musculaire et de fasciculations.
 - (ii) Recherchez des anomalies articulaires.
 - (iii) Testez le tonus.
 - (iv) Testez la force.
 - (v) Testez les réflexes, y compris le signe de Babinski.
 - (vi) Testez la fonction cérébelleuse.
 - (vii) Testez le sens de position et le sens des vibrations.
 - (viii) Testez la sensibilité douloureuse.
 - (ix) Palpez les pouls périphériques, si les données recueillies lors de l'interrogatoire vous le suggèrent.
- f. Examinez le rachis à la recherche de cicatrices et d'une sensibilité à la palpation.
- g. Proposez un diagnostic et le diagnostic différentiel.

Points clés en situation pratique

L'examen neurologique

1. Un interrogatoire neurologique soigneux doit orienter l'examen neurologique vers les zones les plus pertinentes. Des symptômes peuvent se manifester avant que l'on puisse détecter des signes mais, en l'absence de symptômes, un signe a probablement une importance moindre.
2. L'approche méthodique qui caractérise un bon examen neurologique aide à définir le site anatomique de l'anomalie.
3. Un examen neurologique soigneux permet en général de poser un diagnostic différentiel cohérent.
4. Notez la distribution des signes et recherchez en particulier des anomalies asymétriques.
5. Les sujets sains peuvent ne pas avoir de réflexe nauséens ou abdominal.
6. Une absence de réflexes tendineux indique généralement une anomalie du système sensitif ou moteur.
7. Un réflexe plantaire en extension qui est reproductible n'est jamais normal (sauf chez le nourrisson).
8. Les virus des hépatites B et C et le VIH ont été isolés sur des aiguilles utilisées pour tester la sensibilité à la piqûre : il faut toujours utiliser des aiguilles jetables.

8

Les yeux, les oreilles, le nez et la gorge

«Ne pas examiner la gorge est une grave omission, surtout chez l'enfant. Un doigt dans la gorge et un dans le rectum feront de vous un bon diagnosticien.»

Sir William Osler (1849–1919)

L'examen des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge est généralement dirigé par l'interrogatoire. Ces petites parties du corps peuvent donner des indices diagnostiques vitaux dans la maladie neurologique ou systémique.

Les yeux

ANATOMIE ET EXAMEN

La structure de l'œil est illustrée sur la [figure 8.1](#). Gardez à l'esprit l'anatomie lorsque vous examinez les yeux comme indiqué ci-dessous.

La [figure 8.2](#) illustre les muscles responsables des mouvements oculaires et leur innervation.

MÉTHODE D'EXAMEN

1. Faites asseoir le patient au bord du lit, face à vous. Reculez-vous et inspectez le patient pour :

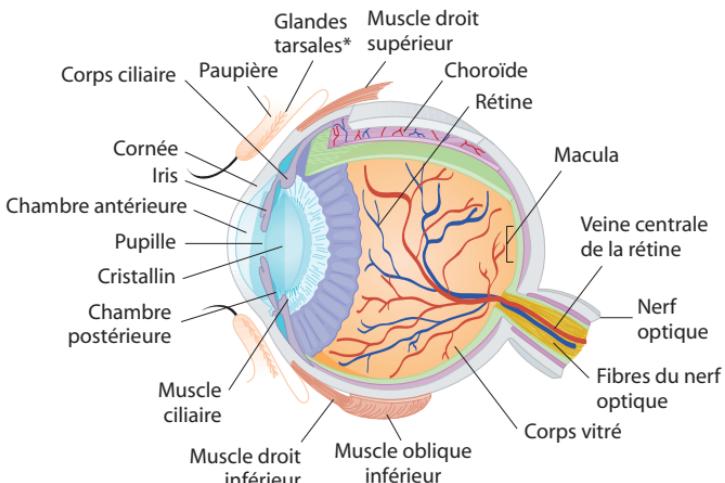


Figure 8.1 La structure de l'œil.

(* Glandes de Meibomius.)

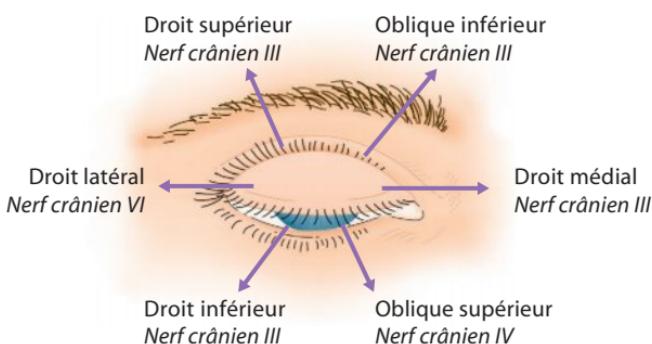


Figure 8.2 Mouvements oculaires, muscles et innervation (œil droit).

- rechercher une **ptose** (chute d'une paupière supérieure ou des deux) ;
- observer la **couleur des sclères** :
 - jaunes (dépôts de bilirubine dans l'ictère) ;
 - bleues (cette coloration peut être due à une ostéogenèse imparfaite, car la sclère amincie laisse voir le pigment choroïdien ; des sclères bleues peuvent également être retrouvées dans certaines familles sans ostéogenèse imparfaite) ;

- rouges (**iritis** [ou uvéite antérieure] qui provoque une inflammation centrale; **conjonctivite**, qui provoque une inflammation plus périphérique, souvent avec du pus; ou **hémorragie sous-conjonctivale** secondaire à un traumatisme);
 - pâles, en cas d'anémie. Abaissez la paupière inférieure et recherchez le contraste normal entre la conjonctive postérieure blanc nacré et la partie antérieure rouge. La perte de ce contraste est un signe fiable d'anémie.
2. Placez-vous derrière et au-dessus du patient et recherchez une **exophthalmie**, qui est une proéminence des yeux; s'il y a une protrusion réelle des yeux en avant de l'orbite, on parle de **proptose**. Celle-ci est mieux détectée en regardant les yeux par-dessus le front; une protrusion au-delà de l'arcade sourcilière est pathologique. En présence d'une exophthalmie, recherchez spécifiquement une maladie oculaire d'origine thyroïdienne (voir p. 267).
 3. Poursuivez comme pour l'examen des nerfs crâniens : testez l'acuité visuelle, le champ visuel (voir [figure 7.4](#) au [chapitre 7](#)) et les réponses pupillaires à la lumière et à l'accommodation. Recherchez un **déficit pupillaire afférent** (signe de Marcus Gunn). Déplacez la lampe torche en arc pour éclairer alternativement les pupilles : une pupille anormale se dilate paradoxalement quand la lampe torche est déplacée vers l'œil pathologique, comme on peut le voir en cas de lésion du nerf optique entre la rétine et le chiasma optique ou de maladie rétinienne sévère.
 4. Testez les **mouvements oculaires** ([figure 8.2](#)).
 5. Recherchez également une fatigabilité des muscles oculaires en demandant au patient de regarder vers le haut une épingle ou votre doigt pendant environ 30 secondes. Dans la myasthénie, les muscles se fatiguent et les paupières commencent à tomber.
 6. Testez la **vision des couleurs** si l'acuité n'est pas trop faible. Vous pouvez utiliser les planches du test d'Ishihara (où des points colorés forment des chiffres). Une désaturation du rouge (altération de la capacité de visualiser des objets rouges) est possible dans les atteintes du nerf optique. Une cécité des couleurs rouge-vert affecte 7 % des sujets masculins (anomalie récessive liée à l'X).

7. Testez le **réflexe cornéen** si nécessaire (voir p. 211).

Envisagez la possibilité que le patient porte un œil de verre, notamment si l'acuité visuelle est nulle à un œil et s'il n'y a pas de réaction pupillaire¹.

SYNDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER

L'interruption de l'innervation sympathique de l'œil en un point quelconque fait apparaître un **syndrome de Claude Bernard-Horner**. Il se manifeste par les éléments suivants :

- une **ptose partielle** (car les fibres sympathiques se destinent aux muscles lisses des deux paupières) ;
- une **contraction pupillaire** (du fait d'une action parasympathique non contrebalancée), avec réaction normale à la lumière.

Il peut exister une diminution de la sudation sur le front du côté affecté (anhidrose). Notez que l'on peut percevoir une anisocorie (inégalité du diamètre pupillaire) chez 20 % de la population. Sa détection ne doit pas toujours alarmer.

Astuces des auteurs

Les réactions pupillaires à la lumière sont assez souvent imperceptibles chez les personnes âgées.

OPHTALMOSCOPIE

Une ophtalmoscopie correcte demande une pratique considérable. Il est important d'effectuer l'examen dans une pièce sombre, afin que les pupilles du patient soient au moins partiellement dilatées et que vous ne soyiez pas distrait. Il est parfois plus facile d'effectuer l'examen, notamment le fond d'œil, lorsque le patient porte ses lunettes. Sinon, il faut corriger le défaut de réfraction du patient en utilisant la lentille d'ophtalmoscope appropriée. Demandez au patient de fixer un point sur le mur opposé ou au plafond et d'ignorer la lumière de l'ophtalmoscope. Les patients focalisent souvent sur la lumière de l'ophtalmoscope et il faut dès le début leur demander de ne pas le faire.

¹ Essayer d'examiner et d'interpréter un fond d'œil sur un œil de verre fait toujours rire le patient mais cet examen est impossible.

1. Commencez par examiner la **cornée**. Examinez l'œil droit du patient avec votre œil droit, et vice versa. Tournez la lentille de l'ophthalmoscope à + 20 et examinez la cornée à environ 20 cm du patient. Recherchez en particulier une ulcération cornéenne. Tournez progressivement la lentille vers 0, tout en vous rapprochant du patient. Des structures, comme le **cristallin**, l'**humour vitrée** puis la **rétine**, qui se situent à des distances croissantes dans l'œil, entreront dans la zone de vision.
2. Examinez la **rétine**. Centrez la vision sur l'une des artères rétiennes, puis suivez-la dans la papille optique. La **papille optique normale** est arrondie et plus pâle que la rétine environnante. Le bord de la papille est habituellement net mais apparaît flou en cas d'œdème papillaire ou de papillite, ou pâle s'il existe une atrophie optique. Inspectez le reste de la rétine et recherchez en particulier les altérations induites par le diabète sucré ou l'hypertension artérielle :
 - il existe deux principaux types d'altérations rétiennes dans le **diabète sucré**, non proliférantes et proliférantes :
 - les altérations non proliférantes comprennent :
 - (1) deux types d'hémorragies : les **hémorragies punctiformes**, qui surviennent dans les couches rétiennes internes, et les **hémorragies en taches**, qui sont plus étendues et surviennent plus en superficie dans la couche des fibres nerveuses ;
 - (2) les **microanévrismes** (minuscules dilatations dans la paroi vasculaire), qui sont dus à des lésions de la paroi vasculaire ; et (3) deux types d'excavations : les **excavations durs**, qui ont des rebords rectilignes et sont induits par des fuites de protéines par les lésions des parois artériolaires, et les **excavations mous** (nodules cotonneux), qui ont un aspect duveteux et sont dus à des micro-infarctus ([figure 8.3](#)) ;
 - les altérations proliférantes comprennent l'apparition de néovaisseaux, pouvant aboutir à un décollement de rétine ou à une hémorragie intravitrénienne ;

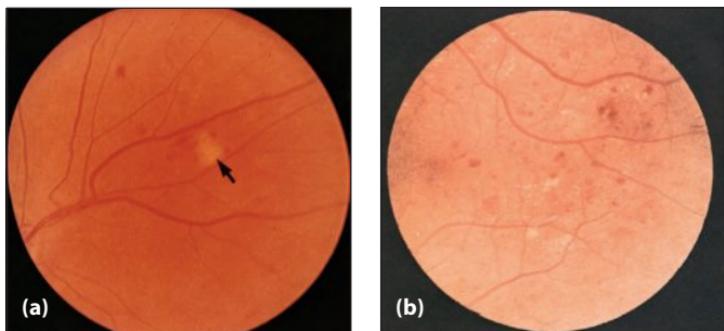


Figure 8.3 Rétinopathie diabétique. **(a)** Exsudat mou (flèche) et petites hémorragies. **(b)** Microanévrismes (points), hémorragies rétiennes (taches) et exsudats durs jaunâtres. (Dr Chris Kennedy et Pr Ian Constable, Lions Eye Institute, Perth, Australie.)

- les altérations **hypertensives** sont cotées des grades 1 à 4 :
 - **grade 1** : artères «en fil d'argent» uniquement (la sclérose de la paroi vasculaire diminue sa transparence, de telle sorte que le reflet artériolaire devient plus large et plus brillant);
 - **grade 2** : artères «en fil d'argent» + signe du croisement artéioveineux (écrasement ou déviation des veines aux endroits où elles croisent les artères);
 - **grade 3** : grade 2 + hémorragies (en flammèches) et exsudats (mous : nodules cotonneux dus à l'ischémie; ou durs : résidus lipidiques *via* les fuites vasculaires);
 - **grade 4** : altérations de grade 3 + œdème papillaire ([figure 8.4](#)).

Il est important de décrire les anomalies constatées plutôt que de simplement donner un grade.

3. Faites une inspection minutieuse à la recherche d'une **occlusion de l'artère centrale de la rétine**, dans laquelle tout le fond d'œil a un aspect blanc laiteux du fait de l'œdème rétinien et où les artères ont un diamètre fortement diminué.
4. La **thrombose de la veine centrale de la rétine** fait apparaître des veines rétiennes tortueuses et des hémorragies disséminées dans l'ensemble de la rétine, particulièrement le long des veines.

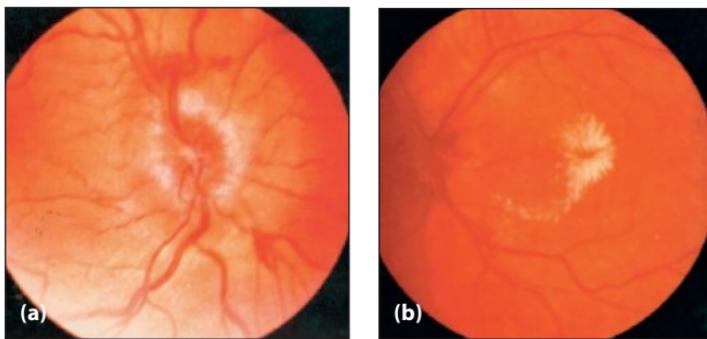


Figure 8.4 Fond d'œil. **(a)** Cédème papillaire. **(b)** Rétinopathie hypertensive de grade 4 avec cédème papillaire, «étoile maculaire» d'excédats durs localisés autour de la fovéa et cédème rétinien.
(Avec l'aimable autorisation du Lions Eye Institute, Perth, Australie.)

5. La **rétinite pigmentaire** fait apparaître une dispersion de pigment noir en forme d'ostéoblastes. Elle peut ne pas être détectée si on n'examine pas la périphérie de la rétine.
6. Pour finir, demandez au patient de regarder directement la lumière. Cela vous permettra de localiser et d'inspecter la **macula** (surface ovalaire jaunâtre proche du centre de la rétine, qui est importante pour la vision centrale).

Les oreilles

ANATOMIE ET EXAMEN

L'auricule, le conduit auditif externe et le tympan ([figure 8.5](#)) peuvent être facilement évalués avec un matériel simple. Les tests auditifs peuvent également fournir des informations sur la sévérité et le site anatomique d'une perte auditive.

MÉTHODE D'EXAMEN

L'examen de l'oreille repose sur l'inspection, la palpation, l'otoscopie et l'évaluation de l'audition.

1. Inspectez l'emplacement de l'**auricule** (pavillon de l'oreille) et notez sa taille et sa forme. Notez toute cicatrice ou gonflement autour des oreilles. Recherchez :
 - une auricule accessoire (morceau de cartilage séparé de l'auricule), des oreilles en chou-fleur (hématomes dus à

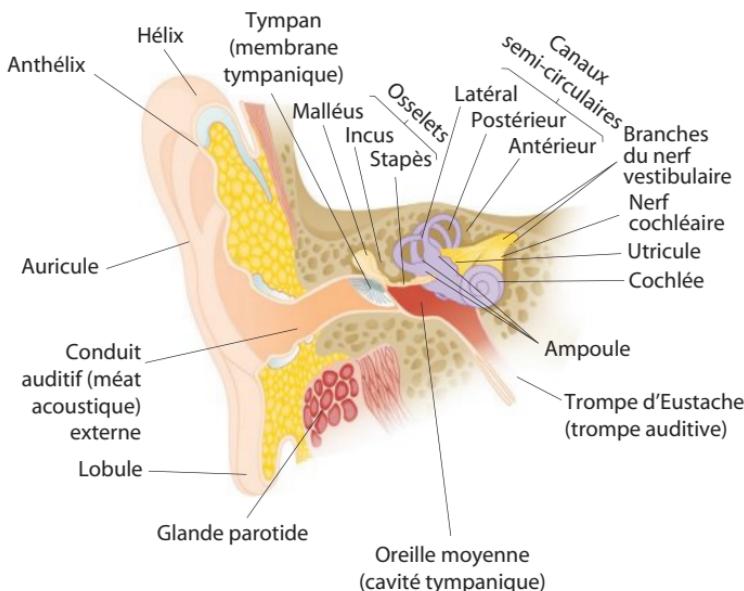


Figure 8.5 Coupe de l'oreille montrant l'auricule, le conduit auditif externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne.

des traumatismes répétés qui s'accumulent dans les creux de l'oreille) et des oreilles décollées (protrusion des oreilles sur les côtés de la tête) ;

- des signes d'**inflammation**, y compris des tophus goutteux (dépôts nodulaires d'urate crayeux, fermes, pâles et indolores dans le cartilage de l'oreille, spécifiques de la goutte, mais non sensibles) ;
 - tout **écoulement de l'oreille** ; si vous observez un écoulement, notez sa couleur, sa translucidité et sa consistance.
2. Palpez l'auricule à la recherche de gonflements ou de nodules. Attirez doucement l'auricule vers le bas ; une infection du conduit externe induit souvent une douleur au niveau de l'auricule.

Astuces des auteurs

Choisissez le spéculum le plus large possible en fonction du diamètre du méat acoustique. En général, on choisira un speculum avec un embout de 4 mm pour les adultes et de 2 mm pour les enfants.

3. Pour réaliser un **examen otoscopique** des oreilles, il faut que le spéculum tienne confortablement dans le conduit auditif afin de permettre l'inspection du conduit auditif et de la membrane tympanique; cet examen est essentiel en cas de surdité récente, d'oreille douloureuse ou de traumatisme crânien :

- examinez toujours les deux oreilles !
- la bonne technique est la suivante (**figure 8.6**) :
 - demandez au patient de tourner légèrement la tête sur le côté;
 - tirez l'auricule vers le haut, vers l'extérieur et vers l'arrière pour rendre le conduit auditif rectiligne et assurer une vision optimale;
 - étirez les doigts de la main tenant l'otoscope pour prendre appui sur la joue du patient, stabiliser

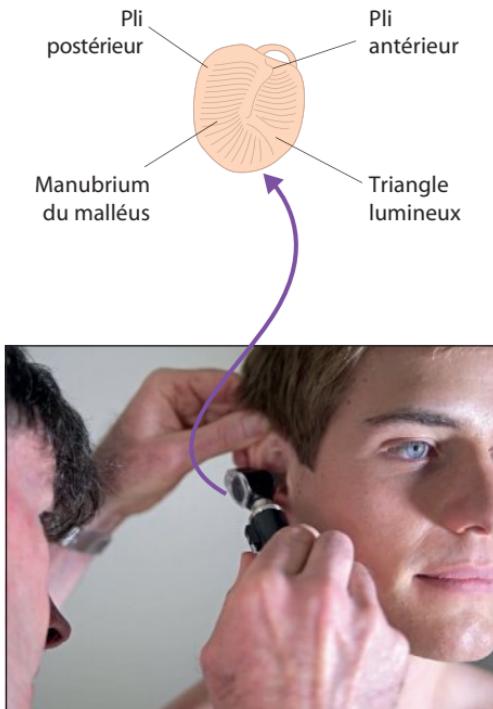


Figure 8.6 Utilisation de l'otoscope.

- l'appareil et empêcher des mouvements brusques de la tête du patient;
- lorsque vous examinez l'oreille droite, tenez de préférence l'otoscope vers le bas avec la main droite, et utilisez la main gauche pour tirer sur l'auricule. Vous pouvez également tenir l'otoscope vers le haut, mais vous risquez de blesser le patient s'il fait un mouvement brusque;
 - examinez le **conduit auditif externe** à la recherche :
 - de tout signe d'inflammation (par exemple, rougeur ou gonflement) ou d'écoulement; l'examen doit être indolore sauf s'il existe une inflammation;
 - de **cérumen**, qui est blanc ou jaunâtre, et translucide et brillant; il peut empêcher de visualiser la membrane tympanique;
 - de sang ou de liquide cérébrospinal (liquide transparent et aqueux), que l'on peut observer dans le conduit en cas de fracture de la base du crâne;
 - de vésicules (bulles remplies de liquide) sur la paroi postérieure autour du méat du conduit auditif externe chez les patients souffrant de zona;
 - inspectez la **membrane tympanique** (tympan) en introduisant le spéculum plus loin dans le conduit, vers l'avant et vers le bas. La membrane tympanique normale est grisâtre et réfléchit la lumière en son centre, à environ 5 h ou 7 h. Notez :
 - la couleur;
 - la transparence;
 - tout signe de dilatation des vaisseaux sanguins;
 - la présence d'un bombement ou d'une rétraction (un bombement peut être évocateur d'une accumulation de liquide ou de pus dans l'oreille moyenne);
 - toute perforation de la membrane tympanique;
 - en cas de suspicion d'une infection de l'oreille moyenne, l'**otoscopie pneumatique** peut être utile. Utilisez un spéculum suffisamment large pour bien occlure le conduit externe. Fixez une poire de caoutchouc sur l'otoscope. Quand on presse délicatement la poire, la pression de l'air dans le conduit augmente et la membrane tympanique doit rapidement se déplacer vers

l'intérieur. Une absence ou une diminution du mouvement est évocatrice de la présence de liquide dans l'oreille moyenne.

4. Pour **tester l'audition**, chuchotez un nombre à 60 cm d'une oreille du patient, pendant que l'autre oreille est distraite par le mouvement de votre doigt dans le conduit auditif. Répétez ensuite le processus à l'autre oreille. Avec la pratique, vous parviendrez à évaluer si l'audition est normale. Effectuez ensuite les tests de Rinne et de Weber :
 - **test de Rinne** : après l'avoir frappé, placez le pied d'un diapason 256 Hz sur l'apophyse mastoïde. Quand le son n'est plus entendu, déplacez les branches du diapason à proximité du méat acoustique où, si la conduction aérienne (en conditions normales) est meilleure que la conduction osseuse, il sera de nouveau audible ;
 - **test de Weber** : après l'avoir frappé, placez le pied d'un diapason 256 Hz au centre du front du patient. En cas de surdité de perception, le son est mieux entendu dans l'oreille normale, alors qu'en cas de surdité de transmission, le son est mieux entendu dans l'oreille « anormale ».

Le nez

MÉTHODE D'EXAMEN

L'examen du nez repose sur l'inspection, la palpation et l'évaluation de l'odorat.

1. Inspectez la peau. Notez toute **déviation nasale** (mieux observée quand on se place derrière le patient, en regardant vers le bas). Notez tout gonflement péri-orbitaire (par exemple, dû à une sinusite). Inspectez les narines en relevant la pointe du nez avec votre pouce.
2. Palpez les os du nez puis recherchez un gonflement facial ou des signes d'inflammation. Obturez chaque narine pour détecter toute obstruction en demandant au patient d'inhaler.
3. Inclinez la tête du patient en arrière et regardez dans le nez avec une lampe torche. Un spéculum peut être utilisé pour agrandir les orifices narinaires. Examinez la muqueuse à la recherche d'une décoloration ou d'un écoulement et d'une déviation du septum nasal ([figure 8.7](#)).



Figure 8.7 Examen de la muqueuse et du septum nasal.

4. En cas d'antécédents d'**anosmie** (perte de l'olfaction), testez l'odorat (nerf crânien I; voir p. 207).

La bouche et la gorge

ANATOMIE

Elle est rappelée sur la [figure 8.8](#).

MÉTHODE D'EXAMEN

L'examen de la gorge se fait par inspection et palpation.

1. Examinez successivement les lèvres, la muqueuse buccale, les gencives, le palais et les dents :
 - notez tout signe d'**inflammation** (par exemple, rougeur, gonflement) ;
 - inspectez la **langue** d'abord dans la bouche, demandez ensuite au patient de la tirer puis de la faire toucher le palais (pour pouvoir examiner le plancher de la bouche) ;
 - demandez au patient de dire « Aah » et inspectez l'**oropharynx** et la luette (il est souvent nécessaire d'appuyer sur la partie postérieure de la langue avec un abaisse-langue pour avoir une vision satisfaisante) ;
 - inspectez les **amygdales** (tonsilles palatines) : notez leur taille, leur forme, leur couleur, la présence d'un écoulement ou de membranes ; les amygdales involuent chez l'adulte et peuvent ne pas être visualisées.

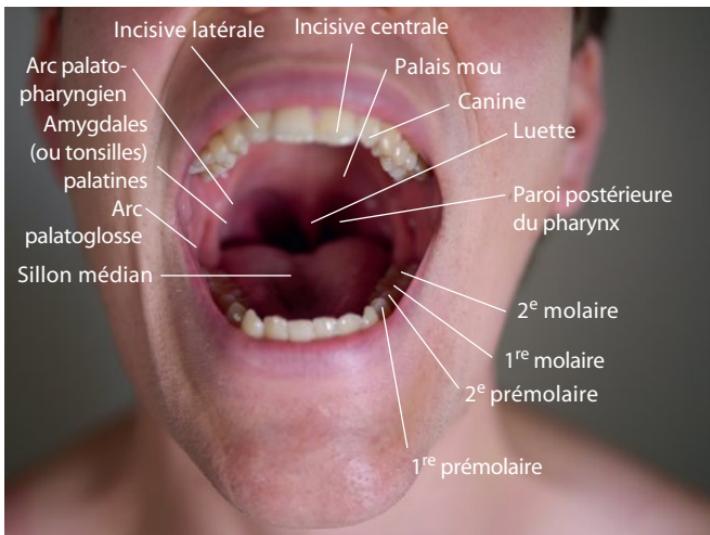


Figure 8.8 La bouche et la gorge.

- Palpez la langue à la recherche de **masses** (mettez des gants). Palpez les **glandes salivaires** (voir p. 155). Pour finir, examinez les **ganglions lymphatiques cervicaux** (voir p. 187).

Points clés en situation pratique

La bouche et la gorge sont la porte d'entrée vers le tube digestif et les poumons.

Recherchez (utilisez vos yeux et votre nez) les éléments suivants :

- inflammation du parodonte ;
- gingivite ;
- dents en mauvais état ;
- leucoplasie ;
- langue fissurée ;
- cancers de la bouche ;
- fasciculations ;
- *foetor hepaticus*.

ECOS – Mise en situation clinique² «Les yeux, les oreilles, le nez et la gorge»

- 1. Examinez les sclères et les conjonctives de ce patient.**
(Lavez-vous les mains.)

 - a. Reculez-vous pour observer. [Il s'agit probablement de faire un diagnostic instantané.]
 - b. Recherchez un ictere de la sclère et, le cas échéant, recherchez des signes de maladie hépatique chronique.
 - c. Notez la distribution de toute rougeur (par exemple, un seul œil rouge en cas d'iritis). Déterminez si la rougeur (hyperhémie) conjonctivale est centrale (iritis) ou épargne la région centrale (conjonctivite).
 - d. En cas d'hyperhémie conjonctivale, demandez des gants avant de tirer la paupière inférieure vers le bas. Notez tout écoulement oculaire (conjonctivite).
 - e. En cas de pâleur, abaissez la paupière inférieure et comparez la partie postérieure blanc nacré de la conjonctive avec la partie antérieure rouge.
 - f. En cas de chémosis, recherchez une proptose et d'autres signes de thyrotoxicose.
 - g. Examinez les iris (un aspect voilé indique la présence d'un œdème ou d'une inflammation).
 - h. Examinez et testez les pupilles (par exemple, petites pupilles irrégulières dans l'iritis ; pupilles dilatées, ovalaires et peu réactives dans le glaucome aigu).
 - i. Évaluez les mouvements oculaires (douloureux dans la sclérite).
 - j. Faites un fond d'œil.
 - k. Recherchez des signes systémiques de vascularité (par exemple, analyse d'urine).
 - l. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

- 2. Faites un examen du fond d'œil chez ce patient.**
(Lavez-vous les mains.)

 - a. Les pupilles ont probablement déjà été dilatées.
 - b. Utilisez l'ophthalmoscope de la manière recommandée.
 - c. Recherchez en particulier des altérations induites par une hypertension artérielle ou un diabète.
 - d. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

- 3. Cette femme a présenté une perte de vision soudaine d'un œil. Examinez-la.**
(Lavez-vous les mains.)

 - a. Testez *chaque œil* pour évaluer l'acuité visuelle et examinez en détail le champ visuel.

² Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- b. Vérifiez la réaction de chaque pupille à la lumière et à l'accommodation, et recherchez un déficit pupillaire afférent (lésion du nerf optique).
 - c. Testez les mouvements oculaires et demandez à la patiente de signaler toute douleur lors du mouvement (névrite optique).
 - d. Faites un examen du fond d'œil. Recherchez un gonflement de la papille et évaluez si elle est anormalement rose ou blanche (neuropathie optique ischémique). Notez l'existence d'une pâleur au fond d'œil (occlusion artérielle), d'hémorragies (occlusion veineuse) ou d'un embole évident (au niveau d'une bifurcation artérielle).
 - e. Testez la vision des couleurs si vous disposez de planches rouge-vert (pour une lésion du nerf optique).
 - f. Recherchez un souffle carotidien à l'auscultation (sténose).
 - g. Prenez son pouls (fibrillation atriale) et mesurez sa pression artérielle (hypertension artérielle).
 - h. Demandez s'il est possible de rechercher une hématurie ou une protéinurie (vascularite).
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 4. Cet homme se plaint d'une douleur à l'oreille. Examinez son conduit auditif et son tympan.**
(Lavez-vous les mains.)
- a. Notez si le patient a l'air de se sentir mal ou fiévreux.
 - b. Examinez l'auricule et le méat acoustique externe à la recherche de tophus goutteux, d'une dermatite, d'une cellulite, de signes de traumatisme (par exemple, hématome), de cicatrices (par exemple, intervention chirurgicale) et d'un écoulement. Examinez *les deux oreilles*.
 - c. Demandez au patient si son oreille est douloureuse avant d'utiliser l'otoscope pour examiner le conduit et le tympan.
 - d. Recherchez un érythème ou des vésicules dans le conduit, ainsi que du cérumen, du pus ou un écoulement provenant du tympan.
 - e. Inspectez la membrane tympanique (tympan) à la recherche d'une perforation, de yoyos (drains transtympaniques) ou d'une perte de l'aspect brillant normal.
 - f. Testez l'audition et effectuez les tests de Rinne et de Weber.
 - g. Palpez l'articulation temporomandibulaire à la recherche d'une sensibilité et d'une crépitation (douleur projetée).
 - h. Examinez la gorge à la recherche d'une inflammation (douleur projetée).
 - i. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 5. Cette patiente se plaint de maux de gorge récidivants. Examinez-la.**
(Lavez-vous les mains et enfilez des gants.)
- a. Retirez le dentier si la patiente en porte un³. Notez toute hypersialorrhée ou rougeur, ainsi que l'état général de la patiente.

³ Souvenez-vous de l'endroit où vous l'avez posé; ne le perdez pas.

- b. Prenez une lampe torche et demandez à la patiente d'ouvrir grand la bouche.
- c. Inspectez la bouche et le pharynx en utilisant un abaisse-langue. Notez toute hypertrophie tonsillaire et tout érythème ou autre signe d'inflammation.
- d. Déterminez si la patiente ne peut pas ouvrir complètement la bouche (trismus); une limitation de l'ouverture de la mâchoire peut se manifester dans le téanos.
- e. Palpez délicatement la cavité buccale et la langue avec un doigt ganté.
- f. Palpez doucement les ganglions lymphatiques cervicaux.
- g. Prenez sa température (fièvre).
- h. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

Les yeux, les oreilles, le nez et la gorge

- 1. Vous risquez de passer à côté d'une maladie locale ou systémique importante si vous n'examinez pas les yeux dans le cadre d'un examen médical général.
- 2. Un fond d'œil précis avec un ophthalmoscope exige de la pratique. La dilatation des pupilles peut être nécessaire pour avoir une visualisation satisfaisante.
- 3. Des signes oculaires subtils, comme un syndrome de Claude Bernard-Horner, peuvent passer inaperçus si vous ne prenez pas le temps de vous reculer et de comparer les deux côtés.
- 4. Un examen complet de la bouche et de la gorge implique la palpation des ganglions lymphatiques de drainage (ganglions lymphatiques cervicaux).

La thyroïde et le système endocrinien

« Souvenez-vous toutefois que chaque patient que vous soignez vous examinera d'un œil critique et vous jugera d'après la manière dont vous vous conduisez avec lui. Habiléte et précision, que ce soit pour prendre le pouls ou procéder à une intervention mineure, sont essentielles pour que le patient ait confiance en vous, bien plus qu'une grande quantité de diplômes ou l'excellente réputation de l'hôpital. »

Sir William Osler (1849–1919)

La thyroïde

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION

La thyroïde est une petite glande qui est généralement discrète mais qui exerce une grande influence sur toutes les parties de l'organisme. Une hypoactivité ou une hyperactivité engendre des symptômes et des signes caractéristiques :

- une **thyrotoxicose** (production excessive d'hormones thyroïdiennes) peut faire apparaître une préférence pour les climats frais, une perte de poids, une augmentation de l'appétit (polyphagie), des palpitations (tachycardie sinusale ou fibrillation atriale), une hypersudation, une nervosité,

- une irritabilité, des diarrhées, une aménorrhée, une faiblesse musculaire et une dyspnée d'effort ;
- une **hypothyroïdie** (myxoédème; production insuffisante d'hormones thyroïdiennes) peut entraîner une préférence pour les climats chauds, une prise de poids, une léthargie, un gonflement des paupières (œdème), une voix rauque, une constipation et une peau sèche et rugueuse.

L'INTERROGATOIRE

Renseignez-vous sur les éventuelles interventions chirurgicales antérieures (par exemple, thyroïdectomie) et les autres traitements suivis pour une maladie thyroïdienne, comme l'iode radioactif, les antithyroïdiens de synthèse, les hormonothérapies substitutives (thyroxine), ou la prise d'amiodarone — cet antiarythmique contient de l'iode et peut induire une hyper- ou une hypothyroïdie. De nombreuses affections endocrinianes sont chroniques et il faut évaluer leurs effets sur la capacité du patient à travailler et à prendre soin de lui-même. Il peut exister des antécédents familiaux de maladies thyroïdiennes. Renseignez-vous sur l'endroit où a grandi le patient — il existe des zones de goitre endémique par carence en iode.

ANATOMIE ET EXAMEN

Le mot thyroïde vient du grec *thyreoeides*, qui signifie « en forme de bouclier ». Elle se situe à l'avant du cou, comme un bouclier ([figure 9.1](#)). Ses deux lobes sont reliés par un isthme, qui se situe juste sous le larynx. Elle peut être palpable chez les sujets minces.

THYROTOXICOSE

Examinez un possible cas de thyrotoxicose de la façon suivante.

1. Recherchez des signes de perte de poids, d'anxiété et le faciès apeuré du sujet thyrotoxique ([figure 9.2](#)).
2. Demandez au patient de tendre les bras et recherchez un **tremblement fin**.
3. Examinez les ongles du patient à la recherche d'une **onycholyse** (ongles de Plummer : décollement de la tablette unguéale du lit de l'ongle, à partir de son attache distale) et d'une acropachie thyroïdienne (hippocratisme digital).

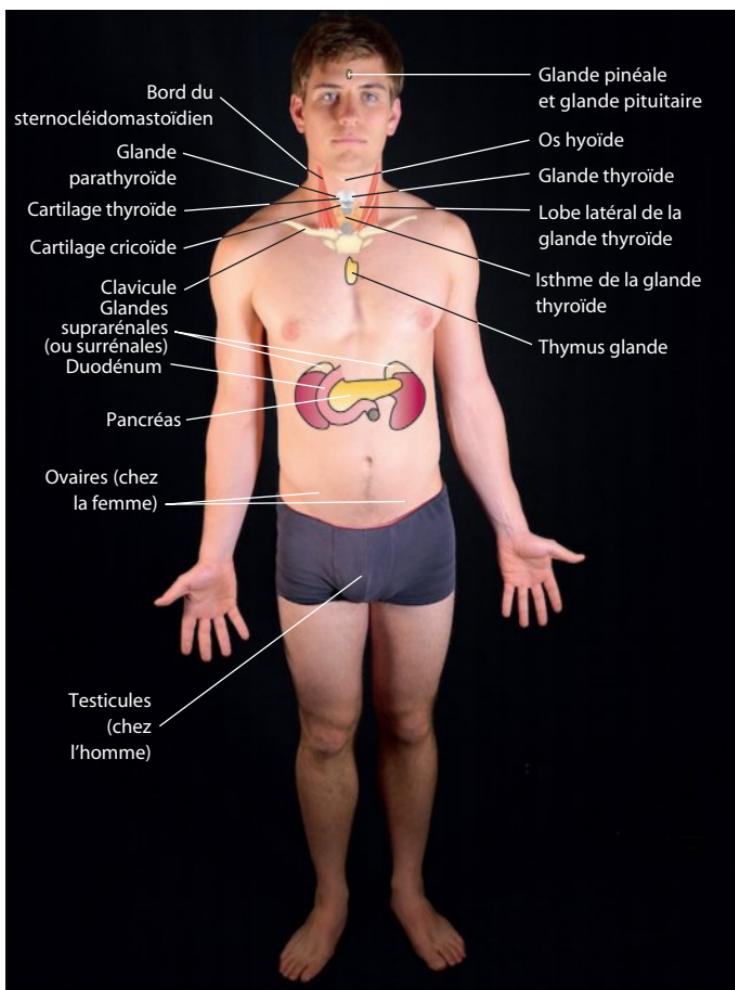


Figure 9.1 Anatomie de surface du cou et de la thyroïde et sites des glandes endocrines.



Figure 9.2 Thyrotoxicose : regard fixe et exophthalmie.

(Kryger MH. *Atlas of Clinical Sleep Medicine*. © 2014 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc., figure 15.1.1b.)

4. Recherchez à l'inspection un **érythème palmaire** (rougeur de la partie externe des paumes) et palpez les paumes pour détecter une chaleur et une moiteur (en raison d'une hyperactivité sympathique).
5. Prenez le **pouls** du patient. Notez la présence d'une tachycardie sinusale ou d'une fibrillation atriale. Le pouls peut également avoir un caractère bondissant en raison d'un débit cardiaque élevé.
6. Recherchez une **myopathie proximale** (faiblesse des muscles aux épaules et aux hanches) et examinez les réflexes brachiaux à la recherche de réponses anormalement vives, notamment en phase de relaxation.
7. Examinez les **yeux** :
 - recherchez une **exophthalmie** (protrusion du globe oculaire en avant de l'orbite);
 - recherchez ensuite une **rétraction palpébrale**, qui est évoquée devant un élargissement de la fente palpébrale;
 - recherchez une **asynergie oculopalpébrale** en surveillant la descente de la paupière supérieure alors que le patient suit votre doigt que vous déplacez à une vitesse modérée de la partie supérieure vers la partie inférieure du champ visuel;
 - mettez-vous ensuite derrière le patient et regardez par-dessus le front afin d'évaluer le degré de **proptose**, qui est la protrusion réelle des globes oculaires en avant de l'orbite;
 - recherchez ensuite les complications d'une proptose :
 - chémosis (œdème de la conjonctive);
 - conjonctivite (inflammation de la conjonctive);

- ulcération cornéenne (il peut être nécessaire de colorer la cornée avec de la fluorescéine);
 - atrophie optique (rare; pâleur de la papille optique à l'examen à l'ophthalmoscope, due à une ischémie de la rétine secondaire à un étirement dans l'exophthalmie);
 - ophtalmoplégie (le regard vers le haut tend à disparaître en premier, puis apparaît une atteinte de la convergence).
- 8.** Recherchez une hypertrophie thyroïdienne (voir p. 266). Un frémissement peut être perçu sur la glande à la palpation. Auscultez la glande pour détecter un souffle.
- 9.** Examinez le **œur** à la recherche de souffles systoliques et de signes d'insuffisance cardiaque (voir chapitre 4).
- 10.** Recherchez un **myxœdème préfibial** (plaques et nodules bilatéraux fermes et surélevés sur les tibias, qui peuvent être de couleur rose ou marron).
- 11.** Recherchez une **hyperréflexie** dans les jambes.

HYPOTHYROÏDIE

Examinez un possible cas d'hypothyroïdie de la façon suivante.

- 1.** Il peut exister un nombre variable des signes suivants. Recherchez des signes de **ralentissement** mental et physique. Notez toute cyanose périphérique, une peau froide et sèche et une coloration jaunâtre de la peau due à une hypercaroténémie (par diminution du métabolisme du carotène).
- 2.** Prenez le **pouls** du patient, qui peut être faible et lent.
- 3.** Recherchez une **compression du nerf médian** (syndrome du canal carpien). Le *signe de Phalen* (picotements dans le territoire du nerf médian au cours d'une extension prolongée du poignet) et le *signe de Tinel* (le test est positif quand une percussion du rétinaculum des fléchisseurs induit des paresthésies dans la gaine tendineuse) ont une valeur diagnostique limitée.
- 4.** Regardez la **face** du patient. La peau, mais pas les sclères, peut apparaître jaunâtre en raison d'une hypercaroténémie. La peau est parfois globalement épaisse et une **alopecie** (chute des cheveux) est possible, tout comme un **vitiligo** (maladie auto-immune associée).

5. Inspectez les **yeux** à la recherche d'un œdème péri-orbitaire et d'un xanthélasma et notez l'existence d'une perte ou d'un amincissement du tiers externe des sourcils.
6. Demandez au patient de parler et recherchez **une voix rauque et une élocution lente et difficile**.
7. Recherchez un **réflexe calcanéen «suspendu»**, le patient étant agenouillé sur une chaise (le pied se met normalement en flexion plantaire quand le tendon calcaneen est percuté, mais se porte ensuite beaucoup plus lentement en dorsiflexion ; **figure 9.3**).

EXAMEN DE LA THYROÏDE

La thyroïde doit être examinée par inspection, palpation, percussion et auscultation.

Inspection

Parfois, l'isthme de la thyroïde normale est visible sous forme d'un gonflement central diffus dans le cou. L'hypertrophie de la glande, appelée **goitre**, doit être apparente à l'inspection.

1. Examinez la face antérieure et les côtés du cou et déterminez s'il existe un gonflement localisé ou généralisé de la glande.
2. Demandez ensuite au patient d'**avaler une petite gorgée d'eau** pendant que vous observez le gonflement. Seuls un **goitre** ou un **kyste thyroglosse** s'élèveront à la déglutition, du fait de leur fixation au larynx.
3. Demandez au patient de **tirer la langue** : un kyste thyroglosse se déplacera vers le haut, mais pas un goitre.
4. Inspectez la peau du cou à la recherche de cicatrices et de veines saillantes (évoquant une obstruction de l'ouverture supérieure du thorax induite par une masse thyroïdienne rétrosternale).

Palpation

1. Palpez systématiquement les deux lobes de la glande et son isthme avec le bout des doigts, en vous mettant derrière le patient (**figure 9.4**). Notez la taille, la forme, la consistance, la symétrie, la sensibilité et la mobilité de la glande, ainsi que la présence d'un frémissement. Déterminez si la limite inférieure de la glande est palpable.



Figure 9.3 Test des réflexes calcanéens. Il s'agit de la meilleure méthode pour mettre en évidence les réflexes « suspendus » de l'hypothyroïdie. Recherchez une dorsiflexion rapide suivie d'une flexion plantaire lente après percussion du tendon. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

2. Demandez au patient de déglutir et détectez une ascension du gonflement.
3. Palpez ensuite les ganglions lymphatiques cervicaux (voir p. 155).

Percussion

1. Percutez au-dessus de la partie haute du sternum. Une matité peut témoigner d'un goitre rétrosternal.
2. Recherchez le **signe de Pemberton** : demandez au patient de lever les bras le plus haut possible ; en cas d'obstruction de l'ouverture supérieure du thorax (par exemple, par un goitre rétrosternal), la face du patient devient rouge, une cyanose apparaît, les veines du cou gonflent et un stridor (inspiration rude due à une obstruction partielle des voies aériennes supérieures) est possible.

Auscultation

1. Ausculez au-dessus de la glande. Un souffle faible peut être audible quand la glande hyperactive est très vascularisée.
2. Écoutez respirer le patient à la recherche d'un stridor.
3. En présence d'un goître, appliquez une légère pression sur les lobes latéraux et recherchez de nouveau un stridor.

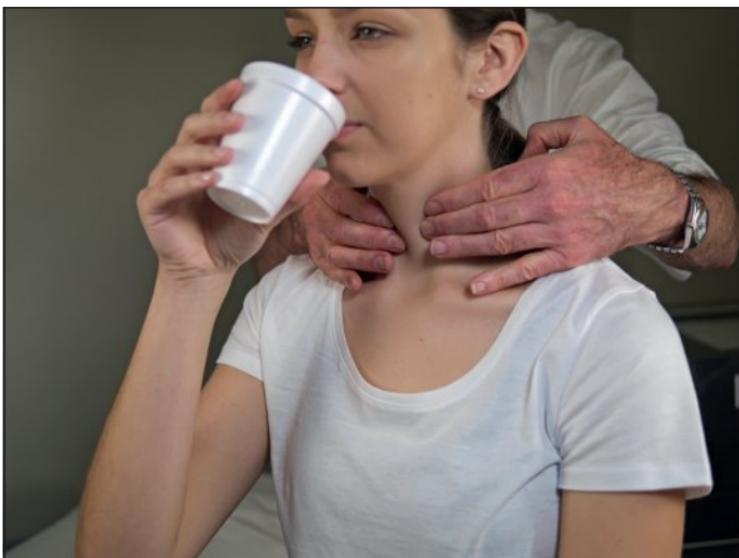


Figure 9.4 Examen de la thyroïde.

Diabète sucré

En cas de diabète sucré, vous devez rechercher soigneusement l'existence de complications, qui sont souvent multisystémiques. Une approche possible est la suivante.

1. Inspection générale

- Recherchez des signes de déshydratation.
- Pesez le patient (obésité).
- Notez l'état de conscience du patient (un coma est possible).
- Il existe parfois des signes d'un syndrome de Cushing ou d'une acromégalie (causes secondaires du diabète sucré).

2. Les membres inférieurs

- Examinez la peau des jambes du patient à la recherche d'ulcères, d'infections cutanées (par exemple, furoncles) ou de cicatrices pigmentées. La **nécrobiose lipoïdique des diabétiques** est une rare lésion cicatricielle à bordure rouge et à centre jaunâtre, généralement localisée au niveau des tibias.
- Notez toute altération aux sites d'injection de l'insuline (avec atrophie ou hypertrophie graisseuse).
- Notez tout oedème.
- Examinez le patient à la recherche d'une **atteinte neurologique au niveau des jambes** (par exemple, neuropathie périphérique, perte de force des muscles proximaux).
- Recherchez une disparition des pouls périphériques.
- Évaluez la température des pieds (**maladie vasculaire périphérique**).

3. La face

- Examinez les yeux du patient. Il faut notamment faire un examen minutieux du fond d'œil à la recherche d'une rétinopathie diabétique (voir p. 248).
- D'autres signes peuvent être une paralysie diabétique du nerf crânien III (épargnant classiquement les pupilles).

4. Les oreilles, le nez et la gorge

- Recherchez des signes d'infection (par exemple, fongique).
- Recherchez un souffle carotidien (sténose carotidienne).

5. Le thorax et l'abdomen

- Recherchez des signes d'infection.
- Palpez à la recherche d'une hépatomégalie (stéatose hépatique).

6. Analyse d'urine.

Recherchez la présence de glucose et de protéines.

7. Pression artérielle.

Recherchez une hypotension orthostatique (neuropathie autonome).

Le système endocrinien : une approche systématique

Les maladies endocriniques peuvent affecter plusieurs systèmes. Certains des signes liés aux maladies endocriniques les plus importantes sont résumés ici.

1. Prenez les mains du patient. Évaluez leur taille globale (augmentée dans l'acromégalie ; excès d'hormone de croissance) et recherchez des anomalies des ongles (hyperthyroïdie et hypothyroïdie).
2. Prenez le pouls du patient (maladie thyroïdienne) et mesurez sa pression artérielle (hypertension artérielle dans le syndrome de Cushing [excès de glucocorticoïdes] ou hypotension orthostatique dans la maladie d'Addison [insuffisance corticosurrénale]).
3. Recherchez le signe de Trousseau (tétanie par hypocalcémie dans l'hypoparathyroïdie) : gonflez le brassard de votre tensiomètre au-dessus de la pression artérielle systolique et attendez 2 minutes ; si le signe est positif, le pouce se place en adduction et les doigts en extension.
4. Passez aux aisselles. Recherchez une diminution de la pilosité axillaire (insuffisance hypophysaire : panhypopituitarisme) ou un acanthosis nigricans et des molluscum pendulum (acromégalie).
5. Examinez les yeux du patient (hyperthyroïdie) et faites un fond d'œil (diabète sucré). Examinez la face à la recherche d'un hirsutisme ou d'une peau finement ridée et dépourvue de pilosité (panhypopituitarisme). Notez la présence d'un aspect graisseux de la peau, d'acné ou d'un aspect pléthorique (syndrome de Cushing ; voir [tableau 3.1](#) au [chapitre 3](#)).
6. Examinez la bouche à la recherche d'une protrusion du menton et d'une hypertrophie de la langue (acromégalie ; voir [tableau 3.1](#) au [chapitre 3](#)) ou d'une pigmentation buccale (maladie d'Addison).
7. Examinez le cou à la recherche d'une hypertrophie thyroïdienne. Par palpation, recherchez des dépôts graisseux sus-claviculaires (syndrome de Cushing).
8. Inspectez la paroi thoracique à la recherche d'un hirsutisme ou d'une diminution de la pilosité, et d'une réduction de la taille des seins chez la femme (panhypopituitarisme).

Recherchez une gynécomastie chez l'homme (par exemple, insuffisance testiculaire, thyrotoxicose). Recherchez une pigmentation du mamelon (maladie d'Addison).

9. Examinez l'abdomen à la recherche d'un hirsutisme, de dépôts graisseux centraux et de vergetures pourpres (syndrome de Cushing).
10. Examinez les jambes à la recherche d'altérations dues au diabète, notamment :
 - disparition des pouls périphériques ;
 - signes d'ischémie d'un membre ;
 - neuropathie périphérique ;
 - articulations de Charcot (arthropathie neurogène) ;
 - ulcères artériels ;
 - nécrobiose lipoïdique des diabétiques ;
 - altération aux sites d'injection de l'insuline ;
 - atrophie graisseuse.
11. Faites une analyse d'urine (diabète sucré).

ECOS – Mise en situation clinique¹ «Le système endocrinien»

1. **Cette femme a présenté une thyrotoxicose. Interrogez-la.**
 - a. Posez-lui les questions suivantes :
 - (i) À quand remonte le début de vos symptômes ?
 - (ii) Est-ce que vous vous sentez mieux maintenant ?
Dans quelle mesure votre maladie a-t-elle perturbé votre vie quotidienne et votre activité professionnelle ?
 - (iii) Avez-vous perdu du poids au cours de cette maladie ? Si oui, combien ?
 - (iv) Avez-vous eu plus de mal à supporter la chaleur ?
Vous êtes-vous sentie plus anxieuse qu'avant ?
 - (v) Avez-vous eu des problèmes de diarrhée ?
 - (vi) Avez-vous eu des palpitations cardiaques ? À quelle fréquence ? Étaient-elles régulières ou irrégulières ?
 - (vii) Avez-vous eu un goitre ?
 - (viii) Avez-vous eu des problèmes oculaires ? De quoi s'agissait-il ? Ces problèmes se sont-ils améliorés ?
 - (ix) Existe-t-il des maladies thyroïdiennes dans votre famille ?

¹ Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- (x) Quels traitements avez-vous reçus ? Avez-vous dû interrompre certains médicaments que vous ne supportiez pas ?
- b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 2. On a diagnostiqué une hypothyroïdie chez cet homme.**
- Interrogez-le.**
- a. Posez-lui les questions suivantes :
- (i) À quand remonte le début de vos symptômes ?
 - (ii) Est-ce que vous vous sentez mieux maintenant ? Dans quelle mesure votre maladie a-t-elle perturbé votre vie quotidienne et votre activité professionnelle ?
 - (iii) Avez-vous pris du poids ? Si oui, combien ?
 - (iv) Avez-vous eu plus de mal à supporter le froid ?
 - (v) Avez-vous eu des problèmes de constipation ?
 - (vi) Avez-vous eu un goitre ?
 - (vii) Existe-t-il des maladies thyroïdiennes dans votre famille ?
 - (viii) Quels traitements avez-vous reçus ? Avez-vous dû interrompre certains médicaments que vous ne supportiez pas ?
- b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 3. Cette femme présente une thyrotoxicose.**
- Examinez ses yeux.**
(Lavez-vous les mains.)
- a. Reculez-vous pour détecter des anomalies générales (tremblement, perte de poids apparente, regard fixe et présence d'un goitre).
- b. Examinez les yeux de la patiente de face et par le dessus (en regardant par-dessus le front) à la recherche d'une proptose.
- c. Examinez les conjonctives à la recherche d'un chémosis.
- d. Recherchez une asynergie oculopalpébrale.
- e. Recherchez un chémosis, une conjonctivite et une ulcération cornéenne.
- f. Faites un fond d'œil à la recherche d'une atrophie optique en présence d'une exophthalmie.
- g. Faites un examen complet des mouvements oculaires.
- h. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 4. Cet homme souffre de diabète de type 2 depuis 20 ans.**
- Interrogez-le.**
- a. Posez-lui les questions suivantes :
- (i) Comment votre diabète a-t-il été diagnostiqué initialement ?
 - (ii) Comment votre poids a-t-il évolué depuis ?
 - (iii) Quel régime suivez-vous ? Comprenez-vous pourquoi on vous a recommandé un tel régime ?
 - (iv) Quels médicaments prenez-vous pour votre diabète ?
 - (v) Prenez-vous de l'insuline ? Quel schéma insulinique suivez-vous habituellement et comment ajustez-vous votre dose ?

- (vi) Avez-vous présenté des épisodes d'hypoglycémie ?
- (vii) À quelle fréquence mesurez-vous votre glycémie ? Notez-vous les résultats ? Votre contrôle glycémique est-il satisfaisant ?
- (viii) Avez-vous déjà eu des problèmes de vue ? Faites-vous régulièrement des contrôles ? Vous a-t-on parlé de complications au niveau de vos yeux ?
- (ix) Avez-vous déjà eu des problèmes rénaux ?
- (x) Vous a-t-on dit que vous pourriez avoir des problèmes vasculaires au niveau de votre cœur ou que vous présentiez un risque d'accident vasculaire cérébral ?
- (xi) Est-ce que vous fumez ? Connaissez-vous votre taux de cholestérol ?
- (xii) Avez-vous déjà eu des étourdissements lors du passage à la position debout ?
- (xiii) Avez-vous déjà eu des problèmes de digestion ?
- (xiv) Avez-vous déjà eu les doigts ou les orteils engourdis ?
- (xv) Avez-vous déjà eu des ulcères dans les jambes qui ont mis longtemps à cicatriser ?
- (xvi) Avez-vous déjà eu des infections cutanées ou urinaires ?

b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

Le système endocrinien

1. Le goitre n'est pas systématique au cours des maladies thyroïdiennes, mais l'examen attentif du cou à la recherche d'un goitre fait partie de l'examen physique de routine.
2. Une thyroïde située plus haut dans le cou que la moyenne peut sembler hypertrophiée, mais si elle n'est pas suffisamment proéminente pour être palpable, la présence d'un goitre est peu vraisemblable.
3. La maladie thyroïdienne provoque des symptômes et des signes systémiques qui sont souvent d'installation insidieuse et peuvent passer inaperçus pour le patient et ses proches.
4. Les patients diabétiques doivent être bien informés des complications de leur maladie. Chaque occasion doit être saisie pour leur rappeler l'importance d'un contrôle glycémique attentif et du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire.
5. Mettez au point votre propre système pour faire l'examen complet du patient diabétique.
6. Une hyperpigmentation cutanée (par exemple, dans les plis palmaires) est un signe de la maladie d'Addison (insuffisance corticosurrénale). Recherchez chez ces patients une hypotension orthostatique.

10

Les seins

«La variabilité est la loi de la vie, et il n'y a ni deux visages ni deux corps identiques, de même il n'existe pas deux individus qui réagissent ou se comportent de la même façon dans les conditions d'anormalité que nous considérons comme des maladies.»

Sir William Osler (1849–1919)

Dans le cadre d'un examen physique général chez une femme, l'examen des seins est un geste de routine.

L'interrogatoire

Demandez à la patiente pourquoi elle vient consulter; par exemple, un examen de routine des seins, une anomalie détectée (beaucoup de femmes examinent régulièrement leurs seins à la recherche de masses), un écoulement mamelonnaire, une douleur mammaire ou l'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein chez des parents au premier ou deuxième degré (voir encadré «Interrogatoire»). Renseignez-vous également sur les symptômes pouvant indiquer la diffusion métastatique d'un cancer du sein, notamment :

- accentuation d'une dyspnée;
- douleurs osseuses ou symptômes d'hypercalcémie (nausées, anorexie, constipation, confusion);
- douleur abdominale ou météorisme, ou ictere;
- céphalées, confusion ou faiblesse.

Interrogatoire Quelles questions poser à une femme qui vient consulter pour un examen des seins ?

Le pictogramme ! désigne un problème urgent ou un risque élevé.

1. Avez-vous remarqué une masse ?
2. Si oui, est-elle douloureuse ? (Les masses malignes sont rarement douloureuses, sauf dans le cas d'un cancer inflammatoire.)
3. Est-elle apparue juste avant les règles ? (Dans ce cas, elles sont souvent hormonales et bénignes, mais doivent être examinées.)
- ! 4.** Avez-vous déjà eu un cancer du sein ? (Facteur de risque fort.)
5. Existe-t-il des cas de cancer du sein dans votre famille ? (Un cancer mammaire chez deux parents de sexe féminin au premier degré ou chez un parent de sexe masculin au premier degré, ou un cancer mammaire bilatéral chez un parent au premier degré est un facteur de risque important de cancer du sein.)
- ! 6.** Avez-vous déjà fait un test pour détecter la présence du gène du cancer du sein ? (Chez les femmes *BRCA1* ou *BRCA2*-positives, le risque de cancer du sein est de 70 % et le risque de cancer de l'ovaire est de 50 %.)
7. Avez-vous déjà subi une biopsie mammaire ? (La zone concernée peut sembler ferme ou simuler une masse ; une biopsie antérieure peut avoir révélé une hyperplasie canalaire atypique, qui est considérée comme une affection prémaligene.)
8. Renseignez-vous également sur les autres facteurs de risque :
 - À quel âge avez-vous eu vos premières règles (ménarche) ?
 - Avez-vous encore vos règles ?
 - Quel âge aviez-vous lors de votre première grossesse menée à terme ?
 - Avez-vous allaité votre ou vos enfant(s) ?
 - Avez-vous pris une contraception orale ?

Examen des seins

Les médecins (et les étudiants) de sexe masculin devraient être accompagnés d'un chaperon de sexe féminin.

INSPECTION

1. Demandez à la patiente de s'asseoir, avec la poitrine complètement dénudée.
2. Examinez les mamelons à la recherche d'une rétraction (due à un **cancer** ou à une fibrose ; chez certaines patientes

toutefois, une rétraction est normale) et de la **maladie de Paget** du mamelon (dans laquelle un cancer mammaire sous-jacent fait apparaître une zone unilatérale rouge, squameuse ou hémorragique).

3. Inspectez le reste de la peau. Recherchez des **veines visibles** (qui, si elles sont unilatérales, sont évocatrices d'un cancer), des **capitons** cutanés et une peau d'orange (dans lesquels un cancer mammaire avancé fait apparaître une peau œdèmeuse creusée par des fossettes induites par les glandes sudoripares).
4. Demandez à la patiente de **lever les bras au-dessus de sa tête**. Recherchez une fixation des mamelons ou de la peau, un déplacement de la position relative des mamelons ou une masse fixée déformant un sein. Recherchez des masses axillaires.
5. Demandez à la patiente de poser les mains sur ses hanches puis d'appuyer fortement (**manœuvre de contraction pectorale**). Cela accentue les zones de fixation ou les capitons.

PALPATION

1. Assurez-vous que vos mains sont propres et chaudes.
2. Demandez à la patiente de s'allonger. Elle peut aider en plaçant sa main derrière la tête, du même côté (homolatéral). La présence d'implants mammaires complique nettement l'examen des seins : dans ce cas, le bras homolatéral de la patiente doit être laissé baissé sur le côté, et l'examen du sein doit se faire en position allongée.
3. Palpez systématiquement chaque sein (**figures 10.1 et 10.2**).

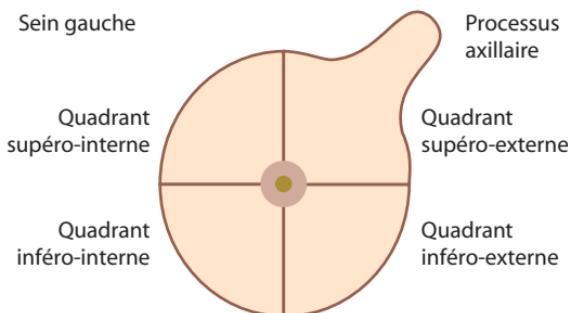


Figure 10.1 Quadrants du sein.

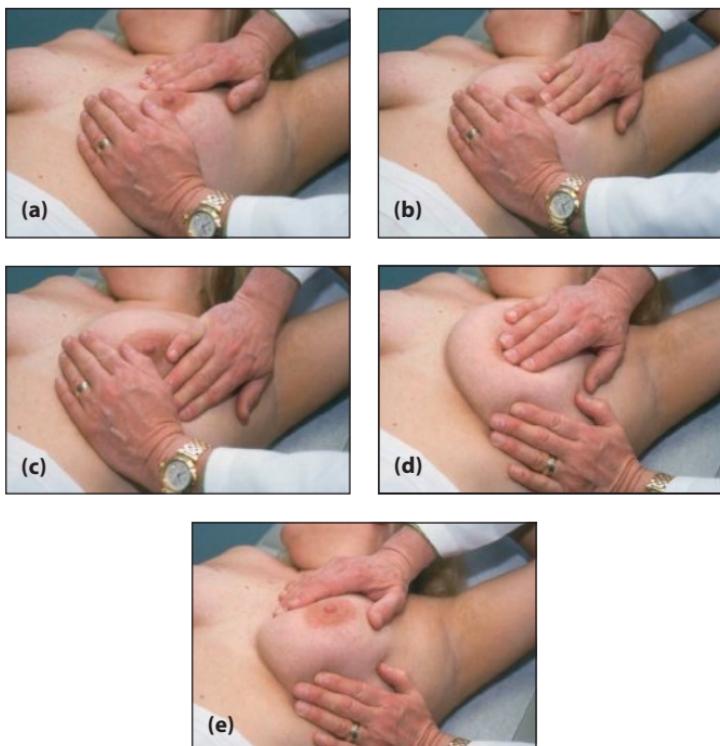


Figure 10.2 Palpation des seins. **(a)-(e)** La patiente est allongée sur le dos et le bras homolatéral est en extension au-dessus de la tête. L'examineur palpe le sein avec ses doigts posés à plat sur la paroi thoracique. La palpation commence au niveau du sternum et se poursuit en direction latérale jusqu'à la ligne axillaire moyenne. Utilisez la pulpe des trois doigts du milieu. Visualisez le sein comme une horloge et palpez chaque « heure » du cadran, en couvrant l'intégralité du sein à partir de la clavicule (en haut) jusqu'à la partie inférieure de la cage thoracique (en bas). Les mamelons et les aréoles sont comprimés séparément. (*Baggish MS, Karram MM. Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery. 3rd ed. Elsevier; 2011, figure 105.13.*)

4. Palpez ensuite **en arrière du mamelon** à la recherche de masses et notez s'il est possible d'exprimer du **liquide** : du sang rouge vif (par exemple, dû à un papillome intracanalaire ou, plus rarement, à un cancer), du liquide

séreux jaune (par exemple, fibroadénose), du liquide séreux (par exemple, début de grossesse), du liquide laiteux (par exemple, allaitement) ou du liquide vert (par exemple, ectasie galactophorique).

5. Examinez à la fois les régions **sus-claviculaires** et **axillaires** à la recherche de lymphadénopathie (voir p. 187).

ÉVALUATION D'UNE MASSE MAMMAIRE

1. Si une masse est détectée, il faut soigneusement préciser les points suivants :
 - *position* : quadrant mammaire impliqué et proximité du mamelon;
 - *taille, forme et consistance* : un nodule dur et irrégulier est caractéristique d'un cancer. Une masse mobile, arrondie et ferme évoque un fibroadénome;
 - *sensibilité à la palpation* : évoque une lésion inflammatoire ou kystique; le cancer du sein n'est habituellement pas sensible;
 - *fixation* : la mobilité est déterminée en prenant le sein entre les mains et en le déplaçant sur la paroi thoracique, le bras de la patiente étant relâché puis sa main appuyant sur sa hanche (pour contracter le grand pectoral). Pour les lésions du quadrant inféro-externe, la patiente doit pousser le bras contre un mur situé devant elle (pour contracter le muscle dentelé antérieur). Dans les cancers à un stade avancé, la masse peut être fixée à la paroi thoracique;
 - *lésions uniques ou multiples* : des nodules multiples évoquent une maladie kystique bénigne ou une fibroadénose;
 - *hypertrophie des ganglions lymphatiques* : examinez les ganglions lymphatiques axillaires et sus-claviculaires de **drainage**; la présence d'adénopathies évoque une maladie métastatique.
2. En cas de suspicion de cancer, recherchez une maladie métastatique. Recherchez un épanchement pleural ainsi qu'une sensibilité à la palpation d'une vertèbre ou d'un autre os. Palpez le foie qui peut être dur et irrégulier (hépatomégalie maligne).

LE SEIN DE L'HOMME

Chez l'homme présentant une gynécomastie vraie (hypertrophie du tissu mammaire), on peut palper un disque de tissu mammaire sous l'aréole. On ne le retrouve pas chez l'homme simplement obèse.

Points clés en situation pratique

L'examen des seins

1. Un interrogatoire minutieux peut apporter des informations importantes sur le risque. C'est un sujet fréquent d'ECOS.
2. Dans le cadre d'un examen physique chez une femme, l'examen des seins est un geste de routine.
3. L'examen n'est pas complet si on n'examine pas également les ganglions lymphatiques de drainage.
4. Recherchez des signes de métastases à distance en cas de suspicion d'un cancer.
5. La cause la plus fréquente de vraie hypertrophie (et sensibilité) mammaire chez l'homme est la prise de spironolactone, généralement utilisé pour le traitement d'une insuffisance cardiaque.

11

Les articulations

«Plus grande est l'ignorance, plus grand est le dogmatisme.»

Sir William Osler (1849–1919)

Les anomalies articulaires sont souvent dues à des traumatismes, à une inflammation ou à une dégénérescence (usure). Les affections articulaires inflammatoires s'accompagnent souvent d'atteintes de la peau et des tissus conjonctifs.

Rhumatologie : interrogatoire

SYMPTÔMES À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (Encadré 11.1)

Douleur et gonflement articulaires

1. Demandez au patient en quoi consistent ses problèmes articulaires. Une *arthralgie* correspond à une douleur articulaire sans gonflement, alors qu'une *arthrite* implique à la fois une douleur et un gonflement.
2. Déterminez si :
 - une ou plusieurs articulations sont atteintes ;
 - les anomalies sont symétriques ;
 - les symptômes sont de nature aiguë ou chronique ;
 - les symptômes s'améliorent ou s'aggravent.

Encadré 11.1

Rhumatologie : interrogatoire

Principaux symptômes à l'origine de la consultation

Articulations :

Douleur.
Gonflement.
Raideur matinale.
Atteinte de la fonction.

Douleurs dorsales

Douleurs des membres.

Yeux :

Sécheresse des yeux et de la bouche.
Yeux rouges.

Phénomène de Raynaud.

Symptômes systémiques et autres :

Éruption cutanée, fièvre, fatigue, perte de poids, diarrhée, ulcères muqueux.

En cas de polyarthrite rhumatoïde, **les symptômes articulaires sont plus marqués après le repos**, alors que dans l'arthrose, **la douleur s'aggrave après un effort**.

3. Renseignez-vous sur l'existence d'une **raideur matinale**, qui est un symptôme de synovite active (inflammation de la synoviale).
4. Posez des questions détaillées sur la capacité du patient arthritique d'accomplir ses activités habituelles, qu'elles soient domestiques ou professionnelles.

Douleurs dorsales

Il s'agit d'un problème très fréquent. Interrogez le patient au sujet de leur localisation, demandez-lui si elles sont intermittentes ou progressives et quel lien existe entre ces douleurs et l'effort physique.

- La douleur musculosquelettique est typiquement bien localisée et s'aggrave lors des mouvements.
- En cas de lésion de la moelle spinale, la douleur peut siéger dans le territoire d'un dermatome (**figure 7.13**).
- L'ostéoporose (avec des fractures-tassements), l'ostéomalacie ou l'infiltration d'un cancer, d'une leucémie ou d'un myélome peuvent provoquer des douleurs dorsales progressives et continues.
- La douleur peut être d'installation brutale si elle est due à une fracture-tassement d'un corps vertébral.

- Dans la **spondylarthrite ankylosante** (arthrite inflammatoire du squelette axial), la douleur se situe habituellement au niveau des articulations sacro-iliaques et du rachis lombaire, et elle s'atténue à l'effort ; une raideur matinale accompagne la douleur.

Douleurs des membres

Renseignez-vous au sujet des traumatismes antérieurs, de la distribution de la douleur et des facteurs d'aggravation et de soulagement. Une douleur des membres peut être causée par :

- des problèmes musculosquelettiques (y compris un traumatisme) ;
- une **pseudopolyarthrite rhizomélique** (douleur et raideur dans les épaules et les hanches chez les patients de plus de 50 ans) ;
- une maladie osseuse, comme l'ostéomyélite, l'ostéomalacie, l'ostéoporose ou des tumeurs ;
- une inflammation des tendons (ténosynovite), pouvant produire une douleur locale au niveau de la zone affectée ;
- une maladie vasculaire : envisagez une occlusion artérielle en cas de douleur sévère d'installation brutale. Une maladie vasculaire périphérique chronique peut entraîner une douleur dans les mollets à l'effort, qui est soulagée par le repos. Ce phénomène porte le nom de « **claudication intermittente** ». Une thrombose veineuse peut également être à l'origine d'une douleur diffuse dans les jambes, accompagnée d'un gonflement.

Symptômes associés

- Sécheresse des yeux et de la bouche.** Ces symptômes sont caractéristiques du syndrome de Gougerot-Sjögren, une maladie auto-immune. La sécheresse oculaire peut entraîner une conjonctivite, une kératite et des ulcérations cornéennes.
- Yeux rouges.** Les spondylarthropathies séronégatives (absence du facteur rhumatoïde dans le sang) et le syndrome de Behçet, mais pas la polyarthrite rhumatoïde, peuvent se compliquer d'un iritis (voir p. 247).
- Phénomène de Raynaud.** Le phénomène de Raynaud est une réponse vasculaire anormale des doigts (et des orteils) exposés au froid ; les doigts deviennent d'abord blancs, puis bleus et enfin rouges et douloureux.

- **Symptômes systémiques et autres.** Renseignez-vous au sujet des éruptions cutanées et des ulcères muqueux. En cas de douleurs dorsales, une pathologie rachidienne grave doit être suspectée s'il existe des signaux d'alarme (par exemple, fièvre, symptômes neurologiques ou incontinence fécale, perte de poids).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Interrogez le patient au sujet des éléments suivants :

- antécédents de traumatismes ou d'interventions chirurgicales;
- antécédents d'infection récente, y compris hépatite, pharyngite streptococcique, rubéole, dysenterie (ces infections peuvent s'accompagner d'une arthrite réactionnelle);
- gonorrhée ou tuberculose (elles peuvent causer une arthrite infectieuse);
- maladie inflammatoire chronique de l'intestin à l'origine de diarrhées sanglantes, pouvant également provoquer une arthrite;
- goutte et pseudo-goutte.

MODE DE VIE

Déterminez l'aménagement du domicile du patient et sa profession. Ces informations sont particulièrement importantes en cas d'arthrite chronique invalidante.

TRAITEMENTS

1. Renseignez-vous sur les médicaments antiarthritiques actuels et antérieurs, par exemple l'aspirine, d'autres anti-inflammatoires (inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ou autres AINS), le méthotrexate, la sulfasalazine, la chloroquine, les corticoïdes, les anti-TNF, la glucosamine ou d'autres médicaments en vente libre.
2. Précisez tous les effets indésirables de ces médicaments.
3. Renseignez-vous sur les traitements antérieurs par kinésithérapie et chirurgie.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Certaines maladies associées à l'arthrite chronique sont familiales. Par exemple, la polyarthrite rhumatoïde est 4 fois plus fréquente chez les personnes ayant un parent au premier degré touché par cette maladie.

Anatomie et examen

LES MAINS ET LES POIGNETS

Les fonctions complexes de la main se reflètent dans la complexité des articulations du poignet et de la main (figure 11.1). Le poignet comporte deux articulations synoviales :

- l'articulation radiocarpienne (entre la tête radiale et les os proximaux du carpe) ;
- l'articulation médiocarpienne (entre les deux rangées des os du carpe).

Les ligaments collatéraux latéral et médial et les ligaments antérieur et postérieur stabilisent les surfaces articulaires au cours des différents mouvements. Les mouvements du poignet comprennent la déviation ulnaire et latérale, ainsi que la flexion

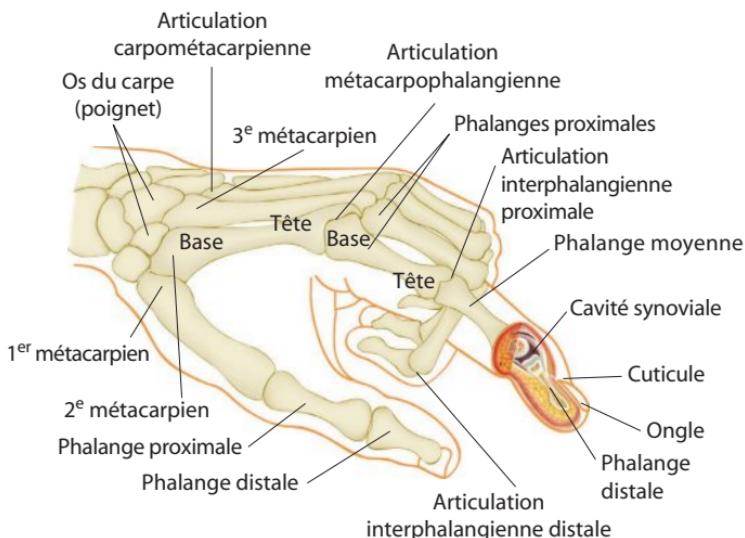


Figure 11.1 Anatomie de la main et du poignet.

et l'extension. Une combinaison de ces mouvements permet la circumduction de la main.

Les articulations carpométacarpériennes relient le poignet et la main. Ce sont des articulations synoviales condylaires. Le mouvement peut se faire autour de deux axes perpendiculaires : flexion et extension, adduction et abduction. L'articulation carpométacarpienne du pouce (entre le premier os métacarpien et le trapèze) a des surfaces articulaires plus complexes. Elles permettent une plus grande variété de mouvements : flexion, extension, adduction, abduction, rotation et circumduction.

Les articulations métacarpophalangiennes sont des articulations synoviales. Les mouvements actifs possibles comprennent la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction et un certain degré de rotation. L'extension est beaucoup plus limitée que la flexion. Le mouvement de l'articulation métacarpophalangienne du pouce est lui aussi différent : cette articulation est essentiellement limitée à la flexion et à l'extension.

LES GENOUX

Le genou est l'articulation à charnière la plus volumineuse du corps ([figure 11.2](#)). Sa synoviale est développée, les ligaments collatéraux assurent la stabilité latérale et les ligaments croisés limitent le mouvement en direction antéropostérieure. L'examen du genou doit évaluer ces structures complexes.

L'examen rhumatologique ([encadré 11.2](#))

INSPECTION GÉNÉRALE

Une inspection générale donne une indication de l'incapacité fonctionnelle du patient et permet de faire un « diagnostic instantané » de certaines affections.

1. Regardez le patient marcher dans la pièce, notez les douleurs et les difficultés apparentes ainsi que la posture, et déterminez si une assistance mécanique est nécessaire (canne, déambulateur, appareil orthopédique, etc.).
2. Observez le type d'atteinte articulaire (quelles articulations, symétrie ou asymétrie).
3. Positionnez le patient pour un examen plus approfondi, sur le lit et dévêtu autant que possible.
4. Repérez les difficultés qu'éprouve le patient pour se déshabiller.

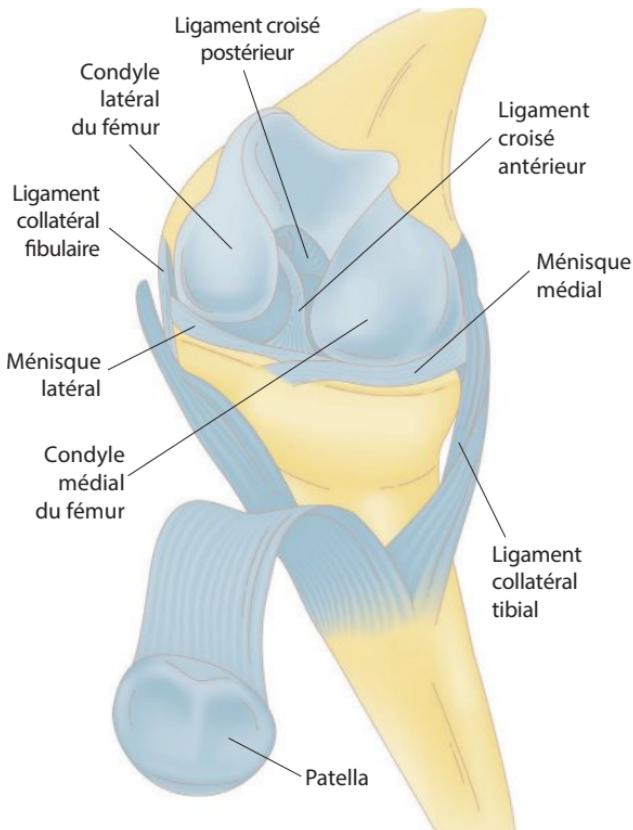


Figure 11.2 Anatomie du genou.

Encadré 11.2 La séquence de l'examen rhumatologique

1. Inspection générale.
2. Examinez toutes les articulations, en particulier celles suggérées comme anormales par l'interrogatoire; comparez les côtés gauche et droit.
3. Palpez les articulations ainsi que la peau et les structures environnantes.
4. Testez les mouvements passifs, les mouvements actifs, la fonction et la stabilité.
5. Prenez des mesures pour détecter une déformation fixe.

LES PRINCIPES DE L'EXAMEN ARTICULAIRE

Regardez, palpez, mobilisez et mesurez quand vous examinez les articulations affectées.

1. Regardez (comparez la gauche et la droite) :

- **érythème** : une rougeur de la peau sus-jacente évoque une **arthrite** active ou une **infection** de l'articulation;
- **atrophie** : un amincissement de la peau et de ses annexes laisse penser que l'affection est chronique;
- **cicatrices** : des interventions chirurgicales ont pu être pratiquées sur l'articulation ou les tendons associés (par exemple, prothèse articulaire ou réparation tendineuse);
- **éruptions cutanées** :
 - le psoriasis, une éruption cutanée avec des squames nacrées sur les surfaces d'extension, est associé à plusieurs types d'arthrite;
 - la vascularite, une inflammation des petites artères, fait apparaître des anomalies de la peau (par exemple, purpura palpable) et du lit unguéal (par exemple, hémorragies linéaires) et peut être associée à une arthrite active (par exemple, polyarthrite rhumatoïde);
- **gonflement** au-dessus de l'articulation : il peut être dû à un épanchement (accumulation de liquide dans la cavité articulaire), à une hypertrophie ou une inflammation de la synoviale (gonflement oedématueux) ou à des excroissances osseuses au niveau des rebords articulaires (gonflements durs de l'arthrose);
- **déformation** : l'arthrite destructive induit des modifications architecturales de la zone atteinte (par exemple, déviation des doigts vers le côté ulnaire de la main dans la polyarthrite rhumatoïde sévère; voir [figure 11.14](#) plus loin dans ce chapitre);
- **subluxation** : les segments déplacés des surfaces articulaires restent partiellement en contact;
- **luxation** : une perte de contact entre les surfaces articulaires survient suite à une lésion des surfaces des articulations, des tissus environnants et des tendons;
- **atrophie musculaire** : une non-utilisation, une inflammation et parfois une compression nerveuse peuvent être responsables d'une atrophie des muscles à proximité des articulations affectées.

2. Palpez :

- **chaleur** : une synovite active, une infection ou une arthrite microcristalline (par exemple, goutte) augmentent toutes la vascularisation et rendent la zone entourant l'articulation affectée plus chaude que la normale;
- **sensibilité à la palpation** : une inflammation ou une infection de l'articulation en sont souvent la cause;
- **synovite** : elle est responsable d'un gonflement œdémateux très caractéristique, plus ferme qu'un épanchement;
- **hypertrophie osseuse** : les ostéophytes de l'arthrose ou l'épaississement de l'os sous-chondral sont très durs.

3. Mobilisez :

- **mouvement passif** : demandez au patient de se détendre et de vous laisser mobiliser son articulation dans ses directions anatomiques normales; notez une limitation de l'extension (**déformation en flexion fixe**) ou de la flexion (**déformation en extension fixe**);
- **mouvement actif** : pour évaluer la fonction intégrée de l'articulation (par exemple, fonction des mains, démarche, examen du cou et du dos), demandez au patient de mobiliser l'articulation;
- **stabilité** : essayez de mobiliser doucement l'articulation dans des directions anormales; une articulation instable peut être mobilisée dans des directions autres que les plans habituels du mouvement, du fait d'une luxation ou de la perte du soutien tendineux normal;
- **crépitation articulaire** : placez votre main sur l'articulation ou les tendons pendant que le patient mobilise l'articulation; un bruit ou une sensation de crissement provenant de l'articulation évoque une chronicité.

4. Mesurez :

- **estimez** approximativement les angles articulaires si nécessaire. Dans la pratique clinique, seuls les rhumatologues connaissent les angles articulaires; ils ne sont inclus qu'à des fins d'exhaustivité de la présentation. Notez les mouvements en nombre de degrés de flexion à partir de la position anatomique en extension (par exemple, genou tendu). Une déformation

en flexion fixe du genou peut être notée « 30°/60° », ce qui signifie qu'il existe 30° de déformation en flexion fixe et que la flexion est limitée à 60°;

- **utilisez un mètre ruban :**
 - pour mesurer et suivre la masse musculaire du quadriceps;
 - et dans l'examen des mouvements rachidiens (voir ci-dessous).

EXAMEN ARTICULATION PAR ARTICULATION

Vous devez savoir examiner les mains, le dos et les genoux, même si d'autres articulations peuvent également apporter des informations diagnostiques importantes.

Les mains et les poignets

Demandez au patient de s'asseoir sur le bord du lit et de placer ses mains sur l'oreiller, paumes vers le bas.

1. Regardez :

- **les poignets** : notez la présence d'un érythème, d'une atrophie, de cicatrices, d'un gonflement et d'éruptions cutanées; recherchez également des stries creuses entre les os métacarpiens (atrophie musculaire des muscles intrinsèques de la main);
- **les articulations métacarpophalangiennes** : notez la présence d'anomalies cutanées, d'un gonflement ou d'une déformation (déviation ulnaire et subluxation volaire [palmaire] des doigts);
- **les articulations interphalangiennes proximales et distales** : notez la présence d'anomalies cutanées et d'un gonflement articulaire;
- **déformation en «col de cygne»** : notez l'existence d'une hyperextension des articulations interphalangiennes proximales et d'une flexion des articulations interphalangiennes distales; cet aspect est caractéristique de la polyarthrite rhumatoïde ([figure 11.3](#));
- **arthrose** : notez la présence d'un **gonflement** des articulations interphalangiennes distales et de la première articulation carpométacarpienne. Recherchez des **nodosités d'Heberden**, qui sont des ostéophytes marginaux localisés à la base des phalanges distales;

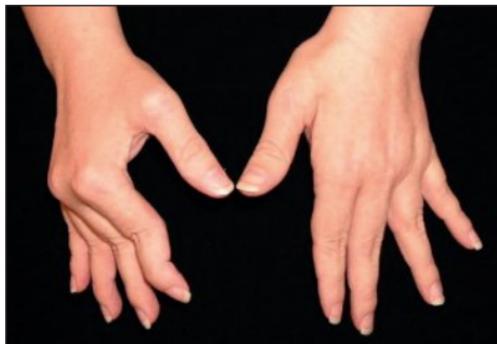


Figure 11.3 Déformation en « col de cygne ».

(Sebastin SJ, Chung KC. Reconstruction of digital deformities in rheumatoid arthritis. *Hand Clinics*, 2011; 27(1), figure 4.)

- les doigts : notez la présence des **doigts en saucisse typiques** de l'arthropathie psoriasique ;
 - les ongles : notez la présence d'anomalies unguéales **psoriasiques** telles que des dépressions en « dé à coudre » (voir **tableau 3.2** au **chapitre 3**), une onycholyse, une hyperkératose (épaississement des ongles), des striures et une décoloration ;
 - anomalies induites par une **vascularite** : recherchez des hémorragies linéaires (par exemple, dues à la polyarthrite rhumatoïde) ;
 - **Les faces palmaires** : notez la présence de cicatrices (en raison de réparations ou de transferts tendineux), d'un érythème palmaire et d'une atrophie musculaire des éminences thénar ou hypothénar.
- 2. Palpez et mobilisez (figure 11.4) :**
- avec vos deux pouces, palpez les **poignets** à la recherche d'une **synovite** (figure 11.5) et d'épanchements. Notez l'existence d'une sensibilité, d'une limitation des mouvements ou d'une crépitation articulaire ;
 - passez aux articulations métacarpophalangiennes : **fléchissez l'articulation métacarpophalangienne**, en tenant la phalange proximale entre le pouce et l'index, puis balancez l'articulation vers l'arrière et vers l'avant. Il peut exister un mouvement très exagéré en cas de laxité ligamentaire ou de subluxation ;

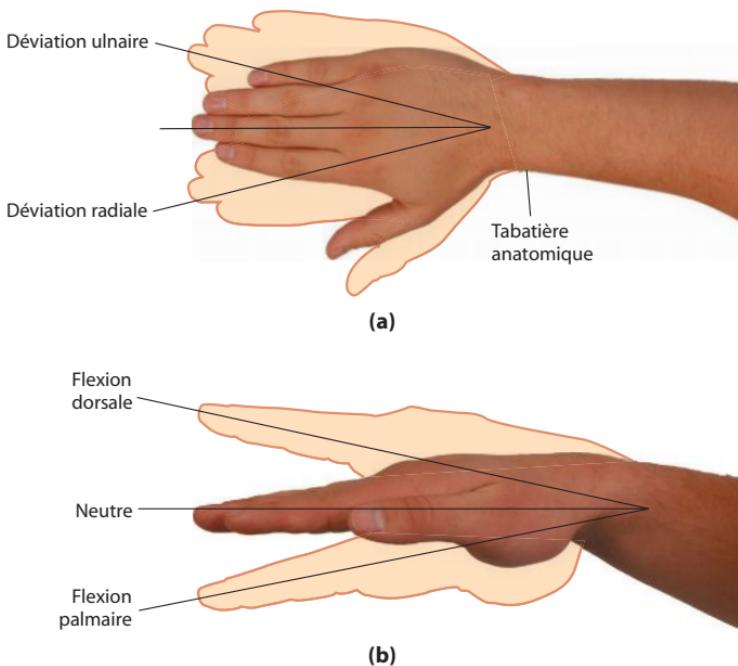


Figure 11.4 Mouvements du poignet. (a) Déviation ulnaire et radiale. (b) Flexion dorsale et palmaire. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)



Figure 11.5 Palpation des poignets à la recherche d'une synovite.

- palpez toutes les articulations interphalangiennes proximales et distales à la recherche d'une sensibilité et de gonflements. L'hypertrophie osseuse, dure, est due à la présence d'ostéophytes;
 - recherchez une **crépitation des tendons palmaires**. Placez les faces palmaires de vos doigts contre la paume de la main du patient pendant que celui-ci fléchit et étend les articulations métacarpophalangiennes. Recherchez un **doigt à ressort** (incapacité d'étendre un doigt dans la ténosynovite sténosante);
 - effectuez la **manœuvre de Finkelstein**. Tenez la main du patient avec le pouce replié dans la paume puis tournez rapidement le poignet en déviation ulnaire complète. Une douleur aiguë apparaît dans les tendons du pouce quand ces tendons sont le siège d'une ténosynovite (ténosynovite de De Quervain);
 - recherchez par palpation les **nodules sous-cutanés** de la polyarthrite rhumatoïde, à proximité des coudes.
- 3.** Effectuez des tests de fonction :
- testez la **force de préhension** en demandant au patient de serrer deux de vos doigts;
 - testez la **préhension d'une clé** ([figure 11.6a](#)) en demandant au patient de tenir une clé entre les pulpes du pouce et de l'index;
 - testez la **force d'opposition** ([figure 11.6b](#)) en demandant au patient d'opposer le pouce et l'auriculaire, puis évaluez la résistance de ces deux doigts à l'écartement;
 - effectuez un **test pratique**, en demandant par exemple au patient de défaire un bouton ou d'écrire avec un stylo.

Les coudes

1. Recherchez un **épanchement articulaire** (gonflement de chaque côté de l'olécrâne). Des gonflements discrets au-dessus de l'olécrâne peuvent être dus à des nodules rhumatoïdes (gonflements fermes parfois sensibles à la palpation, fixés aux structures plus profondes), à des tophus goutteux ou à une hypertrophie de la bourse olécrânienne.
2. Recherchez une **sensibilité à la palpation**, notamment au-dessus des épicondyles. Les **nodules rhumatoïdes** sont



Figure 11.6 Préhension d'une clé (a) et force d'opposition (b).

durs, parfois sensibles à la palpation et ils sont fixés aux structures sous-jacentes, alors que les **tophus goutteux** sont fermes et apparaissent souvent de couleur jaunâtre sous la peau.

3. Mobilisez passivement les coudes. Le coude est une articulation à charnière dont le mouvement va de 0° (**extension**) à 150° (**flexion**).

Les épaules

1. Regardez l'articulation (figure 11.7). Seuls les épanchements volumineux peuvent être détectés.
2. Palpez à la recherche d'une sensibilité et de gonflements.
3. Effectuez la manœuvre de grattage d'Apley pour examiner les mouvements actifs de l'épaule. Demandez au patient de gratter une démangeaison imaginaire sur la scapula

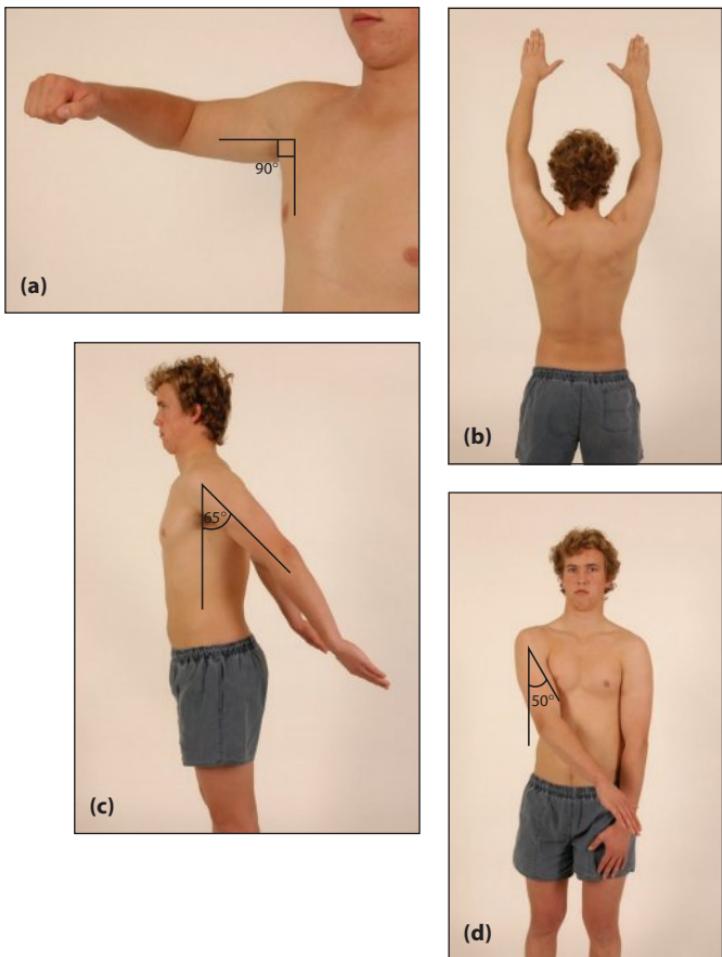


Figure 11.7 Mouvements des épaules. **(a)** Abduction à l'aide de l'articulation gléno-humérale. **(b)** Abduction à l'aide de l'articulation gléno-humérale et de la scapula. **(c)** Extension. **(d)** Adduction. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

opposée, d'abord en passant par-dessus l'épaule opposée, puis en passant derrière le cou, et enfin en passant derrière le dos ([figure 11.8](#)). Recherchez une limitation des mouvements et demandez au patient si les différents mouvements sont douloureux.

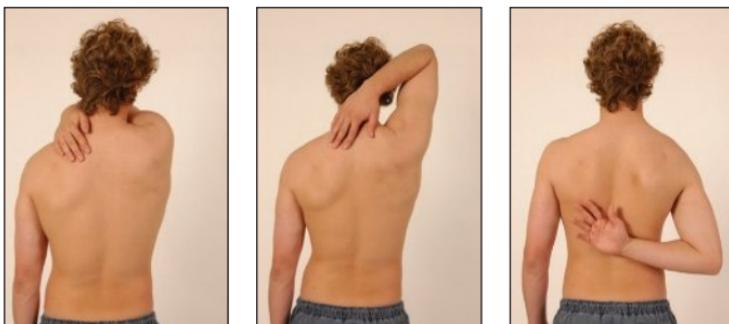


Figure 11.8 Manœuvre de grattage d'Apley pour évaluer les mouvements de l'épaule. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

4. Si vous observez une anomalie lors de la manœuvre de grattage, mobilisez passivement l'articulation. Testez l'**abduction** (90°), l'**élévation** (180°), l'**adduction** (50°), la **rotation externe** (60°), la **rotation interne** (90°), la **flexion** (180°) et l'**extension** (65°) (figure 11.7). Observez pour vous assurer que le mouvement provient de l'épaule et non de la scapula.

Les articulations temporomandibulaires

1. Examinez l'avant de l'oreille à la recherche d'un gonflement.
2. Palpez pour détecter un crissement et une sensibilité en plaçant un doigt juste en avant de l'oreille pendant que le patient ouvre et ferme la bouche.

Le cou

1. Examinez le rachis cervical chez le patient assis et notez en particulier la posture.
2. Testez le **mouvement actif** pour la **flexion** (45°), l'**extension** (45°), l'**inclinaison latérale** (45°) et la **rotation** (70°) (figure 11.9).

Le rachis thoracolombaire et les articulations sacro-iliaques

Pour commencer l'examen, demandez au patient (qui ne porte que ses sous-vêtements) de se tenir debout.

1. Recherchez une **déformation** telle qu'une scoliose, une courbure latérale du rachis ou une perte de la cyphose

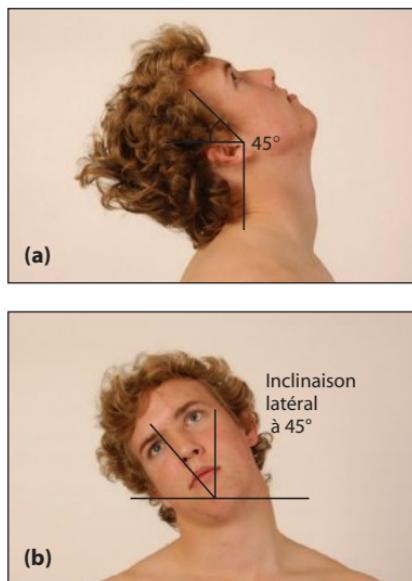


Figure 11.9 Mouvements du cou. **(a)** Extension : « Penchez votre tête en arrière et regardez vers le haut. » **(b)** Inclinaison latérale : « Maintenant, touchez votre épaule avec votre oreille droite. » (45°). Rotation : « Maintenant, regardez par-dessus votre épaule, vers la droite puis vers la gauche. » (70°). (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

thoracique et de la lordose lombaire normales (par exemple, en raison d'une spondylarthrite ankylosante).

2. Palpez **chaque corps vertébral** à la recherche d'une sensibilité et d'un spasme musculaire. Recherchez également une sensibilité à la palpation des articulations sacro-iliaques.
3. Testez le mouvement actif : **flexion, extension, inclinaison latérale et rotation** ([figure 11.10](#)). Mesurez la capacité de flexion lombaire à l'aide du test de Schober ([figure 11.11](#)). Pratiquez une marque au niveau de l'épine iliaque postérieure sur la colonne vertébrale. Placez un doigt 5 cm en dessous de cette marque et un doigt 10 cm au-dessus. Demandez au patient de se pencher en avant pour toucher ses orteils. Si la flexion lombaire est normale, la distance entre vos doigts doit augmenter d'au moins 5 cm.

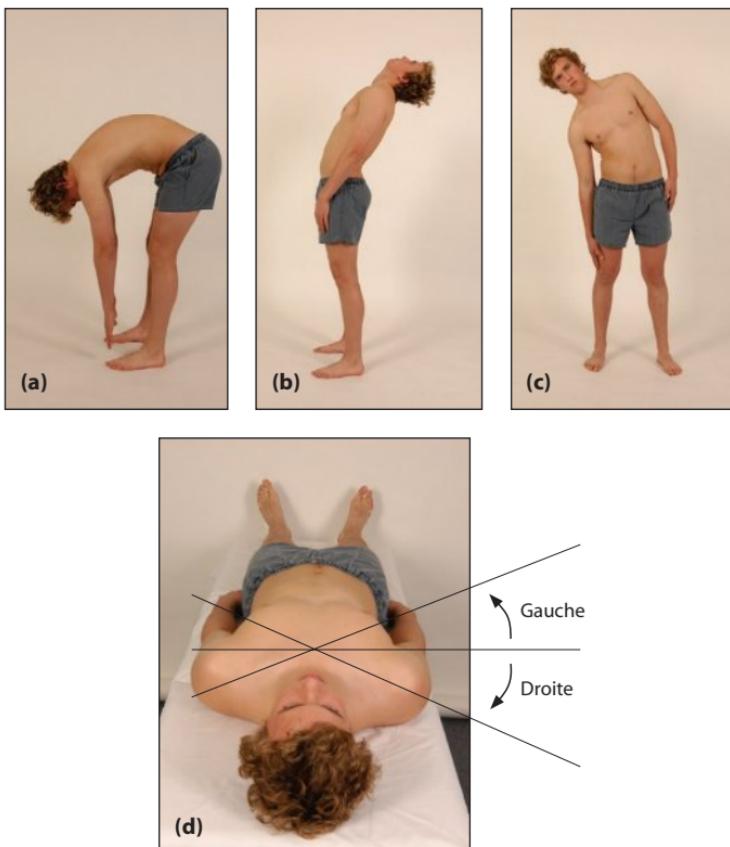


Figure 11.10 Mouvements du rachis thoracolombaire. **(a)** Flexion. **(b)** Extension. **(c)** Inclinaison latérale. **(d)** Rotation. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

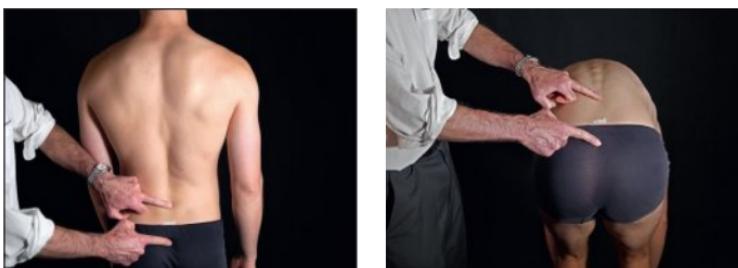


Figure 11.11 Test de Schober.

4. Effectuez la **mancœuvre de Lasègue**, chez le patient allongé, en levant la jambe tendue. Dans la hernie discale lombaire (racines nerveuses L4, L5, S1), ce mouvement est limité par la douleur.
5. Effectuez la **mancœuvre de Léri**. Demandez au patient de s'allonger sur le ventre. Fléchissez le genou puis étirez la hanche. Le test est positif quand une douleur apparaît dans le dos (ou à l'avant de la cuisse).

Les hanches

1. Palpez à un niveau juste distal du centre du ligament inguinal, à la recherche d'une sensibilité de l'articulation.
2. Mobilisez passivement la hanche chez le patient allongé, d'abord sur le dos.
3. Testez la **flexion** (90°), l'**abduction** (50°), l'**adduction** (45°), la **rotation externe** et la **rotation interne** (45°). Demandez au patient de se mettre sur le ventre et testez l'**extension** (figure 11.12).
4. Demandez au patient de se mettre debout et effectuez le **test de Trendelenburg**. Le patient se tient debout sur une jambe, puis sur l'autre. Normalement, la hanche non portante s'élève, mais, en cas de myopathie proximale ou d'atteinte articulaire de la hanche, elle s'abaisse.

Les genoux

1. Recherchez une amyotrophie du quadriceps et examinez les genoux eux-mêmes à la recherche d'anomalies cutanées, de gonflements et de déformations. Un espace est visible sous le genou s'il existe une déformation de flexion permanente. Le genou ne peut pas être étendu complètement et reste fléchi en permanence; la jambe ne peut pas être allongée à plat sur le lit.
2. Palpez le quadriceps pour détecter une **atrophie musculaire**. Palpez les genoux à la recherche d'une chaleur et d'un gonflement synovial.
3. Par la recherche d'un **choc patellaire**, confirmez la présence d'épanchements volumineux. Comprimez l'extrémité inférieure du muscle quadriceps et refoulez le liquide contenu dans la bourse suprapatellaire vers le bas et sous la patella. Utilisez votre autre main pour appuyer

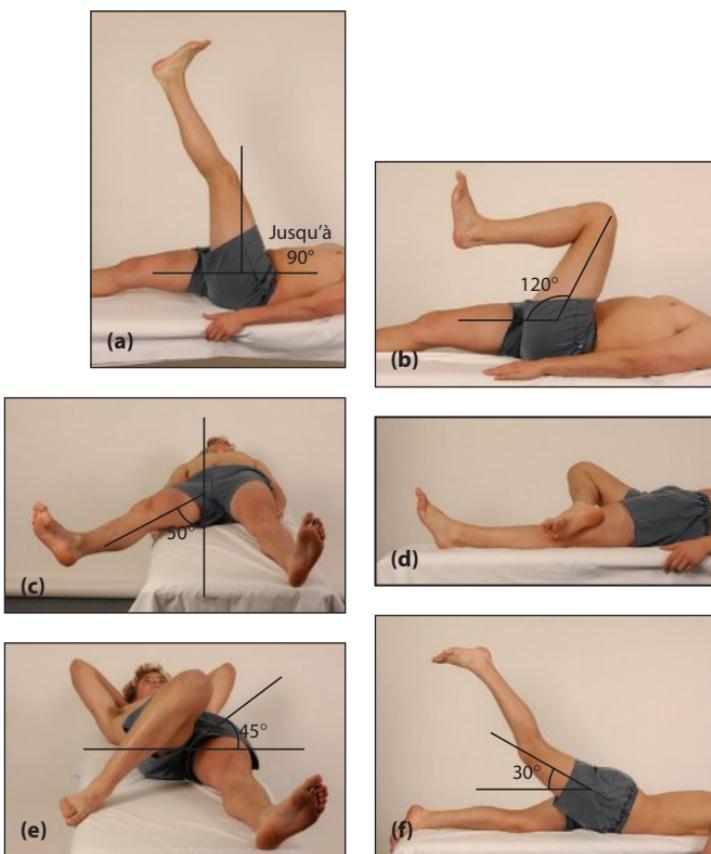


Figure 11.12 Mouvements de la hanche. **(a)** Flexion. **(b)** Flexion, genou plié. **(c)** Abduction. **(d)** Rotation externe. **(e)** Rotation interne. **(f)** Extension. (Avec l'aimable autorisation de Glenn McCulloch.)

brusquement sur la patella. Un déplacement postérieur de la patella suivi d'un choc palpable et audible est un signe de collection liquidienne significative. Des quantités moins importantes de liquide peuvent être mises en évidence par un bombement de part et d'autre de la patella; avec des mouvements de refoulement vers le haut, on peut observer une réduction temporaire du volume liquidien puis une accumulation lente.

4. Mobilisez passivement l'articulation. Testez la **flexion** (135°) et l'**extension** (5°), et notez la présence d'une crépitation (figure 11.13a).
5. Testez les **ligaments collatéraux** et **croisés**. Les ligaments collatéraux latéral et médial sont testés avec le genou légèrement fléchi. Saisissez le tibia du patient et essayez d'imprimer des mouvements latéraux et médiaux de la jambe sur le genou. La cuisse est stabilisée avec votre autre main (figure 11.13b). Un mouvement de plus de 10° est anormal. Les ligaments croisés sont testés en fléchissant le genou du patient à 90° . L'une de vos mains stabilise la cuisse pendant que l'autre, placée derrière le genou du patient, tente d'imprimer des mouvements antérieurs et postérieurs de la jambe sur le genou (figure 11.13c).
6. Pour finir, demandez au patient de se lever. Recherchez particulièrement un **genu varum** (jambe arquée) et un **genu valgum** (genou cagneux).
7. Inspectez et palpez derrière les genoux, dans le creux **poplité**, à la recherche d'un kyste de Baker.



Figure 11.13 Examen du genou. (a) Recherche d'une crépitation. (b) Test des ligaments collatéraux. (c) Test des ligaments croisés.

Les chevilles et les pieds

1. Examinez la peau à la recherche d'un gonflement, d'une déformation (hallux valgus et griffe) ou d'une atrophie musculaire. Des **déformations en saucisse des orteils** apparaissent dans l'arthropathie psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et la maladie de Fiessinger-Leroy-Reiter. Recherchez des anomalies unguérales évocatrices d'un psoriasis. Inspectez l'arc transversal du pied et l'arc longitudinal ; ils peuvent être aplatis dans les affections arthritiques du pied.
2. Recherchez un **gonflement** autour des malléoles latérale et médiale. Un gonflement indolore et une déformation de la cheville apparaissent dans la neuroarthropathie de Charcot, souvent dues à une neuropathie diabétique.
3. Mobilisez l'**articulation talaire (cheville)**, en saisissant d'une main le milieu du pied (**dorsiflexion** et **flexion plantaire**).
4. Pour l'**articulation subtalaire**, une douleur au mouvement est plus importante à noter que l'amplitude.
5. Comprimez les **articulations métatarsophalangiennes** en serrant les 1^{er} et 5^e métatarsiens entre votre pouce et votre index. Une douleur est évocatrice d'une inflammation.
6. Palpez le **tendon calcaneen** à la recherche de nodules rhumatoïdes ou d'une tendinite du tendon calcaneen.

Points clés en situation pratique

Anomalies rhumatologiques fréquentes

Mains

Polyarthrite rhumatoïde ([figures 11.3 et 11.14](#)).

Arthrose.

Arthrite goutteuse.

Rhumatisme psoriasique et ongles psoriasiques.

Sclérodermie.

Dos

Spondylarthrite ankylosante.

Genoux

Arthrose.

Épanchement.

Chevilles et pieds

Polyarthrite rhumatoïde du pied.
Cheville de Charcot.
Goutte.



Figure 11.14 Mains de polyarthrite rhumatoïde. Les flèches indiquent les déformations typiques. (* Dite aussi «coup de vent cubital».) (Sebastian SJ, Chung KC. Reconstruction of digital deformities in rheumatoid arthritis. *Hand Clinics*, 2011; 27(1), figure 4.)

Points clés en situation pratique

Comment évaluer rapidement le système rhumatologique d'un patient, y compris sa mobilité

Utilisez une méthode **GALS** modifiée¹ :

Démarche (**Gait**).

Bras (**Arms**).

Jambes (**Legs**).

Rachis (**Spine**).

Interrogez

Êtes-vous gêné par une douleur ou une raideur au niveau du dos, des muscles ou des articulations ?

À quel endroit exactement ?

Dans quelle mesure ces problèmes vous perturbent-ils ?

Pouvez-vous monter et descendre les escaliers ?

Pouvez-vous facilement vous lever de votre chaise ?

Pouvez-vous vous laver et vous habiller seul ?

¹ Note de l'éditeur : Moyen mnémotechnique utilisable en anglais.

Examinez

- 1. La démarche.** Demandez au patient de marcher jusqu'au bout de la pièce, de se retourner et de revenir. Notez la longueur des pas, la fluidité de la marche et du demi-tour, la posture, l'impact du talon sur le sol et le balancement des bras. La marche est-elle visiblement douloureuse et existe-t-il un problème neurologique ? Une démarche parkinsonienne, un pied tombant ou toute autre démarche caractéristique d'une atteinte neurologique devrait vous sauter aux yeux.
- 2. Les bras, les jambes et le rachis.**
 - a. De dos :** examinez le rachis à la recherche d'une scoliose. La masse musculaire des épaules, des muscles paravertébraux, des muscles glutéaux (anciennement muscles fessiers) et des mollets est-elle symétrique et normale ?
 - b. De profil :** recherchez la lordose et la cyphose thoracique normales. Demandez au patient de se pencher en avant et recherchez la séparation normale des processus épineux lombaires.
 - c. De face :** recherchez une asymétrie ou une atrophie des principaux groupes musculaires (épaules, bras et quadriceps). Existe-t-il une déformation des genoux, des chevilles ou des pieds ?
- 3. Lorsque l'arthrite semble importante, prenez le temps de tester les mouvements.** Recherchez des mouvements limités, asymétriques ou douloureux.
 - a. Rachis.**
 - Rotation : « Tournez les épaules le plus possible vers la droite; maintenant vers la gauche. »
 - Flexion latérale : « Faites glisser votre main le long de votre jambe du côté droit. Refaites la même chose du côté gauche. »
 - Rachis cervical :
 - Flexion latérale : « Rapprochez votre oreille droite de votre épaule droite. Refaites la même chose à gauche. »
 - Flexion et extension : « Penchez le plus possible votre tête en arrière et regardez vers le haut. Maintenant baissez le menton sur la poitrine. »
 - b. Épaules** (articulations acromioclaviculaire, gléno-humérale, sternoclaviculaire).
 - « Mettez votre main droite dans le dos et essayez d'aller le plus loin possible, comme si vous vouliez vous gratter le dos. Refaites la même chose avec la main gauche. »
 - « Mettez vos mains derrière la tête et tirez le plus possible vos coudes vers l'arrière. »
 - c. Coude**s (extension).
 - « Tendez vos bras le long du corps. »

d. Mains et poignets.

- «*Tendez les bras et les mains devant vous.*»
 - Recherchez une déformation en flexion fixe des doigts ainsi qu'un gonflement et une déformation des mains et des poignets ou une atrophie des petits muscles des mains.
- «*Tournez vos mains de manière à diriger les paumes vers le haut.*»
 - Examinez les paumes à la recherche d'un gonflement ou d'une atrophie musculaire.
 - La supination se fait-elle facilement et complètement ?
 - La rotation externe de l'épaule est-elle utilisée pour compenser la limitation de la supination ?
- «*Serrez mes doigts le plus fort possible.*» (Pour tester la force de préhension.)
- «*Touchez le bout de chaque doigt avec votre pouce.*» (Pour tester la plupart des articulations des doigts.)

e. Jambes et hanches.

- «*Allongez-vous sur le lit.*»
 - Regardez la longueur des jambes et, si elle vous semble anormale, mesurez la vraie longueur de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole médiale et la longueur apparente de l'ombilic à la malléole médiale.
 - Testez la flexion du genou.
- «*Piez le genou et ramenez votre pied vers vos fesses.*»
 - Posez votre main sur la patella et recherchez une crépitation.
- Recherchez une arthrose de la hanche en la portant en rotation interne.
- Fléchissez le genou à 90° et mobilisez le pied latéralement.
- La douleur et la limitation des mouvements se manifestent précocement dans l'arthrose.

f. Pieds.

- Recherchez des anomalies arthritiques, en particulier au niveau des articulations métatarsophalangiennes, des oignons, des callosités, etc.

L'examen devra être adapté pour les patients peu mobiles mais, avec la pratique, vous pourrez le réaliser rapidement et ainsi satisfaire vos examinateurs.

ECOS – Mise en situation clinique¹ «Les articulations»

- 1. Cette femme souffre de polyarthrite rhumatoïde.**
Interrogez-la pour évaluer la sévérité de la maladie ainsi que ses répercussions sur la patiente.
- a. Posez-lui les questions suivantes :
- (i) Quel âge avez-vous ? Quel âge aviez-vous lorsque vos problèmes articulaires ont commencé ?
 - (ii) Quelles articulations ont été touchées et quand (à peu près) ?
 - (iii) Souffrez-vous actuellement d'une arthrite active (raideur matinale, gonflement) ? Depuis combien de temps ? Au niveau de quelles articulations ? Ce problème est-il pire lorsque vous faites un effort physique ou au repos ?
 - (iv) Quelle profession exerciez-vous par le passé ? Et aujourd'hui ? Comment gérez-vous la situation au travail ? Pensez-vous pouvoir continuer à travailler ?
 - (v) Pouvez-vous conduire ? Comment faites-vous pour vous laver, vous habiller, etc. ?
 - (vi) Qui vit avec vous ? Comment ces personnes s'adaptent-elles à votre maladie ?
 - (vii) A-t-il été nécessaire d'apporter des modifications à votre logement ou à votre voiture ? Avez-vous besoin d'une canne, d'un déambulateur ou d'une chaise roulante pour vous déplacer ?
 - (viii) Huels traitements suivez-vous ? Avez-vous eu besoin de prendre des corticoïdes ? Les médicaments que vous avez pris ont-ils eu des effets indésirables ? Avez-vous eu besoin d'être traitée pour une ostéoporose ou une anémie ?
 - (ix) Avez-vous subi une opération des articulations ou des tendons ?
 - (x) Êtes-vous préoccupée par votre futur état de santé ?
- b. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.
- 2. Cet homme a mal aux mains. Examinez-les.**
(Lavez-vous les mains.)
- a. Reculez-vous pour examiner le patient à la recherche d'une arthrite généralisée.
- b. Demandez-lui de s'asseoir sur une chaise ou sur le bord du lit et de poser ses mains sur un oreiller.
- c. Examinez les faces palmaires et dorsales avant de lui toucher les mains. Notez l'existence de déformations.

1 Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir «Avertissements : les ECOS» en début d'ouvrage.

- d. Demandez s'il existe des endroits douloureux.
- e. Examinez ses mains comme décrit p. 284.
- f. Présentez vos conclusions à la fin ou décrivez les anomalies constatées au fur et à mesure.

3. Ce patient a mal au genou droit lorsqu'il marche.

Examinez-le.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Demandez au patient d'exposer ses deux jambes, au moins jusqu'à mi-cuisse.
- b. Étudiez la démarche. Observez le patient de face et de profil.
- c. Pendant que le patient regagne son lit, reculez-vous et recherchez des anomalies plus générales, notamment des déformations d'autres articulations importantes.
- d. Inspectez maintenant ses genoux. Recherchez des signes évidents d'inflammation ou des déformations. Existe-t-il un épanchement évident ?
- e. Demandez si les genoux sont douloureux. Palpez-les. Notez l'existence d'une sensibilité et la température cutanée. Notez la présence d'un épanchement.
- f. Évaluez les mouvements du genou et la stabilité ligamentaire et recherchez une crépitation.
- g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

4. Cet homme a eu des douleurs lombaires.

Examinez son dos.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Demandez au patient de se déshabiller (il gardera ses sous-vêtements).
- b. Regardez-le se déshabiller pour détecter des problèmes à rester immobile ou des douleurs.
- c. Examinez son dos à la recherche de déformations (augmentation ou diminution de la cyphose thoracique ou de la lordose lombaire, scoliose) et de cicatrices secondaires à une chirurgie antérieure.
- d. Demandez s'il existe des zones sensibles. Palpez chaque corps vertébral ainsi que les articulations sacro-iliaques. Percutez doucement avec le poing à la recherche d'une sensibilité.
- e. Testez l'amplitude des mouvements en demandant à chaque fois si le mouvement est douloureux (*«Tendez les jambes et touchez vos orteils»*, *«Penchez-vous le plus possible en arrière»*, *«Penchez-vous sur le côté et touchez votre jambe sous le genou»*).
- f. Demandez au patient de s'allonger sur le lit et effectuez les manœuvres de Lasègue et de Léri.
- g. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

5. Évaluez la fonction de la main de cette femme.

(Lavez-vous les mains.)

- a. Examinez ses mains à la recherche de déformations et de gonflements.

- b. Demandez si elles sont sensibles.
- c. Demandez-lui d'accomplir différentes tâches afin de tester la fonction de la main : préhension d'une clé (opposition et adduction du pouce), pince (opposition et flexion du pouce) et habillage (main, coude, épaule).
- d. Demandez la réalisation d'un examen neurologique de la main à la recherche de lésions d'un nerf périphérique ou de lésions sensitives.
- e. Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

Points clés en situation pratique

L'examen des articulations

- 1. Renseignez-vous sur la présence d'une douleur et d'une raideur dans toutes les articulations.
- 2. Déterminez l'atteinte articulaire grâce à l'interrogatoire et confirmez avec l'examen.
- 3. Comparez toujours une articulation affectée avec l'articulation opposée pour vous assurer du degré d'anomalie.
- 4. Les articulations inflammatoires sont habituellement chaudes, rouges, gonflées et douloureuses. Il existe également une altération de la fonction.
- 5. L'évaluation fonctionnelle des articulations touchées donne des informations importantes sur l'impact clinique de l'affection.
- 6. Il est difficile de distinguer une lombalgie non spécifique de celle d'une spondylarthrite ankylosante, mais la sensibilité à la pression des articulations sacro-iliaques est un signe utile pour orienter vers une spondylarthrite ankylosante.

12

La peau

«La moitié d'entre nous sont aveugles, peu sont capables de sentir et nous sommes tous sourds.»

Sir William Osler (1849–1919)

Dermatologie : interrogatoire

Il se peut que vous remarquiez au cours de l'examen une éruption cutanée que le patient a oublié de mentionner — ne vous contentez pas de regarder, réfléchissez aussi — ou le patient peut être venu consulter pour un problème de peau. Dans les deux cas, il faut poser certaines questions :

1. Depuis combien de temps cette lésion ou anomalie est-elle présente ?
2. Sa distribution a-t-elle évolué au cours du temps ? A-t-elle changé de couleur ou est-elle devenue irrégulière ou plus étendue ?
3. Est-elle associée à une exposition au soleil, à la chaleur ou au froid ?
4. Existe-t-il également un prurit (démangeaisons) ? (Les démangeaisons peuvent être dues à une maladie cutanée locale [par exemple, peau sèche, eczéma atopique, gale] ou à une maladie systémique [par exemple, ictere obstructif, insuffisance rénale chronique, lymphome].)
5. La lésion est-elle douloureuse ou associée à un trouble de la sensibilité ?

6. Le patient présente-t-il des symptômes constitutionnels (fièvre, perte de poids, céphalées, etc.)?
7. Le patient a-t-il des antécédents de maladie cutanée ou d'atopie (allergie)?
8. Le patient a-t-il des antécédents de maladie systémique (par exemple, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, diabète sucré, collagénose, arthrite)?
9. Le patient a-t-il des antécédents d'exposition à des produits chimiques, animaux ou plantes?
10. Le patient a-t-il des antécédents familiaux de mélanome? (10 % des mélanomes sont associés à des antécédents de la maladie chez des parents au premier degré.)
11. Quels médicaments le patient prend-il?

Anatomie et examen

La [figure 12.1](#) montre les trois principales couches de la peau :

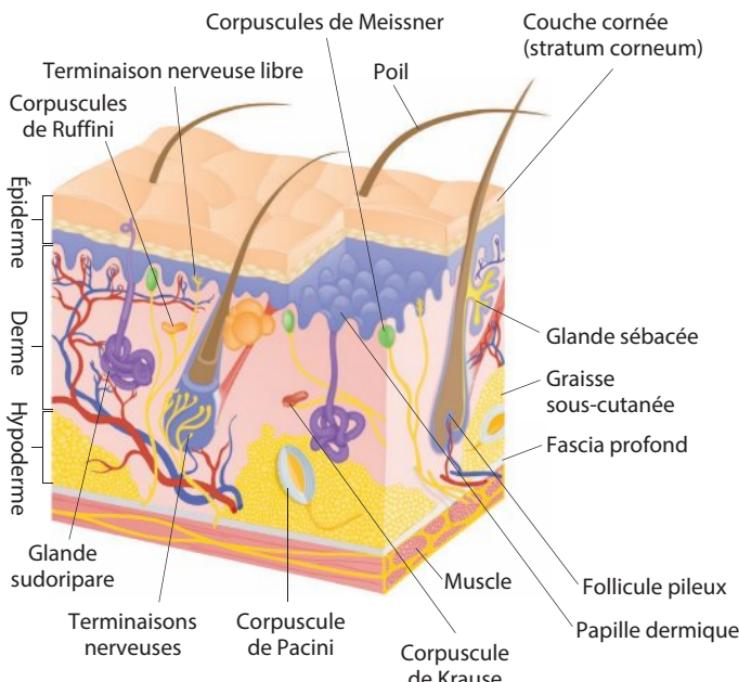


Figure 12.1 Les trois principales couches de la peau.

- l'épiderme;
- le derme;
- la graisse sous-cutanée.

Toutes ces couches peuvent être impliquées dans les maladies cutanées, selon des combinaisons diverses. La plupart des tumeurs cutanées naissent dans l'épiderme. Les annexes cutanées comme les follicules pileux (figure 12.2) sont un site fréquent d'infection, surtout chez les adolescents et les sujets traités par corticoïdes (acné).

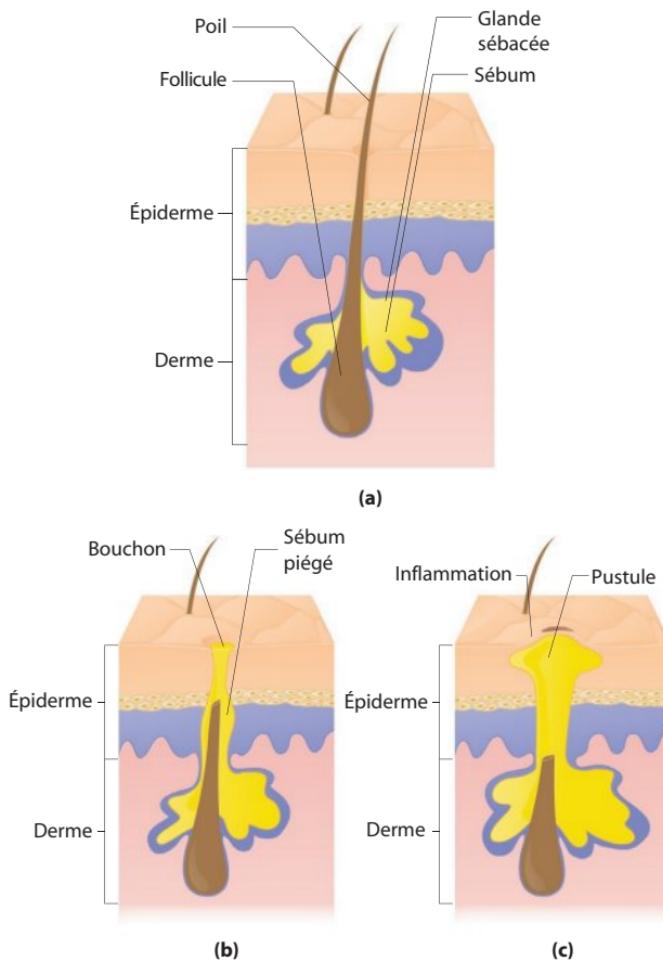


Figure 12.2 (a) Peau saine. (b) Point noir. (c) Follicule infecté.

Examen de la peau

Astuces des auteurs

L'utilisation d'une loupe ou d'un dermatoscope peut permettre d'examiner les lésions cutanées avec davantage de précision.

Examinez activement et systématiquement toutes les zones de peau. Élaborez votre propre système (par exemple, de face puis de dos; de haut en bas à partir du visage) afin de couvrir l'intégralité de la surface cutanée. Le patient doit être déshabillé pour vous permettre d'accéder à toute la surface de la peau.

- Décrivez** toutes les lésions quant à leur couleur, leur taille et leur forme et utilisez des termes dermatologiques ([tableau 12.1](#)).

Tableau 12.1 Termes dermatologiques

Altérations pigmentaires	Augmentation (hyperpigmentation) ou diminution (hypopigmentation)
Atrophie	Amincissement de l'épiderme avec perte du relief cutané normal
Bulle	Collection importante de liquide sous l'épiderme
Chéloïde	Cicatrice hypertrophique
Croûte	Exsudat séreux asséché
Ecchymoses	Bleus
Excoriations	Lésions produites par grattage, entraînant une perte de l'épiderme
Macule	Altération circonscrite de la couleur de la peau
Nodule	Masse circonscrite palpable de plus de 1 cm de diamètre
Papule	Surélévation circonscrite palpable de moins de 1 cm de diamètre
Papule œdémateuse	Zone d'œdème du derme
Pétéchies	Taches rouges < 5 mm ne disparaissant pas à la pression

Plaque	Lésion palpable en forme de disque
Purpura	Taches rouges > 5 mm ne disparaissant pas à la pression
Pustule	Collection visible de pus
Sclérose	Induration de tissus sous-cutanés pouvant impliquer le derme
Squames	Accumulation de kératine en excès
Ulcère	Perte circonscrite de tissu
Vésicule	Petite collection de liquide sous l'épiderme

Tableau 12.2 Aspects en dermatologie

Annulaire	En forme d'anneau (centre creux) (p. ex. : teigne)
Arciforme	En forme d'arc (par exemple, syphilis secondaire)
Circiné	Circulaire
Confluent	Lésions qui se sont regroupées (p.ex. : rougeole)
Discoïde	Circulaire sans centre creux (par exemple, lupus)
Eczémateux	Inflammatoire et croûteux (p. ex. : eczéma allergique)
Kératosique	Épaissi, par augmentation de la kératine (p. ex. : psoriasis)
Lichénifié	Épiderme épaisse et rugueux, avec accentuation du relief cutané
Linéaire	En ligne (p. ex. : eczéma de contact)
Nodulaire	Lésion solide surélevée > 10 mm (p. ex. : érythème noueux)
Papuleux	Lésion solide surélevée < 10 mm (p. ex. : verrue)
Papulo-squameux	Plaques accompagnées de squames
Réticulé	Aspect «en filet» (p. ex. : parasitose cutanée)
Serpigineux	Sinueux
Zoniforme	Suivant le trajet d'un nerf (p. ex. : zona)

2. Notez leur **distribution**.
3. Décrivez leur **aspect** ([tableau 12.2](#)).
4. **Palpez** les lésions et notez leur consistance, leur sensibilité, leur température, leur profondeur dans la peau et la mobilité de toute lésion et de la peau sus-jacente.

Astuces des auteurs

Être capable de décrire les lésions en utilisant des termes dermatologiques est un excellent début lors d'un ECOS ou toute épreuve pratique de dermatologie.

TUMEURS CUTANÉES

Les tumeurs cutanées sont très fréquentes. La plupart sont bénignes, mais les tumeurs malignes doivent être rapidement identifiées ([encadré 12.1](#) et [figures 12.3](#) et [12.4](#)), car l'efficacité du traitement dépend de la précocité du diagnostic. Les cancers primitifs de la peau de tous types sont plus fréquents chez les sujets ayant une peau claire et qui ont été exposés au soleil. De nombreux cancers finissent par s'ulcérer lorsqu'ils ne reçoivent plus un apport de sang suffisant. Tous les ulcères qui ne cicatrisent pas doivent être considérés comme malins jusqu'à preuve du contraire.

- Les **kératoses solaires** sont des lésions prémalignes. Elles peuvent débuter par des macules roses souvent entourées de squames adhérentes. Elles sont souvent rugueuses, comme du papier de verre. Une partie d'entre elles régresse spontanément.
- Les **carcinomes basocellulaires** commencent par une papule à centre déprimé et leur bord roulé a un aspect perlé caractéristique ([figure 12.3b](#)).
- Les **carcinomes épidermoïdes cutanés** (anciennement dénommés **carcinomes spinocellulaires**) commencent par une papule ou une plaque opaque souvent érodée ou squameuse ([figure 12.3a](#)).

Encadré 12.1

Tumeurs cutanées

- Kératoses solaires (actiniques) : prémalignes.
- Carcinome basocellulaire.
- Carcinome épidermoïde cutané (ou spinocellulaire).
- Maladie de Bowen (carcinome spinocellulaire confiné à la couche épithéliale de la peau; carcinome *in situ*).
- Mélanome malin.
- Métastases.



(a)



(b)

Figure 12.3 (a) Carcinome spinocellulaire, *in situ*, de Bowen. Plaque rouge squameuse sur le thorax avec des zones non contiguës. (b) Carcinome basocellulaire. La lèvre inférieure est un site touché relativement souvent. (a : Bolognia JL et al. *Dermatology Essential*. Elsevier; 2014, figure 88.3. b : White GM, Cox NH (eds). *Diseases of the Skin : A Color Atlas and Text*. 2nd ed. St Louis : Mosby; 2006.)

- Les **mélanomes malins** apparaissent souvent comme des lésions très pigmentées à bord irrégulier (**figure 12.3c**). Leur taille augmente et il apparaît souvent des modifications inégales de la coloration pigmentaire. Ils ont tendance à être asymétriques. Pensez à noter les caractéristiques de la check-list « ABCD » (**encadré 12.2**).

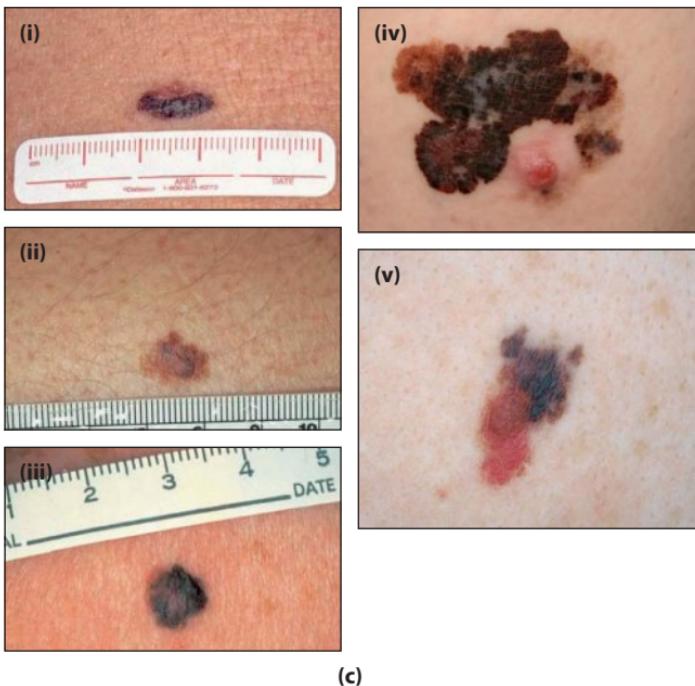


Figure 12.3 suite (c) Mélanomes à extension superficielle.

(i)-(iii) Toutes ces lésions précoce montrent une asymétrie due aux variations de couleur et à l'irrégularité du contour. On note également une coloration rose dans la lésion (iii). L'épaisseur des lésions (i) et (ii) était inférieure à 0,5 mm et celle de la lésion (iii) était de 0,8 mm. **(iv)** Dans cette lésion plus avancée, notez l'asymétrie, les bords irréguliers, la variation de couleur, les zones de régression cicatricielles et une papule rose inférieure, indiquant une phase de croissance verticale. **(v)** Mélanome à extension superficielle se développant sur un nævus mixte. Notez le contour irrégulier et la pigmentation variable. (i : Avec l'aimable autorisation de Kalman Watsky. ii et iii : Avec l'aimable autorisation de Jean L. Bolognia. iv : Avec l'aimable autorisation de Claus Garbe, in : Bolognia JL et al. Dermatology Essentials. Elsevier ; 2014, fig. 93.5.)

BLESSURES

Inspectez les blessures et, si nécessaire, palpez-les soigneusement (mettez des gants). Notez :

- leur aspect ;
- leur localisation exacte ;

Encadré 12.2**Mélanomes (check-list «ABCD»¹)**

Sont typiquement **Asymétriques**.

Ont un **Bord irrégulier**.

Ont une **Couleur irrégulière**.

Leur **Diamètre** peut être important.

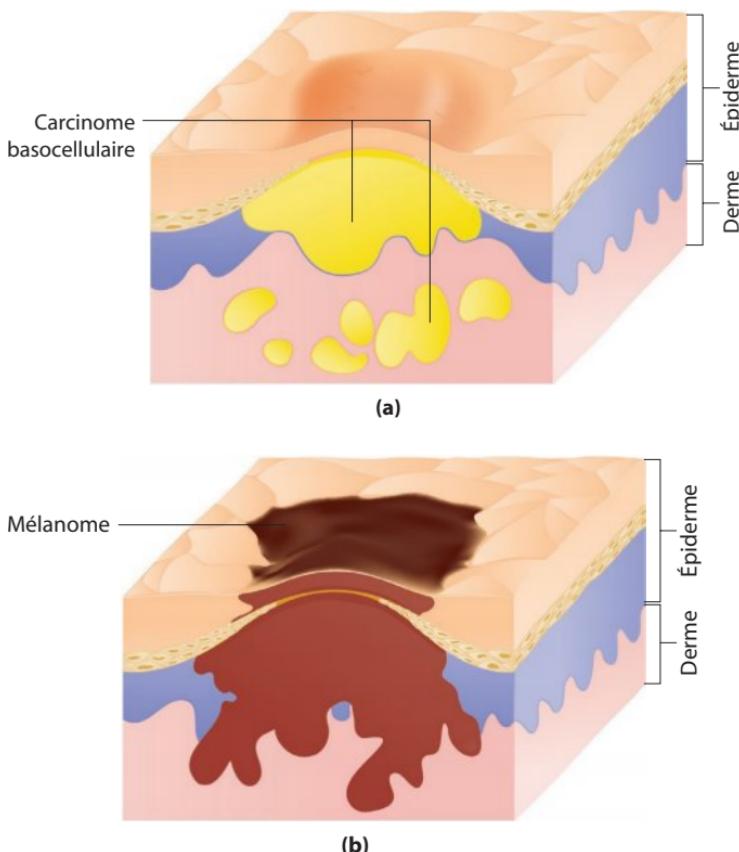


Figure 12.4 (a) Carcinome basocellulaire. (b) Mélanome.

1 Souvent demandé lors des épreuves.

- leur orientation (par exemple, verticale ou horizontale, localisée ou pénétrante).

Déterminez si la blessure correspond simplement à un bleu (saignement sous la peau), à une abrasion (perte de la partie superficielle de la peau uniquement) ou à une éraflure (abrasion linéaire) ou, ce qui est plus grave, à une lacération par un objet tranchant ou contondant (bords irréguliers) ou, dans le pire des cas, à une plaie profonde pénétrante.

ECOS – Mise en situation clinique¹ « La peau »

« Cet homme présente une lésion pigmentée sur le thorax.

Examinez-le.»

- Posez-lui les questions suivantes :
 - Avez-vous beaucoup été exposé au soleil pendant l'enfance ?
 - Avez-vous des antécédents familiaux de mélanome ?
 - Quand avez-vous remarqué cette lésion pour la première fois ? Est-elle récente ?
 - La lésion a-t-elle changé d'aspect ?
 - Avez-vous des démangeaisons ou des saignements ?
 - Avez-vous déjà eu une biopsie ou une excision de cette lésion ou d'une autre lésion pigmentée ?
- Inspectez la lésion. Notez si elle est symétrique ou non, si elle a un bord régulier ou non, si elle est surélevée ou non et si sa pigmentation est uniforme ou variable, et recherchez la présence d'une ulcération ou d'une inflammation. Mesurez la taille de la lésion. Faites éventuellement des photographies à des fins de comparaisons ultérieures.
- Inspectez la peau sur tout le corps, y compris sous les cheveux, à la recherche d'autres lésions pigmentées.
- Notez les caractéristiques de la check-list « ABCD ». (Les mélanomes sont typiquement **asymétriques**, ils ont un **bord irrégulier**, ils ont une **couleur irrégulière** et leur **diamètre** peut être important).
- Si la lésion risque d'être un mélanome, demandez une biopsie chirurgicale.
- Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

¹ Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir « Avertissements : les ECOS » en début d'ouvrage.

13

Examen clinique du patient âgé

«L'âge est une question d'état d'esprit. Tant que vous ne vous en préoccuez pas, il n'a aucune importance.»

Samuel Clemens (Mark Twain) (1835–1910)

Habituellement définis comme des personnes âgées de 65 ans ou plus, les patients gériatriques ont tendance à rapporter moins de symptômes mais ils ont plus de maladies chroniques. La présentation de la maladie étant souvent atypique, il est essentiel de consacrer du temps à l'interrogatoire. Les patients peuvent avoir des problèmes d'audition ou de vue ainsi que des troubles cognitifs susceptibles de perturber l'interrogatoire.

L'interrogatoire du patient gériatrique : particularités

- Symptômes à l'origine de la consultation :** ils sont généralement multiples.
- Antécédents personnels :** il faut noter le statut vaccinal, notamment pour le pneumocoque, la grippe, le tétanos et le virus varicelle-zona.
- Médicaments :** de nombreux patients prennent de multiples médicaments pour plusieurs maladies, mais tous ne sont pas nécessaires (polymédication). Pour une meilleure prise en charge, il est important d'en faire la liste exhaustive, avec les motifs de leur prescription.

4. Mode de vie :

- **Tabagisme** : il faut obtenir des détails à ce sujet, comme pour les autres patients. L'arrêt du tabac améliore la fonction pulmonaire même chez les patients de plus de 60 ans. De plus, les conseils pour arrêter de fumer sont aussi efficaces chez les patients âgés que chez les jeunes.
- **Exercice physique** : l'exercice physique est généralement sans risques chez la personne âgée et il améliore la souplesse, l'équilibre, l'endurance et la force, ce qui peut aider à maintenir l'autonomie du patient et à améliorer sa qualité de vie.
- **Contexte social** : demandez au patient si quelqu'un peut l'aider chez lui, si nécessaire.
- **Vulnérabilité** : les abus et la négligence peuvent constituer des problèmes dans cette tranche d'âge. Essayez de déterminer si le patient se sent menacé par quelqu'un.

5. Revue des systèmes :

- Concentrez-vous en particulier sur la vision, l'audition, la mastication et la dentition, les variations de poids, l'incontinence fécale et urinaire, les chutes à répétition, les antécédents de fractures et les atteintes du pied.
- Déterminez si le patient a eu des problèmes de chutes, en particulier si elles ont occasionné des blessures. Les chutes sont une cause importante de mortalité chez le sujet âgé et elles sont habituellement multifactorielles : étourdissements orthostatiques, altération de la vision, troubles cognitifs, atteintes du pied et troubles de la démarche peuvent tous contribuer au problème ou l'aggraver. Des antécédents de chute imposent une enquête minutieuse sur ces différents facteurs. Une altération de la densité minérale osseuse accroît le risque de fracture en cas de chute.
- Interrogez le patient au sujet des symptômes de dépression car il s'agit d'un problème fréquent chez les personnes âgées, qui doit être identifié et traité.

6. Points spécifiques :

- **Activités physiques de la vie quotidienne (AVQ)** : demandez au patient s'il parvient à se laver, à s'habiller, à aller aux toilettes et à utiliser l'argent correctement ; ces activités peuvent être perturbées par de nombreuses maladies chroniques.

- **Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)** : demandez au patient s'il a des difficultés pour utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer les repas, faire le ménage, faire la lessive, conduire et prendre des médicaments.
- **Décisions thérapeutiques et de fin de vie** : les patients préfèrent en général que ce soit le médecin qui aborde ce sujet. Il convient d'encourager le patient à mettre ses préférences par écrit, par exemple par le biais d'une demande de ne pas réanimer.

Examen de l'état mental

Il faut effectuer un examen de l'état mental chez tout patient ayant des antécédents de confusion ou chez qui on suspecte une démence ou une maladie psychiatrique grave. Testez l'orientation, la mémoire et l'attention. Des perturbations même importantes de ces fonctions peuvent passer inaperçues si elles ne font pas l'objet d'un test formel.

Un outil simple pour détecter des troubles cognitifs est le test **MiniCog®** (trois étapes, trois minutes) :

1. Demandez au patient de retenir trois mots (et de les répéter jusqu'à trois fois pour s'assurer qu'il les a enregistrés).
2. Demandez au patient de dessiner une horloge avec tous les nombres puis de placer les aiguilles sur une heure précise (par exemple, 11 h 10).
3. Demandez au patient de répéter les trois mots initiaux.

Le score est calculé sur 5 points : attribuez 1 point pour chaque mot juste et 2 points pour une horloge entièrement juste (0 si elle n'est pas entièrement juste). Un score total de 0 à 2 suggère qu'un test formel de dépistage de la démence est indiqué.

Une autre approche est le **test mental abrégé (TMA)**. Posez au patient les questions suivantes :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre date de naissance ?
3. Quelle heure est-il ?
4. En quelle année sommes-nous ?
5. Quel est le nom de cet hôpital ?
6. Pouvez-vous reconnaître ces deux personnes (par exemple, médecins) ?

7. Quelle est l'adresse que je vous ai indiquée ?
 8. Quelles sont les dates de début et de fin de la Seconde Guerre mondiale (ou autre événement important) ?
 9. Quel est le nom du Premier ministre ou du Président (ou équivalent) ?
 10. Comptez à rebours de 20 à 1.
- Attribuez 1 point à chaque bonne réponse. Un score ≤ 8 sur 10 est anormal.

L'examen physique du patient gériatrique : particularités

Comme pour les autres patients, l'examen doit être complet, mais il faut porter une attention particulière aux éléments suivants.

Évaluation générale

- Vérifiez les modifications tensionnelles en orthostatisme.
- Évaluez le degré d'hydratation, celle-ci pouvant être affectée chez les patients âgés présentant des troubles cognitifs.
- Examinez attentivement la peau à la recherche d'escarres ou d'écchymoses secondaires à des chutes ou des abus.
Recherchez également des signes de cancer de la peau.
- Pesez et mesurez le patient pour calculer son indice de masse corporelle, une perte de poids étant fréquente chez le sujet âgé.

Le cœur

- Si vous entendez un souffle systolique, déterminez s'il peut être dû à un rétrécissement aortique qui, s'il est sévère, nécessite habituellement un traitement.
- Un gonflement des chevilles peut témoigner d'une insuffisance veineuse ou de la prise d'antihypertenseurs (par exemple, inhibiteurs calciques) plutôt que d'une insuffisance cardiaque congestive. Une cardiopathie ischémique est fréquente mais souvent silencieuse chez le sujet âgé.

Le thorax

- Un essoufflement peut être dû à une maladie pulmonaire ou une maladie cardiaque, qui sont souvent concomitantes chez les personnes âgées.

Le système gastro-intestinal

- Examinez les dents et recherchez une bouche sèche, qui peut perturber l'alimentation.
- L'aorte abdominale est parfois palpable chez le patient âgé mince. Elle peut faire évoquer à tort un anévrisme mais, si l'aorte semble significativement dilatée, il faut l'envisager. Une rupture d'anévrisme se manifeste classiquement par des douleurs dorsales, une distension abdominale, un choc et des pouls périphériques faibles et asymétriques au niveau des jambes.
- En présence d'une constipation due à des selles dures, on peut palper une masse dans le quadrant inférieur gauche : elle disparaîtra avec un traitement adapté.
- Effectuez un toucher rectal et éliminez l'éventualité d'un fécalome, notamment en cas d'antécédents d'incontinence fécale ou urinaire.
- En cas de rétention aiguë d'urine, on peut percevoir une vessie dilatée : ce problème peut se manifester par un délire.

Le système nerveux

- L'évaluation de l'état mental doit être systématique chez les patients gériatriques.
- Recherchez les réflexes archaïques qui suivent, présents chez la personne âgée et pouvant être des signes de démence :
 - le réflexe glabellaire (tapotez du bout des doigts la zone située entre les sourcils; en cas d'anomalie, le clignement des yeux persiste après 3-4 tapotements);
 - le réflexe de la moue (tapotez les lèvres; une protrusion des lèvres est anormale);
 - le réflexe palmo-mentonnier (effleurez avec un abaisse-langue de l'éminence thénar à la base du pouce et observez le menton; en cas d'anomalie, le menton se contracte);

- le réflexe de préhension (stimulez fermement la paume avec votre doigt, en commençant du côté radial; il existe une anomalie si le patient agrippe votre doigt).
- Testez la démarche en effectuant le test du lever de chaise de Mathias (test «*get up and go*») : demandez au patient de se lever d'une chaise, de marcher sur 3 mètres, de faire demi-tour, de revenir à la chaise et de s'asseoir.

Les yeux et les oreilles

- Vérifiez la vision et l'audition dont les altérations peuvent compromettre l'autonomie du patient.

Le système rhumatologique

- Recherchez des déformations et des incapacités fonctionnelles, y compris au niveau des pieds.

Les seins

- Chez la femme, examinez les seins car l'incidence du cancer du sein augmente fortement avec l'âge.

14

Examen clinique devant une urgence

«Aucune maladie n'est plus propice à susciter l'humilité du médecin que l'anévrisme de l'aorte.»

Sir William Osler (1849–1919)

Au cours de votre formation, on vous demandera de devenir un expert dans la prise en charge des urgences cardiaques, et ce savoir doit régulièrement être remis à jour.

Quand vous voyez un patient qui va manifestement très mal, la première chose à faire est de demander : «*Est-ce que ça va ?*»

- Si le patient **ne réagit pas** quand on le secoue doucement, vérifiez si les voies aériennes sont libres et si le patient respire, puis évaluez la circulation.
 - Commencez une réanimation cardiopulmonaire si le patient ne respire pas ou qu'il n'a pas de pouls, et envoyez quelqu'un chercher de l'aide.
 - Examinez le patient à la recherche de signes d'hémorragie ou d'un autre traumatisme : si le patient n'a pas besoin d'être réanimé, procédez à une évaluation plus détaillée.
- Si le patient **répond de façon appropriée** aux questions et que sa peau est normalement colorée, chaude et sèche, il est souvent moins urgent d'intervenir, et il est possible de procéder à l'interrogatoire du patient et à un examen physique ciblé.

- Collectez les données essentielles, à savoir :
 - allergies ;
 - médicaments actuels et les plus récents ;
 - antécédents médicaux ;
 - dernier repas ;
 - événements ayant précédé l'incident actuel.
- En cas de **tachypnée**, vérifiez l'oxymétrie de pouls et commencez l'oxygénothérapie, s'il n'y a pas de contre-indications connues.
- En cas de **bradycardie** ou de **tachycardie**, vérifiez la pression artérielle et effectuez un électrocardiogramme (ECG).
- Si le patient est **hypotendu**, envisagez une administration de liquides intraveineux et mesurez la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire et la diurèse horaire (si nécessaire en posant une sonde urinaire). Évaluez le temps de remplissage capillaire : exercez une pression sur l'ongle d'un doigt ou d'un orteil jusqu'à ce qu'il blanchisse, puis notez le temps nécessaire à la recoloration, qui dure habituellement moins de 2 secondes. Un temps de remplissage capillaire allongé est possible au cours d'un choc hypovolémique ou cardiogénique.
- Examinez le thorax du patient à la recherche de signes de **pneumothorax sous tension** (caractérisé par une dyspnée, une tachycardie, une absence de bruits respiratoires du côté du pneumothorax sous tension et une déviation de la trachée à distance du côté affecté, et éventuellement par une distension de la veine jugulaire). Examinez le patient pour détecter une **tamponnade cardiaque** (qui peut se manifester par une distension des veines du cou, par une faible pression artérielle et par un pouls paradoxal). Prenez la température du patient; si elle est élevée, envisagez des prélèvements sanguins et urinaires pour culture (avant de commencer un traitement antibiotique).
- Si le patient présente une **altération du niveau de conscience** au cours de l'examen, vérifiez à nouveau les voies aériennes, la respiration et la circulation, contrôlez la glycémie (**il ne faut pas passer à côté d'une hypoglycémie**) et posez immédiatement une voie veineuse.

Astuces des auteurs

«A-B-C» : *Airway* (voies aériennes); *Breathing* (ventilation); *Circulation* (circulation).

N'oubliez pas : si le patient est en arrêt cardiaque (il ne réagit pas), vous devez d'abord démarrer rapidement une réanimation cardiopulmonaire (RCP) de qualité, en vous concentrant d'abord sur la circulation (compressions thoraciques rapides), puis sur les voies aériennes et enfin sur la respiration [selon la nouvelle séquence recommandée : «**C-A-B**»]. Vous devez maîtriser la prise en charge des urgences cardiaques.

Remarque : En cas de fibrillation ventriculaire chez un patient sous monitorage cardiaque, celui-ci doit, si possible, bénéficier immédiatement d'une cardioversion par choc électrique. La cardioversion ne doit pas être différée pour pouvoir démarrer la RCP.

Évaluez le niveau de conscience du patient à l'aide de l'échelle ÉPADONO :

- **É**veil (état normal).
- **P**Arole (réponse aux stimuli verbaux).
- **D**Ouleur (réponse aux stimuli douloureux).
- **N**ON réactif.

Effectuez une évaluation formelle du patient à l'aide de l'échelle du coma de Glasgow ([encadré 14.1](#)). Notez les résultats en indiquant le score total (par exemple : GCS 10/15) et les scores aux trois paramètres (par exemple : E3, M5, V2).

Encadré 14.1

Échelle du coma de Glasgow

Additionnez les scores des items 1, 2 et 3.

Score total de 4 ou moins → très faibles chances de récupération.

Score total > 11 → bonnes chances de récupération.

1. Yeux	Ouverts	Spontanément	4
		Aux ordres	3
		À la douleur	2
	Pas de réponse		1

2. Meilleure réponse motrice	Aux ordres	Obéit	6
	Aux stimuli douloureux	Localise la douleur	5
		Flexion ou retrait	4
		Posture anormale en flexion	3
		Posture en extension	2
3. Meilleure réponse verbale	Pas de réponse		1
	Orienté		5
	Confus, désorienté		4
	Mots inappropriés		3
	Sons incompréhensibles		2
	Aucune réponse		1

ECOS – Mise en situation clinique¹ « Urgences »

« Cet homme a présenté des épisodes de perte de connaissance brutale. Examinez-le. »

- Évaluez son niveau de conscience, sa réponse aux ordres ou à la douleur, et les mouvements spontanés des membres.
- S'il est conscient, testez l'orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes.
- Examinez sa démarche, puis ses membres et ses nerfs crâniens, à la recherche de signes neurologiques focaux (accident vasculaire cérébral, tumeur intracrânienne).
- Notez la présence d'une morsure de la langue (crises convulsives).
- Prenez son pouls (arythmies, dont la fibrillation atriale ou les blocs cardiaques) et sa pression artérielle en positions allongée et assise (hypotension orthostatique).
- Examinez la région précordiale (signes de nouveaux souffles, tamponnade).
- Prenez sa température et recherchez une raideur de la nuque (sepsis, syndrome méningé).
- Effectuez un contrôle de la glycémie au doigt (en particulier chez le diabétique).
- Faites la synthèse et présentez vos conclusions.

1 Note de l'éditeur : ECOS (examen clinique objectif structuré) est la traduction d'OSCE, épreuve pratique anglo-saxonne destinée à former et à évaluer l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les astuces développées ici pour passer cette épreuve ont été préservées à la traduction au vu de leur intérêt pédagogique pour les mises en situations cliniques en France. Voir « Avertissements : les ECOS » en début d'ouvrage.

15

Examen des systèmes corporels

« Il n'y a pas d'art plus difficile à acquérir que l'art de l'observation, et, pour certains,¹ il est aussi difficile de consigner une observation de manière claire et concise. »

Sir William Osler (1849–1919)

Ce chapitre résume les suggestions d'approches de l'examen des principaux systèmes corporels. Vous pouvez cependant les adapter et mettre au point votre propre méthode, qui vous permettra de ne rien oublier.

Dans un dossier médical hospitalier, on note en général les principales observations réalisées au niveau des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, abdominal et neurologique. Les autres systèmes (par exemple, les articulations) sont inclus en fonction des informations obtenues lors de l'interrogatoire. Celles-ci détermineront les éléments à rechercher lors de l'examen des systèmes concernés. Dans le cadre d'un ECOS, on vous présentera souvent une introduction sur les symptômes du patient et on vous demandera d'examiner un système; par exemple : « *Cet homme voit double. Faites un examen des nerfs crâniens.* » Pensez toujours à vous reculer et à observer avant de commencer vos évaluations détaillées.

Une évaluation complète comporte les éléments qui suivent.

¹ Cette difficulté peut bien évidemment concerner aussi bien les femmes que les hommes.

Le système cardiovasculaire (figure 15.1)

1. Positionnez le patient à 45° et assurez-vous que son thorax et son cou sont entièrement exposés. Chez la femme, recouvrez les seins avec une serviette ou un vêtement ample. Mettez-vous du côté droit du lit.
2. Reculez-vous et recherchez une **dyspnée**, une **cyanose** (centrale ou périphérique; coloration bleue des muqueuses



Positionnez le patient à 45° et assurez-vous que son thorax et son cou sont entièrement exposés

Inspection générale

Syndrome de Marfan,
syndrome de Turner,
trisomie 21

Troubles rhumatologiques,
p. ex. spondylarthrite ankylosante
(insuffisance aortique)

Dyspnée

Cyanose

Ictère

Cachexie

Mains

Pouls radiaux : droit et gauche

Retard radial-fémoral

Hippocratisme digital

Signes d'endocardite infectieuse :
hémorragies en flammeches
sous-unguérales

Cyanose périphérique

Xanthomes

Pression artérielle

Face

Yeux :

- Sclère : pâleur, ictere
- Xanthélasmas
- Fond d'œil : altérations hypertensives
- Éruption malaire (rétrécissement mitral, rétrécissement pulmonaire)

Bouche

- Cyanose
- Palais (ogival : syndrome de Marfan)
- Dentition

Cou

- Pression veineuse jugulaire
- Morphologie de l'onde (en particulier ondes v amples)
- Carotides : caractère du pouls

Figure 15.1 Examen du système cardiovasculaire.

Région précordiale	Abdomen (allongé à plat, 1 seul oreiller)
Inspectez :	Palpez le foie (pulsatile, etc.), la rate, l'aorte
<ul style="list-style-type: none"> Cicatrices : ensemble du thorax, dos Déformations Choc de pointe : position, caractère Pulsations anormales 	Percutez à la recherche d'une ascite (insuffisance cardiaque droite)
Palpez :	Artères fémorales : palpez, auscultez
<ul style="list-style-type: none"> Choc de pointe : position, caractère Frémissements Impulsions anormales 	Jambes
Auscultez	Pouls périphériques
Bruits du cœur	Cyanose, membres froids, troubles trophiques, ulcères (maladie vasculaire périphérique)
Souffles	Œdème
Positionnez le patient :	Xanthomes
<ul style="list-style-type: none"> Décurbitus latéral gauche Assis, penché en avant (apnée expiratoire forcée) 	Sensibilité du mollet
N.B. : Après le positionnement du patient, palpez de nouveau à la recherche de frémissements	Hippocratisme digital au niveau des orteils
Auscultation dynamique :	Autres
<ul style="list-style-type: none"> Phases respiratoires Maneuvre de Valsalva 	Analyse d'urine (endocardite infectieuse)
Dos (assis, penché en avant)	Fond d'œil (endocardite)
Cicatrices, déformations	Feuille de température (endocardite)
Œdème sacré	
Épanchement pleural (percutez)	
Insuffisance ventriculaire gauche (auscultez)	

Figure 15.1 suite

ou de la peau), un **ictère** (coloration jaune de la peau et de la sclère) et une **cachexie** (atrophie musculaire généralisée, pouvant résulter d'une insuffisance cardiaque).

3. Prenez la main droite du patient, puis la gauche.
 - Inspectez les ongles à la recherche d'un **hippocratisme digital**.
 - Recherchez également les signes périphériques d'une endocardite infectieuse : les **hémorragies en flammèches sous-unguées** sont fréquentes (et le plus souvent dues à un traumatisme²).

² Le jardinage est réputé comme la cause la plus fréquente d'hémorragies en flammèches sous-unguées.

- Examinez rapidement, mais attentivement, chaque lit unguéal pour ne pas passer à côté d'une hémorragie en flammèche.
 - Notez la présence de **xanthomes tendineux** (hyperlipidémie).
 - Prenez le pouls au poignet pour déterminer sa **fréquence** et son **rythme**.
 - Recherchez la présence d'un **retard radial-fémoral** (qui se manifeste en cas de coarctation de l'aorte). On évalue mieux le caractère du pouls au niveau des carotides.
4. Mesurez la **pression artérielle** du patient en position allongée. Si les valeurs initiales sont élevées, une nouvelle mesure pourra être effectuée 5 ou 10 minutes plus tard. En cas de symptômes d'étourdissements orthostatiques ou de suspicion de perte sanguine, la pression artérielle doit également être mesurée en position debout (pour détecter une hypotension orthostatique).
5. Examinez à nouveau les yeux du patient à la recherche d'un **ictère** (par exemple, dû à une hémolyse induite par des prothèses valvulaires) ou d'une **pâleur conjonctivale** (anémie) et de **xanthélasmas** au niveau des paupières (hyperlipidémie). Vous pourrez également retrouver le **faciès mitral** classique (coloration bleu-rouge des pommettes du rétrécissement mitral). À l'aide d'une lampe torche, inspectez ensuite la bouche afin d'évaluer l'état des **dents** et des **gencives** (risque d'endocardite). Examinez la langue et les lèvres à la recherche d'une **cyanose d'origine centrale**.
6. Déterminez la hauteur et le caractère de la **pression veineuse jugulaire** au niveau du cou et évaluez les **ondes a** et les **ondes v**. Pour réaliser cette évaluation, utilisez la veine jugulaire interne droite. Cette veine chemine le long de la ligne reliant l'angle de la mâchoire et la fourchette sternale. Recherchez une élévation paradoxale de la PVJ à l'inspiration (signe de Kussmaul). Palpez chaque **pouls carotidien** séparément. Évaluez le caractère du pouls.
7. **La région précordiale.**
- *Inspection.* Recherchez des **cicatrices**, des **déformations**, le site du choc de pointe et les **pulsations visibles**.
 - *Palpation.* Recherchez la position du **choc de pointe**. Comptez vers le bas le bon nombre d'espaces

intercostaux. Il se situe normalement au cinquième espace intercostal gauche, à 1 cm médalement par rapport à la ligne médioclaviculaire. Il faut noter le **caractère** du choc de pointe (par exemple, **avec surcharge en pression, avec surcharge en volume, dyskinétique**). Recherchez un frémissement apexien et, le cas échéant, localisez-le dans le temps (systolique, diastolique ou les deux). Avec la paume de la main, palpez à la recherche d'une **impulsion parasternale** gauche (témoignant d'une dilatation ventriculaire droite ou d'une dilatation atriale gauche) et de frémissements. À la base du cœur, recherchez une **composante pulmonaire palpable** du deuxième bruit du cœur (P2) ainsi que des frémissements aortiques.

- La percussion n'est pas nécessaire.
 - **Auscultation.** Commencez au foyer mitral avec la cloche puis avec la membrane du stéthoscope. Écoutez séparément chaque composante du cycle cardiaque.
8. Identifiez les **premier et deuxième bruits du cœur** et déterminez si leur intensité est normale et si le dédoublement du deuxième bruit est normal. Recherchez des **bruits surajoutés** et des **souffles**. Il peut exister plus d'une anomalie. Répétez l'approche au bord gauche du sternum et à la base du cœur (foyers aortique et pulmonaire). Déterminez la chronologie de chaque partie du cycle à l'aide du pouls carotidien. En présence d'un souffle, déterminez sa chronologie et son intensité, ainsi que l'effet exercé par l'inspiration (*vs* l'expiration).
9. Repositionnez le patient. Placez-le d'abord en décubitus latéral gauche. Palpez à nouveau le choc de pointe pour en déterminer le **caractère** (en particulier une sensation de chiquenaude) et auscultez. Faites asseoir le patient et palpez à la recherche de **frémissements** (le patient expirant à fond) au bord gauche du sternum et à la base du cœur. Auscultez ensuite ces zones, en particulier à la recherche d'une insuffisance aortique.
10. Percutez l'arrière du thorax du patient pour exclure un **épanchement pleural** (par exemple dû à une **insuffisance ventriculaire gauche**) et auscultez à la recherche de **craquements inspiratoires** (insuffisance ventriculaire gauche). En présence d'un retard radial-fémoral,

recherchez également dans le dos un souffle de coarctation. Recherchez un **œdème sacré**.

11. Allongez ensuite le patient et examinez minutieusement l'abdomen à la recherche d'une **hépatomégalie** (par exemple due à une **insuffisance ventriculaire droite**) et d'un **foie pulsatile** (**insuffisance tricuspidienne**). Recherchez une **splénomégalie** (par exemple, endocardite) et un **anévrisme aortique**. Palpez les deux artères fémorales et auscitez à la recherche de souffles.
12. Examinez tous les **pouls périphériques** (au niveau des artères poplitée, dorsale du pied et tibiale postérieure). Recherchez des signes de **maladie vasculaire périphérique**, un **œdème périphérique**, un hippocratisme digital au niveau des orteils, des **xanthomes** au niveau du tendon calcaneen et des signes d'endocardite infectieuse. Recherchez des varices et des ulcères de jambe.
13. Examinez les urines à la recherche d'une **hématurie** (par exemple, endocardite).
14. Faites un examen du fond d'œil à la recherche d'altérations **hypertensives**.
15. Prenez la **température** du patient (par exemple, endocardite ou autre infection).

Le système respiratoire (figure 15.2)

1. Positionnez le patient assis sur le bord du lit, déshabillé jusqu'à la taille. Chez la femme, recouvrez les seins avec une serviette ou un peignoir.

Astuces des auteurs

En cas de recours à une oxygénothérapie, notez le type de dispositif utilisé.

2. Écartez-vous et recherchez une **tachypnée** au repos ainsi que toute asymétrie évidente du mouvement thoracique. Comptez la **fréquence respiratoire**. Déterminez si les **muscles respiratoires accessoires** sont mobilisés. Une cachexie doit également être notée (par exemple, cancer).



Positionnez le patient assis sur le bord du lit.

Inspection générale

Type de toux

Oxygénothérapie

Fréquence et profondeur de la respiration, et type de respiration au repos

Muscles respiratoires accessoires
Contenu du crachoir (sang, pus)

Mains

Hippocratisme digital

Cyanose (périphérique)

Taches de goudron

Atrophie musculaire, faiblesse :
abduction et adduction des doigts
(cancer du poumon impliquant le plexus brachial)

Sensibilité des poignets
(ostéarthropathie hypertrophiante pneumique)

Pouls (tachycardie, pouls paradoxal)

Flapping tremor (carbonarcose)

Face

Yeux : syndrome de Claude

Bernard-Horner (cancer de l'apex pulmonaire), anémie

Bouche : cyanose centrale

Trachée

Voix : raucité (paralysie du nerf laryngé récurrent)

Face postérieure du thorax

Inspectez :

- Forme du thorax et du rachis
- Cicatrices
- Veines proéminentes (déterminez la direction du flux)

Palpez :

- Nœuds lymphatiques cervicaux
- Expansion
- Vibrations vocales

Percutez :

- Région sus-claviculaire
- Arrière du thorax
- Aisselles

Auscultez :

- Bruits respiratoires
- Bruits adventices
- Résonance vocale

Face antérieure du thorax

Inspectez :

- Traces d'une radiothérapie, autres signes comme indiqué ci-dessus

Palpez :

- Ganglions lymphatiques sus-claviculaires
- Expansion
- Vibrations vocales
- Apex beat

Percutez

Auscultez

Signe de Pemberton (obstruction de la veine cave supérieure)

Système cardiovasculaire (positionné à 45°)

Pression veineuse jugulaire (obstruction de la veine cave supérieure)

Cœur pulmonaire

Durée expiratoire

Autres

Membres inférieurs : œdème, cyanose

Feuille de température (infection)

Signes de cancer ou d'épanchement pleural : examinez les seins, le foie, le rectum et tous les ganglions lymphatiques

Figure 15.2 Examen du système respiratoire.

Allez chercher un **crachoir** et examinez son contenu (par exemple, à la recherche d'une hémoptysie).

3. Prenez les mains du patient.

- Recherchez un **hippocratisme digital**, une **cyanose périphérique**, des **taches de nicotine (goudron)** et une **pâleur** des plis palmaires évoquant une anémie.
- Notez toute **atrophie** des petits muscles des mains (par exemple, cancer du poumon impliquant le plexus brachial).
- Palpez les **poignets** à la recherche d'une **sensibilité** (ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique).
- Recherchez un **flapping tremor** (observé dans l'hypercapnie sévère et l'insuffisance hépatique).

4. Inspectez la face du patient.

- Regardez attentivement les yeux à la recherche d'un myosis et d'une ptose (syndrome de Claude Bernard-Horner dû à un cancer de l'apex pulmonaire).
- Inspectez la **langue** à la recherche d'une **cyanose d'origine centrale**.

5. Recherchez la position de la **trachée** par palpation. Si la trachée est déplacée, recherchez des signes physiques aux lobes supérieurs. Notez également la présence d'un **tirage sus-sternal** (la trachée se déplace vers le bas à chaque inspiration, ce qui témoigne d'une obstruction sévère des voies aériennes). Demandez au patient de parler (notez l'existence d'une **raucité de la voix**, pouvant être due à une paralysie du nerf laryngé récurrent) puis de tousser, et notez si la toux est grasse, sèche ou bitonale.

6. Examinez le **thorax** du patient. Vous pouvez commencer votre examen par la face antérieure ou la face postérieure. L'avantage de la seconde solution est qu'elle permet souvent de voir davantage de signes, à l'exception d'un déplacement de la trachée.

7. Si vous commencez par l'arrière, inspectez le **rachis**. Recherchez une cyphoscoliose et des signes de spondylarthrite ankylosante (pouvant provoquer une diminution de l'expansion thoracique et une fibrose des lobes supérieurs). Recherchez des **cicatrices de thoracotomie**.

8. Palpez les **ganglions lymphatiques cervicaux** par l'arrière. Examinez ensuite l'expansion : d'abord l'**expansion des**

lobes supérieurs, qui est mieux appréciée en observant le mouvement claviculaire par-dessus les épaules du patient au cours d'une respiration modérée ; le mouvement sera retardé ou diminué du côté affecté. Examinez ensuite par palpation l'**expansion des lobes inférieurs**. Notez la présence d'une **asymétrie** et d'une réduction du mouvement.

9. Demandez au patient de déplacer ses coudes vers l'avant pour déplacer les scapulas hors du chemin. Analysez les **vibrations vocales**, puis percatez l'arrière du thorax.
10. Auscultez l'arrière du thorax. Notez les **bruits respiratoires (normaux ou bronchiques)** et leur intensité (**normale ou diminuée**). Recherchez la présence de **bruits adventices (craquements et sifflements)**. Pour finir, examinez la **résonance vocale**. Si une anomalie localisée est retrouvée, essayez de déterminer le lobe impliqué.
11. Revenez à l'avant du thorax. Inspectez de nouveau à la recherche de déformations, d'**altérations provoquées par une radiothérapie** et de **cicatrices**. Palpez les **ganglions lymphatiques sus-claviculaires**. Procédez ensuite à la percussion et à l'auscultation, comme précédemment. Auscultez également le haut jusque sous les aisselles. Avant de terminer l'examen du thorax, palpez les ganglions lymphatiques axillaires et examinez les seins. Recherchez le **signe de Pemberton**.
12. Positionnez le patient à 45° et mesurez la **pression veineuse jugulaire**. Examinez ensuite la **région précordiale** à la recherche de signes d'hypertension artérielle pulmonaire (**œur pulmonaire** : impulsion parasternale proéminente, P2 palpable et parfois troisième ou quatrième bruit ventriculaire droit et souffle de l'insuffisance tricuspidienne).
13. Examinez le **foie** (par exemple, palpable en raison d'une ptose ou d'un cancer métastatique, ou pulsatile en présence d'une insuffisance tricuspidienne).
14. Prenez la **température** du patient.

Le système gastro-intestinal (figure 15.3)

1. Positionnez le patient correctement avec un oreiller sous la tête et l'abdomen entièrement exposé.



Positionnez le patient allongé à plat sur le lit avec un oreiller sous la tête et l'abdomen entièrement exposé.

Inspection générale

Ictère (maladie hépatique)
Pigmentation (hémochromatose, maladie de Whipple)
Xanthomes (cholestase chronique)
État mental (encéphalopathie)

Mains

Ongles :

- Hippocratisme digital
- Leuconychie

 Érythème palmaire
 Maladie de Dupuytren (alcool)
 Arthropathie
Flapping tremor

Bras

Angiomes stellaires
 Bruising
 Atrophie musculaire
 Lésions de grattage (cholestase chronique)

Face

Yeux :

- Sclère : ictere, anémie, iritis

 Parotides (alcool)

Bouche :

- Haleine : *foetor hepaticus*
- Lèvres : stomatite, leucoplasie, ulcération, pigmentation localisée (syndrome de Peutz-Jeghers), télangiectasies (télangiectasie hémorragique héréditaire)
- Gencives : gingivite, saignement, hypertrophie, pigmentation, candidose
- Langue : glossite atrophique, leucoplasie, ulcération

Nœuds lymphatiques cervicaux/axillaires

Thorax

Gynécomastie
 Angiomes stellaires
 Diminution de la pilosité

Abdomen

Inspectez :

- Cicatrices
- Distension

Figure 15.3 Examen du système gastro-intestinal.

<ul style="list-style-type: none"> Veines proéminentes : déterminez la direction du flux (syndrome de Cruveilhier-Baumgarten ; obstruction de la veine cave inférieure) Vergetures Eccymoses Pigmentation Masses localisées Péristaltisme visible <p>Palpez :</p> <ul style="list-style-type: none"> Palpation superficielle : sensibilité, rigidité, contour de toute masse Palpation profonde : organomégalie (foie, rate, reins), masses anormales <p>Faites tourner le patient du côté droit et palpez (rate)</p> <p>Percutez :</p> <ul style="list-style-type: none"> Contour des viscères Ascite : mobilité de la matité <p>Auscultez :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bruits intestinaux Souffles, bourdonnements Frottements 	<p>Aine Organes génitaux Nœuds lymphatiques Orifices herniaires (debout)</p> <p>Jambes Eccymoses Cédèmes Signes neurologiques (alcool)</p> <p>Autres Toucher rectal : inspectez (fistules, marques, sang, glaires), palpez (masses) Analyse d'urine (bile) Système cardiovasculaire (pression veineuse jugulaire, signes d'insuffisance cardiaque droite en cas d'hépatomégalie) Feuille de température (infection)</p>
---	--

Figure 15.3 suite

2. Reculez-vous pour observer l'apparence générale et rechercher des signes évidents de maladie hépatique chronique.
3. Prenez les mains du patient.
 - Demandez au patient de tendre les bras et les mains et recherchez un **astérixis**.
 - Examinez également les ongles à la recherche d'un **hippocratisme digital** et d'**ongles blancs**.
 - Notez la présence d'un **érythème palmaire** ou d'une **maladie de Dupuytren**.
4. Examinez les bras à la recherche d'**ecchymoses**, de **lésions de grattage**, d'**angiomes stellaires** et d'une atrophie musculaire proximale.
5. Passez à la face.
 - Notez la présence d'altérations de la sclère (par exemple, **ictère**, **anémie**) ou d'un **iritis**.
 - Recherchez une hypertrophie parotidienne, puis inspectez la bouche avec une lampe torche et une spatule à la recherche d'une **perlèche**.
 - Sentez l'haleine à la recherche d'un **fætor hepaticus**.

6. Examinez le thorax à la recherche d'**angiomes stellaires** et, chez l'homme, d'une **gynécomastie** et d'une diminution de la pilosité.
7. Inspectez l'abdomen de profil, en vous accroupissant au niveau du patient. Des masses volumineuses peuvent être visibles. Demandez au patient d'inspirer lentement et profondément et recherchez les contours du foie, de la rate et de la vésicule biliaire. En cas de distension, déterminez si elle est centrale, périphérique ou au niveau d'un flanc.
8. Palpez délicatement chaque région à la recherche de **masses**, en ayant demandé au préalable s'il existait des zones douloureuses — vous éviterez ainsi de provoquer une douleur et pourrez obtenir des indices sur le site d'une possible affection. Palpez ensuite plus en profondeur dans chaque région, puis recherchez spécifiquement une **hépatomégalie** et une **splénomégalie**. En cas d'hépatomégalie, confirmez cette observation par percussion et estimatez la taille du foie (normalement < 13 cm). Répétez cette procédure pour la splénomégalie. Faites toujours tourner le patient du côté droit et palpez à nouveau si vous n'avez pas perçu la rate initialement. Essayez ensuite de palper les reins en utilisant une méthode bimanuelle.
9. Percutez à la recherche d'une **ascite**. Si l'abdomen est sonore jusque dans les flancs, ne faites pas tourner le patient. Dans le cas contraire, recherchez une **mobilité de la matité**.
10. Par auscultation, écoutez les **bruits intestinaux**. Recherchez également des **souffles**, des **bourdonnements** et des **frottements**. Auscitez toujours le foie, la rate ou les reins s'ils sont hypertrophiés ou palpables, ou toute **masse** palpable.
11. Examinez l'aïne. Palpez à la recherche d'une **lymphadénopathie inguinale**. Recherchez des **hernies** en demandant au patient de se lever et de tousser. Chez l'homme, il faut palper les **testicules**.
12. Examinez ensuite les jambes à la recherche d'**œdèmes** et d'**ecchymoses**. Un examen neurologique des jambes peut être indiqué en présence de signes de maladie hépatique chronique (par exemple, due à un abus d'alcool).

13. En cas d'**hypertrophie** du foie ou de suspicion de cirrhose, il faut faire asseoir le patient à 45° et évaluer la pression veineuse jugulaire (pour exclure une insuffisance cardiaque droite comme cause de la maladie hépatique).
14. Le patient étant assis, palpez le **creux sus-claviculaire** à la recherche des noeuds lymphatiques et palpez le bas du dos pour détecter un **œdème sacré**. En présence d'une ascite, il faut examiner le thorax à la recherche d'épanchements pleuraux. En cas de suspicion de cancer, examinez tous les groupes de ganglions lymphatiques, les seins et les poumons.
15. Il faut effectuer un **toucher rectal** et examiner les éventuels échantillons de vomi ou de selles.

Le système génito-urinaire (figure 15.4)

1. Allongez le patient sur le lit tout en procédant à l'inspection générale habituelle. Notez en particulier l'état mental du patient et s'il a un teint jaunâtre, son degré d'**hydratation** et si le patient a le **hoquet** ou **hyperventile** (signes possibles d'insuffisance rénale).
2. Prenez les mains du patient et examinez les ongles à la recherche d'une **leuconychie** ou de lignes blanches transversales pouvant apparaître en cas d'hypoalbuminémie (par exemple, syndrome néphrotique).
3. Examinez les poignets et les bras du patient pour repérer des sites de voie vasculaire.
 - Vérifiez la perméabilité d'une **fistule artérioveineuse** en recherchant un frémissement à la palpation. Demandez au patient de tendre les mains et recherchez un **astérixis**.
 - Inspectez ensuite les bras du patient à la recherche de **nodules sous-cutanés** (par exemple, dépôts de phosphate de calcium), d'écchymoses, d'une pigmentation et de lésions de grattage (maladie rénale chronique).
4. Passez au visage.
 - Commencez par examiner les yeux à la recherche d'une **anémie** (maladie rénale chronique).
 - Examinez la bouche pour détecter une **sécheresse** (déshydratation) ou une **mauvaise haleine**.

**Inspection générale**

État mental

Hyperventilation (acidose), hoquet

Hydratation

Nodules sous-cutanés (dépôts de phosphate de calcium)

Mains

Ongles : leuconychie ; lignes blanches transversales ; bande blanche unique ; partie distale de l'ongle de couleur marron, partie proximale de couleur blanche ou rose (ongles « moitié-moitié »)

Bras

Ecchymoses

Pigmentation

Lésions de grattage

Myopathie

Face

Yeux : anémie, ictere, kératopathie en bandelette

Bouche : sécheresse, ulcères, mauvaise haleine

Éruption cutanée (vascularite)

Abdomen

Cicatrices : dialyse, interventions chirurgicales

Reins : rein transplanté

Vessie

Foie

Nœuds lymphatiques

Ascite

Toucher rectal (prostatomégalie)

Dos

Sensibilité

Œdème

Thorax

Cœur : péricardite, insuffisance cardiaque

Poumons : infection, œdème pulmonaire

Jambes

Œdème : syndrome néphrotique, insuffisance cardiaque

Ecchymoses

Pigmentation

Lésions de grattage

Neuropathie

Voie vasculaire

Analyse d'urine

Densité, pH

Glucose : diabète sucré

Sang : néphrite, infection, lithiasse

Protéines : néphrite, syndrome

néphrotique

Autres

Pression artérielle : couché et debout

Fond d'œil : altérations hypertensives et diabétiques

Figure 15.4 Examen du système génito-urinaire.

- Notez la présence d'une éruption cutanée induite par une vascularite sur la face. Notez toute cicatrice dans le cou (par exemple, chirurgie parathyroïdienne).
- 5.** Allongez le patient et examinez son abdomen.
- Recherchez la présence de **cicatrices** témoignant d'une dialyse péritonéale ou d'interventions chirurgicales comme une **transplantation rénale**.
 - Examinez ensuite le foie et la rate (une hypertrophie est possible dans la maladie polykystique). Palpez des **reins hypertrophiés par ballottement**.
 - Recherchez la présence d'un **anévrisme de l'aorte abdominale**. Percutez au-dessus de la vessie pour détecter une hypertrophie.
 - Auscultez à la recherche de souffles aortiques et rénaux.
- 6.** Faites asseoir le patient et palpez le dos à la recherche d'une sensibilité et d'un oedème sacré.
- 7.** Une fois le patient positionné à 45°, évaluez la **pression veineuse jugulaire**. Examinez le cœur à la recherche de signes de péricardite, d'épanchement péricardique ou d'insuffisance cardiaque, ainsi que les poumons à la recherche d'un oedème pulmonaire.
- 8.** Allongez le patient à nouveau.
- Examinez les jambes à la recherche d'un **oedème** (dû à un **syndrome néphrotique** ou à une **insuffisance cardiaque**), d'écchymoses, d'une pigmentation, de lésions de grattage ou d'une goutte.
 - Recherchez une **neuropathie périphérique** (diminution de la sensibilité, aréflexie dans l'insuffisance rénale chronique).
- 9.** Mesurez la **pression artérielle** du patient en position couchée puis debout (pour détecter une **hypotension orthostatique**) et faites un **fond d'œil** pour rechercher des altérations hypertensives ou diabétiques.
- 10.** Effectuez un toucher rectal, si nécessaire, à la recherche d'une **prostatomégalie**.
- 11.** Pour finir, faites une **analyse d'urine**, pour mesurer densité, pH, glucose, sang, protéines et leucocytes.

Le système hématologique (figure 15.5)

1. Positionnez le patient comme pour l'examen gastro-intestinal et assurez-vous qu'il est entièrement déshabillé.



Positionnez le patient allongé à plat sur le lit avec un oreiller sous la tête.

Inspection générale

Hémorragies sous-cutanées

- (thrombopénie, scorbut, hémophilie) :
- Pétéchies (hémorragies de la taille d'une tête d'épingle)
- Ecchymoses (taches étendues)

Pigmentation (lymphome)

Éruptions cutanées et lésions

 infiltrantes (lymphome)

Ulcération (neutropénie)

Cyanose (polyglobulie)

Pléthora (polyglobulie)

Ictère (hémolysé)

Lésions de grattage (maladies myéloprolifératives, lymphome)

Origine ethnique

Pâleur (anémie)

Mains

Ongles : koilonychie

Pâleur des plis palmaires (anémie)

Arthropathie (hémophilie, goutte

 secondaire, traitement médicamenteux)

Nœuds lymphatiques épitrochléens

Nœuds lymphatiques axillaires

Face

Sclère : ictere, pâleur, suffusion conjonctivale (polyglobulie)

Bouche : hypertrophie gingivale (leucémie monocyttaire), ulcération, infection, hémorragie (aplasie médullaire) ; glossite

atrophique, stomatite angulaire (carence en fer et en vitamines)

Nœuds lymphatiques cervicaux (assis)

Palpez par l'arrière

Sensibilité osseuse

Rachis

Sternum

Clavicules

Épaules

Abdomen (allongé à plat) et organes génitaux

Organomégalie (rate, foie)

Nœuds lymphatiques inguinaux

Jambes

Vascularite (purpura de Henoch-Schönlein : fesses, cuisses)

Ecchymoses

Pigmentation

Ulcération (par exemple, hémoglobinopathies)

Signes neurologiques (syndrome de sclérose combinée de la moelle dans la carence en vitamine B₁₂, neuropathie périphérique)

Autres

Fond d'œil (hémorragies, infection)

Feuille de température (infection)

Analyse d'urine (hématurie, bile)

Toucher rectal et vaginal (saignement)

Figure 15.5 Examen du système hématologique.

2. Recherchez des **ecchymoses**, une **pigmentation**, une **cyanose**, un **ictère** et des **lésions de grattage** (évoquant un prurit dû à une maladie myéloproliférative ou à un lymphome). Recherchez des bosses frontales proéminentes et notez l'origine ethnique du patient (par exemple, thalassémie).
3. Prenez les mains du patient.
 - Examinez les **ongles** à la recherche d'une **koïlonychie** (ongles « en cuiller » : carence en fer) et d'altérations induites par une **vascularite**.
 - Une pâleur des plis palmaires peut témoigner d'une **anémie**.
 - Les signes d'**arthropathie** peuvent être importants (par exemple, **polyarthrite rhumatoïde** et **syndrome de Felty, hémARTHROSES** récidivantes dans les troubles de l'hémostase, **goutte** secondaire dans les troubles myéloprolifératifs).
4. Examinez les ganglions lymphatiques **épitrochléens**.
5. Notez la présence d'hémorragies sous-cutanées sur les bras. Pour mémoire, les **pétéchies** sont des hémorragies de la taille d'une tête d'épingle, tandis que les **ecchymoses** sont plus étendues. Un purpura palpable évoque une vascularite.
6. Passez aux aisselles et palpez les ganglions lymphatiques **axillaires**. Il existe cinq zones principales :
 - centrale ;
 - latérale (supérieure et latérale) ;
 - pectorale (la plus médiale) ;
 - infraclaviculaire (apicale) ;
 - subscapulaire (la plus inférieure).
7. Examinez la face. Inspectez les yeux, notez la présence d'un ictère, d'une pâleur ou d'une hémorragie de la sclère, ainsi que des sclères injectées de la **polyglobulie**.
8. Examinez la bouche.
 - Notez la présence d'une **hypertrophie** gingivale (par exemple, due à une leucémie monocyttaire aiguë ou au scorbut), d'une ulcération, d'une infection, d'une hémorragie, d'une **glossite atrophique** (par exemple, en raison d'une carence en fer, en vitamine B12 ou en folates) et d'une perlèche.
 - Recherchez une hypertrophie tonsillaire ou adénoïde (par exemple, leucémie).

9. Faites asseoir le patient.
 - Examinez les **ganglions lymphatiques cervicaux** par l'arrière : sous-mentonniers, sous-mandibulaires, chaîne jugulaire, triangle postérieur, rétroauriculaires, préauriculaires et occipitaux.
 - Palpez ensuite la **région sus-claviculaire** par l'avant.
10. Tapotez le **rachis** avec le poing à la recherche d'une **sensibilité osseuse** (pouvant être due à une dilatation médullaire ; par exemple, en cas de myélome ou de cancer). Appuyez doucement sur le sternum, les clavicules et les épaules à la recherche d'une sensibilité osseuse.
11. Allongez le patient à nouveau.
 - Examinez l'abdomen. Notez toute splénomégalie ou hépatomégalie ou tous ganglions lymphatiques para-aortiques (rarement palpables).
 - Examinez les ganglions lymphatiques inguinaux.
 - N'oubliez pas de palper les testicules chez l'homme.
 - Effectuez éventuellement un toucher rectal (et vaginal) à la recherche de saignements.
 - Comprimez les hanches à la recherche d'une sensibilité pelvienne.
12. Examinez les jambes.
 - Notez en particulier la présence d'**ulcères de jambe** (par exemple dus à une anémie hémolytique, à une thalassémie, à un syndrome de Felty ou à une polyglobulie).
 - Examinez les jambes sur le plan **neurologique** à la recherche d'une neuropathie périphérique (par exemple par carence en vitamine B12, qui entraîne également une atteinte du cordon postérieur et des lésions du motoneurone supérieur).
13. Faites un examen du **fond d'œil**, consultez la feuille de **température** et faites une analyse d'**urine**.

Le système nerveux (figure 15.6)

1. **Latéralité manuelle, orientation et parole.**
 - Demandez au patient s'il est droitier ou gaucher.
 - À des fins de dépistage, demandez au patient son nom, l'endroit où il se trouve et la date.



Latéralité manuelle et niveau de conscience
Raideur de la nuque et signe de Kernig
Nerfs crâniens

II	Acuité et champs visuels Fond d'œil
III, IV, VI	Pupilles et mouvements oculaires
V	Réflexes cornéens Sensibilité faciale Muscle masséter
VII	Muscles de la face
VIII	Audition
IX, X	Uvule et sensibilité pharyngée
XI	Trapèze et sternocléido-mastoïdiens
XII	Langue

Membres supérieurs

Membres inférieurs

Système moteur (tonus, force, réflexes)

Coordination

Sensibilité

Région ischiopubienne

Dos

Démarche

Figure 15.6 Examen du système nerveux.

- Demandez ensuite au patient de nommer un objet que l'on pointe du doigt puis de pointer du doigt un objet nommé dans la pièce (pour dépister une dysphasie).
 - Demandez au patient de dire « spectacle exceptionnel » (pour dépister une dysarthrie).
- 2. Raideur de la nuque et signe de Kernig.** Si les symptômes sont d'installation aiguë, recherchez ces signes de syndrome méningé.
- 3. Nerfs crâniens.** Si possible, le patient doit être assis au bord du lit.
- Commencez par faire une inspection générale de la tête et du cou, et recherchez des cicatrices de craniotomie, des neurofibromes, une asymétrie de la face, une ptose, une proptose, une déviation oblique des yeux ou une inégalité de la taille des pupilles.

- **Le II**

- Testez l'acuité visuelle chez un patient portant ses lunettes. Testez chaque œil séparément, l'autre œil étant recouvert par un cache.
- Examinez le champ visuel par confrontation, en utilisant une épingle. Si l'acuité visuelle est très altérée, délimitez le champ visuel avec vos doigts.
- Faites un examen du fond d'œil.

- **Le III, le IV et le VI**

- Examinez les pupilles et notez leur forme, leurs tailles relatives et toute **ptose** associée. Avec une lampe de poche, éclairez par le côté pour évaluer la réaction des pupilles à la lumière.
- Évaluez à la fois la réponse **directe** et la réponse **consensuelle**.
- Testez l'**accommodation** en demandant au patient de regarder au loin, puis l'épingle placée à environ 20 cm du nez.
- Évaluez les **mouvements oculaires** avec les deux yeux d'abord, en demandant au patient de suivre l'épingle dans chaque direction.
- Demandez au patient s'il souffre de **diplopie**.
- Recherchez un **mouvement anormal** et un **nystagmus**.

- **Le V**

- Testez délicatement les **réflexes cornéens** en utilisant un bout de coton pour toucher la cornée et demandez au patient s'il sent quelque chose. La composante sensitive de ce réflexe est le nerf V et la composante motrice est le nerf VII.
- Testez la **sensibilité faciale** dans les trois divisions du nerf : **ophtalmique**, **maxillaire** et **mandibulaire**. Testez la sensibilité **douloureuse** avec une nouvelle épingle et délimitez les zones de perte sensitive (douleur sourde) en déplaçant l'épingle jusqu'à retrouver une sensibilité normale (douleur aiguë). Testez également la sensibilité au toucher léger pour détecter une **dissociation sensitive**.
- Examinez la division motrice du nerf V en demandant au patient de **serrer les dents** pendant que vous palpez les muscles masséters.

- Demandez-lui ensuite d'ouvrir la bouche et essayez de la maintenir fermée. Une lésion unilatérale fait **dévier la mâchoire** vers le côté faible (affecté).
- Testez le **réflexe massétérin**. Le patient ayant la bouche ouverte, percutez avec un marteau à réflexes l'un de vos doigts placé sur le menton du patient. En cas de lésion du motoneurone supérieur, on observe une fermeture brusque de la bouche.
- **Le VII.** Testez les muscles de l'expression faciale.
 - Demandez au patient de regarder vers le haut et de **plisser le front**. Recherchez une perte du plissement et évaluez la force musculaire en poussant vers le bas de chaque côté.
 - Demandez ensuite au patient de **fermer** fortement **les yeux** et comparez les deux côtés.
 - Demandez au patient de **sourire** pour comparer les sillons nasogéniens.
- **Le VIII**
 - Chuchotez un nombre à 60 cm de chaque oreille du patient.
 - Effectuez les tests de **Rinne** et de **Weber** avec un diapason 256 Hz en cas de surdité.
 - Si nécessaire, examinez les conduits auditifs externes et les tympans.
- **Le IX et le X**
 - Examinez le palais et notez tout déplacement de l'**uvule** (la luette).
 - Demandez au patient de dire «ah» et examinez le mouvement du palais mou, qui doit être symétrique (X).
 - Testez doucement la **sensibilité pharyngée** (le nerf IX est la composante sensitive et le nerf X est la composante motrice si un réflexe nauséieux survient).
 - Demandez au patient de parler pour rechercher une raucité de la voix, puis de tousser et d'avaler.
- **Le XI**
 - Demandez au patient de hausser les épaules et palpez le **trapèze** alors que vous repoussez les épaules vers le bas.

- Demandez ensuite au patient de tourner la tête contre résistance et palpez le bombement du **sternocléidomastoidien**.
 - **Le XII**
 - Pendant l'examen de la bouche, inspectez la langue à la recherche d'une atrophie musculaire et de fasciculations.
 - Demandez ensuite au patient de tirer la langue. Une paralysie unilatérale entraîne une **déviation de la langue** vers le côté paralysé.
 - Examinez ensuite le crâne et ausculez les artères carotides à la recherche de souffles.
4. **Membres supérieurs.** Demandez au patient de s'asseoir sur le bord du lit, face à vous.
- Examinez systématiquement le **système moteur**, à chaque fois. Commencez par inspecter le patient à la recherche d'une atrophie musculaire et de fasciculations.
 - Demandez au patient de tendre les deux bras et de fermer les yeux (**figure 15.7**). Recherchez une **dérive** de l'un ou des deux bras (due à une faiblesse du motoneurone supérieur, à une lésion cérébelleuse ou à une atteinte du cordon postérieur).
 - Notez également la présence d'un **tremblement** ou d'une **pseudo-athétose** due à une perte proprioceptive. Palpez les **masses musculaires** et notez toute douleur à la palpation.



Figure 15.7 Recherche d'une dérive des bras.

- Testez le **tonus** aux poignets et aux coudes en mobilisant passivement les articulations à des vitesses variables.
- Évaluez la **force** (*testing*) aux épaules, aux coudes, aux poignets et aux doigts.
- Si nécessaire, effectuez un test pour détecter une lésion : nerf ulnaire (anciennement nerf cubital) : signe de Froment et nerf médian : test du toucher du stylo.
- Examinez les **réflexes** : réflexe bicipital (C5, C6), réflexe tricipital (C7, C8), réflexe stylo-radial (C5, C6), réflexe de flexion des doigts (C8).
- Évaluez la **coordination** avec la manœuvre doigt-nez et recherchez une dysdiadiococinésie et un rebond.
- Examinez le **système sensitif** après l'examen du système moteur car cette évaluation peut prendre du temps. Commencez par tester la **voie spinothalamique** (douleur). Commencez au niveau proximal et testez chaque dermatome.
- Testez ensuite la voie **cordonale postérieure**. Utilisez un diapason 128 Hz pour évaluer le sens des **vibrations**. Après avoir frappé le diapason, placez-le sur une articulation interphalangienne distale.
- Examinez la **proprioception** avec l'articulation interphalangienne distale de l'index.
- Testez la sensibilité au **toucher léger** avec du coton. Touchez légèrement la peau (sans caresser) dans chaque dermatome.
- Recherchez par palpation des épaississements nerveux (le nerf ulnaire au coude, les nerfs médian et radial au poignet) et palpez les aisselles s'il y a des signes de lésion proximale. Notez toute cicatrice et, enfin, examinez le cou si nécessaire.

5. Membres inférieurs.

- Testez d'abord la **posture** et la **démarche**, si possible ([figure 15.8](#)).
 - Demandez au patient de marcher normalement sur quelques mètres, puis de se retourner rapidement et de revenir.

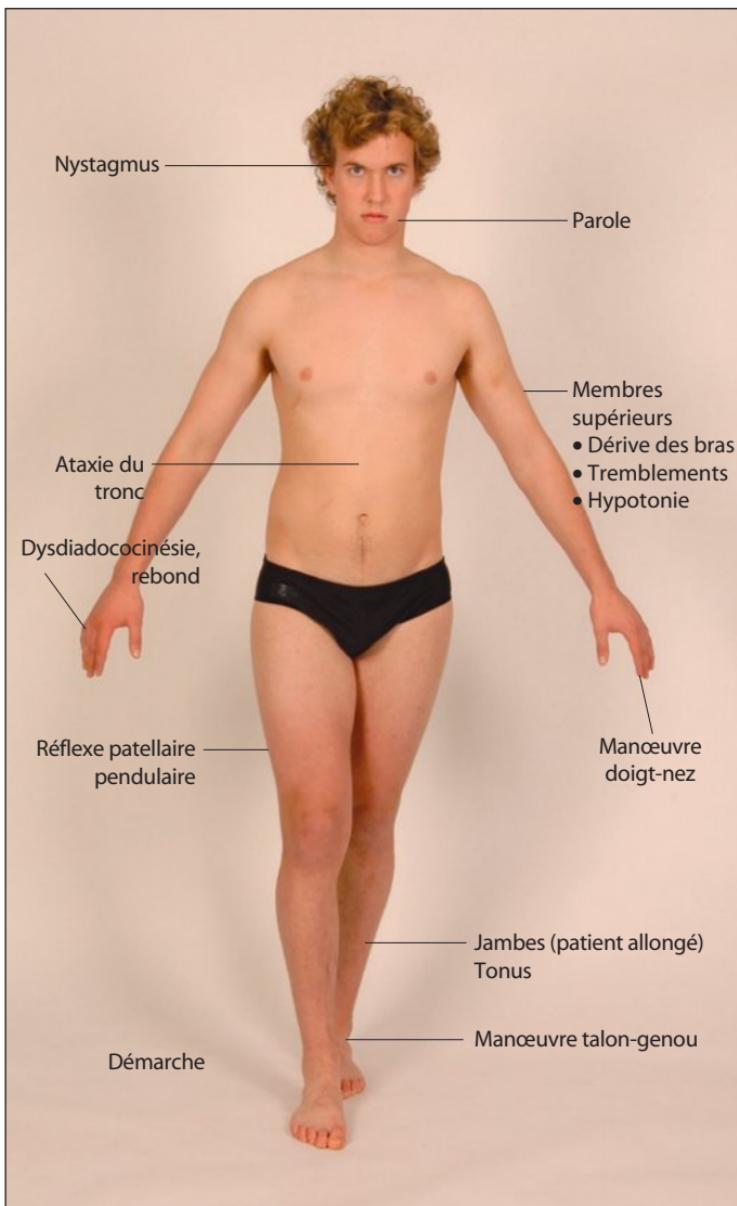


Figure 15.8 Signes d'atteinte cérébelleuse.

- Demandez-lui ensuite de marcher en plaçant un pied juste devant l'autre pour exclure une lésion cérébelleuse de la ligne médiane.
 - Demandez au patient de marcher sur la pointe des pieds (impossible en cas de lésion de S1) puis sur les talons (impossible en cas de lésion de L4 ou de L5, car celle-ci entraîne un pied tombant).
 - Recherchez un piétinement (maladie de Parkinson), une hémiplégie (le pied est balancé en arc et reste en flexion plantaire) ou une démarche avec élargissement du polygone de sustentation (atteinte cérébelleuse).
- Demandez au patient de s'allonger sur le lit avec les jambes complètement exposées.
 - Notez toutes fasciculations.
 - Palpez le volume musculaire du quadriceps, puis faites remonter votre main le long de chaque tibia pour percevoir une atrophie des muscles tibiaux antérieurs.
 - Testez le **tonus** aux genoux et aux chevilles. Testez le **clonus** aux genoux et aux chevilles.
 - Évaluez la **force (testing)** aux hanches, aux genoux et aux chevilles.
 - Recherchez les **réflexes** : genou (L3, L4), cheville (S1, S2), réponse plantaire (L5, S1, S2).
 - Testez la **coordination** avec la manœuvre talon-genou, la manœuvre orteil-doigt et le test de percussion du pied.
 - Examinez le **système sensitif** comme pour les membres supérieurs : piqûre d'épingle, puis vibrations et proprioception (en commençant par le gros orteil), et enfin sensibilité au toucher léger. En cas de perte sensitive touchant toute la jambe ou les deux jambes, essayez de déterminer un niveau sensitif sur le tronc et l'abdomen. Examinez la **sensibilité de la région ischiopubienne** et testez le **réflexe anal** (S2, S3, S4).
 - Recherchez des déformations, des cicatrices et des neurofibromes sur le dos du patient. Palpez à la recherche d'une sensibilité des corps vertébraux et auscultez à la recherche de souffles. Effectuez la **manœuvre de Lasègue**.

16

Rédaction et présentation des informations recueillies

«Étudiez la maladie tant que vous êtes en bonne santé.»

Thomas Fuller (1608–1661)

Rédaction des informations recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen physique

Les informations portées dans le dossier d'un patient constituent un document légal important. Elles peuvent servir de référence lors d'un séjour à l'hôpital. Les comptes rendus d'admission initiaux sont en général les plus complets. Un système permettant de rédiger les informations obtenues est présenté ci-après. Le format exact sera cependant différent selon le type d'admission. L'admission d'un patient jeune pour une intervention chirurgicale mineure sous anesthésie locale sera beaucoup moins détaillée que celle d'un patient âgé souffrant d'une affection compliquée.

Les informations consignées ultérieurement concernent en général les visites et les décisions prises par l'équipe de soins sur les investigations et les traitements. En cas de maladie aiguë au cours de l'hospitalisation, il faut noter les détails du problème, les conclusions de l'examen, les investigations proposées et leurs résultats, et les conseils des collègues plus expérimentés consultés. Les informations doivent être actualisées fréquemment si l'état du patient évolue.

Astuces des auteurs

Sachez que le système de rédaction et de présentation des informations obtenues lors de l'interrogatoire et de l'examen physique n'est pas forcément le même dans tous les hôpitaux et toutes les facultés de médecine. Il n'existe pas qu'une seule bonne façon de faire!

L'interrogatoire

INFORMATIONS PERSONNELLES

Notez le nom du patient, son sexe et sa date de naissance. Précisez la date et l'heure de l'examen.

SYMPTÔMES (PRINCIPAUX) À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (SO)

En une phrase courte, identifiez les principales plaintes du patient et leur durée ; il est très utile de citer les propres mots du patient.

HISTOIRE DE LA MALADIE À L'ORIGINE DE LA CONSULTATION (HDM)

Ne notez pas tous les détails ; utilisez plutôt des paragraphes courts ou procédez par points pour présenter l'histoire de la maladie dans l'ordre chronologique (du passé au présent). Décrivez les caractéristiques de chaque symptôme. Notez le motif de consultation du patient. Décrivez les traitements actuels (et le diagnostic proposé si vous le connaissez). Décrivez également les problèmes médicaux antérieurs liés aux symptômes actuels. Incluez les observations positives et négatives pertinentes à la revue des systèmes.

S'il existe de nombreux problèmes apparemment sans lien entre eux, résumez-les dans un paragraphe d'introduction et

présentez l'histoire de chaque problème dans un paragraphe séparé. Notez vos impressions sur la fiabilité de votre interlocuteur et, si le patient n'a pas pu lui-même vous fournir les informations demandées, précisez l'identité de la source.

TRAITEMENTS

Faites la liste des traitements actuels du patient (y compris les médicaments vendus sans ordonnance) et précisez les doses, les indications (si elles sont connues) et les effets indésirables éventuels. Cette liste peut vous orienter vers une maladie chronique que le patient pourrait avoir oublié de mentionner (par exemple, utilisation d'antihypertenseurs).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (AP)

Faites une liste chronologique des problèmes médicaux, interventions chirurgicales et traitements médicamenteux antérieurs, le cas échéant. Notez tout antécédent d'allergie (en particulier les allergies médicamenteuses). Les antécédents de transfusions sanguines doivent également être notés.

MODE DE VIE (MDV)

Décrivez au minimum la profession du patient, sa situation matrimoniale et ses voyages récents. Les informations sur le tabagisme, la consommation d'alcool, d'antalgiques et de drogues doivent également être notées.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (AF)

Décrivez les causes de mortalité ou les maladies pertinentes chez les parents au premier degré et, si nécessaire, faites un arbre généalogique.

REVUE DES SYSTÈMES (RDS)

Toutes les informations directement pertinentes doivent être intégrées dans l'HDM ou les AP.

L'examen physique (EP)

Pour chacun des principaux systèmes, faites une liste pour exposer brièvement les points positifs et négatifs pertinents ([figure 16.1](#)). Commencez par le système le plus pertinent au vu des symptômes à l'origine de la consultation.

Informations personnelles

Nom : M. Arthur Dupond
 Âge : 72 ans
 Profession : Botaniste à la retraite

Symptômes à l'origine de la consultation

3 semaines de dyspnée d'effort progressive avec 2 jours de dyspnée au repos

Histoire de la maladie à l'origine de la consultation

Deux nuits d'orthopnée sévère ; n'a pu dormir que brièvement, assis sur une chaise

Essoufflement léger à l'effort depuis près de 10 ans

Ne peut pas marcher 50 mètres sur le plat

Pas de douleur ni d'oppression thoracique associée

Pas de sifflement respiratoire ni de toux

Pas de fièvre

Pas de modification récente des médicaments

Pas d'asthme ni de maladie pulmonaire connue

Pas d'autre symptôme positif pertinent à la revue des systèmes

Antécédents cardiaques

Infarctus du myocarde il y a 5 ans, traité par thrombolytiques

Pas de valvulopathie connue ni d'antécédent de rhumatisme articulaire aigu

Fumait 25 cigarettes par jour jusqu'à son infarctus (30 paquets-années)

Facteurs de risque de maladie cardiaque

Cholestérol total : 6,7 mmol/L, antécédent familial de cardiopathie ischémique — son frère de 55 ans a été hypertendu pendant 30 ans — contrôle insuffisant

Consommation importante de sel, boit 3-4 litres de liquide par jour, alcool : 25 g par semaine

Pas d'antécédent de diabète sucré, prise occasionnelle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

Autres symptômes

10 ans de nycturie trois fois par nuit

Ne signale pas d'autre symptôme urinaire.

Traitements en cours

Aspirine, 100 mg par jour ; métaproterol (bêtabloquant), 100 mg deux fois par jour

Pas de médicaments vendus sans ordonnance.

Antécédents personnels

Ulcère gastrique il y a 3 ans, traité avec succès par une cure de 14 jours d'antibiotiques et un inhibiteur de la pompe à protons ; pas de réapparition des symptômes.

Appendicectomie et tonsillectomie (amygdalectomie) lorsqu'il était jeune

Figure 16.1 Exemple d'observation médicale.

Il n'a pas d'allergie médicamenteuse connue et n'a jamais eu besoin de transfusion sanguine

Mode de vie

Il est à la retraite et vit avec sa femme, qui est en bonne santé

*Centres d'intérêt : jardinage, histoire des plantes médicinales
Pas d'autre hobby, pas d'animal domestique, pas de récent voyage à l'étranger*

Antécédents familiaux

Son père est décédé d'un infarctus du myocarde à l'âge de 64 ans et sa mère d'un cancer du côlon à 84 ans

*Ses deux fils (42 et 39 ans) sont en vie et en bonne santé
Pas d'autre antécédent familial pertinent*

Examen physique

Essoufflé et gêné au repos Température 37 °C

Fréquence respiratoire : 24 cycles respiratoires par minute

Système cardiovasculaire

Pas de cyanose Pas d'hippocratisme digital

Pas d'hémorragies en flammèches sous-unguéales

Fréquence du pouls : 90 battements par minute et régulier

Pression artérielle : 180/110 mm Hg, en positions couchée et debout Pas d'élévation de la PVJ

Choc de pointe déplacé de 2 cm, dyskinétique

Bruits du cœur (BDC) : B1 et B2 présents et normaux ; B3 présent

Souffle holosystolique de grade 3/6, maximal à l'apex, évocateur d'une insuffisance mitrale

Thorax

Trachée sur la ligne médiane

Expansion normale à droite et à gauche

Son de la percussion normal des deux côtés

Craquements inspiratoires mésophasiques intermédiaires bilatéraux des bases pulmonaires et sifflements expiratoires occasionnels aux champs pulmonaires droit et gauche.

Pas de zone de souffle tubaire

Abdomen

Cicatrice d'appendicectomie bien cicatrisée

Abdomen souple, pas de sensibilité à la palpation

Foie non palpable, pas d'autre masse (rate, reins)

Pas d'ascite

Bruits intestinaux normaux

Toucher rectal différé (le patient se sentait trop mal au moment de son admission)

Figure 16.1 Suite.

Jambes

Pas de sensibilité à la palpation au niveau des mollets

Pas d'œdème périphérique

Pouls périphériques présents et symétriques

Pas de varice visible

Système nerveux central (SNC)

Éveillé et orienté

Pas de raideur de la nuque

Nerfs crâniens (évalués après le traitement initial)

II : acuité et champs visuels normaux ; fond d'œil normal

III, IV et VI : pupilles de même taille, circulaires et concentriques ; réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation ; mouvements oculaires normaux ; pas de nystagmus

V : fonctions sensitive et motrice normales

VII : muscles de l'expression faciale normaux

VIII : audition normale

IX, X : pas de déplacement de l'uvule

XI : force normale

XII : pas de fasciculation ni de déviation de la langue

Membres supérieurs

Pas d'atrophie musculaire, ni de fasciculation, ni de tremblement

Tonus normal

Force normale (épaules, coudes, poignets, doigts)

*Réflexes normaux et symétriques**

	Droite	Gauche
Bicipital	++	++
Tricipital	++	++
Stylo-radial	++	++

Coordination normale

Sensibilité : douleur, proprioception normales

Figure 16.1 Suite.

* Les réflexes peuvent être notés comme suit :

O (absent) ;

+ (diminué) ;

++ (normal) ;

+++ (augmenté) ;

++++ (exagéré avec clonus).

Membres inférieurs*Démarche normale**Pas d'atrophie musculaire**Tonus normal ; pas de clonus**Force normale (hanches, genoux, chevilles)**Réflexes normaux et symétriques*

	Droite	Gauche
Patellaire	++	++
Calcanéen	++	++
RCP	↓	↓ (normaux)

*Coordination normale**Sensibilité : douleur, proprioception normales***Diagnostic provisoire :** insuffisance ventriculaire gauche secondaire à une cardiopathie ischémique**Diagnostic différentiel :** angor, embolie pulmonaire, broncho-pneumopathie chronique obstructive**Investigations :**

- Électrocardiogramme
- Radiographie thoracique
- Numération-formule sanguine
- Électrolytes, créatininé, épreuves fonctionnelles hépatiques
- Echocardiographie

Commentaire

L'étiologie de son insuffisance cardiaque est vraisemblablement une cardiopathie ischémique (*infarctus antérieur*) ou une hypertension. Le patient présente des signes d'insuffisance mitrale, pouvant être secondaire à une insuffisance cardiaque, ou, moins vraisemblablement, en être la cause. Il n'y a pas d'antécédent connu de maladie pulmonaire chronique, même s'il était fumeur chronique. Les données recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen ne sont pas très en faveur d'une embolie pulmonaire.

Figure 16.1 Suite.

Diagnostic provisoire, liste des problèmes et plans

En une phrase ou deux, résumez les observations les plus importantes, donnez un diagnostic provisoire (DP) et énumérez les diagnostics différentiels (DD). Énumérez tous les problèmes en cours nécessitant une prise en charge. Décrivez les tests diagnostiques et les traitements prévus pour chaque problème. Signez et indiquez votre nom et votre titre sous votre signature.

Présentation des informations recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen physique

Il ne suffit pas d'interroger le patient, de l'examiner et de poser un diagnostic. Vous devez également être capable de transmettre ces informations par écrit ou oralement à des collègues ou d'autres personnes impliquées dans les soins du patient.

PRÉSENTATION DANS LE CADRE D'UNE MISE EN SITUATION CLINIQUE SIMULÉE APPROFONDIE (LE «*LONG CASE*» DES ANGLO-SAXONS)

La présentation des informations recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen physique à des examinateurs (examen de type «*long case*») est un exercice très formel. Une bonne approche consiste à commencer par indiquer aux examinateurs l'âge et le sexe du patient, puis à expliquer s'il s'agit d'un problème diagnostique ou thérapeutique ou des deux. Vous pouvez par exemple dire : «*Je vous présente le cas de Madame X., âgée de 75 ans et présentant un problème de diagnostic et de prise en charge, à savoir une faiblesse du côté gauche d'apparition brutale.*» Cela montre aux examinateurs que vous avez réfléchi au problème et que vous ne vous bornez pas à présenter une série de faits.

Poursuivez votre présentation en donnant davantage de détails sur les symptômes à l'origine de la consultation. Il est important de ne pas ennuyer les examinateurs avec de longues listes d'observations négatives sans pertinence, mais d'être capable de fournir ces informations si on vous les demande. À la fin de la présentation, vous devez présenter un diagnostic différentiel (par ordre de probabilité) et une proposition de plan d'investigation et de traitement (prise en charge).

PRÉSENTATION À UN PROFESSEUR

Le format «*long case*» n'est pas le meilleur pour présenter les détails d'un patient à un collègue plus expérimenté, surtout au milieu de la nuit. Il y a trois circonstances dans lesquelles on peut contacter un professeur au sujet d'un nouveau patient :

1. un appel poli pour donner des nouvelles d'un patient stable : certains professeurs souhaitent être informés des événements concernant un nouveau patient à n'importe

quelle heure, alors que d'autres préfèrent que l'information leur soit communiquée à un moment opportun (par exemple, après la fin des visites, à une heure raisonnable le matin — ou pour leur éviter une série d'admissions);

- 2.** un appel pour demander conseil et discuter de la prise en charge proposée chez un patient présentant des complications;
- 3.** un appel pour demander au professeur de venir voir le patient ou de réaliser une procédure.

Le motif de l'appel doit être donné au début de la conversation. Les professeurs sont rarement intéressés par une longue liste d'observations négatives sans pertinence. Il faut faire une brève présentation du problème et des observations objectives, puis donner un diagnostic différentiel et un plan de prise en charge. Arrêtez alors de parler pour permettre une discussion ou une approbation du plan proposé.

PRÉSENTATION DANS LE CADRE D'UNE TRANSMISSION

Vous devez ici présenter le patient aux collègues qui vont assurer la suite de sa prise en charge. Ces transmissions sont plus ou moins formelles. Il est essentiel de discuter de manière détaillée des patients dont l'état n'est pas bon ou dont le problème n'est pas résolu. L'équipe qui va prendre la suite des soins doit savoir à quel endroit se trouve le patient, connaître certains détails biographiques le concernant et être informée brièvement de la situation clinique et du diagnostic provisoire.

Les investigations réalisées doivent être présentées; les examens demandés mais pour lesquels les résultats ne sont pas encore disponibles doivent être identifiés afin de ne pas les oublier. Un patient dont l'état n'est pas bon peut nécessiter d'être examiné en urgence et fréquemment par la nouvelle équipe.

Si des professeurs ou des chefs de clinique sont présents, il faut leur demander conseil pour les patients les plus difficiles.

Il arrive souvent qu'un patient soit choisi pour une discussion plus détaillée dans un objectif pédagogique. Les informations recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen de ce patient peuvent devoir être présentées de manière plus détaillée, mais pas autant que pour une présentation de type « *long case* ».

Astuces des auteurs

Voici quelques abréviations fréquemment utilisées dans les dossiers des patients. Attention, celles-ci étant susceptibles de varier, le mieux est d'écrire les mots en entier pour éviter les malentendus !

Abd.	Abdomen
AP	Antécédents personnels
B3, B4	Troisième bruit du cœur, quatrième bruit du cœur
BDC	Bruits du cœur
BI	Bruits intestinaux
BR	Bruits respiratoires
CHX	Intervention chirurgicale ou antécédents chirurgicaux
CIA	Communication interatriale
CIV	Communication interventriculaire
Cx	Circonflexe (artère coronaire)
dp	Dorsale du pied (pouls de l'artère)
DPN	Dyspnée paroxystique nocturne
DT	Douleur thoracique
EE	Essoufflement à l'effort
EP	Examen physique
HDM	Histoire de la maladie à l'origine de la consultation
IA	Insuffisance aortique
IM	Insuffisance mitrale
IVA	Interventriculaire antérieure (artère coronaire)
MG	Médecin généraliste
PA	Pression artérielle
PCA	Persistance du canal artériel
PCCRLA	Pupilles concentriques, centrales, réagissant à la lumière et à l'accommodation
PPs	Pouls périphériques
PVJ	Pouls veineux jugulaire/pression veineuse jugulaire
RA	Rétrécissement aortique

RC	Réflexe calcanéen
RCP	Réflexes cutanés plantaires
RM	Rétrécissement mitral
RP	Réflexe patellaire
RxT	Radiographie thoracique
SEP	Sclérose en plaques
SNC	Système nerveux central
SO	Symptômes à l'origine de la consultation
Tp	Tibiale postérieure (artère)
TR	Toucher rectal
Tt	Traitements
Tx	Thyrotoxicose ou transplantation
°	Absent, p. ex. : BI° bruits intestinaux absents
✓	Présent, p. ex. : BDC ✓ bruits du cœur présents*
+++	Réflexe brusque

* Cela suggère des compétences d'auscultation limitées.

Conclusion

«Il est médecin depuis un an maintenant et il a eu deux patients, non, trois je crois; oui, c'est ça, trois; j'ai assisté à leurs funérailles.»

Samuel Clemens (Mark Twain) (1835–1910)

«La formation d'un médecin ne s'achève pas à la Faculté de médecine, elle ne fait que commencer.»

William H. Welch (1850–1934)

Vous devez maintenant avoir acquis une bonne part des compétences cliniques nécessaires pour mener correctement un interrogatoire et un examen physique. Même si les innovations technologiques ne cessent de s'accélérer dans le domaine médical, ces compétences vous seront utiles pendant toute votre carrière. La tâche n'est bien sûr jamais achevée : l'apprentissage et la remise à niveau de ces compétences sont le travail de toute une vie.

Bonne chance!