

Université Paris VII
Faculté de médecine Bichat-Lariboisière

PCEM2
Année universitaire 2007-2008

COURS DE SÉMIOLOGIE ADULTE

Pr Dominique Farge

Sommaire

Sémiologie cardio-vasculaire

Cours de sémiologie cardio-vasculaire p. 3

Syndromes en sémiologie cardio-vasculaire p. 13

Résumé : conduite à tenir devant une douleur thoracique p. 23

Sémiologie en pneumologie

Cours de sémiologie en pneumologie p. 25

Sémiologie en gastro-entérologie

Cours de sémiologie en gastro-entérologie p. 30

Résumé : conduite à tenir devant une douleur abdominale p.36

Sémiologie en néphrologie et urologie

Fiche : sémiologie néphrologique p. 40

Bon, là je n'ai pas eu le temps de le faire au propre... mais la ronéo est très bien... :-s

Fiche : conduite à tenir devant l'apparition d'oedèmes p. 41

PCEM2 - Cours de sémiologie
Pr. Dominique Farge

Cours 2 et 3 (début)

Notes rassemblées par Noélie Falguière
Présente mise en page et ajouts mineurs : Clément Dumont

Recueil du symptôme en cardiologie

Interrogatoire et examen clinique

PREMIERE PARTIE – L'INTERROGATOIRE

I. Les différents motifs de consultation en cardiologie : cinq signes fonctionnels

1. Les cinq principales douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire (A PIED)

Nous allons ici présenter les cinq principales douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire ainsi que leur cause. Pour établir le diagnostic des syndromes associés à ces douleurs il est également nécessaire de connaître les autres symptômes qui les composent (se reporter aux syndromes)

● **Douleur de l'angor** (ou angine de poitrine)

La douleur de l'angor est liée à une diminution de l'oxygénation périphérique du myocarde due à une obstruction, de degré variable, de la lumière coronaire par un processus athéromateux.

Souvent cette douleur se manifeste dans un premier temps à l'effort et traduit alors l'incapacité du coeur à assurer l'apport d'oxygène dans ces conditions, d'où l'**ischémie myocardique périphérique**.

La douleur de l'angor est caractérisée par :

- sa **topographie** (son siège) : retro-sternale, médiane, large, allant d'un pectoral à l'autre. Le patient la désigne du plat de la main posé sur sa poitrine.
- ses **irradiations** : typiquement vers le bras gauche, l'épaule gauche, le cou et la mâchoire inférieure (parfois l'angor se manifeste par des douleurs atypiques avec des irradiations dorsales ou vers l'épigastre ; il arrive également que la douleur de l'angor soit réduite à ses irradiations)
- son **type** : typiquement constrictive, en étoupe. Le patient la décrit *spontanément* en disant "Ça me serre."
- son **mode de survenue** qui caractérise l'angor d'effort et l'angor de repos (voir ci-après)

La douleur de l'**angor d'effort** survient pour un effort donné et cesse à l'arrêt de l'effort, en une à trois minutes. Si le patient reprend son effort la douleur réapparaîtra lorsqu'il aura fourni un effort identique au précédent : par exemple il aura marché la même distance, monté le même nombre de marches etc. Cet effort "maximum" possible, qui déclenche la douleur, permet d'évaluer sur la sévérité de l'angor.

La douleur de l'angor d'effort est trinitrosensible, i.e calmée par la trinitrine (vasodilatateur spécifique des artères coronaires)

La douleur de l'**angor de repos** survient spontanément au repos et primo-décubitus. Elle est caractérisée par le même siège et les mêmes irradiations que l'angor de repos, mais sa durée est plus longue : entre cinq et quinze minutes.

Sa trinitrosensibilité est variable.

L'angor forme un continuum anatomo-pathologique avec l'infarctus du myocarde. Les douleurs de l'angor et de l'infarctus du myocarde sont des **précordialgies** (douleurs siégeant devant le coeur)

● **Douleur de l'infarctus du myocarde (IDM)**

Elle est liée à une obstruction complète de la lumière coronaire par le même processus athéromateux que celui à l'origine de l'angor. Il y a donc une anoxie du myocarde qui entraîne une nécrose : c'est un infarctus.

C'est une douleur de même localisation que la douleur de l'angor, avec des irradiations identiques, mais très intense, transfixiante, prolongée et parfois syncopale.

Elle est rebelle à la trinitrine et requiert donc l'utilisation d'antalgiques puissants, en particulier de la

morphine.

Chez certains sujets (diabétiques, transplantés cardiaques ayant un coeur dénervé...) cette douleur est absente. Il faut alors rechercher les signes associés pour diagnostiquer l'IDM (cf. syndrome)

Nota les dépôts d'athérome peuvent se réaliser dans différentes artères de l'ensemble du corps (coronaires, mais également carotides, aorte abdominale, artères périphériques et en particulier des membres inférieurs...)

Ainsi il faut associer aux douleurs de l'angor et de l'IDM d'autres douleurs, non-thoraciques, liées à l'oblitération d'une lumière artérielle par le processus athéromateux, dont :

- **douleur de l'artérite mésentérique** : douleur dans l'abdomen qui apparaît pendant et après les repas. C'est une douleur liée à la digestion.
- **douleur de l'artérite des membres inférieurs** (cf. I.5. et le syndrome de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs)

De telles douleurs sont à rechercher à l'interrogatoire, en particulier si le patient présente d'importants facteurs de risque cardio-vasculaires pour la maladie athéromateuse (cf. II)

● **Douleur de la dissection aortique**

Elle est due à une lésion de niveau variable de la paroi aortique qui empêche le passage du flux sanguin dans la lumière artérielle.

C'est une douleur fulgurante, tranchante, à irradiation descendante.

● **Douleur de l'embolie pulmonaire**

Elle est due à une obstruction dans le système artériel pulmonaire par un caillot fibrino-chlorique ayant pour origine le système veineux périphérique (cf. le syndrome de la maladie thrombo-embolique veineuse)

C'est une douleur brutale, d'emblée maximale, aggravée par la respiration. Elle est absente dans un tiers des cas d'embolie pulmonaire (cf. le syndrome pour les signes associés)

● **Douleur de la péricardite** (épanchement péricardique)

Elle est liée à un processus inflammatoire au niveau du péricarde avec présence d'un liquide entre ses deux feuillets.

C'est une douleur superficielle variable dans le temps et selon la position adoptée par le patient.

2. La dyspnée

La **dyspnée** est la **sensation subjective d'une gêne à la respiration** (c'est un "essoufflement")

La dyspnée peut constituer un symptôme vrai ou bien ne pas avoir de cause organique et être entièrement subjective. On parle alors de dyspnée *sine materia*, dont l'origine peut être psychologique.

La dyspnée est une sensation subjective à traduire de manière objective :

- par la mesure de la **fréquence respiratoire** (valeur normale : 12 à 15 min⁻¹)
- par la précision du **temps** de la dyspnée : dyspnée inspiratoire, expiratoire ou permanente
- sa **sévérité** (son intensité) : dyspnée qui survient à l'effort, dyspnée de repos, dyspnée de décubitus (une dyspnée peut évoluer parmi ces stades)

3. Les pertes de connaissances

● **Lipothymies**

Une lipothymie est une **sensation de malaise général, de vide, de noir, sans perte totale de**

connaissance (abolition de la conscience)

Elle s'accompagne de pâleur, de sueur, de bourdonnement d'oreilles ou d'autres troubles sensitifs. Elle début progressivement, contrairement à la syncope.

La lipothymie peut être bénigne mais peut également avoir la même signification physiologique qu'une syncope vraie.

- **Syncopes**

Une syncope est une **perte de connaissance par ischémie cérébrale transitoire, brutale, totale, sans aura**, accompagnée habituellement d'une chute parfois traumatisante.

Elle peut s'accompagner de pâleur et d'une apnée.

- Si la syncope dépasse quinze secondes la respiration devient stertoreuse, des secousses cloniques des membres peuvent apparaître/
- Si la syncope dépasse trente secondes la pâleur laisse place à une cyanose.

Une perte d'urine est possible (comme dans toutes les pertes de connaissance)

On n'observe pas de morsure de langue ni d'amnésie antérograde, ce qui permet de distinguer la syncope de la crise convulsive (crise d'épilepsie)

4. Les palpitations

Les **palpitations** sont **une sensation anormale de perception des contractions cardiaques**, irrégulière, intermittente et ressentie de façon angoissante par le patient.

Des palpitations peuvent être dues à :

- une tachycardie (augmentation de la fréquence cardiaque, physiologique après un effort ; des palpitations après un effort sont possibles chez l'adulte)
- des extrasystoles (qui peuvent être physiologiques chez l'enfant)

Une arythmie est une irrégularité du rythme cardiaque. Elle peut être détectée cliniquement par le patient ou par le médecin, ou bien électriquement.

Des salves sont des épisodes transitoires de troubles du rythme cardiaque.

5. La claudication intermittente

La **claudication intermittente**, qui survient après un effort donné (ex une distance de marche précise), est un symptôme de l'artériopathie oblitérante des membres inférieures qui traduit l'existence d'un processus athéromateux (cf. syndrome de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs)

La **douleur de l'artérite des membres inférieurs** est une douleur qui survient à la marche rapide ou en montée. Elle est localisée dans le mollet, est monolatérale ou bilatérale et est typiquement à type de crampe, de striction ou de broiement.

Il en existe des formes atypiques :

- localisation atypique : fesse, cuisse ou plante des pieds
- type de douleur atypique (lourdeur, faiblesse, fourmillements...)

Pour repérer ces formes atypiques il est nécessaire d'utiliser le contexte (présence de facteurs de risque etc.)

Le caractère lié à l'effort est évocateur et permet de faire la différence avec une thrombose veineuse profonde.

II. Les facteurs de risque cardio-vasculaire

On considère qu'il y a danger pour le patient si celui-ci accumule des facteurs de risque cardio-vasculaire pour la maladie athéromateuse. Ces facteurs peuvent être modifiables ou non-modifiables. Il est important de les consigner à l'interrogatoire afin d'envisager le patient sous le bon angle.

Facteurs de risque non-modifiables :

- le **sexe** : le risque cardio-vasculaire plus élevés chez les hommes (pour des raisons liées au mode de vie) Les sexes sont de plus inégaux face à l'athérosclérose.
- chez les femmes la **ménopause précoce** est un facteur de risque cardio-vasculaire car les hormones protègent les artères. De plus les hormonothérapies substitutives augmentent le risque cardio-vasculaire (ainsi que le risque néoplasique)
- l'**âge** : chez les hommes le risque cardio-vasculaire augmente après 50 ans, chez les femmes après 60 ans. L'âge est déterminant dans l'établissement de la maladie athéromateuse.
- l'**hérédité** : il est nécessaire de repérer grâce à un arbre généalogique (père, mère, parents du premier degré) les antécédents familiaux qui peuvent constituer des facteurs de risque, en particulier les antécédents cardio-vasculaires précoces (avant 55 ans chez le père, avant 65 ans chez la mère)

Facteurs de risque modifiables :

- consommation de **tabac** (mesuré en paquets-année, cf. cours de sémiologie en pneumologie) : le risque disparaît trois ans après l'arrêt du tabac
- **hypertension artérielle** (HTA) définie par une pression artérielle supérieure à 140-90 mmHg (130-80 mmHg en cas de diabète ou de néphropathie) Comme facteur de risque unique l'hypertension artérielle multiplie par trois les risques de mortalité d'origine cardio-vasculaire.
- **dyslipidémies** :
 - HDL < 0,4 g/L
 - LDL > 1,6 g/L
- **diabète** de type I ou II, défini par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/L
- **obésités androïdes** définies par un IMC supérieur à 30 kg/m²
- **absence d'activité physique régulière** (activité physique inférieure aux trois fois trente minutes recommandées par semaine)
- **consommation excessive d'alcool** (supérieure à trois verres de vin par jour ou équivalent chez l'homme, deux chez la femme) qui est un facteur de risque pour l'HTA

Certaines catégories socio-économiques ou ethniques présentent un risque particulier.

SECONDE PARTIE – L'EXAMEN CLINIQUE

L'approche du patient doit être systémique : l'individu est envisagé dans son ensemble. Pour ce faire il est utile d'avoir en mémoire le "bonhomme-cross" qui permet d'installer une hiérarchie dans le raisonnement, en partant de la tête vers les pieds par exemple.

I. Inspection

On regarde les membres et les **trajets veineux** pour repérer des signes de la maladie thrombo-embolique veineuse (varices, circulation veineuse apparente, oedèmes...)

Le coeur n'est pas observable lors de l'inspection, ainsi que la plupart des artères.

● Inspection du fond d'oeil

Regarder le **fond d'oeil** permet d'appréhender les retentissements sur la circulation cérébrale et donc sur les fonctions du SNC des dysfonctionnements cardio-vasculaires.

On donnera ici l'exemple du retentissement d'une hypertension artérielle sur le fond d'oeil. Selon la sévérité et l'ancienneté de l'HTA on distingue quatre stades.

Stades du fond d'oeil chez la patient souffrant d'hypertension artérielle

Stade		Description
1	Vasoconstriction	Artères rétrécies, rigides et cuivrées
2	Sclérose	Stade 1 + signe du croisement (compression de la veine par l'artère)
3	Exsudation	Stade 2 + dilatation veineuse avec hémorragies + exsudats
4	Neuropathie optique	Stade 3 + oedème papillaire => stade irréversible (souffrance du nerf)

II. Palpation

1. Palpation de l'aire cardiaque

La palpation du coeur se pratique en mettant la paume de la main à plat sur le thorax ; elle permet de détecter différents signes.

L'accès aux organes peut varier d'une corpulence (d'un morphotype) à l'autre sans que ce soit pathologique. Il faut donc apprécier le sujet dans son ensemble. C'est une règle générale pour la palpation dans tous les domaines.

● Diminution de la transmission tactile des battements du coeur

Cela peut signifier :

- une **insuffisance cardiaque** (incapacité du coeur à effectuer sa fraction d'éjection ventriculaire. Une insuffisance cardiaque peut être gauche, droite ou globale.)
- une **péricardite** (dans ce cas il y a infiltration d'un liquide entre les feuillets péricardiques ; ce liquide peut provenir d'une tumeur ou d'une métastase, être causée par l'insuffisance cardiaque ou "simplement" par une grippe...)

● Signe de Harzer et insuffisance cardiaque droite

Le **signe de Harzer** est la **palpation tactile anormale du ventricule droit du coeur au niveau du**

creux tricuspide, sous la xiphoïde.

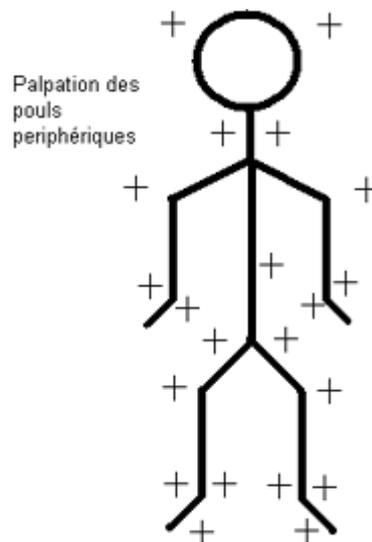
A l'état normal on ne peut pas palper le ventricule droit de par l'orientation selon un axe gauche du cœur. Sa palpation est anormale et correspond à une **hypertrophie du ventricule droit**.

Cette hypertrophie est liée à certaines maladies pulmonaires ou cardiaques qui ne sont pas globales mais gauche ou droite : le signe de Harzer peut être un signe d'**insuffisance cardiaque droite**.

Celle-ci s'accompagne généralement d'une stase dans le ventricule droit et dans le système veineux. Afin de diagnostiquer l'insuffisance cardiaque droite on peut mettre en évidence cette stase en observant :

- un **reflux hépato-jugulaire** : le sujet est observé en position latérale droite ou gauche ; on compresse le bord inférieur du foie en remontant vers le cœur pour augmenter le retour veineux. Une distension de la veine jugulaire est le signe du reflux hépato-jugulaire.
- une **turgescence des jugulaires** (avec sujet en position semi-assise)

2. Palpation artérielle : les pouls périphériques



On palpe successivement les pouls temporel, carotidien, huméral, radial, cubital, aortique (si la morphologie du patient le permet), fémoral, poplité, tibial antérieur, tibial postérieur, pédieux.

La disparition d'un ou plusieurs des pouls périphériques est l'un des premiers signes de la maladie athéroscléreuse (syndrome de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs en particulier)

3. Palpation du système veineux

En cas de présence d'un obstacle au retour veineux dans les membres inférieurs (en particulier un caillot fibrino-chlorique dans la thrombose veineuse profonde) on pourra observer :

- à l'interrogatoire : une douleur
- à l'inspection : un oedème unilatéral du pied (les phlébites bilatérales étant rares) et éventuellement une circulation veineuse apparente
- à la palpation : le **noeud** (caractérisé en amont par une stase), une **douleur à la palpation**, une **diminution du ballonnement passif du mollet** (testé en position allongée, les pieds semi-fléchis) et le **signe de Homans** (douleur à la dorsiflexion passive du mollet : en cas de phlébite la douleur est ressentie à la mise en tension du muscle)

III. Auscultation

1. Auscultation du coeur

● **Auscultation normale aux quatre foyers**

L'auscultation du coeur se fait à quatre foyers principaux (mitral, xyphoïde, pulmonaire, aortique)

Le **foyer mitral** se situe au niveau du quatrième ou cinquième espace intercostal gauche, sous le mamelon gauche chez le sujet normal. C'est à ce niveau que se fait l'auscultation de la **pointe du coeur** et l'observation de toute la **sémiologie du ventricule gauche** et de la **sémiologie mitrale**.

La perception au foyer mitral est meilleure lorsque le patient est en décubitus latéral gauche.

Le **foyer xiphoïde ou tricuspide** se situe à la base du sternum. C'est à ce niveau que se fait l'auscultation de la **valve tricuspide**.

On y recherche des bruits normaux ou anormaux, comme des turbulences (signe d'une **insuffisance cardiaque droite**)

Le **foyer pulmonaire** se situe à l'extrémité interne du deuxième espace intercostal gauche (en remontant depuis le foyer mitral)

Le **foyer aortique** se situe à l'extrémité interne du deuxième espace intercostal droit, en regard du foyer pulmonaire.

A l'état normal l'auscultation cardiaque permet d'entendre : **B1** et **B2**.

L'intervalle de temps entre B1 et B2 correspond à la **systole** (temps de l'éjection ventriculaire) et l'intervalle entre B2 et B1 correspond à la **diastole** (temps du remplissage ventriculaire, qui diminue en cas d'augmentation de la fréquence cardiaque)

● **Bruits surajoutés**

On peut observer des **bruits surajoutés** (i.e autres que B1 ou B2) de trois natures possibles : souffle, galop, frottement péricardique.

Un **souffle** est dû **écoulement turbulent** au travers l'un des orifices valvulaires causé par la présence d'une fuite ou d'un obstacle à l'écoulement.

On le caractérise par :

- son **temps** : systolique ou diastolique
- sa **forme** : crescendo, decrescendo ou losangique
- sa **tonalité**

Un **galop** est un **bruit surajouté pendant la diastole**. C'est un signe pathognomonique d'insuffisance cardiaque (se caractérise par une diminution de la fraction d'éjection)

On caractérise un galop par son **temps** : protodiastolique, télédiastolique ou holodiastolique (ou mésodiastolique ou "galop de sommation")

Le **frottement péricardique** est le bruit produit par le frottement des deux feuillets péricardiques séparés par un liquide inflammatoire.

C'est un bruit superficiel, aigu, sec, fugace, qui évoque du "cuir frotté". Il est difficile à entendre car très variable selon l'heure de la journée et la position du stéthoscope. On peut l'entendre dans toute l'aire précordiale.

Il est nécessaire de suivre son évolution car sa disparition est liée soit à la résorption de l'épanchement (guérison de la péricardite) soit à son augmentation.

2. Auscultation artérielle

On peut ausculter :

- l'artère ophtalmique (en cas de suspicion de tumeur cérébrale)
- les artères sous-clavières (à la recherche d'un souffle anormal évoquant une HTA)
- l'aorte abdominale (si la morphologie du patient le permet)
- l'artère fémorale (siège de prédilection de l'athérome)
- les artères iliaques

Sauf en cas de défaillance cardiaque droite, il n'y a pas lieu d'ausculter le système veineux.

3. Mesure de la pression artérielle

● **Prérequis**

On pose trois conditions préalables à la mesure de la pression artérielle :

- le patient est au repos et détendu depuis au moins dix minutes dans un environnement calme (et silencieux)
- on utilise un brassard adapté à la morphologie du patient (s'il est trop petit on surestimera la pression artérielle et inversement)
- le patient est assis ou couché

● **Mesure de la pression artérielle par l'auscultation des bruits de Korotkoff**

A l'aide d'un brassard adapté on exerce une **contre-pression** au niveau de l'artère humérale, ce qui provoque une interruption du flux sanguin. On relâche progressivement cette contre-pression en dégonflant le brassard. Grâce au stéthoscope placé sur le trajet artériel en aval du brassard on repère successivement :

- la **pression artérielle systolique**, qui est la valeur de la contre-pression au moment où se font entendre les premiers **bruits de Korotkoff** (produits par l'écoulement turbulent du sang lors de la systole, quand la pression artérielle est suffisante pour que le sang passe en dépit de la contre-pression du brassard, i.e quand la pression du brassard devient inférieure à la pression artérielle)
- la **pression artérielle diastolique**, qui est la valeur de la contre-pression lors de la **disparition des derniers bruits** (l'écoulement devient continu car même au plus bas, i.e en diastole, la pression artérielle est supérieure à la pression du brassard)

● **Autres méthodes de mesure de la pression artérielle**

- Dispositif oscillométrique (Dynamap)
- Enregistrement ambulatoire sur un nycthémère (Holter)

● **Définition et classification de l'hypertension artérielle (HTA)**

	Pression artérielle systolique (mmHg)	Pression artérielle diastolique (mmHg)
Pression artérielle normale	Inférieure à 130	Inférieure à 85
HTA légère	140-159	90-95
HTA modérée	160-179	95-105
HTA sévère	180-209	105-119
HTA maligne	Supérieure à 210	Supérieure à 120

- **Définition et mesure de l'hypotension orthostatique**

L'hypotension orthostatique correspond à une chute entre les valeurs de la pression artérielle mesurées successivement en position couchée et debout. On doit mesurer successivement la pression artérielle :

- au repos (dans les conditions et avec les prérequis d'une mesure de pression artérielle habituelle)
- au moment du lever
- après trois minutes d'orthostatisme
- après six minutes d'orthostatisme

On définit l'hypotension orthostatique comme :

- une **chute de 20 à 30 mmHg de la pression artérielle systolique**
- une **chute de 10 mmHg de la pression artérielle diastolique**

Les différents syndromes évoqués dans ce cours sont développés dans les pages suivantes.

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

Il s'agit du syndrome le plus fréquent en termes de maladie cardio-vasculaire.

Il existe un processus anatomo-pathologique qui associe des facteurs de risques cardiovasculaires, aboutissant à l'obstruction progressive de la lumière artérielle par un mécanisme athéroscléreux, à retentissement clinique variable.

L'examen clinique : symptômes

● Interrogatoire

Douleur (qui constitue ou non un motif de consultation, cf. cours sémio. cardio. part.1, I.5)

Claudication intermittente reproductible pour un effort analogue (cf. cours sémio. cardio. part.1, I.5)

Possibilité d'altérations de la fonction sexuelle chez l'homme

Rechercher les facteurs de risques pour la maladie athéromateuse (cf. encadré ci-après)

Rechercher d'autres signes de la maladie athéromateuse (angor/IDM, artérite mésentérique, syndrome de Leriche...)

● Inspection

Signes d'ischémie voire de nécrose

Pâleur cutanée (liée à l'obstruction d'une artère par le processus athéromateux)

● Palpation

Abolition d'un ou plusieurs pouls (tibial antérieur ou postérieur, poplité, fémoral, pédieux...)

Diminution et asymétrie éventuelle de la chaleur locale

● Auscultation

Souffle sur le trajet artériel, en amont de l'ischémie

Remarque la thrombose athéromateuse de l'aorte abdominale fait apparaître des "hommes sans pouls" (syndrome de Leriche : oblitération complète par une pathologie athéromateuse en amont de l'artère fémorale avec mobilisation des circulations collatérales)

Stades du syndrome (mnémotechnique : AC/DC)

1	Patient asymptomatique	Découverte fortuite de l'abolition d'un pouls périphérique
2	Ischémie d'effort	Apparition de la claudication intermittente (cf. cours sémio. cardio. part.1, I.5)
3	Douleur de décubitus	Douleur ischémique permanente, même au repos (la sensation de brûlure disparaît au mouvement, lorsque les pieds sont en position basse)
4	Gangrène	Nécrose irréversible ; le point nécrosé devient insensible (un déficit neurologique comme cette insensibilité à la palpation peut annoncer la nécrose) Troubles cutanés et trophiques

Facteurs de risque pour la maladie athéromateuse

Facteurs de risque non-modifiables :

- le **sexe** : le risque cardio-vasculaire plus élevés chez les hommes (pour des raisons liées au mode de vie) Les sexes sont de plus inégaux face à l'athérosclérose.
- chez les femmes la **ménopause précoce** est un facteur de risque cardio-vasculaire car les hormones protègent les artères. De plus les hormonothérapies substitutives augmentent le risque cardio-vasculaire (ainsi que le risque néoplasique)
- l'**âge** : chez les hommes le risque cardio-vasculaire augmente après 50 ans, chez les femmes après 60 ans. L'âge est déterminant dans l'établissement de la maladie athéromateuse.
- l'**hérédité** : il est nécessaire de repérer grâce à un arbre généalogique (père, mère, parents du premier degré) les antécédents familiaux qui peuvent constituer des facteurs de risque, en particulier les antécédents cardio-vasculaires précoces (avant 55 ans chez le père, avant 65 ans chez la mère)

Facteurs de risque modifiables :

- consommation de **tabac** (mesuré en paquets-année, cf. cours de sémiologie en pneumologie) : le risque disparaît trois ans après l'arrêt du tabac
- **hypertension artérielle** (HTA) définie par une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg (130/80 mmHg en cas de diabète ou de néphropathie) Comme facteur de risque unique l'hypertension artérielle multiplie par trois les risques de mortalité d'origine cardio-vasculaire.
- **dyslipidémies** :
 - HDL < 0,4 g/L
 - LDL > 1,6 g/L
- **diabète** de type I ou II, défini par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/L
- **obésités androïdes** définies par un IMC supérieur à 30 kg/m²
- **absence d'activité physique régulière** (activité physique inférieure aux trois fois trente minutes recommandées par semaine)
- **consommation excessive d'alcool** (supérieure à trois verres de vin par jour ou équivalent chez l'homme, deux chez la femme) qui est un facteur de risque pour l'HTA Certaines catégories socio-économiques ou ethniques présentent un risque particulier.

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de l'infarctus du myocarde (IDM)

L'infarctus du myocarde (IDM) est dû à une obstruction complète de la lumière coronaire par le même processus athéromateux que celui à l'origine de l'angor. Il y a donc une anoxie du myocarde qui entraîne une nécrose.

Syndrome prémonitoire : le "syndrome de menace"

L'IDM est annoncé par :

- l'apparition d'un angor sévère
- l'aggravation d'un angor ancien (aggravation d'un angor d'effort ou passage à un angor de repos)

Les crises de douleur angineuse deviennent plus fréquentes, plus durables, plus rebelles à la trinitrine et (dans le cas de l'angor d'effort) déclenchées par un effort moindre.

Forme typique d'infarctus du myocarde : symptômes

- **Douleur de l'infarctus du myocarde**
 - siège et irradiations : douleur typiquement retro-sternale, médiane, large, allant d'un pectoral à l'autre, irradiant des deux côtés vers le bras, l'épaule, la mâchoire inférieure, l'épigastre et le dos (topographie évoquant la douleur de l'angor, mais plus large et avec des irradiations plus diffuses)
 - type de douleur, intensité : violente, constrictive à type d'étau, transfixiante, prolongée, angoissante, parfois syncopale
 - survenue : spontanée, préférentiellement au repos (la nuit)
 - facteurs modifiant : rebelle à la trinitrine, nécessite le recours aux morphiniques
- **Signes d'accompagnement** (caractérise la sévérité de la douleur)
 - agitation
 - malaise général pouvant aller jusqu'à l'état de choc :
 - pâleur du visage
 - sueurs froides
 - respiration rapide et superficielle (polypnée)
 - tachycardie et pouls faible
 - chute tensionnelle de 30 à 40 mmHg
 - lipothymie
 - signes digestif (hoquet, éructations, nausées, vomissements)

Formes atypiques d'infarctus du myocarde

- **Forme insensible (asymptomatique ou "muette")**

Chez certains sujets (diabétiques, transplantés cardiaques ayant un coeur dénervé...) la douleur est absente. Il faut alors rechercher les signes associés pour diagnostiquer l'IDM.

La découverte est également possible grâce à l'ECG.

- **Forme sans irradiations** (localisation uniquement thoracique)
- **Forme localisée aux irradiations (forme "décapitée")**
- **Formes dominées par les signes d'accompagnement** (dyspnée, symptômes digestifs...)

Parmi celles-ci la forme "abdominale"

Facteurs de risque pour la maladie athéromateuse (idem que pour l'AOMI, cf page précédente)

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)

Cette maladie associe deux entités pathologiques, qui ont la même valeur sémiologique :

- la thrombose veineuse profonde
- l'embolie pulmonaire

Dans les deux cas il s'agit de l'oblitération de la lumière d'un vaisseau veineux à une localisation variable, pouvant entraîner une nécrose. Si l'oblitération se propage jusque dans le système artériel pulmonaire, créant un infarctus du poumon, on parle d'embolie pulmonaire.

Thrombose veineuse profonde : symptômes

● Interrogatoire

Douleur variable, non-systématique, au niveau d'un trajet veineux périphérique dans les membres inférieurs ou supérieurs ; douleur spontanée à type de pesanteur, de lourdeur, de fourmillement, plus rarement de crampe, qui ne survient pas à l'effort et n'est pas modifiée par l'effort mais est permanente.

● Inspection

Oedème unilatéral du membre considéré en regard du trajet veineux concerné (les phlébites bilatérales sont rares)
Peau luisante, turgescence avec éventuellement un réseau veineux apparent
Antécédents observables : varices, phlébite ou toute séquelle de thrombose veineuse préalable

● Palpation (cf. également cours sémio. cardio. part.2, II.3)

Signe de Homans (douleur à la dorsiflexion passive du mollet)
Diminution du ballotement passif du mollet (testé en position allongée, les pieds semi fléchis)
Palpation possible du noeud, caractérisé en amont par une stase

L'embolie pulmonaire correspond à l'oblitération brusque de l'artère pulmonaire ou une de ses branches par un caillot fibrino-chlorique pouvant provenir d'une thrombose veineuse profonde des membres-inférieurs (ou par un corps étranger)

C'est une maladie trompeuse car sa symptomatologie ne présente pas de parallélisme anatomo-clinique.

Cette maladie peut être évolutive, mais sous sa forme grave elle fait partie de l'étiologie des morts subites.

Embolie pulmonaire (forme typique) : symptômes

● Interrogatoire

Dans les deux tiers des cas (donc non-systématique) : douleur thoracique en "coup de poignard" d'emblée maximale, angoissante, brutale et exagérée par les mouvements respiratoires. Cette douleur n'est pas provoquée par la nécrose ni par l'infarctus, mais par l'épanchement pleural inflammatoire réactionnel en regard de l'infarctus.
Gêne respiratoire (polypnée et dyspnée)
Quinte de toux avec hémoptysie

● Examen clinique

Décalage thermique lié à un état inflammatoire
Cyanose plus ou moins importante
Recherche des signes de thrombose veineuse profonde

Formes atypiques d'embolie pulmonaire :

- grave, foudroyante (embolie pulmonaire massive)
- syncopale (avec insuffisance cardiaque droite majeure)

Facteurs de risque pour la maladie thrombo-embolique veineuse (à rechercher à l'interrogatoire)
Facteurs transitoires
<ul style="list-style-type: none"> ● Décubitus ou immobilisation forcée et/ou prolongée (alitement, paralysie, plâtre, immobilisation supérieure à 6 heures lors d'un voyage) ● Chirurgie (surtout orthopédique ou abdomino-pelvienne) ● Traumatologie (<u>ex</u> phlébite sous plâtre) ● Obstétrique (grossesse, accouchement ou avortement, post-partum) ● Abord vasculaire (pose d'un cathéter veineux central ou périphérique favorisant la thrombose <i>in situ</i> de par l'atteinte de l'endothélium)
Facteurs permanents
<ul style="list-style-type: none"> ● Âge supérieur à 75 ans ● Antécédents et hérédité (antécédents personnels et/ou familiaux de MTEV : phlébite et/ou embolie pulmonaire) ● Maladies cardio-vasculaires actuelles (insuffisance cardiaque, insuffisance veineuse chronique, varices) ● Thrombophilie (constitutionnelle ou acquise) ● Hémopathies malignes (cancer, leucémies, syndromes myéloprolifératifs, dysglobulinémies) ● Maladies inflammatoires (lupus) ● Pharmacologie (oestro-progestatifs, chimiothérapie) ● Compression veineuse ● Obésité (IMC)

<p style="text-align: center;">SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE Syndrome de la dissection aortique</p>

La dissection aortique est une lésion, de niveau variable, de la paroi aortique. Le flux sanguin a alors des difficultés à passer dans la lumière aortique.

Elle peut survenir chez les sujets jeunes et sportifs et peut être d'origine traumatique (favorisée par les décélérations brutales)

L'examen clinique : symptômes

- **Interrogatoire**

Douleur traçante à irradiation descendante

- **Palpation**

Absence de pouls fémoral

- **Auscultation**

HTA humérale

<p style="text-align: center;">SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE Anévrysme aortique</p>

Il est possible de découvrir un anévrysme aortique :

- auscultation : souffle aortique
- palpation : masse battante abdominale (pulsation)

La limitation première peut dans ce cas être la morphologie du patient.

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de la péricardite

La péricardite est un processus inflammatoire au niveau du péricarde avec présence d'un liquide entre ses deux feuillets. La péricardite limite le volume télédiastral, ce qui provoque une stase d'amont, d'où des signes de retentissement droit (stase d'amont entraînant œdèmes et turgescence jugulaire)

Le patient présente une douleur superficielle variable dans le temps et selon la position adoptée par le patient.

Ses signes d'accompagnement sont :

- à la palpation : une diminution de la transmission tactile des bruits du cœur
- à l'auscultation : une diminution des bruits du cœur et un frottement péricardique (inconstant, fugace, variable selon la position du patient)

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de l'insuffisance cardiaque droite

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du (des) ventricule(s) à assurer l'approvisionnement en sang et l'oxygénation périphérique en raison d'une diminution du volume d'éjection ventriculaire, associée à une augmentation de la PTD. L'insuffisance cardiaque provoque une chute de pression artérielle et une tachycardie.

L'insuffisance cardiaque droite est l'incapacité du ventricule droit à assurer son volume d'éjection systolique normal. Elle est longtemps asymptomatique : ses signes cliniques apparaissent tardivement. Elle est rarement pure : elle est souvent associée à une pathologie pulmonaire primitive ou bien succède à l'insuffisance cardiaque gauche.

Insuffisance cardiaque droite : symptômes

- **Interrogatoire** : signes fonctionnels
 - dyspnée d'effort

Les symptômes dominant sont les signes de stase d'amont (stase dans le réseau veineux de la grande circulation)

- **Inspection**
 - turgescence jugulaire
 - oedèmes des membres inférieurs (entraînant une prise de poids)
 - ascite
- **Palpation**
 - hépatomégalie, hépatalgies
 - reflux hépato-jugulaire
 - signe de Harzer
- **Auscultation**
 - tachycardie
 - galop droit
 - signe de Carvallo (souffle systolique xyphoïdien, au foyer tricuspideen, majorée à l'inspiration profonde : traduit une insuffisance tricuspideenne associée)

SEMILOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Syndrome de l'insuffisance cardiaque gauche

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du (des) ventricule(s) à assurer l'approvisionnement en sang et l'oxygénation périphérique en raison d'une diminution du volume d'éjection ventriculaire.

L'insuffisance cardiaque provoque une chute de pression artérielle et une tachycardie.

L'insuffisance cardiaque gauche est l'incapacité du ventricule gauche à assurer son volume d'éjection systolique normal.

Insuffisance cardiaque gauche : symptômes

- **Interrogatoire** : signes fonctionnels amenant à consulter
 - dyspnée :
 - dans un premier temps dyspnée d'effort (préciser l'intensité de l'effort déclenchant)
 - puis dyspnée de décubitus (préciser le nombre d'oreillers nécessaires pour la calmer)
 - asthénie

- **Auscultation**
 - auscultation cardiaque :
 - tachycardie (compensatrice de la chute du volume d'éjection systolique)
 - galop entendu à la pointe (diastolique)
 - auscultation pulmonaire :
 - râles crépitants (fins, secs, égaux, nets en fin d'inspiration)

L'œdème aigu du poumon qui se forme en cas d'insuffisance cardiaque gauche provoque typiquement une toux avec des expectorations mousseuses, aérées et saumonées.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DOULEUR THORACIQUE (RESUME)

I. Le niveau d'urgence est déterminé par la présence de signes de gravité

- État de conscience (éventuelle lipothymie ou syncope)
- État de choc (d'abord décelable par des marbrures cutanées et une froideur des extrémités) :
 - chute tensionnelle : PA inférieure à 95/60 mmHg
 - tachycardie et pouls jusqu'à filant
 - modification de la fréquence respiratoire
 - chute de la SatO₂
- Diurèse (IDM → incompétence hémodynamique → arrêt de fonctionnement des reins → anurie)
- Température

II. Démarche sémiologique : apprécier le contexte dans lequel apparaît cette douleur

- Antécédents personnels et/ou familiaux de maladie artérielle (arbre généalogique) :
 - HTA
 - angor et IDM
 - artériopathie périphérique (membres inférieurs, mésentérique)
 - protéinurie traduisant une insuffisance rénale
 - AVC (transitoire ou constitué)
- Facteurs de risque cardio-vasculaire pour la maladie athéromateuse (dont le tabagisme) (voir cours)
- Facteurs de risque pour la maladie thrombo-embolique veineuse (voir fiche du syndrome)

III. Démarche sémiologique : déterminer les caractéristiques de la douleur (SI-TI-SC-SM)

- Sièges et Irradiations
- Type de douleur
- Intensité
- Mode de Survenue
- Caractères (fluctuation, rythmicité, périodicité)
- Sévérité : présence de signes d'accompagnement (voir IV)
- Facteurs Modifiants cette douleur

IV. Démarche sémiologique : repérer les signes d'accompagnement de la douleur thoracique

- **Interrogatoire**
 - palpitations (indique une tachycardie ou des troubles du rythme)
 - troubles de la conscience (lipothymies et syncopes)
 - dyspnée (à caractériser et à objectiver par la mesure de la fréquence respiratoire, gravité à évaluer)
- **Inspection**
 - poids et taille (une prise de poids pouvant révéler la présence d'oedèmes)
 - peau : couleur, présence de marbrure, d'un livedo, d'un purpura
 - dyspnée
 - morphologie du thorax
 - veines :
 - jugulaires turgescentes
 - circulation veineuse collatérale (supérieure révélant un obstacle sur la VCS, thoracique...)
 - VCS
 - varices des membres inférieurs et séquelles (troubles trophiques, dermite ocre...)
 - varicocèle des bourses
 - fond d'oeil (voir cours pour les quatre stades du fond d'oeil HTA)
 - cyanose (cyanose péri-inguéale à différencier d'une acrocyanose bénigne)
 - manifestations périphériques de l'athérosclérose (embols de cholestérol, ulcérations, nécroses...)
- **Palpation**
 - chaleur locale
 - pouls périphériques

- trajets veineux (recherche de varices)
- oedèmes (indolore ou douloureux? chaud? Inflammatoire?)
- choc de pointe (ample, mou et augmenté : traduit l'insuffisance cardiaque)
- signe de Harzer
- hépatomégalie
- reflux hépato-jugulaire
- **Percussion** (des séreuses)
 - thorax : percussion des bases pulmonaires pour détecter un épanchement pleural :
 - liquidien (pleurésie → matité à la percussion)
 - aérien (pneumothorax → tympanisme à la percussion)
 - abdomen : recherche d'une ascite (peut traduire une stase dans le territoire abdominal et donc une ICD)
- **Auscultation**
 - mesure de la PA
 - artères périphériques : recherche de souffles : carotides, aorte abdominale, bifurcation iliaque, fémorales, ophtalmiques, sous-clavières...
 - coeur :
 - bruits du coeur augmentés (hyperthyroïdie)
 - bruits du coeur diminués (incompétence hémodynamique, épanchement autour du coeur)
 - galop, toujours diastolique (insuffisance cardiaque)
 - souffle (proto-, méso-, télé-, holo-systolique ou diastolique)
 - frottement péricardique
 - frottement pleural
- **Examen complémentaire : ECG**

V. **Orientations étiologiques** (voir fiches syndromes)

- Angor
- IDM
- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Péricardite
- Causes extra-cardiaques

PCEM2 - Cours de sémiologie

Pr. Dominique Farge

Cours 3 (fin) et 4 (début)

Ronéotypé par Alix Genier, Metrey Tiv

Présente mise en page et ajouts mineurs : Clément Dumont

Recueil du symptôme en pneumologie

Interrogatoire et examen clinique

On rappelle tout d'abord que le poumon est un organe profond, composé de trois lobes pour le poumon droit et de deux lobes pour le poumon gauche.

I. Interrogatoire

1. Recherche des facteurs de risque de maladie pulmonaire

- **Pollution** (la pollution atmosphérique est à l'origine de pathologies bronchiolaires)
- Risque lié à la **profession**, au **milieu** (ex climatisation du lieu de travail ou du lieu de vie)
- **Hérédité** : établir un arbre généalogique (ex cas de mucoviscidose dans la famille)
- **Intoxication tabagique** (voir encadré ci-dessous)

Évaluation du comportement tabagique

Le comportement tabagique est évalué par la consommation totale cumulative. Celle-ci est calculée en nombre de Paquets-Année (PA) : nombre d'années de tabagisme multiplié par le nombre de paquets par jour.

Le risque en cancérologie est accru lorsque la consommation totale cumulative est supérieure à 10 PA.

A nombre de PA égal, le facteur prédominant est le nombre d'années de tabagisme.

ex l'individu A fume 1 paquet par jour pendant 10 ans tandis que l'individu B fume 2 paquets par jour pendant 5 ans. Leur consommation totale cumulative est égale (10 PA) Néanmoins on considère que l'individu A est plus à risque que l'individu B car sa durée de consommation est plus importante.

2. Symptomatologie fonctionnelle du patient

Quelle est la raison de la consultation?

En pneumologie, on distingue cinq points principaux : toux, expectorations, hémoptysie, dyspnée, douleur thoracique.

● **Toux**

Cas le plus banal, dont la gravité va dépendre de :

- l'**ancienneté** de la toux
- son **mode d'installation** (toux aiguë ou chronique, i.e datant de plus de trois semaines) : la toux peut avoir plusieurs origines. Lorsqu'il s'agit d'une toux aiguë son origine est majoritairement infectieuse (ex grippe) mais peut être également : l'asthme, une insuffisance cardiaque, une obstruction des voies aériennes par un corps étranger (obstruction trachéo-bronchique) ou par une tumeur...
- ses **circonstances déclanchantes** (voir tableau ci-après)
- ses **caractères** : La toux...
 - ... est-elle accompagnée d'une expectoration? Dans ce cas : la quantifier et la qualifier.
 - ... est-elle rauque? Dans ce cas elle évoque une laryngite.
 - ... est-elle émétisante? (i.e accompagnée de vomissements)
 - ... modifie-t-elle la voix? Il y a alors paralysie des cordes vocales (processus expansif)
- sa **fréquence** (S'agit-il de toux ou de quintes de toux?)
- son **horaire** (Est-elle matinale? Nocturne?)
- son **timbre** :
 - Un raclage de gorge évoque une origine pharyngée.
 - Une toux striduleuse évoque une origine laryngée.

- selon qu'elle est accompagnée ou non de **sifflements** stridulents

Tableau : étiologies possibles des toux en fonction de leurs circonstances déclenchantes

Circonstances déclenchantes	Étiologie possible de la toux
Changement de position	Épanchement pleural droit
Environnement	Allergie, asthme
Inspiration profonde	Épanchement pleural
Effort	Insuffisance cardiaque
Déglutition	Fistule entre l'oesophage et l'arbre trachéo-bronchique (dans les tumeurs avancées)

● Expectorations

C'est l'émission par la bouche, au cours de l'effort de toux, de produits de sécrétion de l'arbre trachéo-bronchique d'origine sous-glottique.

Il faut différencier une expectoration d'un crachat salivaire (d'origine buccale et non sous-glottique)

Il est important d'estimer l'expectoration en termes de **quantité** (en cc ou mL) et de **qualité**.

L'expectoration peut s'accompagner de l'irruption d'une **vomique**.

Ici encore, il faut se soucier de l'**ancienneté** de l'expectoration, c'est notamment ce qui permet de définir la bronchite chronique (toux et expectorations chroniques depuis plus de deux ans et pendant au moins trois mois consécutifs)

● Hémoptysie

Elle peut survenir parallèlement à l'expectoration. C'est le rejet au cours de l'effort de toux de sang qui provient de la portion sous-glottique de l'arbre respiratoire. Il faut également la **quantifier**.

Il ne faut pas confondre l'hémoptysie avec :

- l'épistaxis (émission par la bouche de sang d'origine nasale)
- l'hématémèse (émission par la bouche de sang provenant du tube digestif)

L'hémoptysie peut être liée à une tumeur ou à une embolie pulmonaire.

● Dyspnée

C'est la sensation subjective d'une gêne à la respiration.

Le travail pour le médecin consiste à transformer cette appréciation subjective en un symptôme objectif, par le biais de la mesure ultérieure de la **fréquence respiratoire** et de la caractérisation du **rythme respiratoire**. La fréquence respiratoire doit être mesurée la paume à plat sur la poitrine du malade ; elle se situe normalement entre 12 et 15 min⁻¹.

Il est nécessaire de connaître :

- l'**ancienneté** de la dyspnée
- son **mode de début** (une dyspnée aigüe évoque une embolie pulmonaire tandis qu'une installation progressive de la dyspnée évoque une insuffisance cardiaque)
- son **type** :
 - polypnée : respiration accélérée
 - tachypnée : respiration brève et superficielle
 - bradypnée : respiration ralentie
 - orthopnée : dyspnée en décubitus dorsal qui s'améliore en position assise.
- son **temps** : inspiratoire, expiratoire (obstacle à l'éjection de type asthme) ou permanente
- l'**intensité de l'effort** à fournir nécessaire pour déclencher la dyspnée
- d'éventuels **signes d'accompagnements** (sueurs, fièvres, cyanose i.e la coloration bleue de la bouche ou des ongles qui est un signe d'hypoxie...)

● Douleurs thoraciques en pneumologie

Un rappel nécessaire : les poumons n'ont pas d'innervation sensitive ; la douleur ne provient donc pas des poumons mais d'organes périphériques comme **la plèvre et la paroi thoracique**.

II. Inspection

A l'inspection, on observe :

- la **morphologie** du thorax et l'existence éventuelle d'une **déformation thoracique** (thorax excavatum "en entonnoir", thorax longiligne ou bréviligne, thorax élargi...) mais aussi du **squelette** (cyphose, scoliose...) qui pourrait entraîner une restriction thoracique.
- la présence de **cicatrices** d'intervention chirurgicale
- l'**ampliation thoracique** : normalement on doit observer un gonflement abdominal lors de l'inspiration et un abaissement lors de l'expiration. Une respiration abdominale paradoxale, peut être due à l'existence d'un foyer infectieux.
- une éventuelle **cyanose unguéale ou péribuccale** ainsi qu'un éventuel **hippocratisme digital** (bombement du bulbe unguéal, signe d'hypoxie chronique)

A l'inspection on effectue une première mesure de la **fréquence respiratoire**

III. Palpation

A la palpation :

- palpation de la **trachée**
- palpation du **thorax**, qui s'effectue à deux mains à plat sur le dos du malade, en position basithoracique, de manière bilatérale, symétrique et comparative. Le but est de percevoir les vibrations vocales (par exemple en demandant au patient de dire "trente-trois")
- recherche de **zones douloureuses** (ex fracture de côte)
- recherche de **lésions cutanées** (ex zona intercostal)

La diminution ou l'abolition de la **transmission des vibrations vocales** est un signe d'épanchement pleural : pleurésie ou pneumothorax (que l'on différenciera à la percussion selon que le son rendu est respectivement mat ou tympanique)

Son augmentation évoque un abcès pulmonaire.

IV. Auscultation

L'auscultation est également bilatérale, symétrique et comparative. Elle peut se faire du bas vers le haut, en remontant sur la cage thoracique du patient.

Elle permet d'entendre, à l'état physiologique, un **murmure vésiculaire normal** lié au fait que les alvéoles se déplissent lors de l'inspiration. Ce bruit est doux, d'intensité faible. On l'entend pendant toute l'inspiration et au début de l'expiration.

A l'état pathologique on peut observer une diminution ou une abolition du murmure vésiculaire, des bruits surajoutés (râles) ou des souffles.

● Diminution ou abolition du murmure vésiculaire

Elle peut être liée à :

- un épanchement pleural aérien ou liquidien (resp. pneumothorax ou pleurésie : le poumon est alors rétracté contre la paroi thoracique, les alvéoles sont comprimées)

- un emphysème (en regard d'une bulle d'emphysème il n'y a plus d'alvéoles, le parenchyme pulmonaire est détruit)
- une obstruction bronchique (il n'y a plus d'air qui parvient aux alvéoles)
- un abcès pulmonaire
- une fibrose interstitielle pulmonaire

● Les râles

Les râles sont des bruits surajoutés qui peuvent être de deux types : râles crépitants ou râles bronchiques.

Les **râles crépitants** sont des craquements inspiratoires, perçus en fin d'inspiration. Ce sont des bruits fins et secs, difficiles à différencier des râles sous-crêpitants (voir ci-après)

Ils traduisent le fait que les alvéoles ne se déplissent pas correctement, ce qui peut être dû à :

- un épanchement dans l'alvéole (cas le plus fréquent, par exemple en cas d'oedème pulmonaire)
- une pathologie de la paroi alvéolaire, de l'interstitium (pathologie fibrisante intrinsèque, par exemple une fibrose interstitielle diffuse)

Les **râles bronchiques** sont de trois types : ronflants, sous-crêpitants, sifflants. Ils traduisent une atteinte des voies aériennes (alors que les râles crépitants traduisaient une atteinte des alvéoles)

Tableau : les râles bronchiques

Rôle bronchique	Râles ronflants (ronchi)	Râles sous-crêpitants	Râles sifflants (râles sibilants)
Type de bruit	Grave Gras, à type de gaillon	Intermédiaire entre les ronchi et les râles crépitants ("Crêpitants en plus humides")	Aigu Sifflant
Temps du bruit	Deux temps de la respiration	Expiration et début d'inspiration	Expiration
Origine du bruit	Mobilisation anormale des sécrétions au niveau des gros troncs en amont des alvéoles	Présence de sécrétions dans les petites voies aériennes	Rétrécissement du calibre bronchique
Étiologie possible	En générale infectieuse	Atteinte bronchiolaire	Asthme (dyspnée expiratoire)

Dans l'insuffisance cardiaque il y a formation d'un oedème pulmonaire alvéolo-capillaire : il peut y avoir expectoration du contenu des alvéoles (contenu liquidien dû aux oedèmes) et à un stade plus grave une inondation pulmonaire (et éventuellement un vomissement) ; dans ce cas, lors de l'auscultation à la base, on entend des râles crépitants (pathologie alvéolaire) mais aussi des râles sous-crêpitants (pathologie bronchiolaire)

● Les souffles

Ils sont de deux types :

- le **souffle tubaire** (rare) : c'est un son rude, perçu dans les deux temps de la respiration en regard d'une condensation parenchymateuse.
- le **souffle pleurétique** (plus fréquent) : son doux, lointain, humé et expiratoire, entendu à la limite superficielle de l'épanchement pleural.

Pr. Dominique Farge

Cours 4 (fin)

Ronéotypé par Metrey Tiv

Présente mise en page et ajouts mineurs : Clément Dumont

Recueil du symptôme en gastro-entérologie

Interrogatoire et examen clinique

I. Interrogatoire

Le motif de consultation en gastro-entérologie peut être une douleur abdominale, une dysphagie, des régurgitations; des vomissements, une diarrhée.

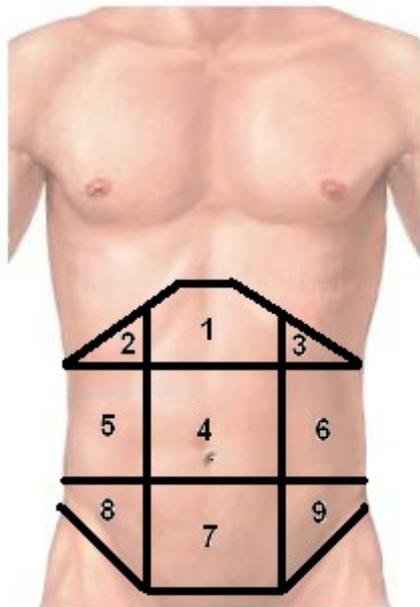
La plainte fonctionnelle représente 50% du diagnostic en sémiologie.

1. La douleur abdominale

La douleur constitue souvent le motif de consultation. Son analyse est bien sûr essentielle. Pour cela il est important de déterminer certaines caractéristiques de la douleur :

- la **topographie** de la douleur : son **siège** et ses **irradiations** (que l'on repère grâce aux neuf cadrans de la paroi abdominale antérieure) Parfois l'expression sémiologique de la douleur peut être réduite à ses irradiations, le siège peut manquer.
- le **type** de douleur (crampe, brûlure, pesanteur, torsion, crise solaire)
- l'**intensité** de la douleur : elle est subjective, on l'évalue grâce à des échelles analogiques cotées de 0 à 10 (0 : absence de douleur, 10 : douleur insupportable)
- son **horaire** : douleur post-prandiale ou précoce, permanente
- sa **durée** : permanente ou intermittente ; il faut la chiffrer sur le nycthémère (période de vingt-quatre heures)
- les **facteurs modifiants** cette douleur (i.e les facteurs **déclenchant** et les facteurs **calmant** cette douleur) : position du corps, ingestions alimentaires, ingestion d'alcalins...
- l'**évolution** dans la journée, dans l'année : y a-t-il une rythmicité, une périodicité de la douleur ?

Il faut donc connaître et savoir appliquer ces sept caractéristiques sur une analyse de douleur en gastro-entérologie, au moyen de la division en cadrans.



Cadrans de l'abdomen

- 1 - épigastre
- 2 - hypocondre droit
- 3 - hypocondre gauche
- 4 - péri-ombilic
- 5 - flanc droit
- 6 - flanc gauche
- 7 - hypogastre
- 8 - fosse iliaque droite
- 9 - fosse iliaque gauche

Un certain nombre d'organes profonds peuvent être à l'origine d'une douleur dans chaque cadran de l'abdomen :

- **épigastre** : estomac, coeur, péricarde (ex une péricardite atypique peut causer des douleurs épigastriques)
- **hypocondre** droit et gauche : plèvre et poumon (douleurs projetées)
- **flanc** : côlon, rein, foie à droite, rate à gauche (ex colique néphrétique, tumeur rénale)
- **péri-ombilic** : mésentère, aorte

- **hypogastre** (zone vésicale) : vessie, colon droit et gauche, rectum, ovaires, utérus et annexes, testicules, uretères

Quelques exemples de pathologies abdominales et les douleurs qu'elles provoquent
Pyrosis : brûlure oesophagienne, ascendante et traçante Ulcère : douleur localisée au niveau du creux épigastrique Crise solaire aiguë : patient prostré, dans les cas de pathologie du pancréas (pancréatite ou néoplasie du pancréas)

2. La dysphagie

La dysphagie est la sensation subjective de gêne à la déglutition des aliments et/ou des boissons, qui évoque une pathologie siégeant au niveau de l'oesophage, provoquant une gêne à la descente du bol alimentaire.

En général, il existe un obstacle, souvent tumoral, quelque part le long du trajet oesophagien – entre la région cervicale et le creux épigastrique.

Encore une fois il est nécessaire de caractériser la douleur dans la dysphagie :

- son **siège**
- son **mode de début** : brutal ou progressif
- son **ancienneté**
- son **évolution** : progressive ou capricieuse ; une douleur inconstante, qui va et vient, n'est pas d'origine tumorale. Si au contraire, la douleur est ininterrompue et lentement progressive cela évoque une tumeur qui évolue.
- son **caractère** sélectif ou global (i.e est-ce une dysphagie ne concernant que les aliments solides, ou bien liquides et solides) Il traduit la progression de la maladie : en effet une dysphagie aux liquides évoque une pathologie déjà assez évoluée.

3. Régurgitation

La régurgitation est le retour de liquide dans la bouche. Il faut savoir distinguer le pyrosis des régurgitations alimentaires.

● **Pyrosis**

C'est une sensation de brûlure à point de départ épigastrique, traçante, ascendante, rétro-sternale, le plus souvent post-prandiale, déclenchée par le changement de position.

Le pyrosis évoque, avec d'autres signes associés, un syndrome de reflux gastro-oesophagien.

● **Régurgitation alimentaire**

C'est la remontée d'aliments au niveau de la bouche ou du pharynx, sans effort de vomissement.

Le syndrome de reflux gastro-oesophagien associe pyrosis et régurgitations acides avec importance du facteur positionnel (aggravation par la position penchée en avant)

L'association de ces symptômes à une dysphagie doit faire suspecter une complication.

4. Vomissements

Le vomissement est un rejet violent par la bouche du contenu du tube digestif. Les vomissements peuvent être **involontaires, semi-volontaires ou provoqués**.

Des vomissements sont caractérisés par les informations suivantes :

- ils sont accompagnés ou non d'une **toux** (il peut alors s'agir de vomissements réflexes)
- leur **aspect** : aqueux, bilieux, alimentaire, fécaloïde, sanglant (cf. l'hématémèse ci-après) Le vomissement de matières fécales signe une tumeur du colon.
- leur **fréquence** : isolé ou répété
- leur **horaire** : rythmé par les repas ou non
- leur **mode de survenue** : en jet ou avec un effort
- d'éventuels **signes d'accompagnement** : douleurs abdominales, troubles du transit, signes extra-digestifs (neurologiques ou infectieux, en général de la fièvre)

L'**hématémèse** est l'extériorisation par la bouche de sang au cours d'un effort de vomissement. De façon générale l'hématémèse signale l'existence au dessus de la lésion gastro-duodénale d'une lésion qui saigne. Le sang émis au cours de l'hématémèse peut être :

- rouge, ce qui indique une lésion oesophagienne
 - noir, non-aéré, stagné, mélangé à des aliments, pré-dégluti, ce qui indique une lésion plus basse
- Il est nécessaire de différencier l'hématémèse de l'épistaxis, de l'hémoptyisie ou de rejet de sang en cas d'hémorragie pharyngée. Le sang émis par la bouche n'est alors pas d'origine digestive.

Afin de détecter l'hématémèse et de la différencier d'un vomissement non-sanglant coloré par des aliments ou des médicaments on peut utiliser des bandelettes réactives à la globine.

Les trois grandes causes de l'hématémèse sont :

- les varices oesophagiennes
- un ulcère amplifié hémorragique
- des tumeurs des voies digestives

L'hématémèse peut aussi être due à l'absorption de médicaments gastro-toxiques.

L'hématémèse peut être associée au melæna.

Le **melæna** est émission par l'anus de sang noir, pur ou mélangé à des selles, qui signe soit une hémorragie digestive d'origine haute, soit une tumeur à un siège variable au niveau du colon. Il a un caractère nauséabond (là encore il faut se méfier des aliments ou médicaments qui peuvent donner une coloration faisant croire à la présence de sang)

Le melæna est à différencier d'une rectorragie (émission par l'anus de sang rouge, qui signe soit une lésion péri-anale, rectale ou sigmoïde, soit des hémorroïdes)

5. Caractérisation de la diarrhée au cours de l'interrogatoire

Il est nécessaire de caractériser une diarrhée en rassemblant les renseignements suivants :

- ses **mode et date de début**
- son évolution : **continue ou intermittente**
- son caractère **aigu ou chronique**
- ses caractères :
 - **brutalité** des symptômes
 - **nombre de selles par vingt-quatre heures**
 - caractère **impérieux**
 - **horaire** : matinal, post-prandial ou diurne
 - **aspect**, dont la couleur (décoloration éventuelle)
 - présence d'**éléments anormaux**, dont du sang

Le syndrome dysentérique rassemble les symptômes suivant :

- douleur abdominale aiguë, diffuse dans tout le cadre colique
- évacuations anormales avec des diarrhées importantes

- déshydratation
- fièvre

Une altération de l'état général peut survenir associée à ce syndrome.

II. Inspection

● **Ictère**

Un ictère est une coloration jaune diffuse de la peau et des téguments.

Il n'est pas toujours généralisé, mais il est d'abord cutanéomuqueux (c'est pourquoi il faut regarder le blanc des yeux et la paume de la main)

● **Érythrose palmaire et gynécomastie**

L'érythrose palmaire (exagération de la coloration rouge des éminences thénarienne et hypothénarienne) est un signe typique d'imprégnation alcoolique.

La gynécomastie en est un autre signe, moins spécifique.

● Examen de l'**abdomen** :

- **morphologie** de l'abdomen (qui peut par exemple traduire une anorexie)
- **cicatrices** trahissant des antécédents de chirurgie digestive (sur l'abdomen ou ailleurs)
- **hernie ombilicale**
- présence d'une **ascite** (existence d'un liquide dans la cavité péritonéale, qui se traduit par un abdomen déplié, balloné, et un son mat rendu à la percussion)
- mesure du **périmètre abdominal ombilical** (particulièrement en cas d'ascite)
- examen des **orifices herniaires**

● Examen de la **bouche**

L'examen de la bouche peut révéler : infection de la bouche, gingivite hémorragique, lésions de surinfection fongique, présence de vésicules...

● Examen de la **marge anale**

L'examen de la marge anale recherche une ulcération d'origine virale.

● Observation de la **respiration abdominale**

Normalement :

- à l'inspiration l'abdomen sort
- à l'expiration on observe le creux expiratoire

En cas de contracture, le ventre ne respire plus. L'absence de respiration abdominale traduit une pathologie.

● **Astérisis**

C'est l'interruption brusque et brève du tonus musculaire, détecté lors du maintien actif d'une position (par exemple le maintien des bras tendus devant soi)

L'astérisis est signe d'insuffisance hépato-cellulaire : c'est le signe précoce de l'encéphalopathie hépatique et un signe général d'encéphalopathie.

● **Position et taille des organes**

- calque du **foie** : mesure de la hauteur du foie sur la ligne mamelonnaire, par rapport au bord costal, pour suivre une **hépatomégalie**
- calque de la **rate** : position de la rate par rapport à l'ombilic (suivi d'une **splénomégalie**)

III. Palpation

1. Palpation du foie

A l'état normal le foie n'est pas palpable ; à l'état pathologique il déborde du bord costal et devient palpable. Pour palper le foie on se place à droite du patient et on remonte doucement la main droite dans l'hypochondre droit.

● **Signe de Murphy**

Le signe de Murphy est une douleur à l'inspiration profonde lors de la palpation du foie (d'où une inhibition respiratoire) C'est un signe *aspécifique* de la maladie vésiculaire.

2. Palpation de la rate

A l'état normal la rate n'est pas palpable. Pour la palper à l'état pathologique on positionne le patient en décubitus latéral droit, avec la main gauche qui attrape le bord du lit ; on se place à gauche du patient, en lui demandant de respirer profondément : à l'inspiration le bord inférieur de la rate dépasse du rebord costal et on peut la palper en mettant les doigts en crochet.

3. Touchers pelviens

● **Toucher rectal**

Le toucher rectal se fait après examen de la marge anale et permet le dépistage de tumeurs rectales. On positionne le malade en décubitus dorsal, les pieds semi-fléchis. Il s'agit d'une palpation bimanuelle :

- la main gauche (extérieure) palpe l'hypogastre
- la main droite (index recouvert d'un doigtier vaseliné introduit dans le rectum) palpe la prostate chez l'homme, les cul-de-sac de Douglas droit et gauche (à la recherche de sang, de douleur...) vérifie la contraction correcte des sphincters...

Chez l'enfant, le toucher rectal se fait avec le petit doigt.

● **Toucher vaginal** (chez la femme en période d'activité génitale)

4. Palpation des aires ganglionnaires

IV. Percussion

Elle comprend :

- la percussion de l'**hypochondre** au bord inférieur du foie, à la recherche d'une matité ou d'un tympanisme, d'une hépatomégalie...
- la percussion de l'**abdomen** pour s'informer de la présence ou non de liquides (cf. ascite)

Elle se fait les mains à plat : on tape à plat avec trois doigts de la main droite par l'intermédiaire du majeur gauche posé sur le patient.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DOULEUR ABDOMINALE (RESUME)

Nota une douleur abdominale peut être une douleur atypique et avoir une origine :

- thoracique (épanchement pleural, pneumopathie droite, dissection aortique...)
- dorsale (++) lombaire)
- pelvienne

I. Le niveau d'urgence est déterminé par la présence de signes de gravité

- État de conscience (éventuelle lipothymie ou syncope)
- État de choc (d'abord décelable par des marbrures cutanées et une froideur des extrémités) :
 - chute tensionnelle : PA inférieure à 95/60 mmHg
 - tachycardie et pouls jusqu'à filant
 - modification de la fréquence respiratoire
 - chute de la SatO₂
- Diurèse
 - anurie
 - oligurie
 - polyurie
- Température

II. Démarche sémiologique : apprécier le contexte dans lequel apparaît cette douleur

- Antécédents personnels et/ou familiaux de maladies digestives ou abdominales (cancers, maladie de Crohn ou RCH, ulcère gastro-duodénal, diverticulite, lithiase biliaire, hépatite, pancréatite...)
- Consommation d'alcool
- Consommation de tabac (en PA)
- Consommation de médicaments (hépatotoxiques, gastrotoxiques...)
- Régime alimentaire, état nutritionnel (apports : ♀ : 2000-2200 kcal/jour ; ♂ : 2500-2700 kcal/jour)
 - obésité, hypertriglycéridémie → lithiase biliaire, pancréatite aiguë
- Éléments pouvant favoriser la survenue d'une hépatite : voyage, sexualité, toxicomanie, tatouages, transfusion sanguines...

III. Démarche sémiologique : rechercher des signes fonctionnels associés à la douleur

- Troubles de l'alimentation
 - anorexie
 - boulimie
 - polyphagie
- Troubles de la salivation (test : temps de fonte du morceau de sucre)
 - xérostomie (temps de fonte supérieur à 6 minutes)
 - hypersiallorrhée (temps de fonte inférieur à 2 minutes)
- Troubles du goût
 - dysgueusie
 - agueusie
- Troubles de la déglutition
 - douleurs ou brûlures locales (→ aphte, gingivite, glossite, mucite...)
 - odynophagie (déglutition douloureuse)
 - dysphagie (gêne ou arrêt des aliments dans l'oesophage)
- Pyrosis
 - Réurgitation (voir cours)
- Dyspepsie (sensation globale et atypique de dégoût alimentaire)
- Hoquet (contraction involontaire du diaphragme) → pathologie épigastrique le plus souvent
 - hoquet aigu
 - hoquet chronique (de durée supérieure à 24 heures)
- Vomissements
 - vomissements alimentaires

- vomissements bilieux
- vomissements fécaloïdes
- hématomèse
- Troubles du transit
 - constipation (ralentissement du transit et diminution des selles)
 - arrêt du transit (caractérisé par le silence sépulcral → infarctus du mésentère)
 - diarrhée (selles trop fréquentes/liquides/abondantes)
 - diarrhée aiguë
 - diarrhée chronique
- Hémorragies digestives, traduites par :
 - hématomèse
 - melæna
 - rectorragie
- Incontinence anale
- Syndrome rectal, qui regroupe trois symptômes parfois dissociés :
 - ténésme
 - épreintes
 - faux-besoins

IV. Démarche sémiologique : déterminer les caractéristiques de la douleur (SI-TI-SC-SM)

- Topographie : Siège et Irradiations
- Type de douleur
- Intensité
- Mode de Survenue
- Caractères (fluctuation, rythmicité, périodicité, liaison aux repas)
- Sévérité : présence de signes d'accompagnement (voir V)
- Facteurs Modifiants cette douleur

Tableau : caractéristiques de quelques douleurs abdominales

	Douleur ulcéreuse	Douleur pancréatique	Douleur de la colique hépatique
Topographie	Siège épigastrique Irradiation postérieure	Idem Peut être à siège ombilical	Siège : épigastre ou hypochondre droit Irradiation vers la base droite
Type	Faim douloureuse extrême	Crampe	Insupportable
Intensité	Extrême	Encore plus extrême	Extrême et ne variant pas
Mode de Survenue	Rythmée par les repas Rythmée dans l'année	Aléatoire	D'emblée maximale
Caractères	Localisée	Transversale Sans périodicité	Dure une à plusieurs heures (parfois plus de six heures)
Facteurs Modifiants	Calmée par les alcalins Augmentée par les acides	Augmentée par la prise d'aliments Augmentée par l'alcool Calmée par l'antéflexion	Aucun facteurs la calmant

V. Démarche sémiologique : repérer les signes d'accompagnement de la douleur thoracique

- **Interrogatoire**
 - prurit (→ cholestase d'installation progressive)
 - altération de l'état général
 - asthénie
 - anorexie
 - amaigrissement
 - troubles sexuels
 - impuissance (→ intoxication alcoolique chronique ++)
- **Inspection**
 - cicatrices

- peau
 - ictère
 - éruption cutanée
 - purpura
 - ecchymoses/contusions
- phanères (++) poils, cheveux, ongles)
 - érythrose palmaire (signe d'imprégnation alcoolique)
 - signes de carence vitaminique
 - hirsutisme
 - dépilation et alopecie (fréquents en cas de cirrhose)
- gynécomastie (signe d'imprégnation alcoolique)
- angiomes stellaires (anévrismes artériolaires)
- vergetures
- respiration abdominale
- astérixis
- **Palpation**
 - défense ou contracture
 - foie
 - hépatomégalie
 - reflux hépato-jugulaire
 - rate : splénomégalie
 - vésicule biliaire : signe de Murphy (aspécifique de la colique hépatique)
 - orifices herniaires
 - TR
- **Percussion**
 - foie (recherche d'une douleur à l'ébranlement)
 - péritoine
 - ascite (matité) → effectuer un prélèvement liquidien
- **Auscultation**
 - bruits hydro-aériques (ou leur absence, signe d'occlusion)
 - souffles artériels (aorte, artère mésentérique, artère fémorale)
- **Examen complémentaire**
 - ASP
 - échographies
 - scanner

VI. Orientations étiologiques

- RGO (reflux gastro-oesophagien)
- Syndrome oesophagien
- Ulcère gastro-duodéal
- Syndrome occlusif (voir tableau ci-après)
- Syndromes dysentérique et cholérique
- Lithiase biliaire, due à :
 - colique hépatique (mise en tension des voies biliaires suite à la présence d'un obstacle situé à un niveau quelconque)
 - cholécystite
- Hépatopathies
 - hépatopathies cirrhotiques
 - hépatopathies non-cirrhotiques
- Causes extra-abdominales

	Syndrome occlusif du grêle	Syndrome occlusif du colon
Signes communs	Douleur abdominale Masse au TR	
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt du transit	Tardif	Précoce
Météorisme	Discret/modéré	Important
Distension hydro-aérique	Centrale Plus large que haute	Périphérique Plus haute que large

FICHE – Sémiologie néphrologique

Interrogatoire :

- Signes fonctionnels
- ATCD : obstacle, maladie lithiasique, maladie néphrologique, maladie urologique, maladie systémique
- FDR
 - HTA (=> fond d'oeil)
 - Diabète
 - Maladie systémique entraînant une lésion glomérulaire
 - Médicaments

Inspection :

- Poids/taille => oedème?
- PA et pouls => HTA? => fond d'oeil
- Urines :
 - quantifier : diurèse sur 24h (anurie < 300cc < oligurie < 500cc < normale < 3500cc < polyurie)
 - qualifier → hématurie macroscopique...
 - bandelette urinaire :
 - hématurie : GR > 5.000/mL → à confirmer au microscope (sinon : hémoglobinurie, myoglobinurie) pathologique si GR > 10.000/mL
 - leucocyturie : GB > 5.000-10.000/mL => ECBU
 - bactériurie : infection urinaire si germes > 100.000/mL => ECBU
 - pyurie : leucocytes altérés > 10.000/mL => ECBU
 - glycosurie
 - protéinurie
 - cétones
 - nitrites
 - pH urinaire

Sémiologie clinique tardive :

- oedèmes ← altération de la filtration glomérulaire (passage d'albumine)
- HTA
- signes extra-rénaux

Sémiologie biologique :

- Mesure de la fonction rénale
 - Urée
 - Créatinine (substance *endogène* permettant d'évaluer la filtration glomérulaire)
- Mesure de la capacité du rein à assurer l'homéostasie
 - pH sanguin et urinaire
 - Ionogramme sanguin / protéinurie des 24h / calcémie / phosphatémie → équilibre phospho-calcique

Étiologies

- Maladies de l'endothélium → possibilité d'hématurie microscopique
- Altération du filtre glomérulo-tubulaire
ex néphropathie diabétique
nota insuffisance rénale quand 75% des néphrons sont détruits

Clairance de la créatinine → pour appréhender la filtration glomérulaire (volume virtuel de plasma épuré par minute)

$$CI = (U/P) \times V$$

Avec : U concentration urinaire (mg/L)
P concentration plasmatique (mg/L)
V débit urinaire (mL/min)
CI la clairance en mL/min/m² de surface corporelle

Normale : 100-120 mL/min/m²

IR : 10 à 75 mL/min/m²

A 10 mL/min/m² : dialyser en urgence

Létal en dessous de 10 mL/min/m²

FICHE – Oedèmes

Signes de gravité :

- État de conscience
- État de choc :
 - PA et pouls
 - FR
 - SaO₂
- Diurèse
 - Oligurie/anurie dans l'état de choc
- Température

Contexte :

- ATCD personnels et familiaux :
 - CV : coeur/artères/veines
 - Néphro

FDR :

- Sexe
- Âge
- Hérité familiale
- Origine ethnique
- Allergies
- Pathologies associées : MTEV, IC, IH, IR
- MDV : alcool, drogues, voyages, animaux
- Médicaments
- Mode d'installation de l'oedème : aigu ou chronique

Signes d'accompagnement :

- **Interrogatoire :**
 - Signes de pathologies cardiaques (dans le cas d'oedèmes bilatéraux)
 - Palpitations
 - Lipothymies/syncopes
 - Dyspnée (d'efforts, de décubitus, de repos)
 - Signes d'hypothyroïdie => palpation de la thyroïde
 - Palpitations
 - Ralentissement
 - Frilosité
 - Troubles de l'humeur (dépression)
- **Inspection :**
 - Oedèmes généralisés : cutané-muqueux, hémodynamiques (=> prise de poids ++) ou inflammatoires
 - Poids/taille
 - Peau : couleur, marbrures, livedo, purpura...
 - Morphologie du thorax (pour l'IC)
 - Veines : jugulaires, MI (varices), varicocèle
 - Fond d'oeil (pour l'HTA)
 - Oedèmes localisés (unilatéral) : pas de cause systémique mais une cause locale, ainsi on recherche :
 - Piquûre, morsure ou plaie
 - Chaleur locale à la palpation => oedème inflammatoire
 - Douleur superficielle ou profonde
 - Crépitements sous-cutané (rarissime) => fasciites et maladies à germes anaérobies
 - Obstacle local : adénopathie ou masse au TP
- **Palpation**
 - La thyroïde
 - Système cardio-vasculaire :
 - Pouls périphériques
 - Trajets veineux

- Choc de pointe
 - Signe de Harzer, hépatomégalie ou reflux hépato-jugulaire => ICD
- L'œdème : il peut être :
 - blanc/mou/indolore/prenant le godet (origine hémodynamique)
 - chaud/rouge/douloureux/inflammatoire
- **Auscultation** : cardio-vasculaire
 - PA
 - Souffles périphériques => insuffisance cardiaque à coronaropathie ?
 - Modification des bruits du cœur
 - Augmentation => hyperthyroïdie ?
 - Diminution => IC?
 - Galop => IC !!!
 - Souffle cardiaque => maladie athéromateuse associée à une IC ?
 - Frottement péricardique
 - Frottement pleural
- **Percussion** : œdème des séreuses ? (si œdème généralisé)
 - Épanchement pleural
 - Ascite

Étiologies :

- **Oedème localisés**
 - Compression (œdème de la phlébite dans la TVP : lié à un caillot)
 - Inflammation
- **Oedèmes généralisés**
 - Albuminémie normale
 - ↑ PVC + signes de surcharge => œdèmes de l'ICD ou ICG
 - PVC normale => trouble de la perméabilité capillaire
 - ↓ albuminémie
 - protéinurie positive => syndrome néphrotique
 - protéinurie négative => défaut de synthèse protéique (insuffisance hépatocellulaire)
=> pertes protéiques excessives (diarrhée)
- => défaut d'absorption protéique (malnutrition ou malabsorption)