

Cours n°4 de sémiologie

du Pr D.Farge

jeudi 11 octobre 2007, de 10h30 à 12h30

ronéotypé par : Métrey Tiv

SEMILOGIE PNEUMOLOGIQUE (2^{nde} partie)

+

SEMILOGIE GASTRO-ENTEROLOGIQUE

Plan du cours :

Partie A : l'examen sémiologique en pneumologie

- I- Interrogatoire
- II- Inspection
- III- Palpation
- IV- Auscultation

Partie B : l'examen sémiologique en gastro-entérologie

- I- Interrogatoire
- II- Inspection
- III- Palpation
- IV- Percussion

Rappel sur le cours précédent :

Partie A : l'examen sémiologique en pneumologie

I- L'interrogatoire :

1. contexte
2. facteurs de risque des maladies pneumologiques
3. les symptômes fonctionnels qui conduisent à la consultation, avec 5 signes principaux à rechercher : douleur thoracique ; dyspnée ; toux ; expectoration ; hémoptysie

Remarque : l'expectoration ou l'hémoptysie sont considérés comme des symptômes d'interrogatoire ou d'inspection (d'interrogatoire si on ne peut pas observer le crachat)

II- L'inspection

Noter la valeur sémiologique de l'hippocratisme digital et de la cyanose

III- La palpation

Elle est bimanuelle en position basithoracique, comparative (bilatérale) et symétrique.

- A l'état normal, on recherche la transmission des vibrations vocales par l'intermédiaire des voies aériennes supérieures, et les bruits perçus en trans-glottique (sons gutturaux)

- A l'état pathologique, on recherche : l'abolition ou la diminution des vibrations vocales → liquide (pleurésie) ou air (pneumothorax)

Clichés radiologiques du thorax : à l'état normal on peut observer le parenchyme pulmonaire ;

- diminution des vibrations vocales → pneumothorax (rend le parenchyme invisible).

Le son perçu est différent selon qu'il y a : de l'air => bruit sonore tympanique ou du liquide => son mat.

- exemple d'un abcès ou d'une condensation pulmonaire → on a une augmentation des vibrations vocales

Remarque : le morphotype du sujet est important.

1) On palpe le grill costal et la paroi thoracique : en effet, une des causes fréquentes de consultation est un traumatisme de la paroi (fracture de côte)

Application : Mme X, âgée de 75 ans : toux depuis 48 heures + expectoration peu productive car limitée par la douleur + fièvre à 38°C, elle dit être tombée dans l'escalier →

interrogatoire : FDR, statut social ;

inspection → elle n'a pas d'ampliation de la cage thoracique, elle ne respire pas ; la palpation se fait ici avec l'extrémité des doigts → inhibition des vibrations vocales, pneumopathie.

Palpation pour les vibrations vocales → mains à plat habituellement

Par contre, pour la recherche de fractures, on palpe le long des trajets costaux, et selon le morphotype du patient on déclenche une douleur élective. Cette douleur permet un diagnostic.

2) Puis on recherche les zones douloureuses : exemple de la fracture de côte

3) Palpation des parties molles

- chez le sujet âgé, regarder si il y a des lésions cutanées ; rechercher des traces de coups

IV- L'auscultation

Elle est bilatérale et symétrique comparative (partir du bas, et remonter)

- A l'état normal/physiologique : murmure vésiculaire normal, lié au fait que les alvéoles se déplissent. Ce bruit est doux, d'intensité faible, qu'on entend pendant toute l'inspiration, et au début de l'expiration seulement.

- A l'état pathologique :

- 1) Diminution ou abolition du murmure vésiculaire, liée à l'existence d'un épanchement pleural, aérien (\Leftrightarrow pneumothorax) ou liquidien (\Leftrightarrow pleurésie)

Explication : un pneumothorax entraîne une rétractation du poumon contre la paroi.

ex : en regard d'une énorme bulle d'emphysème, il n'y a plus d'alvéoles ; obstruction d'une bronche qui entraîne une diminution du murmure ; abcès pulmonaire ; fibrose interstitielle

- 2) Bruits surajoutés, de 2 types :

- Les **râles crépitants** = craquements inspiratoires, perçus en fin d'inspiration. Ce sont des bruits fins, secs. Ils traduisent une fibrose interstitielle diffuse ou un épanchement, les alvéoles n'arrive pas à se déplisser.

Cause : œdème, pathologie fibrisante, intrinsèque –au niveau de l'interstitium-

Remarque : ils sont difficiles à différencier des bruits sous-crépitan.

- les **râles bronchiques**, de 3 types :

- **ronchus/ronchi** = **râles ronflants**, bruits graves : grailons ; dus à une pathologie infectieuse le plus souvent, en amont des alvéoles, à la portion distale des bronchioles.

Ils traduisent une mobilisation anormale des sécrétions, au niveau des troncs (au-delà des alvéoles)

- **sous-crépitan**, traduisant une atteinte bronchiolaire (\neq crépitants traduisant une atteinte alvéolo-interstitielle). Ils sont l'intermédiaire entre les crépitants et les ronchi ; ce sont des râles crépitants un peu plus humides.

Remarque : dans l'insuffisance cardiaque, œdème alvéolo-capillaire, ou inversion de pression. Ainsi, lors de l'auscultation à la base, on entend des râles crépitants (pathologie alvéolaire) mais aussi des râles sous-crépitan (pathologie bronchiolaire)

- **sibillants ou sifflants**, très aigus et sifflants. Ce sont des râles d'intensité modérée, perçus en fin d'expiration : chez un sujet asthmatique en décompensation, ou chez un sujet âgé insuffisant cardiaque.

Ils traduisent un obstacle à l'expiration.

Pour information (ce syndrome sera traité par la suite)

Insuffisance cardiaque globale, œdème aigu du poumon, on a les 2 types de râles, et dans une forme plus grave on a une expectoration des oedèmes alvéolo-capillaires, au stade dessus on a une inondation pulmonaire avec les 2 râles, et éventuellement un vomissement.

- 3. Souffles :

- **souffle tubaire** (rare) = rude, perçu en 2 temps (inspiratoire et expiratoire) en regard d'une condensation parenchymateuse.

- **souffle pleurétique** (fréquent) = doux, lointain, humé et expiratoire, entendu à la limite superficielle de l'épanchement pleural.

Partie B : l'examen sémiologique en gastro-entérologie

Remarque préalable : ne pas oublier de faire ouvrir la bouche du patient, et d'observer la marge anale à la fin de l'examen.

L'analyse de la plainte et du motif à la consultation = la douleur.

- Caractéristiques de la douleur :

- 1/ **topographie** de la douleur :

- son siège : cf. *schéma*, les 9 secteurs de la paroi abdominale antérieure (lors de la palpation, on palpe l'abdomen, qui est divisé cadran par cadran)
- ses irradiations

Remarque : l'expression sémiologique de la douleur peut être réduite à ses irradiations, le siège peut manquer.

- 2/ **type** de douleur : {crampe, brûlure, pesanteur, torsion, crise solaire...}

ex : 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 tumorale (pancréatite ou néoplasie du pancréas)

- 3/ **intensité** : elle est subjective, on l'évalue avec des échelles analogiques cotées de 0 à 10 (0 : pas mal, 10 : extrême)

- 4/ **horaire** : douleur post-prandiale ou précoce, permanente

- 5/ **durée** : permanente ou intermittente ; il faut la chiffrer sur le nycthémère (24 h)

- 6/ **facteurs modifiants cette douleur** = {facteurs **déclenchants** + facteurs **calmants**}
=> position du corps, ingestions alimentaires, ingestion d'alcalins.

- 7/ **évolution** dans la journée, dans l'année : rythmicité, 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. Lors d'une douleur de l'abdomen, on a un certain nombre d'organes profonds qui peuvent être à l'origine de la douleur :

- **épigastre** : estomac, cœur, péricarde (ex : péricardite atypique cause des douleurs épigastriques)

- **hypocondre droit et gauche** : plèvre et poumon

- **flanc** : côlon, foie et ses irradiations descendantes, reins (ex : colique néphrétique, tumeur du rein gauche)

- **périombilic** : mésentère, aorte

- **hypogastre** : vessie, colon droit gauche et rectum, ovaires, utérus et annexes, testicules, urètre.

Application : Ainsi, une péricardite atypique peut entraîner des douleurs épigastriques ; le poumon et la plèvre peuvent entraîner des douleurs projetées.

I- L'interrogatoire

1) Consultation pour une douleur (7 caractéristiques)

L'interrogatoire : la plainte fonctionnelle représente 50% du diagnostic en sémiologie.

2) Consultation pour dysphagie

Dysphagie = sensation subjective de gêne à la déglutition, soit des aliments, soit des boissons, qui évoque une pathologie qui siège au niveau de l'œsophage, avec une gêne à la descente du bol alimentaire. En général, on a, quelque part le long du trajet œsophagien –entre la région cervicale et le creux épigastrique-, un obstacle : tumoral...

1/ **siège de la douleur**

2/ **mode de début** : brutal ou progressif

3/ **ancienneté**

4/ **évolution** +++ : évolutive ou capricieuse.

Ex : si une douleur vient et repart, c'est qu'elle n'est pas d'origine tumorale. Si au contraire, la douleur est lentement progressive et continue, qui ne s'arrête jamais, cela évoque une douleur tumorale.

5/ **Caractère** : sélectif (liquides) ou global (liquides et solides). Il traduit la progression de la maladie : en effet, si on a une dysphagie aux liquides, c'est que la maladie est très évoluée.

3) Consultation pour régurgitation = retour de liquide dans la bouche

Il faut savoir distinguer :

- **Pyrosis** = sensation de brûlure à point de départ épigastrique, traçante, ascendante, rétro sternale, post-prandiale, déclenchée par le changement de position. Elle évoque, avec d'autres signes associés, un syndrome de reflux gastro-œsophagien.

- **Régurgitations alimentaires** = remontée d'aliments au niveau de la bouche ou du pharynx, sans effort de vomissement.

=> syndrome de reflux gastro-œsophagien = {pyrosis + régurgitation acide ± facteur positionnel.} *aggravation par la position penchée en avant.*

4) La conduite à tenir devant des vomissements : [cf. objectif 6 p. 102]

- involontaires, semi-volontaires ou provoqués

- aspect : aqueux (eau), bilieux (bile), alimentaire, fécaloïde, ou sanglant (hématémèse = rejet par la bouche, de sang, au cours d'un effort de vomissement)

Le vomissement de matières fécales signe une tumeur du colon, fistulé au niveau de l'estomac, avec sortie des matières fécales par le haut.

- fréquence : isolé ou répété

- horaire : rythmé par les repas

- mode de survenue : en jet, ou avec un effort

- signes d'accompagnement : isolé, douleurs abdominales, troubles du transit, signes extra-digestifs : signes urologiques ou fièvre

Hématémèse = extériorisation par la bouche, de sang au cours d'un effort de vomissement

- rouge ⇔ rupture d'ulcération œsophagienne

- noir ⇔ pas aéré, stagné, mélangé à des aliments, ou chute d'escarre gastrique

≠ epistaxis

≠ hémoptysie
≠ hémorragie pharyngée
≠ vomissement non-sanglant (coloration par les aliments, les médicaments) d'où l'utilisation de bandelettes réactives, qui révèlent la présence de sang.

=> signe de l'existence

3 grandes causes : varices oesophagiennes ; ulcère amplifié hémorragique, tumeurs ; médicaments gastro-toxiques ?

Souvent, l'hématémèse est suivie d'un melæna :

Melæna = émission par l'anus, de sang noir pur ou mélangé à des selles, qui signe soit une hémorragie d'origine haute, soit une tumeur à un siège variable au niveau du colon. Il a un caractère nauséabond. (attention aux selles noires colorées par les aliments ou les médicaments.)

≠

Rectorragie = émission de sang rouge par l'anus, qui signe soit une lésion péri-anale, rectale, ou sigmoïde, soit des hémorroïdes.

5) Caractérisation de la diarrhée au cours de l'interrogatoire :

- de malabsorption, du voyageur

1/ mode et date de début

2/ évolution : continue ou intermittente

3/ caractère aigu ou chronique

4/ caractères :

- brutalité

- nombre de selles par 24 heures

- caractère impérieux de leur émission

- horaire : matinal, postérieur prandial ou diurne

- aspect ; couleur

- présence d'éléments anormaux

Les étiologies ne sont pas à connaître.

Syndrome dysentérique aigu : {douleur abdominale + évacuations anormales + diarrhées importantes + déshydratation + altération de l'état général + fièvre}.

Remarque : on peut perfuser avec l'eau des noix de coco, qui est isotonique.

II- Inspection → Signes de l'inspection en gastro-entérologie

1/ ictère = coloration jaune diffuse de la peau et des téguments.

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

2/ érythrose palmaire = signe typique d'imprégnation alcoolique

3/ gynécomastie, signe d'imprégnation érolique

4/ cicatrices (antécédents chirurgicaux) abdominales, ventrales, postérieures, d'appendicectomie

5/ Abdomen : hernie ombilicale

6/ examen de la Bouche : infection de la bouche, gingivite hémorragique, lésions de surinfection fongique, présence de vésicules

7/ Marge anale : recherche de l'ulcération d'origine virale

Remarque sur l'inspection : la démarche sémiologique est un moyen de vérifier la fiabilité du malade.

Respiration : normalement

à l'inspiration l'abdomen sort,

à l'expiration on a le creux expiratoire

en cas de contracture, le ventre ne respire plus, c'est lié à une pathologie sous-jacente

- présence d'astérisis, signe d'insuffisance hépato-cellulaire. Pour le détecter, on demande au patient d'avoir les bras penchés en avant => on voit un tremblement qui s'interrompt brutalement

C'est le premier stade de l'encéphalopathie hépatique. Le 2^{ème} stade est l'abolition de la conscience et un comportement confusionnel.

- examen de l'abdomen :

ascite = existence d'un liquide dans la cavité péritonéale (à la percussion, le liquide va rendre le son mat.) → ventre balloné

- mesure du périmètre abdominal ombilical, exactement au niveau de l'ombilic.

- Orifices herniaires : l'index dans le canal inguinal, en remontant

- on prend un calque du foie : mesure de la hauteur du foie sur la ligne mamelonnaire, par rapport au bord costal, pour suivre une hépatomégalie.

III- Palpation

1) Foie :

Comment procéder : doucement, avec la main droite, à droite du patient (on remonte la main à plat dans l'hypochondre droit)

- à l'état normal, il n'est pas palpable

- à l'état pathologique, il déborde du bord costal

On recherche une douleur à l'inspiration profonde

Signe de Murphy = signe aspécifique (signe d'une tumeur, ou bien d'une colique hépatique...)

2) Rate :

Comment procéder : patient en décubitus latéral droit, avec la main gauche qui attrape le bord du lit, à gauche du patient, en lui demandant de respirer profondément. A l'inspiration on fait sortir le débord costal, les doigts en crochet.

- à l'état normal elle n'est pas palpable.

Toucher pelvien = toucher rectal (TR) et vaginal chez la femme en période d'activité génitale. Le TR commence par la marge anale

→ dépistage de tumeur rectale, recherche de matières

Le malade en décubitus dorsal, les pieds semi-fléchis, palpation bimanuelle (main gauche palpe l'hypogastre, les doigts en crochet entrent et palpent la prostate, les cul-de-sac de Douglas droit et gauche) recherche de sang, de douleur, d'une contraction correcte des sphincters

Remarque : chez l'enfant, le TR se fait avec le petit doigt.

(3/ aires ganglionnaires) évoqué en cours par la prof, mais non détaillé

IV- Percussion

Elle comprend :

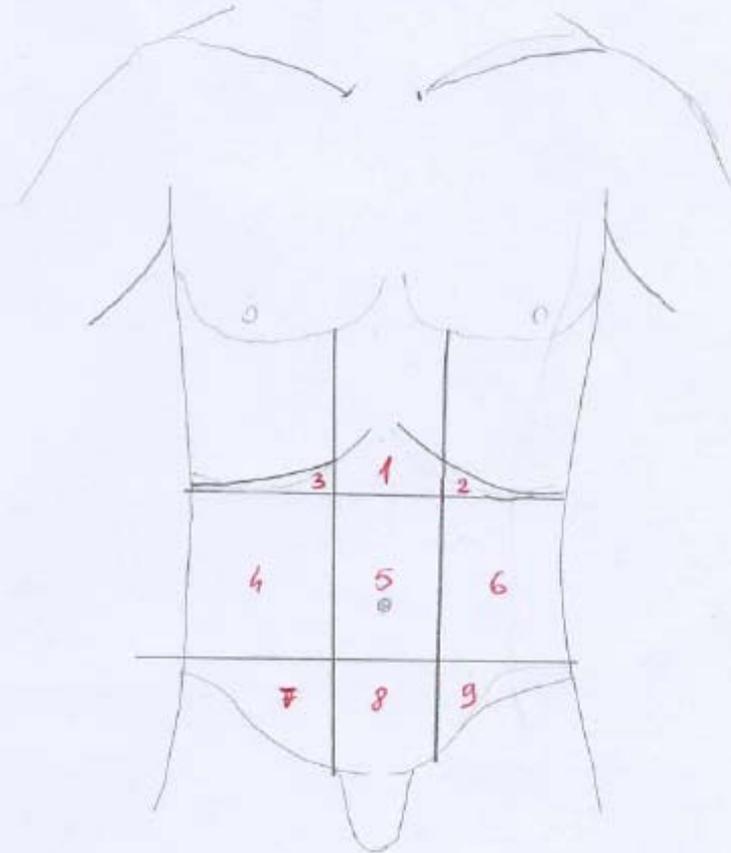
1) Percussion de l'hypochondre, à la recherche d'une matité

2) Percussion de l'abdomen : importance de la présence ou non de liquides

Elle se fait les mains à plat, par l'intermédiaire du majeur : on tape à plat avec les 3 doigts, à la recherche d'une hépatomégalie.

CADRANS DE L'ABDOMEN

Objectif: localiser le siège de la douleur



- 1 - ÉPIGASTRE
- 2 et 3 - HYPOCHONDRE gauche et droit
- 4 et 6 - FLANC droit et gauche
- 5 - PÉRIOMBILIC
- 7 et 8 - FOSSE ILIAQUE droite et gauche
- 9 - HYPOGASTRE