

Cours de sémiologie  
Dr Farge  
Le 08-10-07  
De 10h30 à 12h30  
Alix GENIER

## **SEMILOGIE ADULTE DES DOULEURS THORACIQUES**

## PLAN

### **CARDIOLOGIE** (suite du cours précédent)

Recueil des informations à visée diagnostique :

Interrogatoire

Inspection

Palpation

- 1) palpation du cœur
- 2) palpation artérielle des pouls périphériques
- 3) palpation du système veineux

Percussion

Auscultation

- les 4 foyers d'auscultation
- les 3 types de bruits surajoutés

Deux exemples de maladies cardiovasculaires

L'artériopathie des membres inférieurs

La maladie thrombo-embolique veineuse

- la thrombose veineuse profonde
- l'embolie pulmonaire

### **PNEUMOLOGIE**

Recueil des symptômes

Interrogatoire

1.toux

2.expectoration

3.hémoptysie

4.dyspnée

5.douleur

Inspection

Palpation

Percussion

Auscultation

## CARDIOLOGIE (suite)

### *RECUEIL DES INFORMATIONS A VISEE DIAGNOSTIQUE*

#### -INTERROGATOIRE (cf cours précédent)

#### -INSPECTION

L'approche du patient doit être **systemique** : l'individu est envisagé dans son ensemble.

Pour ne rien oublier :

→ il faut 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.

→ Regarder le **fond de l'œil**, pour appréhender les retentissements des dysfonctionnements.

Ex : retentissements d'une hyper tension artérielle sur le fond de l'œil, selon la sévérité et l'ancienneté de l'HTA.

4 stades : -1. vasoconstriction : artères rétrécies, rigides et cuivrées

-2. sclérose : stade 1 + signe du croisement, compression de la veine par l'artère

-3. exsudation : stade 1 et 2 + dilatation des veines, hémorragie, exsudation

-4. neuropathie optique : stade 3 + œdème papillaire.

Stade irréversible !

#### -PALPATION

##### 1) **palpation du cœur**

Intervient dans l'examen cardiaque, se pratique en mettant **la main à plat sur le thorax**.

Elle permet de détecter différents signes :

▪ Une diminution de la transmission tactile des battements du cœur peut traduire

→ une insuffisance cardiaque.

~ Insuffisance cardiaque : incapacité du cœur à effectuer sa fraction d'éjection ventriculaire gauche ou droite.

→ l'infiltration d'un liquide (provenant d'une tumeur, métastase, insuffisance cardiaque, grippe) entre les feuillets péricardiques (péricardite).

▪ signe de Harzer : palpation tactile anormale du ventricule droit du cœur au niveau du creux tricuspide, sous la xiphoïde.

Remarque : l'accès aux organes peuvent varier d'une corpulence/morphotype à l'autre, sans que ce soit pathologique = il faut apprécier le sujet dans son ensemble.

Cependant à l'état normal on ne perçoit pas la palpation du 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, cardiaques etc...qui ne sont pas globales mais gauche ou droite.

La palpation anormale du VD permet d'appréhender les conséquences d'une stase dans le VD, donc un reflux hépato-jugulaire, signe pathognomonique d'une insuffisance cardiaque droite. Se traduit par une turgescence des jugulaires.

En effet l'insuffisance cardiaque droite entraîne une stase=dilatation du système veineux, détectable par compression du bord inférieur du foie, puis en remontant pour augmenter le retour veineux et dilater davantage le système veineux jugulaire (~15s après contrepression).

Pour résumer : l'insuffisance cardiaque droite peut se manifester par :

- une jugulaire turgescence (en position semi assise)
- un reflux hépato-gastrique (en position latérale droite ou gauche)

## 2) palpation artérielle des pouls périphériques

S'effectue selon le 'bonhomme cross' : pouls temporal, huméral, radial, cubital, fémoral, poplité, tibial antérieur et postérieur.

Important dans le cadre de l'examen cardio-vasculaire car la disparition d'un ou plusieurs des pouls périphériques est l'un des premiers signes de la maladie **athéro-scléreuse**. C'est le cas du syndrome de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, qui a plusieurs symptômes détectables à l'inspection (nécrose), à la palpation (abolition de pouls tibial antérieur ou postérieur, pouls poplité et pouls fémoral)

Si thrombose athéromateuse de l'aorte abdominale, « homme sans pouls » ou syndrome de Leriche : oblitération complète par une pathologie athéromateuse en amont de l'aorte fémorale, avec mobilisation des circulations collatérales.

A l'interrogatoire, se traduit par une douleur de serrement ou de striction, par exemple du mollet, lors de la marche que l'on appelle claudication intermittente à l'effort, reproductible à la réalisation du même effort. Evoque une artériopathie des membres inférieurs.

Mais ce patient a tous ces pouls périphériques, il est donc à un stade où il a une inadaptation à la quantité d'effort à produire. Il développe donc une ischémie d'effort.

## 3) palpation du système veineux

Dans l'examen cardio-vasculaire d'un patient, en plus de la palpation du système artériel, intervient aussi la palpation du système veineux.

Les veines sont un système à capacitance élevée. Ainsi s'il y a un obstacle au retour veineux par un caillot fibrino-cruorique, ce crée ce qu'on appelle une **thrombose veineuse profonde** qui s'accompagne d'un certain nombre de signes :

-à l'interrogatoire : douleur facultative

-à l'inspection : ~ un œdème unilatéral du pied (la phlébite bilatérale étant rare)

~ de plus la circulation veineuse collatérale est apparente

-à la palpation : ~ recherche du nœud, caractérisé en amont par une stase

~ douleur

~ diminution du ballottement passif du mollet (testé en position allongée, les pieds semi fléchis)

~ signe de Homans : douleur à la dorsiflexion passive du mollet, car lorsqu'il y a une phlébite une douleur est ressentie à la mise en tension du muscle.

## -PERCUSSION

La percussion du cœur n'a pas vraiment de sens...

## -AUSCULTATION

En cardio, il est important de connaître les principaux endroits d'auscultation du cœur, regroupés en 4 foyers :

### -foyer mitral

Correspond à l'auscultation de la pointe du cœur, donnant la sémiologie du ventricule gauche et la sémiologie mitrale

Se situe sous le mamelon chez le sujet normal.

Remarque : la perception est meilleure lorsque le patient est en position décubitus latéral gauche

### - foyer xiphoïdien

Perception de la xiphoïde (artère) qui conduit à la base du sternum débouchant sur la tricuspide (valve) et permet donc l'auscultation de la valve du cœur.

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

-foyer pulmonaire

En remontant depuis le foyer xiphoïdien, au niveau du 2ème espace intercostal gauche

-foyer aortique

L'aorte se déroule au niveau du 4ème espace intercostal droit

A l'état normal, on entend deux bruits : B1 et B2

L'intervalle de temps entre B1 et B2 correspond à la systole, éjection ventriculaire gauche et l'intervalle entre B2 et B1 correspond à la diastole, remplissage. Lors de l'accélération de la fréquence cardiaque, on assiste à un raccourcissement du temps de remplissage.

Si d'autres bruits sont audibles à l'osculation du cœur, ce sont des **bruits surajoutés** de 3 natures possibles :

-un souffle : écoulement turbulent au travers l'un des orifices valvulaires.

Les caractéristiques d'un souffle sont nombreuses :

~situation cardiaque : Il peut être systolique ou diastolique

~intensité : il peut débuter juste après B1 et être maximal puis décroître →decrescendo

~tonalité

-un galop : bruit surajouté pendant la diastole

C'est le signe patho-pneumonique d'une insuffisance cardiaque

Il peut être protodiastolique (avant la diastole), télédiastolique (en fin de diastole) ou pendant toute la diastole

-frottement péricardique : lié au bruit que vont faire les deux feuillets péricardiques séparés par un liquide inflammatoire. Bruit superficiel, aigu et sec. Difficile à démontrer, ce frottement est variable et fugace selon l'heure de la journée et la position du stéthoscope. Il faut donc le rechercher...et suivre son évolution car sa disparition est liée soit à la résorption soit à l'augmentation de l'épanchement.

Remarque : la tuberculose peut être à l'origine d'un épanchement pleural.

Dans l'auscultation on ne se penche pas uniquement sur le cœur mais aussi sur les vaisseaux, toujours en ayant en tête le bonhomme cross. Notamment l'artère ophtalmique (moins fréquente, en cas de suspicion de tumeur cérébrale), mais aussi les artères sous-clavières (à la recherche d'un souffle anormal), l'aorte abdominale, l'artère fémorale (siège de prédiction de l'athérome) et les artères iliaques. Sauf en cas de défaillance cardiaque droite, il n'y a pas lieu d'aller ausculter le système veineux.

## *DEUX EMPLEXES EN CARDIOLOGIE*

(qui se trouvent aussi dans le poly...)

### ● Syndrome de l'artériopathie des membres inférieurs

Syndrome le plus fréquent en terme de maladie cardio-vasculaire.

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

Ce retentissement entraîne :

-à l'interrogatoire : douleur qui constitue ou non un motif de consultation → recherche des facteurs de risques.

-à l'inspection : signes d'ischémie (arrêt de la circulation sanguine dans un tissu) voire de nécrose. Se caractérise par une rougeur locale accompagnée par une pâleur cutanée, liée à l'obstruction d'une artère lors d'un processus athéromateux.

-à la palpation : abolition d'un ou plusieurs pouls

Une diminution de la chaleur locale

-à l'auscultation : un souffle sur le trajet artériel, si possible en amont de l'ischémie.

Ainsi l'on peut définir un syndrome à 4 stades :

-n°1. le patient est **asymptomatique**.

Ce stade correspond donc à la découverte fortuite de l'abolition d'un pouls, lors de l'examen cardio-vasculaire du patient. Le pouls touché est majoritairement périphérique.

-n°2. **Claudication intermittente = ischémie d'effort.**

Dans sa forme typique, correspond à l'apparition d'une douleur à l'effort, reproductible lors d'un effort semblable. Dans sa forme atypique, la douleur peut se limiter à des irradiations, perçues au niveau de la fesse, de la cuisse ou de la plante des pieds. La douleur peut aussi ne plus se manifester par une crampe mais plutôt par une lourdeur ou une faiblesse, mais reste une douleur d'effort.

-n°3. **Douleur de décubitus** (rappel : décubitus= position horizontale du corps allongé)

La douleur ischémique est devenue permanente, même au repos. La sensation de brûlure s'atténue lorsque les pieds sont en position basse.

-n°4. **Gangrène**

Apparition d'une nécrose irréversible, donnant lieu à une cicatrice voire à une amputation.

La nécrose ayant des retentissements neurologiques, une de ses caractéristiques est l'absence de douleur à la palpation.

#### ● Syndrome de la maladie thrombo-embolique veineuse.

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.

##### ▪ *La thrombose veineuse profonde*

Se manifeste par différents signes :

-à l'interrogatoire : douleur variable, au niveau d'un trajet veineux. Il s'agit ici d'une douleur spontanée de type pesanteur, lourdeur (pas forcément de crampe) qui ne survient pas à l'effort mais qui est permanente, pouvant se localiser dans les membres inférieurs ou supérieurs.

-à l'inspection : un œdème

une peau luisante, turgescence avec éventuellement un réseau veineux apparent donc superficiel.

Des antécédents tels que des varices, une phlébite ou toute séquelle de thrombose veineuse préalable.

- à la palpation : douleur à la dorsiflexion passive du mollet  
Diminution du ballotement passif du mollet

#### ▪ *L'embolie pulmonaire*

Correspond à l'**oblitération brusque** de l'artère pulmonaire par un caillot fibrino-cruorique. Maladie trompeuse car il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique.

Elle provoque une douleur thoracique d'emblée maximale, angoissante. En revanche la douleur n'est pas provoquée par la nécrose ni par l'infarctus, mais par l'épanchement pleural réactionnel inflammatoire en regard de l'infarctus. Mais cette douleur n'est pas systématique (1/3 manquante), il faut donc chercher l'embolie pulmonaire tout comme la thrombose veineuse profonde.

Elle entraîne également une gêne respiratoire avec une polypnée ('je respire beaucoup') et une cyanose (coloration bleutée de la peau en hypoxie).

-à l'interrogatoire : la polypnée peut manquer, la maladie se caractérise alors par une quinte de toux avec un crachat rouge(hémoptysie).

-à l'inspection : décalage thermique lié à un état inflammatoire.

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

## **PNEUMOLOGIE**

Il est important de rappeler que le poumon est un organe profond, composé de 2 lobes pour le poumon droit et de 3 lobes pour le poumon gauche.

### *RECEUIL DU SYMPTOME EN PNEUMOLOGIE*

#### - **INTERROGATOIRE**

→recherche des facteurs de risque de maladie pulmonaire

Ex : ~ pollution

~ risque lié à la profession

~ l'arbre généalogique !

~ tabagisme

Le comportement tabagique est évalué par la **consommation totale cumulative** (calcul en nombre de Paquet-Année) :

→ nombre d'années de tabagisme \* nombre de paquets/jr

Risque accru en cancérologie quand la consommation totale cumulative est supérieure à **10PA**

→Il faut évaluer la symptomatologie fonctionnelle du patient, c'est-à-dire 'quelle est la raison de la consultation du patient ?'

En pneumologie, elle se résume à 5 points : -toux  
-expectoration  
-hémoptysie  
-dyspnée  
-douleur thoracique

### 1. Toux

Cas le plus banal dont la gravité va dépendre de

a. l'**ancienneté** de la toux,

b. son **mode d'installation** (chronique ? aiguë ?)

La toux peut avoir plusieurs origines telle qu'une infection lorsqu'elle est aiguë, d'une insuffisance cardiaque ou d'une obstruction des voies aériennes par un corps étranger.

c. quelles sont les **circonstances déclenchantes** (changements de position ? environnement ? si toux à l'inspiration profonde → épanchement pleural ; toux à l'effort → insuffisance cardiaque ; toux à la déglutition → fistule entre œsophage et arbre bronchique)

d. ses **caractères** :

~ est-elle accompagnée d'une expectoration ? L'expectoration est-elle productive ?

~ est-elle accompagnée d'une laryngite ? (toux rauque)

~ est-elle émétiqante ? = accompagnée de vomissements

~ modifie-t-elle la voix ? par paralysie des cordes vocales

e. sa **fréquence**.

f. son **horaire** (matinale ? nocturne ?)

g. son **timbre**

h. **sifflements** stridulents

### 2. Expectoration

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

Il est important d'estimer en termes de **quantité** l'expectoration, (en CC=mL) et de **qualité**.

En effet elle peut s'accompagner de l'irruption d'une vomique, qui est l'émission d'un flot de pu dû à une rupture d'un abcès hépatique.

Ici encore, il faut se soucier de l'**ancienneté** de l'expectoration, c'est notamment ce qui permet de diagnostiquer la bronchiopathie chronique (Toux et expectoration chronique depuis plus de deux ans et pendant au moins 3 mois consécutifs)

### 3. Hémoptysie

peut survenir au cours de 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.

Elle peut être liée à une tumeur ou à une embolie pulmonaire.

Il faut également la quantifier.

A ne pas confondre avec l'**épitaxis**, qui est l'émission par la bouche de sang d'origine nasale ou avec l'**hématémèse**, où le sang provient du tube digestif.

### 4. 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 mesurable, par le biais du calcul de la **fréquence respiratoire** et caractériser son rythme. L'inspection du malade est donc importante pour voir la fréquence respiratoire. Elle se prend la paume à plat sur la poitrine du malade et normalement se situe entre 12 et 15/min. Encore une fois, connaître l'**ancienneté** de la dyspnée.

Mais aussi son **mode début** (aigu→embolie pulmonaire ou progressif→insuffisance cardiaque) ainsi que son **type** :

- polypnée : respiration accélérée (poly=beaucoup)
- tachypnée : respiration brève et superficielle (tachi=brève)
- bradypnée : respiration lente
- orthopnée : dyspnée en décubitus dorsal qui s'améliore en position assise.

Une dyspnée a un **temps** : inspiratoire (gène à l'échange gazeux normal), expiratoire (obstacle à l'éjection de type asthme) ou bien permanente.

Il faut aussi rechercher l'**intensité de l'effort** à produire nécessaire à déclencher la dyspnée, ainsi que des éventuels **signes d'accompagnements** (sueurs, cyanose, hypoxie...)

## 5. Douleur

Un rappel nécessaire : les poumons n'ont pas d'innervation sensitive →la douleur ne vient pas d'eux mais d'organes périphériques comme la plèvre et la paroi thoracique

-à l'inspection, on recherche 4 points :

~la **morphologie** du thorax et l'existence d'une déformation thoracique (thorax excavatum=en entonnoir ? thorax longiligne ou bréviligne ?) mais aussi du squelette (cyphose ? scoliose ?) qui pourraient entraîner une restriction thoracique.

~la présence de **cicatrice d'intervention chirurgicale**

~la **fréquence respiratoire**

~l'**ampliation thoracique** : à la normale gonflement abdominal lors de l'inspiration et abaissement lors de l'expiration. Recherche donc d'une respiration abdominale paradoxale, pouvant être dû à l'existence d'un foyer infectieux.

~regarder **ongles et mains** du patient pour détecter une éventuelle cyanose unguéale ou péri-buccale, mais aussi un hippocratisme digital (bombement du bulbe unguéal, signe d'hypoxie chronique)

-à la palpation, on prend les repères respiratoires oraux notamment avec

~ la palpation de la **trachée**

~la palpation du **thorax**, qui s'effectue à deux mains à plat, de manière bilatérale et comparative. Le but étant de percevoir les vibrations vocales (par exemple en demandant au patient de dire « 33 »). Si la transmission des vibrations est atténuée ou bien absente, ca peut être le signe d'un épanchement pleural